

# **Verhandlungsheft**

**91.071**

**Krankenversicherung. Revision**

---

# **Cahier des délibérations**

**91.071**

**Assurance-maladie. Révision**

---

# **Quaderno delle deliberazioni**

**91.071**

**Assicurazione malattia. Revisione**

---

**91.071**

---

Parlamentsdienste  
Services du Parlement  
Servizi del Parlamento

**Verantwortlich für diese Ausgabe**

Parlamentsdienste  
Dokumentationszentrale  
Ernst Frischknecht  
031/ 322 97 31

**Responsable de cette édition**

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

**Bezug durch:**

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

**S'obtient aux:**

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

**Inhaltsverzeichnis**

		<u>Seiten</u>	<u>Deckblatt</u>
1	Uebersicht über die Verhandlungen	I	rot
2	Rednerlisten	II	rot
3	<u>Verhandlungen der Räte</u>		
	<b>Nationalrat</b> 30.09./05.-07.10.93	1	grün
	28.02/01.03.1994	128	
	15.03.1994	161	
	17.03.1994	167	
	18.03.1994	169	
	<b>Ständerat</b> 17.12.1992	171	gelb
	15.12.1993	237	
	07.03.1994	285	
	17.03.1994	299	
	18.03.1994	300	

**Table des matières**

		<u>Pages</u>	<u>Couverture</u>
1	Résumé des délibérations	I	rouge
2	Listes des orateurs	II	rouge
3	<u>Débats dans les conseils</u>		
	<b>Conseil national</b> 30.09./05.-07.10.93	1	verte
	28.02/01.03.1994	128	
	15.03.1994	161	
	17.03.1994	167	
	18.03.1994	169	
	<b>Conseil des Etats</b> 17.12.1992	171	jaune
	15.12.1993	237	
	07.03.1994	285	
	17.03.1994	299	
	18.03.1994	300	

# 1. Uebersicht über die Verhandlungen

## Résumé des délibérations

---

### × 155/91.071 s **Krankenversicherung. Revision**

Botschaft und Gesetzesentwurf vom 6. November 1991 (BBl 1992 I, 93) über die Revision der Krankenversicherung.

N/S *Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit*

**1992 17. Dezember. Beschluss des Ständerates** abweichend vom Entwurf des Bundesrates.

**1993 7. Oktober. Beschluss des Nationalrates** abweichend vom Beschluss des Ständerates.

**1993 15. Dezember. Beschluss des Ständerates** abweichend vom Beschluss des Nationalrates.

**1994 1. März. Beschluss des Nationalrates** abweichend vom Beschluss des Ständerates.

**1994 7. März. Beschluss des Ständerates** abweichend vom Beschluss des Nationalrates.

**1994 15. März. Beschluss des Nationalrates:** Festhalten.

**1994 17. März. Beschluss des Ständerates:** Zustimmung zu den Anträgen der Einigungskonferenz.

**1994 17. März. Beschluss des Nationalrates:** Zustimmung zu den Anträgen der Einigungskonferenz.

**1994 18. März. Beschluss des Ständerates:** Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.

**1994 18. März. Beschluss des Nationalrates:** Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.

Bundesblatt II, 236; Ablauf der Referendumsfrist: 4. Juli 1994

### × 155/91.071 é **Assurance-maladie. Révision**

Message et projet de loi du 6 novembre 1991 (FF 1992 I, 77) concernant la révision de l'assurance-maladie.

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

**1992 17 décembre. Décision du Conseil des Etats** modifiant le projet du Conseil fédéral.

**1993 7 octobre. Décision du Conseil national** avec des divergences.

**1993 15 décembre. Décision du Conseil des Etats** avec des divergences.

(voir postulat CN n° 94.3007)

**1994 1<sup>er</sup> mars. Décision du Conseil national** avec des divergences.

**1994 7 mars. Décision du Conseil des Etats** avec des divergences.

**1994 15 mars. Décision du Conseil national** avec des divergences.

**1994 17 mars. Décision du Conseil des Etats** conforme à la proposition de la conférence de conciliation.

**1994 17 mars. Décision du Conseil national** conforme à la proposition de la conférence de conciliation.

**1994 18 mars. Décision du Conseil des Etats:** La loi est adoptée en votation finale.

**1994 18 mars. Décision du Conseil national:** La loi est adoptée en votation finale.

Feuille fédérale II, 239; délai référendaire: 4 juillet 1994



## 2. Rednerliste - Liste des orateurs

---

### 2.1 Nationalrat - Conseil national

<b>Allenspach (R/ZH)</b>	31, 43, 51, 60, 74, 92, 109, 120, 121, 123, 134, 137, 140, 149, 151, 164
<b>Baumberger (C/ZH)</b>	91, 114, 149, 158
<b>Bircher Peter (C/AG)</b>	32, 100
<b>Bischof (D/ZH)</b>	33, 67
<b>Bonny (R/BE)</b>	162, 163
<b>Borer Roland (A/SO)</b>	27, 71, 83, 126, 170
<b>Bortoluzzi (V/ZH)</b>	27, 61, 69, 116, 126, 154
<b>Brunner Christiane (S/GE)</b>	28, 45, 56, 73, 101, 116, 120, 143, 150, 151
<b>Camponovo (R/TI)</b>	32
<b>Comby (R/VS)</b>	33, 54, 55
<b>Daepp (V/BE)</b>	91
<b>Deiss (C/FR)</b>	22, 44, 64, 83, 114, 134, 142, 147, 150, 151, 155, 162, 170
<b>Dormann (C/LU)</b>	35, 68, 151, 159
<b>Dreifuss (S), Conseillère fédérale</b>	39, 45, 47, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 62, 66, 70, 75, 77, 79, 84, 86, 90, 93, 96, 105, 110, 117, 121, V 125, 144, 147, 150, 153, 156, 157, 164, 168
<b>Epiney (C/VS)</b>	26
<b>Eymann Christoph (L/BS)</b>	22, 44, 65, 103, 116, 123, 135, 142, 155, 158, 162
<b>Fischer-Seengen (R/AG)</b>	31, 68
<b>Friderici Charles (L/VD)</b>	130, 132
<b>Goll (S/ZH)</b>	25, 133
<b>Gonseth (G/BL)</b>	23, 51, 55, 108, 115, 131, 141, 145, 155, 158
<b>Grendelmeier (U/ZH)</b>	70
<b>Gysin (R/BL)</b>	24, 113, 122
<b>Hafner Rudolf (G/BE)</b>	29, 46, 61, 74, 86, 102, 132, 169
<b>Hafner Ursula (S/BE)</b>	31, 42, 70, 87, 119, 141, 154, 156, 159
<b>Heberlein (R/ZH)</b>	18, 56, 65, 82, 113, 123, 126, 127, 142, 146, 152, 155, 161
<b>Hollenstein (G/SG)</b>	30, 46, 53
<b>Hubacher (S/BS)</b>	92, 124
<b>Jäggi Paul (C/SO)</b>	28, 102

<b>Jöri (S/LU)</b>	20, 58, 60, 78, 81, 85, 99, 103, 132, 146, 163, 169
<b>Keller Rudolf (D/BL)</b>	17, 35, 65, 82, 103, 115, 133, 135, 146, 159, 162, 169
<b>Leuba (L/VD)</b>	26, 73, 89
<b>Leuenberger Ernst (S/SO)</b>	63, 65, 109
<b>Maspoli (D/TI)</b>	17
<b>Meier Samuel (U/AG)</b>	36, 68, 130
<b>Moser (A/AG)</b>	37
<b>Narbel (L/VD)</b>	94
<b>Philipona (R/FR), rapporteur</b>	14, 38, 45, 49, 51, 57, 59, 63, 66, 70, 71, 76, 78, 84, 87, 89, 96, 104, 110, 117, 121, 125, 130, 131, 134, 136, 138, 139, 144, 147, 150, 152, 156, 158, 161, 168
<b>Pidoux (R/VD)</b>	37, 65, 82, 102, 121
<b>Pini (R/TI)</b>	127
<b>Raggenbass (C/TG)</b>	37, 79, 101
<b>Rechsteiner (S/SG)</b>	139, 145
<b>Ruckstuhl (C/SG)</b>	92
<b>Rychen (V/BE)</b>	19, 45, 55, 74, 83, 94, 100, 103, 112, 124, 143, 145, 152, 155, 159, 164
<b>Sandoz (L/VD)</b>	50, 64, 108, 126, 130
<b>Schmid Peter (G/TG)</b>	44, 69, 95
<b>Schnider (C/LU)</b>	64, 134
<b>Segmüller (C/SG), Berichterstatterin</b>	1, 12, 38, 45, 47, 49, 51, 57, 59, 62, 66, 70, 73, 74, 75, 83, 86, 87, 89, 91, 92, 95, 104, 108, 111, 117, 120, 125, 128, 130, 131, 134, 135, 137, 139, 143, 147, 149, 150, 152, 156, 157, 158, 161, 167
<b>Seiler Hanspeter (V/BE)</b>	33
<b>Seiler Rolf (C/ZH)</b>	56, 81, 124
<b>Sieber (U/ZH)</b>	24, 44, 47, 55, 62, 74, 83, 95, 103, 116, 126, 131, 135, 141, 163
<b>Spielmann (-/GE)</b>	29, 53, 95, 100
<b>Tschopp (R/GE)</b>	123, 124
<b>Weder Hansjürg (U/BS)</b>	60
<b>Wick (C/BS)</b>	62, 77, 86, 140
<b>Zwygart (U/BE)</b>	57
<b>Zisyadis (-/VD)</b>	16, 72, 88, 90, 94, 101

## 2.2 Ständerat - Conseil des Etats

<b>Beerli (R/BE)</b>	174, 205, 217, 241, 251, 259, 268
<b>Béguin (R/NE)</b>	193
<b>Bisig (R/SZ)</b>	269, 275
<b>Bühler Robert (R/LU)</b>	248, 249
<b>Cavadini Jean (L/NE)</b>	252, 286
<b>Cotti (C), Bundesrat</b>	185, 191, 196, 200, 203, 205, 207, 210, 211, 215, 218, 226, 227, 236,
<b>Coutau (L/GE)</b>	179, 201, 217, 225, 251
<b>Dreifuss (S), Conseillère fédérale</b>	239, 241, 242, 245, 246, 247, 249, 253, 255, 258, 261, 264, 265, 267, 271, 272, 279, 283, 287, 290, 293, 295, 297, 299
<b>Frick (C/SZ)</b>	202, 256,
<b>Gemperli (C/SG)</b>	208, 274, 292, 296, 297
<b>Huber (C/AG), Berichterstatter</b>	171, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 196, 198, 199, 200 -212, 215 - 220, 222, 223, 225, 227, 229, 230 - 293, 297, 298, 299
<b>Loretan (R/AG)</b>	214, 263, 294
<b>Meier Josi (C/LU)</b>	180, 199, 230, 240, 270, 277,
<b>Mornioli (D/TI)</b>	181, 185, 186, 188, 190, 194, 201, 206, 207, 217, 218, 219, 220, 223, 225, 229, 232, 239, 252, 286, 288
<b>Onken (S/TG)</b>	175, 205, 223, 224, 228, 243, 254, 255, 269, 276, 293
<b>Petitpierre (R/GE)</b>	194
<b>Plattner (S/BS)</b>	192, 234, 235, 247, 248, 282, 283
<b>Roth (C/JU)</b>	177, 222, 250, 260, 265, 278
<b>Rüesch (R/SG)</b>	286
<b>Schiesser (R/GL)</b>	177, 223, 225, 226, 244, 253, 271, 278, 287, 293
<b>Schmid Carlo (C/AI)</b>	252, 278
<b>Schoch (R/AR)</b>	182, 196, 224, 225, 235, 249, 252, 256, 273, 275, 283, 284, 295
<b>Schüle (R/SH)</b>	213, 264
<b>Seiler Bernhard (V/SH)</b>	174
<b>Simmen (C/SO)</b>	178, 251, 260

**Nationalrat  
Conseil national**

Sitzung vom 30.09./05.-07.10.93  
28.02/01.03.1994  
15.03.1994  
17.03.1994  
18.03.1994 (Schlussabstimmung)

Séance du 30.09./05.-07.10.93  
28.02/01.03.1994  
15.03.1994  
17.03.1994  
18.03.1994 (Vote final)

91.071

**Krankenversicherung. Revision**  
**Assurance-maladie. Révision**

Botschaft und Gesetzesentwurf vom 6. November 1991 (BBl 1992 I 93)  
Message et projet de loi du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 77)

Beschluss des Ständerates vom 17. Dezember 1992  
Décision du Conseil des Etats du 17 décembre 1992

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

---

**Frau Segmüller** unterbreitet im Namen der Kommission den folgenden schriftlichen Bericht:

Nachdem der Ständerat als Erstrat am 17. Dezember 1992 die Revisionsvorlage verabschiedet hatte, nahm die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Nationalrates am 7. Januar 1993 die Beratung auf. Im Verlauf von 23 Sitzungstagen wurde das Krankenversicherungsgesetz in zwei Lesungen behandelt. Insgesamt lagen der Kommission 287 Einzelanträge zum Entscheid vor.

Am 3. September hat die Kommission ihre Beratungen abgeschlossen und empfiehlt die bereinigte Vorlage mit einem Stimmenverhältnis von 13 zu 3 Stimmen bei 6 Enthaltungen dem Nationalrat zur Annahme.

Der folgende Bericht will einen Ueberblick vermitteln über die wesentlichen Merkmale der Revision, und er will insbesondere darlegen, in welchen Punkten die nationalrätliche Kommission Änderungen gegenüber der Fassung von Bundesrat und Ständerat vorschlägt.

**1. Bestätigung der wesentlichen Elemente der Revision**

Die soziale Krankenversicherung umfasst die Krankenpflegeversicherung und die Krankengeld- bzw. Taggeldversicherung. Dies ist heute schon so und soll auch in Zukunft so bleiben (Art. 1). Die Revision konzentriert sich auf die Krankenpflegeversicherung. Hier sind die Mängel heute am stärksten und der Reformbedarf ist am grössten (vgl. Botschaft S. 11–13). Für die Taggeldversicherung soll im grossen und ganzen die heutige Ordnung beibehalten werden (vgl. Botschaft

S. 46–48). Sie bleibt freiwillig. Der Ständerat und die Mehrheit der Kommission des Nationalrates sind diesem Konzept gefolgt.

Bei der Revision der Krankenpflegeversicherung stehen zwei Ziele im Vordergrund: die Stärkung der Solidarität und die Eindämmung des Kosten- und damit des Prämienanstiegs. Ergänzend dazu geht es darum, ein zeitgemässes Leistungsangebot in der Grundversicherung abzudecken. Die Zielsetzung der Revision lässt sich auch wie folgt zusammenfassen: Die gesamte Bevölkerung soll Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung haben, und dies zu finanziellen Bedingungen, die für jeden tragbar sind.

#### 1.1 Stärkung der Solidarität

In der Krankenpflegeversicherung geht es hauptsächlich um eine Solidarität zwischen Gesunden und Kranken (sie schliesst eine Solidarität zwischen Jung und Alt ein), um eine Solidarität zwischen Mann und Frau und um eine Solidarität zwischen Arm und Reich. Alle drei Solidaritäten sind heute mangelhaft verwirklicht (vgl. Botschaft S. 11–12).

Bundesrat und Ständerat schlagen in der Revisionsvorlage folgende Massnahmen zur Stärkung der Solidarität vor:

1.1.1 Die Solidarität erfordert eine Aenderung des Finanzierungssystems. Der Bund soll nicht mehr wie heute Gelder direkt an die Krankenkassen überweisen zur Abgeltung von sozialen Auflagen (Giesskannensystem), sondern die Gelder sollen gezielt den unteren Einkommensschichten zugute kommen. Dies erfordert zunächst

1.1.2 die Einführung eines Obligatoriums, damit:

- sich niemand der Solidarität entziehen kann (Art. 1, 3–6);
- gesundheitliche Vorbehalte und die Prämienabstufung nach dem Eintrittsalter wegfallen können (Art. 4, 53);

- für alle Versicherten (auch Betagte und Kranke) volle Freizügigkeit besteht, so dass die Abspaltung der guten Risiken in Billigkassen verhindert wird und ein fairer Wettbewerb zwischen den Versicherern stattfindet; an der Versicherung sollen sich neben Krankenkassen auch Privatversicherer beteiligen können (Art. 7, 8ff.).

1.1.3 Gleiche Prämien für Frauen und Männer (Art. 53).

1.1.4 Gleiche Prämien für erwachsene Versicherte beim gleichen Versicherer und in der gleichen Region; dies gilt in Zukunft unterschiedslos für die Einzel- wie für die Kollektivversicherung; für Kinder sind die Prämien niedriger (Art. 53).

1.1.5 Einen Risikoausgleich zwischen Versicherern mit günstiger Risikostruktur (überdurchschnittlich viele jüngere Versicherte und Männer) und solchen mit ungünstiger Risikostruktur (überdurchschnittlich viele ältere Versicherte und Frauen) (Art. 97).

1.1.6 Beiträge des Bundes und der Kantone zur Verbilligung der Prämien für wirtschaftlich weniger gut situierte Versicherte (Art. 57, 58, 98).

Die Mehrheit der Kommission des Nationalrates stimmt diesen Massnahmen zu. Beim Risikoausgleich will sie sogar noch etwas weiter gehen als Bundesrat und Ständerat (vgl. Ziff. 2.1 hiernach).

#### 1.2 Kosteneindämmung

Das Problem liegt darin, dass die Kosten der Krankenpflegeversicherung deutlich stärker ansteigen als die Löhne und die Preise (mittlerer jährlicher Anstieg im Zeitraum 1966–1991 bei den Krankenpflegekosten 9,8 Prozent, bei den Konsumentenpreisen 4,1 Prozent, bei den Löhnen 5,9 Prozent). Das Ziel der Kosteneindämmung ist es, die Kostenentwicklung soweit wie möglich der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung anzunähern.

Die Vorlage enthält zahlreiche Rahmenvorgaben und Massnahmen, deren Zusammenwirken die Kosteneindämmung sicherstellen soll. Dabei wird der Eigenverantwortung und dem Wettbewerb grosse Bedeutung beigemessen. Ausserdem soll die Kontrolle im Tarif- und Leistungsbereich verstärkt werden. Wenn die Kosten trotzdem davonlaufen, soll die zuständige Behörde befugt sein, ausserordentliche und befristete Dämpfungsmassnahmen zu ergreifen (vgl. Botschaft S. 34–38, 44). Bundesrat, Ständerat und Kommission des Nationalrates sind mit der Philosophie soviel Freiheit wie möglich, soviel Kontrolle und Eingriff wie nötig einverstanden. Auch hinsichtlich des normalen Instrumentariums besteht weitgehend Einig-

keit. Stärkere Divergenzen bestehen lediglich bei den ausserordentlichen Massnahmen zur Kosteneindämmung (Art. 46 und 47; vgl. Ziff. 2.2 hiernach).

Die für die Kosteneindämmung relevanten Bestimmungen sind über viele Artikel der Vorlage verteilt. Um einen Ueberblick zu geben, werden sie wie folgt gruppiert:

#### 1.2.1 Vorkehren zur Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins der Versicherten

- Kostenbeteiligung bei ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen (Art. 56);

- Möglichkeit der Wahl alternativer Versicherungsformen (höhere Kostenbeteiligung wie z. B. höhere Jahresfranchise, Bonusversicherung, HMO) mit entsprechenden Prämieinsparungen (Art. 54 Abs. 2 und 3; Art. 35 Abs. 4);

- Prinzip des Tiers garant; Pflicht zu detaillierter und verständlicher Rechnungsstellung (Art. 36);

- freie Wahl des Versicherers und volle Freizügigkeit (Art. 4, 7).

Hier zeigt sich, dass die gleiche Massnahme sowohl der Stärkung der Solidarität (s. hiervoor Ziff. 1.1) als auch der Kosteneindämmung dienen kann;

- freie Wahl des Leistungserbringers (Art. 35).

#### 1.2.2 Stärkung der Vertragsfreiheit und des Wettbewerbs zwischen den Tarifpartnern

- Verbandsverträge sind nur für Tarifpartner verbindlich, die dem Vertrag beitreten. Es können auch abweichende Verträge geschlossen werden (Art. 39). Versicherer mit günstigeren Tarifverträgen sind in der Lage, niedrigere Prämien anzubieten. Aufgrund der Freizügigkeit können die Versicherten in Zukunft ohne weiteres zu ihnen überwechseln;

- grosse Ausgestaltungsfreiheit bei den Tarifverträgen: Einzelleistungs-, Zeit-, Pauschaltarife oder andere Varianten (Art. 37).

#### 1.2.3 Kontrollmassnahmen

- Genehmigung der Tarifverträge; die Kantonsregierung prüft insbesondere die Wirtschaftlichkeit des Tarifs (Art. 39 Abs. 3);
- Möglichkeit der Tarifbeschwerde an den Bundesrat (Art. 45). Bundesrat und Kommission des Nationalrates wollen, dass

auch die Versicherten als Betroffene – genau wie heute – diese Beschwerde erheben können (Art. 45 Abs. 2; Botschaft S. 96f.). Der Ständerat will nur die Vertragsparteien zur Beschwerde zulassen;

- Stärkung der Stellung der Vertrauensärzte (Art. 49);

- bei unwirtschaftlicher Behandlung kann die Vergütung der Leistung verweigert oder zurückverlangt werden (Art. 48);

- Leistungserbringer, die grob gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstossen, können von der Tätigkeit für die Krankenversicherung ausgeschlossen werden (Art. 51).

#### 1.2.4 Besondere Vorkehren im Spitalbereich

- Die Krankenversicherung vergütet nur die Leistungen von Spitälern, die der kantonalen oder einer interkantonalen Planung für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung entsprechen (Art. 33 Abs. 1).

- Die Vergütung an öffentliche Spitäler deckt höchstens 50 Prozent der Betriebskosten (Art. 42 Abs. 1 und 2). Dies bedeutet, dass die Spitalträger die Kosten ihrer Planungsentscheide nicht zu mehr als 50 Prozent auf die Krankenkassen überwälzen können. Die Beteiligung der öffentlichen Hand an die Finanzierung stellt auch eine soziale Komponente dar, sind doch die Prämien in der Krankenversicherung Kopfprämien.

- Verstärkung der Kostentransparenz durch einheitliche Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik. Es können Betriebsvergleiche zwischen Spitälern durchgeführt und überzogene Vergütungsansätze herabgesetzt werden (Art. 42 Abs. 6 und 7).

1.2.5 Ausserordentliche Massnahmen zur Kosteneindämmung (Art. 46 und 47; vgl. Ziff. 2.2 hiernach).

#### 1.3 Leistungsangebot in der «Grundversicherung»

Bundesrat, Ständerat und Kommission des Nationalrates sind sich einig, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen abschliessenden, einheitlichen Leistungskatalog bedingt (Art. 18a und 28). Dieser wird durch Gesetz und Verordnung definiert (Art. 27). Im Vergleich zum geltenden Recht sind noch vereinzelte Lücken zu schliessen. Der heutige Leistungskatalog wird daher wie folgt ergänzt (vgl. Art. 19–27):

- keine Aussteuerung mehr bei stationärer Behandlung (heute: Begrenzung der Leistungspflicht auf 720 innerhalb von 900 Tagen) (Art. 19);
- Ausbau der Leistungen bei Aufenthalt in Pflegeheimen und bei Krankenpflege zu Hause (Spitex) (Art. 19);
- Vergütung der teilstationären Behandlung (Art. 19);
- Berücksichtigung der medizinischen Prävention und Rehabilitation (Art. 19 und 20);
- Berücksichtigung der Komplementärmedizin, soweit sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist (Art. 26);
- eng begrenzte Uebernahme von zahnärztlichen Behandlungen (Art. 25);
- subsidiäre Deckung bei Unfällen (Art. 1 Abs. 2 Bst. b und Art. 22). Hier schlägt die Kommission des Nationalrates eine Neuerung vor (vgl. Ziff. 2.3 hiernach);
- kleine Ergänzungen bei den Mutterschafts-Pflegeleistungen (Art. 23).

Die Vorlage hält fest, dass die Medizintechnologie periodisch zu evaluieren ist (Art. 26 Abs. 2); veraltete, unzweckmässige oder unnötig kostspielige Methoden oder Massnahmen sollen ausgemustert werden. Umgekehrt soll neuen und nützlichen Technologien der Weg geöffnet werden, auch wenn sie sich noch in der abschliessenden Evaluationsphase befinden (Art. 27 Abs. 3).

## 2 Die hauptsächlich von der Kommission beantragten Neuerungen

### 2.1 Im Bereich Solidarität

#### a. Risikoausgleich (Art. 97)

Artikel 97 sieht vor, dass Versicherer mit einem unterdurchschnittlichen Bestand an Frauen oder älteren Personen Ausgleichsbeiträge zugunsten von Versicherern mit einem überdurchschnittlichen Bestand dieser Versichertenkategorien zu entrichten haben. Der Ausgleich erfolgt über die gemeinsame Einrichtung (Art. 15). Bundesrat und Ständerat wollen diesen Risikoausgleich auf die Dauer von zehn Jahren seit Inkrafttreten des Gesetzes begrenzen. Sie sind der Meinung, dass sich die Risikostrukturen der Versicherer bis dahin aufgrund der vollen Freizügigkeit so weit angeglichen haben werden, dass ein Risikoausgleich nicht mehr nötig ist. Eine Mehrheit der Kommission des Nationalrates bezweifelt dies. Sie hat daher die Befristung auf zehn Jahre gestrichen. Sollte der Risikoausgleich eines Tages obsolet werden, kann Artikel 97 gestrichen werden.

#### b. Subsidiäre Deckung des Unfallrisikos (Art. 1 Abs. 2, Art. 7a–7c, Art. 22)

Nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b in Verbindung mit Artikel 22 deckt die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch das Unfallrisiko, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt. Hiermit sollen vor allem Nicht- oder Teilerwerbstätige lückenlos geschützt werden, die der obligatorischen Unfallversicherung nicht oder nur teilweise (z. B. keine Nichtberufsunfallversicherung) unterstehen. Die Kommission des Nationalrates will es aber den Arbeitnehmern ermöglichen, auf die subsidiäre Unfalldeckung nach dem Krankenversicherungsgesetz zu verzichten, solange sie voll d. h. für Berufs- und Nichtberufsunfälle nach dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) gedeckt sind (Art. 7a–7c). In diesem Fall reduzieren sich ihre Prämien leicht. Die subsidiäre Deckung der Unfälle durch die Krankenversicherung lebt wieder auf, sobald keine volle Deckung mehr nach dem UVG besteht, selbst wenn der Prämienzuschlag noch nicht bezahlt worden ist.

### 2.2 Im Bereich Kosteneindämmung

Kurz nach der Beratung der Vorlage im Ständerat veröffentlichte die Kartellkommission ihren Bericht «Krankenkassen und Tarifverträge» (Heft 2/1993 der «Veröffentlichungen der Schweizerischen Kartellkommission und des Preisüberwachers»). Die bundesrätliche Vorlage wird darin grundsätzlich positiv beurteilt (S. 86f. des Berichts). Darüber hinaus werden zuhanden des Gesetzgebers verschiedene Empfehlungen ausgesprochen (S. 92–94 des Berichts). Der Bericht löste zunächst einige Unruhe aus. Er wurde sogar als Gefährdung der Vorlage bezeichnet. Dies dürfte u. a. auf den Zeitpunkt des Erscheinens des Berichtes mitten in den gesetzgeberischen Beratungen zurückzuführen zu sein und darauf, dass man nicht

wahrnahm, dass ein grosser Teil der Forderungen durch die Vorlage bereits erfüllt war. Die Empfehlungen des Berichtes zielen in drei Richtungen: Verstärkung der Vertragsfreiheit; Verstärkung von Kontrolle und Eingriffsmöglichkeiten; Einführung von Planungskompetenzen des Bundes im Gesundheitswesen. Der zuletzt genannte Punkt fand beim Bundesrat und bei der Kommission des Nationalrates schon aus verfassungsrechtlichen Ueberlegungen keine Unterstützung. In den anderen beiden Bereichen liessen sich Bundesrat und Kommission von den Empfehlungen der Kartellkommission leiten (vgl. hiernach die Erläuterungen in Bst. a und b).

#### a. Verstärkung des Wettbewerbs

##### Verbot von Kartellabsprachen (Art. 39 Abs. 2bis)

Wettbewerbsverhindernde Bestimmungen in Verbandsstatuten, Standesregeln und Tarifverträgen sind inskünftig verboten. Die Kommission des Nationalrates folgt hier wie der Bundesrat den Empfehlungen der Kartellkommission. Die heute gegebene Zentralisierung des Vertragsschlussrechts bei den Verbänden, der Verbandszwang, die starre Vereinheitlichung der Vertragsbedingungen und die damit verbundene Blockierung des Wettbewerbs fallen somit dahin. Von der Stärkung des Wettbewerbs verspricht man sich eine kosteneindämmende Wirkung.

Verbandsverträge werden auch weiterhin die Regel bleiben. Sie sind aber nur für diejenigen Verbandsmitglieder wirksam, die diesen Verträgen beigetreten sind. Auch Nichtmitglieder können solchen Verträgen beitreten. Artikel 39 lässt darüber hinaus ausdrücklich Einzelverträge sowie Verträge zwischen mehreren Versicherern und Leistungserbringern zu (Abs. 1). Der Grundsatz der Vertragsfreiheit ist somit abgesichert.

##### Förderung von Generika (Art. 44 Abs. 1 und 3)

Generika sind preisgünstigere Nachahmerprodukte von Originalpräparaten mit gleichem Wirkstoff und gleicher Dosierung. Ihre Verwendung soll gefördert werden, soweit ihre Wirkung derjenigen des Originalpräparates entspricht. Zu diesem Zweck hat das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) eine Generikaliste zu erstellen.

#### b. Verstärkung der Kontrolle

##### Anhörung der Patientenorganisationen vor Vertragsschluss (Art. 37 Abs. 4)

In den Tarifverträgen wird der Preis für die Leistungen festgesetzt. Die als Prämienzahler und Leistungsbenützer davon Mitbetroffenen sollen deshalb bei den Vertragsverhandlungen angehört werden.

##### Vertragsloser Zustand mit öffentlichen Spitälern (Art. 40 Abs. 4)

Die Kartellkommission empfiehlt, den Tarif im vertragslosen Zustand durch eine besondere Instanz (Vertreter der Leistungserbringer, der Versicherer, der Konsumenten-, Patienten- oder Versichertenorganisationen und Tarifsachverständige) festlegen zu lassen. Nach den Vorstellungen von Bundesrat und Ständerat ist der Tarif im vertragslosen Zustand durch die Kantonsregierung festzusetzen. Die Kommission des Nationalrates schliesst sich dieser Haltung grundsätzlich an. Beim vertragslosen Zustand mit öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern ist die Kantonsregierung indes bis zu einem gewissen Grad Partei und Richter. Daher nimmt die Kommission für diesen Fall die Empfehlung der Kartellkommission teilweise auf und beantragt, dass ein von der Kantonsregierung eingesetzter Ausschuss von Tarifsachverständigen den Tarif festzulegen hat.

##### Beschwerde an den Bundesrat bei planungsrelevanten Entscheidungen der Kantonsregierung (Art. 45 Abs. 1)

Die Kartellkommission empfiehlt, dem Bund Planungskompetenzen insbesondere im Bereich der Spitzenmedizin und der Spitäler einzuräumen. Wie der Bundesrat möchte die Kommission des Nationalrates aus verfassungsrechtlichen Erwägungen nicht so weit gehen. Sie sieht aber das Recht zur Beschwerde an den Bundesrat gegen Entscheide der Kantonsregierung nach Artikel 33 vor (Art. 45 Abs. 1). Wenn also ein Versicherer der Auffassung ist, ein in der kantonalen Spitalliste genanntes Spital sei nicht planungskonform oder die zugrundeliegende Spitalplanung sei nicht bedarfsgerecht, sondern schaffe Ueberkapazitäten, kann er die erwähnte Beschwerde ergreifen.

c. Ausserordentliche Massnahme der Kosteneindämmung  
Hier gehen die Vorstellungen des Bundesrates und des Ständerates ziemlich weit auseinander.

Bundesrat:

Bei überbordender Kostenentwicklung soll der Bundesrat die Kompetenz haben:

Globalbudgets in den betreffenden Leistungsbereichen für eine befristete Zeit vorzuschreiben (Art. 46);

– die Zulassung von Leistungserbringern vorübergehend einzuschränken (Art. 47).

Ständerat:

Das Globalbudget soll nur im stationären Bereich als ordentliches Steuerinstrument oder als ausserordentliche Kostenbremse zugelassen sein (Art. 46). Ansonst kommt als ausserordentliche Massnahme nur ein Tarif- oder Preisstopp im ambulanten oder stationären Bereich in Frage. Zuständig für den Erlass eines Tarif- oder Preisstopps ist die Behörde, welche Tarife genehmigt oder festsetzt, also in der Regel die Kantonsregierung; bei Medikamenten, Analysen, Mitteln und Gegenständen das EDI; bei landesweiten Tarifverträgen der Bundesrat. Voraussetzung für einen Tarif- oder Preisstopp ist, dass die durchschnittlichen Krankenpflegekosten mindestens doppelt so stark ansteigen wie die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung. Der Stopp fällt dahin, sobald der Kostenanstieg nicht mehr als 50 Prozent über der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung liegt (Art. 47). Das Vorgehen ist ähnlich wie beim dringlichen Bundesbeschluss, die Massnahme ist jedoch etwas weniger streng.

Eine Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer lehnt der Ständerat ab.

Die Kommission des Nationalrates:

Auch sie lehnt eine Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer ab. Im Tarifbereich entschied sich die Kommission in der ersten Lesung für ein Konzept, das einen Mittelweg zwischen Bundesrat und Ständerat darstellte. Die Voraussetzungen für und die Befugnis zum Ergreifen von ausserordentlichen Massnahmen waren gleich wie beim Vorschlag des Ständerates. Anders als beim Ständerat sollten aber sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nicht nur ein Tarif- und Preisstopp, sondern auch die Festsetzung von Globalbudgets möglich sein (Art. 46). Der Bundesrat sollte befugt sein, kantonale Massnahmen der Globalbudgetierung zu koordinieren, wenn Versicherer, die zusammen mindestens einen Drittel der Versicherten umfassen, dies beantragen (Art. 47).

In der zweiten Lesung obsiegten dann aber die Bedenken gegenüber einem Globalbudget im ambulanten Bereich, und die Mehrheit der Kommission entschied sich für die Lösung des Ständerates.

2.3 Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand  
Vorbemerkung: Der Ständerat hat die Reihenfolge der Artikel 57 und 58 der bundesrätlichen Fassung vertauscht. Artikel 57 SR entspricht somit Artikel 58 BR, und Artikel 58 SR entspricht Artikel 57 BR. Die Kommission des Nationalrates ist der Systematik des Ständerates gefolgt.

Gleich dem Bundesrat und dem Ständerat sieht die Kommission des Nationalrates die folgenden bindenden Grundsätze vor:

– Die Kantone haben den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren (Art. 58 Abs. 1 BR, Art. 57 Abs. 1 SR und SGK-NR).

– Bund und Kantone stellen zu diesem Zweck Beiträge zur Verfügung (Art. 57 BR, Art. 58 SR und SGK-NR).

– Der Bundesbeitrag wird durch einfachen Bundesbeschluss für jeweils vier Jahre festgesetzt (Art. 57 Abs. 2 BR, Art. 58 Abs. 2 SR und SGK-NR).

– Für die ersten vier Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes wird der Bundesbeitrag in den Uebergangsbestimmungen des Gesetzes festgelegt. Er beläuft sich für diese Zeit auf insgesamt 8 Milliarden Franken (Art. 98).

– Der Beitrag der Kantone muss insgesamt mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen (Art. 57 Abs. 4 BR, Art. 58 Abs. 4 SR und SGK-NR).

Anders als Bundesrat (Art. 58) und Ständerat (Art. 57) will jedoch die Mehrheit der Kommission des Nationalrates den

Kantone das System, nach dem die Prämienverbilligung vorzunehmen ist, nicht vorschreiben. Sie lässt den Kantonen hier freie Hand und kommt damit einem nachdrücklich geäusserten Wunsch der Kantone entgegen. Kantone mit einem heute bereits gut ausgebauten System der Prämienverbilligung werden dieses beibehalten können. Den anderen Kantonen wird weitestgehend freie Hand bei der Ausgestaltung gelassen. Es wird aber vorgeschrieben, dass der jährliche Beitrag von Bund und Kantonen grundsätzlich voll für die Prämienverbilligung zugunsten der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen auszugeben ist (Art. 57 Abs. 2 SGK-NR).

Bemessung der Bundesbeiträge

Die Bundesbeiträge pro Kanton richten sich nach Finanzkraft, Versichertenzahl und den Gesundheitskosten im betreffenden Kanton.

In Artikel 98 sieht die Kommission des Nationalrates, anders als Bundesrat und Ständerat, nicht einen für die ersten vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes jeweils gleichen, sondern einen von Jahr zu Jahr ansteigenden Beitrag des Bundes an die Prämienverbilligung vor. Die Gesamtsumme für die ersten vier Jahre bleibt aber gleich hoch (8 Milliarden Franken). Mit dem Anstieg des jährlichen Bundesbeitrages wird dem auch bei verstärkten Anstrengungen zur Kosteneindämmung unvermeidlichen Anstieg der Kosten und Prämien besser Rechnung getragen, und es wird einer frühzeitigen Entwertung der Prämienverbilligung entgegengewirkt.

2.4 Bereich der Leistungen

Die Kommission des Nationalrates beantragt in Artikel 32, dass der Bundesrat:

– eine Zulassungsverordnung für freischaffende Psychotherapeuten erlässt;

– die Zulassungsvoraussetzungen für angestellte Psychotherapeuten und Physiotherapeuten regelt.

Damit wird auf Gesetzesstufe festgehalten, dass die Psychotherapeuten zu Lasten der Krankenversicherung tätig werden können. Die Versicherung vergütet die von ihnen auf ärztliche Anordnung hin erbrachten Leistungen (Art. 19 Abs. 2 Bst. a und Art. 27 Abs. 2).

2.5 Förderung der Gesundheit, Förderung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Hier betritt die nationalrätliche Kommission Neuland, indem sie die Artikel 15a–15c und den Artikel 58a in die Vorlage einfügt.

Förderung der Gesundheit (Art. 15a–15c)

Die Versicherer sollen sich nunmehr auch in diesem Bereich engagieren, und zwar in Zusammenarbeit mit den Kantonen, den interessierten Organisationen, der Suva, den Ärzten, der Wissenschaft und dem Bund. Die Koordination wird durch eine vom Bundesrat bestellte Kommission sichergestellt. Die Versicherer haben je obligatorisch versicherte Personen einen vom Bundesrat festgesetzten jährlichen Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung aufzubringen.

Förderung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens (Art. 58a)

Der Bundesrat gewährt gesamtschweizerischen Organisationen, welche diesem Ziel dienen, Beiträge. Der Schwerpunkt liegt dabei in der Information der Versicherten und in der Beratung von Selbsthilfegruppen.

2.6 Änderungen im Bereich der Taggeldversicherung

Der Taggeldanspruch entsteht nach der Fassung von Bundesrat und Ständerat bei voller Arbeitsunfähigkeit; nach dem Vorschlag der nationalrätlichen Kommission soll eine 50prozentige Arbeitsunfähigkeit für das Entstehen des Anspruchs genügen (Art. 64 Abs. 2).

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der gesetzlichen Mindestdauer ausgerichtet (720 innerhalb von 900 Tagen). Der Versicherungsschutz für die verbliebene Arbeitsfähigkeit wird aufrechterhalten.

2.7 Prämienungleichheit und Einschluss der Leistungen bei Mutterschaft in den Zusatzversicherungen und in den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen

Für den Bereich der sozialen Krankenversicherung (obligatorische Krankenpflege- und freiwillige Taggeldversicherung) ist der Grundsatz der Prämienungleichheit im KVG vorgesehen



(Art. 53, 68). Er ist von den mitwirkenden Privatversicherern ebenso zu beachten wie von den Krankenkassen. Für die Zusatzversicherungen soll nach der bundesrätlichen Fassung (Art. 16 Abs. 2bis) dagegen das Recht der privaten Versicherungseinrichtungen gelten. Das heisst: Die Krankenkassen könnten in diesem Bereich genau wie die Privatversicherer risikogerechte Prämien und damit für Frauen, zumindest in gewissen Altersstufen, höhere Prämien als für Männer festsetzen. Von der Mehrheit der Kommission wird eine solche Prämienungleichheit als Diskriminierung der Frauen bewertet, die gegen das Gleichstellungsgebot von Artikel 4 Absatz 2 der Bundesverfassung verstösst. Mit Bezug auf die Krankenkassen wäre es sogar ein Rückschritt im Vergleich zum heutigen Recht gemäss dringlichem Bundesbeschluss. Die Kommissionmehrheit verlangt daher, dass der Grundsatz der Prämienungleichheit auch im Bereich der Zusatzversicherungen gilt. Das gleiche verlangt sie für den Bereich der freiwilligen privaten Taggeldversicherungen. Zusätzlich will sie verbieten, die Mutterschaftsleistungen bei den Zusatzversicherungen oder bei den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen auszu-schliessen. Auf diese Weise soll jegliche Diskriminierung von Frauen auch in der privaten Krankenversicherung ausgeschlossen werden.

3. Uebersicht über die von der nationalrätlichen Kommission beantragten Detailänderungen

**Artikel 6 Absatz 2**

Das Gesetz schreibt nicht mehr vor, dass die Kantone die Verteilung der zugewiesenen Versicherten auf die Versicherer zu regeln und die Versicherer zuvor anzuhören haben. Es wird den Kantonen überlassen, dies zu regeln.

**Artikel 7**

Der Inhalt von Absatz 4 wird in die Absätze 2a (neu) und 2b (neu) übernommen. Absatz 4 wird gestrichen.

In Absatz 3 wird die Pflicht des bisherigen Versicherers eingeführt, dem ausgetretenen Versicherten die Beendigung des Versicherungsverhältnisses mitzuteilen.

**Artikel 7a–7c**

Es wird die Möglichkeit geschaffen, die subsidiäre Unfalldeckung ruhen zu lassen, solange der volle Versicherungsschutz nach UVG besteht (vgl. auch Ziff. 2.1 Bst. b hiervor).

**Artikel 9 Absatz 1**

Neue Definition der Krankenkassen (Erweiterung im Vergleich zur Fassung BR).

**Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe d**

Präzisierung: Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen wollen, müssen auch die Einzeltaggeldversicherung (Art. 59–69) anbieten. Es bleibt ihnen dagegen freigestellt, ob sie auch die Kollektivtaggeldversicherung (Art. 59 Abs. 3) anbieten wollen.

**Artikel 13 Absatz 2**

Rückkehr zur Fassung BR: Grundsatz der unentgeltlichen Beratung.

**Artikel 15 Absatz 1**

Es wird eine angemessene Vertretung der Versicherten in den Organen der gemeinsamen Einrichtung verlangt.

**Artikel 15a–15c**

Förderung der Gesundheit als Aufgabe der Versicherer in Zusammenarbeit mit den Kantonen, der Suva, den Aerzten, der Wissenschaft, dem Bund und den in der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbänden. Bestellung einer Koordinationskommission, Erhebung eines jährlichen Beitrages je Versicherten.

**Artikel 16 Absatz 2bis**

Präzisierung: Es wird ausdrücklich gesagt, dass das BPV seine Aufsicht über die von den Krankenkassen betriebenen Zusatzversicherungen nach dem VAG durchführt.

**Artikel 16 Absatz 3**

Präzisierung: Die Weisungen des BSV an die Versicherer dienen der einheitlichen Anwendung des Bundesrechts.

**Artikel 17 Absatz 2**

Die Kompetenz des BR zur Begrenzung der Verwaltungskosten der Versicherer wird etwas allgemeiner geregelt. Die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung (nicht nur die Lohnentwicklung) ist dabei zu berücksichtigen. Die Kompetenz kann nicht mehr an das BSV delegiert werden.

**Artikel 19 Absatz 2 Buchstabe e**

Redaktionelle Aufteilung:

e: Aufenthalt im Spital;

ebis: Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung.

**Artikel 20**

Etwas restriktivere Regelung der medizinischen Prävention; Uebernahme der Formulierung aus der Vorlage von 1987.

**Artikel 23 Absatz 2 Buchstabe a**

Von einer Hebamme durchgeführte Kontrolluntersuchungen werden in die Pflichtleistung aufgenommen.

**Artikel 26 Absatz 1**

Rückkehr zur Fassung BR (Verzicht auf Satz 2 der Fassung Ständerat, wonach im Gesetz ausdrücklich gesagt wird, dass die Wirksamkeit einer Leistung nach wissenschaftlichen Methoden nachzuweisen ist).

**Artikel 27 Absatz 4**

«Fachkommissionen» wird durch «Kommissionen» ersetzt. Damit wird klargestellt, dass nicht nur Fachleute, sondern auch andere Betroffene, z. B. Patienten- oder Konsumentenvertreter, in die Kommissionen berufen werden können.

**Artikel 31 Absatz 3**

Zurück zur Fassung BR. Der Bundesrat (und nicht – wie gemäss Fassung SR und nach heutigem Recht – die Kantone) regelt die Medikamentenabgabe durch Aerzte (Selbstdispensation).

**Artikel 32**

– Für freischaffende Psychotherapeuten ist eine eidgenössische Zulassungsverordnung zu erlassen.

– Die Zulassung dervon Aerzten angestellten Psychotherapeuten und Physiotherapeuten ist auf Verordnungsstufe zu regeln.

**Artikel 33 Absatz 2**

Teilstationäre Einrichtungen müssen nicht einer kantonalen Planung entsprechen und nicht auf einer besonderen Liste aufgeführt sein.

**Artikel 33 Absatz 3**

Für Pflegeheime gelten nach wie vor gleich strenge Zulassungsvoraussetzungen wie für Spitäler (keine materielle Aenderung gegenüber BR und SR).

**Artikel 34 Absatz 2**

Heilbäder müssen auch über das nötige Fachpersonal verfügen.

**Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe b**

Bei einer medizinisch notwendigen ausserkantonalen Hospitalisation sind in erster Linie jene ausserkantonalen Spitäler aufzusuchen, die auch auf der Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten aufgeführt sind.

**Artikel 35 Absatz 3**

Wenn der Wohnkanton die höheren Kosten der notwendigen ausserkantonalen Spitalbehandlung eines Versicherten trägt, steht ihm das Rückgriffsrecht gegen haftpflichtige Dritte nach Artikel 71 zu.

**Artikel 36 Absatz 2**

Bei stationären Leistungen gilt ausschliesslich das System des Tiers payant.

**Artikel 36 Absatz 3**

Auch im System des Tiers payant muss der Versicherte eine Kopie der Rechnung erhalten.

**Artikel 37 Absatz 4**

Beim Abschluss von Tarifverträgen sind die Patientenorganisationen anzuhören.

**Artikel 38a**

Redaktionelle Aenderung der Fassung SR (statt von einem «angemessenen» Tarifschutz ist nur noch von «einem Tarifschutz» die Rede, der auch in der Ausnahmesituation gilt).

**Artikel 39 Absatz 2**

Satz 3: Nichtmitglieder, die einem Verbandsvertrag beitreten, können zu einem Beitrag an die Kosten nicht nur des Abschlusses, sondern auch der Durchführung des Vertrages verpflichtet werden.

**Artikel 39 Absatz 2bis**

Verbot von Kartellabsprachen (vgl. auch Ziff. 2.2 hiervor).

**Artikel 40 Absatz 4**

Im vertragslosen Zustand mit einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital legt ein Ausschuss von Tarifsachverständigen den Tarif fest (vgl. auch Ziff. 2.2 hiervor).

**Artikel 42 Absatz 5**

Der Tarif für ambulante und für teilstationäre Behandlung im Spital wird durch die Vertragspartner festgesetzt.

**Artikel 42 Absatz 6**

Vorletzter Satz der Fassung SR wie folgt geändert: «Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen [‘aller Kantone’: gestrichen] einsehen.» Entspricht dem letzten Satz in der Fassung BR.

**Artikel 42 Absatz 7**

Redaktionelle Anpassung an Artikel 40 Absatz 4 (Ausschuss von Tarifsachverständigen).

**Artikel 43a**

Globalbudgetierung durch den Kanton als mögliches dauerhaftes finanzielles Steuerungselement für Spitäler oder Pflegeheime. Entspricht materiell der Regelung gemäss Artikel 46 Absatz 1 Buchstabe a in der Fassung SR.

**Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe b**

Aufstellung einer Generikalistik durch das BSV.

**Artikel 44 Absatz 3**

Die Leistungserbringer haben die Verwendung von Generika zu fördern.

**Artikel 45 Absatz 1**

Beschlüsse der Kantone über die Zulassung von Spitälern oder Pflegeheimen (Planungskonformität) können vor dem BR angefochten werden (vgl. auch Ziff. 2.2 hiervor). Im weiteren: redaktionelle Anpassung an verschiedene von der SGK-NR geänderte oder neu eingeführte Bestimmungen.

**Artikel 45 Absatz 2**

Rückkehr zur Fassung BR: Die Tarifbeschwerde steht auch den Versicherten zu. Den Verbänden, die gemäss ihren Statuten die Interessen der Versicherten in Tariffragen vertreten, steht das Beschwerderecht ebenfalls zu.

**Artikel 46**

Globalbudgetierung durch den Kanton als mögliche befristete ausserordentliche Massnahme zur Kosteneindämmung bei Spitälern oder Pflegeheimen. Entspricht materiell der Regelung gemäss Artikel 46 Absatz 1 Buchstabe b in der Fassung SR.

**Artikel 49 Absatz 1**

Vertrauensärzte werden nach Rücksprache mit den kantonalen Aerztesellschaften bestellt (Rückkehr zur Fassung BR); die notwendige Erfahrung in der Arztpraxis wird auf fünf Jahre erhöht; die Erfahrung als leitender Spitalarzt gilt, im Gegensatz zur Fassung SR, nicht als gleichwertig.

**Artikel 49 Absatz 3**

Redaktionelle Aenderung (betr. die Ablehnung eines Vertrauensarztes).

**Artikel 52 Absatz 3**

Prämien und Leistungen für Krankheit und Unfälle sind getrennt auszuweisen (vgl. Art. 7a–7c).

**Artikel 53 Absatz 3**

Für junge Erwachsene (18–25 Jahre), die sich noch in der Ausbildung befinden, dürfen niedrigere Prämien festgesetzt werden als für Erwachsene.

**Artikel 54 Absatz 3**

Bei der Festsetzung von Höchstgrenzen für Prämienermässigungen und von Mindestgrenzen für Prämienzuschläge hat der BR insbesondere versicherungsmässige Erfordernisse zu berücksichtigen (Präzisierung mit Bezug auf die Regelung besonderer Versicherungsformen).

**Artikel 55 Absatz 1**

Entschädigung für die Mitwirkung bei der Durchführung der Krankenversicherung: aus der Kann- wird eine Muss-Vorschrift.

**Artikel 56 Absatz 4**

Keine Franchise und halber Höchstbetrag des Selbstbehaltes für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr.

**Artikel 57**

Starke Vereinfachung der Bestimmung (vgl. Ziff. 2.3 hiervor). Administrative Freiheit der Kantone. Den Kantonen wird nur noch vorgeschrieben, dass sie Prämienverbilligungen für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu gewähren (Abs. 1) und dafür den gesamten Beitrag des Bundes und des Kantons zu verwenden haben (Abs. 2). Abgesehen von ihrer Auskunftspflicht (Art. 74 Abs. 3) dürfen die Versiche-

rer nur mit ihrer Einwilligung zur Durchführung der Prämienverbilligung herangezogen werden.

**Artikel 58 Absatz 2**

Auf die Finanzlage des Bundes wird nicht mehr ausdrücklich Bezug genommen. Materiell hat dies keine Konsequenzen, weil die Finanzlage des Bundes bei der Festsetzung des Bundesbeitrags ohnehin berücksichtigt werden muss. Es ist jedoch nicht einzusehen, dass man dies im KVG speziell erwähnt, in ausgabenrelevanten Bestimmungen anderer Gesetze hingegen nicht.

**Artikel 58 Absatz 3**

Bei der Verteilung des Bundesbeitrages auf die Kantone soll der Bundesrat nicht nur die Wohnbevölkerung und die Finanzkraft der Kantone berücksichtigen müssen, sondern auch ihre Gesundheitskosten berücksichtigen können.

**Artikel 58a**

Der Bund gewährt Beiträge zur Unterstützung von Organisationen, welche die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens fördern.

**Artikel 62 Absatz 3**

Der bisherige Versicherer hat für die Information des Versicherten über sein Freizügigkeitsrecht zu sorgen (er muss die Information nicht unbedingt selber durchführen).

**Artikel 63 Absatz 2**

Analoge Regelung wie bei Artikel 62 Absatz 3 für den Uebertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung.

**Artikel 64 Absatz 1**

Das Unfallrisiko kann bei der Taggeldversicherung ausgeschlossen werden.

**Artikel 64 Absatz 2**

– Der Taggeldanspruch entsteht, wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist.

– Wird eine Wartefrist vereinbart, darf sie auf die Mindestbezugsdauer des Taggeldes angerechnet werden.

**Artikel 64 Absatz 4**

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein gekürztes Taggeld ausgerichtet; der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.

**Artikel 64 Absatz 5**

Bei einer Taggeldkürzung wegen Ueberentschädigung verlängert sich die Bezugsdauer für das gekürzte Taggeld entsprechend (entspricht Art. 12bis Abs. 4 im geltenden KUVG).

**Artikel 66 Absatz 3**

Gestrichen; Wegfall der Bestimmung, dass es kein Mutterchaftstaggeld gibt, wenn eine gesundheitsgefährdende Arbeit ausgeführt wird.

**Artikel 69**

Letzter Satz gestrichen; Wegfall der Kompetenz des Bundesrates zur Begrenzung der Prämienabweichungen in der Kollektiv-Taggeldversicherung.

**Artikel 74 Absatz 3**

Die Versicherer müssen den Kantonsbehörden kostenlos die für die Prämienverbilligung notwendigen Auskünfte geben.

**Artikel 87**

Bei der Vorbereitung der Ordnungsbestimmungen sind die Kantone, die interessierten Organisationen sowie Fachleute aus dem betreffenden Fachgebiet anzuhören.

**Artikel 88 Absatz 2**

Aenderung des VAG:

– Artikel 5 VAG kann dank der Präzisierung in Artikel 16 Absatz 2bis KVG gestrichen werden.

– Artikel 47 Absatz 2 (neu) und 3 (neu) VAG: Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen wird ein einfaches, rasches und in der Regel kostenloses Verfahren vorgesehen.

**Artikel 88 Absatz 3**

Aenderung des VWG:

– Artikel 88a VWG: Prämienungleichheit in den Zusatzversicherungen und den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen.

– Artikel 88b VWG: Einschluss der Mutterschaftsleistungen in den Zusatzversicherungen und in den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen.

**Artikel 88 Absatz 5**

Als Ersatz für den Wegfall des Abzugs der Krankenkassenprämien gibt es eine einmalige Erhöhung der für den EL-Bezug massgebenden Einkommensgrenzen bzw. eine entspre-

chende Erhöhung des Betrages für die persönlichen Auslagen von Heimbewohnern.

#### Artikel 93 Absatz 4

Unter dem geltenden Recht bereits tätige Vertrauensärzte können unter dem neuen Recht weitermachen; dessen Bestimmungen sind, mit Ausnahme der Zulassungsvoraussetzungen, auf sie anwendbar.

#### Artikel 94 Absatz 5

Redaktionelle Klarstellung: Diese Bestimmung bezieht sich nur auf private Versicherungseinrichtungen, welche die soziale Krankenversicherung durchführen.

#### Artikel 97 Absatz 4

Gestrichen. Die Beschränkung des Risikoausgleiches auf zehn Jahre wird aufgehoben. Der Risikoausgleich wird damit zu einem dauernden Instrument (vgl. auch Ziff. 2.1 Bst. a hier vor).

#### Artikel 98

Staffelung des Bundesbeitrags für die Prämienverbilligung während der ersten vier Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes.

M<sup>me</sup> Segmüller présente au nom de la commission le rapport écrit suivant:

A la suite de l'adoption, le 17 décembre 1992, par le Conseil des Etats, en sa qualité de Chambre prioritaire, du projet de révision, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil national a entrepris l'examen du même projet, le 7 janvier 1993. La loi sur l'assurance-maladie a fait l'objet de deux lectures au cours de 23 jours de séances. En tout, 287 propositions individuelles ont été soumises aux décisions de la commission.

Le 3 septembre 1993, la commission mettait un terme à ses délibérations. Par 13 voix contre 3 et avec 6 abstentions, elle recommande au Conseil national d'adopter le projet.

Le présent rapport vise à procurer un aperçu des éléments essentiels de la révision et en particulier à mettre en lumière les modifications entreprises par la commission du conseil national par rapport à la version du Conseil fédéral et à celle du Conseil des Etats.

### 1. Confirmation des éléments essentiels de la révision

L'assurance-maladie sociale englobe l'assurance des soins et l'assurance d'indemnités journalières. C'est le cas aujourd'hui déjà et cela doit le rester (art. premier). La révision est concentrée sur l'assurance des soins. C'est dans ce domaine que l'on décèle les lacunes les plus importantes et donc que le besoin de réformes se fait le plus fortement sentir (cf. message p. 11 et 12). S'agissant de l'assurance d'indemnités journalières, les dispositions actuelles doivent en gros subsister (cf. message p. 45 et 46). Elle demeure facultative. Le Conseil des Etats et la commission du Conseil national se sont ralliés à ce concept.

Deux objectifs essentiels caractérisent la révision de l'assurance des soins: le renforcement de la solidarité et la maîtrise des coûts et, ce faisant, de l'augmentation des primes. Pour compléter ces mesures, il s'agit de couvrir une offre de prestations adaptée dans le domaine de l'assurance de base. On résumera succinctement les buts de la révision comme suit: l'ensemble de la population doit pouvoir accéder à des soins médicaux qualitativement élevés, et ce, à des conditions financières supportables pour tous.

#### 1.1 Renforcement de la solidarité

L'assurance des soins consiste avant tout en une solidarité entre les personnes saines et les malades (elle inclut une solidarité entre jeunes et personnes âgées, entre hommes et femmes et entre riches et pauvres. Actuellement, ces trois types de solidarité présentent des lacunes (cf. message, p. 11-13). Le Conseil fédéral et le Conseil des Etats proposent, dans le projet de révision, les mesures de renforcement de solidarité suivantes:

1.1.1 Le principe de solidarité exige une modification du système de financement. L'argent ne doit plus être versé par la Confédération directement aux caisses-maladie au titre de dédommagement des charges sociales (principe dit de l'arro-

soir), mais il doit être dirigé de telle manière à faire bénéficier les couches de population à revenus inférieurs. Cela implique tout d'abord:

#### 1.1.2 La création d'une obligation afin:

– que personne ne puisse se soustraire au principe de solidarité (art. premier, 3-6);

– d'abolir les réserves médicales et l'échelonnement des primes en fonction de l'âge d'entrée (art. 4, 53);

– que le libre passage intégral pour tous les assurés (personnes âgées et malades compris) entre dans les faits afin d'éviter la dissociation des «bons risques» des caisses bon marché et qu'une concurrence équitable puisse s'établir entre les assureurs; à côté des caisses d'assurance, les institutions d'assurance privées doivent aussi avoir la possibilité de participer à l'assurance (art. 7 et 8ss.).

#### 1.1.3 Primes égales pour hommes et femmes (art. 53).

1.1.4 Primes égales pour les adultes assurés auprès du même assureur et dans la même région; à l'avenir, cela vaudra aussi pour l'assurance individuelle et l'assurance collective; les primes sont plus basses pour les enfants (art. 53).

1.1.5 Compensation des risques entre les assureurs disposant d'une structure de risque favorable (un nombre supérieur à la moyenne d'assurés masculins et jeunes) et ceux disposant d'une structure de risque défavorable (un nombre supérieur d'assurés féminins et âgés) (art. 97).

1.1.6 Subsides de la Confédération et des cantons pour réduire les primes des assurés moins bien situés du point de vue économique (art. 57, 58 et 98).

La majorité de la commission du Conseil national approuve ces mesures. Elle entend même aller plus loin que le Conseil fédéral et le Conseil des Etats dans le domaine de la compensation des risques (cf. ch. 2.1 ci-dessous).

#### 1.2 Maîtrise des coûts

Le problème réside dans le fait que les coûts de l'assurance des soins augmente nettement plus fortement que les salaires et les prix (croissance moyenne annuelle entre 1966 et 1991, de l'assurance des soins: 9,8 pour cent, des prix à la consommation: 4,1 pour cent, des salaires: 5,9 pour cent). L'objectif de la maîtrise des coûts consiste à rapprocher le plus possible l'évolution des coûts de l'évolution générale des salaires et des prix.

Le projet contient nombre de directives-cadres et de mesures dont l'action conjointe doit assurer la maîtrise des coûts. A cet égard, le principe de responsabilité personnelle et les lois de la concurrence revêtent une grande signification. En outre, les contrôles dans le domaine des tarifs et des prestations seront renforcés. Si malgré tout, les coûts devaient échapper à ces contraintes, l'autorité compétente serait habilitée à prendre des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts (cf. message p. 32-37 et 42).

Le Conseil fédéral, le Conseil des Etats et la commission du Conseil national adhèrent à cette philosophie – une liberté aussi grande que possible, autant de contrôles et d'interventions qu'il est nécessaire. L'outillage ordinaire réunit également un large consensus. On ne décèle d'importantes divergences qu'à propos des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts (art. 46 et 47; cf. ch. 2.2 ci-dessous).

Les dispositions significatives en matière de maîtrise des coûts sont réparties dans nombre d'articles du projet. Ils ont été rassemblés dans l'aperçu ci-dessous:

#### 1.2.1 Dispositions destinées à renforcer la responsabilité personnelle de l'assuré et son sens de la réalité des coûts:

– Participations aux coûts en cas de prestations ambulatoires, semi-hospitalières et stationnaires (art. 56).

– Choix de diverses formes d'assurance (participation aux coûts plus élevée comme une franchise annuelle plus importante, par exemple, assurance-bonus, HMO) assorties des économies de primes correspondantes (art. 54 al. 2 et 3, 35 al. 4).

– Principe du tiers garant; obligation de présenter une facture détaillée et compréhensible (art. 36).

– Libre choix de l'assureur et libre passage intégral (art. 4, 7). Il apparaît en l'occurrence que la même mesure peut servir aussi bien le renforcement de la solidarité (cf. ci-dessus ch. 1.1.) que la maîtrise des coûts.

– Libre choix du fournisseur de prestations (art. 35).

1.2.2 Renforcement de la liberté contractuelle et de la concurrence entre les partenaires tarifaires

– Les conventions passées par les fédérations ne sont impératives que pour les partenaires tarifaires qui adhèrent à la convention. Il est également possible de conclure des contrats dérogatoires (art. 39). Les assureurs qui adhèrent à des conventions tarifaires avantageuses peuvent offrir des primes plus basses et les assurés ont la possibilité, en vertu du libre passage, de passer sans autre auprès de ces assureurs.

– Grande liberté d'aménagement des conventions tarifaires: tarif à la prestation, tarif au temps consacré, tarif forfaitaire ou autres variantes (art. 37).

1.2.3 Mesures de contrôle

– Approbation des conventions tarifaires; le gouvernement cantonal vérifie en particulier que le tarif satisfait au principe d'économie (art. 39 al. 3).

– Possibilité de recours tarifaire au Conseil fédéral (art. 45). Le Conseil fédéral et la commission du Conseil national veulent que l'assuré, en tant que personne concernée, ait aussi qualité pour recourir – comme c'est le cas aujourd'hui – (art. 45 al. 2; cf. message p. 94). Le Conseil des Etats ne veut accorder la qualité pour recourir qu'aux seules parties à la convention.

– Renforcement de la position des médecins-conseils (art. 49).

– En cas de traitement qui contrevient au principe d'économie de la prestation, la rémunération de la prestation peut être refusée ou la restitution des montants versés exigée (art. 48).

– Les fournisseurs de prestations qui contreviennent gravement au principe d'économie peuvent être exclus du cadre des activités de l'assurance-maladie (art. 51).

1.2.4 Dispositions particulières dans le domaine hospitalier

– L'assurance-maladie ne rémunère que les prestations des hôpitaux qui se conforment à la planification cantonale ou intercantonale destinée à couvrir les besoins en soins hospitaliers (art. 33 al. premier).

– La rémunération des hôpitaux publics couvre 50 pour cent des frais d'exploitation au plus (art. 42 al. premier et 2). Cela signifie que les pouvoirs publics ne peuvent pas répercuter sur les caisses-maladie plus de 50 pour cent des conséquences financières des décisions qu'ils ont prises en matière de planification. La participation des pouvoirs publics confère de surcroît au financement un élément social; dans le domaine de l'assurance-maladie, les primes se calculent par tête. Encore une fois, on constate que la même disposition peut servir aussi bien la maîtrise des prix que le principe de solidarité.

– Renforcement de la transparence grâce à une comptabilité analytique uniforme ainsi qu'une statistique des prestations. Il est possible de mener des études comparées d'exploitation entre les hôpitaux et de réduire les crédits de rémunération démesurés (art. 42 al. 6 et 7).

1.2.5 Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts (art. 46 et 47; cf. ch. 2.2 ci-dessous).

1.3 Offre de prestation dans le domaine de l'«assurance de base»

Le Conseil fédéral, le Conseil des Etats et la commission du Conseil national partagent l'avis que l'assurance des soins obligatoire suppose un catalogue de prestations exhaustif et harmonisé. (art. 18a et 28).

Celui-ci est défini dans la loi et l'ordonnance (art. 27). En regard du droit en vigueur, il y a encore lieu de combler diverses lacunes. Ainsi convient-il de compléter le catalogue actuel comme suit (cf. art. 19–27):

– Suppression de l'épuisement de la durée du traitement stationnaire (aujourd'hui limitée à 720 jours dans une période de 900 jours) (art. 19).

– Amélioration des prestations lors du séjour en établissement médico-social ou en cas de soins à domicile (Spitex) (art. 19).

– Rémunération des soins semi-hospitaliers (art. 19).

– Prise en considération de la prévention et de la réhabilitation médicales (art. 19 et 20).

– Prise en considération des médecines complémentaires pour autant qu'elles soient efficaces, appropriées et économiques (art. 26).

– Prise en charge étroitement limitée des soins dentaires (art. 25).

– Couverture subsidiaire en cas d'accident (art. premier al. 2 let. b, 22). La commission du Conseil national propose des innovations dans ce domaine (cf. ch. 2.3 ci-dessous).

– Petit complément aux prestations de maternité (art. 23).

Le projet retient la nécessité de réexaminer périodiquement la technologie médicale (art. 26 al. 2); les méthodes ou mesures archaïques, inadaptées ou inutilement onéreuses doivent être rejetées. En revanche, il y a lieu d'ouvrir la voie aux technologies nouvelles et utiles même si elles sont encore en phase finale d'évaluation (art. 27 al. 3).

2. Innovations importantes proposées par la commission

2.1 Domaine de la solidarité

a. Compensation des risques (art. 97)

L'article 97 dispose que les assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 15) en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées dépassent cette moyenne. Le Conseil fédéral et le Conseil des Etats entendent limiter la durée de cette compensation des risques à dix ans dès l'entrée en vigueur de la loi. Ils sont de l'avis que jusque-là le libre passage intégral aura mis les structures de risque à égalité, au point qu'une compensation des risques ne sera plus nécessaire. Une majorité de la commission du Conseil national exprime des doutes à ce sujet. Elle a donc biffé l'échéance à dix ans. Si la compensation des risques devait être obsolète, l'article 97 pourrait être abrogé.

b. Couverture subsidiaire du risque d'accident (art. premier al. 2, 7a–7c, 22)

L'article premier alinéa 2, lié à l'article 22, dispose que l'assurance-maladie obligatoire couvre aussi le risque d'accident, dans la mesure où il n'est pris en charge par aucune assurance-accidents. Ce faisant, devraient avant tout être couvertes, les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative ou exerçant une activité lucrative partielle et qui ne sont pas soumises à l'assurance-accidents obligatoire ou qui ne le sont que partiellement (et n'ont par exemple pas contracté d'assurance-accidents non professionnels).

2.2 Domaine de la maîtrise des coûts

Peu de temps après l'examen du projet au conseil des Etats, la Commission des cartels publiait son rapport «Caisses-maladie et conventions tarifaires» (édition 2/1993 des «Publications de la Commission suisse des cartels et du préposé à la surveillance des prix») qui contient un avis fondamentalement positif sur le projet du Conseil fédéral et adresse en outre diverses recommandations au législateur (cf. p. 92–94 du rapport). Ce rapport a tout d'abord suscité un mouvement d'inquiétude. On l'a même accusé de mettre le projet en danger. Sans doute convient-il de faire remonter cette réaction, entre autres choses, lorsqu'à l'époque de la parution du rapport – au plus fort des délibérations législatives – on a manqué de s'apercevoir qu'il satisfaisait d'ores et déjà à une grande part des exigences formulées en la matière. Les recommandations du rapport sont de trois ordres: renforcement de la liberté contractuelle, renforcement du contrôle et des possibilités d'intervention, introduction d'une compétence fédérale en matière de planification dans le domaine de la santé publique. Or, ne serait-ce que pour des raisons de droit constitutionnel, le Conseil fédéral et la commission du Conseil national n'ont pas apporté leur appui à ce dernier élément. Pour ce qui a trait aux deux autres ordres de recommandations, le Conseil fédéral et la commission se sont inspirés des recommandations de la Commission des cartels (cf. ci-dessous, lettres a et b).

a. Renforcement de la concurrence

Interdiction des ententes cartellaires (Art. 39 al. 2bis)

Les dispositions en vue d'entraver la concurrence, prévues dans les statuts de fédération, les règles de déontologie et les conventions tarifaires sont, à l'avenir, interdites. La commission du Conseil national, comme le Conseil fédéral, suit les recommandations de la Commission des cartels. La centralisation actuelle du droit de conclure des conventions auprès des

fédérations, de l'obligation de s'affilier à une fédération, la stricte uniformisation des conditions conventionnelles et le blocage de la concurrence qui lui est lié, sont ainsi supprimés. On compte que le renforcement de la concurrence aura un effet sur la maîtrise des coûts.

Les conventions tarifaires demeureront la règle. Elles n'auront cependant d'effet que pour les membres de fédérations qui y ont adhéré. De telles conventions sont également ouvertes aux non-membres. L'article 39 prévoit expressément les conventions individuelles ainsi que les conventions entre plusieurs assureurs et fournisseurs de prestations (al. premier). Le principe de la liberté conventionnelle est ainsi garanti.

**Promotion des génériques (Art. 44 al. premier et 3)**

Par génériques on entend des produits d'imitation de préparations originales plus avantageux, composés de substances actives identiques et de même dosage. Il y a lieu d'encourager leur utilisation pour autant qu'ils agissent de façon analogue à la préparation originale. L'Office fédéral des assurances sociales (Ofas) est chargé d'établir une liste à cette fin.

**b. Renforcement des contrôles**

**Audition des organisations de patients avant l'établissement de la convention (Art. 37 al. 4)**

Le prix des prestations est fixé dans les conventions tarifaires. C'est la raison pour laquelle on entendra les payeurs et les preneurs de prestations concernés à l'occasion des négociations conventionnelles.

**Absence de convention tarifaire avec les hôpitaux publics (Art. 40 al. 4)**

La Commission des cartels recommande de charger une instance particulière (représentants des fournisseurs de prestations, des assureurs, des consommateurs, des patients ou des organisations d'assurés et de spécialistes des tarifs) de fixer les tarifs en l'absence de convention tarifaire avec les hôpitaux publics. Le Conseil fédéral et le Conseil des Etats sont de l'avis qu'il appartient aux gouvernements cantonaux de fixer les tarifs en l'absence de convention. La commission du Conseil national adhère fondamentalement à cette attitude. En l'absence de convention tarifaire avec les hôpitaux publics ou subventionnés, le gouvernement cantonal est dans une certaine mesure, juge et partie. C'est pourquoi la commission fait sienne, en partie du moins, la recommandation de la Commission des cartels et propose que le gouvernement cantonal institue un comité de spécialistes chargé de fixer les tarifs.

**Décisions cantonales en matière de conformité à la planification. Recours au Conseil fédéral (Art. 45 al. premier)**

La Commission des cartels recommande de réserver à la Confédération la compétence de planifier, en particulier dans le domaine de la médecine de pointe et des hôpitaux. Le Conseil fédéral et la commission du Conseil national ne souhaitent pas aller aussi loin pour des considérations de droit constitutionnel. La commission prévoit cependant le droit de recourir au Conseil fédéral contre les décisions des gouvernements cantonaux, conformément à l'article 33 (art. 45 al. premier). Ainsi, lorsqu'un assureur considère qu'un hôpital figurant sur la liste cantonale ne répond pas aux conditions de planification ou que la planification hospitalière de base n'est pas conforme aux besoins, mais provoque une surcapacité, il peut emprunter les voies de recours mentionnées.

**c. Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts**

Les conceptions du Conseil fédéral et du Conseil des Etats divergent en l'occurrence largement.

**Conseil fédéral:**

En cas de développement excessif des coûts, compétence doit être donnée au Conseil fédéral de:

– prescrire, pour une durée limitée, un budget global dans les domaines de prestations concernés (art. 46);

– restreindre provisoirement l'admission des fournisseurs de prestations (art. 47).

**Conseil des Etats:**

On ne saurait admettre le budget global que dans le domaine stationnaire, en tant qu'instrument d'intervention ordinaire ou frein extraordinaire à la croissance des coûts (art. 46). A part cela, seul un blocage des tarifs ou des prix dans les domaines ambulatoires ou stationnaires entre en ligne de compte. La

compétence de promulguer les tarifs incombe à l'autorité qui approuve ou établit les conventions tarifaires, soit en règle générale le gouvernement cantonal; s'il s'agit de médicaments, d'analyses, de moyens diagnostiques et thérapeutiques, le DFI; en cas de conventions tarifaires applicables sur l'ensemble du territoire, le Conseil fédéral. La condition d'un blocage des tarifs et des prix est que les coûts de la santé atteignent au moins le double de l'évolution générale des salaires et des prix. Le blocage est interrompu dès que la croissance des coûts n'atteint pas plus de 50 pour cent de l'évolution générale des salaires et des prix (art. 47). La procédure est analogue à celle des arrêtés fédéraux urgents, mais la mesure est un peu moins sévère.

Le Conseil des Etats rejette une clause de restriction d'admission pour les fournisseurs de prestations.

**Commission du Conseil national:**

Elle rejette également une clause de restriction d'admission pour les fournisseurs de prestations. Dans le domaine des tarifs, la commission s'est décidée, en première lecture, en faveur d'une conception située entre le Conseil fédéral et le Conseil des Etats. Les conditions d'exercice d'une prérogative ou celles de prendre des mesures extraordinaires étaient identiques à celles proposées par le Conseil des Etats. Mais à la différence de ce dernier, la commission est favorable, non seulement à un blocage des tarifs et des prix dans les domaines ambulatoires et stationnaires, mais encore à l'établissement d'un budget global (cf. art. 46). Le Conseil fédéral devrait être habilité à coordonner les mesures d'établissement d'un budget global lorsque les assureurs, qui représentent ensemble un volume d'au moins un tiers des assurés, le demandent (art. 47).

Au cours de la deuxième lecture cependant, des réserves ont prévalu envers l'idée de budget global pour le domaine ambulatoire et la majorité de la commission s'est ralliée à la solution du Conseil des Etats.

**2.3 Réduction des primes par des contributions publiques**

Remarque préliminaire: le Conseil des Etats (CE) a permis les articles 57 et 58 du projet du Conseil fédéral (CF). Ainsi, l'article 57 CE correspond à l'article 58 CF et l'article 58 CE correspond à l'article 57 CF. La commission du Conseil national suit la méthode du Conseil des Etats.

A l'instar du Conseil fédéral et du Conseil des Etats, la commission du Conseil national prévoit les principes impératifs suivants:

– les cantons accordent des réductions de primes aux assurés connaissant une situation économique modeste (art. 58 al. premier, CF, art. 57 al. premier, CE et CSSS-CN);

– la Confédération et les cantons débloquent des subsides dans ce but (art. 57 CF, art. 58 CE et CSSS-CN);

– un arrêté fédéral simple fixe le montant de la contribution fédérale à chaque fois pour une durée de quatre ans (art. 57 al. 2 CF, art. 58 al. 2 CE et CSSS-CN);

– les dispositions transitoires de la loi fixent, à compter de son entrée en vigueur, le montant de la contribution fédérale pour les quatre premières années, contribution qui s'élève, pour cette période, à 8 milliards de francs (art. 98);

– l'ensemble de la contribution des cantons doit atteindre au moins la moitié de l'ensemble de la contribution fédérale (art. 57 al. 4 CF, art. 58 al. 4 CE et CSSS-CN).

A la différence du Conseil fédéral (art. 58) et du Conseil des Etats (art. 57), la majorité de la commission du Conseil national, n'entend cependant pas dicter aux cantons le système à adopter, du moment qu'il y a lieu de procéder à une baisse des primes. Elle laisse en l'espèce aux cantons toute liberté d'agir et, ce faisant, répond à un vœu qu'ils ont exprimé avec insistance. Les cantons d'ores et déjà dotés d'un système de réduction des primes bien structuré pourront le conserver. Les autres cantons disposent de la plus large marge de manœuvre dans ce domaine. Mais, on prescrira que la contribution annuelle de la Confédération et des cantons devra être, par principe, intégralement versée au titre de la réduction des primes, au bénéfice des assurés connaissant une situation économique modeste (art. 57 al. 2 CSSS-CN).

**Estimation de la contribution fédérale**

Les subsides par canton se calculent en fonction de la capa-



cité financière, du nombre d'assurés et des coûts de la santé dans le canton concerné.

A la différence du Conseil fédéral et du Conseil des Etats, la commission du Conseil national ne prévoit pas, à l'article 98, de fixer, à compter de l'entrée en vigueur de la loi, des subsides fédéraux constants pour une durée de quatre ans chaque fois, mais une contribution fédérale au titre de la réduction des primes, qui varie en fonction d'une progression annuelle. La somme globale pour les quatre premières années reste cependant fixée à 8 milliards de francs. L'augmentation de la contribution fédérale annuelle permettra de mieux prendre en compte la croissance inévitable des coûts et des primes également lorsque des efforts supplémentaires seront nécessaires pour maîtriser ces mêmes coûts, et, ainsi, de contrecarrer à temps une dévaluation de la réduction des primes.

#### 2.4 Domaine des prestations

A l'article 32, la commission du Conseil national propose que le Conseil fédéral:

– arrête une ordonnance d'admission pour les psychothérapeutes indépendants;

– règle les conditions d'admission pour les psychothérapeutes et les physiothérapeutes dépendants.

Ainsi, les activités que les psychothérapeutes peuvent accomplir à la charge des caisses-maladie sont fixées dans la loi. L'assurance les indemnise pour les prestations qu'ils ont fournies sur ordonnances médicales (art. 19 al. 2 let. a, 27 al. 2).

#### 2.5 Promotion de la santé, de l'efficacité et de la rentabilité dans le domaine de la santé

La commission du Conseil national ouvre un domaine nouveau et ajoute au projet les articles 15a–15c et 58a (nouveaux). Promotion de la santé (Art. 15a–15c)

Les assureurs devront désormais s'engager aussi dans ce domaine et plus précisément dans la coopération avec les cantons, les organisations intéressées, la CNA, le corps médical, les milieux scientifiques et la Confédération. Une commission instituée par le Conseil fédéral assurera cette coordination. Pour chaque assuré obligatoire, les assureurs sont tenus de fournir une contribution annuelle fixée par le Conseil fédéral pour la prévention générale des maladies.

Promotion de l'efficacité et de la rentabilité dans le domaine de la santé (Art. 58a)

Le Conseil fédéral accorde des subsides aux organisations actives sur l'ensemble du territoire, qui servent cet objectif. L'accent porte essentiellement sur l'information des assurés et le conseil aux groupes d'entraide.

#### 2.6 Modifications dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières

Selon le Conseil fédéral et le Conseil des Etats, le droit aux indemnités journalières prend naissance en cas d'incapacité de travail intégrale; selon la commission du Conseil national une incapacité de 50 pour cent suffit pour la naissance du droit (art. 64 al. 2).

En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée minimale légale (720 jours dans une période de 900 jours). La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

#### 2.7 Egalité des primes et inclusion des prestations de maternité dans les assurances supplémentaires et les assurances d'indemnités journalières privées facultatives

Le principe de l'égalité des primes dans la Lamal est prévu (art. 53 et 68) pour le domaine de l'assurance-maladie sociale (assurance obligatoire des soins, assurance facultative d'indemnités journalières). Les coassureurs privés aussi bien que les caisses-maladie doivent observer ce principe. En revanche, les assurances complémentaires devraient être réglées par le droit des institutions d'assurance privées conformément à la version du Conseil fédéral (art. 16 al. 2bis). Autrement dit, dans ce domaine, les caisses-maladie pourraient, tout comme les assureurs privés, fixer des primes adaptées au risque et ainsi prévoir pour les femmes au moins d'un certain âge, des primes plus élevées que les hommes. La majorité de la commission considère une telle inégalité des primes comme une discrimination envers les femmes contraire au principe de l'égalité des droits prévu à l'article 4 alinéa 2 de la

constitution. Une telle pratique constituerait même, s'agissant des caisses-maladie, une régression par rapport au droit actuel conformément à l'arrêté fédéral urgent. C'est pourquoi la majorité de la commission demande que le principe de l'égalité des primes s'applique également à l'assurance complémentaire ainsi qu'à l'assurance d'indemnités journalières privée facultative. De plus, elle veut interdire l'exclusion des prestations de maternité de l'assurance complémentaire ou de l'assurance d'indemnités journalières privée facultative. Ainsi, toute discrimination des femmes doit être exclue de l'assurance-maladie privée.

#### 3. Modifications article par article, proposées par la commission du Conseil national

##### Article 6 alinéa 2

Suppression de la compétence des cantons de régler la répartition des assurés entre assureurs et d'entendre les assureurs auparavant.

##### Article 7

Le contenu de l'alinéa 4 figure à l'alinéa 2a (nouveau) et 2b (nouveau). Alinéa 3: introduction de l'obligation pour l'ancien assureur de communiquer à l'assuré la date à partir de laquelle il ne l'assure plus. L'alinéa 4 est biffé.

##### Article 7a–7c

Introduction de la possibilité d'exclure la couverture de l'accident à titre subsidiaire lorsqu'il est complètement couvert par la LAA (voir aussi ch. 2.1 let. b).

##### Article 9 alinéa premier

Nouvelle définition des caisses-maladie (version CF élargie).

##### Article 10 alinéa 2 lettre d

Précision: les assureurs qui veulent pratiquer l'assurance-maladie obligatoire des soins doivent aussi offrir l'assurance d'indemnités journalières individuelle (art. 59–69). Ils sont libre d'offrir ou non une assurance d'indemnités journalières collective.

##### Article 13 alinéa 2

Principe de la gratuité des renseignements (retour à la version du CF)

##### Article 15 alinéa premier

Introduction d'une représentation des assurés dans les organes de l'institution commune.

##### Article 15a–15c

Promotion de la santé: nouvelle tâche des assureurs en collaboration avec les cantons, la CNA, les médecins, les milieux scientifiques, la Confédération, les organisations spécialisées dans le domaine de la prévention. Désignation d'une commission de coordination. Perception d'une contribution annuelle par assuré.

##### Article 16 alinéa 2bis

Précision: il est expressément dit que l'Ofap exerce la surveillance des caisses-maladie qui pratiquent l'assurance complémentaire en application de la LSA.

##### Article 16 alinéa 3

Précision: les instructions adressées par l'Ofas aux assureurs ont pour but une application uniforme du droit fédéral.

##### Article 17 alinéa 2

Compétence pour le Conseil fédéral d'édicter des dispositions de limitation des frais administratifs définie de manière plus générale. L'évolution des prix et des salaires et non plus uniquement celle des salaires doit servir de référence. Compétence ne peut plus être déléguée à l'Ofas.

##### Article 19 alinéa 2 lettre e

Distinction rédactionnelle:

e: séjour à l'hôpital;

ebis: séjour dans un établissement semi-hospitalier.

##### Article 20

Définition un peu plus restrictive des mesures préventives; reprise de la formulation du projet de 1987.

##### Article 23 alinéa 2 lettre a

Introduction des examens de contrôle effectués par une sage-femme comme prestations en cas de maternité.

##### Article 26 alinéa premier

Retour à la version du Conseil fédéral (suppression dans la 2ème phrase – version du Conseil des Etats – de la manière dont l'efficacité doit être prouvée).

**Article 27 alinéa 4**

«Commissions de spécialistes» est remplacé par «commissions». Ainsi il est clairement dit que peuvent faire partie des commissions non seulement des spécialistes, mais aussi des représentants des patients ou des consommateurs.

**Article 31 alinéa 3**

Retour à la version du Conseil fédéral. Le Conseil fédéral (et non les cantons – comme dans la version du Conseil des Etats et dans le droit actuellement en vigueur) règle la distribution des médicaments par les médecins (propharmacie).

**Article 32**

– L'admission des psychothérapeutes indépendants est réglée dans une ordonnance fédérale.

– L'admission des physiothérapeutes et des psychothérapeutes employés par des médecins est réglée par ordonnance.

**Article 33 alinéa 2**

Les établissements semi-hospitaliers ne doivent pas correspondre à une planification cantonale et n'ont pas à figurer sur la liste cantonale.

**Article 33 alinéa 3**

Les conditions pour l'admission des établissements médico-sociaux sont les mêmes que pour les hôpitaux (pas de modification matérielle).

**Article 34 alinéa 2**

Les établissements de cure balnéaire doivent aussi remplir des conditions concernant le personnel nécessaire.

**Article 35 alinéa 2 lettre b**

Une hospitalisation nécessaire hors du canton de domicile de l'assuré doit être faite dans un hôpital qui figure sur la liste dressée par le canton où réside l'assuré.

**Article 35 alinéa 3**

Lorsque le canton de domicile prend en charge les coûts nécessaires d'une hospitalisation hors du canton il a un droit de recours contre le tiers responsable en application de l'article 71.

**Article 36 alinéa 2**

Obligation de prévoir le système du tiers payant pour les prestations hospitalières.

**Article 36 alinéa 3**

Dans le système du tiers payant l'assuré reçoit aussi une copie de la facture.

**Article 37 alinéa 4**

Les organisations de patients doivent être entendues lors de l'établissement des conventions tarifaires.

**Article 38a**

Modification rédactionnelle de la version du Conseil des Etats (une «protection tarifaire adéquate» est remplacé par une «protection tarifaire» valable dans une situation d'exception).

**Article 39 alinéa 2**

3e phrase: les non-membres à une convention tarifaire peuvent être contraints à verser une contribution non seulement aux frais de conclusion de la convention, mais aussi aux frais de son application.

**Article 39 alinéa 2bis**

Interdiction des ententes cartellaires (voir ch. 2.2).

**Article 40 alinéa 4**

Une commission de spécialistes de la tarification fixe le tarif en l'absence de convention tarifaire avec un hôpital public ou subventionné (voir ch. 2.2).

**Article 42 alinéa 5**

Les tarifs des soins semi-hospitaliers et ambulatoires à l'hôpital sont aussi fixés par les partenaires tarifaires.

**Article 42 alinéa 6**

L'avant-dernière phrase de la version du Conseil des Etats est modifiée ainsi: «Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces» («établies dans tous les cantons»: supprimé). Correspond à la dernière phrase de la version du Conseil fédéral.

**Article 42 alinéa 7**

Adaptation rédactionnelle à l'article 40 alinéa 4.

**Article 43a**

Budgétisation globale: introduction possible par les cantons en tant que mesure durable, pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. Correspond à l'article 46 alinéa premier lettre a de la version du Conseil des Etats

**Article 44 alinéa premier lettre b**

Etablissement d'une liste des génériques par l'Ofas.

**Article 44 alinéa 3**

Devoir des prestataires de développer l'utilisation des génériques.

**Article 45 alinéa premier**

Les décisions cantonales d'admission des hôpitaux et des établissements médico-sociaux (conformité à la planification) sont susceptibles d'un recours au Conseil fédéral. Plus loin: adaptation rédactionnelle.

**Article 45 alinéa 2**

Retour à la version Conseil fédéral: la qualité pour recourir en matière de tarifs est élargie aux assurés. Les organisations dont les statuts comprennent la défense des intérêts des assurés en matière de tarifs ont aussi qualité pour recourir.

**Article 46**

Budgétisation globale: introduction possible par les cantons, en tant que mesure temporaire de lutte contre le renchérissement, pour les hôpitaux ou les établissements médico-sociaux. Correspond à l'article 46 alinéa premier lettre b de la version du Conseil des Etats.

**Article 49 alinéa premier**

Désignation des médecins-conseils par les assureurs après consultation de la société médicale (retour à la version du CF) et durée de pratique portée à cinq ans. L'expérience acquise en tant que médecin hospitalier n'est plus jugée équivalente au contraire de ce que prévoyait la version du Conseil des Etats.

**Article 49 alinéa 3**

Modification rédactionnelle (concerne la récusation d'un médecin-conseil).

**Article 52 alinéa 3**

Primes et prestations pour maladie et accident doivent être désignées séparément (cf. art. 7a–7c).

**Article 53 alinéa 3**

Une prime plus basse que celle des adultes peut être fixée pour les jeunes adultes (18–25 ans) qui sont encore en formation.

**Article 54 alinéa 3**

Pour fixer les limites maximales des réductions de primes et les limites minimales des suppléments de primes, le Conseil fédéral doit se fonder sur les besoins de l'assurance (précision et rapport avec la réglementation des formes particulières d'assurances).

**Article 55 alinéa premier**

L'indemnisation des tiers qui participent à l'exécution de l'assurance-maladie devient une obligation pour l'assureur, alors qu'il ne s'agissait que d'une possibilité.

**Article 56 alinéa 4**

Suppression de la franchise et réduction du montant maximal de la quote-part à la moitié pour enfants jusqu'à dix-huit ans révolus.

**Article 57**

Simplification importante de la disposition: liberté administrative accordée aux cantons (cf. ci-dessus ch. 2.3). N'est imposée aux cantons que l'obligation d'accorder des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste et de verser à cet effet l'entier de la subvention fédérale et cantonale. Hormis le devoir de renseigner, prévu à l'article 74 alinéa 3, les assureurs ne seront tenus de participer à la réduction des primes qu'avec leur consentement.

**Article 58 alinéa 2**

Il n'est plus fait référence de manière expresse à l'état des finances fédérales.

Cette suppression n'entraîne pas de modification de fond, car la détermination du montant de la subvention fédérale devra en tenir compte. Il n'était d'ailleurs pas nécessaire de le mentionner dans la Lamal spécialement alors que cette précision n'est pas contenue dans d'autres lois

**Article 58 alinéa 3**

Lors de la répartition des subsides fédéraux entre les cantons le Conseil fédéral pourra prendre en compte, non seulement la population résidente et la capacité financière des cantons, mais encore les frais de santé de chaque canton.

**Article 58a**

Subsides fédéraux attribués aux organisations qui contribuent à promouvoir l'efficacité et la rentabilité dans le domaine de la santé.

**Article 62 alinéa 3**

L'ancien assureur doit veiller à ce que l'assuré soit informé de son droit de libre passage (il ne doit pas forcément donner lui-même cette information).

**Article 63 alinéa 2**

Même règle qu'à l'article 62 alinéa 3 pour le passage d'une collective à l'individuelle.

**Article 64 alinéa premier**

Le risque accident peut être exclu de l'assurance d'indemnités journalières.

**Article 64 alinéa 2**

– L'assuré a droit à une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail d'au moins 50 pour cent.

– Le délai d'attente convenu peut être déduit de la durée maximale du versement de l'indemnité journalière.

**Article 64 alinéa 4**

En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité réduite est versée; la couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

**Article 64 alinéa 5**

En cas de réduction de l'indemnité journalière à cause de la surindemnisation, la durée du versement des prestations est allongée en conséquence (correspond à l'art. 12bis al. 4 de la Lama actuelle).

**Article 66 alinéa 3**

Biffé; suppression d'une disposition qui prévoyait que le droit à l'indemnité en cas de maternité tombait si la mère accomplissait des travaux nuisibles à sa santé.

**Article 69**

Dernière phrase biffée; suppression de la compétence du Conseil fédéral de limiter les différences de primes dans les assurances collectives d'indemnités journalières.

**Article 74 alinéa 3**

Les assureurs doivent fournir aux autorités cantonales compétentes les renseignements nécessaires à la réduction des primes, et ceci gratuitement.

**Article 87**

Lors de la préparation des ordonnances d'exécution, les cantons, les organisations intéressées ainsi que des spécialistes des domaines concernés doivent être entendus.

**Article 88 alinéa 2**

Modifications de la LSA:

– L'article 5 LSA peut être biffé grâce à la précision apportée à l'article 16 alinéa 2bis du projet.

– Article 47 alinéa 2 (nouveau) et alinéa 3 (nouveau) de la LSA: la procédure en cas de contestations relatives aux assurances complémentaires doit être simple, rapide et en règle générale gratuite.

**Article 88 alinéa 3**

Modifications de la LCA:

– Article 88a LCA: égalité des primes dans les assurances complémentaires et dans les assurances privées facultatives d'indemnités journalières.

– Article 88b: inclusion des prestations en cas de maternité dans les assurances complémentaires et les assurances facultatives privées d'indemnités journalières.

**Article 88 alinéa 5**

Les primes de l'assurance-maladie étant exclues du calcul du droit aux prestations complémentaires une augmentation de la limite du revenu est prévue; pour les pensionnaires une augmentation correspondante du montant laissé à leur disposition est prévue.

**Article 93 alinéa 4**

Les médecins-conseils qui exerçaient déjà sous l'ancien droit peuvent poursuivre leur activité; les dispositions régissant les médecins-conseils leur sont applicables à l'exception de celles sur l'admission.

**Article 94 alinéa 5**

Précision rédactionnelle: cette disposition ne s'applique qu'aux institutions d'assurance privées qui pratiquent l'assurance-maladie sociale.

**Article 97 alinéa 4**

Biffe. La imitation de la compensation des risques à dix ans est supprimée. La compensation des risques devient ainsi un instrument permanent (cf. ci-dessus ch. 2.1 let. a).

**Article 98**

Echelonnement des subventions de la Confédération pour la réduction des primes pendant les quatre années qui suivront l'entrée en vigueur de la loi.

**Antrag der Kommission**

Eintreten

**Antrag Zisyadis**

Nichteintreten

**Antrag Keller Rudolf**

Rückweisung an die Kommission

mit dem Auftrag, eine Vorlage auszuarbeiten, die:

- a. eine obligatorische soziale Grundversicherung mit Prämienverbilligungen für Minderbemittelte vorsieht;
- b. Spitex und Prävention fördert;
- c. die Mengenausweitung von Medikamenten begrenzt;
- d. höchstens 10 Prozent zusätzliche Krankenkassenprämien bringt;
- e. keinen Eingriff in den Bereich der privaten Krankenversicherung vornimmt.

**Antrag Maspoli**

Rückweisung an den Bundesrat

mit dem Auftrag, eine obligatorische soziale Bundeskrankenkasse, welche alle medizinischen Grundbedürfnisse abdeckt, zu errichten.

**Proposition de la commission**

Entrer en matière

**Proposition Zisyadis**

Ne pas entrer en matière

**Proposition Keller Rudolf**

Renvoi à la commission

avec mandat de présenter un projet qui:

- a. prévoit une assurance sociale de base avec une diminution des primes pour les personnes économiquement faibles;
- b. encourage la prévention et les soins à domicile;
- c. limite la croissance de l'usage de médicaments;
- d. occasionne une augmentation maximum de 10 pour cent des primes des caisses-maladie;
- e. ne porte pas atteinte au domaine des assurances-maladie privées.

**Proposition Maspoli**

Renvoi au Conseil fédéral

avec le mandat d'instituer une caisse-maladie fédérale qui couvre les besoins médicaux de base.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Wir befinden uns heute gewissermassen zwischen zwei historischen Daten: dem letzten Abstimmungssonntag vom 26. September 1993 und dem kommenden Dienstag, dem 5. Oktober 1993, an welchem wir mit der Detailberatung des Krankenversicherungsgesetzes beginnen werden.

Wieso ist der 5. Oktober ein historischer Tag? Vor 94 Jahren, am 5. Oktober 1899, hat das Parlament die Lex Forrer verabschiedet; sie wurde hernach in der Referendumsabstimmung verworfen. Die Lex Forrer beinhaltete ein Obligatorium für Krankenpflege und Krankengeld bis zu einem bestimmten Einkommen, finanziert durch Lohnprozente.

Kommen Ihnen diese Forderungen etwa bekannt vor? Es dauerte Jahre, nämlich bis 1912, bis das Volk zu einem Bundesgesetz über die Krankenversicherung ja sagen konnte. Es war ein auf Freiwilligkeit beruhendes Bundesgesetz, im Grunde ein Subventionsrahmengesetz für die Krankenversicherung, und es gilt noch heute. Während gut fünfzig Jahren blieb dieses Gesetz unverändert. 1964 erfolgte die bisher einzige wirkli-



che Revision, notabene ohne Referendum. Sie brachte keine Aenderung der Struktur der Krankenversicherung, dafür erleichterten Zutritt, verbesserte Leistungen und als Wichtigstes die Erhöhung der Bundesbeiträge und ihre Koppelung an die Krankenpflegekosten. Dieser letzte Punkt wurde 1977 mit der Plafonierung der Bundesbeiträge an die Krankenkassen abrupt rückgängig gemacht. Ueberwälzung der Kostensteigerung auf die Prämien war die logische Folge. Und die hohen Kopfprämien sind ja eine der Hauptursachen des gegenwärtigen Malaises in der Krankenversicherung.

Die Entwicklung seit 1964 ist nur noch eine Kette der gescheiterten Reformen und Reformversuche. Zum letzten Mal erfuhr das Krankenversicherungs-Sofortprogramm 1987 in der Volksabstimmung eine wuchtige Abfuhr. Dabei wären die Krankenpflege- und Taggeldversicherung weiterhin freiwillig geblieben, die Subventionen wären aber gezielter verwendet worden; obligatorisch wäre neu ein Mutterschaftstaggeld für alle Frauen gewesen.

Erstes Fazit: Bis heute sind sämtliche Versuche, die ganze Krankenpflegeversicherung bzw. Teile davon oder die Taggeldversicherung obligatorisch zu erklären, zwar nicht im Parlament, aber vor dem Volk gescheitert.

Mit dem Nein von 1987 waren aber die Probleme nicht gelöst. Reformen sind unerlässlich und dringlich wegen der Entsolidarisierung, wegen der Kostensteigerung und wegen der Finanzierung. Die 1985 eingereichte Krankenkassen-Initiative blieb beim Konzept der freiwilligen Versicherung, verlangte aber viel mehr Subventionen und wurde 1992 wuchtig verworfen. Die 1986 von den Sozialdemokraten eingereichte Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» verlangt ein Obligatorium für Krankenpflege und Taggeld, finanziert mit Lohnprozenten, fast wie die Lex Forrer vor 94 Jahren. Bundesrat und Parlament lehnen sie ab, der Volksentscheid steht noch aus.

Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen, kombiniert mit einer echten Giesskannensubvention, hat es nicht zugelassen, dass wir den Dingen bis zum Inkrafttreten einer Totalrevision einfach ihren Lauf lassen. 1991 trat der erste dringliche Bundesbeschluss in Kraft, mit Tarif- und Preisstopp und einem Risikoausgleich unter den Kassen. 1993 trat der zweite dringliche Bundesbeschluss in Kraft. Neben Tarif- und Preisstopp brachte er auch die Prämienungleichheit für Mann und Frau und eine Beteiligung an den Spalkosten, die zum Referendum führte.

Damit sind wir beim zweiten historischen Tag, von welchem ich eingangs gesprochen habe, dem Abstimmungssonntag vom 26. September 1993. Das mit 80,5 Prozent überwältigende Ja des Volkes zum dringlichen Bundesbeschluss ist in der Tat ein historisches Ereignis, ist es doch nach 1912 und 1964 erst das dritte Mal in bald hundert Jahren, dass das Volk zu einer Vorlage über die Krankenversicherung überhaupt ja gesagt hat. Vor diesem historischen Hintergrund haben wir die Arbeit an der Totalrevision zu sehen. Das vom Volk am Sonntag eindrücklich bestätigte Notrecht mit starken staatlichen Eingriffen ist nicht mehr und nicht weniger als eine Ueberbrückungshilfe bis zum Inkrafttreten der Totalrevision, deren Notwendigkeit und Dringlichkeit nur um so deutlicher zutage tritt. Das Ja ist aber auch die Bestätigung für die Zielrichtung unserer Arbeit: Solidarität mit mehr Eigenverantwortung und Kosteneindämmung.

Bei der Behandlung der Vorlage im Ständerat im Dezember 1992 wurde an die Adresse unserer Kommission von Ständerat Schoch, dem Präsidenten der Expertenkommission, der dringliche Appell gerichtet: «Eile tut not!» Dieses Motto hat sich Ihre Kommission für die Organisation und Terminierung ihrer Arbeiten zu eigen gemacht. Wir haben die Vorlage an 23 Sitzungstagen beraten, mit Beginn am 7. Januar 1993 und bis zum 3. September 1993. Allgemeine Hearings führten wir keine durch, da die Kommission an den Hearings der ständerätlichen Kommission hatte teilnehmen können. Zu einem Hearing eingeladen wurde hingegen die Kartellkommission zur Erläuterung ihres erst Anfang 1993 publizierten Berichts. Zur Vorlage wurden zwei Lesungen durchgeführt und insgesamt 287 Anträge beraten. Auf der Fahne finden Sie zwei Dutzend Minderheitsanträge.

Mit ihrer zügigen, aber intensiven Arbeitsweise wollte die Kommission der politischen Erwartung Rechnung tragen und eine Behandlung in der Herbstsession ermöglichen. Aus Zeitgründen, um Ihnen die Arbeit zu erleichtern, wurde Ihnen gleichzeitig mit der Fahne ein erläuternder Bericht vorgelegt. Auch vom Parlament ist eine etwas schnellere Gangart zu erwarten, wenn Not am Mann oder an der Frau ist, denn dass wir dazu fähig sind, haben wir bei der Behandlung der EWR-Vorlage bewiesen. An jener Sonderanstrengung werden wir jetzt bei der Behandlung der Krankenversicherung von der Bevölkerung auch gemessen.

In meinen Ausführungen werde ich mich auf einige Akzente unserer Kommissionsberatung beschränken. Im übrigen verweise ich auf unseren schriftlichen Bericht.

Vorerst möchte ich denjenigen meinen besten Dank aussprechen, welche die Voraussetzungen geschaffen haben, dass die Kommission das ihr gesteckte Ziel der Behandlung der Vorlage in der Herbstsession erreichen konnte. Der Dank geht allen voran an unseren Kommissionssekretär, Herrn Daniel Zehnder vom Fachdienst IV der Parlamentsdienste. Der Dank geht auch an Herrn Direktor Seiler vom BSV und seine Mitarbeiter, Herrn Moser und Herrn Schürer, die wir mit unseren Wünschen nach Information und Zusatzberichten oft genug strapaziert haben.

Zu den Grundzügen der Vorlage: Die beiden Hauptziele, Solidarität und Kosteneindämmung, werden von der Kommission vollumfänglich geteilt. Die 287 Anträge haben uns nicht vom Pfad der Tugend der vom Bundesrat und Ständerat gelegten Grundlinie der Vorlage abweichen lassen. Auch finanziell haben wir den vorgegebenen Rahmen nicht gesprengt. Was wir Ihnen vorlegen, ist ein sozialverträglicher Kompromiss im guten Sinne. Er enthält soviel Staat wie nötig und soviel Markt wie möglich. Die Krankenversicherung wird damit nicht revolutioniert, aber doch auf einen neuen Weg gebracht, der «festgefahrene Karren der Krankenversicherung endlich aus dem Dreck» gezogen, wie es Josi Meier im Ständerat formulierte (AB 1992 S 1280). Es ist gewissermassen eine behutsame Totalrevision. Warum nicht mutiger? können Sie fragen:

Die Kommission war sich darüber einig, dass die Einführung des Obligatoriums in der Krankenpflegeversicherung der eigentliche Angelpunkt für die Wiederherstellung der Solidarität ist. Es ist eine absolut unumgängliche Notwendigkeit, die Grundlage, auf welcher die neue Art der Subventionierung eingeführt werden kann, die Prämienverbilligung nach sozialen Kriterien statt der bisherigen Abgeltung gesetzlicher Auflagen. Nur das Obligatorium erlaubt auch die volle Freizügigkeit als wichtiges Element des Wettbewerbs.

Mein historischer Exkurs wollte Ihnen in Erinnerung rufen, wie schwierig es in unserem Lande ist, irgend etwas in der Krankenversicherung obligatorisch zu erklären. Sämtliche Versuche hierzu sind bisher gescheitert, deshalb beschränkten Bundesrat, Ständerat und Ihre Kommission die Einführung des Obligatoriums auf die Krankenpflegeversicherung. Dort ist es in der Tat in der heutigen Zeit unerlässlich, nicht als Ziel an sich, sondern als Mittel zum Zweck der Wiederherstellung der Solidarität.

Zum Leistungsausbau: Wenn der Staat eine obligatorische Krankenpflegeversicherung vorschreibt, so hat er auch die Pflicht, dafür zu sorgen, dass diese Sozialversicherung den Zugang aller zur medizinischen Grundversorgung wirklich sicherstellt. Zusatzversicherungen haben also nur noch die Aufgabe, Komfortleistungen abzudecken. Aus diesem Grunde war ein beschränkter Ausbau der Leistungen in der Grundversicherung unabdingbar. Als Beispiel sei die unbeschränkte Leistungspflicht im Spital genannt.

Ein weiterer Eckpunkt der Vorlage, die Prämienverbilligung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit: Sie ist um so notwendiger, als es keine Kollektivversicherungen mit günstigeren Prämien geben wird.

Kritik war zu hören: Ueber die Hälfte der Bevölkerung würde durch die neue Form der Prämienverbilligung zu Subventionsempfängern. Das Gegenteil ist wahr. Heute, unter dem geltenden Gesetz, haben wir eine echte Giesskannensubvention, von welcher 100 Prozent der Bevölkerung profitieren. Unser Kopfprämienystem mit der Freiwilligkeit der Versicherung,

kombiniert mit Subventionen des Bundes an die Krankenkassen zur Abgeltung der gesetzlichen Auflagen, bringt das mit sich. Das ist spätestens im Jahre 1993 ein volkswirtschaftlicher Unsinn. Es trägt den sozialpolitischen Erfordernissen überhaupt nicht Rechnung und muss geändert werden, wie das auch eine von beiden Räten bereits 1986 überwiesene Motion verlangt. Erst auf der Grundlage des Obligatoriums kann die volle Freizügigkeit eingeführt werden. Sie ist ein Element des Wettbewerbs, das auch zur Kosteneindämmung beitragen soll.

Mehr Wettbewerb ist auch das Stichwort bei der Uebernahme des Kartellverbotes bei Aerzten und Krankenkassen. Die Kommission folgt hier einstimmig dem Vorschlag, wie er vom Bundesrat in die Kommission eingebracht wurde. Der Markt im Gesundheitswesen ist kein gewöhnlicher Markt. Die Ausgewogenheit der Vorlage verlangt deshalb, dass neben den Elementen des Wettbewerbs auch staatliche Eingriffsmöglichkeiten zur Verfügung stehen für den Fall, dass die Kostenentwicklung wieder aus dem Ruder läuft. Der Weg über Notrecht ist tunlichst zu vermeiden. Es braucht reguläre Instrumente. In der Frage über das Wie war die Kommission gespalten. In der ersten Lesung hat sie mit einer Stimme Differenz einer Neufassung des Bundesrates zugestimmt. Sie entspricht dem Eventualantrag der Minderheit auf der Fahne mit der Möglichkeit von Globalbudgets auch im ambulanten Bereich. In der zweiten Lesung schloss sich die Kommission ebenfalls mit einer Stimme Differenz dem Konzept des Ständerates an, das sich auf die Instrumente Tarif- und Prämienstopp beschränkt, wie sie im dringlichen Bundesbeschluss enthalten sind. Es waren dies die am heissesten umstrittenen Punkte der Vorlage.

Zum Stichwort Kosteneindämmung: Es gibt kein Patentrezept! Die Vorlage enthält eine ganze Anzahl von Bestimmungen, deren Zusammenwirken zur Kosteneindämmung beitragen soll. Die Kommission hat diesem Konzept zugestimmt. Viele der von Ihrer Kommission eingebrachten Änderungen mögen Ihnen als Ziselierungen erscheinen. Sie sind in der Tat Zeugnis von Feinarbeit, die nach unserer Meinung die Qualität der Vorlage erhöht. Dabei sind zu erwähnen: bei den Leistungen: beschränkter Einbezug der Tätigkeit der Psychotherapeuten, Einführung der Förderung der Gesundheit und Verpflichtung der Versicherer, an der Gesundheitsförderung mitzuwirken; bei der Kostenbeteiligung: familienfreundlichere Ausgestaltung von Prämien und Kostenbeteiligung für Kinder und Jugendliche sowie Ausdehnung der Kostenbeteiligung auf den stationären Bereich, um gleich lange Spiesse zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich zu schaffen. Das Volk hat letzterem am Sonntag zugestimmt.

Beim Taggeld sind wir angesichts des mehrmaligen Scheiterns jeglicher weiter gehenden Lösung beim Konzept des Bundesrates mit der freiwilligen Taggeldversicherung geblieben. Neu eingeführt hat die Kommission die Prämiengleichheit von Mann und Frau, auch im Bereich der Zusatzversicherung und im Bereich der privaten Taggeldversicherung mit Aufnahmepflicht und Verbot des Ausschlusses von Leistungen bei Mutterschaft. Ueber diese Aenderung des Versicherungsvertragsrechtes wurde heftig diskutiert. Auf sie wird in der Detailberatung vertieft einzugehen sein.

Zu den finanziellen Auswirkungen haben Sie ein Papier erhalten, das zeigt, dass wir keine Schleusen geöffnet haben. Auch hier haben wir Feinarbeit geleistet, indem bei der Organisation der Prämienverbilligung auf die Kantone vermehrt Rücksicht genommen wird. Aber finanziell werden die Vorgaben vom Bundesrat gegeben. Die Verteilung der Bundessubventionen über die ersten vier Jahre soll gemäss Kommission gestaffelt erfolgen, um eine vorzeitige Entwertung der Prämienverbilligung wegen ansteigender Kosten und Teuerung zu vermeiden.

Die im Vergleich zu heute erhöhten Bundessubventionen – von rund 1,3 Milliarden Franken auf 8 Milliarden Franken pro Jahr, verteilt auf vier Jahre – passen natürlich schlecht in den Bundeshaushalt, dessen Löcher immer grösser werden. Die Kommission war sich dessen durchaus bewusst. Sie hat aber der Notwendigkeit dieser Erhöhung ohne Gegenanträge zugestimmt. Amputationen sind nicht nur medizinisch eine ge-

fährliche Sache. Bei dieser Vorlage könnte der Amputationsversuch an der Subvention ins Auge gehen. Der Wechsel zu einer sozialverträglichen, umfassenden obligatorischen Krankenpflegeversicherung kostet Geld. Aber wir haben die Pflicht, dafür zu sorgen, dass die Leistungen unseres hochstehenden Gesundheitswesens für jeden Bürger und jede Bürgerin zu sozialverträglichen Bedingungen verfügbar sind. Dabei ist auf die Eigenverantwortung durchaus mehr Gewicht zu legen, wie es die Vorlage ja tut.

Während der ganzen Beratung der Vorlage war sich die Kommission bewusst, dass die Totalrevision einen indirekten Gegenvorschlag zur Initiative der Sozialdemokraten darstellt. Alle Kommissionsmitglieder haben mitgeholfen, einen ausgewogenen Kompromiss zu erarbeiten. Das ist uns mit dieser Vorlage weitgehend gelungen. Die Alternative heisst Lohnprozente, und das Volk hat darüber noch nicht entschieden. Eintreten auf die Vorlage war in der Kommission unbestritten.

Ich bitte namens der Kommission auch Sie, dem Eintreten zuzustimmen und die beiden Rückweisungsanträge abzulehnen – oder auf französisch mit einem «diction» ausgedrückt: Un tiens vaut mieux que deux tu l'auras.

Unser Gesundheitswesen ist anerkanntermassen hochstehend und ausgezeichnet. Darum wollen wir es so erhalten. Seine Kosten sind laut OECD im internationalen Vergleich im Mittelfeld: Am Ende seiner Möglichkeiten angelangt ist das gute alte, aus dem Jahr 1911 stammende Krankenversicherungsgesetz. Die geltende Ordnung taugt nicht mehr zur Lösung der Probleme. Diese Totalrevision will Abhilfe schaffen. Sie tut es – wie eingangs erwähnt – auf behutsame Art als ausgewogener Kompromiss. Maximallösungen sind bis jetzt immer gescheitert. Diese Revision will das Optimum, nicht das Maximum!

Ich bitte Sie eindringlich, in der Detailberatung daran zu denken.

**M. Philipona, rapporteur:** Le plus ancien exemple d'assurance-maladie et accidents connu dans le monde remonte, semble-t-il, à l'an 470 avant Jésus-Christ. Sur une tablette de bronze, on découvre un contrat passé entre la cité grecque d'Idalion et le médecin Onasikypros et ses frères concernant les soins aux personnes blessées et malades au cours du siège de la ville par les Perses. Aux termes du contrat, les patients n'auraient à payer aucun honoraire, mais, en revanche, la ville s'engageait à régler le docteur et ses frères en espèces sonnantes et trébuchantes ou en terres cultivables. La gratuité des soins, c'est donc très ancien, c'est aussi d'un autre âge. En Suisse, les premières bases de l'assurance-maladie ont été jetées en 1890, lors de l'acceptation en votation populaire, le 26 octobre 1890, de l'article constitutionnel 34bis. L'assurance-maladie que le Conseil fédéral a alors élaborée s'inspirait des modèles allemand et autrichien de l'époque. Le 5 octobre 1899, la première loi d'application fut acceptée par le Parlement sans réelle opposition. Pourtant, un référendum est lancé et le peuple rejette la loi le 20 mai 1900, déjà! Le 4 février 1912, une nouvelle loi est acceptée par le peuple et les cantons, à une très faible majorité, qui est encore en vigueur aujourd'hui. Elle a pourtant été très rapidement jugée insatisfaisante et a été l'objet, à partir de 1921, de nombreuses tentatives de révision ainsi que d'innombrables travaux de commissions d'experts afin d'en améliorer le contenu. Une seule révision partielle importante a pu être adoptée, c'était le 13 mars 1964. Mais, à l'époque, on était déjà fort conscient qu'il ne pouvait s'agir que d'un aboutissement éphémère. On percevait cette révision comme une étape en attendant d'autres révisions, nécessairement plus approfondies.

De nombreuses possibilités de réforme ont été envisagées et mises sur pied depuis lors, mais toujours sans succès. Des lacunes toujours plus profondes ont cependant été mises au jour avec le temps, de même que des propositions pertinentes ont été faites pour les combler. Il est frappant de constater l'impossibilité, ou même l'incapacité à mettre en oeuvre la moindre des réformes, pourtant si urgentes, qui ont été proposées. Il est vrai qu'en dehors du problème des coûts, notre pays peut être fier de son système de santé. Si l'on considère son espérance de vie, l'une des plus élevées du monde, on peut

affirmer que la population de la Suisse est en bonne santé. Actuellement, une fille qui naît dans notre pays peut espérer dépasser 81 ans, et un garçon atteindre presque 75 ans, sous réserve que les conditions relatives à la mortalité ne se dégradent pas pendant leur vie. D'après l'évolution actuelle, on peut estimer que l'espérance de vie va encore augmenter légèrement au cours des prochaines décennies.

Le réjouissant accroissement de l'espérance de vie est la conséquence logique de l'amélioration massive de l'offre de prestations, tant en qualité qu'en quantité. Mais ce phénomène est aussi à l'origine de l'envolée des dépenses de santé. Nous devons maintenant tenter de maîtriser ces coûts, tout en sachant que leur progression ne peut pas être stoppée sans entraver gravement notre qualité de vie. Entre 1985 et 1990, les coûts du système suisse de santé ont augmenté de 43,1 pour cent environ, soit environ 6 points de plus que le produit intérieur brut, passant ainsi de 8,1 à 8,4 pour cent. La somme ainsi atteinte dépasse les 26 milliards de francs par année. Le projet de refonte complète de l'assurance-maladie que nous sommes appelés à examiner aujourd'hui prend naissance au lendemain du résultat négatif du 6 décembre 1987.

Convaincu de la nécessité d'une révision rapide, le Conseil fédéral souhaitait toutefois répartir sur de nouvelles bases. Il a alors choisi la formule du concours d'idées et fait appel à quatre experts: MM. Gianneta, Gilliland, Hauser et Zweifel. A la fin septembre 1988, ces quatre penseurs déposaient leurs travaux qui traitaient de l'organisation de l'assurance, de son financement, du mode de taxation des primes, de l'affectation des subsides des pouvoirs publics et de la maîtrise des coûts. C'est après l'examen de ces quatre rapports que le Conseil fédéral a décidé de poursuivre ses travaux de révision. Il a constitué une commission de 26 membres comprenant des représentants des milieux intéressés ainsi que des experts indépendants. Elle était présidée par M. Schoch, conseiller aux Etats. Le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 tient largement compte des propositions de cette commission Schoch.

Après le formidable consensus que s'est offert le Conseil des Etats, lors de la session d'hiver 1992, en approuvant cette révision à l'unanimité au vote sur l'ensemble, notre commission a débattu de l'entrée en matière le 7 janvier dernier. Celle-ci a été acceptée à l'unanimité. Nous avons tout juste commencé cet examen quand la Commission des cartels a présenté son rapport sur les conditions de concurrence entre caisses-maladie et sur les conventions tarifaires entre prestataires de soins et caisses-maladie. Notre commission a alors invité le président de la Commission des cartels à une séance afin de nous commenter toutes les subtilités de ce rapport. Celui-ci contient en effet une série de réflexions et de recommandations qui nous ont beaucoup intéressés. Comme nous le verrons par la suite, certaines propositions de la Commission des cartels ont donné lieu à des modifications d'articles.

Les deux objectifs fondamentaux de cette révision sont le renforcement de la solidarité et la maîtrise des coûts qui occasionnent des augmentations de prime. Nous pouvons aussi résumer les buts de cette loi en disant que l'ensemble de la population doit pouvoir accéder à des soins médicaux qualitativement élevés, ceci à des conditions financières qui peuvent être supportées par tous.

Pour aboutir à un renforcement de la solidarité, l'assurance des soins exige avant tout une solidarité entre personnes saines et personnes malades, bien sûr, mais aussi entre jeunes et personnes âgées, entre hommes et femmes, et entre riches et pauvres.

Quant au problème de la maîtrise des coûts, il réside dans le fait que les coûts de l'assurance des soins augmentent nettement plus fortement que les salaires et les prix. Ainsi, de 1986 à 1991, la croissance moyenne annuelle a été la suivante: 4,1 pour cent pour les prix à la consommation; 5,9 pour cent pour les salaires et 9,8 pour cent pour l'assurance des soins. Le projet que nous avons la lourde tâche d'examiner aujourd'hui contient toute une série de mesures dont l'action conjointe doit améliorer cette maîtrise des coûts. A cet égard, le principe de responsabilité personnelle et celui des lois de la concurrence revêtent une grande signification. En outre, les

contrôles dans le domaine des tarifs et des prestations seront renforcés. Si, malgré tout, les coûts devaient échapper à ces contraintes, l'autorité compétente serait habilitée à prendre des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts.

Par rapport au projet tel qu'il est sorti des travaux du Conseil des Etats, quelques innovations importantes sont proposées par notre commission. Elles concernent avant tout le renforcement de la concurrence par l'interdiction des ententes cartellaires. Ainsi, les dispositions en vue d'entraver la concurrence, prévues dans les statuts de fédérations, les règles de déontologie et les conventions tarifaires sont à l'avenir interdites. La commission suit en cela en bonne partie les recommandations de la Commission des cartels. Le Conseil fédéral avait, entre temps, fait siennes aussi les conclusions sur ce point-là. La centralisation actuelle du droit de conclure des conventions auprès des fédérations, de l'obligation de s'affilier à une fédération, la stricte uniformisation des conditions conventionnelles et le blocage de la concurrence qui lui sont liés, sont ainsi supprimés. Le renforcement de la concurrence devrait avoir un effet bénéfique sur la maîtrise des coûts. Il faut cependant préciser que les conventions tarifaires demeureront la règle. Elles n'auront cependant d'effet que pour les membres de fédérations qui y ont adhéré. De telles conventions sont également ouvertes aux non-membres. Le principe de liberté conventionnelle est ainsi garanti.

Dans les mesures extraordinaires de maîtrise des coûts, la commission s'est finalement ralliée à la solution du Conseil des Etats. Cela signifie qu'en cas de développement excessif des coûts le canton a la compétence pour fixer un montant global pour le financement des hôpitaux et autres établissements similaires. Dans les domaines ambulatoires ou stationnaires, il y aura possibilité de bloquer les tarifs et les prix. La procédure prévue est analogue à celle des arrêtés fédéraux urgents, mais la mesure est moins sévère.

Un chapitre très important traite de la réduction des primes par des contributions publiques. Celles-ci ne seront plus versées aux caisses-maladie comme jusqu'ici, selon le système de l'arrosage, mais devront être accordées aux assurés économiquement les plus modestes. Notre commission n'entend cependant pas dicter aux cantons les systèmes à adopter quant à la procédure de la baisse des primes. Nous laissons en l'espèce aux cantons toute liberté d'agir, répondant ainsi à un vœu qu'ils ont exprimé avec insistance. Ainsi, les cantons qui sont d'ores et déjà dotés d'un système de réduction de primes bien structuré pourront le conserver.

Notre commission propose un domaine nouveau qui traite de la promotion de la santé, de l'efficacité et de la rentabilité dans le domaine de la santé. Les assureurs devront désormais s'engager aussi dans le domaine de la promotion de la santé et, plus précisément, dans la coopération avec les cantons, les organisations intéressées, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, le corps médical, les milieux scientifiques et la Confédération. Une commission, instituée par le Conseil fédéral, assurera cette coordination.

La tâche est de toute première importance. Il est de moins en moins acceptable d'engager des moyens très coûteux pour soigner les maladies si l'on n'engage pas simultanément des actions importantes permettant d'éviter d'être malade. De nombreux médecins sont d'avis que, par exemple, un service diététique pourrait faire un tabac quant à la valeur correctrice et préventive. Dans de tels cas, beaucoup d'argent pourrait être économisé par un simple traitement ambulatoire remplaçant une hospitalisation devenue caduque. Il s'agira donc de rendre complémentaires le préventif et le curatif en corrigeant le retard pris par la prévention et en l'amenant vers le même niveau de qualité et d'efficacité que le système de soins.

En ce qui concerne l'égalité des primes entre hommes et femmes, aussi bien le Conseil fédéral que le Conseil des Etats en avaient accepté le principe pour l'assurance-maladie sociale, c'est-à-dire l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières. La majorité de la commission est d'avis qu'il faut étendre le principe de l'égalité des primes également à l'assurance complémentaire ainsi qu'à l'assurance d'indemnités journalières privée facultative. Dans son

élan de générosité, la majorité de la commission propose d'interdire l'exclusion des prestations maternité de l'assurance complémentaire ou de l'assurance d'indemnités journalières privée facultative.

La loi que nous examinons aujourd'hui a fait l'objet de deux lectures en commission. Au cours de 23 jours de séance, nous avons examiné 287 propositions individuelles, les 99 articles de la loi ainsi que plusieurs rapports complémentaires que l'Ofas nous a fournis avec compétence et dans des délais parfois assez courts. Au nom de la commission, je tiens à les en remercier.

La révision totale de la loi sur l'assurance-maladie est un exercice périlleux. Elle nécessite une ferme volonté de trouver des solutions raisonnables, afin de maîtriser le difficile problème de financement de notre système de santé, tout en maintenant son haut niveau de qualité. Si la tâche est difficile, elle n'est pourtant pas insurmontable. C'est d'ailleurs le sort de toute autorité politique de trouver de temps à autre, sur le chemin de la banalité quotidienne, un os plus dur, un obstacle plus élevé, qui requiert toute la force du cheval et le savoir-faire du cavalier.

Au nom de la commission, je vous mets en garde contre la tentation de reculer devant l'obstacle et de remettre à demain ce qui doit être fait aujourd'hui. Il faut rejeter les propositions de renvoi et de non-entrée en matière. La situation est telle qu'il y a urgence à décider et à agir. Tout retard serait préjudiciable aux gens de ce pays, pas seulement aux malades ailleurs. Le docteur Knock ne disait-il pas: «Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent.»

Au vote sur l'ensemble, la commission a accepté la loi par 13 voix contre 3 et avec 6 abstentions. Elle vous propose maintenant d'entrer en matière sur l'examen de cette loi qui se présente comme un nouveau-né qui vient au monde après une grossesse particulièrement difficile. L'enfant est encore bien frêle et fragile. Il nous incombe, dès à présent, de nous pencher sur le berceau afin de lui donner la vigueur nécessaire pour la vie. Il devra être fort pour répondre aux espoirs légitimement placés en lui.

**M. Zisyadis:** Vous avez décidé à une très large majorité de mettre aux soins intensifs une loi qui, à notre avis, ne tiendra pas le coup dans l'avenir sanitaire de notre pays. La merveille du consensus helvétique est que l'acharnement thérapeutique devient peu à peu la règle dans tous les domaines, alors qu'il conviendrait peut-être, parfois, de s'interroger sur la base même du financement de notre assurance-maladie. Il y a pourtant des refus d'entrevoir l'avenir avec un peu de courage, qui risquent de coûter cher, peut-être très cher, à la population, à la société toute entière, par un risque extrême de bureaucratisation du système.

Certains d'entre vous ont l'air tout euphoriques d'avoir trouvé les bons compromis, le compromis du siècle, alors que vous êtes tout simplement en train de pousser jusqu'à l'extrême limite la logique de cette loi que, dans le fond, vous ne voulez pas voir changer, et ceci, malgré la crise économique qui frappe les plus démunis du pays, et malgré la démesure des cotisations d'assurance dans les budgets familiaux.

Sous prétexte de lutte contre les coûts de la santé – ces fameux coûts de la santé, qui sont la tarte à la crème idéologique et le fourre-tout alibi bien commode – vous escamotez le problème réel des citoyens face à l'assurance-maladie. Le problème, c'est le désengagement massif depuis 1975 des pouvoirs publics du subventionnement aux assurances sociales – phénomène invraisemblable du transfert des charges sur le dos des assurés – par le biais d'une défiscalisation délibérée avec ses conséquences antisociales, ces 20 milliards de désengagement, chiffre que personne ne conteste plus depuis longtemps. Cette évolution s'est répercutée sur la part des assurances sociales dans le financement, qui a augmenté de 40 pour cent en quinze ans.

Notre assurance-maladie est malade – cela, tout le monde le dit –, mais elle est malade du profit parce qu'on perdure à vouloir la considérer comme une marchandise alors qu'elle devrait répondre à des critères de bien-être public en dérogeant au principe de la liberté du commerce, s'il le faut.

La culpabilisation insensée des citoyens sous couvert de coûts de la santé n'arrivera pas à obscurcir le fait que notre pays, avec environ 8 pour cent de dépenses de santé en pour cent du produit intérieur brut, se situe tout simplement dans la toute bonne moyenne des pays de l'OCDE et en tout cas loin derrière les Etats-Unis et le Canada. Vous n'arriverez pas à faire oublier que ce qui coûte cher, c'est le poids des trusts médico-pharmaceutiques dans la fixation des prix; c'est l'incurie du manque de coordination hospitalière sous le poids de l'expansion incontrôlée des techniques médicales; c'est l'augmentation constante des frais administratifs des caisses; c'est enfin aussi la disparité inadmissible à l'intérieur du corps des médecins entre une minorité, le quart, qui se partage la moitié des honoraires alors que les trois autres quarts se partagent le reste. Ces réalités pèsent autrement plus lourd sur l'avenir de notre système de santé que la personne âgée du coin de la rue, qui va trop souvent chez son médecin et que vous voulez encore ponctionner de manière supplémentaire. Vous avez institué un système de self-service du profit et vous vous étonnez qu'il s'emballerait aujourd'hui.

Avec ce projet de loi vous persistez à garder la clé de voûte d'un système dépassé. Il se dégrade devant vos yeux et vous continuez à le garder sous perfusion. Ce principe clé que vous voulez est un financement en fonction de primes individuelles. Dans le projet, les disparités de cotisation selon le revenu et selon la composition du ménage sont atténuées, certes, par des subsides accordés aux ménages à revenu modeste. L'aide sociale va ainsi intervenir au-delà des dépenses de maladie supérieures à un certain pourcentage – bien; pour une même dépense, la limite proportionnelle est atteinte plus rapidement pour un ménage modeste que pour un ménage aisé – très bien –, et pour un même revenu, plus vite pour une famille comprenant parents et enfants.

Mais ce système porte en lui le germe d'une bureaucratisation extrême. En effet, avec un seuil de 8 pour cent en 1993, cela signifie que plus de la moitié des ménages, 53 pour cent, et trois cinquièmes des personnes, exactement 61 pour cent, auraient droit à des subsides. Les propositions sont énormes et confinent parfois l'absurdité. Nous allons tout droit à un retour au XIXe siècle avec ce recours à l'assistance qui sera la source d'un contrôle social accru et de démarches que de nombreux ménages jugent aujourd'hui encore humiliantes. Il n'y a aucun germe dans ce projet de proposition de solidarité familiale. De plus, nous avons beau retourner le projet dans tous les sens, nous ne trouvons aucune trace de propositions pour empêcher la poursuite des transferts de charges qui se sont produits ces quinze dernières années sur le dos des assurés.

Je ne m'étendrai pas outre mesure sur la pénalisation des malades – en rupture avec nos habitudes hospitalières –, avec l'introduction définitive de la participation des frais hospitaliers, accompagnée d'une taxe hospitalière, taxe hospitalière que vous avez seulement obtenue dans l'arrêté urgent parce qu'il était compris dans un multipack. Nous vous demandons de ne pas entrer en matière sur ce projet qui n'est qu'une re-fonte alibi, ou plutôt un arrêté fédéral urgent bis.

Nous vous demandons de ne pas entrer en matière sur ce projet avant que l'initiative socialiste et syndicale, déposée en 1986 et encore pendante, soit soumise au peuple. Nous ne pouvons pas avancer sérieusement dans la réflexion sur l'assurance-maladie tant que nous ne connaissons pas la volonté populaire sur le financement de l'assurance en fonction de la capacité financière de l'assuré. Ce système est largement employé en Europe. Il est en passe d'être au centre des débats aux Etats-Unis avec le projet Clinton en matière de santé. Cette initiative socialiste et syndicale, que certains ici considèrent comme une épée de Damoclès ne devant agir que comme un petit aiguillon par-ci, par-là, afin d'obtenir la meilleure révision, doit être soumise au vote le plus rapidement possible.

Madame la Conseillère fédérale, vous avez été promotrice, parmi d'autres, de cette initiative socialiste et syndicale. Permettez-moi de vous dire en toute franchise que la population ne comprendrait pas qu'on escamote le débat sur cette initiative capitale pour l'avenir sanitaire du pays en la renvoyant aux calendes grecques. Certes, vous avez repris le dossier actuel des mains de votre prédécesseur. Il reste que nous attendons

de votre part un engagement véritable autour d'un projet qui est seul à répondre aux injustices sociales en matière de santé; c'est de plus le système le plus simple; c'est le système le plus économique et le plus solidaire. Ne pas entrer en matière aujourd'hui, c'est exiger que l'initiative pour une saine assurance-maladie soit mise au vote dans les plus brefs délais. Ensuite, il sera bien assez temps de rafistoler des projets tels que ceux que nous avons en main.

**Keller Rudolf:** Anfänglich habe ich im Rahmen der Kommission aktiv an der Revision des Krankenversicherungsgesetzes mitgearbeitet. Doch hat es sich schon nach einiger Zeit gezeigt, dass neben einigen sehr guten Revisionspunkten auch einige schwerwiegend negative Vorschläge ins Gesetz Eingang gefunden haben.

Zuerst zum Positiven, wie es weitgehend von unserer Kommission vorgeschlagen wird und wie ich es in einem modernen, neu zu schaffenden Gesetz auch sehe: Ich bin ganz klar dafür, dass die soziale Grundversicherung obligatorisch erklärt wird. Es ist für mich auch einsichtig, dass Prämienverbilligungen gewährt werden müssen. Allerdings sehe ich überhaupt noch nicht, wie diese Prämienverbilligungen konkret in den Kantonen vonstatten gehen sollen. Der Verwaltungsaufwand scheint mir unglaublich hoch zu sein. Aber eine solche Prämienverbilligung erachte ich in diesem Gesetz aus sozialen Gründen als absolut notwendig. Mit Spitex können wir, wie es im Gesetz vorgesehen wird, kostensenkend wirken. Gerade im Zeitalter der zunehmenden Entfremdung der Leute, der immer stärker werdenden Vereinsamung der Menschen ist es wichtig, dass die kranken Menschen solange wie möglich dort gepflegt werden können, wo sie auch zu Hause sind. Auch die Prävention wird von mir so unterstützt, wie sie im Gesetz von unserer Kommission geplant ist. Das Gesetz beinhaltet nach der Kommissionsberatung auch Massnahmen gegen die Mengenausweitung der Medikamente, was unabdingbar notwendig ist.

All diese Punkte, die ich in meinem Rückweisungsantrag mit den Buchstaben a bis c umschrieben habe, sollen also nach meiner Meinung ins Krankenversicherungsgesetz übernommen werden.

Zur finanziellen Seite: Was erwarten die Leute von dieser Krankenversicherungsrevision? Ich würde sagen, dass der durchschnittliche Prämienzahler, die durchschnittliche Prämienzahlerin von uns erwartet, dass eine Revision gemacht wird, die es fertigbringt, den Prämienanstieg zu begrenzen. Das und nichts anderes erwarten die Leute draussen vom Parlament und von dieser Gesetzrevision.

Was hat die Nationalratskommission daraus gemacht? Sie hat die ständerätliche Vorlage dermassen ausgebaut, sie hat so viele Zusatzanträge ins Gesetz aufgenommen, dass mir nichts anderes übrigbleibt, als Halt zu sagen: Halt, stopp zu solchen Prämiensteigerungen, wie sie nun als Folge der verschiedensten Anträge vorgesehen sind. Wir müssen uns gerade in der heutigen Zeit überlegen, wieviel wir uns in einer solchen Versicherung noch leisten können und wieviel nicht. Es ist klar: Die medizinische Grundversorgung muss in dieser Versicherung sichergestellt bleiben. Aber weder die Kommission noch die Verwaltung konnten nach meiner Auffassung genau beziffern, wie teuer die Versicherung effektiv neu zu stehen kommt. Man weiss nur, dass die Steigerungen bei den Prämien irgendwo um die 25 Prozent liegen dürften.

Ich verlange hier jetzt eine Revision, die zwar immer noch Steigerungen bringt, aber solche, die für die Prämienzahlerinnen und -zahler noch knapp erträglich sind. Allein die Zulassung der Psychotherapeuten soll um die 110 Millionen Franken kosten. 1,5 Millionen Leute sind heute in Kollektivkassen versichert. Das wird künftig nicht mehr so ausgedehnt möglich sein wie bisher. Es gibt Versicherte in diesen Kollektivkassen, die mit einer Prämiensteigerung von 30 bis 100 Prozent rechnen müssen. Stellen Sie sich einmal vor, was es für Sie persönlich heissen würde, z. B. 50 Prozent mehr Krankenkassenprämien bezahlen zu müssen. Das kann man doch nicht einfach so mit einem Federstrich beschliessen. Die Nationalratskommission ist auch beim Taggeld weiter gegangen als der Ständerat. All diese Punkte sind kostentreibend.

Fast 60 Prozent der Versicherten erhalten Prämienvergünstigungen. Das ist ja soweit gut und recht. Aber es geht hier um Einkommen bis zu 88 000 Franken bei Familien mit Kindern. Solche Preisvergünstigungen sind in manchen Fällen absolut unangebracht, in einigen Fällen würde ich gar sagen: Es ist eine unverschämte Frechheit, Leuten mit Einkommen über 75 000 Franken noch einen Zuschuss in der Krankenversicherung zu geben. Ich würde die Obergrenze der Vergünstigungen bei 65 000 Franken festlegen, was auch wieder ein Sparpotential brächte. Was ich also verlange, ist nicht illusionär, sondern realistisch.

Nun kommt zu allem noch hinzu, was ich in Punkt e meines Rückweisungsantrages bemängle. Es geht um den Eingriff in den Bereich der privaten Krankenversicherung, oder, höflicher umschrieben, um die gleichen Prämien für Männer und Frauen auch ausserhalb des Obligatoriums. Das tönt auf den ersten Blick gesehen positiv. Aber auch dies wird uns etwas kosten. Allerdings ist diese Auswirkung nicht einmal genau zu beziffern. Wir kaufen also mit dieser Revision ganz klar die Katze im Sack. Der Eingriff ins Privatversicherungsrecht schafft ein gefährliches Präjudiz für andere Versicherungen. Zudem ist diese Regelung dem Versicherungsrecht, wie es heute in allen anderen europäischen Ländern besteht, diametral entgegengesetzt. Mit diesem Eingriff ins Privatversicherungsrecht bestrafen wir unter dem Deckmantel der gleichen Prämien für Männer und Frauen in Tat und Wahrheit die Frauen, die wohl noch in anderen Versicherungssparten künftig mehr Prämien bezahlen müssten, nämlich überall dort, wo sie bisher bei den Prämien besser gefahren sind als die Männer. Mit diesem Vorschlag hat die Mehrheit der Kommission die Vorlage ins Wanken gebracht.

Ich rate Ihnen, die entsprechenden Referendumsdrohungen ernst zu nehmen. Sie müssen sich darüber Rechenschaft geben, was Sie wollen: Wollen Sie ein Gesetz, das trägt, oder eines, das nach einem solchen Beschluss referendumsträchtig ist? Der Widerstand könnte sich in einer Volksabstimmung erst recht kumulieren! Nicht nur die Versicherer, die ich hier verrete, sondern auch die Aerzte, einige Krankenkassen und weitere namhafte Kreise sind sehr skeptisch und hellhörig geworden. So geht das nicht!

Ich empfehle Ihnen, meinem Antrag auf Rückweisung an die Kommission zuzustimmen. Das ist auf jeden Fall der kürzere Weg, und sicherer als der Weg der Volksabstimmung mit dem Risiko eines Scherbenhaufens. Es liegt im Interesse der Versicherten, ein Gesetz zu machen, hinter dem weite Kreise stehen können: die Versicherten, die Aerzte, die Krankenkassen, die Versicherer, die Apotheker, die Arbeitgeber und -nehmer und auch die Kantone, über die ich im Fraktionsvotum zum Eintreten noch reden werde. Die Kantone sind auch sehr stark tangiert und beunruhigt über einige Aenderungen, die vorgenommen werden sollen.

Es wird nur etwas aus diesem Gesetz, wenn es uns gelingt, ein Gesetz zu verabschieden, das die volle Unterstützung all dieser Kreise erhält. Es ist mir klar, dass alle Abstriche machen müssen. Es haben bereits alle im Rahmen der Revisionsarbeiten, wie sie in der Kommission gelaufen sind, an irgendwelchen Punkten Abstriche machen müssen, und es waren auch alle bereit dazu. Wir sollten jetzt den Bogen nicht überspannen. Helfen Sie mit, aus diesem Gesetz ein echtes Kompromisswerk zu machen, eine soziale Grundversicherung, zu der wir alle stehen können.

**Maspoll:** Die Krankenkassen, besser gesagt, ihre Prämien sind in der Schweiz – vor allem in den letzten Jahren – zu einem grossen Problem angewachsen. Für viele Schweizerinnen und Schweizer bedeutet das Berappen der Prämien eine kaum mehr zu bewältigende Belastung. Betroffen sind nicht nur die unteren Bevölkerungsschichten, sondern auch – und immer mehr – der sogenannte Mittelstand.

Vor ungefähr 18 Monaten äusserte sich der Präsident der grössten Schweizer Krankenkasse – die ich hier nicht mit Namen nennen will, oder doch: Helvetia – wie folgt: «Wir sind uns bewusst, dass die vorgesehenen Erhöhungen der Prämien zirka 40 Prozent aller Schweizerinnen und Schweizer in finanzielle Schwierigkeiten bringen werden.»



Seitdem sind besagte Prämien bereits zweimal gestiegen, und zwar in verschiedenen Fällen um mehr als 40 Prozent. Also muss ich jetzt annehmen, dass 40 Prozent aller Schweizerinnen und Schweizer in finanziellen Schwierigkeiten stecken.

Es muss noch gesagt werden, dass die Ansätze von Kanton zu Kanton verschieden sind und dass der gleiche Bürger, die gleiche Bürgerin für ein und dieselbe Leistung zum Beispiel in St. Gallen 25 bis 30 Prozent weniger zu berappen hat als im Tessin. Diese Tatsache steht in keinem Verhältnis zur praktizierten Lohn-Kosten-Politik der beiden Kantone.

Dies bedeutet ungleiche Behandlung von Bürgerinnen und Bürgern in ein und demselben Land und führt zu reeller Entsolidarisierung zwischen den Versicherten der gleichen oder verschiedener Krankenkassen, zwischen den Regionen, den Risikogruppen und zwischen Männern und Frauen.

Die Krankenversicherung ist aber, neben der AHV und der Unfallversicherung, sicher die «sozialste» aller nur denkbar möglichen Versicherungsformen, welche in diesem Rechtsstaat praktiziert werden. Deshalb sollte eine Revision auch unter sozialen Voraussetzungen angepackt werden.

Die Revision, die wir heute zu behandeln haben, tut das nicht. Das Ziel, eine wirkliche Solidarität – das wohl wichtigste Kettenglied des sozialen Denkens – zwischen allen Versicherten unseres Landes zu erreichen, streben Sie mit der heute zur Debatte stehenden Vorlage nicht an. Die Krankenkassen sprechen sehr wohl von dieser Solidarität. Ihnen geht es jedoch vor allem – und nur mit Worten – um eine Form von Solidarität unter den einzelnen Kassen. Der Verdacht, dass die Krankenkassen aber vorwiegend – um nicht zu sagen: nur – darauf bedacht sind, möglichst viele Mitglieder anzuwerben, ist durchaus gerechtfertigt. Wie könnte man sich sonst erklären, dass die Krankenkasse Helvetia kürzlich die Krankenkasse Progress aufgekauft hat, und zwar nur darum, um junge Menschen zu günstigeren Preisen versichern zu können.

Die Krankenkassen, welche dem sogenannten Konkordat angehören, benehmen sich also genau gleich wie jene Krankenkasse, die sie laufend kritisieren. «Die Prämienbestimmungen des Bundes» – das schreiben die Krankenkassen, nicht ich – «führen innerhalb der Krankenkassen zu einer starken Solidarität der Männer gegenüber den Frauen und der jüngeren Versicherten gegenüber der älteren Generation. Die weiblichen und die älteren Versicherten sind jedoch ungleich auf die einzelnen Krankenkassen verteilt, was mit steigenden Kosten zu immer massiveren Prämienunterschieden unter den Krankenkassen geführt hat. Durch die Abwanderung in risikogünstigere Krankenkassen ist eine Entsolidarisierung eingetreten, welche einen Teil der Versicherten benachteiligt, die Versicherten anderer Krankenkassen jedoch benachteiligt.» In welchem Verhältnis stehen diese an und für sich korrekten Aussagen zum Verhalten eben dieser Kassen? Doch solange die Krankenkassen sich frei auf dem Gesundheitsmarkt bewegen können – ich brauche diesen scheusslichen Ausdruck «Gesundheitsmarkt» bewusst –, werden diese Diskrepanzen nicht aus der Welt zu schaffen sein; denn es werden bei ansteigender Bevölkerungszahl immer wieder neue Krankenkassen entstehen, welche junge Leute anwerben und so das Prinzip des Teufelskreises aufrechterhalten werden.

Können Sie sich vorstellen, dass die AHV nach diesem Prinzip aufgebaut werden könnte? Die Krankenkassen beklagen sich, dass die Abwanderung von Versicherten in risikogünstigere Krankenkassen die Entsolidarisierung bewirke. Frage: Wohin könnten Versicherte abwandern, wenn nur eine einzige Krankenkasse bestünde, und zwar eine, welche für alle Versicherten gleiche Leistungen garantieren würde? Der Vorteil eines solchen Vorgehens bestünde darin, dass zwar alle die gleichen Leistungen bezögen, dafür aber je nach finanziellen Möglichkeiten bezahlen würden.

Beispiele: Bei einem monatlichen Einkommen von 3000 Franken und einem Ansatz von 5 Prozent würde die monatliche Krankenkassenprämie 150 Franken betragen; bei einem monatlichen Einkommen von 10 000 Franken und einem Ansatz von 5 Prozent würde der gleiche Mann 500 Franken bezahlen. Bund und Kantone bräuchten niemandem mehr – ich unterstreiche: niemandem mehr, vor allem keiner Krankenkasse –

Subventionen abzugeben. Sie hätten zudem eine genaue Kontrolle über Ein- und Ausgaben, Spital- und Aertzekosten usw. Kollege Zisyadis, der vor mir an diesem Rednerpult stand, hat das sehr eindrücklich und sehr gut geschildert.

Wir brauchen eine Bundeskrankenkasse. Das ist alles, was wir heute brauchen. Es gibt keine andere Lösung mehr. Die Lösungen, die Sie heute anstreben, sind ungefähr das gleiche, was wir gestern im Theater von Genf gesehen haben: Man hat versucht, aus einem alten Meisterwerk wie der «Carmen» etwas Neues zu machen; das Resultat haben Sie gesehen. Das gleiche tun Sie hier heute: Sie versuchen, mit alten Mitteln alte Gesetze einfach neu zu überarbeiten, aber Sie ändern nichts an der Tatsache, dass diese Gesetze alt sind. Kollege Keller Rudolf hat es gesagt: So geht das nicht.

Ich glaube, dass wir zum Schluss kommen müssen, dass mein Rückweisungsantrag das einzig Richtige ist. Ich möchte dabei nicht unfreundlich sein oder lediglich auffallen, ich habe Hochschätzung vor der Arbeit der Kommission; aber dieser Weg, den wir heute gemeinsam zu begehen im Begriff sind, führt nicht zum Ziel.

Ich bitte Sie deshalb: Unterstützen Sie meinen Antrag auf Rückweisung an den Bundesrat verbunden mit dem Auftrag, eine wirklich soziale Krankenkasse, eine Einheitskrankenkasse, eine Bundeskrankenkasse, die für alle gleich ist, zu organisieren.

**Frau Heberlein:** In der gesundheitspolitischen Diskussion der letzten Jahre wurden vor allem die Kostensteigerungen beklagt und immer wieder vergeblich nach Massnahmen gesucht, diese zu bekämpfen. Die Diskussion war geprägt vom Ruf nach Prämien-, Tarif- und Taxstopp, nach staatlicher Planung, aber auch – und vor allem – von gegenseitigen Schuldzuweisungen. Weitgehend in diese Richtung zielt ja auch der dringliche Bundesbeschluss, der wohl momentan eine Situation entschärft, aber effektiv nur einen Stau bewirkt. Alle Beteiligten sind zwar seit Jahren überzeugt, dass die Kostensteigerungen nicht mehr so weitergehen können, da wir die Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung bei gleichbleibender Qualität so nicht mehr bezahlen können. Dabei ist es uns auch kein Trost, dass wir mit den Kosten gesamteuropäisch nicht an der Spitze stehen und dass alle Länder mit denselben Problemen kämpfen.

Zwei Fragen stehen im Vordergrund:

1. Welches sind die hauptsächlichen Probleme im Gesundheitswesen?
2. Was trägt die heute vorliegende Vorlage zur Verbesserung dieser Situation bei?

An diesen beiden Fragen muss die Revision gemessen werden. Das heutige System krankt – in der Diagnose sind sich die meisten einig – an mangelnden Anreizen. Alle an der Gesundheitsversorgung Beteiligten sind daran interessiert, möglichst viele Leistungen zu erbringen, da sie entweder daran gemessen werden, wie zum Beispiel die Spitäler an der Bettenbelegung, oder daran verdienen. Auch die Versicherten werden als Patienten nicht belohnt, wenn sie sich sparsam verhalten. Sie zahlen die steigenden Prämien und wollen daher auch die offerierten Leistungen benutzen.

Fest steht aber auch – und dessen müssen wir uns bewusst sein –, dass wir über eines der besten Gesundheitswesen Europas verfügen, das eine qualitativ gute Versorgung für alle sicherstellt, ohne Rücksicht auf die finanziellen Verhältnisse. Bei der Versorgungsdichte, das heisst der Anzahl Aerzte, Spitalbetten, Apotheken usw. pro Einwohner stehen wir ebenfalls an der Spitze.

Weiter wären noch andere Krankheitssymptome aufzuzählen wie mangelnde Transparenz der Kosten, der Finanzierung, wenig Koordination und sehr viel Prestigedenken.

Was trägt nun die Vorlage zur Verbesserung dieser Situation bei? Die Zielvorgaben waren hoch, und sie werden nur zum Teil erreicht. Doch die Geschichte der gescheiterten Revisionen zeigt, wie schwierig es ist, auf diesem Gebiet einen Konsens zu finden. Den angestrebten Kosteneinsparungen stehen Ausdehnungen der Leistungen gegenüber, so in der Prävention, bei der Zahnmedizin, durch die Aufhebung der zeitlichen Begrenzung der Leistungspflicht in den Spitälern, die

Übernahme der Transportkosten usw. Die Krankenkassen beziffern diese Leistungsausdehnungen auf eine Prämienhöhe von 5 bis 10 Prozent.

Positiv hervorzuheben sind die Gleichstellung von ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen durch Einführung einer gleich hohen Selbstbeteiligung, die Möglichkeit der Tageskliniken und die Gleichbehandlung der spitalexternen und spitalinternen Krankenpflege. Ebenfalls positiv sind die freie Wahlmöglichkeit der Versicherten und die Aufnahmepflicht ohne Vorbehalte. Sie ist gegenüber den heute eingeschränkten Möglichkeiten des Kassenwechsels, insbesondere für ältere Menschen, ein klarer Vorteil. Sie ist allerdings mit dem Obligatorium zu erkaufen, das aber kaum Auswirkungen hat, da heute ja bereits über 95 Prozent der Bevölkerung versichert sind. Damit aber wird die Solidarität zwischen Alt und Jung, zwischen Gesunden und Kranken gewährleistet.

Die teilweise Aufnahme der Vorschläge der Kartellkommission ist ein erster Schritt in Richtung mehr Wettbewerb. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die Freiheit nicht zu Lasten der Qualität der Leistungen und der Wahlfreiheit der Patienten geht respektive dass eine Wahlfreiheit nur noch mit erheblichen Prämienhöhungen erkaufte werden kann. Die neue Konzentration der Kassen kann durchaus auch zu Lasten der Patienten zu mächtig werden.

Positiv ist auch die gezielte Prämienverbilligung für Versicherte entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit. Diese tritt an die Stelle der Subventionierung der Kassen. Damit ist allerdings ein administrativer Aufwand für Kantone und Gemeinden in Kauf zu nehmen, und damit verbunden sind auch Mehrkosten.

Gerade aus diesem Grund darf den Kantonen nicht vorgeschrieben werden, wie sie diese Prämienverbilligungen zu vollziehen haben, sondern nur dass sie sie zu vollziehen haben und in welchem Umfang.

Für unsere Fraktion sind die folgenden Punkte für eine Zustimmung zur Vorlage entscheidend: Die Leistungspflicht im Obligatorium für die Krankenpflege muss eng begrenzt und klar umschrieben sein. Der Leistungskatalog darf keinesfalls ausgedehnt werden. Die Taggeldversicherung ist entsprechend ihrer heutigen Regelung freiwillig beizubehalten. Eine OR-Aenderung für Lohnfortzahlungspflicht bei Mutterschaft gehört nicht in diese Vorlage. Der Risikoausgleich ist entweder ganz zu streichen oder aber zumindest zeitlich zu begrenzen. Er verfälscht einzig die Wettbewerbssituation unter den Kassen.

Den Kantonen ist bei der administrativen Ausgestaltung der Prämienverbilligung gemäss dem Antrag der Kommissionsmehrheit grösstmögliche Freiheit zu belassen. Die mögliche Anordnung einer Globalbudgetierung für sämtliche ambulanten und stationären Leistungen (Art. 46) kann nicht akzeptiert werden. Die Lösung von Ständerat und der Mehrheit der Kommission widerspricht zwar auch der Regel, dass dem Bundesrat ohne Mitsprachemöglichkeit des Parlamentes keine Kompetenzen für ausserordentliche Massnahmen zugestanden werden sollen. Doch sind die Hürden für die Einführung dieser Massnahmen im Beschluss des Ständerates und im Antrag der Mehrheit klarer umschrieben als im heutigen Dringlichkeitsrecht. Weiter gehende ausserordentliche Massnahmen gehören nicht in ein Gesetz, sondern in die Kompetenz von Parlament und Volk.

Ein letzter Punkt, der für unsere Zustimmung entscheidend ist: Die Aenderung des Versicherungsvertragsgesetzes, das heisst der Einbezug des Privatversicherungsrechtes in die Regelung der sozialen Krankenversicherung, gehört nicht in diese Revision. Die Statuierung der Prämienungleichheit, verbunden mit einer Aufnahmepflicht ausserhalb der Sozialversicherung im Zusatzversicherungsbereich, ist für die FDP-Fraktion ein inakzeptabler Eingriff in das private Versicherungsrecht.

Persönlich möchte ich noch ergänzen, dass ich mich – nicht zuletzt aufgrund meines Engagements im Abstimmungskampf über die Krankenkassen-Initiativen – immer für diese Vorlage eingesetzt habe und sie trotz vieler einzelner Bedenken auch gegen andere Artikel (sie sind teilweise bereits genannt worden) mitgetragen habe.

Ich bin nach wie vor davon überzeugt, dass es uns gelingen muss, heute Lösungen zu finden, auch wenn sie – dies ist zuzugeben – vom anzustrebenden Ideal noch weit entfernt sind. Wir können nicht mit Dringlichkeitsrecht noch weitere Jahre weiterwursteln und die Probleme einfach zudecken. Vielleicht sind die Politiker dabei überfordert, wie dies Professor Sommer anlässlich der Abstimmungssendung meinte. Doch bis jetzt haben auch die Ökonomen kaum tragfähige Lösungen vorgeschlagen, die in einer politischen Diskussion dann den Realitäten standhalten könnten.

Der SP möchte ich die Gewissensfrage stellen, wie es denn mit ihrer Initiative bei Unterstützung dieser Vorlage steht. Die Initiative sucht ja allein einen Weg zur Finanzierung der Kostenläwine, macht aber keinen einzigen Schritt zur Bremsung der Kosten. Wenn Frau Hafner Ursula sagte, die Initiative sei ein weiterer Schritt in diese Richtung, so muss ich sagen, dass damit im Gegenteil sämtliche Anstrengungen der KVG-Revision in Frage gestellt würden. Lohnprozente waren noch nie ein Anreiz zu sparsamem Verhalten, sondern sie führen – wie das Beispiel Deutschland deutlich zeigt – zu extremen Kostensteigerungen. Wenn Sie diese Revision unterstützen, so können Sie nicht gleichzeitig die Initiative propagieren.

Wir alle wollen unser gutes Gesundheitswesen erhalten und sind auch bereit, dafür etwas aufzuwenden. Wir müssen Anreize zu kostengünstigem Verhalten schaffen. Der Gesetzentwurf macht einige Schritte in die richtige Richtung, vielleicht halbherzige, aber – und dies ist wesentlich – auch fast keine falschen. Wir müssen wieder vermehrt an die Selbstverantwortung jedes einzelnen appellieren, sei es die Selbstverantwortung als Versicherter, als kritischer, kostenbewusster Patient, als Leistungserbringer und nicht zuletzt als Bürger und Steuerzahler.

Im Namen der FDP-Fraktion beantrage ich Ihnen daher, auf die Vorlage einzutreten und den Nichteintretensantrag Zisyadis, der wahrscheinlich das Abstimmungsergebnis vom vergangenen Wochenende noch nicht ganz verdaut hat, abzulehnen. Ebenso abzulehnen sind die Rückweisungsanträge Keller Rudolf und Maspoli, denn ihre Vorschläge tragen überhaupt nichts dazu bei, die Probleme zu lösen, wie wir das jetzt in dieser, wahrscheinlich nicht ganz perfekten, Revisionsvorlage vorschlagen. Ich denke aber, dass das Androhen von Referenden von ganz links bis ganz rechts beweist, dass wir mit unserem Vorschlag nicht ganz falsch liegen.

**Rychen:** Jedermann weiss es: Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist krank. Es sind zwei Hauptprobleme, die uns beschäftigen müssen:

1. Die Kostensteigerungen: Seit Jahrzehnten steigen die Kosten im Gesundheitswesen stärker als der Index für Konsumentenpreise. Diese Entwicklung kann so nicht ewig weitergehen; wir müssen eingreifen.
  2. Die zunehmende Entsolidarisierung in unserer Gesellschaft, die sich auch im Gesundheits- und Krankenversicherungswesen stark bemerkbar gemacht hat.
- Die Gründe für die Schwächen in unserem Gesundheitssystem sind vielfältig. Wir dürfen folgende Punkte nicht vergessen:
1. Unsere Gesellschaft ist überaltert.
  2. Die Medizin macht Fortschritte, und damit nehmen die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, vor allem der technischen und apparativen Medizin, zu.
  3. Auch wir Bürgerinnen und Bürger, wir Patientinnen und Patienten müssen uns am Ohr nehmen. Wir stellen heute weit höhere Ansprüche als noch vor einigen Jahren. Wir haben eine Anspruchsinflation entwickelt.
  4. Wir haben zu viele Aerzte; wir haben eine Aerzteplethora.
  5. Wir haben leider zu wenig Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Die Situation ist ernst, denn es wurde hier schon richtig festgestellt: Es gibt zu viele Leute in diesem Land, die die Versicherungsprämien nicht mehr bezahlen können oder grosse Mühe damit bekunden. Wir hier im Parlament müssen uns zusammenraufen. Wir können nicht von einem dringlichen Bundesbeschluss zum anderen torkeln; wir sind bei dieser Totalrevision des KVG zum Erfolg verpflichtet.

Jeder muss Haare lassen. Niemand hier drin kann seine Idealvorstellung des Gesetzes durchbringen. Jeder muss zum nicht immer beliebten Kompromiss bereit sein. Und wer schon anfänglich mit dem Referendum droht, ist nicht bereit, die Probleme anzugehen.

Die SVP-Fraktion begrüsst es, dass die Grundversicherung klar, abgegrenzt, sozial ausgestaltet geregelt wird. Das Obligatorium ist uns nicht sympathisch. Wir hätten es gerne ohne dieses Obligatorium gemacht. Aber wir stehen dazu; wir sehen keinen anderen Ausweg, um die Solidarität erhalten zu können.

Viele meinen immer noch, das Obligatorium sei dazu da, den Versichertenbestand der Bevölkerung von 98 auf 100 Prozent zu erhöhen; das ist ein Irrtum. Durch das Obligatorium muss die Solidarität erzwungen werden; darum geht es.

Wir stimmen also dem eher unsympathischen Obligatorium aus einer Zwangssituation heraus zu. Und Kernstück ist natürlich in der Grundversicherung der Risikoausgleich. Wir begrüssen es, dass dann neu keine Prämienberechnung mehr nach dem Eintrittsalter vorgenommen werden muss.

Wir von der SVP-Fraktion begrüssen insbesondere auch, dass die Taggeldversicherung freiwillig bleibt. Wir würden jegliche Anträge für ein Obligatorium der Taggeldversicherung ablehnen und bekämpfen. Die Zusatzversicherungen müssen, wie in der Vorlage vorgesehen, von der Grundversicherung klar getrennt und frei von sozialen Auflagen sein. Sie müssen in dem Sinne auch frei bleiben, damit diese Zusatzversicherungen nach Risikoprämien gestaltet werden können.

Die SVP-Fraktion wird den Minderheitsantrag unterstützen, der sich gegen gleiche Prämien für Mann und Frau in der Zusatzversicherung wendet. Hier sind wir mit der Kommissionsmehrheit nicht einverstanden. Wir sehen das auch als sehr wichtigen Angelpunkt der Vorlage an.

Die Sparmassnahmen begrüssen wir, obschon sie noch weiter gehen könnten. Wir begrüssen vor allem die im stationären Bereich neue Kostenbeteiligung. Ich bin sehr erstaunt, dass ein Herr Zisyadis – nach dem deutlichen Votum des Schweizervolkes vom letzten Sonntag – hier einen Nichteintretensantrag stellen kann und praktisch nicht zur Kenntnis genommen hat, wozu das Schweizervolk eigentlich bereit ist: Er hat die Einsicht, dass es auch gewisse eigene Opfer bringen muss. Der Möglichkeit der Wahl alternativer Versicherungsmöglichkeiten stimmen wir zu. Das Prinzip des Tiers garant ist für uns richtig. Die volle Freizügigkeit für alle Versicherten – ein neues, wichtiges Anliegen im Gesetz – ist richtig, wird von uns unterstützt, ebenso die verstärkten Kontrollmassnahmen und -möglichkeiten bei den Leistungserbringern.

Die Krankenkassen müssen nach Vorlage höchstens 50 Prozent der Betriebskosten öffentlicher Spitäler übernehmen. Wir sind damit einverstanden. Damit werden jene, die diese öffentlichen Spitäler betreiben, an klare Bedingungen gebunden, und es gibt hoffentlich vermehrt Anreiz, im Spitalbereich zu sparen.

Der Leistungsausbau ist eine Schwäche dieser Gesetzesvorlage. Der Leistungsausbau ist zu stark geraten, er ist zu gross. Wir sind zwar auch für Einführung des Spitex-Bereichs und für bessere Berücksichtigung der Komplementärmedizin. Insbesondere sind wir der Meinung, dass die teilstationären Behandlungen besser berücksichtigt werden sollen. Aber die SVP-Fraktion wendet sich ganz klar gegen die neu aufgenommene Verpflichtung der medizinischen Präventionsmassnahmen. Wir betrachten das als Fass ohne Boden. Hier werden Hunderte von Millionen Franken neue Kosten, die schier unkontrollierbar sind, auf uns zukommen. Diese Kostenexplosion dürfen und wollen wir im Gesetz nicht neu postulieren. Wir werden also die medizinische Prävention, die ins Gesetz aufgenommen worden ist, bekämpfen.

Positiv steht die SVP-Fraktion aber zur neuen Subventionsordnung. Sie wissen: Bisher erhielten die Krankenkassen die Subventionen. Neu sollen sie jene bekommen, die es wirklich nötig haben: die wirtschaftlich Schwächeren. Das ist richtig. Wir von der SVP-Fraktion haben immer gesagt: Weg vom Giesskannensystem; jenen geben, die es wirklich nötig haben. Aber wir wollen auch sagen, dass der Mittelstand – und den vertritt unsere Partei – hier ein grosses Opfer bringt. Das

wollen wir Ihnen auch bewusstmachen, vor allem jenen, die immer noch meiner fordern. Wir wollen Ihnen bewusstmachen, dass das einkommensmässig obere Drittel der Bevölkerung Prämienhöhungen ohne jegliche Mehrleistung haben wird. Das muss hier deutlich gesagt werden: Das obere Drittel der Bevölkerung bringt weitere Opfer bezüglich der sozialen Solidarität. Wir sagen ja dazu, aber man muss es wissen – wir wehren uns dagegen, dass dann immer noch neue und noch mehr Forderungen kommen –: Die soziale Tragfähigkeit hat ihre Grenzen.

Wir sagen ja zu allen Bestimmungen, die mehr Wettbewerb bringen. Der Mittelweg, den die Kommission gewählt hat, ist vertretbar. Ich mache aber darauf aufmerksam, dass dies ein Gebiet ist, wo soziale Anliegen und gesunder Wettbewerb verknüpft werden müssen, und das ist nicht so einfach. Den totalen Wettbewerb wird es in diesem Gebiet nie geben können.

Ich warne meine Kolleginnen und Kollegen hier in diesem Saal davor, falsche Hoffnungen zu wecken, und ich warne die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger davor, falsche Hoffnungen zu haben. Selbst wenn diese Gesetzesrevision zustandekommt – vielleicht noch mit gewissen Aenderungen –, werden die Prämien nicht sinken, wie sich das der Mann oder die Frau auf der Strasse vorstellt. Das ist nicht möglich. Es könnte höchstens sein, dass mittelfristig die Prämien- und Kostenentwicklung vielleicht weniger rasant vorwärtsgeht. Sichergestellt ist hingegen, dass die Solidarität zwischen Jung und Alt wieder in Ordnung kommt und dass die ärmeren Leute tatsächlich vom Gesundheitssystem nicht abgeschlossen werden. In diesem Sinne muss man es sehen und keine falschen Versprechungen machen.

Die Gesamtbeurteilung ergibt, dass diese Vorlage Chancen bietet. Wir sind nicht mit allem zufrieden. Wir bieten aber Hand zu einer konstruktiven Diskussion und möchten mit Ihnen zusammen das ganze Gesundheits- und Krankenversicherungswesen in den Griff bekommen. Ohne Kompromisse – ich wiederhole es – geht es nicht.

Aus diesen Gründen lehnen wir von der SVP-Fraktion die Anträge der Herren Zisyadis, Keller Rudolf und Maspoli ab, und wir bitten Sie, Eintreten zu beschliessen.

**Jöri:** Zum Gesundheitswesen in der Schweiz und zur Krankenversicherung im speziellen: Jeder macht, was er will, keiner tut, was er sollte, und alle machen mit, besonders wenn es um die Verteidigung der eigenen Position geht.

Bundesrat Cotti sagte einmal im Ständerat, unter allen Elementen unseres sozialen Versicherungssystems sei die Krankenversicherung dasjenige, welches bei weitem am wenigsten sozial ausgeprägt sei. In einer Art Selbstbedienungsladen versuchen sich die Beteiligten seit Jahrzehnten schadlos zu halten, und es öffnet sich ein immer weiterer Graben zwischen Gewinnern und Verlierern. Besonders wirtschaftlich Gutgestellte profitieren seit Jahrzehnten von äusserst günstigen Kopfprämien, was ihnen eine Grundversicherung zu äusserst günstigen Bedingungen ermöglicht. Auf der Verliererseite stehen die Versicherten, die mit einer 24prozentigen Selbstbeteiligungsquote in Europa einsam an der Spitze stehen. Bis weit in die Mittelschicht hinein sind diese Belastungen schlicht und einfach nicht mehr tragbar.

In der Ausmarchung um das neue Krankenversicherungsgesetz haben insbesondere die Versicherten kaum Gehör erhalten. Schwarzmalerei, werden Sie sagen. Aber wie erklären Sie sich beispielsweise die bemerkenswerte Zusammensetzung eines Hearings zur Krankenversicherung, wo von insgesamt 14 Angehörten sieben aus dem Bereich der Medikamentenproduzenten und Anbieter stammten und die Versicherten schlichtweg vergessen wurden? So wird es naturgemäss schwierig, einen Ausgleich zwischen den Gewinnern und Verlierern dieses Systems herzustellen und die Krankenversicherung von der nicht eben schmeichelhaften Umschreibung, die unsozialste unter allen sozialen Versicherungen zu sein, zu befreien.

Was die Beeinflussung der Kommissionsarbeit von aussen betrifft, kann ich festhalten, dass sie von bestandenen Kommissionsmitgliedern als sehr massiv empfunden wurde. Unsere Sprecher werden in der Detailberatung klar ihre Inter-



essenlage und die Interessenlage der Betroffenen im Dreiecksverhältnis Versicherte, Anbieter und Versicherer offenlegen.

Mit der Stärkung der Solidarität hat der Bundesrat die Zielvorgabe definiert. 170 000 Arbeitslose, über 500 000 Menschen, die unter den soziotechnischen Begriff neue Armut fallen, sollten uns Mahnung sein, diese Zielvorgabe nicht aus den Augen zu verlieren. Wir tragen die politische Verantwortung, wenn sich unsere Gesellschaft in zwei Klassen spaltet, beispielsweise in eine, die die Krankenkassenprämien aus eigenerwirtschafteten Mitteln noch bestreiten kann, und eine andere, die sich die soziale Absicherung nicht mehr leisten kann und staatlich unterstützt werden muss.

Verstärkung der Solidarität heisst, deren rasanten Zerfall aufhalten. Eine umfassende Solidarität ist zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Jungen und Alten und zwischen Männern und Frauen nur mit einem Versicherungsobligatorium gewährleistet. Wer das Obligatorium bekämpft, bekämpft die Vorlage und wichtige Fortschritte, die die Vorlage beinhaltet, z. B. die uneingeschränkte Freizügigkeit der Versicherten.

Daraus abgeleitet: Wir müssen einen Risikoausgleich schaffen zwischen Versicherern mit günstiger und ungünstiger Risikostruktur. Wir fordern als unerlässliche Dauermassnahme diesen Risikoausgleich und sind gegen eine Befristung. Die Ausgestaltung der Solidarität zwischen wirtschaftlich Besser- und Schlechtergestellten ist unseres Erachtens ungenügend; weil am grundsätzlich unsozialen Kopfprämienystem festgehalten wird und man versucht, dieses Auslaufmodell mit Prämienverbilligung über die Runden zu bringen. Echte Solidarität wäre erst erreicht, wenn die Prämiengestaltung nach der wirtschaftlichen Stärke erfolgen würde, wie dies unsere Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» klar fordert und wie es übrigens in allen europäischen Ländern geltendes Recht ist.

Wie ernst die Lage an der Prämienfront in der Schweiz wirklich ist, beweist schon die Tatsache, dass wir alle Bundes- und Kantonsgelder an die Krankenversicherung für diese Prämienverbilligung aufwenden müssen. Für die weitere Zukunft des KVG müssen wir uns aber ernsthaft fragen, ob das Kopfprämienystem noch tauglich ist, wenn über 50 Prozent der Versicherten zu Subventionsbezügern werden und in eine unerwünschte Abhängigkeit vom Staat geraten.

Im Bereich der Prämienverbilligung hat die Kommission einen grossen Sündenfall begangen. Sie hat in der administrativen Durchführung den Kantonen weitgehend freie Hand gelassen und fordert in einer Minivariante das absolute Minimum, nämlich die Verbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Man überlässt die Regelung des Ausmasses der Anspruchsberechtigung und die Regelung der Anspruchsberechtigung an und für sich den Kantonen und kommt damit zu 26 verschiedenen Prämienverbilligungssystemen in der Schweiz. Das führt zu einer totalen Unübersichtlichkeit für die Versicherten, die erst noch die zusätzlichen Verwaltungskosten der Kassen zu tragen haben.

Wir treten bei Artikel 57 mit einer starken Minderheit für die Fassung des Ständerates ein, noch ergänzt mit Anliegen der Finanz- und der Sanitätsdirektorenkonferenz. Wir sind im weiteren nur bereit, das System Prämienverbilligung zu schlucken, wenn deren Finanzierbarkeit gesichert ist. Hier wünschen wir von Ihnen, Frau Bundesrätin Dreifuss, ein klärendes Wort zur Finanzierung der Prämienverbilligung in Abhängigkeit zu den Sparmassnahmen, die zur Sanierung des Bundeshaushaltes eingeführt werden müssen. Wir finden es richtig, dass die Bundesgelder gemäss der Entwicklung der Kosten in der sozialen Krankenversicherung gesprochen werden. Wir sind aber dagegen, dass diese Gelder in Abhängigkeit von der Finanzlage des Bundes gesprochen werden. Wir werden den entsprechenden Minderheitsantrag und die Anträge, die gestellt wurden, entschieden ablehnen.

Was die Kosteneindämmung betrifft, beurteilen wir die Zielsetzung der Vorlage, nämlich die Angleichung der Kosten an die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung, als illusorisch. Warum? Alle griffigen Massnahmen, insbesondere wenn es um notwendige Einschränkungen bei den Leistungsanbietern ging, wurden von einer übermächtigen Lobby verwässert.

Weniger zimperlich ging man da mit den Versicherten um, die durch eine noch stärkere Ueberwälzung der Kosten zur Kasse gebeten werden. Die Erschliessung dieser scheinbar nie versiegenden Finanzierungsquelle – wie lange noch? – wird uns unter dem Titel «Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins der Versicherten» schmackhaft gemacht. Ich stelle fest, dass nicht grundsätzlich die Höhe der Kosten – gemessen an dem, was geboten wird, oder gemessen am Bruttosozialprodukt – unser Problem ist, sondern die sozial verträgliche Verteilung dieser Kosten.

Die Referendumsabstimmung vom letzten Wochenende hat klar gezeigt, wo das Volk diese maximale Kostenbeteiligung angesetzt haben will, nämlich bei 500 Franken insgesamt; es möchte nicht, wie ein Antrag dies verlangt, dass allein die Jahresfranchise auf 500 Franken angesetzt wird.

Ich habe von griffigen Instrumenten zur Kosteneindämmung gesprochen, die ausschliesslich mit dem Argument des drohenden Referendums in der Kommission verwässert oder abgelehnt wurden. Es geht in erster Linie darum, die gesetzlichen Grundlagen für solche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu schaffen, damit wir nicht – wie Herr Rychen gesagt hat – von einer Feuerwehrübung zur anderen tockeln.

In zweiter Linie geht es um Massnahmen, die das Ziel der Kostendämpfung erreichen könnten. Gesundheitsökonomien sagen uns unablässig, dass griffige Steuerungsinstrumente vorhanden seien – wie etwa die Globalbudgetierung –, die wir aber nicht nur auf den stationären Bereich beschränkt haben möchten, sondern die man selbstverständlich auch im ambulanten Bereich anwenden können sollte.

Die Kommission hat dem mit einer Kann-Formulierung in der ersten Lesung noch zugestimmt. Aber auch diese abgeschwächte Form hat dann leider die zweite Lesung nicht überlebt. So wird Artikel 46 – die Globalbudgetierung – in der Detailberatung sicher noch zu reden geben. Da werden wir unsere Anträge noch einbringen.

Ein grosses Kostendämpfungspotential liegt bei den Medikamenten. Hier nur zwei Bemerkungen:

1. Wir unterstützen den Antrag, dass der Bundesrat endlich das leidige Problem der Selbstdispensation in die Hand nehmen und endgültig regeln soll.

2. Im Bereich der Generika möchten wir einen verbindlichen Artikel formuliert haben, der die kostengünstigeren Nachahmerprodukte mehr fördert, indem nur noch diese von der sozialen Krankenversicherung übernommen werden.

Was haben die Frauen vom neuen KVG zu erwarten? Vordergrundig wird suggeriert, dass mit der Einführung der Prämienangleichheit in der Grundversicherung eine wesentliche Verbesserung erreicht wurde. Dies ist aber nur die halbe Wahrheit. Heute haben sich gemäss dringlichem Bundesbeschluss die Krankenkassen im Bereich Zusatzversicherungen an die Prämienangleichheit zu halten. Weil in Zukunft die Zusatzversicherungen unter das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag gestellt werden, wird in diesem Punkt eine gravierende Verschlechterung für die Frauen resultieren – im Gesetz festgeschrieben –, und das widerspricht dem Gleichstellungsartikel in der Bundesverfassung. Der Gleichstellungsartikel wurde immerhin von einer Mehrheit von Volk und Ständen angenommen, und dessen Umsetzung ist unsere gesetzgeberische Pflicht. Dieser Pflicht ist die Kommission nachgekommen.

Wer behauptet, der Kommission sei – Zitat «NZZ» – «ein ideologischer Floh ins Ohr gesetzt worden», diskreditiert nicht nur die staatsrechtlich korrekte Arbeit einer parlamentarischen Kommission, sondern dokumentiert damit auch ein fragwürdiges Politverständnis. Es macht auch wenig Sinn, wenn im gleichen «NZZ»-Artikel vor Beginn einer Gesetzesberatung schon die Frage eines Scheiterns gestellt wird.

Wir sollten uns die Tragweite einer Nulllösung vor Augen halten; dies hiesse, seit Jahren geforderte und unbestrittene Verbesserungen auf Jahre hinaus zu vertagen. Im weiteren müssten wir konsequenterweise hier im Parlament zugeben, dass wir kapitulieren, dass wir nicht fähig oder willens sind, ein auf Solidarität aufgebautes Krankenversicherungsgesetz zu verabschieden.

Ich persönlich – ebenso meine Fraktion – bin überzeugt, dass die von der Kommission verabschiedete Vorlage in die richtige Richtung weist; auch im Namen der SP-Fraktion bin ich für Eintreten.

Im weiteren lehnt die SP-Fraktion einstimmig den Nichteintretensantrag und die Rückweisungsanträge ab. Die PdA sollte aus der Abstimmungsniederlage des letzten Wochenendes doch etwas gelernt haben: Das Volk wollte die gleichen Prämien für Männer und Frauen in der sozialen Krankenversicherung. Das Volk hat ja gesagt zu einem Preis- und Tarifstopp. Das Volk hat zu weiteren griffigen Massnahmen – das erste Mal seit hundert Jahren, wie die Frau Präsidentin gesagt hat – ja gesagt, zu einem kleinen Schritt in die richtige Richtung. Das stellt die PdA mit diesem Nichteintretensantrag wieder vollständig in Frage.

**M. Deiss:** Pour la première fois, pratiquement depuis le début de ce siècle, nous tenons un projet de révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie assez incisif pour qu'il conduise à de véritables réformes du système de la santé et suffisamment équilibré pour qu'il possède de réelles chances de succès et d'être accepté.

Le groupe démocrate-chrétien soutient, de ce fait, le projet qui nous est soumis. Il votera l'entrée en matière et refusera les propositions de renvoi ou de non-entrée en matière.

Il est vrai qu'autant le Conseil des Etats que la commission de notre Chambre proposent de nombreuses modifications du projet initial. Notre groupe se rallie pourtant, dans le plus grand nombre des cas, aux propositions de la commission, saluant par là le travail en profondeur accompli par celle-ci, notamment au travers d'une deuxième lecture. Il interviendra pourtant dans les cas où il a le sentiment que l'on s'écarte des objectifs fondamentaux de la révision ou lorsque l'équilibre du projet sera menacé.

Au départ, le Parti démocrate-chrétien rappelle, qu'à ses yeux, en matière de santé publique aussi, l'homme est au centre de ses préoccupations. La personne malade et nécessitant de l'aide est avant tout un être humain, c'est-à-dire un maillon de notre société. En matière de santé, le PDC estime que c'est le patient qui est au centre, et non l'intérêt des groupes dont la profession les amène à s'occuper de lui. Cela implique des exigences en matière de solidarité, mais n'exclut pas la responsabilité première de chaque personne pour sa propre santé. Cela revient aussi à émettre des exigences quant à la qualité des prestations et des soins, mais n'empêche pas la prise en compte de principes d'efficacité et d'économie.

La principale difficulté résulte du fait que le secteur de la santé est formé par un système complexe de relations entre quatre types d'agents: les assurés, les prestataires, les assureurs, les pouvoirs publics. Cette complexité nuit à la transparence, elle engendre des injustices parfois et favorise la hausse des coûts, surtout lorsque les incitations sont mal orientées. Nous saluons, de ce fait, qu'en de nombreux points des efforts soient entrepris pour ramener les quatre partenaires vers des comportements davantage fondés sur les principes de la rationalité économique. L'équilibre des sacrifices demandés à chacun d'eux semble garanti, et le succès du projet dépend de la capacité de chacun des partenaires à surmonter l'optique étroite de ces seuls avantages immédiats, et de voir l'intérêt du système qui forme un tout. Mais il est vrai aussi, qu'en la matière, les vertus du marché ont leurs limites. Jamais il ne sera possible de réduire la relation qui lie le médecin et le patient qui cherche de l'aide à une simple transaction commerciale. C'est la raison qui justifie l'intervention de l'Etat qui doit suppléer à ces carences en fixant les règles de fonctionnement de cet appareil aux implications éminemment sociales. Cela m'amène à évaluer brièvement les deux objectifs essentiels que vise cette révision. Le premier objectif est, à nos yeux, le renforcement, de manière fondamentale, du caractère social de l'assurance-maladie pour lui donner l'expression d'une véritable communauté solidaire nationale, face au risque crucial que représente une atteinte grave dans la santé des individus. Cela suppose l'introduction de l'obligation de s'assurer et la garantie du libre passage auquel nous souscrivons. Cela implique aussi l'extension des solidarités entre jeunes et

vieux, hommes et femmes, bien portants et malades, riches et pauvres, et entre les caisses.

Cela justifie aussi une intervention mieux ciblée des pouvoirs publics dans leur fonction redistributive, et le PDC estime que le subventionnement individualisé des assurés, en fonction de leur situation économique et familiale, est un progrès central qu'apportera cette révision. Mais l'accentuation du caractère d'assurance sociale comporte aussi des sacrifices et demande des délimitations claires entre ce qui fait partie des prestations de base indispensables à chacun et le superflu laissé à l'appréciation de la responsabilité individuelle.

Les sacrifices toucheront, dans l'assurance de base, tous ceux qui, aujourd'hui, hommes, jeunes, bénéficiaires de contrats collectifs, mettent à profit les carences du système actuel et échappent partiellement au devoir de solidarité. Les frontières claires à tracer sont celles qui séparent l'assurance sociale – l'assurance de base donc, concernée par cette loi – et l'assurance privée qui se voit attribuer entièrement le domaine des assurances complémentaires et facultatives.

C'est cet exercice de clarification qui implique une juste pesée entre deux principes constitutionnels fondamentaux: l'égalité des droits entre hommes et femmes, d'une part, et la liberté du commerce et des contrats, d'autre part. Sur ce point, le PDC ne suit pas totalement l'avis de l'Office fédéral de la justice, selon lequel l'égalité des primes en matière d'assurance complémentaire représenterait un mandat constitutionnel, mais il estime que le moment pour une telle décision qui, il faut le rappeler, aurait un caractère précurseur même sur le plan européen, est une question de considération d'opportunité politique.

Le deuxième objectif de la révision est celui de la maîtrise des coûts. Il est difficile de parler de baisse des coûts, dans la mesure où l'assurance obligatoire suppose d'abord une extension de l'offre des prestations de base dans certains domaines et entraîne, au niveau individuel, des hausses de primes pour ceux qui sont touchés par la réorganisation des solidarités et du subventionnement. C'est aussi une deuxième pierre d'achoppement dans ce projet, et le PDC soutiendra les propositions permettant de faire des économies raisonnables et s'opposera à toute extension des prestations allant au-delà des propositions de la commission.

Le PDC salue le fait que la commission ait réussi à tenir compte d'une partie des recommandations de la Commission des cartels pour introduire davantage de concurrence dans le secteur. Il souscrit aussi à toutes les mesures de maîtrise des coûts, qu'elles concernent la responsabilisation des assurés, la production des prestations, la gestion des assurances ou l'action des collectivités publiques. Il estime toutefois que la commission et le Conseil des Etats ne sont pas encore allés au bout du raisonnement en la matière. Le PDC apportera son appui non seulement à toutes les mesures touchant la prévention, la participation aux coûts, la liberté de contrat des caisses, l'égalité de traitement entre soins ambulatoires et stationnaires, la limitation des frais d'administration des caisses, une solution fédérale en matière de vente directe des médicaments par les médecins, l'accès au marché des prestations, la planification hospitalière, etc., mais encore il estime qu'il faut aller au-delà et maintenir une attitude cohérente lorsqu'on veut introduire le contrôle ou le blocage temporaire des prix. Dans le domaine des mesures temporaires, le groupe démocrate-chrétien appuiera les propositions de la minorité qui estime que le blocage des prix implique aussi une maîtrise des quantités.

Pour conclure, je rappellerai aussi que le groupe démocrate-chrétien et son parti représentent des catégories d'assurés qui, pour une bonne part, supporteront, suite à cette révision de la loi, des sacrifices importants. Le vote du week-end passé démontre toutefois qu'il est possible d'expliquer à notre population les impératifs des révisions qui sont en cours et qu'un certain réalisme a fait son chemin dans le peuple. Dans la mesure où nous parvenons à démontrer qu'il faut additionner les points positifs plutôt que de cumuler les «non», nous aurons des chances de réussir avec l'entreprise de révision en cours.

**Eymann Christoph:** Die liberale Fraktion ist für Eintreten. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hat in den letzten

Jahren bedenkliche Ausmasse angenommen. Gipfelpunkt der Entwicklung sind die dringlichen Bundesbeschlüsse, die vor einem Jahr gefasst werden mussten und die vor wenigen Tagen vom Volk bestätigt worden sind.

Der Bundesrat hat in seinen Erläuterungen zur Volksabstimmung vom 26. September 1993 mitgeteilt, dass langfristig nur die Totalrevision der Krankenversicherung die Kostenexplosion eindämmen und eine ausreichende Solidarität unter den Versicherten herstellen könne. Die Zielsetzung der Gesamtrevision ist mit diesem Satz umschrieben.

Für die Liberalen stellt sich die Frage, ob der vorliegende Gesetzentwurf tauglich ist, um die Kosten zu bremsen, oder nicht. Die Zustimmung zum Gesetz hängt infolgedessen davon ab, ob in der Behandlung einige Bestimmungen, die eine Verteuerung bewirken, gestrichen oder abgeändert werden können. Es darf nicht sein, dass wir ein Gesetz verabschieden, welches die Gesundheitskosten drastisch erhöht. Der Zustand, dass ein markanter Anteil unserer Bevölkerung die Krankenversicherung nicht aus eigener Kraft abdecken kann, sondern in grösserem Ausmass staatliche Hilfe in Anspruch nehmen muss, deutet darauf hin, wie ungesund unser Gesundheitswesen ist.

Sorgen macht uns die Finanzierung: Wir beschliessen Massnahmen, deren Finanzierung nicht sichergestellt ist; dies nicht nur im Bereich der Krankenversicherung. Wir hoffen auf die Mehrwertsteuer, die mithelfen soll, die Finanzierung von Sozialversicherungsleistungen sicherzustellen. Damit begeben wir uns aber in einen spekulativen Bereich.

Mit grundlegenden Zielen der Revision können wir uns also einverstanden erklären. Die Stärkung der Solidarität in gewissen Grenzen wird von uns befürwortet. Jedoch betrachten wir die Solidarität als überstrapaziert, wenn im überobligatorischen Bereich Prämienungleichheit und Verbot zusätzlicher Prämien gefordert werden. Auch sollten junge Versicherte nicht übermässig an den Kosten für ältere Versicherte beteiligt werden.

Die Massnahmen zur Kosteneindämmung werden von uns ebenfalls begrüsst. Kostensenkungen dürfen aber nicht einseitig zu Lasten einzelner Leistungserbringer und Beteiligter erfolgen. So wäre es falsch, die Stellung der Apothekerinnen und Apotheker zu verschlechtern; die Folgen wären kontraproduktiv. Es wäre auch falsch, der Pharmaindustrie dirigistisch die Preise vorzuschreiben; dies hätte negative Auswirkungen auf den Forschungsplatz Schweiz und damit längerfristig auch auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Weiter wäre es falsch, die Aerztinnen und Aerzte schlechterzustellen; ihr Leistungsangebot muss gerecht entschädigt werden können.

Die Vorkehrungen zur Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins der Versicherten sind ein Schritt in die richtige Richtung. Optimalisiert werden kann diese Massnahme, indem die verantwortlichen Aerztinnen und Aerzte mithelfen, Spitalaufenthalte so kurz wie möglich zu gestalten. Aber auch die Mithilfe der Patientinnen und Patienten ist gefordert: In diesem Bereich könnte viel erreicht werden, indem z. B. darauf verzichtet würde, wegen der gleichen Beschwerden mehrere Aerzte zu konsultieren und sich verschiedene Medikamente verschreiben zu lassen.

Nicht einverstanden erklären können wir uns mit dem Obligatorium der Taggeldversicherung, wie es von einer Minderheit verlangt wird. Zusätzliche Versicherungsobligatorien behindern die Wirtschaft. Eine Verteuerung der Versicherung resultiert auch aus der Ausdehnung des Versicherungsschutzes bei Mutterschaft. Anstatt nach dem Giesskannenprinzip Leistungen zu verteilen, wäre es besser, gezielt vorzugehen und jenen gezielt zu helfen, die tatsächlich Hilfe brauchen.

Die Fassung des Bundesrates wird von uns bevorzugt. Den Sozialpartnern bleibt so genügend Spielraum für weiter gehende Lösungen. Die Prämienungleichheit im überobligatorischen Bereich lehnen wir ab. Diese Bestimmung ist systemwidrig, das KVG untersteht dem Sozialversicherungsrecht, die Zusatzversicherung ist aber dem Privatrecht unterstellt. Das Verbot in diesem Bereich, eine risikogerechte Tarifierung zu betreiben, stellt einen Eingriff in die Prämiengestaltung dar; dies dürfte negative Konsequenzen haben.

Der Risikoausgleich ist im Zusammenhang mit der Freizügigkeit des Kassenwechsels zu betrachten; er stellt einen staatlichen Eingriff in die Autonomie der Versicherungseinrichtungen dar. Mit Blick auf die Fusionen, die in diesem Zusammenhang bereits erfolgt sind, ist offen, ob ein Teil der mit dem Risikoausgleich beabsichtigten Wirkung nicht bereits erfüllt ist. Die Lösung des Bundesrates, die eine Befristung des Risikoausgleichs auf zehn Jahre vorsieht, wird deshalb von den Liberalen bevorzugt. Leistungen, die zu einer Ausweitung des Versicherungsschutzes führen, sind sehr kritisch auf ihre Folgekosten zu untersuchen. Wir werden dazu in der Detailberatung Stellung nehmen.

**Frau Gonseth:** Die vorliegende Revision der Krankenversicherung räumt zahlreiche brennende Probleme weg und bringt die vielen Interessen im Gesundheitswesen unter einen zeitgemässeren, typisch helvetischen Kompromiss. Die grüne Fraktion steht hinter diesem Kompromiss. Er bedeutet auf jeden Fall einen grossen Fortschritt, auch wenn nicht alle Probleme gelöst sind und einige Streitpunkte noch ausgeräumt werden müssen.

Gesundheit ist ein kostbares, immaterielles Gut. Eigenverantwortung für die Gesundheit ist wichtig, hat aber klar Grenzen. Wieviel Eigenverantwortung, wieviel Solidarität? Gerade in diesem Bereich liegt eines der schwierigsten Probleme. Im Gesundheitswesen muss im Zweifelsfall zugunsten der Solidarität entschieden werden, denn Krankheit ist keine Schuld. Gesundheit ist nicht beliebig herstellbar oder kaufbar. Den meisten Menschen wird dies erst bewusst, wenn sie selber oder ihre Angehörigen krank werden. Dann will niemand von Sparen reden; wenn es um die eigene Gesundheit geht, ist nur das Beste gut genug. Es gilt vor allem, den Gesunden klarzumachen, dass für die mit diesem Gesetz angestrebte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken die Gesunden eben mehr in die Krankenversicherung hineingeben müssen, als sie herausholen. Als Parlament sind wir verpflichtet, dafür zu sorgen, dass alle in unserem Land ein Anrecht auf eine gute Grundversorgung haben, unabhängig von der eigenen finanziellen Leistungskraft. Die üblichen Marktmechanismen können deshalb im Gesundheitswesen nur mit grosser Einschränkung gelten.

Die grüne Fraktion unterstützt jedoch die auf Vorschlag der Kartellkommission neu aufgenommenen Verbote von wettbewerbsbeschränkenden Vereinbarungen. Weitere Deregulierungen, wie sie von einzelnen Gesundheitsökonominnen – etwa von Herrn Professor Sommer – und bürgerlichen Ratsmitgliedern gefordert werden, lehnen wir zum Schutz der Kranken ab. Denn medizinische, ärztliche und pflegerische Dienstleistungen können keinesfalls einfach den Artikeln des täglichen Gebrauchs gleichgesetzt werden. Soziale Leitplanken, staatliche Kontrollen, aber auch Steuerungsmechanismen für eine ausreichende, flächendeckende Grundversorgung und zur Eindämmung der Kosten sind notwendig.

Ein Beispiel von sozial verheerenden und erst noch kostspieligen Auswirkungen von allzu forschen Deregulierungen demonstrierte uns Reagan in den USA; dabei wurde vor allem auf die Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung der Patienten gesetzt. Diesen Fehler brauchen wir nicht zu wiederholen.

Das Gesundheitswesen – oder besser: das Krankheitswesen – ist eine äusserst komplexe Sache mit vielfältigen, sich zum Teil widersprechenden Interessen. Im Zentrum steht der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf eine gute Versorgung, auf eine freie Arzt- und Behandlungswahl. Ihnen gegenüber stehen die Versicherer, die Krankenkassen, und die Leistungserbringer, also die Spitäler, Aerztinnen und Aerzte, Apothekerinnen, Physiotherapeutinnen usw.

Es verwundert also nicht, dass in diesem Interessen-Dreiecksverhältnis um einen fairen, für alle akzeptablen Kompromiss gerungen werden muss. Dies ist um so verständlicher, wenn man noch bedenkt, dass das Gesundheitswesen ein riesiger Markt mit einem Volumen von ungefähr 30 Milliarden Franken ist und dass es darin zwischen 200 000 und 300 000 Beschäftigte gibt.

Was sind nun die Pluspunkte des revidierten Krankenversicherungsgesetzes? Es räumt zahlreiche Diskriminierungen

weg und bringt für alle eine gute Grundversicherung, deren Prämien wieder bezahlbar werden. Der Entsolidarisierung wird ein Riegel geschoben. Die Solidarität wird umfassend hergestellt. Damit diese Solidarität spielt, ist das Obligatorium nötig, und für alle Versicherten gilt dann die volle Freizügigkeit. Der Bund wird endlich seine lange eingefrorenen Bundesbeiträge wieder ausbezahlen. Trotz vielen Massnahmen, die zur Kostendämmung eingebaut wurden, wird die Revision unter dem Strich nach Berechnungen des BSV Mehrkosten von etwa 300 bis 700 Millionen Franken verursachen; dies, weil notwendige Leistungsverbesserungen eingebaut worden sind wie etwa: Spitex, Aufenthalt in Pflegeheimen, verbesserte ambulante Leistungen und Förderung der Gesundheit. Neben diesen zahlreichen Pluspunkten gibt es, wie gesagt, etliche Streitpunkte, über die noch zu verhandeln ist, und zahlreiche Probleme, die in Zukunft noch angegangen werden müssten. Welche Medizin soll es denn überhaupt sein?

Viele Leute kritisieren heute zunehmend die technokratische Medizin, sie wünschen ein verstärktes Angebot alternativer, sanfterer Heilmethoden. Dazu wird mein Kollege Hafner Rudolf noch sprechen.

Ein wichtiger Streitpunkt sind die Kosten, welche es in den Griff zu kriegen gilt. Tatsache ist, dass der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttosozialprodukt in den letzten 15 Jahren nicht mehr gestiegen ist, sondern sich bei etwa 8 Prozent eingependelt hat. Dieser Anteil ist vergleichbar mit dem anderer europäischer Staaten und liegt weit unter demjenigen in den USA, der 13,4 Prozent beträgt. Wir können deshalb nicht unbedingt von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen sprechen, sondern sollten vielmehr von einer Prämienexplosion im Blick auf die wirtschaftlich Schwächeren sprechen. Dies, weil bisher das unsoziale Kopfprämiensystem gegolten hat und weil der Anteil der öffentlichen Hand an den gesamten Gesundheitskosten von 45 Prozent im Jahre 1975 auf heute nur noch 33 Prozent zurückgegangen ist. Allein der Bund sparte in den letzten Jahren jährlich 1,3 Milliarden Franken zu Lasten der Versicherten und Kranken.

Der Gesundheitsmarkt ist ein Wachstumsmarkt. Die zukünftige Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird auch mit der Revision steigend sein, sofern wir keine Qualitätseinbusen und keine Zweiklassenmedizin in Kauf nehmen wollen. Dafür gibt es verschiedene Ursachen. Viele Menschen werden heute zu Chronischkranken, nicht weil unsere Medizin schlecht wäre, sondern weil wir soviel für unsere Gesundheit tun können, weil die Medizin in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht hat. Viele Krankheiten haben früher zu vorzeitigem Tod geführt; heute überleben diese Menschen dank regelmässiger, oft teurer Behandlung viele Jahre bei relativer Gesundheit. Aber sie brauchen Betreuung und Mittel, z. B. für Blutdruck, gegen Herzinsuffizienz, gegen Asthma, gegen Diabetes, Rheuma und Augenleiden. Das alles kostet; diese gewonnenen Jahre haben eben ihren Preis. Andererseits gibt es auch neue Krankheiten. Ich nenne das Beispiel Aids, welches sehr hohe Kosten verursacht. Es gibt mehr Krebskrankheiten, die wir auch über längere Jahre behandeln können. Zugegeben, auch die Ansprüche der Kranken und ihrer Umgebung steigen, weil unsere auf Konsum getrimmte Gesellschaft nicht ausgerechnet in der medizinischen Versorgung Verzicht leisten will.

Ich meine, die rund 30 Milliarden Franken, die wir zur Heilung von Krankheit und zur Linderung von Leiden ausgeben, sind recht gut investiert. Sparmöglichkeiten bestehen anderswo weit mehr.

Die grüne Fraktion wird ganz klar das Taggeldobligatorium unterstützen. Denn auch wenn man krank ist, braucht man eine Wohnung, Lebensmittel, Unterstützungsgeld für die Angehörigen usw.

Ganz wichtig für mich und für die grüne Fraktion ist die Prämiengleichheit bei den Zusatzversicherungen. Wir werden dafür einstehen, weil es nicht darum gehen kann, dass die Frauen mit der obligatorischen Krankenversicherung in den Zusatzversicherungen dann plötzlich wieder viel schlechter gestellt werden und bei den Taggeldversicherungen sogar die Mutterschaft ausgeschlossen werden könnte.

Wir fürchten uns nicht vor den massiven Drohungen und un-

haltbaren Argumenten der Privatversicherer. Auch im Konsumkreditgesetz, welches wir heute verabschiedet haben, haben wir zahlreiche, wesentliche Schutzklauseln eingebaut, die ebenfalls Eingriffe ins Privatrecht darstellen.

Die Vorlage bedeutet einen Fortschritt, und ein gutes Gesetz wird vor dem Volk bestehen. Geben wir also den zahlreichen Interessenvertretern keinen einseitigen Einfluss. Die zahlreichen Referendumsdrohungen, die wir in der Kommission bereits erhalten haben, haben auch beim dringlichen Bundesbeschluss nicht gegriffen. Die möglichen Alternativen sind schlechter, vor allem das geltende KVG oder auch die SP-Initiative, welche eine zeitgemässe Revision wieder um Jahre herauszögern würde. Doch Eile tut jetzt not.

Wir Grünen lehnen die beiden Rückweisungsanträge als Profilierungsneurosen ab. Herr Keller Rudolf hätte ja weiss Gott in der Kommission genug Gelegenheit gehabt, seine Anträge einzubringen.

Die grüne Fraktion ist klar für Eintreten.

**Gysin:** Man hat sich allseits mit guten Absichten an diese Vorlage gemacht, aber das Ergebnis ist bedenklich. Bleibt es ungefähr bei dieser Vorlage, wie sie sich heute präsentiert, so werde ich sie in der Gesamt- und der Schlussabstimmung ablehnen.

Nach Entwurf müssen alle Kassen in der Pflegeversicherung genau die gleichen Leistungen erbringen. Die Prämien würden durch das Gesetz und durch ungefähr identische Kosten nivelliert. Es wären beinahe Einheitsprämien. Ein merklicher Wettbewerb zwischen den Kassen bestünde nicht mehr, ganz abgesehen davon, dass voraussichtlich ein paar Kassengiganten die meisten Versicherten bei sich haben würden und eine Superholding bilden könnten, einen Staat im Staat. Ferner würden die Interventionsbefugnisse des Bundes ausgedehnt, und für etwa die Hälfte der Versicherten würden dank der Prämienverbilligung die Prämien nach Einkommensprozenten bemessen.

Ich frage: Wieviel oder wie wenig fehlt denn noch zu einer rein staatlich durchgeführten Versicherung mit einer Bundesanstalt anstelle von Kassen? Ich befürworte die Etatisierung nicht. Aber es ist die politische Konsequenz dieser Vorlage. Man will die Kosten senken, doch das staatliche Dekret, die Leistungen dürften eine bestimmte Grenze nicht überschreiten, nützt einfach nichts, wenn die Nachfrage diese Grenze hinter sich lässt. Ein höherer Selbstbehalt würde die Kosten stärker dämpfen; dafür könnten die Prämien etwas niedriger sein. Diese will man mit der Prämienverbilligung zum Teil herunterholen. Ich gehe mit dem Ziel einig, nur ist die Verbilligung fragwürdig geregelt. Obwohl der Bund zwei Drittel der Verbilligung finanzieren soll, weiss man beim Antrag der Kommissionmehrheit nicht, wie die Verbilligung in den Kantonen erfolgen würde. Andererseits verpflichtet man aber die Kantone auf eine bestimmte Ausgabenhöhe, basierend auf dem schweizerischen Gesamtaufwand von durchschnittlich 3000 Millionen Franken pro Jahr. Man verpflichtet sie dazu, unbekümmert darum, ob und wieviel dies im Kanton einer sozialen Notwendigkeit entspricht. Wahrscheinlich wäre insgesamt ohne sozialen Nachteil mit wesentlich weniger Subventionen auszukommen.

Es gibt noch weitere schwere Mängel. Ich habe meine Vorstellungen, wie anders zu revidieren wäre. Allerdings: Erwarten Sie von mir nicht, dass ich Ihnen eine neue Lösung beantrage. Ich widersetze mich dem Eintreten nicht, denn wir müssen die Sache materiell zusammen ausdiskutieren. Ich habe als Kommissionsmitglied auch keinen Rückweisungsantrag gestellt, der aussichtslos wäre, sosehr er sich eigentlich rechtfertigen liesse. Aber ich bin überzeugt, dass diese Vorlage, mindestens zurzeit noch, unter einem schlechten Stern steht.

**Sieber:** Ich spreche noch einmal französisch als Zeichen der Beziehung zu unseren welschen Kolleginnen und Kollegen; der Röstigraben ist nach unserer Erfahrung bis heute auch nicht so tief, weil meiner Meinung nach die Kartoffeln hüben und drüben ungefähr dieselben sind.

Permettez-moi de risquer dans la ville de Calvin de représenter par une expression figurée le thème «révision de la loi fédérale

sur l'assurance-maladie». Il est permis de mentionner Calvin non seulement parce qu'on connaît sa doctrine de la prédestination, mais aussi parce que l'on est conscient du fait que Zwingli et Calvin ont créé les conditions de base pour la souveraineté de notre peuple.

Voici par signes (*il monte un écriteau bleu avec un «H» qu'il transforme en croix*): Le «H» signifie «hôpital». En déplaçant le «H», on obtient une croix comme symbole de solidarité entre les malades et les bien portants, les riches et les pauvres, les jeunes et les vieux. La notion de solidarité doit être à la base de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. La raison d'être de l'assurance-maladie sociale est la protection qu'elle offre aux assurés en cas de maladie.

Chacun d'entre nous peut un jour avoir besoin d'un stimulateur cardiaque: l'opération coûtera 10 000 francs; les frais consécutifs seront de 1600 francs par année; suivant le caractère de l'intervention chirurgicale, les frais peuvent monter jusqu'à 100 000 francs. Nous ne pouvons pas alléger la croix de la souffrance, mais, par notre solidarité, nous pouvons assurer les possibilités de traitement médical pour les riches comme pour les pauvres.

La protection offerte par notre assurance-maladie actuelle a beaucoup de lacunes. Nombre de personnes tombent jour après jour, à cause de ces lacunes, dans les oeuvres sociales. Les soins médicaux pour les affections consécutives à la consommation de drogue ne sont pas payés parce qu'on fait valoir des clauses restrictives. Le même genre de discrimination existe pour les malades atteints du virus HIV, et il y a d'autres lacunes encore. Nombre d'anciens drogués souffrent d'affections dentaires extrêmement graves. Les caisses d'assurance-maladie ne paient rien uniquement parce que ces cas ne figurent pas dans leur catalogue de prestations. C'est toujours et encore une autre institution qui doit assumer ces frais: l'assistance sociale. Cela prouve de façon évidente l'inaptitude de la loi actuelle sur l'assurance-maladie.

Heureusement, la nouvelle loi améliore la protection donnée par l'assurance. Les clauses restrictives sont éliminées, les prestations sont améliorées. La commission du Conseil national a fixé des prescriptions plus claires dans différents domaines, par exemple la psychothérapie, les soins dentaires, les mesures de prévention ou la distribution de médicaments.

Les frais de la santé publique sont un autre aspect important. Le 71 pour cent de la population pense que ces frais monstrueux sont inacceptables. C'est le résultat d'un sondage récent. On n'est plus disposé à accepter telle quelle l'explosion des frais dans le domaine de la santé publique. Par contre, on attend de la part du Parlement des mesures courageuses. Un point positif est certainement la prise en considération de l'idée de la Commission des cartels. Elle préconise que les assurés peuvent profiter d'offres plus avantageuses de la part des compagnies d'assurance, à condition de renoncer aux soins offerts par des médecins de luxe. En même temps, cela fera craquer les cartels très forts du côté de ceux qui offrent les prestations.

Nous faisons appel à la solidarité des médecins en faveur d'une assurance-maladie sociale économique. La gamme des primes se présentera d'une façon tout à fait différente dans la nouvelle assurance-maladie. Chaque section des assurances-maladie aura sa propre prime pour les adultes, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, de personnes jeunes ou âgées, de riches ou de pauvres. La vue sur l'éventail des primes sera plus claire et il sera plus facile de changer de caisse-maladie.

Un autre point positif: les organisations des patients, institutions de consultation neutres et compétentes, auront leur place dans la nouvelle législation. Nous trouvons cependant que leurs droits, en ce qui concerne la représentation des patients, devraient encore être étendus. Il est absolument nécessaire que ces organisations aient un droit de recours.

La nouvelle situation au sujet des primes fera naître un nouveau climat social et politique. Il est reconnu qu'il existe des personnes économiquement fortes et des personnes économiquement faibles. Il est grand temps que les subventions ne soient plus distribuées d'après le principe du saupoudrage, mais en fonction de la situation financière de chacun des assurés.

En principe, toutefois, nous pensons que la nouvelle loi représente un progrès considérable par rapport à l'assurance-maladie actuelle. Cela ne concerne pas seulement l'assurance obligatoire, cela se réfère aussi à l'attitude solidaire des médecins au sujet de soins médicaux coordonnés, qualifiés et économiques, et surtout, cela concerne les assurances-maladie en qualité d'élément essentiel dans l'assurance-maladie sociale. Dans les bâtiments de l'Académie genevoise se trouve le collège Calvin: espérons que la devise de Genève «post tenebras lux» illumine aussi l'avenir de l'assurance-maladie sociale.

Die LdU/EVP-Fraktion stimmt selbstverständlich für Eintreten.

**Frau Goll:** Auf die Dauer ist das ganze Krankenversicherungssystem nicht gesichert. Trotz den Verbesserungen, die in der Kommissionsarbeit durchgesetzt werden konnten, können wir uns nun nicht einfach zufrieden zurücklehnen.

Die statistischen Angaben über die rekordverdächtige Anzahl der Sitzungstage und Anträge während der Kommissionsberatungen haben Sie gehört. Nicht deutlich wurde dabei, dass die rund dreihundert Anträge zur Revision der Krankenversicherung ein Lehrstück in breitangelegten Deregulierungsversuchen darstellten. Damit manifestiert sich eine Tendenz, die derzeit in der Sozialpolitik generell zu beobachten ist. Ein unsoziales Deregulierungsprinzip hält auch hier Einzug.

Nachdem die Errungenschaften der Kommissionsverhandlungen genügend gefeiert sind, möchte ich auf einige grundsätzliche Mängel in dieser Revision hinweisen. Wir werden uns langfristig nicht mit diesem patchworkartigen Flickwerk abfinden, auch wenn wir die bisher erreichten, aber viel zu eng und kleinlich bemessenen Verbesserungen dieser Revision selbstverständlich verteidigen werden. Aber ein zukunftsgerichtetes System kann nur eine wirklich soziale Krankenversicherung sein.

Zu den drei wichtigsten Punkten in der Negativliste der heutigen Revision:

1. Der Mut für einen grundlegenden Systemwechsel war nicht vorhanden. Mit der Beibehaltung des unsozialen Kopfprämien-systems werden Benachteiligungen festgeschrieben. Es geht nicht an, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten nicht angemessen berücksichtigt wird. Die auch vom Bundesrat immer wieder in den Vordergrund geschobene Zielsetzung, nämlich die Wiederherstellung der Solidarität zwischen den Versicherten, bleibt damit ein reines Lippenbekenntnis.

2. Die Prämienlast wird nicht vermindert. Die vorliegende Revision gibt keine Antwort auf das Problem, das die Versicherten heute am meisten belastet, nämlich auf die unzumutbaren Prämienaufschläge. Die Kosten eines Krankenversicherungssystems werden weiterhin einseitig auf die Kranken abgewälzt; das ist sozialpolitisch unverantwortlich. Steigende Krankenkassenprämien gehören heute nebst den steigenden Mietzinsen zu den grössten Armutsfallen. Die volkswirtschaftlichen Kosten dieses Missstandes, mit der Verlagerung des Problems auf das Sozialhilfesystem, sind auch hier einmal mehr nicht miteingerechnet worden.

3. Die Zweiklassenmedizin bedeutet konkret Entsolidarisierung. An der Frage der Prämien-gleichheit für Frau und Mann zeigt sich eine weitere grundsätzliche Schwäche der Revision. Die Zementierung einer Zweiklassenmedizin durch die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung entlarvt sich selbst. Die Gegner und Gegnerinnen eines verfassungsmässig garantierten Rechtes brauchen heute anscheinend auch keine Argumente mehr. Die heuchlerische Distanzierung von der Forderung nach Prämien-gleichheit auch im Bereich der Zusatzversicherungen, die zwar berechtigt sei, mit dem Hinweis auf die Gefahr des Ueberladens der Revision ist politisch genauso unsauber wie der erpresserische Ton, den die Lobby der Privatassekuranz in ihrem Schreiben an die Mitglieder von Kommission und Rat anschlägt.

Nichtsdestotrotz werden wir die minimalen sozialen Errungenschaften, wie gesagt, verteidigen. Um so mehr, als aufgrund der Schlussabstimmung in der Kommission und aufgrund von gewissen Anträgen, die hier vorliegen, nicht mit einer breiten Unterstützung für die wenigen sozialen Errungenschaften, al-



len voran das Versicherungsbogatorium, gerechnet werden kann.

Wir werden aber ebenso jeden weiteren Versuch der sozialen Demontage dieser Vorlage und der Deregulierung in einem der wichtigsten Versicherungsbereiche konsequent bekämpfen. Auf alle Fälle werden wir uns dafür einsetzen, dass die Krankenversicherung noch sozialer wird.

**M. Epiney:** L'assurance-maladie connaît ses maux, mais ignore en fait quels sont les remèdes adéquats pour les soigner. Le Parlement est aujourd'hui à son chevet avec l'ambition du chirurgien, la modestie du généraliste, mais aussi le scepticisme de l'oncologue. Le but essentiel d'une assurance-maladie consiste à offrir à chacun des soins médicaux qualitativement élevés et à des conditions financières supportables pour tous. S'il est vrai que l'ensemble de la population bénéficie aujourd'hui de prestations médicales appropriées, il n'en demeure pas moins que le coût des cotisations atteint des proportions insupportables pour des assurés de condition modeste. De 1986 à 1991, nous observons, en effet, une explosion des coûts de la maladie de l'ordre de 10 pour cent par an, soit le double de l'évolution moyenne des prix et des salaires. Les causes de cette inflation financière nous sont bien sûr connues et elles peuvent être ici rappelées en cinq volets: 1. existence d'un système favorisant la surconsommation et la désresponsabilisation à tous les niveaux de la chaîne; 2. vieillissement de la population; 3. sophistication accrue des prestations; 4. hausse disproportionnée des frais administratifs des caisses-maladie; 5. hygiène de vie déficiente.

La modification de la loi répond, dès lors, à une nécessité. Le projet issu des délibérations de notre commission n'a pas déçu globalement notre attente, dans la mesure où il s'attaque à la gangrène qui s'est introduite dans les maillons de la solidarité et de la responsabilisation. Le système actuel favorise en effet, à tous les échelons, la surconsommation parce que chaque acteur y trouve son intérêt et alimente de la sorte la spirale des coûts. Il ne convient toutefois pas de se tromper de cible en désignant le seul médecin comme le principal bouc émissaire. C'est ainsi que le secteur hospitalier absorbe, à lui seul, près de la moitié des dépenses de la maladie.

Le projet qui nous est soumis se caractérise par un certain courage politique qu'il faut relever. A titre d'exemple, et on l'a déjà dit, il renforce la solidarité entre les patients et les bien portants, entre les jeunes et les personnes âgées, entre les hommes et les femmes, entre les riches et les pauvres. Il impose, et cela est important, un équilibre dosé entre la liberté de manoeuvre des acteurs et l'intervention étatique, en prévoyant une épée de Damoclès. Il cible, enfin, l'aide de l'Etat en direction des seuls nécessiteux.

D'autre part, ce projet apporte des progrès légitimes dans la prise en charge des frais de traitement hospitalier après 720 jours, dans la prise en compte des frais préventifs ou médico-sociaux et enfin dans la couverture subsidiaire en cas d'accident.

Enfin, sur le plan administratif, nous constatons avec une grande satisfaction la nouvelle orientation de la politique fédérale consistant à accorder aux cantons une aide globale, à charge pour eux de fixer les critères de distribution. Cet instrument approprié sera de nature, nous en sommes certains, à rationaliser les démarches administratives, tout en veillant aux besoins spécifiques des assurés de condition modeste.

Il ne faut, toutefois, pas se leurrer sur l'efficacité de toutes les mesures envisagées. Il existe un prix à payer pour obtenir une médecine performante. La Confédération, qui s'est désengagée ces dernières années du secteur médical, devra dès lors consacrer à l'avenir des montants plus importants dans ce domaine. De même, l'assuré qui consacre 3 pour cent de son revenu à l'alcool et au tabac, 10 pour cent aux transports et aux communications, devra nécessairement augmenter sa participation qui est actuellement de l'ordre de 10 pour cent.

En résumé, la philosophie qui a dicté l'élaboration de ce projet nous satisfait globalement. Il ne reste plus qu'à espérer que tous les acteurs de la médecine gardent à l'esprit que la médecine ne doit plus être un objet de consommation courante, mais un recours en cas de nécessité.

**M. Leuba:** Comme l'a dit M. Eymann Christoph, le groupe libéral votera l'entrée en matière et s'opposera au renvoi au Conseil fédéral. Ça ne signifie cependant pas qu'il le fasse avec beaucoup d'enthousiasme. Il le fait parce qu'il croit que la situation actuelle est devenue intolérable et qu'il faut absolument entreprendre quelque chose dans deux directions. D'abord, pour lutter contre l'explosion des coûts et, ensuite – mais, il n'y a pas de priorité –, pour rendre les frais de santé supportables pour chacun. Nous sommes donc, Madame la Conseillère fédérale – nous le croyons –, tout à fait d'accord sur les objectifs. Nous avons quelques doutes parfois sur les moyens. J'aimerais citer ici quatre domaines.

Tout d'abord l'aspect financier. La contribution fédérale augmentera d'environ 700 millions de francs – si l'on prend les estimations de l'Office fédéral de la santé publique –, un peu moins en 1996/97, un peu plus en 1998/99. Or, force nous est de constater que nous n'avons pas le premier centime de ces 700 millions de francs. Sans doute, si la TVA est acceptée – et c'est un argument de poids –, nous devrions diminuer cette «augmentation de charge». Mais dans ce domaine, nous manquons totalement de vue d'ensemble sur le coût de notre sécurité sociale, sur le coût de notre prévoyance sociale.

Parallèlement à l'exercice santé, nous faisons un exercice AVS – qui est actuellement en cours au Conseil des Etats. Nous ne savons pas comment nous nous en sortirons financièrement, mais les deux opérations sont menées parallèlement, sans que nous puissions savoir quel est le coût général que nous leur consacrerons. Il nous paraît qu'il y a des gens, peut-être au Conseil fédéral, mais surtout au Parlement, qui n'ont pas encore pris parfaitement conscience de la situation des finances publiques et cela est inquiétant.

Deuxième élément: l'obligation d'assurance. Nous ne contestons pas l'obligation d'assurance. Nous n'aimons pas beaucoup les obligations légales. Nous préférons les obligations morales, mais il ne faut pas engager ici un débat idéologique. On doit simplement constater que l'obligation d'assurance est la conséquence du système de la prime unique, de l'absence de réserves et de prix d'entrée. Par conséquent, si l'on veut avoir ces éléments, on doit imposer l'obligation d'assurance. Il faut en quelque sorte «attraper» les jeunes, donc les bons risques, pour pouvoir assumer les coûts de la médecine totale ou de la médecine pour toute la population. Nous ne sommes pas opposés à ce système, mais nous voulons mettre en évidence deux conséquences négatives.

Tout d'abord, on va évidemment charger l'appareil administratif et judiciaire. Il y a des dispositions pénales qui sont prévues. Nous souhaitons qu'il y ait un maximum de flexibilité dans ce domaine, parce qu'il serait stupide de consacrer des sommes excessives à cet élément. Et puis, il faut bien le dire, c'est moralement discutable parce qu'on donne une prime à l'imprévoyance de ceux qui ne se sont pas assurés jusqu'à maintenant et qui pourront entrer, quel que soit leur âge, avec une prime unique et sans prix d'entrée. Cet élément n'est pas très favorable sur le plan de la morale civique.

Troisième élément: la prime unique. Alors là, nous devons vous dire que le groupe libéral n'est pas d'accord avec le système de la prime unique. Nous ne remettons pas du tout en cause l'égalité de prime – ainsi que cela résulte de notre proposition – entre hommes et femmes, mais nous disons qu'il est finalement injuste de faire tout payer à la jeune génération; c'est un racket sur les jeunes auquel on procède actuellement. Une solidarité entre les générations est possible et nous vous suggérerons dans notre proposition de faire un rapport de un à deux, à savoir que la prime maximum ne devrait pas être plus du double de la prime minimum. Mais, aller au-delà, c'est charger la jeune génération qui a aussi ses propres charges, qui a la mission d'élever ses enfants.

On s'est plaint cette semaine dans cette salle de la difficulté pour les jeunes ménages de trouver des appartements à des prix convenables. Eh bien, c'est à ceux-là qu'on va demander un effort supplémentaire dans le domaine de la santé pour permettre de payer des primes que les personnes plus âgées pourraient probablement mieux payer. C'est en effet une constatation évidente que dans le cours normal d'une carrière professionnelle les gains ont tendance à augmenter. Par consé-

quent, il n'est pas juste, à notre avis – c'est une solidarité à l'envers –, de faire payer des primes excessives aux jeunes de manière à permettre à des personnes plus âgées de ne pas payer les primes qu'elles provoquent.

Quatrième élément: la franchise. La franchise a pour but d'éviter les cas bagatelles qui chargent administrativement de manière absolument excessive les caisses-maladie qui, tout en déresponsabilisant le patient, couvrent souvent des situations qui pourraient être supportées par le patient lui-même.

Ici, plutôt que d'engager une guerre de religion – nous avons vu sur le dépliant les propositions de la majorité et de la minorité –, ne devrait-on pas chercher une solution de compromis? Il apparaît au groupe libéral que cette solution de compromis, qui correspond d'ailleurs à l'efficacité, devrait être telle que la franchise ne soit pas uniforme, mais qu'elle soit plus élevée lorsqu'on a un revenu élevé que lorsqu'on a un bas revenu. Pourquoi? Nous l'expliquerons dans notre proposition, mais nous disons qu'il est normal que la même pression s'exerce sur le patient, qu'il ait de gros ou de petits revenus. Cette pression, qui est la seule efficace, n'est possible que si l'on distingue les franchises entre ceux qui ont des revenus faibles et ceux qui ont des revenus élevés. Nous souhaitons vivement que cette solution, que nous considérons comme une solution de compromis, puisse être acceptée, non à l'unanimité – nous ne rêvons pas –, mais par une majorité de ce conseil.

**Bortoluzzi:** Eines der wesentlichsten Probleme in unserem Gesundheitswesen ist heute sicher der fehlende Markt. Es behaupten zwar alle Beteiligten – vom Patienten über die Krankenkassen bis zum Leistungserbringer –, sie würden sich besonders wirtschaftlich verhalten und sie seien – für die Patienten – zurückhaltend. Aus subjektiver Sicht ist das sicher richtig. Die Bestätigung aber, dass es nicht so ist, kann in den fast explodierenden Kosten der vergangenen Jahre gefunden werden. Alle drei beteiligten Kategorien sind nicht unschuldig daran.

Es ist allerdings müssig, hier zu fragen, wer nun dafür besonders verantwortlich sein soll. Wichtig ist die Erkenntnis, dass gewisse Marktelemente in dieser Vorlage Aufnahme gefunden haben. Es ist einerseits die Freizügigkeit für Versicherte, die freie Wahl einer Kasse, und damit verbunden auch die Möglichkeit, im klar abgegrenzten Zusatzversicherungsbereich das Angebot spielen zu lassen. Diese Möglichkeit sollte auf die Krankenkassen einen gewissen Leistungsdruck ausüben. Dazu gehört natürlich das Obligatorium, sonst könnte die gewünschte Solidarität umgangen werden. Das soziale Element, denke ich, darf nicht verlorengehen.

Die Kassen ihrerseits können von der Vertragsfreiheit Gebrauch machen. Hier hat unsere Kommission die Vorlage des Ständerates aufgrund der Berichte der Kartellkommission sicher verbessert. Bedingungen, die heute eine lähmende Wirkung haben und eine ökonomische Arbeitsweise in keiner Art und Weise belohnen, sondern eher das Gegenteil bewirken, sind, wenn auch nicht ganz, so doch zum Teil, beseitigt. Die Möglichkeit der Leistungserbringer, ausserhalb der Verbände Verträge abzuschliessen – in Artikel 39 wird ausdrücklich darauf hingewiesen –, eröffnet neue Perspektiven im Gesundheitswesen, wenn sie tatsächlich genutzt werden.

Ob vom vorhandenen Spielraum Gebrauch gemacht wird, muss die Praxis dann einmal zeigen. Ich hoffe nicht, dass sich die Verwaltung mit einem schwerfälligen Kontrollapparat oder was auch immer dem im Gesetz möglichen Spielraum widersetzt und Einschränkungen macht. Die unternehmerischen Elemente, die in diesem Gesetz sind, müssen aufrechterhalten werden.

Es ist klar, dass die mögliche Entwicklung bei den Betroffenen nicht nur Begeisterung auslösen wird. Unternehmer sein heisst ja nicht nur Vorteile zu haben, der Wettbewerb wird die Leistungserbringer auch mit den Nachteilen des Unternehmertums bekanntmachen. Ich denke, dass ein paar wirklich aktive Krankenkassen das Verbot der Tarifsprachen nutzen könnten, den dringend notwendigen Markt auch im obligatorischen Bereich, wenn auch beschränkt – das möchte ich hier deutlich sagen –, aber eben doch im Rahmen des Möglichen, spielen zu lassen. Und wenn der Wettbewerb nicht spielen

wird, dann müsste die Revision meines Erachtens als gescheitert bezeichnet werden, unabhängig von allen andern Punkten.

Das vorliegende Gesetz ist ein Kompromiss. Natürlich, es ist gar nicht anders möglich. Für alle dürften irgendwelche Mängel zu finden sein, aber es ist in seiner Grundphilosophie sicher ein Schritt vorwärts und akzeptabel. Voraussetzung ist, dass verschiedene Elemente im Detail noch korrigiert werden. Ich werde mich dann wiederum zu Wort melden.

**Borer Roland:** Es überrascht mich eigentlich, dass in unserem Parlament während der Eintretensebatterie zu einem Geschäft, das Milliarden von Franken kostet, weniger als sechzig Parlamentarier anwesend sind. Anscheinend haben gewisse Leute Wichtigeres zu tun.

Die AP-Fraktion ist für Eintreten, lehnt aber die Vorlage so, wie sie heute vorliegt, ab. Wir setzen in diesem Zusammenhang unsere Hoffnungen auf den Rat, dass er gewisse Korrekturen noch anbringen kann, damit wirklich auch die zweite Zielsetzung des Bundesrates, die in der Botschaft formuliert ist, nämlich die Kosteneindämmung, verwirklicht werden kann. Wir sind für Eintreten, weil wir am Schluss nicht noch die schlechtere Variante wollen. Die noch schlechtere Variante wäre, wenn dem Volk weisgemacht werden könnte, dass man jetzt die Initiative der Linken «für eine gesunde Krankenversicherung» unterstützen müsste.

Wenn man über ein Geschäft wie die Revision dieser Krankenversicherung diskutiert, wenn man dieses Geschäft bearbeitet, ist es wichtig, dass man ein wenig das Umfeld in Europa und anderswo anschaut. Es gibt x Staaten, die schon jahrzehntelang die Leistungen erbringen, die von der Kommission jetzt vorgeschlagen werden, Schweden zum Beispiel: Schweden hat sein Sozialversicherungsnetz bis zum Gehirnrindmehrgesamt ausgebaut. Nun ist der schwedische Staat bankrott! Die können nicht einmal mehr so schnell Geldnoten drucken, wie sie sie ausgeben. Und diesem Beispiel folgen wir hier mit dieser Vorlage.

Es ist vielleicht auch notwendig, einen kurzen Rückblick auf das vergangene Wochenende zu machen. Am vergangenen Wochenende haben Volk und Stände zu den dringlichen Massnahmen ja gesagt. Und es wird alles und jedes in dieses Ja hineininterpretiert. Herr Rychen z. B. hat sich dahingehend geäussert, dass das Volk mit der Zustimmung zu diesen dringlichen Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung gezeigt habe, dass es Solidarität wolle. Das ist eine rein willkürliche Interpretation, Herr Rychen! Das Volk wollte nichts anderes als verhindern, dass die Prämien in der Krankenversicherung noch einmal ansteigen – Punkt! Alles andere sind Interpretationen.

Warum sagen wir nein zur Vorlage, wie sie sich heute präsentiert? Ich habe schon gesagt: Das zweite Ziel des Bundesrates war gemäss Botschaft die Kosteneindämmung – ich gebe zu; erste Zielsetzung war die Erhaltung oder die Schaffung von Solidarität –; leider ist es mit der Kosteneindämmung nun nicht mehr weit her. Man hat zwar gewisse Massnahmen eingeführt, die kostendämpfend wirken könnten, aber mit der gleichzeitigen Ausweitung des Leistungsangebotes, mit der Zulassung von neuen Leistungserbringern macht man diese wieder zunichte. Es gibt Fachleute – ich muss in diesem Bereich den Fachleuten Glauben schenken –, die sagen, dass der heute vorliegende Beschluss Mehrkosten in Milliardenhöhe verursachen wird. Man umgeht das einfach. Man sagt, man schafft die Subventionierung der Krankenversicherung ab, die ja jeden einzelnen indirekt subventioniert – ein Vorgehen, mit dem ich mich einverstanden erklären kann –, aber man sagt dann zugleich, dass mit der neuen Form 60 Prozent der Versicherten in unserem Land Subventionsempfänger oder Unterstützungsempfänger werden.

Ein Sozialwerk, das per Definition 60 Prozent der Bürger unseres Landes zu armen Leuten stempelt, ist doch kein tragbares Sozialwerk. 10 bis 20 Prozent wären vielleicht ein Mass, das akzeptierbar wäre. Vom administrativen Aufwand – sei es im Bereich der Krankenkassen, sei es im Bereich der Kantone –, den dieser «Subventionismus» nach sich zieht, möchte ich hier gar nicht sprechen.

Ein weiterer Punkt ist das Leistungsangebot. Wir versichern in dieser Grundversicherung alles und jedes. Jede Eventualität wird hier neu in der Grundversicherung angeboten. Sagen Sie mir: Wer soll sich bei diesem Leistungsangebot überhaupt noch für irgend etwas zusätzlich versichern? Mir ist trotz einigem Studieren nichts eingefallen, wofür ich mich noch zusätzlich versichern müsste. Alle Leistungserbringer sind praktisch eingeschlossen. Alle Krankenkassen müssen dieses Grundversicherungspaket anbieten. Wie soll denn da der Markt spielen? Markteinfluss kann eigentlich am Schluss nur noch im administrativen Bereich entstehen, indem Krankenkassen vielleicht ihre Administration noch einmal ein wenig reduzieren könnten. Sie müssen zwar mehr Leistungen erbringen, indem sie am Schluss die Subventionsberechtigten irgendwie berücksichtigen. Da kann der Markt noch spielen; aber bei einem gesetzlich vorgeschriebenen, umfangreichen Leistungsangebot wie dem vorliegenden kann der Markt gar nicht spielen. Es kann keine Konkurrenz zwischen den einzelnen Versicherungen mehr geben.

Ich sehe gewisse Folgen, die diese Revision nach sich zieht, immer in der Annahme, dass sie unverändert bleibt. Es wird uns schliesslich – jetzt bitte ich die paar Bürgerlichen, die es im Parlament noch hat, aufzupassen – nichts anderes übrigbleiben, als eine Versicherung in dieser Höhe über Lohnprozente zu finanzieren oder über zusätzliche Steuern wie CO<sub>2</sub>-Abgaben, Energiesteuern oder über einen um 1 bis 2 Prozent höheren Satz der Mehrwertsteuer. Wollen Sie, die Vertreter von Industrie und Gewerbe, dass das die Folge ist?

Auch zu den Arbeitnehmervertretern noch etwas: Sie haben eine relativ grosse Anzahl Kollektivversicherte – Leute, die jeden Tag zur Arbeit gehen und denen bei ihrem Arbeitgeber ein Kollektivvertrag mit einigermassen bezahlbaren Versicherungsprämien angeboten wird. Diesen Leuten müssen Sie, die Arbeitnehmervertreter, beibringen, dass ihnen nach dieser Revision mit der Abschaffung des Kollektivs, dem Verbot des Kollektivs, Prämien erhöhungen bis 400 Prozent ins Haus schneien werden. Wir haben die Rechnung gemacht mit der Versicherung der ABB im Waadtland: Heute haben wir dort eine Grundversicherungsprämie von 80 Franken für die Kollektivversicherten. Wenn wir annehmen, dass im Durchschnitt eine Steigerung von 30 Prozent für Leistungen dazukommt, gibt es Prämien erhöhungen von 400 Prozent. Dieses Gesetz wollen Sie dem Volk schmackhaft machen! Sie wollten ursprünglich niemandem weh tun oder niemandem sehr weh tun. Sie tun allen ein wenig weh. Das wird zur Folge haben, dass das Referendum problemlos zustande kommt. Das wird – bei all den Referendumsdrohungen, die wir heute haben – zur Folge haben, dass das Referendum am Schluss noch angenommen wird, und einmal mehr – die Bürgerlichen haben es nicht bemerkt – werden Sie am Schluss gegen Ihr besseres Wissen keine andere Chance mehr haben, als der Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» zuzustimmen. Darauf wird es im Endeffekt herauskommen.

Wir sind für Eintreten. Wir unterstützen alle Anträge, die noch auf Sparen ausgerichtet sind. Nach meiner Information hat es der Rat fertiggebracht, schon wieder etwas über dreissig Änderungsanträge einzubringen. Ich frage mich, was das Ganze eigentlich soll.

**M<sup>me</sup> Brunner Christiane:** Si au début de ce siècle, le patient et le médecin étaient à peu près les seuls acteurs de l'assurance-maladie, au fil du temps la palette de la santé s'est enrichie de nombreux partenaires. La santé est devenue un marché, l'un des plus importants de notre pays. Aujourd'hui, des milliards de francs sont en jeu et il s'avère bien difficile de priver un partenaire d'une ressource, même minime, sans provoquer de graves crispations politiques.

Lorsqu'en 1989, le Conseil fédéral a présenté ses intentions et les lignes du projet de révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, M. Cotti, conseiller fédéral, a dit qu'il ne fallait pas s'attendre à des miracles. Cela reste vrai aujourd'hui. La loi qui vous est présentée n'est pas révolutionnaire. Chacun peut trouver des motifs pour la contester. Mais s'il y a une chose qui ne peut pas être contestée, c'est la nécessité de la mise sous toit de cette révision et l'urgence de sa mise en ap-

plication. Il y a urgence, car les coûts de la santé suivent une courbe exponentielle intolérable. Il y a urgence, car l'absence de solidarité qui caractérise cette branche de notre sécurité sociale est la source de situations inacceptables. Mais il y a surtout urgence, car tous ces phénomènes accompagnés du désengagement financier de la Confédération ont entraîné des charges croissantes sur l'ensemble des assurés, et ce sont les assurés qui doivent être au centre de nos préoccupations. Ce sont leurs intérêts qui doivent, en premier lieu, guider nos décisions.

Le groupe socialiste est conscient que certaines des mesures avancées pour atteindre nos objectifs ne déploieront des effets qu'à long terme. Sur le plan strictement financier, seules certaines catégories d'assurés seront, dans un premier temps, soulagées. Mais à long terme, et c'est le long terme qui doit nous préoccuper, l'ensemble des assurés bénéficiera des avantages d'un système de santé solidaire dont nous aurons réussi à maîtriser les coûts. Pour ces raisons, nous soutenons particulièrement toutes les mesures visant, d'une part, une meilleure prise en considération des besoins actuels et, d'autre part, une gestion plus équilibrée de l'ensemble du système.

Trois aspects de cette révision doivent être particulièrement bien accueillis. Il s'agit de l'introduction de l'obligation de s'assurer, de l'amélioration du catalogue des prestations, et des mesures de maîtrise des coûts. Le postulat de l'obligation de s'assurer est un principe essentiel de la sécurité sociale et une revendication de longue date du Parti socialiste. Plusieurs cantons ont d'ailleurs déjà introduit l'obligation de s'assurer avec succès, c'est le cas du mien, du canton de Genève. L'obligation d'affiliation est la pièce maîtresse d'une assurance véritablement sociale et le moyen d'introduire la solidarité: la solidarité entre les assurés d'une même caisse, la solidarité importante, Monsieur Leuba, entre générations, la solidarité entre les assureurs par la compensation des risques.

L'extension du catalogue des prestations est nécessaire si l'on souhaite, d'une part, un équitable accès aux soins et, d'autre part, si l'on exclut les assurances complémentaires du champ d'application de la nouvelle loi. L'élargissement du catalogue des prestations constitue aussi une exigence absolue dans le cadre d'une assurance obligatoire puisque le caractère obligatoire entraîne des primes, en principe, uniformes, et garantit le même éventail de prestations pour tous les assurés.

La maîtrise des coûts est le volet le plus important de cette nouvelle loi. De nombreuses mesures sont proposées pour y parvenir. Elles ne se révéleront pleinement efficaces que combinées les unes avec les autres et si tous les partenaires du domaine de la santé y participent.

En dépit des nombreuses améliorations qu'apportera cette nouvelle loi, le groupe socialiste tient à en dénoncer une lacune fondamentale: il s'agit du caractère facultatif de l'assurance d'indemnités journalières. Il est scandaleux que ni le Conseil fédéral, ni le Conseil des Etats, ni notre propre commission, n'aient eu le courage de répondre à une attente et à un besoin incontestés. Comment parler d'une véritable assurance-maladie sociale sans introduire l'obligation d'une assurance perte de gain?

Le groupe socialiste regrette également que le système de financement reste celui d'une cotisation qui ne prend pas mieux en compte la capacité financière de chaque assuré. Ce système est dangereux dans la mesure où il dépend totalement de la somme que les pouvoirs publics sont prêts à consacrer pour la réduction des primes.

Chacun et chacune peut trouver dans cette loi des motifs pour la rejeter, je viens d'en énumérer quelques-uns. Il faut cependant que nous gardions tous et toutes à l'esprit que nous sommes entrés, en matière de santé publique, dans une ère de choix, et le groupe socialiste vous invite à faire le bon choix, c'est-à-dire à entrer en matière sur le projet de loi tel qu'il résulte des travaux de notre commission et à refuser toutes les propositions de renvoi.

**Jäggi Paul:** In Anbetracht der fortgeschrittenen Zeit wähle ich die Kurzfassung meines Votums. Die lange und schmerzliche Vorgeschichte der Revision des Krankenversicherungsgeset-



zes ist uns allen bekannt. Hoffnungen wurden geweckt, auch mit den klar angenommenen Bundesbeschlüssen am letzten Wochenende. Immer und immer wieder wurde auf die Revision des KVG hingewiesen. Auf kommende Revisionen zu verströmen, ist ja ein hinlänglich bekanntes und beliebtes Mittel der Politik.

Wird nun mit den Vorschlägen der Kommission das Ziel erreicht? In einem ersten Teil sicher. Die Stärkung der Solidarität durch das Obligatorium und die Freizügigkeit, der Risikoausgleich, die Stärkung der Rechte der Versicherten und Patienten, die Verstärkung des Wettbewerbs durch das Verbot von Kartellabsprachen, die abschliessende Aufzählung der Leistungen in den Grundversicherungen sind alles Punkte, die in ein modernes KVG gehören. So weit, so gut.

Nicht genügend sind die Bemühungen in der Kostendämmung, von der Kostensenkung gar nicht zu reden. Auch mir ist klar, dass all die gewünschten und nötigen Neuerungen nicht zum Nulltarif zu haben sind. Wenn aber als Folge der Revision für die Hälfte der Bevölkerung, vor allem der ländlichen, Prämienhöhungen bis zu 50 Prozent in Aussicht stehen, ist hier kaum mit grosser Akzeptanz zu rechnen, vor allem wenn durch die Aufhebung der Kollektivverträge ein zurückhalten der Konsum der angebotenen Gesundheitsleistungen noch bestraft wird. Es wird bestraft, was man mit teuren Umwegen, z. B. mit der Prävention, wieder erreichen will.

Zu viele Leute werden zudem im Gesundheitswesen weiterhin selber entscheiden, wieviel mehr sie bei staatlich garantierten Tarifen und Preisen und einem sicheren Zahler verdienen wollen. Zudem kommen die vorgesehenen Prämienverbilligungen bei den jetzigen Finanzaussichten von Bund und Kantonen in eine äusserst unsichere Lage. Seit der Entstehung der Vorlage und der Beratung im Ständerat hat sich die Lage in diesem Bereich leider dramatisch verändert. Der Kostendämmung ist darum in der Beratung erste Priorität einzuräumen.

Es ist ein gutes Gesetz. Machen wir es durch Selbstbeschränkung in der Grundversicherung und durch Kostendämmung im stationären und im ambulanten Bereich wieder akzeptierbar.

**Hafner Rudolf:** Beim KVG gehtes um ein sehr wichtiges Gesetz. Betroffen davon ist die ganze Bevölkerung. Entsprechend gross ist wohl auch das Interesse seitens der Betroffenen. Das Gesundheitswesen stellt auch einen bedeutsamen Wirtschaftsfaktor dar, geht es doch um einen Umsatz von gegen 30 Milliarden Franken. Dessen Finanzierung wird zunehmend über Lenkung und entsprechende Planung geregelt. Dadurch wird also die Struktur geprägt.

Kollegin Gonseth hat für die grüne Fraktion die grossen Linien bereits dargestellt. Ich möchte nur noch die Schwerpunkte wiederholen: Verstärkung der Solidarität; gleiche Prämien für Frauen und Männer auch in der Zusatzversicherung; Vermeidung von Bürokratie; Wahrung der verfassungsmässigen Rechte, wie beispielsweise Schutz des Patientengeheimnisses, aber auch freie Wahl der Therapien; Kostendämpfung und Eigenverantwortung, soweit das möglich ist. Vor allem sollte aber die Errichtung einer Zweiklassenmedizin vermieden werden, weil sie sehr unsozial wäre.

Es kann anerkannt werden, dass sowohl durch den Bundesrat, durch Vertreter des Bundesamtes für Gesundheitswesen als auch in der Kommission versucht wurde, diese Kriterien einzubeziehen. In diesem Sinne kann man feststellen, dass im KVG Fortschritte erzielt worden sind.

Ich kann auch feststellen, dass Anträge unsererseits, zum Beispiel das Anhörungsrecht der Patientenorganisationen, von der Mehrheit der Kommission aufgenommen wurden. Die Patienten sind diejenigen, die bisher in den Strukturen neben den doch sehr potenten Lobbies – Pharmaindustrie, FMH usw. – die schwächste Stellung hatten.

Da die Zahlungen der Krankenkassen den Grossteil des Gesundheitswesens alimentieren, ist aber auch die Art der Leistungserbringung von grossem Interesse. Zweifellos ist es so, dass die Schulmedizin sehr grosse Erfolge erzielt hat. Man denke nur an die Möglichkeiten der Mikrochirurgie bei Diskushernien und bei anderen chirurgischen Eingriffen. Es ist aber nicht zu bestreiten, dass die Schulmedizin auch Fehlleistungen erbringt. Ich erinnere Sie an die massenweisen Gebär-

mutterentfernungen. Im Kanton Tessin wurde im Rahmen einer Studie festgestellt, dass mit solchen Operationen, die entsprechende Folgekosten mit sich bringen, weit übertrieben wird. Ich erinnere Sie aber auch an die heutigen Möglichkeiten der Transplantation. Ist es nötig, dass bei jemandem, der sehr viel Alkohol konsumiert – Anwesende natürlich immer ausgeschlossen –, mehrere Lebertransplantationen durchgeführt werden, und das alles zu Lasten der Krankenversicherung? Oder ist es notwendig, dass sich Raucher die Lunge transplantieren lassen? Wenn man das durchdenkt, muss man sich die Grenzen der technischen Machbarkeit überlegen. Ich denke etwa an die Gentechnologie: Man spricht ja heute schon von künstlichen Geburten usw. Meines Erachtens gibt es gewisse Grenzen dafür, was alles von der Krankenversicherung zu finanzieren ist. Man erinnere sich auch an die milliardenschwere Forschung in den Bereichen Krebstherapie oder Aids. Man konstatiert, dass die reine Schulmedizin hier an ihre Grenzen gestossen ist. Demgegenüber zeigt eine Studie der Universität Stuttgart, dass komplementäre Formen der Medizin nicht nur ursachengerecht, sondern auch kostengünstig sind: Es werden weniger Einweisungen in Spitäler und Ueberweisungen an Spezialisten vorgenommen.

Auf den ersten Blick kann man auch sagen, dass die komplementärmedizinischen Heilmittel viel kostengünstiger sind als allopathische Mittel. Die Kostengünstigkeit wurde auch von seiten der Krankenkassen ganz klar anerkannt. Es gab dort eine Pressemitteilung, die das so festgehalten hat.

Leider muss man feststellen, dass die zuständigen Arzneimittel- und Leistungskommissionen heute noch klar von der Schulmedizin dominiert werden, auch wenn man erkennen kann – und das ist verdankenswert –, dass die Komplementärmedizin auch Sitze erhalten hat. Ein jüngstes Beispiel in der Leistungskommission hat allerdings gezeigt, dass sehr gut belegte kneippsche Anwendungen, also Hydrotherapie, nicht anerkannt wurden, obwohl die Anwendung dieser Methoden nur 10 Prozent einer konventionellen Behandlung kostet. Ich wäre natürlich den Vertretern des Bundesamtes dankbar, wenn dieser Fehlentscheid der Kommission in irgendeiner Art und Weise korrigiert würde. Ich glaube, es kann nicht Sinn und Zweck von staatlichen Organen sein, eine sehr kostengünstige Methode, deren Wirksamkeit klar belegt ist, wegen irgendwelcher Machtverhältnisse abzuwürgen. Die grüne Fraktion ist der Auffassung, man sollte die Offenheit haben, seriöse – ich betone: seriöse – Methoden anzuerkennen. Ich habe die Hoffnung, dass auch die Departementschefin die Möglichkeiten einer Kostenreduktion erkennt.

Dieses Jahr war ein Jubiläumsjahr: 500 Jahre Paracelsus. Es ist doch irgendwie eine Ironie des Schicksals, dass die Universität Basel Paracelsus erst nach 500 Jahren rehabilitiert. Er musste ja bekanntlich bei Nacht und Nebel aus Basel flüchten. Heute gilt er als einer der grössten Aerzte Europas.

Es sollte in Zukunft möglich sein, Erkenntnisfortschritte in einem rascheren Tempo zu machen als die Universität Basel, die ihren Irrtum erst nach 500 Jahren – aber besser spät als nie – korrigiert hat.

Ich möchte noch dem SVP-Sprecher, Kollega Rychen, dafür danken, dass er sich für die Anerkennung der Komplementärmedizin ausgesprochen hat. Ich denke, das ist mal eine fortschrittliche Haltung von dieser Seite.

Von Frau Heberlein hätte ich gewünscht, dass sie, wenn sie schon Veska-Präsidentin ist und in diesem Sinne den staatlichen Kliniken vorsteht, auch im Sinne einer Selbstkritik etwas dazu gesagt hätte, wie man das Spitalwesen besser organisieren könnte. Es gäbe da zweifelloso Möglichkeiten.

Aber ich bin auch – wie die übrigen Mitglieder der grünen Fraktion – für Eintreten auf dieses Gesetz.

**M. Spielmann:** Le débat qui s'ouvre aujourd'hui sur l'entrée en matière ou non pose toute une série de questions fondamentales auxquelles nous considérons qu'il nous faut répondre au préalable.

Nous sommes depuis longtemps à la croisée des chemins avec une initiative pendante et différentes propositions de modification de la législation sur les caisses-maladie, la politique des soins et la politique hospitalière, et nous ne pourrions pas

y rester continuellement. Ça signifierait se trouver face au vent constamment, alors qu'il s'agit de choisir un cap pour avancer. Aujourd'hui, ce cap doit être pris et nous considérons comme erroné de vouloir remettre en chantier un exercice de pompiers, tenter de répondre à une série de questions sans prendre en compte les options fondamentales et sans trancher véritablement sur les questions de fond.

Quelles sont donc les différentes possibilités? Il n'y en a pas des milliers, bien sûr, il y a en a deux fondamentales: la première consiste à considérer l'ensemble des développements politiques, idéologiques, de notre société, à savoir si, dans ce domaine de la santé, on peut organiser un système d'assurance de couverture des soins et des frais hospitaliers selon le principe d'une économie de marché, ou si nous devons, dans ce cadre-là, nous éloigner de la politique de marché et tenter de prendre quelques mesures qui permettent, d'une part, de planifier, de développer une politique plus solidaire, c'est-à-dire de parler d'assurances collectives, voire de mutuelles.

Poser ces questions fondamentales, c'est évidemment répondre aussi, dans le cadre de notre société, à une série de questions qui dominent le débat politique à tous les niveaux, celui du débat social, celui de la prédominance de l'argent et des affaires sur toute activité humaine, et surtout celui de savoir si ce domaine particulier de la santé, ou plutôt des soins et du maintien de la santé, peut participer et peut répondre à ce postulat de l'économie de marché, c'est-à-dire savoir si l'on peut, dans ce domaine comme dans d'autres, laisser agir la libre concurrence, si l'on a une chance de trouver des solutions en mettant en parallèle et sur pied d'égalité la santé et le marché.

Poser cette question, c'est bien sûr apporter déjà un élément de réponse. Politiquement et économiquement, il n'est pas possible de répondre à ce postulat. On le voit aujourd'hui déjà dans nos différentes assurances sociales et dans les caisses-maladie actuelles: il n'existe en fait pas de liberté de choix, pas de liberté individuelle de trouver sa propre couverture, et les solutions ne peuvent donc être que collectives, solidaires, et ne participer que d'une politique d'ensemble qui permette à l'ensemble de notre société de trouver les réponses.

Si l'on ne va pas dans cette direction, il y a alors deux alternatives: celle de la politique de prévoyance ou celle de la politique d'assistance. Si nos composantes sociales, nos lois et nos démarches ne permettent pas de mettre sur pied une véritable politique sociale de la santé, c'est alors vers le développement de l'assistance qu'on ira, et l'on sait déjà aujourd'hui – ces expériences sont tentées à de multiples endroits dans d'autres pays – qu'on va vers un échec et qu'en définitive, même pour les tenants de l'économie de marché, la politique économique et la politique qui vise à laisser jouer les règles du marché et à introduire l'assistance coûtent en définitive beaucoup plus cher, y compris dans le domaine financier, puisque c'est celui qui paraît être le paramètre principal d'une véritable politique de prévoyance; sans parler de tous les problèmes posés par la santé au niveau des individus, au niveau de l'homme. Les différents systèmes proposés aujourd'hui doivent donc tenir compte de ces réalités-là, et faute de vouloir véritablement choisir son cap, nous garderons ce bateau vent debout, c'est-à-dire que nous continuerons de reculer et de multiplier les exercices de pompiers pour tenter au moins de rester sur place et non pas de reculer.

Tout à l'heure, on a soulevé une série de questions et relevé des lacunes sur lesquelles il nous faut trancher. Je regrette pour ma part qu'on ne pose pas le problème de la manière dont on prévoit son assurance, notamment en fonction de la capacité contributive – cela a été dit à cette tribune. La plupart des pays européens ont adopté des systèmes, ont mis en place une véritable sécurité sociale. Il est temps que notre pays choisisse son cap. C'est ce que nous souhaitons faire. Si ça devait être refusé, à ce moment-là nous nous livrerons à un exercice de pompiers et ferons un maximum de propositions pour en arriver quand même à une solution finalement meilleure que celle que nous connaissons actuellement, tout en sachant que nous aurons évacué les problèmes de fond qui sont aussi têtus que les faits et que nous devons, un jour ou l'autre, remettre sur le métier.

**Frau Hollenstein:** Die Bevölkerungsprognosen sehen für die Schweiz ein stärkeres Wachstum der Altersgruppe der über Achtzigjährigen vor. Mit der Zunahme der Zahl der Betagten wird auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wachsen. Damit müssen wir rechnen, und wir müssen diese Tatsachen vermehrt in unsere Diskussion einbeziehen.

Zur Lösung zukünftiger Probleme der Gesundheitsversorgung müssen auch Möglichkeiten zur Verhaltensänderung im Sinne zunehmender Eigenverantwortung stärker gefördert werden. Es gilt, die Gesundheitsprävention stärker zu gewichten. Damit meine ich nicht primär vermehrte technische Abklärungen wie chemische und biotechnische Analysen usw., sondern vermehrte Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen. Die Grenzen der Leistungsexplosion sind zu erkennen. Alternativmethoden ausserhalb der Schulmedizin sind vermehrt zu fördern. Die ambulante Versorgung muss gegenüber der stationären aufgewertet werden, und die Grundversorgung ist allen, unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, zu ermöglichen.

Als Grundlage muss eine ganzheitliche Auffassung von Gesundheit und Krankheit, welche auch das seelische Wohlbefinden, die Seinsorientierung, berücksichtigt, gelten. Vor allem aber muss dem Aspekt der Solidarität, wie er im Gesetz integriert ist, grösstes Gewicht beigemessen werden.

Ich komme zu einigen Kritikpunkten: Als Krankenschwester und Berufsschullehrerin im Gesundheitswesen vertrete ich eine Berufsgruppe, deren Forderungen im Gesetz wenig berücksichtigt wurden, obwohl das Pflegepersonal mit rund 20 000 Beschäftigten die grösste Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens ausmacht.

Dem Gesetz liegen verschiedene Begriffsdefinitionen wie Krankheit und Unfall zugrunde. Was fehlt, ist eine Definition von Gesundheit. Wie wollen wir einer Krankheitsdefinition zustimmen, wenn nicht erst geklärt wird, was Gesundheit ist? Wir reden von Gesundheitskosten, Gesundheitssystem oder Gesundheitsversorgung, aber unser Gesundheitswesen ist ganz auf Krankheit ausgerichtet. Diese Haltung kommt auch im vorliegenden Gesetz zum Ausdruck, und sie ist ein falscher Ansatzpunkt für ein kostensparendes, gesundheitsförderndes Gesetz.

Das Gesetz ist so ausgerichtet, dass Aerztinnen und Aerzte weiterhin eine Monopolstellung haben. Das Angebot wird weitgehend durch sie bestimmt. Dies hat teilweise verheerende Auswirkungen auf die Kosten. Statt allen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach ihrer Qualifikation die entsprechenden Kompetenzen zuzugestehen, bestimmt weiterhin vorwiegend die Aertzeschaft, welche Leistungen andere Berufsgruppen zu übernehmen haben respektive was die Kasse zahlen soll. Eine Gleichbehandlung aller Leistungsanbieter im Gesundheitswesen würde zu einem sinnvollen Wettbewerb unter den Anbieterinnen und Anbietern führen. Dies würde die unsinnige Notwendigkeit, dass Patientinnen und Patienten zuerst zum Arzt gehen müssen, damit die notwendigen Leistungen der Krankenschwester von der Krankenkasse bezahlt werden, verhindern.

In der vorliegenden Gesetzesrevision wurde mit dem Unterlassen dieser Strukturänderung ein echtes Sparpotential im Gesundheitswesen verpasst. Damit eines Tages eine Aenderung in diesem Sinne möglich wird, bräuchte es ein mutiges Infraustellen der gegenwärtigen Strukturen.

Ein weiterer Kritikpunkt: Leider kommt im ganzen Gesetz der Pflege nicht jener Stellenwert zu, der ihr von der Bedeutung im gesamten Gesundheitswesen her zukommen müsste. So wird z. B. in Artikel 2 unter dem Begriff Behandlung auch Pflege mitgemeint. Dies widerspricht dem Berufsverständnis der Berufsangehörigen der Pflegeberufe. Damit diese Unkorrektheit noch gutgemacht werden kann, habe ich zu Artikel 2 einen entsprechenden Antrag eingereicht. Pflege definiert sich nicht einfach als Behandlung. Behandlung macht nur einen kleinen Teil der pflegerischen Tätigkeiten aus. Dass das Pflegepersonal im ganzen Gesetz im Verhältnis zu seiner Bedeutung im Gesundheitswesen viel zu kurz kommt, hat vielleicht damit zu tun, dass es sich bei den Pflegeberufen traditionell um Frauenberufe handelt und entsprechend den Löhnen oft auch das Prestige fehlt.

Gesamthaft beurteile ich das vorliegende Gesetz als einen gereiften Kompromiss, der zwar nicht alle Probleme zu lösen vermag, aber eindeutige Verbesserungen bringt. Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten.

**Allenspach:** Mit dem neuen Gesetz wird ein Obligatorium der Krankenpflegeversicherung verfügt, obwohl heute schon über 95 Prozent der Bevölkerung versichert sind. Bei der obligatorischen Versicherung werden – im Gegensatz zur freiwilligen Versicherung – staatliche Kontrollen notwendig. Jeder Bürger muss beaufsichtigt werden, um sicherzustellen, dass er versichert wird und auch versichert bleibt. Es fällt nicht leicht, einem neuen Obligatorium und damit der Einschränkung der Freiheitsbereiche der Bürger zuzustimmen.

Das neue Gesetz ist zudem nicht in der Lage, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen wirksam zu bremsen. Die Leistungen der Grundversicherung werden ausgeweitet, die vorgesehenen Sparreize sind nicht überwältigend. Ziel des Gesetzes – so wurde es wenigstens in der Kommission unverblümt gesagt – sei weniger die Kosteneindämmung als die Umverteilung der Kosten. Umverteilung der Kosten bedeutet, dass einzelne Gruppen stärker belastet werden als heute: Stärker belastet werden mit Sicherheit die Steuerzahler. Stärker belastet wird der Mittelstand, der überproportional steigende Prämien in Kauf nehmen muss; stärker belastet werden auch die jüngeren Generationen. Wir dürfen dies nicht verschweigen.

Das neue Gesetz bedeutet zudem das faktische Ende der betrieblichen Krankenkassen. Wir beschwören zwar immer wieder die Kraft der betrieblichen Sozialpartnerschaft, entziehen ihr aber in der Praxis immer mehr Betätigungsfelder. Die Aufhebung der betrieblichen Krankenkassen führt in den meisten Fällen zu massiven Prämiensteigerungen bei den betroffenen Arbeitnehmern. Ich kenne Betriebskrankenkassen, die mit der Hälfte der Durchschnittsprämien anderer Kassen auskommen. Die Folgen der Eliminierung der betrieblichen Krankenkassen – eben diese massive Prämiensteigerung – können dann aber gegebenenfalls nicht dem Betrieb oder dem Arbeitgeber angelastet werden. Auch das dürfen wir nicht verschweigen.

Es fällt schwer, dem Gesetz zuzustimmen, und dennoch spreche ich mich für Eintreten aus, gewissermassen der Not gehorchend, weil die heutige Gesetzgebung mit zu vielen Mängeln behaftet ist. Eintreten bedeutet aber nicht Zustimmung um jeden Preis. Wenn sich das neue Gesetz auf den Kernbereich der sozialen Krankenpflegeversicherung konzentriert, hat dieses neue Gesetz Chancen, auch eine Volksabstimmung zu überstehen. Greift es aber über den engen Sozialversicherungsbereich hinaus und wird es mit systemfremden Elementen belastet, ist sein Scheitern vorprogrammiert.

Zu den systemfremden Elementen gehören:

1. das von einer Kommissionsminderheit beantragte Obligatorium der Taggeldversicherung;
2. die postulierte obligationenrechtliche Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers bei Mutterschaft während 16 Wochen;
3. das Uebergreifen des Sozialversicherungsrechtes in den Privatversicherungsbereich – wie dies präjudiziell mit einer völlig unzulässigen Interpretation des verfassungsmässigen Grundsatzes der Gleichberechtigung von Mann und Frau von der Kommissionsmehrheit beantragt wird –;
4. der unbeschränkt andauernde Risikoausgleich, der systemwidrig die Bemühungen um mehr Wettbewerb unter den Kassen wieder paralyisiert.

Es ist unerlässlich, sich auf das Grundanliegen der sozialen Krankenversicherung zu beschränken. Wir sollten den Fehler nicht wiederholen, den wir bei der letzten Gesamtrevision des Krankenversicherungsgesetzes gemacht haben. Wir sollten aus den gemachten Fehlern lernen und festhalten: Wer zuviel will, erreicht nichts – eine alte Erfahrungstatsache, die auch heute noch gilt!

Frau **Hafner Ursula:** Wir befinden uns hier im französischen Sprach- und Kulturgebiet; ich möchte deshalb zu Beginn dem grossen französischen Klassiker eine Reverenz erweisen, der sich schon vor mehr als dreihundert Jahren kritisch mit den Kosten im Gesundheitswesen auseinandergesetzt hat. Ich spre-

che von Molière, der sehr drastisch dargestellt hat, wie trefflich es Aerzte und Apotheker verstehen – ich wollte sagen: wie trefflich es Aerzte und Apotheker damals verstanden –, aus Krankheiten, auch eingebildeten, Kapital zu schlagen. Offenbar war das noch vor 70 Jahren nicht anders, als der berühmte Doktor Knock nicht weit von hier seine Praxis geführt haben soll.

Heute reden die Aerzte zwar nicht mehr so fließend lateinisch, aber undurchschaubare Rechnungen schreiben sie trotzdem. Und viele von ihnen leben recht gut dabei. Eine grössere Transparenz bei den Arztrechnungen ist nur eine der Massnahmen, mit welchen der unaufhaltsame Kostenanstieg nun gebremst werden soll. Ich will nicht alles wiederholen, was meine Vorrednerinnen und Vorredner schon dazu gesagt haben, und nur noch Frau Heberlein antworten, die sich darüber gewundert hat, dass ich, obwohl ich die vorliegende Revision des Krankenversicherungsgesetzes befürworte, die Initiative von sozialdemokratischer Partei und Gewerkschaftsbund immer noch als aktuell bezeichne. Die Solidarität, welche das Obligatorium bei der Pflegeversicherung nun bringt, anerkenne ich durchaus. Aber damit ist das Problem für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eben erst zur Hälfte gelöst. Solange wir nicht auch eine obligatorische Taggeldversicherung haben, bleiben ältere krankheitsanfällige Menschen benachteiligt. So lange spielt die Solidarität nur bedingt! Und mit der obligatorischen Pflegeversicherung erreichen wir zwar eine Solidarität zwischen Jungen und Alten, Männern und Frauen; aber wir erreichen keine wirkliche Solidarität zwischen Reichen und Armen, solange wir Prämien und Selbstbehalt nicht nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit berechnen. Dies sind die zwei wichtigsten Gründe, weshalb unsere Ziele mit der vorliegenden Revision nicht erreicht werden. Aber wir stehen hinter dieser Kompromissvorlage.

**Fischer-Seengen:** Es ist zu begrüßen, dass es gelungen ist, diese schwierige, umstrittene Materie einigermassen ausgewogen zu lösen. Es besteht deshalb aus meiner Sicht kein Anlass, nicht auf die Revisionsvorlage einzutreten, weil sonst die Probleme ungelöst bleiben würden. Es besteht auch kein Anlass zur Rückweisung, weil in einem weiteren Anlauf kein besseres Gesetz zu erwarten wäre.

Dennoch erlaube ich mir ein paar kritische Bemerkungen:

1. Eines der wichtigsten Ziele dieser Gesetzesrevision ist die Kosteneindämmung; dieses Ziel wurde überhaupt nicht erreicht – im Gegenteil. Aufgrund von Leistungserweiterungen werden die Kosten bei diesem Gesetz massiv ansteigen, gemäss Vorlage des Bundesrates und aufgrund der Beratungen im Ständerat um 0,9 bis 1,3 Milliarden Franken und gemäss Vorlage der nationalrätlichen Kommission gleich noch um weitere 122 Millionen Franken. Wieweit sich diese Mehraufwendungen durch zusätzliche Erträge in der Praxis dann tatsächlich reduzieren lassen, ist völlig unsicher. Im übrigen ist es auch fraglich, ob die vorgeschlagenen Leistungserweiterungen nötig und sinnvoll sind. Ich nenne z. B. die von der nationalrätlichen Kommission eingebrachte Aufnahme von etwa 1000 selbständigen Psychotherapeuten als neue Leistungserbringer, mit geschätzten Mehrkosten von 110 Millionen Franken, welche die soziale Krankenversicherung belasten; dann die Aufnahme der Prävention mit Mehrkosten von etwa 90 Millionen Franken. Dabei sollte die soziale Krankenversicherung doch die Folgen unvorhersehbarer Schicksalsschläge auffangen. Die Prävention gehört eindeutig nicht dazu. Es ist meiner Auffassung nach zumutbar, dass jeder und jede selber das Nötige vorkehren. Es ist deshalb besonders wichtig, dass der Einsatz dieser Gelder im Bereich Prävention auf genau definierte und restriktiv interpretierte Massnahmen beschränkt wird, sonst wird die Prävention kostenmässig zum Fass ohne Boden. Ich wäre froh, wenn Frau Bundesrätin Dreifuss hier Ausführungen zu den konkreten Absichten des Bundesrates machen könnte.

2. Das Instrument der Globalbudgetierung gemäss Artikel 46 und Artikel 47 ist aus meiner Sicht Interventionismus übelster Art. Ich hatte bereits grösste Mühe, dies im Notrecht zu akzeptieren. Ins ordentliche Recht sollten solch undifferenzierte, grobschlächtige Massnahmen, die blosser Symptomtherapie darstellen, keinen Eingang finden.

Die Globalbudgetierung ist aus folgenden Gründen vor allem im ambulanten Bereich untauglich: Wer bereits Mengenausweitung betrieben hat, hätte bei der künftigen Verteilung die beste Ausgangslage; wer vorher Zurückhaltung geübt hat, würde bestraft. Die Vertreter technischer Disziplinen würden gegenüber den Allgemeinpraktikern weiter bevorzugt, und teure Fälle wie Aids- und Krebskranke würden mehr als nötig in den stationären Bereich abgeschoben. Schliesslich: Wer würde den zur Verfügung stehenden Kuchen verteilen? Die Strukturen hierzu fehlen, es wäre eine neue, grosse Bürokratie nötig, der Willkür wären Tür und Tor geöffnet. Man sollte von einer Globalbudgetierung absehen, vor allem im ambulanten Bereich. Dieser Artikel wird ein Schicksalsartikel sein.

3. Mit dem neuen Artikel 39 Absatz 2bis sollen der Gesundheitsmarkt liberalisiert und kartellmässige Absprachen verhindert werden. Grundsätzlich ist dagegen nichts einzuwenden, die Tendenz ist richtig. Der sogenannte Gesundheitsmarkt ist indessen kein freier Markt. Zahlreiche Einschränkungen und planwirtschaftliche Komponenten verhindern dies: beispielsweise das Obligatorium in der Krankenversicherung, die Behandlungspflicht und der Notfalldienst, die staatlichen Subventionen, die Tarifgenehmigung durch Behörden usw. Deshalb kann hier nicht der gleiche, für den privatwirtschaftlichen Bereich sonst sinnvolle Massstab angelegt werden. Vor allem sind die praktischen Auswirkungen kaum abzuschätzen.

Trotzdem bekämpfe ich die Bestimmung von Artikel 39 Absatz 2bis nicht, aber bei der Anwendung ist strikte darauf zu achten, dass die Krankenkassen ihre Marktmacht – besonders nach der kürzlichen Elefantenhochzeit – nicht gegen einzelne Leistungserbringer ausspielen, was faktisch bis zu Berufsverboten führen könnte, und dass die Grundversorgung und der Notfalldienst trotzdem gewährleistet bleiben. In diesem Sinn bin ich für Eintreten und gegen Rückweisung.

**Bircher Peter:** Grundsätzlich stehe ich für dieses Gesetz ein, vor allem für den Grundsatz der Solidarität oder für die wichtigen Eckwerte, die schon durch die vorgezogene Teilrevision gesetzt worden sind. Das Schweizer Volk hat diese in der letzten Abstimmung grossmehrheitlich gutgeheissen; ich befürworte vor allem auch die klare Abgrenzung in der Grundversicherung.

Meine kritischen Einwände, die mich sogar dazu geführt haben, einen Alternativvorschlag in der Form eines Antrages einzureichen, betreffen den Umverteilungsmechanismus bei der sogenannten Prämienverbilligung. In diese Kerbe haben bereits die Kollegen Jöri, Rychen und Leuba gehauen. Es ist ein sehr gefährliches Unterfangen, wenn wir diese Vorschläge übernehmen, wie sie von der Mehrheit der Kommission beantragt werden. Rund 2 Milliarden Franken – wieviel es genau sein werden, wird das Ende dieser Beratung ergeben – sollen auf die Kantone verteilt werden. 26 verschiedene Anschlussgesetze sollen entstehen oder zumindest revidiert werden. Fünf Beteiligte gibt es dann bei diesem Verteilsystem: den Bund, die Kantone, die Gemeinden, die Versicherer und die Versicherten. Dieser Verteilungsaufwand allein wird rund 30 Millionen Franken und 300 Vollstellen in den Kantonen kosten, denn die Kantone sind neu die Drehscheiben für diese Teilung.

Das ist eine Weichenstellung; heute erhalten ja die Versicherer die Subventionen. Wenn wir einmal diesen Subventionsregen auf die Kantone beschlossen haben, ist nichts mehr rückgängig zu machen. Ich frage mich, ob wir in Anbetracht der ganzen Haushaltsituation des Bundes diese Verantwortung übernehmen können. So ist z. B. vorgeesehen – wir haben dazu ein sehr differenziertes Papier von seiten des Bundesamtes –, dass 45 Prozent der Einzelhaushalte Rückforderungen stellen können. Das wären etwa 870 000 mit durchschnittlichen Beträgen von 985 Franken. Dann gibt es natürlich zahlreiche Anträge, die abgewiesen werden müssen – mit entsprechenden Verfügungen, mit entsprechendem Weiterzugsrecht.

Worauf will ich hinaus? Meine Alternative wäre die: Wir schaffen Prämienungleichheit. Das heisst, bei den grossen Risiken, vor allem bei den ganz normalen Lebensrisiken wie beim Aelterwerden, beim Kinderhaben wird natürlich diese Gleichheit – wie es Herr Leuba schon gesagt hat – dadurch erreicht, dass

die Prämien steigen müssen. Wir haben keine risikogerechten Prämien mehr, sondern wir haben Einheitsprämien. Meine Meinung geht dahin, dass der Bund seine Mittel für die Milderung und Abdeckung der grossen Lebensrisiken Jugend, Mutterschaft und vor allem die Folgen der demographischen Entwicklung bei den über Siebzigjährigen einsetzen soll.

Das ist eine Entwicklung, die unseren Kollegen Tschopp sogar dazu geführt hat, vor einiger Zeit mit einer parlamentarischen Initiative eine Abkoppelung der älteren Menschen im ganzen Versicherungssystem zu fordern, weil das Ganze sonst nicht mehr bezahlbar werde. So weit will ich nicht gehen. Ich bin für die Solidarität, meine aber, der Bund solle seine Mittel für die Milderung dieser grossen durch die demographische Entwicklung verursachten Kostenprobleme einsetzen: er soll etwas tun für eine starke Verbilligung der Kinderprämien.

Die soziale Komponente ist damit zum Teil erfüllt, und sie kann weiterhin durch die Kantone und Gemeinden erfüllt werden, wie sie das heute schon tun. Sie leisten heute schon rund 600 Millionen Franken, und wir haben ein ausgeklügeltes Sozialbedarfssystem, nämlich die Ergänzungsleistungen, welche massgeblich von den Kantonen und den Gemeinden bezahlt werden und z. B. die Höhe der Krankenversicherungsprämien voll berücksichtigen. Wir haben also bereits ein ausgeklügeltes System der sozialen Absicherung.

Der Verwaltungsaufwand für die Rückforderungen wäre unverhältnismässig, kompliziert, schwer durchschaubar, eine zusätzliche administrative Belastung auf allen Stufen, und er würde den Vollzugsnotstand vor allem in den Gemeinden noch erhöhen. Diese Rückforderung müsste alle Jahre erfolgen; Sie können auf einer kleineren Schweizer Gemeinde einmal die Formulare zählen, es sind heute schon 200.

Mein Begehren ist: Mut zur Einfachheit. Ich werde mich bei den entsprechenden Paragraphen mit dem entsprechenden Antrag melden. Mut zur Einfachheit: Das, was der Bund an öffentlichen Mitteln einsetzen kann, soll er für die grossen Lebensrisiken – ich nenne das so – Alter, Mutterschaft, Kinder einsetzen. Das sind Kostenkomponenten, die man nicht wegdiskutieren kann, die Tatsache sind; aber im Sinn des Risikoausgleichs und damit die Prämien für alle tragbar bleiben, müssen sie durch die öffentliche Hand etwas vorfinanziert werden.

**On. Camponovo:** Una considerazione generale: grazie al lavoro preciso e puntuale del Consiglio degli Stati, grazie al lavoro della nostra commissione stiamo mantenendo una promessa fatta davanti al popolo quando gli abbiamo chiesto di non accettare la proposta delle casse malati. In due anni stiamo probabilmente formulando una nuova proposta di legge in un campo molto delicato, nel quale – lo vediamo anche questa mattina – ognuno di noi ha la propria formula ideale e ottimale, non sempre applicabile. Credo che la politica merita anche considerazioni di questo genere.

Sul particolare: Uno dei difetti che stiamo eliminando con la nuova legge è quello della distribuzione a innaffiatoio dei contributi pubblici.

Io sosterrò a viva voce la proposta della commissione del Consiglio nazionale che lascia libertà ai Cantoni di stabilire in che modo distribuire questi fondi pubblici. Ho l'impressione che altre formule, in particolare quelle originarie dal Consiglio degli Stati, contengano in sé il pericolo di ricadere nel sistema dell'innaffiatoio, come è capitato nella prima esperienza, nuova per la Svizzera, del Cantone Ticino che aveva legato il sussidio cantonale alla posizione fiscale, vecchia nel tempo. E da allora ci si è accorti – lo ha fatto un consigliere di Stato socialista – che i contributi pubblici andavano laddove non era necessario che andassero. Da allora si è fatto marcia indietro, e da quest'anno vi è il nuovo sistema che prevede che gli interessati abbiano a chiedere il sussidio. Circa il 40 per cento delle persone che avrebbero potuto ricevere questi sussidi con l'automatismo, non l'hanno chiesto. Con un risparmio non indifferente: su un budget di 75 milioni di franchi, ve ne saranno almeno 10 di risparmio.

Queste sono delle indicazioni chiare. Lasciamo ai Cantoni di stabilire in che modo vorranno distribuire il loro contributo e quello della Confederazione – avremo fatto un passo avanti notevole.

**Bischof:** Die Krankenkassenprämien sind wohl eines der grössten Probleme unserer Zeit. Seit Jahren müssen wir machtlos feststellen, wie die Prämien steigen und steigen. Zunehmend mehr Leute bekunden Mühe, ihre Prämien überhaupt noch bezahlen zu können. Schon allein aus dieser Tatsache heraus können wir ersehen, dass es sich hier um ein zentrales gesellschaftliches Problem handelt. Es ist denn auch die Meinung der SD/Lega-Fraktion, dass unser Gesundheitswesen krank ist; es bedarf einer grundlegenden Erneuerung. Das Krankenversicherungsgesetz muss revidiert werden.

Bei dieser Erneuerung sind folgende Punkte sehr wichtig und deshalb hervorzuheben:

Vorsorge, das heisst Prävention, ist eine Aufgabe, die zunehmend wichtiger wird. Mit einer vorausschauenden Gesundheitspolitik gilt es vorzuzorgen, Krankheiten früh zu erkennen, um sie besser und mit mehr Erfolgsaussichten bekämpfen zu können und so längerfristig entscheidend Kosten einzusparen. Die Schweizer Demokraten und die Lega dei Ticinesi begrüssen es daher ausdrücklich, dass die Kommission die Artikel 15a bis 15c geschaffen hat, die das Schwergewicht auf die Krankheitsverhütung legen. Folgerichtig unterstützen wir bei Artikel 20 auch die fortschrittliche Mehrheit der Kommission. Wohl wird uns das vorerst einiges kosten; wir sind allerdings überzeugt, dass es sich längerfristig auszahlen wird – lohnen, weil wir weniger Menschen haben, die krank werden, und lohnen, weil wir echt Geld sparen können. Und das ist bei diesem Milliardengeschäft schon ein sehr zentrales Anliegen.

Wenn wir nur schon auf dem Gebiet der Vorsorge eine merkliche Verbesserung zustande bringen, haben wir viel getan.

Wir müssen das Gesundheitswesen öffnen, öffnen auch für sogenannte alternative Behandlungsmethoden. Die Mehrheit der Leute, welche heute krank sind, nehmen irgendwann einmal z. B. auch ein homöopathisches Mittel ein. In Artikel 26 stimmen wir deshalb mit der Kommissionsmehrheit, welche solche Leistungen in der sozialen Krankenversicherung zulassen will. Eine Beschränkung auf die nur von der chemischen Industrie angebotenen Medikamente und Heilmittel scheint uns heute nicht mehr zeitgemäss. Aber – das betonen wir – es braucht auch die chemischen Präparate. Unser Gesundheitswesen soll diesbezüglich ein Miteinander sein, und die Patientinnen und Patienten sollen aus dem breiten Angebot der chemischen Industrie und der sogenannten alternativen Methoden, also der Naturheilmittel, auswählen können.

Auch das entsprechende Fachpersonal müsste folglich zur sozialen Krankenversicherung zugelassen werden. Wir begrüssen es, dass Aerzte nur zugelassen werden sollen, wenn sie vor dem Medizinstudium ein Sozialjahr absolviert haben. Das ist eine der Massnahmen, mit denen vielleicht längerfristig ein Numerus clausus verhindert werden kann. Mit diesem Sozialjahr wird in manchen Fällen schon früh die Spreu vom Weizen getrennt.

In Artikel 31 sind uns die Apotheker wichtig, sind sie doch das Fachpersonal, das die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten und Heilmitteln kompetent und kostengünstig vornehmen kann.

Wir unterstützen deshalb vehement den bundesrätlichen Vorschlag, wonach der Bund über die Zulassung entscheidet. Sicher, es gibt nicht in jedem Dorf eine Apotheke. Da soll der Arzt vorhandene Lücken schliessen. Aber es wäre unverzeihlich, wenn wir hier einen föderalistischen Wirrwarr beschliessen würden, der zum Nachteil der Kranken wäre und für viele Apotheken den sicheren Tod bedeuten würde.

Die SD/Lega-Fraktion findet es nicht gerade geschickt, dass bei den privaten Zusatzversicherungen in Artikel 88a die Prämienungleichheit für Mann und Frau eingeführt werden soll. Hier hat man wohl über das Ziel hinausgeschossen. Der Vorschlag ist zwar gut gemeint, doch schaden wir damit nur den Frauen, weil wir für andere Versicherungssparten ein gefährliches Präjudiz schaffen.

Aus dem Schosse unserer Fraktion kommen zwei Rückweisanträge, welche aufzeigen, dass die soziale Grundversicherung eine heikle Gratwanderung ist zwischen dem, was machbar, und dem, was wünschbar ist. Sollten diese beiden Rückweisanträge nicht angenommen werden, würden

wir gleichwohl an dieser Revision mitarbeiten. Zu gross sind die Erwartungen der Versicherten. Tendenziell werden wir eher Anträge unterstützen, welche kostensenkend wirken. Es gilt, das unheilvolle Kostenwachstum im Gesundheitswesen einzudämmen und wo immer möglich zu stoppen.

**M. Comby:** Dans le cadre de cette révision indispensable de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, j'aimerais brièvement attirer votre attention sur un élément capital d'une politique plus efficace, moins coûteuse et plus humaine de la santé publique: les aides et les soins à domicile.

Je pense qu'une meilleure maîtrise des coûts de la santé publique s'impose absolument, mais elle implique nécessairement un certain redimensionnement de la chaîne de la santé, composée des trois éléments importants que l'on sait: les aides et soins à domicile, les foyers pour personnes âgées, et les hôpitaux. A cet effet, il faut revoir l'ordre des priorités, investir plus en amont et diminuer de façon significative le nombre de lits en soins aigus, en sachant que dans ce domaine comme dans d'autres l'offre crée souvent sa propre demande. Il est également souhaitable de développer les infrastructures légères telles que les foyers de jour, par exemple, qui répondent au souci du maintien à domicile. Actuellement, les familles qui veulent garder un proche parent à la maison sont pénalisées financièrement. Les personnes ont souvent intérêt à aller à l'hôpital, car les caisses-maladie ne prennent pas en charge toutes les prestations à domicile. De plus, il existe une grande disparité entre les cantons. Une harmonisation par l'intermédiaire de la Confédération s'avère indispensable.

C'est pourquoi je souhaite, Madame la Conseillère fédérale, que, dans un souci de complémentarité, on puisse accorder l'égalité de traitement entre tous les modes de prise en charge. J'attends, de la part du Conseil fédéral, une affirmation claire de sa volonté d'agir dans cette direction en donnant tous les moyens utiles à une politique plus active de maintien à domicile. D'ailleurs, le maintien à domicile n'est-il pas, humainement et économiquement, plus avantageux que le placement en institution? Il permet en effet d'éviter le déracinement des personnes âgées, en particulier. Etant donné le vieillissement, voire le survieissement de la population – dont on a déjà parlé –, il faut absolument renforcer cet acte capital d'une nouvelle politique de la santé publique, au service de la personne et non de l'institution.

**Seller Hanspeter:** Sarastro würde in seiner Arie nicht von heil'gen, sondern von leeren Hallen singen.

Man mag sich über Ursachen und ab nächster Woche vor allem auch über zu treffende Massnahmen streiten. In einem Punkt ist man sich in diesem Saal aber wohl einig: Das Gesundheitswesen – es ist schon mehrmals gesagt worden – wird von Tag zu Tag kränker, und die Kosten galoppieren in immer rasanterem Tempo davon. Höchste Zeit, dass den verschiedenen Feuerwehrrübungen nun eine grundlegendere Revision folgt.

Ich äussere mich zu zwei grundsätzlichen Aspekten:

1. Gesundheit als wohl kostbarstes Gut des Menschen ist ein ganz wesentlicher Teil persönlicher Lebensqualität. Der Stellenwert der Gesundheit hat in unserer Gesellschaft in dem Mass zugenommen, wie die Entwicklung in Wissenschaft und Technik ständig mehr zur Lebensverlängerung beigetragen hat und noch beitragen wird. Je mehr möglich ist, um so mehr Bedürfnisse quantitativer und auch qualitativer Art werden geschaffen; und das wiederum bedeutet, dass wir uns immer schneller dem Zeitpunkt nähern, in dem das Ganze nicht mehr bezahlbar wird.

Immer lauter und berechtigter wird deshalb die Frage in Anlehnung an einen Roman von Tolstoi: Wieviel Krankenversicherung braucht der Mensch? Wir kommen nicht mehr darum herum, auch in diesem Bereich zwischen dem, was nötig, und dem, was wünschbar ist, besser und deutlicher zu unterscheiden.

Auch in der Krankenversicherung gilt es, analog dem Warenkorb, bei der Bedürfnisabdeckung des einzelnen zwischen einem Grundbedarf und einem Wahlbedarf zu trennen. Der Grundbedarf, als der Teil der Krankenversicherung, den in Be-



34

antwortung der vorhin erwähnten Frage eben alle Menschen benötigen, soll nach dem Grundsatz sozialer Solidarität zwischen allen Gruppen, Jungen und Alten, Frauen und Männern, in der Grundversicherung abgedeckt werden; da bin ich einverstanden.

Die Kosten im Gesundheitswesen sind aber nicht zuletzt auch deshalb explodiert, weil man für das Gesundsein bzw. das Gesundbleiben immer mehr von der angebotenen, vielfältigen «Zusatzverzehrung» im Sinne von Wahlbedürfnissen in Anspruch zu nehmen gewillt ist. Wer das will – niemand bestreitet das Anrecht darauf –, soll zur Finanzierung dieses Zusatzbedarfes selber mehr beitragen und sich Wahlbedürfnisse nicht auf dem Buckel anderer leisten; das überschreitet nämlich eindeutig die Grenzen des sozial Verträglichen und macht das Gesundheitswesen eben unbezahlbar. Zudem hat es sich in einem Staat noch nie positiv ausgewirkt – auch im Gesundheitsbereich nicht –, wenn man den einzelnen von jeder Verantwortung für sein eigenes Tun, sein Wunsch- oder Anspruchsverhalten entbunden hat. Das möchte ich für die Beratungen in der kommenden Woche zu bedenken geben.

2. Die Misere, in der unser Gesundheitswesen steckt, hat die Hoffnungen auf ein In-den-Griff-Bekommen und insbesondere die Erwartungen an unsere Arbeit entsprechend höhergeschraubt. Das Abstimmungsergebnis vom letzten Wochenende war ein Fingerzeig in dieser Richtung. Wenn das Parlament nicht an Glaubwürdigkeit verlieren will, so dürfen wir uns keinen Scherbenhaufen leisten. Verschieben bringt nichts, wirklich nichts. Das würde draussen im Volk berechtigterweise überhaupt nicht verstanden und ein weiteres Ausufernd im Gesundheitswesen zur Folge haben. Wer möchte das auch verantworten?

Ich warne davor, den Bogen zu überspannen, und appelliere an alle, die die Zustimmung zur Gesamtrevision vom bedingungslosen Durchbringen ihres Minderheits- oder Einzelantrages abhängig machen. Das führt nämlich letztlich zur Manövriereunfähigkeit dieses Parlamentes, während Hunderttausende, ja Millionen von Bürgerinnen und Bürgern darauf warten, dass wirklich einmal etwas geschieht.

Ich bitte Sie deshalb, auf diese Vorlage einzutreten, den Nichteintretensantrag bzw. die Rückweisungsanträge bachab zu schicken, die Detailberatungen nächste Woche zügig voranzutreiben und am Montag nicht zu vergessen, den Sinn für Mach- und Bezahlbares ins Köfferchen einzupacken und nach Genf ins CIGG mitzunehmen. Ein überladenes Fuder kommt nämlich selten ans Ziel.

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

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

**Elfte Sitzung – Onzième séance****Dienstag, 5. Oktober 1993, Vormittag**  
**Mardi 5 octobre 1993, matin**

08.00 h

*Vorsitz – Présidence: Herr Schmidhalter*

91.071

**Krankenversicherung. Revision**  
**Assurance-maladie. Révision***Fortsetzung – Suite*

Siehe Seite 1725 hiervor – Voir page 1725 ci-devant

Frau Dormann: Seit Jahren fiebert unsere Krankenversicherung an einer finanziellen Ueberstrapazierung. Wir wissen hinlänglich um diesen Virus – er wurde auch in Amerika diagnostiziert –, der unser Gesundheitswesen befallen hat. Wir wissen auch, woher der Krankheitserreger kommt, und dennoch finden wir schwer zur Gesundung dieser Versicherung. Sie hätte nämlich viel zu tun mit Einschränkung der grossen Erwartungen und Ansprüche. Diese zu grossen gegenseitigen Ansprüche zwischen Leistungserbringern und Leistungsbezügern sind in der Vergangenheit stetig gewachsen; sie sind aber auch zunehmend zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen festzustellen.

Statt weiterhin zu stark auf den eigenen Vorteil bedacht zu sein, bestehe die Rezeptur zur Heilung unseres angeschlagenen Gesundheitssystems in erster Linie in der Wiederherstellung der Solidarität: Solidarität innerhalb der ganzen Bevölkerung durch die Einführung des Obligatoriums in der Krankenpflegeversicherung; Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, da alle mittragen und die Kollektivversicherungen dahinfallen; Solidarität zwischen Akut- und Chronischkranken, da die Leistungen im stationären Bereich nicht mehr begrenzt sind; Solidarität zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Patienten und Patientinnen durch die Gleichbehandlung aller Behandlungsformen in der Frage des Selbstbehalts; Solidarität zwischen hospitalisierten Patienten oder solchen, die zu Hause oder im Pflegeheim gepflegt werden, da diese Pflegemassnahmen in der neuen Gesetzgebung im Leistungskatalog vorgesehen sind; Solidarität zwischen Männern und Frauen durch Prämiengleichheit; Solidarität zwischen jungen und älteren Versicherten durch regional einheitliche Prämien; Solidarität zwischen Alleinstehenden und Familien durch Reduktion des Selbstbehalts bei Behandlungen von Krankheiten bei Kindern wie durch Prämienverbilligung für Kinder und Jugendliche bis zum 25. Altersjahr, falls diese noch in der Ausbildung stehen, und schliesslich Solidarität zwischen wirtschaftlich besser- und schlechtergestellten Mitbürgern und Mitbürgerinnen durch die Prämienvergünstigung, die nicht mehr nach dem Giesskannenprinzip an alle ausbezahlt wird, sondern gezielt entsprechend ihrer Wirtschaftslage.

Weshalb sollte die Solidarität in der Krankenpflegeversicherung nicht auch das Mittel zur Heilung unserer angeschlagenen Krankenversicherung sein? Sie bewährt sich doch schon seit Jahren bestens in der Unfallversicherung! Dort hat sich die Solidarität zusätzlich auch in der obligatorischen Taggeldversicherung als bewährtes Mittel erwiesen. Niemand im Volk möchte heute auf das Unfallversicherungsobligatorium ver-

zichten. Solidarität ist in der vorliegenden Revision sogar zwischen den Krankenkassen vorgesehen, nämlich durch die Weiterführung des Risikoausgleichs, den wir über den dringlichen Bundesbeschluss eingeführt haben.

Solidarität hat ihren Preis. Deshalb sieht das neue Krankenversicherungsgesetz die Kollektivversicherungen nicht mehr vor. Solidarität führt aber zu Leistungen, und dieses im neuen Gesetz vorgeschlagene Leistungsangebot ist in seinem Umfang massvoll und ausgewogen und wird den körperlich und psychisch Erkrankten gerecht. Das Leistungsangebot der sozialen Krankenversicherung ist allerdings kein Selbstbedienungsladen, in dem man sich nach Waren umsieht, die noch zu gebrauchen wären, sondern die Leistungen beschränken sich auf das Zweckmässige und Notwendige. Wer über das Mass hinaus anbietet und verkauft, zum Beispiel Aerzte oder Spitäler, dem können mit dem neuen Gesetz Grenzen gesetzt werden.

Herr Keller Rudolf und Herr Zisyadis haben in der Begründung des Rückweisungs- bzw. Nichteintretensantrages erwähnt, was das Volk will, nämlich tiefere Prämien. Das wissen wir alle, und das möchte auch jeder von uns. Aber wissen Sie, meine Herren, was das Volk gemäss einer Umfrage des Forschungsinstituts der Schweizerischen Gesellschaft für praktische Sozialforschung auch noch will? Keinen Verzicht auf Leistung, keine Einschränkung der Leistung! Auch Herr Keller will keine Einschränkung der Leistung, aber trotzdem tiefere Prämien.

Wie in der Wirtschaft muss auch in der Krankenversicherung das Preis-Leistungs-Verhältnis stimmen. Wenn Herr Keller als Mitglied der Schweizer Demokraten nach tieferen Prämien für das Volk ruft, so muss er dies konsequenterweise in seiner Eigenschaft auch als Privatversicherer tun, nämlich für die Frauen bei den Zusatzversicherungen. Frauen sind auch Teil unseres Volkes, und erst noch die grössere Hälfte! Die Frauen möchten bloss eine Gleichstellung zwischen den Geschlechtern gemäss Artikel 4 unserer Bundesverfassung erreichen. Eine Prämienverbilligung geht immer mit einer Leistungseinschränkung einher. Je stärker das Leistungsangebot in der sozialen Krankenversicherung gestrafft oder gekürzt wird, desto mehr Zusatzversicherungen werden abgeschlossen, und desto grösser wird folglich die Ungleichstellung der Frauen. Wir wollen keine Zweiklassenmedizin einerseits zwischen Männern und Frauen und andererseits zwischen finanziell Besseren und finanziell Schlechtergestellten in unserer Gesellschaft. Weshalb soll die Prämiengleichheit zwischen den Geschlechtern nur für die soziale Krankenversicherung gelten, nicht auch für die Zusatzversicherungen?

Sie wissen, dass die SP-Initiative hängt ist, die als Alternative zu unserer Gesetzesrevision gesehen werden muss, d. h. im Klartext: Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens. Wollen wir das?

Keller Rudolf: Die SD/Lega-Fraktion begrüsst die Einführung des Obligatoriums in der sozialen Grundversicherung. Wir lehnen aber eine darüber hinausgehende obligatorische Taggeldversicherung entschieden ab. Auch die Aufhebung der Eintrittsalterprämie und die Einführung der vollen Freizügigkeit bei Kassenwechseln sind eine gute und längst fällige Sache. Ebenso ist die Globalbudgetierung für Spitäler und Heime ein positives Element. In den sehr wichtigen Artikeln 46 und 47 unterstützen wir deshalb die Kommissionsmehrheit. Der Bundesrat ist dort, genau wie die Kommissionsminderheit, in seinen Anträgen zu wenig präzise. Ebenso unterstützen wir den vermehrten Gebrauch der preisgünstigen Nachahmerprodukte, der Generika.

Im Grundsatz sind wir auch für Prämienverbilligungen, doch dürfte die Durchführung in einigen Kantonen zu organisatorischen und administrativen Problemen führen. Es ist unserer Fraktion wichtig, dass wir nicht ein Krankenversicherungsgesetz verabschieden, bei dem schliesslich die Kantone den Schwarzen Peter ziehen. Prämienverbilligungen sind wohl aus sozialen Gründen auch im neuen Gesetz unausweichlich, das ist klar. Geben wir acht, dass wir den Kantonen nicht zu viele Vorschriften machen, wie sie diese Prämienverbilligungen durchzuführen haben. Manche Kantone haben bereits erfolgreich und mit sozial ausgeklügelten Systemen Prämien-

verbilligungen eingeführt und haben dafür einen eingespielten Apparat. Das funktioniert bereits recht gut.

Die Kantone sollen für die individuelle sozialpolitische Komponente im Krankenversicherungswesen auch weiterhin die Verantwortung tragen. Wir müssen zum Beispiel achtgeben, dass die Prämienverbilligungen gezielt an diejenigen ausgerichtet werden, die dies auch wirklich nötig haben, nicht aber an Leute, die ein hohes Einkommen haben oder an Leute, die für unsere Gesellschaft bewusst weniger leisten. Eine Differenzierung ist also hier vonnöten. Deshalb ist ein Einkommensautomatismus bei diesen Prämienverbilligungen ein äusserst fragwürdiges Ding.

Ich habe schon in meinem Votum zum Rückweisungsantrag dargelegt, dass es in diesem Gesetz noch Sparpotentiale hat. Es ist eine Frage des Wollens, nicht eine Frage des Könnens. Wir können sparen, wenn wir wollen, aber wir müssen bereit sein zu sagen, dass wir mit der obligatorischen sozialen Krankenversicherung nur die unabdingbar notwendige Grundversorgung aller Leute sicherstellen. Was darüber hinausgeht, gehört nicht unter das Obligatorium. Ich denke da ganz klar an die selbständig tätigen Psychotherapeuten (Art. 32 gemäss Antrag der Kommission). Es geht dabei um 110 Millionen Franken Zusatzkosten. Diese Frage müssen wir diskutieren, diesem Antrag der Kommission dürfen wir nicht einfach so tel quel zustimmen.

Der Risikoausgleich in Artikel 97 ist uns sehr wichtig. Er wird mittelfristig mithelfen, die Solidarität in der sozialen Krankenversicherung wieder einigermaßen herzustellen. Es hat in letzter Zeit sehr unschöne Beispiele von Krankenkassen gegeben, die die guten Risiken mit einer entsprechend aggressiven Geschäftspolitik einfach an sich gezogen und den anderen Kassen die sogenannten schlechten Risiken überlassen haben. Die dadurch entstandenen, relativ grossen Unterschiede bei den Prämien der einzelnen Kassen haben nicht mehr viel mit freiem Wettbewerb, sondern schon eher mit Schmarotzertum einiger Kassen zu tun. Es ist gut, dass dem auch in der vorliegenden Gesetzesrevision der Riegel geschoben werden kann. Weil einige Kassen über die Stränge geschlagen haben, sind nun solche Massnahmen leider nötig.

Die SD/Lega-Fraktion will denn auch, um sicherzugehen, diesen Risikoausgleich für mehr als zehn Jahre festschreiben. Es mag sein, dass der Risikoausgleich schon nach zehn Jahren nicht mehr nötig ist. Es kann aber auch sein, dass wir dann zumal noch froh sind, ihn zu haben.

Seit Jahrzehnten werkeln und basteln wir an einer Krankenversicherungsrevision herum. Wenn wir in den nächsten Tagen eine Vorlage erarbeiten, welche von weiten Kreisen mitgetragen wird, dann hätte dies auch den wünschbaren Nebeneffekt, dass mit dieser Flickschusterei von dringlichen Bundesbeschlüssen endlich aufgehört werden kann. Es ist nämlich kein gutes Zeichen für das Parlament, wenn es immer wieder zu Notmassnahmen greifen muss. Das beweist höchstens, dass auch das Parlament kein Patentrezept zur Verfügung hat. Wohl hat das Volk am 26. September 1993 einem solchen Bundesbeschluss zugestimmt, aber nur murrend, weil all diese Beschlüsse bisher noch kaum Wirkung gezeitigt haben, wie wir alle das eigentlich von diesen Beschlüssen erwartet haben.

Die «Handelszeitung» schrieb am 15. Juli 1993: «Den Versicherten wäre auf jeden Fall nicht gedient, würde das Gesetz nochmals um die Länge einer Referendumsabstimmung hinausgezögert. Weitere wertvolle Jahre gingen verloren.» Ich bitte Sie jetzt, ein vernünftiges und für breite Kreise tragbares Gesetz zu schaffen.

Abschliessend noch ein Satz zu Frau Dormann: Ich habe nicht gesagt, dass wir keine Prämiensteigerungen wollen, ich habe nur gesagt: statt rund 25 Prozent Prämiensteigerung höchstens 10 Prozent. Das ist gegenüber dem bisherigen Gesetz immer noch ein Ausbau.

**Meier Samuel:** Als einer der vielen Leistungserbringer – so werden die Aerzte im Jargon der Gesetzessprache genannt – in diesem Industriezweig Gesundheitswesen habe ich gespannt die bisherige Eintretensdebatte verfolgt. Ich bin beinahe etwas erschüttert, wie über das Gesundheitswesen gere-

det, ja geradezu hergefallen wird. Ich habe bisher kaum ein Wort über die hervorragende Qualität unseres Gesundheitswesens gehört. Angesichts dieser Qualität und der Errungenschaften der modernen Medizin, die wir in den letzten Jahren für unsere Gesundheit nutzbar machen konnten, frage ich mich immer wieder, ob uns denn unser höchstes Gut, unsere Gesundheit, nicht etwas wert ist und ob es nicht auch etwas kosten darf.

Zugegeben, die Entwicklung der Tarife und der Krankenkassenprämien hat in den letzten Jahren ein Ausmass angenommen, welches bis an die Grenzen der finanziellen Tragbarkeit ging. Ich denke hier ganz besonders an die Prämienbelastung für einkommensschwache Leute oder für kinderreiche Familien oder für Alleinerziehende oder für minderbemittelte alte Leute.

Grundsätzlich bin ich zusammen mit der Fraktion des Landessings und der EVP der Auffassung, dass die KVG-Revisionsvorlage von einem recht guten Geist beseelt ist. Dabei denke ich an die Hauptzielsetzung der heutigen Revision, an die Kosteneindämmung einerseits und an die Stärkung der Solidarität unter den Versicherten andererseits. Wir stellen uns denn auch voll und ganz hinter den Grossteil der Neuerungen, beispielsweise hinter das Versicherungsobligatorium, die Prämienungleichheit für Frauen und Männer, die Freizügigkeit, den Risikoausgleich usw. Diese sinnvollen und sicher auch wirkungsvollen Neuerungen begründen die Zustimmung unserer Fraktion zum Eintreten.

Einen weiteren, nicht weniger wichtigen Grund, auf die KVG-Revision einzutreten, sehen wir aber auch darin, dass wir hier und heute zum Handeln gezwungen sind: Wenn diese Gesetzesrevision beziehungsweise das neue Gesetz nicht auf den 1. Januar 1995 zum Tragen kommen kann, stehen wir vor der Katastrophe. Wir stehen vor dem finanziellen Ruin. Wir stehen also in Zugzwang, weil die dringlichen Bundesbeschlüsse Ende 1994 auslaufen.

Nun beinhaltet die Revisionsvorlage aber auch einige Mängel, die es in der bevorstehenden Detailberatung auszudiskutieren gilt. Ich komme darauf zurück. Darüber hinaus stelle ich auch fest, dass der Gesetzentwurf in einigen Punkten etwas zu wenig ausgereift, etwas zu wenig intensiv überdacht ist. Auch sind die finanziellen Auswirkungen einiger Revisionspunkte und insbesondere einiger Neuerungen unklar oder – ich gebe das zu – überhaupt noch nicht voraussehbar. Zudem sind in einigen Punkten Widersprüchlichkeiten, ja, ist zeitweise auch Unlogik festzustellen. Das gilt es in der kommenden Detailberatung auszuräumen.

Ich komme im folgenden noch auf vier Kritikpunkte zu sprechen:

1. **Leistungsausweitung:** Ich selber, als Mediziner, kann ja niemals gegen Prävention oder gegen die Spitex sein. Aber die Kostenfolge der präventiven Leistungen wird meines Erachtens hier in der Vorlage in hohem Masse unterschätzt. Ein Beispiel: Die WHO hat Empfehlungen bezüglich präventiver Untersuchungen gegen den Brustkrebs bei der Frau herausgegeben. Folgt man diesen Empfehlungen, dann kosten allein diese Untersuchungen bei unseren versicherten Frauen über 300 Millionen Franken; ein Betrag, der etwa identisch ist mit der Summe, welche gemäss Botschaft für die Prävention, die Spitex, die zahnärztliche Behandlung und die Transportkosten vorgesehen ist. Prävention ist teuer. Sie kostet etwas. Sie kostet sicher mehr, als gemeinhin angenommen wird; dessen müssen wir uns bewusst sein.

2. **Komplementärmedizin:** Es scheint mir enorm wichtig zu sein, dass wir uns, und zwar ganz im Sinne eines zukunftsgerichteten Gesetzes, die therapeutischen Möglichkeiten der Komplementärmedizin, Homöopathie usw., nicht verbauen. Bisher kennen wir eine freiwillige Kostendeckung durch die Krankenkassen; auch das muss zukünftig möglich bleiben. In diesem Zusammenhang scheint es mir wichtig, dass die Daten für die Diagnose mit anerkannten Methoden der Schulmedizin erhoben werden und dass die Therapiemöglichkeiten den ausgebildeten Aerzten und nicht irgendwelchen anderen Personen vorbehalten sind.

3. **Kollektivversicherung:** Innerhalb des KVG, auch bei der Krankenpflege-Grundversicherung, sollte Raum für Sonderlö-



sungen sein. Ich meine hiermit, dass auch die Kollektivversicherung eigentlich nicht eliminiert werden sollte, denn die Form der Kollektivversicherung hat sich für Arbeitnehmerkollektive in der Vergangenheit bewährt und bietet sich auch geradezu an für die sozialpartnerschaftliche Organisation eines Zweiges der gesamten sozialen Versicherung. Die Mitbeteiligung und Mitverantwortung der Arbeitnehmer und die Betriebsnähe fördern nicht zuletzt auch das Kostenbewusstsein des einzelnen und erlauben eine rationelle Verwaltung.

4. Das Globalbudget im ambulanten Bereich: Im ambulanten Bereich ist ein Globalbudget praktisch nicht möglich. Es bestehen keine anerkannten Verteilungskriterien für die Gelder an die verschiedenen Leistungserbringer, und es müsste ein gewaltiger bürokratischer Apparat geschaffen werden.

Ich bzw. die Fraktion haben die Auffassung, dass ein Gesetz geschaffen werden muss, welches die Solidarität stärkt und die Kosten eindämmt. Das kann aber nur bewerkstelligt werden, wenn wir uns in der Grundversicherung auf das Notwendige beschränken und alle weiter gehenden Optionen in den Bereich des freien Wettbewerbs verweisen. Das revidierte KVG soll ein Gesetz für die soziale Krankenversicherung, ein Gesetz für die Krankenpflege-Grundversicherung bleiben. Und es ist ausserhalb jeder Diskussion, dass wir mit dem KVG das Gesundheitswesen überhaupt, ja die ganze Medizin schlechthin, regulieren können.

Ich beantrage Ihnen Eintreten auf die Vorlage.

**Moser:** Solidarität ist das neueste Schlagwort in der Politik. Selbstverständlich findet es auch in der Diskussion über die KVG-Revision gebührend Platz. Nur wer die Politik etwas näher kennt, weiss, dass Solidarität nichts anderes heisst, als dass der andere bezahlen soll. Als bürgerlicher Politiker werde ich deshalb sofort hellhörig, wenn von Solidarität die Rede ist, und ganz besonders in Verbindung mit dieser Gesetzesrevision.

Zur Vorlage: Die Fraktion der Auto-Partei kann grundsätzlich mit dem angestrebten Obligatorium einer Krankenversicherung leben, jedoch nur, wenn das Grundleistungsangebot relativ eng gefasst wird. Bedenken Sie bitte, dass uns schon eine «schlanke» Version rund 700 Millionen Franken Bundesbeiträge kosten wird – und das bei leeren Kassen! Die Kantone müssten ebensoviele bezahlen. Das neue Gesetz lässt leider viel zu wenig erkennen, inwieweit die Eigenverantwortung der Versicherten gefordert wird; für uns ist das ein gravierender Fehler. Die Eigenverantwortung müsste unbedingt stärker gefördert werden.

Die Lobby der Versicherungsgesellschaften hat sich unseres Erachtens in diesem Entwurf zu stark durchgesetzt. Der Schwarze Peter soll vor allem an Aerzte im ambulanten Bereich und an Apotheker verteilt werden. Spannungsfelder sind auch klar in der Frage der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich erkennbar. Hier gilt es, daran zu erinnern, dass bei der Kostenexplosion im Gesundheitswesen vor allem die enormen Strukturkosten für unsere Spitäler, Universitätskliniken usw. die bedeutendste Rolle spielen. Die Spitälerkosten machen ja bekanntlich 50 Prozent der gesamten Gesundheitskosten aus.

Trotz Triage in der Kommission enthält die vorgelegte Fahne immer noch eine Vielzahl von divergierenden Anträgen. Dazu liegen noch die unzähligen Begehren aus dem Ratsplenum auf den Tisch. Es wird jetzt offenbar versucht, alles Mögliche und Wünschbare in diese Gesetzesrevision zu verpacken. So geht das natürlich nicht. So werden die Prämien für die Versicherten nicht gesenkt, im Gegenteil: die Versicherten werden vor allem mehr zu bezahlen haben. Eine Hochrechnung für die unter dem neuen Gesetz zu erwartenden Prämien erhöhungen ergibt übrigens, dass ungefähr ein Drittel der heute Versicherten weniger und zwei Drittel der Versicherten mehr Prämien-gelder zu bezahlen hätten. Und ich garantiere Ihnen heute schon: Wenn Sie das Fuder überladen, werden Sie mit dem Referendum beglückt!

In der Detailberatung werden wir uns in erster Linie für kosten-dämpfende Neuregelungen einsetzen. Wir werden dann auf besonders ablehnungswürdige Bestimmungen noch punktuell eingehen. Wir hoffen also, dass Sie sich für eine möglichst

«schlanke» Revision einsetzen werden und den Bogen nicht überspannen.

**M. Pidoux:** Ce projet de loi s'inscrit dans un contexte dont on a peu parlé jusqu'à maintenant. En Suisse, la médecine est libérale dans son exercice, et socialisée dans son financement. Il est bon que chacun puisse aller voir le médecin de son choix, que le docteur traite son patient sans intervention étatique dans l'hôpital qu'il choisit. Voilà pourquoi les soins en Suisse sont excellents, parmi les meilleurs du monde, comme vient de le rappeler M. Meier Samuel. Toutes les statistiques internationales l'établissent.

Si nous n'avons pas ici une médecine à deux vitesses, comme dans d'autres pays, l'une, excellente, réservée aux riches et l'autre aux pauvres, c'est que le financement de la médecine est collectif. Les cantons et les communes abaissent les coûts des hôpitaux par des subsides directs, les caisses-maladie paient les factures de leurs assurés pour le solde des coûts. Mais cet excellent système produit un effet pervers. Les soins deviennent trop chers dans notre pays puisque personne n'a intérêt à en diminuer le prix. En effet, chacun veut consommer pour ce qu'il a payé d'avance, par ses impôts et par ses primes d'assurance-maladie. Le nombre des prestations de soins est directement lié au revenu de celui qui les fournit, ce qui ne pousse pas à la modération.

Telle est la situation de départ. On comprend qu'il ne faut pas moins bien soigner l'ensemble de la population, mais que les mécanismes ne doivent pas permettre que le coût des soins continue d'augmenter. L'avantage essentiel du projet de loi qui nous est soumis est de renforcer la solidarité entre les malades et les personnes en bonne santé dans le paiement des coûts de la maladie, par une série de mesures combattant la désolidarisation, notamment les caisses-maladie regroupant les seuls bons risques. Parallèlement, ce projet vise à responsabiliser l'individu, pour l'inciter à ne pas consommer des soins superflus, concentrant les subsides fédéraux sur ceux qui en ont vraiment besoin, contrairement au principe de l'arrosage avec lequel la Confédération verse maintenant ses subsides. Presque tous les parlementaires présents dans cette salle sont subsidiés pour leurs primes d'assurance-maladie dans le système actuel, ce qui est absurde. On encourage en outre la prévention des maladies; on introduit l'enveloppe budgétaire connue dans un certain nombre de cantons – qu'on appelle en allemand le budget global; on donne plus de force à la concurrence en brisant les cartels des médecins et des caisses-maladie qui s'entendaient sur les prix.

Encore un paramètre dans l'équation de départ. La lutte contre la maladie n'est pas du ressort de la Confédération. Il n'y a pas en Suisse d'hôpitaux nationaux ou fédéraux, ce qui est heureux pour les coûts si l'on considère l'efficacité avec laquelle la Confédération gère les postes fédérales ou les Chemins de fer fédéraux. Dans notre pays, il n'y a pas de ministre fédéral de la santé puisque, dans le domaine des soins, la compétence fédérale se fonde principalement sur la loi sur les épizooties et celle sur les stupéfiants.

Le travail de votre commission diffère profondément du projet du Conseil fédéral. Sur la plupart des questions litigieuses, sauf sur celle de l'égalité entre hommes et femmes des primes de l'assurance complémentaire facultative – où j'espère que vous ne marquez pas un autogoal, Madame la Présidente –, votre commission a recherché un consensus qui, seul, pourra triompher des intérêts particuliers contradictoires.

Fondé sur ce que je connais de la pratique, je vous invite à entrer en matière.

**Raggenbass:** Das Gesundheitswesen ist aufgrund der unglaublichen Steigerung der Gesundheitskosten ins Zentrum der politischen Diskussion gerückt. Ein wesentlicher Teil der Ursachen für die Kostensteigerungen ist unserem Einfluss entzogen, beispielsweise die gesellschaftlichen Entwicklungen. Auf gewisse Ursachen haben wir sehr wohl einen Einfluss. So ist es äusserst positiv, dass die Gesundheitsförderung in das Gesetz Eingang gefunden hat. Wir müssen vermehrt deutlich machen, dass Gesundheit nicht etwas Gottgegebenes ist,

sondern dass sie von uns, von unserem Verhalten – von Lebenswandel, Essen, Trinken, Bewegung usw. – wesentlich hängt. Wie es in der Zahnmedizin gelungen ist, die Karies dank Information und Aufklärung zu bekämpfen, sollte es uns auch gelingen, ein generell gesundheitsbewusstes Leben zu gestalten, das Ganze in unser Leben, in unser Bewusstsein eindringen zu lassen.

Der Gesetzentwurf räumt jedoch im übrigen die falsch gesetzten Anreize im Gesundheitswesen zu wenig konsequent aus. So wird der Bundesrat unter dem Titel «Besondere Versicherungsformen» nur ermächtigt, ein Bonus-Malus-System einzuführen oder die Prämienverbilligung zuzulassen, sofern sich der Versicherte stärker an den Kosten beteiligt. Die Gesundheitskosten bekommt man nur in den Griff, wenn man Anreize zu kostenbewusstem Verhalten schafft.

Die obligatorisch vorgesehene Kostenbeteiligung in Artikel 56 ist zu gering, um wirkliche Anreize zu schaffen. Das haben Untersuchungen in Europa, vor allem aber auch in den Vereinigten Staaten, gezeigt. Um so wichtiger ist es, dass der Bundesrat von seinen Kompetenzen umgehend und nachhaltig Gebrauch macht und die entsprechenden Versicherungsformen einführt. Gegen eine freiwillige Vereinbarung mit einer höheren Kostenbeteiligung oder einer Bonus-Malus-Lösung kann wohl niemand etwas einzuwenden haben. Nur bewusste, insbesondere kostenbewusste Personen werden derartige Vereinbarungen treffen.

Mit der vorgesehenen Einheitsprämie fällt jede risikobezogene Prämienabstufung ausser Betracht. Die Solidarität zwischen Jung und Alt ist zwar anerkennenswert, die Einheitsprämie ist jedoch nichts anders als eine Umverteilung zu Lasten der jüngeren Generation. Ob im Gesundheitswesen eine derartige verdeckte Umverteilung nach Giesskannenprinzip sinnvoll ist, ist fraglich, zumal die aktive Bevölkerung in Zukunft wesentlich mehr Sozialkosten zu übernehmen hat. Diese Sozialkosten sind von meiner Warte aus gesehen fast unabsehbar.

Nachdem gemäss Arbeitspapier der Kommission beinahe 60 Prozent der Bevölkerung Prämienverbilligungen erhalten sollen, werden die Rentner, die durch die risikogerechten Prämien über Gebühr belastet werden, ohnehin unterstützt. Ich habe daher sehr viel Verständnis für die Anträge von Kollege Peter Bircher und der liberalen Fraktion.

Als Verlierer im Zuge der Revision fallen bekanntlich Zwei-Personen-Haushalte mit über 60 000 Franken Einkommen auf. Durch die Abstandnahme von einigemmassen risikogerechten Prämien und durch die genannte Art der Prämienverbilligung wird der aktive Mittelstand über Gebühr belastet – der gleiche Mittelstand, der ohnehin die relativ höchsten staatlichen Belastungen zu tragen hat, der Mittelstand, den die Progression noch voll und empfindlich trifft, der Mittelstand, der wesentlicher Träger unseres Staatswesens ist. Diese Tendenz wird noch verstärkt durch das Ausklammern der Kollektivversicherungen. Durch dieses Ausklammern wird noch eine zusätzliche Solidarität geschaffen, eine Solidarität zwischen den Gruppen, die im Gesundheitswesen Kosten sparen wollen, und denjenigen, denen die Gesundheitskosten völlig egal sind. Dieser völlig verkehrte Anreiz hält davon ab, zwecks Prämienreduktion gruppenbewusst Kosten zu sparen. Ich habe daher sehr viel Sympathie für die Anträge von Kollegin Daepf und Kollege Baumberger.

Im stationären Bereich ist positiv zu vermerken, dass die Kostentransparenz durch einheitliche Kostenstellenrechnungen und Leistungsstatistiken verstärkt werden soll. Die weiterhin zulässigen Subventionen verzerren den Wettbewerb jedoch nach wie vor. Durch die Subventionen werden die Spitäler künstlich verbilligt, was zu verhältnismässig stärkerer Beanspruchung führt. Die Patienten und die Krankenversicherer beanspruchen die kostengünstigsten Lösungen nur dann, wenn sie aufgrund der tatsächlichen – nicht aufgrund der scheinbaren, aufgrund der durch Subventionen verbilligten – Kosten entscheiden können: zwischen stationärer und ambulanter Behandlung und unter verschiedenen Anbietern, also einem billigen und einem teuren Spital. Durch die Subventionen wird immer noch der falsche Anreiz hin zu den Spitälern geschaffen, obwohl die ambulante Behandlung anerkanntermassen die günstigere ist.

Schlussfolgernd stelle ich fest, dass die Kommission die Kostenprobleme zwar sehr wohl erkannt hat, dass sie jedoch diese Problematik viel zu wenig konsequent angegangen ist.

**Frau Segmüller**, Berichterstatterin: Die ausgedehnte Eintretensdebatte hat gezeigt, dass Sie als Rat diese Vorlage so ernst nehmen, wie wir das heute tun müssen. Ich möchte mich für die positiv-kritische Aufnahme der Arbeit der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) bedanken. Aus Zeitgründen werden wir auf die einzelnen Punkte in der Detailberatung eingehen.

Zum Nichteintretensantrag Zisyadis: Es trifft nicht zu, dass wir Ihnen nur eine Alibiübung vorlegen. Wir stellen die Solidarität wieder her, dies mit grundlegenden Änderungen wie der Einführung des Obligatoriums in der Krankenpflegeversicherung und einer neuen Finanzierung gemäss Auftrag beider Räte (Motion von 1986). In der Familienpolitik setzen wir deutliche Akzente, und zwar bei den Prämien, bei der Kostenbeteiligung sowie bei Spitex. Die Spitalkostenbeteiligung erlaubt, Leistungen dort zu erbringen, wo sie medizinisch sinnvoll sind, und nicht einfach dort, wo sie gratis sind. Es ist also eine Vorlage, die vieles bringt. Nichteintreten ist eine unglaubwürdige Forderung.

Zum Rückweisungsantrag Keller Rudolf: Drei von seinen fünf Forderungen sind erfüllt. Wir haben das Obligatorium, Spitex und Prävention sind enthalten und die Mengenausweitung bei den Medikamenten wird eingeschränkt. Eine Garantie für Prämienhöhungen von höchstens 10 Prozent kann niemand geben. Da gilt der Spruch «Wer immer strebend sich bemüht, den können wir erlösen». Was den Eingriff in die Privatversicherung betrifft, liegt der Entscheid ja beim Rat. Also kein Grund für eine Rückweisung!

Zum Rückweisungsantrag Maspoli: Auch hier muss man daran erinnern, dass dieser Rat die SP-Initiative mit Lohnprozenten abgelehnt hat, die Räte andererseits die Motion betreffend Finanzierung der Krankenversicherung gutgeheissen haben. Die Zulassung der Privatversicherungen im Grundversicherungsbereich zeigt, dass wir eben keinen Einheitsbrei wollen, sondern Konkurrenz. Auch hier erscheint eine Rückweisung nicht glaubwürdig.

Eintreten war in der SGK unbestritten. Es lag aber ein Rückweisungsantrag vor, der sich hauptsächlich gegen das Obligatorium richtete. Er wurde mit 13 zu 3 Stimmen abgelehnt.

Ich möchte Sie daran erinnern, dass diese Vorlage bei der Behandlung der Krankenkassen-Initiative als indirekter Gegenvorschlag dargestellt worden ist, ebenfalls bei der Behandlung der SP-Initiative mit Lohnprozenten. Und wieder ist bei der Abstimmung vom 26. September über den dringlichen Bundesbeschluss auf diese Vorlage hingewiesen worden. Nichteintreten oder Rückweisung wären gegenüber dem Volk unredlich. Wir haben versprochen, dass wir eine Totalrevision durchführen. Hier ist sie!

Zur Rückweisung: Unerfüllbare, nicht mehrheitsfähige Forderungen bringen uns nicht weiter. Die Vorlage enthält das, was sich aufgrund des Resultates der Vernehmlassung als mehrheitsfähig erwiesen hat; zum Beispiel das Obligatorium bei der Krankenpflege, aber eben nicht beim Taggeld. Das Taggeld-obligatorium ist im Vernehmlassungsverfahren grossmehrheitlich abgelehnt worden. Die Vorlage beschränkt sich im wesentlichen auf die Krankenpflegeversicherung. Sie schlägt auch nur dort das Obligatorium und ein neues Finanzierungsmodell vor – mit dem Ziel Solidarität plus Kostendämpfungs-massnahmen.

Die Debatte hat es gezeigt: Es wurden keine neuen mehrheitsfähigen Vorschläge eingebracht, die eine Rückweisung rechtfertigen würden.

Ich bitte Sie daher namens der Kommission, auf die Vorlage einzutreten und den Nichteintretensantrag bzw. die Rückweisungsanträge abzulehnen.

**M. Philipona**, rapporteur: La plupart des auteurs des interventions ont souligné la nécessité, et même l'urgence, d'entrer en matière. Au nom de la commission, je les en remercie.

En ce qui concerne la proposition Zisyadis de non-entrée en matière, son auteur admet que la situation demande une inter-

vention rapide; eh bien, c'est justement pour cela que nous sommes là, et c'est aussi pour cela qu'il faut entrer en matière. Il dit que rien ne changera, et ça, c'est faux, puisque nous introduisons l'obligation de l'assurance-maladie avec le libre passage, la décartellisation des conventions – soit des caisses-maladie soit des médecins –, la répartition des subventions en faveur des plus démunis, de nombreuses interventions en vue de maîtriser les coûts; ça n'est donc pas rien.

En ce qui concerne la proposition de renvoi Keller Rudolf, il invoque les points suivants: la diminution des primes pour les personnes économiquement faibles. C'est justement ce que nous réalisons avec la distribution des subventions, non plus selon le système de l'arrosoir, mais en faveur des personnes économiquement faibles. Au point 2, il demande d'encourager la prévention et les soins à domicile. C'est justement ce que nous réalisons. Aux lettres c et d, le principe posé est absolument impossible à réaliser dans la loi, c'est une prise de conscience générale en ce qui concerne la limitation des médicaments ou une augmentation maximum de 10 pour cent des primes. A la lettre e, «ne pas porter atteinte aux assurances-maladie privées», c'est la décision que nous prendrons à l'article 88.

En ce qui concerne la proposition de renvoi Maspoli qui veut une caisse fédérale unique, c'est justement le contraire que nous souhaitons puisque nous voulons faire jouer la concurrence entre les caisses. Nous ne voulons pas une concurrence comme jusqu'à présent dans la recherche de bons risques, mais bien une vraie concurrence pour aider à maîtriser les coûts.

Nous vous demandons donc de repousser ces trois propositions.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** Nous avons une chance, enfin, de mettre un terme à une très longue succession d'échecs qui ont marqué l'histoire de l'assurance-maladie sociale dans ce pays. Je tiens à remercier ici votre commission pour la façon dont elle a débattu du projet et pris le relais du Conseil des Etats. Pour l'essentiel, votre commission a permis d'améliorer encore le projet du Conseil fédéral et, comme cela a été souligné, elle a recherché dans la plupart des domaines un consensus possible. J'aimerais aussi remercier les rapporteurs de votre commission qui ont déjà pris position par rapport à différentes propositions qui ont été faites, ce qui me permettra d'être plus brève.

Les deux propositions de renvoi, la proposition de ne pas entrer en matière, ainsi que les quelques demandes que certains orateurs m'ont directement adressées me permettent d'aborder les points essentiels de la réforme, au nombre de cinq: quelques mots tout d'abord sur le caractère obligatoire de l'assurance; ensuite, tout ce qui concerne les prestations, ce qui me permettra de répondre également aux questions concernant la prévention et les soins à domicile; la maîtrise des coûts, et à ce chapitre le rôle des patients et de leurs organisations, ce qui me permettra de répondre à M<sup>me</sup> Gonseth; le financement et les chances d'un financement stable à long terme, ce qui me permettra de répondre à la question de M. Jöri; enfin, la question des indemnités journalières. Il est évident que bien des points ne pourront être abordés sérieusement et à fond dans le cadre limité du temps qui nous est imparti, mais le seront dans le cadre de la discussion de détail. L'obligation d'assurance en ce qui concerne la couverture de base est devenue une banalité et je m'en réjouis, d'autant plus lorsque je pense aux discussions qui ont encore eu lieu dans ce pays il y a moins d'une dizaine d'années, et lors desquelles le caractère obligatoire ou non obligatoire de l'assurance représentait une espèce de division profonde. C'est devenu une banalité: tout le monde se rend compte qu'il n'y a pas seulement inégalité des citoyennes et des citoyens, des habitantes et des habitants de ce pays face à la maladie, une inégalité contre laquelle nous pouvons peu, mais qu'il y a surtout une inégalité face à l'assurance. Les primes représentent pour certains des charges très lourdes, alors que pour d'autres elles sont tout à fait supportables. Des assurances peuvent se fermer à ceux qui en ont le plus besoin par le système des réserves.

Or, nous ne pouvons soulever ces problèmes et lever cette inégalité que par un appel à la solidarité, laquelle ne peut être organisée que si tout le monde y participe. C'est la raison pour laquelle l'assurance doit être obligatoire. Ce n'est pas une fin en soi, c'est un instrument pour réaliser des objectifs sociaux qui sont aujourd'hui reconnus comme une nécessité par tous. Le temps de la bataille idéologique autour de la notion d'assurance obligatoire est dépassé et, encore une fois, je m'en réjouis.

Quelles sont ces solidarités dont on parle et qui se sont révélées de plus en plus nécessaires? Le système actuel s'est heurté à des limites. La chasse effrénée aux bons risques a déstabilisé toute une série de caisses-maladie, et l'on sait aujourd'hui que seuls peuvent changer de caisse sans dommage ceux qui sont jeunes et en bonne santé.

Le projet permet le libre passage, intégralement, dans la mesure où il supprime les réserves, et il institue la prime unique par caisse. Pour que ce système puisse jouer, la compensation des risques, qui a déjà été introduite par un arrêté fédéral urgent, doit être poursuivie, en tout cas pendant dix ans comme le prévoit le projet du Conseil fédéral. Cette solidarité, et notamment la prime unique, permet, au-delà de la solidarité entre personnes bien portantes et malades, la solidarité entre les âges et entre hommes et femmes, ce qui, aujourd'hui, correspond à l'air du temps.

Ensuite, ce projet introduit la solidarité entre riches et pauvres. Partant d'un mécanisme de prime par tête, indépendante du revenu, ce qui ne bouleverse pas le système actuel, il introduit des corrections sociales par des subventions ciblées. Contrairement au système actuel, avec une subvention globale par arrosage, ces subventions visent à réduire les primes selon le revenu et elles sont supportées conjointement par la Confédération et les cantons. C'est par ce mécanisme, en particulier, que se fait un soutien, particulier également, aux familles, notamment aux familles monoparentales qui sont les grandes bénéficiaires de cette réforme. La solidarité est ainsi le pivot de toute véritable assurance sociale. Je crois que, dans ce projet, on a une définition raisonnable de cette solidarité, qui est socialement indispensable, notamment dans la situation économique actuelle.

J'en viens aux prestations. L'innovation du projet est de fixer un catalogue exhaustif des prestations de l'assurance de base, c'est-à-dire que l'assurance obligatoire définit très clairement les prestations auxquelles chacun a droit. C'est la garantie que l'on n'introduira pas dans ce pays une médecine à deux vitesses, mais cette garantie n'est donnée que si le catalogue de prestations englobe effectivement toutes les prestations nécessaires au maintien de la vie et de la santé. Ce catalogue, qui est donné, permet aussi plus de transparence pour l'assuré, la comparaison entre les caisses, de façon à ce que la concurrence puisse jouer sur les coûts, administratifs notamment.

Le catalogue des prestations comble des lacunes de la loi actuelle, mais selon, là aussi, un principe de raison et de modération. Cette extension du catalogue reste effectivement modérée et ne représente qu'un 10 pour cent additionnel des dépenses totales qui seraient incluses dans ce catalogue de base. Le Conseil des Etats n'a décidé là aucune modification de fond, et la majorité de votre commission a également accepté grosso modo ce catalogue des prestations, n'y apportant que des modifications de détail.

Quelles sont les principales innovations? La suppression de la limitation à 720 jours pour le traitement hospitalier. Il est très important que l'on établisse ici aussi l'égalité entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers, en supprimant la limitation actuelle; la prise en charge partielle de certains soins à domicile – la question a été posée par M. Comby de savoir quelle est l'importance que l'on accorde dans ce domaine à cette branche importante de la prise en charge des soins à domicile. Le but est bien sûr d'éviter, dans la mesure du possible, l'hospitalisation. Même s'il est vraisemblablement abusif de partir de l'idée que les soins à domicile entraînent toujours une économie concernant les coûts, ils signifient presque toujours un traitement plus humain, dans un cadre plus favorable à la guérison et à l'intégration du malade. Tant qu'ils ne sont pas

massivement sollicités, les soins à domicile représentent effectivement une chance réelle d'éviter une hospitalisation qui se révélerait plus coûteuse. Il est donc important que, dans ce catalogue de prestations, les soins à domicile soient effectivement inclus dans les prestations obligatoires.

Nous trouvons également dans ces innovations une autre mesure qui devrait amener à réduire les coûts, puisqu'il s'agit des mesures individuelles de prévention et de l'introduction par votre commission de la promotion de la santé générale.

M. Fischer-Seengen demandait que j'exprime quelques idées sur ce que pourraient être ces mesures de prévention, et surtout de promotion de la santé. L'exemple a été cité tout à l'heure par M. Meier Samuel lorsqu'il disait que l'on avait réussi, dans la dentisterie, à réduire certains coûts par l'information, à diminuer le nombre des caries, notamment, par un comportement adéquat, dès l'enfance, des patients. Il est clair que, là, nous ne sommes pas allés au bout de toutes les possibilités d'un comportement plus raisonnable des habitants et des habitantes de ce pays, dès l'enfance, et que la promotion de la santé doit viser à cet effort d'éducation, d'information, mais également de recherche sur les causes de certains coûts additionnels ou de certains comportements contraires à la santé. C'est en étroite collaboration avec les cantons, avec les associations qui s'intéressent à la prévention de certaines maladies en particulier, mais également avec la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, que des programmes, des actions d'éducation et d'information devront être menés; nous y reviendrons lors de la discussion de détail. Ce qui est nouveau, c'est que l'on considère comme un devoir de la part des assureurs de financer de telles campagnes de promotion de la santé générale.

Dans le catalogue des prestations, j'aimerais signaler aussi l'introduction de la participation aux frais de transport et de sauvetage, mais directement liés aux soins médicaux nécessaires, des soins dentaires, également très limités, puisqu'il faudrait qu'ils soient requis pour traiter une maladie grave ou ses séquelles, la prise en charge subsidiaire de l'accident, la suppression de la limitation du nombre des examens de contrôle et de prise en charge des conseils nécessaires en cas d'allaitement pour la maternité, de même que les indemnités journalières, dans l'assurance facultative, versées pendant seize semaines.

Les prestations doivent être prises en charge dans ce catalogue, et les critères pour ce faire (ils sont cumulatifs) sont les suivants: les traitements doivent être appropriés, efficaces et économiques. On a exprimé en commission le souhait d'une certaine ouverture vers les médecines parallèles et également, bien sûr, d'une place plus importante qui pourrait être apportée aux génériques; nous y reviendrons dans la discussion de détail. Enfin, ces prestations feront l'objet d'un contrôle de qualité puisque des mesures peuvent être prises par le Conseil fédéral pour en évaluer justement la qualité.

J'en viens au troisième point de la réforme, la maîtrise des coûts. C'est effectivement un des objectifs importants de la révision. Maîtrise des coûts ne signifie pas réduction des coûts. Cela n'est pas réalisable. Une certaine croissance des coûts est inévitable et certainement considérée comme légitime dans notre société, parce qu'elle dépend de toute une série de raisons qui soit échappent à notre maîtrise, soit sont le résultat de progrès sociaux, soit sont souhaitables. Je les énumère rapidement: le vieillissement de la population, les progrès de la médecine, les besoins et les exigences des malades, mais l'évolution générale des salaires et des prix également. Lorsque nous parlons de la maîtrise des coûts, il s'agit donc tout simplement de rapprocher autant que faire se peut l'évolution des coûts de la santé et, partant, l'évolution des coûts de l'assurance des soins en cas de maladie, de l'évolution générale des salaires et des prix.

Il a été souligné que personne n'avait intérêt dans le système actuel à freiner les coûts. Malgré cette absence de frein de la part des différents partenaires en présence dans le système de santé suisse, j'aurais voulu que l'on souligne davantage aussi que cette excellente médecine, et la qualité des soins prodigués – ce qui nous place, je crois, de loin en tête des pays du monde –, n'est de loin pas la plus chère en comparai-

son internationale. En pourcentage du PNB, la Suisse se situe à plus ou moins égale distance d'un système aussi socialisé que le système de santé britannique et d'un système aussi libéral que le système américain qui se révèle être, lui, de loin le plus coûteux. Nous sommes donc dans la bonne moyenne proportionnellement à ce qui est dépensé de la richesse produite en Suisse, pour assurer une santé aussi bonne que possible aux habitants de ce pays.

Il est clair que cela a été effectivement atteint par une croissance plus que proportionnelle des frais dus aux soins par rapport aux salaires et aux prix: ce taux de croissance est à peu près le double de celui qui devrait nous servir malgré tout de référence et dont nous devrions nous rapprocher, surtout parce que, pour des revenus modestes, une telle croissance des coûts a entraîné jusqu'à présent également une croissance des primes, à tel point que cela est devenu à la longue insupportable. Cette loi doit donc créer un cadre et prévoir des mesures qui rendent plus efficace la lutte contre les gaspillages, la lutte contre la hausse des coûts dus à l'absence de maîtrise, et surtout – et vous le savez, c'est l'autre point – elle doit entraîner un partage plus équitable des charges.

J'aimerais rappeler ici l'impact qu'a eu sur votre commission le rapport de la Commission des cartels. Sa publication a eu lieu juste après la fin des travaux du Conseil des Etats, d'où une certaine inquiétude et la crainte que l'avancement des travaux législatifs puisse souffrir de la prise en compte de ce rapport de la Commission des cartels. Tel n'a pas été le cas. Tant le Conseil fédéral que votre commission ont immédiatement examiné le rapport et les recommandations qu'il contenait et ont immédiatement aussi pris position face aux suggestions qui étaient faites par la Commission des cartels.

Je tiens à souligner que le rapport de la Commission des cartels émet un avis essentiellement positif sur le projet de révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, et que trois ordres de recommandations ont été faits: le renforcement de la liberté contractuelle, le renforcement des mesures de contrôle et des possibilités d'intervention et l'introduction d'une compétence fédérale en matière de planification dans le domaine de la santé publique.

Pour des raisons de droit constitutionnel, tant le Conseil fédéral que votre commission n'ont pas repris à leur compte ce dernier volet des recommandations. En d'autres termes, ils n'ont pas voulu introduire une compétence fédérale en matière de planification dans le domaine de la santé publique. Par contre, ils ont pris très au sérieux les autres recommandations et on en retrouve des traces dans le projet. J'en parlerai le moment venu.

La philosophie qui sous-tend le projet du Conseil fédéral en matière de maîtrise des coûts peut être résumée de la manière suivante: octroyer une plus grande liberté de choix et de décision aux différents acteurs afin qu'ils puissent donner la préférence aux prestations et aux services de qualité offerts aux prix les plus avantageux – que ce soit par les fournisseurs de soins ou par les assureurs; fournir les instruments de coordination, de contrôle et d'intervention nécessaires aux autorités pour appuyer et consolider les efforts de maîtrise des coûts.

L'important pour le Conseil fédéral et pour votre commission est que les mesures de maîtrise des coûts n'atteignent pas seulement les tarifs et les prix des prestations, mais également l'évolution de la quantité des prestations fournies, de façon à ce que le contrôle des tarifs ne conduise à des mesures perverses sur le plan de la quantité des prestations.

Il me faut, je crois, abréger mon intervention et ne pas entrer dans le détail des différents instruments. Nous aurons l'occasion de le faire dans la discussion de détail.

J'aimerais tout simplement, dans cette volonté d'intéresser le plus de cercles possible à la maîtrise des coûts, d'introduire par un système de financement les conditions d'une meilleure concurrence et également d'intéresser tous ceux qui peuvent veiller conjointement à l'explosion des coûts, répondre à la question de M<sup>me</sup> Gonseth en ce qui concerne les recours. Les recours au Conseil fédéral en matière tarifaire sont maintenus à l'article 45. Tant le Conseil fédéral que la commission du Conseil national souhaitent que l'assuré, en tant que personne concernée, ait la qualité pour recourir. Cela est le cas

aujourd'hui. Mais, nous voulons également attacher une grande importance aux possibilités pour les associations de défendre les intérêts de leurs membres. Selon une pratique constante des tribunaux, les associations peuvent recourir en leur propre nom, lorsque les statuts leur confient la tâche de défendre les intérêts de leurs membres en matière tarifaire et lorsqu'un grand nombre des membres sont touchés par la décision tarifaire et auraient eux-mêmes le droit de recourir. J'ai donc l'impression que tant le projet du Conseil fédéral que la pratique des tribunaux donnent toutes assurances que les assurés eux-mêmes peuvent intervenir pour éviter que les coûts échappent à leur maîtrise.

J'en viens à la question fondamentale du financement.

L'assurance-maladie continuera, comme dans le système actuel, à être financée par trois sources: les primes individuelles des assurés, la participation aux coûts des patients et les subventions des pouvoirs publics. En ce qui concerne les primes individuelles, nous n'avons introduit dans ce projet ni une assurance-maladie familiale ni une cotisation en fonction du salaire. La prime unique permet par contre de supprimer les différences à l'intérieur d'une même caisse, différence qui pénalise actuellement les personnes âgées et les femmes. Elle entraîne effectivement une solidarité, face aux risques de la maladie, qui aura pour conséquence que les contrats collectifs seront, non pas supprimés, mais n'auront pas d'influence sur les primes des assurés, qui, malgré tout, pourront bénéficier des facilités administratives.

La participation aux coûts, elle aussi, fonctionne selon les mêmes principes que dans le système actuel, d'un côté par la franchise et de l'autre côté par la quote-part avec des montants maximaux annuels. L'innovation la plus importante dans ce domaine est la participation aux coûts également pour les traitements hospitaliers, ce qui est l'autre volet de la mise à égalité entre traitement ambulatoire et traitement hospitalier. La subvention des pouvoirs publics est, quant à elle, fondamentalement modifiée par rapport au droit actuel puisque l'on supprime les subventions fédérales aux caisses-maladie et qu'on les remplace par des subventions aux cantons, de façon à ce qu'ils puissent réduire individuellement les primes, en fonction du revenu.

Deuxièmement, on crée un devoir pour les cantons de compléter avec un montant déterminé les subsides fédéraux par leurs propres subsides. Nous aurons l'occasion d'en débattre dans la discussion de détail. Le Conseil fédéral proposait un modèle du système de réduction des primes défini par la Confédération. La majorité de votre commission laisse les cantons libres de fixer leur mécanisme de réduction des primes, à condition de respecter le but fixé et d'utiliser l'enveloppe budgétaire fixée à cette intention.

Sur ce plan-là, des inquiétudes ont été manifestées et M. Jöri a posé très concrètement la question de la solidité de ce système de financement et de la volonté du Conseil fédéral de garantir les fonds disponibles. Il s'agit, comme vous le savez, de passer d'un montant de subventions fédérales actuellement de 1,4 milliard de francs à un montant moyen, pour les quatre premières années, de 2 milliards de francs par an. Il s'agit donc d'augmenter de 600 millions de francs par année les subventions fédérales. Cette volonté de réserver les 600 millions de francs supplémentaires nécessaires existe de la part du Conseil fédéral, vous aurez l'occasion de le constater dans le plan financier qui vous sera prochainement soumis. Pour assurer les ressources nécessaires, au cas où la taxe sur la valeur ajoutée serait acceptée en votation populaire, 5 pour cent des ressources de cet impôt sera réservé pour ce financement additionnel, et suffit d'ailleurs, à quelques dizaines de millions de francs près, pour les assurer.

Qu'est-ce que cela signifie? Est-ce que cela signifie que le financement de la Confédération est dépendant de la taxe sur la valeur ajoutée? Je dirai très clairement non. Ce montant est réservé dans le plan financier, et l'idée de réserver ce montant dans la taxe sur la valeur ajoutée, si elle devait être acceptée en votation populaire, est tout simplement inspirée par un double souci: le premier souci étant celui d'être sûr que la ressource est disponible d'une façon orientée vers le but à atteindre; le deuxième étant qu'il est clair que ce type de subventionne-

ment est celui qui permet le mieux de tenir compte de la charge additionnelle pour les bas revenus que représenterait l'introduction de la TVA. Dans ce sens-là, il est normal qu'une partie de la TVA, ces fameux 5 pour cent des ressources, soit effectivement mise à la disposition du financement de l'assurance-maladie, financement, encore une fois, dont la volonté d'assurer les moyens est de toute façon celle du Conseil fédéral.

Les conséquences du nouveau système de financement sont claires et je résume peut-être celles qu'elles ont pour les trois sources du financement. Les primes d'assurance, qui n'ont cessé de jouer un rôle croissant dans le financement de l'assurance et qui en représentent actuellement les trois quarts, seront réduites. La part des cotisations passera de 75 pour cent à 65 pour cent de l'ensemble du financement. Par contre, la participation des patients aux coûts, elle, augmentera de 10 à 15 pour cent, et les subventions de la Confédération et des cantons atteindront enfin ces 20 pour cent du total qui étaient l'objectif de la réforme des années soixante.

J'en arrive au dernier point de cette courte intervention – qui aurait pu être plus longue en tout cas si j'avais pu entrer en détail sur toutes les questions fort intéressantes et toutes les remarques qui ont été faites –, c'est la question de l'indemnité journalière. Le système proposé par le Conseil fédéral, et retenu par votre commission, ne rend obligatoire que l'assurance de base pour les soins et laisse à l'assurance facultative les indemnités journalières. Je crois qu'il vaut la peine de se poser la question de savoir si tous les arguments qui ont prévalu en faveur du caractère obligatoire de l'assurance des soins ne vaudraient pas également pour le caractère obligatoire des indemnités journalières. Je crois que lorsque nous poursuivrons cette réflexion au-delà de la révision actuelle, nous en viendrons à cette conclusion.

Le fait est, cependant – et je renoue avec la remarque liminaire qu'a faite également la présidente de votre commission –, que dans cette longue suite d'échecs, dans cette révision introuvable de l'assurance-maladie que nous avons enfin la chance de trouver, le Conseil fédéral a préféré ne pas charger le bateau et ne pas créer, dans ce sens-là, une difficulté additionnelle en essayant de régler à la fois l'assurance obligatoire des soins et le problème de l'assurance obligatoire des indemnités journalières, repoussant à plus tard la discussion qui deviendra peut-être nécessaire sur ce point, discussion qui sera de toute façon posée dans le cadre de la campagne sur l'initiative socialiste et syndicale. Le Conseil fédéral a donc invité les Chambres à se montrer raisonnables sur ce point et à ne pas décréter le caractère obligatoire des indemnités journalières, et je vous prie également de savoir raison garder dans ce domaine. Nous avons donc un projet équilibré, un projet modeste, un projet raisonnable, mais un projet qui nous permettra enfin de sortir de l'impasse où nous sommes actuellement, et qui nous a conduits à essayer de résoudre les problèmes à coups d'arrêtés fédéraux urgents. Plusieurs d'entre vous ont souligné que l'on ne pouvait pas continuer à essayer de bricoler et de résoudre des problèmes au coup par coup par une voie telle que celle qui a été empruntée ces dernières années.

C'est la raison pour laquelle j'aimerais aussi vous demander de rejeter les propositions de renvoi et de non-entrée en matière qui ont été faites.

Nous devons aujourd'hui entrer dans un système de droit ordinaire et sortir du système des arrêtés fédéraux urgents. Il y en a trois, ils devront être prolongés l'année prochaine, mais nous devons sortir de ce système-là et enfin entrer dans un système stable de l'assurance-maladie. Les propositions de M. Keller Rudolf, de M. Maspoli et de M. Zisyadis n'auraient pour effet que de retarder encore l'entrée dans un droit ordinaire stable, ce qui soulagera enfin les assurés, et nous donnera certains moyens d'action sur les coûts.

J'aimerais dire très clairement à M. Zisyadis que l'initiative socialiste et syndicale ne sera pas soumise au vote avant la fin des travaux. Je crois que l'on doit donner au peuple suisse la possibilité de faire un choix, éventuellement en sachant ce que le Parlement qui est responsable, qui est le législateur, aura décidé de lui proposer comme mesures, encore une fois, en matière de droit ordinaire. Il y a donc une erreur à penser que



l'on doit renverser l'ordre des choses et demander de se prononcer sur une initiative au plan constitutionnel qui nécessitera tout un travail législatif après son adoption, le cas échéant, alors que nous avons actuellement un projet sur la table et qu'il suffit d'aller de l'avant.

Je pense aussi que des propositions allant dans le sens d'une transformation de l'assurance-maladie en un système sur le modèle de la CNA que nous connaissons bien n'est pas non plus à l'heure actuelle ce que nous devons faire. On attend de nous une solution qui ne sera peut-être pas la dernière de notre longue aventure, mais qui sera une solution stable aux problèmes de l'heure.

Les rapporteurs de votre commission ont amplement démontré que les propositions de M. Keller Rudolf, que ce dernier aimerait voir retraitées par la commission, ont été traitées avec tout le sérieux qu'elles méritent et que les réponses apportées vont dans le sens de ses propositions.

Je vous demande donc d'entrer en matière sur ce projet tel qu'il est sorti des travaux de votre commission.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission (Eintreten)	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Zisyadis (Nichteintreten)	Minderheit

**Präsident:** Es folgen die Abstimmungen über die beiden Rückweisungsanträge.

#### Erste Abstimmung – Premier vote

Für den Antrag Keller Rudolf Dagegen	Minderheit offensichtliche Mehrheit
---	--

#### Zweite Abstimmung – Deuxième vote

Für den Antrag Maspoli Dagegen	Minderheit offensichtliche Mehrheit
-----------------------------------	--

#### Detailberatung – Discussion par articles

#### Antrag des Büros

##### Beratungsweise

1. Redezeiten: Antragsteller: 5 Minuten;  
Fraktionssprecher: 5 Minuten (Art. 71 Abs. 2 GRN).
2. Unbestrittene Kommissionsanträge werden weder kommentiert noch diskutiert – es wird auf den schriftlichen Bericht der Kommission vom 10. September 1993 hingewiesen.
3. Fraktionssprecher: nur bei Grundsatzfragen:
  - obligatorische Taggeldversicherung (Art. 1);
  - Prävention (Art. 15a–15c/Art. 20);
  - ausserordentliche Massnahmen (Art. 46, 47);
  - Prämienverbilligung (Art. 57, 58);
  - Prämienungleichheit bei Frau und Mann bei den Zusatzversicherungen (Art. 88);
  - Risikoausgleich (Art. 97).

#### Proposition du Bureau

##### Mode de délibération

1. Temps de parole: auteurs de propositions: 5 minutes;  
porte-parole des groupes: 5 minutes (art. 71 al. 2 RCN).
2. Les propositions de la commission qui ne sont pas combattues ne sont ni commentées ni discutées – on se référera au rapport écrit de la commission du 10 septembre 1993.
3. Interventions des porte-parole des groupes: pour traiter des questions fondamentales uniquement. Ce sont:
  - assurance obligatoire d'indemnités journalières (art. 1);
  - prévention (art. 15a–15c/art. 20);
  - mesures extraordinaires (art. 46, 47);
  - réduction des primes (art. 57, 58);
  - égalité des primes d'assurance complémentaire entre hommes et femmes (art. 88);
  - compensation des risques (art. 97).

#### Angenommen – Adopté

#### 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

##### Abs. 1

##### Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Minderheit

(Hafner Ursula, Brunner Christiane, Dormann, Goll, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

.... Krankenpflegeversicherung und der obligatorischen Taggeldversicherung.

##### Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Art. 1

##### Proposition de la commission

##### Al. 1

##### Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Minorité

(Hafner Ursula, Brunner Christiane, Dormann, Goll, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

.... des soins et l'assurance obligatoire d'indemnités journalières.

##### Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Abs. 1 – Al. 1

Frau **Hafner Ursula**, Sprecherin der Minderheit: Kranke brauchen nicht nur Pflege, sie müssen auch ihren Lebensunterhalt weiterhin bestreiten können. Wie sollen sie aber für ihren Lebensunterhalt aufkommen, wenn sie arbeitsunfähig sind und keinen Ersatz für ihren Lohnausfall erhalten? Taggeldzahlungen sind für kranke Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ebenso wichtig wie die Uebernahme der Pflegekosten. Die Lohnfortzahlung gemäss Obligationenrecht ist eindeutig ungenügend, ganz besonders für Leute, die noch nicht lange an ihrem Arbeitsplatz sind. Leider richtet sich die Krankheit ja nicht nach der Dauer des Anstellungsverhältnisses.

Arbeitsvertragliche Taggeldlösungen haben ebenfalls ihre Tücken. Zum Beispiel bedeuten ältere Leute, die krankheitsanfällig sind, für die Unternehmen ein grösseres Risiko. Für mobile Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist der Schutz prekär. Ich weiss von einer Frau, welche kurz vor einem Stellenwechsel krank wurde. Von der Kasse ihres bisherigen Arbeitgebers erhielt sie ihr Taggeld nur solange, als sie noch bei diesem angestellt war. Ihre neue Stelle konnte sie nicht antreten, weil sie krank war. Für diesen Lohnausfall wollte niemand aufkommen. Selbst wenn jemand nicht unmittelbar beim Stellenwechsel krank wird, führt die Mobilität, die heute von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern verlangt wird, oft zu Nachteile. So kann etwa der neue Versicherer eine frühere Krankheit, die zu einem Rückfall führen könnte, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Wer schon einmal einen Herzanfall erlitten hat, wäre demnach im neuen Anstellungsverhältnis für einen Rückfall nicht mehr versichert. Dies gilt sogar für die freiwillige Taggeldversicherung, die mit dieser Revision eingeführt werden soll.

Der Bundesrat schreibt selber in der Botschaft, solche Vorbehalte dürften in einer Sozialversicherung eigentlich nicht zur Anwendung gelangen, doch könne man sie bei einer freiwilligen Versicherung eben nicht ausräumen. Die volle Freizügig-

keit bei der Taggeldversicherung erreichen wir nur mit dem Obligatorium. Genauso wie wir bei der beruflichen Vorsorge mit dem Freizügigkeitsgesetz den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die Mobilität erleichtern, die heute immer mehr von ihnen verlangt wird, genauso sollten wir die gesundheitsbedingten Risiken beim Stellenwechsel mit einer obligatorischen Taggeldversicherung abfedern.

Was unter dem 3. Titel (Freiwillige Taggeldversicherung) in diesem Gesetz postuliert wird, ist vollkommen ungenügend. Nicht einmal die sehr beschränkte Freizügigkeit, die wir in Artikel 62 einführen, wird allen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zugute kommen, weil sich nicht alle Taggeldversicherer an die Bestimmungen dieses Gesetzes halten müssen. Die Privatversicherer werden weiterhin auch Taggeldlösungen anbieten können, die vom KVG unabhängig sind. Die einzige Regel, die auch sie beachten müssen, betrifft die Gleichbehandlung von Mann und Frau, denn die Mehrheit unserer Kommission hat einen Artikel 88a und einen Artikel 88b eingefügt. Danach dürfen die Prämien der freiwilligen Taggeldversicherung nicht nach dem Geschlecht abgestuft werden, und sie müssen auch Leistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft einschliessen. Doch genau gegen diese Bestimmung laufen die Privatversicherer Sturm, sekundiert von einer Kommissionsminderheit. «Unverhältnismässiger Eingriff in die Vertragsautonomie», heisst es etwa; «versicherungstechnisch nicht durchführbar», «nicht europakonform», lauten zwei weitere Einwände.

Das Bundesamt für Justiz hat uns dazu folgendes geschrieben: «Die hier zur Diskussion stehende Verpflichtung zur Privatversicherung, Taggeldleistungen in jedem Fall, auch bei Mutterschaft, vorzusehen, greift recht stark in die Privatautonomie der Vertragspartner ein. Unter diesem Gesichtspunkt kann es für die Beurteilung der Verhältnismässigkeit eine Rolle spielen, dass die Taggeldversicherung im Rahmen der Sozialversicherung unterstellten Grundversicherung nicht obligatorisch erklärt wird. Man muss sich fragen, ob ein Obligatorium der Grundversicherung mit geschlechtsneutralen Prämien nicht eine mildere, weniger einschränkende Massnahme wäre, mit der man das Ziel der geschlechtsunabhängigen-Prämienbelastung für die Kostenrisiken der Mutterschaft ebenfalls erreichen könnte.»

Ein Obligatorium hätte auch den Vorteil, dass es versicherungstechnisch leicht durchführbar und durchaus europakonform wäre. Wie unerlässlich das Obligatorium für eine soziale und solidarische Versicherung ist, wurde Ihnen in der Eintretensdebatte in bezug auf die Krankenpflegeversicherung ausführlich geschildert. Es ermöglicht die Gleichbehandlung von Jung und Alt, Gesunden und Kranken, Männern und Frauen. All die Argumente, die für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sprechen, gelten auch für eine obligatorische Taggeldversicherung. Dies haben Sie soeben auch von Frau Bundesrätin Dreifuss gehört. Wir fordern dieses Obligatorium nicht aus irgendwelchen ideologischen Gründen, sondern wir betrachten es als das unerlässliche zweite Bein der Krankenversicherung.

Das System, das die Kommissionsmehrheit hier aufbauen will, hinkt, weil es den Kranken nur den Zugang zur Pflege sichert, nicht aber das Ueberleben. Es hinkt auch hinter den Systemen aller anderen europäischen Staaten her, denn nur bei uns besteht diese Lücke noch.

In den früheren Revisionsvorschlägen war denn auch ein Obligatorium vorgesehen. 1987 wurde es vom Parlament aus der Vorlage gekippt. Der Bundesrat schreibt dazu in der Botschaft: «... das einstige Zugpferd der Vorlage war nämlich im Laufe der parlamentarischen Beratungen zunehmend unter Beschuss geraten.» Korrigieren wir jetzt diesen Fehler und nehmen wir das Obligatorium in diese Vorlage auf!

Das Obligatorium liesse sich leicht – ohne grossen administrativen Aufwand – einführen. Man könnte es der Unfallversicherung angliedern. Eine entsprechende Erweiterung des UVG wäre eine sehr einfache Lösung. Es geht um den gleichen Kreis von Versicherten, die gleichen Arbeitgeber müssten mit den gleichen Versicherungen abrechnen, und wir hätten die gleichen Versicherungsträger, welche es gewohnt sind, bei Unfall die gleichen Taggeldabrechnungen zu erstellen.

Es ist ohnehin nicht einzusehen, weshalb Menschen, die aufgrund einer Krankheit arbeitsunfähig sind, schlechtergestellt sein sollen als solche, die wegen eines Unfalls nicht arbeiten können. Eine Gleichstellung dieser Patientinnen und Patienten würde auch die medizinisch und juristisch oft schwierige und problematische Abgrenzung überflüssig machen. In der Militärversicherung kennen wir die einheitliche Regelung von krankheits- und unfallbedingten Ausfällen schon lange. Wir sollten in unserer Sozialversicherung vom Schubladendenken wekommen. Ob jemand infolge Unfall, Krankheit, Invalidität, Militärdienst, Mutterschaft, Arbeitslosigkeit usw. kein Erwerbseinkommen hat, ist doch unwesentlich. Die Sozialversicherung sollte für alle Betroffenen ein Ersatz Einkommen sicherstellen, aus welchem Grund auch immer sie darauf angewiesen sind.

Stimmen Sie deshalb unserem Minderheitsantrag zu. Sie schliessen damit eine empfindliche Lücke in unserem Sozialversicherungssystem und tragen erst noch wesentlich zu seiner Vereinfachung bei.

**Präsident:** Die SD/Lega-Fraktion lässt mitteilen, dass sie dem Antrag der Kommissionsmehrheit zustimmt.

**Allenspach:** Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung, das wir heute beraten, regelt die Grundversicherung, die dann durch Zusatzversicherungen ergänzt werden kann, aber nicht ergänzt werden muss. Zusatzversicherungen zur Krankenpflegegrundversicherung werden von diesem Gesetz nicht erfasst, denn sie gehören nicht in den Bereich der sozialen Grundversicherung. Sie sind deshalb in diesem Gesetz auch nicht geregelt und nicht obligatorisch.

Die Taggeldversicherung muss ähnlich behandelt werden wie die Zusatzversicherungen. In der Taggeldversicherung wird ein krankheitsbedingter Einkommensausfall versichert. Es steht jedem frei zu entscheiden, wieviel Einkommensausfall er versichern will und wie hoch das versicherte Taggeld sein muss. Er kann auch selbst darüber entscheiden, ab welchem Krankheitstag die Taggeldversicherung Leistungen erbringen soll. Die Taggeldversicherung wird zudem vom Bund nicht subventioniert.

Aus diesen Erwägungen kann man zu Recht die Auffassung vertreten, Bestimmungen über die Taggeldversicherung gehörten aus systematischen Erwägungen überhaupt nicht in dieses Gesetz. Ich habe diese Frage in der Kommission zur Diskussion gestellt, aber im Interesse der Konsensfindung und einer speditiven Behandlung dieses Gesetzes darauf verzichtet, Anträge auf Streichung der freiwilligen Taggeldversicherung aus dem Krankenversicherungsgesetz vor das Ratsplenum zu bringen.

Die fundamentalistische Linke hält sich aber offenbar nicht an die Bemühungen um die Konsensfindung. Sie will ein Krankengeldobligatorium einführen. Die Begründung für das Obligatorium der Taggeldversicherung liegt auf völlig anderer Ebene als die Begründung für das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung. In der Taggeldversicherung gibt es keine Jagd nach guten Risiken, keine Entsolidarisierung, der mittels Obligatorium zu begegnen wäre, weil die Prämien risikoabhängig sind. Im übrigen ist darauf hinzuweisen, dass Frau Hafner Ursula in der Begründung des Minderheitsantrages verschweigt, dass sie ein Vollobligatorium anstrebt, das alle Kreise und nicht nur die Arbeitnehmer erfasst. Dieses Vollobligatorium führt zu einer Sozialisierung dieses Teils der Krankenversicherung.

Der Minderheitsantrag will auf einem Umweg die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers bei Krankheit umfassend einführen und mittels eines Etikettenschwindels auch die Taggelder bei Mutterschaft im Sinne einer Mutterschaftsversicherung intradieren. Das Obligatorium will des weiteren offensichtlich auch für die Taggeldversicherung Bundessubventionen aus der leeren Bundeskasse, denn ohne Subventionen lässt sich ein auch Nichterwerbstätige umfassendes Obligatorium der Taggeldversicherung kaum verwirklichen.

Dass der Antrag der Kommissionsminderheit fundamentalistischen Erwägungen entspringt, kommt auch darin zum Ausdruck, dass keinerlei Vorschläge vorliegen, wie dieses Obliga-



torium im Detail auszugestalten wäre. Würden Jugendliche in das Obligatorium einbezogen? Gälte das Taggeldobligatorium auch für Rentner? Würde für Nichterwerbstätige eine Mindestversicherung vorgeschrieben? Gäbe es höchstversicherbare Taggelder? Fragen über Fragen, auf die die Antragsteller keine Antwort haben, die aber in diesem Gesetz geregelt werden müssten, wenn in Artikel 1 die Taggeldversicherung obligatorisch erklärt würde.

Die Zustimmung zum Minderheitsantrag Hafner Ursula hätte zur Folge, dass wir den 3. Titel dieses Gesetzes an die Kommission bzw. an den Bundesrat zurückweisen müssten, um den gesetzgeberischen Auftrag zu konkretisieren. Die gesetzliche Realisierung des Taggeldobligatoriums würde – optimistisch betrachtet – mindestens zwei bis drei Jahre in Anspruch nehmen, denn hierzu müssten auch Vernehmlassungen durchgeführt werden. Die Zustimmung zum Minderheitsantrag Hafner Ursula hätte also zur Folge, dass das vorliegende Gesetz so lange aufgeschoben werden müsste. Die Verantwortung dafür läge bei den Antragstellern. Dies sei in aller Klarheit festgehalten.

Wir bitten Sie, aus systematischen, grundsätzlichen, aber auch aus diesen verfahrenstechnischen Überlegungen den Minderheitsantrag Hafner Ursula abzulehnen.

**Schmid Peter:** Eines bleibt auch mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes bestehen, nämlich die Unterscheidung von Krankheit und Unfall und deren gesonderte Gesetzgebung. Dass es sich hier um eine rein akademische Aufteilung handelt, die nur noch historisch zu erklären ist, zeigt sich schon bei einer Durchsicht der entsprechenden Artikel beider Gesetze. Krankenversicherungen gewähren auch Leistungen bei Unfällen, sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt, und im Unfallversicherungsgesetz sind zum Beispiel Berufskrankheiten ebenfalls Gegenstand der Versicherung. Es trifft wohl auch zu, dass chronische Krankheiten Folge eines früher erlittenen Unfalls sein können oder dass zu einem späteren Zeitpunkt nur noch schwer zu ermitteln ist, ob ein Leiden von einem Unfall herrührt, einen beginnenden Krankheitszustand nur verstärkt oder gänzlich unabhängig davon auftritt.

Weil nun aber kranke und verunfallte Menschen versicherungsmässig unterschiedlich behandelt werden, braucht es für die Ermittlung von Ursachen ein Heer von Aerzten und für die geltend zu machenden Ansprüche ein ebensolches von Juristen. Sicher ist dabei nur, dass sich diese beiden Berufsgruppen daran gesundstossen, die Patienten aber nicht unbedingt zu ihrem Recht kommen. Es ist absolut nicht einzusehen, weshalb verunfallte Menschen ihr obligatorisches Taggeld haben, und Kranke nicht. Wer dem Arbeitsprozess entzogen ist und sofort oder nach einer gewissen Zeit keinen Lohn mehr erhält, muss dennoch für die alltäglichen, laufenden Ausgaben aufkommen, ob seine Arbeitsunfähigkeit nun krankheits- oder unfallbedingt ist.

Wenn man zudem bedenkt, dass die Zahl und die Kosten der Nichtberufsunfälle jene der Berufsunfälle übersteigen, dann ist die Ungleichbehandlung von Kranken und Verunfallten geradezu stossend. Oder leuchtet Ihnen ein, weshalb beispielsweise fahrlässiges Verhalten im Verkehr oder bei Extremsportarten, wenn dieses zu Unfällen führt, automatisch zum Bezug von Taggeldern berechtigt, die Heilung von Krankheiten nach operativen Eingriffen dagegen nicht? Unfälle geschehen nicht, sie werden im Unterschied zu Krankheiten durchwegs verursacht, wenn auch nicht immer von den Betroffenen selbst.

Es geht aber nicht darum, im Unfallversicherungsgesetz zur freiwilligen Taggeldversicherung überzugehen, wohl aber darum, für die Kranken ebenfalls eine obligatorische Taggeldversicherung zu gewährleisten. Weil in Familien mit traditioneller Arbeitsteilung die Männer meist über obligatorische Taggeldleistungen von Betriebsversicherungen verfügen, führt die freiwillige Taggeldversicherung im Krankheitsfall letztlich zu einer Schlechterstellung der Frau.

Schliesslich seien alle EWR- und EG-Begeisterten, die den Minderheitsantrag Hafner Ursula nicht befürworten, daran erinnert, dass die Einführung der obligatorischen Taggeldversicherung bei Krankheit eurokompatibel wäre. Ich bin zwar

auch der Meinung, dass das Schlagwort «Öffnung» nicht immer Gutes verheisst. Aber wenn schon Weltoffenheit von Fall zu Fall, dann müsste das Kriterium das breite Allgemeinwohl sein und nicht irgendwelche partiellen Verbands- und Eigeninteressen.

Ich bitte Sie daher im Namen der grünen Fraktion, bei Artikel 1 Absatz 1 dem Minderheitsantrag Hafner Ursula zuzustimmen.

**Sieber:** In der Schweiz haben 1990 rund zwanzig Konsumenten-, Behinderten- und Patientenorganisationen vehement ein Obligatorium in der Krankenversicherung gefordert. In den USA waren es sogar 184 Organisationen, die am 21. März 1993 mit einem Brief an Präsident Clinton gegen die freiwillige Krankenversicherung protestierten. Sie alle forderten das Obligatorium oder das Ende der freiwilligen Krankenversicherung. Unabhängig von den Unterschieden zwischen der Schweiz und den USA ist man sich hüben und drüben plötzlich einig, dass es mit der Freiwilligkeit seine Grenzen hat.

Dass Krankheit zwar einen obligatorischen Anspruch auf medizinische Behandlung auslöst, nicht aber einen obligatorischen Anspruch auf den Ersatz des Erwerbsausfalls, ist nun aber völlig widersprüchlich und unlogisch, denn das würde heissen, der Gesetzgeber Sorge zwar dafür, dass man mit einem Nierenversagen oder mit einem komplizierten Beinbruch wochenlang behandelt wird, dem gleichen Gesetzgeber sei es aber völlig egal, ob dieser kranke, behandlungsbedürftige Mensch und seine Familie in der Zwischenzeit die Mahlzeiten, die Miete, die Krankenversicherungsprämien bezahlen können oder nicht. Der Gesetzgeber würde nicht einmal dann intervenieren, wenn die Betroffenen infolge der Krankheit und des Erwerbsausfalles als Obdachlose vor der Türe stünden und von der Fürsorge betreut werden müssten.

Eine übertriebene Horrorvision? Keineswegs. Viele Firmen mit vorab jungen Leuten – zum Beispiel aus der EDV-Branche – schliessen keine Taggeldversicherung mehr ab. Wenn sie Mitarbeiter entlassen müssen, haben diese keinerlei Taggeldschutz. Diese Arbeitslosen finden auch kaum eine Versicherung, die sie zu anständigen Prämien neu versichert.

In der Botschaft steht, das Versicherungsobligatorium für Arbeitnehmer sei nach Ansicht des Bundesrates in dieser Vorlage nicht zu verwirklichen. Der Bundesrat verweist auf eine entsprechende Vorlage aus dem Jahre 1981, die vom Parlament abgelehnt worden ist. Nun, seit 1981 haben sich die Zeiten gewaltig verändert und mit ihnen auch die Beschlüsse des Parlamentes. Was 1981 noch jenseits von Gut und Böse schien, ist heute fast unangefochten: das Obligatorium in der Krankenpflegeversicherung. Als Gegenstück muss die Taggeldversicherung konsequenterweise ebenfalls obligatorisch werden.

Namens der LdU/EVP-Fraktion bitte ich Sie, das zeitgemässe Obligatorium auch in der Taggeldversicherung zu unterstützen.

**Eymann Christoph:** Ich bitte Sie im Namen der liberalen Fraktion, den Minderheitsantrag Hafner Ursula abzulehnen.

Ein Obligatorium der Taggeldversicherung führt zu einer Belastung der Wirtschaft, also der Arbeitgeber und der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Es muss auch in Zukunft den Sozialpartnern überlassen bleiben, ob in Gesamtarbeitsverträgen Taggeldversicherungen eingeschlossen werden oder nicht. Die Revision der Krankenversicherung jedenfalls soll nicht zum Anlass genommen werden, zusätzliche Obligationen einzuführen. Diese Obligationen führen nämlich zu einer Kostenerhöhung, und diese können wir gerade jetzt nicht gebrauchen.

Ich bitte Sie also, den Minderheitsantrag Hafner Ursula abzulehnen.

**M. Deiss:** Le groupe démocrate-chrétien appuie la majorité de la commission quant à la question de l'assurance d'indemnités journalières. Il fonde cet avis sur trois arguments que je vous cite brièvement.

Premièrement, un argument d'ordre pratique. Il faudrait en effet réexaminer tout le titre 3 de ce projet si l'on voulait passer à

une assurance obligatoire d'indemnités journalières. Le parallèle fait avec l'assurance-accidents peut tenir la route dans une certaine mesure, mais toute une série de questions seraient à revoir. Il y a la coordination, par exemple, avec le devoir de l'employeur de verser le salaire en cas de maladie. Il y a par ailleurs les efforts de nombreuses entreprises d'aller au-delà des exigences légales. Il y a par exemple la question de savoir si on devrait aussi supprimer la possibilité de conclure des assurances collectives en la matière, à partir du moment où cette assurance serait obligatoire.

Le deuxième argument est d'ordre politique. Il y a, dans notre système de sécurité sociale, encore beaucoup de domaines où des améliorations seraient souhaitables. Mais le réalisme nous demande aujourd'hui de ne pas charger inutilement ce projet, dont le but premier est de régler la question de l'assurance de base en cas de maladie. Ayons donc cette clarté politique de viser cet objectif, et cet objectif d'abord.

A part ces deux arguments d'ordre pratique et politique, donc opportuns, il y a encore un argument de fond. Il est fait un parallèle avec l'obligation de l'assurance-maladie pour les soins de base. On nous dit qu'une assurance-maladie obligatoire sans indemnités journalières obligatoirement assurées aussi ne serait pas complète. Ce parallèle ne fonctionne pas puisque les deux domaines sont tout de même différents. L'assurance-maladie, dans son assurance de base, tend ou vise à former une communauté de solidarité nationale qui englobe toute la population, les actifs comme les non-actifs. Une assurance d'indemnités journalières, si elle ne vise pas au-delà de l'objectif, ne devrait, elle, concerner que la population active, puisque, logiquement, vous ne sauriez vous assurer contre un risque qui n'existe pas lorsque vous n'avez pas d'activité lucrative.

Il s'agit donc bien de deux questions différentes, et c'est pour ces raisons que le groupe démocrate-chrétien vous recommande de suivre la majorité de la commission.

**M<sup>me</sup> Brunner Christiane:** La gauche fondamentaliste – comme le dit M. Allenspach – représente tout de même les intérêts de tous les salariés de ce pays, et en ce sens-là, je suis fière aujourd'hui de faire partie de cette gauche «fondamentaliste».

Nous revendiquons pour les salariés de ce pays une couverture sociale normale, c'est-à-dire tout simplement de savoir, au moment où survient une incapacité de travail due à la maladie, si oui ou non on est assuré contre la perte de gain et si la couverture sociale est véritablement garantie pendant cette incapacité de travail.

Il est trop facile de dire que c'est là le domaine des partenaires sociaux et que l'on doit régler cela par conventions collectives. Un certain nombre de conventions collectives le font, instaurent une assurance d'indemnités journalières obligatoire, d'autres conviennent simplement de l'obligation de payer le salaire pendant un certain temps, avec une assurance différée dans le temps ou sans assurance du tout. Ce que l'on constate, c'est que le salarié en Suisse ne sait pas quelle est sa couverture sociale au moment où surgit une maladie entraînant une incapacité de travail. Cette situation est anormale, elle est unique en Europe, et nous pensons que même dans cette loi, qui ne traite pour l'instant que de l'assurance des soins, il est important de soulever cette question et de la remettre sur le tapis.

On verra bien, et on le constatera au vote sur l'ensemble, qui soutient la révision de l'assurance-maladie. Ce n'est pas par l'analyse d'une seule proposition importante pour notre régime de sécurité sociale que l'on peut savoir, finalement, qui soutient le projet de loi que nous discutons ces jours-ci.

Je crois qu'on peut facilement, si on a la volonté politique, introduire l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le faire bien sûr uniquement pour les travailleurs et les travailleuses concernés, ceux qui exercent une activité lucrative, et prendre modèle pour ceci sur l'assurance-accidents. C'est cette volonté politique qui n'a pas passé dans la majorité de la commission pour des raisons d'opportunité et d'équilibre, mais c'est aussi cette volonté politique, que l'on retrouve dans la proposition Hafner Ursula, de véritablement compléter aujourd'hui notre système par une couverture sociale totale.

**Rychen:** Bei der Taggeldversicherung handelt es sich um eine Einkommensausfallversicherung. Nach Auffassung der SVP-Fraktion muss diese Versicherungsart freiwillig bleiben. Jeder soll sein Risiko selber ein- und abschätzen. Es soll jeder selber entscheiden können, für wie viele Tage, Wochen, Monate er eine solche Versicherung abschliessen will und vor allem auch, ab welchem Tag, nachdem ihn die Krankheit vom Arbeitsplatz ferngehalten hat.

Der Minderheitsantrag Hafner Ursula impliziert ein allumfassendes Obligatorium – also nicht nur für die Arbeitnehmer –, und das führt entschieden zu weit. Hier haben wir nun ein Beispiel, wo mehr Eigenverantwortung nötig ist. Die soziale Komponente ist nicht notwendig, und in diesem Sinne lehnt die SVP-Fraktion den Minderheitsantrag Hafner Ursula entschieden ab und empfiehlt Ihnen, sich auf keinen Fall auf das Abenteuer einer obligatorischen Taggeldversicherung einzulassen.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Erinnern wir uns an den Hauptzweck dieses Gesetzes, nämlich die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Dass es Obligatorien generell schwer haben, habe ich Ihnen im Eintretensvotum dargelegt. In der Vernehmlassung wurde ein Obligatorium für das Taggeld deutlich abgelehnt. Uebrigens ist ja auch die Vorlage von 1987 u. a. nicht zuletzt an der Frage des Obligatoriums im Taggeldbereich gescheitert. Der Bundesrat hat konsequenterweise in der neuen Vorlage keine Aenderung in der Taggeldversicherung vorgeschlagen. Die Kommission wollte die Krankenpflegeversicherung auch nicht mit dem Bereich Taggeld belasten. Ich kann nur bestätigen: Eine Zustimmung zu einem Taggeldobligatorium würde mindestens die Rückweisung der Vorlage an die Kommission bedeuten.

In der Kommission wurde das Taggeldobligatorium mit 13 zu 10 Stimmen abgelehnt. Die Mehrheit ist damit Bundesrat und Ständerat gefolgt.

Ich bitte Sie, ein Gleiches zu tun.

**M. Philippona, rapporteur:** C'est par 13 voix contre 10 que la majorité de la commission vous propose d'en rester à une assurance facultative en ce qui concerne les indemnités journalières.

Je ne vais pas reprendre les arguments des deux camps, ils ont déjà été développés ici. Je vous dirai simplement que la commission a fait la réflexion suivante, qui est valable pour cet article, mais aussi pour l'ensemble de la loi: afin de rester dans l'équilibre du projet, il faut éviter de trop charger le bateau si nous voulons qu'il arrive à bon port. Je crois que c'est la réflexion de base qui a influencé le résultat très important concernant cet article.

Nous vous demandons par conséquent d'en rester à ce que proposent le Conseil fédéral, le Conseil des Etats et la majorité de la commission.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** Face au problème de l'assurance d'indemnités journalières, on peut fondamentalement avoir trois attitudes: celle d'exclure de la loi fédérale sur l'assurance-maladie toute réglementation dans ce domaine, d'en faire un pur contrat de droit privé qui priverait les assurés de la protection minimale actuellement prévue en termes de réserve, de libre passage, etc. Cette voie est à mon avis inacceptable, elle n'est d'ailleurs proposée par personne.

La deuxième possibilité, c'est de rendre l'indemnité journalière obligatoire. J'ai dit tout à l'heure effectivement que les arguments qui préchent en faveur du caractère obligatoire de l'assurance des soins valent également, vraisemblablement peut-être davantage encore, pour l'assurance d'indemnités journalières. C'était l'avis du Conseil fédéral dans le projet qu'il a présenté en 1981. Cependant, le Conseil fédéral a bien dû constater que cette proposition était refusée par le Parlement et que ce qui en est resté, finalement, c'est-à-dire l'assurance-maternité, avait été à l'époque refusé par le peuple lors du vote du 6 décembre 1987.

La troisième possibilité, c'est une indemnité journalière facultative, mais réglementée dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie, soit le projet que nous vous proposons. Je reconnais qu'effectivement la proposition de la minorité consis-

terait à mettre entre parenthèses le projet actuel, c'est-à-dire l'indemnité journalière facultative réglementée par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, et nous renverrait donc pour le moment à la situation inacceptable de l'absence de réglementation, ou alors retarderait l'adoption d'une loi dont j'ai souligné tout à l'heure le caractère urgent. C'est la première raison pour laquelle je pense qu'il faut repousser la proposition de la minorité.

Le Conseil des Etats et la majorité de votre commission se sont prononcés en faveur de cette assurance facultative. Ils ont cependant amélioré ou modifié le projet du Conseil fédéral sur trois points: le Conseil des Etats a étendu la durée des prestations de 10 à 16 semaines en cas de maternité; la majorité de votre commission propose l'égalité des cotisations entre hommes et femmes dans les assurances privées ainsi que l'interdiction d'exclure les prestations en cas de maternité des assurances d'indemnités journalières. C'est sur ces points-là que nous discuterons lorsque nous serons arrivés aux articles pertinents, mais je crois qu'avec les améliorations proposées la commission a été au maximum de ce qu'elle pouvait faire pour élargir le cadre du projet du Conseil fédéral, et je vous invite donc à vous rallier à la proposition de la majorité de la commission.

Les raisons pour lesquelles je défends ici ce point de vue sont claires: il y a un passé, il y a une histoire, il y a un vote parlementaire dont nous devons tenir compte par rapport au projet du Conseil fédéral, mais surtout, la révision de l'assurance des soins est prioritaire. Donnez-lui toutes les chances d'aboutir en vous ralliant à la majorité de la commission.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	98 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	56 Stimmen

#### Abs. 2 – Al. 2

##### Angenommen – Adopté

#### Art. 2

##### Antrag der Kommission

##### Abs. 1

##### Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Minderheit

(Hafner Rudolf, Gonseth, Keller Rudolf, Sieber)

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, seelischen oder geistigen ....

#### Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Antrag Hollenstein

##### Abs. 1

.... Untersuchung, Behandlung oder Pflege erfordert oder eine ....

#### Art. 2

##### Proposition de la commission

##### Al. 1

##### Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Minorité

(Hafner Rudolf, Gonseth, Keller Rudolf, Sieber)

.... la santé physique, psychique ou mentale ....

#### Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Proposition Hollenstein

##### Al. 1

.... un examen, un traitement médical ou des soins ou provoque ....

#### Abs. 1 – Al. 1

**Hafner Rudolf**, Sprecher der Minderheit: Im Gesetzentwurf ist der Begriff der Krankheit umschrieben als «jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit». Das ist

eine sehr kurze Definition; bekanntlich muss aber Kürze nicht gleich realistisch sein. Tatsächlich ist es so, dass sich sehr viel im seelischen oder im psychischen Bereich abspielt. In dieser Definition gemäss KVG-Entwurf ist das eigentlich nicht enthalten. Es ist heute eine allgemeine Erscheinung, dass bereits in den Schulen der Unterricht sehr intellektuell erfolgt und der ganze Bereich des Seelischen unterdrückt wird. Das kann mit ein Grund sein, warum gerade in diesem Bereich heute so viele Krankheitsfälle auftreten.

Ich habe im Duden nachgeschaut – der Duden ist ja das grundlegende Sprachwerk für den deutschsprachigen Raum –; im Duden-Bedeutungswörterbuch wird die Seele u. a. wie folgt umschrieben: «Gesamtheit, gesamter Bereich dessen, was das Fühlen, Empfinden, Denken eines Menschen ausmacht.» Es wird dann noch ein Anwendungsbeispiel aufgeführt, nämlich: «eine zarte, empfindsame, .... Seele haben». Im Duden werden der Seele und Psyche als sinnverwandt bezeichnet. Der Begriff «Seele» ist sehr alt, er wurde bereits im Altgermanischen verwendet. «Psyche» ist ein etwas neuerer Begriff, er ist seit dem 19. Jahrhundert gebräuchlich.

In der Kommission wurde diese Frage nur sehr kurz diskutiert, nach meiner Auffassung in etwas schlaumeierischer Art und Weise. Man hat darauf tendiert zu sagen, das Seelische sei im Geistigen inbegriffen. Das ist eine einfache Betrachtungsweise; mindestens der Duden, der im sprachlichen Gebrauch doch wegweisend ist, gibt für das Geistige klar eine andere Definition: «Geist: denkendes Bewusstsein des Menschen; Fähigkeit zu denken». Wenn Sie das so betrachten, merken Sie, dass das klar etwas anderes betrifft.

Im KVG sind psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen durchaus enthalten; das ist also bei den Leistungserbringern auch aufgeführt. Wenn Sie die Definition der Kommissionmehrheit annehmen würden, ergäbe sich ein krasser Widerspruch. Dann wäre im Prinzip alles, was den seelisch/psychischen Bereich betrifft, nicht enthalten. Das kann niemand von Ihnen so wollen. Die Lösung liegt darin, dass Sie wirklich das Seelische bei der Definition des Krankheitsbegriffes einschliessen, weil sonst etwas krass falsch definiert wird. Ich nehme aber an, auch wenn Sie der Kommissionmehrheit zustimmen, ist nicht die Meinung, dass Sie die psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen ausschliessen möchten.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass keine entsprechenden Experten an der Kommissionssitzung eingeladen wurden. Es waren keine Psychiater da, welche diese Definition vertreten hätten. Es war auch kein Etymologe oder Sprachwissenschaftler anwesend. Es muss leider konstatiert werden, dass die Kommission nicht einmal so weit gegangen ist, wenigstens den Duden zu konsultieren.

Leider hat man die neueren Erkenntnisse eines anderen Bundesamtes im gleichen Departement, nämlich des Bundesamtes für Gesundheitswesen, auch nicht konsultiert. Dort ist nämlich ein grösserer Bericht zum Gesundheitswesen herausgekommen, der «Gesundheitsbericht für die Bevölkerung der Schweiz», und dort ist man auch von einem erweiterten Gesundheitsbegriff ausgegangen. Das wurde in einer Krankenkassenzeitung kurz dokumentiert. Es hiess dort, dass es ja wohl unbestritten sein dürfe, dass negative Umwelteinflüsse psychische Störungen, soziale Bedrängnisse und körperliche Krankheiten auslösen oder verstärken könnten. Sie sehen also, ein anderes Bundesamt hat hier eine fortschrittlichere Haltung gezeigt.

In dem Sinne bitte ich Sie, dem Minderheitsantrag zu folgen. Die massgebliche Organisation, Pro Mente Sana, ist für die Ergänzung, und auch die grüne Fraktion ist der Auffassung, man solle das Seelische und Psychische in die Definition einschliessen.

**Frau Hollenstein:** Mein Antrag will bloss eine sprachliche Unkorrektheit beheben. In Artikel 2 wird bei der Definition von Krankheit unter anderem gesagt: «Krankheit ist jede Beeinträchtigung ...., die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert ....» Mir fehlt darin der Aspekt der Pflege: Krankheit verlangt nicht nur medizinische Untersuchung und

Behandlung, sondern oftmals auch pflegerische Begleitung und Unterstützung. Die beiden Begriffe – «Behandlung» und «Pflege» – sind aber nicht dasselbe, noch beinhaltet der Begriff «Behandlung» die Pflege. In der Aussage «medizinische Untersuchung oder Behandlung» ist die Arbeit des Pflegepersonals nur zu einem minimalen Anteil erwähnt.

Pflege kann Behandlung beinhalten, macht aber nur einen kleinen Teil der Berufsausübung der Pflegenden aus. Die vorliegende Formulierung widerspricht den Berufsvorstellungen der Pflegeberufe und stützt sich auf eine noch vor 50 Jahren anerkannte Berufsvorstellung. Damals wurde das Pflegepersonal noch als voll dem Arzt untergeordnet verstanden. Wenn die Pflege nicht erwähnt wird, stimmt die Krankheitsdefinition genau für diejenige Berufsgruppe nicht, die am häufigsten und unmittelbarsten mit Kranken zu tun hat.

Im übrigen ist es seit Jahren in vielen Spitälern so, dass sich die Spitalleitung aus Verwaltung, Aerzteschaft und Pflegedienstvertretung zusammensetzt. Auch daran erkennen wir, dass sich der Pflegedienst zu einem eigenständigen Berufsstand entwickelt hat und als solcher anerkannt wird. Es ist nicht zu akzeptieren, dass ein Gesetzesartikel verabschiedet wird, der die zahlenmässig wichtigste Berufsgruppe, das Pflegepersonal, ausgrenzt.

Meine Forderung, der Begriff «Pflege» sei in Ergänzung zur «Behandlung» in die Definition zu integrieren, schafft keine neuen Sachzwänge, sondern gibt lediglich die gegenwärtige Berufsrealität wieder. Diese Ergänzung kann dazu beitragen, dass das Image der Pflegeberufe verbessert wird. Wichtig ist, dass die Integration des Begriffs «Pflege» keine Leistungserweiterung zur Folge hat. Es wurde mir auch von der Verwaltung bestätigt, dass wir damit kein Präjudiz für ein Uebernehmen von zusätzlichen Kosten schaffen. Durch die Annahme meines Antrages wird lediglich die gegenwärtige Situation korrekt beschrieben. Es werden keine neuen Sachzwänge geschaffen, weil es sich nicht um eine Leistungserweiterung handelt.

Mit der Zustimmung zum Antrag betonen wir, dass das Pflegepersonal heutzutage nicht einfach medizinisches Hilfspersonal ist, sondern dass sich das Pflegepersonal durch eine eigene Fachkompetenz ausweist. Dies kommt auch im zweiten Teil des Gesetzes zum Ausdruck. Es geht also um die Akzeptanz dieser Tatsache. Mit der Erwähnung von «Pflege» in Artikel 2 Absatz 1 schaffen wir nicht mehr als etwas Uebereinstimmung im ganzen Gesetz. Der letzte Teil des Satzes, «... oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat», fällt nicht weg. Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

**Sieber:** Ich spreche als Seelsorger und nicht nur als «Seelsorger» oder «Saalsorger».

Da stellt sich für mich eine Frage, und zwar eine Frage der Definition: «Geistig» bedeutet all das, was im Krankheitsfall oder bei Unfällen schädliche Auswirkungen auf das Gehirn hat. «Seelisch» meint doch im Grunde genommen Störungen in der Befindlichkeit, die lebensgeschichtlich bedingt sind. In diesem Zusammenhang müsste man von Depressionen sprechen, müsste man auch vom Suizid sprechen. Wir wissen, dass die Schweiz in diesen Angelegenheiten an vorderster Stelle steht.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Es ist neu, dass wir im Krankenversicherungsgesetz eine Definition haben. Diese Definition stützt sich auf den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts. Dieser Teil wurde vom Ständerat bereits verabschiedet und wird im nächsten Jahr von uns zu behandeln sein.

Zur Definition der körperlichen oder geistigen Gesundheit: «Geistig» umfasst nach allgemeinem Verständnis eben auch den seelischen Bereich, die psychischen Krankheiten. Es ist nicht so, dass diese ausgeschlossen wären; der Beweis liegt darin, dass nach alter Tradition auch die psychiatrischen Kliniken unter die Heilanstalten zählen. Und den Beweis treten wir in diesem Gesetz noch zusätzlich an, indem jetzt expressis verbis auch die Psychotherapien zugelassen werden.

Die Kommission hat den Minderheitsantrag Hafner Rudolf mit 9 zu 6 Stimmen bei 6 Enthaltungen abgelehnt.

Ich bitte Sie auch um Ablehnung, eben aus dem Gedanken heraus, dass es sich hier um die für alle Sozialversicherungen gültige Definition handeln muss.

Zum Antrag Hollenstein: Die Pflege ist nach heutigem Verständnis in der Tat in der Behandlung inbegriffen. Den Beweis haben Sie auch hier: Der Gesetzentwurf sieht den Ausbau des Spitex-Bereiches vor. Der Antrag lag aber in der Kommission nicht vor. Es gilt jedoch auch hier der Verweis auf den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts. Man kann nicht für jedes Gesetz eine neue Definition aufstellen.

**M<sup>me</sup> Drelfuss, conseillère fédérale:** En ce qui concerne la proposition de minorité Hafner Rudolf, j'aimerais vous recommander de ne pas le suivre sur ce terrain.

Je crois qu'il est important de se rallier à des définitions généralement acceptées; c'est ce qu'a fait le Conseil fédéral en s'appuyant sur la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé qui parle d'un état de complet bien-être physique, mental et social. Nous nous sommes également inspirés des travaux qui ont déjà eu lieu au Conseil des Etats pour la partie générale du droit des assurances sociales, et sur la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances. Je crois que, dans une définition de ce que peuvent être les atteintes à la santé, il vaut mieux s'appuyer sur des concepts déjà bien établis plutôt que d'en créer de nouveaux qui sont sujets à discussion.

En ce qui concerne la proposition Hollenstein, elle ne crée effectivement pas d'obligation nouvelle. Elle décrit peut-être quelque chose qui est insuffisamment pris en compte dans le projet du Conseil fédéral sous le terme de traitement médical. J'aimerais tout simplement souligner que, là aussi, la définition telle qu'elle figure actuellement dans la partie générale du droit des assurances sociales se limite au traitement médical et n'inclut pas la notion de soins.

En résumé, j'aimerais vous inviter à rejeter la proposition de minorité Hafner Rudolf. En ce qui concerne la proposition Hollenstein, je m'en remets à la sagesse du Parlement.

**Präsident:** Die SD-Lega Fraktion lässt mitteilen, dass sie den Antrag der Minderheit Hafner Rudolf unterstützt; die freisinnig-demokratische Fraktion lehnt diesen Minderheitsantrag ab.

**Abstimmung – Vote**

*Eventuell – A titre préliminaire*  
Für den Antrag der Mehrheit 69 Stimmen  
Für den Antrag Hollenstein 56 Stimmen

*Definitiv – Définitivement*  
Für den Antrag der Mehrheit 83 Stimmen  
Für den Antrag der Minderheit 50 Stimmen

**Abs. 2, 3 – Al. 2, 3**  
*Angenommen – Adopté*

**1. Abschnitt (neu)**  
*Antrag der Kommission*  
*Titel*  
Allgemeine Bestimmungen

**Section 1 (nouvelle)**  
*Proposition de la commission*  
*Titre*  
Règles générales

*Angenommen – Adopté*

**Art. 3–5**  
*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates  
*Proposition de la commission*  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 6***Antrag der Kommission**Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2*

..., einem Versicherer zu.

(Rest des Absatzes streichen)

**Art. 6***Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2*

... à cette obligation en temps utile.

(Biffer le reste de l'alinéa)

*Angenommen – Adopté***Art. 7***Antrag der Kommission**Abs. 1, 2*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2bis (neu)*

Muss der Versicherte einen Versicherer verlassen, weil er seinen Wohnort verlegt oder die Stelle wechselt, endet das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes oder des Stellenantritts beim neuen Arbeitgeber.

*Abs. 2ter (neu)*

Führt ein Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung gemäss Artikel 10.

*Abs. 3*

... insbesondere die Prämien Differenz. Hat der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist.

*Abs. 4*

Streichen

**Art. 7***Proposition de la commission**Al. 1, 2*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2bis (nouveau)*

Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment où il change de résidence, ou qu'il prend son travail auprès d'un nouvel employeur.

*Al. 2ter (nouveau)*

L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer selon l'article 10, lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

*Al. 3*

... la différence de prime. Dès qu'il a reçu la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus.

*Al. 4*

Biffer

*Angenommen – Adopté***2. Abschnitt (neu)***Antrag der Kommission**Titel*

Ruhe der Unfalldeckung

**Section 2 (nouvelle)***Proposition de la commission**Titre*

Suspension de la couverture des accidents

**Art. 7a (neu)***Antrag der Kommission**Titel*

Grundsatz

*Abs. 1*

Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden, solange der Versicherte nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch voll für dieses Risiko gedeckt ist. Der Versicherer veranlasst das Ruhen auf Antrag des Versicherten, wenn dieser nachweist, dass er voll nach dem UVG versichert ist. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt.

*Abs. 2*

Die Unfälle sind nach diesem Gesetz gedeckt, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört.

*Abs. 3*

Die soziale Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihr versichert waren.

**Art. 7a (nouveau)***Proposition de la commission**Titre*

Principe

*Al. 1*

La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA). L'assureur procède à la suspension lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Il réduit la prime en conséquence.

*Al. 2*

Les accidents sont couverts en vertu de la présente loi dès que la couverture selon la LAA cesse totalement ou en partie.

*Al. 3*

L'assurance-maladie sociale prend en charge toutes les suites d'accidents qu'elle assurait avant la suspension de couverture.

**Art. 7b (neu)***Antrag der Kommission**Titel*

Informationspflicht gegenüber dem Versicherer

*Abs. 1*

Scheidet eine dem Obligatorium nach UVG unterstellte Person aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtberufsunfallversicherung aus, hat ihr Arbeitgeber dies dem Versicherer nach diesem Gesetz mitzuteilen, bevor die Unfalldeckung nach UVG endet. Die gleiche Pflicht trifft die Arbeitslosenversicherung, wenn der Anspruch auf Leistungen ihr gegenüber erlischt und die betreffende Person kein neues Arbeitsverhältnis eingeht.

*Abs. 2*

Wurde der Versicherer nicht nach Absatz 1 informiert, hat der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zur Kenntnisnahme davon durch den Versicherer zu bezahlen. Dem Versicherer steht überdies ein Rückgriffsrecht gegenüber dem Arbeitgeber oder der Arbeitslosenversicherung zu hinsichtlich der Leistungen für Unfälle, die während dieser Zeit eingetreten und nicht durch die obligatorische Versicherung nach UVG gedeckt sind.

**Art. 7b (nouveau)***Proposition de la commission**Titre*

Obligation d'informer l'assureur

*Al. 1*

Lorsqu'une personne soumise à l'assurance obligatoire selon la LAA quitte son emploi ou cesse d'être assurée pour les accidents non professionnels, son employeur doit en informer l'assureur au sens de la présente loi avant que la couverture selon la LAA prenne fin. La même obligation incombe à l'assurance-chômage lorsque le droit aux prestations de celle-ci expire sans que l'intéressé prenne un nouvel emploi.

**Al. 2**

Si l'assureur n'a pas été informé conformément au 1er alinéa, l'employeur ou l'assurance-chômage doit verser, avec intérêts moratoires, la part de prime correspondant à la couverture des accidents pour la période allant de la cessation de la couverture selon la LAA au moment où l'assureur a eu connaissance de celle-ci. En outre, l'assureur a un droit de recours contre l'employeur ou l'assurance-chômage à raison des prestations versées pour tout accident non couvert par l'assurance obligatoire selon la LAA qui s'est produit au cours de cette période.

**Art. 7c (neu)**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Informationspflicht gegenüber dem Versicherten

*Text*

Der Versicherer hat den Versicherten bei seinem Beitritt zur sozialen Krankenversicherung schriftlich auf sein Recht nach Artikel 7a hinzuweisen.

**Art. 7c (nouveau)**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Obligation d'informer l'assuré

*Texte*

Lors de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale, l'assureur doit, par écrit, attirer l'attention de l'assuré sur la possibilité de présenter une demande au sens de l'article 7a.

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Ich denke, wir dürfen den neu eingefügten 2. Abschnitt mit den Artikeln 7a bis 7c nicht ohne ein erläuterndes Wort durchgehen lassen.

Hier hat die Kommission innovativ etwas eingefügt, nämlich die Möglichkeit des Ruhens der Unfalldeckung. Wir wollten damit einem weitverbreiteten und alten Wunsch entgegenkommen, wonach es keine Doppelversicherung mehr geben soll. Es gab zwei Schwierigkeiten: Es galt, Lücken in der Deckung zu vermeiden, und es galt zu überlegen, ob der administrative Aufwand gegenüber der nur minimalen Reduktion bei der Prämienbelastung gerechtfertigt ist. Ich erinnere daran: Es ist eine Kann-Vorschrift. Die Lücken haben wir vermieden, es ist ein absolut sicheres System. Entweder gilt die obligatorische Deckung nach UVG oder dann gilt die subsidiäre Unfalldeckung. Mit unserer Lösung fällt niemand durch die Maschen.

**Aufwand und Ertrag:** Schätzungen der Krankenkassen besagen, dass das bei denjenigen Versicherten, die von dieser Sistierung Gebrauch machen, eine Prämienreduktion um 4 bis 5 Prozent bedeuten kann, weil das Risiko eben alle betrifft; es wäre ein breit verteiltes Risiko gewesen. Bei den Versicherten, die die subsidiäre Unfalldeckung beanspruchen, macht die Differenz vermutlich 10 Prozent aus.

Die Kommission hat der Schaffung dieser Möglichkeit des Ruhens der subsidiären Unfalldeckung einstimmig zugestimmt. Für die weitere Erklärung verweise ich Sie auf den Bericht der Kommission.

**M. Phillipona**, rapporteur: Quelques mots au sujet de cette nouvelle section 2 qui concerne la suspension de la couverture de l'assurance-accidents.

Le principe de la loi est que les accidents sont couverts à titre subsidiaire, mais la commission, voulant chercher à éviter au maximum la double assurance, vous propose la solution suivante: tout d'abord l'assuré, selon la LAA, peut demander la suspension de son assurance. Il en résultera une légère réduction de sa prime. S'il n'est plus assuré par la LAA, il est automatiquement réintégré, ce qui évite toute lacune d'assurance.

L'employeur, quant à lui, est responsable d'avertir en cas de réduction de la couverture et, au cas où il ne le ferait pas, où il ne satisfait pas à son devoir d'informer, il doit en payer les conséquences.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 8**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 9**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Krankenkassen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechtes, die keinen Erwerbszweck verfolgen, hauptsächlich die soziale Krankenversicherung betreiben und vom Eidgenössischen Departement des Innern (Departement) anerkannt sind.

*Abs. 2–4*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 9**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (département).

*Al. 2–4*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 10**

*Antrag der Kommission*

*Titel, Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2*

....

d. auch die Einzeltaggeldversicherung nach diesem Gesetz durchführen;

....

*Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 10**

*Proposition de la commission*

*Titre, al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2*

....

d. .... l'assurance individuelle d'indemnités ....

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 11, 12**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 13**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 13**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats



Al. 2  
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 14**

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates  
*Proposition de la commission*  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 15**

*Antrag der Kommission*  
*Abs. 1*  
.... Genehmigung des Departementes. Es sorgt dafür, dass die Versicherten in den Organen der Stiftung angemessen vertreten sind. Kommt die ....  
*Abs. 2–6*  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 15**

*Proposition de la commission*  
*Al. 1*  
.... l'approbation du département. Il veille à ce que les assurés soient convenablement représentés dans les organes de la fondation. Le Conseil fédéral ....  
*Al. 2–6*  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Abschnitt 2a (neu)**

*Antrag der Kommission*  
*Titel*  
Förderung der Gesundheit

**Section 2a (nouvelle)**

*Proposition de la commission*  
*Titre*  
Promotion de la santé

**Art. 15a (neu)**

*Antrag der Kommission*  
*Titel*  
Förderung der Verhütung von Krankheiten  
*Abs. 1*  
Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten. Sie arbeiten mit den Kantonen, mit den interessierten Organisationen, insbesondere der Suva, sowie andern interessierten Kreisen zusammen und koordinieren gleichartige Bestrebungen.  
*Abs. 2*

Der Bundesrat bestellt dazu eine Koordinationskommission und wählt den Vorsitzenden. Die Kommission setzt sich aus Vertretern der Versicherer, der Suva, der Aerzte, der Wissenschaft, des Bundes, der Kantone sowie der auf dem Gebiete der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände zusammen.

**Art. 15a (nouveau)**

*Proposition de la commission*  
*Titre*  
Promotion de la prévention des maladies  
*Al. 1*  
Les assureurs encouragent la prévention des maladies. Ils collaborent avec les cantons, les organisations intéressées, en particulier la CNA, ainsi qu'avec d'autres milieux intéressés et coordonnent les différentes actions entreprises.  
*Al. 2*

Le Conseil fédéral nomme à cet effet une commission de coordination et en désigne le président. La commission est composée de représentants des assureurs, de la CNA, des médecins, des milieux scientifiques, de la Confédération, des cantons ainsi que des organisations spécialisées dans le domaine de la prévention des maladies.

**Art. 15b (neu)**

*Antrag der Kommission*  
*Titel*  
Tätigkeit  
*Text*

Die Kommission arbeitet selbständig und kann Aufgaben geeigneten Fachgremien übertragen. Der Bundesrat übt die Aufsicht über die Tätigkeit der Koordinationskommission aus. Budgets, Rechnung und Rechenschaftsbericht sind dem BSV zur Genehmigung vorzulegen.

**Art. 15b (nouveau)**

*Proposition de la commission*  
*Titre*  
Activité  
*Texte*

La commission est indépendante et peut charger des organismes spécialisés de certaines tâches. Le Conseil fédéral surveille l'activité de la commission de coordination. Les budgets, les comptes et le rapport d'activité sont présentés pour approbation de l'Ofas.

**Art. 15c (neu)**

*Antrag der Kommission*  
*Titel*  
Finanzierung  
*Abs. 1*

Von jeder nach diesem Gesetz obligatorisch versicherten Person ist jährlich ein Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung zu erheben.

*Abs. 2*

Der Bundesrat setzt auf Antrag der Koordinationskommission den Beitrag fest.

**Art. 15c (nouveau)**

*Proposition de la commission*  
*Titre*  
Financement  
*Al. 1*

Une contribution annuelle pour la prévention générale des maladies est perçue de chaque assuré obligatoire.

*Al. 2*

Le Conseil fédéral fixe la contribution sur proposition de la commission de coordination.

*Antrag Sandoz*

*Art. 15a–15c*  
Streichen

*Proposition Sandoz*

*Art. 15a–15c*  
Biffer

M<sup>me</sup> Sandoz: Je précise que ma proposition ne concerne pas que l'article 15a; elle concerne globalement toute la section 2a, c'est-à-dire les trois articles qui la constituent.

Il est incontestable que la prévention est une notion importante, notamment parce qu'elle conduit, à long terme certainement, à une diminution du coût de la maladie. Il est donc parfaitement légitime qu'une loi fédérale sur l'assurance-maladie se préoccupe de la prévention. Mais il est évident que, pour que la prévention soit efficace, il faut créer une atmosphère favorable à la prévention. Or une telle atmosphère pourrait être créée, par exemple, par la perspective d'une diminution de primes, puisqu'à long terme les coûts de la maladie sont diminués si la prévention est efficace. Ou bien encore, l'incitation pourrait résulter de la perspective de prise en charge, éventuellement, de certains coûts de mesures de prévention par les assurances.

En revanche, il est évident que la prévention n'est pas favorisée par la création de mesures administratives ou par la création de charges financières supplémentaires sur les épaules des assurés. Or c'est précisément par ce mauvais bout que l'on songe à développer la prévention dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Regardez vos articles: on propose la



51

création d'une commission de coordination, on prévoit que cette commission pourra donner des mandats à des organismes spécialisés, dont on ne sait pas s'ils existent déjà tous ou s'ils devront être créés, et on prévoit, comble de tout, que les frais seront supportés annuellement, en tout ou en partie, par les assurés. Mais c'est véritablement irresponsable que d'ajouter aux primes de l'assurance-maladie des frais de participation administratifs à des organes généraux de prévention. Je crois que le bon sens et le respect, malgré tout, des charges financières des assurés veulent que l'on rejette cette section 2a.

Cependant, il y a dans cette section une bonne phrase: la première phrase de l'article 15a qui prévoit que les assureurs doivent encourager la prévention des maladies. Mais il n'est pas logique de mettre une seule phrase dans une section. D'où ma proposition de déplacer cette phrase et de la mettre au début de l'article 20 qui concerne la prévention, de telle façon que, ultérieurement, que vous suiviez la majorité ou la minorité de la commission à propos de l'article 20, vous puissiez néanmoins, parce que ça n'a rien à voir avec la suite, poser à cet article le principe juste selon lequel les assureurs doivent encourager la prévention des maladies.

Je vous propose donc de biffer la section 2a qui ne représente qu'une création administrative avec des charges financières dont le coût serait reporté sur les assurés, puis d'introduire ultérieurement à l'article 20 la phrase prévoyant que les assureurs doivent encourager la prévention des maladies.

**Allenspach:** Die Unfallversicherer unternehmen selbst oder durch geeignete Institutionen erfolgreiche Aktionen zur Unfallverhütung: durch Aufklärung, durch Information, durch nachhaltige Hinweise. Diese Massnahmen zur Unfallverhütung sind gemeinsame Aufgaben aller Versicherer, und alle müssen dazu beitragen, auch finanziell.

Es ist nicht einzusehen, weshalb nicht auch Aktionen zur Krankheitsverhütung mithelfen könnten, das Krankwerden zu vermeiden und Krankheitskosten zu sparen. Es geht dabei nicht um die medizinische Prävention; diese beiden Dinge dürfen nicht miteinander verwechselt werden. Ich habe das Gefühl, dass Frau Sandoz mit ihrem Antrag die medizinische Prävention auf der einen Seite und Massnahmen und Aktionen zur Krankheitsverhütung auf der anderen Seite miteinander verwechselt.

Die medizinische Prävention wird in Artikel 20 geregelt. Sie umfasst medizinische Massnahmen und wird vor allem von den Ärzten getragen. Die Verhütung von Krankheiten gemäss Artikel 15a bis 15c ist etwas anderes. Hier geht es darum, erziehend und aufklärend auf das Verhalten des Menschen einzuwirken, damit er freiwillig auf das Eingehen von Krankheitsrisiken verzichtet.

Von den Krankheitsverhütungsaktionen sind positive Auswirkungen zu erwarten, analog zu den positiven Auswirkungen der Aktionen im Bereich der Unfallverhütung. Krankheitsverhütungsaktionen müssten von allen Versicherern gemeinsam getragen werden, denn alle profitieren in gleicher Weise, wenn die Aktionen Erfolg haben. Deshalb soll die Aufgabe der Versicherer, die Verhütung von Krankheiten zu fördern und die notwendigen Mittel gemeinsam bereitzustellen, gesetzlich festgeschrieben werden. An der Koordination und der Durchführung sollen alle teilnehmen können, die etwas davon verstehen und etwas Sinnvolles beizutragen vermögen. Es wäre falsch, wenn hier Prestigeüberlegungen überwiegen würden.

Mit den vorgesehenen Bestimmungen greift das Gesetz auch nicht in die Befugnisse der Kantone ein. Die Gesundheitserziehung bleibt nach wie vor Aufgabe der Kantone und sollte in den Schulen noch stärker gefördert werden. Die Kantone können diese Aufgabe der Gesundheitserziehung auch nicht an die Koordinationskommission abtreten bzw. ihre normale Aufgabe von ihr finanzieren lassen.

Bei der Förderung der Gesundheit geht es um Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und damit um eine nationale Aufgabe. In diesem Sinne sind die Artikel 15a bis 15c Eckpfeiler eines modernen Krankenversicherungsgesetzes und können, richtig angewendet, möglicherweise fühlbar zur Kosteneindämmung beitragen.

Wir bitten Sie, der Kommission zuzustimmen und den Antrag Sandoz, die Artikel 15a bis 15c zu streichen, abzulehnen.

**Präsident:** Die Fraktionen von SP, CVP und SVP sowie die LdU/EVP-Fraktion lassen mitteilen, dass sie den Antrag der Kommission unterstützen.

**Frau Gonseth:** «Förderung der Gesundheit» ist ein ganz wesentlicher Abschnitt dieses Gesetzes. Die grüne Fraktion bittet Sie, den Streichungsantrag Sandoz abzulehnen.

Nach dem Grundsatz «Vorbeugen ist besser als Heilen» hilft dieser Artikel, Leid zu vermindern und damit letztlich auch Kosten zu sparen. Wir alle wissen, dass die sogenannten Zivilisationskrankheiten zunehmen. Es sind Krankheiten, welche mit individuellem oder gesellschaftlichem krankmachendem Fehlverhalten zusammenhängen. Dazu gehören u. a. falsche Ernährung, Ueberernährung, Bewegungsmangel, Stress, Suchtmittelkonsum usw. Spezialisten sind überzeugt, dass beispielsweise die meisten Erkrankungen an den Herzkranzgefässen verhindert werden könnten. Heute gehören aber diese Krankheiten – neben Krebs – nach dem 40. Lebensjahr zu den häufigsten Ursachen für frühzeitigen Tod. Immer häufiger und in immer jüngeren Jahren sterben Menschen an akutem Herztod.

Leider ist den Aufklärungen über krankmachende Lebensgewohnheiten, wie sie heute gemacht werden, nur ein mässiger Erfolg beschieden, denn reine Information genügt selten, um das krankmachende Verhalten zu verändern, weil die Motive des Fehlverhaltens sehr komplex und zum Teil auch unbewusst sind. Hier gilt es, in Zukunft zu forschen und die Gesundheitsförderung zu verstärken. Dafür braucht es aber auch eine Koordination, und es braucht Finanzen. Mit den Artikeln 15a bis 15c schaffen wir die Voraussetzungen dazu.

Der kurzen Rede Sinn: Gesundheitsförderung hilft Kosten sparen, indem sie Krankheit verhütet. Gesundheitsförderung trägt aber vor allem auch zur Verbesserung der Lebensqualität bei, indem Krankheit und Leid vermindert werden.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Die Artikel 15a bis 15c ist bilden den Abschnitt 2a, den die Kommission neu eingeführt hat. Wir beziehen uns hier auf die allgemeine Krankheitsverhütung oder – wenn Sie wollen – auf die Förderung einer gesunden Lebensweise. Diese Artikel wenden sich daher an die ganze Bevölkerung, und es ist gerechtfertigt, hier etwas Besonderes analog zur BfU und dafür auch eine eigene Finanzierung vorzusehen. Dieser Abschnitt gehört nicht ins Kapitel der Leistungen unter Artikel 20. Er kann nicht durch die Einfügung eines ersten Satzes in Artikel 20, wie dies der Antrag Sandoz vorsieht, ersetzt werden. Dies um so mehr – damit nehme ich zu jenem Antrag gleich Stellung, weil das zusammengehört –, als Frau Sandoz alle Details in eine Verordnung verbannen will. Das wäre eine ganz umfassende Delegationsnorm. Systematisch gehört die Gesundheitsförderung nicht unter das Kapitel Leistungen. Daher hat die Kommission einen Abschnitt 2a mit den Artikeln 15a bis 15c eingeführt. Ich bitte Sie, der Kommission zuzustimmen.

**M. Philippona, rapporteur:** La commission vous propose ici une nouvelle section qui est très importante. Certes, il existe déjà à Lausanne la Fondation suisse pour la promotion de la santé, qui a été instituée par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires. Elle a fait déjà un très bon travail, mais nous proposons d'aller plus loin en inscrivant dans la loi les obligations de chacun.

En ce qui concerne le financement, nous estimons nécessaire le même montant ou presque – c'est une estimation – que celui qui est dépensé actuellement pour la prévention des accidents non professionnels. Il s'agirait là d'un montant d'environ 12 millions de francs, ce qui représente une somme assez modique de moins de 2 francs par année et par assuré.

La commission parle volontairement de promotion de la santé et de prévention des maladies. Ces deux notions complémentaires sont importantes dans la mesure où la promotion de la santé est une notion plus globale que la prévention des mala-

dies au sens classique du terme. Il s'agit là d'un secteur dans lequel un immense effort d'investissement et de coordination doit être fait pour réunir tous les partenaires concernés.

La proposition Sandoz, si l'on veut quand même faire de la prévention et de la promotion en ajoutant cette phrase à l'article 20, aurait pour conséquence que tous les détails devraient être réglés dans l'ordonnance, ce qui n'est pas forcément très heureux. D'autre part, l'article 20 se trouve dans le chapitre qui traite des prestations, ce qui n'est pas non plus tout à fait sa place.

Nous vous demandons donc de soutenir la proposition de la commission.

M<sup>me</sup> Drelfuss, conseillère fédérale: Votre commission a effectivement innové et fait une proposition qui ne figurait ni dans le projet du Conseil fédéral ni dans les travaux du Conseil des Etats. Je l'en remercie, je crois qu'il est important dans ce projet de mettre l'accent sur la promotion de la santé, c'est-à-dire non pas sur un droit individuel à des prestations, mais sur un effort de la collectivité, de façon à promouvoir un comportement plus adéquat de la part des habitantes et des habitants de ce pays, afin d'éduquer à tous les âges et de sensibiliser la population aux effets d'un comportement malsain. C'est certainement l'un des moyens de nous amener à une véritable politique de la santé, à une meilleure maîtrise des coûts de la santé et à une meilleure qualité de vie en général.

Il est absolument indispensable que cette obligation des assureurs soit raisonnablement modulée, et les chiffres que vient de donner M. Phillipona, un montant de l'ordre de 12 millions de francs par année accordé à de telles campagnes – soit une charge de moins de 2 francs par assuré –, paraissent également raisonnables et suffisamment importants pour que de telles actions aient une certaine efficacité. Il ne suffit pas de transférer une bonne phrase à un mauvais endroit pour régler le problème. Il est clair que l'on doit au contraire distinguer très soigneusement ce qui est promotion collective de la santé et ce qui fait partie du catalogue des prestations et donne droit au remboursement par les assurances-maladie. C'est de cela qu'il s'agit à l'article 20.

Dans ce sens-là, la proposition Sandoz doit être repoussée, car elle crée précisément une confusion contraire à l'esprit même de cette loi qui veut que le catalogue des prestations soit très rigoureusement décrit, de façon exhaustive et claire.

J'avoue que la formule trouvée par votre commission offre encore un certain nombre de points flous quant au mode de fonctionnement de la commission de coordination, à ses compétences exactes, et je suis persuadée qu'il y aura, grâce à un dialogue créateur entre le Conseil des Etats et votre conseil, la possibilité de préciser encore les points qui doivent l'être.

La proposition de la commission a l'avantage de mettre l'accent sur un aspect fondamental de la politique de santé.

#### Abstimmung – Vote

Für die Anträge der Kommission	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Sandoz	Minderheit

#### Art. 16

##### Antrag der Kommission

Titel, Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2bis

.... vom Bundesamt für Privatversicherungswesen nach der Gesetzgebung über die privaten Versicherungseinrichtungen beaufsichtigt.

Abs. 3

.... Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen, von ....

Abs. 4, 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Art. 16

##### Proposition de la commission

Titre, al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Al. 2bis

.... des assurances privées selon la législation sur la surveillance des institutions d'assurances privées.

#### Al. 3

.... des instructions aux assureurs pour l'application uniforme du droit fédéral, requérir tous ....

#### Al. 4, 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 17

##### Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

Der Bundesrat kann Bestimmungen über eine Begrenzung der Verwaltungskosten erlassen. Er berücksichtigt dabei insbesondere die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung.

#### Art. 17

##### Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions pour limiter les frais administratifs. A cette fin, il se réfère, en particulier, à l'évolution générale des prix et des salaires.

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 18, 18a

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 19

##### Antrag der Kommission

Titel, Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

....

e. den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals; (Rest streichen)

ebis. (neu) den Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung;

....

##### Antrag Spielmann

Abs. 2

Streichen

##### Antrag Hollenstein

Abs. 2

a. .... ärztliche Anordnung oder Ueberweisung hin Leistungen ....

##### Antrag Comby

Abs. 3 (neu)

Die Krankenversicherung anerkennt die zu Hause erbrachten Hilfs- und Pflegeleistungen (Spitex).

#### Art. 19

##### Proposition de la commission

Titre, al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

....

e. le séjour en division commune d'un hôpital; (biffer le reste)

ebis. (nouveau) le séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers;

....

*Proposition Spielmann*

Al. 2

Biffer

*Proposition Hollenstein*

Al. 2

a. .... prescription ou sur mandat médical ambulatoirement, ....

*Proposition Comby*

Al. 3 (nouveau)

L'assurance-maladie reconnaît les prestations d'aide et de soins à domicile (Spitex).

Titel, Abs. 1 – Titre, al. 1

Angenommen – Adopté

Abs. 2 Bst. b–f – Al. 2 let. b–f

**M. Spielmann:** Dans le cadre du débat sur cette nouvelle loi, il y a une série d'éléments importants qui entrent en ligne de compte et un des éléments c'est précisément la couverture de l'ensemble des prestations pour les soins, le maintien de la santé et l'hospitalisation. Il y a aussi la volonté marquée de signifier que certains de ces éléments seront pris en charge et d'autres moins. Il y a le risque du développement d'une assurance à deux niveaux où d'un côté on inclut dans une assurance de base un certain nombre de prestations, et de l'autre, le solde de ces prestations sera totalement libéralisé et pris en charge par les malades eux-mêmes.

Il y a donc dans la philosophie générale de cette loi des modifications fondamentales qui interviennent par rapport au régime actuel et je pense, notamment, au catalogue des diverses prestations prises en charge. Le principe de cette loi devrait être la prise en charge des soins et des frais d'hospitalisation d'une manière générale, quitte à voir ensuite s'il faut moduler, modifier et limiter cela comme c'est le cas actuellement déjà aux articles 29, 33 et 34, y compris la couverture des tarifs à l'article 44 en ce qui concerne les analyses et les médicaments. Il s'agit en fait de poser le principe général de la prise en compte de l'ensemble des prestations pour le maintien de la santé.

Il y a un risque important, dans cette énumération par la loi d'une série de prestations, c'est celui de ne pas pouvoir tenir compte de l'évolution de la science et des médecines, et celui encore plus grand de développer une assurance de base réduite à un minimum de couverture, le reste étant ensuite mis à la charge des assurés.

Je propose donc qu'on supprime l'énumération qui figure à l'alinéa 2 et qu'on s'en tienne à l'alinéa premier de l'article 19 qui précise la couverture des soins et des soins hospitaliers sans faire l'objet d'une énumération qui, forcément, exclut une partie des prestations et va dans la direction d'une assurance à deux niveaux, par laquelle on ne prendra en charge plus que ce qui est considéré comme une assurance de base, le reste étant mis à la charge des malades.

**Präsident:** Die SD/Lega-Fraktion lässt mitteilen, dass sie den Antrag Spielmann ablehnt.

**M<sup>me</sup> Dreifuss,** conseillère fédérale: Je vous invite également à repousser la proposition Spielmann.

C'est, bien sûr, tout le fondement même d'une assurance obligatoire, pour laquelle on a besoin de fixer le catalogue des prestations, qui est mis en question par cette proposition. Quelle que soit d'ailleurs l'attitude que vous adopterez – et je pense pouvoir la connaître à l'avance –, il est clair qu'il faudra définir de toute façon ce que les assurances doivent payer. Même avec ce catalogue, tel qu'il est prévu actuellement à l'article 19 alinéa 2, l'ordonnance devra encore préciser dans les cas concrets ce que cela signifie.

Mais c'est le fondement même de l'assurance obligatoire qui est de délimiter clairement ce qui doit être pris en charge. Par exemple, l'assurance obligatoire couvre le séjour en division commune d'un hôpital; le séjour en division semi-privée ou

privée peut être couvert par une assurance complémentaire. En cas de cure balnéaire, de transport ou de sauvetage, l'assurance obligatoire paie une contribution fixée par le Conseil fédéral; des prestations additionnelles peuvent être prises en charge par l'assurance complémentaire, etc. Je pourrais prolonger cette liste, mais j'aimerais tout simplement attirer l'attention sur le fait qu'il ne peut pas y avoir une assurance obligatoire sans que l'on se donne la peine de définir, dans la loi ou dans l'ordonnance ou dans les deux, les prestations que cela couvre.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Spielmann	Minderheit

Abs. 2 Bst. a – Al. 2 let. a

**Frau Hollenstein:** In Artikel 19 werden unter Absatz 2 Buchstabe a jene Leistungen, so auch Pflegemassnahmen, erwähnt, die «auf ärztliche Anordnung hin» geschehen. Diese Formulierung ist insofern falsch, als Pflegemassnahmen nicht primär auf ärztliche Anordnung hin geschehen. Der zuständige Arzt oder die Aertzin überweist die Patienten und Patientinnen, und die Pflegeperson stellt dann die Pflegediagnose, und sie leitet die nötigen Pflegemassnahmen ein. Die Pflegediagnose zu stellen und entsprechende Interventionen zu veranlassen und auszuführen, bedarf keiner ärztlichen Verordnung und macht den Hauptanteil der Berufsausübung des Pflegepersonals aus. Das Pflegepersonal führt auch Anordnungen von Aerzten und Aerztinnen aus; dazu gehört zum Beispiel das Verabreichen von Medikamenten. In diesen Teilbereichen ist das Pflegepersonal auf Anordnungen der Aertztschaft angewiesen. Ein grosser Teil der Berufsausübung geschieht aber unabhängig davon. Den Aerztinnen und Aerzten fehlt auch das nötige Fachwissen, um Pflegemassnahmen generell anordnen zu können. Die Pflegemassnahmen werden aufgrund von Ueberweisungen durch die Aertztschaft veranlasst.

Die Formulierung «Pfleagemassnahmen auf ärztliche Anordnung hin» widerspricht der Praxis im Alltag von Spitälern, Pflegeheimen und Spitex. Richtig und der Praxis entsprechend muss es heissen «auf ärztliche Anordnung oder Ueberweisung hin». «Anordnung» bedeutet laut Duden, etwas ausdrücklich, strikt, dienstlich anordnen. Die ausschliessliche Formulierung «ärztliche Anordnung» verkennt, dass andere Berufe ausserhalb des Arztberufes heute ihre je eigene Spezifität haben, und wird somit nicht allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen – vor allem aber den Pflegeberufen – gerecht. Deshalb schlage ich Ihnen vor, zusätzlich zu «Anordnung» «oder Ueberweisung» aufzunehmen. Damit wird der Aertztschaft nichts weggenommen. Sie behält weiterhin die medizinische Diagnose- und Therapiehoheit. Mit der Aufnahme des Wortes «Ueberweisung» wird lediglich der Status quo akzeptiert, nämlich dass die verschiedenen Berufsgruppen ihre spezifischen Fachkenntnisse unabhängig von einer strikten Anordnung eines Arztes oder einer Aertzin anwenden. Der Antrag – dies ist wichtig, ich bitte Sie zuzuhören – hat keine Leistungserweiterung zur Folge, sondern es ist eine Präzisierung, die der Berufsausübung der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen nicht mehr und nicht weniger als gerecht wird.

In Artikel 29 Absatz 2 werden die zugelassenen Leistungserbringer erwähnt. Unter Buchstabe e sind genannt «Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen». Gemeint sind verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitswesen, wie jene der Psychotherapie, Physiotherapie und der Pflege. Die Formulierung «auf ärztliche Anordnung hin» ist aber gerade für diese Berufsgruppen absolut unzureichend. Gerade Pflege erschöpft sich nicht in der Ausführung ärztlicher Anordnungen. Pflege ist ein zum Menschen hin orientierter Beruf, der sich mit allen menschlichen Bedürfnissen und Problemen befasst, welche mit Gesundheit, Krisensituationen und Krankheit zu tun haben. Die Pflegediagnose zu stellen und entsprechende Interventionen einzuleiten und auszuführen, bedarf keiner

ärztlichen Anordnungen, und deshalb ist die Formulierung «ärztliche Anordnung» falsch. Sie beinhaltet nicht das Ganze. Anfang Mai 1992 forderte auch die WHO, der die Schweiz als Mitglied angehört, in einer Resolution die Aufwertung der Pflege im Gesundheitswesen. Ein kleiner Schritt dazu wäre die Erwähnung dieser eigenständigen Berufsgruppe und würde auch der aktuellen Situation des Pflegepersonals entsprechen.

Schliesslich läuft das Gesundheitswesen nur dank der rund 60 000 ausgebildeten Pflegepersonen. Wenn das Pflegepersonal als Leistungserbringer schon nicht explizit erwähnt wird, müssen wir wenigstens eine Definition finden, in der sich das Pflegepersonal nicht ausgeschlossen fühlt.

Ich bitte Sie, dem Antrag zuzustimmen.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: M<sup>me</sup> Hollenstein a dit avec raison que sa proposition n'avait pas pour but d'élargir le catalogue des prestations, mais de tenir compte du mode de relation et d'indications qui sont données par les médecins au personnel paramédical.

Dans ce sens-là, cette proposition peut être acceptée; elle tient, encore une fois, tout simplement compte du fait que le terme «prescription», qui suffirait, en l'état, à garantir la couverture d'activités faites sur mandat, peut également bénéficier de cet élargissement de la définition.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag Hollenstein	52 Stimmen
Für den Antrag der Kommission	46 Stimmen

**Präsident:** Diese Abstimmung gilt auch für Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe e.

#### Abs. 3 – Al. 3

**M. Comby:** Mon intervention est fondée sur une expérience de quelques années à la tête du Département de la santé publique du canton du Valais qui a introduit, en 1975 déjà, des dispositions légales favorisant la politique de maintien à domicile, mais les graves lacunes constatées en Suisse dans la prise en charge par les caisses-maladie du Spitex réclament un engagement clair de la part de la Confédération et des cantons.

Cette révision devrait précisément nous offrir la possibilité de concrétiser les bonnes intentions. En effet, les discours en faveur du Spitex ne suffisent plus, il faut des actes. Dès lors, il est urgent de sortir d'une conception étriquée de l'assurance-maladie qui a favorisé l'hospitalocentrisme. Cette nouvelle orientation s'impose si nous voulons vraiment mieux maîtriser à l'avenir les coûts de la santé publique. On investit en effet trop dans les murs et pas assez dans le développement qualitatif de la santé, notamment par le maintien à domicile. Le domicile devrait être considéré comme un lieu de soins au même titre que l'hôpital. Comme pour la prévention, il faut relever que l'aide et les soins à domicile ne représentent encore qu'une part infime des dépenses de santé, environ 1,7 pour cent sur quelque 30 milliards de francs par année. C'est donc la portion congrue qui y est consacrée. Et pourtant, le développement des aides et des soins à domicile présente des avantages financiers indéniables. Il a également été établi que les services d'aide et de soins à domicile sont grandement appréciés par les personnes qui se sentent plus à l'aise dans leur cadre de vie naturel.

La somme des avantages économiques, sociaux et humains aurait dû entraîner un développement beaucoup plus important de la politique du maintien à domicile. Dès lors, pourquoi l'évolution ne s'est-elle pas faite dans ce sens? La raison la plus importante réside certainement à mon avis dans l'absence d'une politique d'ensemble qui engloberait les domaines de la santé et de l'action sociale, politique qui reste encore à définir aux niveaux fédéral, cantonal et communal. Toutefois, il faut signaler que des expériences intéressantes ont été menées dans ce sens en Suisse alémanique et, en Suisse romande, les cantons de Genève, de Vaud et du Valais constituent des exemples fort intéressants.

Les principales raisons qui militent en faveur de ma proposi-

tion d'introduire à l'article 19 un nouvel alinéa disant que l'assurance-maladie reconnaît les aides et soins à domicile Spitex, sont au nombre de trois.

La première, c'est la nécessité de redimensionner la chaîne de la santé publique qui, comme vous le savez, est composée de trois éléments importants: les aides et soins à domicile, les foyers pour personnes âgées et, enfin, les hôpitaux. A cet effet, et dans un souci de complémentarité, il faut revoir l'ordre des priorités, investir plus en amont et diminuer de façon significative le nombre de lits en soins aigus.

La deuxième raison, c'est le vieillissement, voire le survieillessement, de la population. Dans une étude récente intitulée «Evolution démographique et maintien à domicile pour un nouveau concept de santé», le professeur Hermann-Michel Hagmann s'interroge à ce sujet. Quel sera le nombre de lits nécessaires pour absorber dans les années à venir le vieillissement démographique attendu? La réponse est en fait inquiétante: si les modes de prise en charge demeuraient semblables à aujourd'hui, il faudrait doubler le nombre de lits d'hôpitaux et de homes avant l'an 2025 pour faire face aux besoins nouveaux. Cette augmentation considérable serait naturellement insupportable sur le plan financier et irréaliste sur celui des moyens à disposition. Dans cette perspective, l'alternative du maintien à domicile, conçue comme une réponse globale et coordonnée, devrait tout naturellement s'imposer.

Quant au professeur Pierre Gilliland, dans le dernier numéro des «Cahiers de l'Institut des hautes études en administration publique», il cite l'exemple éloquent du canton de Vaud. Le renforcement de l'action médico-sociale postule ceci: en quinze ans, l'extension des services de maintien à domicile devrait permettre de construire, au lieu d'une cinquantaine d'établissements médico-sociaux de 40 lits, une quinzaine seulement. Les économies réalisées en évitant des investissements dans la construction pourraient donc être affectées en partie au maintien à domicile. Ces renseignements ont été confirmés par M. Philippe Pidoux, chef du Département de l'intérieur et de la santé publique du canton de Vaud.

Pour conclure, je donnerai encore une dernière raison: le maintien à domicile est humainement et économiquement plus avantageux que le placement en institution.

J'attends une réponse claire de la part de M<sup>me</sup> Dreifuss avant de me déterminer et de décider si je maintiens ou non ma proposition.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: Les prestations que M. Comby appelle de ses vœux sont mentionnés à l'alinéa 2 lettre a de l'article 19, lorsque l'on met sur le même plan les traitements ambulatoires, les traitements au domicile du patient, le médico-social, le semi-hospitalier et l'hospitalier. La volonté est claire que, dans le catalogue des prestations, tous les lieux de prise en charge des patients soient également respectés.

Nous définirons de manière plus précise dans l'ordonnance ce que sont effectivement les soins Spitex. C'est l'article 27 alinéa 2 qui le prévoit. Les mêmes prestations seront garanties à un assuré qui réside dans un établissement médico-social et à un malade résidant à domicile, ce qui me paraît très important, parce que si les soins à domicile sont les plus humains, s'ils peuvent être, dans certains cas, les soins les plus économiques, il y a malgré tout des moments où la prise en charge doit passer à un niveau supérieur.

Il s'agit, dans le cadre de l'assurance-maladie, de toutes les prestations prescrites par un médecin, exécutées par lui ou par un personnel reconnu selon l'article 32. Mais on ne peut pas aller aussi loin que le propose M. Comby, en mettant toutes les prestations d'aide à la charge de l'assurance-maladie, certaines d'entre elles étant effectuées par des services d'aide sociale organisés par les communes et les cantons. Cependant, il est important de souligner que le projet va nettement au-delà de la situation actuelle, notamment par un point très important: les prestations en cas de soins extrahospitaliers pourront aussi être couvertes par des rémunérations forfaitaires.

Je crois qu'il n'est dans l'intérêt de personne de créer dans ce catalogue des prestations tout un système de points extrême-

ment compliqué pour chaque acte qui serait fait à domicile, mais qu'il s'agit bien d'une prise en charge globale qui doit pouvoir être remboursée par l'assurance-maladie.

**M. Comby:** Je remercie M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale, de sa réponse. Je prends acte qu'il est prévu, dans le cadre de l'ordonnance du Conseil fédéral, de fixer également des forfaits pour développer la politique de maintien à domicile. Par conséquent, je puis me déclarer satisfait de l'engagement qui est pris par le Conseil fédéral de développer davantage, à l'avenir, le maintien à domicile. Pour cette raison, je suis disposé à retirer ma proposition.

*Zurückgezogen – Retiré*

**Präsident:** Sie haben bis jetzt die Redezeit strikt eingehalten. Ich schlage daher vor, folgende Artikel ebenfalls für die Fraktionssprecher freizugeben: Artikel 26, Komplementärmedizin, Artikel 31, Selbstdispensation, Artikel 32, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten, sowie Artikel 39, Tarifvertrag. – Sie haben so beschlossen.

#### Art. 20

##### Antrag der Kommission

##### Mehrheit

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

##### Minderheit

(Rychen, Borer Roland, Eymann Christoph)

Streichen

##### Antrag Sandoz

Die Versicherer fördern die medizinische Prävention. Die obligatorische Krankenversicherung ....

#### Art. 20

##### Proposition de la commission

##### Majorité

.... les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que de mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés.

##### Minorité

(Rychen, Borer Roland, Eymann Christoph)

Biffer

##### Proposition Sandoz

Les assureurs encouragent la prévention des maladies. L'assurance obligatoire des soins ....

**Präsident:** Der Antrag Sandoz wird, nach dem Entscheid bei den Artikeln 15a–15c, zurückgezogen.

**Rychen,** Sprecher der Minderheit: Bei Artikel 20 handelt es sich nicht um das harmlose Thema «Förderung der Gesundheit». Ich möchte nochmals wiederholen, was heute bereits klar gesagt wurde: Der Unterschied zwischen Förderung der Gesundheit einerseits und medizinischer Prävention andererseits ist riesengross, vor allem hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen. Bei der Förderung der Gesundheit geht es um Kampagnen in der Bevölkerung für gesundes Leben, für gesunde Ernährung, für richtiges gesundheitliches Verhalten; in diesem Sinne haben Sie dem auch zugestimmt.

Bei den medizinischen Vorsorgeuntersuchungen und Abklärungen handelt es sich hingegen um die sogenannte medizinische Prävention. Da geht es um ärztliche Leistungen, um Laborleistungen, um Leistungen der technischen Medizin in jeder Hinsicht, in allen Facetten. Davor muss ich warnen, denn laut verschiedenen Medizinern ist es kaum möglich, einen abschliessenden Katalog der möglichen Präventionsmassnahmen zu erstellen. Man wird unter dem Stichwort «Prävention» praktisch alles und jedes untersuchen, aus der Überlegung heraus: Wenn wir die Krankheit früher entdecken, dann kommt es, rein volkswirtschaftlich gesehen, günstiger.

Wir betrachten das, was unter dem Titel «medizinische Prävention» läuft, demnach als ein Fass ohne Boden. Die angestellten Schätzungen über die Höhe der Kosten überzeugen uns nicht. Wir vermuten, dass es sich hier um Hunderte von Millionen Franken an zusätzlichen Kosten in der Grundversicherung handeln würde. Das können wir uns zurzeit nicht leisten. Wir sagen nicht, dass medizinische Prävention falsch ist. Medizinische Prävention hat vielleicht sogar einen gewissen Sinn; sie ist wünschbar. Aber heute haben wir endlich zu lernen, zwischen Wünschbarem und Notwendigem zu unterscheiden. Die medizinische Prävention können wir uns im Rahmen der Grundversicherung nicht leisten, weil sie schlichtweg zu teuer ist.

Ich bitte Sie, Artikel 20 zu streichen. Gleichzeitig gebe ich bekannt, dass die SVP-Fraktion Ihnen dies ebenfalls empfiehlt.

**Sieber:** Der Vorschlag der Krankenkassen, die Prävention sei aus der Krankenversicherung zu streichen oder zumindest zu kürzen, ist nicht nur widersprüchlich, sondern aus folgenden Gründen unhaltbar:

1. Verschiedene Krankenkassen übernehmen bereits heute die Kosten für bestimmte Voruntersuchungen, um dem Ausbruch schwerer Krankheiten mit kostenintensiven Behandlungen vorzubeugen.

2. Bereits in der KUVG-Vorlage von 1981 war die Prävention verankert. Seither hat der Präventionsgedanke noch weiter Fuss gefasst. Neue medizinische Erkenntnisse über die Bedeutung der Vorbeugung, zum Beispiel bei Herz-Kreislaufstörungen, Bluthochdruck, Arzneimittelnebenwirkungen oder HIV-Infektionen, lassen die ganze Bevölkerung aufhorchen. Seitens der Kantone und des Bundesamtes für Gesundheitswesen wird immer wieder betont, wie wichtig eine koordinierte Präventionsstrategie sei. Dass hier ausgerechnet die Krankenkassen ein Sonderzüglein fahren, wozu sie eine Rangierlok aus der Gründerzeit verwenden, stellt ihnen kein gutes gesundheitspolitisches Zeugnis aus und wird von der Bevölkerung kaum oder überhaupt nicht verstanden.

Prävention im breiten Stil, zum Beispiel via Werbefernsehen, ist das eine, Vorbeugung in der Arztpraxis das andere. Es geht dabei nicht nur um den Gesundheits-Check-up der Allgemeinheit, vielmehr sind Randgruppen einzubeziehen. Die körperliche und seelische Gewalt an Kindern nimmt zu. Prävention heisst hier, dass in der Intimität der Arztpraxis Zeichen von Misshandlungen erkannt und weitere Schädigungen mit geeigneten Massnahmen verhütet werden können. Das Zerrütungspotential bei Jugendlichen steigt. Prävention in der Arztpraxis bedeutet Aufklärung über die Gefahren des Drogenkonsums und Hinweise auf Stellen, die Menschen durch schwierige Phasen hindurch aktiv begleiten. Menschen sind vermehrt chronischen Belastungen ausgesetzt. Sie sollten nicht nur mit Psychopharmaka abgespiessen werden, vielmehr benötigen sie Behandlungsalternativen in präventiver Hinsicht. In dieser Beziehung fehlt mir allerdings der Glaube, dass die medizinische Ausbildung genügend Rüstzeug für die Prävention vermittelt.

Ich beantrage daher, dass die obligatorische Weiterbildung der Aerzteschaft zumindest zu einem Drittel der Prävention gewidmet sein soll, und bitte Frau Bundesrätin Dreifuss um eine diesbezügliche Stellungnahme.

**Präsident:** Die SD/Lega-Fraktion lässt mitteilen, dass sie den Antrag der Kommissionmehrheit unterstützt; die Auto-Partei unterstützt den Streichungsantrag der Minderheit Rychen.

**Frau Gonseth:** Die grüne Fraktion bittet Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Es gibt zahlreiche Beispiele, wo präventive Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten einen wichtigen Stellenwert haben – beispielsweise präventive Untersuchungen zur Früherkennung von schwarzem Hautkrebs, welcher in den letzten 20 Jahren in der Schweizer Bevölkerung um 200 Prozent zugenommen hat. Wird die Diagnose in einem frühen Stadium gestellt, sind Melanome fast immer heilbar. In einem späteren Stadium aber gehört das Melanom zu den bösartigsten Tumoren und führt sehr schnell zum Tod. Unbestritten ist auch

der Nutzen von regelmässigen Präventivuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs. Bei dreijährigen Untersuchungsintervallen können hier 91,4 Prozent der erwarteten Zervixkarzinome verhindert werden. Für die grüne Fraktion ist es unerlässlich, dass solch wichtige, unbestrittene Präventivuntersuchungen auch in Zukunft der ganzen Bevölkerung zu Lasten der Grundversicherung zugänglich gemacht werden.

Zugegeben, es gibt auch zahlreiche sogenannte Präventivuntersuchungen, deren Nutzen fragwürdig und zu wenig abgeklärt ist, beispielsweise alle Untersuchungen, welche nicht zu therapeutischen Konsequenzen führen. So werden etwa zahlreiche genetische Tests zum Feststellen von Veranlagungen für Krankheiten angeboten. Das Wissen darüber nützt aber den Betroffenen nichts, führt eher noch zu Verunsicherung.

Nutzen und Schaden von Präventivuntersuchungen müssen also vor der Uebernahme durch die Grundversicherung genügend geklärt sein. Diese beiden Voraussetzungen zur Uebernahme der Kosten sind durch die Artikel 26 und 27 hinreichend garantiert. Artikel 26 besagt nämlich, dass die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen periodisch überprüft werden müssen. Gestützt auf Artikel 27 kann der Bundesrat Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Er setzt Fachkommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten (Art. 27 Abs. 4). Artikel 26 und 27 bieten also die Gewähr, dass präventive Leistungen gemäss Artikel 20 sinnvoll eingesetzt werden, dort, wo sie wirklich zur Krankheitsverhütung nötig und sinnvoll sind.

Der Minderheitsantrag Rychen bedeutet für mich deshalb eine unethische «Rationierung», welche die wirtschaftlich Schwachen trifft. Im Namen der grünen Fraktion bitte ich Sie, diesen Antrag abzulehnen.

#### Begrüssung – Bienvenue

**Le président:** J'ai le plaisir de saluer à la tribune officielle une délégation du corps consulaire à Genève, soit les consuls de Guinée, de Guinée-Bissau, d'Arabie Saoudite, du Brésil et des Pays-Bas. (*Applaudissements*)

**M<sup>me</sup> Brunner Christiane:** Le groupe socialiste s'oppose fermement à la proposition de minorité Rychen. La proposition du Conseil fédéral a déjà subi une cure d'amaigrissement dans notre commission. Il s'agit maintenant de faire un choix définitif et de savoir dans quelle direction nous voulons aller: devoir soigner des gens malades ou soutenir des mesures pour diminuer le nombre de personnes atteintes de maladie? Pour le groupe socialiste, le choix est vite fait et tombe sous le sens. Il est d'abord important que cette révision prenne en considération l'évolution qui s'est opérée dans le domaine de la santé. Si, jusqu'à présent, l'accent a principalement été mis sur la médecine curative, nous ne pouvons ignorer l'importance du développement et des progrès à venir de la médecine préventive. Le rôle du dépistage de certaines maladies décelées à temps est la clé du succès de nombreux traitements. Ceux du cancer ou des maladies cardiaques en sont de bons exemples. Autre exemple, grâce au dépistage du cancer de la prostate, Messieurs, on évite l'issue fatale de cette pathologie qui touche en moyenne un homme sur trois.

Deuxièmement, ces mesures de prévention sont un excellent instrument de maîtrise des coûts. C'est un fait incontestable. La diminution des cas de maladies à traiter est favorable, à long terme, à la maîtrise des coûts. Cet objectif est l'un des plus importants de cette révision. Par la promotion de la prévention, nous avons un important moyen d'y parvenir.

Troisièmement, la plupart des caisses-maladie ont compris tous ces enjeux déjà maintenant. Elles prévoient la prise en

charge de certaines mesures individuelles de prévention, que ce soit au titre de l'assurance de base ou au titre d'assurance complémentaire. Avec ce projet, elles n'auront pas à craindre de devoir prendre en charge toutes les mesures de prévention puisque les prestations seront décrites de manière limitative par le Conseil fédéral – même si nous espérons que ce ne soit pas trop limitatif.

Si nous refusons d'introduire les mesures individuelles de prévention dans le catalogue de base de cette nouvelle loi, nous régressons par rapport à la situation actuelle. La proposition de minorité Rychen veut faire des économies, mais elle les fait au mauvais endroit. Que ce soit en termes de maîtrise des coûts ou en matière de progrès médicaux, cette proposition de minorité peut entraîner, à long terme, de fâcheuses conséquences.

Nous avons ici une grande responsabilité à prendre et c'est pourquoi le groupe socialiste vous invite à rejeter massivement la proposition de minorité Rychen.

**Seiler Rolf:** Die CVP-Fraktion empfiehlt Ihnen, den Antrag der Minderheit Rychen abzulehnen und der Mehrheit zuzustimmen.

Die medizinische Prävention bildet zusammen mit Diagnostik, Therapie und Rehabilitation das gesamte Paket der medizinischen und pflegerischen Leistungen, d. h., es wird hier eine Lücke geschlossen.

Insbesondere Herr Rychen malt nun das Gespenst der Mehrkosten im Umfang von mehreren hundert Millionen Franken an die Wand. Es entspricht weder der Auffassung des Bundesrates noch jener der Kommissionmehrheit – und auch nicht derjenigen der CVP-Fraktion –, dass in diesem Umfang Mehrkosten entstehen sollten. Es stimmt auch nicht, wie Herr Rychen gesagt hat, dass aufgrund dieses Artikels 20 dann alles und jedes unter dem Begriff Prävention subsumiert werden kann. Es ist auch kein Fass ohne Boden; bereits Frau Gonseth hat darauf hingewiesen, dass ja diese medizinische Prävention ebenfalls dem Artikel 27 untersteht, d. h., dass der Bundesrat nach Anhörung einer Fachkommission die zu erbringenden Leistungen bezeichnen wird.

In der Kommission wurde uns ganz deutlich gesagt – das steht auch in der Botschaft –, dass diese Prävention hier eigentlich eher restriktiv umschrieben wird. Es ist ja eigenartig: Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen hat einen Katalog von Massnahmen zur Kosteneinsparung veröffentlicht. 50 Punkte sind da aufgeführt, und einer dieser Punkte heisst auch «Massnahmen zur Prävention», d. h., das Konkordat rechnet auch die Prävention im Sinne der Früherkennung von Krankheiten zu den Kosteneinsparungen. Vorbeugen ist auch hier immer besser als heilen, und es ist vor allem billiger.

In diesem Sinne bittet Sie die CVP-Fraktion, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

**Frau Heberlein:** Die Aufnahme der medizinischen Prävention in den obligatorischen Leistungskatalog bedeutet eine Ausweitung der Versicherungsleistungen, deren finanzielle Auswirkungen schwer abzuschätzen sind. Das haben wir bereits gehört. Es ist daher verständlich, dass sich die Krankenkassen mit dem Minderheitsantrag Rychen gegen diese Erweiterung wehren.

Andererseits erscheint es mir unerlässlich, dass in einem neuen Krankenversicherungsgesetz auch die medizinische Prävention ihren Platz hat. Vernünftig und nicht exzessiv gehandhabt, in einem abschliessenden Leistungskatalog umschrieben, der sich auf das Anerkannte, Notwendige beschränkt und nicht Wünschbares einbezieht, wird sich die Prävention letztlich kostensparend auswirken. Dies haben ja bereits einige Kassen eingesehen und die entsprechenden Leistungen bis heute übernommen. Früherkennung verschiedener Krebskrankheiten ist bestimmt eine notwendige Leistung, während man sich über Sinn oder Unsinn verschiedener regelmässiger Kontrolluntersuchungen technischer Art sicher streiten kann. Die gegenüber Bundesrat und Ständerat enger gefasste Formulierung der nationalrätlichen Kommission gehört nach Meinung einer Mehrheit der FDP-Fraktion in dieses Gesetz, und zwar mit dem ausdrücklichen Auftrag, die Liste der von den



Kassen zu übernehmenden Leistungen sei eng zu fassen. Denn Prävention ist vorwiegend auch selbstverantwortliches Handeln, wie dies die Zahnprophylaxe eindeutig bewiesen hat.

**Frau Segmüller**, Berichterstatterin: Dieser Artikel soll die Präventionsleistungen regeln, die auf Kosten der Krankenversicherung erbracht werden können. Es handelt sich also um eine gezielte Sache zugunsten von gefährdeten Einzelpersonen. Es ist alles andere als eine Schleiße, sondern ein restriktives Programm. In der Verordnung wird eine abschliessende Positivliste vorhanden sein, und es wird erwartet, dass darin nicht mehr als vier bis fünf Massnahmen enthalten sein werden. Dieses Vorgehen ergibt sich aufgrund von Artikel 27, der bereits zitiert wurde.

Ich mache darauf aufmerksam: Das Anliegen, diesen Artikel hier so zu verankern, geht auf Vorschläge in der Botschaft von 1981 zurück; es war auch in der Vorlage von 1987 enthalten, und in der Vernehmlassung zur heute vorliegenden Botschaft wurde das Anliegen nicht bekämpft. Der Befürchtung von Herrn Rychen wegen der Kosten hat die Kommission insofern Rechnung getragen, als sie die engere Formulierung von 1987 gewählt hat. Sie hat ihr mit 11 zu 8 Stimmen zugestimmt. Der Streichungsantrag kam übrigens in der Kommission erst in der zweiten Lesung, und zwar aus finanziellen Erwägungen. Die Kommission hat ihn deutlich, mit 16 zu 4 Stimmen, abgelehnt.

Ich bitte Sie hier namens der Kommissionsmehrheit, ein Gleiches zu tun.

**M. Philipona**, rapporteur: Le principe de régler dans la loi ce quise rapporte aux mesures de prévention n'a pas été contesté, aussi bien dans le projet de 1991 que lors de la consultation sur ce projet.

Notre commission a examiné cet article très en détail. Sa majorité vous en propose un qui est plus limité que celui présenté par le Conseil fédéral, mais qui nous paraît être un minimum nécessaire. Détecter à temps les maladies ou prendre des mesures préventives pour les assurés particulièrement menacés n'engendre pas des dépenses supplémentaires, mais contribue à faire les économies prévues et souhaitées dans cet article.

C'est par 16 voix contre 4 que la majorité de la commission vous propose d'accepter l'article 20.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: L'essentiel a déjà été dit. Je me contenterai de faire deux remarques.

La première, c'est que les mesures de prévention prises en charge seront limitées par les critères définis à l'article 27: elles devront être prescrites par un médecin, et la liste des mesures sera établie par une commission de spécialistes, nommée par le Conseil fédéral. Nous avons donc, non pas un chèque en blanc pour toutes les mesures de prévention, quelle que soit la reconnaissance scientifique qui a été apportée à leur efficacité, mais un mécanisme qui permet de retenir et de mettre à la charge de l'assurance les mesures les plus efficaces. Et il est clair que si les coûts estimés à 90 millions à peu près, selon le professeur Gilliland, devaient être trop élevés, comme l'a dit M. Rychen, que penser alors des coûts des maladies, qui ne peuvent être qu'un multiple de ces frais de prévention?

Ma deuxième remarque, c'est que le Comité des ministres du Conseil de l'Europe a déjà fixé, en 1984, un droit aux mesures préventives. Nous sommes membres de cette communauté des nations et nous devons, dans la présente loi, répondre à ces obligations. C'est ce que le Conseil fédéral voulait faire; il a présenté une proposition qui va plus loin que celle de votre commission.

Il se résigne – je dirais – à suivre la version de la majorité de la commission, parce que c'est une version de compromis et qu'elle devrait permettre, avec une excellente conscience, de s'opposer à la proposition de minorité Rychen.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit  
Für den Antrag der Minderheit

79 Stimmen  
26 Stimmen

#### Art. 21, 22

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 23

##### Antrag der Kommission

##### Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Abs. 2

....

a. die von einem Arzt oder einer Hebamme durchgeführten oder von einem Arzt angeordneten ....

#### Art. 23

##### Proposition de la commission

##### Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Al. 2

....

a. .... effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin ....

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 24

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Antrag Zwygart

Streichen

#### Art. 24

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Proposition Zwygart

Biffer

**Zwygart:** Als Offenlegung der Interessenbindung verweise ich darauf, dass ich Kopräsident eines Vereins bin, der einen Zusammenarbeitungsvertrag mit einer anerkannten Krankenkasse hat. Artikel 24 möchte weiterhin den straflosen Schwangerschaftsabbruch regeln. Dabei wird auf Artikel 120 des Strafgesetzbuches verwiesen. In diesem Artikel des Strafgesetzbuches heisst es in Absatz 1: «Eine Abtreibung im Sinne dieses Gesetzes liegt nicht vor, wenn die Schwangerschaft mit schriftlicher Zustimmung der Schwangeren infolge von Handlungen unterbrochen wird, die ein patentierter Arzt nach Einholung eines Gutachtens eines zweiten patentierten Arztes vorgenommen hat, um eine nicht anders abwendbare Lebensgefahr oder grosse Gefahr dauernden schweren Schadens an der Gesundheit von der Schwangeren abzuwenden.» Dieser Wortlaut ist uns bekannt und klar. Das Strafgesetzbuch sieht nur eine medizinische Indikation bei Abtreibungen vor. Alle Anläufe zu einer Erweiterung der Indikationen sind bis heute gescheitert. Auch die soziale Indikation ist nie eingeführt worden. In all den wiederkehrenden Diskussionen in den eidgenössischen Räten kam dies auch immer wieder zum Ausdruck, etwa im Vorfeld der Abstimmung über die Volksinitiative «Recht auf Leben» von 1985. Es ist uns aber ebenso bekannt, dass mit diesem Artikel Missbrauch getrieben werden kann, ja Missbrauch getrieben wird. Zwar ist die erste Bedingung nach Strafgesetzbuch müheles einzuhalten, indem zwei Aerzte das Gutachten unterschreiben müssen. Aber die zweite Bedingung, dass die werdende Mutter in Lebensgefahr oder grosser Gefahr dauernden schweren Schadens an der Gesundheit ausgesetzt ist, wird mit einer vagen Definition von Gesundheit umgangen.

Heute geht man noch weiter: Bei Schwangerschaftsuntersuchungen können einige Gebrechen am werdenden Kind vermutet werden. Sobald ein Arzt – etwa bei einer Ultraschallun-



tersuchung – etwas dergleichen ahnt, wird mühelos abgetrieben. Diesen Fall sieht das Strafgesetzbuch nicht vor. Aber die Praxis zeigt, dass die Krankenkassen einfach zahlen. Es ist weiter erwiesen, dass bei Krankenkassen aber nicht nur die Kosten für die Abtreibung anfallen, sondern ebenso jene für die Spätfolgen. Sie können eben das schlechte Gewissen der Mutter nach einer gewollten Tötung eines Embryos nicht in die Ecke stellen. Ich hoffe darum, dass das von mir eingereichte Postulat, das Abklärungen in diesem Bereich verlangt, in Bälde angenommen wird, so dass wir uns über die Kosten von Spätfolgen etwas unterhalten können.

Sie haben zwei Möglichkeiten: Sie können meinen Antrag annehmen oder ablehnen. Wenn Sie meinem Antrag zustimmen, habe ich die Hoffnung, dass wir redlich sind und die falsche Entwicklung so stoppen. Wir wollen über die Hintertür des KVG keine Ausweitung der Indikationen ermöglichen. Das soll aber nicht der Fall sein, und ich möchte ausdrücklich Frau Bundesrätin Dreifuss anfragen: Ist es wirklich so, geht es beim KVG nur um die medizinische Indikation? Wenn wir ehrlich sind und unsere Gesetze eingehalten werden sollen, müssen wir uns auch den ethischen Fragen stellen. Denn sonst sind auch in andern Bereichen, wie zum Beispiel der Korruption, plötzlich Tür und Tor geöffnet.

Falls Sie meinem Antrag zustimmen, ist auch eine Kostensenkung damit verbunden. Andererseits besteht durchaus die Möglichkeit der Versicherung über den nichtobligatorischen Bereich.

Für den Fall, dass mein Antrag abgelehnt wird, weise ich darauf hin, dass Artikel 120 Strafgesetzbuch nach wie vor Gültigkeit hat. Wenn wir hier zustimmen, ist es dann Sache der Kontrollinstanzen, dafür zu sorgen, dass er auch eingehalten wird. Zu diesen Kontrollinstanzen gehören die Krankenkassen, aber es gehört ebenso das Bundesamt dazu. Falls missbräuchliche Abtreibungen geschehen, haben diese Instanzen einzuschreiten. Es ist also nicht nur in formaler Hinsicht auf die Gesetzes Einhaltung zu achten – nämlich auf die zwei Unterschriften –, sondern es geht auch um den Inhalt.

Ich hoffe, dass Sie meinem Streichungsantrag zustimmen können.

M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale: Contrairement à ce que M. Zwygart semble indiquer, il ne s'agit pas d'une nouvelle disposition. Il s'agit tout simplement de la reprise de l'article 12quater de la loi actuellement en vigueur. Il n'y a aucune raison de s'en écarter. Elle n'a donné lieu à aucune opposition. Elle a d'ailleurs été introduite après une longue période d'insécurité du droit qui n'a d'abord pu être réglée que par la voie des tribunaux, jusqu'à ce que cet article soit inscrit dans la législation actuelle.

Il ne s'agit donc pas d'élargir par la porte de derrière la notion d'interruption non punissable de la grossesse, mais tout simplement de manifester la logique la plus évidente. Puisque seules des indications médicales autorisent en Suisse le recours à une interruption de grossesse, il est normal – puisqu'il s'agit de causes médicales – que cette interruption de grossesse soit prise en charge par l'assurance-maladie. Les cautions qui existent dans le Code pénal sont lourdes puisqu'il faut que deux médecins attestent du caractère médical ou de l'état de morbidité qui justifie la demande d'interruption de grossesse.

Il est vrai, Monsieur Zwygart, que la notion de santé dans ce sens n'a pas reçu partout, dans tous les cantons, la même interprétation. Dans certains cantons on considère que la santé d'une femme ou la santé d'un enfant est gravement menacée lorsqu'il y a une révolte profonde à l'idée d'accepter une grossesse et un refus de l'enfant qui pourrait naître. Dans d'autres cantons, la notion de la santé est tellement restrictive que même des femmes gravement malades ne peuvent pas recevoir l'appui dont elles auraient besoin et auquel elles auraient droit sur la base du Code pénal. Cette discussion-là est une discussion longue, difficile, douloureuse même dans notre pays, parce qu'elle fait appel effectivement à des images, à des visions du monde et à des convictions morales éventuellement différentes selon la position religieuse de nos compatriotes.

Cette discussion-là n'est en rien influencée par le choix que vous ferez – je n'en doute pas – de mettre à l'article 24 de la nouvelle loi ce qui figurait jusqu'à présent à l'article 12quater de la loi actuelle.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Zwygart	Minderheit

#### Art. 25

##### Antrag der Kommission

##### Abs. 1

##### Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Minderheit

(Leuenberger Ernst, Dormann, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Jöri, Rechsteiner, Seiler Rolf, Zwygart)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

##### Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Art. 25

##### Proposition de la commission

##### Al. 1

##### Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Minorité

(Leuenberger Ernst, Dormann, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Jöri, Rechsteiner, Seiler Rolf, Zwygart)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

##### Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Abs. 1 – Al. 1

Jöri, Sprecher der Minderheit: Eigentlich ist es grotesk, wie sich gewisse Leistungsanbieter geradezu in die Krankenversicherung hineindrängen und andere sich mit allen Mitteln dagegen wehren. Wo liegt der Unterschied zwischen den Anträgen der Mehrheit und der Minderheit Leuenberger Ernst?

Die Minderheit spricht – wie der Bundesrat – von «schwerer Krankheit», die Mehrheit von «schwerer Allgemeinerkrankung» als Grundbedingung für die Übernahme der Kosten von zahnärztlichen Behandlungen.

Die geringfügige Abweichung wird erst mit der Einfügung von Buchstabe a (neu) durch den Ständerat verständlich. Dort wird gesagt, dass Kosten für zahnärztliche Behandlungen übernommen würden, wenn sie «durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt» seien. Dabei stellt sich die Standesorganisation der Zahnärzte auf den Standpunkt, dass bei guter Mundhygiene Karies sowie Zahnbetterkrankungen vermeidbar und deshalb selbstverschuldet seien, und die Kosten vom Patienten selber getragen werden sollten. Unbestritten sind die grossen Verdienste der Zahnärzte im Kampf gegen Karies und Parodontose. Wissenschaftliche Studien beweisen das eindeutig. Diese grossen Erfolge darf sich die Standesorganisation der Zahnärzte sicher auf ihre Fahne schreiben.

Gleichwohl bin ich aber der Meinung, dass die Kosten auch bei gewissen schweren Erkrankungen des Kausystems übernommen werden sollten. Diese minimale Ausweitung des Leistungskataloges wäre finanzpolitisch verantwortbar, weil der Bundesrat nach Rücksprache mit den Universitäten und mit den Zahnärzten in den Vollzugsbestimmungen abschliessend festlegen könnte, für welche schweren Erkrankungen die Kosten übernommen werden müssten.

Aehnliche Regelungen kennt man bei der IV, wo Zahnkorrekturen nur bis zu einem gewissen Schweregrad übernommen werden müssen, und die Kosten eben auch deshalb im Griff behalten werden konnten.

Was mich aber fachärztlich am meisten stört, ist die Einfügung des Begriffs «nicht vermeidbare Erkrankung» in einem Sozialversicherungsgesetz. Je länger desto deutlicher zeich-

net sich aufgrund der wissenschaftlichen Forschung ab, dass gewisse Parodontoseformen und auch das Loch im Zahn nicht in allen Fällen vermeidbar und damit selbstverschuldet sind. Ich zitiere aus der Monatszeitschrift der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft vom Dezember 1992. Dort steht: «Wir machen es uns zu einfach, wenn wir Parodontitis und Karies als Strafe Gottes für schlechtes Zähneputzen betrachten. Es gibt Patienten, die ihre Zähne hervorragend reinigen und trotzdem eine Parodontitis haben. Andere reinigen schlecht und leiden nicht an dieser Krankheit.» Parodontitis sei als eine eng umschriebene Erkrankung zu betrachten, die individueller und zielgerichteter, beispielsweise mit Antibiotikaeinsatz, behandelt werden müsse. Dies bedeute aber keinesfalls, dass die bis heute betriebenen Prophylaxemassnahmen hinfällig würden.

Diese sich abzeichnende Tendenz in der wissenschaftlichen Forschung wollte ich Ihnen als Zahnarzt nicht vorenthalten. Sie spricht eindeutig gegen die Einführung eines Begriffs «nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems» in einem Gesetz. Es stellt sich heraus, dass gewisse Erkrankungen des Kausystems nicht vermeidbar sind, also als Krankheit bezeichnet und deshalb von der Grundversicherung übernommen werden müssten.

Im weiteren bin ich der Meinung, dass in diesem speziellen Fall der Begriff der Vermeidbarkeit einer Erkrankung nicht juristisch ist und der Rechtsuchende gerichtlich feststellen lassen muss, ob seine Erkrankung nun vermeidbar gewesen wäre.

Mit der Fassung des Bundesrates und der Minderheit, welche vorsieht, dass die in Frage kommenden schweren Krankheiten des Kausystems in den Vollzugsbestimmungen abschliessend aufzuzählen sind, schaffen wir Klarheit. Damit können die Kosten gesteuert und Missbräuche ausgeschlossen werden.

Ich bitte um Unterstützung des Antrages der Minderheit Leu-  
enberger Ernst

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Ich bin sehr für eine restriktive Regelung, aber hier müssen wir doch noch berichten, wie das in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) gelaufen ist: Klar war der Kommission, dass Bundesrat und Ständerat im Prinzip das gleiche wollten, nämlich keine allgemeine Zahnpflegeversicherung, sondern Deckung der Zahnarztkosten bei schweren Erkrankungen. Man wollte nicht das bei Karies durch Prävention Erreichte in Frage stellen.

Was gilt es zu decken? Es gibt effektive Lücken gemäss Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes. Hier muss der Gesetzgeber tätig werden. Ein Beispiel: Es geht u. a. um die Kostendeckung für die Behandlung von Strahlenschäden an Zähnen nach Krebsbehandlung. Diese hat das Eidgenössische Versicherungsgericht bis heute, gestützt auf die geltende Gesetzgebung, abgelehnt. Solche Lücken gilt es zu schliessen. Der Ständerat wollte das nur verdeutlichen. Der Ausdruck «nicht vermeidbar» betrifft nur die Zahnerkrankungen. Es ist, so gesehen, eine Lex specialis, die für die allgemeine Gesetzgebung nicht präjudiziert und nicht generalisiert.

In der Kommission waren wir geteilter Meinung. Die SGK hat dem Ständerat mit 9 zu 8 Stimmen zugestimmt. Im Namen der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, den Antrag der Minderheit abzulehnen.

**M. Philipona**, rapporteur: En principe, le Conseil fédéral et le Conseil des Etats veulent la même chose, c'est-à-dire une couverture limitée des soins dentaires, qui seraient, eux, précisés dans l'ordonnance.

Selon le Conseil fédéral, il y a deux catégories, les soins dentaires «occasionnés par une maladie grave», et les soins dentaires «nécessaires pour soigner une maladie grave». Le Conseil des Etats précise une troisième catégorie: les soins dentaires «occasionnés par une maladie grave .... du système de la mastication». Là, il faut préciser que la notion de «non évitable» signifie «qui ne peut pas être évité par l'hygiène dentaire habituelle».

C'est par 9 voix contre 8 que la majorité de la commission vous propose de suivre le Conseil des Etats.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: Permettez-moi d'ajouter une remarque, tout simplement.

Effectivement, la volonté dans ce domaine est la même, que l'on adopte le projet du Conseil fédéral ou la proposition de la majorité de la commission, et cela est ressorti très nettement des travaux de la commission. Malgré tout, je crois que le Conseil des Etats a introduit un élément très discutabile dans la loi. La notion de «non évitable» introduit, en effet, le concept de négligence comme motif de réduction des prestations. Il est vrai qu'elle ne l'introduit que pour les affections dentaires, mais ce serait la première fois qu'en toutes lettres on introduirait cette notion de négligence, au moment même où la conscience des engagements internationaux de la Suisse devrait éviter de nous engager dans cette voie-là.

En effet, les engagements pris dans le cadre de l'Organisation internationale du travail, mais aussi les engagements pris dans le cadre du Conseil de l'Europe, ne permettent pas de réduire les prestations pour autre chose que pour une faute intentionnelle. La toute nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances va enfin, je dirais, dans le sens de l'application directe des clauses des conventions internationales concernées. Il serait malheureux que, à ce moment même, nous changions notre fusil d'épaule et que nous introduisions explicitement la négligence comme une cause de réduction des prestations.

La deuxième raison pour laquelle la notion de «non évitable» est difficile à appliquer, c'est que cette distinction repose sur des comportements d'hygiène qui dépendent de l'éducation que l'on a reçue. L'éducation que l'on a reçue en matière d'hygiène n'est pas forcément la même selon que l'on a été éduqué et que l'on a bénéficié d'un enseignement en Suisse ou que l'on appartient à des minorités qui sont venues chercher et offrir leurs forces de travail dans ce pays. Nous risquerions alors, dans ce domaine, d'avoir effectivement une médecine dentaire à deux vitesses, selon que l'on a bénéficié d'une éducation au sujet de la promotion de la santé dentaire ou non.

Mais nous nous trouvons devant un dilemme, et je vous laisse face à ce dilemme. Rejeter la version du Conseil des Etats signifie effectivement ouvrir un conflit avec l'ensemble des dentistes qui ont clairement exprimé leur position, mais accepter la version du Conseil des Etats met la Suisse dans une situation délicate du point de vue international et désavantage les personnes qui n'ont pas eu les moyens de pratiquer cette prévention.

Entre ces deux dommages, permettez-moi quand même de dire que je préfère que vous acceptiez la version du Conseil fédéral. Il me semble plus noble de nous mettre en harmonie avec nos engagements internationaux.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 91 Stimmen  
Für den Antrag der Minderheit 50 Stimmen

#### Abs. 2 – Al. 2

Angenommen – Adopté

#### Art. 26

Antrag der Kommission

##### Abs. 1

Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit

(Allenspach, Borer Roland, Deiss, Heberlein, Philipona)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Art. 26

Proposition de la commission

##### Al. 1

Majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Minorité*

(Allenspach, Borer Roland, Deiss, Heberlein, Philipona)  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Abs. 1 – Al. 1*

**Allenspach**, Sprecher der Minderheit: Bundesrat, Ständerat und Nationalratskommission sind sich darin einig, dass die Leistungen, die von einer Krankenversicherung bezahlt werden, wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Daran ändert mein Minderheitsantrag nichts.

Offen bleibt aber, wie die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit festgestellt und überprüft werden sollen. Probleme bereitet in diesem Zusammenhang vor allem die Ueberprüfung der Wirksamkeit einer Leistung. Wie kann nachgewiesen werden, dass beispielsweise ein Medikament oder eine Behandlungsmethode die gewünschte Wirkung hervorbringen? Die Behauptung der Medikamentenhersteller oder der Leistungserbringer genügt für sich allein genommen sicher nicht. Es muss unter genauen Bedingungen erprobt werden, ob man mit dem Heilmittel oder der Heilmethode in der Lage ist, eine bestimmte Krankheit zu heilen oder zu lindern, und ob Nebenwirkungen eintreten. Die Wirksamkeit muss in ihren Zusammenhängen wissenschaftlich nachgewiesen werden. Es genügt nicht, dass unkontrollierbare, suggestive Erfolge als Beweis für die Wirksamkeit eines Heilmittels vorgebracht werden. Gerade weil sich auf dem Gebiete der Heilmittel und der Heilmethoden immer wieder Scharlatane und Quacksalber breitmachen, muss die Wirksamkeit schlüssig nachgewiesen werden, das heisst mittels einer wissenschaftlichen Methode. Für den Nachweis der Wirksamkeit genügen weder Glaube noch Ideologie, noch werden Methoden aus dem Steinzeitalter möglich sein; richtig ist allein eine objektive wissenschaftliche Methode zum Nachweis der Wirksamkeit.

Es wird von der Kommissionsmehrheit befürchtet, dass die sogenannte Alternativmedizin, die Naturmedizin usw. damit ausgeschlossen würden. Das ist nicht der Fall, denn auch bei der Alternativmedizin sind wissenschaftliche Methoden zum Nachweis der Wirksamkeit möglich. Universitäten schaffen zurzeit Lehrstühle für Alternativmedizin. Das setzt Arbeiten nach wissenschaftlichen Methoden voraus, denn Lehrstühle sind keine ideologischen Kanzeln. Es ist deshalb unrichtig, wenn behauptet wird – diese Behauptung wird in der nachfolgenden Diskussion sicher zu hören sein –, dass sich das Erfordernis des wissenschaftlichen Nachweises gegen die Alternativmedizin richte. Auch bei ihr lässt sich die Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden nachweisen; auch bei ihr ist es unerlässlich, die Frage der Nebenwirkungen eines Medikamentes und einer Heilmethode zu überprüfen. Und welche Methode soll denn angewendet werden, wenn nicht eine wissenschaftliche? Die soziale Krankenversicherung kann nur Leistungen finanzieren, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen wird. Alles andere bedeutet, dass Gelder für Leistungen verwendet werden, bei denen der Nachweis der Wirksamkeit weder schlüssig noch objektiv erbracht worden ist. Wir stehen unter dem Diktat der Kosteneindämmung. Deshalb ist es nicht zu verantworten, im Rahmen einer obligatorischen Krankenversicherung Leistungen zu finanzieren, deren Wirksamkeit zweifelhaft ist bzw. nicht mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden kann.

Ich bitte Sie deshalb, meinem Minderheitsantrag und damit auch dem Ständerat zuzustimmen. Wir betrachten diesen Antrag nicht als Gegenantrag zum bundesrätlichen Entwurf, sondern sehen darin eine sinnvolle Ergänzung.

In diesem Sinne bitten wir Sie, der Minderheit zuzustimmen.

**Jöri**: Bei Artikel 26 ist die Kommission nach eingehender Diskussion zweimal – in beiden Lesungen – mit dem gleichen Stimmenverhältnis zur Fassung des Bundesrates zurückgekehrt, wonach im Gesetz nicht ausdrücklich festgehalten wird, dass die Wirksamkeit einer Leistung nach wissenschaftlichen

Methoden nachzuweisen sei. Es geht hier im wesentlichen um die Frage einer Ausweitung des Leistungskataloges in den Bereich Komplementärmedizin und um die Abgrenzung zur Schulmedizin. Die Grabenkämpfe sollten aber endlich überwunden werden, und die Einsicht sollte sich durchsetzen, dass ein konstruktives Miteinander zum Wohl der Patienten die einzig verantwortbare Haltung in dieser Frage sein kann. Wir tragen wieder einmal eine Spiegelfechterei um den Begriff Wissenschaftlichkeit aus, und dabei geht es – offen gesagt – um die Verteilung des Kuchens auf mehr Beteiligte.

Diese Fragen interessieren aber die Versicherten wenig bis überhaupt nicht; viel mehr interessiert sie die Frage der Uebernahme von Kosten der alternativen Heilmethoden durch die Grundversicherung. Verlässliche Umfragen sprechen eine deutliche Sprache und zeigen, dass sich über 70 Prozent der Bevölkerung solche Behandlungen wünschen und gleichzeitig bereit wären, auf die massiv teureren schulmedizinischen Behandlungen zu verzichten.

Damit ist auch schon die Frage nach der Kostenausweitung beantwortet, handelt es sich doch dabei um einen klassischen Fall von Kostenumlagerung von der teureren Schulmedizin hin zur grundsätzlich billigeren Komplementärmedizin. Leider werden aber die entsprechenden Begehren mit standespolitischen – sprich finanziellen – Argumenten abgeblockt. Es sind alle der Meinung, dass Quacksalberei und Scharlatanerie in unserem Gesundheitswesen nichts zu suchen haben. Mit den vom Bundesrat klar definierten Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit einer Behandlung sind unseres Erachtens genügend Schranken aufgebaut, die Missbrauch verhindern helfen. Mit der Einführung des Satzes durch den Ständerat, die Wirksamkeit müsse nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden, betreten wir ein Diskussionsfeld, das uns wohl doch etwas überfordert und in eine weltanschauliche Auseinandersetzung hineinführt, die auf Gesetzesebene nicht befriedigend gelöst werden kann.

Ich bin der Meinung, dass der Begriff Wissenschaftlichkeit keinen Rechtsbegriff darstellt und deshalb nicht in ein Gesetz gehört. Die bisherige Geschichte der Medizin zeigt, dass sie zwar hervorragende Resultate vorzeigen kann, aber auch dazu neigt, als sogenannte Schulmedizin eine Art Alleinvertretung zu beanspruchen. Es zeigt sich jedoch, dass das, was auf Universitätsebene als wissenschaftlich anerkannt gilt, nicht die ganze Wahrheit erfasst. Auf erfahrungsmedizinischer Ebene sind heute Tendenzen sichtbar, die weit über den Horizont des schulmedizinischen Wissens hinausgehen, gerade wenn es um Bereiche geht, wo die sogenannt exaktwissenschaftlich orientierte Medizin seit Jahren nicht mehr weiterkommt.

Entscheiden wir uns – jenseits jeder Dogmatik – im Interesse der Versicherten für eine Vielfalt im therapeutischen Angebot, wenn es wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist!

**Weder Hansjürg**: Mit der Formulierung von Artikel 26 beabsichtigen der Ständerat und die Minderheit unserer Kommission, vertreten durch Herrn Allenspach, die Komplementärmedizin trotz ihrer beachtlichen Verbreitung entscheidend zu benachteiligen. Dabei haben sich Naturheilmittel über Jahrhunderte bewährt, das heisst, sie haben sich als wirksam und unschädlich erwiesen.

Wenn wir die ständerätliche Fassung übernehmen, heisst das nichts anderes, als dass nachträglich alle Naturheilmittel einer hochnotpeinlichen Prüfung im Tierversuch unterzogen werden müssen. Es stellt sich aber in diesem Zusammenhang die Frage, woher die medizinischen Fachleute das Recht nehmen, darüber zu bestimmen, was als wissenschaftlich anerkannt einzustufen ist und was nicht, da die Medizin gar keine exakte Wissenschaft ist. Unlösbar damit verknüpft ist die Tatsache, dass in der Behandlung der grossen Leiden, nämlich der chronischen Krankheiten der inneren Organe beziehungsweise der Zivilisationskrankheiten, mit chemischen Arzneimitteln nur rudimentäre Fortschritte erzielt werden konnten – Herr Jöri hat Ihnen das soeben bestätigt –, so dass der Patient ohnehin gezwungen ist, sich nach alternativen Verfahren umzusehen, wenn er geheilt werden will.

Für Unvoreingenommene wird die von Grund auf falsche Entwicklung sichtbar, welche die Medizin in Therapie und Praxis

61

genommen hat – sie wird sichtbar in der Symptombehandlung anstelle der Ursachenerfassung und an der Lokal-statt Ganzheitstherapie. Das Heil wird in der Verwendung von chemischen Mitteln einerseits und von komplizierten und teuren Apparaten andererseits gesucht, und trotzdem wird das Heil nicht gefunden. Für die grosse Zahl der jungen, heranwachsenden Aerzte wird die Lage immer schwieriger. Ihre Ausbildung an den Universitäten und in den Spitälern entspricht der allgemeinen Entwicklung des Krankenwesens: Sie werden erzogen im Glauben an die Allmacht der Mittel, das heisst letzten Endes der Chemie und der Technik, und glauben an das Spezialistentum. Der Blick für die Grundzusammenhänge zwischen Ernährung, Lebensführung, Gesundheit und Krankheit ist verlorengegangen. Es gibt keine Gesamtschau über die Lebensgesetze der Natur mehr, deren Einhaltung oder Missachtung über Gesundheit oder Krankheit entscheiden.

Aufgrund des Gesagten sind folgende Schlüsse zu ziehen: Die Diskriminierung der natürlichen Heilmittel ist nicht statthaft. Die Zulassung sämtlicher Heilmittel der biologisch-homöopathischen oder anthroposophischen Richtung muss gewährleistet sein.

Noch ein spezieller Wunsch an Frau Bundesrätin Dreifuss zur Zusammensetzung der IKS wie auch der Eidgenössischen Arzneimittelkommission: sie ist derart zu ergänzen, dass darin auch die Ganzheits- beziehungsweise die integrale Medizin wie die Medizin der allopathischen Richtung gleichwertig vertreten sind. Nur so können diese Institutionen auch zukünftig glaubwürdig sein und bleiben.

Ich bitte Sie, der bundesrätlichen Fassung zuzustimmen. Sie lassen damit den Markt offen und treten ein für mehr Konkurrenz in der Gesundheitswirtschaft, und für mehr Konkurrenz – wir wissen es – sind Sie ja alle.

**Hafner Rudolf:** Wenn die Argumente von Herrn Allenspach nicht völlig überzeugend ausgefallen sind, kann das vielleicht auf den Umstand zurückgeführt werden, dass er zuerst gar nicht daran dachte, einen solchen Minderheitsantrag zu stellen, sondern dass er den Auftrag von Frau Heberlein bekommen hat.

Nun, man kann zurückverfolgen, woher überhaupt die Idee kommt, so etwas zu verlangen, wie es die Minderheit beantragt. Der Bundesrat hat den Zusatz, dass die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss, aufgrund des Sachverhaltes nicht in den Gesetzentwurf aufgenommen. Es waren Leute wie Ständerat Otto Schoch, die so etwas verlangt haben. Sie konnten vielleicht in der neuen Ausgabe der «Bilanz» lesen, dass er einen Sohn hat, der Schulmediziner ist. Auch Frau Beerli, deren Mann ebenfalls Schulmediziner ist, hat dieses Anliegen unterstützt. Es kann also nicht abgestritten werden, dass gewisse Interessen im Spiel sind. Herr Weder Hansjürg sagte richtigerweise, es gehe darum, dass die Konkurrenz überhaupt spielen könne. Die Schulmedizin hat in den letzten 200 Jahren einen grossen Aufschwung erlebt. Wie Sie in der Eintretensdebatte bereits hörten, ist die Schulmedizin jedoch nicht in der Lage, einfach alles abzudecken. Komplementärmediziner sind zwar wohl auch Schulmediziner, aber mit einer erweiterten Ausbildung, sei das bezüglich Homöopathie, Akupunktur usw. Aus dieser Tatsache ist ersichtlich, dass es darum geht, hier seriöse Methoden der Medizin zum Zuge kommen zu lassen.

Eine repräsentative Umfrage von Infosuisse hat ergeben, dass 83 Prozent der Befragten ausdrücklich wünschten, dass auch Formen der Komplementärmedizin in der Krankenversicherung abgedeckt werden. In Deutschland ist die Diskussion über die rechtlichen Begriffe bereits weiter gegangen. Professor Heine hat formuliert, dass «wissenschaftlich» gar kein Rechtsbegriff sei und darum nicht in Gesetze hineingehöre. Der Privatdozent Dr. Kienle vom Gemeinschafts Krankenhaus Herdecke hat über Jahre hinweg eine sehr umfangreiche Studie betrieben und festgestellt, dass es auch der Schulmedizin schwerfällt, diesem Anspruch überhaupt gerecht zu werden; er kam zum Schluss, dass es nicht berechtigt sei, einen sogenannten wissenschaftlichen Nachweis zu verlangen. Auch für Schulmediziner gilt, dass es mehrere Wege gibt, die nach Rom führen. Herr Prof. Gutzwiller, Leiter der Sozial- und Prä-

ventivmedizin in Zürich – also ein Schulmediziner –, war auch der Auffassung, dass der Begriff unstatthaft sei.

Das gleiche gilt in der Schweiz, wo die rechtliche Diskussion wenig fortgeschritten ist. Einem Rechtsgutachten von Prof. Saladin und seinen Mitarbeitern aus dem Jahre 1992 im Zusammenhang mit Medikamenten ist zu entnehmen, dass der Patient, gestützt auf das Grundrecht der persönlichen Freiheit, das Recht auf den Zugang zu den verschiedensten Medikamenten hat und dass dieses nur eingeschränkt werden könnte, wenn ganz klare gesetzliche Grundlagen bestünden. In diesem Gutachten steht: «Geht man von einem derartigen Anspruch aus, so kann der Patient oder Präventionswillige, gestützt auf die persönliche Freiheit, die Registrierung oder zumindest die Anwendung an sich selbst für jene Heilmittel verlangen, die er für seine gesundheitliche Entwicklung als wichtig erachtet und die allenfalls der behandelnde Arzt im konkreten Fall für verantwortlich hält.»

Daraus ersehen Sie, dass Herr Allenspach überhaupt nicht rechtlich argumentiert hat. Ich habe Ihnen das Gutachten von Prof. Saladin deshalb noch nachgeliefert, weil daraus klar hervorgeht, dass der Zugang zu diesen Medikamenten der Komplementärmedizin grundrechtlich abgestützt ist. Wenn der Zugang generell gewährleistet ist, kann es auch nicht angehen, dass man ihn über den Umweg der Krankenversicherung zu hintertreiben sucht, indem man diese Medikamente nicht bezahlen möchte. Selbstverständlich ist es auch nicht zulässig, auf die nächsttiefere Stufe – also Arzneimittel- oder Leistungskommission – zu gehen und die Sache damit eigentlich zu unterlaufen. Sie wissen, dass ja die Kommissionen bis jetzt noch einseitig zusammengesetzt sind und dass nur ein einziger Vertreter der Komplementärmedizin dort Einsitz hat. In Zukunft sollte man nach einer Lösung suchen.

Zuletzt noch eine Korrektur zu einer Aussage von Herrn Allenspach: Wenn Sie die Komplementärmedizin einbeziehen, wird es nicht teurer, sondern billiger. Untersuchungen aus Deutschland haben klar ergeben, dass Komplementärmedizin billiger zu stehen kommt.

In diesem Sinne ersucht Sie die grüne Fraktion, dem Bundesrat und der Kommissionsmehrheit zu folgen.

**Bortoluzzi:** Ich bin der Wissenschaft gegenüber überhaupt nicht negativ eingestellt, im Gegenteil: ich schätze deren Leistungen ausserordentlich. Aber es muss nicht immer das einzig Richtige sein, um so weniger, als ja immer wieder wissenschaftliche Arbeiten erst viel später als solche anerkannt wurden.

Nebst der Komplementärmedizin wird mit dem Minderheitsantrag Allenspach auch ein Stück weit die Entwicklung neuer Methoden gebremst. Es geht um die Kostenübernahme. Nebst wirtschaftlicher Zweckmässigkeit soll der Nachweis der Wissenschaftlichkeit erbracht werden – etwas, was meiner Meinung nach vor allem für neuere Erkenntnisse nur schwerlich möglich sein wird. Damit entstehen unmögliche Situationen, weil Nachweise ja oft erst Jahre später erbracht werden.

Ich kann Ihnen am Beispiel eines krebskranken Kindes die Problematik dieses wissenschaftlichen Nachweises erläutern. Der Krebs hat den Knochen in einem Bein des Kindes zerstört, und nach den anerkannten wissenschaftlichen Methoden kommt nur die Amputation des Beines in Frage. Nun gibt es aber irgendwo einen Chirurgen, der neuerdings Prothesen einpflanzt und so das Bein zu erhalten versucht. Es ist verständlich, dass die Eltern diese Chance nutzen wollen. Weil die Voraussetzung der Kostenübernahme durch eine Krankenkasse aber nicht erfüllt ist – das ist auch heute so, denn es handelt sich nicht um eine wissenschaftlich nachgewiesene Massnahme –, haben nun die Eltern 20 000 Franken oder noch mehr selbst zu berappen. Um solche Situationen möglichst zu vermeiden, glaube ich, dass es richtig ist, dem Antrag des Bundesrates und der Mehrheit der Kommission zuzustimmen.

Es ist nicht ganz so, Herr Allenspach, dass Tür und Tor geöffnet sind, wenn die bundesrätliche Version eine Mehrheit findet. Gemäss Artikel 27 Absatz 3 bestimmt der Bundesrat, in welchem Umfang die Kosten umstrittener Leistungen übernommen werden. Ich glaube, das genügt vollauf, um den Bedenken der Minderheit zu begegnen.

Die SVP-Fraktion wird mehrheitlich der Kommissionmehrheit zustimmen.

**Sieber:** Bei den Anforderungen an die Leistungen halten wir uns mit guten Gründen an die bundesrätliche Fassung. Diese nähert sich der Bestimmung im Entwurf zu einem Bundesgesetz über einen Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts: «Untersuchungen und Behandlungen haben mit Mitteln und nach Methoden zu erfolgen, für die der Wirkungsnachweis erbracht ist und die erlauben, das Untersuchungs- und Behandlungsziel in zweckmässiger und wirtschaftlicher Weise zu erreichen.» Wir sollten die Rechtsbegriffe harmonisieren und auch im KVG die Wissenschaftlichkeit der Methode nicht mehr speziell nennen.

Zum Begriff Zweckmässigkeit: Der gute Arzt muss immer wieder die Zweckmässigkeit in Betracht ziehen, das heisst, im Einzelfall die angestrebte Wirkung in angemessener Form erzielen. Dass er das wissenschaftliche Fundament dank einer gründlichen Ausbildung beherrscht, muss vorausgesetzt werden. Der Begriff der Zweckmässigkeit lässt dem Arzt den nötigen Freiraum, um auf den Patienten einzugehen. Namens der LdU/EVP-Fraktion bitte ich Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

**Wick:** Unsere Fraktion stimmt mit deutlicher Mehrheit der Kommissionmehrheit zu. Ich persönlich werde der Minderheit zustimmen; ich werde Ihnen das nicht begründen, weil ich als Fraktionssprecher auftrete.

Aber ich möchte doch noch etwas zum Wissenschaftlichkeitsbegriff von Herrn Weder Hansjürg sagen: Wenn er sagt, Alternativmedizin müsste, wenn wir «wissenschaftlich» hineinschreiben, mit Tierversuchen überprüft werden, so ist das das alte Feindbild von Herrn Weder und hat mit Wissenschaftlichkeit gar nichts zu tun! Es geht hier um etwas anderes, es geht um die statistische Auswertung der Behandlungsergebnisse. Nicht mehr und nicht weniger ist mit dieser Wissenschaftlichkeit gemeint, die die Minderheit Allenspach gerne im Artikel hätte.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Heute sind die Kriterien für die Versicherungsdeckung im Gesetz nicht namentlich erwähnt. Sie sind auf verschiedene Vollzugsbestimmungen verteilt. Die Kriterien, die dort aber zu finden sind, sind diejenigen der wissenschaftlichen Anerkennung, der Zweckmässigkeit – das bedeutet, dass die angestrebte Wirkung erzielt werden soll – und der Wirtschaftlichkeit, d. h., Kosten und Nutzen müssen in einem vernünftigen Verhältnis stehen.

Neu wäre nun die Definition im Gesetz, und gleichzeitig würde die wissenschaftliche Anerkennung ersetzt durch den Begriff der Wirksamkeit.

Der Ständerat und die Minderheit der Kommission sind nun der Meinung, man müsse betonen, dass diese Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden muss. Die Mehrheit der Kommission geht davon aus, dass das eigentlich ein wenig ein Streit um Worte ist. Bundesrat und Mehrheit wollen etwas flexibler werden in Richtung Komplementärmedizin, und sie sehen das Erfordernis erfüllt im Nachweis der Wirksamkeit. Es ist zu betonen: Auch dieser Nachweis der Wirksamkeit muss seriös erfolgen, z. B. eben auch mit statistischen Methoden. Die Differenz besteht einzig im Nachweis der Wirksamkeit: Muss man das noch extra sagen, oder kann man davon ausgehen, dass implizit enthalten ist, dass man diese Wirksamkeit mit seriösen Methoden nachweisen muss?

In der Botschaft – wenn ich noch darauf verweisen darf – ist klar gesagt, dass alle drei Kriterien – Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit – gleichzeitig erfüllt sein müssen. Damit sollte eigentlich klar sein, dass man nicht gedenkt, eine Schleuse zu öffnen. Die Kommission hat sich mit 10 zu 6 Stimmen für die Fassung des Bundesrates entschieden. Namens der Kommissionmehrheit bitte ich Sie, den Minderheitsantrag abzulehnen.

M<sup>me</sup> **Dreifuss**, conseillère fédérale: Effectivement, le Conseil fédéral considère que les expressions «efficaces», «appro-

priées» et «économiques» suffisent à décrire les prestations qui doivent être prises en charge. Il a abandonné le critère de la reconnaissance scientifique qui figure encore dans la loi actuellement en vigueur et l'a remplacé par la notion d'efficacité. Le critère de la reconnaissance scientifique a effectivement fait l'objet de nombreux reproches; il est considéré comme pas suffisamment adapté ou n'ayant pas un sens suffisamment précis pour être opérationnel. De même, dans la discussion qui a eu lieu au Conseil des Etats déjà sur la partie générale du droit des assurances sociales, c'est le critère de l'efficacité qui a été retenu.

Il s'agit d'une conjonction obligatoire des trois conditions: efficacité, caractère approprié et économique, qui permet d'éviter la prise en charge d'une mesure qui ne relèverait pas d'une approche médicale sérieuse, sans exclure les mesures proposées par d'autres types de médecine que la médecine classique, en particulier par ce qu'on appelle la médecine complémentaire. Certains critères objectifs devront de toute façon être trouvés, l'efficacité, dans ce sens-là – comme sans doute l'interprétation qui devrait être donnée à la phrase ajoutée par le Conseil des Etats si vous deviez l'accepter –, doit être que toute méthode sérieuse, notamment aussi une étude statistique, doit pouvoir apporter la preuve de l'efficacité. Ni l'une ni l'autre version ne doit donc fermer la porte aux médecines alternatives, et l'ouverture qui a été faite dans la Commission fédérale des médicaments à un représentant de la médecine complémentaire démontre que cela est également la volonté du Conseil fédéral.

L'introduction à nouveau de la notion de «méthodes scientifiques» par le Conseil des Etats apparaît en fait inutile, c'est une recherche de compromis qui ne correspond pas à un besoin réel de la part du Conseil fédéral. Si vous deviez l'accepter, j'insisterai pour que l'interprétation qui a été donnée par plusieurs orateurs aujourd'hui soit adoptée, en l'occurrence une interprétation qui ne restreigne pas, encore une fois, les prestations à ce qui est reconnu aujourd'hui uniquement par la médecine officielle et classique.

**Präsident:** Die SD/Lega-Fraktion lässt mitteilen, dass sie den Antrag der Kommissionmehrheit unterstützt.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	89 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	55 Stimmen

#### Abs. 2 – Al. 2

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 27

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1–3, 5*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 4*

Er setzt Kommissionen ein, ....

#### Art. 27

*Proposition de la commission*

*Al. 1–3, 5*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 4*

Il nomme des commissions qu'il consulte ....

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 28

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 29

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Antrag Hollenstein**

Abs. 2

....

e. .... ärztliche Anordnung oder Ueberweisung hin Leistungen ....

**Art. 29***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Hollenstein*

Al. 2

....

e. .... prescription ou sur mandat médical ainsi que ....

Abs. 1 – Al. 1

*Angenommen – Adopté*

Abs. 2 – Al. 2

**Präsident:** Ueber den Antrag Hollenstein wurde bei Artikel 19 Absatz 2 Buchstabe a entschieden.

*Angenommen gemäss Antrag Hollenstein**Adopté selon la proposition Hollenstein***Art. 30***Antrag der Kommission*

Abs. 1

*Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Minderheit*

(Leuenberger Ernst, Brunner Christiane, Dormann, Hafner Rudolf, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Rechsteiner, Sieber)

Aerzte sind zugelassen, wenn sie vor dem Medizinstudium ein Sozialjahr absolviert haben, das eidgenössische Diplom ....

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 30***Proposition de la commission*

Al. 1

*Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Minorité*

(Leuenberger Ernst, Brunner Christiane, Dormann, Hafner Rudolf, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Rechsteiner, Sieber)

Les médecins sont admis s'ils ont accompli, avant le début de leurs études, une année de service social et s'ils disposent du diplôme ....

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abs. 1 – Al. 1

**Leuenberger Ernst, Sprecher der Minderheit:** Im Namen einer Minderheit darf ich Ihnen zu Artikel 30 sozusagen ein Rezept vorschlagen, das mindestens mittelfristig dazu dienen sollte, den Numerus clausus für das Medizinstudium zu vermeiden. Wir schlagen Ihnen die Einführung eines obligatorischen Sozialjahres vor der Aufnahme des Medizinstudiums vor. Damit ich mir die Begründung nicht allzu schwer machen muss, finden Sie in der Aerztezeitung vom 29. September 1993 die ganze Argumentation, wie ich sie besser mit Händen, Füssen und Mund nicht vortragen könnte.

Ich zitiere aus dem Artikel mit dem Titel «Eine bessere Alternative zum Numerus clausus»: «Das gesamte medizinische Wissen im Kopf zu haben, ist nur eine und nicht einmal die wichtigste Eigenschaft, die ein praktisch tätiger Arzt braucht. Ausschlaggebend sind die Freude und die Fähigkeit, mit Menschen umzugehen, sodann Ausdauer, Arbeitswille und heute – das ist wichtig – eine gewisse Bescheidenheit in den persönlichen Ansprüchen.» Weiter steht dann, es müsse ein

Sozialjahr als Tatbeweis eingeführt werden. Dabei ist die Rede von einem «Praktikum in einem Spital oder in einem Pflegeheim von einem halben, besser von einem ganzen Jahr als Vorbedingung für die Zulassung zum Medizinstudium als Alternative zum Numerus clausus».

Statt der Einführung eines Numerus clausus für Medizinstudenten sollte versucht werden, über dieses Sozialjahr die Zahl der praktizierenden Aerzte nicht weiter anwachsen zu lassen. Damit ich nicht beim Orthopäden Dr. Debrunner bleibe, verweise ich noch auf die Worte einer Psychiaterin, Frau Dr. Cécile Ernst. Sie sagt in der gleichen Aerztezeitung zu diesem Thema, ein Bewährungsjahr als Hilfskraft im medizinischen Bereich sei zu fordern. Die Kandidaten sollten sich selber prüfen, ob ihr medizinisches Interesse dem engen Kontakt mit Alten, Chronischkranken, Behinderten standhalte oder durch diesen sogar intensiviert werde, ob ihre Geduld und Einfühlung ausreiche, ob sie Ekel ertragen könnten. Selbstselektion durch den Tatbeweis sei die wirksamste Selektion, und gegen sich selber könne man nicht prozessieren.

Ich denke, das ist Begründung genug; sie stammt aus der Aerztezeitung. Ich nehme an, dass die Aerzte sich das noch viel gründlicher überlegt haben als die Minderheit.

Ich bitte Sie, der Minderheit zuzustimmen, um den Numerus clausus für das Medizinstudium mittelfristig vermeiden zu können.

**M. Philipona, rapporteur:** Tout à l'heure, M. Leuenberger Ernst a cité l'avis d'un journal en laissant entendre que ça peut être l'avis de la FMH. Je crois qu'il faut bien faire la différence entre les deux.

Le problème du nombre de médecins en Suisse est crucial. La relation entre le nombre de médecins et le coût de la santé est prouvé. Le problème est donc bien réel. Il faut, cependant, chercher à résoudre le problème autrement que par un article de loi qui posera davantage de problèmes qu'il n'en résoudra. La question du numerus clausus devra être étudiée à fond, comme aussi celle de la formation des médecins, et de la longueur des études.

En pratique, l'article, tel qu'il est formulé, va poser d'énormes problèmes d'interprétation qui vont rapidement se révéler insolubles. Qu'est-ce, en pratique, qu'une année de service social? Personne ne le définit exactement. Les médecins actuellement admis n'ont pas une telle année de service social. Faut-il alors les renvoyer en année sabbatique, ou punitive, ou appliquer alors des dispositions transitoires?

La commission, à une faible majorité, il est vrai, 7 voix contre 6, vous recommande de rejeter la proposition de minorité Leuenberger Ernst.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit

69 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit

52 Stimmen

Abs. 2, 3 – Al. 2, 3

*Angenommen – Adopté***Art. 31***Antrag der Kommission*

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag Sandoz*

Abs. 3

Die Kantone bestimmen .... gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei die Zugangsmöglichkeit der Patienten zu einer Apotheke.

*Antrag Schnider*

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 31***Proposition de la commission*



Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition Sandoz*

Al. 3

Les cantons .... à des pharmaciens. Ils tiennent compte, pour cela, des possibilités d'accès des patients à une pharmacie.

*Proposition Schnider*

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abs. 1, 2 – Al. 1, 2

*Angenommen – Adopté*

Abs. 3 – Al. 3

M<sup>me</sup> Sandoz: L'article 31 alinéa 3 pose un problème extrêmement important, à savoir le droit accordé aux médecins de dispenser des médicaments à charge de l'assurance-maladie. Nous avons tous reçu des lettres de médecins ou de pharmaciens nous demandant, les premiers de soutenir la version du Conseil des Etats, les seconds celle du Conseil fédéral. Personne, dans cette salle, n'obéit à des lobbies. Par conséquent, ce que nous voterons, nous le voterons parce que ce sera la solution la plus respectueuse de la liberté des patients et, nous le constaterons d'ailleurs aussi, la plus favorable à la limitation des coûts de la maladie.

Il est incontestable que, dans l'intérêt des patients, il vaut beaucoup mieux que ce soient les pharmaciens que les médecins qui vendent les médicaments. Cela permet au patient d'avoir une plus grande liberté d'accepter ou de refuser, le cas échéant, une consommation de médicaments si c'est un pharmacien qui le lui vend plutôt que si c'est son médecin. D'autre part, du point de vue des coûts, il est incontestable aussi – il y a des statistiques qui le montrent – que cela coûte moins si les médicaments sont vendus par des pharmaciens plutôt que par des médecins parce qu'il y a, de nouveau, ce même rapport de liberté qui est plus grand lorsque le patient se trouve face à un pharmacien que lorsqu'il se trouve face à son médecin.

Il est donc extrêmement important d'assurer dans la majorité des cas que ce soient des pharmaciens et non des médecins qui dispensent les médicaments. Toutefois, il est vrai aussi que, dans certaines situations, il n'est pas possible d'accéder facilement à une pharmacie et que, dès lors, il se justifie d'autoriser un ou des médecins à vendre des médicaments. Un certain nombre de cantons l'ont compris; c'est d'ailleurs le cas du canton de Vaud qui n'autorise un médecin à dispenser des médicaments qu'à certaines conditions de proximité d'une pharmacie et qui supprime cette autorisation lorsqu'une pharmacie se crée dans un certain périmètre.

Il est vrai aussi qu'un certain nombre de cantons n'ont pas cette politique et que c'est là qu'il peut y avoir un problème. Ce que nous devons assurer, c'est que tous les cantons puissent pratiquer et pratiquent cette politique favorable aux patients et à la baisse des coûts de la médecine, à savoir que le principe reste la dispensation par les pharmaciens et l'exception, la dispensation par les médecins.

Or, je vous ferai constater que ni la version du Conseil fédéral ni celle du Conseil des Etats n'assure cette protection. Par conséquent, l'amendement que je vous propose consiste à dire: jusqu'à présent, il y a déjà un certain nombre de cantons qui, encore une fois, suivent le principe de la dispensation par les pharmacies et, exceptionnellement seulement, par les médecins. Imposons à tous les cantons de tenir compte de la proximité d'une pharmacie, c'est-à-dire de ne pas autoriser des médecins à dispenser s'il y a des pharmacies dans un certain rayon, de les autoriser lorsqu'il n'y a pas ces possibilités d'accès à une pharmacie, et de retirer enfin cette autorisation lorsqu'une pharmacie se crée, mais ne conférons pas un blanc-seing au Conseil fédéral dont on ne sait même pas dans le message de quelle manière il entend, lui, régler le problème.

L'amendement proposé tend donc à dire qu'un certain nombre de cantons ont déjà montré leurs compétences sur ce problème. Invitons et obligeons les autres cantons à tenir compte des possibilités d'accès aux pharmacies, dans le sens indiqué tout à l'heure – c'est-à-dire pas d'autorisation s'il y a un accès facile à une pharmacie et retrait d'autorisation si une pharmacie se crée –, mais ne conférons pas un blanc-seing au Conseil fédéral, qui ne nous a même pas dit quelles étaient ses intentions en l'occurrence.

**Schnider:** Mit meinem Antrag möchte ich das Bestimmungsrecht über die Selbstdispensation bei den Kantonen behalten; dies hat sich bis heute bestens bewährt.

Für den einzelnen Patienten ist die heutige Regelung in den meisten Kantonen ein Vorteil, weil er rasch und direkt zu seinem Medikament kommt. Neutral aufgestellte Statistiken der Krankenkassen zeigen, dass die Medikamentenkosten in den Kantonen mit Selbstdispensation sogar deutlich tiefer sind. Ein Beispiel dafür ist der Kanton Graubünden. Mit der Aufhebung der Selbstdispensation vom 1. Januar 1991 sind die Kosten für Arzneimittel gegenüber dem Vorjahr um 5,5 Prozent auf 20,3 Prozent angestiegen. Da muss man hinter die Behauptungen der nationalrätlichen Kommission mit Recht ein grosses Fragezeichen setzen.

Wenn schon von Mehrkosten die Rede ist, werden diese in erster Linie durch die Stadtärzte ausgelöst. Patienten pilgern von Arzt zu Arzt, was als «Aerzieshopping» bezeichnet wird. So werden selbstverständlich die Kassenprämien stark steigen, und wir werden das weiter erfahren müssen.

Der Ständerat hat Artikel 31 Absatz 3 längere Zeit beraten und will die Regelung der Selbstdispensation weiterhin den Kantonen überlassen. Frau Sandoz hat einen ähnlich gelagerten Antrag begründet, der aber in der Handhabung komplizierter wäre.

Ich bitte Sie, meinem Antrag, das heisst der ständerätlichen Fassung, zuzustimmen.

**M. Deiss:** En dépit de l'estime et de la sympathie que le groupe démocrate-chrétien éprouve pour M. Schnider, il ne partage pas, en tout cas dans sa majorité, son avis sur cette question.

J'ai moi-même quelque peine à suivre la logique qui se cache derrière tous ceux qui défendent la vente directe des médicaments par les médecins. Elle pourrait être fonctionnelle. Cette logique-là voudrait que ce soit pratique, que la question de la distance ou de l'urgence puisse justifier la remise des médicaments par le médecin. C'est aussi commode pour le patient qui s'épargne un deuxième déplacement auprès de son pharmacien.

Mais que dire, lorsqu'on apprend que, dans certains cantons tels que ceux de Lucerne ou de Saint-Gall, entre 70 et 80 pour cent des médicaments sont vendus par les médecins? On peut là véritablement se demander si les pharmaciens exercent encore leur fonction. Pourquoi former des pharmaciens si, semble-t-il, sur la base de ces observations, les deux formations – celles de médecin et de pharmacien – seraient équivalentes? Poussons le raisonnement jusqu'à l'absurde et admettons que, dans certains cantons, le 70 ou le 80 pour cent des diagnostics soient portés par les pharmaciens!

La logique pourrait se situer au niveau des incitations. Et là, c'est carrément le tour de force, puisqu'on nous démontre, statistiques à l'appui, que le système de la vente directe des médicaments serait moins coûteux que celui de la distribution par les pharmaciens. Cela me semble tout de même aller à l'encontre de toute logique en matière économique, et il est fort étonnant, voire impossible, que tel soit le cas, surtout lorsque les médicaments deviennent un élément important du chiffre d'affaires d'un cabinet de médecin. Il y a évidemment des statistiques qui prouvent le contraire, puisqu'on nous dit que, selon les relevés les plus récents, c'est dans les cantons où la vente directe des médicaments est largement pratiquée que la consommation aurait augmenté fortement durant cette année de blocage des prix.

Si on abandonne ces deux logiques, il en reste une, solide, à toute épreuve, semble-t-il, c'est la logique fédéraliste. Lais-

sons faire les cantons et régler cela au niveau local. Une erreur ici est de croire que la compétence conférée au Conseil fédéral, selon la version du Conseil fédéral ou de la commission, reviendrait à interdire purement et simplement la vente directe des médicaments par les médecins. Il n'en est rien, et les cantons qui ont des systèmes plus restrictifs que ceux des cantons permissifs démontrent qu'on peut surmonter les difficultés et admettre la distribution des médicaments par le médecin traitant là où des impératifs majeurs le justifient.

C'est pour toutes ces raisons que la majorité du groupe démocrate-chrétien vous recommande de voter pour la version de la commission et du Conseil fédéral.

**M. Pidoux:** Notre groupe étant divisé, nous partageons le temps de parole et j'aimerais, au nom de la majorité de notre groupe, vous inviter à suivre la version du Conseil fédéral.

Les cantons latins ne connaissent pas ce curieux système qui permet aux médecins de vendre les propres médicaments qu'ils prescrivent. Dans quelques cantons alémaniques, médecins et pharmaciens s'affrontent à ce sujet, c'est cela qu'il faut garder en tête lorsqu'on parle de fédéralisme dans ce domaine.

Aucun d'entre vous ne pourrait me soupçonner de vouloir tout unifier sous le joug de la Berne fédérale. Mais je refuse que l'on fasse un faux combat au nom d'un faux fédéralisme. Car il ne s'agit pas de fédéralisme, mais de représentation d'intérêts privés, si légitimes soient-ils. Gardons le fédéralisme pour ce qu'il est: un système de répartition des pouvoirs étatiques et ne le dénaturons pas pour défendre une profession libérale qui demande l'aide de l'Etat contre une autre profession libérale.

Dans ce curieux combat de nègres dans un tunnel, suivons le Conseil fédéral!

**Frau Heberlein:** In Ergänzung zu meinem Kollegen und speziell an ihn gerichtet, möchte ich festhalten, dass das Gesundheitswesen laut Bundesverfassung nach wie vor Sache der Kantone ist und dass wir in diesem Gesetz einige gewichtige Eingriffe in diese Kompetenzenteilung vornehmen. Der Entscheid der Kommission, die Lösung des Bundesrates anzunehmen und dem Bund die Kompetenz zu erteilen, die Selbstdispensation der Aerzte zu regeln, wäre verständlich, wenn klar erwiesen wäre, dass und in welchem Umfang mit dieser Verlagerung Kosten gespart werden könnten.

Der Streit zwischen Aerzten und Apothekern ist alt. Weil für beide erhebliche finanzielle Interessen auf dem Spiel stehen, wurde auch entsprechend PR betrieben. Für mich steht nicht so sehr dieser Streit im Vordergrund, sondern das Schicksal des Gesetzes. Inhaltlich bin ich auch für eine enge Begrenzung der Medikamentenabgabe durch die Aerzte. Die meisten Kantone aber sind gegen die Verlagerung dieser gesetzgeberischen Kompetenz auf den Bund. Sie könnten der Bundeslösung den Kampf ansagen. Sie haben die Lösungen in ihren Kantonen nach heftigen Abstimmungskämpfen abgesegnet, und viele Regionen wären nicht in der Lage, diese Versorgung mit Medikamenten sicherzustellen. Mit der Wiederaufnahme des Entwurfs des Bundesrates gefährden wir nach Meinung einer Minderheit der Fraktion das ganze Gesetz.

Die Tatsache, dass sich die Krankenkassen nicht für die Bundeslösung stark machen, zeigt mir auch, dass sie von der kostendämpfenden Wirkung dieser Regelung nicht unbedingt überzeugt sind. Vielleicht sind sie der Meinung, dass sie es selber besser machen könnten und auch in den Katalog der Leistungserbringer aufzunehmen wären, wie sie dies propagiert haben.

Ich meine, die Selbstdispensation muss den Regeln der Kantone überlassen bleiben, und ich beantrage Ihnen, der Fassung des Ständerates mit der Ergänzung gemäss Antrag Sandoz zuzustimmen.

**Keller Rudolf:** In den letzten Jahrzehnten hat sich das Zusammenwirken von Aerzten und Aerztinnen, Apothekern und Apothekerinnen bewährt. Allerdings scheint es, dass nun Tendenzen dahingehend gesteuert werden sollen, die Apotheken soweit wie möglich beiseite zu schieben.

Wichtig ist aber die Kontrolle durch eine zweite Instanz, eben die Apotheken, die mit ihrem fachkompetenten Wirken eher kostensenkend arbeiten können. Die Apotheken sind wegen der Vielfalt der Medikamente, die sie führen oder die sie direkt anfordern können, bei der Medikamentenverschreibung unabgängiger, weil sie meist unter einem grösseren Medikamentenangebot auswählen können als die Aerzte. Apothekerinnen und Apotheker wirken auch beratend, und hier ist ihr Einfluss auf die Patientinnen und Patienten recht gross, geht es doch beispielsweise auch darum, Dosierungsangaben zu machen und ihre Einhaltung bei Patientinnen und Patienten auch längerfristig zu überwachen. Dies ist eine Arbeit, für die die Apotheken eigentlich geradezu prädestiniert sind.

Wenn wir diese Frage kantonal regeln, eröffnen wir der Aertschaft im grossen Stil ein Ausweichgeschäft mit Medikamenten, ein Ausweichgeschäft, das eigentlich gar nicht zur Domäne der Aerzte gehört. Ein Apothekensterben wäre die Folge. Eine Monopolisierung der Medikamentenabgabe bei den Aerzten wäre also absehbar. Deshalb lehnen wir den Antrag Schnider ab. Diese Kantonalisierung dürfen wir nicht zulassen! Es ist nicht die Aufgabe des Parlaments, ein neues Monopol zu schaffen.

Im Sinne der zweitbesten Lösung unterstützt die SD/Lega-Fraktion aber den Antrag Sandoz. Wir sind aber der Meinung, dass man über den Antrag Sandoz hinaus die eigentliche Bundeslösung wählen sollte. Es gilt, ein Medikamentenabgabemonopol respektive ein Kartell für Aerzte zu verhindern. Eines möchte ich aber festhalten, und zwar vor allem gegenüber den Randgebieten, die es in unserem Lande hinsichtlich medizinischer Versorgung gibt. In diesen Gebieten erwarten wir von einer Bundeslösung, dass sie weiterhin die föderalistische Lösung ermöglicht, wonach die Aerzte in diesen Gebieten selbstverständlich Medikamente abgeben können. Aber das scheint uns logisch, das ist klar, da müssen auch die Antragsteller Sandoz und Schnider keine Angst haben. Es wird keine Gebiete geben, in denen die Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht gewährleistet ist.

Zum Schluss erlaube ich mir noch die Feststellung, dass in Kantonen, in welchen die Selbstdispensation der Aerzte erlaubt ist, bis zu 28 Prozent mehr Krankheitsfälle pro Einwohner festzustellen sind. Dies belastet die Krankenkassen mit zusätzlichen Kosten, die nicht unbedeutend sind. Die Aufgabenteilung zwischen Aerzten und Apotheken hat sich im Kanton Tessin und in der Westschweiz bewährt.

Stimmen Sie deshalb zusammen mit der Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi und vor allem zusammen mit der Kommission für die bundesrätliche Lösung.

**Eymann Christoph:** Es ist erwiesen, dass die Tätigkeit der Apotheken mithilft, Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Die Beratung von Kundinnen und Kunden erfolgt in der Apotheke gratis. Die Triage, wer ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen muss und wer sich mit anderen Mitteln behelfen kann, berechtigt nicht zur Rechnungstellung an die Krankenkassen, das heisst, dass enorme Einsparungen erfolgen, weil die Krankenversicherung gar nicht erst belastet wird.

Im Falle der Selbstdispensation ist dies nicht so. Auch wenn vom Arzt entschieden wird, nicht mit Medikamenten gegen die Krankheit anzugehen, so ist die Konsultation selbst doch mit Kostenfolgen verbunden. Selbstdispensation ist dort angezeigt, wo der Weg in die nächste Apotheke deutlich zu lang ist. Wo dies aber nicht der Fall ist, d. h., wo die Apothekendichte genügend gross ist, sollte nicht zur Selbstdispensation gewechselt werden. Selbstdispensation bewirkt höhere Kosten. Das Gesetz versucht, Kostensenkungen durchzusetzen, und mit Blick darauf scheint es gerechtfertigt, dass die Kompetenz zur Erteilung der Selbstdispensationserlaubnis beim Bund liegen soll.

Ich bitte Sie deshalb, den Antrag Schnider abzulehnen und der Lösung des Bundesrates zuzustimmen. Eventualiter bitte ich um Zustimmung zum Antrag Sandoz, der einen Kompromiss darstellt.

**Leuenberger Ernst:** Es kann nicht Sache der Sozialdemokraten sein, in einen Streit zwischen Apothekern und Aerzten ein-

zugreifen. Da könnte man sich zurücklehnen und sich seine Sache dabei denken.

Es geht doch bei diesem Streit einzig um die Frage: Besteht denn auf die eine oder andere Weise eine gewisse Chance, einen kleinen Beitrag zur Kosteneindämmung zu leisten? Es scheint nun, dass gemäss Untersuchungen, die in letzter Zeit publiziert worden sind, möglicherweise die Abschaffung respektive die Einschränkung der Selbstdispensation unter Umständen einen solchen kostendämmenden Beitrag leisten könnte. Das ist für die SP eigentlich Ursache genug zu sagen: Wir überlassen es dem Bundesrat, hier die richtige Regelung zu finden, und zwar eine gesamtschweizerische. Wir befinden uns ja in guter Gesellschaft: Der Föderalist, Herr Pidoux, hat uns sozusagen Absolution erteilt und ist auch für eine Bundeslösung.

Bitte stimmen Sie der Kommission und dem Bundesrat zu!

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Die Frage der Selbstdispensation ist seit Jahrzehnten umstritten. Für jede Kostenstatistik gibt es eine Gegendarstellung.

Wie Herr Leuenberger Ernst soeben gesagt hat: Die Konfusionen bestehen – wenn überhaupt – in den Wörtchen «möglicherweise» und «unter Umständen». Das Problem – darüber müssen wir uns bewusst sein – betrifft praktisch nur die Deutschschweiz. Das kommt daher, dass die Kantone die Kompetenz für das Gesundheitswesen innehaben, und in verschiedenen Deutschschweizer Kantonen hat die Frage der Aufhebung der Selbstdispensation schon dazu geführt, dass kantonale Gesundheitsgesetze deutlich abgelehnt wurden. Die Verschiebung der Kompetenz von den Kantonen an den Bund mobilisiert möglicherweise föderalistische Opposition, und das hat die Kommission in der ersten Lesung zu folgendem Resultat geführt: Ein entsprechender Antrag, dem Bundesrat zu folgen, wurde zurückgezogen.

In der zweiten Lesung wurde das Argument der möglichen Kosteneinsparung stärker gewichtet als die föderalistischen Bedenken. Man hat damit zum Ausdruck gebracht, dass sich der Bundesrat mit Einschränkungen der Selbstdispensation möglicherweise besser durchsetzen kann als die einzelnen Kantonsregierungen. Die Kommission hat sich in der zweiten Lesung deutlich, mit 14 zu 1 Stimmen, entschieden: für den Entwurf des Bundesrates und gegen die Kantonalisierung. Namens der Kommission bitte ich Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

**M. Phillipona, rapporteur:** En première lecture, la commission s'était ralliée à la décision du Conseil des Etats sans avoir eu à voter, ceci après une brève discussion. C'est en deuxième lecture qu'une large discussion a eu lieu sur ce sujet délicat. Il concerne particulièrement la Suisse alémanique puisqu'en Suisse romande le projet du Conseil fédéral correspond tout à fait à la situation, les médicaments étant distribués par les pharmacies, sauf dans de rares exceptions dues au manque de pharmacies dans la région.

Si la commission vous propose aujourd'hui de vous prononcer en faveur du projet du Conseil fédéral, c'est pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, elle considère que les tâches du pharmacien ne se limitent pas à l'exécution d'ordonnances ou à la délivrance de médicaments. Le devoir du pharmacien de conseiller la population concerne aussi la médication en cas d'affections banales. Ceci épargne aux patients la peine d'une consultation médicale, ce qui est dans son intérêt. La fonction du pharmacien ne peut plus être assurée s'il n'y a pas un nombre suffisant de pharmacies dans la région. Il faut préciser que, dans les régions qui ne sont pas approvisionnées en médicaments par une pharmacie aisément atteignable, la vente de médicaments dans les cabinets médicaux doit pouvoir être autorisée. C'est ce que prévoit le projet du Conseil fédéral que nous vous proposons d'accepter.

La commission l'a fait à une écrasante majorité, c'est-à-dire par 14 voix contre 1 et avec 5 abstentions.

La proposition Sandoz va également dans la même direction, dans la bonne direction. Nous avons préféré donner au Conseil fédéral la maîtrise de la situation en l'autorisant à fixer

lui-même les conditions auxquelles les cantons pourront autoriser cette pratique. Il garde ainsi mieux en main la maîtrise des coûts.

C'est la raison pour laquelle nous soutenons toujours le projet du Conseil fédéral.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** Merci de tous ces soutiens apportés de la part de la commission et de nombreux orateurs à la version du Conseil fédéral.

Effectivement, ce que nous souhaitons, c'est donner les moyens au Conseil fédéral, par la voie d'ordonnances, de définir dans quels cas les médicaments peuvent être dispensés directement par les médecins, à la charge de l'assurance-maladie. Cette compétence n'est actuellement pas donnée au Conseil fédéral puisque la compétence générale de l'accès à l'exercice de la profession est laissée aux cantons. Or, nous l'avons entendu, les cantons ont réglé cela de façon très diverse sans tenir compte, peut-être, des effets que cela a sur l'assurance-maladie. C'est par le biais de la compétence qui lui est attribuée d'exercer un contrôle sur l'assurance-maladie que le Conseil fédéral souhaite donner, au moyen d'une nouvelle compétence et selon des critères rigoureux, la possibilité de pratiquer la propharmacie.

Les critères seront certainement ceux qui permettent à la fois une maîtrise des coûts et également une couverture optimale des besoins, mais le critère des possibilités d'accès de la population à des lieux de distribution de médicaments sera un critère essentiel. Si le Conseil fédéral vous demande cette compétence, c'est parce qu'il a l'intention de faire, effectivement, une réglementation plus restrictive que cela n'est le cas aujourd'hui dans certains cantons, et qui tient compte de ces deux critères: les besoins des patients, en premier lieu, mais également la volonté de maîtrise des coûts.

Le Conseil des Etats veut maintenir cette compétence entièrement aux cantons, partant de l'idée qu'une réglementation adaptée à chaque canton serait nécessaire. Dans ce sens-là, je crois que la proposition de M<sup>me</sup> Sandoz va à l'encontre de cette liberté que l'on voudrait laisser aux cantons, et surtout qu'elle risque de ne pas être opérationnelle, car la Confédération n'aurait pas les moyens de contrôler si les cantons légifèrent en la matière. Il serait plus simple, dans ce sens-là, de garder soit la pure compétence cantonale, soit la compétence fédérale venant s'ajouter à la reconnaissance du droit de pratiquer qui, elle, resterait, de toute façon, cantonale.

Dans ce sens-là, j'aimerais vous inviter à suivre la commission et à approuver le projet du Conseil fédéral.

#### Abstimmung – Vote

##### Eventuell – A titre préliminaire

Für den Antrag Sandoz	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Schnider	Minderheit

##### Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Kommission	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Sandoz	Minderheit

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

*Schluss der Sitzung um 13.05 Uhr  
La séance est levée à 13 h 05*

91.071

## Krankenversicherung. Revision Assurance-maladie. Révision

*Fortsetzung – Suite*

Siehe Seite 1820 hiervor – Voir page 1820 ci-devant

### Art. 32

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

.... nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben c bis g. (Rest des Absatzes streichen)

*Abs. 2 (neu)*

Er regelt insbesondere die Zulassung der von Aerzten angestellten Psychotherapeuten und Physiotherapeuten.

*Abs. 3 (neu)*

Er regelt die Zulassung von selbständig tätigen Psychotherapeuten.

*Abs. 4 (neu)*

Er hört zuvor die Kantone und die interessierten Organisationen an.

*Antrag Meier Samuel*

*Abs. 3 (neu)*

Streichen

*Antrag Bischof*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

### Art. 32

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

.... selon l'article 29 alinéa 2 lettres c à g. (Biffer le reste de l'alinéa)

*Al. 2 (nouveau)*

Il règle en particulier l'admission des psychothérapeutes et des physiothérapeutes employés par des médecins.

*Al. 3 (nouveau)*

Il règle l'admission des psychothérapeutes indépendants.

*Al. 4 (nouveau)*

Il consulte au préalable les cantons et les organisations intéressées.

*Proposition Meier Samuel*

*Al. 3 (nouveau)*

Biffer

*Proposition Bischof*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Bischof:** Bei Artikel 32 habe ich grosse Bedenken, die ich kurz erläutern möchte.

Laut dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und der Kommission des Nationalrates soll dieser Artikel keine nennenswerten Auswirkungen auf die Kosten haben. Ja, man sagt sogar, dass dieser Beschluss nur geringen Einfluss auf die Kosten haben werde. Wir sprechen hier über 110 Millionen Franken, und dies aufgrund einer Schätzung des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen. Es wird aber schon heute gemunkelt, dass das Ganze schlussendlich auf 200 Millionen Franken zu stehen kommen wird.

Worum geht es bei diesem Artikel 32? Konkret werden Psychotherapeuten mit minimaler Ausbildungsdauer oder Berufserfahrung zugelassen. Auch die Zulassung von selbständigen Psychotherapeuten wird in diesen Artikel gepackt. Ich möchte an dieser Stelle vor solchem Wahnsinn aufs äusserste warnen. Es sei folgendes Beispiel erwähnt: 1990 gelang es der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), mit dem Bundesamt für Sozialversicherung einen Vertrag über

die Vergütung von psychotherapeutischen Abklärungen und Behandlungen als medizinische Eingliederungsmassnahme abzuschliessen. 1991 wurde das bestehende Monopol von den nichtärztlichen Psychotherapeuten durchbrochen, und die FSP wurde dadurch von den Krankenkassen anerkannt; dies alles mit Schützenhilfe des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen. Dieses wiederum versandte an die ihm angeschlossenen Krankenkassen ein Verzeichnis von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die es für freiwillige Leistungen empfiehlt. Rund 350 Psychotherapeuten und -therapeutinnen sind auf dieser Liste aufgeführt, ausschliesslich Namen von FSP-Mitgliedern. Da stehen mir die Haare zu Berge! Wer ist nun diese FSP? Die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen ist ein ideologisch extrem einseitig geprägter privater Verband. Viele Mitglieder sind Nichtakademiker. Die linksorientierten Strategen der FSP begnügen sich aber nicht damit, zum Marsch durch die Institutionen aufzurufen. Vielmehr wollen sie um jeden Preis an die Gelder der Krankenkassen herankommen. Ohne einzelne Namen zu nennen: Es hat Vorstandsmitglieder der FSP, die sich aktiv an der Revolutionären marxistischen Liga beteiligen. Der Marsch durch die Institutionen hat ganz linke Seilschaften in entscheidende Stellen des Gesundheitswesens gebracht. FSP-Funktionäre sind sehr nahe an den Entscheidungsträgern, die die Kriterien für nichtärztliche Psychotherapie erteilen oder verweigern. Äusserungen wie «Wir greifen in das politische Geschehen ein und versuchen, es nach unseren Grundsätzen zu steuern» zeigen uns, dass man die Verfilzung zwischen staatlicher Behörde und dem FSP-Kartell kaum deutlicher ausdrücken könnte. Ist es ethisch zu verantworten, die Krankenkassen zu verpflichten, Hunderte von Mitgliedern eines Psychologenverbandes zu finanzieren, der eine derart einseitige Ideologie vertritt, fragwürdige Psychotechniken empfiehlt, in seinen Forderungen so militant vorgeht und dringend notwendige Kostenbewägungen leichtfertig in den Wind schlägt? Ich würde klar meinen: nein!

Bei Artikel 32 müsste man die Absätze 2 und 3 konsequenterweise streichen. Trotzdem kann ich mich mit der Variante Bundesrat abfinden, da ich hier das gute Gefühl habe, dieser werde die ganze Angelegenheit sehr restriktiv handhaben. Ich bitte Sie, meinem Antrag, dem Entwurf des Bundesrates zu folgen, zuzustimmen.

**Meier Samuel:** Ich beantrage Ihnen, Artikel 32 Absatz 3 zu streichen. Gestatten Sie mir eine etwas andere Argumentation als diejenige meines Vorredners.

Zum Verständnis darf ich vorausschicken, dass zwischen ärztlicher Psychotherapie – sie wird von Aerzten, vorwiegend von Spezialärzten für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, durchgeführt – und nichtärztlicher Psychotherapie – diese wird vorwiegend von Psychologen durchgeführt – unterschieden werden muss. Diskussionspunkt in diesem Artikel ist die nichtärztliche Psychotherapie.

Ich begründe Ihnen meinen Antrag wie folgt:

1. Zum psychotherapeutischen Angebot heute: Praktisch überall in der Schweiz besteht heute ein gut ausgebautes Netzwerk an psychotherapeutischer Beratung. Dieses Netzwerk besteht aus den frei praktizierenden Psychiatern und aus den ambulanten kantonalen psychiatrischen Diensten – ortswise die sozialpsychiatrischen Dienste bzw. die sozialpsychiatrischen Ambulatorien genannt –, die ebenfalls über Psychologen verfügen. Das Netzwerk wird nicht zuletzt durch diejenigen Psychologen und Psychotherapeuten ergänzt, die in der delegierten Psychotherapie tätig sind. Dieses psychotherapeutische Angebot genügt – ich spreche aus persönlicher Erfahrung – vollauf für die psychiatrische und psychotherapeutische Grundversorgung der Bevölkerung.

2. Zur Psychotherapeutenausbildung: Die Psychotherapeutenausbildung schlechthin gibt es nicht. Es gibt keine entsprechenden schweizerischen Vorschriften oder Fachprüfungen, wie sie beispielsweise die Aerzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker usw. abzulegen haben, um später in der sozialen Krankenversicherung tätig sein zu können. Zahlreich sind die psychotherapeutischen Methoden, zahlreich sind die psychotherapeutischen Schulen, Auffassungen und Ideologien; und wer

soll da bestimmen, welche psychotherapeutische Ausbildung oder welche Schule die richtige ist?

3. Zur Leistungsausweitung: Wenn man bedenkt, dass sich eine ernsthafte, seriöse Psychotherapie über Monate und Jahre hinzieht, kann man sich vorstellen, dass die Kosten für solche Fälle gross sind. Aus diesem Grund ist auch zu erwarten, dass die vom Bundesamt bzw. vom Konkordat geschätzten Mittel von 110 Millionen Franken nicht ausreichen. Es handelt sich hier um eine Leistungsausweitung der Grundversicherung, die im Moment nicht möglich, auch nicht verkraftbar ist.

4. Zum Psychologenüberangebot: Psychologie war in den letzten Jahren ein «Modestudium», und es ist heute nicht ganz einfach, sich als frei praktizierender Psychologe eine sorgenfreie Existenz zu sichern. Dazu ist aber die soziale Krankenversicherung nicht da.

Zusammenfassend meine ich, dass die Psychotherapie der selbständigen Psychologen gemäss meinem Antrag aus der Krankenpflege-Grundversicherung auszunehmen ist. Ich meine überdies nach wie vor, dass die delegierte Psychotherapie, gemäss Absatz 2 dieses Artikels, ihre volle Berechtigung hat.

Ich beantrage Ihnen Zustimmung zu meinem Antrag.

**Fischer-Seengen:** Die Anträge Bischof und Meier Samuel lagen der freisinnig-demokratischen Fraktion nicht vor, als sie diese Frage behandelte. Ich kann deshalb nicht im Namen der freisinnig-demokratischen Fraktion sprechen, vermute aber, dass die beiden Anträge in unserer Fraktion Unterstützung gefunden hätten.

Die verschiedenen Leistungserbringer mit Anspruch auf Leistungen der sozialen Krankenversicherung sind in Artikel 29 aufgelistet. Man erhält dort den Eindruck, diese Aufzählung sei abschliessend. Nun kommt aber in Artikel 32 eine weitere Kategorie dazu, nämlich jene der selbständigen Psychotherapeuten. Das ist meines Erachtens schon systematisch falsch. Wenn schon, dann hätten diese wohl auch in den Artikel 29 gehört.

Die Zulassung von selbständig tätigen Psychotherapeuten gemäss Artikel 32 Absatz 3, auch wenn sie nur auf ärztliche Anordnung hin tätig sind, bedeutet eine klare Leistungsausweitung. Damit wird ein neuer Berufszweig auf dem Markt zugelassen. Nach Schätzung der Verwaltung wäre mit 1000 neuen Leistungserbringern zu rechnen, die alle gelebt haben wollen, und mit 110 Millionen Franken Mehrkosten. Diese Zahlen – wie bereits von den beiden Vorrednern ange-tönt – könnten sich noch erheblich steigern.

Die Streichung von Artikel 32 Absatz 3 würde nicht etwa die Gefahr beinhalten, dass die Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen nicht mehr gewährleistet wäre. Diese wäre genauso wie andere medizinische Hilfeleistungen gewährleistet. Wer psychotherapeutische Behandlung brauchen würde, erhielte diese im Rahmen der sozialen Krankenversicherung. Die Versorgung wäre also trotzdem gesichert. Es geht hier lediglich darum, die Einführung einer neuen Kategorie von Leistungserbringern und damit eine Ausweitung der Leistungen, die von der sozialen Krankenversicherung zu bezahlen sind, zu verhindern.

Ich bitte Sie deshalb, dem Antrag Bischof, wenigstens aber dem Antrag Meier Samuel zuzustimmen und damit eine weitere Leistungsausweitung zu verhindern.

**Frau Dormann:** Das geltende Krankenversicherungsgesetz stammt aus dem Jahre 1911. Damals kannte die Medizin nur die rudimentäre Behandlung von körperlich Erkrankten, und die Behandlung der psychisch Erkrankten bestand nur im Fernhalten solcher Patienten von der Gesellschaft. Kurz, man schloss sie ein.

Heute hat unsere medizinische Wissenschaft einen beachtlichen Standard erreicht. Auch die Behandlung der psychisch Erkrankten basiert heute auf hohem Niveau. Unsere Gesellschaft ist zunehmend bereit, den psychisch erkrankten Menschen die gleich hohe Qualität an Betreuung und Behandlung zukommen zu lassen wie den körperlich Erkrankten. Deshalb soll Ende dieses Jahrhunderts die psychotherapeutische Be-

handlung in einem modernen Krankenversicherungsgesetz ihren Platz haben.

Ich kenne Patienten und Patientinnen, die wegen Depressionen und Schlaflosigkeit jahrelang mit teuren Medikamenten behandelt wurden, ohne Erfolg – ja, früher oder später fühlen sich solche Patienten wegen ihrem chronischen Leiden von den Ärzten gar nicht mehr ernst genommen. Dank einer Psychotherapie kann der Ursache solcher psychosomatischen Leiden von einzelnen Patienten und Patientinnen auf den Grund gegangen werden. Es sind nicht selten einschneidende Erlebnisse im Kindes- und Jugendalter, die später unverarbeitet in Form von körperlichen Störungen auftauchen. Ich denke an Schockerlebnisse, sexuellen Missbrauch oder auch an massive körperliche Beeinträchtigungen nach Unfällen, die einen Menschen psychisch leiden lassen. Nicht jeder Patient und jede Patientin bringen die Voraussetzungen zu einer Psychotherapie mit, und nicht jeder Arzt kann Psychotherapien durchführen. Dazu braucht es spezielle Ausbildungen, wenn die Psychotherapie zum Erfolg führen soll.

Deshalb hat die Kommission in Artikel 32 ganz klare Hürden eingeführt, indem der Bundesrat die Vorgaben zur Zulassung der Psychotherapeuten in der Verordnung festlegt.

Herr Bischof, Ihr Unbehagen haben wir in Artikel 32 berücksichtigt. In Tat und Wahrheit geschah auf diesem Sektor bis jetzt viel unseriöse Arbeit. Gemäss der heutigen Praxis und dem geltenden Krankenversicherungsgesetz hat jeder Arzt die Möglichkeit, selbst Psychotherapien zu machen und zu verrechnen, auch wenn er keine Ausbildung in Psychotherapie hat. Er kann beliebige Personen als Psychotherapeuten anstellen und sie mit der Durchführung von Psychotherapien beauftragen oder in seiner Praxis frei arbeiten lassen – auch wenn die Betroffenen weder eine Ausbildung als Arzt noch als Psychotherapeut mit sich bringen.

Herr Meier Samuel, seit dem 10. März 1993 gibt es eine Charta, in der die Ausbildung der Psychotherapeuten klar umschrieben ist. Im Fachbereich Psychotherapie ist die Ausbildung der Psychotherapeuten deutlich anspruchsvoller, verglichen mit den Anforderungen, welche von der FMH unter dem Titel «Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie» verlangt werden. Um Psychotherapeut zu werden, muss man zuerst die Matura machen. Mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium im Hauptfach Psychologie oder in einer gleichwertigen Fachrichtung hat man den Nachweis für die durchlaufene Grundausbildung zu erbringen. Anschliessend folgt eine fünfjährige Spezialausbildung in einer integralen, wissenschaftlich anerkannten Psychotherapiemethode, deren Wirksamkeit ein breites Anwendungsgebiet abdeckt. Dann braucht es noch eine einjährige praktische Tätigkeit in fachlich kontrolliertem Kontakt mit psychisch Kranken.

Im Gegensatz zum Psychologen, dessen Ausbildung sich auf die Matura und den Hochschulabschluss in Psychologie beschränkt und der somit nur gesunde Personen beraten kann, ist der Psychotherapeut aufgrund seiner zusätzlichen Spezialausbildung befugt, Krankheiten festzustellen und zu behandeln, bei denen nach anerkannter wissenschaftlicher Lehre Psychotherapie indiziert ist. Folglich üben Psychologen und Psychotherapeuten aufgrund ihrer Ausbildung, ihrer Tätigkeit und ihrer gesetzlichen Befugnis verschiedene Berufe aus, die keinesfalls gleichzusetzen sind. Das hat man in Artikel 32 ernst genommen, indem man der jetzigen unbefriedigenden Situation Rechnung trägt und die Hürden für die Psychotherapien höher legt; damit gibt man dem Beruf den Status, der ihm gehört.

Ich bitte Sie, die Anträge Meier Samuel und Bischof abzulehnen und der Kommission zu folgen.

**Schmid Peter:** Das herkömmliche Gesundheitswesen unterscheidet immer noch zwei Kategorien von Leistungserbringern, nämlich die Ärzte und das medizinische Hilfspersonal. Letzterem werden alle irgendwie an der medizinischen Behandlung der Patienten Beteiligten zugeordnet, von den Krankenschwestern über die Therapeuten bis hin zu den Spitalcoiffeuren. Sie alle haben nach gängigem Verständnis auf Anweisung des Arztes zu arbeiten oder bedürfen mindestens einer Genehmigung in Form eines Visums. Dies erfolgt oft unabhän-

gig davon, ob ein Arzt in Fragen der Psychotherapie auch zuständig ist. Er ist es bis jetzt aufgrund seiner Ausbildung auch nicht. Diese beruht noch sehr stark und fast ausschliesslich auf den Kenntnissen der Pathologie des menschlichen Organismus und seiner Vorgänge.

Nun laufen zwar im menschlichen Körper selbstverständlich auch physikalische und chemische Vorgänge ab, die im Krankheitsfalle mit physikalischen und medikamentösen Therapien angegangen werden. Das Verständnis der biologischen Funktionen ist aber längst nicht auf solche einfache Prozesse allein zurückzuführen. Da der Mensch darüber hinaus auch ein seelisches und geistiges Wesen ist und diese Tatsache sich auf den Organismus und die körperliche Befindlichkeit auswirkt, können medizinische Massnahmen allein nicht unbedingt zur Besserung von Zuständen führen. Sie werden oft zur blossen Symptombekämpfung und zeitigen langfristig trotz erheblichem Aufwand keine positive Wirkung. Die Zahl der psychosomatischen Erkrankungen ist überdies stark im Zunehmen begriffen, weshalb es notwendig ist, auch andere Wege der Behandlung zu erwägen.

Gewiss wäre es wünschbar, wenn die ärztliche Aus- und Fortbildung den seelischen Komponenten der Gesundheitspflege und Krankheitsvorsorge mehr Beachtung schenken würde, ja sie zu einem wesentlichen Bestandteil werden liesse. Da dies aber noch nicht der Fall ist, stehen alle jene Behandlungsmethoden, die auf technischen Einrichtungen basieren, automatisch im Vordergrund. Dies zeigt sich allein schon in der Tatsache, dass Laboruntersuchungen, Röntgen, aber auch operative Eingriffe von den Kassen sehr gut honoriert werden, einfache Arztgespräche mit den Patienten dagegen nicht. Daraus entsteht natürlich die Versuchung, relativ rasch und entschlossen solche gut bezahlten Leistungen auszuführen. Das liegt keineswegs nur an den Ärzten; auch Patienten sind oft mit dem Vorurteil behaftet, technisch aufwendige Eingriffe seien ohnehin besser als einfache Behandlungen.

Ich verspreche mir von der vorsichtigen Zulassung selbständig tätiger Psychotherapeuten einen gewissen Meinungswandel im Verständnis dessen, was Gesundheit alles umfasst, und dass Gesundheit mehr ist als möglichst langes und reibungsloses Funktionieren des Organismus. Krankheit ist nicht nur ein körperlicher Defekt, sie ist ein körperlich-seelisches Geschehen. Seelische und geistige Probleme sind daher mit zu berücksichtigen.

Welche Bedingungen der Bundesrat letztlich für die Ausbildung solcher Psychotherapeuten aufstellt, die nichtärztliche Psychotherapeuten sind, und was er in Sachen Fortbildung vorsieht, ist noch ganz offen. Das soll selbstverständlich geregelt werden. Ich wehre mich jedoch dagegen, pauschal zu sagen, Psychotherapeuten seien a priori nicht gut ausgebildet.

Ich empfehle Ihnen, Artikel 32 in der Fassung der Kommission zu übernehmen und die Streichungsanträge Bischof und Meier Samuel abzulehnen.

**Bortoluzzi:** Die Kommission hat in diesem Artikel 32 unter dem Titel «Andere Leistungserbringer» den Einbezug von selbständig tätigen Psychotherapeuten vorgesehen. Ich habe Verständnis, dass man diesem Artikel 32, insbesondere dessen Absatz 3, skeptisch gegenübersteht.

Eine Kostenausdehnung ist wohl kaum zu verhindern. Wie hoch sie sein wird, ist sicher offen. Aber es wäre falsch, sich diesem Berufszweig nun zu verschliessen, indem man den Streichungsanträgen zustimmt. Es gibt diese Gruppe von Leistungserbringern; sie dokumentieren einerseits eine gewisse Spezialisierung im Gesundheitswesen, tragen aber andererseits auch der wachsenden Zahl von psychischen Problemen in unserer Bevölkerung Rechnung. Es wäre nicht richtig, einfach so zu tun, als wäre in diesem Bereich alles zum besten bestellt. Daran ändern auch die Ausführungen von Herrn Kollege Dr. Meier nichts, der – als Chefarzt in diesem Bereich tätig – offensichtlich seine Interessen vertritt.

Ich glaube, es ist richtig, dem Bundesrat die Kompetenz zu erteilen, diese Kategorie von Leistungserbringern in Zusammenarbeit mit den Verbänden und den Kantonen in die Gesetzgebung einzubinden. Damit kann eine Zulassungsnorm aufge-



stellt werden, die den hohen Anforderungen in diesem Bereich gerecht wird.

Ich bitte Sie, den Anträgen der Kommission zuzustimmen.

**Frau Hafner Ursula:** Psychisch Kranke brauchen genauso eine Behandlung wie körperlich Kranke. Nach unseren ursprünglichen Vorstellungen hätten sie die Möglichkeit bekommen sollen, direkt zum Spezialisten zu gehen, ohne Umweg über einen Arzt. Auch die vorausgehenden ärztlichen Abklärungen sind nicht kostenlos. Die Aerzte tendieren ausserdem im heutigen Konkurrenzkampf dazu, möglichst viele Patienten zu behalten. Davon zeugt auch der Antrag von Dr. Samuel Meier. Aerzte, die nicht selber Psychotherapien durchführen, könnten in Versuchung kommen, zu viele psychisch Kranke mit Medikamenten, mit Psychopharmaka, zu behandeln. Allein im Jahr 1990 wurden 218 Millionen Franken für Psychopharmaka ausgegeben. Psychotherapeuten sind bei Verdacht einer organischen Ursache oder Wirkung einer Krankheit verpflichtet, einen Arzt beizuziehen. Umgekehrt sind aber die Aerzte nicht verpflichtet, bei psychopathologischem Verdacht eine Fachperson beizuziehen. Die Krankenkasse KFW hat gute Erfahrungen mit der Abgeltung der Psychotherapie gemacht. Die Patienten übernehmen dort einen Teil der Kosten und erbringen somit einen Tatbeweis, dass nicht unnötig Behandlungsstunden konsumiert werden.

Die Kommission schlägt Ihnen nun eine Kompromisslösung vor. Eine Psychotherapie muss vom Arzt verschrieben werden. Nach den Vorstellungen der Kommission werden die Aerzte dabei so zurückhaltend sein, dass die Kosten unter Kontrolle gehalten werden.

Die sozialdemokratische Fraktion kann diesem Kompromiss zustimmen.

**Frau Grendelmeier:** Das Drama in Artikel 32 ist der Mangel an klaren Definitionskriterien des Wortes «Psychotherapie». Frau Dorman hat es auf den Punkt gebracht, indem sie daran erinnert hat, dass es seit kurzer Zeit eine Charta gibt, die diesen Definitionsmangel beheben will.

Ein Psychotherapeut, der von der psychologischen Studienrichtung herkommt, ist heute für sein Fach eigentlich besser ausgebildet als ein Psychiater, der Medizin studiert, sein Staatsexamen gemacht hat und strenggenommen noch nicht einmal die Namen «Freud» oder «Jung» kennen muss, um sich Psychotherapeut zu nennen. Ein Psychiater darf aufgrund des medizinischen Staatsexamens schlicht alles tun. Wenn er zusätzlich den FMH-Abschluss oder die Zusatzausbildung in Psychiatrie macht, ist er noch immer nicht für die klassische Psychotherapie, sondern für die klinische Psychiatrie ausgebildet, d. h., seine Patienten sind solche, die sich ausserhalb der Klinik nicht mehr halten können. Diese Fälle unterscheiden sich derart von den Fällen der ambulanten Psychiatrie, und auch ihr Schweregrad ist dermassen verschieden: Ein Psychiater sollte in der ambulanten Therapie also genau jene Patienten behandeln, die er noch nie gesehen hat. So gesehen ist auch schon heute ein gut – ich betone: gut – ausgebildeter Psychologe mit Zusatzausbildung in Psychotherapie geeigneter als ein Psychiater, der nicht auch die psychotherapeutische Zusatzausbildung gemacht hat.

Da nun aber die Charta diesen Mangel behebt und klar umreiss, was Psychotherapie ist und welche Ausbildungsanforderungen gestellt werden, bitte ich Sie, nicht die Anträge Bischof und Meier Samuel, sondern den Antrag der Kommission zu unterstützen. Ich spreche damit im Namen der LdU/EVP-Fraktion.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Die Kommission hat angesichts des Fragenkomplexes «Psychotherapie» ein doppeltes Unbehagen festgestellt und auch selbst empfunden. Denn wir haben erstens einen absoluten Mangel an Ausbildungskonzepten und eine fehlende eidgenössische Zulassung, was die freischaffenden Psychotherapeuten anbelangt; zweitens einen unbefriedigenden Zustand in der delegierten Psychotherapie, d. h. bei den von Aerzten angestellten Psychotherapeuten, weil eben auch dort weder Ausbildungsvoraussetzungen noch Qualifikationsvoraussetzungen bestehen.

Die Notwendigkeit der Tätigkeit von Psychotherapeuten in unserer heutigen Gesellschaft ist nicht bestritten. Die Frage stellt sich: Wie kann man diese Berufsgattung ordnen, und in welchem Ausmass soll sie zu Lasten der sozialen Krankenversicherung tätig sein können? Heute sind sie nicht zugelassen, ausgenommen in der Form der «delegierten Psychotherapie», der durch Aerzte angestellten Psychotherapeuten, deren Ausbildung – wie gesagt – nicht geregelt ist.

Immerhin bleibt eines festzuhalten: Auch wenn Sie alles streichen, was die Kommission bezüglich Psychotherapie zu Artikel 32 beantragt, bleibt die Möglichkeit, dass der Bundesrat, gestützt auf Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe e, mittels Verordnung Psychotherapeuten als Leistungserbringer zulassen kann. Diese Kompetenz hat er schon heute, er hat sie auch weiterhin.

An sich wäre dieser Schritt längst fällig. Es ist nicht ganz einzusehen, warum ausgerechnet die Psychotherapeuten überhaupt nicht als Leistungserbringer zugelassen sind.

Es gilt festzuhalten, dass in der Kommission auch Anträge vorlagen, die weit über das nun vorliegende Ergebnis hinausgehen wollten, nämlich die Psychotherapeuten im gleichen Sinne wie Aerzte und Chiropraktoren zuzulassen. Dies hat die Kommission abgelehnt.

Die Kommission hat aber in einer ersten Lesung grundsätzlich – und zwar mit 14 zu 10 Stimmen – zugestimmt, dass eine Zulassungsverordnung für die freischaffenden Psychotherapeuten geschaffen werden muss.

Sie hat auch zugestimmt – dies ganz deutlich –, dass für die von Aerzten angestellten Psychotherapeuten eine Ausbildungsregelung geschaffen werden muss. Das haben wir mit 22 zu 0 Stimmen beschlossen. Ueber die verschiedenen Schulen und die neue Charta haben Sie Ausführungen gehört, ich kann Ihnen diese ersparen. Unbestritten war in der Kommission: Diese Ausbildung muss geregelt werden. Der Bundesrat muss dafür einen konkreten Auftrag bekommen. Aufgrund von Artikel 29 Absatz 2 sollen dann mittels Verordnung eben auch die Psychotherapeuten zugelassen werden können.

Dem Artikel, wie er Ihnen vorliegt, hat die Kommission mit 13 zu 0 Stimmen bei 6 Enthaltungen zugestimmt. Ich bitte Sie ebenfalls um Zustimmung.

**M. Philpona, rapporteur:** Pour répondre aux auteurs des propositions individuelles ainsi qu'à quelques intervenants, je tiens à préciser tout d'abord que la solution de la commission n'est pas un élargissement à de nouveaux prestataires de soins; nous voulons simplement régler plus en détail la manière de le faire.

Selon la proposition de la commission, c'est le Conseil fédéral qui doit régler par ordonnance les conditions d'autorisation des fournisseurs de prestations. Il le fait selon l'article 29 alinéa 2, et là vous voyez que les psychothérapeutes ne peuvent pas être des prestataires directs de soins.

L'ordonnance règle ainsi la définition de l'étendue des prestations qui peuvent être prises en charge par l'assurance-maladie. La solution de la commission a pour effet que l'admission des psychothérapeutes et psychothérapeutes indépendants doit être réglée en particulier. Mais, soit dans le cas de l'alinéa 2 soit dans le cas du de l'alinéa 3 qui traite des psychothérapeutes indépendants, il est important de préciser que ce n'est que sur prescription d'un médecin que la prestation sera remboursée par l'assurance-maladie. Il est donc faux de dire que la solution de la commission étend l'assurance-maladie à de nouveaux prestataires.

Je vous invite donc à suivre la commission qui a pris sa décision par 13 voix sans opposition et avec 6 abstentions.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** N'oubliez pas, dans cette discussion, que cet article ne peut être considéré qu'en liaison avec les articles 19 et 29. Les professions paramédicales autorisées à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ne sont pas énumérées dans la loi; elles le seront dans l'ordonnance qui réglera aussi leurs conditions d'admission. C'est ce que vous propose le Conseil fédéral, qui se limite à dire que des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale

peuvent le faire à la charge de l'assurance-maladie. Ces prestations ne seront prises en charge que lorsqu'elles auront été fournies sur prescription ou sur mandat d'un médecin. Ce principe s'appliquera bien sûr aussi aux psychothérapeutes lorsqu'ils pratiqueront à la charge de l'assurance-maladie. Il n'y a donc pas de différence fondamentale entre le projet du Conseil fédéral et la proposition de la commission, et l'on ne peut pas dire a priori qu'il s'agisse d'un traitement, dans un cas comme dans l'autre, plus ou moins favorable aux psychothérapeutes.

L'amendement proposé par la commission a cependant pour conséquence d'obliger explicitement le Conseil fédéral à régler le statut, donc à se prononcer également sur la formation des psychothérapeutes qui pratiquent à titre indépendant, mais sur ordre médical, et des psychothérapeutes employés par des médecins. C'est donc ce mandat explicite de préciser quelle doit être la formation pour pouvoir pratiquer à la charge de l'assurance-maladie que la commission vous propose d'introduire dans la loi. Le Conseil fédéral pense que cela n'est pas nécessaire et qu'il lui appartient, à lui, de suivre aussi l'évolution des définitions de cette profession pour savoir à quel moment il aura effectivement à reconnaître ou non certaines voies de formation. Il considère donc que l'obligation explicite de prendre position ne s'impose pas actuellement. Dans ce sens, nous vous recommandons d'en revenir au projet du Conseil fédéral, mais étant donné que la différence fondamentale se limite uniquement à la question d'un mandat explicite ou non, nous pourrions également vivre avec la proposition de la commission.

*Abs. 3 – Al. 3*

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission	76 Stimmen
Für den Antrag Meier Samuel	41 Stimmen

*Abs. 1–4 – Al. 1–4*

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission	80 Stimmen
Für den Antrag Bischof	49 Stimmen

**Art. 33**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2*

Die Voraussetzungen von Absatz 1 Buchstaben a bis c gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen.

*Abs. 3 (neu)*

Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten dienen (Pflegeheim).

**Art. 33**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2*

Les conditions fixées à l'alinéa premier lettres a à c s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui servent à prodiguer des soins semi-hospitaliers

*Al. 3 (nouveau)*

Les conditions fixées à l'alinéa premier s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

*Angenommen – Adopté*

**Art. 34**

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2*

.... ärztlicher Leitung, erforderlichem Fachpersonal, Heilwendungen und Heilquellen ....

*Minderheit*

(Borer Roland, Allenspach, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Rychen)

Streichen

**Art. 34**

*Proposition de la commission*

*Majorité*

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2*

.... direction médicale, la dotation en personnel soignant qualifié, les traitements ....

*Minorité*

(Borer Roland, Allenspach, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Rychen)

Biffer

**Borer Roland, Sprecher der Minderheit:** Bis anhin haben wir gemeint, es ginge bei der Revision der Krankenversicherung darum, das Gesundheitswesen zu sanieren. Man muss aber gerade bei Artikel 34 feststellen, dass es anscheinend auch darum geht, auf Kosten der Prämienzahler das kränkelnde Tourismusgewerbe zu heilen.

Das Angebot der Heilbäder gehört nach Ansicht einer Kommissionsminderheit nicht in diese Vorlage hinein. Es ist ein typisches Beispiel für das, was man unter «Zusatzversicherung» anbieten soll. So würde dann der Markt im Bereich Zusatzversicherung spielen. Die eine Versicherung wird dieses Angebot günstiger anbieten als die andere, und das wird dann wenigstens ein wenig Konkurrenz im Angebot bringen.

Zudem ist festzuhalten, dass gerade die Wirkung von Heilbädern auch unter Medizinern umstritten ist. Selbstverständlich gibt es solche, die sagen, Therapien im Heilbad seien absolut notwendig, sinnvoll und zweckmässig. Es gibt aber ebenso viele andere, die am Erfolg einer Heilbadkur zweifeln. Unter den Patienten – sprich Konsumenten – hat sich aus diesem Grund denn auch eine gewisse «Es tut mir selbstverständlich gut»-Mentalität entwickelt. Zudem gibt es solche, die sagen: «Wenn alles andere nichts nützt, versuche ich es eben noch mit dem Besuch eines Heilbades.» Wir sind aber der Meinung, dass dieses Angebot unter diesen Voraussetzungen nicht in die soziale Grundversicherung hineingehört.

Man hat auch auf seiten der Kommissionsmehrheit eine gewisse Unsicherheit gemerkt, indem zur ursprünglichen Formulierung noch «erforderliches Fachpersonal» hinzugefügt wurde.

Aus all diesen Gründen ist es sinnvoll, Artikel 34 zu streichen.

**M. Philippona, rapporteur:** La proposition de minorité Borer Roland qui tend à supprimer les traitements en cure balnéaire représente un retour en arrière par rapport à la situation actuelle où ces cures sont reconnues. Cette proposition a quelque chose d'incongru puisque, à l'article 19 alinéa 2 lettre c, nous avons admis une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin. Il s'agit donc ici simplement de préciser dans quelles conditions on applique l'article 19 alinéa 2 lettre c.

Dans la loi actuellement en vigueur, il est bien clair qu'il ne s'agit que d'une participation, et pas du tout de prendre en compte la totalité de ces frais de cures balnéaires. Je crois que l'utilité en est tout à fait reconnue. D'ailleurs, en commission, en première lecture, c'est par 15 voix sans opposition et aucune abstention que cet article a été adopté, et, en deuxième lecture, la proposition de biffer a été refusée par 15 voix contre 2 et avec 1 abstention.

Je vous propose donc de suivre les propositions de la majorité de la commission.

**Präsident:** Die grüne Fraktion unterstützt den Antrag der Mehrheit.

**Abstimmung – Vote**

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

**Art. 35**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1, 4*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2*

....

.... Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons gemäss Artikel 33 Absatz 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital.

*Abs. 3*

.... für Kantoneinwohner. In diesem Fall gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 71 sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

**Art. 35**

*Proposition de la commission*

*Al. 1, 4*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2*

....

.... ou semi-hospitalier, ou dans un hôpital en dehors de ce canton qui figure sur la liste dressée, par le canton où réside l'assuré, en application de l'article 33 alinéa premier lettre e.

*Al. 3*

.... aux résidents du canton. En pareil cas, l'article 71 est applicable par analogie et confère un droit de recours au canton où réside l'assuré. Le Conseil fédéral règle les détails.

**Angenommen – Adopté**

**Art. 36**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2*

.... schuldet (System des Tiers payant). Für die stationär erbrachten Leistungen gilt ausschliesslich das System des Tiers payant.

*Abs. 3*

.... überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält der Versicherte eine Kopie der Rechnung, die an den Schuldner gegangen ist. Der Bundesrat regelt das Nähere.

*Abs. 4–6*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag Zisyadis*

*Abs. 1, 2*

Der Versicherer schuldet dem Leistungserbringer die Vergütung (System des Tiers payant).

*Antrag Leuba*

*Abs. 1, 2*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 36**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2*

.... (système du tiers payant). Le système du tiers payant est obligatoire pour les prestations hospitalières.

*Al. 3*

.... de la prestation. Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée au débiteur. Le Conseil fédéral règle les détails.

*Al. 4–6*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Zisyadis*

*Al. 1, 2*

L'assureur est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de la prestation (système du tiers payant).

*Proposition Leuba*

*Al. 1, 2*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Abs. 1, 2 – Al. 1, 2*

**M. Zisyadis:** Le projet de la commission, à mon avis, est incohérent. Vous êtes amateurs, semble-t-il, d'une hydre à deux têtes: ou vous êtes sûrs de votre fait et vous proposez le système du tiers garant pour les soins ambulatoires et pour les soins hospitaliers avec la soi-disant idée de responsabiliser les assurés et de les rendre conscients des frais qu'ils occasionnent – c'est la proposition Leuba, qui a au moins le mérite de la cohérence, même si, à mon avis, elle est inconsciente –, ou alors vous admettez que le système du tiers payant doit devenir la règle, et cela je m'en explique pour trois raisons.

Premier point: l'alinéa 3 de la version du Conseil fédéral, modifié par la commission, donne toutes les garanties sur la responsabilisation des assurés, puisqu'ils vont recevoir de toute façon une facture détaillée et compréhensible, donc sujette à contestation.

Deuxième point: le système du tiers garant est bureaucratique. Ce qui m'inquiète, ce n'est pas tant le travail administratif supplémentaire que cela occasionne aux médecins, notamment au niveau du contentieux, ce qui, en définitive, n'est que justice puisqu'ils veulent la liberté d'exercice. Il y a le problème de la simplification que l'on est prêt à admettre pour les prestations hospitalières. En effet, quoi de plus simple et de plus logique que de recevoir directement de sa caisse sa participation effective, ceci d'autant plus que dans la complexité des rémunérations des médecins, il est dans l'intérêt des caisses-maladie d'effectuer de véritables contrôles que l'assuré n'a souvent pas les moyens, sans aide, d'effectuer. Est-ce à l'assuré seul de détecter la petite délinquance des médecins, tellement ordinaire, par exemple sur le dépassement du quart d'heure?

Troisième point enfin, qui milite en faveur du tiers payant: nous vivons en période de crise avec des situations douloureuses de chômage, de quart-mondisation d'une partie de la population, de sans domicile fixe, de pauvreté et de montée de l'illettrisme. Le système du tiers garant est un système typique d'une situation de haute conjonction, un système totalement déconnecté des situations difficiles, par exemple celles des personnes âgées, pour ne citer qu'eux. Mais je pourrais citer aussi d'autres domaines, celui de la toxicomanie ou de l'alcoolisme.

Inévitablement, si vous maintenez le système du tiers garant, j'en connais certains ici qui seront obligés d'ouvrir les yeux à l'avenir et qui vont proposer dans leur grande imagination un système ségréatif pour les soi-disant «marginiaux» et un autre pour les soi-disant «normaux».

Il faut d'emblée repousser ces solutions de système à deux vitesses et régler le problème à la source. Cette masse d'argent qui circule dans le système rapiécé, troué de sécurité sociale que nous connaissons dans ce pays est un risque qui peut déclencher un processus supplémentaire, cumulatif d'inégalités pour de nombreuses familles. Vous savez – ou vous ne le savez pas – que de nombreuses familles défavorisées utilisent déjà maintenant les sommes de remboursement d'assurance-maladie pour manger, payer par-ci par-là des bricoles, faire des «jointures» comme on dit, voire payer leurs cotisations d'assurance-maladie vu la situation de crise, tout ceci pour tenir le coup avant de recevoir, qui une aide sociale, qui son allocation de chômage en retard. Certains entrent dans ce cycle d'endettement et ne peuvent en ressortir. Si vous ne changez pas de système, c'est de l'inconscience absolue.

Je vous demande donc de ne pas laisser se développer des situations difficilement gérables, qui risquent d'augmenter à

l'avenir, et je vous invite à soutenir cet amendement indispensable.

**M. Leuba:** Contrairement à d'autres orateurs, je tiens à préciser ici que je ne défends aucun intérêt catégoriel, si ce n'est celui d'être assuré par une caisse-maladie.

J'aimerais vous dire que l'article 36 alinéa 2 dans la version du Conseil fédéral et du Conseil des Etats dit très exactement ceci: «Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent décider par convention que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant).»

Je crois que personne ne conteste la qualité du système du tiers payant, que M. Zisyadis a soulignée tout à l'heure, et ce n'est pas à cette qualité-là que je m'en prends. Mais, malheureusement, pour des raisons peut-être compréhensibles, la commission a introduit le système obligatoire du tiers payant et non plus le système du tiers payant par convention. Les caisses regrettent fortement cet amendement et je crois qu'elles ont raison. Elles le regrettent, car si on peut comprendre le souci de dire: il y a des risques avec le système conventionnel ou en l'absence de convention que l'assuré utilise à d'autres fins les sommes qu'il reçoit de l'assurance pour payer ses prestations médicales, hospitalières en l'occurrence; en réalité, l'obligation enlève aux caisses toute possibilité de négociation des conventions sur ce point important. On pourrait sans doute dire que cela a pour effet de mettre l'assuré sous tutelle, mais si c'était le seul argument nous renoncerions à notre amendement.

En réalité, il y a plusieurs arguments importants pour la solution du Conseil fédéral:

Premièrement, c'est de savoir qui supporte finalement le risque dans cette aventure. Est-ce qu'il est normal que ce soient les prestataires de soins, ou est-ce qu'il est normal que ce soit l'assurance? A notre avis, c'est tout à fait clair que ce sont les prestataires de soins qui doivent supporter le risque économique, si risqué économique il y a. Par conséquent, il n'est pas normal de transférer ce risque sur l'assurance. Les prestataires de soins comme n'importe quelle personne qui exerce une activité économique prennent un risque économique qu'ils doivent supporter.

Deuxièmement, il est clair que les assurances ont un avantage considérable à pouvoir négocier avec les établissements hospitaliers, parce qu'elles peuvent ainsi exercer une certaine pression. Le recouvrement, le contentieux, ça coûte dans notre économie! Par conséquent, si les assurances font, elles, le travail à la place des hôpitaux, elles peuvent exercer et faire baisser les coûts des prestations en représentant l'avantage pour les hôpitaux d'avoir des conventions.

Enfin, troisième argument, qui n'est pas sans importance, dans l'hypothèse où aucune convention ne vient à chef, on se trouvera dans la situation où les hôpitaux n'ont aucun intérêt à conclure une convention puisque de toute façon la loi fixera le paiement automatique par les assurances. Et les caisses-maladie perdent, de cette manière, un argument de poids à l'égard des hôpitaux, on leur enlève l'avantage qu'elles peuvent représenter pour les hôpitaux de conclure cet accord. Je crois que dans notre système, tel qu'il est prévu, de sécurité sociale, il faut que les conventions puissent être discutées librement entre les caisses-maladie, les hôpitaux, le cas échéant les patients, mais ne pas imposer dans la loi un système qui, finalement, met les hôpitaux à l'abri de tous les risques pour les faire supporter par les caisses-maladie, ce qui, en fin de compte, reviendra à faire supporter ces risques par les assurés, c'est-à-dire par les cotisants.

Ce n'est pas un bon système, je crois qu'il faut en revenir au système juste du projet du Conseil fédéral.

**M<sup>me</sup> Brunner** Christiane: Je suis à l'origine de la proposition du système du tiers payant obligatoire pour les prestations hospitalières, proposition qui a été acceptée par la commission.

Il s'agit ici, en effet, de défendre les assurés, un peu malgré eux, pour qu'ils ne soient pas tentés de dépenser à d'autres fins les indemnités importantes qu'ils reçoivent de l'assurance en cas de traitement hospitalier.

Je suis toutefois sensible aux arguments développés par M. Leuba. Il est vrai que jusqu'à présent le système du tiers payant était prévu et négocié par les caisses d'assurance-maladie, dans le cadre des conventions passées avec les établissements hospitaliers. En prévoyant cette obligation directement dans la loi, nous leur enlevons un instrument de négociation important, notamment avec les établissements hospitaliers publics. La proposition de la commission ne servirait donc en rien l'ensemble des intérêts des assurés qui verraient les coûts hospitaliers éventuellement augmenter. J'ai voulu éviter certains abus, mais je crois que ma proposition desservait les intérêts de la majorité.

Mes réflexions, postérieures à ma proposition en commission, m'amènent ainsi à vous engager à suivre la proposition Leuba et à en rester à la version du Conseil fédéral et du Conseil des Etats.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Auch wenn Frau Brunner Christiane mit ihrem Votum dem Kommissionsantrag gewissermassen den Boden entzogen hat, muss ich zwei, drei Worte zu dieser Sache sagen.

Der Bundesrat will ja nichts ändern: Wenn man nichts anderes beschliesst, dann gilt das System des Tiers garant. Das beinhaltet auch ein Stück Selbstverantwortung des Patienten; aber der Tiers payant darf vereinbart werden. Festzuhalten ist, dass dieser Zustand bis heute eigentlich zu keinen Beanstandungen geführt hat.

Das Resultat ist, was die Spitalrechnungen betrifft, im Grunde identisch, weil in den Verhandlungen mit Spitälern praktisch immer vereinbart wird, dass die Kasse Tiers garant ist. Der Unterschied besteht nur darin, dass das Aushandeln des Vertrages die Frage mitbeinhaltet: Ist die Kasse Tiers garant oder Tiers payant? Wenn wir das System des Tiers garant ins Gesetz schreiben, dann nehmen wir den Kassen dieses Verhandlungsargument weg.

Unter dem Eindruck, dass der Patient mehr geschützt werden müsse, haben wir in der Kommission sehr deutlich – das ist der Grund, warum ich hier das Wort ergriffen habe –, mit 16 zu 1 Stimmen, beschlossen, das System des Tiers payant für die Spitalrechnungen ins Gesetz aufzunehmen. Die Argumente, wie sie Herr Leuba vorgebracht hat, kamen erst im nachhinein zum Ausdruck, so dass der Gesinnungswandel von Frau Brunner Christiane auch damit zu erklären ist.

Ich überlasse es Ihnen, hier zu entscheiden, bitte Sie aber dringend, den Antrag Zisyadis auf jeden Fall abzulehnen.

#### Abstimmung – Vote

##### Eventuell – A titre préliminaire

Für den Antrag der Kommission

60 Stimmen

Für den Antrag Leuba

60 Stimmen

##### Mit Stichentscheid des Präsidenten

wird der Antrag Leuba angenommen

Avec la voix prépondérante du président

la proposition Leuba est adoptée

##### Definitiv – Définitivement

Für den Antrag Leuba

offensichtliche Mehrheit

Für den Antrag Zisyadis

Minderheit

##### Abs. 3–6 – Al. 3–6

Angenommen – Adopté

##### Art. 37

Antrag der Kommission

Abs. 1–3, 4bis, 5, 6

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Abs. 4

Mehrheit

.... (Tarifvertrag) unter Anhörung der Patientenorganisationen vereinbart ....

**Minderheit**

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf)  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 37***Proposition de la commission*

Al. 1–3, 4bis, 5, 6

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Al. 4****Majorité**

.... (convention tarifaire) après avoir entendu les organisations de patients ou par l'autorité ....

**Minorité**

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abs. 1–3, 4bis, 5, 6 – Al. 1–3, 4bis, 5, 6

Angenommen – Adopté

Abs. 4 – Al. 4

**Rychen**, Sprecher der Minderheit: Bei diesem Absatz geht es darum, festzulegen, ob dritte Organisationen bei Vertragsverhandlungen überhaupt ein Mitspracherecht haben sollen oder nicht. Die Mehrheit der Kommission hat befunden, dass bei Vertragsverhandlungen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern zusätzlich die Patientenorganisationen anzuhören seien. Das heisst im Klartext: Während den Verhandlungen müssen Dritte um ihre Meinung zu den Verhandlungen und zu den Absichten in den Verhandlungen angehört und befragt werden.

Ich bin ganz entschieden der Meinung, dass dies zu weit geht! Es wird die Verhandlungen erschweren, und vor allem tragen jene Organisationen, die angehört werden sollen und ihren Einfluss geltend machen können, am Schluss keine Verantwortung für diese Verträge; sie können es nicht. Im weiteren haben Sie in diesem Gesetz vorgesehen, dass es viel mehr Vertragsfreiheit gibt. Es ist möglich, dass es in Zukunft sehr viele verschiedene Verträge gibt, sogar zwischen einzelnen Aertzgruppen, einzelnen Spitälern und einzelnen Krankenkassen, also nicht nur Verbandsverträge. Bei diesen vielfältigen Verhandlungen überall noch Dritte beiziehen zu müssen erschwert die Sache ungemein.

Im übrigen frage ich Sie, ob die Gewerkschaften und Arbeitgeber bei ihren Verhandlungen über die Gesamtarbeitsverträge und Landesmantelverträge wohl auch bereit wären, bei den Verhandlungen noch Dritte beizuziehen. – Wohl kaum, ich kann mir das nicht vorstellen.

Ich empfehle Ihnen, die Formulierung der Mehrheit der Kommission abzulehnen, und verweise auf Artikel 39 Absatz 3, wo die Minderheit einen Kompromissantrag präsentiert. Artikel 39 Absatz 3 steht im Zusammenhang mit Artikel 37. Die Minderheit schlägt dort vor, dass diese Organisationen – aber nicht nur Patientenorganisationen, sondern auch andere, die an diesem Geschehen interessiert sind – dann eingeschaltet werden, wenn die Verhandlungen abgeschlossen sind und die Verträge durch die kantonale Regierung noch genehmigt werden müssen. Die kantonale Regierung soll dann verpflichtet sein, interessierte Kreise noch anzuhören.

Ich bitte Sie, im Interesse einer effizienten Vertragsverhandlung und einer klaren Regelung der Verantwortlichkeiten den Antrag der Mehrheit abzulehnen.

**Allenspach**: Ich möchte mich dagegen verwehren, dass in dieser Debatte Minderheitsanträge, die von 7 Kommissionsmitgliedern – und damit von einer respektablen Kommissionsminderheit – unterzeichnet worden sind, im Plenum nicht mehr zur Diskussion gestellt werden dürfen. Damit sind die Rechte des Parlamentarier über Gebühr eingeschränkt – hier insbesondere in einer Frage, die von grundsätzlicher Bedeutung ist.

Es ist eine grundsätzliche Frage, ob «Fremde» – die Patientenorganisationen – in Verhandlungen zwischen zwei Partnern eingeschaltet werden sollen, ja, ob sogar bei Einzelverträgen zwischen einer Kasse und einem einzigen Arzt – die aufgrund der Gesetzgebung möglich sind – die Patientenorganisationen ebenfalls eingeschaltet werden sollen. Von grundsätzlicher Bedeutung ist es auch, ob auf diesem Wege die Tarifverhandlungen verlängert werden und Tarife allenfalls ein oder zwei Jahre lang nicht in Kraft gesetzt werden können, weil die Anhörung erfolgen muss und weil allenfalls eine zweite Verhandlungsrunde einzuschalten ist. Sie wissen ja, wie mühsam Verhandlungen zwischen Aerzten und Krankenkassen sind. Wir sollten die Möglichkeit haben, zu diskutieren, wenn Dinge ins Gesetz aufgenommen werden sollen, die praktisch nicht durchführbar sind und die wesentlich neue Elemente in ein Vertragsverhältnis hineinbringen!

**Hafner Rudolf**: Wenn Herr Allenspach schon das Recht beansprucht hat, zu dieser Frage zu sprechen, dann darf es auch derjenige, der seinerzeit den Antrag auf Anhörung der Patientenorganisationen gestellt hat; diesen Antrag hat die Kommissionmehrheit jetzt übernommen.

Man muss klarstellen, dass Kollega Rychen in eigener Sache gesprochen hat. Er ist Präsident des Verbandes Bernischer Krankenkassen. Meinerseits ist es so, dass ich für Patientenorganisationen und auch für gewisse Kreise von Aerzten sprechen kann. Diese Patientenorganisationen sind klar der Auffassung, dass ein solches Anhörungsrecht notwendig ist. Wenn Herr Rychen sagte, diese Organisationen würden keine Verantwortung tragen, muss man immerhin festhalten, dass schlussendlich die Kassenmitglieder, die Patienten, bezahlen. Wenn dies keine Verantwortung ist, weiss ich nicht mehr, was man Verantwortung nennen soll!

Herr Allenspach hat gesagt, dass es unter Umständen noch eine zweite Verhandlungsrunde brauche. Man sollte aber nicht übertreiben. Es ist doch so, dass das Anhörungsrecht ein relativ schwaches Recht ist, in dem Sinne, dass die betreffenden Kreise lediglich angehört werden. Die Anhörung kann in Form eines kurzen Briefes erfolgen. Das ist absolut möglich. Ich bitte Sie daher, nicht auf diese Uebertreibungen einzugehen, sondern der Kommissionmehrheit zuzustimmen.

**Sieber**: Die Verhandlungen über Tarifverträge scheinen fast so heikel und diffizil zu sein wie unsere Beratung des vorliegenden Gesetzes. Kein Wunder, dass sich die Vertragspartner gegen die Mitsprache von Aussenstehenden wehren!

Nun gibt es aber in der Zwischenzeit Patientenorganisationen, die sich ein beachtliches Fachwissen angeeignet haben. Sie führen ratsuchende Menschen durch den Gesetzes- und Verordnungsdschungel des Gesundheitswesens. Dank ihren zahlreichen Informationen von der Patientenfront sind sie so etwas wie Seismographen. Dank Tausenden von Beratungen können sie die Probleme der Krankenversicherung bzw. die Schwachstellen des Vollzugs orten. Ihre Meinung anzuhören ist daher gerade bei Tarifverträgen von beachtlichem präventivem Nutzen. Mit ihren Statistiken können sie dokumentieren, welche Verbesserungen wirksam, wirtschaftlich und zweckmässig wären. Die Patientenorganisationen leisten damit ihren eigenständigen Beitrag an das gute Funktionieren der sozialen Krankenversicherung. Namens der LdU/EVP-Fraktion bitte ich Sie, den Mehrheitsantrag zu befrworten.

**Präsident**: Die SD/Lega-Fraktion lässt mitteilen, dass sie dem Antrag der Minderheit zustimmt.

**Frau Segmüller**, Berichterstatterin: Die Meinungsverschiedenheit, um die es hier geht, betrifft eigentlich nicht so sehr die Frage, ob man die Patientenorganisationen überhaupt irgendwo im Gesetz aufnehmen will, sondern vielmehr die Frage, wo man sie aufnehmen will. Soll das vor der Genehmigung eines Vertrages sein (Art. 39 Abs. 3), wie das die Minderheit Rychen allenfalls möchte, oder aber vor dem Abschluss des Vertrages (Art. 37 Abs. 4), wie das die Kommissionmehrheit beantragt?

Dass, wie Herr Hafner Rudolf argumentiert, bei diesen Verträgen die Patienten die Betroffenen sind, ist unbestritten. Die Mehrheit der Kommission (10 zu 8 Stimmen) hat hier auch den Argumenten, die im Bericht der Kartellkommission zum Ausdruck kommen, zugestimmt; die Stellung dieser Organisationen soll also, wie gesagt, gestärkt werden. Ich bitte Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale: Les propositions, tant de la majorité, d'ailleurs, que de la minorité, indiquent une voie juste et posent un problème réel qui est celui de la participation des personnes intéressées, celles-ci finançant l'ensemble du système et en subissant les conséquences. Les deux propositions posent un certain nombre de problèmes que j'aimerais très rapidement évoquer.

Je crois qu'il faut trouver une solution dans cette loi, qui associe davantage les organisations intéressées. La première question est de savoir si cela doit se faire, comme l'a dit M<sup>me</sup> Segmüller, avant, au moment de la négociation, ou si cela doit se faire dans le sens de l'autorisation du résultat de cette négociation. Ma préférence va très clairement au stade le plus précoce possible, qui est clairement un stade où la responsabilité d'entendre les assurés incombe aux partenaires conventionnels; où ils peuvent faire part de leur expérience et de leur appréciation dans le cadre de la négociation, de façon à ce que les partenaires responsables puissent prendre une décision en connaissance de cause, plutôt que de demander à l'autorité compétente d'approuver la convention, ou de mettre le gouvernement cantonal ou le Conseil fédéral dans l'obligation d'entendre, a posteriori, les organisations intéressées. Donc je crois que c'est effectivement dans le cadre de l'article 37 que la question devrait être résolue, plutôt que dans le cadre de l'article 39.

Cependant, la proposition de la majorité n'est pas non plus très satisfaisante puisque, comme cela a été dit tout à l'heure, cela réserve ce droit aux seules organisations de patients alors qu'il ne s'agit pas seulement de consulter les patients, mais éventuellement de consulter les assurés, de consulter des organisations comme les organisations de consommatrices et de consommateurs, qui ont également un mot à dire quant au coût de la prestation d'assurance. Donc, la formulation retenue par la majorité est trop étroite.

Elle est par ailleurs beaucoup trop large, comme l'a dit M. Allenspach, puisqu'elle ne précise pas quel type de convention ou d'arrangement doit donner lieu à cette consultation. Et il faudrait, sans doute, réserver ce droit pour des raisons pratiques aux conventions tarifaires conclues par des fédérations. Dans ce sens-là, la proposition de la majorité n'est effectivement pas satisfaisante, même si elle est vraisemblablement au bon endroit et qu'elle pose le bon problème. Il ne reste donc pas autre chose à faire que de décider si vous souhaitez créer une divergence avec le Conseil des Etats sur cette question, de façon à permettre ensuite, dans le dialogue entre les deux Chambres, de trouver une solution plus satisfaisante, et c'est, en fait, ce que je vous encourage à faire.

Encore une fois, tout en prenant en considération que la proposition de la majorité n'est pas encore parfaite, mais qu'elle ouvre la possibilité de rechercher une meilleure solution, je vous invite à l'adopter et je vous en remercie.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	78 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	70 Stimmen

#### Art. 38

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 38a

##### Antrag der Kommission

.... Sicherstellung. Ein Tarifschutz gilt auch ....

#### Art. 38a

##### Proposition de la commission

.... Une protection tarifaire est aussi applicable ....

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 39

##### Antrag der Kommission

##### Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Abs. 2

.... an die Unkosten des Vertragsabschlusses und die Durchführung leisten müssen. Er regelt ....

##### Abs. 2bis (neu)

Nicht zulässig und damit ungültig sind insbesondere folgende Massnahmen, ohne Rücksicht darauf, ob sie in einem Tarifvertrag oder in getrennten Vereinbarungen oder Regelungen enthalten sind:

- Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge;
- Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- Meistbegünstigungs- und Exklusivitätsklauseln.

##### Abs. 3

##### Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Minderheit

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf)

.... in Einklang steht und hört zu diesem Zweck auch andere interessierte Organisationen ausserhalb der Vertragsparteien an.

##### Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Art. 39

##### Proposition de la commission

##### Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Al. 2

.... par sa conclusion et son exécution. Elle règle ....

##### Al. 2bis (nouveau)

Ne sont pas admises et donc nulles en particulier les mesures suivantes, qu'elles soient contenues dans une convention tarifaire, dans un contrat séparé ou dans un accord, lorsqu'elles prévoient:

- l'interdiction faite aux membres de groupements de conclure des contrats séparés;
- l'obligation faite aux membres de groupements d'adhérer aux accords existants;
- l'interdiction de concurrence entre les membres;
- des traitements de faveur et des clauses d'exclusivité.

##### Al. 3

##### Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Minorité

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf)

.... au principe d'économie. Elle entend à ce propos également les organisations intéressées qui ne sont pas parties à la convention.

##### Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Frau Segmüller, Berichterstatterin: Ich kann meiner Genugtuung darüber Ausdruck geben, dass es hier zu keinen Anträgen gekommen ist, weder zu Minderheits- noch zu Einzelanträgen, die die Neuerung bekämpfen, die wir in Artikel 39 einführen wollen. Es ist schon etwas Neues, was wir hier tun. Wir haben nämlich den Anregungen der Kartellkommission Rech-



nung getragen. Wir haben dies nicht aus eigenem Antrieb getan, sondern indem wir dem Vorschlag des Bundesrates gefolgt sind.

Sie erinnern sich: Der Bericht der Kartellkommission wurde im Frühjahr dieses Jahres veröffentlicht, und zwar nach der Behandlung dieser Vorlage im Ständerat. Ihre Kommission hat unmittelbar nach dem Eintretensbeschluss die Kartellkommission angehört und eine Stellungnahme des Bundesrates zu diesen Empfehlungen verlangt. Der Bundesrat hat einen Vorschlag formuliert. Sie finden ihn als Antrag der Kommission auf der Fahne (Abs. 2bis). Er entspricht dem, was die Kommission einstimmig, mit 21 zu 0 Stimmen, angenommen hat. Die Formulierung bedeutet nicht eine totale Kehrtwende gegenüber der Vorlage, sondern eine Unterstützung der Linie, die die Vorlage verfolgt, nämlich in Richtung Vertragsfreiheit. Das ist zu betonen. Der Bundesrat selber hat im Entwurf zu diesem Artikel 39 festgeschrieben, dass es keinen Automatismus zwischen Verbandsbeitritt und Verbandsverträgen mehr geben soll. Das bedeutet: Verbandsverträge bleiben die Regel, aber ein Verbandsmitglied muss ausdrücklich einem solchen Vertrag beitreten wollen. Auch Nichtmitglieder können einem solchen Vertrag beitreten.

Zudem sollen Sondervertragsverbote – im Sinne von mehr Konkurrenz oder von Konkurrenz überhaupt – aufgehoben werden, und zwar unabhängig davon, ob sie in Statuten, Reglementen oder wo auch immer von Verbänden festgelegt sind. Das ermöglicht mehr Flexibilität von seiten der Leistungserbringer und von seiten der Versicherer. Damit sollte auch eine Möglichkeit zu kostengünstigeren Verträgen, Tarifen und Prämien für die Versicherten eröffnet werden.

Das ist der Zweck dieser Uebung, und mit derselben Ueberzeugung, mit der Ihre Kommission dieser Oeffnung zu mehr Wettbewerb zugestimmt hat, empfehle ich Ihnen, dasselbe zu tun, um so mehr, als die Sache nicht bestritten ist.

**M. Philippona**, rapporteur: Dans l'article 39 nouvelle mouture, les conventions tarifaires restent la règle. Elles continueront à être négociées entre fournisseurs de prestations et assureurs. Ce principe reste valable comme dans la situation actuelle, mais la commission a tenu à décartelliser, dans la mesure du possible, le système actuel, système qui est caractérisé par le fait que chaque médecin a un droit d'adhérer aux conventions tarifaires avec les caisses-maladie. Celles-ci n'ont ainsi aucune possibilité d'intervenir sur l'offre.

Du côté des caisses-maladie, le secret d'organisation est tel qu'il permet d'obtenir une discipline cartellaire. L'alinéa 2bis (nouveau) que nous vous proposons a pour but de décartelliser, donc d'ouvrir, le marché de la médecine. La commission répond par là à l'une des propositions de la Commission des cartels, ce qui devrait avoir une influence positive sur les coûts de la santé, tout en évitant d'introduire une médecine à deux vitesses.

C'est par 21 voix sans opposition que la commission vous propose d'accepter cette nouvelle version de l'article 39.

*Abs. 1, 2, 2bis, 4 – Al. 1, 2, 2bis, 4*

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Al. 3*

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*(siehe Entscheid bei Art. 37)*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

*(voir la décision à l'art. 37)*

#### **Art. 40**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1–3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 4*

Ein von der Kantonsregierung ernannter Ausschuss von Tarifsachverständigen setzt nach den Absätzen 1 bis 3 den Tarif beim Fehlen eines Tarifvertrages mit einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital fest.

#### **Art. 40**

*Proposition de la commission*

*Al. 1–3*

*Adhérer à la décision du Conseil des Etats*

*Al. 4*

Une commission de spécialistes de la tarification, nommée par le gouvernement cantonal, fixe le tarif selon les alinéas 1 à 3, lorsqu'il n'existe pas de convention tarifaire avec un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 41**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Proposition de la commission*

*Adhérer à la décision du Conseil des Etats*

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 42**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1–4*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 5*

.... vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung und bei teilstationärem Aufenthalt.

*Abs. 6*

.... die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat ....

*Abs. 7*

.... kündigen und der Kantonsregierung oder dem von ihr ernannten Ausschuss von Tarifsachverständigen (Art. 40) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

#### **Art. 42**

*Proposition de la commission*

*Al. 1–4*

*Adhérer à la décision du Conseil des Etats*

*Al. 5*

.... la rémunération du traitement ambulatoire et du séjour semi-hospitalier à l'hôpital.

*Al. 6*

.... consulter les pièces. Le Conseil fédéral ....

*Al. 7*

.... et demander au gouvernement cantonal ou à la commission de spécialistes de la tarification, nommée par lui (art. 40), de réduire les tarifs dans une juste mesure.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 43**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Proposition de la commission*

*Adhérer à la décision du Conseil des Etats*

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 43a (neu)**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime

*Abs. 1*

Der Kanton kann als dauerhaftes finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 42 Absatz 1 bleibt vorbehalten.

*Abs. 2*

Der Kanton hört die Leistungserbringer und die Versicherer vorher an.

#### **Art. 43a (nouveau)**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Fixation d'un budget global pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux

**Al. 1**

Le canton peut, en tant qu'instrument permanent de gestion des finances, fixer un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts selon l'article 42 alinéa premier est réservée.

**Al. 2**

Le canton consulte au préalable les fournisseurs de prestations et les assureurs.

**Angenommen – Adopté****Art. 44****Antrag der Kommission****Abs. 1**

....

b. .... Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste) sowie eine Liste der mit preisgünstigen Generika austauschbaren Originalpräparate (Generikaliste).

**Abs. 2**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Abs. 3 (neu)**

Die Leistungserbringer sorgen im Sinne von Absatz 1 dafür, dass neben den Originalpräparaten vermehrt kostengünstige Nichtoriginalpräparate zur Anwendung gelangen.

**Abs. 4 (neu)****Mehrheit**

Ablehnung des Antrages der Minderheit

**Minderheit**

(Jöri, Brunner Christiane, de Dardel, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Keller Rudolf, Sieber)

Ausserhalb der betroffenen Fachkreise ist Werbung für Arznei- und Heilmittel untersagt.

**Antrag Wick****Abs. 1bis (neu)**

Für Geburtsgebrechen übernehmen dabei Departement und Bundesamt die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen.

**Art. 44****Proposition de la commission****Al. 1**

....

b. .... confectionnés (liste des spécialités) ainsi qu'une liste des génériques meilleur marché qui sont interchangeables avec les préparations originales (liste des génériques).

**Al. 2**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Al. 3 (nouveau)**

Les fournisseurs de prestations sont tenus, conformément à l'alinéa premier, de veiller à ce que, à côté des préparations originales, l'utilisation des préparations non originales (génériques) et moins onéreuses se développe.

**Al. 4 (nouveau)****Majorité**

Rejeter la proposition de la minorité

**Minorité**

(Jöri, Brunner Christiane, de Dardel, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Keller Rudolf, Sieber)

La publicité pour les médicaments et les remèdes est interdite en dehors du cercle des professionnels concernés.

**Proposition Wick****Al. 1bis (nouveau)**

En matière d'infirmité congénitale, aussi bien le département que l'office fédéral reprennent les mesures thérapeutiques appartenant au catalogue de prestations de l'assurance-invalidité.

**Abs. 1 – Al. 1****Angenommen – Adopté****Abs. 1bis – Al. 1bis**

**Wick:** Ich muss Ihnen zuerst erklären, warum ich diesen Antrag eingereicht habe. Man könnte denken, dass es sich um eine Selbstverständlichkeit handle. Wenn ein Kind ein Geburtsgebrechen hat, dann wird die Behandlung für dieses Geburtsgebrechen von der Invalidenversicherung bezahlt, und zwar bis zum 20. Lebensjahr. Nach dem 20. Lebensjahr hört die Versicherungspflicht für die Invalidenversicherung auf. Nun wäre es eigentlich eine absolute Selbstverständlichkeit – das war auch vom Gesetzgeber immer so vorgesehen –, dass jetzt die Krankenkasse die Behandlung dieses Geburtsgebrechens übernimmt.

Warum hat man das so geregelt? Man hat das damals so geregelt, weil man bei vielen Geburtsgebrechen zu Recht der Ansicht war, dass die davon betroffenen Kinder ja gar nicht sehr alt werden. Viele dieser Kinder sterben nämlich in den ersten Lebensmonaten oder in den ersten Lebensjahren, und da spielt eben die Finanzierung nach dem 20. Lebensjahr keine Rolle mehr. Aber das gilt natürlich glücklicherweise lange nicht für alle Krankheiten.

Und jetzt ist folgendes vorgekommen: Den Neugeborenen – das haben Sie vielleicht selber in Ihrer Familie schon erlebt – wird am vierten Lebenstag ein Tropfen Blut entnommen, damit man gewisse seltene Stoffwechselkrankheiten diagnostizieren kann, die man eben anders nicht diagnostizieren könnte und die eine sofortige Behandlung erfordern. Eine dieser Stoffwechselkrankheiten ist die Phenylketonurie. Diese muss mit einer speziellen Diät behandelt werden. So weit, so gut. Die ältesten Patienten sind jetzt 25 Jahre alt, weil dieses Stoffwechsel-Screening beim Neugeborenen in der Schweiz anno 1968 eingeführt wurde.

Was ist jetzt passiert? Gewisse Krankenkassen haben es schlechterdings abgelehnt, bei diesen Patienten die wissenschaftlich absolut dokumentierte und einzig mögliche Therapie zu übernehmen. Und das darf nun einfach nicht mehr passieren. Wer soll die Behandlung für diese Patienten bezahlen? Diese Patienten sind keine Krösusse, die plötzlich etwa 12 000 Franken im Jahr allein für diese Therapie hinblättern können. Deshalb habe ich mich bemüht – ich habe auch den entsprechenden Experten vom Bundesamt beigezogen –, eine Bestimmung zu formulieren, die in dieses Gesetz passt und die an der richtigen Stelle eingereicht ist: Das beinhaltet mein Antrag auf Einfügung von Artikel 44 Absatz 1bis.

Es geht also darum, dass für die Patienten mit angeborenen Stoffwechselkrankheiten – Geburtsgebrechen – nach Erreichen des 20. Lebensjahres die gleichen Rechte gelten sollen wie für alle anderen Patienten auch. «Übernehmen» heisst in diesem Fall nicht – ich wurde noch auf dieses Wort aufmerksam gemacht, doch aus dem Kontext wird sein Sinn klar, und aus der französischen Formulierung auch –, dass Bundesrat oder Departement etwas finanziell übernehmen sollen. Ich meine damit ein Übernehmen zuhanden von Artikel 44, zuhanden der Listen, die dort aufgeführt sind.

Ich möchte Sie ganz herzlich bitten, meinem Antrag zuzustimmen.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** J'aimerais remercier M. Wick de sa proposition. Il complète la loi sur un point où une lacune restait, en fait, sans qu'il y ait intention de créer cette lacune, mais il a mis le doigt sur la césure qu'il peut y avoir entre les prestations prises en charge par l'assurance-invalidité jusqu'à l'âge de 20 ans pour des personnes atteintes de troubles congénitaux ou d'infirmités congénitales et le fait qu'il n'y a pas actuellement de continuation automatique de la prise en charge par l'assurance-maladie de ces prestations de l'assurance-invalidité. Il est bien sûr incompréhensible qu'une personne atteinte d'infirmité congénitale reçoive jusqu'à l'âge de 20 ans de l'assurance-invalidité les prestations dont elle a besoin et qu'elle s'en voie éventuellement privée tout simplement parce que ces prestations ne figurent pas sur les listes établies par le département ou par l'office fédéral concernés; en fonction de l'article 44 qui vous est proposé.

Cet alinéa 1bis (nouveau) comble donc cette lacune. Il pourra peut-être être encore amélioré sur le plan purement rédaction-

nel, mais il est nécessaire, et, encore une fois, je remercie M. Wick d'avoir attiré l'attention du Conseil sur cette lacune. Vous avez l'occasion de la combler.

*Angenommen gemäss Antrag Wick  
Adopté selon la proposition Wick*

*Abs. 2, 3 – Al. 2, 3  
Angenommen – Adopté*

*Abs. 4 – Al. 4*

**Jöri**, Sprecher der Minderheit: Ich habe beim Eintreten darauf hingewiesen, dass unsere Gesundheitskosten, gemessen an der Leistung, verhältnismässig sind. Ob es die Medikamentenkosten, gemessen am Nutzen, auch sind, ist eine andere Frage. Sie machen nämlich aufgerundet 18 Prozent der Gesamtkosten des Gesundheitswesens von 16 Milliarden Franken oder 500 Franken pro Kopf und Jahr aus. Ein Fachmann sagte einmal eher ironisch, ihn wundere es, dass die Schweizer mit diesem Medikamentenkonsument nicht kränker seien. Angesichts dieser Kostentatsache werden Sie mit mir übereinstimmen, dass es unerwünscht ist, mit Werbung, beispielsweise am Fernsehen, noch mehr Medikamente unter die Bevölkerung zu bringen.

Neben dem Kostenaspekt gibt es noch viel schwerwiegendere Einwände gegen die Medikamentenwerbung. Das Wort «Arzneimittel» sagt schon, dass in der Regel die Krankheitsbeschwerden mit einer Aufnahme des medizinischen Befundes und einer Diagnose seriös abgeklärt werden sollten und erst dann ein Medikament eingesetzt werden sollte. Die Anwendung eines Medikamentes zur Behandlung einer Krankheit beruht auf Lehre und Forschung, und zwar nicht nur in der Schulmedizin. Frei käufliche Medikamente, welcher Kategorie sie auch angehören, haben in der Anwendung ihre Tücken. Ich meine damit Sekundärschäden, die durch unkontrollierte Verwendung entstehen können. Als Beispiel erwähne ich das Aspirin, das über das Fernsehen angepriesen wird und schwerwiegende Magenprobleme verursachen kann. Diese sogenannten Sekundärschäden als Folgen von Medikamentenmissbrauch belasten unser Gesundheitswesen nicht unerheblich. Im weiteren ist das Suchtpotential, das auch sogenannten harmlosen Medikamenten innewohnt, beträchtlich und führt Abertausende in eine verhängnisvolle Abhängigkeit. Die Kostenfolge wurde nie quantifiziert, ist aber gross.

Ich wehre mich aber auch gegen die Werbung für Medikamente, weil damit suggeriert wird, dass jede Befindlichkeitsstörung mit einem als Konsumgut angepriesenen Medikament sofort behoben werden kann, ohne Ursache und Wirkung abzuklären. Diese Tendenz, auftauchende Probleme zu überspielen und nicht zu lösen, wirkt sich nicht nur für das Individuum, sondern auch für unsere Gesellschaft verhängnisvoll aus. Wer immer sich in seiner Gesundheit beeinträchtigt fühlt, hat heute die Möglichkeit, das zu bekommen, was sie bzw. er benötigt. Eine Ankurbelung des Medikamentenverbrauchs mit Hilfe der Werbung ist aus den oben dargestellten Gründen unerwünscht und schädlich.

Ich bitte Sie um Unterstützung des Minderheitsantrages.

**M. Philipona**, rapporteur: Selon le droit actuel, la publicité pour les médicaments figurant sur la liste des spécialités est déjà interdite. C'est l'ordonnance qui le précise, cela reste valable. Il n'y a donc pas de problème ou de contestation à ce sujet.

La proposition de minorité Jöri veut interdire la publicité pour tous les médicaments ou remèdes, c'est-à-dire même les plus anodins – par exemple, ceux vendus en droguerie –, il s'agit de médicaments sans danger. D'ailleurs, cette catégorie n'est pas concernée directement par la loi.

La majorité de la commission pense que c'est excessif et vous demande de repousser cette proposition.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit	65 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	29 Stimmen

*Begrüssung – Bienvenue*

**Präsident:** Es freut mich, eine Delegation des finnischen Parlamentes unter der Leitung von Frau Saara-Maria Paakkinen, der Ersten Vizepräsidentin, zu begrüßen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen aus Finnland, es ist mir eine grosse Ehre, Sie in Genf, der Stadt der internationalen Zusammenarbeit, zu empfangen. Genf ist auch für die Geschichte Finnlands kein unbeschriebenes Blatt. Im Jahre 1921 hat sich hier der Völkerbund im schwedisch-finnischen Streit um die Alands-Inseln zugunsten Finnlands entschieden und dieses Gebiet wieder Finnland zugesprochen.

Eine weitere Gemeinsamkeit zwischen unseren beiden Ländern ist die grosse Persönlichkeit Marschall Mannerheims, der am Genfersee seinen Lebensabend verbrachte.

Seit 33 Jahren arbeiten unsere beiden Länder in der Efta eng zusammen; eine Zusammenarbeit, die mit unserer Volksabstimmung vom 6. Dezember 1992 leider an Intensität verloren hat.

Unsere Parlamentarierinnen dürfte es interessieren, dass Finnland das erste Land Europas war, das das Frauenstimmrecht einführte, und dass im finnischen Parlament nur 61 Prozent der Ratsmitglieder Männer sind.

Wir versichern Sie unserer Freundschaft und wünschen Ihnen einen schönen Aufenthalt in der Schweiz. *(Beifall)*

**Art. 45**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 33, 38a, 39 Absatz 3, 40, 41 Absätze 1 bis 3, 42 Absatz 7, 43a und 46 sowie gegen Beschlüsse des von der Kantonsregierung ernannten Ausschusses von Tarifsachverständigen nach Artikel 40 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

*Abs. 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag Gonseth*

*Abs. 2*

.... über das Verwaltungsverfahren. Zur Beschwerde ermächtigt sind auch gesamtschweizerisch oder im entsprechenden Kanton tätige Organisationen, die sich statutengemäss dem Patienten- oder Konsumentenschutz widmen.

*Antrag Sieber*

*Abs. 2*

Zur Beschwerde ermächtigt sind neben den Vertragsparteien auch gesamtschweizerische oder im entsprechenden Kanton tätige Organisationen, die sich statutengemäss dem Patienten- oder Konsumentenschutz widmen. Im übrigen gilt das Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren.

*Antrag Raggenbass*

*Abs. 3 (neu)*

Der Bundesrat entscheidet über die Beschwerde innert längstens 4 Monaten. Aus wichtigen Gründen kann die Frist um höchstens 4 Monate überschritten werden.

**Art. 45**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Les décisions du gouvernement cantonal au sens des articles 33, 38a, 39 alinéa 3, 40, 41 alinéas premier à 3, 42 alinéa 7, 43a et 46 ainsi que les décisions de la commission de spécialistes de la tarification nommée par le gouvernement cantonal, au sens de l'article 40, peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral.

*Al. 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Proposition Gonseth****Al. 2**

... procédure administrative. Ont également qualité pour recourir, les organisations qui, conformément à leurs statuts, se consacrent à la protection des patients et des consommateurs à l'échelon de l'ensemble de la Suisse ou dans leur canton.

**Proposition Sieber****Al. 2**

Sont également habilitées à faire recours, en plus des parties à une convention, les organisations actives dans l'ensemble de la Suisse ou dans un canton particulier et qui se vouent selon leurs statuts à la protection des consommateurs et des patients. Pour le reste, la loi sur la procédure administrative est applicable.

**Proposition Raggenbass****Al. 3 (nouveau)**

Le Conseil fédéral statue sur les recours dans un délai de quatre mois au plus. Ce délai peut être dépassé, pour des motifs impératifs, de quatre mois au plus.

**Abs. 1 – Al. 1**

*Angenommen – Adopté*

**Abs. 2 – Al. 2**

**Präsident:** Die Anträge Gonseth und Sieber sind zurückgezogen worden.

**Angenommen gemäss Antrag der Kommission**

*Adopté selon la proposition de la commission*

**Abs. 3 – Al. 3**

**Raggenbass:** Mit meinem Antrag auf Einfügung von Artikel 45 Absatz 3 möchte ich eine Frist einfügen: eine Frist, die die Entscheidung des Bundesrates innert vier Monaten erwarten lässt. Höchstens acht Monate sollen ihm gewährt werden, um einen Entscheid zu treffen.

Die Beschwerde gemäss Artikel 45 hat bekanntlich aufschiebende Wirkung, d. h., der Entscheid der Kantonsregierung oder des Ausschusses der Tarifsachverständigen kann erst Wirkung entfalten, wenn die Beschwerde durch den Bundesrat entschieden ist. Bis der Entscheid des Bundesrates vorliegt, besteht ein Schwebezustand, eine unsichere Rechtslage. Je länger diese unsichere Rechtslage dauert, desto unbefriedigender wird die Situation. Während dieses Schwebezustandes wissen beispielsweise die Aerzte und Spitäler nicht, ob sie nun nach dem abgeschlossenen, aber angefochtenen Vertrag oder wie früher anderweitig Rechnung stellen sollen. Je nach Ausgang der Beschwerde müssen Korrekturen stattfinden. Je länger die Beschwerde nicht entschieden ist, desto länger dauert die Ungewissheit für die Beteiligten an, vor allem für die Patienten.

Noch schlimmer ist die allfällige Blockade der Gelder durch die Krankenkassen, die keine Leistung erbringen, weil sie nicht wissen, welche Regelung Anwendung findet. Beispiele aus der Vergangenheit sprechen eine deutliche Sprache.

Ein Beispiel aus dem Kanton Thurgau: Die Krankenkassen hatten den Entscheid des Kantons angefochten; über ein halbes Jahr passierte nichts. Die Krankenkassen zogen schliesslich die Beschwerde zurück. Die Kantonsspitäler verzichteten in der Folge darauf, Nachforderungen zu erheben, weil der administrative Aufwand höher gewesen wäre als das, was sie zuzugut hatten – es waren hohe Summen.

Aus dem Kanton Zürich ein anderes Beispiel: Obwohl der Tarifvertrag angefochten worden war, stellten die Aerzte mehrheitlich Rechnung nach dem Vertrag. Nach mehreren Jahren wurde die Beschwerde glücklicherweise abgewiesen, sonst hätten riesige Umrechnereien stattfinden müssen.

Aus den Kantonen Schaffhausen und Bern sind ähnliche Vorgänge zu vermelden. Vor allem die Angelegenheit im Kanton

Schaffhausen warf hohe Wellen, auch infolge ihrer sehr langen Dauer. Sie wissen wahrscheinlich, dass sich selbst die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates damit hat befassen müssen.

Es ist dringend angezeigt, eine Befristung für die Entscheidung vorzusehen, analog dem in die Vernehmlassung geschickten Artikel des Raumplanungsgesetzes. Damit kann der Schwebezustand mit seinen äusserst negativen Auswirkungen verkürzt werden.

Es ist mir klar – da spreche ich Sie als Kolleginnen und Kollegen an –, dass die Verwaltung gegen diesen Antrag Sturm laufen wird. Sie ist direkt betroffen. Sie ist es, die daran interessiert ist, möglichst so viel Zeit für die Entscheidung zur Verfügung zu haben, wie sie eben gerne will. Ich bitte Sie daher, die Stellungnahme der Verwaltung als die einer direkt interessierten Stelle entsprechend relativiert zu betrachten. Der Beschwerdeführer hat für seine Beschwerde auch nur einen Monat zur Verfügung. Es ist nicht einzusehen, weshalb der Bundesrat nicht mit vier, allenfalls mit acht Monaten auskommen sollte.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** Monsieur Raggenbass, ce n'est pas l'administration qui refuse votre proposition, c'est au nom du Conseil fédéral que je demande de la rejeter parce que nous sommes responsables, non pas de laisser traîner des dossiers, mais d'assurer, au contraire, une procédure qui donne toute garantie à tous les groupes et à toutes les parties intéressés dans une telle procédure.

Nous ne pouvons pas réaliser cette procédure dans un temps aussi court que celui que vous voulez nous imposer. Le droit pour les parties d'être entendues, la possibilité d'interroger éventuellement des experts, la nécessité de consulter à l'intérieur de l'administration, également celle qui est compétente, ne peuvent pas être réalisés dans une période aussi courte, et le Conseil fédéral doit avoir toute la garantie, au moment où il prend la décision, qu'effectivement le dossier a été traité sérieusement.

Dans ce sens-là, je vous demande de rejeter la proposition Raggenbass.

Je reconnais, cependant, que par le passé il y a eu des délais trop longs dans le traitement de certaines affaires et que nous devons nous efforcer de les raccourcir. Je reconnais tout à fait que cette nécessité existe. Je dois malheureusement aussi reconnaître qu'une partie des problèmes est liée à des difficultés d'effectif: nous n'avons pas toujours les personnes en nombre suffisant pour pouvoir accélérer le traitement de tels dossier une administration prise dans un corset qui a été imposé par le Parlement et nous ne pouvons pas le faire sauter de notre propre chef. Je puis, cependant, ici, m'engager à faire tout ce qui est en mon pouvoir pour veiller à ce que la procédure soit la plus rapide possible. Imposer un corset à la fois sur le plan du personnel et sur le plan des délais enlève aux parties les garanties qu'elles sont en droit d'attendre.

Je vous invite à rejeter la proposition Raggenbass.

**Abstimmung – Vote**

Für den Antrag Raggenbass  
Dagegen

57 Stimmen  
34 Stimmen

**Art. 46****Antrag der Kommission****Mehrheit****Titel**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Abs. 1**

Der Kanton kann als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzen.

**Abs. 2**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Abs. 3**

Die Versicherer haben ein Antragsrecht. Der Kanton hat innert ....

**Minderheit**

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)  
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Eventualantrag der Minderheit**

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

**Titel**

Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde

**Abs. 1**

Steigen die durchschnittlichen Kosten je Versicherten und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte Kategorien von Leistungserbringern oder von Leistungen mindestens doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, können Massnahmen nach Absatz 2 ergriffen werden durch:

- a. den Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge gemäss Artikel 39 Absatz 3;
- b. das Departement bezüglich der Tarife und Preise gemäss Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 und 2 sowie Buchstabe b;
- c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge gemäss Artikel 39 Absatz 3.

**Abs. 2**

Die Genehmigungsbehörde kann für sämtliche oder bestimmte Kategorien von Leistungserbringern oder Leistungen bestimmen:

- a. dass die Tarife oder Preise nicht erhöht werden dürfen; oder
- b. welches pauschale Vergütungsvolumen durch die obligatorische Krankenversicherung zu erbringen ist.

**Abs. 3**

Die Massnahmen nach Absatz 2 bleiben in Kraft, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.

**Abs. 4 (neu)**

Weisen einzelne Leistungserbringer nach, dass bei ihnen aufgrund eines besonderen Tarifvertrages die Voraussetzung von Absatz 1 nicht erfüllt ist, nimmt sie die zuständige Behörde von den Massnahmen nach Absatz 2 aus.

**Abs. 5 (neu)**

Die Leistungserbringer, für die ein pauschales Vergütungsvolumen nach Absatz 2 Buchstabe b festgelegt werden soll, sind vorher anzuhören. Sie regeln gemeinsam die Aufteilung des Vergütungsvolumens und übertragen die Auszahlung der Vergütungen einer geeigneten Institution. Können sich die Leistungserbringer innert der von der zuständigen Behörde festgesetzten Frist nicht einigen, erlässt die Behörde die notwendigen Bestimmungen.

**Art. 46****Proposition de la commission****Majorité****Titre**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Al. 1**

Le canton peut, en tant que mesure extraordinaire et temporaire pour limiter une augmentation des coûts au-dessus de la moyenne, fixer un montant global (budgétisation globale) pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux.

**Al. 2**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Al. 3**

Les assureurs ont le droit de déposer une requête. Le canton doit se prononcer ....

**Minorité**

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)  
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Proposition subsidiaire de la minorité**

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

**Titre**

Fixation des tarifs par les autorités d'approbation

**Al. 1**

Si, pour certaines catégories de fournisseurs de prestations ou pour certaines prestations, les frais moyens par assuré et par année dans l'assurance obligatoire des soins augmentent au moins deux fois plus que l'évolution générale des prix et des salaires, les mesures prévues à l'alinéa 2 peuvent être prises par:

- a. le Conseil fédéral s'agissant de conventions tarifaires qu'il approuve selon l'article 39 alinéa 3;
- b. le département s'agissant des tarifs ou des prix selon l'article 44 alinéa premier lettre a chiffres 1 et 2 ainsi que lettre b;
- c. le gouvernement cantonal s'agissant des conventions tarifaires qu'il approuve selon l'article 39 alinéa 3.

**Al. 2**

L'autorité qui donne l'approbation peut, pour l'ensemble ou pour certaines catégories de fournisseurs de prestations ou de prestations:

- a. ordonner un blocage des tarifs ou des prix; ou
- b. fixer un forfait global de rémunération couvert par l'assurance-maladie obligatoire.

**Al. 3**

Les mesures prises en application de l'alinéa 2 restent en vigueur tant que la différence relative du taux annuel de croissance est de plus de 50 pour cent comparée à l'évolution générale des prix et des salaires.

**Al. 4 (nouveau)**

Lorsque des fournisseurs de prestations peuvent démontrer que la condition de l'alinéa premier n'est pas remplie dans leur contrat particulier, l'autorité d'approbation renonce aux mesures selon l'alinéa 2.

**Al. 5 (nouveau)**

Les fournisseurs de prestations pour lesquels, en application de l'alinéa 2 lettre b, un forfait global de rémunération est prévu, sont consultés au préalable. Ils s'entendent sur la répartition du montant mis à leur disposition et désignent l'institution chargée de verser les rémunérations. Si, dans le délai fixé par l'autorité d'approbation compétente, les fournisseurs de prestations ne se sont pas entendus, celle-ci édicte les dispositions nécessaires.

**Art. 47****Antrag der Kommission****Mehrheit**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Minderheit**

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)  
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Eventualantrag der Minderheit**

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

**Titel**

Koordination durch den Bundesrat

**Abs. 1**

Sind von Kantonsregierungen Massnahmen nach Artikel 46 Absatz 2 Buchstabe b ergriffen worden, kann der Bundesrat auf Antrag von Versicherern, die zusammen mindestens einen Drittel der Versicherten umfassen, für die Koordination der Massnahmen sorgen; er kann insbesondere ein gesamtschweizerisches Vergütungsvolumen festlegen.

**Abs. 2**

Artikel 46 Absatz 5 ist sinngemäss anwendbar.

**Art. 47****Proposition de la commission****Majorité**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Minorité**

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber) Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Proposition subsidiaire de la minorité**

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

**Titre**

Coordination par le Conseil fédéral

**Al. 1**

Lorsque des gouvernements cantonaux ont pris les mesures prévues à l'article 46 alinéa 2 lettre b, le Conseil fédéral peut, à la demande d'assureurs qui regroupent au moins un tiers des assurés, veiller à la coordination de ces mesures; il peut, en particulier, fixer le forfait global de rémunération pour toute la Suisse.

**Al. 2**

L'article 46 alinéa 5 est applicable par analogie.

**Seller Rolf, Sprecher der Minderheit:** Ich spreche zu den Artikeln 46 und 47 gemeinsam.

Ein Hauptziel dieser Revision ist ja die Eindämmung der Kostensteigerung. Der Entwurf des Gesetzes enthält verschiedene Massnahmen zur Dämpfung dieser Kosten. In der Eintretensdebatte haben jedoch verschiedene Rednerinnen und Redner dargestellt, dass diese Massnahmen ungenügend seien. Mit dem Gesetz – so wurde gesagt – könne die Kostenentwicklung nicht wirksam gebremst werden. Ein anderer Redner sagte, das Ziel der Kostendämpfung sei nicht erreicht worden.

Zudem ist auf die Volksabstimmung vom 26. September 1993 hinzuweisen. Unsere Kommissionspräsidentin bezeichnete die 80prozentige Zustimmung zum dringlichen Bundesbeschluss als historisches Ereignis – wohl zu Recht –, und vor diesem historischen Hintergrund sei eben die Arbeit an unserem Krankenversicherungsgesetz zu sehen. Ein Kommentator sagte am Abstimmungsabend, das Resultat sei nicht so sehr dem Inhalt des Bundesbeschlusses zuzuschreiben – dieser Inhalt sei kompliziert gewesen, was auch zutrifft –, den Ausschlag gegeben habe vielmehr der Titel dieses Bundesbeschlusses, der da hiess «Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung».

Ich glaube, mit dieser Abstimmung ist der Auftrag des Volkes klar, nämlich: griffige Instrumente gegen die Kostensteigerung auch in dieses neue Gesetz aufzunehmen. Ja, ich meine sogar, die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger haben uns an diesem 26. September zugerufen: Tut doch endlich etwas Tapferes, um das ständige Ansteigen der Kosten und damit auch der Prämien zu bremsen!

Der Bundesrat schlägt nun in den Artikeln 46 und 47 griffige Instrumente vor – wenn auch nur als ausserordentliche Massnahmen, wenn alle Stricke reissen –, und diese Massnahmen sind zudem befristet: In Artikel 46 wird die Möglichkeit der Globalbudgetierung durch den Bundesrat sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich vorgesehen. Artikel 47 sieht die Einführung von Zulassungsbeschränkungen für Leistungserbringer vor; insbesondere kann die Zulassung von einem Bedürfnisnachweis abhängig gemacht werden.

Der Ständerat und auch Ihre Kommissionsmehrheit wollen insbesondere von einer Globalbudgetierung im ambulanten Bereich nichts wissen. Sie fürchten eben die Opposition der Betroffenen. Allerdings müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass alles immer teurer und teurer wird. Irgendwann werden wir entscheiden müssen, wo wir Schnitte machen, wo wir allenfalls rationieren müssen. Aber eben, man traut sich nicht an dieses Thema heran – ich möchte sagen: noch nicht.

Anders verhält es sich bei unseren nördlichen Nachbarn. Auch dort hat man festgestellt, dass, wie bei uns, das Gesundheitswesen von allen Beteiligten «geschröpft» wird. Man kam zur Einsicht, dass der Staat, um die Kosten zu bändigen, endlich hart durchgreifen muss. Es wurde gehandelt. Alle Beteiligten wurden zur Kasse gebeten, und das Gejammer der Betroffenen war gross. Aber die Gesundheitsreform hatte Erfolg. Am

2. September dieses Jahres konnte der Gesundheitsminister am Fernsehen verkünden, dass die Reform echte Verhaltensänderungen bei den Betroffenen und Beteiligten zur Folge hatte. Die Krankenversicherung sei wieder «gesund». Die Kassen erzielten in den ersten sechs Monaten dieses Jahres einen Ueberschuss von 2,6 Milliarden DM, während das Defizit 1992 noch 9,2 Milliarden DM betrug. Allerdings: Die Deutschen haben nicht die Möglichkeit des Referendums.

So bitte ich Sie denn, dem Entwurf des Bundesrates zu den Artikeln 46 und 47 zuzustimmen und damit ein klares Zeichen dafür zu setzen, dass es uns mit der Eindämmung der Kosten wirklich ernst ist.

Sollten Sie dazu den Mut nicht haben, dann übernehmen Sie wenigstens den Eventualantrag der Minderheit, der in der ersten Lesung der Kommission auch eine Mehrheit gefunden hatte und in der zweiten Lesung wieder unterlag. Der Eventualantrag lehnt sich in Artikel 46 an den Beschluss des Ständerates zu Artikel 47 an und sieht in Absatz 2 zudem die Möglichkeit vor, ein pauschales Vergütungsvolumen, also eine Globalbudgetierung im ambulanten Bereich, zu bestimmen. Auf die Zulassungsbeschränkung, wie sie in Artikel 47 des Entwurfes des Bundesrates vorgesehen ist, verzichtet der Eventualantrag. In Artikel 47 gemäss Eventualantrag wird dem Bundesrat nur noch eine Koordinationsfunktion zugewiesen.

In der Kommission sind die Entscheide sehr knapp zustande gekommen: Artikel 46 gemäss Eventualantrag wurde mit nur 12 zu 11 Stimmen abgelehnt, und bei Artikel 47 gab bei einem Stimmenverhältnis von 10 zu 10 Stimmen der Stichentscheid der Kommissionspräsidentin den Ausschlag zugunsten der Mehrheit.

Ich bitte Sie also, bei den Artikeln 46 und 47 der Minderheit zuzustimmen.

**Jöri:** Wir sind bei der Detailberatung gemäss Botschaft und unbestrittener Zielsetzung der Vorlage beim zweiten Schwerpunkt angelangt. Die Kostenentwicklung mit dämpfenden Massnahmen an das Niveau der Lohn- und Preisentwicklung anzupassen, scheint uns etwas hochgegriffen, eine weniger steil ansteigende Kostenkurve liegt aber im Interesse aller Beteiligten.

Bei der Beratung der dringlichen Bundesbeschlüsse gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung wurde der Ausdruck «Opfersymmetrie» verwendet. Was heisst dies bezogen auf die Artikel 46 und 47? Ich meine, dass alle Beteiligten im Dreiecksverhältnis Versicherte, Versicherer und Leistungsanbieter bei der Lösung dieses Schwerpunktproblems Kostendämpfung Haare lassen und im übergeordneten Interesse konsensfähig bleiben müssen. Die bisherige Beratung und die getroffenen Entscheidungen zeigen aber, dass griffige Massnahmen, verbunden mit einer Einschränkung der Leistungsanbieter, vehement bekämpft werden.

Die Expertenkommission Schoch und der Bundesrat schlagen zur Eindämmung der Kostensteigerung einen pragmatischen Weg ein, indem neben Elementen der Selbstregulierung Elemente des Eingriffs vorgesehen sind. Einerseits will man damit die Verfechter eines sogenannten freiheitlichen Gesundheitswesens etwas beruhigen; andererseits sieht man die Globalbudgetierung mit einer Kann-Formulierung vor und lässt sie erst zum Zuge kommen, wenn der Unterschied in der Zuwachsrate mehr als 50 Prozent – gemessen an der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung – beträgt.

Ich bin überzeugt, dass dem Hauptübel der Kostensteigerung, nämlich der Mengenausweitung, nur mit Hilfe von Globalbudgetierungsmassnahmen wirkungsvoll begegnet werden kann, und zwar für den stationären wie für den ambulanten Bereich.

Es stellt sich die Frage, wer sich gegen die Festlegung von Vergütungsvolumen im ambulanten Bereich sträubt. Es sind die Anbieter und ihre Ständesorganisationen, die die freie, ungehinderte berufliche Entfaltung ihres Nachwuchses in Gefahr sehen. Dies ist ihr legitimes Recht. So schmerzlich es aber für die Anbieter von ambulanten Leistungen sein mag: Wir werden ihnen «à la longue» bei gleichbleibender Zunahme der Arztpraxen nicht mehr allen ein standesgemässes Einkommen über die Grundversicherung garantieren können – schon



gar nicht auf Kosten der Versicherten, die noch stärker über ansteigende Kopfprämien und Kostenbeteiligung zur Kasse gebeten werden und bei Gesamtkosten von 3 Milliarden Franken vor der finanziellen Ueberforderung gerettet werden müssen. Eigentlich subventioniert der Staat auch das ungebremsste Wachstumspotential der Leistungsanbieter und betreibt Strukturhaltung eines reformbedürftigen Gesundheitswesens auf Anbieterseite.

Ein Blick über die Grenze nach Deutschland zeigt, dass das Kostenproblem mit weit drastischeren Massnahmen angegangen werden kann. So mussten die Leistungsanbieter mit Tarifkürzungen vorliebnehmen und die Globalbudgetierung bei den Medikamenten «schlucken». Auch wenn Sie den Anträgen der Minderheit zustimmen, werden in der Schweiz, verglichen mit anderen europäischen Ländern, auch in Zukunft für die Leistungsanbieter noch geradezu idyllische Verhältnisse herrschen:

1. Wir hoffen nämlich auf die Vernunft der Anbieter und wollen mit Selbstregulierung das Gesundheitswesen so freiheitlich wie möglich erhalten.

2. Wir wollen erst dann mit ausserordentlichen und befristeten Massnahmen eingreifen, wenn die Kosten doppelt so hoch ansteigen wie die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung.

Bei dieser Vorgabe ist ein Wachstum in nicht gerade engen Grenzen eingeplant und auch gewährleistet. Die Leistungserbringer werden bei der Festlegung der verbindlichen Budgetbeträge angehört und entscheiden selbst über die Zuteilung an die einzelnen Leistungserbringer. Es geht in diesen ausserordentlichen Situationen nicht ohne diesen Schuss vor den Bug der Leistungserbringer, die zur Vernunft und zum sparsamen Umgang mit den vorhandenen Mitteln gezwungen werden müssen; denn diese Mittel stammen notabene von den Versicherten und werden aus Steuergeldern finanziert.

Im Sinne meiner Ausführungen stimmt unsere Fraktion einstimmig für den Antrag der Minderheit (Fassung Bundesrat) und, falls dieser abgelehnt wird, für den Eventualantrag.

**Frau Heberlein:** In diesen beiden Artikeln werden die ausserordentlichen Massnahmen zur Kosteneindämmung – ähnlich, wie wir sie heute in den dringlichen Bundesbeschlüssen verankert haben – wiederaufgenommen.

Ob ausserordentliche Massnahmen überhaupt in ein Gesetz gehören, scheint mir äusserst fragwürdig zu sein. Ich frage mich, ob sie nicht als solche durch das Parlament beschlossen werden müssten. Herr Seiler Rolf, haben Sie, haben wir alle so wenig Vertrauen in die Gesetzesvorlage, dass wir bereits im Gesetz, das mit dem Ziel der Kosteneindämmung verabschiedet werden soll, wieder ausserordentliche Massnahmen einbauen müssen, welche eine Notbremse mit dirigistischen Eingriffen – ohne Mitsprachemöglichkeit des Parlamentes, ohne Mitsprachemöglichkeit der Bevölkerung – vorsehen?

Wir haben die Möglichkeit der Globalbudgetierung im Spitalbereich als normale Massnahme in Artikel 43a festgeschrieben. Wenn sie auf kantonalen Spitalplanungen und klaren Leistungsaufträgen beruht, ist sie sicher zu begrüssen. Sie ist aber kein Allheilmittel gegen die Kostensteigerung, sonst wären die Gesundheitskosten bekanntlich im Kanton Waadt nicht so hoch.

Der Entwurf des Bundesrates, wie er von der Minderheit Seiler Rolf wiederaufgenommen wird, schliesst alle Leistungen, also auch alle ambulanten Leistungen wie Physiotherapie, Gemeindekrankenpflege, Medikamente usw., ein, selbstverständlich auch die ärztlichen Leistungen. Die zuständigen Behörden könnten demnach nicht nur Tarife und Preise fixieren, sondern auch für all diese Kategorien pauschale Vergütungsvolumen festlegen, wieviel zum Beispiel für Medikamente, für medizinische Hilfspersonen pro Jahr ausgegeben werden darf. Würde diese Summe überschritten, so würde im nächsten Jahr der Taxpunktwert entsprechend gekürzt. Wie soll in einem dringlichen Verfahren festgelegt werden, wie viele Leistungen im ambulanten Bereich erbracht werden dürfen? Wer legt den Versorgungsauftrag fest, wenn schon die ordentliche Globalbudgetierung für Spitäler Jahre dauert?

Die Probleme in Deutschland, wie sie heute bestehen, zeigen,

dass eine derartige Regelung nur mit einem unverhältnismässigen administrativen Aufwand überhaupt bewerkstelligt werden kann. So ideal sind die Verhältnisse nicht, wie sie Herr Seiler geschildert hat. Die Medikamentenkosten sind in Deutschland zwar zurückgegangen, aber eindeutig zu Lasten der Versorgung, indem zum Beispiel Zuckerkranken ihre Medikamente nicht mehr erhalten, indem zum Beispiel teure Medikamente von den Aerzten einfach nicht mehr verschrieben werden und die Patienten selber schauen müssen, wie sie zu ihren Medikamenten kommen.

Etwas differenzierter ist der Eventualantrag der Minderheit, der auf einen Vorschlag zurückgeht, der vom Bundesamt für Sozialversicherung im Laufe der Beratungen eingebracht wurde. Aber auch hier werden die ambulanten Leistungen mit einbezogen – für die FDP-Fraktion ein unannehmbarer Eingriff zu Lasten der Patienten.

Auch wenn die FDP-Fraktion gegenüber der Verankerung ausserordentlicher dirigistischer Massnahmen im Gesetz grundsätzliche Bedenken hat, kann sie mehrheitlich der Fassung des Ständerates zustimmen.

Bereits beim Eintreten habe ich gesagt, dass die Ablehnung dieser Minderheitsanträge für unsere Fraktion für unsere Zustimmung zum Gesetzentwurf entscheidend ist.

**M. Pidoux:** En complément à ce qu'a dit M<sup>me</sup> Heberlein, j'aimerais rappeler que la méthode de financement du budget global existe déjà dans certains cantons romands pour les hôpitaux qui sont financés par les pouvoirs publics. Il ne s'agit évidemment pas d'une méthode magique de diminuer les coûts, mais ce système permet de responsabiliser la direction des hôpitaux et les médecins. Comme dans toute entreprise, ils se voient accorder un budget qui a été négocié avec les payeurs, mais ils doivent alors respecter ce budget. Sans ce système, on sait que les hôpitaux font un déficit que les cantons et les communes sont bien obligés de combler.

Le système ne tombe pas du ciel: il est donc expérimenté dans des hôpitaux dans notre pays. On peut le suivre. Il est vrai qu'il ne résout pas le problème de la multiplication des actes médicaux. Mais introduire ce système pour les médecins libres praticiens, comme le proposent certains – et certains, c'est le Conseil fédéral –, en leur donnant une sorte de crédit par année, me paraît une mesure casse-cou. D'abord parce que cette méthode appliquée aux individus ne fonctionne bien nulle part au monde; ensuite, parce qu'on crée un obstacle supplémentaire à l'approbation de la loi en se mettant définitivement les médecins à dos. Je préfère faire un pas dans la bonne direction, plutôt qu'un bond dans cette direction et me blesser en retombant sur terre!

La sagesse conduit à voter la solution de la majorité de la commission. J'ai l'honneur de vous y inviter au nom du groupe radical.

**Präsident:** Die liberale Fraktion lässt mitteilen, dass sie den Anträgen der Mehrheit zustimmt.

**Keller Rudolf:** «Kosteneindämmung im Gesundheitswesen» – unter diesem Schlagwort steht ja die gesamte Gesetzesrevision. Die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi unterstützt die Massnahmen in Artikel 46. Es geht nicht anders, als dass wir die Spitäler und Pflegeheime an die Kandare nehmen. Das ist aber Sache der Kantone, und unsere Fraktion meint denn auch, dass wir es den Kantonen überlassen sollen, wie sie dies organisieren. Sie werden diese Massnahmen bestimmen ergreifen, denn alle Kantone stehen unter einem sehr grossen Spardruck und sind deshalb über kurz oder lang, ob ihnen das gefällt oder nicht, gezwungen, entsprechende Sparmassnahmen in die Wege zu leiten. Allerdings müssen wir uns darüber Rechenschaft geben, dass die Globalbudgetierung nicht von einem Tag auf den anderen wirken kann; das wird ein längerfristiges Steuerungsinstrument sein.

Die zentralistische Bundeslösung lehnen wir ab: Wir stimmen deshalb für die Mehrheit der Kommission.

Der Eventualantrag der Minderheit geht uns in seinen vorgeschriebenen Details zu weit. Wir sollten zudem dafür sorgen,

dass wir nicht eine komplizierte Lösung beschliessen, die dann in der Durchführung eines viel zu grossen Aufwandes bedarf.

Wir bitten Sie deshalb, der Mehrheit zuzustimmen.

**Borer Roland:** Grundsätzlich ist die Fraktion der Auto-Partei der Meinung, dass ausserordentliche Massnahmen in einem Gesetz, das Grundlagen schaffen sollte, nichts zu suchen haben. Wir können aber der Formulierung der Mehrheit respektive des Ständerates zustimmen.

Warum wollen wir jetzt unbedingt ausserordentliche Massnahmen in diesem Gesetz fixieren? Das ist doch schlichtweg einfach die Angst vor dem eigenen Mut! Wir haben sehr viele neue Leistungen definiert, und irgendwo wollen wir jetzt noch die Notbremse einbauen. Das funktioniert über alles gesehen aber garantiert nicht.

Eine Globalbudgetierung im ambulanten Bereich ist doch eine reine Wunschvorstellung. Wie wollen Sie eine Globalbudgetierung zum Beispiel für eine kleine Arztpraxis auf dem Land definieren? Wie wollen Sie das Budget errechnen? Das ist doch ein Ding der Unmöglichkeit! Was machen Sie, wenn infolge irgendwelcher Zufälle ein Landarzt plötzlich einige relativ teure Fälle übernehmen muss? Wollen Sie dann für die Ausnahme wieder die Ausnahme formulieren? Das ist doch ein Ding der Unmöglichkeit!

Im Gesundheitswesen sind die grössten Kostenverursacher – das beweist Ihnen jede Statistik – die öffentlichen kantonalen Spitäler. Ein Grossteil der Gesundheitskosten wird heute dafür ausgegeben, dass sich Sanitätsdirektoren in den Kantonen zu Lebzeiten ihre Denkmäler bauen können. Da muss man eingreifen! Eine Globalbudgetierung im ambulanten Bereich bringt jedoch schlussendlich überhaupt nichts.

**M. Deiss:** L'un des objectifs de cette révision est la maîtrise des coûts. Lors du débat d'entrée en matière, le PDC a déclaré qu'à son sens le projet n'allait pas jusqu'au bout du raisonnement. Pour être crédible, notre intention de veiller à la parcimonie doit être clairement annoncée dans le texte de cette loi. C'est pourquoi notre groupe, dans sa grande majorité, soutiendra les propositions de la minorité de la commission.

Il faut souligner d'abord que la commission est partagée sur la question, puisque, dans une première lecture, elle avait opté pour une version plus précise que la solution du Conseil fédéral, et que, lors de la deuxième lecture, elle a effectué un retour en arrière pour se rallier, à une faible majorité, il est vrai, à la solution du Conseil des Etats.

Ensuite, il faut rappeler qu'il est question ici de mesures extraordinaires, qui peuvent être mises en place par l'autorité compétente. Dans cette optique, il est donc essentiel de mettre à disposition l'outillage minimum requis en cas d'évolution dramatique, ne serait-ce que pour éviter le recours au droit d'urgence. Mais le caractère exceptionnel des mesures est aussi la garantie que l'on évitera des tracasseries inutiles à la branche lorsque cela n'est pas nécessaire. A ce titre, ces règles auront même un caractère préventif, puisque le meilleur moyen pour les prestataires d'y échapper est de prendre eux-mêmes les précautions spontanées pour éviter que l'on en vienne aux extrémités qui rendraient applicables les articles 46 et 47.

Enfin, et c'est le plus important, les dispositions prévues par le Conseil des Etats sont insuffisantes et incohérentes du point de vue économique. En effet, les rudiments de cette science nous enseignent qu'il n'est pas possible d'appliquer des mesures dirigées aux transactions sans agir simultanément sur les deux composantes du contrat: la quantité et le prix. Nos paysans le savent bien, il n'est pas possible de leur garantir le prix du lait sans continger la quantité. Par analogie, il n'est pas possible de bloquer les tarifs et les prix des prestations médicales sans en contrôler simultanément les quantités produites. D'ailleurs, les premières indications relatives à l'expérience de blocage des tarifs qui est en cours vérifie cette leçon élémentaire.

C'est au nom de cette simple logique que le groupe PDC estime qu'il est nécessaire de prévoir des mesures exceptionnelles pour l'ensemble du secteur de la santé.

**Sieber:** Ich spreche zu Artikel 46. Wer einen Vierspänner bremsen will, muss alle Pferde gleichzeitig an die Kandare nehmen. Wer im Gesundheitswesen die davongaloppierenden Kosten bremsen will, kann nicht die Geschwindigkeit von zwei Pferden drosseln und die beiden anderen wie bisher weitergaloppieren lassen. Oder anders gesagt: Die Opfersymmetrie muss stimmen. Dass diese Opfersymmetrie vor allem den Kinderpsychiater oder einen Landarzt trifft, ist bedauerlich. Noch mehr befremden aber die Einkommensunterschiede innerhalb des Aertztestandes. Die riesigen Einkommensunterschiede zwischen dem erwähnten Landarzt und einem Urologen sind den Bürgern und Prämienzählern schlicht unverständlich, denn die hohe Verantwortung und die Präsenzzeiten dieser Aerzte unterscheiden sich wohl kaum voneinander. In den ärztlichen Standesregeln steht: «Wahrung von Ehre und Ansehen des Standes.» Gerade diese Einkommensunterschiede aber sind es, die den Aerzten leider in der Öffentlichkeit immer wieder schaden. Wir sind der Auffassung, dass eine Globalbudgetierung in ausserordentlichen Lagen der ärztlichen Standesorganisation Gelegenheit gibt, die offensichtlichen Wohlstandspolster bei einzelnen Mitgliedern etwas abzuspecken. Bei davongaloppierenden Kosten ist es absolut unangebracht, dass zugunsten solchee Wohlstandspolster mit Prämiegeldern munter weitergemästet oder weitergefüttert wird. Die Opfersymmetrie sollte in solch schwierigen Situationen bei allen ansetzen, auch unter den Aerzten; das hebt ihr Ansehen sicher mehr, als ihnen die paar Franken Einkommenseinbusse schaden.

Namens der LdU/EVP-Fraktion bitte ich Sie, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen.

**Rychen:** Bei den Artikeln 46 und 47 haben wir zwei Hauptprobleme:

1. Soll die Globalbudgetierung nur auf die stationäre Behandlung oder auch auf die ambulante Behandlung übertragen werden? Wir sind der Meinung, dass es vorläufig genügt, die Globalbudgetierung auf die stationäre Behandlung einzuschränken.

2. Soll es der Bund oder sollen es die Kantone tun? Wir sind der Meinung, die Kantone sollen die Hauptverantwortung übernehmen. Sie haben auch die Hauptverantwortung für die medizinische Infrastruktur im stationären Bereich.

Im ambulanten Bereich – das gestehen wir ein – besteht ein grosses Problem in bezug auf die Mengenausweitung; das ist richtig festgehalten worden. Aber was hier von jenen, die die Minderheit vertreten, nicht gesagt worden ist: Mit Artikel 47 gemäss Mehrheitsantrag ist ein griffiges Instrument für die Tarifsetzung in ausserordentlichen Lagen vorhanden, d. h., dort kann sogar der Bundesrat in bezug auf die Tarife und Preise eingreifen, ähnlich wie wir das zurzeit mit den dringlichen Bundesbeschlüssen erleben. Glücklicherweise hat die Erfahrung gezeigt, dass diese dringlichen Massnahmen doch eine Wirkung erzielt haben. Deshalb glaubt die SVP-Fraktion, dass die Anträge der Mehrheit zu den Artikeln 46 und 47 vorerst genügen.

Ich möchte noch ein Wort an Herrn Kollega Sieber richten. Herr Kollega Sieber hat hier im Zusammenhang mit den Artikeln 46 und 47 von den unterschiedlichen Aertzteeinkommen gesprochen. Ich möchte einfach festhalten, dass das hier in diesen Artikeln nicht geregelt werden kann. Es ist dann Aufgabe der Tarifpartner, die «Tarifumbauten» so zu gestalten, dass tatsächlich ungerechtfertigte Einkommensunterschiede abgebaut werden respektive eine gerechtere Einkommensverteilung innerhalb der Aertztschaft erzielt werden kann. Das können wir aber mit diesen Artikeln nicht regeln.

Also möchte ich bitten, nicht falsche Hoffnungen zu wecken, indem man hier dem Minderheitsantrag zustimmt. Die SVP-Fraktion ist – ich wiederhole es – ganz klar für die Anträge der Mehrheit zu den Artikeln 46 und 47.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Zwei Vorbemerkungen:

1. Die Kommission hat auf keiner Stufe ihrer Beratungen die Notwendigkeit bestritten, in ausserordentlichen Lagen spezielle Massnahmen zu statuieren. Die Meinungsverschiedenheiten bezogen sich auf das Wieviel und darauf, wer die Kom-

petenz dazu haben soll. Für Details muss ich Sie auf unseren ausführlichen Bericht verweisen.

2. Die Entscheide in der Kommission zu diesem Artikel waren zu jedem Zeitpunkt sehr knapp; sie wurden immer nur mit einer Stimme Differenz gefällt. Es gab wohl keinen Abschnitt im ganzen Gesetz, der dermassen umstritten war wie dieser.

Der Bundesrat geht mit Artikel 46 von einer Kompetenz aus, die er selber hat. Er könnte gemäss dem Wortlaut des Entwurfes ein Globalbudget – eine scharfe Massnahme – für alle Bereiche festlegen. Dazu kommt in Artikel 47 die Möglichkeit einer Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer.

Der Ständerat hat beides abgelehnt. Der Ständerat hat stattdessen die Kompetenz auf die Kantone verlagert, die nach seiner Version zwei Möglichkeiten haben sollen: im stationären Bereich haben sie die Kompetenz zur Festsetzung eines Globalbudgets und nach Artikel 47, im ambulanten Bereich, nach dem Muster des dringlichen Bundesbeschlusses, die Kompetenz, einen Tarif- und Preisstopp zu verordnen, wenn die Kostensteigerung doppelt so hoch ist wie die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung.

Im Laufe unserer Beratungen wurde dann vom Bundesamt für Sozialversicherung gewissermassen ein Vermittlungs- oder ein Kombinationsvorschlag eingebracht, der eben mit der berühmten einen Stimme Differenz vorerst einmal eine Mehrheit gefunden hat. Er ist eine echte Kombination aus beiden Konzeptionen, er ist flexibler als die Lösung gemäss bundesrätlichem Entwurf und bringt doch mehr als die Lösung des Ständerates. Die Kompetenz würde bei den Kantonen verbleiben, aber die Kantone hätten zwei Instrumente für den ambulanten Bereich, nämlich sowohl Tarif- und Preisstopp als auch Globalbudget.

Da Globalbudgets nicht von heute auf morgen eingeführt werden können, war die Meinung, dass als Sofortmassnahme ein Tarif- und Preisstopp eingeführt werden könnte. Das ist nicht unwichtig, weil das – wie wir vom Dringlichkeitsrecht her wissen – wirklich Massnahmen sind, die man rasch einführen kann. Die Kommission hat in der ersten Lesung diesem Konzept – auf der Fahne als Eventualantrag der Minderheit bezeichnet – mit einer Stimme Differenz zugestimmt.

Die Kommission hat sowohl in der ersten als auch in der zweiten Lesung den ursprünglichen Artikel 47 mit den Zulassungsbeschränkungen abgelehnt. In der zweiten Lesung hat sich die Kommission dann für das Konzept des Ständerates entschieden, also: Kompetenz klar an die Kantone delegiert, Beschränkung des Instruments der Globalbudgetierung auf den stationären Bereich, Tarif- und Preisstopp nach dem Muster des dringlichen Bundesbeschlusses in allen übrigen Bereichen.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Mehrheit der Kommission zu folgen.

**M. Philippona**, rapporteur: Je vais essayer de résumer la situation avant le vote.

Nous traitons là des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts. Ces mesures sont donc prévues en cas d'échec des autres mesures. Elles doivent aussi être temporaires. Le Conseil fédéral et la minorité de la commission proposent le système des budgets globaux et une limitation de l'admission de pratiquer. Comme le Conseil des Etats, la majorité de la commission propose, dans de tels cas, la solution du budget global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médicaux-sociaux. Dans le système ambulatoire, par contre, c'est le principe des arrêtés fédéraux urgents qui est repris, mais en un peu moins rigide cependant.

Si la majorité de la commission, par 11 voix contre 10 une fois, et par 10 voix contre 10 une autre fois – c'est une faible majorité, mais majorité quand même –, renonce au budget global dans le domaine ambulatoire, c'est bien pour des raisons de praticabilité. Il n'existe en effet que très peu de critères connus, ou pas du tout, pour répartir des moyens financiers entre les différents fournisseurs de prestations.

Va-t-on prendre le risque de voir des laboratoires ou des médecins fermer boutique en décembre parce que le quota est utilisé? Que feront les malades devant de telles situations? L'exemple de l'Allemagne est certes intéressant, mais il est

quand même très différent de la situation en Suisse, puisqu'en Allemagne la rémunération des médecins a toujours lieu par l'intermédiaire des associations de médecins.

La majorité de la commission a également renoncé à une interdiction professionnelle pour les jeunes médecins qui arrivent au bout de leurs longues études. Il a paru aberrant d'en arriver là après une telle formation, qui occasionne des coûts si importants pour l'Etat.

Nous vous recommandons donc de voter la version de la majorité de la commission.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: Nous sommes effectivement à un point central du débat et je constate avec satisfaction que personne n'a mis en question la nécessité de mettre dans la loi des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts. Il faut prévoir le cas où on se retrouverait dans une évolution telle que celle que nous avons connue et tout faire pour éviter d'avoir à ce moment-là à se saisir de l'instrument du droit d'urgence.

Nous sommes face à trois possibilités: la version initiale du Conseil fédéral, qui est appuyée par la minorité Seiler Rolf de la commission du Conseil national, la version du Conseil des Etats appuyée par la majorité de votre commission et la proposition subsidiaire de la minorité qui se situe à mi-chemin entre les deux autres propositions.

La version initiale du Conseil fédéral est la plus rigoureuse. Elle donne plus de pouvoir au Conseil fédéral que les autres propositions, notamment parce qu'elle ne précise pas dans la loi les conditions de l'intervention, les critères qui doivent déclencher l'intervention; ceux-ci restent de l'appréciation du Conseil fédéral. Elle prévoit des mesures dans le domaine tarifaire et en matière d'admission des fournisseurs de prestations.

Dans le domaine tarifaire – c'est-à-dire à l'article 46, si la maîtrise des coûts l'exige –, le Conseil fédéral peut intervenir dans le secteur hospitalier ou ambulatoire en fixant des budgets globaux pour certaines ou pour toutes les catégories de fournisseurs de prestations, dans certains cantons ou sur l'ensemble du territoire national. Cette mesure crée le lien nécessaire entre prix et quantité de façon à éviter ce que nous constatons peut-être actuellement, c'est-à-dire qu'un stop des tarifs peut entraîner une augmentation des volumes et, de ce fait, rendre inopérante la mesure prise. Elle est un coup de frein énergique à l'évolution des coûts et, encore une fois, il est satisfaisant de penser que tout le monde reconnaît la nécessité de prévoir la possibilité d'un frein d'urgence dont l'emploi sera forcément limité dans le temps.

En ce qui concerne l'admission des fournisseurs de prestations à l'article 47, dans le projet du Conseil fédéral, si la maîtrise des coûts l'exige, le Conseil fédéral peut limiter l'accès des fournisseurs de prestations à l'assurance-maladie en se basant notamment sur le critère du besoin. Là aussi, la mesure doit être limitée dans le temps. Cette version du Conseil fédéral tient compte, elle, du caractère paradoxal du marché des prestations de soins, caractère paradoxal qui veut que plus l'offre augmente, plus les prix augmentent également, alors que la règle normale voudrait qu'une augmentation de l'offre ait pour effet une baisse des prix. Sur ce marché si particulier que différents partenaires veillent à réguler, cette régulation justement ne fonctionne pas et, encore une fois, l'augmentation de l'offre a pour conséquence l'augmentation des prix. Cela est statistiquement contrôlable.

La version du Conseil des Etats rejette la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations. L'argument utilisé est – nous l'avons entendu aussi à cette tribune – que cette mesure introduit une limitation après coup, alors qu'il faudrait l'introduire en amont par le numerus clausus pour accéder aux études médicales.

Quant aux mesures proposées par le Conseil fédéral en matière tarifaire, le Conseil des Etats et la majorité de votre commission modifient la responsabilité, le seuil d'intervention et le champ d'application.

En ce qui concerne la responsabilité, la majorité de la commission veut la transférer essentiellement aux cantons et non à la Confédération.

En ce qui concerne le champ d'application du budget global, elle veut le réserver uniquement au secteur hospitalier, c'est-à-dire aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux.

En ce qui concerne le seuil d'intervention, elle introduit un critère pour le déclenchement de ces mesures extraordinaires, ce critère étant: lorsque les frais des soins augmentent deux fois plus que la moyenne des prix et des salaires, le blocage reste en vigueur tant que la croissance des coûts dépasse de plus de 50 pour cent l'évolution générale des prix et des salaires.

Dans un esprit de compromis et pour tenir compte aussi de la responsabilité première des cantons en matière de politique de la santé, j'ai eu l'occasion de présenter la proposition subsidiaire de la minorité qui se situe à mi-chemin entre la version initiale du Conseil fédéral et celle du Conseil des Etats. Cette proposition subsidiaire a été acceptée par votre commission en première lecture, alors qu'elle a été uniquement abandonnée de justesse en deuxième lecture. Elle reprend effectivement des éléments des deux versions principales et se situe, encore une fois, exactement à mi-chemin. Comme le Conseil des Etats, elle renonce à la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations, mais dans le domaine tarifaire, si elle reprend du Conseil des Etats l'attribution des compétences prioritairement cantonales et l'idée qu'il faut un seuil d'intervention fixé dans la loi, elle ne limite pas les mesures au seul blocage des tarifs et des prix, mais laisse aux autorités compétentes la possibilité de choisir au besoin l'instrument du budget global. Cette solution est souple. Elle a l'avantage de permettre aux autorités de doser l'intervention selon la gravité de la situation. Elle laisse au Conseil fédéral la compétence pour coordonner les mesures à la demande des assureurs.

Le projet initial du Conseil fédéral, soutenu par la minorité de la commission, est certainement opportun, et la seule façon d'assurer la souplesse qu'il faut pour donner le coup de frein dans les circonstances qui le réclameront, et de donner à une instance la possibilité d'actionner ce frein d'urgence.

La proposition subsidiaire de la minorité, qui donne davantage de compétences aux cantons, qui retarde, peut-être, ce coup de frein, reste, cependant, très satisfaisante contrairement à la proposition de la majorité de la commission.

Je vous invite donc à soutenir les propositions subsidiaires de la minorité de la commission.

#### *Eventuelle, namentliche Abstimmung*

*Vote préliminaire, par appel nominal*

#### *Für die Anträge der Mehrheit stimmen:*

*Votent pour les propositions de la majorité:*

Allenspach, Aregger, Aubry, Baumberger, Berger, Bezzola, Binder, Bischof, Blatter, Bonny, Borer Roland, Borradori, Bortoluzzi, Bühler Simeon, Bühler Gerold, Camponovo, Cavadini Adriano, Chevallaz, Columberg, Comby, Cotti, Couchepin, Daepf, Dettling, Dreher, Ducret, Eggly, Epiney, Etique, Eyermann Christoph, Fehr, Fischer-Häggingen, Fischer-Seengen, Fischer-Sursee, Frey Claude, Friderici Charles, Fritschi Oscar, Früh, Giger, Gros Jean-Michel, Gysin, Hari, Heberlein, Hegetschweiler, Hess Otto, Iten Joseph, Jenni Peter, Keller Rudolf, Kern, Kühne, Leuba, Loeb François, Maître, Mamie, Miesch, Moser, Mühlmann, Müller, Nabholz, Narbel, Nebiker, Neuenschwander, Oehler, Perey, Philipona, Pidoux, Poncet, Reimann Maximilian, Rohrbasser, Rutishauser, Rychen, Sandoz, Savary, Scherrer Jürg, Scherrer Werner, Scheurer Rémy, Schmied Walter, Schnider, Schwab, Segmüller, Seiler Hanspeter, Spoerry, Stalder, Stamm Luzi, Steffen, Steinegger, Steinemann, Steiner Rudolf, Stucky, Suter, Tschopp, Tschuppert Karl, Vetterli, Wanner, Wick, Wittenwiler, Wyss Paul, Wyss William, Zölch (99)

#### *Für die Anträge der Minderheit stimmen:*

*Votent pour les propositions de la minorité:*

Aguet, Bär, Baumann, Bäumlín, Béguelin, Bircher Peter, Bodenmann, Borel François, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühlmann, Bundi, Bürgi, Caccia, Carobbio, Caspar-Hutter, Danuser, Darbellay, de Dardel, David, Deiss, Diener, Dormann, Dünki, Duvoisin, Eggenberger, Engler, Fankhauser,

Fasel, von Felten, Gardiol, Gobet, Gonseth, Grendelmeier, Gross Andreas, Grossenbacher, Haering Binder, Hafner Ursula, Haller, Hämmerle, Hess Peter, Hollenstein, Hubacher, Jäggi Paul, Jeanprêtre, Jöri, Keller Anton, Ledergerber, Leemann, Leuenberger Ernst, Leuenberger Moritz, Maeder, Marti Werner, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Raggenbass, Rebeaud, Rechsteiner, Robert, Ruckstuhl, Schmid Peter, Seiler Rolf, Sieber, Spielmann, Stamm Judith, Steiger Hans, Strahm Rudolf, Theubet, Thür, Tschäppät Alexander, Vollmer, Weder Hansjürg, Wiederkehr, Zbinden, Ziegler Jean, Zisyadis, Zwahlen, Zwytarg (80)

#### *Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent:*

Hafner Rudolf, Leu Josef, Meier Samuel (3)

#### *Abwesend sind – Sont absents:*

Blocher, Cincera, Frey Walter, Giezendanner, Goll, Graber, Herzog, Hildbrand, Jaeger, Maspoli, Matthey, Mauch Rolf, Maurer, Pini, Ruf, Ruffi, Züger (17)

#### *Präsident Schmidhalter stimmt nicht*

*M. Schmidhalter, président, ne vote pas*

#### *Definitiv – Définitivement*

Für die Eventualanträge der Minderheit

81 Stimmen

Für die Anträge der Mehrheit

78 Stimmen

#### **Art. 47bis (neu)**

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

Ablehnung des Antrages der Minderheit

#### *Minderheit*

(Jöri, Brunner Christiane, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Leuenberger Ernst, Sieber)

#### *Titel*

Anwendung von Nichtoriginalpräparaten

#### *Wortlaut*

Wenn es zur Eindämmung der Kostenentwicklung erforderlich ist, kann der Bundesrat für eine befristete Zeit veranlassen, dass anstelle von Originalpräparaten nur kostengünstige Generika von der sozialen Krankenversicherung übernommen werden müssen.

#### **Art. 47bis (nouveau)**

*Proposition de la commission*

*Majorité*

Rejeter la proposition de la minorité

#### *Minorité*

(Jöri, Brunner Christiane, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Leuenberger Ernst, Sieber)

#### *Titre*

Utilisation de génériques

#### *Texte*

Lorsque la lutte contre le renchérissement l'exige, le Conseil fédéral peut décider que, pendant un temps déterminé, seuls les génériques moins coûteux seront à la charge de l'assurance-maladie sociale, à l'exclusion des préparations originales.

**Jöri, Sprecher der Minderheit:** Nachdem Sie sich bei den Artikeln 46 und 47 immerhin für den Eventualantrag entschieden und damit – wenigstens im Nationalrat – bewiesen haben, dass Kostendämpfung doch nicht nur ein leeres Wort bleiben soll, versuche ich, Ihnen eine weitere Kostendämpfungsmaßnahme beliebt zu machen:

Sie haben in löblicher Absicht in Artikel 44 Absatz 3 festgeschrieben, die Leistungserbringer hätten dafür zu sorgen, dass neben den Originalpräparaten vermehrt kostengünstige Nichtoriginalpräparate zur Anwendung gelangen. Diese recht unverbindliche Empfehlung an die Verkäufer von Medikamenten wird leider kaum spürbare Erfolge bringen. Wer verzichtet schon gerne freiwillig – sei er nun ein Arzt, ein Apotheker oder ein Pharmaproduzent – auf einen höheren Verkaufsgewinn?

Weil der Mensch sich leider nicht so ideal verhält, wie wir uns das vielleicht wünschen würden oder wie wir das erwarten könnten, müssen wir einen kleinen, kleinen Schritt weiter gehen.

Die Minderheit schlägt deshalb vor, der Bundesrat solle, wenn es zur Eindämmung der Kostenentwicklung erforderlich ist, für eine befristete Zeit veranlassen können, dass anstelle von Originalpräparaten nur kostengünstige Generika von der sozialen Krankenversicherung übernommen werden müssen. Mit dieser ausserordentlichen und befristeten Massnahme, die auf einer Kann-Formulierung beruht, wird von den Leistungsanbietern im Sinne der vielgepriesenen Opfersymmetrie erwartet, dass sie sich allenfalls beim Medikamentenverkauf mit einer leicht geringeren Gewinnmarge zufriedengeben.

Ich bin mir bewusst, dass wir mit dem KVG die Medikamentenkosten nur zum Teil zu beeinflussen vermögen. Die gesetzgeberischen Möglichkeiten jedoch, die uns gegeben sind, sollten wir zumindest voll ausschöpfen. Entscheidendes kann in dieser Frage aber der Preisüberwacher bewirken, der – so hoffen wir – seine Möglichkeiten voll ausschöpfen und sich auch durchsetzen wird.

**Wick:** Ich gebe eine Erklärung als Arzt ab, nicht als Fraktions-sprecher. Ich möchte Ihnen sagen: Beschneiden Sie bitte hier die Handlungsfreiheit der Aerzte nicht allzusehr, lassen Sie es beim Artikel 44 bewenden! Warum? Nicht alle Generika – Generika heisst gleicher Wirkstoff wie in einem Originalpräparat – sind gleich wirksam wie der gleiche Stoff in der Originalgale-nik, also im Originalmedikament. Es gibt berühmte Beispiele, wo Antibiotika unresorbiert wieder im Stuhl zum Vorschein gekommen sind. Es wurde zwar die gleiche Substanz eingenommen, aber sie wurde nicht resorbiert, sie konnte keine Wirkung entfalten, sie kam unverändert im Stuhl wieder zum Vorschein. Das ist nur ein besonders drastisches Beispiel.

Sie sollten den Entscheid, welches Präparat man beim Patienten anwenden will, nun wirklich den Aerzten überlassen; sie sind die Fachleute dafür.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Die Minderheit Jöri verlangt einen sehr weit gehenden Eingriff in die Behandlungsfreiheit. Wir müssen uns vor Augen halten, dass – wie Herr Wick gesagt hat – Generika mit den Originalpräparaten nicht unbedingt identisch sind, und es gilt ein Zweites im Auge zu behalten: Generika gibt es ja nur für Originalpräparate, deren Patentschutz abgelaufen ist. So gesehen schränken Sie mit dieser Bestimmung gemäss Antrag der Minderheit die Behandlungsfreiheit nicht nur in bezug auf Original und Generika ein, sondern Sie schränken das Spektrum überhaupt ein. Aus diesem Grunde lehnt die Kommissionsmehrheit diesen Antrag – 11 zu 6 Stimmen – ab, und ich lade Sie ein, das gleiche zu tun.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** La mesure proposée par la minorité de la commission est trop rigoureuse parce qu'elle réduit la liberté thérapeutique. Elle est trop rigoureuse aussi parce qu'elle choisit un mauvais instrument pour réaliser l'objectif.

Nous avons l'instrument du tarif de remboursement des médicaments. C'est à travers cet instrument-là que l'on peut fixer le prix des médicaments d'une façon telle que soit pénalisée la prescription des médicaments les plus chers et que le prix des génériques serve également de référence. Ainsi, celui qui choisira l'original pourra le faire. Il ne sera d'ailleurs pas exclu du remboursement, mais il devra supporter la différence de prix qui résulte de ce choix. Tandis que si l'on venait à exclure les préparations originales du remboursement par l'assurance, on empêcherait en général le médecin de prescrire le médicament qui lui paraît le plus apte à traiter la maladie. Je vous propose de rejeter la proposition de la minorité de la commission.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit  
Für den Antrag der Minderheit

83 Stimmen  
40 Stimmen

#### Art. 48

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 49

##### Antrag der Kommission

Abs. 1

##### Mehrheit

Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Aerztesgesellschaften Vertrauensärzte. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 30 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis tätig gewesen sein.

##### Minderheit

(Hafner Rudolf, Brunner Christiane, Eggenberger, Goll, Gonseth, Hafner Ursula, Jöri, Keller Rudolf, Sieber)

.... tätig gewesen sein. Für die Beurteilung im Bereiche der speziellen therapeutischen Methoden müssen sie eine entsprechende Zusatzausbildung und mindestens drei Jahre praktische Erfahrung mit diesen Methoden nachweisen können.

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

Eine kantonale Aerztesgesellschaft kann einen Vertrauensarzt aus wichtigen Gründen ablehnen; in diesem Fall entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 81.

Abs. 4–8

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Art. 49

##### Proposition de la commission

Al. 1

##### Majorité

Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission selon l'article 30 et avoir exercé une activité dans un cabinet médical pendant cinq ans au moins.

##### Minorité

(Hafner Rudolf, Brunner Christiane, Eggenberger, Goll, Gonseth, Hafner Ursula, Jöri, Keller Rudolf, Sieber)

.... cinq ans au moins. Pour l'évaluation de méthodes thérapeutiques particulières, ils doivent être au bénéfice d'une formation complémentaire dans le domaine ainsi que d'une expérience pratique de ces méthodes d'au moins trois ans.

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

Une société médicale cantonale peut refuser un médecin-conseil pour de justes motifs; dans ce cas, le tribunal arbitral au sens de l'article 81 doit statuer.

Al. 4–8

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abs. 1 – Al. 1

**Hafner Rudolf, Sprecher der Minderheit:** In Artikel 49 Absatz 1 möchte die Minderheit erreichen, dass die Vertrauensärzte dann tätig werden können, wenn sie sich über Wissen und Erfahrung im entsprechenden Bereich ausweisen können.

Im Grunde genommen ist der Antrag eine Selbstverständlichkeit, da in allen Bereichen der wissenschaftlichen Tätigkeit die Anforderung besteht, dass diejenigen, die etwas zu beurteilen haben, über ein entsprechendes Wissen und eine entsprechende Erfahrung verfügen. Der Antrag ist insofern von Bedeutung, als in Zukunft das System der Vertrauensärzte stark ausgebaut werden soll. Ich habe von den Krankenkassen gehört, dass sie in Zukunft mehr Vertrauensärzte anstellen wol-



len. Das Faktum der Vertrauensärzte betrifft sowohl die Patienten als auch die Aerzte, da die Krankenkassen jeweils bestimmen, ob die Leistungen bezahlt werden oder nicht.

Der Antrag der Minderheit sieht vor, dass sich diese Aerzte über «eine entsprechende Zusatzausbildung und mindestens drei Jahre praktische Erfahrung» ausweisen müssten. Das würde verhindern, dass die Krankenkassen beispielsweise einen Orthopäden als Vertrauensarzt anstellen würden, der von den Transplantationen bis zu den Verfahren der Komplementärmedizin alles zu beurteilen hätte. Es dürfte jedermann klar sein, dass ein Orthopäde in seinem Fachgebiet sicher ein Spezialist, ein Experte, sein kann, dass er aber unmöglich in der Lage ist, in sämtlichen Bereichen zu beurteilen, was gut ist und was bezahlt werden soll. Es wäre grotesk, wenn beispielsweise ein Orthopäde völlig andere Sachbereiche beurteilen würde.

Sie haben bei Artikel 26 freundlicherweise dem Antrag zugestimmt, der postuliert, dass kein wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit erfolgen muss. In Artikel 49 geht es um einen Sachverhalt, der noch selbstverständlicher ist als derjenige in Artikel 26. Bei einer repräsentativen Umfrage haben 83 Prozent der Befragten erklärt, dass sie Verfahren der Komplementärmedizin bei der Krankenversicherung mit inbegriffen haben wollen.

Ich habe Ihnen schon einmal aus einem Gutachten von Professor Saladin und Mitarbeitern zitiert, wo klar festgehalten wird, dass Patienten aufgrund des Grundrechtes der persönlichen Freiheit Anrecht darauf haben, eine Therapie oder ein Medikament beanspruchen zu können, die oder das sie zusammen mit ihrem Arzt als gut und wirksam betrachten. Es kann daher nicht die Rede davon sein, dass der Vertrauensarzt als zwischengeschaltete Instanz das unterlaufen würde. Damit würde man provozieren, dass entsprechende Rechtswege eingeschlagen würden.

Ich bitte Sie, in Konsequenz zum Entscheid bei Artikel 26 bei Artikel 49 dem Antrag der Minderheit zuzustimmen.

**M. Philippa**, rapporteur: La minorité Hafner Rudolf, en ce qui concerne les médecins-conseils, demande une formation complémentaire et une expérience pratique d'au moins trois ans pour des méthodes particulières. On peut comprendre ce souhait, mais c'est totalement excessif et même irréalisable. Il n'y a pas seulement l'homéopathie, il y a toutes sortes de méthodes particulières, et demander une expérience de trois ans et une formation complémentaire pour chaque méthode, c'est absolument impossible. On ne trouvera pas de médecins-conseils qui répondront à de tels critères. Même en médecine classique, une expérience dans chaque domaine n'existe pas.

Il faut donc faire confiance, c'est le but, et le médecin-conseil devra se renseigner, se tenir au courant, afin de décider en connaissance de cause, mais la proposition de la minorité va tout à fait trop loin. La majorité de la commission demande déjà une activité de cinq ans en cabinet médical pour avoir une expérience de médecin-conseil, mais c'est impossible d'aller aussi loin que la minorité Hafner Rudolf.

Nous vous demandons donc de rejeter cette proposition de minorité. La commission l'a fait par 12 voix contre 2 en première lecture et par 11 voix contre 7 en deuxième lecture.

#### Abstimmung – Vote

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

Abs. 2–8 – Al. 2–8

Angenommen – Adopté

#### Art. 50

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Minderheit

(Goll, Brunner Christiane, Dormann, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Jöri, Keller Rudolf, Seiler Rolf)

....

a. .... oder Behandlungsverfahren oder von solchen, die chirurgische Eingriffe zur Folge haben, welche in einer vom Bundesrat aufgestellten Liste enthalten sind, die Zustimmung des Vertrauensarztes eingeholt wird;

....

#### Art. 50

Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Goll, Brunner Christiane, Dormann, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Jöri, Keller Rudolf, Seiler Rolf)

....

a. .... particulièrement coûteuses ou celles qui entraînent des interventions chirurgicales figurant sur une liste établie par le Conseil fédéral;

....

Abs. 1, 2 – Al. 1, 2

Angenommen – Adopté

Abs. 3 – Al. 3

Frau **Hafner Ursula**, Sprecherin der Minderheit: Bundesrat und Ständerat wollen mit diesem Artikel dem Bundesrat die Kompetenz geben, vor der Durchführung besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes einzuholen.

Wir möchten diese Kompetenz auch in bezug auf bestimmte chirurgische Eingriffe geben. Gerade im Bereich der chirurgischen Eingriffe werden oft Operationen durchgeführt, die an sich gar nicht nötig wären. Eine vom Chef des Tessiner Gesundheitswesens in Auftrag gegebene Studie hat ergeben, dass jede dritte Operation unnötig ist.

Mit chirurgischen Eingriffen werden die Spitalbetten und die Portemonnaies der Aerzte «gefüllt». Die Aerzte lassen sich selber viel weniger häufig operieren als die Leute, die nicht vom Fach sind. Uebrigens greifen die Aerzte auch bei Anwälten, die bei einem Fehlschlag rechtliche Schritte unternehmen könnten, weniger häufig zum Skalpell. Je tiefer der soziale Stand und das Informationsniveau der Patientinnen und Patienten, um so häufiger die Operationen. Am grössten ist der Unterschied bei Gallenblasenoperationen. Da ist – gemäss der Tessiner Studie – die Zahl der Eingriffe bei «Normalsterblichen» um sage und schreibe 84 Prozent höher, als wenn die Chirurgen selber unter das Messer müssten. Bei Aerztinnen und Angehörigen von Aerzten werden 58 Prozent weniger Gebärmutterentfernungen vorgenommen als bei anderen Frauen.

Der Bundesrat sollte aufgrund von Erfahrungswerten eine Liste von chirurgischen Eingriffen erstellen, bei welchen vor der Durchführung einer Operation der Vertrauensarzt beigezogen und damit eine «second opinion» eingeholt werden muss.

Verschonen Sie unsere Bevölkerung davor, unnötig unters Messer der Chirurgen zu kommen! Sie tun gleichzeitig etwas für die Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Nach den Berechnungen des Auftraggebers der Tessiner Studie könnten bei den sieben in die Untersuchung einbezogenen Eingriffen mehr als 200 Millionen Franken im Jahr gespart werden, wenn wir die unnötigen Operationen vermeiden. Stimmen Sie deshalb dem Minderheitsantrag zu.

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Mit dem Ziel des Antrages der Minderheit Goll ist die Mehrheit durchaus einverstanden: Unnötige Behandlungen sollen vermieden werden. Nur geht das, was die Minderheit hier will – die Spezifikation der chirurgischen Eingriffe – zu weit. Diese sind nämlich unter Absatz 3



Buchstabe a unter den «bestimmten Behandlungsverfahren» subsumiert. Diese Bestimmung, die der Bundesrat vorge schlagen und der Ständerat modifiziert hat, lässt durchaus das zu, was die Minderheit will. Es ist nicht gerechtfertigt, dies im Gesetz explizit für die chirurgischen Eingriffe zu spezifizieren. Wenn schon, dann wäre eine entsprechende Liste für aufwendige Diagnosen ebenso notwendig. Das ist der Grund, warum sich die Kommissionmehrheit (mit meinem Stichentscheid) für die Fassung des Ständerates entschieden hat. Ich bitte Sie, dasselbe zu tun.

#### Abstimmung – Vote

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

#### Art. 51

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 52

##### Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

.... das Kalenderjahr. Die Prämien und die Leistungen für Krankheit und für Unfälle sind getrennt auszuweisen.

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Art. 52

##### Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

.... l'année civile. Les montants des primes et des prestations relatives aux cas de maladie et d'accidents doivent être indiqués séparément.

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 53

##### Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

.... als für ältere Versicherte (Erwachsene). Er ist berechtigt, dies auch für die Versicherten zu tun, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben und im Ausbildung begriffen sind.

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Antrag Leuba

Abs. 1

Soweit dieses Gesetz keine Ausnahme vorsieht, erhebt der Versicherer Prämien, die nach dem Alter abgestuft werden können. Die Höchstprämie darf aber das Doppelte der Mindestprämie nicht übersteigen.

Abs. 1bis (neu)

Für Männer und Frauen gleichen Alters gelten die gleichen Prämien.

#### Antrag Zisyadis

Abs. 3

Die Versicherten bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) sind von der Prämienzahlung befreit. Für die Versicherten bis zum vollendeten 25. Altersjahr, die in Ausbildung begriffen sind, hat der Versicherer eine tiefere Prämie festzusetzen als für ältere Versicherte (Erwachsene).

#### Art. 53

##### Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

.... (adultes). Il est autorisé à le faire pour les assurés n'ayant pas 25 ans révolus et qui fréquentent une école ou font des études ou un apprentissage.

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Proposition Leuba

Al. 1

.... par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes qui peuvent être échelonnées selon l'âge. Toutefois, la prime la plus élevée ne peut pas dépasser le double de la prime la plus basse.

Al. 1bis (nouveau)

Les primes doivent être les mêmes pour les hommes et pour les femmes du même âge.

##### Proposition Zisyadis

Al. 3

Les assurés n'ayant pas 18 ans révolus (enfants) sont exonérés de primes. Pour les assurés n'ayant pas 25 ans révolus et qui fréquentent une école ou font des études ou un apprentissage, l'assureur doit fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes).

M. Zisyadis: Le système actuel proposé de financement en fonction de primes individuelles est en quelque sorte déjà entré en vigueur, grandeur nature, dans deux cantons: Genève et Vaud. Or, qu'est-ce que l'on constate concrètement dans ces deux cantons? Les plus jeunes et les familles ont dû supporter des hausses de primes d'assurance-maladie considérables. Pour un même revenu, à conditions similaires, une famille composée de deux adultes et de deux enfants paie des cotisations près de trois fois plus élevées qu'un adulte vivant seul. Le mécontentement est grand chez ceux qui élèvent des enfants, futurs producteurs, et ceux qui vont financer, rappelons-le quand même, notre futur système de retraite.

Ce système induit une pénalisation des familles, si l'on n'introduit pas un minimum de correctifs dans la loi. Je sais bien qu'il est plus d'usage de parler de la famille dans les périodes électorales, mais je tiens à rappeler que notre pays est faible en matière de prestations pour la famille. Des études ont clairement démontré – certains auteurs de ces études sont d'ailleurs présents ici – que par rapport à un couple sans enfant, pour maintenir un niveau de vie égal, un couple avec un enfant doit avoir un montant de ressources supplémentaires d'un quart; avec deux enfants, de deux cinquièmes; et avec trois enfants, de trois cinquièmes. Il convient donc d'imaginer des solutions nouvelles, de prendre en compte les difficultés des familles qui ont déjà des allocations familiales très faibles dans notre pays, dispersées et trop diverses.

Je rappelle les chiffres du recours à l'assistance qui est prévu si on prend le seuil de 8 pour cent du revenu déterminant dans le cadre de cette loi. La moitié des ménages, 53 pour cent, auront droit à des subsides, et les trois cinquièmes des personnes, soit le 61 pour cent, y auront droit. Je fais deux constatations par rapport à ces chiffres. Cette loi va accoucher d'un dinosaure, qui a pour nom la bureaucratisation extrême du système dans laquelle vont être plongés de nombreux citoyens avec ce recours presque généralisé à l'assistance. Deuxième constatation, la différence entre 53 pour cent et 61 pour cent est une indication qu'il n'y a aucun coup de pouce aux familles et même plutôt une pénalisation.

Je vous propose, avec cet amendement, d'introduire la dimension familiale qui est absente dans ce projet, d'une part en maintenant l'enveloppe budgétaire actuellement prévue, et d'autre part en débureaucratisant en partie le système, tout d'abord sans coûts supplémentaires. Sur les 3 milliards de francs de subventions des pouvoirs publics prévus, 1 milliard de francs, grosso modo, peut être destiné à l'exonération des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, les deux autres milliards de

francs restant pour les subsides individuels tels qu'ils sont prévus. Ensuite, avec cette exonération, de nombreuses familles n'auront plus besoin de l'assistance, donc pas de bureaucratie supplémentaire, moins de frais administratifs et, au bout du compte, la reconnaissance d'une certaine dignité des familles.

Je voudrais attirer votre attention aussi sur le futur de cette loi, qui est problématique, pour ne pas dire parfois inquiétant. Si le montant fixe de 3 milliards de francs de subventions est maintenu ces quatre prochaines années, et si les cotisations d'assurance-maladie augmentent de 25 pour cent, ce qui est déjà inférieur aux dernières années, la limite des subventions passerait alors de 8 à 10 pour cent, ce qui veut dire que la part des ménages ayant droit aux subventions va passer, en quatre ans, de 53 pour cent à 38 pour cent et la part des personnes de 61 pour cent à 44 pour cent.

Je ne sais pas si vous êtes conscients des mécontentements que va provoquer ce système. Est-ce que vous voyez le système ultrabureaucratisé que nous sommes en train de mettre en place? Comment allons-nous résoudre ces problèmes? Est-ce que ce sera seulement par un simple transfert de charge sur les assurés, comme je l'imagine? Non! Tout cela ne me paraît ni très sérieux ni surtout bien étudié. En exonérant les enfants jusqu'à 18 ans, vous apportez un correctif bienvenu qui introduit une notion de solidarité familiale et qui est un tout petit frein à ce dinosaure bureaucratique dont nous sommes en train d'accoucher.

**M. Leuba:** Nous sommes ici à un des points essentiels de la réforme, celui de la fixation de la prime unique. Mais, il faut bien voir immédiatement que ce principe de la prime unique – qui exprime au fond celui de la solidarité – peut conduire à des résultats tout à fait non souhaitables.

Nous l'avons dit dans le débat d'entrée en matière: au fond, le système de la prime unique est très simple. On prend dans les jeunes générations qui représentent de bons risques pour permettre de payer les soins pour les générations plus âgées qui présentent de mauvais risques. Nous ne contestons pas le principe même de cette solidarité entre les générations, mais nous estimons qu'ici on a – comme on dit en allemand – jeté l'enfant avec l'eau du bain. On est allé au-delà de ce qui est nécessaire pour assurer cette solidarité.

Nous l'avons dit dans le débat d'entrée en matière: les jeunes générations ont aussi leurs problèmes. Nous avons évoqué la difficulté de trouver des logements à des prix convenables. Souvent les jeunes générations doivent payer des prix surfaits, ou importants, pour pouvoir se loger. Mais, surtout, les jeunes générations – je rejoins ici curieusement l'argumentation de M. Zisyadis – ont des enfants à élever. On ne peut pas leur demander à la fois d'élever leurs enfants et de prendre la totalité du coût des soins pour les personnes âgées. Ce que nous vous demandons par notre amendement, c'est de trouver une solution plus flexible qui consiste à fixer un rapport maximum entre la cotisation la plus élevée et la cotisation la plus basse. De la sorte, les jeunes contribuent indiscutablement à financer l'assurance-maladie des personnes âgées, mais dans une mesure raisonnable.

Malheureusement, lorsque je vois cette salle et que je me regarde dans un miroir, je pense que nous sommes – nous personnellement – plus intéressés par la deuxième partie, c'est-à-dire par la prise en charge des cotisations des personnes âgées, que par le soulagement de la contribution des jeunes. Mais, avons-nous le droit, précisément nous, de ne pas penser à la jeune génération? Avons-nous le droit de remettre finalement tout le poids de l'assurance-maladie sur les épaules des jeunes? Le canton de Vaud a fait cet exercice, Madame la Conseillère fédérale, et j'ai vu ce que ça a donné pour certains jeunes. Ils ont vu leurs cotisations quadrupler ou quintupler simplement par l'application du principe de la solidarité. Alors, ça devient véritablement insupportable pour les jeunes.

Dernier argument. Nous savons que dans le cours normal d'une carrière les revenus vont en augmentant et en croissant. Et il est vrai que plus on avance dans sa carrière professionnelle – généralement, mais il y a des exceptions –, plus les revenus augmentent; par conséquent, plus la capacité de pren-

dre en charge les cotisations d'assurance-maladie augmente. Par conséquent, le système que nous vous proposons nous paraît raisonnable à cet égard. On met une limite. La solidarité s'exerce puisque les caisses ne peuvent pas augmenter indéfiniment les cotisations des personnes âgées, mais seulement de façon limitée.

J'aimerais terminer en faisant cette remarque: est-il raisonnable de mettre en place un système qui va conduire à allouer beaucoup de subventions à des jeunes? En réalité, on va créer un peuple d'assistés. Les subventions doivent plutôt être réservées aux catégories plus âgées de la population puisqu'elles seront ciblées. Dans ces conditions il nous paraît que mettre une limite ici, qui est de 1 à 2 telle que nous la proposons, est une solution qui, socialement, est beaucoup plus raisonnable que la cotisation unique. Elle exprime la solidarité puisqu'on ne peut pas augmenter indéfiniment, mais elle ne charge pas outre mesure les jeunes générations dont nous avons d'ailleurs besoin, ne serait-ce que pour assurer aussi notre sécurité sociale vieillisse.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Um gerade an die letzte Bemerkung von Herrn Leuba anzuknüpfen: Monsieur Leuba, un peuple assisté, nous l'avons aujourd'hui, et assisté à cent pour cent. C'est exactement ce que nous voulons changer. Auch die Kommission wollte das ändern.

Altersabgestufte Prämien bedingen ein anderes Finanzierungskonzept. Wir können sonst nicht mehr von der Solidarität zwischen den Generationen reden, sie wird unterlaufen wie indirekt auch die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Dieser Antrag läuft der Wiederherstellung einer vollumfänglichen Solidarität zuwider.

Bundesrat, Ständerat und die Kommission haben einer Abstufung der Prämien Kinder/Jugendliche/Erwachsene zugestimmt, im Sinne einer familienpolitischen Massnahme, wie sie schon heute verankert ist. Wir sind dabei sogar noch ein Stück weiter gegangen. Aber wir wollen das System nicht zurückdrehen. Immerhin ist das, was jetzt als bürokratischer Dinosaurier verschrien wird, ein System, wie beide Räte es 1986 in einer Motion verlangt haben. Wir haben also einem solchen System der individuellen Prämienverbilligung ausdrücklich zugestimmt.

Ich bitte Sie, den Antrag Leuba aus diesen prinzipiellen Erwägungen abzulehnen.

Zum Antrag Zisyadis: Wir sind in der familienpolitischen Ausrichtung ein Stück weiter als Bundesrat und Ständerat gegangen, indem wir nicht nur die niedrigeren Prämien bis zum vollendeten 18. Altersjahr zur Pflicht machen, sondern mit der Kann-Bestimmung auch ermöglichen, dass die Jugendlichen bis zum vollendeten 25. Altersjahr eine niedrigere Prämie bezahlen.

Ich bitte Sie, auch hier der Kommission zuzustimmen, denn es gilt noch etwas zu berücksichtigen: Jemand muss am Schluss ja dann zahlen. Wenn wir also unten, bei den Jungen, sehr stark entlasten, belasten wir dadurch die älteren Jahrgänge stärker, über die Prämien für diese älteren Jahrgänge oder über Bundesbeiträge.

Das Gesetz beruht aber auf dem Konzept der einheitlichen Prämie im Erwachsenenalter und der individuellen Prämienverbilligung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Ich bitte Sie, nicht von diesem Konzept abzuweichen.

**M. Philippona, rapporteur:** Le principe de la fixation des primes, selon la présente loi, est le suivant: chaque assureur doit fixer lui-même les primes nécessaires pour couvrir ses dépenses.

Contrairement à l'assurance-accidents obligatoire, il n'y a pas de tarif des primes commun aux assureurs. Chez un même assureur, les assurés doivent en principe payer la même prime. Seuls des échelonnements régionaux restent permis. Une exception importante est faite pour les moins de 18 ans, exception que la commission a élargie aux moins de 25 ans qui sont en formation. Dans ces cas-là, c'est la concurrence entre assureurs qui déterminera un échelonnement approprié des primes.

Si la commission accepte cette relative uniformité des primes, c'est parce que, en parallèle, à l'article 57, il sera tenu compte des assurés de condition modeste. Ce sont donc les assurés les plus faibles économiquement qui bénéficieront des réductions de primes.

La proposition Zisyadis est certainement très sympathique, mais il faut reconnaître qu'elle a pour conséquence qu'on distribuera des subventions aux enfants de parents fortunés qui ne demandent rien et qui se trouveraient peut-être même gênés de recevoir de telles subventions.

La proposition Leuba est également intéressante en soi, mais part du principe que les jeunes ont moins de moyens financiers que les anciens. C'est peut-être parfois, et même souvent, vrai, mais il ne faut pas en faire une règle.

C'est la raison pour laquelle la commission vous propose une autre solution que celles-ci.

M<sup>me</sup> Drelfuss, conseillère fédérale: La proposition Leuba évoque l'idée que ce qui serait au cœur du projet dont nous discutons est un contrat entre les générations. En fait, ce qui est au cœur de ce projet, c'est un contrat entre malades et bien portants. Il est normal, effectivement, que des personnes âgées soient plus fréquemment malades parce qu'elles s'approchent du terme de leur vie, mais les coûts qu'elles occasionnent par cas de maladie sont les mêmes que les coûts occasionnés par les jeunes atteints par les mêmes maladies. En d'autres termes, une pneumonie à 30 ans ou une pneumonie à 70 ans coûte la même chose à la collectivité, et c'est cette solidarité de ceux qui n'ont pas de pneumonie envers ceux qui sont atteints par cette maladie que nous essayons d'établir. Ne parlons donc pas ici d'un contrat de générations, mais bien d'un contrat de solidarité entre malades et bien portants, d'un contrat de solidarité qui doit tenir pendant toute la vie des personnes assurées dans ce système.

La proposition Leuba modifie fondamentalement le système proposé de la prime unique déterminée par chaque assurance. Ce mécanisme connaît deux correctifs: le premier, je le répète, c'est le système qui permet de réduire les primes et le deuxième, c'est celui qui a déjà été introduit par la voie de l'arrêté fédéral urgent et qui consiste dans la péréquation des risques, ce qui fait que les caisses ne peuvent pas avoir avantage à faire systématiquement la chasse aux bons risques de façon à établir une catégorie particulière de gens tout en excluant d'autres groupes de risques. En acceptant la proposition Leuba, nous entrerions de nouveau dans la logique du système qui veut que chaque catégorie ait son système de primes particulier. Nous brisons cette logique-là et nous penchons pour le système de la prime unique, de la solidarité à l'intérieur d'une caisse, corrigée par la péréquation générale des risques et par le mécanisme de réduction des primes; dans ce sens-là, je vous invite à rejeter la proposition Leuba.

En ce qui concerne la proposition Zisyadis, je vous demande également de la rejeter à cause des arguments qui ont déjà été énoncés.

Il est clair que dans ce système de financement par des primes individuelles le montant des primes non perçues sur les enfants devra être compensé par des subventions des pouvoirs publics ou réparti entre tous les autres assurés. Ce n'est pas la bonne façon de tenir compte du facteur familial, lequel est pris en considération actuellement par le mécanisme de réduction des primes.

Des modifications aussi fondamentales du projet que celles que proposent M. Zisyadis et, dans une moindre mesure, M. Leuba ont des conséquences qui n'ont pas pu être étudiées dans le cadre des travaux préparatoires des commissions et je crois qu'il serait déraisonnable de choisir une modification de système aussi fondamentale sans en avoir apprécié toutes les conséquences.

M. Zisyadis: Effectivement, ce n'est pas de ma faute si les propositions, qui sont pourtant largement portées par toute une série de mouvements familiaux, n'ont pas pu être présentées en commission. C'est le comble lorsque l'on sait qu'il y a toute une série de personnes qui pensent qu'il faut aujourd'hui moins pénaliser la famille dans ce pays.

Il n'empêche que je trouve que ce qui a été dit par les rapporteurs est un travestissement de ma proposition. En effet, vous n'avez pas étudié très sérieusement cette proposition qui est extrêmement concrète. Elle ne remet pas en cause le subventionnement individuel. Elle demande seulement que l'on exonère les enfants jusqu'à 18 ans. Ça permettrait deux choses, encore une fois: ça permettrait de donner un coup de pouce à la famille et ensuite de débureaucratiser le système: et là-dessus vous n'êtes pas entrés en matière.

*Abs. 1, 1bis – Al. 1, 1bis*

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

82 Stimmen

Für den Antrag Leuba

43 Stimmen

*Abs. 2 – Al. 2*

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Al. 3*

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

offensichtliche Mehrheit

Für den Antrag Zisyadis

Minderheit

*Abs. 4 – Al. 4*

*Angenommen – Adopté*

**Art. 54**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1, 2 Einleitung, Bst. a, b*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2 Bst. c (neu)*

*Mehrheit*

Ablehnung des Antrages der Minderheit

*Minderheit*

(Daepf, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf, Philipona)

c. Die Kollektivversicherung kann vom Versicherer angeboten werden, sofern die Mitgliederzahl im Vertrag 10 000 Personen überschreitet und Gewähr dafür besteht, dass keine Entsolidarisierung durch die Errichtung von Altersgrenzen für den Verbleib im Vertrag eintritt. Die Prämien können nur dann tiefer als in der Einzelversicherung angesetzt werden, wenn die Erfahrungszahlen gemäss Rechnungsergebnis dies rechtfertigen. Jeder Kollektivvertrag nimmt einzeln am Risikoausgleich gemäss Artikel 97 teil. Die Bestimmungen von Artikel 59 Absatz 3 gelten sinngemäss.

*Abs. 3*

.... näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen ....

*Antrag Baumberger*

*Abs. 2 Bst. c (neu)*

c. Die Kollektivversicherung kann vom Versicherer angeboten werden, sofern Gewähr dafür besteht, dass keine Entsolidarisierung ....

*Abs. 3*

.... näher. Er legt aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen ....

**Art. 54**

*Proposition de la commission*

*Al. 1, 2 introduction, let. a, b*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2 let. c (nouvelle)*

*Majorité*

Rejeter la proposition de la minorité

*Minorité*

(Daepf, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf, Philipona)

c. une assurance collective peut être offerte par les assureurs si le nombre des assurés dépasse 10 000 personnes et qu'il est garanti que les limitations d'âge fixées pour rester assuré

ne créent pas une désolidarisation. Les primes ne peuvent être plus basses que dans l'assurance individuelle que si les résultats comptables précédents le justifient. Chaque contrat collectif est soumis à la compensation des risques selon l'article 97. Les conditions de l'article 59 alinéa 3 sont applicables par analogie.

#### Al. 3

.... Il fixe notamment, en se fondant sur les besoins de l'assurance, les limites ....

#### Proposition Baumberger

##### Al. 2 let. c (nouvelle)

c. .... par les assureurs s'il est garanti que les limitations ....

#### Al. 3

.... d'assurance. Il fixe sur la base des exigences en matière d'assurance des limites maximales ....

**Präsident:** Frau Segmüller möchte zu Artikel 53 noch nachträglich eine Erklärung abgeben.

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Ich spreche nicht zu den bei Artikel 53 abgelehnten Anträgen, sondern zu dem, was jetzt in Artikel 54 kommt.

Ich bitte Sie, den Artikel 53 diesbezüglich noch einmal genau anzuschauen. Die ganze Logik des Gesetzes liegt in diesem Artikel. Warum? Er bringt die Festsetzung der einheitlichen Prämie. Er enthält auch die Prämiegleichheit zwischen Mann und Frau; er bringt damit das Gegenteil von dem, was mit dem Antrag der Minderheit Daepf bzw. dem Antrag Baumberger zu Artikel 54 gewünscht wird.

Durch diese Bestimmung der einheitlichen Prämie pro Kasse werden nämlich Sonderbestimmungen, Kollektivversicherungen, verunmöglicht.

Das bitte ich, Sie bei der Beratung von Artikel 54 zu bedenken.

Frau **Daepf**, Sprecherin der Minderheit: Die Kollektivversicherung hat bei der Krankenversicherung eine grosse Bedeutung. Sie wird zurzeit von Berufsverbänden, Beamtenorganisationen, grössten Industrieunternehmen und in der Landwirtschaft abgeschlossen. Es ist eine in sich geschlossene Kasse. Den letzten zur Verfügung stehenden Statistiken, die vom Bundesamt für Sozialversicherung herausgegeben wurden, entnehmen wir folgende Zahlen:

Die Leistungen der Krankenversicherung, Einzel- und Kollektivversicherungen, betragen 11 Milliarden Franken, die Leistungen der Kollektivversicherungen 2,5 Milliarden Franken, was einem Prozentsatz der Ausgaben von zirka 23 Prozent gleichkommt. In Kollektivversicherungen sind insgesamt 1,5 Millionen Personen versichert. Sie sehen, die Kollektivversicherung hat nicht nur für die Landwirtschaft eine grosse Bedeutung.

Der einzelne Vertrag muss auch am Risikoausgleich unter den Kassen teilnehmen. Durch die Vorschriften, die heute für die Kollektivversicherung bestehen, führt diese Versicherungsart nicht zu einer Entsolidarisierung. Die Prämien sind in diesen Verträgen aufgrund des besseren Schadenverlaufes, der auf einem zurückhaltenden Konsum beruht, je nach Kanton und Krankenkasse zwischen 10 und 30 Prozent tiefer als bei einer Einzelversicherung. Die Prämieinsparung dürfte allein für Versicherte aus der Landwirtschaft eine Summe von 20 Millionen Franken pro Jahr ausmachen.

Auch nach dem neuen Krankenversicherungsgesetz sollte – trotz vorangehender Artikel, welche soziale Aspekte berücksichtigen – die Möglichkeit bestehen, sinnvolle Kollektivverträge abzuschliessen. Das heisst, es sollten meines Erachtens nur Kollektivverträge gemacht werden, wenn eine genügend grosse Zahl von Mitgliedern vorhanden ist; deshalb die Zahl 10 000. Für den Risikoausgleich unter den Kassen müssen sie, wie selbständige Kassen, sozusagen als Kasse innerhalb einer Kasse gehandhabt werden. Eine sinnvolle Lösung des Problems ist auch im Hinblick auf ein allfälliges Referendum von grosser Bedeutung.

Die Kommissionsminderheit beantragt Ihnen deshalb, Artikel 54 Absatz 2 Buchstabe c aufzunehmen.

Sollten Sie dem Minderheitsantrag nicht zustimmen können, so hoffe ich, dass Sie wenigstens dem Antrag von Kollege Baumberger zustimmen.

**Baumberger:** Bei den «besonderen Versicherungsformen» gemäss Artikel 54 befinden wir uns gewissermassen im Zentrum des Spannungsfeldes zwischen Solidarität einerseits und Kosteneindämmung durch Anreize und Wettbewerb andererseits. Wir müssen uns bewusst sein, welche Solidaritäten wir wollen. Wir wollen – wir haben darüber schon entschieden – die Solidarität zwischen Mann und Frau, zwischen Jung und Alt, zwischen Reich und Arm, zwischen Gesunden und Kranken. Da stehe ich auch dazu. Aber keine wünschbare Solidarität ist jene zwischen denen, die bereit sind, gesundheitsbewusst zu leben und Kosten zu sparen, und den anderen, die mehr konsumieren wollen, und die gibt es auch im Gesundheitssektor. Wenn wir da auch die Solidarität durchführen, schaffen wir eine «Kostenfabrikationsmaschinerie» und nicht das Gegenteil, wie es dieses Gesetz eigentlich anstrebt.

Es ist nach dem Gesagten nicht einzusehen, weshalb die heute weit verbreiteten Kollektivversicherungen nicht auch künftig angeboten werden sollen, wenn die Versicherer – im Sinne des Minderheitsantrages Daepf – nachweisen können, dass der finanzielle Verlauf gegenüber der konventionellen Einzelversicherung funktioniert, und zwar trotz Risikoausgleich, der gemäss Artikel 97 besteht und der auch im Minderheitsantrag ausdrücklich formuliert ist.

Gerade im Kollektivbereich haben – das wissen wir alle aus Erfahrung – Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein gemeinsames Interesse an einer kostengünstigen Lösung. Alle Einschränkungen, welche die Möglichkeiten der Kosteneindämmung vermindern oder gar verbieten, sie ausschliessen wollen, müssen wir vermeiden. Die tatsächlichen, versicherungstechnischen Ergebnisse sollen vielmehr – unter Sicherstellung der Solidarität – über die besonderen Versicherungsformen entscheiden. Genau in der Versicherungstechnik begründet liegt auch die Differenz meines Antrages zu jenem der Minderheit. Der Antrag der Kommissionsminderheit sieht vor, dass die Kollektivversicherung eine Beteiligung am Vertrag von mindestens 10 000 Personen voraussetzt. Es wurde schon gesagt, das sei eine «Lex paysanne». Das wollen wir an sich nicht, sondern wir wollen etwas versicherungstechnisch Richtiges. In der Tendenz ist das sogenannte Gesetz der grossen Zahl in der Versicherung schon richtig. Es braucht eine gewisse Mindestzahl. Aber das sind nicht 10 000. Es ist massgebend, dass auch hier versicherungstechnisch entschieden wird, was richtig ist. Wir dürfen aus versicherungstechnischen Fragen keine politischen Fragen machen. Wir müssen in diesem Rat die Rahmenbedingungen auch für die Kollektivversicherung umschreiben: erstens keine Entsolidarisierung und zweitens versicherungstechnischer Nachweis. Aber der Rest ist eine Frage der Versicherungsmathematik. Sachlich korrekt und auch im Interesse der Kosteneindämmung ist daher der Verzicht auf die von der Minderheit vertretene Mindestzahl von 10 000 Personen: Auch 1000 Personen, auch 5000 Personen können richtig sein. Das muss auf der Ebene der Versicherungstechnik entschieden werden.

Ich empfehle Ihnen somit, dem um meinen Antrag korrigierten Minderheitsantrag zuzustimmen.

Ich habe noch einen Antrag zu Artikel 54 Absatz 3 gestellt, und vielleicht haben die eine oder der andere sich gefragt, wo denn der Unterschied meines Antrages zu jenem der Kommission liege. Ich schlage Ihnen vor, das Wort «insbesondere» zu streichen. Die Höchstgrenzen für Prämienermässigungen und die Mindestgrenzen für Prämienzuschläge wären gemäss meinem Antrag ausschliesslich nach versicherungstechnischen Erfordernissen festzulegen und nicht daneben auch noch nach irgendwelchen anderen politischen Opportunitäten.

Da die Gefahr der Entsolidarisierung – ich habe bereits vorher darauf hingewiesen – über den Risikoausgleich in jenem Umfange, wie wir Solidarität wollen, gebannt ist, müssen wir die verbleibenden finanziell relevanten Verhaltensweisen, also die Anreize, für die Versicherten voll ausschöpfen. Wenn wir eine der absolut zentralen Zielsetzungen der Revision, eben ein finanzierbares Gesundheitswesen, erreichen wollen, dürfen wir

diese besonderen Versicherungsformen nicht einfach nur zu lassen – es heisst ja: «Der Bundesrat kann ...» –, sondern wir müssen die noch möglichen Spielräume, die versicherungstechnisch verbleibenden Spielräume, auch wirklich nutzen. Wir müssen dann eben, unter Weglassung des Wortes «insbesondere», tatsächlich nach Massgabe der versicherungstechnischen Erfordernisse diese Grenzwerte für Prämien und Prämienzuschläge festlegen.

Ich empfehle Ihnen daher, auch diese – auf den ersten Blick geringfügige, aber inhaltlich doch bedeutsame – Aenderung in Artikel 54 Absatz 3 vorzunehmen.

**Allenspach:** Der Minderheitsantrag Daepf, verbessert durch die beiden Anträge Baumberger, erlaubt die kollektive Krankenpflegeversicherung, und zwar insbesondere die kollektive Krankenpflegeversicherung in Organisationen und Betrieben. Diese Anträge gestatten damit auch die Weiterführung von Betriebskrankenkassen und von betrieblichen Sozialwerken, die von den Sozialpartnern getragen werden, allerdings unter klar umschriebenen Voraussetzungen. Voraussetzung ist, dass mit diesen Kollektivversicherungen keine Entsolidarisierung eintreten darf. In der Kollektivversicherung sollen nicht die guten Risiken angesammelt werden und wegen einer günstigeren Risikostruktur günstigere Prämien angeboten werden. Wenn aber eine Kollektivversicherung signifikant weniger Krankheitsfälle hat, weil sie der Gesundheitsvorsorge und der Prävention grosse Aufmerksamkeit schenkt oder weil sie die Kostenkontrolle konsequent durchführt, dann trägt dies alles zur Kosteneindämmung bei und sollte sich dann in niedrigen Prämien niederschlagen. Deshalb sollten wir – im Interesse der Kosteneindämmung – solche Versicherungsarten erlauben.

Gerade in der Versicherung auf Betriebs- und Verbandsebene ist eine persönliche Beratung der Kranken noch möglich. Hier kann auch noch auf die Selbstverantwortung des Versicherten gezählt werden, was in den Grosskrankenkassen mit einer Million oder noch mehr Versicherten völlig ausgeschlossen ist. Der Zusammenschluss der Krankenkassen in einigen wenigen Grossversicherungsgruppen fördert die Anonymisierung, und sie fördert damit die exzessive Inanspruchnahme der Versicherung, weil die Mentalität, für die bezahlten Prämien mindestens einen entsprechenden Gegenwert in Anspruch zu nehmen, zunimmt.

Die Kollektivversicherung, die sich auf betriebliche Gruppen und Verbände beschränkt, schränkt auch diese Konsummentalität ein, bietet also Vorteile für das gesamte Gesundheitswesen, immer – ich unterstreiche es – vorausgesetzt, dass keine Entsolidarisierung eintritt und dass die Kollektivversicherungen ihren Beitrag an den Risikoausgleich leisten.

Unter diesen beiden Voraussetzungen bedeutet die Kollektivversicherung auch keinen Einbruch in das System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Mit der Zustimmung zum Antrag der Minderheit Daepf bzw. zum Antrag Baumberger würde unter klar begrenzten Voraussetzungen die Weiterexistenz von Krankenversicherungen auf Betriebs- und Verbandsebene ermöglicht und meines Erachtens auch ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet.

**Hubacher:** Der Antrag der Minderheit Daepf und der «Zusatzantrag» Baumberger klingen eigentlich verlockend: Aber wenn ich das System richtig verstehe, das die Kommission präsentiert und das bis jetzt mehrheitlich akzeptiert worden ist, sind diese Anträge systemwidrig. Sie gleichen einem «schwarzen Schimmel», indem sie eigentlich Unmögliches verlangen. Herr Allenspach hat wunderschön dargestellt, dass mit den Betriebskrankenkassen keine Entsolidarisierung stattfindet. Entweder entsolidarisiert der Vorstoss, oder es ist bloss ein platonischer Antrag, weil er der bisherigen Strategie entgegenläuft und einen Entsolidarisierungseffekt haben wird. Es sei denn, die Anträge wurden aus opportunistischen Gründen gestellt, weil es viele Betriebskassen gibt, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer interessant sind. Für uns könnte das auch verlockend sein. Aber wir können nicht kurzfristige Vorteile gegen längerfristige Nachteile einlösen.

Ich meine: Wenn wir dem System der Kommission und des Bundesrates konsequent folgen wollen, können wir diese Anträge nicht akzeptieren. Wir haben jetzt erstmalig ein Obligatorium eingeführt. Das ist die grosse nationale kollektive Versicherung. Es ist systemwidrig und stellt vieles in Frage, wenn Sie diese Anträge annehmen.

Ich bitte Sie aus grundsätzlichen Ueberlegungen, den Minderheitsantrag Daepf und den Antrag Baumberger abzulehnen. Es wäre bequemer, diese Anträge zu unterstützen. Wenn wir aber diese Revision gesamthaft betrachtet, systemgerecht im Sinne eines Solidarpaktes durchziehen wollen, müssen wir sie ablehnen.

**Ruckstuhl:** Ich bitte Sie im Namen der CVP-Fraktion, dem Antrag der Minderheit Daepf bzw. dem Antrag Baumberger zuzustimmen. Ich weise Sie noch einmal darauf hin, dass wir in diesem Artikel festhalten: «Jeder Kollektivvertrag nimmt einzeln am Risikoausgleich gemäss Artikel 97 teil.» Es kann sich also nicht – wie Herr Hubacher ausgeführt hat – um einen «schwarzen Schimmel» handeln. Es ist falschverstandene Solidarität, wenn wir diejenigen bestrafen wollen, die kostenbewusstes und kostengünstiges Verhalten an den Tag legen und damit auch die Gesamtkosten zu reduzieren versuchen. Ich bitte Sie aus diesem Grund – mit der CVP-Fraktion –, dem Antrag der Minderheit Daepf bzw. dem Antrag Baumberger zuzustimmen.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Wir sind wieder an einem Scheideweg: Welches System wollen wir?

Ich schicke voraus, dass die Kommission den hier von der Minderheit übernommenen Antrag Daepf aus grundsätzlichen Erwägungen – mit 8 zu 5 Stimmen bei 4 Enthaltungen – abgelehnt hat. In der Krankenversicherung sind Alter und Geschlecht die wichtigsten Risikofaktoren. Daher wollen wir die Solidarität wiederherstellen. Wir lassen eine regionale Abstufung zu, das kommt den Antragstellern entgegen. Es gilt aber zu bedenken: Auch hier muss der Entsolidarisierung entgegengewirkt werden. Auch bei Kollektivverträgen kann nämlich die Solidarität umgangen werden, nicht indem man Ältere entlässt, sondern indem man einfach andere Kollektivversicherungen gründet.

Die Frage stellt sich auch: Was heisst «versicherungsmässige Erfordernisse»? Das heisst doch im Klartext: risikogerecht. Wo bleibt die Gerechtigkeit, wenn man nur für diese Gruppen wieder risikogerechte Prämien fordert? Es ist besonders wichtig, dass auch andere Kriterien berücksichtigt werden können, zum Beispiel die Erhaltung der Solidarität innerhalb der Kasse, wenn es beispielsweise keinen Risikoausgleich mehr gäbe. Daher ist der Antrag Baumberger zu Absatz 3, das Wort «insbesondere» sei zu streichen, abzulehnen. Ist das Wort «insbesondere» gestrichen, bedeutet risikogerechte Prämie eine Entsolidarisierung.

Bei der Zulassung der besonderen Versicherungsformen gilt es generell zu beachten, dass es gewisse Barrieren braucht, um der Tendenz zur Entsolidarisierung, die diesen Versicherungsformen prinzipiell innewohnt, vorzubeugen. Die bundesrätliche Version hierzu ist klar. Der Ständerat hat sie noch verdeutlicht, indem er den Risikoausgleich explizit erwähnt. Wenn man nun das Wort «insbesondere» wieder streicht, sind wir wieder bei den risikogerechten Prämien.

Sie müssen sich darüber im klaren sein: Mit der Zustimmung zu den Hauptanliegen des Minderheitsantrages Daepf und des Antrages Baumberger versetzen Sie dem ganzen System, das diesem Gesetz zugrunde liegt, einen entscheidenden Schlag, und mit der Zustimmung zum Antrag Baumberger schreiben Sie einen ewigen Risikoausgleich fest.

Im übrigen muss man sich die Frage stellen, welche Bedeutung das Beibehalten der Kollektivversicherungen bezüglich der Freizügigkeit hat, die dieses Gesetz gewähren soll. Meinen Sie dann die Freizügigkeit auch für die Kollektivversicherungen? Dann werden diese doch gewiss ad absurdum geführt! Oder gestatten Sie auch hier den prinzipiellen Einbruch in die volle Freizügigkeit?

Ich bitte Sie, das zu bedenken und im übrigen den Minderheitsantrag Daepf und den Antrag Baumberger abzulehnen.

M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale: Je vous recommande de rejeter à la fois la proposition Baumberger, à laquelle se rallie la minorité Daepf, et la proposition qui concerne l'alinéa 3.

C'est effectivement un changement fondamental de système qui est proposé ici par rapport au projet de révision, dans la mesure où l'on pourrait créer, à l'intérieur des caisses, des caisses dans la caisse qui ne devraient pas répondre aux conditions générales, à savoir le libre accès – toutes les caisses doivent être ouvertes à tous ceux qui désirent s'y affilier. Cela repose, dans les propositions et dans les arguments que nous avons entendus, sur l'hypothèse que, dans ce cas, c'est par le mécanisme de la compensation des risques que l'on éviterait la désolidarisation. J'aimerais cependant vous rappeler que certains des partisans de cette formulation sont contre la péréquation des risques, dont nous aurons à débattre un peu plus tard, et qu'ils ne mettent pas de barrage à cette désolidarisation manifeste sur laquelle reposent les assurances collectives. C'est effectivement une incohérence, à mon avis, que de demander un système sans créer les nouvelles conditions solides qui seraient nécessaires pour éviter d'instaurer de nouvelles catégories de risques et des catégories en général plus favorables puisqu'il s'agit essentiellement de personnes ayant une activité professionnelle, capables de travailler, et donc dans un état de santé favorable.

La deuxième remarque que je pourrais faire est peut-être une remarque de détail, mais elle est importante pour la discussion. Il ne faut pas considérer l'assurance collective comme une forme particulière d'assurance et c'est ce que l'on fait lorsque l'on essaie de réintroduire l'assurance collective à l'article 54 alinéa 2 lettre c. En effet, la forme particulière d'assurance est une forme qui permet des primes plus basses parce que l'assuré s'engage librement à restreindre son choix quant aux fournisseurs de soins ou à prendre à sa charge une part des frais plus élevée que la participation ordinaire. Ce n'est pas le cas de l'assurance collective, qui est une forme d'assurance qui fournit exactement les mêmes prestations qu'une autre assurance, tout simplement pour une catégorie de risques particuliers, pour une catégorie d'assurés fermée, sélectionnée selon un critère spécifique et donc, de ce fait, pas accessible aux autres.

En ce qui concerne la proposition Baumberger à l'alinéa 3 de l'article 54, j'aimerais également vous inviter à la repousser.

Quant à la proposition telle qu'elle a été adoptée par votre commission, qui deviendrait plus rigoureuse encore selon la proposition Baumberger, j'aimerais dire d'emblée ici qu'elle ne peut pas non plus satisfaire le Conseil fédéral. Je tiens à dire très clairement qu'il n'est pas possible dans ce système de tenir compte des besoins de l'assurance si l'expression «en se fondant sur les besoins de l'assurance» signifie tenir compte de la catégorie particulière d'assurés, de la constellation particulière de risques que présentent les assurés de telle ou telle assurance. L'expression qui a été choisie par votre commission, «les besoins de l'assurance», dans la mesure où elle pourrait permettre de soupçonner qu'il s'agit d'une désolidarisation basée sur le risque, ne pourrait en aucun cas être acceptée telle quelle ou interprétée dans ce sens-là.

C'est la raison pour laquelle je regrette en fait le choix de votre commission. J'espère que le Conseil des Etats maintiendra ici sa proposition initiale.

J'attire par ailleurs votre attention, et c'est la dernière chose que je tiens à dire, sur le fait que les versions de l'alinéa 3 en langue allemande et en langue française de la proposition de la commission n'ont pas tout à fait le même sens puisque l'expression «insbesondere» en allemand porte sur le critère «en se fondant sur les besoins de l'assurance», alors qu'en français il porte sur la possibilité de fixer des limites maximales. Il y a donc une incohérence entre les deux textes.

*Abs. 1, 2 Einleitung, Bst. a, b – Al. 1, 2 introduction, let. a, b*  
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2 Bst. c – Al. 2 let. c*

**Präsident:** Die Minderheit zieht ihren Antrag zugunsten des Antrages Baumberger zurück.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit  
Für den Antrag Baumberger

94 Stimmen  
46 Stimmen

#### *Abs. 3 – Al. 3*

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission  
Für den Antrag Baumberger

offensichtliche Mehrheit  
Minderheit

#### **Art. 55**

##### *Antrag der Kommission*

##### *Abs. 1*

.... der Krankenversicherung, hat ihnen der Versicherer dafür eine angemessene Entschädigung auszurichten.

##### *Abs. 2*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### **Art. 55**

##### *Proposition de la commission*

##### *Al. 1*

.... de l'assurance-maladie, l'assureur les indemnise de façon appropriée.

##### *Al. 2*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### *Angenommen – Adopté*

#### **Art. 56**

##### *Antrag der Kommission*

##### *Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### *Abs. 2*

##### *Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### *Minderheit*

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Pidoux)

....

a. einem festen Jahresbetrag von mindestens 500 Franken (Franchise); und

....

##### *Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### *Abs. 4*

Für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder ....

##### *Abs. 5–7*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### *Antrag Zisyadis*

##### *Abs. 1*

.... erbrachten Leistungen, ausgenommen sind die Kosten für Spitalaufenthalt.

##### *Abs. 5*

Streichen

#### *Antrag Narbel*

##### *Abs. 2*

....

a. einem festen Jahresbetrag (Franchise) von 200 bis 2000 Franken. Der Bundesrat bestimmt diese Franchise aufgrund des steuerbaren Einkommens (Art. 58 Abs. 3) und aufgrund der Familienlasten.

....

#### *Antrag Spielmann*

##### *Abs. 3*

.... die Franchise gemäss Finanzkraft der Versicherten und setzt ....



**Art. 56***Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2**Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Minorité*

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Pidoux)

....

a. un montant fixe par année d'au moins 500 francs (française); et

....

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 4*

Pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants ....

*Al. 5-7*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Zisyadis**Al. 1*

.... prestations dont ils bénéficient, excepté celles en cas d'hospitalisation.

*Al. 5*

Biffer

*Proposition Narbel**Al. 2*

....

a. une franchise annuelle variant de 200 à 2000 francs. Cette franchise est déterminée par le Conseil fédéral en fonction du revenu imposable (art. 58 al. 3) et des charges de famille.

....

*Proposition Spielmann**Al. 3*

.... le montant de la franchise en fonction de la capacité financière de l'assuré et le montant ....

**Rychen, Sprecher der Minderheit:** Die Minderheit Rychen beantragt Ihnen, einen festen Jahresbetrag von mindestens 500 Franken festzulegen, den die Versicherten selber zu bezahlen haben. Wir sind der Auffassung, dass wir eine vermehrte Selbst- und Eigenverantwortung im Gesetz festschreiben müssen.

Es ist zumutbar, dass ein fester Betrag von mindestens 500 Franken pro Jahr festgelegt wird. Wir lassen die Entgegung nicht gelten, dass der Bundesrat die Höhe des Jahresbetrags dann festlegen könne. Wir sind der Meinung, dass die Gesetzgeber hier eine Limite setzen müssen: mindestens 500 Franken. Es ist ein Beitrag zum Kostenbewusstsein. Das ist dringend nötig, denn die übrigen Massnahmen im Gesetz reichen nicht aus; es ist nicht nur die Politik, es sind nicht nur der Kanton oder der Bund, die hier die Kostensenkung betreiben können, sondern es müssen alle mittragen. Dies ist um so mehr verantwortbar, als wir ja zustimmen, dass die Leute mit geringerem Einkommen einen Prämienzustupf bekommen, das heisst eine Subvention für die Prämien, die sie bezahlen müssen.

In diesem Sinne bitte ich Sie dringend, diesem Postulat zugunsten der vermehrten Eigenverantwortung beim Konsum medizinischer Güter zuzustimmen und ein markantes Zeichen in dem Sinne zu setzen, dass wir uns als Patientinnen und Patienten vermehrt bewusst werden müssen, wann und in welchen Fällen wir zum Arzt gehen – und uns bewusst sein müssen, dass das auch etwas kostet.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Minderheit Rychen zuzustimmen.

**M. Zisyadis:** Je voudrais intervenir pour soutenir mes propositions à l'article 56 alinéas premier et 5 en même temps, ça nous évitera d'y revenir une deuxième fois. Ça concerne bien évidemment la question de la taxe hospitalière et des 10 pour cent de participation aux frais hospitaliers.

En 1990, il a été dépensé environ 24 milliards de francs pour la santé. De ces 24 milliards de francs, 12 milliards de francs ont été financés par les assurés avec les primes et les participations aux coûts. Les pouvoirs publics ont contribué pour 10 milliards de francs environ. Ce système est antisocial parce que seul 40 pour cent de la participation publique est apporté selon des critères sociaux, notamment par les impôts. Les primes d'assurance sont des taxes par tête et la forte participation des patients aux coûts est très éloignée de toute considération sociale.

Jusqu'ici, la participation était encore limitée, notamment à la franchise et aux coûts de la médecine ambulatoire. Vous proposez maintenant de faire entrer deux éléments supplémentaires à la charge de l'assuré, sans aucune considération sociale: la taxe hospitalière et la participation aux frais hospitaliers. Cette année, c'est déjà 130 millions de francs qui ont été pris dans la poche des assurés par cette fameuse taxe hospitalière. Le transfert, environ 1 milliard de francs, sera fait par le biais de la participation aux frais hospitaliers. Et vous appelez ça la marche vers la solidarité «assistantielle»! Alors oui, nous allons effectivement, Madame Segmüller, comme vous l'avez dit tout à l'heure, vers un peuple d'assistés puisqu'on s'est permis de l'évoquer tout à l'heure. Nous sommes en train d'élargir l'assiette des taxes et participations en les éloignant encore plus d'un système qui introduirait une correction en fonction des capacités financières de chacun. La taxe hospitalière a été votée dans le cadre d'un multipack. Prendre appui sur ce vote pour écarter la très forte opposition à cette mesure antipopulaire, dont le montant sera fixé demain par le seul Conseil fédéral, est un hold-up du vote de la population.

Je vous invite à voter ces deux amendements, mais je ne peux tout de même pas ne pas me poser un certain nombre de questions. Et je les poserai aux promoteurs de l'initiative socialiste et syndicale. Je me demande, dans tout ce débat que nous avons, ce que vous cherchez exactement, amendement après amendement. Est-ce que c'est de rendre la loi la plus mauvaise possible, pour que les meilleures conditions pour l'acceptation de votre initiative soient réunies? Ou bien, vous battez-vous sérieusement pour qu'elle devienne un petit peu plus sociale et plus solidaire? A cette question, j'attends des réponses et je me demande où nous allons.

**M. Narbel:** Le projet du Conseil fédéral fixe, en effet, le principe d'une franchise. La minorité Rychen vous propose un montant unique pour cette franchise. Par notre proposition, nous souhaitons rendre variable le montant de la franchise en tenant compte du revenu imposable et des charges de famille.

Ainsi, nous avons le sentiment que l'effort demandé aux assurés pourrait être adapté aux moyens de chacun. Si nous acceptons le montant de 500 francs, nous estimons que ce montant est élevé pour un père de famille ayant plusieurs enfants et un revenu faible. Par contre, ce montant est dérisoire pour un célibataire disposant de grandes ressources. Face à l'évolution des coûts de la guérison, il est indispensable de rendre chaque assuré conscient des frais qu'il engendre. La franchise variable permet de demander un effort analogue pour chacun. Nous sommes certains que cette prise de conscience des frais sera un frein à la progression des coûts de la santé. L'échelonnement de la franchise correspond donc à une vraie politique sociale.

Lors du débat d'entrée en matière, le président du groupe libéral, M. Leuba, vous a fait part de l'inquiétude de notre groupe face aux conséquences financières de la loi que nous examinons. Dans la situation actuelle des finances fédérales, charger la Confédération et les cantons d'une dépense supplémentaire de 700 millions de francs correspond à la mise en oeuvre d'un troisième ou d'un quatrième programme de mesures d'assainissement. Une franchise importante pourrait limiter la croissance des subventions par deux effets: premièrement par la prise en charge des frais correspondant à l'ensem-

ble des franchises, mais, deuxièmement, par la suppression d'un certain nombre de cas bagatelles dans lesquels l'assuré réglerait directement honoraires et médicaments, sans mettre en oeuvre sa caisse-maladie. Il en résulterait également une économie dans les frais administratifs des assurances-maladie.

Evoquons encore un aspect de notre proposition: celui de lier la franchise aux charges de famille. L'instauration de la prime unique aura pour effet certain l'augmentation des primes des jeunes assurés. Le canton de Vaud l'a expérimenté l'an dernier. En adaptant la franchise en fonction des charges de famille, on pourrait atténuer quelque peu les conséquences défavorables de l'instauration de la prime unique.

Notre proposition s'inspire du principe suivant: couvrir les frais insupportables pour un assuré. Nous sommes persuadés que c'est la seule direction dans laquelle nous pouvons nous diriger sans provoquer des catastrophes financières.

Aussi, nous vous demandons d'appuyer notre proposition.

**M. Spielmann:** Les différentes propositions qui sont faites depuis le début de cet examen de la loi fédérale sur l'assurance-maladie vont dans une direction que nous avons déjà dénoncée dans le débat d'entrée en matière – nous avons fait à leur sujet une série de contre-propositions au fur et à mesure de l'avancement des travaux et du débat. Les propositions tendent, par de multiples moyens, à faire supporter une partie toujours plus importante des frais de santé et d'hospitalisation par les personnes elles-mêmes, plutôt que par les assurances. Dans le cas particulier, il s'agit de la quote-part du montant maximum et de la franchise. Il s'agit bien sûr d'un élément extrêmement important qui sera mis à la charge des assurés. Nous considérons qu'il n'est pas possible, dans un domaine comme celui de l'assurance-maladie, dans un domaine aussi important touchant la prévoyance sociale, de faire payer et de faire supporter des frais fixes à tous les citoyens quelle que soit leur capacité contributive et qu'il n'est pas possible d'augmenter la charge de chaque individu sans tenir compte précisément de la capacité contributive de chacun d'entre eux et de la capacité contributive des familles.

On s'est exprimé tout à l'heure en ce qui concerne les enfants. J'ai été surpris de voir le peu de réaction de la part de ceux qui, habituellement, dans ce Parlement, défendent la famille. Dans le cas particulier, ils sont restés non seulement muets, mais ils ont défendu des propositions qui pénalisent la famille et les enfants.

Dans l'amendement présent, il ne s'agit pas de s'opposer à l'augmentation de la franchise, puisque vous l'avez décidée, ainsi qu'à l'augmentation du montant maximum de la quote-part, mais simplement de tenir compte, dans ce calcul, de la capacité contributive de chacun et de ne pas faire payer le même montant à celui qui a tout juste le minimum pour vivre et à celui qui a les moyens. Il s'agit donc d'introduire un paramètre, par voie d'ordonnance, qui serait la capacité financière des différents assurés. Ça me semble une mesure tout à fait normale et légitime qui pourrait, en quelque sorte, alléger un tout petit peu les transferts de charges que vous opérez article après article.

En rejetant de telles propositions, il est clair que l'ensemble de la loi deviendra de plus en plus difficilement acceptable. Il s'agira bien sûr de voir quels moyens, en fonction des décisions qui seront prises ici, on prendra pour essayer de donner la parole au peuple, afin de rejeter ces dispositions anti-sociales.

**Sieber:** Der Minderheitsantrag Rychen will die Patienten stärker zur Kasse bitten. Er widersetzt sich der Mehrheit, welche die Höhe der Franchise auf dem Verordnungsweg regeln will. Man mag dem Minderheitsantrag zugute halten, dass er erstens Patienten mit Bagatellfällen vom Arztbesuch abhält und zweitens die Ausgaben der Krankenkassen verringert. Doch in einer sozialen Krankenversicherung sind 500 Franken problematisch. Ein Arbeiter müsste drei Tage arbeiten. Ein Rentner müsste vielleicht eine ganze Wochenrente nur für die Bezahlung des festen Jahresbeitrages darangeben.

So frage ich mich, ob der Minderheitsantrag nicht auch in poli-

tischer Hinsicht querliegt; denn wer am Kopfprämiensystem festhält und zudem hohe Eintrittspreise für den Zugang zur medizinischen Behandlung verlangt, muss sich über eine Verunsicherung und möglicherweise dann auch über ein «Bachgehen» der Vorlage nicht wundern.

**Schmid Peter:** Es scheint mir, dass es eigentlich richtig gewesen wäre, wenn man zu dieser recht wichtigen Sache noch ausführlicher zu Wort gekommen wäre. Nur soviel:

Mir kommt bei diesen Einzelanträgen und auch beim Minderheitsantrag Rychen das Gesetz der ungewollten Nebenwirkungen in der Erziehung in den Sinn. Es besagt, dass bei unserem Handeln immer noch etwas anderes herauskommt als das, was wir eigentlich wollen. Ich meine: Mit der hohen Franchise sollen die Versicherungsnehmer dahin gehend erzogen werden, dass sie vom medizinischen Angebot nur massvoll und wenn absolut nötig Gebrauch machen; das kann ein möglicher Effekt sein. Es stellt sich dann bloss die Frage, ob dies nicht auch dazu führen kann, dass Patienten unnötig lange mit einer Arztkonsultation zuwarten, bis sich ein Leiden derart verschlimmert, dass ein ärztlicher Eingriff viel aufwendiger ist und die anschliessende Genesung unverhältnismässig lange dauert. Es ist aber auch eine andere Reaktion denkbar: Wenn der Patient zu den ohnehin hohen Prämien noch eine zusätzliche finanzielle Eigenleistung erbringen muss, ist vielleicht die Versuchung gross, sich für das gute Geld eine mehr als angemessene Gegenleistung zu verschaffen.

Ich glaube also kaum, dass sich damit sinnvolle Sparmöglichkeiten ergeben, es sei denn, man rechne damit, dass der Patient stirbt, bevor er zum Arzt geht.

Stimmen Sie also der massvollen Lösung zu, und lehnen Sie den Minderheitsantrag Rychen und alle übrigen gutgemeinten, aber nicht sonderlich praktikablen Vorschläge, wie sie in den Einzelanträgen zum Ausdruck kommen, ab!

**Präsident:** Die SD/Lega-Fraktion teilt mit, dass sie dem Antrag der Mehrheit zustimmt.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Ich hoffe, Sie haben trotz der vielen Anträge zu diesem Artikel die Uebersicht gewahrt. Ich will versuchen, das Ganze etwas zu ordnen.

Zuerst eine Vorbemerkung: Seien wir uns bewusst, dass bei den Artikeln 57 und 58 mit der Prämienverbilligung auf die individuellen Verhältnisse der Prämienzahler Rücksicht genommen wird.

Hier geht es jetzt um die Kostenbeteiligung, die sich aus der Franchise und dem Selbstbehalt zusammensetzt. Plafoniert ist beides; zusammen beträgt heute die ganze Kostenbeteiligung also 500 Franken. Alles, was wir darunter aufteilen, kann also den Betrag von 500 Franken nicht überschreiten. Das möchte ich zum voraus einmal festgelegt haben.

Dazu kommt, dass wir familienpolitische Sicherungen eingebaut haben. Wir haben diese an sich schon heute. Aber der Bundesrat schlägt Ihnen für Kinder die Hälfte der Franchise und die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes vor. Der Ständerat will die Kinder bis zum 6. Altersjahr ganz von der Franchise befreien und dann die Hälfte des Höchstbetrages vorsehen. Die Kommission hat eine andere Lösung gefunden: keine Franchise für Kinder und dafür die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes.

Zu den Anträgen, vorweg zum Minderheitsantrag Rychen (Franchise bei 500 Franken). Ein solcher Antrag wurde in der Kommission abgelehnt. Die Mehrheit der Kommission – 11 zu 6 Stimmen bei 4 Enthaltungen – will also die Kompetenz zur Festsetzung der Höhe der Franchise beim Bundesrat belassen.

Zu den Anträgen Narbel und Spielmann, die die Franchise nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, d. h. nach dem Einkommen, staffeln möchten. Auch solche Anträge haben in der Kommission vorgelegen. Sie wurden mit 12 zu 4 Stimmen abgelehnt.

Der Antrag Zisvardis schliesslich möchte bei Absatz 5 die Kostenbeteiligung der Versicherten bei Spitalaufenthalt ganz streichen – dies in Missachtung des Resultates der Volksabstimmung vom 26. September 1993.

Ich möchte noch etwas Grundsätzliches zur Kostenbeteiligung bei Spitalaufenthalt sagen: Es ist Ihnen doch bewusst, dass heute ungleich lange Spiesse bestehen, je nach dem, ob ein Patient, der ins Spital muss, sich ambulant behandeln lassen kann oder ob er einige Tage bleiben muss. Im einen Fall wird er mit finanziellen «Folgen» bestraft, im anderen Fall kann er sich gratis behandeln lassen. Das war so lange weniger problematisch, als klar war, was unbedingt im Spital behandelt werden musste und was ambulant behandelt werden konnte. Es ist durch die neuere, an sich positive Entwicklung problematischer geworden, die dahin geht, dass Sie immer öfter die Wahl haben, ob Sie für eine Behandlung ins Spital gehen oder ob Sie sich ambulant oder teilstationär behandeln lassen wollen. Da erscheint es nun eben als unlogisch, dass die Finanzen entscheiden sollen in dem Sinn, dass ein Sog zu den an sich kostenintensiven Spitalaufenthalten entsteht. Was wir wollen, sind gleich lange Spiesse, damit der Entscheid für die Behandlung rein nach medizinischen Kriterien erfolgt. Darüber ist man sich eigentlich in allen Fachkreisen einig. Das ist deshalb auch absolut richtig, weil der Patient nicht bestraft wird; denn der Plafond der gesamten Kostenbeteiligung für alle Leistungen, die er beansprucht, ist ja durch die 500 Franken gegeben, also durch den Betrag, dessen Festsetzung in der Kompetenz des Bundesrates liegt. Was die Beteiligung an den Spitalkosten betrifft, kann ja der Bundesrat laut Gesetzentwurf abstimmen. Ich bitte Sie also, in allen Fällen der Kommissionsmehrheit zuzustimmen und sämtliche Anträge inklusive den Minderheitsantrag Rychen abzulehnen.

**M. Phillipona**, rapporteur: Tout d'abord, la commission vous propose un alinéa 4 qui a pour but de supprimer la franchise pour les enfants de moins de dix-huit ans et de réduire leur quote-part de moitié.

En ce qui concerne la franchise, la majorité de la commission est d'avis qu'il ne faut pas inscrire dans la loi le montant de la franchise. D'une part, celui-ci est très difficile à fixer et, d'autre part, il doit pouvoir évoluer plus rapidement que la loi. Si cette loi devait durer aussi longtemps que l'actuelle loi en vigueur depuis 1911, vous voyez que les montants que nous fixons aujourd'hui n'auraient à la fin plus beaucoup de signification. Nous préférons donc laisser au Conseil fédéral le soin de fixer ce montant.

La majorité de la commission vous propose de repousser la proposition de minorité Rychen.

Quant à la proposition Narbel relative à une fourchette variant de 200 francs à 2000 francs, l'idée est évidemment très sympathique. Elle est même bonne en soi, mais elle change tout le concept, tout le principe du financement tel qu'il a été établi tout au long de cette loi. D'autre part, on aurait inévitablement quelques complications administratives, la relation entre les caisses et les services des contributions n'allant pas de soi, c'est aussi quelque chose qui serait relativement difficile à régler.

La proposition Spielmann va dans le même sens et poserait les mêmes problèmes administratifs.

Quant à la proposition Zisyadis à l'alinéa 5, concernant la contribution en cas d'hospitalisation, il est bien entendu que la majorité de la commission vous propose de la repousser. M. Zisyadis a tenu à peu près les mêmes propos, alors que nous examinions les arrêtés fédéraux urgents. Il nous avait dit alors: «Vous verrez, nous lancerons un référendum et le peuple dira déjà sa réponse.» Eh bien, il a donné sa réponse! Et grâce à ça vous avez donné une assise populaire à une telle taxe d'hospitalisation.

**M<sup>me</sup> Drefuss**, conseillère fédérale: On peut considérer la participation aux coûts sous des angles différents.

Sous l'angle du financement du système, tout simplement, il s'agit d'une atténuation de la solidarité entre bien portants et malades puisque l'on met à la charge des malades une part supplémentaire de coûts qui se traduit d'ailleurs, dans le système qui vous est proposé, par une charge moins lourde par rapport à ce qu'ils paient par leurs primes, c'est-à-dire en tant qu'assurés. Mais il est clair que si l'on atténue dans ce sens-là

ce qui est la base même de l'idée de l'assurance-maladie, c'est-à-dire la solidarité entre bien portants et malades, il faut que le montant reste tout à fait modéré. Le montant proposé par M. Rychen qui contribuerait à plus que tripler les chiffres actuels n'est pas raisonnable et pourrait rendre prohibitif l'accès aux soins et aux médecins pour toute une série de catégories professionnelles, sociales, de ce pays. Si l'on s'en tient à l'aspect uniquement financier de la participation aux coûts, la proposition qui vous est faite de la régler par ordonnance, sur la base de l'expérience actuelle qui la fixe à 500 francs par année, est largement suffisante et la proposition Rychen va au-delà du but raisonnable fixé.

La deuxième façon de considérer la participation aux coûts, c'est effectivement l'incitation qu'elle peut avoir sur le comportement de l'assuré, la fameuse discussion «comment éviter les cas bagatelles». Si l'on veut vraiment viser cet objectif d'orientation ou d'incitation, il faut alors impérativement moduler la participation aux coûts en fonction de la capacité financière des patients, car les montants dont on parle actuellement n'ont pas d'effet incitatif pour les hauts revenus – cela représente également une bagatelle pour eux que de devoir payer les montants qui sont prévus actuellement –, alors que le caractère prohibitif que j'ai déjà évoqué tout à l'heure joue à plein pour les bas revenus. Si l'on veut modifier le comportement des patients, il faut alors tenir compte de leur situation économique, ce qui n'est pas le cas avec le projet actuel, mais ce le serait effectivement avec les propositions Narbel et Spielmann qui vous ont été soumises.

En ce qui concerne ces propositions, elles ont effectivement été rejetées chaque fois que l'on en a examiné les formes d'application pratique en fonction de la complication administrative. La proposition Narbel aurait aussi pour conséquence d'augmenter la charge sur les catégories moyennes de revenus par rapport à la situation actuelle, ce qui serait un effet peu souhaité. Je crois que, dans notre système de prime unique, la modulation en fonction du revenu est trop lourde à mettre en place administrativement pour qu'elle puisse être retenue.

La troisième façon de considérer la participation aux coûts est bien sûr la question de savoir si l'on met sur pied d'égalité les différents traitements possibles. Accorder aujourd'hui un traitement privilégié aux séjours hospitaliers par rapport aux soins ambulatoires ou semi-hospitaliers ne se justifie plus. Au contraire, les traitements ambulatoires et semi-hospitaliers, de par leur caractère plus humain et plus économique, dont nous avons eu l'occasion de parler hier, ne méritent pas d'être pénalisés par rapport à l'hospitalisation, ce qui serait le cas si seule l'hospitalisation était sortie de la participation aux coûts. Pour toutes ces raisons, je vous invite à vous en tenir à la proposition de la majorité de la commission, telle qu'elle vous est soumise.

*Abs. 1 – Al. 1*

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Zisyadis	Minderheit

*Abs. 2, 3 – Al. 2, 3*

*Erste Eventualabstimmung – Premier vote préliminaire*

Für den Antrag Narbel	84 Stimmen
Für den Antrag Spielmann	36 Stimmen

*Zweite Eventualabstimmung – Deuxième vote préliminaire*

Für den Antrag Narbel	68 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	61 Stimmen

*Definitiv – Définitivement*

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

*Abs. 4, 6, 7 – Al. 4, 6, 7*

*Angenommen – Adopté*

Abs. 5 – Al. 5

**Präsident:** Die Abstimmung über den Antrag Zisyadis zu Absatz 5 entfällt gemäss Entscheid bei Absatz 1.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission  
Adopté selon la proposition de la commission*

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

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

91.071

## Krankenversicherung. Revision Assurance-maladie. Révision

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1852 hiervoor – Voir page 1852 ci-devant

### 4. Abschnitt Titel

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Section 4 titre

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

#### Art. 57

Antrag der Kommission

Mehrheit

Titel

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 1

Die Kantone gewähren den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen.

Abs. 2

Diese sind so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 58 grundsätzlich voll ausbezahlt werden.

Abs. 3

Die Kantone dürfen die Versicherer nur mit deren Zustimmung zu einer über Artikel 74 Absatz 3 hinausgehenden Mitwirkung heranziehen.

Abs. 3bis, 4, 5

Streichen

#### Minderheit

(Jöri, Brunner Christiane, de Dardel, Gonseth, Gysin, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Sieber)

Titel, Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

.... werden müssen. Der Kanton kann eine Einkommensgrenze festlegen, bei deren Ueberschreitung keine Prämienverbilligung mehr gewährt wird.

Abs. 2bis (neu)

Der Kanton kann bei der Festlegung der Beiträge an die Versicherten folgende Einschränkungen vorsehen:

- als anrechenbare Prämie gilt die kantonale Durchschnittsprämie für Erwachsene oder für Kinder;
- Personen in Ausbildung, für deren Unterhalt die Eltern sorgen, werden mit ihren Prämien und ihrem Einkommen dem Haushalt der Eltern zugerechnet.

Abs. 3, 3bis, 4, 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Bircher Peter

Titel

Beiträge des Bundes

Abs. 1

Der Bund gewährt an die Versicherer Beiträge für ihre Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Schwangerschaft und Geburt (Art. 23) und für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr.

Abs. 2

Weiter leistet der Bund Beiträge an die Versicherer an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Versicherte ab 70. Altersjahr.

Abs. 3

Die Versicherer haben die Beiträge des Bundes bei der Prämienfestlegung (Art. 53) vollumfänglich zu berücksichtigen.

Abs. 4

Die jährlichen Beiträge des Bundes werden unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Finanzlage des Bundes durch einfachen Bundesbeschluss für jeweils vier Jahre festgesetzt.

Antrag Hildbrand

Abs. 1

.... überschüssenden Betrag, der aufgrund der preislich günstigeren Prämie berechnet wird, die am Wohnsitz des Versicherten angeboten wird. Zuständig ....

Antrag Zisyadis

Abs. 6 (neu)

Die Kantone informieren die Anspruchsberechtigten automatisch über die Beiträge zur Prämienverbilligung.

### Art. 57

Proposition de la commission

Majorité

Titre

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 1

Les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste.

Al. 2

Les réductions sont fixées de telle manière que les subsides annuels de la Confédération et des cantons selon l'article 58 soient en principe versés intégralement.

Al. 3

Les cantons ne peuvent obliger sans leur accord les assureurs à collaborer avec eux en dehors de ce qui est prévu à l'article 74 alinéa 3.

Al. 3bis, 4, 5

Biffer

### Minorité

(Jöri, Brunner Christiane, de Dardel, Gonseth, Gysin, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Sieber) 9

Titre, al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

.... aux assurés. Le canton peut fixer une limite de revenu au-delà de laquelle aucune réduction de prime ne sera accordée.

Al. 2bis (nouveau)

Pour la fixation des subsides aux assurés, le canton peut prévoir les limitations suivantes:

- la prime prise en compte est la prime moyenne cantonale pour les adultes ou pour les enfants;
- les personnes qui poursuivent une formation et dont les parents assurent l'entretien seront considérées, en ce qui concerne les primes et le revenu, comme faisant partie du ménage des parents.

Al. 3, 3bis, 4, 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Bircher Peter**Titre*

Subsides de la Confédération

*Al. 1*

La Confédération accorde à l'assureur des subsides pour les prestations fournies dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins pour la grossesse et l'accouchement (art. 23) et pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus.

*Al. 2*

La Confédération verse en outre à l'assureur une participation aux coûts de l'assurance obligatoire des soins pour les assurés de plus de 70 ans.

*Al. 3*

L'assureur prend pleinement en compte les subsides de la Confédération dans le calcul du montant des primes (art. 53).

*Al. 4*

Les subsides annuels fédéraux sont fixés pour des périodes de quatre ans, compte tenu de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins et de la situation financière de la Confédération.

*Proposition Hildbrand**Al. 1*

.... l'excédent qui est calculé sur la base des primes les plus favorables proposées au domicile de l'assuré. Est compétent ....

*Proposition Zisyadis**Al. 6 (nouveau)*

Les cantons sont tenus d'informer automatiquement les ayants droit aux subsides de réduction des primes.

**Art. 58***Antrag der Kommission**Titel, Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2**Mehrheit*

.... in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch einen einfachen Bundesbeschluss ....

*Minderheit*

(Rychen, Daepf, Eymann Christoph, Keller Rudolf, Philipona, Pidoux)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 3*

.... Finanzkraft fest. Er kann auch die Gesundheitskosten der einzelnen Kantone berücksichtigen.

*Abs. 4, 5*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag Bircher Peter**Titel*

Prämienverbilligung durch die Kantone

*Wortlaut*

Die Kantone können zusätzlich individuelle Prämienverbilligungen zugunsten der Versicherten erbringen. Sie können auch vermehrt Abzugsmöglichkeiten für die Krankheitskosten in der kantonalen Steuergesetzgebung vorsehen.

*Antrag Spielmann**Abs. 2*

.... für jeweils vier Jahre festgesetzt. Der Totalbetrag der jährlichen öffentlichen Beiträge muss mindestens 40 Prozent der jährlichen Gesamtausgaben für medizinisch-pharmazeutische Leistungen decken.

*Antrag Raggenbass**Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 4*

.... zu erhöhen haben. Der Gesamtbeitrag, den die Kantone zu leisten haben, muss der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen.

**Art. 58***Proposition de la commission**Titre, al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2**Majorité*

.... l'assurance obligatoire des soins. (Biffer le reste de l'alinéa)

*Minorité*

(Rychen, Daepf, Eymann Christoph, Keller Rudolf, Philipona, Pidoux)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 3*

.... sa capacité financière. Il peut aussi prendre en considération les frais de santé de chaque canton.

*Al. 4, 5*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Bircher Peter**Titre*

Réduction des primes par les cantons

*Texte*

Les cantons peuvent fixer des réductions individuelles supplémentaires des primes en faveur des assurés. Ils peuvent également prévoir des possibilités de déduction des frais de maladie dans le droit fiscal cantonal.

*Proposition Spielmann**Al. 2*

.... de la Confédération. Le montant total des subsides publics annuels devra couvrir au minimum 40 pour cent du total des dépenses pour soins médico-pharmaceutiques annuels.

*Proposition Raggenbass**Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 4*

.... auront à verser doit correspondre à la moitié de l'ensemble des subsides fédéraux.

**Jörl, Sprecher der Minderheit:** Im Grundsatz stimmen wir der Prämienverbilligung nur als Uebergangslösung auf dem Weg zu einer sozial gerechten Prämienhebung nach der wirtschaftlichen Stärke des Versicherten zu. Das Kopfprämiensystem kann nicht mehr als tauglich bezeichnet werden, wenn damit über 50 Prozent der Versicherten zu Subventionsbezügen gemacht werden. Wir betrachten die grossen Probleme bei der administrativen Durchführung der Verbilligung als direkte Folge des Festhaltens am Kopfprämiensystem. Gleichwohl haben wir in der Kommission konstruktiv an Lösungsvorschlägen mitgearbeitet. Weil wir insbesondere die Anliegen der beim Vollzug federführenden Kantone sehr ernst nehmen, haben wir die Fassung des Ständerates, der in der Regel weiss, was die Kantone wünschen, wiederaufgenommen. Der Ständerat hat für alle Kantone verbindliche Leitplanken festgelegt, die dem Föderalismus Rechnung tragen. Gleichwohl haben die Finanz- und die Sanitätsdirektorenkonferenz Bedenken gegenüber der Fassung des Ständerates angemeldet. Anregungen und Verbesserungsvorschläge betrafen im wesentlichen die administrative Durchführung der Prämienverbilligung. Diese Punkte haben wir in der Kommission diskutiert und zwei Verbesserungen beschlossen, um den Kantonen entgegenzukommen:

1. Der Kanton kann eine Einkommensgrenze festlegen, bei deren Ueberschreitung keine Beiträge mehr ausbezahlt werden müssen. Dies bedeutet eine grosse administrative Erleichterung und bewirkt, dass geringe Beträge nicht ausbezahlt werden und vollumfänglich den wirtschaftlich Bedürftigen zufließen.
2. Eine wesentliche Vereinfachung ergibt sich durch die Anwendung einer kantonalen Durchschnittsprämie für Erwachsene und Kinder anstelle der individuellen Prämie des einzelnen Versicherten. Dies reduziert den Aufwand der Erhebung zur Prämienverbilligung wesentlich.





comme une marchandise et de laisser faire l'économie de marché, on peut mesurer les conséquences qu'une telle politique a eues, par exemple aux Etats-Unis: malgré une volonté de libéralisation, de laisser-faire, et les rejets successifs des différentes modifications de la loi sur les caisses-maladie, depuis 1949, on est arrivé à une situation catastrophique. Les dépenses de santé englobent aux Etats-Unis plus de 14 pour cent du produit national brut contre 7 à 9 pour cent pour les pays européens. C'est donc beaucoup plus que chez nous et les mesures préconisées vont beaucoup plus loin et elles sont aujourd'hui légitimes et nécessaires parce que les dépenses de santé sont une des principales causes du déficit budgétaire américain. Il y a, de ce côté-là, une volonté de trouver de véritables solutions et non pas de multiples emplâtres comme on essaie de le faire au travers de cette loi.

Il faut rappeler aussi qu'on arrive dans ce pays où la mode est à l'ultralibéralisme, à demander une contribution des patrons de l'ordre de 80 pour cent et seulement de 20 pour cent à la charge des assurés, que l'on développera au niveau de la collectivité, du budget public l'aide et le paiement des cotisations pour les retraités et les personnes âgées. Il y a donc une nécessité de renverser la vapeur. Comme il est dans notre habitude de suivre les modes et les courants qui viennent des Etats-Unis, on peut d'ores et déjà dire que si nous ne prenons pas aujourd'hui les mesures pour mettre véritablement la prévoyance et les soins de santé dans nos priorités, eh bien, elles grèveront beaucoup plus nos budgets demain. Je l'ai dit et je le répète encore une fois: l'assistance coûte en définitive beaucoup plus cher que la prévoyance. Il vaut donc mieux faire une véritable prévoyance de santé.

Je propose avec mon amendement qu'on n'immobilise pas les subventions des pouvoirs publics et qu'on les mette en rapport avec les dépenses réelles et non pas avec des chiffres issus de nos capacités budgétaires d'aujourd'hui, sans tenir compte de l'évolution et des coûts de santé et des différentes dépenses afférentes aux soins hospitaliers.

Je vous remercie d'accepter cet amendement.

**M. Zisyadis:** Je vous propose l'amendement suivant, en fait un alinéa 6 (nouveau) à l'article 57, dont la teneur est la suivante: «Les cantons sont tenus d'informer automatiquement les ayants droit aux subsides de réduction des primes.» Je vous propose donc d'introduire un alinéa qui demande l'information automatique et systématique de tous les ayants droit.

Ce matin, vous avez accepté à une très large majorité le système de subventionnement individuel, puisque – je le rappelle – ce sont tout de même 61 pour cent des personnes, avec le seuil que vous avez fixé à 8 pour cent, qui seront arrosées par les réductions des primes. Avoir des droits, c'est bien, mais y accéder, c'est encore mieux. Il faut donc faire passer dans la réalité les droits de chacun. Nous l'avons vu pour les prestations complémentaires AVS/AI. Nous avons tous les moyens techniques pour répondre à la nécessité de l'information.

Encore une fois, accepter cet amendement permettra de sortir les personnes les plus défavorisées de leurs difficultés et, en même temps, va resserrer le filet de la sécurité sociale. En définitive, c'est faire passer de l'assistance à la dignité toutes les catégories qui risquent vraisemblablement d'être rebutées par le recours que nous sommes en train d'instituer, un recours à une forme assistantielle de masse.

Je vous remercie de prendre en compte cet amendement qui, somme toute, est assez minime dans sa teneur, mais qui est destiné à faire passer le droit dans la réalité.

**Raggenbass:** Zuerst zu Artikel 58 Absatz 3: Ich schlage Ihnen vor, die Fassung des Ständerates zu wählen. Die nationalrätliche Kommission hat als Kriterium der Verteilung des Bundesbeitrages neu die Gesundheitskosten der einzelnen Kantone eingefügt; Sie können das der Fahne entnehmen. Mit anderen Worten: Ein Kanton, der hohe Gesundheitskosten produziert, soll einen höheren Anteil am Bundesbeitrag erhalten.

Ich wehre mich aus zwei Gründen gegen diesen Zusatz:

1. Es ist völlig widersinnig, jene Kantone speziell zu unterstützen, die hohe Gesundheitskosten produzieren. Da versucht man, mit dem neuen KVG den Anstieg der Gesundheitskosten

zu bremsen, und honoriert gleichzeitig jene Kantone, die hohe Kosten verursachen.

2. Die Formulierung «Gesundheitskosten der einzelnen Kantone» ist völlig unbestimmt. Was heisst das überhaupt? Ich kann mir darauf keinen Reim machen. Wie sind diese Kosten feststellbar? Die Begründung für die Einfügung durch die nationalrätliche Kommission liegt scheinbar darin, dass die Zentrumskantone – das heisst die Kantone mit Universitätskliniken – höhere Leistungen erhalten sollen. Davon sagt aber diese Bestimmung, die genannte Einfügung, nichts. Sie sagt einzig, dass hohe Gesundheitskosten zu höheren Beiträgen führen können. Abgesehen davon wäre es nicht richtig, die Kantone mit Universitätsspitalen zu bevorzugen. Zum einen liegt es in der Kompetenz der entsprechenden Kantone, derartige Spitäler zu führen, und zum anderen profitieren die Kantone mit Universitätskliniken davon mindestens ebenso viel, wie ihnen dadurch Zusatzkosten entstehen.

Ich nehme an, dass ich auch gleich zum zweiten Antrag sprechen soll, nämlich zu Artikel 58 Absatz 4. Ich verlange dort, dass das Wörtchen «mindestens» gestrichen wird: «Der Gesamtbeitrag, den die Kantone zu leisten haben, muss mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen.» In der Botschaft wird mit aller Deutlichkeit ausgeführt – ich verweise auf Seite 105 –, dass die Kantone präzise die Hälfte des Bundesbeitrages zu leisten haben. Es ist auch klar Meinung der Kommission, dass die Kantone genau die Hälfte der Bundesbeiträge zu entrichten haben. Das Wörtchen «mindestens» wollte zum Ausdruck bringen, dass die Kantone auch noch mehr leisten können, wenn sie wollen; das können sie aber ohnehin. Belässt man jedoch das Wörtchen «mindestens» in Absatz 4, hätte der Bundesrat die Kompetenz, den Beitrag der Kantone auf einer Höhe nach seinem Ermessen festzusetzen. Das kann nicht die Meinung sein; das war auch nicht die Meinung dieses Artikels!

Ich bitte Sie, meinen Antrag auf Streichung des Wörtchens «mindestens» zu unterstützen.

**M<sup>me</sup> Brunner Christiane:** Pour la clarté des débats, je parle des propositions concernant la réduction des primes, c'est-à-dire l'exécution de la manière de réduire les primes. Le principe retenu par la majorité de notre commission donne la compétence aux cantons de choisir la répartition des subventions. Le groupe socialiste voit dans ce principe plusieurs inconvénients majeurs.

Premièrement, sa complexité est source de problèmes. Chaque canton peut opter pour un système de réduction des primes différent. Cela signifie que nous pouvons arriver à une situation absurde de 26 régimes distincts.

Deuxièmement, ces 26 procédures cantonales seront onéreuses et administrativement difficiles à gérer pour les assureurs. Elles entraîneront forcément des répercussions financières à la charge des assurés.

Troisièmement, des inégalités de traitement sont à craindre d'un canton à l'autre, certains cantons pouvant choisir de réduire massivement les primes d'un petit nombre d'assurés, alors que d'autres peuvent accorder de faibles réductions à un grand nombre d'assurés.

Quatrièmement, ce système ne donne aucune garantie s'agissant des montants que les cantons consacreront à la réduction des primes.

Pour toutes ces raisons, le groupe socialiste vous invite à soutenir la proposition de minorité Jöri qui reprend la version du Conseil des Etats, amendée, toutefois, par quelques éléments nouveaux, prévoyant deux types de limitation possible pour les cantons: la première étant de prendre en compte la prime moyenne payée dans le canton pour le calcul de la réduction des primes; la deuxième une limitation visant à prendre en considération le revenu des enfants en formation et exerçant une activité lucrative, en l'additionnant à celui des parents pour la fixation des subsides.

En aménageant la version du Conseil des Etats par ces quelques propositions, nous parvenons à un système de réduction équitable, simple, tout en répondant aux préoccupations cantonales. C'est un système qui a le mérite de la clarté. Le groupe socialiste vous invite à donner suite à la proposition de

minorité Jöri, et à vous opposer à la proposition Bircher Peter qui, avec véhémence, défend toutefois un système tout à fait traditionnel, qui est le système actuel: alors qu'il a été critiqué de toutes parts comme étant le moins bon, on nous le propose à nouveau comme étant le meilleur!

Je vous invite à suivre sur ce point la majorité de la commission pour repousser la proposition Bircher Peter, pour proposer un changement dans le système de subventionnement, et la proposition de la minorité de la commission pour tenir compte à la fois des intérêts des assurés et des intérêts des cantons.

**Jäggi Paul:** Die heutige generelle Subventionierung der Krankenkassen hat, wie wir meinen, nicht zu Kosteneinsparungen geführt und sich nicht bewährt. Dem Systemwechsel – dass gemäss Vorlage nun die einzelnen Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen erhalten – stimmt die CVP-Fraktion zu.

Die Versicherungen erhalten keine Subventionen mehr. Sie berechnen unabhängig und ohne jede Rücksicht auf irgendwelche Prämienverbilligungen ihre Prämien, gestützt auf die Vorschriften des Gesetzentwurfes. Die Prämienverbilligung ist eine soziale Massnahme, die einzelnen, die ihrer bedürfen, zukommt. Es ist keine Verbilligung der Prämie bei der Krankenkasse. Das Instrument geht von der Prämie aus, und in einem anderen Verfahren wird der Betrag festgelegt, den die Bedürftigen entweder nicht bezahlen müssen oder zurückerhalten. Statt Lohnprozenten haben Sie eine Kopfversicherung mit Zuschlägen in Form von Prämienverbilligungen.

Im Einzelfall die Gerechtigkeit zu suchen zieht automatisch Mehraufwand bei der Abklärung und Durchführung nach sich, dessen müssen wir uns bewusst sein. Darum ist für das Prämienverbilligungssystem ein möglichst bürgernahes Vorgehen zu wählen. Die Fragen, ob die Prämienverbilligungen automatisch angerechnet und verteilt oder auf Gesuch hin ausgerichtet werden, ob als Grundlage eine Durchschnittsprämie oder die effektive Prämie gelten soll, ob eine Einkommensgrenze bestimmt wird, sind den Kantonen zu überlassen. Wichtig ist der Grundsatz, dass die Beiträge des Bundes und der Kantone voll ausbezahlt werden müssen.

Verschiedene Kantone haben mit eigenen, kantonalen Prämienverbilligungssystemen gute Erfahrungen gemacht. Die Durchführbarkeit ist erwiesen, kann aber eidgenössisch nicht abschliessend geregelt werden. Es entsteht kein neues Giesskannensystem. Die Kantone lehnen zudem auch aus Kostengründen im administrativen Bereich eine gesamtschweizerische Lösung klar ab. Die CVP-Fraktion ist grossmehrheitlich für den Vorschlag der Mehrheit der Kommission.

Zum Antrag der Minderheit in Artikel 58 Absatz 2 ist folgendes auszuführen: Die von der Kommission vorgeschlagene Streichung der Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes halten wir für richtig. Die Finanzlage des Bundes ist bei jedem Gesetz zu berücksichtigen und sehr ernst zu nehmen. Das Budget und auch die Beratung von Artikel 98 werden uns Gelegenheit verschaffen, dies unter Beweis zu stellen. Die Festschreibung im Gesetz ist unüblich, und diese Praxis soll nicht, weil es der Bundeskasse im Moment schlechtgeht, jetzt geändert werden. Hier werden sich die Voraussetzungen hoffentlich auch wieder ändern. Wir lehnen den Antrag der Minderheit Rychen ab.

Der Einzelantrag Bircher Peter, der ein ganz neues System anvisiert und in diese Vorlage kaum so eingebaut werden kann, wird abgelehnt, ebenfalls die Anträge Spielmann und Zisyadis. Dem Antrag Ragggenbass stimmen wir zu.

**M. Pidoux:** Il est absurde de subventionner le cent pour cent des assurés des caisses-maladie. C'est pourtant ce que la Confédération, indirectement, fait actuellement en versant des subsides aux caisses-maladie, dont tous, riches ou pauvres, bénéficient, en application de la méthode de l'arrosoir. Dans ce domaine, nous sommes vraiment un peuple d'assistés qui ne voyons même pas la couleur de l'assistance.

Au moment où les moyens publics diminuent, il y a lieu de les concentrer sur ceux qui en ont vraiment besoin. On le fera en subventionnant les individus qui ne peuvent pas payer les primes d'assurance. Il est difficile de s'opposer au nouveau sys-

tème qui est intelligent, mais tout est question de mesure dans l'application, et c'est là que les opinions divergent.

La solution retenue par la majorité de la commission est d'organiser ce subventionnement au niveau où il peut être contrôlé, soit à celui des communes et des cantons. Pour inciter tous les cantons à mettre en place ce système, qui existe déjà dans certains d'entre eux, il est juste que les subsides de la Confédération soient versés à la condition qu'ils soient bien reversés aux assurés, comme la majorité de la commission vous le propose à l'article 57 alinéa 2, et surtout que les cantons versent eux-mêmes un montant équivalent à la moitié des subsides fédéraux, comme demandé à l'article 58 alinéa 4.

Quant aux modalités de paiement, elles sont fixées de manière adéquate. La commission a introduit à l'alinéa 3 de l'article 58 une règle équitable qui consiste à tenir compte des coûts réels de la maladie dans chaque canton pour la répartition de la subvention fédérale.

Bien sûr, on peut dire que le système est compliqué, comme un orateur l'a dit précédemment; c'est d'ailleurs ce que nous ont écrit des fonctionnaires cantonaux qui ne voulaient rien changer. Mais si on peut mettre en pratique un système semblable dans certains cantons, notamment au Tessin, à Genève et dans le canton de Vaud, on peut aussi penser que les fonctionnaires d'autres cantons ne sont pas plus sots que ceux qui appliquent déjà ces règles.

En d'autres termes, si l'on veut vraiment changer de système et abandonner l'arrosage généralisé, il y a lieu de suivre la majorité de la commission à l'article 57; c'est ce que le groupe radical vous propose de faire.

Quant au montant des subsides fédéraux, il s'agit bien sûr d'une autre question. Elle concerne nos conceptions politiques et non plus notre conception de l'assurance proprement dite. Des explications sont donc inutiles ici. Le vote par appel nominal sur l'article 58 tranchera entre les différentes conceptions.

**Hafner Rudolf:** Bei Artikel 57 stimmt die grüne Fraktion dem Antrag der Minderheit zu. Wir sind schon lange für die Sicherung des sozialen Existenzminimums und betrachten die Möglichkeit, mit der Prämienverbilligung die Krankenversicherung für alle erschwinglich zu machen, als einen Schritt in diese Richtung. Dabei erscheint es uns richtig, gemäss Formulierung von Ständerat und Minderheit, auf einen Prozentsatz des Einkommens abzustellen.

Die Version der Mehrheit ist unbestimmter. Nach Meinung des Bundesamtes hat sie zur Folge, dass nicht klar bestimmt werden kann, welche Versicherte in den Genuss von Prämienverbilligungen kommen sollen. Das ist eine wesentliche Hypothek. Wenn insgesamt die Prämien höher werden, wird es absolut wichtig sein zu wissen, wer welche Prämienverbilligungen erhält.

Wenn Sie also wirklich wollen, dass diese Gesetzesrevision eine Chance hat, müssen Sie den Minderheitsantrag bevorzugen, aus welchem klar ersichtlich ist, wer schlussendlich welche Prämienverbilligungen erhält. Im Konzept der Minderheit werden ferner föderalistische Aspekte durchaus gewahrt.

Im Konzept von Herrn Bircher Peter wird die Möglichkeit der Prämienverbilligung sehr stark eingeschränkt. Es ist aus unserer Sicht zu wenig ausgereift, und wir können ihm deshalb nicht zustimmen.

Bei Artikel 58 sind wir für die Fassung der Mehrheit der Kommission. Es wurde richtigerweise bereits in der Kommission erwähnt, dass die Finanzlage des Bundes so oder so berücksichtigt werden muss. Andererseits würde mit der Annahme des Antrages der Minderheit Rychen ein Signal in die falsche Richtung gestellt. Es könnte in der Öffentlichkeit so verstanden werden, dass man meint, man könne bei der jetzigen finanziellen Lage des Bundes diese rund 2 Milliarden Franken nicht gewähren, was sicher ein falsches Signal wäre.

Wir bitten Sie zu bedenken, dass es hier die richtigen Prioritäten zu setzen gilt. Die Sozialpolitik muss in diesem Bereich einen wichtigen Stellenwert haben. Es geht nicht um dasselbe wie beispielsweise bei Strassen oder ähnlichen Bereichen, wo in der Vergangenheit aufgestockt wurde. Es sei daran erinnert, dass die Beiträge in der Krankenversicherung seit langen Jahren plafoniert wurden.

Wenn man jetzt diese Vorlage durchbringen will, müsste bei Artikel 58 für den Antrag der Mehrheit gestimmt werden.

**Keller Rudolf:** Die Prämienverbilligungen sind eine zentrale Forderung dieser Revision. Ohne Prämienverbilligungen geht es leider nicht mehr. Es ist allerdings die erklärte Meinung der SD/Lega-Fraktion, dass die Obergrenze für die Gewährung von Verbilligungen bei einem Einkommen von etwa 65 000 Franken liegen soll. Wer mehr verdient, soll keine Prämienverbilligungen erhalten. Es ist eine Sauerei – Sie verzeihen mir diesen böartigen Ausdruck –, wenn Leute, die 75 000 Franken verdienen, noch in den Genuss eines pauschal gewährten Zuschusses kommen sollen, wie dies aus Arbeitspapieren der Bundesverwaltung ersichtlich wird. Selbst wenn solche Leute Kinder haben, sind die Prämien noch bezahlbar. Das möchte ich doch festgehalten haben. Diese «Giesskannenausschüttung» ist inakzeptabel. Der Kanton Basel-Landschaft gewährt die Prämienverbilligungen individuell. Wir wollen doch zum Beispiel nicht Leute unterstützen, die bewusst weniger arbeiten, oder Leute, bei denen der Leistungswille fehlt. Unterstützung verdienen Kleinverdiener, Invalide, Bedürftige, AHV-Rentnerinnen und -Rentner, Leute mit Unterstützungspflichten usw., also ganz bestimmte Kategorien – und auch dort muss gezielt ausgeschüttet werden. Aber pauschale Prämienverbilligungen, wie sie vorgesehen sind, müssen wir ablehnen. Dies wäre unsozial.

Wir votieren für die Unterstützung des Antrags der Kommissionmehrheit. Viele Kantone gewähren bereits Prämienverbilligungen und haben dafür einen eingespielten Apparat. Die Kantone können auf die regionalen und sozialen Gegebenheiten gut Rücksicht nehmen. Inakzeptabel ist aber demgegenüber die Regelungsdichte des Beschlusses des Ständerates. Das können Sie mit den Kantonen nicht machen. Sollen diese denn, nachdem sich nun die Systeme der Kantone eingespielt haben, wieder ein neues Modell einführen? Die individuelle Sozialpolitik soll weiterhin Domäne der Kantone bleiben. Die Kantone wissen am besten, nach welchen Kriterien wirtschaftlich schwächeren Leuten geholfen werden muss. Diese Kriterien hängen wesentlich mit der steuerlichen Belastung der Einwohnerinnen und Einwohner zusammen, denn schliesslich muss das Geld für diese Prämienverbilligungen ja auch irgendwoher kommen, und der Teil, den die Kantone gewähren, kommt direkt aus dem Steuerertrag des Kantons. Die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi unterstützt deshalb bei Artikel 57 den Antrag der Mehrheit; sie lehnt bei Artikel 58 den Antrag Bircher Peter ab und wird bei Artikel 58 Absatz 2 mit der Minderheit für die Fassung des Ständerates stimmen.

**Sieber:** Ich spreche zu Artikel 57, zur Minderheitsvariante betreffend Beiträge der öffentlichen Hand.

Heute gibt der Bund 1,3 Milliarden Franken an die Krankenkassen nach dem Giesskannensystem. Die Mehrheit der nationalrätlichen Kommission nimmt nun sozusagen eine andere, neue Giesskanne; aber sie setzt ihr ein sehr feines Sieb auf, geeignet für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen. Wenn wir das neue Krankenversicherungsgesetz der Öffentlichkeit präsentieren, müssen wir klar und möglichst präzise sagen, wohin die Subventionen fliessen; denn es geht nicht nur um die Durchsetzbarkeit des Gesetzes bei den Prämienzahlern, sondern auch bei den Steuerzahlern. Wir müssen Gewähr bieten – wir haben jetzt ein wenig Musikgehör dafür entwickelt –, dass Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit auch beim Verteilen von öffentlichen Mitteln massgebend sind. Der Minderheitsantrag gibt dafür die notwendigen Richtlinien.

Deshalb bittet Sie die LdU/EVP-Fraktion, den Antrag der Minderheit Jöri zu unterstützen.

**Eymann Christoph:** Ich bitte Sie im Namen der liberalen Fraktion, bei Artikel 57 dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen. Den Kantonen bleibt so noch ein gewisser Handlungsspielraum. Die Fassung des Ständerates ist zu kompliziert und beschränkt die Freiheit der Kantone in der Ausgestaltung der Prämienverbilligung zu stark.

Bei Artikel 58 Absatz 2 bitte ich Sie, der Minderheit Rychen zu folgen. Die Finanzlage des Bundes muss bei der Beitragsgewährung an die Kantone berücksichtigt werden.

Aus unserer Sicht ist zu begrüssen, dass in Artikel 58 Absatz 3 als zusätzliches Kriterium auch die Gesundheitskosten der einzelnen Kantone berücksichtigt werden sollen. Die besonderen Aufwendungen für spezialisierte Kliniken – z. B. für die Klinik für Patientinnen und Patienten mit Verbrennungen – und für Universitätskliniken, die direkt oder indirekt allen zugute kommen, können so abgegolten werden.

**Jöri:** Neben dem administrativen Teil der Prämienverbilligung räumen wir der gesicherten Finanzierung sozialpolitisch grosse Wichtigkeit ein. Wir sind Ihnen, Frau Bundesrätin Dreifuss, für Ihre klaren Ausführungen beim Eintreten dankbar.

Die Kommission war grossmehrheitlich der Meinung, dass es logisch sei, wenn die Bundesgelder zur Prämienverbilligung von der Kostenentwicklung in der sozialen Krankenversicherung abhängig gemacht würden: Hohe Gesundheitskosten bewirken hohe Prämien mit mehr finanziellem Aufwand für die Prämienverbilligung; niedrigere Kosten bewirken niedrigere Prämien und einen geringeren Aufwand für die Prämienverbilligung. Die Kommissionsmehrheit war ebenso der Meinung, dass die Bundesgelder zur Prämienverbilligung nicht abhängig von der Finanzlage des Bundes gesprochen werden dürfen; höhere Prämien bei höheren Kosten müssen, unabhängig von der Finanzlage des Bundes, als sozialpolitischer Auftrag, gleichwohl verbilligt werden – gerade in wirtschaftlich schwieriger Zeit auch in vermehrtem Ausmass.

Uns ist klar, dass die Finanzlage so oder so Einfluss auf alle Subventionsgelder hat. Unseres Wissens ist es aber eher nicht Brauch, dass das Kriterium «Finanzlage» explizit in einem Gesetz festgeschrieben wird. Sicher möchten wir es aber nicht in einem Sozialversicherungsgesetz haben, wie es das KVG ist. Wir haben die berechtigte Befürchtung, dass bei Sparübungen des Bundes jene Gesetze zuerst unter die Räder geraten, die diese Bestimmung enthalten, und davor möchten wir das KVG verschonen.

Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion um Ablehnung des Antrages der Minderheit Rychen.

**Rychen:** Ich spreche nicht mehr zu Artikel 58, ich habe den Minderheitsantrag bereits recht früh begründen müssen. In diesem Sinne ist vielleicht die Verhandlungsführung nicht sehr geschickt gewählt, weil wir in den Artikeln 57 und 58 verschiedene Probleme durcheinander diskutieren müssen. Aber sei es nun mal so.

Ich spreche im Namen der SVP-Fraktion zum Artikel 57 und möchte Ihnen beliebt machen, insbesondere den Antrag Bircher Peter abzulehnen. Warum?

Herr Bircher Peter sagt, er wolle auch vom Giesskannensystem weggehen. So weit, so gut. Aber wir müssen eines sehen: Mit dem Antrag Bircher Peter verlassen wir dennoch wieder das Grundprinzip, das wir in der Kommission befolgt haben. Wir wollten nämlich vom Giesskannensystem wegkommen und die Subventionen wirklich jenen zukommen lassen, die sie nötig haben. Wenn es in Artikel 57 Absatz 2 gemäss Antrag Bircher Peter heisst, dass Subventionen jenen ausgeschüttet werden sollen, die über 70jährig sind, so begreifen wir das schlichtweg nicht. Nicht alle über 70jährigen sind arme Leute. Es gibt auch solche, die vermögend sind, und diese benötigen weiss Gott keine speziellen Subventionen mehr. Das knappe Geld, das uns in Zukunft zur Verfügung steht, soll wirklich gezielt den wirtschaftlich Aermere zur Verfügung gestellt werden. In diesem Sinne mache ich Herrn Bircher darauf aufmerksam, dass die Solidarität zwischen Jung und Alt in der Grundversicherung sichergestellt ist. Die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden, Jungen und Alten ist in der Grundversicherung genügend abgedeckt. Es braucht also keine zusätzliche Unterstützung für über 70jährige Leute.

Ein weiteres Argument: Es ist nicht Aufgabe der Krankenkassen, den wirtschaftlich Aermere Subventionen zukommen zu lassen, sondern das ist Aufgabe der Kantone und des Bundes. Im weiteren weise ich darauf hin, dass die Verwaltungskosten für die Verteilung dieser Gelder an die Minderbemittelten etwa

gleich hoch sind, ob diese Verteilung durch die Kassen oder durch den Staat vorgenommen wird. Es ist eine Illusion zu glauben, dass es einfacher sei, diese Verteilung über die Kassen vorzunehmen. Im Gegenteil, bei den Kassen wird es zusätzliche Probleme geben, indem der Datenschutz immer wieder als Problem zur Diskussion stehen wird, da es Kassenfunktionäre nichts angeht, wer effektiv noch Geld nötig hat und wer nicht.

Wir bitten Sie, Artikel 57 gesamthaft so zu übernehmen, wie die Kommissionmehrheit ihn gestaltet hat. Wir sind überzeugt, dass das eine gute Lösung ist. Wir lehnen den Antrag Bircher Peter ab und bitten Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Ich muss Sie um etwas Geduld bitten; es ist nicht ganz einfach, sich in diesen vielen Konzepten und Einzelanträgen zurechtzufinden. Etwas zum Voraus: Der Ständerat hat die Reihenfolge der Artikel gegenüber dem Bundesrat umgekehrt, Artikel 58 wurde also zu Artikel 57 und umgekehrt. Das ist auch der Grund, warum wir die beiden Artikel jetzt zusammen behandeln müssen. Den Konzepten von Ständerat und Kommission – sowohl Minderheit wie Mehrheit – ist gemeinsam, dass sie es den Kantonen überlassen, wie diese das Geld ausgeben wollen.

Ebenfalls allen Konzepten gemeinsam ist, dass das Geld in Zukunft direkt an die Versicherten geht und nicht mehr an die Kassen. Das ist der Grund, warum ich jetzt namens der Kommission zum Antrag Bircher Peter Stellung nehme.

Herr Bircher will das Geld weiterhin über die Kassen leiten und dort gewissen Kategorien von Versicherten zugute kommen lassen, also Prämienverbilligungen für Kinder, für Schwangerschaften und Geburten, für alte Versicherte. Das ist auch wieder ein Giesskannenprinzip, und zwar gewissermassen ein dreifaches: Nicht aufgrund der wirtschaftlichen Verhältnisse der betreffenden Gruppierungen, sondern aufgrund ihrer Eigenschaft als Kinder, als Mütter, als Alte werden Versicherten Subventionen zugesprochen.

Genau das widerspricht ja dem Konzept der Vorlage. Ich erinnere wieder einmal daran, dass der Auftrag des Parlamentes auf einer Motion basiert, die verlangte, dass die Subventionen nach den wirtschaftlichen Verhältnissen ausgerichtet werden. Diesem Konzept würde der Antrag Bircher Peter nicht entsprechen; ja, es ist noch viel schlimmer: Er würde eine solche Veränderung der Vorlage mit sich bringen, dass vermutlich eine Rückweisung an die Kommission nötig würde, speziell auch betreffend die Prüfung der finanziellen Auswirkungen – die überblickt im Moment niemand. Ich bitte Sie daher: Lehnen Sie den Antrag Bircher Peter ab!

Damit kommen wir zum Grundpfeiler der Vorlage: Verbilligung der Prämien. Der Entscheid der Kommission, wie das zu geschehen hat, also der Entscheid zwischen dem nun vorliegenden Mehrheitsantrag und dem Antrag der jetzigen Minderheit Jöri, fiel sehr knapp aus, und zwar mit Stichentscheid der Präsidentin.

Wo aber ist überhaupt der Unterschied? Etwas muss ich auch noch anmerken: Der Unterschied liegt nicht darin, dass im einen Fall 50 und im anderen Fall 60 Prozent der Versicherten in den Genuss der Prämienverbilligung kämen. Das ist es eben gerade nicht. Bei dem, was Herr Keller Rudolf angeführt hat – dass in der Verwaltung damit gerechnet werde, dass 60 Prozent der Versicherten zu subventionieren seien –, handelt es sich um ein Rechenbeispiel; man musste ja einen Anhaltspunkt haben. Man ist von folgender Ueberlegung ausgegangen: Wie wäre es, wenn alle, die mehr als 8 Prozent ihres Einkommens für Prämien bezahlen müssten, für die Differenz subventioniert würden? Da hat sich dann gezeigt, dass das über 60 Prozent der Versicherten beträfe. Das war nur ein Rechenbeispiel. Es steht nirgendwo so in der Vorlage, aber dieses Rechenbeispiel hat dazu geführt, dass eine knappe Mehrheit der Kommission gefunden hat, die Kantone sollten selber entscheiden, wie sie diesen Kuchen verteilen wollen. Es steht den Kantonen absolut frei, genau das zu tun, was die Minderheit Jöri mit ihrer Kann-Vorschrift will. Es heisst ja dort «kann». All dies können die Kantone eben vor allem auch nach der Fassung der Mehrheit der Kommission tun; dort macht man

ihnen keine Vorschriften. Die Meinung war, dass die Kantone selber sollen bestimmen können, ob sie vielen wenig oder wenigen viel geben wollen. Das ist nach Mentalität, nach Region usw. durchaus verschieden. Die Kommission hat diesem im administrativen Bereich für die Kantone freiheitlichen Konzept mit Stichentscheid der Präsidentin zugestimmt.

Damit komme ich zu den verschiedenen Einzelanträgen. Ich behandle sie so, wie sie in die Vorlage hineinpassen.

Zum Antrag von Herrn Spielmann, der 40 Prozent der jährlichen Gesamtausgaben für medizinisch-pharmazeutische Leistungen subventionieren will: Das wäre eine noch ärgere Art der Subventionierung nach dem Giesskannenprinzip; stellen Sie sich vor, was das kosten würde! Wenn die Gesamtkosten – laut einer Hochrechnung für 1993 – 14,6 Milliarden Franken ausmachen, dann wären 40 Prozent davon 5,84 Milliarden Franken. Das fordert Herr Spielmann. Die Kommission hat sich dazu nicht äussern können. Ich gehe davon aus, dass ich Ihnen gemäss unserem Konzept namens der Kommission empfehlen darf, diesen Antrag abzulehnen.

Zum Antrag Zisyadis betreffend Information, die automatisch erfolgen soll: Diese Idee haben wir in der Kommission intensiv diskutiert, und sie fand weitherum Zustimmung, aber nur, solange wir im Rahmen des ständerätlichen Konzeptes diskutiert haben, wo wir den Kantonen genau vorschreiben, was sie zu tun und zu lassen haben. Da wir auf ein Konzept umgeschwenkt sind, bei welchem wir es den Kantonen überlassen, wie sie sich arrangieren, ist eben auch der Antrag Zisyadis nicht mehr nötig. Die Kantone können durchaus genau das tun, was Sie hier fordern. Der Kanton Tessin hat dies bis jetzt getan; er wechselt aber jetzt auf ein System, bei welchem die Leute ein Gesuch stellen müssen.

Bei dieser Gelegenheit kann ich auch noch anmerken: Weil, wie Herr Pidoux gesagt hat, doch mindestens drei Kantone ein ähnliches System kennen, nämlich die Kantone Tessin, Genf und Waadt, ist auch ersichtlich, dass der administrative Aufwand zu bewältigen ist. Es liegt an den Kantonen, ob sie ein einfaches oder kompliziertes Vorgehen dafür vorsehen wollen. Für die Kassen macht es keinen Unterschied, das Geld geht nicht mehr über sie. Jeder Kanton arrangiert sich, wie er will. Wenn Sie der Mehrheit zustimmen, ist die Freiheit grösser. Wenn Sie der Minderheit Jöri zustimmen, beschliessen Sie «Kann-Bestimmungen», die in der «ganz grossen Freiheit» auch enthalten wären.

Zum Antrag der Minderheit Rychen in Artikel 58 Absatz 2: Sie will, dass die Finanzlage des Bundes weiterhin ausdrücklich berücksichtigt werden muss. Die Kommission hat mit 15 zu 7 Stimmen den deutlichen Entscheid gefällt, dass dort «Finanzlage des Bundes» gestrichen wird, weil das eine Selbstverständlichkeit ist. Die Mehrheit hat nicht eingesehen, weshalb ausgerechnet in dieser Vorlage der Finger so deutlich, deutlicher als anderswo, auf die Finanzlage des Bundes gelegt werden soll. Inhaltlich würde sich also überhaupt nichts ändern, weil die Finanzlage des Bundes bei jedem Finanzbeschluss berücksichtigt werden muss.

Es verbleiben noch die beiden Anträge Raggenbass zu Artikel 58. In Absatz 3 geht es um die Berücksichtigung der Gesundheitskosten. Die Kommission hat mit ganz grosser Deutlichkeit, nämlich mit 20 zu 0 Stimmen, beschlossen, dass das Kriterium der Gesundheitskosten (in Berücksichtigung der Zentrumsleistungen, die gewisse Kantone erbringen) berücksichtigt werden kann – ich betone: kann, nicht muss. Ich verweise hier auf die Universitätsspitäler, auf gewisse Spezialitäten, die in Spezialkliniken angeboten werden und die man bei diesen Subventionen berücksichtigen können sollte.

In Absatz 4 will Herr Raggenbass, das Wort «mindestens» streichen. Das Wort «mindestens» wurde in der Kommission überhaupt nicht so interpretiert, dass der Bundesrat von den Kantonen auch mehr verlangen könnte, sondern es wurde so interpretiert, dass die Kantone auch mehr leisten können, wenn sie das selber tun wollen. Es ist also mitnichten gemeint, dass sie dann unbedingt bei der Hälfte aufhören sollen, wenn sie finden, sie sollten mehr leisten, oder wenn sie das tun wollen.

Damit glaube ich alle Anträge begründet zu haben. Sie können es sich ganz einfach machen: Ich lade Sie ein, immer



schön der Mehrheit der Kommission zu folgen und alles andere abzulehnen – dann ist es ein klares Konzept.

**M. Philipona**, rapporteur: Pour la bonne compréhension, vous observerez que l'article 57 du Conseil fédéral est devenu l'article 58, et que l'article 58 est devenu l'article 57. Nous gardons la systématique du Conseil des Etats dans les modifications proposées.

L'article 57 traite de la répartition des subventions aux assurés. La majorité de la commission – pas une majorité très large, bien sûr, par 11 voix contre 11 avec la voix prépondérante de la présidente – vous propose une solution qui laisse une grande liberté aux cantons dans la manière de distribuer les subventions, ceci pour les raisons suivantes.

Nous partons avec un montant à disposition par habitant qui est identique pour chaque canton. Seule la répartition entre Confédération et cantons varie en fonction de la capacité financière. Les très grandes variations entre cantons, tant au niveau des revenus qu'au niveau des primes, font apparaître de très fortes divergences des limites de subventionnement. Pour prendre les extrêmes, à Appenzell Rhodes extérieures et aux Grisons, par exemple, les primes seraient subventionnées lorsqu'elles dépasseraient 3 pour cent du revenu, alors que dans le canton de Genève elles ne le seraient qu'à partir de 23 pour cent du revenu. La conséquence est qu'à Appenzell Rhodes extérieures 86 pour cent des ménages seraient subventionnés alors qu'à Genève ce taux ne serait que de 32 pour cent. Une répartition uniforme sur tout le pays aurait pour conséquence que plus de la moitié des ménages seraient subventionnés, avec des pourcentages de plus de 80 pour cent à Glaris, à Appenzell et aux Grisons.

La solution de la majorité de la commission permet à chaque canton de fixer de manière autonome les critères de répartition des subventions. Il est ainsi répondu à un voeu exprimé par les cantons qui pratiquent déjà un système de subventionnement. Ces cantons pourront ainsi garder leur système ou le modifier en tenant compte de leur propre expérience ou des expériences des autres.

Quant à la proposition Bircher Peter, c'est en fait le système actuel amélioré ou le système actuel dans un emballage nouveau. C'est justement ce que nous ne voulons pas, le système de l'arrosage dans la répartition des subventions.

A l'article 58 alinéa 2, la proposition de minorité Rychen a été repoussée en commission par 15 voix contre 7. Il s'agit de tenir compte ou non de la situation financière de la Confédération. Je dirai, à titre personnel, que je ne vois pas tout à fait l'importance de cette phrase-là, car lorsque les Chambres fédérales examineront les budgets, dans les années ou dans les décennies à venir, je ne suis pas sûr que le fait que cette phrase-là y figure ou non ait une influence déterminante.

Quant à la proposition Spielmann qui demande que 40 pour cent des dépenses de santé soient subventionnées, là c'est mettre le pied à la spirale des dépenses: évidemment, plus on dépense, plus on est subventionné. Ceci va à l'encontre de la maîtrise des coûts de la santé que nous recherchons tout au long de cette loi. De plus, le montant qui serait nécessaire dépasserait les possibilités actuelles des finances fédérales.

J'en arrive à la proposition Zisyadis concernant l'information automatique des ayants droit. En première lecture, notre commission avait accepté une telle proposition, par 20 voix sans opposition, d'ailleurs, mais en deuxième lecture nous avons changé de système puisque nous donnons la liberté totale aux cantons. Par conséquent, une telle proposition collerait à celle de la minorité Jöri, mais pas à celle de la majorité de la commission.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: Etant donné l'importance capitale que joue dans ce système la partie des ressources mise à disposition et de la volonté politique de mettre ces ressources à disposition du financement de l'assurance-maladie, je commencerai par les propositions concernant l'article 58.

En effet, hier, lorsque j'ai répondu aux questions de l'entrée en matière, j'ai essayé d'expliquer que les trois piliers du financement de l'assurance-maladie étaient d'une part les prestations des assurés, c'est-à-dire les cotisations, d'autre part les pres-

tations des patients, c'est-à-dire la participation aux coûts, et enfin les prestations publiques, et que l'on visait également dans cette réforme à assurer un nouvel équilibre entre ces trois sources de financement de l'assurance-maladie.

Ce nouvel équilibre correspond et renoue, en fait, avec une décision qui était celle de 1964, c'est-à-dire la volonté de mettre des fonds publics à disposition du financement. Cette décision de 1964 n'a pas été tenue, ce qui a abouti à ce qu'on soit confronté, aujourd'hui, davantage à une explosion des cotisations qu'à une véritable explosion des coûts. C'est parce qu'il y a eu un transfert constant sur les épaules des assurés et des patients des charges de l'assurance-maladie, qu'elle est devenue impayable et que nous sommes confrontés aujourd'hui non seulement à la nécessité d'une révision, mais – et je m'en réjouis – à un consensus quant à la nécessité et à la tendance générale de cette révision.

Je constate donc également avec une très grande satisfaction que les montants dont on parle pour assurer cette révision, c'est-à-dire approximativement 2 milliards de francs de la part de la Confédération et 1 milliard de francs de la part des cantons, n'ont pas été remis en cause par des interventions ici. On peut partir de l'idée qu'il y a aujourd'hui également un consensus quant à cette enveloppe. Il est donc important de savoir selon quel mécanisme un tel montant peut être mis à disposition du financement de l'assurance-maladie sociale.

J'en arrive immédiatement à la proposition de minorité Rychen, article 58 alinéa 2, qui aimerait revenir en arrière sur une décision très claire de votre commission et réintroduire l'expression qui veut que l'on prenne des décisions «compte tenu ... de la situation financière de la Confédération».

A ce propos, j'aimerais dire d'abord que cette proposition est inutile. Elle est inutile parce qu'il s'agit là de subventions qui sont soumises à la loi fédérale sur les subventions en général, que le principe même des subventions est que l'on doit prendre en compte les impératifs de la politique financière, notamment subordonnant l'octroi des prestations au volume des crédits disponibles, et en fixant des taux plafonds. C'est donc une subvention comme les autres, comme les très nombreuses subventions qui sont accordées par la Confédération et qui répondent à cette règle générale. Même en supprimant cette référence, la commission n'a pas mis en danger l'équilibre de la situation financière de la Confédération.

Elle jouera toujours un rôle lorsque ces subventions seront déterminées, non pas, Monsieur Philipona, au moment du budget, mais au moment de la décision sur l'arrêté fédéral, qui de quatre ans en quatre ans, déterminera l'enveloppe de ces subventions et la forme même de ces arrêtes. Ce caractère récurrent des décisions que vous aurez à prendre de quatre ans en quatre ans vous entraînera automatiquement à tenir compte de la situation financière de la Confédération au moment où vous prendrez cette décision. Le répéter donc n'est pas seulement inutile, mais serait sans doute malvenu bien qu'à l'origine le Conseil fédéral l'ait mis dans sa proposition, parce que ce serait la seule loi, à ma connaissance, où il y a un tel mécanisme récurrent de décision, où l'on dirait qu'il faut que l'on prenne en compte la situation financière de la Confédération. Si l'on dit cela dans cette loi-ci et qu'on ne le dit pas ailleurs, que signifierait dans ce cas cette volonté spécialement exprimée?

Ce n'était pas la volonté du Conseil fédéral de créer là quelque chose de particulier. Le Conseil fédéral voulait tout simplement exprimer ce qui est la règle générale de la loi sur les subventions, et dans ce sens-là il se rallie tout à fait à la position de la majorité de la commission. Nous n'avons pas besoin de cette mention spéciale. La proposition de minorité Rychen peut être repoussée.

En ce qui concerne le rapport minimal de 40 pour cent du total des dépenses pour soins médicaux et pharmaceutiques annuels, que M. Spielmann aimerait voir introduit à l'article 58 alinéa 2, la présidente de la commission a relevé, comme M. Spielmann l'a dit à cette tribune, qu'il ne s'agissait pas de consolider pour l'avenir une enveloppe que l'on fixerait actuellement. Je ne vous ai pas entendu, Monsieur Spielmann, vouloir fixer un autre montant que les 3 milliards de francs actuellement prévus dans la discussion.



Or, le simple fait de partir de cette règle de 40 pour cent vous obligerait à doubler au départ le montant des subventions que la Confédération devrait mettre à disposition, montant sur lequel j'ai cru constater, à l'exception de votre intervention, un consensus tout à fait favorable à l'avenir de ce projet. Les calculs ont été faits, le 40 pour cent auquel vous faites allusion représente aujourd'hui 5,84 milliards de francs, alors que nous partons de l'idée d'un financement public, Confédération et cantons, de 3 milliards de francs. Il s'agit quasiment du double, et je ne crois pas que l'on puisse imaginer, dans la situation financière actuelle de la Confédération, ni par rapport aux besoins tels qu'ils ont été estimés, que votre proposition corresponde à un réel besoin et ait une chance quelconque de rallier un large consensus. Et c'est de consensus que nous avons besoin.

Je ne peux m'empêcher, tout au long de ce débat, de me rappeler cette longue histoire d'échecs en matière d'assurance-maladie, et à chaque moment d'espérer que, cette fois-ci, nous arriverons à rompre cette espèce de malédiction qui pèse sur cette assurance tellement nécessaire, car, actuellement, nous sommes arrivés à un point tel que la population ne peut plus y faire face.

J'en viens à la proposition de M. Raggenbass à l'article 58 alinéa 3, qui demande de revenir à la version du Conseil des Etats en ce qui concerne la prise en compte des coûts de la santé dans la détermination de la part que la Confédération remettra aux cantons, et qui déclencherait également le mécanisme de subventionnement du côté cantonal. Pourquoi est-ce que nous avons proposé nous-mêmes que l'on prenne en compte cet élément de coûts de la santé? Parce que, en examinant les conséquences sur les différents cantons d'une prise en considération uniquement de la capacité financière et de la population, nous avons vu que nous n'éviterions pas des effets pervers que certains responsables de la santé publique nous avaient expliqués et qui sont tout à fait indésirables. Ces effets pervers, je les explique de la façon suivante: en se basant uniquement sur la capacité financière économique des cantons, nous sommes amenés à subventionner massivement des cantons moins favorisés sur le plan économique et qui sont aussi des cantons où les cotisations à l'assurance-maladie sont faibles. De ce fait, nous sommes amenés, par ce simple mécanisme de la fixation de l'enveloppe globale, à demander à ces cantons d'aller bien au-delà de ce qui est socialement désirable ou même nécessaire. Nous amènerions certains cantons à subventionner 80 pour cent ou plus de leur population et à leur garantir des subventions qui feraient que, dans ces cantons-là, les cotisations ne dépasseraient pas 4 pour cent du revenu, alors que, dans d'autres cantons, le mécanisme proposé initialement par le Conseil fédéral amènerait à ne pas réaliser les objectifs sociaux, c'est-à-dire à accepter que les cotisations à l'assurance-maladie puissent aller jusqu'à 14 pour cent du revenu, sans déclencher de mécanisme de subventionnement. C'est donc cet effet pervers qu'il nous faut absolument éviter, Monsieur Raggenbass.

Vous posez la question de savoir ce que sont les coûts de la santé. Vous disiez: n'y a-t-il pas là une prime, tout simplement, aux cantons occasionnant de grands coûts? Il n'y a pas de prime de ce genre. Il y a la prise en considération du fait qu'il y a des cantons qui ont des rôles de centres, et pas seulement des cantons qui ont des hôpitaux universitaires, d'autres cantons également, et que ceux-là ont des coûts supérieurs à ceux qui peuvent se contenter d'utiliser de telles installations.

Nous devons tenir compte de cet effort particulier qui n'est pas un gaspillage, mais un effort qui profite à la santé publique de ce canton et, en général aussi, des cantons voisins. Dès lors, je vous demande instamment de refuser la proposition Raggenbass à l'alinéa 3.

En ce qui concerne l'article 58 alinéa 4, s'il y a la difficulté d'interprétation à laquelle M. Raggenbass a fait allusion, effectivement il vaudrait mieux supprimer ce mot «mindestens», «au moins» en français, dans la mesure où les cantons pourront de toute façon, avec ou sans blanc-seing de la Confédération, vouer davantage de moyens à la politique sociale dans ce domaine. Nous pouvons donc accepter sans autre et sans pro-

blème la proposition Raggenbass, mais uniquement en ce qui concerne l'alinéa 4 de l'article 58.

J'en viens maintenant à la proposition Bircher Peter qui, on l'a dit abondamment, n'est effectivement que le système actuel complété par des subsides en fonction de l'âge. Mais, dans le système que nous avons mis en place actuellement de la prime unique, la proposition Bircher n'a plus de sens: c'est l'ancien système, mais avec la prime unique. Cela ne reviendrait alors qu'à financer les assurances de façon à ce qu'elles puissent baisser généralement toutes les cotisations.

Il y a encore une autre contradiction dans cette proposition avec le système qui a été mis en place jusqu'à présent par les articles sur la cotisation unique, elle concerne les enfants. Comment imaginez-vous, Monsieur Bircher, que l'on subventionne les assurances pour des coûts occasionnés par les enfants, alors que cette Chambre – je ne sais pas comment vous avez voté personnellement – a refusé la gratuité des cotisations pour les enfants? Voulez-vous à la fois financer les assurances pour quelque chose que les assurés paient par ailleurs? Je crois que cela n'est pas logique. Encore une fois, en introduisant la cotisation unique, un système de cotisations par catégorie n'a plus de sens.

Quant à l'article 57, il dispose de l'organisation de ce mécanisme qui consiste à rendre les cotisations moins coûteuses par des subventions en fonction de la capacité financière des assurés.

La proposition de minorité Jöri à l'article 57 s'appuie très fortement sur la version du Conseil fédéral. Elle tient compte aussi des remarques faites par le Conseil des Etats ainsi que des remarques faites directement par les responsables cantonaux de la politique de la santé, et en ce sens elle représente une version que le Conseil fédéral soutient dans cette discussion et vous recommande. En effet, nous avons la chance d'avoir déjà maintenant des cantons qui ont expérimenté en fait le système que nous mettons en place et qui ont pu attirer ainsi notre attention sur un certain nombre de rigidités qui rendaient la transposition pratique trop lourde administrativement, trop coûteuse pour des dépenses bagatelles, etc. C'est en s'appuyant sur cette expérience, en particulier sur l'expérience tessinoise, que la proposition de minorité, tenant compte d'un certain nombre de lourdeurs de la proposition initiale, permettrait un fonctionnement qui aurait l'avantage d'être le même dans tout le pays – ce qui est demandé par les assurances pour éviter pour elles la lourdeur administrative et ne pas multiplier les complications, qui finissent toujours par coûter quelque chose. Elle instaurerait un système suffisamment souple pour correspondre à une pratique que certains cantons ont déjà expérimentée. Je crois que nous pouvons d'ailleurs remercier ces cantons de l'expérience qu'ils mettent ainsi à notre disposition. Je vous invite donc à soutenir la proposition de la minorité de la commission pour ce qui est de l'article 57.

J'en arrive à la dernière proposition, la proposition Zisyadis qui demande, au fond, que les cantons informent automatiquement les ayants droit de leurs droits. Les rapporteurs de la commission ont utilisé un argument tout à fait logique en disant: si on en reste à la proposition de la majorité de la commission qui laisse de toute façon aux cantons le soin d'organiser ce système de subventionnement des cotisations, ne leur donnons pas une obligation ponctuelle qui est l'obligation d'informer. Cela est clair dans cette logique.

Je me situe dans une autre logique puisque je vous appelle à soutenir la minorité Jöri qui donne des indications aux cantons sur la façon d'organiser cette politique sociale en matière de cotisations à l'assurance-maladie. Mais justement toute la volonté de la minorité Jöri est de trouver un moyen suffisamment souple pour que les cantons puissent, à l'intérieur du cadre fixé, adapter leur législation aux conditions locales. Sur ce plan-là, l'expérience du Tessin qui avait un système automatique avertissant les ayants droit, auquel il a renoncé, et qui en y renonçant a vu toute une série de toutes petites subventions, dont les gens n'ont visiblement pas besoin, ne plus être demandées – c'est ce qui est en train de se passer actuellement –, montre que la possibilité de renoncer à cette information automatique est une politique qui peut aboutir à des économies sensibles et qui ne font mal à personne.

Je vous invite à laisser, aussi dans ce domaine, la compétence aux cantons de fixer si c'est d'office qu'ils informeront les ayants droit ou si les ayants droit devront déposer une demande. Je crois que c'est du fédéralisme bien compris que de repousser la proposition Zisyadis.

Art. 57 Titel, Abs. 1, 2, 2bis, 3, 3bis, 4, 5

Art. 57 titre, al. 1, 2, 2bis, 3, 3bis, 4, 5

**Präsident:** Herr Hildbrand hat seinen Antrag zurückgezogen.

**Abstimmung – Vote**

Für den Antrag der Mehrheit	106 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	60 Stimmen

Art. 57 Abs. 6 – Art. 57 al. 6

**Abstimmung – Vote**

Für den Antrag Zisyadis	Minderheit
Dagegen	offensichtliche Mehrheit

Art. 58 Titel, Abs. 1 – Art. 58 titre, al. 1

Angenommen – Adopté

Art. 58 Abs. 2 – Art. 58 al. 2

**Abstimmung – Vote**

**Eventuell – A titre préliminaire**

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

**Definitive, namentliche Abstimmung**

Vote définitif, par appel nominal

**Für den Antrag der Minderheit stimmen:**

*Votent pour la proposition de la minorité:*

Allenspach, Aregger, Aubry, Baumberger, Berger, Bezzola, Binder, Bircher Peter, Bischof, Bonny, Borer Roland, Borradori, Bortoluzzi, Bühler Simeon, Bühler Gerold, Cavadini Adriano, Cotti, Couchepin, Daepf, David, Dettling, Dreher, Ducret, Eggly, Etique, Eymann Christoph, Fehr, Fischer-Hägglingen, Fischer-Seengen, Fischer-Sursee, Frey Claude, Frey Walter, Friderici Charles, Fritschi Oscar, Früh, Giezen-danner, Giger, Gobet, Graber, Gros Jean-Michel, Gysin, Hari, Heberlein, Hegetschweiler, Hess Peter, Iten Joseph, Jenni Peter, Keller Rudolf, Kern, Leu Josef, Leuba, Loeb François, Mauch Rolf, Miesch, Moser, Mühlemann, Müller, Nabholz, Narbel, Nebiker, Neuenschwander, Oehler, Perey, Philipona, Pidoux, Poncet, Raggenbass, Reimann Maximilian, Rohrbasser, Rutishauser, Rychen, Sandoz, Savary, Scherrer Jürg, Scheurer Rémy, Schmied Walter, Spoerry, Stalder, Stamm Luzi, Steffen, Steinegger, Steinemann, Steiner Rudolf, Stucky, Suter, Theubet, Tschuppert Karl, Vetterli, Wanner, Wittenwiler, Wyss Paul, Wyss William, Zölich, Zwahlen (94)

**Für den Antrag der Mehrheit stimmen:**

*Votent pour la proposition de la majorité:*

Bär, Baumann, Béguelin, Blatter, Bodenmann, Borel François, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühlmann, Bundi, Bürgi, Caccia, Camponovo, Carobbio, Caspar-Hutter, Columberg, Comby, Danuser, de Dardel, Diener, Dormann, Dünki, Eggenberger, Engler, Epiney, Fasel, von Felten, Gardiol, Gonseth, Grendelmeier, Grossenbacher, Haering Binder, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Haller, Hämmerle, Herczog, Hollenstein, Hubacher, Jäggi Paul, Jeanprêtre, Jöri, Keller Anton, Ledergerber, Leemann, Leuenberger Ernst, Leuenberger Moritz, Maeder, Marti Werner, Mauch Ursula, Meier Hans, Meier Samuel, Meyer Theo, Misteli, Pini, Rechsteiner, Robert, Ruckstuhl, Ruffy, Schmid Peter, Schnider, Segmüller, Seiler Rolf, Sieber, Spielmann, Stamm Judith, Steiger Hans, Strahl Rudolf, Thür, Tschäppät Alexander, Tschopp, Vollmer, Weder Hansjürg, Wick, Zbinden Hans, Ziegler Jean, Zisyadis, Züger, Zwygart (79)

**Abwesend sind – Sont absents:**

Aguet, Bäumlín, Blocher, Chevallaz, Cincera, Darbellay, Deiss, Duvoisin, Fankhauser, Goll, Gross Andreas, Hess Otto, Hildbrand, Jaeger, Kühne, Maitre, Mamie, Maspoli, Matthey, Maurer, Rebeaud, Ruf, Scherrer Werner, Schwab, Seiler Hanspeter, Wiederkehr (26)

**Präsident Schmidhalter stimmt nicht**

*M. Schmidhalter, président, ne vote pas*

Art. 58 Abs. 3 – Art. 58 al. 3

**Abstimmung – Vote**

Für den Antrag der Kommission	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Raggenbass	Minderheit

Art. 58 Abs. 4 – Art. 58 al. 4

**Abstimmung – Vote**

Für den Antrag der Kommission	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Raggenbass	Minderheit

Art. 58 Abs. 5 – Art. 58 al. 5

Angenommen – Adopté

Art. 57, 58 (Konzept) – Art. 57, 58 (conception)

**Abstimmung – Vote**

Für die modifizierten Anträge der Kommission	offensichtliche Mehrheit
Für die Anträge Bircher Peter	Minderheit

**5. Abschnitt Titel (neu)**

*Antrag der Kommission*

Beiträge an Institutionen

**Section 5 titre (nouveau)**

*Proposition de la commission*

Subsides aux institutions

**Art. 58a (neu)**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Der Bund gewährt Beiträge an gemeinnützige, in der ganzen Schweiz tätige Dachorganisationen, welche dazu beitragen, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens zu fördern, insbesondere an die Kosten der Durchführung folgender Aufgaben:

- Information der Versicherten über ihre Rechte und Pflichten;
- Beratung von Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen.

*Abs. 2*

Ueber die Beitragsbemessung entscheidet, nach Massgabe der Leistungen, der Bundesrat.

*Antrag Eymann Christoph*

Streichen

**Art. 58a (nouveau)**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

La Confédération accorde des subsides aux organisations faitières, reconnues d'utilité publique, actives sur l'ensemble du territoire suisse et qui contribuent à promouvoir l'efficacité et la rentabilité dans le domaine de la santé, en particulier pour l'exercice des tâches suivantes:

- informer les assurés de leurs droits et devoirs;
- conseiller les groupes d'entraide dans le domaine de la santé.

*Al. 2*

Le Conseil fédéral fixe le montant des subsides en fonction des prestations fournies.

*Proposition Eymann Christoph*

Biffer

M<sup>me</sup> Sandoz: M. Deiss nous a dit ce matin – et il a parfaitement raison – que le but de la révision était d'assurer la maîtrise des coûts.

Or, je constate, et le groupe libéral tout entier, que l'article 58a ne permet précisément pas d'atteindre ce but. En effet, on n'a jamais établi à ce jour que le fait d'informer les personnes sur leurs droits et leurs obligations, ou le fait de donner des conseils à des organes qui s'occupent d'entraide en matière de santé, ait diminué les coûts de la santé. On n'a jamais prouvé non plus que lorsqu'on ne sait pas très bien de quoi on parle, on ait pu diminuer les coûts de quelque chose. En effet, comment définit-on de manière précise les organes d'entraide dans le domaine de la santé et les organismes faitiers qui apporteraient des conseils ou une information dans ce domaine? On n'a jamais limité les coûts lorsque l'on ne sait pas ce que sont ces coûts. Nous n'avons aucune idée de ce que représentent les subventions qu'on nous propose de verser. D'aucuns affirment, on vous le dira peut-être, que ça n'est qu'un demi-million ou que 1 million par rapport au 1,4 milliard que représenterait le projet que nous sommes en train d'étudier. C'est peu de chose, mais nous avons déjà, ou vous avez plutôt, hier, ajouté 12 millions à des subventions dans un certain domaine. Et puis, on sait peut-être ce que coûterait maintenant cette subvention, on ne sait en tout cas pas ce que cela coûtera, si on accepte ce genre de subvention, tant il est vrai qu'une fois qu'un principe de subvention est voté on constate toujours une augmentation considérable des coûts.

Donc, si nous voulons être dans la logique de la révision dont nous nous occupons, nous ne pouvons, déjà pour ces trois motifs, que refuser l'article 58a.

Mais je voudrais y ajouter encore un autre motif: c'est une très grande inégalité devant la loi. Imaginez un seul instant: les organes qui s'occupent réellement, sur le terrain, d'entraide dans le domaine de la santé, ceux-là n'ont droit à rien; en revanche, les organes faitiers qui conseillent les organes qui s'occupent sur le terrain, alors ceux-là, ils ont droit à des subventions. Non, si le ridicule tuait, nous serions morts au cas où nous voterions l'article 58a.

Frau Gonseth: Frau Sandoz hat offenbar von ihrem Fraktionskollegen nicht gehört, was in der Kommission besprochen wurde. Eigenverantwortung der Versicherten habe ich bei Ihnen, Frau Sandoz, bisher als Schlagwort schon oft gehört. Deshalb finde ich es unverständlich, weshalb Sie just diesen Artikel 58a streichen wollen, mit welchem Institutionen gestärkt werden, die die Eigenverantwortung der Versicherten unterstützen und damit auch die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens fördern.

Beiträge sollen an zwei Gruppen von Institutionen ausgerichtet werden: erstens an Patientenorganisationen, welche ihre Mitglieder über Rechte, Pflichten, kostengünstige Behandlungen usw. aufklären. Diese Patientenorganisationen sind ein Pendant zu den Konsumentenschutzorganisationen, welche ebenfalls zur Erfüllung ihrer wichtigen Aufgabe Bundesbeiträge erhalten. Neben den Patientenschutzorganisationen sollen zweitens die Beratungsstellen für Selbsthilfegruppen Beiträge erhalten. Die Selbsthilfegruppen selbst kosten nichts; die Beratung, wie eine Selbsthilfegruppe aufgezogen werden kann, wird aber von Fachleuten gemacht.

Eine Selbsthilfegruppe ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Menschen, die an der gleichen, meist chronischen Krankheit leiden und die sich in der Gruppe gegenseitig beraten und unterstützen wollen. Zurzeit bestehen in der Schweiz etwa 700 Selbsthilfegruppen. Diese Menschen leiden zum Beispiel an Schuppenflechte, an chronischen Allergien, an Asthma, an Diabetes usw. Die Gruppenarbeit ersetzt oft viele Arztbesuche, weil die Menschen untereinander ihre Erfahrungen, Therapieerfolge und -misserfolge austauschen. Selbsthilfegruppen dienen aber auch dazu, die eigene innere wie die gemeinsame äussere Isolation zu überwinden, und sie leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur sekundären und tertiären Gesundheitsprophylaxe. Ganz sicher sparen diese Selbsthilfegruppen aber Arzt- und unnötige Therapiekosten. Berechnungen haben ergeben, dass die freiwillig geleistete Arbeit von Selbsthilfegruppen jährlich etwa 21 Millionen Franken kosten

würde, wenn diese Arbeit von Fachleuten übernommen werden müsste. Demgegenüber hat das Bundesamt für Sozialversicherung die jährlich notwendigen Beiträge auf bloss eine halbe Million Franken berechnet. Das ist wirklich nicht viel.

Angesichts der grossen Bedeutung dieser Gruppen für die Patienten selbst, der Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten und der unwesentlichen Kostenfolge bitte ich Sie, den Antrag Eymann Christoph/Sandoz auf Streichung abzulehnen.

Frau Segmüller, Berichterstatterin: Beim Artikel 58a wollte die Kommission der grösseren Bedeutung und den Aufgaben dieser Organisationen Rechnung tragen, gewissermassen als Anerkennung ihrer Arbeit. Es ist dies auch in einem gewissen Sinn ein Gegenstück zum Recht auf Anhörung, das wir diesen Organisationen in Artikel 37 Absatz 4 bei den Verträgen gewähren. Die Kommission hat dieser Bestimmung mit 9 zu 5 Stimmen bei 2 Enthaltungen zugestimmt. Namens der Kommission bitte ich Sie um Ablehnung des Antrages Eymann Christoph/Sandoz.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag Eymann Christoph

58 Stimmen

Für den Antrag der Kommission

54 Stimmen

**Art. 59–61**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 62**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1, 2, 4*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 3*

Der bisherige Versicherer sorgt dafür, dass der Versicherte schriftlich über sein Recht auf Freizügigkeit aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, bleibt der Versicherungsschutz ....

**Art. 62**

*Proposition de la commission*

*Al. 1, 2, 4*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 3*

L'ancien assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de libre passage. S'il omet de le faire, la protection d'assurance ....

*Angenommen – Adopté*

**Art. 63**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2*

Der Versicherer hat dafür zu sorgen, dass der Versicherte schriftlich über sein Recht zum Uebertritt in die Einzelversicherung aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt der Versicherte ....

**Art. 63**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2*

L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste ....

*Angenommen – Adopté*

**Art. 64***Antrag der Kommission**Abs. 1*

.... Taggeld. Sie können die Deckung auf Krankheit und Mutterschaft beschränken.

*Abs. 2*

Der Taggeldanspruch entsteht, wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Ist nichts anderes vereinbart, .... aufgeschoben werden. Wird für den Anspruch auf Taggeld eine Wartefrist vereinbart, während welcher der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist, so kann die Mindestbezugsdauer des Taggeldes um diese Frist verkürzt werden.

*Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 4 (neu)*

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der in Absatz 3 vorgesehenen Dauer geleistet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.

*Abs. 5 (neu)*

Bei Kürzung des Taggeldes infolge Ueberentschädigung gemäss Artikel 70 Absatz 2 dürfen auf die Bezugsdauer nur die ganzen Tage angerechnet werden, die sich durch Teilung des Gesamtbetrages des ausgerichteten Taggeldes durch den versicherten Tagesansatz ergeben. Die ermittelten Tage sind als geschlossene Zeitperiode vom ersten Tag des Taggeldbezuges an auf die Bezugsdauer anzurechnen.

*Antrag Goll**Abs. 1bis (neu)*

In der Schweiz beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben Anspruch auf Versicherung eines Taggeldes von 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Der massgebende Lohn und sein versicherbarer Höchstbetrag richten sich nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung.

**Art. 64***Proposition de la commission**Al. 1*

.... indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture à la maladie et à la maternité.

*Al. 2*

Le droit à l'indemnité journalière prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. A défaut d'un accord .... du montant de la prime. Lorsque, pour la naissance du droit à l'indemnité journalière, les parties conviennent d'un délai d'attente, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière.

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 4 (nouveau)*

En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée prévue à l'alinéa 3. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

*Al. 5 (nouveau)*

Lorsque l'indemnité journalière est réduite pour éviter la surindemnisation conformément à l'article 70 alinéa 2, il ne peut être imputé sur la durée des prestations qu'un nombre entier de jours égal au quotient que l'on obtient en divisant la somme des indemnités journalières versées par le montant de l'indemnité journalière assurée. Le nombre de jours obtenu sera imputé globalement sur la durée des prestations à compter du premier jour de versement de l'indemnité journalière.

*Proposition Goll**Al. 1bis (nouveau)*

Les salariés employés en Suisse ont droit à une assurance d'indemnités journalières équivalant à 80 pour cent du montant assuré. Le salaire de référence et le montant maximum assurable sont déterminés selon les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-accidents.

*Abs. 1-5 - Al. 1-5**Angenommen - Adopté**Abs. 1bis - Al. 1bis*

**Leuenberger Ernst:** Ich springe für die erkrankte Frau Goll ein und bitte Sie, ihrem Antrag zuzustimmen. Das wird ganz sicher der Wiederherstellung ihrer Gesundheit förderlich sein.

Frau Goll schlägt Ihnen bei Artikel 64 vor, einen Absatz 1bis einzufügen, der dem Umstand Rechnung trägt, dass dieser Rat beschlossen hat, keine obligatorische Taggeldversicherung einzuführen. Sie geht davon aus, dass damit bei der Taggeldversicherung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Probleme entstehen können, und sie schlägt deshalb folgende Formulierung vor: «In der Schweiz beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben Anspruch auf Versicherung eines Taggeldes von 80 Prozent des versicherten Verdienstes ....» Sie will damit praktisch einen Kontrahierungszwang erwirken; sie will, dass die Versicherung mit interessierten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern eine Taggeldversicherung abschliessen muss. Sie legt – was in der Sozialversicherung nicht ganz unüblich ist – die Höhe des Taggeldes auf 80 Prozent fest.

Diese Idee hat sich Frau Goll nicht aus den Fingern gezogen. Wenn Sie die Botschaft auf Seite 47 konsultieren, sehen Sie, dass bereits in einer frühen Phase das Departement einen ähnlichen Vorschlag gemacht und ihn in die Vernehmlassung geschickt hatte, allerdings etwas belastet durch die Möglichkeit der Taggeldversicherung für Nichterwerbstätige. Im Antrag Goll fehlt dieses belastende Element, weil der Bundesrat argumentiert hat, in der Vernehmlassung sei die Versicherung von Nichterwerbstätigen mit dem Verweis auf den 6. Dezember 1987 abgelehnt worden. Es geht also bloss noch darum, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einen Anspruch auf diese Taggeldversicherung haben. Weil dieser Rat – aus welchen Gründen auch immer – beschlossen hat, kein Taggeldobligatorium einzuführen, wäre es ein Gebot der Billigkeit, jetzt mindestens einen Anspruch für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu stipulieren.

Ich bitte Sie, dieses gewerkschaftliche Anliegen in dieses Gesetz aufzunehmen.

**Allenspach:** Frau Goll, vertreten durch Herrn Leuenberger Ernst, will mit dem Einzelantrag den Anspruch aller Arbeitnehmer auf eine Taggeldversicherung ausdrücklich in diesem Gesetz festschreiben, und zwar eine Taggeldversicherung, die 80 Prozent des versicherten Verdienstes deckt.

Rein formal gesehen ist dieser Antrag völlig überflüssig. Man könnte an die Worte von alt Bundesrat Schaffner erinnern, der einmal gesagt hat, es würden offene Türen zu Kleinholz zerhackt. Die Arbeitnehmer könnten sich heute schon gegen Taggeld versichern, und zwar auch in der Höhe von 80 Prozent des versicherten Verdienstes, sofern sie dies wollten und sofern sie bereit wären, die Prämien dafür zu bezahlen. Ich glaube nicht, dass es bei diesem Antrag einfach darum geht, die Möglichkeit der Versicherung zu schaffen, denn diese Möglichkeit besteht ja heute schon.

Mit diesem Antrag will man nichts anderes, als auf Umwegen das Obligatorium der Taggeldversicherung wenigstens für die Arbeitnehmer einführen. Wir haben dieses Obligatorium der Taggeldversicherung für die ganze Bevölkerung in diesem Saal klar abgelehnt.

Auch der Verweis auf das Unfallversicherungsgesetz ist sehr problematisch und irreführend. Wenn man nämlich die Taggeldversicherung im Krankheitsfalle mit der Unfallversicherung gleichsetzen würde – also beispielsweise mit der Nichtbetriebsunfallversicherung –, würde deutlich, dass die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers im Krankheitsfalle nicht mehr bestehen müsste, weil wir bei der Unfallversicherung auch keine Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers im Falle eines Unfalls haben, und dass die Prämien ausschliesslich, wie bei der Nichtbetriebsunfallversicherung, zu Lasten der Arbeitnehmer zu gehen hätten.

Die Frage stellt sich, ob wir das mit diesem Antrag überhaupt wollen, ob wir eine Unsicherheit schaffen wollen oder ob wir vorgaukeln, es werde damit eine Taggeldversicherung geschaffen, bei der der Arbeitgeber die Prämien zu bezahlen habe.

Aus diesen Gründen – weil dieser Antrag nicht notwendig ist und höchstens Verwirrung schafft – möchte ich Sie bitten, den Antrag Goll abzulehnen.

**M. Phillipona**, rapporteur: La proposition Goll n'a pas été faite en commission, elle n'a donc pas été traitée.

Je vous demanderai cependant de vous en tenir à la solution de la commission, c'est-à-dire de ne pas prendre en considération cette proposition, qui demande la liberté totale de couverture.

M<sup>me</sup> Goll veut donner aux salariés le droit d'exiger des assurances une couverture de 80 pour cent des salaires. C'est soit inutile, soit charger l'article inutilement, après la non-obligation de l'assurance d'indemnités journalières. Il serait d'autant moins compréhensible d'imposer un certain pourcentage alors que la liberté de couverture semblait une meilleure solution.

M<sup>me</sup> **Dreifuss**, conseillère fédérale: Il est vrai que le Conseil fédéral avait prévu une disposition de ce genre et qu'il l'a soumise à la procédure de consultation, partant de l'idée qu'une certaine standardisation des prestations pouvait être la bienvenue. Mais, il est clair que cette standardisation ne donne pas un droit à des subventions ou à une assurance solidaire. Tant qu'on reste dans un système d'assurance privée et facultative, il faut payer ce que l'on veut avoir comme protection et c'est souvent prohibitif.

Si le Conseil fédéral a renoncé à la mettre dans son projet, c'est tout simplement parce que les oppositions venaient des deux côtés. L'opposition de gauche disait: A quoi nous sert une telle norme? Ce que nous voulons, c'est une assurance indemnités journalières obligatoire. J'ai dit au début de notre discussion qu'il y a des arguments tout à fait valables qui plaident en faveur d'un tel caractère obligatoire. D'un autre côté, d'autres milieux disaient: Vous surchargez inutilement un projet déjà difficile en ce qui concerne le consensus qu'il s'agit de rallier.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral avait renoncé à cette proposition. Et je crois qu'il a bien fait.

Il faut aujourd'hui donner une priorité absolue à la solution en ce qui concerne l'assurance des soins. Nous avons fait ce choix au début de nos travaux. Nous voulons régler ce problème de l'assurance des soins. N'alourdissons pas inutilement ce projet en y introduisant quelque chose qui n'apporte pas grand-chose. Et mettons-nous peut-être au travail ensuite pour savoir si nous ne voulons pas une assurance d'indemnités journalières obligatoire dans un autre projet qui pourra continuer le travail de construction auquel nous nous adonnons aujourd'hui.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag Goll  
Dagegen

38 Stimmen  
80 Stimmen

#### Art. 65

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

#### Art. 66

##### Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

Streichen

#### Art. 66

##### Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

Biffer

Angenommen – Adopté

#### Art. 67, 68

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

#### Art. 69

##### Antrag der Kommission

.... mindestens selbsttragend ist. (Rest streichen)

#### Art. 69

##### Proposition de la commission

.... au moins autonome. (Biffer le reste)

Angenommen – Adopté

#### Art. 70–73

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

#### Art. 74

##### Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3 (neu)

Die Versicherer geben den zuständigen Behörden der Kantone auf Anfrage kostenlos die Auskünfte und Unterlagen, die für die Festsetzung der Prämienverbilligung nach Artikel 57 notwendig sind.

#### Art. 74

##### Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3 (nouveau)

Les assureurs fournissent gratuitement aux organes cantonaux compétents, à leur demande, les renseignements et les documents nécessaires pour fixer la réduction des primes selon l'article 57.

Angenommen – Adopté

#### Art. 75–81, 81a, 82–86

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

#### Art. 87

##### Antrag der Kommission

Abs. 1

Der Bundesrat ist mit dem Vollzug dieses Gesetzes beauftragt.

Abs. 2 (neu)

Er erlässt die Ausführungsbestimmungen und hört zuvor die Kantone und die interessierten Organisationen wie auch Fachleute der betroffenen Bereiche an.

**Art. 87**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*

Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la présente loi.

*Al. 2 (nouveau)*

Il édicte les dispositions nécessaires et entend au préalable les cantons et organisations intéressées ainsi que des spécialistes des domaines concernés.

*Angenommen – Adopté*
**Art. 88 Abs. 1**
*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 88 al. 1**
*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*
**Art. 88 Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
*Art. 4 Abs. 1 Bst. f, g*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Art. 5*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Art. 47 Abs. 2*

Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung gemäss dem Bundesgesetz vom ... über die Krankenversicherung sehen die Kantone ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem der Richter den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt.

*Art. 47 Abs. 3*

Bei Streitigkeiten im Sinne des vorstehenden Absatzes dürfen den Parteien keine Verfahrenskosten auferlegt werden; jedoch kann bei mutwilliger Prozessführung der Richter der fehlbaren Partei solche Kosten ganz oder teilweise auferlegen.

**Art. 88 al. 2**
*Proposition de la commission*
*Art. 4 al. 1 let. f, g*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Art. 5*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Art. 47 al. 2*

Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi du ... sur l'assurance-maladie, les cantons prévoient une procédure simple et rapide et dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves.

*Art. 47 al. 3*

Dans les contestations au sens de l'alinéa précédent, les parties n'ont à supporter de frais de procédure; toutefois, le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie de ces frais.

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Bitte lassen Sie Ihr Auge für einen Augenblick auf dem Satz in Artikel 88 Absatz 1 verweilen. Es ist ein historischer Satz: Das Gesetz von 1911 wird nämlich damit aufgehoben, und das bestätigt eigentlich, dass wir eine umfangreiche, grosse Arbeit geleistet haben. – Ich wollte Sie nur darauf aufmerksam machen.

*Angenommen – Adopté*
*Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen*
*Le débat sur cet objet est interrompu*
*Schluss der Sitzung um 19.10 Uhr*
*La séance est levée à 19 h 10*



**Vierzehnte Sitzung – Quatorzième séance**

Donnerstag, 7. Oktober 1993, Vormittag  
Jeudi 7 octobre 1993, matin

08.00 h

Vorsitz – Présidence: Herr Schmidhalter

91.071

**Krankenversicherung. Revision**  
**Assurance-maladie. Révision**

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1883 hiervoor – Voir page 1883 ci-devant

**Art. 88 Abs. 3 Art. 88a, 88b, 97 Abs. 1**

Antrag der Kommission

Mehrheit

Art. 88a Randtitel

Krankenversicherung

a. Verbot der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts; Prämiengleichheit

Art. 88a Abs. 1

Bei Zusatzversicherungen zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom .... und bei den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen ist es untersagt, die Versicherten oder die Antragstellenden aufgrund ihres Geschlechtes direkt oder indirekt zu benachteiligen. Insbesondere darf aus solchen Gründen kein Versicherungsantrag zurückgewiesen und kein Versicherungsvertrag gekündigt werden.

Art. 88a Abs. 2

Die Prämien dürfen nicht nach dem Geschlecht abgestuft werden.

Art. 88a Abs. 3

Im Falle einer Diskriminierung kann nach Artikel 28a des Zivilgesetzbuches geklagt werden.

Art. 88b Randtitel

b. Leistungen bei Mutterschaft

Art. 88b Wortlaut

Bei Zusatzversicherungen zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom .... und bei den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen sind die Leistungen auch bei Schwangerschaft und Niederkunft zu gewähren. Es dürfen keine zusätzlichen Prämien erhoben werden.

Art. 97 Abs. 1

.... 71 Absatz 1, 73, 74 Absatz 1, 88a und 88b dieses Gesetzes.

Minderheit

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Gysin, Heberlein, Keller Rudolf, Philipona, Pidoux, Seiler Hanspeter)

Ablehnung des Antrages der Mehrheit

**Art. 88 al. 3 art. 88a, 88b, 97 al. 1**

Proposition de la commission

Majorité

Art. 88a titre marginal

Assurance-maladie

a. Interdiction de discriminer en fonction du sexe; égalité des primes

Art. 88a al. 1

Dans les assurances complémentaires à l'assurance-maladie selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du .... et dans les assurances facultatives privées d'indemnités journalières, il est interdit de discriminer un preneur d'assurance ou un proposant en se fondant directement ou indirectement sur le sexe, notamment en refusant la proposition d'assurance ou en résiliant le contrat d'assurance.

Art. 88a al. 2

Les primes ne peuvent être échelonnées selon le sexe.

Art. 88a al. 3

En cas de discrimination, les actions de l'article 28a du Code civil s'appliquent.

Art. 88b titre marginal

b. Prestations en cas de maternité

Art. 88b texte

Dans les assurances complémentaires à l'assurance-maladie selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du .... ainsi que dans les assurances facultatives privées d'indemnités journalières, les prestations en cas de grossesse et d'accouchement doivent être garanties. Aucun supplément de prime ne peut être exigé à cet effet.

Art. 97 al. 1

.... 71 alinéa premier, 73, 74 alinéa premier, 88a et 88b de la présente loi.

Minorité

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Gysin, Heberlein, Keller Rudolf, Philipona, Pidoux, Seiler Hanspeter)

Rejeter la proposition de la majorité

**Rychen**, Sprecher der Minderheit: Ich nehme vorweg und halte deutlich fest, dass mit dieser Vorlage in der Grundversicherung ein grosser Fortschritt für die Frauen erzielt wird: Gleiche Prämien für Mann und Frau; die Leistungen in der Mutterschaft sind in der Grundversicherung voll abgedeckt.

In der Zusatzversicherung sieht die Minderheit keine Notwendigkeit, sozial einzugreifen, denn die Zusatzversicherung – das müssen wir lernen – ist keine soziale Einrichtung, sondern ist das, was die Bürgerinnen und Bürger zusätzlich wünschen. Ich wage die Behauptung: Es sind Luxusversicherungen. Jeder muss selber entscheiden, ob er sie will oder nicht. Mit der Grundversicherung ist jedermann bestens versichert.

Im übrigen gibt es ein weiteres Argument, das sehr wichtig ist: das Verhältnis zu den privaten Versicherungen. Ich zitiere, Frau Bundesrätin, aus dem Kommentar zu Artikel 1 in der Botschaft des Bundesrates (S. 48): «Das Gesetz regelt die soziale Krankenversicherung, nicht aber die Zusatzversicherungen; diese unterliegen dem Privatrecht .... Es wird klar unterscheiden zwischen der sozialen Versicherung mit einem umfassenden Leistungsangebot .... und der Zusatzversicherung für besondere Wünsche wie Unterkunft in der privaten oder halbprivaten Abteilung. Daher gibt es keinen Grund, die Zusatzversicherungen der Sozialgesetzgebung zu unterstellen.»

Der Bundesrat sagt klipp und klar, wum es geht. Wer sich auf einer Privatabteilung pflegen lassen will, muss das entsprechende risikogerecht bezahlen. Dieses Konzept des Bundesrates ist an und für sich gar nicht exotisch. Es ist sehr logisch, wenn man im europäischen Umfeld nach Vergleichen sucht. Sämtliche EG-Staaten zum Beispiel respektieren die Tatsache, dass die zwei völlig verschiedenen Versicherungssysteme, die durch Gesetz geordneten Versicherungen und die auf Verträgen beruhenden privaten Versicherungen, nicht miteinander vermischt werden können.

Diese klare Trennung von obligatorischer Grundversicherung und freiwilliger privater Zusatzversicherung kennen wir heute nicht nur im Bereich der Krankenversicherung, sondern auch in anderen Bereichen, zum Beispiel im Bereich der Unfallversicherung. Wenn Sie sich dort über das Obligatorium hinaus vermehrt – für mehr Leistungen – versichern wollen, müssen Sie auch Risikoprämien zahlen. In diesem Fall möchte ich darauf aufmerksam machen, dass Sie, wenn Sie dem Antrag der Mehrheit zustimmen, etwas Exotisches beschliessen, etwas,

das nicht in unser Versicherungssystem passt und das ungerrecht ist, auch gegenüber anderen Versicherungszweigen. Ich möchte Sie noch auf etwas aufmerksam machen: 70 Prozent aller medizinischen Leistungen zur Behandlung einer Krankheit sind durch die Grundversicherung abgedeckt; das müssen wir beachten. In dieser Grundversicherung haben wir sehr stark sozial ausgeglichen: Wir haben gleiche Prämien für Mann und Frau, wir haben die Solidarität verstärkt, wir haben einen abgeschlossenen Leistungskatalog, wir haben auch die entsprechenden Subventionen für ärmere Leute. Das ist das, was wir brauchen, und alles andere soll dem freien Markt überlassen werden.

Ich bitte Sie, auch zu bedenken, dass wir im Rahmen der EWR-Vorlage ohne Bedenken einem solchen Konzept klar zugestimmt haben. Daher bin ich etwas erstaunt, dass es jetzt plötzlich ganz anders tönt.

Ich bitte Sie, das Thema nicht allzusehr im Gegenüberstellen von Mann und Frau zu beurteilen, sondern den Grundsatz der Aufteilung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung zu sehen – oder deutlicher gesagt: zwischen der notwendigen sozialen Versicherung und der Luxusversicherung. Ich bitte Sie aus diesen Gründen, die Minderheit zu unterstützen und den Antrag der Kommissionsmehrheit abzulehnen.

**Frau Heberlein:** Die Kommissionsmehrheit hat beschlossen, sich auch in den Regelungsbereich der Privatversicherungen einzuschalten und gleichzeitig mit der sozialen Krankenversicherung auch der privaten Versicherung im Bereich der Zusatzversicherungen Auflagen zu machen.

Für mich steht heute nicht allein die Frage der Prämienungleichheit in der Zusatzversicherung im Vordergrund, sondern die mit dieser Regelung verbundenen Konsequenzen bezüglich Unfallversicherung, Lebensversicherung, zweiter Säule sowie die damit ebenfalls verbundene Aufnahmepflicht und weitere Eingriffe in das Privatrecht. Richtig ist, dass mit dem Weglassen dieser Artikel für diejenigen Frauen, welche heute bei einer Krankenkasse zusatzversichert sind, eine Schlechterstellung erfolgen kann. Denn mit dem dringlichen Bundesbeschluss wurde den Krankenkassen die Prämienungleichheit auch in diesem Bereich auferlegt, da sie heute auch im Zusatzversicherungsbereich dem Sozialversicherungsrecht unterstehen, dies im Gegensatz zu den privaten Versicherungen.

Vielleicht müssen wir die Zahlen etwas in Relation setzen. Wir haben rund 20 Prozent halbprivat Zusatzversicherte und 8 Prozent rein privat Versicherte. Davon sind maximal 60 Prozent Frauen.

Die klare Trennung von Grund- und Zusatzversicherung – finanziell, aufsichtsmässig und gesetzlich – hat zur Konsequenz, dass Kassen und Versicherungen gleichgestellt werden. Die Prämienungleichheit im dringlichen Bundesbeschluss für die Zusatzversicherungen ist ausserdem zeitlich auf die Dauer dieses Bundesbeschlusses begrenzt; nachher wäre sie wieder aufgehoben. Den privaten Versicherungen ist freigestellt, auf solche Prämienendifferenzierungen ebenfalls zu verzichten. Die Kassen können sie beibehalten, wenn sie dies wollen.

Mit einem klaren Ja ist auch die Frage zu beantworten, ob differenzierte Prämien für Frauen und Männer in der privaten Krankenversicherung mit dem geltenden EG-Recht vereinbar seien. Im März 1993 fand im Deutschen Bundestag eine Diskussion statt. Interessant bei dieser Diskussion ist für uns die Antwort der Bundesregierung auf die Frage von Abgeordneten zur unterschiedlichen Prämiengestaltung bei Männern und Frauen in der Privatversicherung. Darin kommt klar zum Ausdruck, dass die deutsche Bundesregierung in keiner Art und Weise systemfremde Elemente aus dem Bereich der Sozialversicherung, wie zum Beispiel Beitragsfreiheit während Erziehungsurlaub, in die private Krankenversicherung einführen möchte. Dazu gehört auch die Prämienungleichheit, welche «höchstens zu einer Beitragsmehrbelastung der übrigen Versicherten führen würde». Ebenso ist die Bundesregierung der Meinung, dass schwangerschafts- und geburtsbezogene Prämien für Frauen berechtigt seien. Auch die Richtlinie zur schrittweisen Verwirklichung des Grundsatzes zur Gleichbehandlung sei nicht auf die privaten Krankenversicherungen

anwendbar, sondern auf den Bereich der sozialen Sicherheit begrenzt. Wagnisgerechte und damit auch geschlechtsspezifische Prämien müssten verlangt werden; es heisst in der Antwort der deutschen Regierung, es liege weder eine Verletzung einer EG-Richtlinie noch eine Verletzung des Gleichberechtigungssatzes vor; die Prämien seien wegen des unterschiedlichen Krankheitsrisikos unterschiedlich und nicht wegen des Geschlechts. Gelten diese klaren Aussagen der deutschen Bundesregierung für die Schweiz etwa nicht?

Ein Einbezug des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) in diese Gesetzesrevision hätte fatale Konsequenzen für die gesamte Vorlage. Denn weder wurden die Versicherer konsultiert, noch ist die Gleichbehandlung zwingend. Wir verletzen mit der Aufnahmepflicht die Vertragsfreiheit. Die Abwägung der Rechtsgüter, wie sie übrigens auch im Gutachten des Bundesamtes für Justiz klar postuliert wird, wird völlig vernachlässigt. Die rechts- und verfassungspolitischen Bedenken gegen einen derartigen Eingriff werden nicht berücksichtigt. Meiner Meinung nach müssen sie aber mindestens gleich hoch zu gewichten sein.

Weshalb denn sonst hätte der Bundesrat entsprechend dem Verfassungsauftrag die notwendige Gesetzgebung nicht bereits in die Wege geleitet? Nicht zuletzt wahrscheinlich deshalb, weil er sich dieser Aspekte auch bewusst ist. Die Folge wäre höchstens, dass nun – um auf eine risikogerechte gleiche Prämie zu gelangen – die Zusatzversicherung für die Männer erhöht werden müsste. Ein Ausweichen auf ausländische Versicherungen wäre vorgegeben.

Nehmen wir uns Zeit, diese Frage in all ihren Aspekten zu behandeln und die Konsequenzen zu erwägen. Wir gefährden mit dem Schnellschuss, der in der Kommission abgegeben wurde, die gesamte Revision, die dringende Revision der Grundversicherung. Ich möchte darauf verzichten, jetzt einen Brief von Raymond Spira, SP, Mitglied des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes, zu zitieren, der sich vehement gegen den Einbezug von Elementen des Sozialversicherungsrechts in das Privatrecht wehrt.

Ich ersuche Sie aus diesen Gründen im Namen der einstimmigen FDP-Fraktion, den Minderheitsantrag zu unterstützen.

**Gysin:** Die Kommissionsmehrheit scheint sich über die Tragweite ihres Antrages nicht im klaren zu sein. Die vorgeschlagene Aenderung des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) beinhaltet nämlich keinesfalls nur die Einführung gleicher Prämien für Frauen und Männer in der freiwilligen, privaten Krankenversicherung. Wer sich die Mühe macht und die auslegungsbedürftigen Bestimmungen genauer studiert, stellt fest, dass sie einen schwerwiegenden Eingriff in die von Artikel 31 der Bundesverfassung garantierte Handels- und Gewerbefreiheit zur Folge haben. Dieses Grundrecht setzt das Institut des Vertrags voraus und schützt damit das für die Privatversicherung charakteristische Merkmal, nämlich die Vertragsfreiheit. Nach geltendem Recht bedeutet Vertragsfreiheit, dass die Versicherer keinem Kontrahierungszwang unterworfen sind, dass sie frei entscheiden können, mit wem sie einen Vertrag abschliessen wollen, dass sie den Vertragsinhalt frei gestalten und die Prämien festsetzen können. Die Vertragsfreiheit erklärt die grosse Vielfalt der Angebote, die, nicht zuletzt im Interesse der Versicherungsnehmer, auf dem Markt bestehen.

Sicher, die Handels- und Gewerbefreiheit kann wie andere Grundrechte auch beschränkt werden; Voraussetzung dafür ist jedoch ein überwiegendes öffentliches Interesse und die Achtung des Kerngehaltes dieses Grundrechts. Es kann wohl niemand im Ernst behaupten, im vorliegenden Falle liege ein öffentliches Interesse vor – es sei denn, es liege im öffentlichen Interesse, wenn die freiwillige, private Krankenversicherung praktisch nicht mehr durchführbar ist und wenn sie für alle, aufgrund des enormen administrativen Aufwandes, viel teurer wird!

Von einer Achtung des Kerngehaltes der Handels- und Gewerbefreiheit kann bei den gravierenden Auswirkungen der vorgeschlagenen Bestimmungen auch nicht gesprochen werden, denn die von der Kommissionsmehrheit vorgeschlagenen VVG-Bestimmungen schränken die Vertragsfreiheit nicht nur

ein, sie heben sie praktisch vollständig auf. Die Versicherer könnten nicht nur keine bedarfsgerechten Lösungen mehr anbieten, die versicherten Ereignisse wären infolge des Aufnahmewangs bei gleichzeitigem Verbot geschlechtsspezifischer Vorbehalte nicht mehr zufallsbedingt. Das Hauptmerkmal der Privatversicherung würde somit eliminiert und die Prämienkalkulation praktisch verunmöglicht.

Das Bundesgericht hat wiederholt festgehalten, dass die Handels- und Gewerbefreiheit vor staatlichen Eingriffen schützt, welche das Gewerbe in seiner Gesamtheit betreffen. Im vorliegenden Fall wäre die gesamte schweizerische Versicherungswirtschaft betroffen, da praktisch keine Zusatzversicherungen und keine Taggeldversicherungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz mehr angeboten werden könnten.

Wir dürfen nicht vergessen, dass die Vertragsfreiheit im Versicherungsvertragsgesetz zum Schutze der Versicherungsnehmer durch die Aufstellung von zwingenden und zur Hälfte zwingenden Vorschriften bereits relativ stark eingeschränkt wird.

Der Gesetzgeber hat sich jedoch bis heute Zurückhaltung auferlegt und bewusst davon abgesehen, die Ausgestaltung der einzelnen Versicherungszweige durch gesetzliche Begriffsbestimmungen unnötig zu begrenzen. Auf das Ganze gesehen hat das heute geltende Versicherungsvertragsgesetz das richtige Mass gefunden, indem es den notwendigen Schutz der versicherten Personen gewährleistet, ohne der Versicherungswirtschaft unnötige Fesseln anzulegen. Das Versicherungsvertragsgesetz darf aus heutiger Sicht als eigentliches Konsumentenschutzgesetz bezeichnet werden.

Wir dürfen auch die Entwicklung in den EG-Ländern nicht aus den Augen verlieren. Ein koordiniertes Versicherungsvertragsrecht der EG wird den Inhalt des VG in Zukunft beeinflussen. Tatsache ist, dass die EG nicht beabsichtigt, den Versicherten in der freiwilligen, privaten Krankenversicherung derartige Beschränkungen aufzuerlegen, wie sie von der Kommissionenmehrheit für das schweizerische Versicherungsvertragsgesetz gefordert werden.

Es gilt deshalb, frühzeitig dieser Tendenz – weg vom wirtschaftlichen System der freien Konkurrenz, hin zur Staatswirtschaft – zu begegnen. Ich ersuche Sie deshalb im Namen der grossen Mehrheit der freisinnigen Fraktion, den Mehrheitsantrag abzulehnen.

**Baumberger:** Die Nationalratskommission hat beschlossen, für Zusatzversicherungen wesentliche Vorschriften des Sozialversicherungsrechts ins private Versicherungsvertragsrecht zu übertragen, insbesondere auch die Prämienungleichheit für Mann und Frau.

Die Kommissionenmehrheit hat sich wesentlich vom Bericht des Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann leiten lassen. Nach eingehender Prüfung komme ich zum Schluss, dass es sich bei jenem Bericht zwar um eine sozial- und gleichstellungspolitische Streitschrift handelt – das ist durchaus verständlich –, aber kaum um ein juristisches Gutachten. Vorwürfe wären auch im Zusammenhang mit dem – immerhin wesentlich differenzierteren – Gutachten des EJPD zu erheben. Es muss davon ausgegangen werden, dass die verfassungsmässigen Rechte gemäss Bundesverfassung zunächst Rechte des Bürgers, des Einwohners, gegenüber dem Staat sind und dass die Drittwirkung solcher Rechte, also die unmittelbare Anwendung zwischen Personen des Privatrechtes, nach Lehre und Gesetzgebung nur eingeschränkt gilt.

Insbesondere in zwei Fällen gilt die Drittwirkung: nämlich dann, wenn die Bundesverfassung dies selbst vorschreibt (so gemäss Artikel 4 Absatz 2, Anspruch auf gleichen Lohn bei gleicher Arbeit), oder dann, wenn ein soziales Machtgefälle besteht. Dies ist gerade beim Versicherungsvertrag nicht der Fall, weil dieser durch versicherungstechnische Aspekte geprägt ist. Werden diese Überlegungen auf den konkreten Fall angewendet, so sieht man, dass es sich bei Artikel 88a höchstens vordergründig um ein Mann-Frau-Problem handelt.

In Tat und Wahrheit geht es um die Umsetzung einer Drittwirkungsdoktrin, welche letztlich auf alle Aspekte unseres Lebens ausstrahlen müsste und im Ergebnis – überspitzt gesagt – auf eine materielle Totalrevision unserer Verfassung hinausliefe, und zwar ohne Zustimmung von Volk und Ständen, was nicht denkbar ist.

Es liegt auf der Hand, dass diese Drittwirkung nicht auf die freiwillige Zusatzversicherung beschränkt wäre. Warum sie nicht auch auf Risikolebensversicherungen, auf Unfallversicherungen und dergleichen ausdehnen, wo die Risikoverhältnisse anders sind, wo dann die Männer gleiche Prämien verlangen müssten? Und wenn schon alle Schweizer nach Artikel 4 Absatz 1 BV gleich sind, warum diese Drittwirkung nicht auch auf das Alter beziehen? Die Jungen und die Alten, warum haben denn diese nicht auch gleiche Prämien? Auch sie müssten es haben, wenn wir die Drittwirkung konsequent weiterführen wollten!

Die Handels- und Gewerbefreiheit schützt eben den Kerngehalt unserer freien Wirtschaft und des Wettbewerbes; darin enthalten ist ein Verbot der Staatslenkung unserer Wirtschaft. Selbstverständlich lassen sich einzelne Prämienbeispiele auflisten, welche für betroffene Frauen belastend sein können. Indessen ist das nicht etwas, das geschlechtsspezifisch wäre; solche Beispiele lassen sich mit umgekehrten Risikoverhältnissen auch für andere Fälle – für Männer, für alte Leute, für junge Leute und dergleichen – auflisten.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass mit dem Antrag der Kommissionenmehrheit das Prinzip der Verhältnismässigkeit nicht eingehalten wird. Es ist klar, dass wir mit diesem Mittel das Ziel gar nicht erreichen können. Die Prämien der Frauen in der Zusatzversicherung werden allein schon deshalb nicht sinken, weil Sie dann die Männer zwingen müssten, ebenfalls solche Zusatzversicherungen abzuschliessen, und zwar in der Schweiz. Das können Sie nicht.

Will man das erklärte Ziel vieler Frauenverbände erreichen, so müsste man diese Zusatzversicherung als Teil der Sozialversicherung erfassen. Das ist indessen weder finanzierbar noch sozial sinnvoll. Sozial abzusichern sind die Grundleistungen, wie sie im entsprechenden Katalog des Gesetzes enthalten sind, nicht aber der individuell verschiedene Zusatzbedarf, welcher ja bis zum Luxus reichen kann.

Zusammenfassend empfehle ich Ihnen namens einer grossen CVP-Mehrheit, den, zwar gutgemeinten, «Kurzschluss» der Kommissionenmehrheit zu korrigieren und den entsprechenden Antrag für die Artikel 88a und 88b zu streichen.

**M. Deiss:** L'égalité des primes entre hommes et femmes en matière d'assurance-maladie sociale est acquise. Cette assurance couvre les soins de base, en quelque sorte le minimum vital médico-sanitaire. Elle repose sur une large solidarité qui consiste en une redistribution entre les âges et entre les sexes. L'assurance complémentaire, quant à elle, couvre des prestations supplémentaires. On peut parler de confort. Là, l'application du principe de l'égalité des primes entre les sexes peut paraître politiquement souhaitable; mais une telle décision politique, vous l'avez déjà prise en grande partie en attribuant les assurances complémentaires au domaine des assurances privées. Pour pouvoir fonctionner, ces institutions doivent pouvoir appliquer un barème des primes fondé sur le risque. La solidarité s'exprime donc par rapport à un même risque, mais ne tolère pas de redistribution entre les catégories d'assurés.

Si la volonté politique d'éliminer les discriminations basées sur le sexe dans les assurances complémentaires devait exister, il faudrait aller beaucoup plus loin et réintroduire ce domaine dans celui des assurances sociales. En effet, conçue comme telle, cette solution empêche les assurances privées de fonctionner selon les règles du marché. Il faut introduire l'obligation d'assurer, et cela n'empêche pas les assureurs de tenter une sélection des risques, d'où la nécessité peut-être même d'étendre la compensation des risques à ce secteur, et on ne voit pas pourquoi on maintiendrait des différences, par exemple pour des assurés en fonction de leur âge.

Enfin, il est évident que cette décision aurait des répercussions dans les autres assurances privées, là aussi où le rap-

port des primes entre les deux sexes est inversé en raison des risques différents.

Il faut donc bien distinguer entre une solidarité qui consiste en une péréquation, c'est-à-dire une redistribution des revenus, qui est propre aux assurances sociales et qui garantit l'égalité à toute la population dans l'accès aux prestations de base, et entre la solidarité dans le sens actuariel, qui est propre au domaine des assurances privées et qui garantit l'égalité face à un même risque.

Pour ces raisons, la majorité du groupe démocrate-chrétien vous invite à suivre la minorité.

**Keller Rudolf:** Solidarität in der sozialen Grundversicherung ist zu befürworten, nicht aber in der privaten Zusatzversicherung, die oft einer Luxusversicherung gleichkommt. Da sollen die effektiven Risiken zum Tragen kommen. Dieser Grundsatz gilt in allen westeuropäischen Ländern. Darauf hat der Bundesrat ja bereits in der EWR-Botschaft hingewiesen, und das wurde von unserem Rat noch vor einem Jahr einstimmig genehmigt.

Vor kurzem hat die deutsche Regierung im Bundestag festgestellt, dass die geschlechtsspezifische Prämienkalkulation in der privaten Krankenversicherung verfassungskonform sei und dem Gleichheitsartikel nicht widerspreche. Genauso ist es von der verfassungsmässigen Seite her gesehen auch in der Schweiz.

Wir müssen achtgeben, dass wir den Frauen keinen Schaden zufügen, Schaden in dem Sinne, dass wir heute ein Präjudiz schaffen, welches auch für andere Versicherungen Auswirkungen zeitigt. Es gibt im Lebensversicherungsbereich Versicherungen, wo die Frauen prämiengünstiger fahren als die Männer. Beschliessen wir heute in der überobligatorischen Krankenversicherung eine Aenderung, so wird ein neuer Weg eingeschlagen. Der neue Weg bedeutet, dass Frauen künftig bei jenen Versicherungen, bei denen sie prämiemässig günstiger fahren, auch die höheren Männerprämien bezahlen werden. Denn es ist ja wohl nicht anzunehmen, dass in diesen Fällen die Männerprämien- auf die Frauenprämienhöhe gesenkt würden. Der Kommissionsbeschluss führt – bezogen auf alle Versicherungen, welche jede einzelne Person abgeschlossen hat – unweigerlich zu einer noch grösseren Belastung der Versicherten. Wollen wir das wirklich?

Ich frage mich: Müssen wir denn da nicht konsequenterweise auch beim BVG, der Pensionskasse also, und in anderen Versicherungsbereichen gleiche Prämien, dann aber zum Nachteil der Frauen, einführen? Auf jeden Fall ist klar: Wenn Sie dem Antrag der Kommissionsmehrheit zustimmen wollen, müssen Sie die Vertragsabschlussfreiheit der Versicherer aufheben. Dadurch würden die Grundlagen im Versicherungsbereich massgebend umgekrempelt, in Richtung Verstaatlichung gelenkt. Man bräuchte über weite Gebiete neue versicherungstechnische Grundlagen. Ich nehme an, Sie sehen, dass dies nicht einfach so geschluckt würde, dass es eben die Vorlage erheblich belasten dürfte. Mit dem vorliegenden Antrag heben Sie die Vorlage auf den Prüfstand und riskieren ein Referendum der Privatversicherer.

Ich bitte Sie nochmals eindringlich, die Einwände der Privatversicherer ernst zu nehmen. Wenn Sie im überobligatorischen Bereich die gleichen Prämien einführen, führt das unweigerlich zu einem Missbrauch der privaten Versicherung; es führt auch zur Abwanderung von Versicherten ins Ausland, weil sie dort die günstigeren Prämien haben können. Seien Sie sich der Tragweite dieses Antrags bewusst. Stimmen Sie gegen die knappe Kommissionsmehrheit!

**Frau Gonseth:** Umfassende Solidarität soll mit diesem Gesetz hergestellt werden. Mit den Artikeln 88a und 88b führen wir nichts Neues ein, im Gegenteil: Wir verhindern damit, dass Frauen bei Zusatzversicherungen in Zukunft massiv schlechter gestellt werden als heute. Etwa 30 Prozent aller Frauen haben Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung. Sie bezahlen heute gleiche Prämien wie Männer, und das muss so bleiben. Andernfalls hätten junge Frauen, zum Beispiel Frauen zwischen 20 und 25 Jahren, den massivsten Aufschlag zu zahlen. Bei der Zürich Versicherungs-Gesell-

schaft zahlen Männer dieser Altersgruppe jährlich 1078 Franken, Frauen dagegen 2583 Franken, also 140 Prozent mehr. Doch was bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft gilt, gilt nicht für andere Privatversicherungen.

Auf meine Anfrage bei der PKU erhielt ich nicht die gewünschten Zahlen, sondern die skandalöse Antwort, wonach Prämienvergleiche nicht möglich seien, da sie nur momentanen, örtlichen, punktuellen Charakter, wenig Aussagekraft hätten und zudem schlecht miteinander verglichen werden könnten, da Umfang, Leistungen und Vertragsbestimmungen der einzelnen Versicherer von jeher stark voneinander abweichen würden.

Ich frage Sie: Wie sollen Frauen bei diesem Dschungel, ohne Offenlegung der Vergleichszahlen, in Zukunft herausfinden, bei welchen Zusatzversicherungen sie am wenigsten diskriminiert würden? Wo bleibt da die vielgerühmte Transparenz der freien Marktwirtschaft? Herr Deiss, Sie als Preisüberwacher wären hier einmal zu Taten aufgefordert, auch zum Schutz der Männer.

Bei meinen Recherchen habe ich schliesslich anonymisierte Vergleichszahlen vom Bundesamt für Privatversicherungswesen erhalten. Die grösste angegebene Prämien Differenz für Zusatzversicherungen beträgt 148 Prozent bei Krankheit und 186 Prozent bei der Taggeldversicherung. Durchschnittlich sind in der Privatassekuranz gemäss BPV die Prämien für Frauen 62,8 Prozent höher.

Es ist ein Hohn, wenn die Privatversicherer nun behaupten, mit den Artikeln 88a und 88b würde die Zusatzversicherung undurchführbar. Die Krankenkassen konnten es bisher auch, und sie schreiben sogar, dass ihnen die erneute Kehrtwendung wieder administrativen Zusatzaufwand bringen würde. Wenn sich in Zukunft nicht nur die Krankenkassen, sondern auch die Privatassekuranz an das Prinzip der Prämien Gleichheit halten müssen, kann nicht von einem Verzerrten der Wettbewerbsfreiheit gesprochen werden, sondern es gelten endlich gleich lange Spiesse für alle.

Der Entscheid der Kommissionsmehrheit gründet sich auf zwei unabhängige Gutachten des Bundesamtes für Justiz und des Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann. Wir brauchen doch keine Gutachten zu bestellen, wenn nachher andere Herren hier drinnen dies alles bezweifeln wollen. Beide Gutachten kommen zum Schluss, dass der Auftrag von Artikel 4 BV den Gesetzgeber verpflichtet, geschlechtsspezifische Ungleichbehandlungen in allen Rechtsgebieten und Lebensbereichen zu beseitigen. Dieser verfassungsrechtliche Grundsatz sei höher zu werten als das Recht auf Vertragsfreiheit; höhere Prämien für Frauen bei Zusatzversicherungen für Krankheit und für Taggeld seien mit Artikel 4 BV nicht vereinbar, und der Eingriff in die Handels- und Gewerbefreiheit sei verhältnismässig.

Einschränkungen der Vertragsfreiheit sind übrigens nichts Neues in unserer Gesetzgebung. Wir haben gerade letzte Woche bei der Behandlung des Konsumkreditgesetzes zahlreiche Einschränkungen der Vertragsfreiheit verankert.

Dass Männer in Zukunft ihre Zusatzversicherungen im Ausland abschliessen würden, ist nach geltendem Recht nicht erlaubt. Es ist also nicht akzeptabel, dass solche Drohungen gemacht werden.

Besonders diskriminierend wäre vor allem die Möglichkeit des Leistungsausschlusses bei Mutterschaft in der freiwilligen Taggeldversicherung. Arbeitgeber könnten bei Kollektivtaggeldversicherungen Mutterschaftsleistungen ausklammern, um Prämien zu sparen. Eine junge Frau, welche in einem Betrieb gezwungen würde, einer Kollektivtaggeldversicherung beizutreten, bekäme dann ausgerechnet bei Mutterschaft keine Leistungen. Die Prämienunterschiede beruhen zu einem grossen Teil auf Kosten für Mutterschaft, denn diese Unterschiede sind bei Frauen zwischen 20 und 30 Jahren am höchsten.

Es geht aber nicht an, dass Mutterschaft immer noch allein den Frauen angelastet wird. Es ist an der Zeit, dass diese solidarisch von allen Versicherten getragen wird. Nur so werden auch wir EG-tauglich, denn in der EG ist eine solidarische Mutterschaftsversicherung mit mindestens 14 Wochen bezahltem Mutterschaftsurlaub längst Pflicht, ebenso die Taggeldversi-

cherung bei Krankheit. Aus diesem Grund lässt sich heute unser Versicherungssystem nicht mit demjenigen der EG vergleichen. Mit der Zustimmung zu den Artikeln 88a und 88b können wir unseren Rückstand in der Versicherungsdeckung gegenüber der EG wenigstens um einen kleinen Schritt verringern.

Im übrigen finde ich es skandalös, wenn die Herren Rychen, Keller Rudolf, Gysin, Baumberger usw. den Frauen im Zeitalter der Gleichstellung zumuten, sie sollten sich mit dritter Klasse begnügen, während Männer zu viel günstigeren Prämien alle Zusatzversicherungen haben können. Die vorgenommene Korrektur ist unerlässlich, wenn Frauen mit dem neuen Gesetz nicht ein böses Erwachen haben sollen.

Die grüne Fraktion bittet Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

**M<sup>me</sup> Brunner Christiane:** Nous avons un mandat constitutionnel très clair, c'est celui de réaliser l'égalité entre hommes et femmes dans toute la législation fédérale. Ce mandat ne date pas d'aujourd'hui. Vous le savez, il date de 1981, mais chaque fois qu'il s'agit de le réaliser, voilà qu'il se pose à nouveau des problèmes. Le principe de l'égalité entre hommes et femmes n'est accepté dans notre pays que si cela reste un principe bien enfermé dans la Constitution fédérale, dont on ne parle pas et, surtout, qu'il ne faut bien sûr pas mettre en pratique.

On a sorti les assurances complémentaires de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Dans l'assurance-maladie actuelle, le principe de l'égalité des cotisations entre hommes et femmes est applicable via nos décisions prises dans l'arrêté fédéral urgent. Si on n'applique pas l'égalité des cotisations dans l'assurance complémentaire, on fait un pas en arrière par rapport à la situation actuelle. Je ne vois donc pas ce qu'il y aurait d'exotique à accepter que l'égalité des cotisations soit également applicable pour les assurances complémentaires.

Monsieur Rychen, si pour une fois ce Parlement adoptait quelque chose d'exotique en faveur des femmes, voilà qui serait beau!

Il n'y a pas seulement la question de l'assurance de base et des assurances complémentaires, mais aussi celle des indemnités journalières. Nous avons essayé d'introduire des règles de concurrence dans la loi pour qu'elles fonctionnent également sur le marché de la santé. Immédiatement et dans la même loi, on introduit des règles différentes, qui faussent la concurrence, entre les assurances qui doivent appliquer l'égalité des cotisations – parce qu'elles couvrent l'indemnité journalière conformément à la loi – et les assurances qui peuvent le faire d'après les règles du contrat d'assurance de droit privé. Ce n'est pas ainsi que j'entends la liberté de commerce et d'industrie.

Ce que nous contestons, c'est que les hommes et les femmes constituent des classes de risque particulières. Il est arbitraire de choisir le critère du sexe pour déterminer à quelle catégorie de risque on appartient et quelles sont les catégories de risque déterminantes. On pourrait tout aussi bien prendre les brunes ou les blondes ou les porteurs de lunettes.

En ce qui concerne les femmes, nous acceptons de faire vivre celles-ci dans une société en trompe-l'oeil. Nous inscrivons l'égalité des cotisations dans la loi, mais en même temps, elle n'est pas applicable à tout le monde; nous inscrivons un congé maternité de 16 semaines dans la loi, mais en même temps, on peut l'exclure. Nous les femmes, nous voulons vivre dans une société bien réelle et nous n'acceptons pas de vivre dans une société en trompe-l'oeil.

Je vous invite à suivre la proposition de la majorité de la commission au nom du groupe socialiste.

**Sieber:** Ich habe vorhin meditiert und mich gefragt, was privat bedeutet. Es ist vom Wort «privare» abgeleitet, und das heisst «rauben». In diesem Zusammenhang habe ich an die Privatversicherer gedacht, denn ich habe das Gefühl, diese wollen den Fünfer und das Weggli. Der Gesetzgeber ermöglicht ihnen neu, im Bereich Grundversicherung einzusteigen. Nicht dass sie hier mit der Gesundheit das grosse Geschäft machen könnten, aber sie bieten neben der Grundversicherung natürlich noch vieles andere an, vor allem um die Kunden an sich zu

binden. Die Privatversicherer ziehen deshalb einen Zusatznutzen aus dem Einstieg in die soziale Grundversicherung.

Es ist daher ernsthaft die Frage zu stellen, ob die Zusatzversicherung erst recht ein reines Geschäft sein soll oder ob den Privatversicherern nicht auch ein Beitrag an die Opfersymmetrie im Gesundheitswesen zuzumuten wäre. Die gleichen Prämien für Mann und Frau sowie die höheren Ansprüche an die Mutterschaftsleistungen sind unserer Ansicht nach ein kleines Opfer innerhalb des attraktiven Tauschhandels, den die Privatversicherer machen können.

Im Bereich der Prämienungleichheit ist es zudem nicht das Parlament, sondern es sind Souverän und Frauenpower, welche dieses Opfer vehement fordern.

Das Parlament hat viele, aber wohl lange nicht alle Wünsche der Patienten erfüllt. Vieles wurde aus Kostengründen in die Zusatzversicherung verschoben. Die Kosten der sozialen Krankenversicherung wurden sozusagen externalisiert. Die Zusatzversicherungen werden somit nicht nur Luxusbedürfnisse abdecken. Bei diesen Zusatzversicherungen müssen Frauen genauso wie Männer mit lebenslänglichen Vorbehalten rechnen. Nach einem Schadenfall können sie genauso wie Männer aus der Zusatzversicherung ausgeschlossen werden. Aber es geht doch nicht an, den Frauen für all diese Risiken noch höhere Prämien aufzubürden.

Deshalb ersucht Sie die LdU/EVP-Fraktion dringend, grünes Licht zu geben – ich könnte es einmal so andeuten (*legt sein grünes Bêret über die rote Lampe am Rednerpult*) – und dem Antrag der Kommissionmehrheit zuzustimmen.

**Bortoluzzi:** Sie haben in der Beratung bisher die Philosophie, die diesem Gesetz zugrunde liegt, weitgehend mitgetragen. Es gibt sicher im Detail sowohl Enttäuschungen wie auch Lichtblicke für die Beteiligten, und alle haben möglicherweise irgendwo Abstriche machen müssen. Ich habe sogar eine gewisse Hoffnung, dass dieses Gesetz das in Kraft stehende ablösen könnte, sofern die wesentlichen Kräfte bereit sind, sich sachbezogen dafür einzusetzen. Sie haben in Artikel 88a und 88b eine Art Schicksalsparagrafen und können hier den letzten gravierenden Fehler der Kommissionmehrheit korrigieren.

Ich gehe davon aus, dass wir eine Volksabstimmung zu bestehen haben; nur fragt sich, wer hinter der Vorlage stehen wird. In dieser Frage und in einem solchen Abstimmungskampf sind die Privatversicherer ein sehr bedeutender Partner. Die Forderung nach gleichen Prämien für Mann und Frau kann in der sozialen Grundversicherung vertreten werden; sie ist dort angebracht; die Frage der Solidarität ist gelöst.

Wenn Sie nun aber glauben, das gelte auch für den Zusatzversicherungsbereich, haben Sie dieses Gesetz nicht richtig verstanden. Es gibt keine Solidarität im Bereich der Zusatzversicherung. Das Verhältnis der Prämienbeträge von Mann und Frau ist etwa – das ist Ihnen vielleicht bekannt – 1 zu 1,5; das Verhältnis von Jung und Alt – dort gibt es auch keine Solidarität im Zusatzversicherungsbereich – ist etwa 1 zu 8. Dort will man nichts tun. Es kann die Solidarität im Zusatzversicherungsbereich nicht geben.

Um den notwendigen Bedarf abzudecken, brauchen wir in unserem Gesundheitswesen keine Zusatzversicherung. Die Leistungen in der Grundversicherung, welche wir hier in diesem Gesetz geregelt haben – mit Solidarität und sozialem Ausgleich –, genügen vollauf.

Aus diesem Grunde bitte ich Sie, den Mehrheitsbeschluss der Kommission als Sündenfall anzusehen und diesen zu korrigieren. Das werden übrigens auch die Mitglieder der SVP-Fraktion tun.

**Eymann Christoph:** Im Namen der liberalen Fraktion bitte ich Sie, der Minderheit zuzustimmen.

In der Grundversicherung stimmen wir dem Grundsatz gleicher Prämien für Frau und Mann zu. In der Zusatzversicherung liegen die Dinge, wie wir jetzt mehrfach gehört haben, anders. Das Versicherungsprinzip basiert auf der Beurteilung der Risiken. Es ist nicht diskriminierend, wenn im privaten Versicherungsbereich die Risiken für die Prämienbemessung ausschlaggebend sind. Auf die Frage, ob Privatversicherer nicht



mehr vom Risiko ausgehen dürfen, antworten wir klar: Doch! Solch dirigistische Eingriffe lehnen wir ab. Es ist gefährlich, die Akzeptanz des Gesetzes wegen dieser einen Bestimmung in Frage zu stellen.

Wir bitten Sie auch deshalb um Zustimmung zur Minderheit.

**Frau Segmüller**, Berichterstatterin: Eine Priorität haben wir bei der Behandlung dieses Gesetzes: Wir wollen der Krankenpflegeversicherung eine neue Basis geben. Der Bereich Krankenpflegeversicherung ist dabei im Vordergrund, und angehängt daran ist der Bereich der freiwilligen Taggeldversicherung.

Was haben wir erreicht? Wir haben in diesen beiden Bereichen die Prämienungleichheit verankert: für die Krankenpflegeversicherung in Artikel 53 und für die freiwillige Taggeldversicherung in Artikel 68. Das war unbestritten. Jetzt dreht sich der Streit um die privaten Zusatzversicherungen und die privaten Taggeldversicherungen.

Was kann man zur Entstehung sagen? Der ganze Streit resultiert ja daraus, dass heute die freiwillige Zusatzversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz geregelt sind. Also galt bis zum Inkrafttreten des dringlichen Bundesbeschlusses die 10prozentige Prämien Differenz für Krankenpflegeversicherung und freiwillige Zusatz- und Taggeldversicherung. Der dringliche Bundesbeschluss hat für diese Bereiche die gleichen Prämien für Mann und Frau vorgesehen. Das zeigt die Wirkung des Sozialversicherungsrechtes auf die freiwillige Taggeldversicherung. Dieser Zusatz galt nicht für die private Taggeldversicherung, dort haben wir weiterhin die Prämien Differenz.

Und jetzt zum neuen KVG: Es will trennen, klar trennen zwischen der Grundversicherung und den Zusatzversicherungen, die neu dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) unterstellt werden sollen. Diese Trennung wird natürlich von den Krankenkassen gewünscht, weil sie gleich lange Spiesse wollen, damit nicht die Krankenkassen allein über die freiwilligen Taggeldversicherungen und die Zusatzversicherung an die Prämienungleichheit gebunden sind, die privaten Versicherer aber nicht.

Der Bundesrat hat diese Trennung in der Botschaft vorgeschlagen, der Ständerat hat ihr zugestimmt, und Sie, als Rat, haben dem auch zugestimmt. Artikel 9 Absatz 3 war unbestritten.

Dem Artikel 88 Absatz 2, in dem die Streitigkeiten bezüglich der Zusatzversicherungen neu dem Versicherungsaufsichtsgesetz gemäss Artikel 47 Absatz 2 und 3 unterstellt werden, haben Sie gestern auch unwidersprochen zugestimmt.

Erstes Fazit: Die neue Unterstellung der Zusatzversicherungen und der privaten Taggeldversicherungen unter das Versicherungsvertragsgesetz ist beschlossen und war nie bestritten. Der generelle Grundsatz gilt also, dass diese Versicherungszweige dem Privatrecht zu unterstellen sind, eben dem Versicherungsvertragsrecht, und das bedeutet Vertragsfreiheit und risikogerechte Prämienbemessung. Aus diesen Beschlüssen, aus dieser Trennung, ergibt sich nun auch die risikogerechte Prämienbemessung für die private Zusatzversicherung und die private Taggeldversicherung. Das Resultat davon sind höhere Prämien in diesen Bereichen für die Frauen. Und daraus leitet sich die Forderung ab, dass wir jetzt in Artikel 88a die Vorschrift für Prämienungleichheit und den Aufnahmepflicht auch in diesen privaten Zusatzbereichen festlegen und explizit die Bestimmung in Artikel 88b aufnehmen, dass Leistungen bei Mutterschaft nicht ausgeschlossen werden dürfen und dass Schwangerschaft kein Grund für eine Prämienhöhung sein darf.

Wie hat sich nun Ihre Kommission entschieden? Wir haben Berichte eingefordert vom Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, vom Bundesamt für Privatversicherungswesen und vom Bundesamt für Justiz; wir haben danach auch die Vertreter dieser Bundesstellen in die Kommission gebeten und sie angehört. Für die Kommission galt es abzuwägen zwischen den Forderungen nach Verwirklichung von Artikel 4 Absatz 2 Bundesverfassung bezüglich der Gleichstellung auch in den Bereichen der Zusatzversicherung und der privaten Taggeldversicherung – damit die Frauen

nicht schlechter gestellt sind, als sie es aufgrund der heutigen Rechtslage sind – und den Argumenten von der anderen Seite, die Konsequenzen für weitere Privatversicherungszweige befürchtet, namentlich für private Unfallversicherung, Lebensversicherung und andere.

Es galt auch, das Argument der Priorität einzubeziehen: Das neue Krankenversicherungsgesetz soll über die Hürden gebracht und nicht zusätzlich gefährden werden. In Abwägung all dieser Pro- und Kontra-Argumente hat die Kommission die Argumente zugunsten der Frauen deutlich schwerer gewichtet, und sie hat mit 14 zu 8 Stimmen beschlossen, die neue Bestimmung in den Artikel 88a und 88b, also Prämienungleichheit und Aufnahmepflicht, zugunsten der Frauen einzuführen. Namens der Kommissionsmehrheit ersuche ich Sie, ein Gleiches zu tun.

**M. Phillipona**, rapporteur: A l'article 53, nous avons décidé de l'égalité des primes entre hommes et femmes. Cette égalité a d'ailleurs déjà été introduite dans l'arrêté fédéral urgent que le peuple a accepté le 26 septembre dernier à une très large majorité. Mais tant le projet du Conseil fédéral que la version du Conseil des Etats ne prévoient l'application du principe qu'à l'assurance sociale de base et non aux assurances complémentaires soumises au droit privé et à la liberté contractuelle.

La majorité de la commission, une large majorité – elle n'est pas aussi «knapp» que nous l'a dit M. Keller Rudolf tout à l'heure, il s'agit de 14 voix contre 8 et avec 1 abstention –, vous propose maintenant d'étendre cette égalité aux assurances complémentaires en modifiant la loi fédérale sur le contrat d'assurance. La commission a été sensible à l'argument que les femmes ne comprendraient pas pourquoi les primes sont identiques dans l'assurance de base, alors qu'elles ne le seraient plus dans l'assurance complémentaire.

D'autre part, le mandat constitutionnel concernant l'interdiction de discriminer en fonction du sexe est aussi une solide base qui plaide en faveur de cette disposition, même si l'application de cette base constitutionnelle demande encore bien d'autres modifications et dans de nombreux domaines.

Je vous demande donc de voter pour la majorité de la commission. Personnellement, je voterai pour la minorité.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: L'égalité des primes entre femmes et hommes en matière d'assurance-maladie sociale est devenue une évidence. Ça n'était pas encore le cas il y a quelques années. Aujourd'hui, plus personne ne la remet en question. Je crois que nous pouvons tous nous en réjouir, il y a des progrès dans ce pays.

La même égalité dans les assurances complémentaires et les assurances facultatives privées d'indemnités journalières – ne les oublions pas, c'est peut-être le point essentiel du problème qui nous occupe maintenant – est présentée comme la pierre d'achoppement de toute la révision. On parle d'un «Schicksalsartikel». Je vous en conjure, sachons raison garder de part et d'autre d'ailleurs. Cette disposition n'est pas la pierre d'achoppement de toute la révision. La façon dont vous répondez à cette question ne peut pas signifier la grâce ou l'arrêt de mort d'une révision que toute la population de ce pays appelle de ses vœux.

Il y a dans nos travaux la recherche d'une symétrie des sacrifices à faire. Je vous rappelle que nombreux sont ceux – au point que cela englobe tous les partenaires de notre système de santé – qui font des sacrifices dans cette nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Essayons de voir si les assurances privées ont vraiment le droit de dire que cette symétrie des sacrifices serait compromise si vous acceptiez cette proposition de la majorité de la commission. Les assurances privées ont accès à la pratique de l'assurance de base, et, surtout – ce qui est nouveau –, leurs assurés bénéficieront du même système de subventionnement que les assurés des caisses-maladie. Cette entrée dans ce système leur donne aussi la chance de conclure davantage d'assurances complémentaires. J'affirme ici qu'elles ne souffriront pas d'une façon disproportionnée par rapport à d'autres partenaires du système de santé si elles sont obligées de prévoir l'égalité des primes.



On a beaucoup discuté à cette tribune pour savoir si l'assurance complémentaire est une assurance de luxe. Je dirai que ça n'est pas forcément une assurance de luxe. C'est une assurance de confort. Lorsqu'il s'agit de pouvoir choisir entre la salle commune ou le traitement commun à l'hôpital ou certains éléments de confort, il ne s'agit pas forcément de luxe. Et nous devons veiller à rendre accessible aux femmes comme aux hommes ces éléments de confort.

J'aimerais aussi vous rappeler les raisons – certaines en particulier – pour lesquelles les coûts d'assurance sont plus élevés pour les femmes, pour montrer que parler uniquement du risque dans ce domaine, et donner ainsi l'impression qu'on renvoie à la biologie, me paraît abusif. En fait, on renvoie aussi à notre système d'assurance sociale en général.

Les coûts que les femmes occasionnent à l'assurance-maladie sont plus élevés, non seulement pour des raisons biologiques comme la maternité – mais cette raison biologique ne concerne pas seulement les femmes; elle concerne tout autant les hommes et l'ensemble de notre société –, mais également à cause de la structure même de nos assurances sociales. Combien de maladies générales sont à la charge de l'assurance militaire parce qu'elles ont été déclenchées durant l'accomplissement du service militaire, alors qu'elles restent à la charge de l'assurance-maladie lorsqu'elles touchent des femmes? Combien d'accidents restent à la charge de l'assurance-accidents non professionnels dont les hommes bénéficient parce qu'ils sont intégrés dans le monde du travail, alors que pour les femmes c'est à l'assurance-maladie qu'il incombe de les prendre en charge? Cette inégalité des coûts n'est pas une inégalité des risques purs, mais également une inégalité face à l'intégration dans notre système d'assurances sociales.

J'aimerais vous rappeler encore une fois qu'il s'agit tout autant, et peut-être même davantage, du problème de l'assurance facultative privée d'indemnités journalières que du problème de l'exclusion de la maternité, qui peut être pratiquée par des employeurs qui font des assurances dans ce domaine garantissant aux femmes, à l'occasion de la maternité, des prestations moindres que celles garanties aux hommes. Dans la mesure où ces assurances facultatives privées d'indemnités journalières sont des éléments du salaire, j'ai les plus grands doutes qu'un tribunal couvrirait une telle inégalité des primes et une telle exclusion si un tel cas devait être porté à sa connaissance.

Mais, il est vrai que nous sommes face à un conflit entre les principes d'égalité et ceux de liberté du commerce et de l'industrie. Mais ce conflit n'est pas nouveau, surtout pas dans le domaine de l'assurance-maladie. La loi actuelle est, encore bien plus que la loi que nous préparons, à la charnière entre la liberté contractuelle et l'intervention de l'Etat pour réaliser un but social.

On l'a dit à cette tribune, la législation actuelle a déjà été confrontée à ce problème, puisque nous avons, jusqu'à l'arrêt fédéral urgent du 9 octobre 1992, une différence de primes entre les hommes et les femmes, cette différence étant tout simplement limitée à 10 pour cent. Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances qui considérait que ce maximum de différence de 10 pour cent était un principe fondamental, aussi fondamental que celui de la mutualité, il a toujours régi aussi les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie.

Avec l'arrêt fédéral urgent du 9 octobre 1992, le Parlement a introduit l'égalité des cotisations entre hommes et femmes dans l'assurance-maladie. Là encore, en appliquant la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, cette égalité devait être réalisée aussi dans les assurances complémentaires. Les caisses-maladie ont donc adapté leurs tarifs de cotisations dès le 1er janvier de cette année, de façon à garantir l'égalité des primes entre hommes et femmes dans les assurances complémentaires aussi. J'aimerais vous rappeler à ce propos que la grande majorité des assurances complémentaires sont le fait des caisses-maladie, contrairement à ce qui est le cas dans l'assurance d'indemnités journalières qui, encore une fois, doit nous préoccuper tout autant et pour laquelle la décision que nous devons prendre est une décision lourde de

conséquences sociales et non pas une décision touchant au luxe ou au confort.

Avec le projet de révision auquel nous travaillons actuellement, il est vrai que les assurances complémentaires seront nettement distinctes de l'assurance de base, soumises qu'elles sont à la législation fédérale sur les institutions d'assurance privées. Si nous laissons dans ce domaine la liberté des primes sans tenir compte du principe d'égalité, toutes les primes, celles des caisses-maladie comme celles des assurances privées, pourront être fixées en fonction du risque. Il est fort à craindre dans ce cas que les primes des femmes pourront subir une augmentation par rapport à celles des hommes allant jusqu'à 50 pour cent, péjorant très clairement la situation tant par rapport à ce qu'elle était avant l'arrêt fédéral urgent de 1992 que par rapport à ce qu'elle est actuellement.

Comme vous le savez, votre commission s'est entourée d'avis autorisés et nombreux pour prendre sa décision.

D'un côté, une prise de position de l'Office fédéral de la justice détermine clairement que le législateur fédéral a mandat de pourvoir à l'égalité, y compris dans les rapports entre particuliers, pour autant qu'il dispose d'une compétence en la matière. Cette compétence est donnée par l'article 34 alinéa 2 et par l'article 64 de la constitution, dans la matière qui nous occupe aujourd'hui. De même, le Bureau de l'égalité entre femmes et hommes s'est également prononcé en faveur de cette proposition, soulignant que le Conseil fédéral en avait déjà fait un des buts de son programme de réalisation de l'égalité hommes/femmes en 1986, dans le programme dont vous aviez eu connaissance et que vous aviez traité à l'époque.

D'un autre côté, la commission a eu deux avis négatifs, celui de l'Office fédéral des assurances privées et celui de l'Association suisse des assureurs privés.

C'est en toute connaissance de ces différents avis que la majorité de la commission a accepté la proposition de modification de la législation sur les institutions d'assurance privées, établissant l'obligation d'égalité des primes et l'interdiction de l'exclusion de la maternité, également pour les assurances complémentaires et les assurances facultatives d'indemnités journalières.

Le Conseil fédéral n'avait pas fait cette proposition dans son projet. Entre temps, le fait nouveau est la décision de 1992, qui a introduit l'égalité. C'est devenu une réalité pour les caisses-maladie, un état de fait qui devrait être prolongé afin de ne pas péjorer la situation des assurés. Péjorer ne signifie pas revenir à la situation d'avant 1992, mais cela signifie, encore une fois, des augmentations beaucoup plus massives, pouvant aller jusqu'à 50 pour cent des cotisations, pour les femmes.

Une modification de la loi fédérale sur le contrat d'assurance est donc nécessaire également pour que toutes les assurances complémentaires soient soumises à ce principe et que les prestations en cas de maternité soient garanties sans supplément de prime.

Le Conseil fédéral ne s'oppose pas à la proposition de la majorité de votre commission parce qu'il considère que la concrétisation du principe de l'égalité est une tâche importante du législateur et que l'atteinte à la liberté du commerce et de l'industrie répond au principe de proportionnalité.

#### *Namentliche Abstimmung – Vote par appel nominal*

##### *Für den Antrag der Minderheit stimmen:*

##### *Votent pour la proposition de la minorité:*

Allenspach, Aregger, Aubry, Baumberger, Berger, Bezzola, Binder, Bircher Peter, Bischof, Bonny, Borer Roland, Borradori, Bortoluzzi, Bühler Simeon, Bühler Gerold, Bürgi, Camponovo, Cavadini Adriano, Chevallaz, Columberg, Comby, Couchepin, Deiss, Dettling, Dreher, Ducret, Eggly, Engler, Epiney, Etique, Eymann Christoph, Fehr, Fischer-Häggingen, Fischer-Seengen, Fischer-Sursee, Frey Claude, Frey Walter, Friderici Charles, Fritschi Oscar, Früh, Giezen-danner, Giger, Cobet, Graber, Gros Jean-Michel, Gysin, Hari, Heberlein, Hegetschweiler, Hess Peter, Hildbrand, Iten Joseph, Jäggi Paul, Jenni Peter, Keller Anton, Keller Rudolf, Kern, Leu Josef, Leuba, Loeb François, Maitre, Mamie, Mauch

Rolf, Miesch, Moser, Mühlemann, Müller, Narbel, Nebiker, Neuenschwander, Oehler, Perey, Philipona, Pidoux, Pini, Poncet, Raggenbass, Reimann Maximilian, Rohrbasser, Ruckstuhl, Rutishauser, Rychen, Sandoz, Savary, Scherrer Jürg, Scherrer Werner, Scheurer Rémy, Schmied Walter, Schnider, Schwab, Seiler Hanspeter, Spoerry, Stalder, Stamm Luzi, Steffen, Steinegger, Steinemann, Steiner Rudolf, Stucky, Suter, Theubet, Tschopp, Tschuppert Karl, Vetterli, Wanner, Wick, Wittenwiler, Wyss Paul, Wyss William, Zölich, Zwahlen (112)

*Für den Antrag der Mehrheit stimmen:  
Votent pour la proposition de la majorité:*

Aguet, Bär, Baumann, Bäumlín, Bodenmann, Borel François, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühlmann, Bundi, Caccia, Carobbio, Caspar-Hutter, Daepf, Danuser, Darbellay, de Dardel, David, Diener, Dormann, Dünki, Duvoisin, Eggenberger, Fankhauser, Fasel, von Felten, Gardiol, Gonseth, Grendelmeier, Grossenbacher, Haering Binder, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Haller, Hämmerle, Herzog, Hollenstein, Hubacher, Jeanprêtre, Jöri, Ledergerber, Leemann, Leuenberger Ernst, Leuenberger Moritz, Maeder, Marti Werner, Matthey, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Rebeaud, Rechsteiner, Robert, Schmid Peter, Sieber, Spielmann, Stamm Judith, Steiger Hans, Strahm Rudolf, Thür, Tschäppät Alexander, Vollmer, Weder Hansjürg, Wiederkehr, Zbinden, Ziegler Jean, Zisyadis, Züger, Zwygart (70)

*Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent:*  
Segmüller (1)

*Abwesend sind – Sont absents:*

Béguelin, Blocher, Cincera, Cotti, Goll, Gross Andreas, Hess Otto, Jaeger, Kühne, Maspoli, Maurer, Meier Samuel, Nabholz, Ruf, Ruffly, Seiler Rolf (16)

*Präsident Schmidhalter stimmt nicht  
M. Schmidhalter, président, ne vote pas*

**Art. 88 Abs. 3 Art. 100 Abs. 2; 101 Abs. 1 Ziff. 2**  
*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 88 al. 3 art. 100 al. 2; 101 al. 1 ch. 2**  
*Proposition de la commission*  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 88 Abs. 4**  
*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 88 al. 4**  
*Proposition de la commission*  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 88 Abs. 5**  
*Antrag der Kommission*  
**Art. 3 Abs. 4 Bst. d; 4bis**  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates  
*Uebergangsbestimmung Abs. 1*  
.... erhöht. Die Kantone haben den Betrag für die persönlichen Auslagen für Heimbewohner nach Artikel 2 Absatz 1bis um denselben Betrag zu erhöhen.  
*Uebergangsbestimmung Abs. 2*  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 88 al. 5**  
*Proposition de la commission*  
**Art. 3 al. 4 let. d; 4bis**  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Disposition transitoire al. 1*

.... le Conseil fédéral. Les cantons doivent augmenter dans la même mesure le montant qui est laissé à la disposition des pensionnaires pour leurs dépenses personnelles conformément à l'article 2 alinéa 1bis LPC.

*Disposition transitoire al. 2*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 88 Abs. 6**  
*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 88 al. 6**  
*Proposition de la commission*  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 88 Abs. 7 (neu)**  
*Antrag der Kommission*  
*Mehrheit*  
Ablehnung des Antrages der Minderheit  
*Minderheit*  
(Hafner Ursula, Brunner Christiane, Goll, Hafner Rudolf, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)  
Der Zehnte Titel des Obligationenrechts wird wie folgt geändert:

**Art. 324a Abs. 3**  
Bei Niederkunft hat der Arbeitgeber der Arbeitnehmerin den Lohn für 16 aufeinanderfolgende Wochen zu entrichten.

**Art. 88 al. 7 (nouveau)**  
*Proposition de la commission*  
*Majorité*  
Rejeter la proposition de la minorité  
*Minorité*  
(Hafner Ursula, Brunner Christiane, Goll, Hafner Rudolf, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)  
Le Titre dixième du Code des obligations est modifié comme il suit:  
**Art. 324a al. 3**  
En cas d'accouchement l'employeur verse à la travailleuse le salaire pour une période de 16 semaines consécutives.

Frau Hafner Ursula, Sprecherin der Minderheit: Es genügt uns Frauen nicht, dass Sie uns zwar – wenn Sie nicht mehr anders können – eine Bundesrätin wählen, dann aber nicht auf sie hören, wenn es um die Verwirklichung der Verfassungsartikel geht, die uns Frauen die Gleichheit versprechen. Um die Realisierung des Verfassungsartikels, der uns seit 50 Jahren eine Mutterschaftsversicherung verspricht, steht es noch schlechter als um die Realisierung des Gleichstellungsartikels. Mutterschaft ist in unserem Land ein Armutsrisiko. Es kommt mir vor, als wären nur die Frauen beteiligt, wenn es darum geht, Kinder auf die Welt zu bringen. Als einziges Land in Europa gewährleistet die Schweiz kein Einkommen bei Mutterschaft. Das Arbeitsgesetz verbietet den Frauen zwar für acht Wochen die Arbeit; wovon Mutter und Kind in dieser Zeit leben sollen, ist aber eine offene Frage. Es ist ein Skandal, dass wir darauf bis heute keine gültige Antwort gegeben haben. Seit Jahren schlummert in den Schubladen ein Postulat Segmüller, das genau dasselbe verlangt wie unser Minderheitsantrag: Arbeitnehmerinnen, die ein Kind gebären, sollen während 16 Wochen von ihrem Arbeitgeber bezahlt werden, auch wenn sie in dieser Zeit nicht an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können. Seit 50 Jahren warten wir auf die Mutterschaftsversicherung; doch wenn es konkret werden soll, gibt es auch hier Einwände, entweder gegen die vorgeschlagene Form oder gegen den Zeitpunkt oder gegen beides. Warum wollen wir jetzt – zu diesem Zeitpunkt und bei der Revision dieses Gesetzes – eine finanzielle Absicherung der Mutterschaft? Wird nicht zu Recht gesagt, Mutterschaft sei keine Krankheit und der Bundesrat plane einen von der Krankenver-

sicherung unabhängigen Entwurf für eine Mutterschaftsversicherung? Auf die Frage, wie weit die Vorarbeiten für diesen Entwurf geraten seien und wann er uns vorgelegt werden solle, sagte Frau Bundesrätin Dreifuss Anfang September 1993, dieses Gesetz könne wahrscheinlich erst 1998 in Kraft treten. Sie erklärte wörtlich: «Les travaux sont encore à un stade embryonnaire.»

Bis dieses verheissene Kind geboren wird, geht es also noch fünf Jahre. Unterdessen werden Zehntausende weiterer Mütter ohne finanzielle Absicherung Kinder zur Welt bringen, wenn wir heute nichts für sie tun. Ich meine, 50 Jahre warten sind genug. Zum 50-Jahr-Jubiläum des Verfassungsartikels wollen wir wenigstens für alle Arbeitnehmerinnen einen bezahlten Mutterschaftsurlaub.

Noch ein paar Worte zur vorgeschlagenen Form: Im Obligationenrecht sollen die Arbeitgeber dazu verpflichtet werden, den Arbeitnehmerinnen, welche ein Kind gebären, während 16 Wochen den Lohn zu bezahlen. Mutterschaft soll also nicht länger einfach wie Krankheit behandelt werden, sondern als etwas Besonderes. Die meisten Arbeitgeber werden den Mutterschaftsurlaub nicht selber bezahlen. Sie werden für ihre Arbeitnehmerinnen eine Taggeldversicherung abschliessen. Damit käme Artikel 66 dieses Gesetzes erst recht zum Tragen und würde erst wirklich sinnvoll.

Sieht der Bundesrat für seine Mutterschaftsversicherung dann eine andere Finanzierung vor, so haben wir mit der Aenderung des Artikels im Obligationenrecht kein ungünstiges Präjudiz geschaffen. Im Gegenteil: Die Arbeitgeber, die bisher die Einführung der Mutterschaftsversicherung sabotiert haben, werden sich als die eifrigsten Geburtshelfer für das neue Gesetz erweisen.

Gehen Sie deshalb jetzt diesen bescheidenen Schritt in Richtung Mutterschaftsversicherung und stimmen Sie unserem Minderheitsantrag zu.

**Allenspach:** Ich gestatte mir, über eine persönliche Erklärung hinauszugehen und einige grundsätzliche Bemerkungen zum gestellten Minderheitsantrag einzubringen, weil ich es als nicht zumutbar erachte, dass man ohne Diskussion eine derart schwerwiegende Frage einem Gesetz anfügt.

Wir behandeln zurzeit ein Bundesgesetz über eine soziale Krankenversicherung. Wir behandeln nicht eine Revision des Obligationenrechtes. Wir befassen uns mit dem Verhältnis der Versicherten, der Versicherer und der Leistungserbringer. Wir befassen uns aber in dieser Gesetzesvorlage nicht mit dem Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Der Antrag der Minderheit Hafner Ursula durchbricht die Einheit der Materie und die Systematik dieses Gesetzes.

Diesem Gesetz soll nämlich noch eine Aenderung des Arbeitsvertragsrechtes angehängt werden, die mit der Krankenversicherung überhaupt nichts zu tun hat. Es soll im Arbeitsvertragsrecht die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers für 16 aufeinanderfolgende Wochen nach Niederkunft der Arbeitnehmerin verfügt werden.

Wenn diese Praxis Schule macht, jedem Gesetz noch irgendein politisches Anliegen aus einem völlig anderen Rechtsgebiet anzuhängen, dann wird die politische Willensbildung in unserem Lande chaotisch und die Rechtsordnung unübersichtlich. Schon das ist ein Grund, den Antrag der Minderheit Hafner Ursula abzulehnen. Dazu kommt, dass bei der Vorbereitung des Krankenversicherungsgesetzes weder in der Expertenkommission noch im Vernehmlassungsverfahren die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers während 16 Wochen nach Niederkunft je zur Diskussion gestanden hat.

Es sollte nicht geschehen, dass durch einen Zusatz zum Krankenversicherungsgesetz dem Arbeitgeber plötzlich neue Belastungen auferlegt werden, die die Arbeitskosten erhöhen und die Produktion verteuern. Wollen wir eigentlich die Wettbewerbsfähigkeit der Schweiz erhalten oder vermindern? Auch diese Frage muss bei diesem Minderheitsantrag gestellt werden.

Wird die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers während 16 Wochen nach der Niederkunft der Arbeitnehmerin verfügt, hat dies keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung der Situation der jungen Frauen auf dem Arbeitsmarkt zur

Folge. Der Arbeitgeber wird dann – wenn möglich – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einstellen, bei denen er weniger mit derartigen Belastungen rechnen muss. Es besteht ein klarer Widerspruch zwischen der Förderung der Beschäftigung junger Frauen und ihrer Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess einerseits und den Vorstössen, welche darauf abzielen, den Arbeitgebern, die junge Frauen beschäftigen, zusätzliche Soziallasten aufzuerlegen.

Ein Bundesgesetz über die Mutterschaftsversicherung ist in Vorbereitung. Frau Bundesrätin Dreifuss hat versprochen, dieses Gesetz noch in dieser Legislaturperiode einzubringen. Dort wird es dann möglich sein, die Lasten des Einkommensersatzes bei Mutterschaft nicht einseitig zu verteilen.

Aufgrund dieser Überlegungen bitte ich Sie, diesen Antrag der Minderheit Hafner Ursula, der mit der sozialen Krankenversicherung nichts zu tun hat, abzulehnen.

**M<sup>me</sup> Brunner Christiane:** Le contenu de l'intervention de M. Allenspach a évidemment soulevé un tollé dans nos rangs, parce que s'il prend la liberté de s'exprimer sur une proposition aussi fondamentale, il n'y a pas de raison que les autres groupes n'en fassent pas de même.

Sur le contenu de l'intervention de M. Allenspach, je tiens à dire, d'une part, que la modification, proposée par la minorité Hafner Ursula, du Code des obligations a un lien direct avec l'assurance-maladie – et maternité d'ailleurs –, dont nous nous occupons maintenant, dans la mesure où le Conseil des Etats a déjà introduit, après le Conseil fédéral qui proposait des prestations pendant 10 semaines, des prestations en indemnités journalières de 16 semaines en cas de maternité.

Il y a donc un lien direct, à savoir non pas seulement combien de prestations sont versées par l'assurance d'indemnités journalières, mais si les travailleuses ont, oui ou non, un congé maternité. Nous sommes d'avis qu'il faut fixer le congé maternité dans le Code des obligations et dire une fois clairement que ce congé est de 16 semaines, et ensuite en prévoir le paiement, d'une part par l'employeur en tant qu'obligation de sa part dans le Code des obligations, d'autre part, bien sûr, par le biais de l'assurance d'indemnités journalières, étant entendu que l'employeur peut se libérer de l'obligation de payer le salaire pendant 16 semaines s'il a conclu, pour les travailleurs et les travailleuses de son entreprise, une assurance d'indemnités journalières.

Il y a donc un lien direct, et si nous voulons être logiques avec les décisions que nous prenons, nous devons aussi modifier le Code des obligations et introduire, à son article 324a, un congé payé de 16 semaines, ce qui serait enfin clair pour toutes les travailleuses de ce pays.

Je vous prie par conséquent de bien vouloir donner suite à la proposition de minorité Hafner Ursula.

**Frau Segmüller, Berichterstatterin:** Zwei Dinge lassen sich nicht wegdiskutieren:

1. Die Lücke ist da: Das Arbeitsgesetz verbietet, während 8 Wochen zu arbeiten, und es sorgt nicht dafür, dass die jungen Mütter in dieser Zeit ein Ein- oder ein Auskommen haben; 2. 1987 ist eine Vorlage – Mutterschaftstaggeld und Krankenpflegeversicherung gekoppelt – in der Volksabstimmung wuchtig gescheitert.

Ueber beide Tatsachen können wir nicht hinwegsehen, und auch die Kommission hatte beide Tatsachen zu würdigen. In der ganzen Diskussion in der Kommission wurde in keinem einzigen Votum die Notwendigkeit bestritten, dass diese Lücke gefüllt werden muss; eine Mehrheit war aber dafür, dass man das nicht jetzt im Anhang an die Krankenversicherung tun darf – aus Gründen der Priorität, um nicht die Krankenversicherung zu belasten, wie das bereits 1987 der Fall gewesen ist.

Ich betone also: Inhaltlich, gegen die Notwendigkeit, fiel nicht ein einziges Votum. Die Abstimmung in der Kommission hat dann ergeben: 10 zu 7 Stimmen gegen die Aufnahme dieser Verpflichtung im OR, jetzt im Anhang zum Krankenversicherungsgesetz.

Namens der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, dieser Mehrheit zu folgen.

**Abstimmung – Vote**

Für den Antrag der Mehrheit  
Für den Antrag der Minderheit

97 Stimmen  
55 Stimmen

**Art. 88 Abs. 8 (neu)****Antrag der Kommission****Mehrheit**

Ablehnung des Antrages der Minderheit

**Minderheit**

(Allenspach, Borer Roland, Gonseth, Gysin)

Das Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 wird wie folgt geändert:

Art. 1 Abs. 1 Bst. b; 2

Streichen

**Art. 88 al. 8 (nouveau)****Proposition de la commission****Majorité**

Rejeter la proposition de la minorité

**Minorité**

(Allenspach, Borer Roland, Gonseth, Gysin)

La loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire est modifiée comme il suit:

Art. 1 al. 1 let. b; 2

Biffer

**Allenspach, Sprecher der Minderheit:** Der Rat hat bei den bisherigen Entscheidungen Ausnahmen vom Krankenversicherungsobligatorium konsequent abgelehnt. Er hat die Solidarität in den Vordergrund gestellt: niemand solle sich als gutes Risiko der allgemeinen Solidarität entziehen können; niemand solle, ohne zum Risikoausgleich beizutragen, später vom Risikoausgleich anderer profitieren können. Der Rat hat diese Linie konsequent durchgezogen. Es geht bei meinem Antrag darum, die Konsequenz weiterhin durchzuhalten, konsequent zu bleiben.

Gemäss Militärversicherungsgesetz sind die Angehörigen des Instruktionkorps der Armee, des Festungswachtkorps und des Ueberwachungsgeschwaders, sind Waffenkontrollleure, Schiessplatzwarte usw. nicht nur bei der Erfüllung ihrer militärischen Dienstpflicht, sondern auch in Erfüllung ihrer beruflichen Funktion und in ihrer Freizeit dem Militärversicherungsgesetz unterstellt. Sie werden deshalb vom Obligatorium der Krankenpflegeversicherung ausgenommen. Sie müssen nicht wie alle anderen Einwohner dieses Landes obligatorisch einer Krankenversicherung beitreten. Das widerspricht dem Grundsatz der Gleichbehandlung und der Gleichstellung des Bürgers vor dem Gesetz. Bei den Instruktor, Festungswächtern, Piloten usw. und anderen militärisch Berufstätigen handelt es sich zur Hauptsache um jüngere Männer und damit um gute Risiken.

Es ist nicht einzusehen, weshalb sich diese guten Risiken der allgemeinen Solidarität und der Beiträge an den Risikoausgleich entziehen können. Die blosser Anstellung beim Militärdepartement ist kein ausreichender Grund. Der Beruf des Instruktor, des Festungswächters, des Militärpiloten usw. ist ein Beruf wie jeder andere und vermag meines Erachtens weder eine Sonderstellung noch besondere Privilegien zu begründen. Diese Entsolidarisierung ist um so stossender, als die gleichen Personen, wenn sie allenfalls ihre berufliche Tätigkeit wechseln, also aus dem privilegierten Beruf ausscheiden, ohne weiteres die Solidarität der anderen in Anspruch nehmen. Wenn sie also beispielsweise wegen Uebernahme einer anderen Funktion im Bundesdienst oder wegen Uebertritt in die Privatwirtschaft wie jeder andere Bürger dem Krankenversicherungsobligatorium unterstellt werden, profitieren sie ganz massiv von der Solidarität anderer.

Wir haben vor kurzem das neue Militärversicherungsgesetz in diesem Rat verabschiedet. Ich habe schon damals auf die Systemwidrigkeit aufmerksam gemacht, die darin besteht, der Militärversicherung auch berufliche Funktionen zu unterstellen. Weil damals aber noch kein Obligatorium der Krankenpflegeversicherung bestand, hat der Rat diese Systemwidrigkeit akzeptiert. Mit diesem Gesetz, das wir nun heute behandeln und beschliessen, wird dieses Obligatorium geschaffen.

Deshalb sollten wir angesichts der neuen Situation die damaligen Beschlüsse anpassen.

Mit der Unterstellung der privilegierten Berufe des Militärdepartementes unter das Krankenversicherungsobligatorium wird auch keine soziale Verschlechterung vorgenommen. Systemgemäss müssten die Vergütungen des Bundes an diese Berufskategorien angepasst werden. Damit würde auch eine bessere Vergleichbarkeit unter den Bundesbediensteten hergestellt, denn diese Vergleichbarkeit ist nicht gegeben, wenn privilegierte Bundesbedienstete weder Prämien noch Solidaritätsbeiträge an die Krankenkassen zu leisten haben, wie es die anderen tun müssen.

Ich bitte Sie, grundsätzlichen Ueberlegungen zugänglich zu sein. Gewerkschaftliche Gesichtspunkte, wonach es auch überholte Beamtenprivilegien zu verteidigen gilt, sollten angesichts der Neuordnung der Krankenversicherung zurückgestellt werden. Wenn wir ein Obligatorium einführen – und das wollen wir mit diesem Gesetz –, wenn wir Solidarität verlangen – und das wollen wir mit diesem Gesetz –, dann soll das Obligatorium, dann soll die Solidarität für alle in gleicher Weise gelten.

Das ist der Sinn meines Minderheitsantrages. Ich bitte Sie, ihm zuzustimmen.

**M. Philipona, rapporteur:** La minorité Allenspach veut donc modifier les conditions de l'assurance militaire. Une large majorité de la commission ne suit pas cette proposition pour la raison principale que la nouvelle loi fédérale sur l'assurance militaire n'est pas encore entrée en vigueur; elle entrera en vigueur le 1er janvier 1994 et la minorité Allenspach nous propose déjà de la modifier avant qu'elle entre en vigueur. C'est là une première qui ne serait probablement pas très heureuse!

M. Allenspach nous a fait un développement sur les conditions d'assurance; eh bien, nous venons de définir les conditions de l'assurance militaire lors de l'examen de cette loi, et nous vous proposons de ne pas les modifier.

Il faut préciser aussi que les retraités paient des primes équivalentes aux caisses, ce qui ne donne lieu ni à des discriminations ni à des avantages non justifiés. Il reste donc très peu de monde touché et il nous a paru très peu judicieux de modifier déjà cette loi pour ces raisons-là.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** Je vous invite également à repousser la proposition de minorité Allenspach à l'article 88 alinéa 8 (nouveau), compte tenu tout simplement du travail que vous avez fait l'année passée.

Je crois qu'il ne serait pas raisonnable, alors que vous avez traité à fond le problème que M. Allenspach remet en discussion aujourd'hui, d'accepter la proposition de la minorité qui consisterait à supprimer une partie substantielle d'une loi que vous avez votée à l'unanimité il y a un an.

Je vous rappelle aussi que le délai référendaire n'a pas été utilisé, que rien ne s'oppose à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance militaire dans trois mois, soit le 1er janvier 1994, entrée en vigueur que nous avons passé toute l'année à préparer.

La solidité et la cohérence de vos décisions devraient vous inspirer un rejet de la proposition de minorité Allenspach.

**Abstimmung – Vote**

Für den Antrag der Mehrheit  
Für den Antrag der Minderheit

56 Stimmen  
55 Stimmen

**Art. 89–92****Antrag der Kommission**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Proposition de la commission**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Angenommen – Adopté****Art. 93****Antrag der Kommission****Titel**

Leistungserbringer und Vertrauensärzte

**Abs. 1**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Abs. 2**

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Abs. 3**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Abs. 4 (neu)**

Vertrauensärzte, die unter dem bisherigen Recht für einen Versicherten (Art. 8 bis 10) tätig waren, dürfen von den Versicherern oder ihren Verbänden auch nach neuem Recht mit den Aufgaben nach Artikel 49 betraut werden. Die Absätze 3 bis 8 von Artikel 49 sind auch in diesen Fällen anwendbar.

**Art. 93**

*Proposition de la commission*

**Titre**

Fournisseurs de prestations et médecins-conseils

**Al. 1**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Al. 2**

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Al. 3**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Al. 4 (nouveau)**

Les médecins-conseils qui sous l'ancien droit exerçaient pour un assureur (art. 8 à 10) peuvent, sous le nouveau droit, être chargés par les assureurs ou leurs fédérations des tâches définies à l'article 49. Les alinéas 3 à 8 de l'article 49 sont aussi applicables dans ces cas.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 94**

*Antrag der Kommission*

**Abs. 1–4**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Abs. 5**

.... angepasst werden, wenn der Versicherte die freiwillige Taggeldversicherung nach diesem Gesetz durchführt.

**Art. 94**

*Proposition de la commission*

**Al. 1–4**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Al. 5**

.... le demande et si l'assureur pratique l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la présente loi.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 95, 96**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 97**

*Antrag der Kommission*

**Mehrheit****Abs. 1–3**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Abs. 4**

Streichen

**Minderheit I**

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Philipona, Pidoux)

**Abs. 1–4**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Minderheit II**

(Gysin, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph)

Streichen

**Antrag Tschopp****Abs. 1–3**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Abs. 4**

Der Risikoausgleich ist auf die Dauer von fünf Jahren ab Inkrafttreten dieses Gesetzes befristet.

**Art. 97**

*Proposition de la commission*

**Majorité****Al. 1–3**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Al. 4**

Biffer

**Minorité I**

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Philipona, Pidoux)

**Al. 1–4**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Minorité II**

(Gysin, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph)

**Biffer****Al. 2, 3**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Tschopp*

**Al. 1–3**

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Al. 4**

La compensation des risques est limitée à une durée de cinq ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

**Gysin, Sprecher der Minderheit II:** Ich spreche zum Minderheitsantrag zu Artikel 97 und damit zum Antrag, den Artikel über den Risikozwangsausgleich ersatzlos zu streichen.

Der Risikoausgleich ist eine strukturhaltende Massnahme; er trägt darum nicht zur wünschbaren Verbesserung der Durchmischung der Risiken unter den Kassen bei, sondern er bewirkt, dass an sich nicht überlebensfähige Kassen mit einem schlechten Risiko-Mix künstlich am Leben erhalten werden. Diese Feststellung hat übrigens bereits die Kartellkommission in ihrer Stellungnahme zur Revisionsvorlage gemacht. Man kann nicht einerseits den Wettbewerb zwischen den Kassen fördern wollen und andererseits Strukturhaltung betreiben. Die im neuen KVG vorgesehene Freizügigkeit und der fortschreitende Konzentrationsprozess im Krankenkassenwesen – ich verweise auf das Swisscare-Projekt – werden von selbst eine bessere Risikodurchmischung herbeiführen.

Artikel 97 ist nicht nur überflüssig, im Gegenteil: Er durchkreuzt die übergeordneten Zielsetzungen der Revisionsvorlage. Neben diesen grundsätzlichen Bedenken gegen Artikel 97 zeigt bereits die heutige praktische Anwendung des Risikoausgleichs gemäss dringlichem Bundesbeschluss, dass dessen Auswirkungen den hauptsächlichen Zielsetzungen der KVG-Revision geradezu zuwiderlaufen.

Erste Zwischenergebnisse einer laufenden ökonomischen Analyse der Auswirkungen des Risikoausgleichs führen zu folgenden Erkenntnissen:

1. Durch das Abstellen auf die durchschnittlichen Bruttokosten entfallen für den einzelnen Versicherten praktisch alle Anreize, für die jeweiligen Risikogruppen eine günstigere Kostenentwicklung als den Durchschnitt aller Versicherten zu erreichen. Damit wird dem zentralen Ziel der Revision, der Kostendämpfung im Gesundheitswesen, entgegengewirkt.

2. Die heute verwendete Umlageformel benachteiligt ausserdem Versicherten mit relativ wenig Versicherten gegenüber solchen mit grossen Versichertenbeständen, und zwar unabhängig von der jeweiligen Risikoverteilung. Damit wird in die Struktur der Entwicklung der Versicherung eingegriffen. Der Risikoausgleich entpuppt sich als wettbewerbsverzerrende Regulierungsmassnahme.

Schliesslich genügt Artikel 97 auch den Anforderungen an die Gesetzgebung im Abgaberecht nicht. Wesentliche Punkte wie die Festlegung der Risikogruppen, die Bemessungsgrundlagen und die Grundsätze des Abrechnungsverfahrens sind nicht geregelt und bleiben der Regelung auf Verordnungsebene überlassen. Gerade auf Stufe des Ordnungsgebers scheint aber grosse Unsicherheit zu herrschen. Bereits ein gutes halbes Jahr nach Einführung des Risikoausgleichs wurde die Verordnung IX zum Bundesbeschluss im Juni 1993 revidiert, und dies mit rückwirkenden Änderungen der Bemessungsgrundlagen für das Jahr 1993.

Insgesamt ist die vorgeschlagene Regelung in Artikel 97 weder nötig noch zielkonform, noch in ihrer konkreten Auswirkung genügend durchdacht.

Ich beantrage deshalb in Namen der Minderheit II (Gysin) die Streichung von Artikel 97 KVG.

**Frau Heberlein, Sprecherin der Minderheit I:** Artikel 97 ist im Kapitel Uebergangsbestimmungen aufgeführt und nicht etwa im normalen Gesetzestext; es ist also schon rein gesetzestechnisch nicht als Dauerinstrument vorgesehen. So waren denn die Krankenkassen in der Expertenkommission Schoch auch mit einer Begrenzung auf fünf Jahre einverstanden. Jetzt wollen sie – aus begreiflichen Gründen – einen gänzlich unbefristeten Risikoausgleich.

Wozu dient der Risikoausgleich? Wir führen mit dem Krankenversicherungsgesetz die volle Freizügigkeit und damit den Wettbewerb unter den Kassen ein. Heute bestehen unterschiedliche Risikodurchmischungen: Es bestehen Kollektivversicherungen mit überaltertem Mitgliederbestand und Kassen mit ausschliesslich sehr jungen Mitgliedern. Um während einer Uebergangszeit – ich betone das Wort «Uebergangszeit» – die Durchmischung zu ermöglichen, ist ein Risikoausgleich nach Einführung der Freizügigkeit sinnvoll. Der Risikofonds darf aber nicht zu einer Strukturhaltung schlecht geführter Kassen verwendet werden. Er darf auch nicht die angestrebte Durchmischung verhindern. Ausgeglichen werden dürfen einzig und allein die Risiken «Frau» und «Alter», ohne Einbezug irgendwelcher Verwaltungskosten, Kosten pro Versicherten oder Bruttokosten. Dies im Gegensatz zu dem, wie es heute beim dringlichen Bundesbeschluss gehandhabt wird. Es muss ein klarer Zeitpunkt festgelegt werden, z. B. Gegenwartsbemessung. Diesen Grundsätzen widerspricht die heutige Verordnung IX.

Auch wenn der Risikoausgleich wettbewerbspolitisch fragwürdig ist – wir haben es von Herrn Gysin gehört – und von der Kartellkommission abgelehnt wird, soll er während dieser Uebergangsfrist ermöglichen, dass bei einer neuen Ausgangssituation, wie beim Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes, für alle Kassen ähnliche Ausgangslagen gegeben sind.

Ob die Frist fünf oder zehn Jahre ist, darüber kann man sich mit Fug und Recht streiten. Persönlich meine ich, wir sollten den Beschluss des Ständerates für die Begrenzung auf zehn Jahre übernehmen und nur unter den erwähnten Rahmenbedingungen diesem zeitlich begrenzten Risikoausgleich zustimmen.

Wir haben den Antrag Tschopp anlässlich der Fraktionssitzung noch nicht behandeln können, weil er erst jetzt eingereicht wurde. Damals war die Fraktion mehrheitlich der Meinung, dass wir dem Antrag der Minderheit I, der Begrenzung auf zehn Jahre, zustimmen sollten.

**M. Tschopp:** Nous sommes dans les dispositions transitoires et j'ai l'impression qu'il faut que nous fassions attention de ne pas instaurer un provisoire qui dure, et qui nous amène dans un cul-de-sac. Il est question de compensation des risques entre caisses d'assurance-maladie. Et ce que l'on nous propose, du côté de la minorité I (Heberlein) et du Conseil fédéral, c'est de limiter cette transition à dix ans. A l'autre extrême, vous avez la proposition de minorité II (Gysin), qui ne veut pas de régime transitoire du tout.

Personnellement, je cherche un moyen terme et j'essaie de vous expliquer pourquoi c'est un anachronisme de vouloir, avec un système de compensation compliqué, ponctionner

les caisses saines pour distribuer de l'argent à des caisses qui gèrent ou essaient de gérer de mauvais risques, et qui sont de toute façon condamnées à disparaître.

En effet, qu'est-ce que c'est qu'une mauvaise caisse à la lumière de la loi que nous sommes en train de parachever? C'est une caisse qui recèle de mauvais risques, au sens de l'assurance-maladie, c'est à dire une caisse qui a une structure d'âge trop lourde, avec seulement des personnes âgées, ou – et nous venons d'en parler à l'enseigne de l'article 88 – une caisse qui n'aurait que des femmes en âge d'avoir des enfants.

A long terme, j'ai l'impression que, compte tenu des phénomènes et du vieillissement de la population lié au nombre croissant des personnes très âgées, et de la maternité, nous devrons, probablement encore durant ce siècle, extraire du contexte de la caisse-maladie, telle que nous l'avons définie maintenant, tant le risque lié au grand âge que le risque lié à la maternité.

Mais, pour le moment, nous en sommes à cette disposition transitoire, où la question qui se pose est de savoir si on veut faire durer la transition à l'infini, c'est-à-dire subventionner des caisses qui sont de toute façon condamnées, ou si on veut leur imposer un délai.

En imposant un délai de dix ans, ou comme je le propose de cinq ans, il faut être conscient que de toute façon, en réalité, nous ne parlons pas de dix ans ni de cinq ans. Simplement, puisque le 13 décembre 1991 nous avons voté un arrêté fédéral urgent qui prévoit cette compensation entre bons et mauvais risques, cela fait qu'en réalité nous avons déjà de douze à treize ans de délai de grâce pour ces caisses condamnées, ou cinq à sept ans. Et je trouve que c'est exagérément long.

Je vous prie donc de suivre ma proposition et de limiter cette période de transition à cinq ans seulement, en sachant qu'en réalité ces caisses ont maintenant entre sept et huit ans pour tirer les conséquences inéluctables, à savoir fusionner avec des caisses qui ont une structure quant à l'âge et au sexe des assurés qui leur permet véritablement de faire leur travail de péréquation des risques en tant qu'assureurs soumis à la concurrence.

**Eymann Christoph:** Der Risikoausgleich ist im Zusammenhang mit der Freizügigkeit beim Kassenwechsel zu betrachten. Dieser Risikoausgleich stellt aber einen staatlichen Eingriff in die Autonomie der Versicherungseinrichtungen dar. Mit Blick auf die Fusionen, die in diesem Zusammenhang bereits erfolgt sind, ist offen, ob ein Teil der mit dem Risikoausgleich beabsichtigten Wirkung nicht bereits erzielt ist. Auch besteht mit dieser Regelung die Gefahr, den Versicherungseinrichtungen den Anreiz zu nehmen, wirtschaftlich gut zu arbeiten. Deshalb sollte Artikel 97 gestrichen werden, eventualiter wäre aber die Geltungsdauer zu befristen. Einem unbefristeten Ausgleich könnten wir nicht zustimmen.

Die liberale Fraktion unterstützt den Antrag der Minderheit II (Gysin) auf Streichen und die Anträge auf Befristung gemäss den Vorschlägen der Minderheit I (Heberlein) und dem Antrag Tschopp.

**Präsident:** Die SD/Lega-Fraktion lässt mitteilen, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützt und den Antrag Tschopp ablehnt.

**Allenspach:** Das neue Krankenversicherungssystem garantiert in der Grundversicherung die volle Freizügigkeit. Jede Krankenkasse muss jede Person, die ihr beitreten will, aufnehmen. Gemäss ökonomischen Ueberlegungen wird der Versicherte jener Kasse beitreten, die ihm die günstigsten Prämien bietet. Weil Transparenz und Vergleichbarkeit bestehen, führt diese Freizügigkeit auch zum Risikoausgleich. Dort, wo günstige Risiken bestehen, werden günstige Prämien angeboten, und dann werden diese Kassen von allen Seiten her mit Beitrittsgesuchen überschwemmt. Das führt dann wieder zur Egalisierung der Prämien. Damit wird ein Risikoausgleich ohne bürokratischen Apparat erreicht und ohne dass Millionen von Franken mit grossem administrativem Aufwand hin- und hergeschoben werden müssen.



Der Risikoausgleichsfonds ist systemwidrig. Wer ihn permanent verlangt, zweifelt daran, dass dieses System die Freizügigkeit überhaupt verwirklichen kann oder dass das System der Freizügigkeit funktioniert. Wenn wir ein Gesetz beschliessen, dürfen wir doch nicht von Anfang an daran zweifeln, dass einer der Hauptpunkte dieses Gesetzes, die Freizügigkeit, spielen wird.

Gemäss Bericht der Kartellkommission soll mehr Wettbewerb unter den Kassen herrschen. Mehr Wettbewerb gibt es aber nicht, wenn jene Kassen, die hohe Prämien haben, diese dann über einen Risikoausgleichsfonds abdecken können; damit würden geradezu die trägen und bürokratischen Kassen prämiert. Deshalb muss man grundsätzlich gegen diesen Fonds antreten. Wenn man ihn für eine kurze Uebergangsdauer noch bestehen lassen will, um das System einzuführen, hat die freisinnige Fraktion nichts gegen einen solchen Fonds. Wir plädieren aber dafür, dass es eine möglichst kurze Uebergangsfrist sein soll.

In diesem Sinne bitte ich Sie um Verständnis für das Anliegen der Minderheit II (Gysin). Wenn Sie den Risikoausgleichsfonds aber für eine möglichst kurze Zeit institutionalisieren wollen, sollten Sie dem Antrag Tschopp oder dem Antrag der Minderheit I (Heberlein) zustimmen. Dieser Antrag wäre gemäss FDP-Fraktion eine vertretbare Kompromisslösung.

**Hubacher:** Es ist nicht ganz richtig, einfach davon auszugehen, Herr Allenspach, dass der Wettbewerb alles regle. Wir haben ja bei der Marktwirtschaft auch eine Zusatzbezeichnung: Damit diese Marktwirtschaft auch sozial verträglich ist, nennen wir sie soziale Marktwirtschaft. Marktwirtschaft allein ist unter Umständen wilder Westen, Starke gegen die Schwachen, Grosse gegen die Kleinen, und da haben die Schwächeren und Kleineren null Chancen! Deshalb sprechen wir von der sozialen Marktwirtschaft, und dieser Risikoausgleich hat eine soziale Funktion.

Natürlich haben wir jetzt das Obligatorium und damit die Freizügigkeit, aber sehr viele Versicherte haben Zusatzversicherungen, und da spielt dann die Freizügigkeit schon nicht mehr; sie sind mehr oder weniger doch an ihre Kasse gebunden. Es gibt eben nicht nur Kassen, die Artisaner heissen und in den letzten Jahren nur junge Mitglieder mit noch relativ wenig Risiken aufgenommen haben, sondern es gibt eben Kassen, die immer Frauen und ältere Menschen versichert haben; diese sind heute, trotz dieser Revision, nach wie vor benachteiligt. Daher ist dieser Risikoausgleich die Sozialkomponente in diesem gesamten Solidarpakt, den wir hier mit der Revision der Krankenversicherung aufbauen und konstruieren wollen. Ich möchte Sie daher bitten, der Mehrheit zuzustimmen.

Auch die Befristung ist keine Lösung. Eine Geschäftspolitik, eine Geschäftsstrategie auf Befristung zu betreiben ist schlicht fast nicht möglich; das hiesse fast, dass es diesen Risikoausgleich gar nicht gibt.

Aber sicher ist der Antrag Tschopp mit einer Befristung auf fünf Jahre unmöglich, denn keine Kasse kann dieses Ziel, innert fünf Jahren ein demographisches Gleichgewicht zu bekommen, erreichen. Das ist nicht möglich! Dann müssen Sie ehrlicherweise gegen jeden Risikoausgleich sein.

Fünf Jahre ist als Frist nicht zumutbar; aber wir sind der Meinung, die Mehrheit der Kommission habe den richtigen Entscheid getroffen, damit auch die Kassen, die schon immer sozial und verantwortungsbewusst Politik betrieben haben, in diesem Markt im Rahmen einer sozialen Abgrenzung ihre Chance haben können.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

**Präsident:** Die Fraktion der Auto-Partei lässt mitteilen, dass sie die Minderheit II unterstützt. Die grüne Fraktion sowie die LdU/EVP-Fraktion unterstützen den Antrag der Mehrheit.

**Rychen:** Was ist eigentlich der Sinn des Risikoausgleichs? Damit werden die Folgen von Kostenfaktoren ausgeglichen, die ausserhalb des Einflussbereiches der einzelnen Kassen liegen, z. B. eben das Alter und das Geschlecht. Es soll also so sein, dass die Versicherten unter sich Ausgleichszahlungen für Dinge leisten, die nicht dem Wettbewerb unterworfen sind.

Wenn man also einen gesunden Wettbewerb erhalten will, braucht es eben diesen Risikoausgleich.

Da jedoch der Gesetzentwurf gemäss den Anträgen der beiden Minderheiten keinerlei beziehungsweise nur beschränkt gültige Mechanismen enthält, die eine Annäherung der Risikostrukturen beinhalten, werden spätestens nach Ablauf der vorgesehenen Frist die verdeckten Strukturprobleme wieder aufbrechen und zum Tragen kommen.

Es braucht den Risikoausgleich, weil wir zur Solidarität zwischen Jung und Alt innerhalb der Grundversicherung klar ja gesagt haben. Der Risikoausgleich sorgt dafür, dass einzelne Versicherte im Wettbewerb nicht schon von vornherein auf verlorenem Posten stehen, weil sie einen grösseren Beitrag als andere zur Erfüllung der Solidaritätsaufgaben leisten; es sind also jene Versicherte, die viele alte Versicherte haben. Der Risikoausgleich sorgt nicht nur für gleiche Chancen im Kassenwettbewerb, indem er bestehende Wettbewerbsverzerrungen beseitigt, sondern er nimmt den Versicherern auch den unerwünschten Anreiz, sich durch gezielte Selektion günstiger Risiken neue Wettbewerbsvorteile zu schaffen, die eigentlich keine echten Wettbewerbsvorteile sind.

Der unbefristete Risikoausgleich ist aus meiner persönlichen Sicht notwendig. Wer eine zeitliche Befristung des Risikoausgleichs befürwortet, hat in erster Linie die Startchancen der einzelnen Versicherer im Blickfeld, die im Interesse eines funktionierenden Wettbewerbs möglichst ausgewogen, d. h. frei von risikostrukturbedingten Verzerrungen sein sollten. Danach aber – so ist die Meinung der hier vorgetragenen Voten – soll sich der Wettbewerb möglichst frei von jeglicher Reglementierung entfalten können. Das ist ein grosser Irrtum.

Ich prophezeie Ihnen: Wenn Sie hier einen befristeten Risikoausgleich beschliessen, wird zwei, drei Jahre vor Ablauf dieser zeitlichen Befristung die Jagd auf billige Risiken wieder einsetzen. Ich glaube nicht daran, dass sich das wirklich einspielt. Wo sollen dann die Kassen untereinander Wettbewerb betreiben? Ich kann es Ihnen sagen: Sie können den Wettbewerb wirklich spielen lassen, indem sie bei den Zusatzversicherungen verschiedene Pakete anbieten, in Verbindung mit den Grundversicherungen. Sie können im Bereich der Verwaltungskosten besser sein als die anderen Kassen. Es gibt natürlich auch – vor allem mit diesem Gesetz – die Möglichkeit, dass die Kassen in diesem neuen Wettbewerbsmodell günstigere Preise aushandeln – da soll der Wettbewerb unter den Kassen eben spielen.

Glauben Sie ja nicht, dass das Leben draussen das mitmacht! Die Geprellten werden die Alten sein; denn die älteren Leute wandern nicht jährlich von Kasse zu Kasse, dorthin, wo es gerade am günstigsten ist. Die Erfahrung des Lebens zeigt, dass die jungen Leute hin und her wandern. Die machen das spielend und leicht. Die älteren Leute bleiben eher ihrer Kasse treu und haben dann die Zeche zu bezahlen. Hier spielt der Wettbewerb bestimmt nicht so, wie sich das viele Leute vorstellen. Ich bitte Sie dringend, den Risikoausgleich als wesentlichen Bestandteil unseres Versicherungsmodells, das wir beschlossen haben, aufrechtzuerhalten.

**Seiler Rolf:** Nach der fundierten Argumentation von Herrn Rychen habe ich eigentlich nichts mehr beizufügen. Ich kann mich darauf beschränken, Ihnen die Stellungnahme der CVP-Fraktion bekanntzugeben.

Die CVP-Fraktion wird in ihrer Mehrheit der Kommissionsmehrheit zustimmen. Eine Minderheit der Fraktion schliesst sich der Argumentation der Minderheit I (Heberlein) an und will damit gleichzeitig die Differenz zum Ständerat ausräumen. Die CVP-Fraktion lehnt den Antrag der Minderheit II (Gysin) und auch den Antrag Tschopp (Befristung auf fünf Jahre) ab.

**M. Tschopp:** Pour ce qui est de l'intervention de M. Hubacher, je veux être un peu plus clair. D'abord, j'ai l'impression que, mentalement, nous habitons encore l'ancienne loi, et que nous n'avons pas encore assimilé la logique de la loi que nous sommes en train de réviser.

S'il est vrai qu'il y avait un problème d'«Abwerbung», de chasse aux jeunes, sous l'ancienne loi, ce qui a justifié l'arrêt fédéral urgent du 13 décembre 1991, il faut maintenant quand

même se rendre compte qu'avec la nouvelle loi, avec la véritable possibilité de passer d'une caisse à l'autre, et l'élimination du problème que le libre passage allait de pair avec un reclassement des personnes concernées non pas dans leur âge caisse-maladie – comme ce sera le cas à l'heure actuelle –, mais leur âge au moment du libre passage, nous avons fait des progrès.

Pour la clarté de ce que je préconise, je précise que je veux que les caisses qui gèrent des risques impossibles à gérer disparaissent, et je veux leur donner, grâce aux doubles limites: arrêté fédéral urgent et nouvelles dispositions transitoires, sept ans pour opérer l'inéluctable, c'est-à-dire la fusion avec des caisses qui gèrent un ensemble de risques gérables, au sens de l'assurance.

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Der Risikoausgleich wurde mit dem ersten dringlichen Bundesbeschluss eingeführt; er ist seit Januar 1993 in Kraft. Er wurde wegen der Entsolidarisierung, insbesondere durch die Gründung von Billigkassen, unumgänglich; solche Neugründungen sind inzwischen verboten. Beides hat im Wettbewerb um die guten Risiken zu einer gewissen Beruhigung geführt. Unser neues Krankenversicherungsgesetz, wie wir es beraten und bis hierhin beschlossen haben, ist durch die Suche nach Verkleinerung der Bandbreite, welche die Prämienbeträge beanspruchen, gekennzeichnet. Dies will man unter anderem mit der Freizügigkeit als Mittel des Wettbewerbes erreichen.

Wegen der Kassenstruktur, der Entsolidarisierung, wie wir sie heute haben, genügt Freizügigkeit allein am Anfang nicht. Deshalb braucht es den Risikoausgleich – wenn Sie so wollen, als Starthilfe für den sauberen Wettbewerb. Die Kommission hat daher einen Streichungsantrag, den Sie als Antrag der Minderheit II (Gysin) auf der Fahne wieder finden, mit 15 zu 3 Stimmen abgelehnt. Aber im Abwägen, ob man nun dem Bundesrat folgen und diesen Risikoausgleich für 10 Jahre festsetzen soll, wie das die Minderheit I (Heberlein) will – der Antrag Tschopp lag nicht vor –, oder ob man diesen Risikoausgleich unbeschränkt will, war die Kommission gespalten. Mit 11 zu 10 Stimmen hat folgende Meinung obsiegt: Da wir nicht wissen, wie das herauskommt, wollen wir einen zeitlich unbeschränkten Risikoausgleich. Sollten die Wettbewerbsverhältnisse wirklich so spielen, wie wir uns das wünschen, können wir ihn dann aufheben.

Namens der Kommissionsmehrheit, die mit 11 zu 10 Stimmen so beschlossen hat, bitte ich Sie, dem unbeschränkten Risikoausgleich zuzustimmen.

M. **Philipona**, rapporteur: Si nous avons besoin de cet article 97, c'est certainement suite à la chasse aux bons risques à laquelle se sont livrées les caisses-maladie, ce qui est certainement un des aspects les moins glorieux de ces dernières années.

Nous avons introduit le régime des primes égales et du libre passage. On a besoin d'une certaine compensation pour donner, au départ, des chances égales aux assureurs, puisqu'on ne part pas de zéro, mais d'une situation où les plus habiles, mais aussi ceux qui sont en même temps les moins corrects vis-à-vis de l'ensemble des assureurs, ceux qui ont le plus mal travaillé vis-à-vis de l'ensemble des assurés, pour la chasse aux bons risques, seraient avantagés sans cet article 97. Nous en avons donc besoin.

La majorité de la commission l'accepte très nettement par 15 voix contre 3, et rejette la proposition de minorité II (Gysin). A l'alinéa 4, on a trois possibilités: la majorité de la commission qui ne veut pas de limitation dans le temps, c'est-à-dire que la disposition transitoire durerait sans limite. Avec l'argumentation qui a déjà été établie, on croit ou on ne croit pas à la concurrence à long terme dans l'assurance-maladie vis-à-vis des groupes d'âge et des groupes de risques. La minorité I (Heberlein) veut limiter la compensation des risques à dix ans, et M. Tschopp à cinq ans.

C'est par 11 voix contre 10 que la majorité de la commission vous propose de ne pas limiter dans le temps cette disposition.

M<sup>me</sup> **Dreifuss**, conseillère fédérale: L'essentiel a été dit et je m'efforcerais de ne pas trop le répéter.

Nous avons aujourd'hui cette compensation; elle a été absolument indispensable et si nous ne la prévoyons pas dans la loi révisée, l'entrée en vigueur de cette loi provoquerait une explosion des primes dans les caisses à mauvaise structure de risques et avantagerait considérablement les caisses à bons risques. Vous me permettez de les appeler ainsi et non pas «bonnes et mauvaises caisses», comme l'a fait tout à l'heure M. Tschopp, qui a pris la peine ensuite de définir ce qu'il appelait les bonnes et les mauvaises caisses, en disant justement que cela dépendait de la structure de risques qu'elles avaient à assurer.

Un autre orateur a immédiatement parlé du risque de subventionner des caisses qui ne seraient pas efficaces ou qui ne seraient pas gérées de façon efficace. Cela n'a bien sûr rien à voir et la question est de savoir pourquoi il y a des caisses à bons risques et d'autres à mauvais risques. C'est certainement parce qu'il y a une chasse effrénée aux bons risques et non pas uniquement par une espèce de loi de la nature qui voudrait que les unes se soient spécialisées dans les mauvais risques.

Prenons les choses non plus du point de vue des caisses, mais du point de vue des assurés. On nous dit qu'avec la nouvelle loi les mauvais risques, c'est-à-dire les personnes âgées, les femmes, etc. – puisque aux yeux des assurances, c'est ainsi que ces personnes sont considérées –, devraient et pourraient passer immédiatement dans les caisses bon marché, ce qui est théoriquement possible grâce au libre passage intégral et à la prime unique par caisse. Tant qu'elles ne l'auront pas fait, elles subiront une prime très élevée et seront plus nombreuses, d'ailleurs, à être subventionnées, ce qui coûtera plus cher à l'Etat. Or, si nous habitons encore l'ancienne loi, comme vous l'avez dit Monsieur Tschopp, ne croyez-vous pas que beaucoup d'assurés continueront à habiter dans leur tête encore très longtemps le mauvais système dans lequel nous vivons actuellement, et qui est un système qui fait craindre tout changement, notamment à cause des réserves et à cause de la règle qui prévaut de la prime en fonction de l'âge d'entrée dans une nouvelle caisse?

Ce sont justement les personnes âgées, les étrangers, les personnes qui n'ont peut-être pas la formation suffisante pour se rendre compte des changements qu'apporte cette loi, toutes celles qui ne connaissent pas les subtilités de l'assurance-maladie – subtilités il y a actuellement, subtilités il y aura aussi demain dans le régime révisé –, qui, en raison de ces vieux réflexes, ne changeront pas immédiatement de caisse. Croire que tout le monde raisonne en termes de marché et que l'humanité se réduit à une collection d'«homo oeconomicus» est également faux. Il y a des notions de fidélité à la caisse qui joueront aussi et freineront le passage d'une caisse à l'autre. Pour ces assurés, il est sans doute exagéré de croire qu'ils réagiront d'emblée comme s'ils étaient les êtres abstraits de la théorie économique. Nous avons donc absolument besoin de poursuivre cette compensation pendant une période relativement longue.

Je vous invite avec toute ma détermination à vous opposer à la proposition de minorité II (Gysin). Entre la proposition de la majorité, la proposition de minorité I (Heberlein) et la proposition Tschopp, j'en appelle, là encore, à la sagesse de votre conseil pour choisir. Je me dois tout simplement de dire que la proposition de minorité I correspond à la version initiale du Conseil fédéral.

#### Abstimmung – Vote

##### Erste Eventualabstimmung – Premier vote préliminaire

Für den Antrag der Minderheit I	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Tschopp	Minderheit

##### Zweite Eventualabstimmung – Deuxième vote préliminaire

Für den Antrag der Mehrheit	81 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I	77 Stimmen

*Definitiv – Définitivement*

Für den Antrag der Mehrheit

100 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II

60 Stimmen

**Art. 98***Antrag der Kommission*

Für die ersten vier Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes, höchstens aber bis zum Jahre 1999, betragen die jährlichen Beiträge des Bundes nach Artikel 58:

- für 1996: 1830 Millionen Franken
- für 1997: 1940 Millionen Franken
- für 1998: 2050 Millionen Franken
- für 1999: 2180 Millionen Franken.

**Art. 98***Proposition de la commission*

Pour les quatre premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, mais tout au plus jusqu'en 1999, les subsides fédéraux selon l'article 58 s'élèvent à:

- pour 1996: 1830 millions de francs
- pour 1997: 1940 millions de francs
- pour 1998: 2050 millions de francs
- pour 1999: 2180 millions de francs.

*Angenommen – Adopté***Art. 99***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté**Persönliche Erklärung – Déclaration personnelle*

**Bortoluzzi:** Ich möchte zu einer Aussage von gestern, von Frau Kollegin Sandoz, Stellung nehmen. Sie hat zum Streichungsantrag zu Artikel 58a gesagt, dass es lächerlich sei, Patientenorganisationen zu unterstützen. Darum meine persönliche Erklärung.

Als Stiftungsrat der SPO, der Schweizerischen Patientenorganisation, möchte ich hier festhalten, dass in dieser Organisation – ich spreche nur für diese, weil ich andere nicht kenne – ausserordentlich seriös gearbeitet wird. Seit ihrem Bestehen wurden rund 17 000 Beratungen durchgeführt: mit bescheidener oder gar keiner Entschädigung für die Leute, die in der Stiftung sind, und – was wichtig ist – unabhängig von den Mächtigen in unserem Gesundheitswesen, den Kassen und den Leistungserbringern. Die SPO kommt einem Bedürfnis nach; das beweisen die Zahlen, die ich Ihnen, Frau Sandoz, gerne einmal übergeben werde.

**Präsident:** Herr Sieber stellt den Ordnungsantrag auf Rückkommen zu Artikel 58a.

**Sieber:** Warum dieser Rückkommensantrag? Ich möchte es so formulieren: Ordnungspolitisch wird das wohl nicht so klar sein, aber ich möchte jetzt mein Herz sprechen lassen. Da müssten wir vom Salatkopf lernen, denke ich: Der hat das Herz im Kopf.

Ich kenne viele Leute, die seit Jahren freiwillig im Einsatz sind als Vertreter oder Vertreterinnen von Patienten, die nicht zu Wort kommen, weil sie nicht wagen, sich an diese öffentlichen Einrichtungen zu wenden. Ich bin überzeugt, dass viel weniger Menschen der Fürsorge zugeführt werden müssen, wenn wir hier ein Ja geben, weil diese Gefässe Menschen auffangen können, um sie weiterzuführen.

Entscheidend ist für mich: Es ist keine ideale Angelegenheit; ich persönlich habe keine Interessen, aber ich möchte diese Menschen, die schon seit Jahren freiwillig einen Einsatz leisten, wirklich unterstützen. Wenn wir das von dieser Warte aus tun können, wird das Goodwill schaffen.

Es ist eine Selbsthilfeorganisation. In diesem Zusammenhang muss ich auch darauf hinweisen, dass es viele vergleichbare

Organisationen gibt, die Unterstützung erhalten; ich denke hier z. B. an die Konsumentenschutzorganisationen. Dort ist es selbstverständlich. Und es ist im Grunde genommen auch hier ein kleiner Teil.

Also noch einmal: Geben Sie, nachdem Sie das rote Licht so lange angeschaut haben, jetzt ein wenig grünes Licht für die Patientenorganisationen. Ich glaube, sie verdienen es. Ich möchte von Herzen sagen: Danke!

**M<sup>me</sup> Sandoz:** Le vote d'hier a été pris par 58 voix contre 54, soit par 112 personnes, ce qui implique que le quorum était largement réalisé. L'objet du vote avait été annoncé parce que nous avions déjà reçu l'indication qu'il y avait une demande de biffer l'article 58a. Par conséquent, chacun savait que la question serait posée.

La question a été posée alors que nous étions tous en train de siéger, puisqu'il avait été annoncé, d'une part, que c'était «open end», d'autre part, que nous siégerions jusqu'à l'article 88. Nous en étions à l'article 58a. Il n'y a donc aucun motif quelconque de revenir sur un article qui, en tant que tel, ne représente absolument pas une atteinte à la logique de la loi. Nous avons supprimé cet article parce que, précisément, il n'est pas dans la logique de la loi.

Je tiens à préciser que ce qui paraissait un peu étonnant, c'était de prévoir, dans le cadre d'une loi dont la révision tend à maîtriser les coûts, d'accorder des subventions à des organisations faitières qui conseillent les organisations actives sur le terrain, alors que, de surcroît, personne n'avait pu établir que l'activité de ces organisations entraîne une diminution des coûts.

Si nous donnons suite à la motion d'ordre de revenir sur un tel point, je crois que nous créons un précédent dans une procédure qui permettra une fois pour toutes à une minorité de contester un résultat chaque fois qu'il ne conviendra pas, après une nuit de réflexion!

Nous ne pouvons pas donner suite à cette motion d'ordre sans faire courir un risque ultérieur à l'équilibre et à la santé de nos procédures. Ce ne serait pas dans l'intérêt de ce Parlement.

**Frau Heberlein:** In Ergänzung zum Votum von Frau Sandoz möchte ich beifügen: Wenn wir jedesmal nach einer Abstimmung mit einer Mehrheit von zwei oder drei Stimmen Rückkommen beschliessen, werden wir mit unseren Verhandlungen überhaupt nie fertig. Wir haben bei Artikel 36 mit 60 zu 60 Stimmen und mit Stichentscheid des Präsidenten entschieden. Wir haben gestern bei Artikel 46 den Eventualantrag mit drei Stimmen Unterschied gutgeheissen. Wir haben immer die absolute Mehrheit im Saal gehabt. Wenn wir unsere Verantwortung nicht wahrnehmen und bei einer Abstimmung, die entscheidend ist, nicht anwesend sind, dann können wir auch darauf verzichten, hier zu sein! Ich beantrage Ihnen daher, den Rückkommensantrag abzulehnen.

*Abstimmung – Vote*

Für den Ordnungsantrag Sieber

62 Stimmen

Dagegen

100 Stimmen

*Persönliche Erklärung – Déclaration personnelle*

**Borer Roland:** Vor der Gesamt Abstimmung ist es angebracht, Bilanz zu ziehen aus dem, was wir beschlossen haben. Wir haben Mehrausgaben um dreistellige Millionenbeträge beschlossen; es kann auch über eine Milliarde Franken sein. Wir haben sehr wenig zur Kostendämpfung beigetragen.

Einmal mehr wird die ganz normale Familie zur Kasse gebeten: Mutter, Vater, zwei bis drei Kinder in einer mittleren Einkommensklasse. Diese an und für sich heute noch als normal geltenden Familien werden mit dieser Revision des Gesetzes massiv zur Kasse gebeten. Daran ändern auch die Direktsubventionierungen, die vielleicht gut gemeint sind, in der Praxis aber nicht realisiert werden können, nichts.

Solidarität ja! Ja auch zur Solidarität unter den verschiedenen Altersgruppen, zur Solidarität zugunsten der älteren Mitbürger

in unserem Land, die für unsere Volkswirtschaft ihr Leben lang gearbeitet haben – aber nicht für Leute, die es sich leisten wollen, alternativen Lebensformen in unserem Land zu leben! Wir haben schon zu viele, die sich ihre vielleicht angenehmeren Lebensformen mit Halbtagsarbeit, 10-Prozent-Jobs usw. durch die öffentliche Hand mitfinanzieren lassen. Zur Ausdehnung dieser Tendenzen sagen wir eindeutig nein.

Das gleiche Vorgehen wie bei der KVG-Revision können wir bei der AHV-Revision erleben. Sie müssen damit rechnen, dass sich irgendwann der Mittelstand aus der Solidarität, die wir hier so grosszügig beschliessen, abmeldet. Damit müssen Sie rechnen. Ich glaube, dass das nicht im Sinn von uns allen ist.

Die Fraktion der Auto-Partei wird geschlossen der Revision des KVG-Gesetzes nicht zustimmen, und wir behalten uns vor, mit interessierten Organisationen das Referendum gegen diese Gesetzesvorlage zu ergreifen.

#### *Persönliche Erklärung – Déclaration personnelle*

**On. Pini:** E'una dichiarazione personale, positiva, al termine di questo galoppo – se volete – che non a caso si è svolta a Ginevra.

Io, come membro iniziale sotto la presidenza dell'on. Egli, anni or sono, ho vissuto questo tentativo di revisione dell'assicurazione malattia. Devo oggi rendere omaggio, signora Consigliere federale, allo sforzo che è stato sviluppato da parte degli attuali commissari, da questo Parlamento che ha voluto anche onorare – citandolo – il Cantone Ticino per le sue ripetute esperienze, non sempre confortate dal ritegno da parte della Confederazione. Apprezzo la sensibilità dell'on. Dreifuss che ci ha onorato nel citare qui, in quest'aula di Ginevra, le esperienze del Cantone Ticino.

Io voterò questa revisione, dando ragione a un mio giovane collega di servizio quando diceva: «Malgrado gli anni che sono passati, abbiamo fatto un buon lavoro in uno spazio breve – un lavoro duro, tecnico, specifico, professionale ....»

Diamo omaggio, qui a Ginevra, città per antonomasia sensibile alle questioni sociali, diamo la nostra fiducia al varo di questa revisione, la quale, se non tocca su delle origini nuove di sostegno del concetto e della filosofia portante dell'assicurazione malattia, è comunque uno sforzo e un approdo notevole per quanto concerne le attese della nostra collettività.

Gli Stati con la loro pacata saggezza, arriveranno ad equilibrare meglio forse le nostre impennate. Tuttavia, il lavoro del Consiglio nazionale è stato un grosso lavoro.

Desideravo esprimere la mia soddisfazione a Lei, signora Consigliere federale, ai mei colleghi, un omaggio ai commissari, al caro Philippona, alla signora Eva Segmüller, la presidente, ed al relatore che di questa commissione sono i depositari, e vi prego di dare l'adesione.

**Frau Heberlein:** Ich gebe nicht eine persönliche Erklärung ab, sondern spreche im Namen einer Mehrheit der Fraktion.

Ich habe im Eintreten erklärt, dass wir uns bewusst sind, eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes erreichen zu wollen, dass wir aber nicht unter allen Bedingungen bereit sind, dieser zuzustimmen. Zwei der Rahmenbedingungen, die wir gestellt haben, wurden im Sinne unserer Fraktion entschieden. Zwei andere wesentliche Rahmenbedingungen, die Globalbudgetierung im ambulanten Bereich und die Begrenzung des Risikoausgleiches, wurden anders beschlossen. Wir hoffen auf entsprechende Korrekturen im Ständerat, und wir hoffen, dass dort die Entscheide in diesem Sinne fallen werden.

Unsere mehrheitliche Ablehnung in der Gesamtabstimmung beruht nicht auf einer völligen Ablehnung der Vorlage, sondern darauf, dass Rahmenbedingungen fehlen, die wir bei der Eintretensdebatte als unerlässlich bezeichnet haben.

In diesem Sinne möchte ich nicht mit einem radikalen Rundumschlag wie Herr Borer die Vorlage ablehnen, sondern die Kompromissbereitschaft aufzeigen; denn wir sind uns bewusst, dass eine Gesetzesrevision erfolgen muss – aber nicht um jeden Preis.

#### *Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

Für Annahme des Entwurfes

113 Stimmen

Dagegen

40 Stimmen

#### *Abschreibung – Classement*

##### *Antrag des Bundesrates*

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse gemäss den Seiten 1 und 2 der Botschaft.

##### *Antrag der Kommission*

Das Postulat 89.538 nicht abschreiben.

##### *Proposition du Conseil fédéral*

Classer les interventions parlementaires selon les pages 1 et 2 du message.

##### *Proposition de la commission*

Ne pas classer le postulat 89.538.

##### *Angenommen gemäss Antrag der Kommission*

Adopté selon la proposition de la commission

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

**Präsident:** Wir haben nach einer 18stündigen Debatte diese Revision zu Ende geführt. Ich entschuldige mich, wenn ich hier und da das Reglement strapaziert habe, aber es war notwendig, sonst hätten wir 28 Stunden debattiert.

91.071

**Krankenversicherung. Revision**  
**Assurance-maladie. Révision***Differenzen – Divergences*

Siehe Jahrgang 1993, Seite 1897 – Voir année 1993, page 1897

Beschluss des Ständerates vom 15. Dezember 1993

Décision du Conseil des Etats du 15 décembre 1993

---

**Segmüller Eva (C, SG), Berichterstatterin:** Der Nationalrat hat in der Herbstsession in Genf die Revision des Krankenversicherungsgesetzes behandelt und die Vorlage mit rund 75 Differenzen an den Ständerat überwiesen.

Der Ständerat hat uns nach seiner Differenzbereinigung in der Wintersession das Gesetz mit rund 35 Differenzen zurückgeschickt. Er ist uns weit entgegengekommen. Die überwiegende Zahl der noch bestehenden Differenzen betrifft auch nicht schwerwiegende Dinge, so dass die Mehrheit Ihrer Kommission Ihnen wieder ungefähr in der Hälfte der Fälle empfiehlt, dem Ständerat zu folgen.

Insbesondere beantragen wir Ihnen bei folgenden Bestimmungen, dem Ständerat zuzustimmen: bei Artikel 26, wo es um die wissenschaftlichen Methoden geht; dies allerdings knapp, ein Minderheitsantrag ist dort gestellt.

Bei Artikel 32, wo es um die Psychotherapeuten geht, stimmen wir ebenfalls dem Ständerat zu, weil sich inhaltlich nichts ändert. Die besondere Hervorhebung im Gesetz drängt sich eigentlich nicht auf.

Die wichtigste Zustimmung zum Ständerat haben wir in den Artikeln 46 und 47, bei den ausserordentlichen Massnahmen zur Kosteneindämmung, gegeben. Wir verzichten auf das Instrument der Globalbudgetierung im ambulanten Bereich und stimmen dem Ständerat zu, dass für ausserordentliche Lagen ein Tarif- und Preisstopp eingeführt werden kann. Der Verzicht auf die Globalbudgetierung im ambulanten Bereich kam deshalb zustande, weil wir in Genf nur mit einer Differenz von drei Stimmen dieser Globalbudgetierung zugestimmt hatten und

weil die Überlegung die Oberhand gewann, dass ein solches Instrument zu vermehrten Spitäleinweisungen führen kann und eigentlich im Gegensatz zu einer freiheitlichen, wettbewerbsorientierteren Vorlage steht, wie wir sie im übrigen beschlossen haben.

Bei Artikel 58 sind wir bereit gewesen, dem Ständerat bei der Suche nach einer besseren Lösung mit Bezug auf die Prämienverbilligung entgegenzukommen. Wir legen Ihnen einen neuen Vorschlag vor. Der Ständerat hat hier bewusst eine Differenz geschaffen, um uns die Möglichkeit zu geben, diesen Punkt zu vertiefen.

Zu den Differenzen: Wir haben an verschiedenen Stellen Vermittlungsvorschläge gemacht. Unsere Arbeit war eben auch vom Willen nach Konsens und der Notwendigkeit geprägt, diese Vorlage zu einem guten Ende zu führen. Diesem Ziel sind wir ein gutes Stück näher gekommen, auch dort, wo wir Ihnen Festhalten an unseren Beschlüssen empfehlen, eben, weil wir oft eine Kompromissformel gefunden haben. Soviel zur Einführung.

**Art. 7b; 7c; 13 Abs. 2; 15 Abs. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 7b; 7c; 13 al. 2; 15 al. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 15a**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Festhalten

*Abs. 1*

Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten.

*Abs. 2*

Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, nimmt der Bund sie vor.

*Abs. 3*

Das leitende Organ der Institution besteht aus Vertretern der Versicherer, der Kantone, der Suva, des Bundes, der Ärzte, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände.

*Antrag Sandoz*

*Titel*

Festhalten

*Abs. 1*

Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten.

*Abs. 2, 3*

Streichen

*Antrag der LdU/EVP-Fraktion*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 15a**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Maintenir

*Al. 1*

Les assureurs encouragent la prévention des maladies.

*Al. 2*

Ils gèrent en commun et avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Le Conseil fédéral crée l'institution si les assureurs et les cantons ne l'ont pas fait.

*Al. 3*

L'organe directeur de l'institution est composé de représentants des assureurs, des cantons, de la CNA, de la Confédération, des médecins, des milieux scientifiques ainsi que des organisations spécialisées dans le domaine de la prévention.

*Proposition Sandoz*

*Titre*

Maintenir

*Al. 1*

Les assureurs encouragent la prévention des maladies.

*Al. 2, 3*

Biffer

*Proposition du groupe AdI/PEP*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 15b**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Finanzierung, Aufsicht

*Abs. 1*

Von jeder nach diesem Gesetz obligatorisch versicherten Person ist jährlich ein Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung zu erheben.

*Abs. 2*

Der Bundesrat setzt auf Antrag der Institution den Beitrag fest.

*Abs. 3*

Der Bundesrat übt die Aufsicht über die Tätigkeit der Institution aus. Budgets, Rechnungen und Rechenschaftsbericht sind dem Bundesamt zur Genehmigung vorzulegen.

*Antrag Sandoz*

Streichen

*Antrag Friderici Charles*

*Abs. 1*

.... zu erheben. Dieser Beitrag darf 0,5 Prozent der durchschnittlichen Grundprämie der Krankenversicherung nicht übersteigen.

*Antrag der LdU/EVP-Fraktion*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 15b**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Financement, surveillance

*Al. 1*

Une contribution annuelle pour la prévention générale des maladies est perçue de chaque assuré obligatoire selon la présente loi.

*Al. 2*

Le Conseil fédéral fixe la contribution sur proposition de l'institution.

*Al. 3*

Le Conseil fédéral surveille l'activité de l'institution. Les budgets, les comptes et le rapport d'activité sont présentés pour approbation à l'office fédéral.

*Proposition Sandoz*

Biffer

*Proposition Friderici Charles*

*Al. 1*

.... présente loi. Cette contribution ne pourra excéder le 0,5 pour cent de la moyenne des primes de base de l'assurance-maladie.

*Proposition du groupe AdI/PEP*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 15c**

*Antrag der Kommission*

Entfällt

*Antrag der LdU/EVP-Fraktion*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



**Art. 15c**

*Proposition de la commission*  
Caduc

*Proposition du groupe AdI/PEP*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Segmüller Eva** (C, SG), Berichterstatterin: Bei den Artikeln 15a bis 15c handelt es sich um das Kapitel der kollektiven Prävention. Der Ständerat hat hier nein gesagt und beschlossen, die Artikel 15a bis 15c zu streichen. Signalisiert hat er jedoch, dass er bereit wäre einzuschwenken, wenn wir ihm bei Artikel 56, bei der individuellen Prävention, mit der Kostenbeteiligung entgegenkommen würden. Das haben wir gemacht (vgl. Art. 56 Abs. 7 Bst. a).

Bei Artikel 15a haben wir einerseits eine redaktionelle und andererseits eine präzisierende Verbesserung eingefügt. Wir haben nämlich den Text so aufgenommen, wie er im Ständerat von der Minderheit Onken beantragt wurde. Damit kommt klarer zum Ausdruck, wie diese neue Institution gegliedert sein soll, d. h., woraus sie bestehen soll, nämlich aus den Versicherern und den Kantonen. Es ist eine neue Institution, die neue Aufgaben übernimmt. Die bestehende Institution der Kantone zur Förderung der Prävention hat andere Aufgaben; sie wäre nicht geeignet, diese im Gesetz genannten Aufgaben zu übernehmen.

Wir bitten Sie daher, erstens am Prinzip festzuhalten und zweitens dieser neuen Formulierung zuzustimmen.

**Philipona Jean-Nicolas** (R, FR), rapporteur: Le Conseil des Etats avait biffé les articles 15a à 15c, spécialement à cause du risque d'abus en cas d'exonération de la participation aux coûts. Ces articles avaient été décidés par notre Conseil en première lecture.

La commission vous propose de maintenir cet article pour les raisons suivantes: cet article donne l'instrument pour la promotion de la prévention en utilisant tout ce qui existe déjà, c'est-à-dire en créant un effet de synergie. Il serait faux, à notre avis, de renoncer à une des mesures qui doit diminuer les coûts de la santé, ceci à l'exemple de ce qui s'est passé dans l'assurance-accidents. La commission vous propose une simplification rédactionnelle, quelque chose de plus fonctionnel par rapport à ce qui était proposé en première lecture.

D'autre part, à l'article 56 alinéa 7 lettre a, une modification qui est en rapport avec ces articles, et qui supprime la gratuité, vous sera proposée.

**FridERICI Charles** (L, VD): Le groupe libéral s'est longuement penché sur les problèmes posés par la prévention des maladies. Il s'est demandé si la prévention des maladies devait être laissée à la responsabilité individuelle ou, au contraire, prise en main par une institution – encore mal définie – chargée de justifier la ponction supplémentaire perçue auprès de chaque assuré, sans limitation de la part affectée à cette promotion.

A lire à l'article 15a alinéa 3: «L'organe directeur de l'institution est composé de représentants des assureurs, des cantons, de la CNA, de la Confédération, des médecins, des milieux scientifiques ainsi que des organisations spécialisées dans le domaine de la prévention», cette institution ne sera pas une mince affaire. Nous avons un peu peur que cela devienne un «machin» assez informe; peut-être – qui sait? – plus tard un office fédéral, alors qu'il semblerait qu'une telle institution puisse fonctionner sous la forme d'une simple commission extraparlamentaire, se chargeant justement de coordonner les actions qui sont déjà prévues dans les cantons.

Mon intervention et ma proposition tendent à modifier l'article 15b alinéa 1er en ajoutant simplement à la fin de cet alinéa une sorte de garde-fou disant que «cette contribution ne pourra excéder le 0,5 pour cent de la moyenne des primes de base de l'assurance-maladie». En effet, il nous paraît important de tenir compte là également des difficultés que peuvent rencontrer les assurés aujourd'hui et de pouvoir limiter non seulement l'explosion des coûts de la santé, mais aussi l'explosion des coûts des primes d'assurance-maladie.

Nous vous invitons donc à spécifier simplement à l'article 15b alinéa 1er un pourcentage qui soit égal pour l'ensemble de la population suisse de manière à ce que pour des cantons où l'assurance-maladie est déjà très fortement chargée par le fait que ces cantons ont peut-être des hôpitaux universitaires, on ne paie pas plus que dans des cantons qui ne disposent pas de tels hôpitaux universitaires et dans lesquels on aurait peut-être un montant ou une cotisation qui serait plus faible.

Je vous invite donc à suivre ma proposition et à voter la fixation de la contribution à 0,5 pour cent de la moyenne des primes de base de l'assurance-maladie.

**Meier Samuel** (U, AG): Namens der LdU/EVP-Fraktion beantrage ich Ihnen, Artikel 15a bis 15c zu streichen und damit dem Ständerat zu folgen. Ich begründe den Antrag wie folgt:

Weder ich selber noch meine Fraktion sind gegen präventivmedizinische Massnahmen eingestellt. Bei mir selber gehören Präventionsmassnahmen genauso zum Beruf wie die kurativen bzw. die therapeutischen medizinischen Massnahmen. Persönlich gehe ich noch weiter und sage, dass die Zuständigkeit bzw. die Verantwortlichkeit für derartige Massnahmen zwar auch beim Arzt liegt, aber im besonderen meine ich, dass die Verantwortlichkeit auch ganz besonders bei uns allen, d. h. beim einzelnen, liegt.

Mit ein Grund für den Antrag meiner Fraktion ist auch der finanzpolitische Aspekt: Aus finanziellen Gründen können wir es uns kaum leisten, die Grundversicherung – und damit meine ich auch denjenigen Teil der Versicherung, der mit dieser Vorlage obligatorisch werden wird – um die Gesundheitsförderung aufzustocken respektive damit den Leistungskatalog auszuweiten. Die Kosten steigen dadurch an, und es ist logisch, dass dadurch auch die Prämien ansteigen werden. Genau das wollen wir aber mit dieser Gesetzesrevision nicht. Was wir wollen, ist eine «schlanke», erschwingliche Grundversicherung, welche die krankheitsbedingten Grundbedürfnisse der Bevölkerung abdeckt.

Ein weiterer Grund für die Streichung der Artikel 15a bis 15c liegt darin, dass die medizinische Prävention nach Auffassung unserer Fraktion zu den allgemeinen Bundesaufgaben gehört. In diesem Rahmen leistet das Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) schon heute grosse und wertvolle Arbeit. Denken Sie beispielsweise an die noch immer laufende Anti-Aids-Kampagne usw.

Was heute in Sachen Prävention im argen liegt, sind weniger die fehlenden Massnahmen zur Förderung der Gesundheit, sind auch weniger die Finanzen als vielmehr die fehlende Koordination aller angebotenen Präventionsmassnahmen von Bund, Kantonen, Gemeinden und anderen, auch privaten Institutionen.

Ein weiterer Grund für die Streichung von Artikel 15a bis 15c: Schon vor Jahren wurde aus den Reihen unserer Fraktion angeregt, es sei ein Präventionsgesetz zu erlassen, welches Art, Umfang und Zuständigkeit, allenfalls auch die Koordination von präventivmedizinischen Massnahmen regelt. Ein Präventionsgesetz haben wir zwar noch nicht; unsere Fraktion behält sich aber vor, einen weiteren diesbezüglichen Vorstoss zu unternehmen. Wir sehen also die Lösung des Problems nicht in der Aufnahme von Artikeln ins KVG, sondern wir sehen die Lösung vielmehr im Erlass eines eigentlichen Präventionsgesetzes. Das ist der Weg, den wir sehen.

Unsere Fraktion und insbesondere auch ich selber stehen voll und ganz hinter jeglicher Art von Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung. Für uns ist der Weg über das KVG aber kein tauglicher Weg. Die Finanzierung soll nicht zu Lasten der Krankenversicherung vorgenommen werden, sondern Gesundheitsförderung und Präventivmedizin sind Teil der allgemeinen Staatsaufgaben.

In diesem Sinne beantrage ich Ihnen namens der LdU/EVP-Fraktion, die Artikel 15a bis 15c zu streichen und dem Ständerat zu folgen.

**Sandoz Suzette** (L, VD): Ma proposition va dans le même sens que celle du préopinant, avec une petite nuance néanmoins, parce que je crois important du point de vue psychologique d'insister sur la prévention des maladies.

En fait, ma proposition est double: d'abord modifier le titre de la section 2a et l'intituler non pas, en tous les cas en français, «Promotion de la santé», mais «Prévention des maladies», parce que c'est de cela qu'il s'agit. Il faut bien se rendre compte que ce qui coûte, et ce qu'il faut prévenir et éviter, c'est la maladie. Lorsque l'on dit «promotion de la santé», on parle de l'impossible. La santé, je dirai: on l'a; ce qui l'attaque, c'est la maladie. Psychologiquement, c'est très important de ne parler jamais de «promotion de la santé» mais de «prévention de la maladie», parce que, encore une fois, c'est cela qui coûte et que l'on doit éviter pour avoir la santé.

Mais ma deuxième proposition est plus importante encore, c'est de ne conserver dans cette section que l'alinéa 1er de l'article 15a, qui dit: «Les assureurs encouragent la prévention des maladies.» C'est vrai, c'est juste, dans le cadre d'une saine et intelligente gestion de l'assurance, les assureurs ont tout intérêt à encourager la prévention de la maladie, et il est bon que la loi le leur rappelle et peut-être qu'elle attire leur attention sur ce point. En revanche, il est totalement inutile de créer un organisme du genre de celui qui est envisagé. Nous sommes en train de tuer le pays avec des organismes lourds – il en faudra dans les cantons, il en faudra sur le plan fédéral –, des organismes dans lesquels il y a des personnes fort compétentes, mais qui n'expriment jamais que des théories. Or, ce qu'il faut, pour la prévention de la maladie, c'est un état d'esprit, et cet état d'esprit n'est pas créé par une commission. J'affirme et je maintiens que toutes les catégories d'institutions qui peuvent être prévues tuent plus que toute autre chose le dynamisme et la volonté d'activité des citoyens de ce pays.

En ce qui concerne le financement, certes on nous dira tout à l'heure que ça ne coûtera, pour l'instant – mais personne ne connaît l'avenir et nous savons ce que sont les promesses de modicité de coût dans l'avenir –, que 2 francs par an et par personne. Mais, est-ce que, à un moment où nous connaissons l'état de la conjoncture, nous avons le droit – sous prétexte de prévention, mais la fin ne justifie jamais les moyens – d'imposer une charge supplémentaire à tous les assurés obligatoires, c'est-à-dire à tout le monde, alors qu'il vaut beaucoup mieux que chacun puisse affecter les fonds qui sont les siens, jusques et y compris ces 2 francs que cela coûterait maintenant, notamment à se nourrir convenablement, puisqu'on sait qu'une des meilleures manières d'avoir la santé, c'est notamment de se nourrir convenablement? A aucun moment nous n'avons le droit, si nous sommes responsables, de mettre une charge supplémentaire sur chaque contribuable, même si elle est légère maintenant – mais nous ne savons pas ce qu'elle sera ultérieurement –, même avec la limitation proposée par M. Friderici Charles.

Telle est la raison des modifications que je propose.

**Gonseth Ruth (G, BL):** Die Verankerung der Gesundheitsförderung im KVG unterstreicht deren wichtige Bedeutung neben der kurativen Medizin. Mit der gezielten Förderung des Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung sorgt die Gesundheitsförderung für die Erhöhung der Wirksamkeit im Gesundheitswesen. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen kann damit günstig beeinflusst werden. Die Kantone haben ja bereits 1989 zusammen mit dem Bund, dem Konkordat, der Suva und den privaten Kranken- und Unfallversicherern die nationale Stiftung für Gesundheitsförderung ins Leben gerufen, und diese hat bereits gute Arbeit geleistet. Mit der Verankerung im KVG wird längerfristig auch die Finanzierung der Massnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention gesichert.

Die rund 12 Millionen Franken, welche das BSV zur Deckung der Kosten schätzt, sind gut investiertes Geld. Als Vergleich dazu gilt ja die Beratungsstelle für Unfallverhütung (BfU), die in ihrem Jahresbericht ebenfalls einen Aufwand von etwa 12 Millionen Franken ausweist. Die Summe, die wir vorsehen, macht knapp 1.80 Franken pro Versicherten pro Jahr aus. Das ist wirklich nicht viel Geld, man kann da nicht von einer grossen Belastung der Versicherten sprechen.

Der Antrag Friderici Charles geht mit 0,5 Prozent weit über das hinaus, was wir eigentlich vorgesehen haben. Wir müssen deshalb den Antrag Friderici Charles nicht ablehnen. Aber die Kommission will mit ihrem Antrag gar nicht so viel Geld.

Zum anderen haben die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, aber auch das Konkordat der Krankenkassen diese Verankerung im KVG begrüsst. Ich möchte Sie deshalb bitten, den Antrag der LdU/EVP-Fraktion und den Antrag Sandoz abzulehnen.

Die grüne Fraktion bittet Sie, dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

**Sieber Ernst (U, ZH):** Ich habe grossen Respekt vor den medizinischen Fortschritten der vergangenen Jahre und Jahrzehnte. Dass die Prävention dabei schon immer einen hervorragenden Stellenwert hatte, ist ob all den medizinischen Wunderwerken der heutigen Krankenbehandlung fast in Vergessenheit geraten. Die verbesserten Hygienemassnahmen haben früher nämlich einen wahren Schub bei der durchschnittlichen Lebenserwartung ausgelöst. Dies war Prävention im wahrsten Sinn des Wortes.

Heute stehen andere Formen der Prävention im Vordergrund: Vorbeugen vor Aids, vor Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, vor Gefahren für das Herz-Kreislauf-System usw. Diese Bedrohungen sind Zeichen und Spiegel unserer Zeit. Die Medizin ist eine wichtige Stütze beim Verhüten von Folgeschäden unserer Wohlstandsgesellschaft. Die Fortschritte in der Präventivmedizin zeigen, dass dieses Thema als Gebot der Stunde verstanden wird. Jeder Franken, der in die Vorbeugung gesteckt wird, spart gutes Geld bei den ausbleibenden Behandlungskosten. Wer Kosten sparen will, muss Prävention fördern: Lieber die kostbare Gesundheit unserer Bevölkerung fördern als die kostspielige Krankheit nicht verhindern!

In diesem Sinne bitte ich Sie – das ist eine persönliche Bemerkung –, Artikel 15a und 15b konsequent weiterzubefürworten, wie es Ihre Kommission beantragt.

**Präsidentin:** Die CVP-Fraktion lässt mitteilen, dass sie die Mehrheit unterstützt. Die SD/Lega-Fraktion tut das gleiche und lehnt dazu alle übrigen Anträge ab.

**Segmüller Eva (C, SG),** Berichterstatterin: Ich möchte Ihnen hier empfehlen, der einstimmigen Kommission zu folgen und alle anderslautenden Anträge abzulehnen. Diese Anträge lagen in der Kommission nicht vor. Wir haben in der Kommission überhaupt keine Abänderungsanträge hierzu gehabt.

Zum einzelnen: Der Titel ist, wie man aus unseren Diskussionen schliessen darf, sehr wohl angemessen, ist doch Vermeidung von Krankheit das Beste zur Förderung der Gesundheit. Umgekehrt ist es so, dass man mit der Förderung der Gesundheit Krankheit verhindert. Daher drängt sich keine Änderung des Titels auf.

Die Organisationsform ist nicht irgendein «organisme», sondern sie ist nach dem bewährten Modell der BfU konstruiert.

Die Finanzierung bewegt sich, wie bereits gesagt wurde, zwischen Fr. 1.80 bis Fr. 2.– pro Person und Jahr; in diesen Kategorien haben wir gerechnet. Der Antrag Friderici Charles schliesst damit weit über das Ziel hinaus und könnte auch als Einladung, mehr Geld zu verbrauchen, gewertet werden. Das ist wohl ungefähr das Gegenteil dessen, was der Antrag Friderici Charles eigentlich will. Der «état d'esprit» – genau um den geht es – muss gefördert werden, und deshalb ist neben dem BAG, einer BfU und den Kassen eine neue Organisation nötig, weil es hier auch darum geht, Kampagnen zu lancieren und zu finanzieren. Die Aids-Kampagne wurde genannt. Die Forderung nach einer Drogenkampagne steht im Raum. Ausgegangen werden muss davon, dass sich – neben dem, was bisher getan worden ist, und neben der Tätigkeit der Ärzte – eine Förderung der Gesundheit auf der Basis, wie Sie sie bereits in Genf beschlossen haben, aufdrängt.

Ich empfehle Ihnen, dem Antrag Ihrer Kommission zuzustimmen.

**Philippona Jean-Nicolas (R, FR),** rapporteur: Tout d'abord, en ce qui concerne la proposition Friderici Charles, elle va dans le sens des soucis de la commission qui cherche également à limiter les frais. Mais elle va bien au-delà de la somme prévue qui varie entre 1,80 franc et 2 francs par année et par assuré, ce qui représente le montant de 12 millions de francs actuelle-

ment dépensés dans le secteur de l'assurance-accidents, c'est dans ce sens-là que nous proposons cet article. Au nom de la commission, je dois combattre les autres propositions parce qu'il est faux de dire que ces mesures vont augmenter les coûts. Si ces propositions sont faites, c'est pour diminuer les coûts de la santé. Il y a à faire avant de soigner la maladie, c'est-à-dire promouvoir la santé et prévenir les maladies. Les deux choses, me semble-t-il, sont nécessaires actuellement.

En ce qui concerne l'institution, elle n'aura pas à faire de la prévention. Elle devra simplement coordonner tout ce qui se fait actuellement dans le cadre de la prévention des maladies. Actuellement, les cantons ont cette tâche et disposent d'un organisme à cet effet. Il s'agit tout simplement que la Confédération coordonne également ce travail avec les assureurs qui sont les mieux à même de faire de la prévention. Ce n'est non plus par hasard que nous avons indiqué que la CNA doit également faire partie de l'organe directeur. C'est tout simplement pour tenir compte de l'expérience qu'elle a déjà dans ce domaine.

**Friderici Charles (L, VD):** J'ai pris note que ma proposition de limiter à 0,5 pour cent de la moyenne des primes d'assurance-maladie allait au-delà de ce qui était demandé par la commission et que le montant qui était nécessaire pour financer une telle institution était fixé à 2 francs par année et par assuré. Donc, j'espère que ce montant ne sera pas dépassé et qu'il n'est pas nécessaire, de la sorte, de l'inscrire dans une loi, et que le Conseil fédéral ainsi que les assureurs respecteront ce montant de 2 francs par année et par assuré à l'avenir.

**Präsidentin:** Der Antrag Friderici Charles ist zurückgezogen.

#### Abstimmung – Vote

##### Eventuell – A titre préliminaire

Für den Antrag der Kommission	98 Stimmen
Für den Antrag Sandoz	42 Stimmen

##### Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Kommission	104 Stimmen
Für den Antrag der LdU/EVP-Fraktion	45 Stimmen

#### Art. 19 Abs. 2 Bst. a; 20

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Art. 19 al. 2 let. a; 20

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 26 Abs. 1

##### Antrag der Kommission

##### Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Minderheit

(Jöri, Bortoluzzi, Brunner Christiane, Daepf, Dormann, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Hubacher, Rechsteiner)  
Festhalten

#### Art. 26 al. 1

##### Proposition de la commission

##### Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Minorité

(Jöri, Bortoluzzi, Brunner Christiane, Daepf, Dormann, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Hubacher, Rechsteiner)  
Maintenir

**Jöri Werner (S, LU), Sprecher der Minderheit:** Nachdem sich unsere Kommission zweimal, in beiden Lesungen, und unser Rat in Genf, in der Herbstsession 1993, eindeutig für die Version des Bundesrates entschieden haben, ist der Ständerat auf seiner Linie geblieben und hat in Artikel 26 den mehr Ver-

wirrig stiftenden als Klarheit schaffenden Begriff «Wissenschaftlichkeit» wieder in den Gesetzentwurf aufgenommen. Unsere Kommission ist nach kurzer Diskussion äusserst knapp, mit 11 zu 10 Stimmen, dem Ständerat gefolgt. Dieses Abstimmungsergebnis zeigt, dass auf beiden Seiten schwerwichtige Argumente vorhanden sind und die Kommission in dieser Frage praktisch in zwei gleich grosse Lager gespalten ist. Aufgrund dieses knappen Ergebnisses ist es meines Erachtens richtig, den Rat über diese wichtige Frage noch einmal entscheiden zu lassen.

In Genf habe ich noch ausgeführt, dass der leidige Grabenkampf zwischen Schul- und Komplementärmedizin überwunden werden und sich die Einsicht durchsetzen sollte, dass ein konstruktives Mit- und Nebeneinander zum Wohle des Patienten die einzig verantwortbare Haltung ist. Die massive Einflussnahme auf unsere Beratung von aussen zeigt aber, dass sich der Graben vertieft hat und sich hinter der Diskussion um den Begriff «Wissenschaftlichkeit» andere Interessen verstecken. Konkret ist es doch die Angst der etablierten und von den Krankenkassen anerkannten Anbieter, einen Teil des inzwischen auf nahezu 30 Milliarden Franken angewachsenen «Gesundheitskuchens» zu verlieren. Wir sollten uns aber fern von dieser eher standespolitischen Haltung zu einem Entscheid durchringen, der auch den Kriterien des Allgemeininteresses standhält. Konkret meine ich, wir sollten die Haltung der Versicherten als Direktbetroffene zu dieser Frage in die Entscheidung mit einbeziehen. Die Meinung des Ständerates steht in klarem Widerspruch zu 70 Prozent der Bevölkerung. Diese fordern unmissverständlich eine Übernahme von komplementären Heilmethoden durch die Grundversicherung. Natürlich muss die Kostenfolge diskutiert werden. Hier zeigt es sich aber, dass erstens ein klassischer Fall von Kostenumlagerung vorliegt und zweitens diese Umlagerung zu sanfteren Heilmethoden erst noch billiger zu stehen kommt. Das Argument der Kostensteigerung ist damit sicher entkräftet.

Im weiteren fordern wir ja auf allen Ebenen der Gesetzgebung mehr Markt, mehr Konkurrenz. Hier haben Sie die Chance, diesem Grundsatz zu folgen. Erschrecken Sie jetzt nicht vor dem eigenen Mut! Oder befürchten Sie etwa, dass sich die schulmedizinischen Heilmethoden ohne Schutz durch das Gesetz nicht behaupten könnten? Was nicht wirksam ist, wird auf dem Gesundheitsmarkt chancenlos sein, ob es Schul- oder Komplementärmedizin ist. Was nicht zweckmässig und wirtschaftlich ist, darf von Gesetzes wegen auf Verordnungsstufe gar nicht erst anerkannt werden.

Diese klaren, eindeutig und anwendbaren Kriterien genügen vollends, um unqualifizierte Heilmethoden auszuschliessen. Mit der Zustimmung zum Antrag der Minderheit entscheiden Sie sich für eine Vielfalt im therapeutischen Angebot, die von einer Mehrheit der Bevölkerung erwünscht ist. Der entsprechende Antrag ist auch in der Kommission ja nur knapp unterlegen.

Mit der Zustimmung zum Antrag der Minderheit entscheiden Sie sich nicht für eine unkontrollierte Kostenausweitung, weil eine Kostenumlagerung stattfindet. Sie entscheiden sich mit den Kriterien «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich», wie sie im Antrag der Minderheit enthalten sind, für Rechtssicherheit bei der Gesetzesauslegung.

**Hafner Rudolf (G, BE):** Während der Genfer Session (Herbstsession 1993) haben Sie mit 89 zu 54 Stimmen, recht deutlich, dem Bundesrat zugestimmt und in dem Sinne die vom Ständerat beschlossene Zusatzformulierung – «Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.» – herausgestrichen. Dieser Entscheid ist aufgrund einer langen Diskussion gefällt worden.

In der Zwischenzeit sind keine neuen Argumente bekannt geworden, wonach dieser damalige, gute Entscheid umgestossen werden müsste. Wenn stimmungsmässig etwas geändert hat, dann – ich verweise auf die Worte von Kollega Jöri –, weil im Hintergrund gewisse Lobbies aktiv waren, nach dem Motto «bei den Reichen lernt man sparen» oder «die Reichen haben niemals genug». Man möchte den «Gesundheitskuchen» beliebig ausdehnen und ist gegen sanftere Medizin, weil man im Gesundheitswesen eben gar nicht Kosten vermeiden will.

Von Seiten der Verwaltung wurde in der Kommission klar gesagt, dass man aufgrund der Begriffe der Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit genügend klare, objektive Kriterien hat, um allfälliger Scharlatanerie vorzubeugen. Ich glaube, das ist sehr wichtig; verschiedene unter Ihnen sagen zu Recht, es soll ja nicht so sein, dass die Krankenkassen einfach alles bezahlen. Es ist also klar, dass dasjenige, was nicht zweckmässig und wirksam ist, aufgrund der Fassung Bundesrat ausgegrenzt werden kann. Aber es kann ja nicht darum gehen, Mediziner, die ein langes, staatlich subventioniertes Studium mit Erfolg absolviert und dann ihren Horizont erweitert haben, beispielsweise in Richtung Homöopathie, die ja eine lange Tradition hat, auszugrenzen – dies um so mehr, als der Patient diese Behandlung ausdrücklich wünscht.

Die Diskussion läuft in der Bundesrepublik Deutschland bereits seit längerer Zeit, und dort ist es so, dass sich auch Staatsrechtsprofessoren mit dieser Frage befasst haben. Es ist dazu gekommen, dass beispielsweise Professor Heine ganz klar formuliert hat: «Wissenschaftlich' oder 'nach anerkanntem Stand der Wissenschaft' ist kein Rechtsbegriff und muss aus allen Rechtsvorschriften entfernt werden, soweit damit Kompetenzzuweisungen an Behörden verbunden sind.» Das hat seinen klaren Grund: Wissenschaftlich ist etwa, dass jeder Wissenschaftler eine andere Meinung hat. In Deutschland hat das Professor Kriele, Staatsrechtsprofessor, noch weiter ausgedeutet und gesagt, dass unter den Wissenschaftlern verschiedene Auffassungen herrschen, so dass man sagen kann, dass «wissenschaftlich» überhaupt kein definierbarer Rechtsbegriff ist.

Es ist auch so, dass ein Professor der Schulmedizin in der Schweiz, Professor Gutzwiller – seiner Herkunft nach freisinnig –, dieser Argumentation folgt, indem er sagt, es gebe fast so viele Meinungen wie Professoren der Schulmedizin.

Von daher macht es keinen Sinn, einen solchen Begriff in ein Gesetz hineinzuschreiben.

Schliesslich hat Kollega Jöri auch richtig gesagt: Wenn man von der Kostenseite ausgeht, ist es heute klar erwiesen, dass die Verfahren der Komplementärmedizin im Durchschnitt bedeutend günstiger sind als diejenigen der reinen Schulmedizin. Ich zitiere Ihnen aus einer Presseinformation des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen – die Krankenkassen haben ja Erfahrung betreffend die Kostenzahlen –: «Angesichts der enormen und weiter steigenden Kosten des Gesundheitswesens ist nicht zu übersehen, dass seriöse alternative Heilanwendungen eine stark kostendämpfende Wirkung haben.» Diese Meinung des Konkordates vertreten auch diejenigen Krankenkassen, die längere Erfahrung mit diesem Heilwesen haben.

Ich bitte Sie im Namen der grünen Fraktion, der Minderheit zu folgen und damit erneut dem Entwurf des Bundesrates zuzustimmen.

**Keller Rudolf (D, BL):** Ich appelliere an Sie, mit der beachtlichen Minderheit zu stimmen und damit wiederum gemäss bundesrätlicher Variante zu entscheiden.

Es wäre schade, wenn wir hier eine – lassen Sie mich das so sagen – «medizinische Begrenzung» beschliessen würden; denn eine Begrenzung bedeutet die ständerätliche Variante auf jeden Fall.

Ich wehre mich dagegen, dass im KVG nur die klassische Schulmedizin zum Handkuss kommen soll. Auch die Naturmedizin soll im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung ihren Platz haben. Ich meine nicht Scharlatane mit dubiosen Wässerchen. Seriöse Naturheilmethoden, die durchaus auch von anerkannten Ärzten angewendet werden, sollen im KVG anerkannt sein.

Mit der Formulierung «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» setzt der Bundesrat Missbräuchen klare Grenzen.

Viele dieser erprobten und bewährten Mittel und Methoden sind seit Jahren im Gebrauch. Sie wirken und sind vielfach billiger als die sogenannte normale Chemie, wobei ich mich ganz und gar nicht gegen die Chemie ausspreche. Es braucht die Chemie, und sie wird im Rahmen des Konkurrenzkampfes, den wir hier auch zulassen sollten, weiterhin ihren festen Platz haben.

Ich wurde von meinem FMH-Arzt auch schon mit einem Naturheilmittel behandelt. Es war erfolgreicher als die Mittel der klassischen Medizin. Aber die Kasse zahlte nicht, obwohl diese Mittel billiger war, als wenn die klassische Medizin zum Zuge gekommen wäre.

Wir müssen dies als willkommene Ergänzung sehen, eine Ergänzung, die kostendämpfend wirkt, wenn sie nur erst einmal kassenmässig zugelassen ist. Wenn sie nämlich zugelassen ist, dann rennen die Leute auch nicht mehr vom FMH-Arzt zum Arzt, der Naturheilmittel abgibt, und wieder zurück, denn dann ist ja auch das Naturheilmittel, das der FMH-Arzt abgibt, zugelassen; das zählt. Wir können so verhindern, dass die Leute von einem Arzt zum anderen rennen und damit die Kosten hochtreiben.

Ich habe gedacht, dass unsere Gesellschaft über den Punkt hinaus ist, wo nur eine Medizinsparte ihre Daseinsberechtigung haben darf. Wir sollten doch wirklich heutzutage fortschrittlicher denken und sollten deshalb auf der Linie des Bundesrates bleiben.

Die Mehrheit der SD/Lega-Fraktion unterstützt darum den Antrag der Kommissionsminderheit.

**Goll Christine (S, ZH):** Ich möchte Sie bitten, diesem fragwürdigen «Wissenschaftsdiskurs», der hier um Artikel 26 entbrannt ist, ein Ende zu bereiten. Ich rufe Sie deshalb auf, dem Minderheitsantrag Jöri zuzustimmen und damit an der ursprünglichen und unmissverständlichen Fassung des Bundesrates festzuhalten.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit will der Ständerat «wissenschaftliche Methoden» anwenden lassen. In diesem Zusammenhang drängen sich zwei Fragen auf:

1. Warum soll nur die Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden überprüft werden und nicht auch die Zweckmässigkeit oder die Wirtschaftlichkeit?

2. Was heisst «wissenschaftliche Methoden»?

Wissenschaftliche Methoden sind nicht über alle Zweifel erhaben. Wissenschaftlichkeit ist eine Frage des Standortes und eine Frage der Perspektive. Es ist letztlich vor allem eine Frage der Definitionsmacht, nämlich: Wer definiert wann, was wissenschaftlich ist? Die bisherigen Diskussionen, sowohl in der Kommission als auch im Ständerat, haben gezeigt, dass es vor allem um einen Disput zwischen Schulmedizin und Komplementärmedizin geht. Aber Schulmedizin und Komplementärmedizin stehen sich nicht diametral gegenüber, die verschiedenen Methoden in beiden Medizinbereichen schliessen sich nicht aus: Vor allem ist weder die Schulmedizin einfach wissenschaftlich noch die Komplementärmedizin unwissenschaftlich.

Mit diesem Streit um Begriffe, der sich sogar in die Unterscheidung zwischen wissenschaftlich und naturwissenschaftlich ausgeweitet hat, wird ein Nebenthema aufgebauscht. Von den echten Problemen, die diese Revision zu lösen hat, wird abgelenkt. Es ist unserer Meinung nach unsinnig und überflüssig, den Begriff der Wissenschaftlichkeit ins Gesetz aufzunehmen, zumal diese Forderung keine Probleme löst, sondern sie einfach nur verlagert. Künftig sollen nämlich dann die Bundesbehörden den Streit um Wissenschaftlichkeit weiterführen. Der Begriff «wissenschaftlich» hat in diesem Gesetz nichts zu suchen. Er ist nicht rechtswirksam, und er wird nicht rechtswirksam werden, er hat für diese Revision des Krankenversicherungsgesetzes keinerlei Bedeutung.

Die Formulierung in der ursprünglichen Fassung des Bundesrates reicht unserer Meinung nach aus. Die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit von Leistungen, ja sogar die Wirtschaftlichkeit sollen nach Meinung des Bundesrates regelmässig überprüft werden. Dieser Streit um Wissenschaftlichkeit wird im Endeffekt auf Kosten der Patienten und der Patientinnen ausgetragen. Er hat nur für diejenigen Kreise eine Bedeutung, die eine Grundsatzdebatte über Schul- und Komplementärmedizin lancieren wollen – für diejenigen Kreise, die die Privilegien der Schulmedizin sichern wollen und der Komplementärmedizin Unwissenschaftlichkeit unterschieben wollen.

Stimmen Sie deshalb für die klare Formulierung gemäss ursprünglichem Entwurf des Bundesrates!

**Allenspach** Heinz (R, ZH): Ich bedaure, dass sich bei diesem Artikel ein Streit um die klassische Medizin und die Alternativmedizin entwickelt hat. Es ist unsinnig, wenn darüber diskutiert wird, ob die klassische Medizin wissenschaftlich und die Alternativmedizin unwissenschaftlich sei. Darum geht es bei diesem Artikel überhaupt nicht! Er sieht vor, dass die Leistungen der Leistungserbringer zweckmässig und wirksam sein sollen. Die Leistungen müssen also wirksam sein. Die Wirksamkeit muss überprüft werden. Wie wollen Sie die Wirksamkeit nachweisen? Durch Glaubensbekenntnisse oder durch Ideologie oder durch politischen Druck? Es wäre ein Unsinn, derartige Auffassungen zu vertreten. Man muss die Wirksamkeit objektiv nachweisen können, also mit einer wissenschaftlichen Methode. Alles andere wäre unzumutbar und mit dem Geiste des Gesetzes nicht vereinbar.

Deshalb bitte ich Sie, diesen Streit um die Wissenschaftlichkeit der Schulmedizin und der Alternativmedizin zu begraben und sich darauf zu konzentrieren, mit welchen Methoden wir die Wirksamkeit sowohl der klassischen als auch der Alternativmedizin nachweisen wollen. Das kann nur eine wissenschaftliche Methode sein. Alles andere wäre Scharlatanerie. In diesem Sinne sind auch die Heilerfolge der Alternativmedizin wissenschaftlich nachweisbar. Wir haben beispielsweise den Nachweis mittels einer wissenschaftlichen Statistik, und der würde durchaus genügen, weil wir ja die Wirksamkeit nachweisen müssen.

Aus diesen Überlegungen bitte ich Sie, der Kommissionmehrheit zuzustimmen.

**Deiss** Joseph (C, FR): Le but de toute science est de développer des propositions acceptables pour tous. Par conséquent, ajouter ou non ce terme à cet article ne change rien à sa signification puisqu'il ne saurait y avoir d'autres moyens que des moyens scientifiques pour démontrer l'efficacité d'un traitement.

Ceux qui défendent le biffage de ce terme partent de l'idée qu'en évitant cette terminologie on ouvre la voie aux médecines «douces». Mais cela n'est pas nécessaire pour y parvenir, car, même avec cette adjonction que propose le Conseil des Etats, les médecines douces auront la voie ouverte si elles satisfont aux critères qui sont exigés pour la médecine classique. Pour conclure, j'aimerais quand même vous rappeler que nous nous trouvons dans la procédure d'élimination des divergences et qu'il faut essayer de parvenir à une fin. Si nous ne sommes pas capables d'éliminer des divergences sur des questions de vocabulaire, nous n'y parviendrons en tout cas pas sur des questions de fond. Or là, il est manifestement question de vocabulaire. Et si l'on veut mettre un point final à ce débat en grande partie inutile – M<sup>me</sup> Goll souhaite que l'on en termine – ce n'est pas en maintenant la divergence avec le Conseil des Etats, mais en l'éliminant.

**Präsidentin:** Die liberale Fraktion und die Fraktion der Auto-Partei lassen mitteilen, dass sie die Mehrheit unterstützen.

**Segmüller** Eva (C, SG), Berichterstatterin: Bei diesem Streit geht es längst nicht mehr darum, ob wir der Alternativmedizin einen Platz einräumen wollen oder nicht; der ist eingeräumt. Einigkeit besteht nämlich darüber – von Bundesrat über Ständerat bis zu Mehrheit und Minderheit Ihrer Kommission –, dass eine Methode an sich nicht mehr den Nachweis der Wissenschaftlichkeit erbringen muss, sondern dass der Erfolg zählt: Eine Methode muss wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Aber es steht nicht mehr im Gesetz, dass sie nach wissenschaftlichen Kriterien gestaltet sein muss. Es geht jetzt darum, auf welche Art und Weise der Erfolg nachweis erbracht wird. Dass es dafür Kriterien geben muss, dürfte unbestritten sein.

Insofern ist es wirklich ein Streit um Worte; denn, ob Sie so oder anders entscheiden, es wird in einer Verordnung festzulegen sein, welche Methoden diese Kriterien erfüllen.

Mit der Mehrheit der Kommission, auch wenn es nur eine knappe Mehrheit ist, bitte ich Sie, dem Ständerat zu folgen, weil sich in der Sache nicht viel – um nicht zu sagen, nichts – ändert. Damit wird eine Differenz weniger aufrechterhalten.

Inhaltlich – ich muss das betonen – besteht praktisch kein Unterschied. Ein statistischer Erfolgswachweis ist im einen wie im anderen Fall vorzulegen und ist notwendig, sonst könnte das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nicht überprüft werden. Von daher gesehen lohnt es sich nicht, eine Differenz aufrechtzuerhalten.

**Philippona** Jean-Nicolas (R, FR), rapporteur: Je crois qu'il est faux de créer ici, à cet article, une lutte entre la médecine traditionnelle et la médecine qu'on appelle complémentaire.

La médecine complémentaire n'est pas du tout exclue. On dit simplement que l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. Il s'agit donc de savoir si le traitement est efficace, oui ou non. Tout le reste est fausse interprétation et personne dans ce secteur de la santé ne devrait avoir peur d'un contrôle d'efficacité à l'heure où on veut chercher à diminuer les coûts.

Je vous demande donc de soutenir la proposition de la majorité de la commission et de ne pas maintenir ici une divergence de plus, une divergence qui serait inutile.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit  
Für den Antrag der Minderheit

83 Stimmen  
69 Stimmen

**Art. 29 Abs. 2 Bst. e; 30 Abs. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 29 al. 2 let. e; 30 al. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 31 Abs. 1, 3**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 3*

Festhalten, aber:

.... gleichgestellt sind. Er berücksichtigt dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten zu einer Apotheke.

*Antrag Schnider*

*Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 31 al. 1, 3**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 3*

Maintenir, mais:

.... aux pharmaciens. Il tient compte en particulier des possibilités d'accès des patients à une pharmacie.

*Proposition Schnider*

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Abs. 1 – Al. 1*

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Al. 3*

**Schnider** Theodor (C, LU): Nachdem der Ständerat in der Dezembersession erneut mit grosser Mehrheit – mit 25 zu 12 Stimmen – beschlossen hat, die kantonale Regelung beizubehalten, sollten wir im Nationalrat auf diesen Vorschlag einschwenken. Dazu gibt es eine ganze Anzahl Gründe, wovon ich nur einige nennen möchte.

Für den einzelnen Patienten ist die heutige Regelung in den meisten Kantonen nach wie vor ein Vorteil, weil er rasch und direkt zu seinem Medikament kommt. Aus den Statistiken der



Krankenkassen ist zu entnehmen, dass die Medikamentenkosten in den Kantonen mit Selbstdispensation sogar deutlich tiefer sind. Ein Beispiel dafür ist der Kanton Graubünden: Mit der Aufhebung der Selbstdispensation 1991 sind die Kosten der Medikamente innert zweier Jahre um 37 Prozent angestiegen. Belassen wir Artikel 31 Absatz 3 im Interesse einer Kostensenkung in der ständerätlichen Fassung!

Zu erwähnen ist noch, dass verschiedene Umfragen bei den Patienten ergeben haben, dass eine deutliche Mehrheit die Medikamente direkt vom Arzt zu erhalten wünscht. Überlassen wir es doch den Kantonen, die Medikamentenabgabe zu regeln! Eine Systemänderung, eine Änderung der heutigen Praxis – Regelung auf eidgenössischer Ebene –, würde nur höhere Kosten mit sich bringen.

Ich bitte Sie deshalb, meinem Antrag, d. h. dem Beschluss des Ständerates, zuzustimmen.

**Sieber Ernst (U, ZH):** Der Hohenstaufen-Kaiser Friedrich II. hat vor 750 Jahren in seinem Medizinedikt die Berufe des Arztes und des Apothekers getrennt. Er unterstellte die Ausübung des Apothekerberufes einer behördlichen Kontrolle und führte feste Arzneimittelpreise ein. Von da an galt, was heute überall zutrifft: Der Arzt rezeptiert, der Apotheker dispensiert. Nur die Schweiz steckt diesbezüglich noch im Zeitalter der Hellebarden, der Morgensterne und der Säbel, die auf beiden Seiten tüchtig rasseln. Beim direkten Verkauf der Medikamente durch den Arzt muss die konkrete Situation berücksichtigt werden. Es gibt drei Varianten:

1. Der Patient muss als Notfall sofort medikamentös behandelt werden. In diesem Fall ist es selbstverständlich, dass der Arzt Medikamente abgibt bzw. verkauft.

2. Der Patient wohnt in einer Randregion. Der Zugang zur Apotheke ist beschwerlich. Auch hier muss der Arzt Medikamente abgeben können.

3. Der Arzt verschreibt Medikamente, obwohl kein Notfall vorliegt und der Gang zur Apotheke zumutbar wäre – diese Variante nennt man zutreffenderweise kommerzielle Selbstdispensation. Hier hebt Friedrich II. zu Recht seinen Warnfinger und erklärt: «Wer rezeptiert, verkauft nicht!» Die finanziellen Anreize könnten Ärzte nämlich dazu verleiten, etwas mehr zu verkaufen als nötig. Das sind menschliche Angelegenheiten. Dies aber widerspricht dem 26. Gebot des Krankenversicherungsgesetzes, wonach die Behandlung «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sein muss.

Ich empfehle Ihnen daher, dem Antrag der Kommission unseres Rates zuzustimmen, nämlich der Verpflichtung, dass der Bundesrat auf «die Zugangsmöglichkeiten der Patienten zu einer Apotheke» achtet.

**Keller Rudolf (D, BL):** Ich appelliere an Sie, mit der Kommission zu stimmen.

Der Problemkreis «Apotheken, Ärzte und Selbstdispensation» hat in diesem Gesetz einen Stellenwert erhalten, der gar nicht nötig gewesen wäre und den er eigentlich auch gar nicht hat. Ein wahrer Glaubenskrieg tobte, und als Kommissionsmitglied hatte ich die Ehre, sowohl mit Ärzten als auch mit Apothekerinnen und Apothekern über dieses Thema reden zu dürfen. Beide Seiten haben um ihren Status gebangt. Wir brauchen aber beide: Wir brauchen sowohl die Ärzte als auch die Apothekerinnen und Apotheker.

Die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi ist nun davon überzeugt, dass man in der Kommission einen für alle tragbaren Kompromiss gefunden hat. Apotheken soll es aber weiterhin geben. Doch es gibt Gebiete, wo die Ärzte gewissermassen ihre eigene Apotheke führen sollen, weil eine eigentliche Apotheke fehlt, weil sonst eine Unterversorgung da ist oder weil eine historische Gegebenheit eine modifizierte Lösung als vernünftig erscheinen lässt. Das dient der guten medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung.

Letztlich muss doch für uns Politikerinnen und Politiker die absolute medizinische Versorgung unserer Bevölkerung auch oberste Priorität haben. Diese oberste Priorität können wir nur mit dem Kompromiss, den wir jetzt in der Kommission gefunden haben, auch wirklich voll und ganz erfüllen. Dabei zählen wir von unserer Fraktion nicht nur die Ärzte zum fachlich aus-

gewiesenen Zweig der Medizin, sondern auch die Apothekerinnen und die Apotheker. Und diese können und sollen nun ihren Platz behalten. Es ist für uns unverstänlich, dass jetzt nochmals jemand gekommen ist und versucht hat, diesen Kompromiss in Frage zu stellen.

Zu Kollega Schnider möchte ich noch sagen – er hat die Umfragen erwähnt, die die Ärzte unter ihren Patientinnen und Patienten gemacht haben –: Nun gut, sie haben Umfragen gemacht. Aber Hand aufs Herz: Wenn Sie bei Ihrem Arzt sind und der Arzt eine solche Umfrage macht und Ihnen den Zettel unter die Augen hält und Sie die Frage «Selbstdispensation beim Arzt, ja oder nein?» beantworten sollten, dann sagen Sie doch nicht nein. Bei diesen Umfragen haben natürlich sehr viele Patientinnen und Patienten für den Arzt geredet, einfach so, weil sie halt nicht anders konnten. Ich möchte also zum Ausdruck bringen, dass solche Umfragen fragwürdig sind. Ich möchte aber die Ärzteschaft hier nicht in Misskredit bringen.

Ich glaube, dass wir in der Kommission den Kompromiss gefunden haben. Hinter diesem Kompromiss sollten alle beteiligten Kreise stehen können.

**Eymann Christoph (L, BS):** Ich bitte Sie im Namen der liberalen Fraktion, den Antrag Schnider abzulehnen.

Diese Bestimmung hat tatsächlich in der Diskussion um die Gesetzesrevision eine Bedeutung erlangt, die er nicht haben dürfte.

Der Auftrag unseres Rates ist es, die Krankenversicherung auf eine neue, mehrheitsfähige Basis zu stellen. Das Wohl der Versicherten muss dabei im Vordergrund stehen. Mit Blick darauf würde es von der Bevölkerung schlecht verstanden, wenn wegen dieser einen Bestimmung das Referendum ergriffen würde.

Arztpraxen und Apotheken sind wichtige Leistungserbringer im Gesundheitswesen, auch nach dem Wortlaut dieses Gesetzes. Die Liberalen haben in der Eintretensdebatte in Genf (Herbstsession 1993) gesagt, dass die Revision die Leistungserbringer nicht einseitig belasten dürfe. Dies gilt auch heute.

Die Kommission hat einen Kompromiss gefunden, zu dem wir als Liberale stehen können. Die Selbstdispensation wird dadurch nicht abgeschafft, wie behauptet wird. Sie kann allerdings dort eingeschränkt werden, wo Apotheken für die Patientin und den Patienten ohne Probleme erreichbar sind. Diese Lösung berücksichtigt auch den grossen Beitrag der Apotheken zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen. Denken wir an die Beratung, die in unzähligen Fällen in der Apotheke erfolgt – und zwar ohne Kostenfolge für die Kassen. Diese Leistungen würden nach einem Verschwinden der Apotheken nicht mehr ohne Kostenfolge für die Kassen erbracht.

Die Statistiken und die Umfragen, die angeführt werden, sind sehr stark interpretationsbedürftig. Wir sollten deshalb keinen Expertenstreit um dieses Thema lancieren. Als Liberale sind wir sehr föderalistisch. Wir glauben aber, dass es Fälle gibt, in denen wir dem Bundesrat Kompetenzen geben sollten, und wir sind in der Fraktion der Meinung, dass es sich hier um einen solchen Fall handelt. Die Fassung der Kommission ist ausgewogen und wird keine Abschaffung der Selbstdispensation bewirken, sie wird aber die Existenz der Apotheker bewahren helfen.

Ich bitte Sie deshalb, den Antrag Schnider abzulehnen und mit der Kommission zu stimmen.

**Präsidentin:** Die FDP-, die CVP- und die SP-Fraktion lassen mitteilen, dass sie den Antrag der Kommission befürworten.

**Segmüller Eva (C, SG),** Berichterstatterin: Bei Artikel 31 hat der Ständerat deutlich entschieden. Mit 25 zu 12 Stimmen hat er Festhalten beschlossen, und er hat auch signalisiert, dass er weiterhin festhalten wird. Das ist einer der Punkte, wo wir vom Ständerat kein Nachgeben erwarten dürfen.

In der Kommission haben wir mit 15 zu 6 Stimmen beschlossen, an unserer Version festzuhalten, aber den Zusatz (gemäß Ständerat), dass die Möglichkeit des Zugangs zu einer Apotheke zu berücksichtigen ist, einzufügen. Dem haben wir mit 19 zu 0 Stimmen zugestimmt.



Ob es uns gefällt oder nicht: Wir müssen uns im klaren sein, dass diese Frage, wie wir sie auch immer lösen, ein bestimmtes Gewicht im Abstimmungskampf haben wird.

Die Kommission hat mit einer klaren Mehrheit – 15 zu 6 Stimmen – beschlossen, mit Blick auf die Möglichkeit zur Kosteneindämmung, die von den einen bejaht, von den anderen verneint wird, am ursprünglichen Beschluss, Kompetenz an den Bundesrat, festzuhalten. Aber – bitte beachten Sie das – das ist dann kein Freipass für den Bundesrat, sondern es werden Jalons gesteckt: Zu beachten ist die Möglichkeit des Zugangs zu einer Apotheke.

In diesem Sinne bitte ich Sie namens der Kommission, an unserem Beschluss festzuhalten.

**Philippona Jean-Nicolas** (R, FR), rapporteur: Je vous rappelle tout d'abord que la dispensation des médicaments par les médecins est un usage traditionnel et particulier à la Suisse alémanique, un usage qui est presque inconnu en Suisse romande.

La proposition de la commission présente plusieurs avantages: tout d'abord, cela permet de rapprocher les points de vue du Conseil des Etats et du Conseil national, avec une proposition de compromis; de restreindre le nombre de consultations puisqu'il ne serait plus obligatoire d'aller chez un médecin pour se procurer des médicaments; de tenir compte des régions et des votes populaires qui y ont eu lieu, puisque le Conseil fédéral devra en tenir compte; enfin, cette proposition permet une évolution des situations différentes entre cantons vers une situation plus uniforme et plus moderne.

Je vous demande donc d'appuyer la large majorité qui s'était dessinée lors de la première lecture.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	126 Stimmen
Für den Antrag Schnider	24 Stimmen

#### Art. 32

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 33 Abs. 2, 3

##### Antrag der Kommission

Festhalten

#### Art. 33 al. 2, 3

##### Proposition de la commission

Maintenir

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 37 Abs. 2 Bst. d, 4

##### Antrag der Kommission

##### Abs. 2 Bst. d

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates, aber:

.... Struktur der Tarife. Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind vor dem Abschluss die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, anzuhören.

#### Art. 37 al. 2 let. d, 4

##### Proposition de la commission

##### Al. 2 let. d

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats, mais:

.... structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des associations, les organisa-

tions qui présentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion.

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 39 Abs. 2bis Bst. d

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Art. 39 al. 2bis let. d

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 40 Abs. 4; 42 Abs. 7

##### Antrag der Kommission

Festhalten

#### Art. 40 al. 4; 42 al. 7

##### Proposition de la commission

Maintenir

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 43a Abs. 1

##### Antrag der Kommission

Der Kanton kann als finanzielles ....

#### Art. 43a al. 1

##### Proposition de la commission

.... instrument de gestion ....

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 44 Abs. 1 Einleitung, Bst. b, 1bis, 3

##### Antrag der Kommission

##### Abs. 1 Einleitung

Nach Anhören der zuständigen Kommissionen ....

(redaktionelle Anpassung an Art. 27 Abs. 4)

##### Abs. 1 Bst. b, 1bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Abs. 3

Festhalten

#### Art. 44 al. 1 introduction, let. b, 1bis, 3

##### Proposition de la commission

##### Al. 1 introduction

.... les commissions compétentes et conformément aux principes ....

(adaptation rédactionnelle à l'art. 27 al. 4)

##### Al. 1 let. b, 1bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Al. 3

Maintenir

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 45 Abs. 1, 2

##### Antrag der Kommission

##### Abs. 1

Festhalten, aber:

.... 43a, 46 und 47 sowie .... nach Artikel 40 Absatz 4 und Artikel 42 Absatz 7 kann Beschwerde ....

##### Abs. 2

Festhalten

#### Art. 45 al. 1, 2

##### Proposition de la commission

##### Al. 1

Maintenir, mais:

...., 43a, 46 et 47 ainsi que ...., au sens des articles 40 alinéa 4, et 42 alinéa 7, peuvent faire l'objet ....

##### Al. 2

Maintenir

#### Angenommen – Adopté

**Art. 46 Abs. 1–3***Antrag der Kommission**Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates, aber:

Die Versicherer können beantragen, dass der Kanton als befristete .... festsetzt.

*Abs. 2*

Der Kanton hat innert dreier Monate seit Antragstellung über das Eintreten zu entscheiden. Er hört die Einrichtungen und die Versicherer vorher an.

*Abs. 3*

Entfällt (siehe Abs. 1 und 2)

**Art. 46 al. 1–3***Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats, mais:

Les assureurs peuvent demander au canton, en tant que mesure .... la moyenne, de fixer ....

*Al. 2*

Le canton doit se prononcer sur l'entrée en matière dans un délai de trois mois à partir du dépôt de la requête. Il consulte au préalable les institutions et les assureurs.

*Al. 3*

Caduc (voir al. 1 et 2)

*Angenommen – Adopté*

**Art. 47, 49 Abs. 1***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 47, 49 al. 1***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 54 Abs. 3***Antrag der Kommission**Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Minderheit*

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

Festhalten

**Art. 54 al. 3***Proposition de la commission**Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Minorité*

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

Maintenir

**Allenspach** Heinz (R, ZH), Sprecher der Minderheit: Mit Artikel 54 werden die besonderen Versicherungsformen ermöglicht, beispielsweise Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungsträger, in einer Kurzformel HMO-Kassen genannt. Artikel 54 bietet auch die Rechtsgrundlage für Versicherungen mit höherer Kostenbeteiligung, mit höherer Jahresfranchise, mit höherem Selbstbehalt, mit Bonus-Malus-System usw. Derartige besondere Versicherungsformen sind heute schon bekannt und werden von gesundheits- und kostenbewussten Versicherten zunehmend verlangt. Diese besonderen Versicherungsformen sind positiv zu werten, weil sie das Kosten- und Gesundheitsbewusstsein ganz allgemein stärken. Der Versicherte nimmt aber zusätzliche Einschränkungen oder höhere Kostenbeteiligungen, die mit diesen besonderen Versicherungsformen verbunden sind, nur dann in Kauf, wenn er geringere Prämien zu bezahlen hat. Er will Prämienermässigungen; er will zu Recht an den Einsparungen der Krankenversicherungen partizipieren.

Der Bundesrat kann gemäss Absatz 3 für diese Prämienermässigungen Höchstgrenzen, für die Prämienzuschläge Mindestgrenzen festlegen. Das ist durchaus akzeptabel, aber es wird sofort die Frage zu stellen sein, welche Faktoren für die Begrenzung der Prämienermässigungen ausschlaggebend sein sollten, nach welchen Kriterien diese Limiten festzulegen seien.

Darüber sagt Absatz 3 in der Formulierung der Kommissionsmehrheit überhaupt nichts aus. Soll die politische Opportunität oder der ausgeübte politische Druck diese Höchstgrenzen bestimmen, soll der Bundesrat gemäss persönlicher Vorliebe die Prämienermässigungen in Skalen setzen können, oder sollen auf diesem Wege die besonderen Versicherungsformen für gesundheits- und kostenbewusste Versicherte in enge Korsetts gezwängt und damit behindert werden? Falls diese Prämienermässigungen nämlich wegen eines einschränkenden Bundesratsbeschlusses zu gering ausfielen, dann wären die besonderen Versicherungsformen nicht mehr attraktiv.

Der Nationalrat hat deshalb in der Herbstsession 1993 – ich möchte Sie daran erinnern: mit offensichtlichem Mehr – in Absatz 3 eine Leitplanke eingefügt. Der Bundesrat soll bei der Festlegung der Höchstgrenzen der Prämienermässigung «versicherungsmässige Erfordernisse» berücksichtigen. Diese Leitplanke ist keine absolute, denn der Bundesrat kann nach der Formulierung des bisherigen Beschlusses des Nationalrates auch andere Kriterien mit berücksichtigen. Er soll und darf aber das Kriterium der versicherungsmässigen Erfordernisse nicht völlig in den Wind schlagen. Die besonderen Versicherungsformen bedeuten keine Desolidarisierung. Deshalb sind sie ja zulässig. Die Prämienermässigungen bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder bei höherer Kostenbeteiligung bedeuten ebenfalls keine Desolidarisierung, sondern das sind Kompensationen für anderweitig übernommene Lasten, und bei diesen Kompensationen sind meines Erachtens die versicherungsmässigen Erfordernisse mit zu berücksichtigen. Das war der Sinn des klaren Beschlusses des Nationalrates in der Herbstsession. Dieser Beschluss ist auch heute noch richtig.

Im Namen der Minderheit beantrage ich Ihnen, an diesem Beschluss festzuhalten.

Es könnte nun eingewendet werden, der Hinweis auf die versicherungsmässigen Erfordernisse sei gar nicht notwendig. Es sei selbstverständlich, dass der Bundesrat sie bei der Festlegung der Prämienermässigungen berücksichtigen werde. Wenn der Bundesrat dies wirklich beabsichtigt, sind die Widerstände gegen den Beschluss des Nationalrates in der Herbstsession 1993 nicht so recht verständlich. Dann könnten Bundesrat und Kommissionsmehrheit diesen Beschluss übernehmen, denn dieser Beschluss des Nationalrates schafft nicht nur mehr Klarheit und mehr Transparenz, er zerstreut auch die Befürchtungen, die besonderen Versicherungsformen könnten durch eine inadäquate Begrenzung der Prämienermässigungen indirekt torpediert werden.

Weil ich diese Befürchtungen ausräumen will und weil ich nicht riskieren will, dass die besonderen Versicherungsformen indirekt torpediert werden, bitte ich Sie, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen. Wenn wir diese Befürchtungen ausräumen, räumen wir gleichzeitig auch einen Stolperstein für diese Gesetzesrevision aus. Ich bitte Sie um Zustimmung zum Antrag der Kommissionsminderheit und damit um Festhalten am Beschluss, den wir vor einigen Monaten mit offensichtlicher Mehrheit gefasst haben. Bleiben Sie der früheren Erkenntnis treu.

**Präsidentin:** Die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi und die liberale Fraktion unterstützen die Minderheit.

**Segmüller** Eva (C, SG), Berichterstatterin: Bei diesem Absatz hat die Mehrheit der Kommission dem Ständerat zugestimmt, nicht zuletzt aus der Erwägung heraus, dass das ein Punkt ist, der vom Bundesrat bei der Festlegung der Grenzen selbstverständlich berücksichtigt werden muss, und dass das einer der Fälle ist, wo es sich nicht lohnt, eine Differenz zum Ständerat aufrechtzuerhalten.

Ich bitte Sie daher namens der Mehrheit der Kommission, dem Ständerat zuzustimmen.

**Philippona Jean-Nicolas (R, FR)**, rapporteur: En d'autres termes, il s'agit de savoir, à cet alinéa 3, si l'on veut suivre la majorité de la commission, qui ne veut pas qu'on introduise «en se fondant sur les besoins de l'assurance». En effet, la majorité pense qu'il y a risque de diminution de la solidarité, ceci par les formes alternatives d'assurance.

Quant à la minorité Allenspach, elle veut faire jouer cette concurrence au maximum.

Il s'agit donc de choisir entre ces deux possibilités.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	79 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	78 Stimmen

#### Art. 56 Abs. 7 Bst. a

Antrag der Kommission  
Streichen

#### Art. 56 al. 7 let. a

Proposition de la commission  
Biffer

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 58 Abs. 3–5, 6 (neu)

Antrag der Kommission  
Abs. 3

.... Finanzkraft fest. Er kann auch die durchschnittlichen Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den einzelnen Kantonen berücksichtigen.

#### Abs. 4

##### Mehrheit

Festhalten

##### Minderheit

(Rychen, Allenspach, Bortoluzzi, Spoerry)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### Abs. 5

Ein Kanton darf den nach Absatz 4 von ihm zu übernehmenden Beitrag kürzen, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen (Art. 57) trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an den Kanton wird in diesem Fall entsprechend gekürzt. In dem betreffenden Kanton darf das Verhältnis zwischen dem Prämienverbilligungsbeitrag aus Bundes- und Kantonsmitteln und dem Prämienvolumen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung höchstens ein Zehntel unter dem gesamtschweizerischen Mittel liegen.

#### Abs. 6 (neu)

##### Mehrheit

Der Bundesrat sieht vor, dass die so frei werdenden Bundesbeiträge an Kantone entrichtet werden, die höhere als die nach Absatz 4 festgelegten Kantonsbeiträge entrichten, dabei sind Schwankungen in den Finanzströmen möglichst zu vermeiden.

##### Minderheit I

(Pidoux, Dormann, Philippona, Segmüller)

Der Bundesrat kann vorsehen, dass die nach Absatz 5 frei werdenden .... Kantonsbeiträge entrichten. (Rest des Absatzes streichen)

##### Minderheit II

(Deiss, Bortoluzzi, Eymann Christoph, Rychen, Spoerry)

Ablehnen des Antrages der Mehrheit

#### Antrag Rechsteiner

##### Abs. 3

.... in den einzelnen Kantonen und andere geeignete Kriterien berücksichtigen.

#### Antrag Wick

##### Abs. 3

.... Finanzkraft fest. Er berücksichtigt die Altersstruktur der Wohnbevölkerung und bei Universitätskantonen deren finanzielle Leistung an die Ausbildung der Medizinstudentinnen und -studenten.

#### Antrag Allenspach

##### Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Abs. 5

Der Bundesrat kann die Beitragssätze der Kantone mit unterdurchschnittlichen Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um maximal 50 Prozent reduzieren.

#### Antrag Baumberger

##### Abs. 5

.... zu übernehmenden Beitrag um maximal 50 Prozent kürzen .... wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt. Der Bundesrat kann dazu nähere Bestimmungen erlassen.

#### Art. 58 al. 3–5, 6 (nouveau)

Proposition de la commission

##### Al. 3

.... la part qui revient .... sa capacité financière. Il peut aussi prendre en considération la prime moyenne pour l'assurance obligatoire des soins de chaque canton.

##### Al. 4

##### Majorité

Maintenir

##### Minorité

(Rychen, Allenspach, Bortoluzzi, Spoerry)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Al. 5

Un canton peut diminuer la contribution à laquelle il est tenu selon l'alinéa 4, à condition que la réduction individuelle des primes des assurés de condition modeste (art. 57) soit garantie. Le subside fédéral alloué à ce canton est alors réduit dans la même mesure. Dans le canton concerné, le rapport entre, d'une part, le subside fédéral et la contribution propre du canton pour la réduction des primes et, d'autre part, le montant de l'ensemble des primes versées pour l'assurance obligatoire des soins ne doit pas se situer en-dessous de 10 pour cent de la moyenne suisse.

##### Al. 6 (nouveau)

##### Majorité

Le Conseil fédéral prévoit que le subside fédéral ainsi libéré soit versé aux cantons qui accordent des subsides plus élevés que ceux déterminés par l'alinéa 4, en évitant autant que possible les fluctuations dans l'attribution des subsides.

##### Minorité I

(Pidoux, Dormann, Philippona, Segmüller)

Le Conseil fédéral peut prévoir que .... par l'alinéa 4. (Biffer le reste)

##### Minorité II

(Deiss, Bortoluzzi, Eymann Christoph, Rychen, Spoerry)

Rejeter la proposition de la majorité

#### Proposition Rechsteiner

##### Al. 3

.... des soins dans chaque canton et d'autres critères appropriés.

#### Proposition Wick

##### Al. 3

.... capacité financière. Il tient compte également de la répartition par classes d'âge de la population résidente et, en ce qui concerne les cantons dotés d'une université, de la part qu'ils versent pour la formation des étudiants en médecine.

*Proposition Allenspach*

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5

Le Conseil fédéral peut diminuer, mais au maximum de 50 pour cent, l'apport des cantons dans lesquels la prime moyenne pour l'assurance obligatoire des soins est inférieure à la moyenne.

*Proposition Baumberger*

Al. 5

Un canton peut diminuer de 50 pour cent au maximum la contribution à laquelle il est tenu selon l'alinéa 4, lorsque la réduction des primes des assurés de condition financière modeste est garantie .... dans la même mesure. Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions à ce sujet.

**Segmüller Eva** (C, SG), Berichtersterterin: Bei Artikel 58, Prämienverbilligung, kommen wir in der Tat zu einem Herzstück der Vorlage.

Der Ständerat hat hier absichtlich eine Differenz geschaffen, weil er der Meinung war – und das haben wir nachher durch unsere Beschlüsse bestätigt –, dass die ursprünglichen Lösungen nicht zu befriedigen vermögen. Die Kantone sind damit nicht einverstanden gewesen und sind vorstellig geworden – mit Schreiben sowohl an die Kommission als auch an den Bundesrat –, und wir sind nochmals über die Bücher gegangen.

Sie haben mit den Unterlagen einen erläuternden Bericht zu diesem schwierigen Artikel 58 erhalten, und ich gehe davon aus, dass Sie diesen Bericht gelesen haben.

Der Bundesrat ist bei seiner ursprünglichen Fassung davon ausgegangen, dass die Kantone 50 Prozent der Bundessubventionen zuschiessen müssen – zu den 2 Milliarden Franken des Bundes kommt 1 Milliarde Franken der Kantone –; an diesem Grundsatz haben wir nicht gerüttelt. Bloss, wie verteilen wir das Ganze? Bei den Kriterien, nach welchen die Subventionen ausgeschüttet werden, haben wir zusätzlich zum Bundesrat, der die «Wohnbevölkerung» und «Finanzkraft» vorsieht, die «Gesundheitskosten» eingeführt. Der Ständerat wollte davon nichts wissen. Wir haben das Problem vertieft und der Verwaltung den Auftrag gegeben, zu prüfen und darüber zu berichten, welche Kriterien den wirklichen Finanzbedürfnissen der Kantone am ehesten entsprechen. Als bestes Kriterium hat sich die Durchschnittsprämie erwiesen, die gewissermassen die Resultate aller Gesundheitskosten darstellt, welche einerseits von den Patienten direkt verursacht werden, andererseits aber auch von den Spalkosten der Kantone abhängen, deren Deckungsgrad je nach Landesgegend stark variiert.

1. Wir haben daher als neues Kriterium anstelle der Gesundheitskosten die Durchschnittsprämie des Kantons eingeführt, zusätzlich zu «Finanzkraft» und «Wohnbevölkerung». Damit erreichen wir eine bessere, adäquatere Verteilung.

2. Brauchen die Kantone auch mit diesem dritten Kriterium die gesamte Summe, die sie erhalten würden und selber leisten müssten, wenn man vom Satz von 50 Prozent ausgeht?

Die Unterlagen, die wir erhalten haben, zeigen klar, dass auch mit diesem dritten Kriterium einige Kantone noch immer zuviel Geld zum Verteilen hätten, für ihren Kantonsanteil aber allenfalls mehr Steuerprocente erheben müssten. Andere Kantone, insbesondere in der Westschweiz, würden mit diesem Verteilungsschlüssel immer noch viel zu wenig Geld erhalten. Wir sind daher dem Wunsch der Kantone nach Flexibilisierung nachgekommen – notabene, nachdem wir auch im Zusammenhang mit der Differenzbereinigung die Sanitäts- und Finanzdirektoren noch einmal angehört haben.

Was wir Ihnen nun vorlegen, hört sich sehr kompliziert an, das ist zuzugeben. Aus diesem Grund haben wir Ihnen einen erläuternden Bericht zugestellt, und auch aus diesem Grund – nehme ich an – liegen jetzt noch weitere Anträge vor. Ich werde nach deren Begründung im einzelnen dazu Stellung nehmen.

Zusammen mit dem Bundesrat sehen wir in Absatz 5 jetzt vor, dass Flexibilität vorgesehen wird, dass ihr aber nach unten eine Grenze gesetzt wird. Der Kanton kann also nicht einfach

um des Sparens willen kürzen, sondern er kann innerhalb einer Grenze von einem Zehntel kürzen, und zwar im Verhältnis zwischen Prämienvolumen und Prämienverbilligungsbeitrag. In Absatz 6 geht es darum, was mit den gesparten Bundesgeldern passiert. Die Mehrheit der Kommission schlägt Ihnen hier die Möglichkeit einer Umverteilung an jene Kantone vor, die mit dem normalen Verteilungsschlüssel noch immer zuwenig bekommen. Es liegen auch hierzu verschiedene andere Anträge vor, auf die zu gegebener Zeit einzugehen ist.

**Philippona Jean-Nicolas** (R, FR), rapporteur: L'article 57 ne fait donc plus l'objet de divergences. Il est accepté, et par l'acceptation de cet article nous devons intervenir pour assurer une réduction de prime aux assurés de condition économique modeste. Il s'agit donc, à l'article 58, de décider comment et par quel montant ces aides doivent être apportées.

Les propositions de la commission ne sont certes pas simples, la simplicité n'étant pas la qualité principale de la définition qui a été trouvée par la commission, mais nous allons procéder alinéa par alinéa et ainsi essayer de trouver la meilleure des solutions possibles.

*Abs. 3 – Al. 3*

**Rechsteiner Paul** (S, SG): Die Artikel 57 und 58 sind bekanntlich die «Schicksalsartikel» dieser Vorlage. Mit ihnen steht und fällt der Revision sozialvertraglich wird oder nicht. Bekanntlich hält die Vorlage am Kopfprämiensystem fest; auch die Krankengeldversicherung ist abgelehnt worden. Wenn nun im Stile des ständerätlichen Entscheides auch noch ein Teil der Prämienverbilligung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit herausgebrochen werden sollte – und für diese Prämienverbilligung braucht es den erhöhten Beitrag der öffentlichen Hand von gesamthaft 3 Milliarden Franken –, bleibt das zentrale Problem der Revision ungelöst, nämlich dass die Krankenkassenprämien für breiteste Kreise nicht mehr bezahlbar sind.

Die Opposition im Ständerat wie auch die Opposition verschiedener Deutschschweizer Regierungsräte – die Argumente sind ja identisch – beruhen darauf, dass Berechnungen aufgrund der Verteilungskriterien «Wohnbevölkerung» und «Finanzkraft» ergeben haben, dass einige Kantone, vor allem in der Deutschschweiz, mit dem ihnen zugeteilten Subventionsanteil die Prämien durchschnittlich um 50 Prozent subventionieren könnten. Mit Blick auf die Mitfinanzierung durch den kantonalen Haushalt sind sie der Auffassung, die Prämienverbilligung sei allzuüppig ausgestaltet. Dass es anderen Kantonen, vor allem in der Romandie, mit diesem Verteilungsschlüssel nicht gelingen wird, die Prämien für die wirtschaftlich Schwachen auf ein auch nur einigermaßen erträgliches Niveau zu senken, diese Absurdität, kümmert die Opponenten offenbar nicht weiter. Diese Absurdität kümmert auch Herrn Allenspach, der daran festhalten will, nicht weiter.

Bisher war als Vorgabe der KVG-Revision immer unbestritten – bis zur zweiten Lesung auch im Ständerat –, dass der Beitrag der öffentlichen Hand gesamtschweizerisch von heute 1,9 Milliarden Franken auf insgesamt 3 Milliarden Franken erhöht werden muss, wenn die Revision das soziale Leistungsziel nicht verfehlen soll.

Wenn heute aber doch klar ist, dass der Subventionsbeitrag von gesamtschweizerisch 3 Milliarden Franken benötigt wird, und trotzdem dann einige Kantone zuviel und andere zuwenig Geld haben, dann stimmt etwas mit dem Verteilungsschlüssel nicht. Zur Diskussion stehen darf in dem Sinne nicht der Gesamtbeitrag der öffentlichen Hand von 3 Milliarden Franken ausser für die Apologeten des Sozialstaatsmoratoriums. Zur Diskussion stehen können allenfalls die Verteilungskriterien, die bisher offenbar falsch gewählt waren. Wenn man das Ganze etwas näher besieht, ist das kein Wunder, haben doch oft die finanzschwächeren Kantone auch die tiefsten Gesundheitskosten! Die Finanzkraft ist deshalb für einmal nicht das geeignete Verteilungskriterium.

Die Kommission hat auf Vorschlag des EDI das zusätzliche Kriterium der durchschnittlichen Prämienhöhe eingeführt. Das ist richtig, weil dieses Kriterium allein schon eine wesentlich be-

darfsgerechtere Verteilung der Mittel auf die Kantone erlaubt. Mein Antrag baut auf diesem Vorschlag auf. Er unterstützt ihn, will die Regelung aber zusätzlich etwas stärker flexibilisieren: Er will dem Bundesrat noch etwas mehr Spielraum geben, damit er in Zukunft auch noch andere Kriterien berücksichtigen kann, damit man zu einer bedarfsgerechten Verteilung der Mittel gelangt. Zu denken ist beispielsweise an eine überdurchschnittliche Belastung durch Universitäts- oder Zentrumsspitäler von überregionaler oder überkantonaler Bedeutung. Heute fehlt es noch an geeignetem Zahlenmaterial für den Einbezug dieser Kriterien. Das kann sich aber in Zukunft ändern. Wichtig ist heute, dass das Gesetz für eine wirklich bedarfsgerechte Verteilung der Mittel genügend Spielraum offenlässt. Es darf nicht sein, dass der Gesamtbeitrag der öffentlichen Hand von 3 Milliarden Franken jährlich, das eigentlich Soziale an der Revision, wieder unter Druck gerät, nur weil der Verteilungsschlüssel Mängel aufweist.

Der Nationalrat trägt gerade bei Artikel 58 eine grosse Verantwortung für das Schicksal der KVG-Revision überhaupt, denn zu viele Egoisten sind im Spiel. Einige Regierungsräte, vor allem aus der Deutschschweiz, operieren fast ausschliesslich mit Blick auf die kantonalen Finanzen und mit Blick auf die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler mit höheren Einkommen und Vermögen. Es sind ausgerechnet oft dieselben Kantone, die bis heute kein Prämienverbilligungssystem, das diesen Namen verdienen würde, eingerichtet haben und die nicht einmal die dafür bestimmten Subventionen aufgrund des heutigen dringlichen Bundesbeschlusses abrufen.

Zu diesem verengten Blickwinkel verschiedener Regierungsräte kommt bekanntlich jetzt noch die lautstarke Opposition der ja auch mit Bundesmitteln subventionierten Krankenkasse Artisans, die das Referendum bereits angekündigt hat, sowie von Ärztekreisen. Die Partikularinteressen, die damit vertreten werden, dürfen nicht obsiegen. Deshalb ist ein Blick auf das Ganze nötig, wenn die Revision nicht scheitern soll. Dafür braucht es die geeigneten Verteilungskriterien. Es ist deshalb wichtig, dass im Sinne der Kommission beschlossen wird, wobei ich Ihnen beantrage, dem Bundesrat in Zukunft für eine bedarfsgerechte Verteilung der Mittel zusätzlich noch etwas mehr Spielraum zu geben.

**Wick Hugo (C, BS):** Es ist unbestritten, dass eine «Überalterung» enorme Gesundheitskosten zur Folge hat. Deshalb mein Antrag, statt des Kriteriums Prämierendurchschnitt das Kriterium der Altersstruktur zu nehmen. Wir wissen, dass unsere alten Mitbürgerinnen und Mitbürger bedeutend höhere Gesundheitskosten verursachen. Die Mehrzahl der alten Mitbürgerinnen und Mitbürger lebt in den Agglomerationen. Besonders viele dieser Mitbürgerinnen und Mitbürger haben wir in den Grossstädten Zürich, Genf, Basel usw., und das führt dazu, dass die Gesundheitskosten in den Agglomerationen besonders hoch sind. Davon sind Stadtkantone wie Genf oder Basel besonders stark betroffen. Es ist wirklich eine Frage des sozialen Ausgleichs, diesen Aufbau der Altersstruktur bei der Prämienverbilligung zu berücksichtigen.

Es kommt ein zweiter Punkt dazu: die finanzielle Leistung der Universitätskantone an die Ausbildung der Medizinstudentinnen und -studenten. Ich weiss, dass man sagen kann, das gehöre nicht in dieses Gesetz. Aber: Wie entstehen denn diese sehr hohen Kosten der Universitätskliniken? Sie gehen zu einem grossen Teil auf die Ausbildungsaufgabe zurück. Die Abgeltung, die unsere Kantone ausrichten, beträgt pro Studentin oder pro Studenten 8000 Franken. Sie alle wissen, dass die Ausbildungskosten für Medizinstudentinnen und -studenten ein Mehrfaches dieser Summe betragen, das ist unbestritten. Ich nenne keine konkreten Zahlen, weil diese anfechtbar sind. Das Medizinstudium ist eines der teuersten Studien, die es überhaupt gibt. Deshalb wäre es nach meiner Ansicht unfair, wenn diese gemeinwirtschaftliche Leistung der Universitätskantone überhaupt nicht berücksichtigt würde. Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

**Allenspach Heinz (R, ZH):** Der Ständerat hat zweimal mit klaren Mehrheitsverhältnissen beschlossen, dass die Anteile der einzelnen Kantone am Bundesbeitrag nach deren Wohnbe-

völkerung und Finanzkraft festzusetzen seien. Damit werden klare, auch bei anderen Bundesbeiträgen übliche Kriterien angewendet. Ich glaube, dass wir dem Element der Klarheit und der Transparenz gerade in dieser Finanzierungsfrage besondere Aufmerksamkeit schenken müssen.

Vergleichen wir die jetzt vorliegenden Anträge bezüglich des Kriteriums der Klarheit und der Transparenz miteinander: Sind der kantonale Prämierendurchschnitt und die Altersstruktur sehr klare und transparente Kriterien, oder sind die von Herrn Rechsteiner ins Feld geführten «anderen» Kriterien sehr klar und transparent? Wenn wir uns bei der Verteilung von Bundessubventionen nicht darauf konzentrieren, jene Kriterien in den Vordergrund zu stellen, die wir auch bei der Verteilung anderer Bundessubventionen in den Vordergrund gestellt haben, führt dies bei der Verteilung der Bundessubventionen zu einem orientalischen Basar.

Die Kommission unseres Rates schlägt vor, dass neben diesen klaren Kriterien, nämlich «Wohnbevölkerung» und «Finanzkraft», der Bundesrat auch noch ermächtigt werden sollte, bei der Festsetzung der Anteile der einzelnen Kantone die durchschnittlichen Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den einzelnen Kantonen zu berücksichtigen. Das heisst im Klartext: Je höher die Krankheitskosten in einem Kanton sind, je höher also infolgedessen auch die Krankenkassenprämien in diesen Kantonen sind, desto grösser ist der Bundesbeitrag. Das mag auf den ersten Blick vielleicht sozial erscheinen, es ist aber nicht so. Diese Zufügung des Kriteriums der durchschnittlichen Krankenkassenprämien widerspricht dem Sinn und Geist des Gesetzes und provoziert neue Kostenschübe in der Krankenversicherung.

Das Gesundheitswesen ist eine Domäne der Kantone. Die Kantonsregierungen haben direkten Einfluss auf die Kosten des Gesundheitswesens. Sie haben gemäss Artikel 39 dieses Gesetzes die Tarifverträge zu genehmigen und bei dieser Genehmigung der Tarifverträge zu prüfen, ob sie mit dem Gebote der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit in Einklang stehen. Sie sehen also: direkter Einfluss auf die Kosten. Kommt kein Tarifvertrag zustande, setzt die Kantonsregierung gemäss Artikel 40 dieses Gesetzes die Tarife fest. Also haben die Kantone auch hier direkten Einfluss auf die Kosten usw.

Ausserdem sind viele Kantone massgebliche Spitalträger. Diese dürfen höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung mittels Spitaltarifen auf die Krankenversicherung überwälzen. Heute wird dieser Höchstsatz nicht in allen Kantonen erreicht. Viele Kantone übernehmen zu Lasten ihrer kantonalen Staatskasse einen höheren Betriebskostenanteil.

Haben die Kantonsregierungen noch veritable Interessen an möglichst kostengünstigen Tarifverträgen, an rigoroser und effizienter Spitalplanung, an einem kostengünstigen Gesundheitswesen, wenn all dies zu einer Kürzung der Bundesbeiträge führt? Übernimmt ein Kanton noch mehr als 50 Prozent der Spitaldefizite zu Lasten der kantonalen Staatskasse, wenn dies dann wegen der daraus folgenden geringeren Krankenkassenprämien mit einer Reduktion der Bundesbeiträge bestraft wird?

Die Formulierung unserer Kommission erlaubt die Belohnung jener Kantone, die die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht im Griff haben. Sie bestraft jene Kantonsregierungen, die – durchaus nicht zur Freude aller – rigorose Kostenkontrollen durchführen, kostengünstige Spitalstrukturen aufweisen und ihren Einfluss auf Kosten und Prämienreduktionen im Gesundheitswesen geltend machen. Die Auswirkungen der Formulierung unserer Kommission sind kontraproduktiv. Man könnte sie in gewissem Sinne als nahezu pervers bezeichnen. Kann man von einer Kantonsbevölkerung Verzicht auf eine «Gesundheitsvorsorge de luxe» erwarten, wenn diese Anspruchsinflation durch höhere Bundesbeiträge, durch höhere Bundessubventionen, abgegolten wird, bescheidene Strukturen und Ansprüche aber mit unterdurchschnittlichen Bundessubventionen bestraft werden?

Der Grundsatz «Je höher die Kosten, desto grösser der Bundesbeitrag» schlägt allen Sparbemühungen ins Gesicht und darf meines Erachtens nicht Basis der Verteilung der Bundesbeiträge auf die einzelnen Kantone sein. Denn dieser Grund-

satz würde neue Kostenschübe im Gesundheitswesen verursachen, und diese Kostenschübe müssten in erster Linie die nichtsubventionierten Bevölkerungsgruppen und dann die Steuerzahler bezahlen.

Deshalb sollten – wie der Ständerat schon zweimal beschlossen hat – für die Aufteilung des Bundesbeitrages auf die einzelnen Kantone die Kriterien «Wohnbevölkerung» und kantonale «Finanzkraft» ausschlaggebend sein. Die unterschiedlich hohen Krankenkassenprämien sollten bei der Festsetzung der kantonalen Anteile am Bundesbeitrag nicht berücksichtigt werden.

Wir sollten den Willen zur Kosteneindämmung nicht schwächen, sondern stärken. Das geschieht dann, wenn wir – damit komme ich andeutungsweise auf meinen Antrag zu Absatz 5 zu sprechen – den Kantonen mit einer unterdurchschnittlichen Krankenversicherungsprämie zwar die vollen Bundesbeiträge ausrichten, ihnen aber gestatten, aus ihrer eigenen Staatskasse etwas weniger an die Versicherten zu leisten. Es ist dann auch nicht notwendig, dass sie gleich viel leisten, weil die Prämien, die zu verbilligen sind, auch geringer sind. Auf diese Weise könnten wir den Willen der Kantonsregierungen, die Krankheitskosten im Griff zu behalten, stärken.

Wer im Gesundheitswesen – dem Ziel der Gesetzesrevision entsprechend – der Kostenexplosion einen Riegel vorschieben will, sollte meinem Antrag folgen und dem Beschluss des Ständerates zustimmen.

**Hafner Ursula (S, SH):** Ich spreche speziell zum Antrag Wick und bitte Sie, diesen abzulehnen.

Die Kommission hat den Kriterien «Wohnbevölkerung» und «Finanzkraft» mit guten Gründen das Kriterium der kantonalen Durchschnittsprämien hinzugefügt. Wir haben nicht in erster Linie zu fragen – wie Herr Allenspach das tut –, was üblich, sondern was zweckmässig ist, wie wir unser Ziel am ehesten erreichen können. Unser Ziel ist es ja, dass die Krankenkassenprämien für niemanden mehr als 8 Prozent des Einkommens ausmachen sollten. Um diesem Ziel näher zu kommen, braucht es in Kantonen mit überdurchschnittlichen Krankenkassenprämien mehr Bundes- und Kantonsbeiträge. Selbst mit der Lösung der Kommission wird es immer noch Versicherte geben, die einen unverhältnismässigen Teil ihres Einkommens für Krankenkassenprämien ausgeben müssen. Genferinnen und Genfer mit niedrigem oder mittlerem Einkommen müssen immer noch 19 bis 20 Prozent, also ein Fünftel ihres Einkommens, für Krankenkassenprämien ausgeben. Bei Waadtländerinnen und Waadtländern wären es 15 bis 16 Prozent des Einkommens und in den Kantonen Freiburg, Jura und Tessin 11 Prozent. In allen genannten Kantonen wären die Prämien höher als in den Agglomerationen Basel-Stadt oder Zürich, die Herr Wick insbesondere erwähnt hat, auch wenn dort vielleicht mehr ältere Leute wohnen als anderswo.

Wenn wir nun statt der Prämienhöhe die Altersstruktur der Wohnbevölkerung berücksichtigen, würde das also den Kantonen mit den höchsten Durchschnittsprämien nicht sonderlich helfen. Profiteur wäre in diesem Fall in erster Linie der Kanton Basel-Stadt. Herr Wick betreibt hier reine Kirchturmpolitik zu Lasten der Westschweizer Kantone und des Kantons Tessin.

In der letzten Sessionswoche werden wir dann wieder mit schönen Worten versichern, wie wichtig eine Verbesserung der Beziehung zwischen den Landesteilen sei. Was schreibt doch die Verständigungskommission über ihren Bericht zum Graben zwischen Deutsch- und Westschweiz? «... das Missverhältnis soll uns bekümmern»: Auch das Missverhältnis in wirtschaftlichen Belangen, auch das Missverhältnis bei der Höhe der Krankenkassenprämien.

Das zweite Kriterium, das Herr Wick einführen will, hat im Krankenversicherungsgesetz nichts zu suchen. Die Ausbildung der Medizinstudentinnen und Medizinstudenten wird auf anderem Weg durch den Bund subventioniert, nämlich durch die Hochschulförderung. Das ist der richtige Ort, nicht die Krankenversicherung.

Ich bitte Sie, den Antrag Wick abzulehnen.

**Sieber Ernst (U, ZH):** Wir stecken mitten im Jahr der Familie. Nehmen wir überhaupt zur Kenntnis, dass das neue Krankenversicherungsgesetz, nicht anders als das alte, vor allem das Portemonnaie von Familien drückt? Grund sind die Kopfprämien, die wir unbedingt als Schweizer Sonderkennzeichen in der europäischen Landschaft beibehalten wollen. Kürzlich wurde erstmals genau ermittelt, was denn eine durchschnittliche Prämie pro Kopf und Jahr kostet. Es sind pro Jahr 1403 Franken plus Kostenbeteiligung von 169 Franken, welche Herr und Frau Schweizer hinblättern. Versucht man, die Prämienbelastung für eine vierköpfige Familie zu berechnen, so kommt man auf rund 4000 Franken, was 10 Prozent eines jährlichen Schweizer Durchschnittseinkommens ausmacht. Dabei gilt es zu bedenken, dass in der Westschweiz die Prämien noch wesentlich höher und die Einkommen tiefer liegen.

Die Kantone erklären jetzt glaubhaft, dass sie sparen wollen und müssen. Aber ist die Krankenversicherung der richtige Ort dafür? Wenn statt der ursprünglich geplanten einen Milliarde Franken von den Kantonen nur noch 600 Millionen Franken kommen, müssen die Haushalte 400 Millionen Franken mehr für die Krankenversicherung auf die hohe Kante legen. Nun erklären Sie mir bitte, wie denn eine vierköpfige Familie mit einem Jahreseinkommen von 44 400 Franken (das ist der Landesdurchschnitt) 15 000 Franken für Mietkosten und 10 000 Franken für Nahrungsmittel und Getränke sparen und wie sie noch höhere Prämien verkraften soll. Die ganze Sparübung der Kantone erweist sich somit als Überwälzungsmanöver. Statt via Prämienverbilligung bezahlen die Kantone die Kosten via Fürsorge. Damit aber treibt man jene Familien in die Abhängigkeit des Sozialstaates, für die man eigentlich im Jahr der Familie mehr Selbstverantwortung fordert.

Ich kann denn die Stimme des Volkes nur zu gut verstehen. In unzähligen Leserbriefen beschrieb es seine Wut darüber, dass das Thema Sozialabbau von der Arbeitgeberseite her initiiert wurde. Ausgerechnet heute, wo die neue Armut immer deutlichere Konturen annimmt und fast alle Kreise der Bevölkerung treffen kann, dürfen wir dieser nicht noch Vorschub leisten.

Ich bitte Sie daher, dem Antrag unserer Kommission zuzustimmen und die Fassung des Ständerates abzulehnen.

**Gonseth Ruth (G, BL):** In Zukunft sollen die Prämien nicht mehr nach dem Giesskannensystem subventioniert werden, sondern nur bei jenen, die es wirklich nötig haben, den Einkommenschwachen. Nun gilt es, dieses Ziel in Artikel 58 nicht zu verwässern und für dieses Ziel genügend Geld bereitzustellen; auch für jene Kantone, wo eben jetzt die Prämien sehr hoch sind.

Die Kantone haben zu Recht auf das Problem hingewiesen, dass der bisher vorgesehene Subventionsschlüssel in Artikel 58 administrativ zwar einfach, aber sozial unausgewogen ist. Der Ständerat hat diesen Subventionsschlüssel aber nicht sinnvoll, d. h. zugunsten der Einkommenschwachen und der Kantone mit hohen durchschnittlichen Prämienbelastungen, korrigiert, sondern für eine Entlastung der Kantone gesorgt. Damit hat er einen wichtigen Eckpfeiler des in Revision stehenden KVG herausgebrochen. Allerdings waren sich die meisten Mitglieder des Ständerates bewusst, dass ihr Entscheid nicht der Weisheit letzter Schluss ist. Ausdrücklich hat der Ständerat betont, dass die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Nationalrates das Problem der Kantone nochmals ausführlich prüfen muss.

Mit dem neugestalteten Artikel 58 ist nun die Kommissionsmehrheit den Kantonen entgegengekommen; wir haben uns aber nicht von den Kantonen unter Druck setzen lassen. Die enormen Prämienunterschiede in den Kantonen sind eine Tatsache. Das hat bekannte, aber auch unbekannt Gründe: In Basel gibt es sehr viele alte Menschen, auch in Genf; in der Westschweiz gibt es tatsächlich mehr Ärzte und Apotheken, und die Romands lassen sich auch häufiger operieren als die Deutschschweizer.

An diesen eingefahrenen Strukturen des Gesundheitswesens sind die einzelnen Prämienzahlerinnen und -zahler aber nur zu einem kleinen Teil selber schuld, denn diese Strukturen



sind auf eine längerfristig verfehlte Gesundheitspolitik zurückzuführen. Diese verfehlte Gesundheitspolitik muss sicher korrigiert werden, das kann aber nur längerfristig gelöst werden. Wir dürfen heute deswegen nicht die Prämienzahlerinnen und -zahler in diesen Kantonen bestrafen. Wir müssen dieses Problem gerecht lösen, d. h. einen besseren Sozialausgleich erzielen – auch zwischen den Kantonen –, welcher sich auf die Prämienhöhe abstützt. Die Ergänzung, die unsere Kommission in Absatz 3 einfügen will, ist nötig.

Die grüne Fraktion unterstützt diese Ergänzung einstimmig. Wir bitten Sie, die Anträge Allenspach und Wick abzulehnen. Den Antrag Wick besonders deshalb, weil die Ausbildung der Medizinstudenten durch das Hochschulförderungsgesetz geregelt wird. Es kann nicht angehen, dass mit Subventionen, die der Krankenversicherung zugute kommen sollen, noch die Ärztelethora in den Hochschulkantonen und an den Universitäten gefördert wird.

Wir bitten Sie, bei Absatz 3 dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

**Heberlein Trix (R, ZH):** Artikel 58 erweist sich – wir sehen dies an der Vielfalt der Anträge – je länger, je mehr als der «Schicksalsartikel» des Gesetzes. Seit dem ständerätlichen Entscheid haben – Sie haben es von den Kommissionssprechern gehört – die Kantone unter der Leitung der Sanitäts- und Finanzdirektoren Berechnungen angestellt. Sie haben aber auch ein Gutachten der Hochschule St. Gallen über die Erreichung der Zielsetzungen der Gesetzesrevision eingeholt, nämlich einer besseren Verteilung der Mittel, aber auch über die Effizienz und die Möglichkeit von Kosteneinsparungen, die in der Gesetzesrevision ausdrücklich als Zielsetzungen aufgestellt sind.

In diesem Gutachten kommt zum Ausdruck, dass neben anderen Mängeln insbesondere die für die Prämienverbilligung vorgesehenen Mittel je nach Gesundheitskosten in den Kantonen nicht nur das Gegenteil eines kostenbewussten Verhaltens bewirken, sondern zu erheblichen Steuererhöhungen führen können. Die Berechnungen von BSV und Kantonen zeigen aber auch, dass, mit Ausnahme der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Tessin und Genf, alle Kantone mit der Formulierung gemäss Kommissionsantrag erheblich mehr Mittel für die Prämienverbilligung bereitstellen müssten, ohne dass sie selber über das Mass entscheiden könnten. Sie könnten lediglich noch über die Frage entscheiden, wie sie diese Mittel verteilen wollen, welches die Kriterien sein sollen.

In Absatz 3 wird festgelegt, welches diese Kriterien für die Festsetzung der Höhe der Beiträge an die Prämienverbilligung sein sollen. Sollen es, wie im Nationalrat in der ersten Lesung beschlossen, die Gesundheitskosten sein, die mit berücksichtigt werden, oder, wie in der zweiten Lesung in der Kommission mehrheitlich beschlossen, die durchschnittlichen Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung? Die Frage, ob dadurch wirklich, wie beabsichtigt, den finanziellen Verhältnissen der Versicherten besser Rechnung getragen wird oder ob wiederum die sparsamen Kantone bestraft und die «teuren» Kantone mit höheren Beiträgen belohnt werden, muss sicher gestellt werden. Dies gilt genauso beim Kriterium der Durchschnittsprämien. Kein Kanton wird – wir finden das in Absatz 4 bestätigt – daran gehindert, mehr an die Prämienverbilligungen zu leisten, als dies im Bundesgesetz vorgesehen wird.

Die FDP-Fraktion schliesst sich in Absatz 3 dem Ständerat und damit dem Antrag Allenspach an und möchte es bei den Kriterien «Finanzkraft» und «Wohnbevölkerung» belassen. Je klarer die Kriterien zur Verteilung der Bundessubventionen vorgegeben sind, desto eher kann das anvisierte Ziel erreicht werden. Zwar wird durch den Einbezug der Durchschnittsprämien das Problem der finanzschwachen Kantone mit niedrigen Prämien gemildert, doch bestehen andere Unterschiede wie Unter- und Überdeckung des Finanzbedarfes.

Jede weitere Korrekturmöglichkeit führt ihrerseits wieder zu Problemen mit komplizierten Korrekturen, wie sie in Absatz 5 vorgesehen sind. Demzufolge sind auch die Anträge Wick und Rechsteiner abzulehnen. Welches sollen denn die «anderen geeigneten» und allenfalls gleichzeitig objektiven Kriterien

sein, die gemäss Antrag Rechsteiner berücksichtigt werden sollen? Das EDI hat bereits die verschiedensten Kriterien geprüft und bei allen Mängel und fehlende Berechnungsgrundlagen festgestellt. Wir können doch nicht einfach einen Gesetzesartikel beschliessen, über dessen Inhalt noch völlige Unklarheit herrscht.

Ich ersuche Sie daher im Namen der FDP-Fraktion, dem Antrag Allenspach und damit dem Ständerat zuzustimmen, der auch in der zweiten Lesung an seinem Entscheid festgehalten hat.

**Eymann Christoph (L, BS):** Im Namen der liberalen Fraktion bitte ich Sie, den Antrag Wick zu unterstützen.

Die ergänzenden Kriterien zum Beschluss des Ständerates sind aus unserer Sicht sinnvoll. Vom höheren Aufwand für Universitätskliniken profitieren auch die Nichtuniversitätskantone und damit natürlich auch die Patientinnen und Patienten. Es kann aber nicht die Rede davon sein, dass da jemand bestraft würde. Denn auch die Ärztinnen und Ärzte in Nichthochschulkantonen werden schliesslich in einem Universitätskanton in Universitätskliniken ausgebildet. Die speziell dafür gedachten Subventionen gemäss Hochschulförderungsgesetz reichen nicht aus, und so sachfremd, wie dies darzustellen versucht worden ist, ist eine Förderung auf diesem Wege nicht.

Es macht aus unserer Sicht weiter Sinn, die Altersstruktur der Wohnbevölkerung zusätzlich zu berücksichtigen. Dies muss aber Anreiz für eine sorgfältige Pflege und Betreuung älterer Mitmenschen sein.

Ich bitte Sie im Namen der liberalen Fraktion um Zustimmung zum Antrag Wick.

**Deiss Joseph (C, FR):** Il est important de rappeler d'abord ici quel est le but de cet article 58. Son but n'est pas d'abord de provoquer des économies, mais de permettre le subventionnement des personnes assurées. Il s'agit d'un côté d'honorer la promesse qui a été souvent exprimée de vouloir aider de manière sensible les assurés de condition modeste. Il s'agit d'éviter – et c'est là une préoccupation que la commission a voulu prendre en considération – de distribuer des subventions là où cela n'est pas nécessaire. Que l'on veuille maintenant, avec cet article, surtout mettre l'accent sur l'argument des économies au niveau du coût de la santé est étonnant dans la mesure où pour d'autres aspects de la loi, d'autres articles beaucoup plus incisifs en matière d'économie – je pense à la budgétisation globale – parfois les mêmes représentants sont beaucoup plus réservés, voire opposés.

Au nom du groupe démocrate-chrétien, je vous demande de soutenir l'alinéa 3 dans la version de la commission. Il est vrai que l'adjonction du critère «prime moyenne pour l'assurance obligatoire» aux deux autres critères «population» et «capacité financière» peut porter à croire qu'il contient aussi une certaine perversité comme a voulu le souligner M. Allenspach. Mais si vous suivez les propositions de la commission jusqu'au bout, vous auriez, en suivant ce raisonnement, affaire à des cantons tout de même assez étonnants. En effet, la proposition de la commission ne prévoit pas une solution perverse qui serait celle qui permettrait aux cantons d'économiser leurs moyens au détriment de la Confédération. Les cantons qui auraient des coûts de la santé plus élevés et qui voudraient faire appel à davantage de subventions fédérales devraient toujours eux-mêmes apporter le 50 pour cent. Donc, ils sont touchés eux-mêmes et je ne peux imaginer que nous ayons que des cantons portés à la dépense, notamment dans les conditions actuelles.

D'autre part, à long terme, un certain nivellement au niveau des primes moyennes par canton devrait se produire. En effet, en dehors du coût différent de la santé, il est vrai, selon les cantons, il faut dire que les différences de prime, telles qu'on nous les communique, sont en partie dues aussi aux différences au niveau du subventionnement des coûts hospitaliers. Si à longue échéance l'article 42 porte à conséquence, c'est-à-dire que dans la plupart des cantons on s'approche d'un subventionnement des frais hospitaliers à raison de 50 pour cent à peu près, les différences entre les cantons devraient disparaître partiellement.

Ce que la commission a voulu, c'est permettre la prise en considération des différences qui pourraient néanmoins exister selon les cantons, notamment dans la phase initiale. C'est pourquoi d'autres aspects, qui viendront aux alinéas suivants ou même à l'article 98 qui règle le problème du passage progressif au nouveau système, devraient faire que la solution de la commission ne porte pas en elle les aspects pervers qu'on veut bien lui attribuer.

**Brunner** Christiane (S, GE): La clé de répartition des subventions fédérales constitue l'élément déterminant de la révision de l'assurance-maladie, car le montant des cotisations d'assurance-maladie pour chaque assuré de condition modeste va concrètement dépendre des décisions que nous allons prendre maintenant.

Nous sommes toujours partis de l'idée que l'ensemble des cotisations par ménage ne devait pas dépasser environ 8 pour cent du revenu familial, et si nous suivons la proposition Allenspach, et par conséquent celle du Conseil des Etats, nous faussons complètement le système de subventionnement et nous n'atteignons pas l'objectif social qui est le nôtre. Si la clé de répartition se fonde exclusivement sur la capacité financière et la population des différents cantons, certains d'entre eux vont être amenés à subventionner les ménages pour lesquels la cotisation d'assurance-maladie représente environ 4 pour cent du revenu familial, alors que d'autres cantons, tels que le mien, le canton de Genève, ne pourront subventionner les ménages que si les cotisations représentent plus de 20 pour cent du revenu familial. Il s'agit là d'une discrimination cantonale inéquitable et inexplicable pour les assurés, ceci d'autant plus que cette discrimination serait directement induite par le système fédéral de subventionnement.

M. Allenspach fait par ailleurs un mauvais procès aux responsables des départements cantonaux de la santé publique qui ont des coûts de santé élevés et des cotisations proportionnelles à ces coûts élevés. Il les soupçonne de ne rien faire pour essayer d'enrayer l'explosion des coûts de santé au niveau cantonal et d'attendre que la manne fédérale vienne compenser leur soi-disant incompetence. J'aimerais prendre comme exemple le canton de Genève, dont le responsable du Département de la santé publique, notre ancien collègue Guy-Olivier Segond, qui est d'ailleurs du même parti que M. Allenspach, se bat depuis des années pour mettre un frein aux dépenses de santé et réorganiser de manière cohérente l'ensemble du système hospitalier. Tous les cantons essaient de maîtriser l'augmentation des dépenses de santé, car le niveau des cotisations atteint n'est pas seulement insupportable pour les assurés de condition modeste mais aussi pour tous les assurés de la classe moyenne.

Bien qu'à l'heure actuelle les coûts de la santé soient extrêmement différents d'un canton à l'autre, ils ne dépendent pas uniquement de la politique cantonale, mais aussi, par exemple, du nombre de médecins qui s'installent dans un lieu donné, particulièrement dans les cantons-ville. De toute manière, il serait totalement inéquitable de faire payer aux assurés de condition modeste le prix d'une politique de santé menée dans le passé et pour laquelle ils ne portent bien évidemment aucune responsabilité.

Le Département fédéral de l'intérieur a estimé que le meilleur moyen de tenir compte de notre décision de prendre en considération les frais de santé de chaque canton consiste à se fonder sur le critère de la prime moyenne, et il faut reconnaître que ce critère a le mérite de la simplicité et qu'il peut être expliqué à tout un chacun et chacune en cas de votation populaire.

Afin de garder toutefois la latitude souhaitable, il ne s'agit que d'un critère non contraignant permettant au département de respecter toutes les particularités cantonales. Il n'y a donc aucune ingérence dans l'autonomie cantonale. La proposition de la commission constitue au contraire un instrument bien compris de solidarité confédérale, et pas seulement un instrument à la disposition de l'un ou l'autre des cantons. Le Conseil des Etats ne peut que se rallier à une proposition si juste dans ses conséquences pour les assurés et si mesurée dans la prise en compte des particularités cantonales.

Je vous invite, au nom du groupe socialiste, à voter la proposition de la commission et à repousser les propositions Allenspach et Wick.

**Rychen** Albrecht (V, BE): Bei Artikel 58 Absatz 3 stimmt die SVP-Fraktion dem Antrag Allenspach zu.

Wir lehnen den Antrag Wick ab. Wir verstehen zwar, dass Herr Wick die finanzielle Leistung der Hochschulkantone an die Ausbildung der Medizinstudenten auch als Kriterium einführen möchte. Wir finden aber, dass man in bezug auf diese Spezialgesetzgebung Vorsicht walten lassen muss. Denken Sie daran: Die Hochschulkantone haben noch in anderen Bereichen, sei es im Lehrwesen, im Ingenieurwesen, in der Juristerei usw., Ausbildungskosten zu tragen. Hier geht es darum, dass diese Hochschulkantone den anderen Kantonen das richtig in Rechnung stellen. Diese Politik ist im Gange. Ich glaube, dass es fehlt am Platz ist, dies als spezielles Kriterium in ein Krankenversicherungsgesetz einzubringen.

Im weiteren möchte ich Herrn Wick darauf aufmerksam machen, dass der Altersprozentsatz in der Bevölkerung natürlich in Schangnau im Emmental oder in Schwarzenburg gradese gross ist wie in den Städten Basel, Zürich oder Genf. Deshalb ist es uns etwas suspekt erschienen, dass man vor allem die Grossstädte erwähnt hat. Vielleicht kommt das daher, dass das Altersproblem in diesen grossen Ortschaften eher sichtbar ist. Wir möchten Sie bitten, den Antrag der Kommission abzulehnen. Wenn die durchschnittlichen Prämien in den einzelnen Kantonen berücksichtigt werden, dann begünstigen Sie jene Kantone, die zu wenig sparen; Sie begünstigen jene Kantone, die ihr Spitalwesen zu wenig im Griff haben, die nicht genügend tun, um ihre Spitalplanung und ihre Spitalkosten in den Griff zu bekommen. Das kann doch nicht der Sinn dieses Gesetzes sein. Wir sind am Anfang ausgezogen, um mit diesem Gesetz auch einen Spareffekt zu erzielen. Oder war das nicht so? Auch die Kantone müssen gezwungen werden, Sparanstrengungen zu unternehmen. In einer direkten Demokratie ist es eben so: Da wird sehr oft durch die Bevölkerung auch über hochmoderne Erweiterungen von Spitälern abgestimmt, in der Regel mit grossen Ja-Mehrheiten, auch dort muss eine Umkehr eintreten. Sie wissen alle, dass Tausende von Akutbetten in unserem Land abgebaut werden müssen. Jene Kantone, die eine Überkapazität haben, müssen jetzt diese Schritte energisch vorantreiben.

Ein Wort zu Kollega Sieber: Ich verstehe Sie, wenn Sie sich für die armen Leute einsetzen. Aber ich möchte Sie bitten, Kollega Sieber, mit dem Wort «Sozialabbau» vorsichtiger umzugehen. Mit dieser Gesetzesrevision wird Sozialausbau betrieben. Ich möchte Sie zuerst einmal daran erinnern, dass Psychotherapie, Spitex, medizinische Prävention, Weglassen der Aussteuerung in den Spitälern neu als Leistungen in die Grundversicherung kommen. Da darf man nicht von Sozialabbau reden! Ich meine sogar, dass wir mit dem Ausbau in diesem Gesetz schon zu weit gegangen sind.

Zweitens, Kollega Sieber: Wenn Sie solche Worte wie Sozialabbau in das Volk hinausschleudern, dann bedenken Sie, dass derjenige, der jetzt hier steht, als «Mittelständler» mit diesem Gesetz für sich und seine Familie höhere Prämien zahlt und bereit ist, die Umlagerung via Prämienverbilligungen zugunsten der wirtschaftlich Schwächeren zu akzeptieren. Dann ist das doch nicht Sozialabbau; höchstens für den Mittelstand ist es das, jawohl, aber für die Ärmeren machen wir in diesem Gesetz gerade das, was notwendig ist, und das gehört auch zur Wahrheit.

Die SVP-Fraktion empfiehlt Ihnen dringend, dem Antrag Allenspach zuzustimmen. Wir können die Kantone nicht noch zusätzlich belasten. Es geht nicht um weniger Subventionen, sondern um etwa gleich viel, die die Kantone zahlen, wenn Sie dem Antrag Allenspach zustimmen. In diesem Sinne ist das eine sehr wichtige Bestimmung und eine sehr entscheidende Abstimmung.

**Segmüller** Eva (C, SG), Berichterstatterin: Wir sind in der Tat bei einem der «Schicksalsartikel» der ganzen Vorlage. Wir müssen den sozialen Ausgleich sicherstellen. Es fragt sich: Wie?

1. Ich möchte daran erinnern: Der Ständerat hat deutlich gemacht, dass er mit seiner Differenz in Artikel 58 sehr wohl über den ganzen Artikel diskutieren lassen will, denn auch dem Ständerat ist mittlerweile bekannt, dass Verzerrungen auftreten, wenn nur die beiden Kriterien «Wohnbevölkerung» und «Finanzkraft» berücksichtigt werden – Verzerrungen, die ebensowenig tolerierbar sind, wie wenn wir die höheren Kosten prämiieren würden. Man darf nicht vergessen: Wenn wir uns nach der Durchschnittsprämie richten, werden wir zwar jenen Kantonen etwas entgegenkommen, die höhere Kosten haben, wir werden aber damit auch die unmöglichen Verzerrungen verhindern, die eintreten, wenn wir uns nur auf zwei Kriterien «Wohnbevölkerung» und «Finanzkraft» abstützen. Es ist nicht zweckmässig, jenen Kantonen, die es schlicht nicht brauchen, Geld nachzuwerfen. Sie wollen das gar nicht.

2. Die Verteilungsart in den einzelnen Kantonen bleibt eben diesen Kantonen überlassen. Es wurde hier mehrmals der Satz von 8 Prozent für die Prämienverbilligung genannt. Ich möchte darauf hinweisen, dass dieser Prozentsatz den Berechnungen zugrunde lag, die Aufschluss darüber geben sollten, welche Kantone wieviel brauchen, um ein gewisses Prämienverbilligungsniveau zu erreichen. Ob die Kantone dann 8 Prozent, 6 Prozent oder was auch immer heranziehen, ist ihre Sache. Ich möchte, dass Ihnen klar ist, dass Sie nicht über diese Limite zu entscheiden haben, sondern lediglich darüber, ob Sie bereit sind, zu den beiden Kriterien – wenn Sie nur diese haben, kommen unmögliche Resultate zustande –, bereit sind, ein drittes Kriterium hinzuzunehmen, nämlich die Durchschnittsprämie, damit das Geld dorthin geht, wo es hingehen soll, nämlich zu den sozial Schwachen, zum gezielteren Einsatz der Subventionen für den Sozialausgleich. Das ist die Zielsetzung dieses Gesetzes und im besonderen dieses Artikels.

Dazu kommt ein Weiteres, bitte lesen Sie auf der Fahne genau nach: Es heisst ja für dieses dritte Kriterium «Er (der Bundesrat) kann ....» – nämlich eben dann, wenn es ihm zweckmässig und richtig erscheint –; es ist nicht zwingend, er kann. Auch das sollte Sie dazu bewegen, der Kommission zuzustimmen.

3. Es ist nicht einfach so, dass die Kantone mit hohen Kosten nur Geld beim Bund abholen gehen können. Wer mehr Subventionen beansprucht, muss selber ja auch mehr zahlen. Also sind auch die Bundessubventionen nicht gratis.

Zu den einzelnen Anträgen: Der Antrag Rechsteiner lag in der Kommission vor und wurde abgelehnt. Das ist zu vage, das ist gewissermassen Kompetenz auf Vorrat. Damit konnte sich die Kommission nicht einverstanden erklären.

Zum Antrag Wick bezüglich der Belastung durch das Medizinstudium: Es wurde bereits von einigen Votanten gesagt, dazu haben wir das Hochschulförderungsgesetz.

Eines wurde aber bei der geltend gemachten Altersbelastung, wie sie im Antrag Wick enthalten ist, bisher nicht gesagt, nämlich: dass diese Altersbelastung bereits im Risikoausgleichsfonds berücksichtigt ist. Vergessen Sie nicht: Der Risikoausgleichsfonds, den wir bereits mit den dringlichen Bundesbeschlüssen eingeführt haben, wurde ja eben gerade wegen der Altersbelastung geschaffen, weil diese in einigen Kantonen überdurchschnittlich gross ist – neben dem Anteil Frauen. Also Frauen und alte Menschen sind schuld daran, dass es den Risikoausgleichsfonds gibt. Es besteht keine Notwendigkeit, dieses Kriterium noch einmal einzuführen.

Zum Antrag Allenspach: Ich bitte Sie, diesen abzulehnen. Die Kantone sparen schon oder sind mindestens auf dem Weg dazu, weil sie durch dieses Gesetz ausdrücklich zur Wirtschaftlichkeit verpflichtet werden. Im übrigen muss ich nochmals darauf hinweisen: Der Ständerat hat signalisiert, dass er darüber mit sich reden lässt, und die Kommission hat (mit 12 zu 5 Stimmen) ganz klar die Einführung des dritten Kriteriums beschlossen.

Ich bitte Sie also, der Kommission zuzustimmen und alle anderslautenden Anträge abzulehnen.

**Philippona Jean-Nicolas (R, FR)**, rapporteur: Il s'agit donc ici de savoir quels critères utiliser pour la répartition des subventions fédérales entre les cantons. Les critères «population résidente» et «capacité financière» ne sont pas contestés. Mais la

commission juge qu'une répartition fondée uniquement sur ces deux critères ne tiendrait pas suffisamment compte des besoins des assurés économiquement faibles.

Il ne faut pas oublier que les montants des primes varient considérablement d'un canton à l'autre. Les primes les plus élevées appellent évidemment aussi des réductions plus importantes. C'est pourquoi le Conseil national en première lecture avait ajouté à titre correctif un troisième critère qui était «les frais de santé». Le Conseil des Etats a rejeté cet amendement tout en souhaitant que le Conseil national reconsidère le problème dans son ensemble. Notre commission a, par conséquent, demandé un complément d'information à l'Office fédéral des assurances sociales. Et c'est selon les conclusions de cette étude complémentaire que le critère «prime moyenne» est apparu comme étant le plus équitable pour répartir ces subventions fédérales entre les cantons.

C'est pourquoi nous vous demandons de soutenir la proposition de la commission.

En ce qui concerne les propositions individuelles, M. Allenspach veut donc supprimer ce nouveau critère qui paraît important à la commission.

Je vous propose également de rejeter la proposition Rechsteiner. La commission en a discuté: elle ne veut pas entrer dans des critères dont on ne connaît pas ce qu'ils seront et ce qu'ils pourraient être.

En ce qui concerne la proposition Wick, il faut également la rejeter pour deux raisons: il veut introduire le critère «formation des étudiants en médecine». Or, il est déjà tenu compte de ce critère-là dans le subventionnement des universités. Cela fait donc partie d'un subventionnement qui lui est propre. Et il est tenu compte du critère «classes d'âges» à l'article 97 intitulé «compensation des risques».

C'est par 12 voix contre 5 que la commission vous propose d'adopter sa version.

**Drelfuss Ruth**, conseillère fédérale: Je tiens à le dire en toute clarté: le Conseil fédéral soutient les propositions de la commission ou de sa majorité, et cela pour l'ensemble de l'article 58, à l'exception de l'alinéa 6 où il soutient la minorité I (Pidoux).

Cet article est effectivement fondamental. Il est la pierre angulaire de ce système. C'est l'article qui permet de réaliser l'objectif social qui a été exprimé dès le début par le Conseil fédéral. La proposition de la majorité de la commission permet de le réaliser.

La réduction individuelle des primes doit permettre un subventionnement ciblé de l'assurance-maladie devenue obligatoire, contrairement au système actuel, où nous avons un subventionnement général qui profite en fait à l'ensemble des assurés. Des efforts conjugués de la Confédération et des cantons doivent en effet rendre supportable le paiement des primes pour tous les assurés. J'insiste: pour tous les assurés, qu'ils vivent à l'est ou à l'ouest, au nord ou au sud de notre pays. Cet objectif social est donc une des clés de voûte de la révision que nous allons proposer à nos concitoyens. Il doit impérativement être rempli. Il doit être d'autant plus impérativement rempli que la révision, par ailleurs, provoquera une augmentation des cotisations moyennes par l'extension du catalogue de prestations que vous avez décidée.

S'il est vrai que cette révision a également pour but de limiter l'augmentation des coûts dans l'assurance-maladie, c'est à d'autres articles et à d'autres instruments qu'il faut se référer, non pas à celui qui assure tout simplement que ces cotisations restent supportables pour l'ensemble de la population.

La modification de l'alinéa 3 consiste à mettre un critère supplémentaire à disposition du Conseil fédéral. La prime moyenne cantonale pour l'assurance obligatoire des soins est introduite dans le but de mieux répartir le subside fédéral, en fonction des besoins des assurés et non pas des cantons, et pour éviter dans la mesure du possible un traitement par trop inégal des assurés dans les différents cantons. Le montant ainsi à disposition par habitant n'est pas le même dans chaque canton. Il est modulé et il atténue les différences entre les cantons qui connaissent des cotisations plus basses et ceux qui connaissent des cotisations plus élevées.

J'ai utilisé exprès le terme «atténuer», j'ai utilisé exprès l'expression «éviter un traitement par trop inégal», parce qu'il est certain qu'en usant de cette compétence le Conseil fédéral ne créera pas un nivellement des conditions dans l'ensemble du pays; il en résultera un rapprochement des situations des différents cantons, proche signifiant – et je tiens à le dire – que la limite du subventionnement continuera à varier de 5 à 6 pour cent par rapport au revenu jusqu'à 18 à 20 pour cent. Mais il faut préciser que les conséquences de la proposition Allenspach iraient bien plus loin dans l'ouverture de ce spectre et feraient que, dans certains cantons, la grande majorité de la population ne pourrait plus supporter le poids des cotisations.

Il s'agit donc d'affiner la répartition des fonds de la Confédération, qui est responsable d'une péréquation sociale dans ce pays, avec un critère simple, efficace, fiable et utilisable immédiatement, un critère qui fait la synthèse de toute une série d'éléments dont les uns sont peut-être effectivement entre les mains des autorités cantonales, mais dont de nombreux autres ne sont strictement pas sujets à une influence politique. Il s'agit de la structure par âge, par exemple, mais aussi du nombre de médecins ou du nombre de pharmacies, qui sont une des conséquences de la liberté du commerce et de l'industrie en Suisse, également garantie dans le domaine de la santé.

Je tiens à le dire très clairement: cette compétence que je souhaite vous voir accorder au Conseil fédéral, le gouvernement en fera usage. Il ne s'agit pas d'une clause de style, il s'agit d'un besoin absolu pour éviter – permettez-moi d'utiliser le même mot que M. Allenspach – l'effet pervers de la proposition de l'article 58 tel qu'il le souhaite, et qui aurait pour conséquence de créer des différences sociales absolument inacceptables dans ce pays.

Nous vous invitons donc à soutenir la proposition de la commission et à rejeter celle de M. Allenspach qui ne prévoit pas cette correction dans la répartition et ne donne pas la possibilité de mieux doter les cantons afin qu'ils puissent allouer des subventions à tous les assurés qui en ont besoin. Il est vrai que la proposition Allenspach correspond au projet initial du Conseil fédéral. Je puis cependant dire que les effets antisociaux de ce projet n'avaient pas encore été perçus au moment où il a été présenté; c'est notamment la réaction des cantons qui a permis de voir que la solution sans correction était socialement inacceptable.

J'aimerais commenter très rapidement la proposition Allenspach ou plutôt les arguments qu'il a utilisés sur deux points: tout d'abord, il ne s'agit pas de favoriser des cantons, mais d'assurer que les habitants de ce pays puissent supporter les cotisations et ils sont nombreux à trouver qu'aujourd'hui déjà, sans tenir compte de l'augmentation qui résultera de l'extension du catalogue de prestations, cela est insupportable.

M. Allenspach parle d'un «Kostenschub», d'une incitation à l'augmentation des coûts. Il n'en est rien! Il ne s'agit pas de favoriser des politiques cantonales qui seront soumises tout autant à la critique, à la pression des citoyens qui verraient augmenter les cotisations et qui sont les citoyens les plus influents. Ne nous faisons pas d'illusions! Ce ne sont pas les couches de population les plus défavorisées qui se caractérisent dans ce pays par une influence politique particulièrement forte sur nos autorités. C'est la classe moyenne, ce sont les dirigeants, ce sont les classes supérieures – si vous me permettez cette expression – qui se révolteront contre des cantons qui seraient laxistes dans ce domaine parce que eux porteront pleinement le poids d'une politique irresponsable. Ce n'est pas la population qui recevra un subventionnement pour rendre supportable les coûts de la santé qui fera le poids dans cette décision.

Je prends les autres arguments visant à suggérer de ne pas accepter la proposition Rechsteiner. Elle est intéressante dans la mesure où elle donne une compétence au Conseil fédéral, mais, en l'état actuel des choses, le Conseil fédéral ne saurait pas selon quel autre critère répartir les fonds d'une façon qui reste transparente, qui reste efficace, qui reste simple. Le critère de la cotisation moyenne reflète la plupart des autres éléments qui pourraient être pris en compte, en particulier aussi l'élément de la structure par classes d'âge de la population, dont parle M. Wick.

La proposition Wick tient compte effectivement d'un élément, mais d'un élément très fin qui ne favoriserait peut-être que deux ou trois cantons, tous les autres étant caractérisés par des structures de population très semblables. Il y a peu de cantons qui se distinguent par une pyramide des âges vraiment différente. Ce système si subtil n'a pas la qualité de la simplicité et de la transparence qu'a le critère que je vous invite à retenir.

Par ailleurs, je considère que l'idée de mêler à cette discussion un élément de formation universitaire est totalement étranger au système. C'est la raison pour laquelle je vous propose de repousser la proposition Wick. Non seulement le critère de la formation universitaire serait étranger à notre système, mais ce serait un critère contre-productif puisqu'il financerait par les subsides de l'assurance-maladie la pléthore médicale dont nous avons souvent eu l'occasion de considérer qu'elle était un facteur d'augmentation des coûts de la santé.

Je tiens encore une fois à répéter que, pour des raisons sociales, nous ne pourrions pas accepter cette révision ni que les cotisations de l'assurance-maladie soient trop lourdes pour une part importante de notre population. En synthèse et en conclusion, je voudrais vous inviter à suivre la proposition de la commission.

**Rechsteiner Paul (S, SG):** Gestützt auf die Ausführungen von Frau Bundesrätin Dreifuss und mit Blick darauf, dass es in erster Linie darum geht, dass die Anträge Allenspach und Wick abgelehnt werden, ziehe ich meinen Antrag zurück.

#### *Abstimmung – Vote*

##### *Eventuell – A titre préliminaire*

Für den Antrag Allenspach	83 Stimmen
Für den Antrag Wick	67 Stimmen

##### *Definitiv – Définitivement*

Für den Antrag der Kommission	104 Stimmen
Für den Antrag Allenspach	69 Stimmen

#### *Abs. 4 – Al. 4*

**Rychen Albrecht (V, BE), Sprecher der Minderheit:** Die Mehrheit des Rates, die soeben gewonnen hat, kann jetzt etwas gutmachen, indem sie die Gelegenheit beim Schopfe packt und sagt: Jetzt können wir noch einen Mittelkurs steuern, der dann die Tragfähigkeit für dieses Gesetz einigermassen intakt hält. Das heisst: Belasten Sie die Kantone nicht zusätzlich! Der Bund sieht – das sehen Sie dann bei Artikel 98 noch einmal deutlich – schon eine genügende Steigerung vor. Ich erinnere noch einmal daran: Wir nehmen einen Ausbau vor, da brauchen wir die Kantone nicht zusätzlich zu belasten und die Opposition breiter Kreise gegen dieses Gesetz zu mobilisieren. Verhindern Sie das, indem Sie die Kantone finanziell nicht noch mehr belasten. Es genügt jetzt, das Fuder ist schon ganz stark beladen!

Ich erinnere Sie daran, dass es Kantone gibt, die Steuererhöhungen vornehmen müssen, wenn Sie bei Absatz 4 der Mehrheit der Kommission zustimmen. 50 Prozent heisst: eine Milliarde Ausgaben für die Gesamtheit aller Kantone!

Ich beantrage Ihnen, die Minderheit zu unterstützen, d. h., dem Ständerat zuzustimmen. Dieser hat mit klarer Mehrheit, mit deutlichem Willen, bekundet, dass er nicht bereit ist, 50 Prozent zu akzeptieren, statt einer Milliarde Franken hat er etwa 600 bis 650 Millionen Franken zugestimmt. Das genügt, um diesen Sozialausgleich zu finanzieren.

Ich bitte Sie eindringlich, bei Absatz 4 die Minderheit zur Mehrheit zu machen.

**Gonseth Ruth (G, BL):** Artikel 58 Absatz 4 ist der wichtige Eckpfeiler der Revision. Leider wollen sich nun einige Kantone der Verantwortung und ihren heutigen finanziellen Verpflichtungen entziehen. Das dürfen wir nicht zulassen. Wir dürfen dieses Sozialwerk nicht demontieren, bevor es überhaupt fertiggestellt ist. Wenn diese Revision scheitert, haben wir Politikerinnen und Politiker für lange Zeit keine valable Alternative an-

zubieten. Es braucht nun wirklich die 3 Milliarden Franken, um die Prämienlast für die wirtschaftlich Schwächeren erträglich zu machen, sonst verfehlt die Revision ihr Ziel.

Die Kantone bezahlen für Prämienverbilligungen bereits heute 650 Millionen Franken. Diese Summe kann doch nicht auf 600 Millionen Franken gekürzt werden, wie das die Minderheit nun verlangt; um so weniger, wenn wir bedenken, dass die Kantone zusätzlich von der Reduktion ihrer Aufwendungen für Ergänzungsleistungen mit rund 140 Millionen Franken noch profitieren werden. Es bleibt den Kantonen also höchstens ein Mehraufwand von rund 260 Millionen Franken. Diesen Mehraufwand können aber einige Kantone nochmals abbauen, weil viele Kantone heute ihre Spitäler massiv subventionieren, und das ist eigentlich auch ein Giesskannenprinzip. Nach dem neuen Gesetz müssen sie die Spitäler nur mit 50 Prozent subventionieren.

Die Kantone haben also so die Möglichkeit, bei den Spitälern noch Kosten zu sparen. So werden auch teure Spitalbehandlungen abgebaut, und die günstigere ambulante Behandlung würde damit gefördert.

Die Krankenkassen mahnen jetzt zu Recht, dass sich das Parlament nicht von den Versprechen distanzieren dürfe, welches es bei der Ablehnung der Krankenkassen-Initiative abgegeben habe.

Ich möchte Sie bitten, bei Artikel 58 Absatz 4 der Mehrheit zuzustimmen. Die 3 Milliarden Franken sind notwendig, um die Einkommensschwachen wirklich genügend zu entlasten. Auch dann tragen die Haushalte immer noch die grösste Last der Gesundheitskosten, dessen müssen wir uns bewusst sein.

**Keller Rudolf (D, BL):** Wir von der SD/Lega-Fraktion haben uns lange gefragt, auf welche Seite wir uns schlagen sollen. Wir haben uns nun für die Kantone entschieden. Zum Beispiel: Der Deckungsgrad bei den Baselbieter Spitälern liegt in der allgemeinen Abteilung bei 33 Prozent. Eine Erhöhung dieses Deckungsgrades auf 50 Prozent würde die Baselbieter Prämienzahlerinnen und -zahler mit rund 40 Millionen Franken zusätzlich belasten, Frau Kollegin Gonseth. Und woher sollen wir z. B. im Kanton Basel-Landschaft bei dieser Finanzknappheit 40 Millionen Franken holen?

In diversen anderen Kantonen sieht es ähnlich aus. Wir müssen mit enormen Zusatzkosten in zigfacher Millionenhöhe rechnen. Die von der Kommissionmehrheit vorgeschlagene Lösung sprengt jeden tragbaren Rahmen für unsere Kantone. Lösen würden die betroffenen Kantone dieses Problem ganz einfach mit einer massiven Anhebung der Spitaltarife bis zum vollen zulässigen Kostendeckungsgrad, oder es würden Steuererhöhungen beschlossen. Diese Übung würde also nichts, aber auch gar nichts, zum Sparen beitragen. Sie ist deshalb ein absolut untaugliches Instrument in dieser Vorlage. Zu diesem fieses Spiel mit den Prämienzahlerinnen und -zahlern reicht unsere Fraktion die Hand nicht.

Im Kommissionsprotokoll ist so nebenbei und lakonisch vermerkt, dass den Kantonen in Artikel 98 Absatz 2 entgegengekommen werden solle, indem dieser 50-Prozent-Anteil im Laufe von vier Jahren schrittweise erreicht werden solle. Aber das ändert für die betroffenen Kantone überhaupt nichts. Es ist deshalb keine Sparmassnahme, sondern eine verkappte Steuererhöhung oder, wenn man den anderen Weg wählt, ganz einfach eine massive Prämienhöhung für die betroffenen Leute in den Kantonen. Der Ständerat hat das gesehen und ist bei einem 30prozentigen Anteil geblieben. Demzufolge stimmen wir Schweizer Demokraten und die Lega dei Ticinesi jeweils für die Minderheit.

Wir lehnen im übrigen auch den Einzelantrag Baumberger ab. Ich möchte Sie bitten: Veranstalten Sie keine Straffraktion gegen unsere Kantone! Über den Kopf der Kantone hinweg und gegen den Willen der Kantone dürfen wir keine solchen Entschiede treffen.

**Jöri Werner (S, LU):** Veranstalten Sie keine Straffaktionen gegenüber den Versicherten, könnte ich hier sagen, und lehnen Sie den Antrag der Minderheit Rychen ab, der in der Kommission immerhin mit 15 zu 2 Stimmen abgelehnt worden ist!

Wir müssen uns fragen: Was sind die Folgen, wenn der Gesamtbeitrag der Kantone 30 Prozent des Bundesbeitrages von 2 Milliarden Franken nicht übersteigen darf? Ohne dass man sich in Zahlenspielerien zu verlieren braucht, kann man feststellen, dass die Kantone – würde der Antrag der Minderheit Rychen angenommen – gegenüber heute weit weniger für die Prämienverbilligung aufbringen müssten. Wollen Sie dies wirklich? Ein Hauptziel der Revision besteht ja gerade darin, die durch die Einführung der vollen Freizügigkeit und eines massvollen und notwendigen Leistungsausbau verursachten Prämienanstiege sozialverträglich zu machen, also die Versicherten von der zunehmenden Last durch die Krankenversicherung zu entlasten.

Dieses Ziel werden wir klar verfehlen, wenn die Kantone in Zukunft weniger zu zahlen bereit sind als heute. Viele scheinen noch nicht ganz realisiert zu haben, wie prekär schon heute die Lage für viele private Haushalte ist. Nicht selten macht bei Rentnerinnen und Rentnern die Belastung durch die Prämien heute schon 20 Prozent ihres Einkommens aus. Wie wird sich die Situation erst entwickeln, wenn nach Einführung des revidierten KVG die Prämien einen weiteren Sprung nach oben machen werden? Glauben Sie, Herr Kollege Rychen, dass mit Ihren einseitig auf die kantonalen Finanzhaushalte ausgerichteten Argumenten die Hunderttausenden von betroffenen Rentnerinnen und Rentnern mit diesen düsteren Zukunftsaussichten noch für die Vorlage zu gewinnen sind?

Eine andere Zahl hat mir auch sehr zu denken gegeben und sollte uns aufrütteln. Im «Bund» vom 20. November 1993 wurde berichtet, dass 65 000 Personen in der Schweiz ohne Krankenversicherungsschutz dastehen, weil sie die Prämien nicht mehr bezahlen konnten und von den Krankenkassen ausgeschlossen wurden. Das bedeutet, dass im Fall einer Krankheit die Kosten durch den Staat ja so oder so gedeckt werden müssen. Das entspricht dem heutigen Zustand.

Was passiert nach Inkrafttreten des revidierten KVG, wenn nach Ansicht des Ständerates die Kantone für die Prämienverbilligung über 100 Millionen Franken weniger als heute aufwenden müssten? Wir sind den Kantonen bis heute schon sehr grosszügig entgegengekommen und haben uns ihrem Druck gebeugt. Ich spreche konkret von der Durchführung der Prämienverbilligung, die wir nur in rudimentärer Form im Gesetz verankert haben.

Nicht genug: Wir offerieren den Kantonen bei den Übergangsbestimmungen eine vierjährige Frist, bis die Beiträge 50 Prozent erreichen. In Artikel 58 Absatz 5 eröffnen wir den Kantonen im weiteren die Möglichkeit, ihren Beitrag unter der Bedingung zu kürzen, dass die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen garantiert bleibt. Ich glaube, sagen zu dürfen, dass wir den Kantonen in ausserordentlicher Art und Weise entgegenkommen, und ich kann mich des Eindruckes nicht erwehren, dass wir Gefahr laufen, mit dem Anbieten des kleinen Fingers gleich die ganze Hand zu verlieren. Wir demontieren nicht nur den sozialen Pfeiler der Vorlage, sondern müssen geschwächt von einem nicht gutzumachenden Vertrauensverlust von seiten der Versicherten in die Referendumsabstimmung steigen, denn die ohne Aussicht auf erhoffte Prämienverbilligung dastehenden Versicherten sind auch Stimmbürgerinnen und Stimmbürger, die bald einmal – um das Wort eines Bundesrates zu gebrauchen – «die Schnauze voll» haben werden.

Wenn die Kantone wegen der Frage der Beiträge mit dem Referendum spielen und drohen, sollten sie sich auch Rechenschaft über die möglichen Folgen geben. Erstens hätten sie die Verantwortung für das Scheitern der sozialen Säule der Vorlage zu tragen. Zweitens können wir uns eine Nulllösung der Vorlage und die gravierenden sozialen Konsequenzen, die daraus resultieren würden, schlicht und einfach nicht leisten. Drittens müssten die Kantone in Zukunft ja via Sozialhilfe mit Sicherheit mehr aufwenden, als sie kurzfristig – und kurzfristig – einzusparen glauben.

**Heberlein Trix (R, ZH):** Trotz dem dramatischen Appell von Herrn Jöri unterstützt die FDP-Fraktion mit grosser Mehrheit bei Absatz 4 den Antrag der Minderheit Rychen.



Die Berechnungen der Finanzdirektoren bezüglich der Konsequenzen – insbesondere auch diejenigen des Finanzdirektors Ihres Kantons, Herr Jöri – zeigen ganz deutlich, dass bei einer Aufstockung der Bundesbeiträge um 50 Prozent in verschiedenen Kantonen über 70 Prozent der Bevölkerung oder zum Teil Personen mit einem Einkommen von bis zu 100 000 Franken Beiträge an die Prämienverbilligung erhalten würden. Dies wurde uns gerade vom Kanton Luzern vorgerechnet. Kein Kanton – dies möchte ich betonen – wird mit dieser Vorschrift daran gehindert, seinerseits Prämienverbilligungsbeiträge zu beschliessen. In jedem Kanton hat es kantonale Parlamente, kantonale Regierungen und gibt es demokratische Mittel, um Prämienverbilligungsbeiträge zu beschliessen, wenn der politische Wille dazu vorhanden ist. Nur dürfen wir hier nicht auf Bundesebene über den Kopf der Kantone hinweg legiferieren und sie verpflichten, die Bundesbeiträge um 50 Prozent aufzustoeken.

Ich habe bereits das Gutachten und die Berechnungen der Kantone angetönt; wir können sie nicht einfach in den Wind schlagen.

Dass es uns allen bei der Sache nicht ganz wohl ist, zeigt auch der nachfolgende Absatz 5, der eingefügt wurde, nach dem trotzdem Reduktionen erfolgen können. Das BSV selber hat vorgerechnet, dass bis zu 270 Millionen Franken eingespart werden können.

Legiferieren wir also nicht an den Kantonen vorbei, und tragen wir den Bedürfnissen der Bevölkerung durch die Prämienverbilligungen individuell Rechnung. Diese Prämienverbilligungen können wir, wenn nötig, immer noch in den Kantonen selber aufstocken, ohne auf Bundesebene Vorgaben zu machen, welche die Kantone einfach ausführen müssen – zu Lasten des Steuerzahlers.

**Deiss Joseph (C, FR):** Au nom du groupe démocrate-chrétien, je vous invite à suivre la majorité de la commission.

Deux points seulement: d'abord, j'ai beaucoup de compréhension pour l'argumentation de M. Rychen, que je peux suivre sur un certain bout du chemin. Mais j'ai le sentiment que M. Rychen a développé son argumentation sans avoir lu l'alinéa 5, car une fois que l'on tient compte de ce dernier une bonne partie de ses arguments tombent.

Quant à l'argumentation de M<sup>me</sup> Heberlein, j'ai de la peine à la situer dans ce que nous ont dit tout à l'heure les porte-parole du même groupe radical-démocratique, c'est-à-dire qu'il fallait absolument inciter les cantons à économiser, à épargner, alors que là j'ai plutôt le sentiment que l'on va faire le contraire puisqu'en leur permettant de toucher plus de subventions pour moins de mise de fonds propre, on va justement les inciter à être plus dépensiers.

Pour ces deux raisons, je vous invite à suivre la majorité de la commission.

**Segmüller Eva (C, SG),** Berichterstatterin: Es trifft in der Tat zu, dass wir hier bei einem Kernpunkt der Revision angelangt sind. Rufen wir uns in Erinnerung: Ziel ist und bleibt es, dass wir den Sozialausgleich sicherstellen können. Denjenigen unter den Antragstellern und Referenten, die mit dem Deckungsgrad der Spitäler argumentiert haben – ein tiefer Deckungsgrad zeige doch, wie sozial ein Kanton sei –, ist entgegenzuhalten, dass ein tiefer Deckungsgrad bei den Spalkosten und demzufolge ein hoher Anteil des Kantons eine Art «Gliesskanne» darstellen und so gesehen mit dem Sozialausgleich für wirtschaftlich Schwache nichts zu tun haben – ich bitte Sie, das zu bedenken.

Wir haben gezeigt, dass wir flexibel sein wollen. Wir haben die Kantone angehört, und ich bitte Sie – wie Herr Deiss auch gerade gesagt hat –, Artikel 58 Absatz 5 zu lesen: Der Ort, wo wir den Kantonen entgegenkommen wollen – auch dort gibt es ja wieder verschiedene Anträge –, ist Absatz 5.

In Absatz 4 gilt es den Grundsatz festzuhalten: Wir wollen, dass grundsätzlich 3 Milliarden Franken zur Verfügung stehen; wir wollen, dass als Grundregel gilt: Bund 2 Milliarden Franken, Kantone plus 50 Prozent. Differenziert wird dann, je nach den Bedürfnissen und Notwendigkeiten, in Absatz 5. Hier einfach generell bei 30 Prozent die Schere anzu-

setzen, ist eine undifferenzierte Betrachtungsweise, die am sozialen Ziel der Vorlage vorbeizieht.

Der Ständerat hat – darauf wurde auch hingewiesen – dieser Differenz, diesen 30 Prozent, deutlich zugestimmt. Ich bitte Sie, einen Blick ins Amtliche Bulletin des Ständerates zu werfen. Daraus ersehen Sie, dass der Ständerat diese Differenz bewusst geschaffen hat – man hat das auch unserer Kommission mitgeteilt –, damit wir über den ganzen Artikel noch einmal zu Buche gehen und schauen, wie wir erstens das Geld besser verteilen und zweitens den Kantonen besser Rechnung tragen können. Aber es ist nicht die Absicht gewesen, auch nicht des Antragstellers, hier generell, mit dem Rasenmäher gewissermassen, die Subventionen der Kantone auf 30 Prozent zu limitieren.

Ich bitte Sie namens der deutlichen Mehrheit der Kommission (15 zu 2 Stimmen), bei 50 Prozent zu bleiben und den Antrag der Minderheit Rychen ablehnen.

**Präsidentin:** Die liberale Fraktion lässt mitteilen, dass sie die Minderheit unterstützt.

**Phillipona Jean-Nicolas (R, FR),** rapporteur: Je voulais simplement rappeler que la part des cantons jusqu'à concurrence de 50 pour cent de la part de la Confédération a déjà été proposée et justifiée dans le message du Conseil fédéral. Cela a été accepté en première lecture par le Conseil des Etats ainsi que par notre Conseil à Genève.

C'est seulement lors de l'élimination des divergences que le Conseil des Etats présente une proposition qui s'éloigne totalement de celle qui avait été acceptée, car au lieu d'un minimum de 50 pour cent on parle d'un maximum de 30 pour cent, ce qui fait que les cantons feraient, par rapport à la situation actuelle, des économies alors que l'on demande un effort supplémentaire à la Confédération.

Mais pour tenir compte de la situation financière des cantons, la commission vous propose un étalement sur quatre ans, c'est-à-dire en partant de 35 pour cent pour arriver au 50 pour cent. Cette proposition est faite à l'article 98, alors que l'alinéa 5 que nous examinerons par la suite permet une modulation pour les cantons qui sera aussi moins contraignante. C'est par 15 voix contre 2 que la majorité de la commission vous propose de la suivre.

**Dreifuss Ruth,** conseillère fédérale: Ce n'est pas seulement la Confédération qui est appelée à faire un effort supplémentaire, comme vient de le dire M. Phillipona, ce sont en premier lieu les patients et les assurés. Si vous reprenez les calculs qui sont à l'origine de ce montant moyen de 3 milliards de francs qui devrait être rassemblé, à raison de 2 milliards de francs par la Confédération et de 1 milliard de francs par les cantons, vous verrez que les patients supportent une augmentation de leurs charges, notamment par le mécanisme de la participation aux frais qui – comme vous le savez – est accrue.

Et voilà qu'un des partenaires dans cette aventure, qui est d'ailleurs responsable des questions de santé et des politiques de santé, n'assumerait pas la charge qui devrait être la sienne. A ce propos, au nom du Conseil fédéral, je peux dire très clairement que la majorité de votre commission a choisi la seule proposition raisonnable. Il faut que d'ici 1998 ou 1999, comme le prévoit l'article 98 alinéa 2 qui règle la question de la période transitoire, les cantons assument la moitié du subside fédéral. A long terme, ce rapport de 2 à 1 est adéquat, alors que celui proposé par le Conseil des Etats de 10 à 3 n'est pas suffisant. Il s'agirait dans ce cas non seulement d'économiser des moyens actuellement mis à disposition par les cantons – les graphiques que nous ont remis des directeurs cantonaux de la santé publique le montrent très clairement –, mais également de charger les assurés encore plus qu'ils ne le sont déjà dans cette révision.

Nous soutenons donc la proposition de la majorité de la commission et rejetons la proposition de minorité Rychen qui demande de limiter à 30 pour cent du subside fédéral la part globale des cantons.

Il ne s'agit pas de réduire globalement, par une décision du Conseil fédéral – ce sera sa compétence –, la part que chaque



canton devra verser, mais de permettre aux cantons qui ne souhaitent pas aller aussi loin que le demanderait cette loi de renoncer volontairement à des subventions de la Confédération et de réduire, de leur côté, les moyens qui leur seraient demandés.

Ce système paraît beaucoup plus raisonnable, je vous invite à vous y rallier.

*Namentliche Abstimmung – Vote par appel nominal*

*Für den Antrag der Mehrheit stimmen:*

*Votent pour la proposition de la majorité:*

Aguet, Bär, Bäumlín, Béguelin, Bircher Peter, Bodenmann, Borel François, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühlmann, Bundi, Caccia, Camponovo, Carobbio, Caspar-Hutter, Columberg, Comby, Danuser, Darbellay, David, Deiss, Diener, Dormann, Ducret, Dünki, Duvoisin, Eggenberger, Epiney, Fankhauser, Fasel, von Felten, Gardiol, Gobet, Goll, Gonseth, Gross Andreas, Grossenbacher, Haering Binder, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Herczog, Hildbrand, Hollenstein, Jaeger, Jäggi Paul, Jeanprêtre, Jöri, Keller Anton, Ledergerber, Lepori Bonetti, Leuenberger Ernst, Leuenberger Moritz, Maeder, Marti Werner, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Perey, Philippona, Raggenbass, Rebeaud, Rechsteiner, Robert, Ruffy, Savary, Scherrer Werner, Schmid Peter, Schmidhalter, Schnider, Segmüller, Seiler Rolf, Sieber, Spielmann, Stamm Judith, Steiger Hans, Strahm Rudolf, Theubet, Thür, Tschäppät Alexander, Tschopp, Vollmer, Weder Hansjürg, Wick, Zbinden, Züger, Zwahlen, Zwygart (88)

*Für den Antrag der Minderheit stimmen:*

*Votent pour la proposition de la minorité:*

Allenspach, Aregger, Baumberger, Berger, Bezzola, Binder, Bischof, Blatter, Blocher, Bonny, Borradori, Bühler Simeon, Bühler Gerold, Bürgi, Cavadini Adriano, Cincera, Couchepin, Daepf, Dettling, Dreher, Eggly, Engler, Eymann Christoph, Fehr, Fischer-Hägglingen, Fischer-Seengen, Fischer-Sursee, Frey Claude, Frey Walter, Fritschi Oscar, Früh, Giger, Graber, Gros Jean-Michel, Gysin, Hari, Heberlein, Hegetschweiler, Hess Otto, Iten Joseph, Jenni Peter, Keller Rudolf, Kern, Kühne, Leu Josef, Leuba, Loeb François, Mamie, Maurer, Miesch, Moser, Mühlemann, Müller, Narbel, Nebiker, Neuenchwander, Oehler, Poncet, Reimann Maximilian, Ruckstuhl, Ruf, Rutishauser, Rychen, Sandoz, Scherrer Jürg, Scheurer Rémy, Schmied Walter, Schwab, Schweingruber, Seiler Hanspeter, Spoerry, Stalder, Stamm Luzi, Steffen, Steinegger, Steinemann, Steiner Rudolf, Stucky, Suter, Tschuppert Karl, Vetterli, Wanner, Wittenwiler, Wyss Paul, Wyss William (85)

*Abwesend sind – Sont absents:*

Aubry, Baumann, Borer Roland, Bortoluzzi, Chevallaz, de Dardel, Friderici Charles, Giezendanner, Grendelmeier, Hämmerle, Hess Peter, Hubacher, Leemann, Maitre, Maspoli, Matthey, Mauch Rolf, Meier Samuel, Nabholz, Pidoux, Pini, Rohrbasser, Wiederkehr, Ziegler Jean, Zisyadis, Zölch (26)

*Präsidentin, stimmt nicht – Présidente, ne vote pas:*

Haller (1)

*Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen*

*Le débat sur cet objet est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 19.50 Uhr*

*La séance est levée à 19 h 50*

## Zweite Sitzung – Deuxième séance

Dienstag, 1. März 1994, Vormittag  
Mardi 1er mars 1994, matin

08.00 h

Vorsitz – Présidence: Haller Gret (S, BE)

91.071

### Krankenversicherung. Revision Assurance-maladie. Révision

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 13 hiervoor – Voir page 13 ci-devant

Art. 58 Abs. 5 – Art. 58 al. 5

**Segmüller Eva** (C, SG), Berichterstatterin: Kurze Rekapitulation, wo wir stehen: Wir haben gestern bei Artikel 58 wichtige Entscheide getroffen. Der Bund leistet Beiträge an die Prämienverbilligung an die Kantone, und wir haben mit 88 zu 85 Stimmen beschlossen – dem Bundesrat und unseren früheren Beschlüssen folgend –, dass die Kantone 50 Prozent des Bundesbeitrages selber leisten müssen. Damit haben wir gegen den Wunsch der Kantone entschieden, die Beiträge für die Kantone generell auf nur 30 Prozent herabzusetzen. Hingegen sehen Sie in Absatz 5, dass verschiedenste Anträge vorliegen, wie wir dem Anliegen der Kantone entgegenkommen können. Wir haben die Kantone in der Kommission ja angehört, und Sie sehen aus der Vielfalt der vorliegenden Anträge, dass der Wille, diesem Wunsch der Kantone entgegenzukommen, vorhanden ist. Die Kommission schlägt Ihnen eine neue Version vor.

**Baumberger Peter** (C, ZH): Sie haben es von der Berichterstatterin gehört: Es geht bei Absatz 5 von Artikel 58 um die Frage der Tragbarkeit der Prämien, um die Frage der Beiträge der Kantone, namentlich darum, inwieweit die 50 Prozent allenfalls ein zu grosser Beitrag sind. Konkret bezogen auf Artikel 58 Absatz 5 ist für die CVP und auch für mich zentral, dass auf jeden Fall die Prämienverbilligung für die Versicherten in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen gewährleistet ist. Der Ihnen von der Kommission vorgeschlagene Absatz 5 krankt an zwei offensichtlichen Mängeln.

Der erste Mangel: Absatz 5, wie er Ihnen vorliegt, ist schlicht unverständlich! Sie brauchen zunächst Experten, die Ihnen erklären, was da in Absatz 5 wirklich gemeint ist. Auch die Berichterstatterin, Frau Segmüller, hat im Rahmen ihres allgemeinen Votums zu diesem Artikel zugestanden, dass er äusserst kompliziert formuliert ist. Wir müssen gerade bei einem referendumsträchtigen Artikel dem Bürger genau sagen können, was damit gemeint ist.

Es gibt in Absatz 5 einen zweiten Mangel: Die Kommission vergisst in ihrem Vorschlag, in Verbindung mit Absatz 6, das zweite Hauptziel der Revision, nämlich neben der Solidarität die Eindämmung der Kosten. In den Absätzen 5 und 6 wird hauptsächlich umverteilt und kaum gespart.

Was will nun der Antrag, den ich Ihnen vorgelegt habe? Er will drei Dinge:

1. Es ist anerkannt und unbestritten, dass mit Kantonsanteilen von 50 Prozent, wie Sie sie, wenn auch mit knappem Mehr, beschlossen haben, in verschiedenen Kantonen Prämienverbilligungsbeiträge gewährt werden müssten, welche über den Bedarf hinausgehen. Das widerspricht dem Sparziel. Gemäss

meinem Antrag sollen die Kantone – und zwar sie und nicht der Bundesrat – deshalb befugt sein, ihre Beiträge um maximal 50 Prozent zu kürzen. Mit anderen Worten: Kosten sparen soll sich auch für die Kantone lohnen; es braucht einen Sparanreiz.

2. Es ist selbstverständlich – und ausdrücklich in meinem Antrag erwähnt –, dass wir den Bedarf der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sicherstellen wollen. Die CVP denkt nicht nur im Jahr der Familie – da möchte ich an Herrn Sieber Ernst anknüpfen – an jene, die es sozialpolitisch nötig haben. Der Bundesrat soll zu diesem Zweck nähere Bestimmungen erlassen können.

3. Wir wollen andererseits beim Sparen nicht einfach überziehen und wollen nicht sozial fragwürdige Ergebnisse erzielen. Aus diesem Grunde übernehme ich die Fassung der Kommission in Absatz 5 insoweit, als gleichzeitig auch der Beitrag des Bundes gekürzt werden soll. Das wirkt sich im Sinne einer gewissen Bremse aus, ohne dass der Sparanreiz deswegen verlorengeht.

Selbstverständlich, das sehe ich auch: Der grösste Sparanreiz liegt dort, wo die Kantone ausschliesslich zugunsten ihrer eigenen Kantonskasse sparen können; wer weiter gehen will, muss dem Antrag Allenspach zustimmen. Ich glaube jedoch, wir sollten hier ein vernünftiges Mittelmass finden; wir müssen auch referendumpolitische Überlegungen anstellen.

Aus all diesen Gründen ersuche ich Sie, Absatz 5 in der Fassung zu unterstützen, wie ich sie Ihnen beantrage und wie ihr gewiss auch die Verwaltung zuzustimmen vermag.

**Allenspach Heinz** (R, ZH): Ich teile die Auffassung von Herrn Baumberger, dass Absatz 5 in der Fassung der Kommission schlicht unverständlich ist. Es mangelt an Klarheit und Transparenz, und die Stimmbürger, die wahrscheinlich über dieses Gesetz zu entscheiden haben, werden kaum wissen, was alles hinter diesem Absatz verborgen liegt.

Ich habe gestern auf die Notwendigkeit hingewiesen, klare und transparente Gesetzesnormen zu schaffen. Ich habe auch auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Kantone in die Sparanstrengungen im Gesundheitswesen einzubinden. Ohne Mitwirkung der Versicherten und ohne Mitwirkung der Kantonsregierungen sind alle Sparappelle des Bundes wirkungslos. Es wird nicht möglich sein, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu stoppen, wenn die Versicherten und die Kantonsregierungen nicht wirkungsvoll mitarbeiten. Das müssen wir, ob wir es wollen oder nicht, ganz einfach zur Kenntnis nehmen. Wir sind verpflichtet, alles zu unternehmen, damit die Kostenexplosion im Gesundheitswesen endlich zum Erliegen kommt. Aber was haben wir bis heute in diesem Gesetzentwurf vorgesehen, um die Kantonsregierungen zu Sparanstrengungen zu motivieren? Worin bestehen bis heute in diesem Gesetzentwurf die Motivationen?

Bei der Bestimmung in Absatz 5 haben Sie nun Gelegenheit, die Kantone zu motivieren. Kantonsregierungen, die die Kosten des Gesundheitswesens im Griff haben, sollen weniger als 50 Prozent des Bundesbeitrages aus den kantonalen Finanzen an die Subventionen zuschiessen müssen. Der Bedarf an Subventionen ist wegen der unterschiedlichen Kosten und wegen der daher unterdurchschnittlichen Krankenversicherungsprämien in diesen Kantonen nicht so gross. Es rechtfertigt sich also, dort einen Subventionssatz anzuwenden, der weniger als 50 Prozent des Bundesbeitrages beträgt.

Wir laufen aufgrund der bisherigen Beschlüsse Gefahr, ein Subventionsvolumen vorzuschreiben, das in Kantonen mit unter dem schweizerischen Durchschnitt liegenden Krankenkassenprämien gar nicht benötigt wird. Oder will man in jenen Kantonen die Hälfte oder einen noch grösseren Teil der Bevölkerung subventionieren unter dem Titel, es gelte, die Subventionen für die Bevölkerung in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sicherzustellen?

Wir müssen das soziale Ziel erfüllen, die Krankenkassenprämien für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen zu verbilligen. Das wird mit meinem Antrag gewährleistet. Was darüber hinausgeht, ist eine reine Umverteilung, und ein Umverteilungsmechanismus ohne soziale Rechtfertigung vermindert die Akzeptanz dieses Gesetzes.

Aus diesen Gründen schlage ich vor, dass Kantone mit unter dem schweizerischen Durchschnitt liegenden Krankenkassenprämien nicht 50 Prozent des Bundesbeitrages aus ihren Staatskassen an Subventionen ausschütten müssen, sondern entsprechend weniger. Das motiviert die Kantonsregierungen zum Sparen. Der Bundesbeitrag soll dabei nicht gekürzt werden. Um die soziale Zielsetzung zu gewährleisten, soll aber nicht die Kantonsregierung über diese Kürzung entscheiden können, sondern der Bundesrat.

Damit wird auch die Gleichbehandlung der Versicherten im ganzen Land gewährleistet. Auf diesem Wege ist es auch möglich, den unterschiedlichen Strukturen Rechnung zu tragen. Damit haben Sie eine Lösung, die zwischen der rein föderalistischen und der rein zentralistischen Lösung liegt, eine Lösung, die wie keine andere hier vorgeschlagene die Kantonsregierungen motiviert, Sparanstrengungen vorzusehen und wirksam in die Tat umzusetzen.

Ich bitte Sie, aus diesen Erwägungen heraus meinem Antrag zuzustimmen.

**Brunner Christiane (S, GE):** La proposition Allenspach à l'alinéa 5 doit être rejetée à tout prix, dans la mesure où elle propose de donner, non pas aux cantons eux-mêmes, mais au Conseil fédéral la compétence de diminuer l'effort cantonal en matière de subventionnement. Une telle attitude ne peut se faire qu'au détriment des assurés de condition modeste, alors que, dans la proposition de la commission, il est clair que ce sont les assurés de condition modeste qui peuvent profiter du système en fonction de ce qui se passe dans leur canton et d'après la détermination du canton lui-même, et non pas simplement dans l'intérêt d'une épargne finalement stimulée par le Conseil fédéral.

Quant à la proposition Baumberger, je dois dire que nous avons une certaine sympathie à son égard, dans la mesure où elle contient le même objectif que la proposition de la commission, tout en étant nettement moins complexe quant à son articulation.

C'est pourquoi nous soutiendrons la proposition Baumberger, en rappelant qu'il s'agit exactement de la même articulation que ce qui a été prévu par la commission, avec une simplification massive par rapport à une clause que nous avons introduite sur proposition du département, mais qui est une clause extrêmement compliquée à comprendre.

**Deiss Joseph (C, FR):** Au nom du groupe démocrate-chrétien, je vous demande aussi d'appuyer la proposition Baumberger, tout d'abord, parce que c'est bien sûr à cet endroit qu'il convient de tenir compte des réticences et des préoccupations financières des cantons. Mais la formule qui vous est ainsi proposée a le grand avantage de ne pas renoncer au minimum sur le plan social, qui est tout de même le but de cette opération de subventionnement des primes, ce que, par exemple, la proposition Allenspach oublie totalement.

D'autre part, cette formule revient à responsabiliser davantage les cantons, puisqu'ils auront un peu plus de latitude et pourront gérer le dossier de manière un peu plus indépendante. Enfin, cette formule a l'avantage d'être moins compliquée que celle qui a été préparée au sein de la commission. Elle aura ainsi de meilleures chances de pouvoir être expliquée.

**Segmüller Eva (C, SG),** Berichterstatterin: Sie sehen, die Geschichte ist kompliziert. Was die Kommission Ihnen (mit 14 zu 4 Stimmen bei 2 Enthaltungen) beantragt, würde bedeuten: Wenn das im Landesdurchschnitt angestrebte Prämienverbilligungsziel in einem Kanton im wesentlichen auch mit einem niedrigeren Kantonsbeitrag als nach Absatz 4 erreicht wird, darf der betreffende Kanton den nach Absatz 4 von ihm aufzubringenden Betrag kürzen. Der ihm zukommende Bundesbeitrag wird dann entsprechend gekürzt. Aber wie? Die Prämienverbilligungsquote, d. h. das Verhältnis zwischen Prämienverbilligungsbeitrag und Prämienvolumen, darf in diesem Kanton nicht um mehr als 10 Prozent unter dem Landesdurchschnitt liegen. Ich kann Ihnen versichern, das wäre eine gute, saubere Lösung; bloss, man versteht sie nicht.

Wir haben in der Kommission um Formulierungen gerungen. Was Ihnen Herr Baumberger beantragt, wurde in der Idee auch in der Kommission diskutiert. Man ist der Idee damals aus dem einfachen Grund nicht gefolgt, dass man der Formulierung, der Bundesrat könne nähere Bestimmungen erlassen, irgendwie zuwenig getraut hat. Der Vorteil des Antrages Baumberger liegt aber schon darin, dass man versteht, wie der Kanton kürzen kann und um wieviel. Man versteht auch, dass da jemand ist, der dafür sorgt, dass das sozialpolitische Ziel erreicht wird. Der Bundesrat wird Bestimmungen erlassen, d. h. im Klartext eine Verordnung. Das ist der Vorteil gegenüber dem Antrag Allenspach.

Herr Allenspach will etwas Neues einführen, nämlich, dass Kantone ihre Beiträge zwar kürzen können, aber ohne die sonst übliche Folge, dass dann auch die Bundesbeiträge gekürzt würden: also Kürzungen zu Lasten des Bundes.

Etwas Weiteres: Der Antrag Allenspach enthält keine Bestimmung, wonach irgend jemand schaut, dass da nicht um des Sparens willen gekürzt wird, dass das sozialpolitische Ziel erreicht wird. Noch etwas: Mit dem Antrag Allenspach werden keine Bundesgelder frei. Der Absatz 6, über den wir noch zu bestimmen haben, würde mit dem Antrag Allenspach obsolet. Ich muss Sie namens der Kommission bitten, ihrer – zwar nicht so verständlichen – Fassung zuzustimmen. Dieser Fassung ist mit 14 zu 4 Stimmen zugestimmt worden. Allerdings haben wir die neuen Vorschläge nicht gegenüberstellen können, so dass ich es Ihrem guten Urteil überlasse, hier einer Lösung zum Durchbruch zu verhelfen, die den Wünschen der Kantone nach grösstmöglicher Flexibilität Rechnung trägt, mit der aber auch das sozialpolitische Ziel erreicht werden kann. Das ist unsere Aufgabe.

**Phillipona Jean-Nicolas (R, FR),** rapporteur: L'alinéa 5 est nécessaire pour permettre aux cantons qui ont des besoins inférieurs à la moyenne quant à la nécessité de réduction de prime aux assurés de condition modeste. Depuis le début des discussions, le but a été défini avec précision. Le besoin de subventionner et de diminuer les primes se situe au moment où les primes dépassent le 8 pour cent du revenu. La commission maintient ce but visé et tout en permettant aux cantons de réduire ces subventions, elle fixe une fourchette, c'est-à-dire une limite que les cantons devront respecter.

Selon les données de l'Ofas, le montant total des primes est de 13 milliards de francs en 1993; les subsides fédéraux et cantonaux se montant à 3 milliards de francs, ceci représente le 23 pour cent de l'ensemble des primes. Selon la proposition de la commission, la limite inférieure serait donc de 20,7 pour cent, c'est-à-dire cette réduction maximum de 10 pour cent. Les propositions Allenspach et Baumberger ont en tout cas l'avantage d'être beaucoup plus simples et faciles à comprendre.

Je constate que la proposition Baumberger va tout à fait dans le sens de ce qui est souhaité par la commission avec la simplification en plus, c'est-à-dire l'avantage d'être beaucoup plus facile à comprendre. La commission n'a donc pas lieu de la combattre.

**Dreifuss Ruth,** conseillère fédérale: Vous avez pris hier une décision capitale selon laquelle les cantons devaient fournir la moitié de la contribution fédérale: augmenter de 50 pour cent ce 100 pour cent qui serait mis à disposition par la Confédération. Ce faisant, vous êtes partis de l'idée qu'il fallait effectivement une enveloppe d'approximativement 3 milliards de francs pour réaliser les objectifs sociaux de cette révision et rendre supportables les cotisations pour les personnes bénéficiant d'un revenu modeste. Par conséquent, nous n'avons pas encore pris en considération la remarque tout à fait justifiée faite par un certain nombre de cantons, disant qu'avec ce mécanisme ils risqueraient d'avoir trop d'argent à disposition et d'être obligés de subventionner des cotisations au-delà de ce qui est raisonnable et socialement nécessaire. Il est donc logique, après la décision d'hier, de prendre maintenant en considération la situation dans ces cantons en les autorisant, d'une façon ou d'une autre – nous sommes face à trois propositions –, de réduire le montant pour ce subventionnement des cotisations de l'assurance-maladie.

Le montant de 50 pour cent de réduction des ressources à disposition, lorsqu'il s'agit de la proposition de la commission ou de la proposition Baumberger, c'est-à-dire 50 pour cent de ce qui est initialement prévu, a été calculé de façon à tenir compte très concrètement des situations des cantons où les cotisations sont les plus basses: Appenzell, Grisons, etc. Ce montant n'a pas été fixé au hasard, mais par rapport à des situations tout à fait spécifiques de certains cantons qui ont décrit les problèmes dans lesquels les conduiraient des ressources financières excédentaires, trop importantes par rapport aux besoins.

Cette limite de 50 pour cent va au-delà de ce qui figure dans la décision du Conseil des Etats qui voulait globalement, pour résoudre ces problèmes spécifiques, limiter la participation des cantons à 30 pour cent, au lieu de 50 pour cent, des subventions fédérales. Nous allons, pour ces cantons-là, au-delà de ce qu'a décidé le Conseil des Etats, parce que nous sommes convaincus que, dans un certain nombre de cantons, il faut procéder ainsi et qu'il peut être nécessaire d'aller jusqu'à des réductions de 50 pour cent du total, montant de la Confédération comme du canton concerné. Il ne s'agit donc pas d'un mécanisme qui aurait été fixé de façon arbitraire, mais bien pour tenir compte des demandes qui ont été formulées par les cantons; et nous allons ainsi davantage encore à leur rencontre que la solution du Conseil des Etats, sans mettre en question l'enveloppe globale ni le but qui devrait être celui réalisé dans les cantons où les cotisations sont plus élevées.

Nous avons donc trois propositions: les deux qui sont les plus proches sont la proposition de la commission et la proposition Baumberger. Votre commission essaie de garantir l'objectif social à travers un rapport qui serait fixé dans la loi; la proposition Baumberger vise exactement le même objectif, mais donne au Conseil fédéral la compétence de fixer ces critères, d'édicter des dispositions à ce sujet.

Dans ce sens-là, je dirai que les deux propositions se valent et que la proposition Baumberger a pour elle l'avantage de la simplicité; celle de la commission a l'avantage de fixer dans la loi quelque chose qui est très important et lourd de conséquences financières pour les cantons.

L'avantage de la proposition de la commission comme de celle de M. Baumberger est de poursuivre l'idée fondamentale que les cantons et la Confédération sont des partenaires et que cela a des conséquences au niveau de la disponibilité des moyens financiers. Il y a donc un équilibre entre l'effort de la Confédération et l'effort du canton. Le Conseil fédéral pourrait certainement donner son appui à la proposition Baumberger. La proposition Allenspach a également de grandes qualités dans la mesure où la réduction ne touche que la part cantonale et non pas la part fédérale, mais comme nous avons calculé ce pourcentage de 50 pour cent en fonction du besoin de certains cantons particuliers, la proposition Allenspach conduira malgré tout certains cantons à cotisations très basses à avoir trop de ressources à disposition par rapport aux besoins des populations concernées.

Deuxièmement, la proposition Allenspach est peut-être inutilement centralisatrice dans la mesure où c'est le Conseil fédéral qui prendrait l'initiative de dire à tel canton: «Vous n'avez pas besoin de mettre un montant supérieur à X sur la table pour rendre les cotisations plus supportables.» Je pense que l'idée même de l'équilibre entre les compétences et les obligations des cantons et de la Confédération fait que la proposition Allenspach est moins digne de soutien que les autres propositions tout en étant elle aussi, tout à fait praticable.

En conclusion, ma préférence va à la proposition Baumberger.

**Allenspach Heinz (R, ZH):** Um das Abstimmungsverfahren zu vereinfachen und dem Antrag Baumberger mehr Chancen zu geben, ziehe ich meinen Antrag zurück und bitte Sie, dem Antrag Baumberger zuzustimmen.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag Baumberger  
Für den Antrag der Kommission

121 Stimmen  
48 Stimmen

#### Art. 58 Abs. 6 – Art. 58 al. 6

**Deiss Joseph (C, FR),** porte-parole de la minorité II: En l'absence de l'adversaire, porte-parole de la minorité I, je serai bref et vous ferai gagner encore un peu de temps puisqu'en même temps que la minorité II, je présente ici aussi la position de la majorité du groupe démocrate-chrétien.

En leur nom, je voudrais d'abord rappeler qu'il a été question à plusieurs reprises maintenant d'économie et de nécessité de ne pas encourager les cantons à procéder à des dépenses inutiles. Nous avons ici la possibilité de faire un pas dans cette direction en évitant que les moyens non utilisés par les cantons, qui justement parviennent à maîtriser les coûts, ne soient redistribués aux cantons qui ont des coûts plus élevés. En effet, une redistribution aurait un double effet négatif puisqu'il fonctionnerait selon le principe que plus un canton économique, plus un canton maîtrise, plus les autres qui sont déjà au plafond peuvent dépenser. Ce serait aussi assez nouveau que des subventions non utilisées d'un côté puissent être réengagées ailleurs.

C'est pour ces raisons que je vous invite à suivre le groupe démocrate-chrétien et la minorité II.

**Dormann Rosmarie (C, LU),** Sprecherin der Minderheit I: Ich kann mich kurz fassen. Der Vorschlag der Minderheit I ist der Kompromiss zwischen der Mehrheit und der Minderheit II.

Die Mehrheit will zwingend, dass die Gelder, die von gewissen Kantonen nicht benötigt werden, an jene Kantone umverteilt werden, die in ihrem Gesundheitswesen grössere Kosten haben. Die Minderheit II will keine Möglichkeit für eine Umverteilung der Gelder geben.

Der Antrag der Minderheit I stellt einen Kompromiss dar. Die Minderheit I möchte es mit einer Kann-Formulierung dem Bundesrat überlassen, ihm die Kompetenz geben, diese Gelder an Kantone zu geben, die höhere Kosten haben. Bei uns ist effektiv die Kann-Formulierung auch je nach Finanzkraft des Bundes vorgesehen.

Ich bitte Sie, der Minderheit I zuzustimmen.

**Brunner Christiane (S, GE):** Depuis le début de nos travaux de révision de la loi sur l'assurance-maladie, nous sommes partis de l'idée que le montant total des subventions fédérales et cantonales devait atteindre la somme de 3 milliards de francs. Ce principe n'a pas été remis en cause, et le mécanisme de l'alinéa 6 de l'article 58 permet de le maintenir. Nous avons sciemment et fortement assoupli le système de subventionnement pour permettre aux cantons le maximum de souplesse dans leur propre système de subventionnement.

Avec les flexibilités que nous venons d'introduire, notamment à l'alinéa 5 par la proposition Baumberger, si tous les cantons faisaient usage de leurs possibilités maximales de réduction, nous arriverions sans doute à un montant total d'environ 270 millions de francs. Le montant de la subvention fédérale dont nous discutons actuellement dans le cadre de l'alinéa 6 serait donc au maximum d'environ 270 millions de francs.

En admettant que tous les cantons ne fassent pas un usage complet de ces flexibilités, la somme des contributions de la Confédération serait diminuée d'un ordre de grandeur d'environ 10 pour cent. Il s'agit donc de déterminer si les assurés de condition modeste, dans leur ensemble, verraient le montant des subventions fédérales qui leur sont versées diminuer d'environ 10 pour cent. Moins la Confédération participe à la diminution de leurs cotisations, bien évidemment, plus le montant des dites cotisations est élevé.

Il faut de surcroît ajouter que notre commission s'est ralliée à la proposition du département, à l'article 98 alinéa 2, dont nous parlerons plus tard, de prévoir un échelonnement des obligations cantonales de subventionnement en quatre étapes. Dans ce cadre également, la commission a donc largement tenu compte des objections des cantons qui ne souhaitaient pas atteindre l'objectif social de la révision en une seule étape, raison supplémentaire pour adopter le mécanisme de l'alinéa 6 de l'article 58, permettant de ne pas pour autant se priver de la totalité des subventions fédérales dont les assurés ont absolument besoin.

Si certains cantons font un effort particulier pour abaisser les cotisations des assurés de condition modeste, il n'est que justice qu'ils reçoivent une part complémentaire des contributions fédérales qui n'ont pas été versées aux cantons qui n'en ont pas besoin. Si la Confédération peut se permettre d'économiser sur sa participation à l'assurance-maladie chaque fois que les cantons réduisent leurs propres subventions, elle risque d'inciter les cantons à pratiquer de la sorte afin de pouvoir elle-même réduire son effort financier. Il est donc indispensable que le mécanisme de subventionnement entre la Confédération et les cantons forme un tout, afin qu'aucune collectivité publique ne puisse se désengager sur le dos des assurés. Nous avons décidé que l'enveloppe de subventionnement de la Confédération devait être de 2 milliards de francs. Pour être honnêtes et cohérents par rapport à cette décision, nous devons également décider maintenant que cet argent, s'il n'est pas utilisé par certains cantons, ne doit pas retourner dans les caisses de la Confédération, mais être utilisé dans le but de diminuer les cotisations en faveur des assurés. Ce principe doit être ancré dans la loi à l'alinéa 6 de l'article 58. Qu'il le soit finalement sous la forme d'une possibilité accordée à la Confédération ou d'une obligation est relativement secondaire.

S'il est nettement préférable de suivre la proposition de la majorité de la commission et d'apporter ainsi une garantie que le mécanisme de redistribution soit intégralement respecté par la Confédération, on peut aussi faire confiance au Conseil fédéral. Je suis persuadée que dans sa grande sagesse il établira une collaboration étroite et suivie entre la Confédération et la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, de manière à attribuer de façon équitable les contributions fédérales excédentaires.

C'est pourquoi le groupe socialiste vous invite à suivre la proposition de la majorité de la commission, mais à tout le moins à suivre la proposition de la minorité I (Pidoux) et à rejeter dans tous les cas la proposition de la minorité II (Deiss).

**Heberlein** Trix (R, ZH): Bei Absatz 6 unterstützt die FDP-Fraktion mehrheitlich den Antrag der Minderheit II, erachtet sie es doch als wenig sinnvoll, in Zeiten der Finanzknappheit von Bund und Kantonen nicht benötigte Bundesmittel denjenigen Kantonen zu verteilen, die grosszügig mit ihren Mitteln umgehen und deren Gesundheitskosten und Prämien höher sind als der Durchschnitt. Eine verpflichtende Vorschrift, diese Mittel den Kantonen verteilen zu müssen, die höhere Kosten haben, wie sie von der Kommissionsmehrheit beantragt wird, widerspricht sämtlichen Sparbemühungen und verkennt auch die seit einem Jahr eingetretene Kostenentwicklung respektive Kostenstabilisierung im Gesundheitswesen.

Nach Meinung vieler Kantonsvertreter – mit Ausnahme der welschen – führen bereits die in Artikel 98 beschlossenen Beiträge von rund 2180 Millionen Franken bis 1998 zu einer übermässigen Prämienverbilligung; sie seien in diesem Masse weder notwendig noch wünschenswert. Selbst das BSV kommt ja in seinen Erläuterungen zum Schluss, dass aus den Kürzungsmöglichkeiten rund 270 Millionen Franken an Einsparungen resultieren könnten.

Diese Gelder aufgrund eines Gesetzesartikels ausschütten zu müssen, den wir hier 1994 in diesem Saal schaffen: Versuchen Sie dann in einem Referendumskampf, dem Volk diesen Artikel zu erklären! Nach den gestrigen Beschlüssen des Bundesrates zu einem Finanzmoratorium ist die Frage wohl berechtigt, ob eine derartige Vorschrift in einem Gesetz heute richtig und angebracht ist.

Wenn wir diesen Betrag hier verpflichtend ausgeben, so geht er – dies möchte ich Ihnen zu bedenken geben – sicher auch zu Lasten anderer sozialer Ausgaben, die mindestens so wichtig sind. Wir belassen ja den Kantonen die Möglichkeit, wenn sie es sozial als wünschenswert erachten, in ihren Kantonen die Prämien weiter zu verbilligen.

Allenfalls gebe ich gegenüber der Kommissionsmehrheit der Minderheit I den Vorzug, wenn sich die Minderheit II nicht durchsetzen sollte.

**Rychen** Albrecht (V, BE): Die SVP-Fraktion bittet Sie, dem Antrag der Minderheit II zuzustimmen.

Der Antrag der Kommissionsmehrheit scheint uns überhaupt keine Rücksicht auf die Finanzsituation dieses Staates zu nehmen. Es geht doch nicht an, dass man das, was man an einem bestimmten Ort nicht braucht – vielleicht sogar sozialpolitisch einsehbar nicht braucht –, dann einfach verteilt! Das können wir uns im heutigen Zeitpunkt schlichtweg nicht leisten. Es ist also finanzpolitisch unsinnig, was uns die Mehrheit der Kommission hier vorschlägt.

Ich möchte Sie aber darauf hinweisen, dass es auch sozialpolitisch fragwürdig ist. Denn wenn Sie der Mehrheit zustimmen, machen Sie nichts anderes, als Geld, das am einen Ort gespart wird, in anderen Kantonen, die mehr ausgeben wollen, zusätzlich zu verteilen, so dass die Sozialempfänger dann am Schluss in unserem Land ausserordentlich unterschiedlich behandelt werden.

Wir lehnen also den Antrag der Mehrheit auch aus sozialpolitischen Erwägungen ab. Vor allem aber, weil die Bundeskasse mehr als leer ist, dürfen wir im heutigen Zeitpunkt nicht in ein Gesetz hineinschreiben, der Bund müsse dann das Geld verteilen. So können wir nicht politisieren!

Wir bitten Sie, dem Antrag der Minderheit II zuzustimmen.

**Präsidentin:** Die Fraktion der Auto-Partei lässt mitteilen, dass sie den Antrag der Minderheit II unterstützt.

**Segmüller** Eva (C, SG), Berichterstatterin: Bei Absatz 6 geht es um die Kardinalfrage: Umverteilen oder nicht? In Absatz 5 haben wir Flexibilität beschlossen. Die Beiträge der Kantone können gesenkt werden, das bringt auch eine Senkung der Bundesbeiträge, das gibt also freiwerdendes Bundesgeld. Wenn wir dieses freiwerdende Bundesgeld umverteilen, stellt sich die Frage: Machen wir das in zwingender Form oder mit einer Kann-Vorschrift? Was wir da beraten, ist in dem Sinne nicht neu. Diese Möglichkeit der Umverteilung von nichtbeanspruchten Bundesgeldern ist jetzt aufgrund des dringlichen Bundesbeschlusses in Kraft, und zwar geht es um die 100 Millionen Franken zur Prämienverbilligung, die wir mit dem dringlichen Bundesbeschluss beschlossen haben.

In der Kommission war man in der Frage «Umverteilen oder nicht und, wenn ja, wie?» gespalten. Die Verhältnisse waren wie folgt: In einer ersten Runde haben wir darüber abgestimmt, ob der Bund verteilen «muss» oder «kann»; das Resultat war 8 zu 7 Stimmen für die «Muss»-Formel. In der endgültigen Abstimmung haben wir darüber abgestimmt, ob der Bund verteilen «muss» oder: «Streichen, keine Umverteilung»; das Resultat war 9 zu 8 Stimmen für die Muss-Bestimmung.

Ich bitte Sie, folgendes zu bedenken: Mit dem Beschluss, den wir bei Absatz 5 gefasst haben, kommen wir jenen Kantonen entgegen, die tiefere Kosten haben, weniger ausschütten müssen und daher auch weniger Bundesgelder brauchen; wir haben damit aber nichts für jene Kantone getan, die höhere Kosten haben. Diese können ihre Kantonsbeiträge zwar aus eigener Kraft erhöhen, sie würden aber nicht, wie unter dem jetzigen Regime, entsprechend höhere Bundesbeiträge auslösen. Das wäre für diese Kantone also gewissermassen ein Rückschritt. Im Namen der Mehrheit der Kommission, der knappen Mehrheit, muss ich Sie bitten, der Muss-Formulierung zuzustimmen. Sie ersehen aber aus der Fahne, dass sich beide Berichterstatter bei der Minderheit I befinden. Ich überlasse die Entscheidung Ihrem klugen Urteil.

**Philippona** Jean-Nicolas (R, FR), rapporteur: A l'alinéa précédent, nous avons donc permis aux cantons de réduire les subventions tout en précisant que les subventions de la Confédération seront également réduites.

Il s'agit ici de savoir ce qu'on fait avec cet argent. La commission vous propose de redistribuer automatiquement cet argent aux autres cantons qui en ont besoin, ceci pour tenir compte des besoins des assurés, qui sont énormes en la matière. La minorité II (Deiss) vous propose que cet argent reste à la Confédération, alors que la minorité I (Pidoux) est plus nuancée, disant que pendant la période difficile actuelle des comptes de la Confédération, on peut imaginer que cet argent restera à la Confédération, alors que quand les temps meilleurs seront là, il pourra également être distribué.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: J'aimerais vous inviter à donner la préférence à la proposition de la minorité I (Pidoux). C'est le juste milieu qui devrait nous inspirer, celui qui permet de se situer entre l'obligation de consacrer l'intégralité des subventions fédérales à la réduction des cotisations et celle qui ne donnerait au Conseil fédéral aucune possibilité de disposer de ces fonds, si ce n'est de quatre ans en quatre ans. Vous allez décider dans votre grande sagesse, également de quatre ans en quatre ans – je vous rappelle que c'est cela le mécanisme qui est prévu –, du montant que la Confédération doit consacrer à la subvention des assurés et, en fixant ce montant-là, vous entendez en principe qu'il soit voué à cette fin.

Dans la mesure où des cantons renonceraient à des parts de ces subventions, il serait judicieux que le Conseil fédéral puisse en disposer, dans une démarche contractuelle avec des cantons qui en ont besoin, contractuelle dans le sens d'un donner et d'un recevoir, d'un équilibre entre les objectifs et les possibilités –, pour corriger ce qui reste malgré tout une des tares du système, c'est-à-dire un spectre trop large encore de différences quant aux possibilités qu'il y a de subventionner, selon les cantons, les cotisations de l'assurance-maladie.

Je vous rappelle que même avec le système corrigé auquel vous avez jusqu'à présent souscrit, le pour cent du revenu à partir duquel – selon un modèle que l'on peut utiliser pour les comparaisons – les subventions interviendraient, se situe dans un spectre qui reste ouvert de 5 à 20 pour cent, ce qui est énorme. Il s'agit maintenant, après avoir agi au bas de cette échelle, d'avoir la possibilité d'agir au haut de cette échelle pour y apporter certaines corrections.

Si je ne peux pas soutenir au nom du Conseil fédéral la proposition de la majorité, c'est à cause des arguments conjoncturels que nous avons entendus à cette tribune. Il ne serait pas bon qu'en période de difficultés financières une obligation de consacrer ces moyens à l'assurance-maladie soit édictée. Mais nous ne resterons pas toujours dans cette situation difficile, et une loi doit voir au-delà des difficultés à court terme dans lesquelles nous sommes actuellement plongés.

La deuxième raison pour laquelle je ne peux pas soutenir la proposition de la majorité, c'est parce que je ne crois pas que l'on puisse disposer durablement de moyens que des cantons n'auraient pas mobilisés, parce que ces cantons ont droit à ces ressources. S'ils décident de recourir à la subvention fédérale qui leur est due, ils doivent pouvoir le faire. Ces montants ne peuvent donc pas être mobilisés par des promesses ou des espoirs à long terme qu'auraient pu nourrir les cantons qui en éprouveraient le besoin à cause du niveau élevé des cotisations de l'assurance-maladie.

C'est donc la formule de bon sens qui devrait prévaloir, la voie du milieu, que représente la minorité I.

#### Abstimmung – Vote

##### Eventuell – A titre préliminaire

Für den Antrag der Minderheit I 114 Stimmen  
Für den Antrag der Mehrheit 57 Stimmen

##### Definitive, namentliche Abstimmung

Vote définitif, par appel nominal

##### Für den Antrag der Minderheit I stimmen:

###### Votent pour la proposition de la minorité I:

Aguet, Aubry, Bär, Baumann, Bäumlín, Béguelín, Bischof, Bodenmann, Borel François, Borradori, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühlmann, Carobbio, Caspar-Hutter, Cavadini Adriano, Chevallaz, Comby, Danuser, Diener, Dormann, Ducrét, Dünki, Duvoisin, Eggenberger, Eggly, Fankhauser, Fasel, von Felten, Frey Claude, Gardiol, Goll, Gonseth, Grendelmeier, Gros Jean-Michel, Gross Andreas, Grossenbacher, Haering Binder, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Herczog, Holenstein, Hubacher, Jeanprêtre, Jöri, Keller Anton, Keller Rudolf, Ledergerber, Leemann, Lepori Bonetti, Leuenberger Ernst, Leuenberger Moritz, Maeder, Maitre, Mamie, Marti Werner, Maspoli, Matthey, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer

Theo, Misteli, Nabholz, Narbel, Perey, Philipona, Poncet, Rebeaud, Rechsteiner, Robert, Ruf, Savary, Scherrer Werner, Schmid Peter, Schnider, Schweingruber, Segmüller, Seiler Rolf, Sieber, Spielmann, Stalder, Stamm Judith, Steffen, Steiger Hans, Strahm Rudolf, Thür, Tschäppät Alexander, Tschopp, Vollmer, Wanner, Weder Hansjürg, Zbinden, Züger (93)

##### Für den Antrag der Minderheit II stimmen:

###### Votent pour la proposition de la minorité II:

Allenspach, Aregger, Baumberger, Berger, Bezzola, Binder, Bircher Peter, Blatter, Blocher, Borer Roland, Bortoluzzi, Bühler Simeon, Bühler Gerold, Bürgi, Caccia, Camponovo, Cincera, Couchepin, Daepf, Darbellay, David, Deiss, Dettling, Dreher, Engler, Epiney, Eymann Christoph, Fehr, Fischer-Hägglín, Fischer-Seengen, Fischer-Sursee, Frey Walter, Friderici Charles, Fritschi Oscar, Früh, Giezendanner, Giger, Gobet, Graber, Hari, Heberlein, Hegetschweiler, Hess Otto, Hildbrand, Iten Joseph, Jäggi Paul, Jenni Peter, Kern, Kühne, Leu Josef, Leuba, Loeb François, Maurer, Miesch, Moser, Mühlemann, Müller, Nebiker, Neuschwander, Oehler, Raggenbass, Reimann Maximilian, Rohrbasser, Ruckstuhl, Rutishauser, Rychen, Sandoz, Scheurer Rémy, Schmidhalter, Schmied Walter, Seiler Hanspeter, Spoerry, Stamm Luzi, Steinegger, Steinemann, Steiner Rudolf, Theubet, Tschuppert Karl, Vetterli, Wittenwiler, Wyss William, Zölch, Zwahlen (83)

##### Abwesend sind – Sont absents:

Bonny, Bundi, Columberg, de Dardel, Gysin, Hämmerle, Hess Peter, Jaeger, Mauch Rolf, Meier Samuel, Pidoux, Pini, Ruffy, Scherrer Jürg, Schwab, Stucky, Suter, Wick, Wiederkehr, Wyss Paul, Ziegler Jean, Zisyadis, Zwygart (23)

##### Präsidentin, stimmt nicht – Présidente, ne vote pas:

Haller (1)

##### Art. 64 Abs. 1, 5

###### Antrag der Kommission

Abs. 1

Festhalten

Abs. 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Art. 64 al. 1, 5

###### Proposition de la commission

Al. 1

Maintenir

Al. 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Angenommen – Adopté

##### Art. 73

###### Antrag der Kommission

.... sowie überwiegende öffentliche Interessen ....

###### Proposition de la commission

.... les intérêts publics prépondérants, doivent être ....

##### Angenommen – Adopté

##### Art. 74 Abs. 3; 87

###### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### Art. 74 al. 3; 87

###### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### Angenommen – Adopté

##### Art. 88 Abs. 3

###### Antrag der Kommission

Art. 101 Abs. 1 Ziff. 2

.... vereinfachten Aufsicht (Art. 53 Abs. 3 VAG) ....



**Art. 88 al. 3***Proposition de la commission**Art. 101 al. 1 ch. 2*

.... la surveillance simplifiée (art. 53 al. 3 LSA) et ....

*Angenommen – Adopté***Art. 93 Abs. 2***Antrag der Kommission*

Festhalten

**Art. 93 al. 2***Proposition de la commission*

Maintenir

*Angenommen – Adopté***Art. 97 Abs. 4***Antrag der Kommission**Mehrheit*

Gemäss Beschluss des Ständerates, aber:

.... zur Kosteneinsparung durch die Versicherer. Er kann die vorgesehene Frist:

a. verlängern, wenn nach ihrem Ablauf trotz der Freizügigkeit noch keine ausgeglichene Risikostruktur zwischen den Versicherern hergestellt ist;

b. verkürzen, wenn dank der Freizügigkeit eine solche Struktur bereits früher erreicht ist.

*Minderheit*

(Bortoluzzi, Allenspach, Daepf, Deiss, Eymann Christoph, Philipona, Pidoux, Spoerry)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag Hafner Ursula*

Gemäss Beschluss des Ständerates, aber den ersten Satz streichen.

**Art. 97 al. 4***Proposition de la commission**Majorité*

Selon la décision du Conseil des Etats, mais:

.... les principes d'économie des coûts. Le Conseil fédéral peut:

a. prolonger le délai prévu, si avant son échéance la structure des risques entre les assureurs n'est pas encore égalisée, en dépit du libre passage;

b. raccourcir le délai prévu, si avant son échéance l'égalisation est atteinte grâce au libre passage.

*Minorité*

(Bortoluzzi, Allenspach, Daepf, Deiss, Eymann Christoph, Philipona, Pidoux, Spoerry)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Hafner Ursula*

Selon la décision du Conseil des Etats, mais biffer la première phrase.

**Bortoluzzi Toni (V, ZH)**, Sprecher der Minderheit: Der Risikoausgleich war bereits in der ersten Lesung hier im Plenum eine umstrittene Sache. Ich möchte Sie daran erinnern, dass damals noch ein Antrag auf Streichung des Risikoausgleichs zur Diskussion stand. Der Nationalrat hat sich dann für einen unbefristeten Ausgleich ausgesprochen.

Der Antrag der Minderheit, nun der ständerätlichen Fassung den Vorzug zu geben, begründet sich damit, dass die Freizügigkeit, verbunden mit dem Obligatorium, automatisch einen Ausgleich zur Folge haben sollte. Sonst müssen wir uns eingestehen, dass das Gesetz in diesem Bereich mangelhaft ist. Dass nun trotz möglichem Markt im Bereich der Anbieter dieser Ausgleich nicht von heute auf morgen stattfinden kann, dürfte klar sein. Es braucht eine Übergangsfrist. Ob die zehn Jahre, die der Bundesrat vorschlägt, richtig sind, weiss niemand so genau.

Dass aber eine Tür für eine Verlängerung offengelassen werden soll, wie das die Kommissionsmehrheit wünscht, ist sicher

falsch. Es kommt der Aufforderung an Versicherte und Krankenkassen gleich, sich nicht allzu viele Gedanken über Angebote oder mögliche Alternativen zu machen, weil die Bemühungen dann so oder so mit dem Risikoausgleich zunichte gemacht werden.

Wenn wir ernsthaft eine Änderung herbeiführen wollen, dann muss dieser Risikoausgleich weg, wenn auch nicht sofort, so doch in absehbarer Zeit.

Ich bitte Sie, der Minderheit zuzustimmen. Sie entspricht der Fassung des Ständerates und auch des Bundesrates.

**Hafner Ursula (S, SH)**: Ich beantrage Ihnen, gemäss unserem Beschluss in der Herbstsession 1993 die Befristung des Risikoausgleichs zu streichen. Die Befristung auf zehn Jahre, welche der Ständerat und die Kommissionsminderheit wollen, würde dazu führen, dass sich die Kassen schon bald wieder darauf konzentrierten, eine möglichst günstige Risikostruktur zu haben. Sie würden wieder Jagd auf günstige Risiken machen, statt den Wettbewerb dort zu führen, wo er effektiv Kosteneinsparungen bringt.

Auch der Kompromiss, den die Kommissionsmehrheit vorschlägt, wird nicht verhindern, dass der Wettbewerb nach Ablauf der Frist wieder am falschen Ort einsetzt. Ich möchte dies anhand einiger Zahlen erläutern:

Im Jahre 1992 verursachten junge Männer unter 20 Jahren den Krankenkassen im schweizerischen Durchschnitt Kosten von 516 Franken; Männer zwischen 21 und 25 Jahren solche von 567 Franken; Leute über 70 Jahre kosteten demgegenüber durchschnittlich 3934 Franken. Die Durchschnittskosten für alle Männer und Frauen betragen 1403 Franken. Bis zu diesem Betrag gleicht der Risikoausgleich die Kostenunterschiede aus.

Die Durchführung des Risikoausgleichs ist einfach und administrativ nicht aufwendig. Die Zahlen müssen von den Kassen ohnehin erhoben werden. Das Konkordat beschäftigt eine einzige Person, die den Risikoausgleich für die ganze Schweiz durchführt. Dank diesem Ausgleich ist es für die Kasse unerheblich, welcher Risikogruppe eine versicherte Person angehört. Der Wettbewerb wird deshalb am richtigen Ort stattfinden, nämlich bei Kostenkontrolle, Verwaltungskosten, Kundenservice und Vertragspolitik. Wettbewerbsvorteile kann sich eine Kasse verschaffen, indem sie zum Beispiel die Leistungen günstiger einkauft als die Konkurrenz. Bei einem um 10 Prozent günstigeren Einkauf kann sie bei einem 70jährigen 390 Franken sparen, bei einem 22jährigen 56 Franken. Die geringeren Sparmöglichkeiten bei den sogenannten guten Risiken werden durch geringeren Verwaltungsaufwand und gute Verdienstmöglichkeiten bei den Zusatzversicherungen kompensiert.

Nach Aufhebung des Risikoausgleichs würden solche Einsparungen jedoch sofort wieder unerheblich, im Vergleich zu den Sparmöglichkeiten durch die Abwerbung junger Mitglieder. Mit der Abwerbung eines 21-, 22-, 23-, 24- oder 25jährigen Mannes, der durchschnittlich 567 Franken an Leistungen bezieht, kann eine Kasse 836 Franken einsparen, oder sie kann den Betrag für Werbung ausgeben, ohne die Durchschnittskosten von 1403 Franken zu überschreiten. Das lohnt sich viel mehr, als sich bei Kostenkontrolle, Verwaltung und Tarifverträgen anzustrengen, also Einsparungen zu erzielen, durch welche die Kostenexplosion im Gesundheitswesen wirklich gedämpft werden könnte.

Natürlich haben mit der Freizügigkeit, die dieses Gesetz bringt, theoretisch alle Versicherten die Möglichkeit, die Kasse zu wechseln. Die alten Leute könnten den jungen «hinterherlaufen», wenn diese sich einer Kasse mit günstigeren Prämien zuwenden. Doch abgesehen davon, dass junge Leute leichter wandern als alte, werden die Kassen Strategien entwickeln, um gute Risiken anzuziehen und schlechte, sprich Frauen und ältere Männer, abzuschrecken. Das kann von Provisionen bei der Kundenwerbung über spezifische Pakete mit Zusatzversicherungen bis zu Abschreckungssystemen oder eigentlichen Schikanen gegenüber alten Leuten gehen.

Es wurde gesagt, der Risikoausgleich trage nicht zu einer stärkeren Durchmischung der Risiken bei, sondern bewirke, dass

Kassen mit vielen hohen Risiken am Leben erhalten würden. Warum sollen solche Kassen denn nicht am Leben bleiben? Kassen, die viele Frauen oder viele alte Leute betreuen, sind doch nicht einfach schlecht. Warum wollen Sie solchen Kassen eine andere Struktur aufzwingen?

Sagen Sie einmal den Seniorenverbänden: Kassen, welche sich besonders um alte Leute bemühen, mit ihnen zuvorkommend umgehen und sie gerecht behandeln, dürfen keine Zukunft haben! Warum sollen sich Kassen nicht spezialisieren können, z. B. auf die Betreuung von älteren Leuten oder von Frauen? Durch eine solche Spezialisierung könnten sie unter Umständen sogar besonders günstige Tarife aushandeln und besonders kompetente und effiziente Kostenkontrollen durchführen. Kassen mit sehr vielen Frauen hätten z. B. den «teuren» Gynäkologen gegenüber eine stärkere Stellung. Hier sehe ich Sparmöglichkeiten, die Sie mit der Befristung des Risikoausgleiches ausschalten, weil sie eine solche Spezialisierung der Krankenkassen verhindert.

Halten Sie deshalb am unbefristeten Risikoausgleich fest, und stimmen Sie meinem Antrag zu.

**Heberlein Trix (R, ZH):** Ich frage mich, ob der von der Mehrheit der Kommission angeblich gefundene «Kompromiss» wirklich als solcher bezeichnet werden kann. Der FDP-Fraktion war die Begrenzung des Risikoausgleichs bereits in der ersten Lesung ein wichtiges Anliegen. Bereits die Befristung auf zehn Jahre war für uns zu lang. Ob und wie der Bundesrat die ihm jetzt erteilte Kompetenz ausnutzen wird, ist völlig offen. Wir befürchten, dass die Gefahr der Verlängerung besteht, dies auf Begehren derjenigen Kassen, die im Risikoausgleich eine Strukturhaltung sehen und sich nicht dem neuen Wettbewerb stellen wollen. Gegen diesen Risikoausgleich läuft ja bereits die Artisana Sturm; sie droht mit dem Referendum, weil sie ihn nicht bezahlen will.

Die FDP-Fraktion unterstützt klar den Minderheitsantrag, der eine Begrenzung der Frist für den Risikoausgleich vorsieht; als Übergangsinstrument ist der Risikoausgleich durchaus notwendig, aber er muss innert einer bestimmten Frist wieder aufgehoben werden. Anreize zu Kostenkontrollen und Kostenreduktionen sind nämlich auch für die Kassen unerlässlich, nicht nur für sämtliche Leistungserbringer und für die Patienten.

Abzulehnen ist der Antrag Hafner Ursula, der die Begrenzung ganz weglassen will. Wir haben uns ja bereits anlässlich der Herbstsession 1993 in Genf mit 100 zu 60 Stimmen für eine Begrenzung der Dauer des Risikoausgleichs ausgesprochen.

**Gonseth Ruth (G, BL):** Der Risikoausgleich dient der Solidarität zwischen den Generationen und zwischen Frauen und Männern; er muss genügend lange dauern, ansonsten stehen beim Wettbewerb unter den Kassen bald wieder die An- und Abwerbung von guten Risiken im Vordergrund – und nicht die Kostenkontrolle, der Kundenservice und die Vertragspolitik.

Es ist heute schwierig abzuschätzen, ob nach zehn Jahren dieser Risikoausgleich zu einer genügenden Durchmischung der Risiken in den einzelnen Kassen geführt haben wird. Deshalb unterstützt die grüne Fraktion die Mehrheit, welche dem Bundesrat die Kompetenz einräumt, die Dauer des Risikoausgleichs je nach Notwendigkeit nach oben oder nach unten zu korrigieren.

Dass dieser Risikoausgleich nicht allen Kassen passt, hat dieser Tage die Artisana mit der Ankündigung ihres Referendums gegen diese Revision deutlich gemacht. Die Artisana rühmt sich heute ihrer tiefen Prämien, aber wir müssen wissen, dass gerade die Artisana diese tiefen Prämien in den letzten Jahren durch eine aggressive Jagd auf gute Risiken erzielt hat. Für mich ist klar, dass die Artisana keine soziale und solidarische Krankenkasse sein und auch keinen Risikoausgleich bezahlen will. Sie hat deshalb das Säbelrasseln gegen diese Revision mit der Ankündigung des Referendums eröffnet.

Lassen Sie solchen unsolidarischen Tendenzen keine Chancen, und stimmen Sie der Fassung der Kommissionsmehrheit zu.

**Deiss Joseph (C, FR):** Le but de cette révision est aussi d'inciter aux économies à travers davantage de concurrence dans tous les domaines de la santé publique, y compris celui des assurances-maladie.

A ce titre, le libre passage devrait assurer une meilleure redistribution des risques entre les assurances. Dans cet ordre d'idées, la compensation des risques que nous connaissons actuellement, au nom d'un arrêté urgent, n'est qu'un cautère sur une jambe de bois. Bien sûr, pour l'abandonner, il est nécessaire de prévoir une période transitoire, mais 10 ans semblent amplement suffisants, car si au bout de 10 ans cet objectif n'a pas pu être atteint, il faudra de toute façon se reposer la question quant à l'efficacité des mesures que nous avons maintenant décidées.

Ceux qui me connaissent savent que j'ai confiance dans les mécanismes du marché, en tout cas plus qu'envers le Conseil fédéral, auquel de nouvelles compétences seraient accordées et qui pourrait prolonger ces mesures au-delà de cette période de 10 ans.

C'est pourquoi, au nom du groupe démocrate-chrétien, je vous demande de soutenir la minorité.

**Eymann Christoph (L, BS):** Der Risikoausgleich ist im Zusammenhang mit der Freizügigkeit beim Kassenwechsel zu betrachten. Der Risikoausgleich stellt aber einen staatlichen Eingriff in die Autonomie der Versicherungseinrichtungen dar. Er ist beschlossen, und es geht um die Ausgestaltung.

Ein Teil der beabsichtigten Wirkung dürfte mit den Fusionen von Kassen bereits erzielt worden sein. Eine Befristung ist sicher richtig. Die Wirkung des Risikoausgleichs muss ja irgendwann einmal überprüft werden können. Der Anreiz, wirtschaftlich gut zu arbeiten, muss dabei aber bestehenbleiben. Wir müssen klare Voraussetzungen schaffen.

Die Mehrheit beantragt ein Vorgehen, das sehr kompliziert ist und sicher viel Aufwand verursacht. Eine Verlängerung darf jetzt nicht ins Auge gefasst werden, eine Streichung der Befristung erst recht nicht. Die Fassung, der der Ständerat zugestimmt hat, ist klarer und einfacher in der Durchführung.

Ich bitte Sie im Namen der liberalen Fraktion um Zustimmung zum Antrag der Minderheit und um Ablehnung des Antrags Hafner Ursula.

**Rychen Albrecht (V, BE):** An sich ist die Feststellung richtig, dass das Alter eines Menschen kein Wettbewerbsfaktor sein kann. Auf der anderen Seite haben wir – das möchte ich Frau Hafner doch sagen – in diesem Gesetz einen Mechanismus, der gegenüber dem heutigen Zustand völlig neu ist und eine grosse Wirkung haben wird. Den müssen wir in diesem Zusammenhang erwähnen: die volle Freizügigkeit für alle Versicherten, ohne jegliche Einschränkung. Das heisst: Auch alte Leute, sogar in hohem Alter, werden aufgrund dieses Gesetzes die Kasse wechseln können, ohne dass die Kasse einen Ablehnungsgrund geltend machen kann. Das ist etwas, das in diesem neuen Wettbewerbsmodell eine grosse Rolle spielen soll und heute nach geltendem Recht nicht möglich ist. Deshalb, glaube ich, ist der eigentliche Kompromissvorschlag der Antrag der Minderheit Bortoluzzi – es ist die Formulierung, die der Ständerat beschlossen hat.

Zur Ausgangslage: Die einen wollen überhaupt keinen Risikoausgleich, die anderen wollen einen völlig unbefristeten Risikoausgleich. Der Kompromiss zwischen diesen beiden Extremen ist eine zehnjährige Frist. Nach zehn Jahren sollte sich eigentlich die ganze Sache mit diesem Wettbewerbselement der vollen Freizügigkeit eingeepegelt haben.

Auch wenn ich jeweils für die unbefristete Variante eingetreten bin, muss ich sagen, dass ich aufgrund der heutigen Diskussion der Meinung bin, wir sollten dem Kompromiss, dem Antrag der Minderheit, zustimmen.

Warum ist die Variante gemäss Antrag der Mehrheit wesentlich schlechter? Dort steht nämlich – das ist nicht gegen Bundesrätin Ruth Dreifuss gerichtet –, dass der Bundesrat Kompetenzen bekomme, dass er die Lage beurteilen und sagen könne, nach sieben Jahren hören wir schon auf. Frau Bundesrätin Dreifuss würde wahrscheinlich eher darauf tendieren, erst nach 13 Jahren aufzuhören. Das, glaube ich, wäre die ehr-

liche Aussage. Frau Dreifuss ist so ehrlich und würde das wahrscheinlich auch so sagen.

Aber das ist nicht der einzige Haken. Da ist noch die Tatsache, dass der Bundesrat so «abschätzen» kann. Das bedeutet für den Wettbewerb, dass völlige Unsicherheit herrschen wird! Der Bundesrat kann entscheiden, wann und wie er will, er erwischt immer den falschen Moment, einmal für jene Kasse, einmal für diese oder für jene Gruppen – er erwischt sie politisch immer im falschen Moment.

Sie können sich, Frau Bundesrätin, mit dem Antrag der Mehrheit nur in die Nesseln setzen, sonst taugt er zu gar nichts. In diesem Falle haben also der Antrag der Minderheit Bortoluzzi und der Ständerat eindeutig recht.

**Hafner Ursula (S, SH):** Frau Heberlein hat gesagt, wir hätten in der Herbstsession 1993 für die Befristung gestimmt. Das stimmt nicht, wir haben in der Herbstsession 1993 mit 100 zu 60 Stimmen gegen eine Befristung gestimmt.

Ich möchte an die Adresse von Herrn Rychen sagen: Es stimmt schon, dass die alten Leute jetzt die Kasse wechseln können. Aber warum wollen Sie sie dazu zwingen? Warum wollen Sie eine Wanderung von Kasse zu Kasse wieder fördern? Warum sollen sich Kassen nicht auf die alten Leute spezialisieren? Wie Sie sagen: Die Unsicherheit ist schädlich, und sie ist weg, wenn wir die Befristung des Risikoausgleichs streichen. Dann ist die Sicherheit für die Kassen am grössten.

**Segmüller Eva (C, SG),** Berichterstatterin: Sie erinnern sich: Der Bundesrat hat den Risikoausgleich mit einer Befristung auf 10 Jahre vorgeschlagen, und der Ständerat hat ihn auch so beschlossen. Dann kam das grosse Klagen von seiten der Krankenkassen, 10 Jahre seien zu kurz, man brauche einen unbegrenzten Ausgleich. Herr Rychen hat soeben gesagt, dass auch er dafür eingetreten sei.

Um Härten zu vermeiden und dem Wunsch der Krankenkassen entgegenzukommen, haben wir in der Herbstsession 1993 einen unbegrenzten Risikoausgleich beschlossen. Man könnte sagen: Nach Tische las man es anders. Jetzt hört man nämlich andere Töne. Plötzlich scheint ein unbegrenzter Risikoausgleich nicht mehr so zwingend.

Demzufolge hat dann, nachdem der Ständerat im Dezember an der Begrenzung auf 10 Jahre festgehalten hat, Ihre Kommission einen Vermittlungsvorschlag ausgearbeitet: Man will im Sinne der Flexibilität entgegenkommen, es müssten nicht stur 10 Jahre sein. Mit 12 zu 9 Stimmen haben wir diesem Kompromiss zugestimmt.

Nun aber hörte man Stimmen, das schaffe nur Unsicherheit; daher auch die Anträge, dass wir dem Ständerat folgen sollten. Ich überlasse es Ihrem Urteil, ob wir hier dem Ständerat folgen und damit eine Differenz aus dem Weg schaffen oder ob wir eine neue schaffen. Wie gesagt: Aus edlen Überlegungen, nämlich Entgegenkommen im Sinne der Flexibilität, hat die Mehrheit der Kommission – 12 zu 9 Stimmen – Ihnen vorgeschlagen, der Flexibilisierung der 10 Jahre zuzustimmen, nach dem Grundsatz – ich betone es –, man wolle dem Ständerat entgegenkommen. Die Mehrheit schlägt also vor: weg vom unbegrenzten Risikoausgleich, Begrenzung auf 10 Jahre, aber mit Flexibilität.

**Phillipona Jean-Nicolas (R, FR),** rapporteur: Cet article 97, au chapitre 3 «Dispositions transitoires», est nécessaire pour tenir compte de la situation actuelle entre caisses-maladie.

Si l'un des buts de la loi est d'introduire davantage de concurrence dans ce secteur de la santé, il est nécessaire de tenir compte de la situation actuelle. Il faut donc compenser ces risques. Le Conseil national, en première lecture, a décidé de compenser ces risques sans limites, le Conseil des Etats veut limiter cette compensation à 10 ans. La majorité de la commission vous propose une solution qui est un peu entre deux, puisqu'elle permet au Conseil fédéral de raccourcir ou de prolonger ce délai de 10 ans. Personnellement, je voterai pour la proposition de minorité Bortoluzzi qui permet de limiter à une durée de 10 ans cette compensation des risques.

Je crois qu'il ne faut pas accepter la proposition Hafner Ursula qui, si elle était adoptée, introduirait une disposition qui serait

appelée à durer aussi longtemps que la loi, mais dans le chapitre des dispositions transitoires. C'est une première imprécision, alors que la deuxième se trouve dans la durée illimitée dans le temps de la compensation des risques, ce qui tuerait pratiquement toute concurrence entre les caisses et affaiblirait un des buts de la loi, qui est la maîtrise des coûts.

**Dreifuss Ruth,** conseillère fédérale: La décision du Conseil des Etats et la proposition Bortoluzzi correspondent au projet du Conseil fédéral. Il est clair que le Conseil fédéral a toujours eu l'intention de proposer une formule transitoire pour la compensation des risques, dans l'espoir que ce mécanisme aboutirait dans un laps de temps qui restait à déterminer et que nous avions fixé à dix ans.

Le désavantage de ce système est que des caisses peuvent se préparer à cette échéance, lorsqu'elle est connue avec une telle précision, et se concocter le cocktail de risques idéal qui leur garantira des avantages à long terme. La proposition de votre commission, tout en contenant ce caractère transitoire, donne une certaine marge de manoeuvre qui fait que les caisses ne peuvent pas se dire au départ qu'à la date X elles pourraient avoir avantage à avoir «épuré», si vous me permettez l'expression, le risque de ceux qui coûtent trop cher. Cette incertitude peut être considérée positivement comme un élément qui, encore une fois, ne permettrait pas aux caisses de planifier quelque chose qui serait contraire à l'esprit de cette loi.

C'est dans cet esprit que je me rallierai à la proposition de la majorité de votre commission, en considérant que cela permet de maintenir le caractère transitoire et donne au Conseil fédéral la possibilité de tenir compte de l'objectif fondamental, à savoir la meilleure répartition possible des risques.

Je ne peux pas confirmer maintenant à M. Rychen que cela durera forcément plus de dix ans, mais c'est une possibilité qu'il faut effectivement envisager. Ce qui est important, c'est que l'équilibre des risques s'établisse entre les caisses.

#### Abstimmung – Vote

##### Eventuell – A titre préliminaire

Für den Antrag der Minderheit

96 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit

68 Stimmen

##### Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Minderheit

107 Stimmen

Für den Antrag Hafner Ursula

63 Stimmen

#### Art. 98 Abs. 1, 2 (neu)

##### Antrag der Kommission

###### Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

###### Abs. 2 (neu)

Für die ersten vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, höchstens aber bis zum Jahre 1998, entspricht der Gesamtbeitrag, um den die Kantone den Bundesbeitrag aus eigenen Mitteln mindestens zu erhöhen haben, folgenden Prozentsätzen des Bundesbeitrages:

– für 1995: 35 Prozent

– für 1996: 40 Prozent

– für 1997: 45 Prozent

– für 1998: 50 Prozent

##### Antrag Segmüller

###### Abs. 1

Festhalten

###### Abs. 2 (neu)

.... höchstens aber bis zum Jahre 1999, .... des Bundesbeitrages:

– für 1996: 35 Prozent

– für 1997: 40 Prozent

– für 1998: 45 Prozent

– für 1999: 50 Prozent

**Art. 98 al. 1, 2 (nouveau)***Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2 (nouveau)*

Pour les quatre premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, mais au plus tard jusqu'en 1998, le montant global que les cantons devront ajouter à leur part du subside fédéral représentera:

- pour 1995: 35 pour cent
- pour 1996: 40 pour cent
- pour 1997: 45 pour cent
- pour 1998: 50 pour cent

*Proposition Segmüller**Al. 1*

Maintenir

*Al. 2 (nouveau)*

.... au plus tard jusqu'en 1999, .... représentera:

- pour 1996: 35 pour cent
- pour 1997: 40 pour cent
- pour 1998: 45 pour cent
- pour 1999: 50 pour cent

**Segmüller** Eva (C, SG), Berichterstatterin: Es ist etwas ungewöhnlich, dass ich selber einen Antrag stelle, aber das hat einen bestimmten Grund: Es hat sich ein Problem ergeben, das erst nach Abschluss der Beratungen in der Kommission klar wurde, und um dem abzuweichen, habe ich den Antrag im eigenen Namen gestellt. Ich hoffe, ich kann Sie von der Notwendigkeit überzeugen.

In Artikel 98 wird die Abstufung der Bundessubventionen auf vier Jahre festgelegt, mit Beginn 1995. Man war dabei davon ausgegangen, dass dieses Gesetz effektiv im Jahre 1995 in Kraft gesetzt werden kann. Wir haben aber inzwischen gehört, dass diese Inkraftsetzung erst 1996 stattfinden kann, auf Wunsch der Kantone, auf Wunsch auch der Kassen. Wenn wir nun die Jahrezahlen 1995–1998 im Gesetz lassen, passiert folgendes: Der Beginn der Bundesbeiträge wird mit Inkraftsetzung des Gesetzes sein, also 1996; es wird aber 1998 mit den Bundesbeiträgen Schluss sein, weil im Gesetz «bis zum Jahre 1998» steht. Um sicherzustellen, dass diese Staffelung effektiv vier Jahre lang stattfinden kann, müssen wir sie verschieben, so dass es nicht mehr heisst 1995–1998, sondern eben 1996–1999.

Ich habe mir von der Verwaltung sagen lassen, dass der Bundesrat die Bundessubventionen 1999 nicht entsprechend auszahlen kann, wenn wir dieses Jahr 1999 als viertes Beitragsjahr im Gesetz nicht festnageln. Ich denke, es ist in jedermanns Interesse, dass wir diese Verschiebung, diese Anpassung an das Jahr der Inkraftsetzung, vornehmen.

Ich bitte Sie um Zustimmung zu dieser technischen, aber finanziell wichtigen Änderung.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: J'aimerais soutenir cette proposition à la double demande des cantons et des caisses-maladie. Les caisses-maladie doivent s'adapter au nouveau système, mais les cantons doivent inventer pour la plupart un mécanisme totalement neuf de subventionnement des cotisations. Je vous rappelle qu'en modifiant l'article 57 du projet du Conseil fédéral nous ne donnons plus aucune indication aux cantons, nous ne les aidons pas à mettre en place ce mécanisme. C'est à eux de le déterminer et il leur faut du temps pour le faire. C'est pourquoi nous ne pouvons pas envisager l'entrée en vigueur avant le 1er janvier 1996. Nous avons bien sûr aussi besoin de temps pour l'administration fédérale. Mais s'il n'en allait que de nous, nous pourrions accélérer l'élaboration des ordonnances au maximum et tenir l'engagement d'une entrée en vigueur au 1er janvier 1995. Mais les cantons nous ont priés de leur laisser le temps de mettre les choses en place. Je crois qu'il faut le faire. Grâce à la TVA, nous pouvons le faire.

Pour ceux qui regrettent ce retard et ont l'impression que les assurés devraient encore attendre un soulagement par rapport à une situation insupportable, le 5 pour cent des ressour-

ces de la taxe à la valeur ajoutée consacré au subventionnement des cotisations sera ajouté dès 1995 aux 100 millions de francs actuellement à disposition. La Confédération disposera donc de 600 millions de francs à distribuer aux cantons en fonction de leur demande pour réaliser en 1995 déjà un allègement des cotisations dues par les couches de la population les plus modestes. Ainsi, les assurés éprouveront un premier soulagement et les cantons auront le temps de mettre en place le bon mécanisme de subventionnement.

*Angenommen gemäss Antrag Segmüller**Adopté selon la proposition Segmüller***Art. 99 Abs. 2***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 99 al. 2***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté**An den Ständerat – Au Conseil des Etats*

94.3007

**Postulat SGK-NR (91.071)****Krankenversicherung.****Prämiengleichheit von Frau und Mann in der Zusatzversicherung****Postulat CSSS-CN (91.071)****Assurance-maladie. Egalité des primes entre hommes et femmes dans l'assurance complémentaire***Wortlaut des Postulates vom 3. Februar 1994*

Der Bundesrat wird eingeladen, die Revision der Gesetzgebung über die Privatversicherung zu prüfen, damit die Prämiengleichheit von Frau und Mann im Bereich der Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung verwirklicht werden kann.

*Texte du postulat du 3 février 1994*

Le Conseil fédéral est invité à examiner une révision de la législation sur l'assurance privée qui permettra de réaliser l'égalité des primes entre hommes et femmes dans le domaine de l'assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins.

*Antrag der Kommission**Mehrheit*

Überweisung des Postulates

*Minderheit*

(Eymann Christoph, Allenspach, Bortoluzzi, Daepf, Philippa, Pidoux, Rychen, Spoerry)

Ablehnung des Postulates

*Proposition de la commission**Majorité*

Transmettre le postulat

*Minorité*

(Eymann Christoph, Allenspach, Bortoluzzi, Daepf, Philippa, Pidoux, Rychen, Spoerry)

Rejeter le postulat

**Segmüller Eva (C, SG)**, Berichterstatterin: Sie erinnern sich: In Genf (Herbstsession 1993) haben wir heftige Diskussionen über die Folgen bei den Zusatzversicherungen geführt, weil die Zusatzversicherungen nicht mehr dem Sozialversicherungsrecht unterstehen, sondern dem Versicherungsvertragsrecht. Das bedeutet, dass Frauen risikogerechte Prämien bezahlen müssten, also keine Prämienungleichheit für Mann und Frau. Ein entsprechender Antrag, Prämienungleichheit auch bei den Zusatzversicherungen festzulegen, ist in Genf abgelehnt worden.

Das Postulat der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) will nun den Bundesrat beauftragen, hier doch eine Lösung zu finden.

Ich muss Sie noch auf eine technische Änderung im Text aufmerksam machen. Es sollte dort heissen, dass der Bundesrat eingeladen wird, «zu prüfen». Das ist eine Änderung, die von der Redaktionskommission so gewünscht wird, weil es sich ja um ein Postulat und nicht um eine Motion handelt.

Die Kommission war bei diesem Postulat gespalten. Eine knappe Mehrheit von 10 zu 9 Stimmen hat sich dafür ausgesprochen.

**Philippon Jean-Nicolas (R, FR)**, rapporteur: Le problème de l'égalité des primes entre hommes et femmes dans l'assurance complémentaire avait fait l'objet d'un vote en première lecture. C'était une proposition qui avait été faite par la commission. Le Conseil national avait repoussé cette proposition pour différentes raisons, entre autres pour la raison que c'était surcharger cette loi que d'introduire une telle disposition qui, d'autre part, allait au-delà de la seule application de cette loi. C'est la raison pour laquelle la majorité de la commission vous propose de reprendre cette proposition sous la forme d'un postulat, pour demander au Conseil fédéral de mettre en chantier une révision en la matière.

**Eymann Christoph (L, BS)**, Sprecher der Minderheit: In der Grundversicherung wird die Prämienungleichheit nicht bestritten. Ein wichtiges sozialpolitisches Postulat ist mit der Prämienungleichheit von Frau und Mann in der Grundversicherung erreicht worden.

Ich bitte Sie aber, den Vorstoss der Kommissionmehrheit abzulehnen. Gegenüber dem früheren Vorgehen, mit der Revision der Krankenversicherung auch in den Bereich der Zusatzversicherung eingreifen zu wollen, stellt das jetzige Vorgehen zwar einen Fortschritt dar. Dennoch gibt es mehrere Gründe, dieses Postulat abzulehnen:

Die Privatversicherung ist nicht von sozialversicherungsrechtlichen Elementen bestimmt. Vertragsfreiheit ist gewährleistet und muss gewährleistet bleiben. In diese Vertragsfreiheit würden wir eingreifen, wenn wir das Postulat überweisen würden. Es würde eine Diskrepanz zum Recht der Europäischen Union geschaffen. Dort kennt man solche Regelungen nicht. Der Unterschied zwischen Sozialversicherung und Privatversicherung wird dort sehr streng formuliert.

Die tatsächlichen Risiken müssen auch in Zukunft für die Prämiengestaltung in der Zusatzversicherung bestimmend sein. Dieses Prinzip darf nicht geändert werden.

In Deutschland ist kürzlich intensiv über diesen Themenbereich diskutiert worden. Dabei ist festgestellt worden, dass die geschlechtsspezifischen Prämienkalkulationen in der privaten Krankenversicherung verfassungskonform sind und insbesondere keinen Widerspruch zum Gleichheitsartikel beinhalten. Weil in der Europäischen Union nicht daran gedacht wird, dieses Prinzip umzustossen, wäre eine schweizerische Sonderlösung schädlich, da eine Verlagerung der entsprechenden Versicherungsverhältnisse ins Ausland zu befürchten wäre.

Ich bitte Sie im Namen der Kommissionminderheit und auch der liberalen Fraktion angesichts dieser Gründe, dieses Postulat nicht zu überweisen.

**Gonzeth Ruth (G, BL)**: Die Zusatzversicherungen werden sich in Zukunft massiv, durchschnittlich um etwa 40 Prozent, verteuern. Diese Versicherungen werden neu dem Privatversicherungsrecht unterstellt, welches keine sozialen Rahmenbe-

dingungen kennt und bekanntlich auch gewinnbringend arbeitet. Gegenüber heute werden deshalb vor allem junge Frauen benachteiligt, weil sie das Risiko der Mutterschaft allein tragen müssen, sowie ältere Versicherte, welche naturgemäss ein höheres Krankheitsrisiko haben. Zusatzversicherungen werden sich in Zukunft nur noch junge Männer und Gutbetuchte leisten können.

Es wird immer wieder gesagt, wer Luxus wolle, müsse diesen auch berappen. Das kann ich teilweise unterstützen. Aber Zusatzversicherungen sind eben nicht nur Luxus. So braucht zum Beispiel eine Baselbieterin, die sich in einer Allgemeinabteilung eines Spitals im Kanton Basel-Stadt behandeln lassen will, eine Zusatzversicherung, auch wenn sie in einer Grenzgemeinde wohnt, die an Basel-Stadt angrenzt, und nicht nur sie durch eine Hospitalisation in einem Baselbieter Spital einen viel längeren Weg in Kauf nehmen müsste, sondern vor allem auch ihre Angehörigen.

Mit dem Postulat lassen wir nun prüfen, wie eine massive Schlechterstellung jener etwa 30 Prozent Frauen, welche heute eine Zusatzversicherung haben, verhindert werden kann. Diese Frauen zahlen heute gleich hohe Prämien wie die Männer.

Der frühere Antrag unserer Kommission, der in der Herbstsession 1993 abgelehnt wurde, gründete auf zwei unabhängigen Gutachten, nämlich des Bundesamtes für Justiz und des Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann. Beide Gutachten kommen zum Schluss, dass der Auftrag von Artikel 4 der Bundesverfassung den Gesetzgeber verpflichtet, geschlechtsspezifische Ungleichbehandlungen in allen Rechtsgebieten und Lebensbereichen zu beseitigen, und dieser verfassungsrechtliche Grundsatz sei höher zu werten als das Recht auf Vertragsfreiheit. Höhere Prämien für Frauen bei Zusatzversicherungen für Krankheit und für Taggeld seien mit Artikel 4 der Bundesverfassung nicht vereinbar, und der Eingriff in die Handels- und Gewerbebefreiheit sei verhältnismässig. Einschränkungen der Vertragsfreiheit, Herr Eymann Christoph, sind nichts Neues in unserer Gesetzgebung. Wir haben sie beispielsweise auch im Konsumkreditgesetz zugelassen.

Besonders diskriminierend wäre vor allem die Möglichkeit des Ausschlusses der Mutterschaft von den Leistungen der freiwilligen Taggeldversicherungen. Arbeitgeber könnten bei Kollektivversicherungen Leistungen für die Mutterschaft ausklammern, um Prämien zu sparen. Eine junge Frau, die in einem Betrieb gezwungen würde, einer Kollektivtaggeldversicherung beizutreten, bekäme dann ausgerechnet bei Mutterschaft keine Leistungen.

Im Namen der grünen Fraktion bitte ich Sie, wenigstens dieses Postulat zu überweisen, welches den Bundesrat beauftragt, den verfassungsmässigen Auftrag der Gleichstellung in den Zusatzversicherungen nochmals zu prüfen und eine Gesetzesrevision vorzulegen.

**Baumberger Peter (C, ZH)**: Sie haben es gehört: Es geht um eine Wiederaufnahme dessen, was wir in Genf (Herbstsession 1993) im Rahmen der Revision des KVG mit grosser Mehrheit abgelehnt haben, und zwar in Form eines Postulates. Auch als Postulat ist dieses Anliegen abzulehnen, und zwar zusammengefasst – ich mache es ganz kurz – aus drei Gründen:

1. Das Postulat ist verfassungsrechtlich unzulässig. Die Drittwirkung der Rechte der Bürger gegenüber dem Staat ist nach Doktrin und Praxis nur dort auf Personen des Privatrechts anzuwenden, wo sie in der Verfassung festgehalten wird. Das ist beispielsweise der Fall – wie gesagt wurde – bei Artikel 4 Absatz 2 der Bundesverfassung («gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit»). Dort gilt die Drittwirkung.

2. Das Postulat ist sozialpolitisch unnötig. Kollege Eymann Christoph hat das als Sprecher der Minderheit dargelegt. Die Prämienungleichheit ist in der Grundversicherung gewährleistet. Wir haben das KVG in diesem Sinne revidiert; aber wir können nicht auch noch den Luxusbedarf subventionieren.

3. Das Postulat ist realpolitisch verfehlt. Ich glaube, das sollten auch die Befürworter des Postulates einsehen. Es ist in einem Land, wo 60 Prozent der Bevölkerung weniger als 100 Kilometer von der Grenze entfernt wohnen, realpolitisch verfehlt. Das Postulat führt nicht zum Ziel. Wenn wir die Vorschriften des Pri-

vatrechts im Sinne des Postulates ändern, werden die Verträge im Ausland abgeschlossen. Mit anderen Worten: Das Postulat ist nicht geeignet, das angestrebte Ziel zu erreichen. Zusammenfassend: Ich habe zwar alles Verständnis für die Gleichstellungsanliegen, wie sie vor allem auch von Frauen und von einer Minderheit der CVP vertreten werden. Hier geht es aber, wie dargelegt, nur vordergründig um ein Mann-Frau-Problem, es geht tatsächlich um eine Drittwirkungs-Doktrin, welche im Ergebnis auf eine Sozialisierung unserer Wirtschaft hinausläuft. Und das wollen wir nicht. Das Postulat ist daher ebenso abzulehnen wie seinerzeit der Antrag auf direkte Änderung des KVG.

**Dormann Rosmarie (C, LU):** Eine Minderheit unserer Fraktion hat sich gefragt, was im Zeitalter der Gleichstellung dagegen spricht, die Gleichstellung auch hier im überobligatorischen Bereich ernst zu nehmen und zu prüfen.

Wir haben in der Schweiz eine grossmehrheitliche «Minderheit» – das sind die Frauen! Mir ist es ein Anliegen, dass sich auch die Frauen hinter diese Vorlage des Krankenversicherungsgesetzes stellen können. Im Zeitalter der Gleichstellung – wir machen nächste Woche Ernst mit dem Gleichstellungsgesetz – sollten wir wirklich die Möglichkeit wahrnehmen, diese Frage auch im Krankenversicherungsbereich zu prüfen. Es geht nur um die Prüfung.

Ich bitte Sie, dieser Prüfung zuzustimmen.

**Keller Rudolf (D, BS):** Ich nehme namens der SD/Lega-Fraktion nochmals kurz zur Frage der gleichen Prämien für Frau und Mann in der Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung Stellung.

Wir haben in der ersten Gesetzesberatungsrunde nach einer langen und intensiven Diskussion klar Stellung bezogen und entschieden. Aber wir scheinen es hier mit schlechten Verliererinnen und Verlierern zu tun zu haben.

Es sei nochmals daran erinnert, dass ein solcher Entscheid einen Präjudizcharakter für andere Versicherungssparten haben dürfte. Bei vielen anderen Versicherungen haben die Frauen bisher von den günstigeren Prämien, die sie haben, profitiert. Das könnte mit der Überweisung des Postulates ändern.

Ich betone nochmals: Prämien sind nicht einfach Phantasieprodukte, sondern basieren auf seriösen mathematischen, versicherungstechnischen Grundlagen. Das hätte mit der Überweisung dieses Postulates mit Sicherheit ein Ende. Neue Prämien Grundlagen müssten geschaffen werden. Wir würden die Weichen in eine völlig neue Richtung stellen.

Ein absolutes Novum wäre auch der Eingriff ins Privatversicherungsrecht. Ein schwerwiegender Eingriff, wie es ihn in Europa nirgends gibt; das wurde bereits verschiedentlich betont. Ich habe bisher gemeint, gerade diejenigen, welche hinter diesem Postulat stehen, wollten sich der EU anpassen und nicht Sonderzüge fahren. Und hier, ausgerechnet hier, will man nun ein Sonderzügelein mit Sonderrecht fahren. Wir als Schweiz schaffen uns damit nur Probleme.

Ich will nochmals festhalten, dass die Beschreitung des Weges der gleichen Prämien der Zusatzversicherung sicher die Konsequenz hätte, dass sich viele Leute künftig im nahen Ausland günstiger versichern würden. Die Leute würden den neuen und erhöhten Prämien ganz einfach ausweichen. Das hiesse Geschäftseinbussen, und weitere Arbeitsplätze würden dadurch gefährdet.

Ich appelliere an Sie, dies nicht zu tun. Das Postulat zeitigte also auch völlig unerwünschte arbeitsmarktliche Auswirkungen, wenn es dereinst einmal verwirklicht werden sollte.

Wenn wir dieses Postulat heute überweisen, zweifle ich nicht daran, dass das praktisch der Überweisung einer Motion gleichkommt und dass der Inhalt des Vorstosses schliesslich verwirklicht wird. Ich bitte Sie also, hier einen Riegel vorzuschieben und nicht das Gesetz indirekt mit diesem Postulat weiter zu belasten. Dieses Gesetz ist ohnehin schon überlastet.

Die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi bittet Sie deshalb sehr inständig, das Postulat nicht zu überweisen.

**Rychen Albrecht (V, BE):** Es wurde schon darauf hingewiesen, dass die Schweiz in Europa mit diesem neuen Privatversicherungsrecht völlig alleine dastehen würde, wenn dieses Postulat später einmal verwirklicht würde. Was das für Konsequenzen hätte, wurde hier schon aufgezeigt; ich muss nicht noch einmal darauf eintreten.

Ich möchte aber auf folgendes hinweisen: Wir haben bei diesem Gesetz einen Grundsatzentscheid getroffen, der lautet: obligatorische Grundversicherung mit einer sehr starken Solidarität zwischen Jung und Alt, Mann und Frau. Dies bedeutet gleiche Prämien für Mann und Frau, bei einer ausgebauten, sehr stark auf Solidarität beruhenden Grundversicherung: Für die Frauen ist dies zu Recht ein Fortschritt; der grosse Teil aller Versicherungsprobleme liegt in der Grundversicherung.

Der zweite Grundgedanke: Alles, was darüber hinausgeht, ist in der Zusatzversicherung zu regeln. Die Zusatzversicherung bezeichne ich, nehmen Sie mir das nicht übel, als Luxusversicherung. Wer also besser liegen will, wer den besseren Arzt will, wer noch diese Zusatzleistung will, wer noch jenes will, der soll es haben, aber er muss sich hier nach dem freien Markt orientieren und auch gewärtigen, dass weder der Staat noch der Prämienzahler der Grundversicherung Solidarität üben muss. Der Staat soll in diesen ausdrücklich freien Markt nicht eingreifen.

Ich habe ein gewisses Verständnis dafür, dass die Frauen sagen: Wir sind gegenüber den Männern benachteiligt. Aber das ist nur die eine Hälfte der Wahrheit. Die andere Hälfte ist genauso wichtig oder noch wichtiger. Sie nehmen nämlich in der Zusatzversicherung ein Problem heraus, indem Sie nur von Männern und Frauen reden, Sie reden aber in diesem Postulat nicht von Jung und Alt.

Darf ich Ihnen das mit zwei Zahlen belegen? Wenn Sie in der Zusatzversicherung den freien Markt spielen lassen, dann ist das Verhältnis der Kosten in der Zusatzversicherung zwischen Mann und Frau in etwa 1 zu 1,3 oder 1 zu 1,4. Aber zwischen einem 20jährigen und einem 65jährigen ist es etwa 1 zu 8. Wenn Sie jetzt einen Entsolidarisierungseffekt herausnehmen, dann können Sie ganz zu Recht auch eine andere Forderung aufstellen: Man solle diese Solidarität in der Zusatzversicherung auch zwischen Jung und Alt herstellen. Davon steht im Postulat allerdings nichts. Mit diesem Postulat durchbrechen Sie den Grundsatzentscheid, den wir mit diesem Gesetz getroffen haben; es hat gar nichts damit zu tun, ob man für oder gegen die Frauenförderung ist.

Frau Gonseth, der Markt wird für Sie noch einiges an Überraschungen bereithalten. Ich weiss, dass es Krankenkassen geben wird, die im verschärften Wettbewerb plötzlich daherkommen und in der Zusatzversicherung vielleicht für gewisse Altersgruppen gleiche Prämien für Mann und Frau anbieten werden. Es ist nämlich nicht verboten, das zu tun.

Ihr Vorschlag geht aber in die Richtung, dass man die Versicherungen zwingen will. Damit erreichen Sie eine Entsolidarisierung, indem viele Leute, gerade Männer, sich im europäischen Ausland in der Zusatzversicherung versichern lassen werden. Sagen Sie dann nicht, das sei wiederum falsch gelaufen. Es ist so, dass der Markt stärker sein wird. Sie müssten, wenn Sie schon konsequent sein wollen, die gesamte Zusatzversicherung solidarisieren und nicht nur einen Teil herausnehmen, sonst funktioniert das System nicht mehr.

Ich bitte Sie, dieses Postulat nicht zu überweisen. Es setzt falsche Akzente. Die SVP-Fraktion kann hier auf keinen Fall zustimmen.

**Hafner Ursula (S, SH):** Wir haben mit dem dringlichen Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung die Prämienungleichheit für Mann und Frau eingeführt, und zwar auch bei den Zusatzversicherungen, welche die Krankenkassen anbieten. Das war richtig so. Dazu haben wir einen Verfassungsauftrag, Herr Rychen. Leider haben wir ihn nicht für die Gleichstellung von alten und jungen Menschen.

Mit dem revidierten Bundesgesetz über die Krankenversicherung werden die Zusatzversicherungen klar von der Grundversicherung getrennt. Andererseits wird nicht mehr zwischen Privatversicherungen und Krankenkassen unterschieden:



Beide können die staatlich subventionierte Grundversicherung anbieten. Dabei werden sich auch die Privatversicherungen im Bereich der Grundversicherung an das Prinzip der Prämienungleichheit für Frau und Mann halten müssen. Es wäre wirklich nicht zuviel verlangt, wenn sie dies auch bei den Zusatzversicherungen tun müssten.

Der Bundesverfassungsartikel über die Gleichstellung von Mann und Frau verpflichtet uns dazu, in allen Bereichen geschlechtsspezifische Ungerechtigkeiten zu beseitigen. Es kommt eben immer darauf an, Herr Keller Rudolf, wovon man bei mathematischen Berechnungen ausgeht. Die höheren Kosten, welche den Frauen in der Krankenversicherung angelastet werden, beruhen zu einem grossen Teil auf Kosten der Mutterschaft. Dafür ist immer auch ein Mann verantwortlich. Ein weiterer Grund für die höheren Krankenversicherungskosten liegt in unserem schweizerischen Sozialversicherungssystem, das auf die männliche Biographie ausgerichtet ist. Die Unfallkosten der Männer werden in der Regel von der Unfallversicherung übernommen. Bei den Frauen bleiben sie oft an der Krankenversicherung hängen. Ein anderer Teil der Unfall- und Gesundheitskosten der Männer geht auf das Konto der Militärversicherung.

Auch die beiden Gutachten, die Frau Gonseth erwähnt hat, haben eindeutig festgestellt, dass gleiche Krankenkassenprämien zur Erfüllung des Gleichstellungsartikels der Bundesverfassung gehören.

Nachdem Sie es abgelehnt haben, ungleiche Prämien bei den Zusatzversicherungen schon im Zusammenhang mit der Revision des KVG zu verhindern, sollten Sie mindestens mit diesem Postulat dem Bundesrat den Auftrag geben, dies am geeigneten Ort zu tun, nämlich in der Gesetzgebung über die Privatversicherung. Wir belasten damit dieses Gesetz überhaupt nicht, wie Herr Keller Rudolf behauptet.

Die Frauen, welche heute aufgrund des dringlichen Bundesbeschlusses die Prämienungleichheit bei der Zusatzversicherung kennen, müssen mit massiven Aufschlägen rechnen, wenn wir nichts dagegen unternehmen. Sie werden sich bei den nächsten Wahlen daran erinnern, wer die Vertragsfreiheit höher wertet als den Verfassungsauftrag für die Gleichstellung von Frau und Mann, für wen die Gleichstellung immer nur theoretisch etwas ist, wofür man Verständnis haben kann – wie Herr Baumberger es wieder signalisiert hat –, wem sie hingegen echt am Herzen liegt!

Der sozialdemokratischen Fraktion ist die Gleichstellung von Frau und Mann ein echtes Anliegen. Sie wird deshalb dem Postulat der Kommissionsmehrheit zustimmen.

*Abstimmung – Vote*

Für Überweisung des Postulates  
Dagegen

58 Stimmen  
89 Stimmen

In zwei Fällen will Ihre Kommission festhalten: Der erste Fall betrifft Artikel 31 Absatz 3, die Selbstdispensation. Der Ständerat hat dem Satz «Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten zu einer Apotheke» zugestimmt, aber er hat einstimmig an der Kompetenz der Kantone festgehalten. Ihre Kommission empfiehlt mit 10 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen Festhalten an der Bundeskompetenz.

Der zweite Fall betrifft Artikel 58 Absatz 6: Hier geht es um die Kompetenz des Bundesrates, die von den Kantonen nicht beanspruchten Bundessubventionen zur Prämienverbilligung an diejenigen Kantone umzuverteilen, die sie zusätzlich zur Prämienverbilligung noch benötigen. Der Ständerat beantragt einstimmig Streichung. Ihre Kommission will mit 12 zu 9 Stimmen festhalten.

Ich empfehle Ihnen namens der Kommission, in diesem Sinne vorzugehen.

**Philippona Jean-Nicolas (R, FR)**, rapporteur: Lors du dernier examen de cette loi devant notre Conseil, nous avons maintenu 17 divergences. Le Conseil des Etats a fait un pas important dans notre direction puisqu'il n'en a maintenu que quatre. Aux articles 40 et 42, on aboutit à un abandon de la commission de spécialistes de la tarification, au profit du Conseil fédéral et des gouvernements cantonaux. La commission vous propose de vous rallier à la décision du Conseil des Etats.

A l'article 44, il s'agit d'abandonner l'obligation d'utiliser des préparations non originales plus connues sous le nom de «génériques». La commission vous propose aussi de vous rallier à la décision du Conseil des Etats.

A l'article 98, il s'agit d'une modification plutôt d'ordre rédactionnel puisque, en lieu et place de préciser les années de 1996 à 1999, on ne parle plus que de première, deuxième, troisième ou quatrième année après l'entrée en vigueur de la loi.

Par contre, à l'article 31, la commission vous propose de maintenir la divergence. Il s'agit là de la pratique, suisse alémanique surtout, de dispensation des médicaments par les médecins. Notre Conseil a voulu confier au Conseil fédéral le soin de réglementer les conditions y relatives. Le Conseil des Etats veut confier cette tâche aux cantons. Les deux Conseils sont cependant d'accord qu'il faudra tenir compte des possibilités d'accès des patients à une pharmacie. Il s'agit donc en fait de faire confiance dans cette tâche soit au Conseil fédéral, soit aux gouvernements cantonaux. Par 10 voix contre 7 et avec 2 abstentions, la commission vous propose de maintenir cette divergence.

A l'article 58, il s'agit de la réduction des primes par les cantons. Les deux Conseils sont maintenant d'accord que le montant que l'ensemble des cantons doit mettre à disposition pour cette tâche doit être le 50 pour cent du montant de l'apport de la Confédération. Mais les cantons, sous condition que la réduction des primes des assurés de condition financière modeste soit garantie, pourront diminuer leur contribution de 50 pour cent au maximum. A l'alinéa 6, notre Conseil a donné au Conseil fédéral la possibilité de prévoir que les montants ainsi libérés puissent être versés aux cantons qui accordent des subsides plus élevés. C'est par 12 voix contre 9 que la commission vous propose de maintenir la divergence.

#### **Art. 31 Abs. 3**

*Antrag der Kommission*

Festhalten

*Antrag Heberlein*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### **Art. 31 al. 3**

*Proposition de la commission*

Maintenir

*Proposition Heberlein*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Heberlein Trix (R, ZH)**: Ich begründe gleichzeitig meinen Antrag zu Artikel 58 Absatz 6. Wir sind heute zum zweiten Mal in

91.071

## **Krankenversicherung. Revision Assurance-maladie. Révision**

### *Differenzen – Divergences*

Siehe Seite 34 hiervor – Voir page 34 ci-devant  
Beschluss des Ständerates vom 7. März 1994  
Décision du Conseil des Etats du 7 mars 1994

**Segmüller Eva (C, SG)**, Berichterstatterin: In der ersten Woche haben wir das Geschäft mit 17 Differenzen an den Ständerat überwiesen. Jetzt ist es zurück bei uns. Der Ständerat ist uns sehr weit entgegengekommen. Er hat insbesondere der Prämienverbilligung, Artikel 58 Absatz 3, der Berücksichtigung des dritten Kriteriums, nämlich der Durchschnittsprämie, zugestimmt. Er hat auch bei Artikel 58 Absatz 5, bei der Flexibilisierung für die Prämienverbilligung, Subventionen durch die Kantone zugestimmt. Vier Differenzen hat der Ständerat aufrechterhalten.

Ihre Kommission beantragt Ihnen betreffend den Bereich Bezug von Tarifsachverständigen – das betrifft Artikel 40 Absatz 4, Artikel 42 Absatz 7, Artikel 45 Absatz 1 – Zustimmung zum Ständerat. Ebenfalls beantragen wir Ihnen Zustimmung zum Ständerat in Artikel 44 Absatz 3, Förderung der Generika. Dann gibt es noch eine redaktionelle Änderung von Artikel 98 und allenfalls Artikel 93 Absatz 2 – je nach Ihrem Entscheid bei Artikel 31 Absatz 3 –, wo wir Ihnen auch Zustimmung zum Ständerat beantragen.

der Differenzbereinigung und stehen also kurz vor einer Einigungskonferenz. Wollen wir diese Kraftprobe? Wollen wir am Beschluss unseres Rates festhalten und Gefahr laufen – ich meine: beinahe aus Prestige Gründen –, die Gesetzesrevision hinauszuzögern?

Beide dieser noch bestehenden Differenzen betreffen zwar nicht nebensächliche Artikel; sie sind es aber auch nicht wert, die Gesetzesrevision weiter hinauszuzögern. Bei beiden Bestimmungen (Art. 31 Abs. 3 und Art. 58 Abs. 6) hat der Ständerat – die vorberatende Kommission und das Plenum – klar festgehalten. Auch Frau Bundesrätin Dreifuss hat im Ständerat erklärt, dass ihr diese beiden Differenzen nicht mehr so wesentlich seien und dass sie zur Realisierung des Gesetzes nicht von entscheidender Bedeutung seien.

Ich möchte in diesem Stadium nicht nochmals eine materielle Diskussion aufrollen, wir haben das mehrmals gemacht. Eine Einschränkung der Selbstdispensation ist keinem Kanton verwehrt, wenn Exekutive und Stimmbürger dies wollen. Die Kantone haben also die Möglichkeit, hier die Kosten einzuschränken. Es scheint mir unwürdig, den Streit um Mehr- oder Minderkosten – die ganze Post, die wir von beiden Lobbyistengruppen erhalten haben! –, hier nochmals aufzurollen. Wir sollten unsere Kräfte für die Realisierung der Gesetzesrevision verwenden und uns nicht nochmals in diesen Streit einmischen.

Ganz klar ist für unsere Fraktion, dass Absatz 6 von Artikel 58 gestrichen werden muss, wie dies der Ständerat und auch Frau Bundesrätin Dreifuss bei der Debatte im Ständerat zugestanden haben. Nachdem der Ständerat bei der Berechnung der Beitragshöhe bereits auf die Lösung mit dem Miteinbezug der Durchschnittsprämien eingeschwenkt ist, müssen wir nun die bei der Finanzlage von Bund und Kantonen beinahe theoretisch klingende Ergänzung betreffend Ausschüttung von Beiträgen, die bei den anderen Kantonen nicht beansprucht werden, klar streichen.

Zur Frage, warum die beiden Anträge als Einzelanträge eingereicht wurden: Aus einem Versehen wurden diese beiden Anträge in der Kommissionssitzung am Donnerstag nicht mehr als Minderheitsanträge auf die Fahne eingebracht. Sie haben es von der Kommissionsprecherin gehört: Die Kommission hat bei Artikel 31 Absatz 3 mit 10 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen entschieden, bei Artikel 58 Absatz 6 mit 12 zu 9 Stimmen.

Dieses Gesetz ist und bleibt für alle eine nur teilweise befriedigende Lösung, bei der alle Seiten Konzessionen machen mussten. Im Interesse der Sache aber, meine ich, müssen wir dieses Hinundherschoben nun aufgeben und uns bei diesen beiden noch bestehenden Differenzen dem Ständerat anschliessen.

**Keller Rudolf (D, BL):** Es hat um diesen Artikel bereits stundenlange Diskussionen gegeben, und schliesslich sind wir uns in diesem Rat einig geworden. Wir haben grossmehrheitlich beschlossen, dass beide, also Ärzte und Apotheken, ihre Daseinsberechtigung haben sollen. Dieser Kompromiss ist für beide Seiten tragbar, und ich wundere mich, weshalb der Ständerat nicht auf diesen Kompromiss eingegangen ist. Der nationalrätliche Kompromiss ermöglicht es den Ärzten in abgelegenen Gebieten, selbst eine Apotheke zu führen. Er nimmt aber auch auf historisch gewachsene Regelungen im Rahmen der Selbstdispensation der Ärzte Rücksicht.

Die SD/Lega-Fraktion unterstützt deshalb den Antrag der Kommission auf Festhalten. Der Antrag Heberlein ist für uns völlig unverständlich. Nur wenn wir in diesem Rat knapp entschieden hätten, könnte ich begreifen, dass wir gegenüber dem Ständerat schwach würden und nachgeben könnten. Aber angesichts der deutlichen Mehrheit, mit der wir in diesem Rat beschlossen haben, sollten wir bei unserer Meinung bleiben.

Ich empfehle Ihnen – auch im Interesse der Patientinnen und Patienten, um diesen eine bestmögliche medizinische Versorgung zu geben –: Bleiben Sie stark und konsequent, stimmen Sie mit der Kommission!

**Deiss Joseph (C, FR):** Le groupe démocrate-chrétien vous propose de suivre, pour ce qui est des quatre divergences qui nous séparent encore du Conseil des Etats, le Conseil des

Etats. Par conséquent, le groupe démocrate-chrétien vous invite à voter pour les deux propositions Heberlein aux articles 31 et 58.

En effet, nous estimons qu'il est maintenant temps de se séparer de la loupe avec laquelle on procède à la discussion de détail et de reprendre un peu de distance pour voir le tout.

La première constatation à faire est qu'il est maintenant temps d'arriver au bout de nos délibérations et de ne pas donner, par l'intermédiaire d'une conférence de conciliation, une importance excessive aux points litigieux qui nous séparent encore de l'autre Chambre.

D'ailleurs, il faut souligner que le Conseil des Etats est venu à notre rencontre sur de nombreux points. Même sur les deux articles à propos desquels la commission voudrait maintenir notre décision, le Conseil des Etats a fait un effort, d'une part à l'article 31 en ajoutant la phrase qui renvoie aux possibilités d'accès à une pharmacie qui doivent être prises en considération et, d'autre part, à l'article 58 où il a suivi presque totalement les décisions du Conseil national. Ce n'est qu'à l'article 58 alinéa 6, qui en ces temps de difficultés financières pourrait interpeller bien des citoyens, que le Conseil des Etats ne nous a pas suivis.

En vous faisant cette proposition, le PDC doit aussi s'écarter quelque peu de la ligne qu'il a suivie, mais il estime que c'est en faveur du succès de l'ensemble du projet.

C'est pourquoi je vous invite à suivre, sur les quatre divergences, le Conseil des Etats.

**Eymann Christoph (L, BS):** Ich bitte Sie im Namen der liberalen Fraktion, an unserem Beschluss festzuhalten. Es ist schon erwähnt worden, dass dieser recht deutlich gefasst worden ist. Vor allem ist eine Entwicklung vorausgegangen, in der unser Ratskollege Seiler Rolf einen sehr gescheiterten Kompromiss formuliert hat, der sich auch recht deutlich durchgesetzt hat.

Wir von der liberalen Fraktion sind zwar Föderalisten, aber in diesem Fall sind wir der Meinung, dass die Kompetenz beim Bund liegen sollte. Ein wirksames Instrument ist nur dann gegeben, wenn eine Konzentration in der Entscheidungsfindung beim Bundesrat liegt.

Ich glaube, wir dürfen diesen Artikel tatsächlich nicht zum Schicksalsartikel dieses Gesetzes machen. Wir dürfen aber auch nicht aus verfahrensökonomischen Gründen klein beigeben, wenn wir Argumente haben, die uns letztlich in der Vergangenheit überzeugt haben. Wir wissen alle, dass sowohl die Arztpraxen als auch die Apotheken wichtige Leistungserbringer sind, und einseitig zu Lasten der einen oder anderen Gruppe sollte nicht entschieden werden. Der Beschluss, den wir gefasst haben, ist ein Kompromiss; er ist tragfähig. Ich bitte Sie, diesem Kompromiss zuzustimmen, also festzuhalten.

Hinsichtlich von Artikel 58 Absatz 6 bitte ich Sie im Namen der liberalen Fraktion um Zustimmung zum Antrag Heberlein.

**Präsident:** Die Fraktion der Auto-Partei lässt mitteilen, dass sie den beiden Anträgen Heberlein zustimmt.

**Bonny Jean-Pierre (R, BE):** Die Aufregung vorhin in den Reihen meiner Fraktion hat Ihnen gezeigt, Herr Präsident, dass ich genau im Sinne meiner Einschreibung nicht für die Fraktion spreche. Die Fraktion hat zu dieser Frage keinen Beschluss gefasst. Ich spreche also als Einzelredner.

Ich möchte vorwegnehmen, dass ich den Antrag Heberlein bei Artikel 58 Absatz 6 unterstütze. Bei Artikel 31 Absatz 3 bitte ich Sie, sich in der Frage der Selbstdispensation dem Antrag der Mehrheit der Kommission und damit unseren ursprünglichen Anträgen anzuschliessen. Was sich hier abzeichnet, würde ich als faulen Kompromiss bezeichnen. Wir haben jetzt in den letzten Tagen x-mal gehört, dass wir nicht aus materiellen Gründen, sondern aus psychologischen und politischen Gründen dem Ständerat hier und dort nachgeben müssten.

In der Frage der Selbstdispensation sollte man aber aus materiellen, sachlichen Erwägungen an unserem Beschluss festhalten. Ich möchte dafür drei Gründe anführen:

1. Der Ständerat schlägt jetzt eine Regelung durch die Kantone vor, aber unter Berücksichtigung der Zugangsmöglichkeiten zu den Apotheken. Ich garantiere Ihnen schon heute, dass wir

dann in der Schweiz ein völlig disparates Regime haben werden: Jeder Kanton macht dann etwas anderes, Frau Bundesrätin Dreifuss. Ich möchte jetzt einmal wissen, wie der Bund die Respektierung des Vorbehaltes der Zugangsmöglichkeiten zu den Apotheken durchsetzen will. Ich habe da grösste Bedenken. Wir werden dann vor einem babylonischen Wirrwarr stehen. Der Bund wird sich nicht durchsetzen können.

2. En ce qui concerne mon deuxième argument, je m'adresse aux cantons qui, en Suisse romande, ne connaissent pas l'autodispensation. Je peux donc vous dire qu'avec cette formulation ....

**Präsident:** Herr Bonny, wir verfügen in diesem Rat über eine Simultanübersetzung!

**Bonny Jean-Pierre (R, BE):** Gut, dann spreche ich deutsch. (*Heiterkeit*) Ihre Intervention passt gut zum nächsten Traktandum über die sprachliche Verständigung.

Ich richte mich also an jene Kantone, die heute keine Selbstdispensation kennen. Ich mache diese darauf aufmerksam, dass mit der Regelung des Ständerates in diesen Kantonen das Verbot der Selbstdispensation in Frage gestellt werden kann. Das Kriterium der Zugangsmöglichkeiten zu den Apotheken geht logischerweise vom System der Selbstdispensation aus.

3. Die ganze Vorlage ist ein verzweifelter Versuch, die finanziellen Aspekte, die in unserem Gesundheitswesen nicht gut aussehen, in den Griff zu bekommen. (*Glocke des Präsidenten*) Darf ich trotzdem diesen Gedanken fertigmachen, nachdem Sie mich vorhin unterbrochen haben, Herr Präsident? Leider zeichnet sich ab, dass die Zulieferungen an die selbstdispensierenden Ärzte sehr stark zunehmen, weil man damit – es ist an sich legitim – die restriktive Preisregelung, die wir in den dringlichen Bundesbeschlüssen haben, umgehen kann. Das Wachstum war im Januar 1994 laut Angaben eines Grossisten etwa viermal grösser als bei den Apothekern oder den Spitalapotheken. Und so will man Kosten sparen!

4. Nicht zu übersehen ist, dass in der Selbstdispensation ein Anreiz für junge Mediziner liegt, neue Praxen zu eröffnen. Auch das passt schlecht in eine Vorlage, die die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff bekommen will.

Ich bitte Sie, der Kommission zuzustimmen.

**Präsident:** Ich muss Ihnen mitteilen, dass Herr Bonny seine Karte abgegeben hat, ohne anzugeben, ob er persönlich oder für die Fraktion spricht. Wir haben automatisch angenommen, dass er für die Fraktion spricht, weil ja nur die Fraktionssprecher sprechen können. Das Problem sollte innerhalb der FDP-Fraktion gelöst werden.

**Sieber Ernst (U, ZH):** Wir sind unserem Ziel, die Krankenversicherung sozial und zukunftsorientiert zu erneuern, ein tüchtiges Stück näher gerückt. Um so erstaunlicher ist es, dass der Ständerat ausgerechnet auf der föderalistisch geregelten Selbstdispensation beharrt. Es geht dabei nicht um Notfälle oder um den ärztlichen Medikamentenverkauf in den entlegenen Gebieten, vielmehr beharrt der Ständerat auf der rein kommerziellen Selbstdispensation, auf dem ärztlichen Zusatzserwerb aus dem Medikamentenverkauf.

Diese kommerzielle Selbstdispensation ist ein Schweizer Unikum. Sie ist, ausser in der Schweiz, kaum zu finden und zudem eine echte Antiquität. Der Hohenstaufenkaiser Friedrich II. hat diesen Zusatzserwerb nämlich vor 750 Jahren abgeschafft. Bereits damals, also noch vor der Gründung der Eidgenossenschaft, wurde dem Grundsatz nachgelebt: Wer rezeptiert, verkauft nicht. Die Selbstdispensation gleicht somit einem uralten Goldesel, der in anderen Staaten schon lange ausgemustert wurde; nur in einzelnen Schweizer Kantonen gibt er noch Dukaten.

Diesem Golddukatensel stehen ausgerechnet die Konsumenten- und Patientenorganisationen skeptisch gegenüber, denn sie sehen die Folgen, wenn gewisse Ärzte aus kommerziellen Gründen zu viele Medikamente abgeben. Eine wissenschaftliche Studie belegt, dass 80 Prozent aller arzneimittel-süchtigen Personen Medikamente dank ärztlicher Verschrei-

bung erhalten. Die Medikamentensucht ist ein verbreitetes Problem, worunter mehr als 5 Prozent unserer Bevölkerung leiden. Wenn der Arzt nicht mehr selbst an den Medikamenten verdient, verringert sich die Gefahr, dass die ärztlichen Einkommen auf dem Verschreibungsweg aufgebessert werden. Dies senkt nicht nur die Medikamentenausgaben an sich, sondern auch die volkswirtschaftlichen Folgekosten. Der Verzicht auf die kommerzielle Selbstdispensation entspricht daher den Bestrebungen für eine kostensparende, soziale Krankenversicherung.

Deshalb bitte ich Sie im Namen der LdU/EVP-Fraktion, den Golddukatensel nun definitiv zu schlachten. Weil wir mit dem neuen Bundesgesetz über die Krankenversicherung nicht ins Mittelalter zurück wollen, ersuchen wir den Ständerat, die kommerzielle Selbstdispensation aufzugeben.

Zu Artikel 58: Da sind wir der Meinung, die interkantonale Solidarität spielen zu lassen und dem Ständerat nicht zu folgen.

**Jöri Werner (S, LU):** Ich hoffe, dass das pfarrherrliche Wort die Szene wieder etwas beruhigt hat und ich noch die Stellungnahme der SP-Fraktion abgeben kann.

Zu Artikel 31 Absatz 3 mögen wir uns nicht mehr äussern. Wir setzen die Priorität eindeutig auf Artikel 58 Absatz 6. Wir finden es in bezug auf Artikel 31 Absatz 3 nur etwas eigentümlich, dass sich zwei akademische Berufsgruppen in diesem Land nicht darüber einigen können, wem die Gewinne aus dem Medikamentenverkauf zukommen sollen.

Artikel 58 Absatz 6 ist unsere Priorität, und sie liegt aus drei Gründen bei diesem Artikel:

1. Es ist der letzte Punkt, der für uns sozialpolitisch relevant ist. Es ist die letzte Chance, die 3 Milliarden Franken Subventionsbedarf für die Prämienverbilligung überhaupt noch annähernd zu erreichen. Ein Ja zu Artikel 58 Absatz 6 ist die letzte Chance, den ausgewiesenen Sozialausgleich bei der revidierten Krankenversicherung zu erreichen. Wir sind auch bereit, diesen Punkt allenfalls bis und mit Einigungskonferenz durchzuziehen. Wir haben das auch damit unterstrichen, dass wir diese Abstimmung unter Namensaufruf durchzuführen wünschen.

2. Es handelt sich um den sozialen Ausgleich der Krankenversicherung, und es handelt sich um 100 bis 200 Millionen Franken, die diesem sozialen Ausgleich nicht zukommen würden, wenn diese Bundesgelder nicht noch in Kantone ausgeschüttet werden, die sie nötig haben, weil dort die Prämien höher sind. Es ist ein etwas eigentümliches Argument der Kantone, wenn sie sagen: Wenn wir das Geld nicht bekommen, weil wir weniger zu verbilligen wünschen, sollen es die anderen Kantone auch nicht erhalten.

3. Es ist ein ungerechtfertigtes Argument zu behaupten, dass wir mit dem Ausschütten der verbliebenen Bundesgelder noch diejenigen Kantone begünstigen, die Geld verschwenden. Ich kann Ihnen sagen: Wenn die gesundheitspolitische Schweiz nur aus dem Kanton Appenzell Innerrhoden und aus kleinen Kantonen bestehen würde, hätten wir auch nicht diese hervorragende medizinische Versorgung auf diesem hohen Niveau. Das müssen wir auch zur Kenntnis nehmen. Das hat auch etwas mit Kostenentwicklung zu tun. Ein Kanton, der traditionellenweise hohe Kosten hatte, ist beispielsweise der Kanton Waadt. Die eigentümlichen Wahlergebnisse im Kanton Waadt vor 14 Tagen sind, glaube ich, eher darauf zurückzuführen, dass hier die verantwortliche Behörde zuviel sparen wollte, und nicht darauf, dass sie zuwenig sparen wollte – sie wollte nicht Geld verschwenden, sondern Geld sparen, hat also eigentlich unsere Linie verfolgt. Warum soll man diese Kantone noch bestrafen?

Ich erwähne auch, dass die Kantone Kantonsparlamente haben. Die Kantonsparlamente sind wirklich drauf und dran, dieses Problem der Kostensteigerung in den Griff zu bekommen. Es kann sich heute kein Kantonsparlament mehr leisten, Luxusinvestitionen zu tätigen, Überkapazitäten zu finanzieren – besonders auch bei der heutigen finanzpolitischen Lage.

Wie Sie auch entscheiden mögen, ich bin überzeugt, dass Sie klug entscheiden werden. Sie müssen sich aber bewusst sein, dass es im Abstimmungskampf – wenn das Referendum zustande kommt – darum geht, ob wir die Versicherten auf unsere Seite ziehen und für die Vorlage gewinnen können. Es

geht darum, ob wir bereit sind, die versprochenen 3 Milliarden Franken Subventionsbedarf für die Prämienverbilligung aufzuwenden, oder ob wir wieder einmal den Versicherten etwas versprochen haben, das wir am Schluss des Differenzbereinigungsverfahrens nicht einhalten wollen. In diesem Sinne bitte ich Sie dringend, dem Antrag der Kommission bei Artikel 58 Absatz 6 zuzustimmen.

**Allenspach Heinz (R, ZH):** Nach dem Einzelvotum von Herrn Bonny, das gewissermassen ein «Unvotum» ist, weil es nicht hätte gehalten werden dürfen, gestatte ich mir, Ihnen im Namen der Mehrheit der freisinnig-demokratischen Fraktion zu beantragen, den Anträgen Heberlein zuzustimmen. Ich tue das aus folgenden Gründen:

In Artikel 31 Absatz 3 ist uns der Ständerat entgegengekommen, indem er der kantonalen Kompetenz die Bestimmung beigefügt hat, dass die Kantone «die Zugangsmöglichkeiten der Patienten zu einer Apotheke» zu berücksichtigen haben. Die Kantone sind damit nicht mehr völlig frei zu legiferieren, sie haben diesen Zugang zu berücksichtigen. Ein Kanton, der die Existenzmöglichkeiten der Apotheken untergräbt, läuft Gefahr, dass sein Entscheid gerichtlich angefochten wird, denn aufgrund dieses vom Ständerat beigefügten Zusatzes wird sein Entscheid allenfalls justiziabel. Damit haben wir einen Kompromiss des Ständerates, den es zu honorieren gilt.

Bei Artikel 58 Absatz 6 haben wir den allgemeinen Grundsatz zu berücksichtigen, dass Geld, das für einen bestimmten Zweck nicht gebraucht wird, nicht einfach an einem anderen Ort ausgegeben werden soll. Dieser Grundsatz entspricht ökonomischem Haushalten und der Effizienz der Bundessubventionen. Wir sollten dem Ständerat folgen.

Der Ständerat hat seinen Entscheid bei Artikel 58 Absatz 6 einstimmig, also ohne jede Gegenstimme, gefällt. Wenn wir es auf eine Einigungskonferenz ankommen lassen, entsendet der Ständerat gleich viele Mitglieder in diese Konferenz wie unser Rat. Wenn die Mitglieder des Ständerates gleich stimmen wie bisher, braucht es bloss ein oder zwei Mitglieder des Nationalrates, die sich ihnen anschliessen, damit die Vorlage der Einigungskonferenz dem Entscheid des Ständerates entspricht. Was haben wir dann erreicht? Wir haben vor dem Volk bewiesen, dass bei diesem Gesetz keine Einigung unter den Räten in normaler und vernünftiger Zeit möglich gewesen ist. Wir haben bewiesen, dass diese Frage strittig ist bis zum letzten Ende. Wir haben bewiesen, dass die Krankenversicherungsgesetzgebung nicht konsensfähig ist. Glauben Sie, dass es möglich ist, für eine Vorlage, die in den Räten bis zum letzten Moment umstritten ist und bei der bewiesen ist, dass sie nicht konsensfähig ist, eine Volksmehrheit zu finden?

Jeder, der es auf eine Einigungskonferenz ankommen lässt, agiert eindeutig zugunsten jener, die das Gesetz ablehnen. Deshalb möchte ich sagen: Genug des grausamen Spiels; beiseitigen wir die Differenzen, und stimmen wir den Anträgen Heberlein zu!

**Rychen Albrecht (V, BE):** Um gerade ans Votum Allenspach anzuknüpfen: Es gibt offensichtlich auch noch andere Überlegungen in diesem Rat. Es gibt Leute, die jetzt keine Differenzen mehr wollen und damit eine Einigungskonferenz verhindern wollen. Dabei halten sie aber im Hinterkopf die Möglichkeit bereit, dass sie das Gesetz bekämpfen werden, d. h., dass sie das Podium haben, um gegen dieses Gesetz anzutreten. Aber wenn man das schon will, wenn man also das Gesetz schlussendlich nicht will, dann hätten wir noch eine Chance, eine ökonomischere, nämlich das Gesetz in der Einigungskonferenz platzieren zu lassen. Damit sparen Sie die Kosten einer ganzen Volksabstimmung. Wenn schon, denn schon! Dies will ich persönlich aber nicht; ich trete für das Gesetz ein. Zu den Differenzen im materiellen Bereich: Ich nehme nur Stellung zu Artikel 58 Absatz 6. Es gibt hier zwei Überlegungen, warum die SVP-Fraktion eindeutig und einhellig der Fassung des Ständerates zustimmen wird:

1. Es gibt sozialpolitische Überlegungen. Wenn hier argumentiert wird, es sei sozialpolitisch nicht verantwortbar, dem Ständerat zuzustimmen, dann möchte ich Sie daran erinnern, dass in diesem Gesetz völlig neu ist, dass die Subventionen – heu-

te 1,3 Milliarden Franken, neu 2 Milliarden Franken pro Jahr –, die nach alter, bisheriger Regelung vom Bund direkt nach dem Giesskannenprinzip an die Krankenkassen gehen, neu gezielt an die wirtschaftlich Schwächeren verteilt werden; das ist eine massive Verbesserung, die qualitativ weit über diese 1,3 Milliarden Franken hinausgeht, weil die Umverteilung ganz anders stattfindet. Dazu kommt, dass die Kantone bisher schon rund 600 Millionen Franken an Prämienverbilligungen ausbezahlen, und das bleibt.

Wenn Sie also dem Ständerat zustimmen, kann niemand sagen, es werde gegenüber dem heutigen Zustand sozialpolitisch verschlechtert, denn auch hier ist eine massive Verbesserung für die sozial Schwächeren eindeutig, unbestreitbar vorhanden. Dieser Verbesserung wollen wir zustimmen, aber mehr befürworten wir nicht.

2. Die nationalrätliche Kommission will, dass das Geld jener Kantone, die etwas sparen, die etwas zurückschrauben wollen, verteilt wird; das können wir uns aus finanzpolitischen Gründen schlichtweg nicht leisten.

Zusammengefasst: Finanzpolitisch ist es eindeutig richtig, dem Ständerat zuzustimmen. Zudem ist keine Rede davon, dass die Lösung des Ständerates sozialpolitisch schlecht ist, denn sie ist eine massive Verbesserung gegenüber dem heutigen Zustand.

Ich bitte Sie im Namen der geschlossenen SVP-Fraktion, bei Artikel 58 Absatz 6 dem Ständerat zuzustimmen.

**Dreifuss Ruth, conseillère fédérale:** En ce qui concerne l'article 31 alinéa 3, c'est-à-dire la dispensation de médicaments par les médecins, nous en sommes arrivés à un stade où la question est moins de savoir quel est le libellé que nous allons finalement retenir pour la loi que de savoir quelle est la véritable importance que nous entendons accorder à ce problème.

La tendance s'est dessinée au cours des différents débats d'en faire la pierre de touche, quasiment, de toute la révision, d'en faire un «Schicksalsartikel». Une telle attitude est erronée et exagérée. En refusant de vous rallier à la décision du Conseil des Etats, vous renforcez ce caractère de pierre de touche de l'ensemble de la révision. Vous en faites un thème de la discussion de la conférence de conciliation, peut-être d'ailleurs l'unique thème qui restera à cette conférence. Si vous me permettez d'utiliser cette expression médicale, cela accroîtra le sentiment que cette loi est née au forceps, parce qu'elle avait des défauts majeurs.

Pour ne pas aller dans cette direction qui me paraît dangereuse, je renonce à défendre la décision de votre Conseil qui correspond à la version initiale du Conseil fédéral. Je ne nie pas que cette version soit, à mes yeux aussi, la meilleure; je ne nie pas que le Conseil fédéral avait l'intention de l'appliquer en tenant compte des différences entre cantons, sans les brusquer, mais en leur permettant de se rapprocher les uns des autres, surtout en levant la pression qui pèse sur eux, votation après votation, chaque fois que des modifications doivent être apportées dans ce domaine. Mais parce que je crois que la tendance est, lentement, à la convergence, parce que le critère que le Conseil des Etats propose d'inscrire dans la loi est un critère raisonnable qui guide la plupart des révisions récentes opérées dans les cantons, nous pouvons accepter la version très massivement adoptée par le Conseil des Etats. Elle laisse la compétence aux cantons, tout en indiquant le critère principal qui devra être utilisé. Cela permet de penser que l'objectif de cette disposition, celui que nous avons fixé d'une compétence fédérale, pourra être progressivement atteint par la modification des législations cantonales. C'est dans ce sens-là, Monsieur Bonny, qu'il faut comprendre cette indication. C'est un critère qui doit guider les révisions futures des lois cantonales, c'est une indication de bon sens, et non pas quelque chose que le Conseil fédéral a l'intention d'imposer aux cantons par un acte d'autorité.

J'en viens maintenant à l'article qui, lui, mérite le nom de pierre de touche de cette révision, l'article 58 dans son ensemble. J'exprime d'abord ma satisfaction à voir le rapprochement des points de vue entre votre Conseil et le Conseil des Etats, et ensuite le fait que la divergence se concentre aujourd'hui sur

l'alinéa 6, tout le mécanisme ayant été par ailleurs accepté par vos deux Chambres dans un consensus qui me paraît très important.

Ce consensus est aussi un compromis entre deux tendances importantes: l'une vise à réaliser, dans la mesure du possible, une certaine pression pour que les cantons assument le contrôle des coûts en matière de santé; l'autre, prépondérante à mes yeux, consiste à mettre au premier plan de cet article l'objectif social de la loi: rendre supportables les cotisations pour les habitantes et les habitants de ce pays qui bénéficient de revenus modestes.

J'aurais aimé pouvoir soutenir la proposition de votre commission. J'aurais aimé que vous donniez au Conseil fédéral, et que bien sûr le Conseil des Etats vous suive sur cette voie, la compétence de faire un pas en direction des cantons qui doivent allouer un montant élevé pour que cet objectif social puisse être réalisé. J'aurais aimé que, après avoir été à la rencontre des cantons dont les cotisations sont particulièrement basses – j'y reviendrai – en leur permettant de déterminer quelle enveloppe budgétaire, quelles ressources, ils entendent mettre au service d'un subventionnement des cotisations de l'assurance-maladie, on fasse un pas également en direction des cantons qui ont des cotisations particulièrement élevées et que l'on permette d'allouer les montants non mobilisés par les premiers au service des seconds.

Vous vous rappelez que, lors du dernier débat, j'étais déjà intervenue pour plaider en faveur d'une formule potestative, vous demandant de ne pas obliger le Conseil fédéral à procéder ainsi, mais uniquement de lui en donner la possibilité. J'avais souligné à ce propos qu'en période de restrictions budgétaires il me paraissait réaliste d'imaginer que la Confédération n'utiliserait pas cette possibilité, au cours des prochaines années, uniquement pour apporter une contribution à l'assainissement des finances fédérales. Mais il aurait été utile de maintenir ce qui existe actuellement dans les arrêtés fédéraux urgents, à savoir la compétence de disposer de cette somme que vous-mêmes décidez d'allouer à l'assurance-maladie. En effet, par la décision que vous prenez concernant le montant de l'enveloppe fédérale, vous exprimez une volonté, et laisser retourner une partie de ces fonds aux caisses publiques est en contradiction avec cette volonté affirmée.

Nous en sommes au stade final de cette réforme, et je pense que nous pouvons nous rallier aux décisions du Conseil des Etats. Je vais essayer de décrire quels en sont les effets; ceux-ci restant limités, j'espère pouvoir atténuer les craintes que certains éprouvent de voir perdre alors des ressources nécessaires à l'assurance-maladie.

Il n'est pas possible de déterminer quel sera exactement le montant que la Confédération pourrait être amenée à ne pas distribuer aux cantons, parce que ceux-ci y renonceraient, en fonction de l'alinéa 5 qui leur permet de le faire lorsqu'ils ont le sentiment que l'objectif social recherché est déjà largement réalisé et qu'ils n'ont pas besoin de montants aussi élevés que ceux que l'attribution sur la base des alinéas 3 et 4 pourrait entraîner. Le montant pourrait être de l'ordre de 200 millions de francs par année, si les cantons faisaient une utilisation extrêmement large de leurs possibilités de ne pas recourir aux fonds de la Confédération.

A l'alinéa 5, vous nous avez donné la compétence de déterminer selon quels critères serait jugée la réalisation de l'objectif social. Le Conseil fédéral n'a l'intention d'utiliser cette compétence que s'il y a péril en la demeure, c'est-à-dire que si certains cantons utilisent cette compétence en négligeant l'objectif social.

Je ne puis pas en dire beaucoup plus sur les critères qui seront retenus. Ils dépendent des choix que feront les cantons du mécanisme de subventionnement. Je puis cependant dire très clairement que nous nous situons dans l'optique qui vous avait été présentée lors du dernier débat, qui est ce rapport entre le montant des subventions et celui des coûts globaux de l'assurance-maladie. Les pourcentages de réduction se situeraient alors aux alentours de 10 à 25 pour cent dans les cantons dont les cotisations sont les plus basses. Ceci est une possibilité, et elle aboutirait à réduire le montant alloué par la Confédération de l'ordre de 200 millions de francs. Nous pen-

sons également autoriser certains cantons qui ont des problèmes particuliers, à cause du niveau très bas de leurs cotisations, à aller au-delà. Je vous rappelle que ce rapport de 50 pour cent de réduction, prévu à l'alinéa 5, a été fixé en considération de la situation de cantons comme Appenzell ou les Grisons, où cette réduction devrait pouvoir être pleinement utilisée pour arriver à un subventionnement raisonnable des cotisations, c'est-à-dire que ce montant suffit à assurer l'objectif social de cette loi.

La garantie que je peux donner, c'est qu'entre ces deux fourchettes l'objectif social sera globalement réalisé. Je puis confirmer les propos de M. Rychen selon lequel il s'agira, dans tous les cas, soit d'une stabilisation de la situation actuelle, soit d'une amélioration par rapport à la situation actuelle. En d'autres termes, l'objectif social de cette loi sera réalisé et il n'y aura pas de démantèlement social à cette occasion.

C'est la raison pour laquelle, tout en regrettant qu'au stade où nous sommes arrivés nous ne puissions pas demander cette compétence pour le Conseil fédéral, je vous demande, dans les deux cas, de vous rallier aux propositions Heberlein et d'éviter, de ce fait, que nous ayons à retourner en Conférence de conciliation pour l'accouchement d'un bébé qui se présente bien.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

92 Stimmen

Für den Antrag Heberlein

88 Stimmen

#### **Art. 40 Abs. 4; 42 Abs. 7; 44 Abs. 3; 45 Abs. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### **Art. 40 al. 4; 42 al. 7; 44 al. 3; 45 al. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### *Angenommen – Adopté*

#### **Art. 58 Abs. 6**

*Antrag der Kommission*

Festhalten

*Antrag Heberlein*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### **Art. 58 al. 6**

*Proposition de la commission*

Maintenir

*Proposition Heberlein*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

#### *Namentliche Abstimmung – Vote par appel nominal*

*Für den Antrag Heberlein stimmen:*

*Votent pour la proposition Heberlein:*

Allenspach, Aregger, Aubry, Baumberger, Berger, Bezzola, Binder, Bircher Peter, Bischof, Blatter, Blocher, Bonny, Borer Roland, Borradori, Bortoluzzi, Bühler Simeon, Bühler Gerold, Bürgi, Caccia, Camponovo, Cincera, Columberg, Comby, Couchepin, Daepf, Darbellay, Deiss, Dettling, Dreher, Ducret, Engler, Epiney, Eymann Christoph, Fehr, Fischer-Häggligen, Fischer-Seengen, Fischer-Sursee, Frey Claude, Frey Walter, Fritschi Oscar, Früh, Giezendanner, Giger, Gobet, Graber, Grossenbacher, Gysin, Hari, Heberlein, Hegetschweiler, Hess Otto, Hess Peter, Hildbrand, Iten Joseph, Jäggi Paul, Jenni Peter, Keller Anton, Keller Rudolf, Kern, Kühne, Leu Josef, Leuba, Loeb François, Maeder, Maspoli, Maurer, Meier Samuel, Miesch, Moser, Mühlemann, Müller, Nabholz, Narbel, Nebiker, Neuenschwander, Oehler, Pery, Philipona, Raggenbass, Reimann Maximilian, Rohrbasser, Ruckstuhl, Ruf, Rutishauser, Rychen, Sandoz, Scherrer Jürg, Scheurer Rémy, Schmidhalter, Schmied Walter, Schnider, Schwab, Schweingruber, Segmüller, Stalder, Stamm Luzi, Steinegger, Steine-



mann, Steiner Rudolf, Suter, Theubet, Tschopp, Tschuppert Karl, Vetterli, Wanner, Wick, Wiederkehr, Wittenwiler, Wyss Paul, Wyss William, Zöch (111)

*Für den Antrag der Kommission stimmen:*

*Votent pour la proposition de la commission:*

Aguet, Bär, Baumann, Bäumlín, Bodenmann, Borel François, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühlmann, Bundi, Carobio, Caspar-Hutter, Chevallaz, Danuser, de Dardel, Diener, Dormann, Dünki, Duvoisin, Eggenberger, Eggly, Fankhauser, Fasel, von Felten, Gardiol, Goll, Gonseth, Gros Jean-Michel, Gross Andreas, Haering Binder, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Hämmerle, Herczog, Hollenstein, Hubacher, Jaeger, Jeanprêtre, Jöri, Ledergerber, Leemann, Lepori Bonetti, Leuenberger Ernst, Leuenberger Moritz, Mamie, Marti Werner, Matthey, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Poncet, Rebeaud, Rechsteiner, Robert, Ruffy, Savary, Schmid Peter, Seiler Rolf, Sieber, Spielmann, Steiger Hans, Strahm Rudolf, Thür, Tschäppät Alexander, Vollmer, Weder Hansjürg, Zbinden, Zisyadis, Züger, Zwygart (71)

*Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent:*

Grendelmeier, Pini (2)

*Abwesend sind – Sont absents:*

Béguelin, Cavadini Adriano, David, Friderici Charles, Maitre, Mauch Rolf, Pidoux, Scherrer Werner, Seiler Hanspeter, Sperry, Stamm Judith, Steffen, Stucky, Ziegler Jean, Zwahlen (15)

*Präsidentin, stimmt nicht – Présidente, ne vote pas:*

Haller (1)

**Art. 93 Abs. 2**

*Antrag der Kommission*

Festhalten

**Art. 93 al. 2**

*Proposition de la commission*

Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 98**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

*An die Einigungskonferenz – A la Conférence de conciliation*

91.071

**Krankenversicherung. Revision**  
**Assurance-maladie. Révision***Differenzen – Divergences*

Siehe Seite 357 hiavor – Voir page 357 ci-devant  
Beschluss des Ständerates vom 17. März 1994  
Décision du Conseil des Etats du 17 mars 1994

**Art. 31 Abs. 3; 93 Abs. 2***Antrag der Einigungskonferenz*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 31 al. 3; 93 al. 2***Proposition de la Conférence de conciliation*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Segmüller Eva (C, SG)**, Berichterstatterin: Am 15. März haben Sie an zwei Differenzen zum Ständerat festgehalten, nämlich bei Artikel 31 Absatz 3 mit 92 zu 88 Stimmen bei 4 Enthaltungen und bei Artikel 93 Absatz 2, wo Sie stillschweigend dem Antrag Ihrer Kommission folgten. Beide Differenzen betreffen die Selbstdispensation. Gemäss Ihrem Beschluss sollte die Kompetenz beim Bundesrat sein, dies im Gegensatz zum Beschluss des Ständerates, der einstimmig an der Kompetenz der Kantone festhielt.

Artikel 17 Absatz 1 Geschäftsverkehrsgesetz sieht für einen solchen Fall vor: «Bestehen nach drei Beratungen in jedem Rat Differenzen, so entsenden die Kommissionen beider Räte je 13 Mitglieder in die Einigungskonferenz. Diese hat eine Verständigungslösung zu suchen.»

Am Nachmittag des 15. März hat eine solche Einigungskonferenz, übrigens zum ersten Mal nach dem neuen Reglement, stattgefunden, bestehend aus je 13 Mitgliedern der entsprechenden Kommissionen. Der Einigungskonferenz lag einzig der Antrag der ständerätlichen Seite vor, wonach die Kompetenz bei den Kantonen bleibt, ergänzt durch die Bestimmung, dass die Zugänglichkeit zu einer Apotheke berücksichtigt werden muss. Seine Zustimmung zu dieser einschränkenden Bestimmung versteht der Ständerat als Entgegenkommen im Sinne eines Kompromisses.

Die Einigungskonferenz stimmte diesem Antrag mit 21 zu 0 Stimmen bei 5 Enthaltungen zu.

Heute morgen hat der Ständerat dem Antrag der Einigungskonferenz ohne Gegenstimme zugestimmt. Ich bitte auch Sie, dem einstimmig beschlossenen Antrag der Einigungskonferenz zuzustimmen.

Ich muss Sie dabei auf die Folgen eines allfälligen Neins in diesem Rat aufmerksam machen. Artikel 20 Absatz 3 Geschäfts-

verkehrsgesetz sagt dazu: «Wird der Einigungsantrag in einem oder in beiden Räten verworfen, so gilt die ganze Vorlage als nicht zustande gekommen und wird von der Geschäftsliste gestrichen.» Die ganze Vorlage wäre in einem solchen Fall also gescheitert.

Ich bitte Sie daher nochmals eindringlich, angesichts der Tragweite der Folgen Ihres Entscheides, dem einstimmig beschlossenen Antrag der Einigungskonferenz Folge zu geben. Sie ermöglichen damit, dass die Vorlage morgen in die Schlussabstimmung und damit hoffentlich zu einem guten Abschluss kommt.

**Phillipona Jean-Nicolas** (R, FR), rapporteur: L'article 17 de la loi sur les rapports entre les Conseils précise: «Lorsque les divergences persistent après trois délibérations dans chaque Conseil, les commissions des deux Conseils envoient chacune treize membres à la Conférence de conciliation. C'est celle-ci qui doit chercher à amener une entente.»

La Conférence de conciliation s'est donc réunie et vous propose, par 21 voix sans opposition et avec 5 abstentions, de vous rallier à la proposition du Conseil des Etats, ce qui signifie que l'article 31 alinéa 3 sera ainsi libellé: «Les cantons fixent les conditions auxquelles les médecins autorisés à tenir une pharmacie sont assimilés aux pharmaciens. Ils tiennent compte en particulier des possibilités d'accès des patients à une pharmacie.»

Je vous rends attentifs au fait que l'article 20 alinéa 3 de la loi sur les rapports entre les Conseils précise ceci: «Si la proposition de conciliation est rejetée par un Conseil ou par les deux, l'ensemble du projet est réputé n'avoir pas abouti et il est radié de la liste des objets à traiter.» Je vous rappelle ici que la loi actuelle ne répond plus aux nécessités du moment, que nous avons légiféré par arrêtés urgents successifs et qu'à chaque occasion une nouvelle loi a été réclamée de toute part dans cette salle. Le moment est donc venu de prendre nos responsabilités.

Je vous demande, au nom de la commission, de voter la proposition de la Conférence de conciliation.

**Dreifuss Ruth**, conseillère fédérale: Permettez-moi, à ce stade, de dire que le Conseil fédéral est tout à fait d'accord avec la solution que vous avez choisie. Le Parlement fait ainsi un pas important en direction des cantons et réalise cet équilibre qu'il a été difficile de trouver entre les responsabilités et les compétences fédérales, et les responsabilités et les compétences cantonales.

Il appartient maintenant très clairement aux cantons d'assurer le renforcement de la solidarité et la maîtrise des coûts. La Confédération fournit le cadre général et une part très importante des moyens financiers nécessaires pour y parvenir.

Avec la décision que vous allez prendre, vous permettez à une révision de voir le jour, qui maintient le cap dans les principaux actes de la révision. Vous introduisez une assurance-maladie obligatoire, ce qui permet d'assurer le libre passage, en d'autres termes la solidarité si nécessaire entre malades et bien portants. Vous permettez d'assurer une solidarité entre les assurés à l'intérieur des caisses, c'est-à-dire que vous répondez à une aspiration d'égalité entre hommes et femmes. Mais également, vous permettez aux personnes âgées de changer de caisse sans avoir à subir le poids de primes plus élevées à cause de leur âge d'entrée. Et vous permettez de mettre en place un système où la solidarité sociale est accrue et où les primes, grâce à un subventionnement ciblé, sont rendues supportables.

Cette révision maintient le système libéral qui est le nôtre, tant dans l'exercice de la médecine et des prestations que dans le libre choix des caisses-maladie et l'important rôle qu'elles sont appelées à jouer. Vous avez également, à l'intention des cantons, renforcé les instruments pour une meilleure maîtrise des coûts.

A ce stade, permettez-moi de vous féliciter pour la célérité et le sérieux du traitement de ce délicat projet de réforme. Le message que vous avez reçu du Conseil fédéral remonte à novembre 1991. Deux ans et demi après, vous vous apprêtez, et je l'espère massivement, à donner vos voix à cette révision, cela

bien que des éléments nouveaux soient venus rendre plus compliquée la recherche d'une solution, d'abord les travaux de la Commission des cartels qui vous a obligés à prendre en considération un besoin et une aspiration à plus de concurrence, ensuite la difficile recherche de cet équilibre entre les responsabilités de la Confédération et celles des cantons. Deux ans et demi pour achever cette réforme, alors que le projet précédent avait, pendant six ans, occupé le Parlement, et il ne s'agissait que d'une révision très partielle.

Permettez-moi donc de vous remercier de ce travail et de vous inviter une dernière fois à voter massivement pour le résultat de ce travail que vous avez maintenant sur la table.

*Angenommen – Adopté*

*An den Ständerat – Au Conseil des Etats*

91.071

**Krankenversicherung. Revision**  
**Assurance-maladie. Révision**

Siehe Seite 493 hiervoor – Voir page 493 ci-devant  
Beschluss des Ständerates vom 18. März 1994  
Décision du Conseil des Etats du 18 mars 1994

**Keller Rudolf (D, BL):** Die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi ist über den Verlauf der Beratungen zum Krankenversicherungsgesetz sehr unglücklich. Unglücklich sind wir, weil dies eine Vorlage ist, welche die Leistungen der Krankenkassen massiv ausbaut. Bei allem Verständnis für das soziale Anliegen sind wir der Meinung, dass ein solcher Ausbau angesichts der heutigen politischen und finanziellen Landschaft nicht mehr ins Bild passt. Man hat seinerzeit begonnen, an dieser Revision zu arbeiten, und gesagt, die Vorlage solle sozial ausgewogen sein. Heute ist es aber so, dass der Mittelstand mit bis zu 50 Prozent mehr Prämien rechnen muss, und heute ist Tatsache, dass über die Kantone hinweg Hunderte von Millionen Franken zusätzliche Ausgaben beschlossen wurden.

Unsere Fraktion hat deshalb grosse Mühe, hier überhaupt noch mitzumachen. Wir haben uns das sehr lange überlegt. Aber wir können, wenn wir die Bilanz ziehen, der Vorlage in dieser Form nicht zustimmen. Wir werden also nein sagen. Wir werden aber andererseits die Unterschriftensammlung für das Referendum nicht aktiv unterstützen.

**Hafner Rudolf (G, BE):** Zuerst muss ich der Frau Präsidentin sagen, dass ich eine persönliche Erklärung und keine Erklärung im Namen der grünen Fraktion abgebe. Es ist so, dass verschiedene Organisationen das Referendum unterstützen werden. Es handelt sich um die Schweizerische Ärztesgesellschaft für Erfahrungsmedizin, die Schweizerische Ärztesgesellschaft für Akupunktur und chinesische Medizin, den Schweizerischen Verein homöopathischer Ärzte sowie die Schweizerische Ärztesgesellschaft für Aurikulomedizin und Akupunktur. Das sind zusammen rund tausend diplomierte Ärzte. Ferner werden die Volksgesundheit Schweiz, der Schweizer Kneipp-Verband und der Verein für ein anthroposophisch erweitertes Heilwesen ein Referendum unterstützen.

Es ist hier bei den Schlussabstimmungen natürlich nicht eine lange Erklärung erwünscht. Ich möchte Ihnen aber doch kurz und stichwortartig erklären, warum das Referendum unterstützt wird. (*Unruhe*) Also, das ist nicht erwünscht. Ich möchte Ihnen einfach sagen, dass diese Organisationen der Auffassung sind, dass Therapiefreiheit und Methodenvielfalt beschnitten werden und dass sie darum ein Referendum unterstützen.

Ich persönlich werde gegen das Gesetz stimmen.

**Jöri Werner (S, LU):** Meister, das Werk ist vollendet; soll ich es gleich flicken? Mir ist es eigentlich nicht ums Literarischwerden, aber jenen, die heute fest entschlossen sind, einer zweieinhalbjährigen, seriösen parlamentarischen Arbeit eine Ab-

fuhr zu erteilen, möchte ich zurufen: Wollen Sie das Werk gleich zerschlagen? Wir sind nach langem Ringen einen kleinen Schritt in Richtung einer Krankenversicherung vorwärtsgekommen, die auch sozial diesen Titel verdient, und präsentieren Ihnen den äusserstmöglichen Kompromiss, der im Parlament gerade noch mehrheitsfähig ist. Die SP-Fraktion stimmt diesem kleinen Schritt einstimmig zu. Wir selber haben längst nicht alles erreicht, was dringendst zur Realisierung einer sozialen Krankenversicherung gehörte. Weiter gehende Forderungen sind in unserer Initiative enthalten, und diese werden wir selbstverständlich warmhalten.

Aber heute geht es um einen konsensfähigen Schritt in die richtige Richtung, und dem stimmen wir zu. Die Folgen einer Nulllösung wären schlichtweg verheerend. Das hiesse massiv höhere Prämien für die Frauen, für die Betagten. Das wäre aber auch ein schwerer Verlust an Glaubwürdigkeit für dieses Parlament, das nach zweieinhalbjähriger, intensiver, seriöser Arbeit die eigene Lösung desavouiert.

**Deiss Joseph (C, FR):** La loi sur laquelle nous allons nous prononcer maintenant apporte, en matière de santé publique, davantage de solidarité, plus d'économies et pour tous, une couverture de base de qualité. Dire non à cette loi maintenant, c'est s'opposer à ces principes de solidarité, de maîtrise des coûts et de garantie de couverture de base de qualité.

Le groupe démocrate-chrétien, dans sa grande majorité, ne suit pas cette voie et approuvera la loi qui nous est maintenant soumise.

**Borer Roland (A, SO):** Wir haben schon anlässlich der Genfer Session (Herbst 1993) angekündigt, wir würden ein Referendum unterstützen, und wir halten daran fest. Wir lehnen das Gesetz ab und unterstützen ein Referendum.

*Namentliche Schlussabstimmung*  
*Vote final, par appel nominal*

*Für Annahme des Entwurfes stimmen – Acceptent le projet:*

Bär, Baumann, Baumberger, Bäumlín, Béguelin, Berger, Bezola, Bircher Peter, Blatter, Bodenmann, Borel François, Bortoluzzi, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühler Simeon, Bühlmann, Bürgi, Caccia, Camponovo, Carobbio, Caspar-Hutter, Cavadini Adriano, Chevallaz, Columberg, Comby, Couchepin, Daepf, Danuser, de Dardel, David, Deiss, Diener, Dormann, Ducret, Dünki, Eggenberger, Epiney, Eymann Christoph, Fasel, von Felten, Fischer-Sursee, Frey Claude, Gardiol, Giger, Gobet, Goll, Gonseth, Graber, Grendelmeier, Gros Jean-Michel, Gross Andreas, Grossenbacher, Hafner Ursula, Hämmerle, Hari, Heberlein, Hess Peter, Hildbrand, Holenstein, Hubacher, Iten Joseph, Jaeger, Jäggi Paul, Jeanprêtre, Jöri, Keller Anton, Kühne, Ledergerber, Leemann, Lepori Bonetti, Leu Josef, Leuba, Leuenberger Ernst, Leuenberger Moritz, Maeder, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Mühlemann, Nebiker, Oehler, Perey, Philipona, Pini, Poncet, Rebeaud, Rechsteiner, Robert, Rohrbasser, Ruffy, Rychen, Sandoz, Savary, Scheurer Rémy, Schmid Peter, Schmidhalter, Schnider, Schweingruber, Segmüller, Seiler Hanspeter, Sieber, Spoerry, Stamm Judith, Steiger Hans, Steinegger, Strahm Rudolf, Stucky, Suter, Theubet, Thür, Tschäppät Alexander, Tschuppert Karl, Vetterli, Volimer, Waner, Wick, Wyss Paul, Wyss William, Zbinden, Ziegler Jean, Zölch, Züger, Zwygart (124)

*Dagegen stimmen – Rejetent le projet:*

Bischof, Blocher, Bonny, Borer Roland, Borradori, Cincera, Dreher, Engler, Fritschi Oscar, Giezendanner, Hafner Rudolf, Hegetschweiler, Hess Otto, Jenni Peter, Keller Rudolf, Kern, Maspoli, Maurer, Meier Samuel, Miesch, Moser, Müller, Neuenchwander, Raggenbass, Reimann Maximilian, Ruckstuhl, Ruf, Scherrer Werner, Schmied Walter, Schwab, Spielmann, Stalder, Stamm Luzi, Steffen, Steinemann, Steiner Rudolf, Weider Hansjürg, Zisyadis (38)

*Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent:*

Allenspach, Binder, Dettling, Fehr, Fischer-Hägglingen, Fischer-Seengen, Frey Walter, Friderici Charles, Früh, Gysin, Loeb François, Mamie, Narbel, Rutishauser (14)

*Abwesend sind – Sont absents:*

Aguet, Aregger, Aubry, Bühler Gerold, Bundi, Darbellay, Duvoisin, Eggly, Fankhauser, Haering Binder, Herczog, Maitre, Marti Werner, Matthey, Mauch Rolf, Nabholz, Pidoux, Scherrer Jürg, Seiler Rolf, Tschopp, Wiederkehr, Wittenwiler, Zwahlen (23)

*Präsidentin, stimmt nicht – Présidente, ne vote pas:*

Haller (1)

*An den Bundesrat – Au Conseil fédéral*

**Ständerat  
Conseil des Etats**

Sitzung vom 16./17.12.1992  
15.12.1993  
07.03.1994  
17.03.1994  
18.03.1994 (Schlussabstimmung)

Séance du 16./17.12.1992  
15.12.1993  
07.03.1994  
17.03.1994  
18.03.1994 (Vote final)



## Zehnte Sitzung – Dixième séance

Mittwoch, 16. Dezember 1992, Vormittag  
 Mercredi 16 décembre 1992, matin

08.30 h

Vorsitz – Présidence: Herr Piller

91.071

### Krankenversicherung. Revision Assurance-maladie. Révision

Botschaft und Gesetzentwurf vom 6. November 1991 (BB1 1992 | 93)  
 Message et projet de loi du 6 novembre 1991 (FF 1992 | 77)

#### Antrag der Kommission

Eintreten

#### Proposition de la commission

Entrer en matière

Huber Berichterstatter: Die Eröffnung der Verhandlungen über die Vorlage 91.071 (Totalrevision der Krankenversicherung) im Erstrat ist so etwas wie ein historischer Tag in der Geschichte der sozialen Krankenversicherung.

Nachdem das geltende Bundesgesetz – gestützt auf einen Verfassungsartikel aus dem Jahre 1890 – am 13. Juni 1911 von den eidgenössischen Räten verabschiedet und am 4. Februar 1912 mit nur geringer Mehrheit die Referendumshürde nahm, gelang es nur noch einmal, nämlich im Jahre 1964, eine substantielle Teilrevision durchzuführen.

In den Jahren danach wurde immer wieder versucht, die soziale Krankenversicherung dem Wandel von Gesellschaft, Medizin, Krankheit anzupassen. Man kann mit dem Bundesrat sagen, dass nahezu alle Reformideen und -konzepte schon einmal erwogen oder vorgeschlagen und zum Teil sogar, wenigstens vom Parlament, beschlossen worden sind.

Es hat kaum am Wissen um Einzelheiten und Zusammenhänge, um politische Linien und Realisierungsstrategien gefehlt. Seit bald mehr als 30 Jahren fehlt es am Willen der Beteiligten – und das sind in der Krankenversicherung in irgendeiner Form wir alle –, zu einem vertretbaren Kompromiss zu kommen.

An den Beginn unserer Verhandlungen möchte ich den Aufruf zur politischen Realisierung eines Kompromisses setzen. Der Wille, diesen Weg zu finden, hat die Arbeit der Kommission deutlich und klar dominiert. Es ist kein fauler Kompromiss, den wir vorlegen, sondern ein gesellschaftlicher, sozialer Kompromiss, der nach unserer Überzeugung allen dient, aber auch von allen Opfer verlangt. Ich bitte daher die Solidargemeinschaft Schweiz, endlich mit einer erneuerten Krankenversicherung den Anschluss an die Zukunft zu finden.

Das gesagt, muss kurz ein Blick auf das Thema unserer Beratungen geworfen werden. Die Botschaft des Bundesrates hält fest, dass die Krankenversicherung «die wichtigste Grundlage für den Zugang zu medizinischen Dienstleistungen bildet». In der Tat geht es um eine grosse Kasse, um die soziale Krankenversicherung, die ein Teil des Gesamtsystems Gesundheitswesen ist. Dabei ist unbestritten, dass dessen Qualität in unserem Lande hoch ist, und es ist allen herzlich zu danken, die in irgendeiner Form dazu beitragen. Wenn im Laufe unserer Verhandlungen Kritik am System geübt werden wird, so seien dabei die Anerkennung und die Dankbarkeit dennoch nicht vergessen.

Es ist ebenfalls unbestritten, dass das Gesundheitswesen in der Schweiz sozial zugänglich ist, wenn auch durch die Entwicklung der letzten Jahre hier Probleme bis tief in den Mittelstand hinein entstanden sind, nicht zu reden von alten Menschen, von jungen Familien, von sozial Schwachen. Es ist die Kostensteigerung mit Prämienerrhöhungen in der Krankenversicherung, die den Gesetzgeber zum Handeln zwingt. Die Gründe für diese Entwicklung sind struktureller und spezifischer Art. Wenn ich von struktureller Art spreche, so meine ich die tiefen Interessengegensätze im System Gesundheitswesen, die im Zeitalter der Selbstverwirklichung und der mangelnden Solidarität zur Unfähigkeit des politischen Systems geführt haben, Lösungen zu finden. Ich will diese Gegensätze, ohne je Vollständigkeit erzielen zu wollen, hier erwähnen, damit wir die Augen vor der politischen Realität nicht verschliessen.

Es gibt den Gegensatz – und der wiegt im Ständerat recht schwer – zwischen Bund und Kantonen, die bekanntlich die Hauptverantwortlichen für das Gesundheitswesen im öffentlichen Bereich sind. Es gibt den Gegensatz zwischen dem öffentlichen Gesundheitswesen und dem privaten Sektor. Ein Spannungsfeld besteht zwischen Leistungserbringern und Versicherern, wobei beide Gruppierungen in sich nicht geschlossen sind. Die Solidarität zwischen Alt und Jung ist in Gefahr, die zwischen Kranken und Gesunden muss in Erinnerung gerufen werden. Der ambulante Sektor, die teilstationären Strukturen und die Spitäler leiden an Schnittstellen. Innerhalb der Strukturen der Leistungserbringer gibt es häufige und schwierige Konflikte zwischen Medizin, Pflege, Logistik. Pharmahersteller, Apotheker und selbstdispensierende Aerzte sind einander nicht immer gewogen. Bei den Aerzten haben Spitalärzte und ihre Kolleginnen und Kollegen in der freien Praxis hin und wieder andere Auffassungen und auch andere materielle Interessen.

Schliesslich ziehen auch die Krankenversicherungen untereinander nicht immer am gleichen Strick, stehen aber in der Auseinandersetzung mit der Privatassekuranz sehr wohl zusammen.

Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, die verschiedenen Interessenlagen zu erkennen, ihnen im Rahmen des Wohls des Kranken, das Vorrang hat, Gerechtigkeit widerfahren zu lassen.

Wenn ich von spezifischen Problemen spreche, so denke ich an das Gesundheitswesen als Dienstleistungsbetrieb. Es ist ausserordentlich personalintensiv. Die Zahl der praktizierenden Aerzte hat sich seit 1965 verdoppelt, wobei der Hauptzuwachs bei den Spezialärzten festzustellen ist. Die Zahl des Spitalpersonals insgesamt hat sich in der gleichen Zeit bei einer nur geringen Zunahme der Spitalbetten von 55 000 auf 157 000 erhöht. Der Spitalaufwand pro Fall hat sich verdoppelt von 5000 auf 10 000 Franken. Auf der Angebotsseite sind es fraglos die Medizintechnik und die damit verbundene Arbeit, die die Kosten verursachen. Sie sind aber im Bereich der Diagnose und der Therapie patientenfreundlich. Auf der Seite der Patienten sind es die Ueberalterung, neue Krankheiten und der zum Teil abusive Medikalkonsum, die die Kostenentwicklung prägen.

Ich kehre zurück zu den Fakten der Bemühungen um die Revision der Krankenversicherung. Volksinitiativen und Gegenvorschläge wurden vom Souverän abgelehnt. Am 19. August 1981 legte der Bundesrat eine Botschaft samt Gesetzentwurf über die Teilrevision des KVG vor. Am 6. Dezember 1987 wurde das sogenannte Sofortprogramm im Verhältnis 3 zu 1 vom Souverän verworfen.

Unterdessen ist die Krankenkassen-Initiative ebenso wuchtig verworfen worden, wie sie unterzeichnet war. Eine Initiative der SP und der ihr nahestehenden Gewerkschaften ist noch hängig. Sie steht in ihrem Gehalt in einem scharfen Gegensatz zum vorliegenden Projekt des Bundesrates.

Der Ständerat hat sie behandelt und mit klarem Mehr ihre Verwerfung beantragt, ebenso der Nationalrat, wenn auch nicht mit dem gleichen Verhältnis von Zustimmung und Ablehnung. Unterdessen haben wir zweimal, im Herbst und im Winter – nicht zu unserer Freude und oft mit Schmerzen –, mit dringlichen Bundesbeschlüssen versucht, die Desolidarisierung zu

stoppen und die Kostenentwicklung nicht ungehemmt weiterwuchern zu lassen.

Eine neue Phase begann mit dem 6. Dezember 1987. Damals haben Departement und Bundesrat den Entschluss zu einer sorgfältig vorbereiteten Totalrevision der sozialen Krankenversicherung gefasst. Zuerst wurden bei vier Experten Lösungsvorschläge eingeholt. Unter der Leitung unseres Kollegen Schoch hat eine Expertenkommission von 26 Mitgliedern die Arbeit fortgesetzt. Alle Gruppen des Gesundheitswesens waren vertreten, von den Patientenorganisationen bis zum Eidgenössischen Versicherungsgericht, die Kantone, Spitäler, Berufs- und Standesorganisationen der Aerzte und Zahnärzte, die Krankenversicherer der sozialen Krankenversicherung und der privatwirtschaftlich tätigen Versicherungen.

Die Expertenkommission hat in 20 Sitzungstagen nach Vorgaben des Bundesrates gearbeitet. Aus unseren Reihen gehörten ihr neben dem verdienten Kommissionspräsidenten Schoch Frau Simmen und der Sprechende als Mitglieder an. Die Arbeit der Expertenkommission wurde in den Grundtendenzen eindeutig positiv aufgenommen, sowohl von den Vernehmlassern wie von einer weiteren Öffentlichkeit und vom Auftraggeber, dem Departement und dem Bundesrat.

In der Folge hat der Bundesrat, gestützt auf den Bericht der Experten, der Expertenkommission und das Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens, den nun vorliegenden Entwurf ausgearbeitet. Er trägt das Datum vom 6. November 1991. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat die Vorlage zwischen dem 6. April und dem 6. November 1992 in 15 Sitzungen beraten. Sie führte eine umfassende Expertenanhörung durch. In zwei Subkommissionen wurden zusätzlich materielle Probleme bearbeitet.

Ich benütze die Gelegenheit, unserem Kommissionssekretär, Herrn Zehnder vom Fachdienst IV der Parlamentsdienste, zu danken. Mein Dank gilt ebenso dem BSV mit Herrn Direktor Walter Seiler und Herrn Vizedirektor Markus Moser an der Spitze. Von ihrem Wissen konnten wir zehren, und mit ihnen haben wir hin und wieder auch kräftig gestritten.

Ich muss immerhin darauf verweisen, dass sich die Frage stellt, was wir nun mit den Papieren, Vorschlägen und Ratschlägen, die in den letzten Tagen auf unsere Häupter nur so heraberegnet sind, tun wollen. Insbesondere ein wenig irritiert – ich sage das offen – bin ich über das Vorgehen der Kartellkommission. Sie hat im Rahmen dieses Vernehmlassungsverfahrens eine Eingabe zuhanden der Expertenkommission Schoch gemacht. Dieses Vernehmlassungsverfahren und die Vernehmlassung der Kartellkommission sind bearbeitet worden und haben nach meinen Feststellungen – mit einer einzigen Ausnahme – in den Entwurf des Bundesrates Eingang gefunden.

Nun legt die Kartellkommission – das ist ihr gutes Recht; es ist sogar ihre Pflicht – ein interessantes Papier vor; allerdings geschieht dies zu einem relativ ungünstigen Zeitpunkt, nämlich zu Beginn der Beratungen im Ständerat.

Ich beantrage Ihnen, auf die Anträge, die hierzu ausgearbeitet wurden, und auf diese Überlegungen in unserem Rat nicht zu sehr Rücksicht zu nehmen, sondern das dem Zweitrat zu überlassen, der sich intensiv mit den Arbeiten dieser Kommission auseinandersetzen soll. Von mir aus gesehen wäre es wünschenswert, wenn zwischen der Kartellkommission und den Kommissionen, die ein umfassendes Projekt wie das vorliegende anzugehen haben, eine bessere Koordination durch die beteiligten Departemente und den Bundesrat sichergestellt würde. Auf die anderen Entwürfe, Anregungen, Anträge werden wir an Ort und Stelle eingehen, soweit sich die Kommission damit befasst hat.

Die Kommission selber ist am Schluss ihrer langen und intensiven Beratungen einstimmig auf die Vorlage eingetreten. Bei dieser Eintretensdebatte soll über die grossen Linien der Vorlage gesprochen werden, über Kernpunkte und Eckwerte, über die «Grundzüge der Vorlage», die der Bundesrat auf den Seiten 33 bis 48, ferner im finanziellen Teil der Botschaft darstellt.

Es sind in der Tat die politisch entscheidenden Fragen, die dort ausgebreitet werden. Ich halte mich an die benützte Systematik und führe dazu folgendes aus:

1. Verstärkung der Solidarität: Soziale Krankenversicherung im Bereich der Grundversicherung ist Ausübung von mehrfachen Solidaritäten im Umlageverfahren; wenn Sie es einfacher haben wollen: Umverteilung im grossen Stil. Es überrascht nicht, dass diese Solidarität zwischen Jung und Alt, zwischen Arm und Reich, zwischen Stadt und Land, zwischen Männern und Frauen, zwischen Gesunden und Kranken bedrohlich ins Wanken geraten ist. Der erste dringliche Bundesbeschluss stellte den Versuch dar, die Desolidarisierung zu stoppen und die Solidarität wiederherzustellen.

Die Kommission schliesst sich mit dem Bundesrat und der Expertenkommission der Einführung des Obligatoriums an, um Kosteneindämmung und Solidarität praktizieren zu können. Das Obligatorium ermöglicht erst die volle Freizügigkeit. Es erfordert sie aber auch aus Gründen der Solidarität, nämlich betreffend die Aufhebung der Kollektivversicherung im Bereich der Krankenpflegeversicherung. Solidarität, und zwar in grossem Umfang, bedeutet die Gleichstellung von Mann und Frau. Unser Kollege Schoch hat in einem eindrücklichen Interview über das Problem des Obligatoriums folgende Ausführungen gemacht. Ich erlaube mir, ihn zu zitieren: «Wir brauchen diese Massnahme, um eine breite Abfederung und eine gesamtschweizerische Solidarität zu schaffen. Nur dann kann die Freizügigkeit durchgesetzt werden. Ich bin kein dogmatischer Anhänger des Obligatoriums, aber es gibt keine gesamtschweizerische Lösung ohne Obligatorium. Lehnt man das Obligatorium ab, dann lehnt man auch die Solidarität innerhalb der Gesamtbevölkerung ab. Das kann ich als Meinung durchaus akzeptieren, aber ich akzeptiere nicht den Ausweg über die Fürsorge für jene, die nicht ausreichend versichert sind. Es ist ein Etikettenschwindel, wenn jemand für eine zeitgemässe solidarische Krankenversicherung eintritt, gleichzeitig aber das Obligatorium ablehnt.»

Unter diesem Titel ist ferner das Giesskannenprinzip, das derart vielkritisierter, im Bereich der Krankenversicherung aufgehoben worden. Ich zitiere aus der Botschaft: «Die Solidarität zwischen Personen mit unterschiedlichen Einkommen wird durch das vorgeschlagene Subventionierungssystem spürbar verbessert. Alle Versicherten zahlen den Gesamtbetrag ihrer Prämie, doch wird denjenigen, bei denen die Prämie einen bestimmten Prozentsatz ihres Einkommens übersteigt, vom Staat die Differenz zwischen dieser Grenze und dem effektiven Prämienbetrag zurückerstattet.»

Es entsteht eine neue Rechtsbeziehung bezüglich der Verteilung der Mittel zwischen dem einzelnen Versicherten und seinem Kanton einerseits und zwischen dem Kanton und dem Bund andererseits. Der Weg geht nicht mehr vom Bund zu den Krankenkassen oder zu den Versicherern, nach dem Recht der sozialen Krankenversicherung, sondern er geht vom Kanton zum Betreffenden, der nach dem Gesetz Anspruch auf die Leistungen der Prämienverbilligung hat. Mir scheint, das ist ein wesentlicher Zug der Personalisierung im Rahmen einer Sozialversicherung; das ist richtig, das ist gut.

2. Kosteneindämmung: Unterdessen haben sich ja hier wunderschöne neudeutsche Formulierungen wie «Kostendämmung» eingebürgert. Für die Einschränkung der Kosten in der Krankenversicherung scheint mir «Kosteneindämmung» immer noch der beste Begriff zu sein.

Neben der Sicherung der Qualität und der sozialen Zugänglichkeit steht diese Kosteneindämmung im Zentrum des Entwurfs. Ziel allen Bemühens ist es – auch in der neuen Versicherung –, die unvermeidliche Kostensteigerung mit der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung in Gleichschritt zu bringen. Warum das nicht erreicht werden kann, habe ich mit der Schilderung der Auftriebskräfte dargelegt. Es bleibt ein Faktum: Individuell und als Gesellschaft ist für uns die Gesundheit ein hohes Gut, und wir sind willens – sehr viele sind dazu auch in der Lage –, dafür mehr aufzuwenden als früher. Der Warenkorb von Herrn und Frau Schweizer zeigt hier eine deutliche, klare Umschichtung.

Die Mittel der Kosteneindämmung sind Kostenvermeidung und Kostenumlagerung zu günstiger produzierenden Leistungsanbietern. Dem dienen die Tarif- und Vertragsgestaltung und die behördliche Kontrolle. Dazu beitragen muss aber auch das weitere Verhalten der Leistungserbringer und der

Versicherer ebenso wie der Versicherten. Masshalten ist auch hier angesagt. Unnötiges ist nicht zu tun. Wenn die Autonomie der Tarifpartner scheitert, muss der Bund die gesetzliche Möglichkeit haben, mit ausserordentlichen Massnahmen ausserordentliche Preisentwicklungen im Interesse des Gemeinwohls aufzufangen.

Ich darf dazu auf die tabellarische Zusammenstellung in der Botschaft bezüglich der Bemühungen für die Kosteneindämmung verweisen – sie ist eindrucklich, und es ist dafür zu danken.

3. Ausweitung des Leistungskatalogs: Im Rahmen der sozialen Krankenversicherung mit dem Obligatorium haben die Versicherer neu ein Leistungspaket zu offerieren, das den heutigen Bedürfnissen der Patienten und dem Wissensstand der Medizin, der Pharmazie und der Pflege entspricht. Das verlangen die Wahlfreiheit des Patienten und die Behandlungsfreiheit der Medizinalpersonen: Grundgedanken, denen sich diese Revision verpflichtet weiss. Bisher hatten die Kassen von Gesetzes wegen Minimalleistungen zu erbringen, um Subventionen zu erhalten.

Ein Altmeister des sozialen Krankenversicherungsrechtes, Professor Maurer, bezeichnet denn auch das Gesetz, das jetzt noch Gültigkeit hat und aufgehoben werden soll, als ein reines Subventionierungsgesetz und nicht etwa als ein Gesetz mit materiellen Inhalten über gesundheitsrechtlich relevante Tatbestände.

In Zukunft sollen die Versicherer die neu definierten gesetzlichen Grundleistungen nach Krankenversicherungsgesetz – eingeschlossen das freiwillige Taggeld, sofern es vereinbart wurde, und in der Höhe, in der es vereinbart wurde – erbringen und dabei frei sein, den Leistungsfächer noch weiter zu öffnen – aber nur im Rahmen der vom Privatrecht normierten Zusatzversicherungen.

Ich erwähne nur einige der neu der sozialen Krankenversicherung zugeordneten Leistungen: Spitex, Rehabilitation, Prävention, Aufhebung der Aussteuerung, einschliesslich Uebernahme der Hotelkosten bei stationärem Aufenthalt. Auch hier ist der Gesetzgeber auf einer Gratwanderung: genügend, nicht zuwenig, nicht zuviel. Bundesrat und Kommission haben, entgegen dem, was einzelne meinen, immer wieder Sicherheitsriegel eingebaut. Die den Bundesrat beratenden Fachkommissionen sind in Zukunft personell so zu besetzen, dass sie den verschiedenen Interessen Rechnung tragen und nicht nur der einen oder anderen Seite.

4. Finanzierung: Der Entwurf kennt – wie das geltende Recht – für die obligatorische Krankenpflegeversicherung drei Finanzierungsquellen: Die Prämien der Versicherten, die Kostenbeteiligung der Patienten, die Beiträge der öffentlichen Hand. Wir sind sehr wahrscheinlich das einzige Land in Europa, in dem die Prämien der Versicherten – mit einem Anteil von jetzt 74 Prozent – die wichtigste Finanzierungsquelle der für die Kassen verfügbaren Mittel bilden. Auch das – und das besonders – verpflichtet zu hoher Qualität der Leistungen, zu Sparsamkeit im Umgang mit den Mitteln, besonders bei einem Obligatorium.

Der Entwurf bleibt bei den individuellen Kopfprämien. Hingegen soll es innerhalb eines Versicherers keine Prämienabstufungen nach Alter und Geschlecht, sondern zur Hauptsache nur noch nach Kantonen und Regionen geben.

Damit wird richtigerweise die Priorität der Kantone im Gesundheitswesen unterstrichen. Zu weiteren Prämienunterschieden werden die finanzielle Autonomie der Versicherer und die gewollte regulierende Konkurrenz führen. Kompetente Verhandlungen mit den Leistungserbringern, effiziente Führung der Kassen als Versicherungsunternehmen, eine substantielle Kostenkontrolle sind gefordert.

Die zweite Finanzierung ist die Kostenbeteiligung der Kranken. Ueber Ausgestaltung und Ausmass gehen die Meinungen seit Jahrzehnten auseinander. Für die einen sind sie für die Steuerung des Systems nutzlos, für den Gesetzgeber sind sie ein Mittel, um der sogenannten «surconsommation médicale» Grenzen zu setzen. Entscheidend ist hier, dass sie auf den stationären Bereich – sowohl Behandlung wie Unterkunft – ausgedehnt werden.

Die dritte Finanzierungsquelle sind die Beiträge der öffentli-

chen Hand. Hier hält sich der Entwurf an eine – das muss betont werden – von beiden Räten im Jahre 1988 überwiesene Motion mit dem Ziel, die Bundesbeiträge nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten auszurichten.

Während der Bund für die Prämienverbilligung rund 2 Milliarden Franken – also plus 700 Millionen pro Jahr – aufbringt, haben die Kantone zusammen 1 Milliarde – eingerechnet die bisherigen Zahlungskosten an Versicherer – zu finanzieren. Die Leistungen der Kantone an das Gesundheitswesen sind heute schon beachtlich; sie betragen im Schnitt etwa 20 Prozent der kantonalen Staatsausgaben und liegen regelmässig an zweiter Stelle, hinter Bildung und Wissenschaft.

Es ist immer noch so, dass das Gescheiterwerden die Kantone mehr kostet als das Gesünderwerden. Mit dem, was jetzt dazu kommt, kann gesagt werden, dass die einkommensbezogene Komponente in der Krankenversicherung erheblich angewachsen und verbessert ist.

Für unsere Mitbürgerinnen und Mitbürger stellt sich die Frage weniger nach dem Finanzierungssystem, sondern nach der sehr konkreten Auswirkung auf das eigene Portemonnaie. Die Frage kann nur individuell beantwortet werden – ich darf immerhin auf die Berechnungsbeispiele in der Botschaft verweisen –; einzelne Trends sind zu erwarten, sind zu bestätigen. Leute, die bei Billigkassen versichert sind, haben mit grossen Aufschlägen zu rechnen. Wer eine individuelle Prämienverbilligung durch die öffentliche Hand zugute hat, kann mit einer Entlastung rechnen. Begünstigt werden – und das ist sozialpolitisch richtig – ältere Personen, die zudem in einer überalterten Krankenkasse – besser und verständlicher gesagt: in einer Krankenkasse mit vielen älteren Mitgliedern – Platz gefunden haben.

Zusammenfassend gilt die Feststellung des Bundesrates: «Für den einzelnen Versicherten von Bedeutung ist, in welcher Eintrittsaltersgruppe er sich heute befindet und ob seine Krankenkasse eine eher günstige oder ungünstige Risikostruktur aufweist und wie hoch sein steuerbares Einkommen ist.»

5. Taggeldversicherung: Das Krankenversicherungsgesetz will den Versicherten gegen die finanziellen Folgen von Krankheit absichern. Dazu gehört bei Arbeitsunfähigkeit der Erwerbsausfall. Bereits das Gesetz von 1911 sieht das tägliche Krankengeld vor; das geltende Recht kennt diese Leistung. Obwohl nicht Gegenstand der Arbeit der Expertenkommission Schoch, wurde diese Leistung ausdrücklich in die Systematik des Entwurfes aufgenommen.

Die Frage scheint weniger zu sein, ob im Rahmen der sozialen Krankenversicherung ein zweiter Pfeiler besteht, sondern wie er ausgestaltet wird. Hier gehen die Meinungen wesentlich auseinander. Privatversicherer, die neu im Bereich der Krankenpflegeversicherung tätig sein können, bevorzugen es, nicht in die soziale Krankenversicherung einbezogen zu werden.

Ein bundesrätlicher Entwurf sah massive Leistungsverbesserungen vor: Er wurde in der Vernehmlassung heftig kritisiert und prompt zurückgezogen. Der Bundesrat betont, es gehe ihm heute vor allem um die dringend nötige Revision der Krankenpflegeversicherung, daher verzichte er auf eine substantielle Aenderung, insbesondere auf die früher schon einmal im Parlament abgelehnte obligatorische Ausgestaltung, die jetzt in der Initiative der SP und der Gewerkschaften ausdrücklich gefordert werde.

Daher wird Ihnen eine Taggeldversicherung vorgelegt, die freiwillig ist, die von den Versicherern nach KVG gemäss diesem Gesetz, auch hier mit der Möglichkeit der Zusatzversicherung, erbracht werden muss. Sie ist als Kollektivversicherung – anders als die Krankenpflegeversicherung – oder als Individualversicherung ausgestaltet. Die Höhe des Taggeldes unterliegt der individuellen vertraglichen Vereinbarung.

Ich fasse meine Ausführungen zusammen: Der vorliegende Entwurf bringt nach Einschätzung der Kommission einen qualitativ angemessenen Leistungskatalog mit einem Obligatorium und voller Freizügigkeit; Freiheit und Bindung bei den Beteiligten in einem ausgewogenen Mass mit der Option der Freiheit und der sozialen Verantwortung; eine verbesserte Solidarität zwischen Jung und Alt, Arm und Reich, Krank und Gesund durch die Aufgabe des Giesskannenprinzips und der

Subventionierung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit; ein reichhaltiges Instrumentarium zur Kosteneindämmung – es soll niemand kommen und behaupten, dieser Akzent wäre in dieser Vorlage nicht oder in ungenügendem Mass vorhanden, man muss ihn nur finden, und man muss wissen, wo und wie er wirkt –; die Chance eines erhöhten Wettbewerbes sowohl unter den Versicherten wie unter den Leistungserbringern; eine stärkere Beteiligung der öffentlichen Hand, also von Bund und Kantonen.

Gestützt auf jahrelange und gründliche Vorbereitung wurde jetzt ein Entwurf erarbeitet, der wegen seiner allgemein richtigen Richtung – hin zu einer Ausgewogenheit zwischen Freiheit und Bindung, zwischen Masshalten und Verbesserung der Leistung, hin zum veränderten Subventionssystem nach wirtschaftlicher Leistungskraft, wenn auch mit Seufzen, Wehklagen und nur versteckter Freude – eine faire Chance hat, zum neuen Recht der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz zu werden.

Erinnern wir uns alle daran: Am Wissen, worum es geht, hat es uns nie gefehlt, wohl aber am Willen.

**Seller Bernhard:** Das Gesundheitswesen der Schweiz gehört erwiesenermassen europa- und weltweit zu den besten. Darauf dürfen wir sicher stolz sein. Es ist ein gutausgebautes Instrument, aber es kostet auch etwas. Gemäss OECD-Statistiken liegen unsere Kosten mit 7,4 Prozent des Bruttoinlandproduktes – das war 1989 – leicht über dem Durchschnitt. Unsere Nachbarstaaten Frankreich, Deutschland, Oesterreich haben aber höhere Werte als wir. Ebenso gut versorgt sind wir in der Schweiz mit Krankenversicherungen – mindestens zahlenmässig – durch sogenannte offizielle Krankenversicherungen, aber auch durch Privatversicherungen.

In den letzten Jahren sind uns die Kosten für das Gesundheitswesen entglitten, das heisst, sie stiegen von Jahr zu Jahr viel stärker an als zum Beispiel die Teuerung. Mit Dringlichkeitsmassnahmen versuchten wir auch in unserem Rat – nach meiner Meinung allerdings mit bescheidenem Erfolg –, diese Kostensteigerung zu bremsen. Es ist deshalb verständlich, dass dringlich ein neues KVG gefordert wird. Diese Forderung beinhaltet gleichzeitig Zielsetzungen für das neue Gesetz. Es sollte in erster Linie die steigenden Kosten in den Griff bekommen oder diese wenn möglich sogar reduzieren. Das sind die Forderungen von gewissen Leuten ausserhalb dieses Raumes. Dieser Wunsch ist schwierig erfüllbar – Herr Kommissionspräsident Huber hat das bereits ausgeführt –, wenn man nicht auf ein gutausgebautes, modernes und erst noch föderalistisch konzipiertes Gesundheitswesen verzichten will, und das wollen wir nicht.

Nachdem Kommissionspräsident Huber sehr ausführlich über das Gesetz und seine Vor- und Nachteile referiert hat, möchte ich nicht alles wiederholen und mich kurz fassen. Ich beschränke mich auf ein paar Punkte, die mir in diesem Gesetz wichtig scheinen:

1. Eine Hauptzielrichtung des vorliegenden Entwurfs ist die Stärkung der Solidarität unter den Versicherten; das heisst, die Lasten sollen gegenüber heute gerechter verteilt werden. Mir ist klar, dass die Solidarität nur zum Tragen kommt, wenn die Versicherung für jedermann obligatorisch ist. Auch wenn angenommen wird, dass 99 Prozent unserer Bevölkerung versichert sind, hört man doch in der heutigen Zeit der Rezession von seiten verschiedener Krankenkassen, dass junge Arbeitslose ihre Prämien nicht mehr bezahlen wollen oder können. Man hört auch von jüngeren Leuten, die nicht mehr in Kassen eintreten oder sogar austreten. Wenn nun mit dem neuen Gesetz die Einheitsprämie eingeführt und damit von jungen Leuten Solidarität mit den älteren Mitbürgern verlangt wird, drängt sich meiner Meinung nach ein Obligatorium auf.

2. Den neu geschaffenen Lastenausgleich finde ich ebenfalls positiv. Wir verlassen damit das bisherige unbefriedigende Giesskannenprinzip und unterstützen mit öffentlichen Mitteln nur noch Versicherungsnehmer, die tatsächlich im Verhältnis zu ihrem Einkommen zu hohe Prämien bezahlen müssen oder sie eben nicht mehr bezahlen können.

3. Angestrebt wird schliesslich die volle Freizügigkeit des Kas- senwechsels und auch der Kassenwahl. Nach einer gewissen

Uebergangszeit – wir haben im Gesetz zehn Jahre vorgesehen – sollte damit ein echter Wettbewerb zum Spielen kommen und so mithelfen, schliesslich Kosten zu sparen. Um aber für die Kassen gleich lange Spiesse zu schaffen, muss ein Risikoausgleich mit einem Fonds sogenannt benachteiligte Kassen unterstützen. Mit dem Dringlichkeitsrecht, das wir letztes Jahr in unserem Rat beschlossen haben, beginnt diese Ausgleichszahlung bereits ab 1993 zu spielen.

4. Mir scheint es weiter zeitgemäss, dass wir die privaten Versicherungen unter bestimmten Voraussetzungen auch an der Krankenversicherung teilhaben lassen. Diese haben zum Beispiel schon seit langem die Taggeldversicherung angeboten. Diese Möglichkeit soll nun auch den offiziellen Krankenkassen offenstehen. Diesbezüglich finde ich Freiwilligkeit nach wie vor die richtige Lösung.

5. In und ausserhalb der Kommission umstritten sind die sogenannten Notmassnahmen, wie Globalbudgetierung, aber auch Massnahmen im Tarif- und Vertragsbereich. Die jüngste Vergangenheit hat jedoch gezeigt, dass es ohne staatliche Eingriffe im Gesundheitswesen oft zu Ueberbordungen kommen kann. Ich erachte es aber als richtig, dass einige Hindernisse zu überwinden sind, bevor diese sogenannten Notmassnahmen in Kraft gesetzt werden können. Solche Hindernisse haben wir eingebaut. Wir haben bei diesen Massnahmen auch die Kantone entsprechend berücksichtigt.

Persönlich finde ich den Entwurf ein praktikables Instrument, um das Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Dabei nehme ich einen bescheideneren staatlichen Dirigismus in Kauf.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten und ihr zuzustimmen.

**Frau Beerli:** Erlauben Sie mir, mit einer Feststellung zu beginnen, die ob all der berechtigten Diskussion um die Kosten- und Prämienexplosion oft etwas in Vergessenheit gerät: Wir haben in der Schweiz ein qualitativ sehr hochstehendes Gesundheitswesen, das in der ganzen Welt einen ausgezeichneten Ruf genießt. In unserem Gesundheitswesen sind etwa 200 000 Arbeitnehmer tätig. Die Einrichtungen sind im ganzen Land flächendeckend. Das Gesundheitspersonal und die Medizinalpersonen sind sehr gut ausgebildet, und der Weiterbildung und der Forschung wird hohe Aufmerksamkeit geschenkt. Wer krank wird, ob reich oder arm, hat die Gewähr, sehr gut bis optimal betreut zu werden. Dies ist keine Selbstverständlichkeit und in vielen Industrienationen ein Ziel, das lange nicht überall erreicht ist.

Es gilt also neben all der berechtigten Kritik wegen der hohen Kosten auch Sorge zu tragen zu diesem komplexen Gebilde des Gesundheitswesens. Wir dürfen nicht an den Grundfesten rütteln und namentlich keine weiteren Schritte hin zur Verstaatlichung tun. Die heute zur Beratung anstehende Vorlage baut auf Bewährtem auf, enthält aber dort, wo es nötig ist, um Missstände zu beseitigen, auch grundlegende Neuerungen. Lassen Sie mich zu vier Punkten kurz Stellung beziehen:

1. Die Vorlage bringt eine Stärkung der Solidarität zwischen Alt und Jung, zwischen Krank und Gesund, zwischen Frauen und Männern. Es soll und darf nicht mehr vorkommen, dass ein Versicherter beim Wechsel der Versicherung einen Vorbehalt auferlegt erhält, dass er später, wenn er krank wird, neben seinem Leiden auch noch grosse Kosten zu tragen hat.

2. Die Prämien zwischen Frauen und Männern werden, was wegen des Neins zum EWR wiederum Bedeutung erlangt hat, spätestens beim Inkrafttreten dieses neuen Gesetzes vereinheitlicht werden. Solidarität ist jedoch nur möglich, wenn parallel dazu auch eine Versicherungspflicht besteht, denn sonst kann sie jederzeit unterlaufen werden. Das Obligatorium ist somit der zweite grundlegende Pfeiler dieser Vorlage, an dem nicht gerüttelt werden darf.

3. Ein wichtiges Element sind die kostenstabilisierenden Massnahmen. Ich spreche extra nicht von Kostensenkung, da ich davor warnen möchte, überhöhte Erwartungen zu wecken: Ohne Leistungsabbau gibt es keine Kostensenkung, und Leistungsabbau will niemand. Es muss uns jedoch gelingen; die Kosten zu stabilisieren. Dazu stellt das Gesetz die nötigen Werkzeuge zur Verfügung. Erstrangige Bedeutung hat meiner Ansicht nach in der Reihe der Sparwerkzeuge die abschlies-

sende Aufzählung der in der Grundversicherung zu übernehmenden Leistungen. Der Leistungsauftrag wurde in zu verantwortender Weise etwas ausgedehnt: die Leistungsbegrenzung auf 720 Tage bei Spitalaufenthalt fällt weg, neu sind Leistungen im Spitex-Bereich und bei ärztlich angeordneter Prävention enthalten. Darüber hinaus sind jedoch keine weiteren, sogenannt freiwilligen Leistungen mehr möglich. Hier dürfen wir keine weiteren Tore öffnen, wenn wir nicht klar einen weiteren Kostenschub in Kauf nehmen wollen.

4. Als weitere kostenstabilisierende Faktoren sieht das Gesetz alternative Versicherungsformen vor: frei wählbare Kostenbeteiligungen, Bonusversicherung und sogenannte Health Maintenance Organization (HMO). Auch hier ist, namentlich bei den HMO, vor übertriebenen Erwartungen zu warnen. Eine HMO kann erst dann zu Kosteneinsparungen führen, wenn sie sehr gross und vertikal integriert ist, das heisst, wenn Allgemeinpraktiker, Spezialisten bis hin zum Spital in der Einrichtung enthalten sind, wie dies zum Beispiel in den USA vorkommt. Kleine HMO hingegen, die immer wieder delegieren und weiterweisen müssen, haben nur eine geringe Effizienz.

Trotz meiner Warnung vor übertriebenen Erwartungen bin ich der Meinung, das im Gesetz verankerte Instrumentarium sei brauchbar, vor allem auch umsetzbar und griffig.

Letzter wichtiger Teil der Vorlage, den ich erwähnen möchte, ist das neue System der Verteilung der Bundessubventionen: Wurden bis anhin die Subventionen an die Kassen ausbezahlt und von diesen nach dem Glesskannenprinzip zur Verbilligung aller Prämien benützt, so wird nun der von 1,3 Milliarden auf 2 Milliarden erhöhte Betrag der Bundessubventionen an die Kantone ausbezahlt und von diesen gezielt für Prämienzuschüsse an Personen und Familien verwendet, bei denen die Prämienzahlungen einen vom Kanton festgelegten Prozentsatz des Einkommens übersteigen. Dies ist direkt und gezielt, es ist ein effizienter Einsatz von Subventionen und in diesem Sinn ein sehr soziales System.

Ich bitte Sie um Eintreten auf die Vorlage.

**Onken:** Ich habe mich in der Schlussabstimmung nach beendetem Kommissionsarbeiten der Stimme enthalten: nicht aus Halbherzigkeit, nicht aus Unentschiedenheit, sondern weil diese Enthaltung meine Empfindung zwischen Zustimmung und Vorbehalten traf, weil sie meiner Gefühlslage zwischen Hoffnung einerseits und Enttäuschung andererseits entspricht; eine Gefühlslage, die mich nicht bereitwillig zustimmen liess, die mich aber auch vor einer Ablehnung zurückgehalten hat, und die insbesondere die Hoffnung ausdrückt, dass diese Gesetzesvorlage noch weiter verbessert werden kann. Ich fühle mich auch in gewisser Weise, jenseits ihrer politischen Zusammensetzung, der Kommissionsgemeinschaft verpflichtet, der ich angehört habe. Ich zolle ihrer Beratung und ihrer Integrationsbemühung durchaus meinen Respekt. Beim Eintreten kann es nur um die grossen politischen Leitlinien gehen; die Feinarbeit ist der Detailberatung vorbehalten. So möchte ich darlegen, wo aus meiner Sicht die Vorteile, aber auch die Mängel dieser Vorlage liegen, wo Fortschritte erzielt worden sind, wo wir auch nur an Ort treten, wo es möglicherweise sogar Nachteile gibt.

Ein erster ausgeprägter Pluspunkt ist ganz sicher das Obligatorium in der Krankenpflege-Grundversicherung, das gerade von unserer Seite immer wieder gefordert worden ist, weil nur damit eine wirkungsvolle, durchgehende Solidarität unter den Versicherten gewährleistet werden kann. Solidarität, dieses arg strapazierte, angegriffene Wort, ist im Rahmen dieser Sozialversicherung tatsächlich erforderlich, stärker erforderlich als in der Vergangenheit: zwischen Alten und Jungen, zwischen Kranken und Gesunden, zwischen Männern und Frauen, aber auch zwischen Reichen und Armen. Niemand soll sich aus dieser Solidarität davonstellen können.

Ein zweiter Pluspunkt ist die gesetzlich gefestigte, verbindliche Beendigung der Entsolidarisierung, wie wir sie in den letzten Jahren haben feststellen müssen und wie wir sie schon mit den dringlichen Massnahmen zu bekämpfen versucht haben. Die Hindernisse beim Uebertritt zwischen den Kassen werden ausgeräumt. Durch mehr Wettbewerb unter den Anbietern,

durch eine uneingeschränkte Freizügigkeit für die Versicherten soll eine kostendämpfende, vielleicht sogar prämienstabilisierende Dynamik entstehen, von der alle profitieren.

Doch profitieren davon wirklich alle? Wird die Beweglichkeit, namentlich die der älteren Versicherten, so gross sein, wie wir das erwarten? Gibt es neben der ausgeprägten Betriebstreue, wie wir sie in der Schweiz kennen, nicht vielleicht auch eine Art «Versicherungstreue», ein ganz natürliches Beharrungsvermögen, das der erwarteten und erwünschten marktwirtschaftlichen Flexibilität entgegensteht? Werden sich die Risiken innerhalb von wenigen Jahren tatsächlich so ausgeglichen auf die verschiedenen Versicherungsträger verteilen?

Ich meine – zusammen mit meinem Kollegen Gian-Reto Plattner, der dazu einen Antrag gestellt hat –, dass die Begrenzung des Risikoausgleichs auf zehn Jahre falsch ist und dass sie überdacht werden sollte.

Ein dritter Pluspunkt: Mehr Wettbewerb, ganz gewiss; mehr Frischluft in den abgeschotteten Nischen unseres Gesundheitswesens; mehr Markt und damit auch mehr Druck auf die Preise. Hier sind willkommene Voraussetzungen geschaffen worden, etwa mit der erhöhten Transparenz oder mit der verbesserten Vergleichsmöglichkeit für die Versicherten, etwa mit der Vertragsfreiheit oder mit der liberaleren Ausgestaltungsmöglichkeit der Tarifverträge, die es beispielsweise den Kassen erlauben, kostengünstigere Anbieter zu bevorzugen, etwa auch mit der Zulassung neuer Bewerber, von denen auf diesem Markt frische Impulse ausgehen können.

In diesem Zusammenhang bedaure ich es natürlich, dass beispielsweise die Suva, als eine besonders leistungsfähige und erfahrene Mitbewerberin, hier noch nicht einbezogen worden ist.

Aber mehr Markt allein löst nicht alle Probleme, löst sie insbesondere nicht auf einem «Angebotsmarkt», auf dem letztlich die Leistungserbringer die Leistungen und auch die Preise bestimmen können. Ich nenne zum Beispiel die Medikamentenpreise, für die das Gesetz keinen Durchbruch bringt. Das Bundesamt für Sozialversicherung wertet immer noch an seinem Referenzmodell herum, das der Preisüberwacher vorgeschlagen hat; Herr Bundesrat Cotti hat versprochen, dass dieses realisiert werden soll. Ich hoffe, dass das nun tatsächlich kommt, damit auf diesem Gebiet Markt zumindest simuliert werden kann, wenn er schon nicht wirklich besteht.

Ich weiss aber auch nicht, wie sich die klare Scheidung in eine soziale Grundversicherung einerseits und in die individuelle Zusatzversicherung andererseits auswirken wird. Das ist von uns, denke ich, doch zu wenig ausgelotet worden. Ob diese freigegebene, sozusagen deregulierte Zusatzversicherung in Zukunft für Frauen, für Betagte noch erschwinglich ist, wenn risikogerechte Prämien bezahlt werden müssen? Da gibt es grosse Fragezeichen. Inwiefern wir mit dieser Entwicklung nicht auch wieder in eine Art Zweiklassenmedizin hineinlaufen, ist eine offene Frage.

Also, diese Pluspunkte sind schon mit gewissen Zweifeln, mit gewissen Schattenseiten verbunden. Es gibt nun aber eine Reihe von weiteren Fragen, wo sich Genugtuung und Enttäuschung bestenfalls die Waage halten.

Ich nenne als erstes die Taggeldversicherung: Hier fordern Gewerkschaften, Arbeitnehmervertretungen seit Jahren beharrlich ein Obligatorium, und wir müssen weiterhin darauf warten. Das Gesetz sieht lediglich – Sie wissen es – eine fakultative Lösung vor, die einfach nicht befriedigen kann; denn der gleiche Solidaritätsgedanke, der für die Krankengrundversicherung gilt, gilt im Grunde genommen auch für die Krankentaggeld-Versicherung und spricht auch hier für eine obligatorische Lösung.

Aber im Widerstreit der Interessen – die einen, die mehr wollten, die anderen, die gar nichts wollten, die sogar das Fakultativum am allerliebsten aus dem Gesetz herausoperiert hätten – erwies sich dann eben die fakultative Lösung als typischer helvetischer Kompromiss, der durch die Erweiterung der Mutterschaftsversicherung auf nun 16 Wochen noch etwas verschönt worden ist. Festsustellen bleibt aber, dass der politische Wille zu einer besseren und auch sozialeren, tragfähigeren Lösung hier offenkundig nicht vorhanden ist, und das bedauere ich.



Eine zweite Pattsituation sehe ich persönlich bei den Massnahmen zur Kostendämpfung. Auch hier gibt es unbestrittene Fortschritte. Die sollen nicht geleugnet werden, im Gegenteil, die möchte auch ich anerkennen. Man müsse sie nur suchen und finden, hat der Kommissionspräsident gesagt. Mit geballter Gewalt treten sie einem wirklich nicht entgegen, aber sie stecken in diesem Gesetz an etwelchen Stellen drin.

Nur, bei allem Respekt: Den Durchbruch erzielen wir mit diesen Massnahmen natürlich auch nicht. Man darf meines Erachtens nicht hoffen, dass in Zukunft die Behandlung tatsächlich an der Wurzel erfolgt und nicht länger nur Symptome therapiert werden. Ich glaube, hier ist teilweise zu kurz gegriffen worden. Wir verharren im Herkömmlichen, wir setzen das um, was schon in der jüngsten Vergangenheit immer diskutiert worden ist. Andere reden schon längst von Rationierung, und wir versuchen hier noch mit einer Rationalisierung der Kostenentwicklung Herr zu werden, mit Planungsmassnahmen der Kantone, über die diese Kantone schon in der Vergangenheit verfügt, die sie zu wenig genutzt haben, und die sie wahrscheinlich – weil Sanktionsmassnahmen fehlen – auch in Zukunft zu wenig nutzen werden.

Um gewisse Bereiche, gerade um den ambulanten Bereich, hat man meines Erachtens einen weiten Bogen geschlagen, weil hier jede Massnahme, die wirklich greift, die vielleicht ein bisschen schmerzt, mit dem Aufschrei: «Staatsmedizin!» gekontert und abgeblockt wird.

Von den ausserordentlichen Massnahmen bei einer extremen Kostensteigerung haben wir nach einem epischen Ringen in der Kommission noch eine einigermaßen zerzauste, zurechtgestutzte kantonalisierte Globalbudgetierung retten können. Aber ein anderes, ebenfalls kostentreibendes Problem – nämlich die ungebremsste Zunahme von Medizinern, von Spezialisten auch, die sogenannte Aerzteplethora, wie die Aerzte selber sagen – wird mit diesem Gesetz überhaupt nicht angegangen: keine Zulassungsbeschränkungen, keine Vorschriften, die den Zustrom in irgendeiner Form eindämmen könnten, kein Sozialjahr vor dem Studium beispielsweise, keine gezielt verlängerte Ausbildung, keine Solidarität älterer Aerzte zugunsten der jungen, die die Arbeit aufnehmen wollen, schon gar keine Bedürfnisklausel. In diesem Gesetz gibt es schlicht keine Instrumente, mit denen diesem Problem wirkungsvoll begegnet werden könnte.

Wie haben heute im «Tages-Anzeiger» auf der ersten Seite den Titel «24 Lokomotivführer im Gepäckwagen», im nächsten Jahr sind es vielleicht 100! Begründung: Die SBB haben zu viele Lokomotivführer ausgebildet. Ja, das passiert den Aerzten nicht. Da macht jeder munter seine Praxis auf, und das führt dann über die Mengenausweitung – in den vergangenen Jahren schon und auch in Zukunft – zu einer Kostenspirale, die nach wie vor ungebremsst ist und die auch von unserer Kommission nicht angegangen worden ist.

Abschliessend noch zwei Punkte, die meines Erachtens, so wie sie jetzt im Gesetz stehen, dringend der Nachbesserung bedürfen, weil sie so nicht zu befriedigen vermögen.

Der erste Punkt ist die Kostenbeteiligung. Das Thema ist natürlich ein Dauerbrenner. Wir haben es auch bei den dringlichen Massnahmen mehrfach diskutiert. Ich wiederhole hier, dass in der Schweiz von einer geradezu einzigartig hohen Belastung der privaten Haushalte durch Gesundheitskosten auszugehen ist. Die Schweiz steht hier im Vergleich zu anderen Ländern mit grossem Abstand an der Spitze. Die Belastung der privaten Haushalte durch Gesundheitskosten beträgt in der Schweiz 56,5 Prozent. In 17 anderen untersuchten Ländern lag der Durchschnitt vergleichsweise bei 31,3 Prozent. Der EG-Durchschnitt beträgt beispielsweise 36,8 Prozent. 20 Prozent mehr als in den EG-Ländern bringt also hierzulande der einzelne Versicherte privat über Prämien und über andere Formen der Kostenbeteiligung auf. Diese Tendenz wird durch das Gesetz weiter verstärkt. Wir haben jetzt den Selbstbehalt im stationären Bereich, den wir schon mit den dringlichen Massnahmen eingeführt haben, gesetzlich festgehalten. Wir haben mit der vergleichsweise eng gefassten Grundversicherung und mit der Verlagerung auf die Zusatzversicherung ebenfalls wieder eine Kostenverschiebung auf die Versicherten hin, und wir haben überdies die unverflorene Erhöhung des Selbstbe-

haltes von 10 Prozent auf 15 Prozent im Gesetz. Diesem wachsenden Zugriff auf die Versicherten muss Einhalt geboten werden, um so mehr, als bei der Kostenbeteiligung erneut keine einkommensabhängige Lösung gefunden worden ist. Die wirtschaftlich Schwächeren, die mit kleinen Einkommen, werden davon unvergleichlich viel stärker betroffen als die mittleren Einkommen, geschweige denn die höheren, die davon weitgehend verschont sind.

Deshalb empfehle ich jetzt schon dringend, dem Minderheitsantrag meines Kollegen Roth zuzustimmen, der diesen Selbstbehalt wieder auf 10 Prozent begrenzen will, aber auch meinem eigenen Minderheitsantrag zu Artikel 56, nach dem Franchise und Selbstbehalt zusammen einen gewissen Betrag nicht überschreiten dürfen, womit also eine Begrenzung nach oben erfolgt.

Und schliesslich der letzte Punkt: Die vorgesehene Prämienverbilligung zur sozialen Ausgestaltung dieser Krankenversicherung ist natürlich der Dreh- und Angelpunkt; mit dem steht oder fällt diese Vorlage. Ich kann aber nicht zustimmen, wenn der Präsident von einer «kopernikanischen Wende» spricht – er hat es hier nicht getan, aber er hat es schon vor Pressevertretern gesagt. Das ist ein zu grosses Wort für die Aenderung, die wir hier vorsehen, auch wenn ich zugebe und ausdrücklich begrüsse, dass man endlich vom bisherigen Giesskannensystem weg zu sehr viel gezielteren Prämienermässigungen kommt. Aber wir verharren natürlich bei der letztlich ungerechten individuellen Pro-Kopf-Prämie, die keinerlei Rücksicht auf die wirtschaftliche Leistungskraft nimmt und keinen Solidaritätseffekt hat. Wir gehen nur über zu einem letztlich hochkomplizierten und – wie wir sehen werden – wahrscheinlich auch hochbürokratischen System, das nicht ganz frei ist vom Anstrich der Fürsorgeleistung, zu einem System, das ausgleicht, das verbilligt, wenn die Prämien einen gewissen Prozentsatz des Einkommens übersteigen, und zwar einen Prozentsatz, der erst noch von Kanton zu Kanton wechseln kann.

Diese kantonale Lösung, die jetzt vorgeschlagen ist, wo jeder Kanton einen anderen Prozentsatz festlegen kann, statt einer Bundeslösung, wie es die Expertenkommission noch gewünscht hat, ist wohl auch nicht das Gelbe vom Ei – vor allem nicht bei dieser Ausgestaltung, mit deren administrativen Details, mit deren praktischer Durchführung wir uns nie genau befasst haben, um zu überlegen, wie das im einzelnen funktionieren wird.

Mit dem Prozentsatz, der von den Kantonen festgelegt werden kann, und mit den Bundesbeiträgen, die nicht berechenbar, verlässlich, verpflichtend gesprochen werden müssen, sondern alle vier Jahre im Rahmen vielschichtiger Erwägungen und unter Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes jeweils neu festgelegt werden – was nichts anderes bedeuten kann, als dass hier ein verhängnisvolles Auf und Ab vorprogrammiert ist –, haben wir eine Lösung, der noch einiges an Verbindlichkeit, an Schlüssigkeit mangelt. Der Zweitrat wird gut daran tun, das System zu überdenken und offenkundige Schwächen auszubessern.

Fazit: Das Gelobte Land eines neuen, problemfreien Gesundheitswesens schaffen wir mit diesem Gesetz nicht. Auf die hohen Erwartungen, die geweckt worden sind, auf die Verheissungen wird auch wieder die Ernüchterung folgen. Ich räume ein: Im Gehege der sehr divergierenden Interessen auf diesem Gebiet, auf diesem höchst umstrittenen 25-Milliarden-Markt, um den es hier geht, und auch bei dem unschätzbaren Gut, der menschlichen Gesundheit, das im Mittelpunkt steht, bei alledem gibt es keine wirklich einfachen, schlüssigen Lösungen, sondern es gibt nur mühselige Kompromisse, oft sogar Quadraturen des Kreises, Gratwanderungen in sehr schwierigem, ja vermintem Gelände.

Das Beste, was man von der Kommissionsarbeit sagen kann, ist, dass die Kommission bei dieser Gratwanderung nicht allzu weit vom Weg der Tugend abgewichen ist und die mittlere Linie, wie sie auch die Expertenkommission vorgezeichnet hat, im grossen und ganzen nicht verlassen hat. Damit holt man sich zwar nicht gerade den Lorbeerkrantz für parlamentarische Innovationskraft, aber man hat damit doch eine faire Chance. Darauf kommt es letztlich an: politisch durchzukommen, vor



allein dann durchzukommen, möchte ich unterstreichen, wenn da und dort noch soziale Nachbesserungen gelingen.

**Schlesser:** Nachdem meine Vorredner in ihren Voten konkret auf die heutige Vorlage eingegangen sind, möchte ich in meinem Eintretensvotum einige Aspekte aufgreifen, die in Zukunft die Diskussion um unser Krankenversicherungssystem und unser Gesundheitswesen sehr wohl beherrschen könnten. Ob und wie rasch derartige Szenarien Wirklichkeit werden, hängt sehr stark, aber nicht nur, vom Erfolg jener Arbeit ab, die wir in der Kommission geleistet haben und die wir heute im Rat leisten.

Ausgangspunkt für diesen Ausblick in die Zukunft ist ein Datum, das weit in der Vergangenheit liegt, und zwar der 20. November 1906. Sie werden sich fragen, was dieser 20. November 1906 mit der Revision unseres Krankenversicherungsgesetzes zu tun hat. An diesem Tag wurde in London ein Schauspiel uraufgeführt, das den Originaltitel «The Doctor's Dilemma» trägt. Autor: George Bernard Shaw. Kernproblematik dieses Schauspiels: der Arzt als Herr über Leben und Tod. Die Besonderheit dieser Problematik: Es sind nichtmedizinische Gründe, die den Arzt bei seiner Entscheidung darüber leiten, wessen Leben er erhalten und wessen Leben enden soll.

Ueberträgt man diese Grundproblematik in die Gegenwart und lässt man Shaws harsche Kritik an der mangelnden ärztlichen Ethik als Effekt der Dramatik beiseite, so ist ohne weiteres denkbar, dass ärztliche Ethik und wirtschaftliche Tragbarkeit in Zukunft in einer Schärfe aufeinander prallen könnten, die unsere Gesellschaft vor riesige Probleme stellt. Wenn wir den enormen Kostendruck im Gesundheitswesen nicht in den Griff bekommen, werden wir uns in naher oder fernerer Zukunft damit befassen müssen, nach welchen politischen und gesellschaftlichen Leitlinien das medizinisch Machbare vom wirtschaftlich Tragbaren zu trennen sein wird. Das tönt generell relativ harmlos, sieht aber in der Praxis, wie gewisse Ansätze im Ausland offenlegen, ganz brutal aus.

Herr Onken hat es bereits angedeutet: Die Grenze des Rationalisierens im Gesundheitswesen müsste in einem solchen Fall hin zum Rationieren überschritten werden. Rationieren hiesse aber ganz konkret: Leistungsverweigerung gegenüber dem einzelnen Menschen, dem konkreten Individuum, obwohl diese Leistung aus medizinischer Sicht durchaus erbracht werden könnte. Das ist ein Szenario, das erschreckt und dem wir unter allen Umständen soweit als möglich vorbeugen müssen.

Ob dieses Vorbeugen so, wie wir es heute mit unserer KVG-Vorlage versuchen, Erfolg haben wird, ist unsicher. Zu viele Faktoren spielen bei der unaufhaltsamen Kostensteigerung im Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle. Manche wollen und können wir mit der Gesetzesrevision in den Griff bekommen; andere können wir kaum erfassen.

Da ist z. B. das Problem der Mengenausweitung, dem nur schwer beizukommen ist. Da ist vor allem der unaufhaltsame medizinische Fortschritt, der – so erfreulich dessen Ergebnisse für uns Menschen sind – zu einem weiteren gewaltigen Kostenanstieg führen wird. Hier Schranken zu setzen, wird beinahe unmöglich. Auch Instrumente wie Globalbudgetierung oder Beschränkung des Grundangebotes der sozialen Krankenversicherung werden kaum ausreichen, die Mehrkosten, die durch diesen medizinischen Fortschritt unaufhaltsam entstehen, in vernünftigen Grenzen zu halten.

Dabei laufen wir – wie das im Bereich des Gesundheitswesens schon immer der Fall war – Gefahr, dass eine Zweiklassenmedizin endgültig Wirklichkeit werden könnte, weil eben nicht mehr für alle alles bezahlbar ist, was medizinisch machbar wäre. Wesentliches wird davon abhängen, ob wir mit der vorliegenden Revision unseres Krankenversicherungssystems dieses System so umbauen können, dass die vorhandenen Mittel eine Grundversorgung zu gewährleisten vermögen, die das Entstehen einer Zweiklassenmedizin wirksam verhindert. Schliesslich gestatte ich mir noch eine Bemerkung, die – dessen bin ich mir sehr wohl bewusst – ganz und gar nicht in unsere Zeit hineinpasst, in eine Zeit, die geprägt ist vom Ideal der Jugendlichkeit, des Starken, des Erfolgreichen, des von Gesundheit Strotzenden – eine Zeit, in der Krankheit, Gebrechen

und Tod an den Rand gedrängt und verdrängt werden: Gelitten und gestorben wird in unserer Gesellschaft in Krankenhäusern, in Pflege- und Altersheimen, auf jeden Fall abgesondert. Vielleicht müssen wir uns wieder damit befassen, dass Krankheit, Gebrechen und Tod ebenso zu unserem Leben gehören wie Gesundheit, Jugend und Erfolg.

Unsere Zeit lehnt es ab, sich mit dem Sinnbarmachen des scheinbar Sinnlosen zu beschäftigen. Wir fordern nur noch kategorisch und unter allen Umständen «Reparatur» von Krankheit und Gebrechlichkeit. Das ist wahrlich eine schwierige Ausgangslage für eine sinnvolle und nachhaltige Revision unseres Krankenversicherungssystems. Dennoch bleibt uns kein anderer Weg als die vorliegende Revision des Krankenversicherungsgesetzes.

Ich bin für Eintreten und rasche Verabschiedung, auch wenn wir nach den Worten von Kollege Onken noch irgendwo zwischen Ptolemäus und Kopernikus herumirren. Ich hoffe aber, dass man nach Verabschiedung dieser Revision dereinst wird sagen können: Es hat sich doch etwas bewegt.

**M. Roth:** La maladie était autrefois une cause principale de l'indigence. L'assurance-maladie s'est substituée à l'assistance. Elle a joué un rôle essentiel et elle a permis de réaliser d'importants progrès sociaux. Elle est donc indispensable, mais pour qu'elle subsiste, elle a besoin d'une réforme fondamentale.

L'assurance-maladie n'est pas une assurance comme les autres et, de ce fait, elle exerce une grande influence sur le coût de la santé. Dans toutes les autres assurances, il faut qu'un événement contrôlable, indépendant de la volonté, se produise. Ainsi, par exemple, on parle dans l'AVS de l'âge terme ou du décès. Ce n'est pas du tout le cas de l'assurance-maladie: c'est l'assuré lui-même qui décide s'il veut consulter le médecin; c'est le médecin ensuite qui prescrit en toute liberté le traitement qu'il juge adéquat; c'est l'industrie pharmaceutique qui fixe en premier lieu le prix des médicaments; ce sont les hôpitaux qui déterminent les taxes hospitalières et la durée d'hospitalisation, la plupart du temps; enfin, c'est le personnel paramédical qui évalue le prix de ses services. Bref, en contradiction totale avec l'adage «qui paie, commande», l'assurance-maladie paie et ne commande rien du tout. Toutes les dépenses lui étant imposées de l'extérieur, que l'assurance-maladie soit dès lors exposée à des surprises et à des exigences de toute sorte, cela n'a rien d'étonnant!

«Trop de monde cherche à en profiter au maximum, dans une insouciance totale des autres, et les professionnels de la santé profitent eux aussi de la solvabilité sans limite de leurs clients», écrivait récemment un économiste français.

Qui accuser? Tout le monde et personne. C'est là un phénomène d'époque, phénomène dû avant tout au développement inattendu et extrêmement rapide des sciences médicales.

L'assurance-maladie, généreusement, a cherché à mettre les nouvelles découvertes à la portée de tous. Ne comportant pas de frein ou pas de frein suffisant, elle n'a pu maîtriser les dépenses, et les bénéficiaires, n'étant pas brimés dans leurs désirs, ne se sont pas demandés d'où venait l'argent. Tout le monde s'est comporté comme si un pactole coulait, intarissable, où chacun n'avait qu'à puiser. Mais, soudain, en quelques années – cinq ou six ans – la rivière a gonflé démesurément, puis elle a débordé. Le réveil fut d'ailleurs plus rapide et plus brutal qu'on aurait pu l'imaginer. La prise de conscience se produisit presque en même temps dans tous les pays d'Europe occidentale. Elle a coïncidé avec la récession. On s'est alors rendu compte qu'en dépit du fléchissement de l'économie, de la stabilisation des tarifs les dépenses de soins continuent, elles, à augmenter comme au beau temps de la haute conjoncture.

Dès lors, l'assurance-maladie, un peu partout, est prise à partie. L'image peut-être la plus suggestive émane d'un auteur suisse qui compare l'assurance-maladie à «un magasin self-service sans caisse à la sortie». Tous les milieux, des pouvoirs publics aux simples citoyens, sont aujourd'hui inquiets. Les assurés ont fini par comprendre que ce sont eux en dernier ressort qui paient la facture. Ils prennent peur, car ils se sentent coincés, tributaires d'un système dont ils ne savent plus

comment se dépêtrer. Ne pas s'assurer en cas de maladie, au prix que coûte une opération, même en division commune? Qui oserait aujourd'hui renoncer? Mais, une fois assurés, les gens constatent que leurs cotisations augmentent à un rythme vertigineux et sont de plus en plus disproportionnées par rapport aux autres dépenses du ménage.

En résumé, partout on réclame une politique de la santé, de meilleurs soins à moindre frais. Est-ce que cela est possible? Passer aux actes, oui, mais comment?

Je ne reviendrai pas sur les difficultés rencontrées par la mise en place de la Lama qui est aujourd'hui encore appliquée pratiquement dans les mêmes termes qu'il y a 70 ans. Cette loi est en premier lieu une loi de subventionnement qui ne peut plus faire face au développement multiforme du système de santé. Après plusieurs échecs populaires, dont le dernier en date a été celui de 1987, il fallait remettre l'ouvrage sur le métier et la commission du Conseil des Etats a donc, dans un temps particulièrement bref en regard de l'ampleur d'un tel projet, examiné et amendé le projet du Conseil fédéral. Ce projet est à présent connu. Il n'est pas inutile toutefois d'en tracer ici les grandes lignes. L'orientation principale – vous l'avez déjà entendu ce matin – est le renforcement de la solidarité entre les assurés, d'une part, et aussi entre les caisses elles-mêmes. Cela signifie que les charges entre les différents acteurs de la santé doivent être mieux réparties et surtout d'une manière plus juste que ce n'est le cas aujourd'hui.

L'introduction d'une prime unique par caisse et par canton devrait avoir pour effet que les plus jeunes générations supportent pleinement les charges des assurés plus âgés. Le système de subventionnement doit éviter l'arrosage et serait utilisé pour réduire des primes trop élevées en fonction d'un pourcentage du revenu imposable de l'assuré. Le libre passage intégral entre les caisses, sans désavantages pour les assurés, devrait être garanti avec une période transitoire d'adaptation.

L'institution d'une assurance de base obligatoire est rendue nécessaire pour garantir la solidarité. Le catalogue des prestations à charge de l'assurance de base a été étendu. Cette amélioration était rendue nécessaire puisque, selon le projet, les assurances complémentaires devraient être conclues selon le droit privé avec des primes proportionnées aux risques. Dans ces conditions, les assurés plus âgés ou les assurés malades devraient payer cette assurance complémentaire beaucoup trop cher. Qui pratique également l'assurance-maladie est en plus contraint d'offrir l'assurance-indemnité perte de gain facultative.

Dans le domaine de la réduction des coûts, pour rapprocher l'augmentation des coûts de la santé publique de l'augmentation des prix et des salaires, le projet permet la conclusion à des conditions avantageuses d'accords entre assurés et fournisseurs de soins déterminés. Le modèle des caisses de santé a ainsi été retenu. Il faut aussi confier au médecin-conseil la responsabilité de contrôler la rentabilité des traitements.

Quant aux pouvoirs publics, je pense aux cantons, ils devront établir une planification pour une organisation de la médecine qui corresponde aux besoins. Les prestations des hôpitaux devront être calculées sur des modèles de tarification valables dans tout le pays. Les sources de statistiques qui font cruellement défaut à l'heure actuelle devront permettre des prestations uniformes et rendre possibles des comparaisons entre les établissements en ce qui concerne surtout la rentabilité. Au besoin, le projet de loi réserve des mesures extraordinaires, tel le budget global qui est offert aux cantons qui voudraient le pratiquer. Dans ce grand brassage de la répartition des poids et des fardeaux de l'assurance, on a voulu aussi éveiller le patient à la conscience des coûts qu'occasionnent les prises en charge de l'assurance-maladie. Il s'agira ici de déterminer l'effort qu'on peut attendre de l'assuré.

Dans la discussion de détail, je défendrai une proposition de minorité qui requiert de l'assuré une contribution annuelle de l'ordre de 10 pour cent des frais facturés, après déduction de la franchise, jusqu'à concurrence d'un montant à définir dans une ordonnance, selon la proposition faite d'ailleurs par le Conseil fédéral. Les pouvoirs publics seront également engagés à instaurer la solidarité entre les assurés économique-

ment faibles pour atteindre le but qu'aucun foyer n'ait à payer plus que 8 pour cent de son revenu imposable pour l'assurance-maladie.

Il est bien sûr toujours difficile de broser à grands coups de rouleau les traits d'un projet de cette importance qui règle une matière extrêmement complexe. Toutefois, en conclusion, on peut dire que la commission du Conseil des Etats, sur la base du projet du Conseil fédéral, vous propose un instrument qui prend en cause les connaissances les plus modernes de ce système si complexe de la santé publique et qui devrait permettre d'en juguler les excès. Répartir mieux le fardeau et contrôler mieux les excroissances de l'assurance-maladie, telle devrait être, en réalité, la volonté du législateur.

Pour ma part, je ne puis donc que vous recommander d'entrer en matière sur le projet qui vous est soumis par la commission de notre conseil.

**Frau Simmen:** Gemäss der neuesten Umfrage steht die Sorge um die Krankenkassenprämien nicht zuoberst auf der Sorgenliste der Schweizerinnen und Schweizer. Das war nicht immer so. Als die Abstimmung über die Krankenkassen-Initiative vor der Türe stand oder als die Krankenkassen Ende vorletzten und letzten Jahres massive Prämien erhöhungen ankündigten, rangierten die Themen Krankenversicherung und vor allem Krankenversicherungsprämien ganz weit vorne bei den Diskussionsthemen.

Es wäre aber äusserst voreilig, aus dieser relativen Beruhigung der Gemüter zu schliessen, damit sei das Thema vom Tisch. Im Gegenteil: Die Krankenkassenprämien stehen nämlich in direktem Zusammenhang mit der heutigen Hauptsorge der Leute, die der wirtschaftlichen Lage unseres Landes und der Arbeitslosigkeit gilt. Arbeitslosigkeit bedeutet materielle Einschränkung und, wenn sie länger dauert, echte materielle Not. Dass in einer solchen Lage hohe Krankenkassenprämien eine Last sind, die noch mehr als früher drückt, braucht keine weitere Erklärung.

Der Herr Kommissionspräsident hat die umfangreiche Vorlage in umfassender Art und Weise vorgestellt, und es ist auch in dieser Eintretensdebatte schon viel Richtiges gesagt worden. Ich möchte mich deshalb auf zwei Punkte beschränken, welche für mich von kapitaler Wichtigkeit sind: das Obligatorium und die Finanzierung.

1. Das Obligatorium – das wurde bereits erwähnt – ist zur Herstellung einer lückenlosen Solidarität nötig, ohne die das ganze Gesetzeswerk nicht denkbar ist. Gerade in der heutigen Zeit aber hat das Obligatorium noch einen anderen Zweck: Ich habe vorhin von den Arbeitslosen gesprochen und davon, dass Arbeitslosigkeit in jedem Fall Einschränkung bedeutet. Was liegt in einer solchen Situation der finanziellen Bedrängnis näher, als bei teuren Prämien zu sparen, in der Hoffnung, es werde nichts passieren. Passiert es dann trotzdem und wird jemand ernsthaft krank, so ist die Katastrophe da. Denn bei den heutigen Kosten, besonders bei Spitalaufenthalten, braucht es schon einen gewaltigen Verdienst oder ein beträchtliches Vermögen, um diese Kosten selber tragen zu können.

Das Obligatorium ist also auch ein Schutz der Versicherten vor der Versuchung, am falschen Ort zu sparen. Damit ein Obligatorium Sinn macht, muss die Grundversicherung so ausgestaltet sein, dass sie eine ausreichende Versorgung garantiert und man keine Zusatzversicherung braucht, um einen Schutz zu geniessen, der in etwa dem heutigen Stand entspricht.

Zur obligatorischen Krankenversicherung gehört ferner subsidiär die Unfallversicherung, damit auch jene Leute gegen Unfall versichert sind, die keine Versicherung via Arbeitgeber haben. Das trifft zum Beispiel für die Hausfrauen zu, die nicht berufstätig sind. Diese beiden Erfordernisse des minimalen Schutzes und der subsidiären Unfallversicherung sind mit dem neuen Vorschlag abgedeckt.

2. Die Finanzierung, wie sie im neuen Gesetz vorgesehen ist, bedeutet eine radikale Abkehr vom bisherigen System. Heute ist es so, dass der Bund den Kassen die sogenannten Sozialhypotheken abgibt: Kassen, welche eine ungünstige Risikostruktur haben und ohne ihr Dazutun mit hohen Kosten belastet sind, gegen die sie nichts unternehmen können, bekommen vom Bund einen Zuschuss.

Seit mir meine Kollegin und Nachbarin Josi Meier einmal gesagt hat, man solle das nützliche Gerät der Giesskanne nicht immer schlechtmachen, bin ich – vorläufig allerdings vergeblich – auf der Suche nach einem neuen Bild, wenn ich etwas über zielgerichtete oder nichtzielgerichtete Verwendung von Mitteln sagen will.

Doch – mit oder ohne Bild – Tatsache ist, dass die Gelder – es sind nicht weniger als 2 Milliarden Franken pro Jahr, die der Bund neu zur Verbilligung der Prämien aufwenden will – nun gezielt Leuten mit niedrigen Einkommen zugute kommen sollen. Die Kantone bezahlen Beiträge an die Versicherten, sobald deren Prämien einen bestimmten Anteil des Einkommens überschreiten, und der Bund vergütet den Kantonen diese Zuschüsse. Es werden also nicht mehr die Kassen subventioniert, damit sie die Prämien bestimmter Gruppen von Versicherten, zum Beispiel von Frauen oder von Betagten, generell verbilligen können. Dass die Prämien für Frauen gleich hoch sein müssen wie jene für Männer, steht neu im Gesetz. Was die Versicherten im dritten Lebensalter betrifft, trägt die neue Regelung der Tatsache Rechnung, dass glücklicherweise Betagtsein nicht auch automatisch Armsein bedeutet. Mit der Neukonzeption ist einem ganz wesentlichen und alten Anliegen Rechnung getragen, nämlich der gezielten Ausrichtung von Subventionen an jene, die sie wirklich nötig haben. Lassen Sie mich zum Schluss noch eine Bemerkung zur Kosteneindämmung anfügen: Ich beschäftige mich schon recht lange mit dem Thema Krankenversicherung. Etwas ist mir in allen Kommissionen und Gremien, in denen über eine Revision des Gesetzes über die soziale Krankenversicherung diskutiert wurde, aufgefallen: Blickt man nach einer gewissen Zeit auf die geleistete Arbeit zurück, so stellte sich jeweils heraus, dass der neue Vorschlag zwar Wesentliches zu einer Verbesserung und Verfeinerung der Leistungen der Versicherung brachte, aber sehr wenig zur Kosteneindämmung geeignet war. Im Gegenteil: Bei nüchterner Betrachtung musste man sich jeweils sagen, dass das Werk im Endeffekt wohl eine Kostensteigerung – für durchaus berechnigte Anliegen – bringen würde.

Die vorberatende Kommission des Ständerates hat sich sehr stark und mit Erfolg bemüht, nicht in diese Falle zu treten. Was Sie vor sich liegen haben, ist das Ergebnis nicht nur ausgedehnter Kommissionsberatungen, sondern auch vieler Vorarbeiten und Hearings. Es ist der erneute und vorderhand wohl letzte Vorschlag, die soziale Krankenversicherung, dieses sowohl menschlich wie ökonomisch ausgesprochen komplizierte Gebiet, zu regeln. Es ist das Destillat aus fast unendlich vielen, widerstrebenden Meinungen und Wünschen und damit an sich schon fast ein kleines Wunder. Ich bin der Ueberzeugung, dass es unsere Zustimmung verdient. Ich empfehle Ihnen deshalb, auf das Geschäft einzutreten.

**M. Coutau:** Créer un système d'assurance-maladie fonctionnel, solidaire, équitable et respectueux d'un cadre budgétaire raisonnable est une entreprise pour le moins ambitieuse. Il convient de l'aborder avec une certaine modestie. En effet, aucun des systèmes connus ne donne pleinement satisfaction à l'ensemble des très nombreux intervenants – y compris les assurés – qui représentent des positions aussi légitimes que fréquemment contradictoires.

Ce que l'on peut en revanche affirmer avec assurance, c'est que le système suisse actuel nécessite depuis longtemps une révision totale. Hélas, jusqu'ici, toutes les tentatives, quelles qu'en aient été les conceptions ou les inspirations, se sont heurtées à des oppositions qui les ont fait régulièrement échouer. Les quelques corrections urgentes intervenues ces dernières années n'ont fait que confirmer la nécessité d'une révision totale.

Parmi les motifs qui rendent l'exercice si difficile et le résultat aléatoire, il faut bien entendu citer en premier lieu le fait que le risque que l'on entend assurer, c'est-à-dire la maladie, est d'une définition pour le moins imprécise: les critères objectifs font assez largement défaut, et de très vastes champs sont laissés à des appréciations plus ou moins arbitraires, sinon purement subjectives. Une autre difficulté réside dans le fait que la santé est un bien auquel nous sommes tous considéra-

blement attachés, mais pour la sauvegarde duquel, pour autant, nous ne prenons pas nécessairement ni spontanément toutes les précautions de comportement qui s'imposeraient et avec tout le soin qu'elle mériterait par ailleurs. Sans prétendre être exhaustif, je mentionnerai encore le développement spectaculaire des coûts et la multiplicité des origines de ce phénomène: démographie, progrès scientifiques, confort, mode de vie, effets parfois pervers d'une solidarité distordue qui se transforme en une accumulation d'égoïsmes, dispersion des centres de décision qui rend particulièrement opaque le fonctionnement de l'ensemble, absence d'éléments de comparaison ou plus simplement encore manque d'éthique, voire goût du lucre de certains intervenants.

Il n'empêche que la caractéristique essentielle du système suisse de santé actuel consiste dans le très haut niveau de ses prestations. Il faut le reconnaître pour s'en féliciter. Je partage sur ce point totalement l'avis de Mme Beerli, qu'elle a exprimé très judicieusement tout à l'heure. Malheureusement, ce système de santé souffre de défauts graves qui en menacent l'existence même. Et la présente révision tente précisément de les corriger. Il s'agit tout d'abord d'un coût de plus en plus prohibitif pour les assurés comme pour les collectivités publiques qui subventionnent et d'une solidarité inadéquate.

Nous saluons ici le travail accompli par la commission d'experts qui est à l'origine de la présente révision. A partir de points de vue non seulement multiples, mais surtout souvent divergents, il a été possible d'élaborer un projet cohérent, promettant un fonctionnement tout aussi efficace que l'actuel dans ses avantages, sinon davantage dans ses prestations, mais aussi plus solidaire, plus transparent, dont les coûts soient mieux maîtrisés et, facteur essentiel de réussite, qui recueille le consentement de la grande majorité des intéressés. Ainsi, pour avoir longuement entendu leurs représentants, la commission a pu se convaincre de l'appui qu'ils accordent à la conception même du projet, du moins dans son ensemble, sous réserve des considérations et nuances suscitées par diverses dispositions de détail. Cette convergence, obtenue de la part des représentants des assurés, des cantons, de la Confédération, des établissements de soins – notamment les hôpitaux –, des médecins, du personnel sanitaire, des autres prestataires de services médicaux reconnus, des assureurs, a considérablement facilité nos travaux et nous a incités à ne pas remettre en discussion l'équilibre général du projet. Toutefois, ce respect du large consensus obtenu ne nous a pas empêché d'apporter un certain nombre de modifications non négligeables que nous avons jugées opportunes.

Je renonce ici à entrer dans le détail du projet, mais j'observe que, dans sa conception générale, il recouvre largement les positions adoptées en 1990 à Neuchâtel par le Parti libéral suisse qui avait consacré un congrès à ce vaste domaine social. Certes, à cette occasion, les avis étaient partagés quant au principe de l'obligation d'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Aujourd'hui, je n'en fais personnellement pas une question de principe. Compte tenu de l'affiliation de la quasi-totalité de la population à une assurance-maladie, je considère cette obligation davantage comme un moyen de permettre une meilleure solidarité et surtout le libre passage des assurés d'un assureur à l'autre – élément indispensable à l'introduction dans le système de certains facteurs de concurrence judicieuse – que comme une atteinte disproportionnée à la liberté individuelle.

Je considère également comme positives les innovations telles que, d'une part, la distinction plus rigoureuse entre les prestations de base, uniformisées dans leur catalogue, et les prestations complémentaires, comme également la disparition de la diversification des primes selon l'âge, le sexe des assurés au profit d'une large solidarité, même si je regrette la disparition consécutive des assurances collectives et ce, même s'il en résulte également de fortes augmentations de charges pour les assurés les plus jeunes. J'approuve également la plus grande focalisation des subventionnements des pouvoirs publics sur l'aide à apporter aux moins favorisés. J'approuve également l'accès des assureurs privés dans la couverture des prestations de base et la réglementation des prestations complémentaires sur la base du droit privé. Enfin, je souscris

aux tentatives nouvelles de mieux maîtriser l'évolution des coûts, même si ces innovations doivent encore démontrer leur efficacité, qui n'est pas garantie par leur seule référence légale. Une discipline extrêmement exigeante s'impose à l'égard de cette maîtrise des coûts.

Bien entendu, la planification hospitalière est un élément important de cette maîtrise des coûts; certes, elle entame la souveraineté cantonale en matière de politique de la santé, mais une coordination plus convaincante se révèle absolument indispensable à cet égard. A propos des établissements hospitaliers qui absorbent, rappelons-le, près de la moitié du coût total des dépenses engendrées par la maladie en Suisse, il est éminemment souhaitable qu'une plus grande transparence comptable soit enfin instituée de façon à faciliter les comparaisons de gestion et à corriger les éventuels dysfonctionnements.

J'aimerais évoquer encore le rôle renforcé du médecin-conseil, qui endosse une responsabilité considérable. Si la confiance entre patient, médecin et assureur doit certes rester le maître mot dans des rapports aussi délicats que ceux qui relèvent de la santé, elle doit aussi reposer sur une éthique rigoureuse. A cet égard, le souci de confraternité doit céder le pas au souci de l'éthique médicale et les médecins-conseils ont à exercer leurs fonctions en toute indépendance.

Au chapitre de la maîtrise des coûts, je ne ferai qu'une simple allusion aux mesures envisagées dans des situations extraordinaires, à savoir en particulier au problème controversé du budget global. Je me félicite que la commission ait mieux préservé l'autonomie des cantons que ne l'avait fait le projet du Conseil fédéral à ce propos. Mais je crains que les mesures envisagées en matière de maîtrise des coûts restent partiellement impuissantes devant les forces d'accroissement des prestations, ne serait-ce qu'en raison des réalités démographiques qui caractérisent notre population vieillissante.

Il ne faut donc pas se faire d'illusion sur la facture actuelle et future de tout système d'assurance-maladie. D'ailleurs, même si je me félicite de l'extension de la liste des prestations de l'assurance de base, en particulier en ce qui concerne la maternité, les soins à domicile et la prévention, je n'ignore pas que cette extension engendrera aussi les coûts supplémentaires correspondants.

Dans les circonstances actuelles, tant la Confédération que les cantons auront beaucoup de difficultés à dégager les 3 milliards de francs par an que cette révision va leur coûter au bas mot. C'est pourquoi le système de franchise, de participation des patients et, respectivement, de primes subventionnées en faveur des assurés économiquement défavorisés, forme un tout qu'il est essentiel de maintenir en l'état prévu par la commission.

C'est dans cet esprit que nous entrons en matière, sur le projet de révision totale de la loi, et en espérant très vivement que l'esprit de convergence qui a inspiré jusqu'ici l'élaboration de ce nouveau système pourra persister et déboucher sur une mise en vigueur, comme promis, au plus tard le 1er janvier 1995.

Quant aux propositions récentes touchant la distinction de l'assurance des soins apportés aux personnes âgées, elles ne devraient en aucun cas constituer un facteur de retard à l'entrée en vigueur du présent projet. Le postulat I de la commission, qui évoque un aspect fondamental du développement de la solidarité entre les générations, insiste bien sur l'indépendance de l'étude de ces données par rapport au projet qui nous occupe aujourd'hui.

**Frau Meier Josi:** Um es vorwegzunehmen: Ich votiere für Eintreten und – mit geringfügigen Vorbehalten, auf die wir in der Detailberatung zurückkommen werden – auch für Zustimmung zur Kommissionsmehrheit.

Die Vorlage ist nicht visionär, aber sie ist brauchbar. Sie ist nicht revolutionär, aber sie ist reformbereit. Sie führt kostendämmende Elemente des Wettbewerbs ein, ohne die Solidarität zu opfern, die Grundlage jeder Sozialversicherung bleibt. Manche mögen sich fragen, ob wir uns in der Kommission auf die Seite der Leistungserbringer oder der Leistungsempfänger, der Prämienzahler oder der Versicherungen, auf die Seite

der Alten oder der Jungen, auf die der sozialen Krankenkassen oder der Privatassekuranz, auf die Seite des Bundes oder der Kantone geschlagen haben. Die Fragen allein erhellen schon, dass es bei so vielen divergierenden Interessen nicht möglich ist, allen gerecht zu werden.

Wenn es uns trotzdem gelungen ist, nach intensiver Beratung eine Fahne mit minimalen Minderheitsanträgen vorzulegen, dann ist das auf einen gemeinsamen Willen zurückzuführen, den festgefahrenen Karren der Krankenversicherung endlich aus dem Dreck zu ziehen, und auf das Bewusstsein, dass so etwas ohne Kompromissbereitschaft nicht möglich ist. Die Kommission hat diese Bereitschaft gezeigt, der Rat müsste sie nun ebenfalls zeigen.

Lassen Sie mich eines unterstreichen: Wir haben es mit einer Sozialversicherung zu tun, also mit dem Abdecken eines Risikos, dem alle ausgesetzt sind und das zunehmend Ausmasse annehmen kann, die praktisch niemand mehr allein tragen kann. Das Risiko heisst Krankheit, und das bedeutet heute beispielsweise jahrelanges Dahinsiechen an Krebs oder an den Folgen von Immunschwäche. Längere Spitalaufenthalte, schwierige Operationen und die Verwendung immer teurerer Apparate können heute ruinös sein.

Immer mehr längerlebende Menschen – hier haben wir der Medizin und den Kassen auch sehr viel zu danken – erfordern einen wachsenden Einsatz von Aerzten und anderen Leistungserbringern. Kein Wunder, dass die Jagd auf sogenannte gute Risiken Urständ feierte; kein Wunder, dass immer mehr Kassen, denen die Subventionen zeitweise entzogen waren, ins Schleudern kamen. Kein Wunder auch, dass immer mehr alte Leute ausgesteuert waren, dass die Prämien für Familien und Alleinstehende unerträglich wurden. Lösungen sind da wirklich nur im Geiste der Solidarität möglich – primär der Solidarität zwischen Gesund und Krank, aber auch zwischen Jung und Alt, zwischen Mann und Frau, zwischen den Kassen.

Deshalb sind wir zum Obligatorium gekommen; denn auch hier gilt, was bei den anderen Sozialversicherungen gilt: Die Bessergestellten haben zwar die Versicherung nicht nötig, aber die Versicherung hat sie nötig. Anders konnten wir die Freizügigkeit nicht erreichen, anders können wir der Gefahr einer Zweiklassenmedizin heute nicht ausweichen.

Um der Solidarität willen sind wir ausgezogen und holen die Kollektivversicherungen mit ihren Vorzugsprämien, holen auch die Kassen ohne alte Leute in das Prinzip des Mittragens zurück. Um Solidarität zu gewährleisten, haben wir die alte Zweijahresgrenze für Leistungen aufgehoben, aber auch den Leistungskatalog beschränkt. Aus dem gleichen Grund haben wir das Subventionssystem umgebaut und den Ausgleichsfonds für eine Uebergangsfrist geschaffen.

Ohne die verschiedenartigsten Formen von Solidarität – und darauf wollte ich insistieren – verfehlt unsere Revision das Ziel. Eine meiner Sorgen bleibt, dass es um die Solidarität mit den Müttern immer noch schlecht bestellt ist. Noch warten wir auf die Mutterschaftsversicherung gemäss Verfassung und ebenso auf eine Antwort des Souveräns auf die Fragen der Taggeldversicherung. Ich erinnere an die dazu hängige Initiative, die weiterhin in der Schwebe bleibt. Aber mindestens wurden mit der heutigen Vorlage die Leistungen bei Mutterschaft – im Rahmen der weiterhin freiwilligen Taggeldversicherung – zeitlich dem europäischen Standard angepasst.

Noch ein letzter Gedanke zum Thema Kostendämmung: Die Geschichte der Krankenversicherung seit 1964 ist die Geschichte der verpassten Gelegenheiten. Das hat uns – weil wir die Probleme ungelöst vor uns herschoben – auch dringliche Massnahmen beschert. Da müssen wir wieder herausfinden, denn der Weg über Dringlichkeit und Notrecht ist grundsätzlich staatspolitisch ungesund. Natürlich ist es schwierig, Notsituationen im voraus zu regeln, aber das Dringlichkeitsrecht geht nun einmal der Demokratie wider den Strich. Die brüskten Bremsmanöver hinterlassen jeweiligen böse Spuren: Kantone sind empört, Leistungserbringer verärgert, Kassen vergrämt, Versicherte frustriert.

Natürlich hoffen wir, dass die Massnahmen zur Kostendämmung ein Stück weit zu greifen vermögen. Aber die Schwierigkeiten – die wenig bremsbare Zunahme des Angebots und

wenig beeinflussbare Wünsche, bei Krankheit von den guten Leistungen zu profitieren – geben halt keine Garantie, dass die Kosten uns bzw. der Preis- und Lohnentwicklung in Zukunft nicht wieder davonlaufen. Wenn das passiert – so entschieden wir –, sollte mindestens ein Instrument zur Verfügung stehen, um auch dann noch Notrecht vermeiden zu können. Dem dient die Globalbudgetierung, wo dem Leistungserbringer vorübergehend ein festes Budget zur Verfügung gestellt wird. Es ist auf dem Verhandlungsweg festzulegen und schliesst im Notfall Tarif- und Preisstopp nicht völlig aus. Dabei haben wir uns zugunsten der Kantone und nicht zugunsten des Bundes entschieden, weil wir davon ausgingen, dass dies die bürgerlichste Lösung sei, die die schnellste und grösste Wirksamkeit verspreche.

Ich hoffe, dass dieses Anliegen, Notrecht zu vermeiden, nicht untergeht in unserem Rat. Vor allem aber hoffe ich, dass nicht wieder das passiert, was mit einer der letzten Vorlagen im Nationalrat geschah. Sie starb daran, dass zuviel Neues auf einmal verlangt wurde. Nur wenn wir uns auf das Machbare bescheiden, wird der Revision, nach Jahrzehnten des Misserfolges, mindestens der Durchbruch zum Erfolg der Revidierbarkeit gelingen. Erst das gibt uns jene Frist, die wir wieder brauchen, um alle Fragen, die vom Kommissionspräsidenten und von verschiedenen Vorsprechern, besonders von Herrn Schiesser, ausformuliert wurden, grundsätzlicher anzugehen.

**On. Morniroli:** Certamente è giunto il momento per la revisione della legge sull'assicurazione contro le malattie. Gli obiettivi perseguiti dal nuovo progetto sono lodevoli e risultano dall'introduzione al messaggio del Consiglio federale: rafforzamento della solidarietà, contenimento dei costi, modello di finanziamento sociale, mantenimento dell'assicurazione di indennità di malattia. Le modalità con le quali si intende raggiungere questi obiettivi lasciano invece alquanto perplessi.

Ich werde die vier Ziele, die in der Botschaft aufgezählt sind, und die entsprechenden Massnahmen, die vorgeschlagen werden, der Reihe nach behandeln. Erlauben Sie mir zunächst einige Vorbemerkungen:

Im neuen Gesetz finden wir immer wieder Abschnitte, in welchen gesagt wird, dass der Bundesrat oder die Kantone oder das Bundesamt für Sozialversicherung etwas festlegen. Gerade auf dieses Amt komme ich zu sprechen. Es bestehen deutliche Hinweise, dass dieses doppelt an das Konkordat der Krankenkassen angegliedert ist, obwohl mir die Gründe nicht klar ersichtlich sind.

Was soll ich von diesem Bundesamt für Sozialversicherung halten, Herr Bundesrat Cotti, welches schliesslich als Urheber dieses Gesetzes anzusehen ist? Im letzten Sommer hat ein führender Beamter dieses Amtes in der Tagesschau des Tessiner Fernsehens folgende Aussage gemacht: «Die Aerzte wissen sich schon zu helfen, indem sie z. B. ein Röntgenbild mehr verrechnen.»

Da wird nun tatsächlich eine ganze Berufskategorie des Betrugs bezichtigt. Sagen Sie mir nicht, dass dieser Beamte gemeint habe, die Aerzte würden einfach ein Röntgenbild mehr anfertigen; dies wäre ethisch-moralisch noch verwerflicher und würde bedeuten, dass die Aerzte aus finanziellen Gründen die Patienten einer unnötigen Strahlenbelastung aussetzen.

Ich habe Ihnen als Präsident des Ordine dei medici del Canton Ticino die Videokassette zugestellt und um eine Stellungnahme gebeten. Ich habe darauf verzichtet, eine Strafklage einzureichen. Ich warte noch auf eine Antwort; ich nehme an, Sie haben das nach unten delegiert, und dort weiss man nicht genau, was man dazu sagen soll.

Übrigens hat Kollege Schüle in der Herbstsession bestätigt, dass Ihre Leute gegenüber der Kommission unseres Rates analoge Aussagen gemacht haben. Sicherlich gibt es Aerzte, die Leistungen verrechnen, die sie nicht erbracht haben; wie es Maurer gibt, die 10 Backsteine gebrauchen und 15 verrechnen; Garagisten, die 4 Liter Öl einfüllen und 5 aufschreiben; Advokaten, die 15 Fotokopien verrechnen und deren 3 erstellt haben, und Politiker – ich kenne einige davon, die es mir gegenüber persönlich zugegeben haben –, die sich für den EWR

eingesetzt und selber dagegen gestimmt haben. (*Heiterkeit*) Daraus aber eine Verurteilung aller Aerzte, aller Bauunternehmer, aller Garagisten, aller Advokaten und aller Politiker ableiten zu wollen, ist eine intellektuelle Fehlzündung.

Hätte ich lediglich den Gesetzentwurf des Bundesrates – sagen wir einmal des Bundesrates – vor mir, würde ich einen Nichteintretens-, bestenfalls einen Rückweisungsantrag stellen. Wenn ich hingegen für Eintreten stimmen werde, dann nur, weil unsere Kommission ganz wesentliche und entscheidende, wertvolle Abänderungsanträge stellt. Ich kann nur hoffen, dass unser Rat diesen Anträgen folgen wird.

Ich ergreife die Gelegenheit, um unserer Kommission für die seriöse Arbeit zu danken. Ich beschäufte mich seit mehr als zehn Jahren als Präsident der Tessiner Aerztesgesellschaft mit diesen Problemen und darf wohl behaupten, dass ich etwas von der Materie verstehe. Ich betone aber, dass ich nur jene Standesinteressen verteidige, die sich mit den Interessen der versicherten Patienten und Steuerzahler decken. Persönlich werde ich von den Auswirkungen des neuen KVG beruflich nicht mehr betroffen – übrigens auch meine beiden Söhne nicht, denen ich zwei Berufe ausgedreht habe, wovon einer Medizin ist.

Zu den vier Hauptzielen des neuen Gesetzes:

1. Verstärkung der Solidarität: Zur Bewältigung der rasch wachsenden Solidaritätsprobleme erläutert die Botschaft die vorgeschlagenen Massnahmen. Man muss sich fragen, ob es nicht weise und fürs erste genügend gewesen wäre, wenn man sich in einem neuen Gesetz auf dieses Problem beschränkt und als flankierende Massnahme eine Neuordnung der Finanzierung angestrebt hätte, die eine Prämienreduktion für die finanziell Schwachen ermöglicht hätte. Dazu kommt, dass das vorgeschlagene Modell leider immer noch in Richtung einer Abschwächung der persönlichen Verantwortung des Individuums geht.

2. Ueber die Einführung des allgemeinen Obligatoriums kann man sich streiten. Heute sind schon 99 Prozent der Bevölkerung gegen Krankheit versichert, aber das verbleibende eine Prozent stellt immerhin ein Sicherheitsventil dar, das doch gestatten würde, aus dem System auszubrechen. Ich befürchte, dass dank dem Obligatorium – obwohl ich dieses nicht bekämpfe – die Krankenkassen in Zukunft immer mehr Leute zwingen werden, indem sie den Hebel über die Prämienstruktur ansetzen, in die HMO und PPO (Health Maintenance Organization/Preferred Provider Organization) einzutreten; und diese bilden die Ausgangslage zur Verstaatlichung der Medizin. Das Manöver – wenn das die Absicht ist – ist um so verurteilungswürdiger, als es diese Verstaatlichung indirekt zu erreichen versucht.

Wenn man von Solidarität spricht, muss man sich im klaren sein, dass es nur eine echte Solidarität gibt, nämlich diejenige zwischen Reich und Arm, oder wenn man den Solidaritätsbegriff noch besser formulieren will: Dritte oder der Staat schalten sich ein, wenn es der einzelne nicht mehr mit eigenen Mitteln schaffen kann – nicht vorher; also eine vertikale Solidarität und keine horizontale Pseudosolidarität. In diesem Zusammenhang erwähne ich Alter oder Mutterschaft, die meines Erachtens keine Solidaritätskriterien darstellen. Ich habe es schon einmal gesagt: Es gibt auch reiche alte Leute und reiche Mütter. Die einzige gerechte Solidarität, die aus dem Gesetzentwurf hervorgeht, ist jene zugunsten der Krankenkassen. Diese werden dank der Institution des Solidaritätsfonds keine Risiken mehr zu tragen haben.

Wieso dürfen aber Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Kassen bestehen? Man sagt, um die Konkurrenz zwischen den Kassen zu fördern. Wie sieht aber diese Konkurrenz aus, wenn der Staat frenetisch auf Kostendämpfung erpicht ist? Wie kann er zulassen, dass die eine Kasse nach Kompensation der Altersrisiken usw. niedrigere Prämien ansetzen kann und die anderen Kassen nicht veranlasst werden, gleich tiefe Prämien zu erheben? Wieso soll der Staat, der für die Prämienunterschiede zugunsten der wirtschaftlich schwächeren Versicherten aufkommt, an die verschiedenen Kassen unterschiedliche Beiträge pro Versicherten auszahlen? Wieso sollen die Privatversicherer dem System der Sozialversicherungen beitreten können? Sicherlich um Gewinne erzielen zu



können, sei es auch nur über den Weg der sehr einträglichen Zusatzversicherungen.

Neue Zahlen sind kaum zu erhalten, aber vor zwei Jahren konnte man in den Zeitungen lesen, dass die Gewinne gesamtschweizerisch bei rund 500 Millionen Franken lagen. Die Gewinne aus diesem Bereich sollten in die Kassen der sozialen Grossversicherungen einfließen und treu dem Grundsatz der rechten Solidarität eingesetzt werden, z. B. im Interesse der Prämienreduktion für die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsschichten. Ich habe einen entsprechenden Antrag eingereicht.

**3. Eindämmung der Kosten:** Das allgemeine Versicherungsobligatorium führt über den Abbau der individuellen Verantwortung sicherlich zu einer Kostensteigerung. Diese Erfahrung haben wir im Tessin gemacht, wo das Versicherungsobligatorium seit mehreren Jahren existiert. Die Kosten sind dort schneller angestiegen als im Mittel in der Schweiz.

Ebenfalls zu einer Kostensteigerung würden die Ausweitung der Präventivmedizin und der Einbezug der Alternativmedizin auf Kosten der Krankenkassen führen. Nur nebenbei bemerkt: Da die gegenwärtig gültige, im Entwurf des Bundesrates aufgeführte Definition «wissenschaftlich anerkannte» Behandlungen durch «wirksame» Behandlungen ersetzt werden soll, frage ich mich, wer die Wirksamkeit dieser alternativmedizinischen Behandlungsformen bestimmen soll. Ein Antrag der Kommission gestattet es glücklicherweise, hier die Stossrichtung zu korrigieren.

Im ganzen Gesetzentwurf verliert man kein Wort über die Verantwortung und Verantwortlichkeit des Individuums und keines über die Rechte des Arztes. Man sagt, dass die Krankenkassen ihre Prämien den Ausgaben anpassen könnten. Sollte dies nicht auch für den Leistungserbringer ermöglicht werden?

Wenn das Ganze ein geschlossenes System darstellt, wieso entschliesst man sich dann nicht für eine staatliche Krankenversicherung? Warum will man nicht die Suva, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, in eine Skuva, Schweizerische Kranken- und Unfallversicherungsanstalt, umfunktionieren? Ich habe dies schon in der Junisession gesagt und stelle nun mit Befriedigung fest, dass diese Möglichkeit Gegenstand des Postulats 2 unserer Kommission ist.

Der Gesetzentwurf bringt Voraussetzungen mit sich, die eine Gefahr für die qualitative ärztliche Versorgung der Schweiz darstellen. Man spricht von forfaitarischer Medizin, von HMO und PPO. Wir brauchen nur in unsere nähere Umgebung zu blicken, z. B. nach Italien, um die verheerenden Folgen dieser Art von Gesundheitsorganisation einsehen zu können. Alle wissen es: Wer Pauschalleistungen erbringt, versucht – um die Gewinnmarge aufrechtzuerhalten – die Leistungen sowohl quantitativ als auch qualitativ zu reduzieren. Sicherlich kann so eine Kosteneinsparung erzielt werden, aber die Gefahr einer Qualitätseinbusse für unsere Medizin und die Schaffung einer Zwei-Gleise-Medizin ist sehr gross.

**4. Zur Krankengeldversicherung:** Ein wichtiger Grund für die Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sei die Notwendigkeit, jene zu schützen, welche durch Unwissen, sprachliche Schwierigkeiten usw. geschützt werden müssen. Wieso wird bei der Krankengeldversicherung nicht analog argumentiert? Ich sehe nicht ein, wieso sich in diesem Bereich das Versicherungsobligatorium nur auf die Arbeitnehmer beschränken soll. Der Solidaritätsgedanke sollte auch hier spielen, in beiden Richtungen, nicht nur im Einbahnverkehr.

Man muss sich über den finanziellen Umfang einer Krankengeldversicherung im klaren sein. Ich zitiere als Beispiel die Suva, die im letzten Jahr 1,7 Milliarden Franken ausgegeben hat, wovon 400 Millionen Franken für Behandlungs-, Spital- und Rehabilitationskosten und ganze 1,3 Milliarden Franken für Lohnausfall, Renten und Abfindungen. Will man den Solidaritätsgedanken in den Brennpunkt rücken, müsste auch in diesem Bereich das allgemeine Versicherungsobligatorium angestrebt werden.

Abschliessend erlaube ich mir, die drei Kriterien zusammenzufassen, die ich als Pfeiler eines neuen, modernen KVG sähe und welche die Vorgaben Solidarität und Kostendämpfung erfüllen würden:

1. allgemeines Kranken-, Unfall- und Taggeld-Versicherungsobligatorium im Interesse einer echten, vertikalen Solidarität;
2. Kostendämpfung dank einer echten Konkurrenz zwischen Versicherern untereinander einerseits und zwischen Leistungserbringern untereinander andererseits;
3. abgestufte individuelle Subventionierung und flexible, effektive Kostenbeteiligung gemäss Finanzkraft des einzelnen im Interesse einer echten, vertikalen Solidarität zwischen Reich und Arm.

Ich wiederhole: Es ist nur der von unserer Kommission geleisteten Arbeit zu verdanken, dass ich für Eintreten stimmen werde und auf einen Rückweisungsantrag verzichte.

**Schoch:** Der Präsident der SGK, der vorberatenden Kommission, Herr Huber, hat Sie zu Beginn unserer heutigen Sitzung mit einem hervorragenden Eintretensvotum in die doch recht komplexe Materie eingeführt. Nachdem ich die Beurteilung, die Herr Huber vorgenommen hat, in allen wesentlichen Belangen völlig teile, und nachdem mittlerweile auch zahlreiche weitere Kollegen Voten vorgetragen haben, mit denen man vollumfänglich einverstanden sein kann, muss ich mir tatsächlich die Frage stellen, ob ich Sie auch noch in Anspruch nehmen will, nach dieser mittlerweile recht langen Eintretensdebatte.

Wenn ich das trotz meinem Zögern tun will, dann vorab deswegen, weil ein Verzicht des Präsidenten der seinerzeitigen Expertenkommission auf eine Stellungnahme in dieser Eintretensdebatte allenfalls als qualifiziertes Schweigen ausgelegt werden könnte. Und diesen Eindruck will ich nicht erwecken, diesem Eindruck will ich ausdrücklich entgegenreten. Ich will mich aber bemühen, Wiederholungen zu vermeiden, und ich werde in diesem Sinne Positionsbezüge zu Einzelfragen konsequent auf die Detailberatung verschieben.

Ueber die Frage der Notwendigkeit einer Gesetzesrevision besteht in diesem Rat wahrscheinlich kein Zweifel mehr. Jedermann ist davon überzeugt, dass es dringend geboten ist, das sehr in die Jahre gekommene geltende Gesetz zu revidieren. Herr Huber hat es gesagt: Das Gesetz stammt aus dem Jahre 1911, und es gibt sicher in unserem ganzen Land kein Gesetz, das so zahlreiche misslungene Revisions- und Totalrevisionsversuche hinter sich hat, das aber immer noch angewendet werden muss. Ein Gesetz übrigens, das sei in Klammern nebenbei angefügt, das von Anfang an überhaupt nie als Grundgesetz für eine soziale und solidarische Krankenversicherung gedacht war, sondern die Meinung war seinerzeit, man wolle ein Gesetz erlassen, in dem die Voraussetzungen für die Subventionierung zu regeln seien. Man hat also 1911 ein reines Subventionsgesetz erlassen, und dieses Gesetz dient heute etwas Aehnlichem wie einer sozialen und einer angestrebten solidarischen Krankenversicherung.

Die Revision ist also dringend geboten, Handlungsbedarf besteht. Ich bin deshalb ganz zweifelsfrei für Eintreten, denn es mag fast kommen, was will: schlechter als das, was wir haben, wird es sicher nicht sein.

Jetzt ist aber das, was der Bundesrat vorschlägt und was die SGK einhellig – mindestens ohne Gegenstimme – unterstützt, nicht nur weniger schlecht als die geltende Lösung, sondern – auch wenn es sich dabei um einen Kompromiss handelt – eine gute Lösung. Ich bin davon absolut überzeugt.

Der Bundesrat hat es sich allerdings auch nicht leichtgemacht. Nach der Ablehnung des Sofortprogrammes 1987 hat Bundesrat Cotti – dem ich für seine Initiative in diesem Bereich danken möchte – vier Fachleute eingesetzt. Aus deren Vorschlägen ist im Departement ein Konzept erarbeitet worden. Dieses Konzept ist später einer Expertenkommission zum Verriß unterbreitet worden, damit sie daraus etwas Sinnvolles macht. Die Expertenkommission hat sich bemüht, etwas Sinnvolles zusammenzuschustern. Der Entwurf, der aus der Arbeit der Expertenkommission resultierte, ist dann durch den Bundesrat nochmals in ein Vernehmlassungsverfahren geschickt worden und liegt jetzt dem Parlament in etwas modifizierter Form vor.

Ich meine, man habe da seriöse, sorgfältig begründete, sorgfältig fundierte Arbeit geleistet. Ausser dem Departementsvorsteher gebührt der Dank des Parlamentes auch den Mitarbei-



tern im BSV, insbesondere dem Leiter der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, Herrn Vizedirektor Markus Moser, der zusammen mit seinen Leuten wirklich gute Arbeit geleistet hat, der einen Einsatz an den Tag gelegt hat, der sich sehen lassen darf.

Es ist bereits gesagt worden: Die Gesetzesvorlage basiert im Prinzip auf drei Grundideen, auf drei Säulen, nämlich:

1. auf einer umfassenden Solidarität;
2. auf einer wirklich und endlich sozialen Ausgestaltung im richtig verstandenen Sinne des Wortes;
3. auf dem Gedanken, dass Wettbewerb dort Platz greifen soll, wo dies möglich ist.

Aufgrund der eingehenden Beschäftigung mit der Materie bin ich davon überzeugt, dass dieses Konzept politisch richtig ist. Es ist – Herr Onken, Sie haben recht – eine Kompromisslösung, aber wir müssen das politisch Mögliche durchzubringen versuchen, auch wenn es vielleicht noch optimalere Lösungen geben würde. Diese Lösungen müssten aber voraussetzen, dass man bei Null anfangen könnte und sich nicht mit dem Nachteil auseinandersetzen müsste, dass das, was wir jetzt haben, in tiefen Karrengeleisen fährt. Frau Meier Josi hat das Bild vorhin in ihrem Votum schon gebraucht. Wir müssen aus diesen Karrengeleisen herauskommen, und wir können nicht so tun, wie wenn wir einfach nichts hätten, wie wenn wir ab ovo das Gelbe vom Ei erfinden könnten – von dem Sie, Herr Onken, jeweils zu sprechen pflegen. Das können wir nicht tun. Wir sind vorbelastet. Wir müssen eine Vergangenheit bewältigen, und wir müssen das im Rahmen des Möglichen tun. Deshalb ist das Gute immer noch das, was dem Besseren vorzuziehen ist, wenn wir das Gute mit Händen greifen können, das Bessere aber noch in den Wolken hängt.

In diesem Sinne, meine ich, müssen wir auf die jetzt vorliegende Lösung einschwenken. Es wäre sehr verhängnisvoll, wenn wir uns auf die Zukunft verträsten, wenn wir eine noch optimalere Lösung anstreben, dafür aber das Risiko in Kauf nähmen, überhaupt zu keiner kompromissfähigen Lösung zu gelangen.

Zu den drei Grundideen der Revisionsvorlage in aller Kürze:

1. Zum Gedanken der Solidarität: Es ist bereits gesagt worden: Die Vorlage beruht in dreierlei Hinsicht auf dem Gedanken der Solidarität, zum ersten auf der Solidarität zwischen den Gesunden und den Kranken, zum zweiten auf der Solidarität zwischen den Jungen und den Alten und zum dritten auf der Solidarität zwischen Männern und Frauen. Die dritte Solidarität braucht hier eigentlich nicht mehr näher erörtert zu werden. Sie hatte sich zwar – das mag heute erstaunen – bei verschiedenen Leuten wider Erwarten doch noch mit einigen Problemen auseinanderzusetzen. Es mussten verschiedene massgebliche Meinungsträger davon überzeugt werden, dass die Solidarität zwischen Männern und Frauen sinnvoll, notwendig und unumgänglich ist. Aber heute sind wir so weit; dazu brauche ich mich nicht mehr zu äussern.

Mit Bezug auf die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken einerseits, Jungen und Alten andererseits möchte ich noch zwei Gedanken beifügen, die bis jetzt nicht behandelt worden sind.

Die Solidarität zwischen den Gesunden und den Kranken ist das zentrale, das allerwesentlichste Anliegen unserer Vorlage. Es ist nach meinem Dafürhalten ganz wichtig, dass alle Leute, dass die ganze Bevölkerung begreifen, worum es hier geht. Die Fragestellung darf nicht heissen – das haben sehr viele Versicherte bis heute nicht begriffen –: Was habe ich meiner Krankenkasse an Prämien bezahlt, und was muss ich demnach an ärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen, damit meine Rechnung einigermassen aufgeht? Das ist in vielen Köpfen das Denkschema. Aber genau das ist falsch! Die Rechnung kann so über das Ganze gesehen nicht aufgehen. Ich muss mir vielmehr Rechenschaft darüber ablegen, dass wir eine Solidarität zwischen Gesunden und Kranken so etablieren wollen, dass die Gesunden eben mehr in die Krankenversicherung hineingeben müssen, als sie herausholen. Sie müssen also dazu beitragen, dass die Kranken nicht in ein existentielles Loch, in eine effektive Notlage geraten. Es ist wichtig, dass wir das begreifen, dass wir dieses System der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken echt, wirklich und vorbe-

haltlos erfassen. Nur dann begreifen wir auch, was mit dem Gesetz effektiv angestrebt und was gewollt wird. In diesem Sinne müssen wir wohlverstandene Solidarität zu leben versuchen und nicht nur davon sprechen.

Ein weiterer Gedanke gibt ebenfalls viel Anlass zu Unklarheit: die Solidarität zwischen den Jungen und den Alten. Die Gesetzesvorlage geht von einer integralen, umfassenden Solidarität zwischen Jung und Alt aus. Das heisst, junge Leute müssen jahre- oder sogar jahrzehntelang mit Sicherheit mehr bezahlen, als sie aus der Kasse herausholen. Denn abgesehen von der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken bezahlen junge Leute auch mehr, weil ganz selbstverständlichweise der weitaus grösste Anteil der Krankheitskosten in den letzten Jahren oder Monaten vor dem Tod eintritt. Das ist bei allen von uns so, bei der ganzen Bevölkerung. Das ist ein naturgegebenes Faktum. Es bedeutet, dass die Jungen bezahlen müssen, damit die Alten behandelt werden können. Wir sind deswegen den Alten nicht gram, denn wir werden ja auch einmal alt und werden dann froh um diese integrale Solidarität zwischen Jung und Alt sein.

Jetzt könnte man sich aber die Frage stellen, ob die Solidarität zwischen Jung und Alt anders gelöst werden soll. Sie wissen, dass Herr Tschopp im Nationalrat einen entsprechenden Antrag eingebracht hat. Er möchte die ältere Generation von einem bestimmten Alter weg – 70 oder 75 Jahre, das wäre festzulegen – abkoppeln und aus dem System der sozialen Krankenversicherung ausgliedern. Man kann darüber diskutieren. Das wäre eine Einschränkung der Solidarität zwischen Jung und Alt, so wie wir sie heute verstehen. Das sind Ideen, die sicher prüfenswert sind und die man nicht einfach mit einer Handbewegung vom Tisch wischen sollte. Aber das ist nicht etwas, das von heute auf morgen bereinigt werden kann. Das muss sorgfältig durchdacht und mit aller Akribie erarbeitet werden. Erst dann kann man möglicherweise Lösungen in dieser Richtung treffen.

Ich lasse die Frage völlig offen, ob es überhaupt je konkret dazu kommen wird. Aber klar und eindeutig ist für mich, dass wir die Idee Tschopp nicht mit dieser Revision, die jetzt pfeifenfertig auf dem Tisch liegt, kombinieren wollen. Dann würden wir die jetzige Revision nämlich von vornherein zerreden, und wir würden verhindern, dass es zu einer in mittelfristiger Zukunft greifbaren und griffigen Lösung kommt. Daher meine ich, die Solidarität zwischen Jung und Alt sollte so, wie das Gesetz sie vorsieht, integral durchgezogen werden. Das schliesst andere Lösungen für später nicht aus.

Wollen wir diese Solidarität üben, so wie ich sie jetzt umrissen und geschildert habe, dann setzt das ein Obligatorium für die Krankenpflege-Grundversicherung voraus. Ich weiss, und ich habe es in vielen Diskussionen erfahren, dass dieses Obligatorium da und dort Anlass zu Vorbehalten, zu Wenn und Aber gibt, dass es Leute gibt, die meinen, sie könnten mit diesem Obligatorium nicht leben. Ich kann mich zu dieser Frage auf das beziehen, was Herr Huber von mir zitiert hat – es ist immer schön, wenn man bereits zu Lebzeiten zitiert wird –; ich kann nur bestätigen, was bereits gesagt worden ist.

Das Obligatorium ist nötig, wenn wir den Grundgedanken durchziehen wollen, wenn wir den Kompromiss, von dem ich gesprochen habe, leben wollen, Herr Onken. Es muss in diesem Zusammenhang durchaus erkannt werden, dass viele Leute, die heute zu diesem Obligatorium klar ja gesagt haben, einen zum Teil recht langen Weg zurückgelegt haben; das müssen wir auch würdigen. Diesen Aspekt müssen wir mit in die Gesamtbeurteilung einbeziehen. Soviel zur Solidarität.

2. Zur sozialen Ausgestaltung: Es wurde bereits gesagt, worum es geht; ich kann mich kurz fassen. Heute wird die Subvention des Bundes, ein immerhin stolzer Betrag von 1,3 Milliarden Franken, mit der Giesskanne über die ganze Bevölkerung gleichmässig ausgeteilt. Auch wenn ich meinerseits, Frau Simmen, durchaus Sympathie für gewisse Arten der Verwendung von Giesskannen habe, meine ich, dieses Vorgehen sei hier falsch. Niemand in diesem Saal ist darauf angewiesen, dass ihm der Bund seine Krankenkassenprämien verbilligt. Das heutige System ist falsch; es muss eingegriffen werden. Wir müssen dafür sorgen, dass wirklich die sozial Schwächeren, jene Leute, die es nötig haben, von den Bundesbeiträgen

profitieren. Das neue System, so wie es im Gesetz vorgesehen ist, ist sicher griffig, zweckmässig und sinnvoll. Ich glaube nicht – Herr Onken, ich habe mich damit eingehend auseinandergesetzt –, dass es einen unüberblickbaren administrativen Aufwand nach sich ziehen wird.

Etwas mehr Bedenken hat mir dagegen die Tatsache verursacht, dass wir den Betrag von 2 Milliarden Franken, der jetzt im Gesetz steht und der um immerhin 700 Millionen Franken höher liegt als die heutigen Bundessubventionen, relativ rasch durch die Kommission gejagt haben. Damit will ich niemandem einen Vorwurf machen. Aber man hätte sich dazu vielleicht angesichts der herrschenden Finanzmisere im Bund doch etwas vertiefere Gedanken machen dürfen. Das soll nicht heissen, dass ich vom Entscheid der Kommission wegkommen oder mich langsam davon absetzen will. Doch im nachhinein habe ich den Eindruck erhalten, wir hätten da etwas rasch geschossen.

3. Zum Gedanken, soviel Wettbewerb wie möglich: Auch da muss man sich vielleicht die Frage stellen, ob Wettbewerb im Krankenversicherungsbereich überhaupt sinnvoll, überhaupt notwendig sei. Wir haben in einem anderen Sozialversicherungsbereich – nämlich bei der AHV – überhaupt keinen Wettbewerb. Wenn ich das richtig überblicke, ist niemand der Meinung, unsere AHV sei total daneben und funktioniere nicht. Aber Bundesrat, Expertenkommission und SGK waren doch der Meinung, man könne die Krankenversicherung mit unserem AHV-System nicht einfach gleichsetzen.

Aus dieser Überlegung sind wir dann zur Auffassung gelangt, Wettbewerb sei in jenem Bereich notwendig, in dem er noch Platz findet. Vor allem im Bereich von Verwaltung, Administration, Geldanlagen usw. hat es doch Platz für Wettbewerb. Ich bin überzeugt, dass es sinnvoll ist, in diesen Bereichen Wettbewerb spielen zu lassen und im Rahmen dieses wettbewerbsorientierten Systems auch private Versicherer zum Zuge kommen zu lassen und nicht künstlich aufgebaute Hindernisse zu errichten, die es privaten Versicherern verunmöglichen, am Markt teilzuhaben.

Jetzt noch drei Bemerkungen zur Frage, was das Gesetz im Hinblick auf das Bestreben, die Kostensituation in den Griff zu bekommen oder die Kosten sogar zu dämpfen, bietet. Vorbehalte zum Begriff «Dämpfung» sind bereits angebracht worden. Diese Vorbehalte sind richtig. Zur Frage, wie wir die Kostenentwicklung in den Griff bekommen könnten, sind zwei oder drei Gedanken am Platze. Zwei Vorbemerkungen seien angebracht:

Zum einen – das scheint mir wesentlich, es muss hier wieder einmal deutlich gesagt werden – ist bei uns in erster Linie die Art der Verlegung der Kosten für das Gesundheitswesen auf die einzelnen Betroffenen bedenklich und nicht die Höhe der Kosten an sich. Bedenklich ist das, was wir mit der Verlegung geregelt haben, wie wir diese Verlegung vornehmen.

Es gibt auch heute in diesem Land noch viele Leute, die durchaus zahlbare Krankenversicherungsprämien zu erbringen haben. Andere aber sind wegen der Mängel, die unser System aufweist, mit Prämien belastet, die sie tatsächlich kaum noch bezahlen können. Es ist also in erster Linie eine Frage des Systems, das falsch ist. Hier bringt unser neues Gesetz effektive, klar greifbare Verbesserungen.

Zum zweiten bin ich wirklich nicht einverstanden mit dem, was Herr Onken gesagt hat, aber ich unterstütze die Feststellung von Herrn Seiler Bernhard: Unsere Aufwendungen sind insgesamt durchaus nicht allzu dramatisch, wenn wir sie mit dem Bruttoinlandprodukt in Relation setzen. Wir haben gemessen am Bruttoinlandprodukt Aufwendungen, die sich in etwa im Bereich der Aufwendungen der westeuropäischen Länder halten. Die westeuropäischen Länder bezahlen im Gesamtdurchschnitt 7,2 Prozent des Bruttoinlandproduktes; wir bezahlten im Jahr 1990 7,4 Prozent, also unwesentlich mehr. Wenn wir aber in absoluten Zahlen messen, sind wir allerdings ein teures Land.

Aber es geht uns eben absolut gemessen auch gut. Wenn wir in absoluten Zahlen messen, sind wir das Land in Europa, das den zweithöchsten Betrag ausgibt. Schweden gibt noch mehr aus, die Schweiz den zweithöchsten Betrag. Aber wir verdienen auch am meisten; dass einer, der mehr verdient, rascher

zum Arzt springt oder rascher in die Apotheke geht, um ein Mittel zu kaufen, liegt auf der Hand. Das gehört zu unserem Wohlstand. Messen und vergleichen müssen wir mit dem Bruttoinlandprodukt.

Wenn ich schon zum Bruttoinlandprodukt zurückgekehrt bin, darf ich darauf hinweisen, dass die Vereinigten Staaten gemessen am Bruttoinlandprodukt fast das Doppelte unserer Aufwendungen ausgeben, nämlich 12,6 Prozent. Die Relationen sind da schon noch verschieden.

Jetzt aber abgesehen von diesen Vorbemerkungen: Unser Gesetz enthält taugliche Möglichkeiten, damit wir die Kosten in den Griff kriegen können. Wesentlich ist hier in erster Linie wieder das vielbesprochene Obligatorium; und zwar das Obligatorium in Kombination mit dem nach oben und unten verbindlichen Leistungskatalog, mit einer Verbindlichkeit bezüglich des Leistungskatalogs, die es den Kassen nicht mehr ermöglicht, mehr oder weniger wahllos Zusatzleistungen einzubauen. Da sind strikte Schranken gegeben. Das ermöglicht es uns, die Sache im Griff und unter Kontrolle zu behalten.

Dazu kommt die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur; ich spreche ausdrücklich von Struktur. Die Blinddarmoperation soll nicht mehr von Kanton zu Kanton verschieden bepunktet werden, sondern die Blinddarmoperation, das Ausspülen eines Ohres oder was auch immer sollen in jedem Kanton gleich viele Punkte haben. Nur die Bewertung der Punkte soll unterschiedlich erfolgen. Diese einheitliche Tarifstruktur, gegen die sich jetzt wieder gewisse Leute zur Wehr setzen, wird einen ganz wesentlichen Bestandteil im Zusammenhang mit dem Bestreben, die Kosten im Griff zu behalten, bilden. Schliesslich sind die Spitalplanungsvorschriften wesentlich, und auch sie passen gewissen Leuten wieder nicht.

Im Zusammenhang mit dem Obligatorium ist im übrigen noch eine weitere Feststellung von wesentlichem Belang. Das Obligatorium wird natürlich naheliegenderweise den Krankenkassen und den privaten Versicherern, also allen, die sich damit beschäftigen, zu vollen Geldsäcken verhelfen. Es ist nur menschlich, dass jetzt viele, die im Gesundheitsbereich ebenfalls Leistungen erbringen, aber als gesetzliche Leistungserbringer nicht anerkannt sind, nun auch an diese vollen Geldsäcke drängen und davon profitieren wollen.

Dieser Drang ist normal und verständlich, aber ich meine, wir müssen uns dagegen zur Wehr setzen, dass jeder, der diesen Drang verspürt, an die Krippen kommt. Ich habe hier unter anderem die Psychotherapeuten im Auge oder die Mitglieder der Vereinigung «Forum Freiheit im Gesundheitswesen», deren Delegierter für Oeffentlichkeitsarbeit ja im Saal sitzt. Sie können die Liste, die Sie zugestellt erhalten haben, durchlesen. Das sind alles Gesellschaften, die von den vollen Geldsäcken der Krankenkassen profitieren wollen. Hier kommen wir einfach nicht darum herum, Schranken zu setzen, wenn wir den Kostenanstieg ins Unermessliche verhindern wollen. Ich meine, das sei ganz wesentlich und behalte mir vor, dazu im Zuge der Detailberatung noch Ausführungen zu machen, soweit das notwendig ist.

Eines möchte ich aber doch auch festhalten: Es gibt Leute, die verfolgen einen gegenläufigen Trend. Sie möchten nämlich, dass noch weniger von ihren Leistungen von den Kassen übernommen wird, als wir das vorgesehen haben. Das sind die Zahnärzte. Aber interessanterweise gibt es auch dazu einen Minderheitsantrag, Frau Meier Josi: Man will den Zahnärzten den Zugang zu den vollen Kassen erleichtern – gegen ihr eigenes Bemühen! Auch das werden wir in der Detailberatung noch behandeln müssen.

Zusammenfassend: Es geht darum, ein System, das sich während Jahrzehnten eingeschliffen hat, umzubauen. Es ist immer ein anspruchsvolles und heikles Unterfangen, ein jahrelang eingeübtes und eingeschliffenes System zu erneuern. Aber halten Sie sich vor Augen, wie dringend die Revision ist! Ich bitte Sie, sich jetzt wirklich einen Ruck zu geben und sich hinter die geschlossene SGK zu stellen. Partikularinteressen gilt es demgegenüber hintanzustellen.

Eile tut dem, und es ist wichtig, dass wir uns auf den Kompromiss, den uns die SGK – zusammen mit dem Bundesrat – vorlegt, verständigen können. Und Eile tut auch not – das möchte ich jetzt Frau Segmüller sagen – bei der Behandlung im Natio-

nalrat. Es wäre mir ein Wunsch und ein Anliegen, dass die nationalrätliche Kommission ihrerseits so intensiv und so aktiv an die Arbeit gehen könnte und würde, wie das die ständerätliche Kommission unter der effizienten Leitung von Herrn Huber getan hat.

**Mornioli:** Entschuldigen Sie, wenn ich nach dem Votum von Kollege Schoch noch interveniere. Wie gesagt, ich bin auch für das Obligatorium. Man muss sich aber im klaren sein, dass es zu einer weiteren Kostensteigerung führt. Das muss man in Rechnung stellen.

Zur Solidarität: Ich wiederhole: nur vertikale, aber keine Quersolidarität.

Zu den Kosten: Jeder ist für die Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Wer aber zum Arzt geht, ist nicht mehr damit einverstanden, denn er will, dass man alles tut, dass man alles unternimmt. Deshalb gibt's nur eine Möglichkeit, nämlich dass man die persönliche Verantwortung anspricht, und die geht über den Geldsäckel. Das heisst mit andern Worten: effektive Kostenbeteiligung. Wie Herr Schoch sagt, hier in diesem Saal braucht keiner eine Subvention für seine Krankenkassenprämie. Aber dass einer, der im Jahr 200 000 Franken Nettoeinkommen hat, selber 20 000 Franken bezahlt, finde ich richtig. Das trifft auch mich. Eventuell kann man dann auf den neuen Wagen verzichten oder den Kauf um ein Jahr verschieben. Ich glaube, das ist der Weg, der zu beschreiten ist.

Zu den Gesamtkosten der Medizin: Es ist richtig, dass man vom Bruttosozialprodukt ausgeht, weil die Kosten der Medizin ja in erster Linie durch die Löhne entstehen. Die Hauptbelastung kommt von den Spitälern her. Dort sind die Löhne eben entsprechend den Löhnen in der Schweiz sehr hoch; deshalb ist es richtig, dass man diese Rechnung anstellt und nicht die absoluten Zahlen anschaut.

**Bundesrat Cotti:** Ich habe mir einige Ausdrücke aufgeschrieben, die ich heute in diesem Saal mit Bezug auf die Revision des Krankenversicherungsgesetzes gehört habe.

Man hat von einem «historischen Tag» gesprochen, von einem «kleinen Wunder», man müsse «den Karren der Krankenversicherung aus dem Dreck ziehen», auch wenn das «Gelobte Land» – Herr Onken – noch nicht in Reichweite sei. Und Frau Meier Josi hat dann gesagt, der Entwurf sei brauchbar.

Ich möchte gleich einfürend sagen: Es hat mich gefreut, dass, nach all dem, was in den letzten Jahren notwendigerweise über dieses Thema gesprochen wurde, heute im Ständerat der Weg in die Realität gefunden worden ist. Ich möchte Ihnen dafür herzlich danken.

Ein brauchbarer Entwurf – wir werden sehen, warum. Eines steht auf alle Fälle fest: Ihre Kommission hat – unter der straffen Führung von Herrn Huber – einen Rekord erreicht; sie hat in einem Jahr die Totalrevision der Krankenversicherung durchgebracht, und zwar im Rahmen eines breiten Konsenses, der in der Geschichte seinesgleichen sucht.

Ich glaube die Behauptung wagen zu können, dass die Aussichten für eine Totalrevision – nach so vielen gescheiterten Uebungen – noch nie so gut waren wie heute. Ich hoffe, dass ich in einem Jahr im Nationalrat genau das gleiche werden sagen können, nämlich dass meine Befürchtungen, die ich angesichts der vielen Interessen, die hier aufeinanderprallen, weiterhin hege, von Frau Segmüller und der nationalrätlichen Kommission zerstreut worden sind.

In der Tat braucht es eine schnelle Revision. Es braucht eine Revision, die nicht die verschiedensten Interessen weckt. Es braucht letzten Endes tatsächlich einen Kompromiss. Ich wage die Behauptung – ich wende mich besonders an Sie, Herr Onken –, dass der Kompromiss, der hier gefunden worden ist, ein aussergewöhnlich fortschrittlicher, ja ein sehr gelungener Kompromiss ist, der sich mehr als sehen lassen kann.

Ich beginne bei der ersten Zielsetzung dieser Revision: bei der verstärkten Solidarität. Ich habe sehr oft behauptet und wiederhole es hier noch einmal – Sie haben das auch schon gesagt –: Die Krankenversicherung ist die einzige sogenannte Sozialversicherung, die einfach nicht sozial ist. Reich und Arm zahlen für die gleichen Leistungen die gleichen Prämien, und

das widerspricht doch wahrhaftig – Herr Mornioli, hier bin ich mit Ihnen einig – jeder sozialen Gesinnung.

Wenn aber im Rahmen dieser Revision alle Gelder, die der Staat zur Verfügung stellt, ausschliesslich mit dem Ziel entrichtet werden, den sozialen Ausgleich wiederherzustellen, so wage ich die Behauptung, dass wir hier tatsächlich vor einer kopernikanischen Revolution stehen. Denn bis heute ist die Verteilung der Gelder auf Bundesebene – Sie wissen es besser als ich – aufgrund der verschiedensten Kriterien erfolgt, nur nicht aufgrund des sozialen Kriteriums. Wenn das Parlament die Bundeszuschüsse in einer Zeit der finanziellen Engpässe, wie wir sie kennen, ohne Diskussion von 1,3 Milliarden Franken auf 2 Milliarden Franken erhöht, muss man sagen, dass der Wille tatsächlich vorhanden ist, hier einen grossen Schritt nach vorne, in Richtung Solidarität, zu tun.

Ich habe wiederholt gesagt: Wenn der Preis für die finanziellen Engpässe in diesem Land von den Schwachen und Armen übernommen werden müsste, dann lägen wir quer in der Landschaft. Sie und Ihre Kommission haben aber heute bewiesen, dass dies nicht der Fall sein wird, und ich möchte Ihnen dafür danken.

Die Entwicklung der Solidarität war wahrhaftig die erste Zielsetzung, die wir im Bundesrat dieser Revision gegeben haben. Es gesellen sich im Sinne dieser Solidarität die Fragen des Obligatoriums, der Freizügigkeit der Kassen untereinander, eines gewissen Lastenausgleichs unter den Kassen usw. hinzu. Darauf möchte ich nicht zurückkommen.

Zum zweiten Hauptziel der Revision, zur Kosteneindämmung: Da teile ich die Auffassung verschiedener Vorredner: Es geht ja nicht darum, irgendwelcher Utopie zu frönen. Wir leben – so Gott will – noch in einem reichen Land, und wir dürfen und müssen uns unsere Gesundheit etwas kosten lassen, denn die Gesundheit ist wirklich das kostbarste Gut, das den Menschen auf Erden beschieden ist. Wir dürfen sie uns etwas kosten lassen.

Herr Schoch, Sie haben zu Recht betont: Unsere durchschnittlichen Gesundheitskosten liegen im Vergleich zum Bruttosozialprodukt etwa im Durchschnitt der industrialisierten Länder. Es geht also nicht darum, irgendwo künstlich etwas einzusparen, wo es nicht sinnvoll ist, sondern es geht darum, gegen gewisse Auswüchse vorzugehen und gewisse Entwicklungen einzudämmen, wo dies objektiv möglich ist; ein Spielraum – das haben Sie heute erkannt – ist ohne Zweifel gegeben.

Zu diesem Thema noch folgendes: Ich teile die Auffassung von Frau Beerli absolut. Wir haben ein Gesundheitssystem, das sich im internationalen Vergleich durchaus an der Spitze befindet. Man kann lange über ein Einklassen- oder Zweiklassensystem diskutieren, eines steht fest, und jedermann in diesem Land kann das erleben: Hätten wir auch eine zweite Klasse, würde auch diese zweite Klasse ausgezeichnet bedient. Die Dienstleistungen dieses Gesundheitssystems sind ausgezeichnet. Deshalb ist es unsere Zielsetzung, dieses System zu bewahren, es nicht zu ändern, ausser in den zwei von mir erwähnten Punkten. Wir haben ein System, das sich in einem sehr labilen Gleichgewicht befindet. Denken Sie nur an die grossen – wohlverstanden auch legitimen – Interessen, die hinter diesem System stehen: Interessen der Leistungserbringer, der Kantone, der Versicherer, des Bundes, die aber nur mit Mühe auf einen gemeinsamen minimalen Nenner gebracht werden können. An diesem liberalen System möchten wir nicht rütteln, auch wenn wir wissen, dass ab und zu gewisse dirigistische Massnahmen nötig sind, denn der Markt spielt im Gesundheitswesen nicht überall: Weder Sie noch ich lassen uns, bevor wir uns mit einer Blinddarmentzündung in ein Spital einliefern lassen, einen Kostenvorschlag machen. Es gibt also Grenzen im marktwirtschaftlichen System. Es ist die immerwährende Mühe all jener, die am Gesundheitswesen beteiligt sind, dieses Gleichgewicht zwischen Markt und Staat zu erreichen. Deshalb: Kosteneindämmung mit Mass dort, wo es nötig ist. Wenn Sie Seite 142ff. der Botschaft lesen, wo alle Massnahmen, die in diesem Sinne vorgeschlagen werden, klar aufgelistet sind, müssen Sie zugeben, dass sehr viel vorgeschlagen worden ist.

Ich könnte noch fortfahren; aber Sie haben ziemlich alles ge-

sagt. Ich wollte nur einige Elemente unterstreichen, die aus der Sicht des Bundesrates von besonderer Bedeutung sind. Ich möchte zum Schluss insbesondere der Expertenkommission danken, die unter der Leitung von Herrn Schoch gearbeitet hat. Es war eine mühsame Arbeit. Wir haben diese Kommission facettenartig gebildet, damit dort alle Interessen vertreten waren. Die Kommission hat eine ausgezeichnete Arbeit geleistet, die als Grundlage für die weiteren Arbeiten gilt. Ich danke aber auch der ständerätlichen Kommission nochmals für die schnelle Arbeit, die auch gründlich war. Ich werde meine Aufmerksamkeit in der Detailberatung jenen wenigen Punkten zuwenden, wo zwischen Kommission und Bundesrat noch gewisse Differenzen bestehen. Zum Rest werde ich eher schweigen, mit dem Vorbehalt, dass ich bei einzelnen Punkten vielleicht in der nationalrätlichen Kommission auf den bundesrätlichen Entwurf zurückkommen werde, aber nur dort, wo es sekundäre Fragen betrifft. Ueber die primären Fragen – primär ist ohne Zweifel ganz besonders die Frage der sogenannten Globalbudgetierung – werden wir uns noch ein bisschen unterhalten müssen.

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen*  
*Le conseil décide sans opposition d'entrer en matière*

*Detailberatung – Discussion par articles*

#### **Titel und Ingress**

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

#### **Titre et préambule**

*Proposition de la commission*  
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 1**

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag Morniroli*  
Abs. 2

Die soziale Krankenversicherung übernimmt die Kosten für:  
....

#### **Art. 1**

*Proposition de la commission*  
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition Morniroli*  
Al. 2

L'assurance-maladie sociale prend en charge les coûts des prestations en cas:

....

*Abs. 1 – Al. 1*

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2 – Al. 2*

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 1 haben wir den ersten Antrag von Herrn Morniroli. Ich möchte Ihnen sagen, dass Herr Morniroli als Nichtkommissionsmitglied Ihrer Kommission eine Eingabe zukommen liess. Wir haben diese Eingabe mit der fast peniblen Gründlichkeit angesehen, mit der wir alle Eingaben – es waren sehr viele – behandelt haben. Wo neue Dinge auf uns zukamen, die wir als richtig erachtet haben, haben wir sie übernommen. Wir bekommen jetzt ein neues Papier. Einzelne Passagen daraus sind den Kommissionsmitgliedern auch aus anderen Eingaben bekannt; das ist alles verständlich und durchaus nachzuvollziehen.

Was Herrn Morniroli bei Artikel 1 beschäftigt, ist die Formulierung des Absatzes 2: «Die soziale Krankenversicherung gewährt Leistungen für: ....» Hier möchte er eine Formulierung ins Gesetz bringen: «Die soziale Krankenkasse übernimmt die Kosten für: ....»

Nun gibt es im ganzen Sozialversicherungsbereich die beiden Grundsätze des Sachleistungsprinzips einerseits und des Kostenersatzprinzips andererseits. Das Sachleistungsprinzip ist ein Element des UVG, das Kostenersatzprinzip ein Element des KVG.

Ich bitte nun darum, dass man nicht die Formulierung «die Kosten für» übernimmt, wie Herrn Morniroli vorschlägt, sondern dass man es bei der Leistungsgewährung belässt. Dabei sage ich ganz klar, dass die Kommission und der Bundesrat – lesen Sie bitte die Botschaft nach – damit nicht einen Uebergang zum System der Sachleistungserbringung bezwecken und wollen, sondern dass sie beim Kostenersatzprinzip bleiben. Ich muss sagen, die etwas diffusen Befürchtungen aus Ärztekreisen, die hier artikuliert werden, sind meines Erachtens unberechtigt.

Gestützt darauf bitte ich Sie, den Antrag von Herrn Morniroli abzulehnen.

**Morniroli:** Ich verweise nur auf Artikel 20 (Medizinische Prävention) im vorliegenden Entwurf. Dort wird ebendiese von mir beantragte Formulierung auch gebraucht: «Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die von einem Arzt ....» Ich bin davon ausgegangen, dass man die gleiche Formulierung benutzen sollte. Also, entweder ändert man Artikel 1 Absatz 2 oder Artikel 20.

**Huber, Berichterstatter:** Ueber Artikel 20 werden wir uns auch noch unterhalten. Es gibt einen Grund, warum bei Artikel 20 eine andere Formulierung gewählt wurde; denn Artikel 20 ist der zweite Problemartikel, der die Aufmerksamkeit der Medizinalpersonen auf sich lenkt, und zwar mit guten Gründen, weil man hier eine Kostenexplosion befürchtet.

Man muss das aber im Zusammenhang mit Artikel 27 lesen, der dem Bundesrat die Möglichkeit gibt, die dort erwähnten Leistungen – das sind finanzielle Leistungen, Aufwendungen für bestimmte präventivmedizinische Behandlungen – zu begrenzen. Die Begrenzung ist also den Leistungen generell immanent, sie muss vorgenommen werden. Der Bundesrat hat hier einen ganz klaren Auftrag. Es ist weder die Absicht des Bundesrates noch der Kommission, beispielsweise bei der Prävention alle Schleusen zu öffnen.

Wir werden das im Detail analysieren. Es ist aber ein Unterschied, ob Sie bei einer Neuleistung gemäss Artikel 20 eine Formulierung finden oder ob Sie nun zu Beginn des Gesetzes fast im Sinne einer Kommissionsberatung eine neue Formulierung, deren Sinn klargestellt worden ist, abändern wollen.

Ich bitte daher nochmals, diese Formulierung, wie sie im Gesetz enthalten ist, im Sinne der Statuierung des Kostenersatzprinzips zuzustimmen und den Antrag Morniroli abzulehnen.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

21 Stimmen

Für den Antrag Morniroli

1 Stimme

#### **Art. 2**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1, 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

(Die Aenderung betrifft nur den französischen Text)

#### **Art. 2**

*Proposition de la commission*

*Al. 1, 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 3*

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 3***Antrag der Kommission**Abs. 1*

.... von ihrem gesetzlichen Vertreter versichern lassen.

*Abs. 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 3*

.... Schweiz, insbesondere auf solche, die:

- a. in der Schweiz tätig sind oder sich längere Zeit aufhalten;
- b. von einem Arbeitgeber mit einem Sitz ....

**Art. 3***Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral  
(Ne concerne que le texte allemand)

*Al. 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 3*

.... en Suisse, en particulier celles qui:

- a. exercent une activité en Suisse ou y séjournent de façon prolongée;
- b. sont occupées à l'étranger ....

**Huber, Berichterstatter:** Wir befinden uns jetzt beim 1. Kapitel, Versicherungspflicht. Das 2. Kapitel regelt die Organisation, das 3. Kapitel umfasst die Leistungen und das 4. Kapitel die Regelungen betreffend die Leistungserbringer. Es ist wesentlich, dass diese klare Strukturierung des Gesetzes beibehalten wird und dass man gestützt darauf die Uebersicht bewahrt, wo wir uns im einzelnen befinden.

Die Versicherungspflicht, die hier im 1. Kapitel angesprochen ist, beinhaltet in Artikel 3 zuerst einmal die Aussage des Obligatoriums. Sie haben in den Eintretensvoten gehört, warum das Obligatorium nach dieser Konzeption essentiell ist; ich bin dankbar, dass ich einen fundierten Widerspruch dagegen nicht gehört habe. Wir sind uns durchaus einig darüber, dass das Obligatorium verschiedene Wirkungen hat. Wenn wir aber das Ziel der vermehrten Solidarität, ohne sie zu strapazieren, erreichen wollen, dann ist das Obligatorium am Platz.

Wir haben im übrigen redaktionelle Aenderungen vorgenommen, die an der Sachaussage bei Artikel 3 nichts ändern. Ich empfehle Ihnen Zustimmung.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 4–6***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

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

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2*

Bei einer Prämienerrhöhung kann er den Versicherer unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 1 Monat seit Ankündigung der Prämienerrhöhung auf das Ende eines Monats wechseln. Die Versicherer müssen Prämienerrhöhungen mindestens zwei Monate im voraus ankündigen und dabei auf das Kündigungsrecht hinweisen.

*Abs. 3*

.... den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämienendifferenz.

*Abs. 4*

.... oder des Entzuges der Bewilligung zur Durchführung der ....

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

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 2*

En cas d'augmentation de la prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois dès la communication de l'augmentation. Les assureurs doivent annoncer les augmentations de primes au moins deux mois à l'avance et signaler le droit de changer d'assureur.

*Al. 3*

.... le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime.

*Al. 4*

.... lorsque l'autorisation de pratiquer ....

**Huber, Berichterstatter:** Sie sehen hier, dass unsere Kommission redaktionelle Aenderungen vorgenommen hat, indem sie Absatz 2 durch eine neue Fassung ersetzt hat, auch bei Absatz 3 Aenderungen vorgenommen hat, ebenso bei Absatz 4. Die Kommission ist sich einig, dass diese Aenderungen die Freizügigkeit verbessern; ihr Ziel besteht darin, keine Versicherungslücken entstehen zu lassen.

Zusammenfassend sind die Aenderungen, die redaktionellen und materiellen Charakter haben, gerechtfertigt.

Die Kommission empfiehlt Ihnen, der Fassung der Kommission zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 8***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 8 muss ich betonen, dass es sich hier um einen zentralen Punkt der neuen Regelung handelt, indem den privaten Versicherern der Zugang zur sozialen Krankenversicherung geöffnet wird. Das wird seine Konsequenzen haben für die Zulassung, die Kontrolle und all das, auf das wir später zu sprechen kommen werden.

Es muss erwähnt werden, dass die Krankenkassen nicht mehr allein Herr auf diesem Gebiet sind, auch nicht in der obligatorischen Grundversicherung, sondern sie haben die private Assekuranz als Konkurrenz.

Wenn ich beim Eintreten davon gesprochen habe, dass man kosteneindämmende Elemente gelegentlich an Orten antrifft, wo man sie nicht vermutet, dann ist hier ein solcher Punkt, indem das Konkurrenzverhältnis zwischen einer an Konkurrenz gewöhnten Privatassekuranz und den Kassen – die unter sich ja Konkurrenten sind und sich trotz des Konkordats auch so verstehen – eröffnet wird.

Die Kommission hatte sich bei Artikel 8 noch mit der sogenannten Suva-Frage auseinanderzusetzen. Wir sind dazugekommen zu sagen, es gebe zwei Möglichkeiten, die Suva-Frage zu erledigen:

1. Wir diskutieren die Frage hier, bringen sie zu einem Entscheid, wobei es sehr viele Argumente für einen positiven Entscheid gegeben hat; es hat auch einige gegeben, die eher zu einem negativen Entscheid motivieren könnten. Wir sind aber schliesslich dazu gekommen, das Problem der Beteiligung der Suva an der sozialen Krankenversicherung sei nicht durch das Einfügen des Begriffs Suva bei Artikel 8 zu lösen.

2. Wir geben uns Rechenschaft, dass eine Beteiligung der Suva eine Anpassung des UVG, allenfalls zugunsten der Privatversicherer, nach sich ziehen würde. Wir haben uns Rechenschaft darüber gegeben, dass das immens Zeit braucht, wenn das eine solide Arbeit sein soll. Wir haben daher mit grosser Mehrheit in der Kommission auf die Aufnahme der Suva im gegenwärtigen Moment des Verfahrens verzichtet.

Das ist keine Absage an die dynamisch-unternehmerische Intention der Suva. Es ist ein kühles Abwägen zwischen dem Faktor Zeit und dem Erfüllen dieses Wunsches. Daher werden wir Ihnen am Schluss der Beratung ein Postulat unterbreiten, das den Bundesrat dazu bringen soll, diese Frage als obere Aufsichtsbehörde über die Suva mit angemessener Gründlichkeit zu prüfen.

nerhalb des Systems der Zusatzversicherung bleiben und nicht irgendwo anders hingehen.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

24 Stimmen

Für den Antrag Morniroli

3 Stimmen

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

a .... zu deren Zwecken verwenden; für die Zusatzversicherungen gelten die Regelungen gemäss Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe b.

....

**Art. 10**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Autorisation de pratiquer

*Al. 1*

Le département autorise les institutions d'assurance qui satisfont aux exigences de la présente loi (assureurs) à pratiquer l'assurance-maladie sociale. L'Office fédéral ....

*Al. 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 3*

Le département retire l'autorisation de pratiquer ....

*Proposition Morniroli*

*Al. 2*

....

a .... les ressources provenant de celle-ci; pour les assurances complémentaires, les règles de l'article 9, 2e alinéa, lettre b, s'appliquent.

....

**Huber, Berichterstatter:** Artikel 10, Bewilligung, muss zusammen mit Artikel 16, Aufsicht gesehen werden. Ihre Kommission hat dazu eine lange, intensive Debatte anhand eines Berichts des BSV geführt und hat sich am Schluss gefunden. Dieser Kompromiss ist vernünftig, er ist auch systematisch richtig. Er berücksichtigt einerseits die Krankenkassen und andererseits die Privatversicherer.

Die Krankenkassen werden vom Eidgenössischen Departement des Innern anerkannt. Die privaten Versicherer werden nach dem Privatversicherungsrecht vom Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement anerkannt. Für die Tätigkeit im Bereich der Krankenversicherung erhalten beide die Bewilligung vom Eidgenössischen Departement des Innern.

Die Aufsicht (Artikel 16) ist dann so geordnet, dass im obligatorischen Bereich und im Taggeldbereich gemäss Krankenversicherung die Aufsicht durch das Departement des Innern respektive das BSV erfolgt, im nichtobligatorischen Bereich durch das Bundesamt für Privatversicherungswesen nach Versicherungsaufsichtsgesetz.

Aus diesem Grund ist bei Artikel 10 eine redaktionelle Aenderung notwendig geworden. Diese redaktionellen Aenderungen, welchen die Kommission zustimmt, finden Sie auf der Fahne.

Ich bitte Sie, der Kommission zu folgen.

*Titel, Abs. 1, 3 – Titre, al. 1, 3*

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2 – Al. 2*

**Morniroli:** Mein Antrag zu Artikel 10 Absatz 2 entfällt, weil mein Antrag zu Artikel 9 abgelehnt worden ist.

**Präsident:** Herr Morniroli zieht seinen Antrag zurück.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*

*Adopté selon la proposition de la commission*

**Art. 11**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Die Versicherer können Leistungen, die sie nach diesem Gesetz ausrichten, vertraglich rückversichern lassen. (Rest des Absatzes streichen)

*Abs. 2*

Versicherungseinrichtungen, die die Rückversicherung betreiben, bedürfen einer Bewilligung des Departementes. Für die Erteilung dieser Bewilligung gilt Artikel 10 sinngemäss.

*Abs. 3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

91.071

**Krankenversicherung. Revision  
Assurance-maladie. Révision**

*Fortsetzung – Suite*

Siehe Seite 1271 hiervor – Voir page 1271 ci-devant

**Art. 10**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Bewilligung

*Abs. 1*

Das Departement bewilligt den Versicherungseinrichtungen, welche die Anforderungen dieses Gesetzes erfüllen (Versicherer), die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Das Bundesamt für ....

*Abs. 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 3*

Das Departement entzieht einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung ....

*Antrag Morniroli*

*Abs. 2*

....



**Art. 11***Proposition de la commission**Al. 1*

Les assureurs peuvent faire réassurer par contrat des prestations qu'ils allouent en vertu de la présente loi. (Biffer le reste de l'alinéa)

*Al. 2*

Les institutions d'assurance qui pratiquent la réassurance, doivent bénéficier d'une autorisation du département. L'article 10 s'applique par analogie à l'octroi de cette autorisation.

*Al. 3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Art. 12***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Art. 13***Antrag der Kommission**Abs. 1*

.... Pflichten aufzuklären und zu beraten.

*Abs. 2*

Streichen

**Art. 13***Proposition de la commission**Al. 1*

.... leurs droits et obligations et de les conseiller.

*Al. 2*

Biffer

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 13 sehen Sie, dass die Kommission einen weiteren Schritt zum besseren Verständnis der sozialen Krankenversicherung getan hat. Wir haben eine Formulierung des Bundesrates dahingehend, dass die Versicherer verpflichtet sind, die interessierten Personen aufzuklären – wobei das Interesse im Sinne des rechtlichen Begriffs «interessiert» verstanden wird, nämlich, wer daran interessiert ist, eine Versicherung abzuschliessen oder Probleme mit der Versicherung hat.

Die Formulierung der Kommission ist weiter gefasst, indem die interessierten Personen nicht nur über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären, sondern auch zu beraten sind. Wir wissen, dass wir damit den Versicherern zusätzliche Pflichten auferlegen. Wir halten es aber für sehr notwendig, dass in einem Markt der Freizügigkeit, dass in einem System – das jetzt von Marktkräften merkbar zusätzlich beeinflusst wird, das für die Versicherten in vielen Bereichen neu ist – eine Beratung ausdrücklich statuiert werden muss.

Daher bitte ich Sie, dieser neuen Formulierung zuzustimmen. Wenn Sie das tun, entfällt Absatz 2, der mit längeren Ausführungen im wesentlichen das gleiche sagt wie wir mit zwei Worten.

*Angenommen – Adopté***Art. 14***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Viele unter uns wissen nicht, dass die Krankenkassen zu den Glücklichen in diesem Land gehören, die Steuerfreiheit geniessen. Aber es ist in der Tat so: Sie geniessen – das ist eine weitere Leistung der Gemeinwesen an die soziale Krankenversicherung – Steuerfreiheit!

Nun hat sich natürlich sofort die Frage gestellt, was passiert, wenn die Privatassekuranz ebenfalls Versicherer gemäss KVG wird. Auch die Privatversicherer stehen dann – soweit sie im Geschäft der sozialen Krankenversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach dem zur Diskussion stehenden Gesetz tätig sind – im Genuss der Steuerfreiheit. Deswegen lautet die Formulierung in Absatz 1 «Die Versicherer». Gemeint sind damit die Privatassekuranz und die Krankenkassen, und beide geniessen diese Steuerfreiheit. Ich bin überzeugt, dass damit die Steuereingänge nicht übermässig, sondern im Rahmen des Vertretbaren zurückgehen.

*Angenommen – Adopté***Art. 15***Antrag der Kommission**Abs. 1–4*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 5*

Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2 und 4 müssen die Versicherer zu Lasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. Deren Höhe bemisst sich nach den Reglementen der Einrichtung.

*Abs. 5bis (neu)*

Der Bundesrat regelt die Finanzierung der Aufgaben, die er der gemeinsamen Einrichtung nach Absatz 3 überträgt

*Abs. 6*

Die gemeinsame Einrichtung führt für jede ihrer Aufgaben eine getrennte Rechnung. Sie genießt die gleiche Steuerfreiheit wie die Versicherer (Art. 14).

**Art. 15***Proposition de la commission**Al. 1–4*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 5*

Pour financer les tâches de l'institution commune selon le 2e et le 4e alinéa, les assureurs doivent lui verser des contributions à la charge de l'assurance-maladie sociale. Le montant de ces contributions est fixé par les règlements de l'institution commune.

*Al. 5bis (nouveau)*

Le Conseil fédéral règle le financement des tâches confiées à l'institution commune en application de l'alinéa 3.

*Al. 6*

L'institution commune tient des comptes distincts pour chacune de ses tâches. Elle bénéficie de la même exonération d'impôts que les assureurs (art. 14).

**Huber, Berichterstatter:** Der Artikel 15 beinhaltet verschiedene Funktionen. Der Fahne können Sie entnehmen, dass er am Schluss im Zusammenhang mit Finanzierungen von bestimmten gemeinsamen Einrichtungen einen Zusatz erhalten hat.

Es handelt sich hier erstens um die Begründung einer Solidarität zugunsten der obligatorisch Versicherten. Sie sehen das bei Absatz 2, wonach die gemeinsame Einrichtung die Kosten für gesetzliche Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern übernimmt. Es kann und darf in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vorkommen, dass Versicherungsprämien bezahlt werden und nachher, wenn sich der Markt wandelt, unter Umständen irgendwo Zahlungsunfähigkeit entsteht und die Last des Systems auf den Versicherten ruht. Daher ist diese gemeinsame Einrichtung auch geschaffen worden.

Die Finanzierung der Aufgaben ist in Absatz 5, in Absatz 5bis und in Absatz 6 im weiteren statuiert.

Im Zusammenhang mit Absatz 2 hat ursprünglich die Meinung bestanden, dass bei der Annahme des EWR-Vertrages die Leistungsaushilfe, die im Rahmen von Eurolex von uns statuiert wurde, hier eine gesetzliche Grundlage im ordentlichen Recht hätte. Nachdem der EWR nun nicht zum Bestandteil schweizerischer Aussenhandelspolitik wird, gilt es, die Frage zu prüfen, ob man diesen Absatz belassen solle oder nicht.

Die Prüfung hat ergeben, dass er bestehen bleiben muss. Warum? Die Schweiz wird jetzt nicht ein kollektives Versicherungsrecht im Rahmen des EWR haben. Vielmehr wird sie ein bilaterales Versicherungsrecht haben, soweit sie bilaterale Versicherungsverträge und Sozialversicherungsabkommen abschliesst. Angesprochen ist hier auch die Erfüllung der internationalen Verpflichtungen. Plaziert ist sie bei der gemeinsamen Einrichtung am richtigen Ort. Ich muss daher zusammenfassend bitten, dass den Anträgen der Kommission zu Artikel 15 zugestimmt wird. Wir sind uns in der Kommission ebenfalls einig gewesen.

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 16

*Antrag der Kommission*

*Titel*

*Aufsicht*

*Abs. 1*

Die Versicherer und die gemeinsame Einrichtung unterstehen der Aufsicht des Bundesrates.

*Abs. 2*

Er sorgt für die einheitliche Anwendung des Gesetzes und regelt insbesondere die Aufteilung der Zuständigkeiten.

*Abs. 2bis (neu)*

Die Durchführung der in Artikel 9 Absatz 2 genannten Versicherungen wird vom Bundesamt für Privatversicherungswesen beaufsichtigt.

*Abs. 3*

Das Bundesamt für Sozialversicherung kann den Versicherern Weisungen erteilen, von ihnen alle erforderlichen Auskünfte und Belege einverlangen sowie Inspektionen durchführen. Die Versicherer müssen dem Bundesamt ihre Jahresberichte und Jahresrechnungen einreichen.

*Abs. 4*

....

b. dem Departement den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung beantragen.

*Abs. 5*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag Morniroli*

*Abs. 2*

(gemäss Entwurf des Bundesrates)

.... Prämientarife für die in diesem Gesetz vorgesehenen Versicherungen einreichen. Die Buchhaltung muss einheitlich nach Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen angefertigt werden. Die Prämientarife der obligatorischen ....

*Abs. 2bis (neu)*

Die Durchführung der in Artikel 9 Absatz 2 und Artikel 10 Absatz 2 genannten Versicherungen wird vom Bundesamt für Privatversicherungswesen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen beaufsichtigt.

*Abs. 3*

(gemäss Antrag der Kommission)

.... Weisungen erteilen, muss von ihnen alle erforderlichen Auskünfte und Belege einverlangen und muss Inspektionen durchführen. ....

(gemäss Entwurf des Bundesrates)

.... die Durchführung der in Artikel 9 Absatz 2 Buchstaben b und c und in Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe a genannten Versicherungen ....

#### Art. 16

*Proposition de la commission*

*Titre*

*Surveillance*

*Al. 1*

Les assureurs et l'institution commune sont placés sous la surveillance du Conseil fédéral.

*Al. 2*

Il veille à l'application uniforme de la présente loi et règle notamment la répartition des compétences.

*Al. 2bis (nouveau)*

La surveillance de la pratique des assurances désignées à l'article 9, 2e alinéa, est de la compétence de l'Office fédéral des assurances privées.

*Al. 3*

L'Office fédéral des assurances sociales peut adresser des instructions aux assureurs, requérir tous les renseignements et les documents nécessaires et procéder à des inspections. Les assureurs doivent lui communiquer leurs rapports et leurs comptes annuels.

*Al. 4*

Si un assureur enfreint les prescriptions légales, l'Office fédéral des assurances sociales peut, ....

a. ....

b. proposer au département de lui retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

*Al. 5*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition Morniroli*

*Al. 2*

(selon le projet du Conseil fédéral)

.... les assurances prévues par la présente loi. La comptabilité doit être établie de manière uniforme selon les instructions de l'Office fédéral des assurances sociales. Les tarifs de ....

*Al. 2bis (nouveau)*

La surveillance de la pratique des assurances désignées à l'article 9, 2e alinéa, et à l'article 10, 2e alinéa, est de la compétence de l'Office fédéral des assurances privées en accord avec l'Office fédéral des assurances sociales.

*Al. 3*

(selon la proposition de la commission)

.... des instructions aux assureurs, doit requérir tous les renseignements et les documents nécessaires et doit procéder à des inspections. ....

(selon le projet du Conseil fédéral)

.... des assurances désignées à l'article 9, 2e alinéa, lettres b et c et à l'article 10, 2e alinéa.

**Morniroli:** Ich habe zuerst zwei Fragen. Eine betrifft Absatz 1. Die Frage ist, ob es sich hier nur um eine redaktionelle Angelegenheit handelt.

Bei Absatz 2 scheint mir der Entwurf des Bundesrates besser. Er setzt präzisere Kriterien für die Beaufsichtigung fest. Aus welchen Gründen ist die Kommission davon abgekommen?

Dann zu meinem Antrag zu Absatz 2: Die Erfahrung hat gezeigt, dass oft ein Vergleich zwischen verschiedenen Kassen dadurch erschwert wird, dass die Buchhaltungen unterschiedlich angelegt sind. Ich glaube daher, dass der Gesetzgeber eine Vereinheitlichung festlegen sollte. So könnte die Kontrolle erleichtert und die Transparenz verbessert werden. Ersichtlich würde dann, was obligatorisch im Rahmen der sozialen Krankenversicherung und was durch Zusatzversicherungen abgedeckt ist. Bisher war durch die unterschiedlich angelegten Buchhaltungen eine Uebersicht praktisch unmöglich.

Meine Anträge zu Absatz 2bis sowie zu Absatz 3 des Entwurfes des Bundesrates wären nur zum Zug gekommen, wenn mein Antrag zu Artikel 9 angenommen worden wäre.

In Absatz 3 gemäss Fassung der Kommission ziehe ich die Muss-Formulierung vor, also «... muss von ihnen alle erforderlichen Auskünfte und Belege einverlangen und muss Inspektionen durchführen ....» Es handelt sich hier ja um öffentliche Gelder, die den Versicherern zugute kommen. Ich finde daher, dass die Kontrolle ebenfalls obligatorisch sein sollte.

**Huber, Berichterstatter:** Herr Morniroli überlässt uns hier eine ganze Reihe von Problemen, die gelöst werden müssen.

Ich beginne mit Absatz 2 gemäss Entwurf des Bundesrates. Hier gilt es einfach folgendes zu bedenken: Das System der sozialen Krankenversicherung in der Gesetzgebung besteht in der Statuierung eines Rahmengesetzes. Dieses Rahmengesetz liegt vor und wird durch eine Reihe von Verordnungen ergänzt.

Im geltenden Recht umfassen der Gesetzesteil rund 40 Seiten und der Teil mit den Verordnungen des Bundesrates 120 Seiten.

Sie sehen also, dass im Gesetz nicht Detailfragen zu regeln sind, wie es von Herrn Morniroli vorgeschlagen wird.

Materiell – Herr Kollege Morniroli – gibt es die Verordnung I über die Krankenversicherung betreffend das Rechnungswesen und die Kontrolle der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände sowie die Berechnung der Bundesbeiträge. Dabei geht es um die Dinge, die von Ihnen bezüglich der Führung der Buchhaltung, bezüglich des Kontrollwesens, bezüglich des Auskunftswezens seitens der Sozialversicherer gegenüber den Behörden angesprochen worden sind. Hier ist dies im Detail statuiert. Nach erfolgter Gesetzesrevision geht es darum, dass diese Verordnungen angepasst werden. Zu diesem Zweck finden Sie im übrigen in der Botschaft (S. 138f.) ein Verzeichnis der an den Bundesrat, an das Departement des Innern oder an das BSV delegierten Kompetenzen. Also mit anderen Worten: Dem, was Sie wünschen, wird Rechnung getragen, aber im Gesetz wird die Äusserung nicht gemacht.

Für uns entscheidend ist im Prinzip die Neuformulierung der Aufsicht. Sie sehen, dass der Titel geändert wurde, indem nicht mehr von einer «allgemeinen Aufsicht», sondern von «Aufsicht» die Rede ist. Das bedeutet, dass das Verschwommene des Begriffs «allgemein» weggelassen wird und dass es um eine gezielte Aufsicht geht.

Ich habe Ihnen im Zusammenhang mit Artikel 10 das von der Kommission letztlich gefundene System von Bewilligung, Anerkennung und Kontrolle dargestellt. Ich brauche das hier nicht mehr zu tun. Was wir gemacht haben, ist die Folge dieser veränderten Kontrolle. Sie sehen in Absatz 2bis und insbesondere im neuen Absatz 5, dass für die Zusatzversicherungen einerseits das Bundesamt für Privatversicherungswesen für die Aufsicht zuständig ist und die besonderen Bestimmungen über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungseinrichtungen vorbehalten bleiben.

Ich würde also sagen: Ihren Wünschen wird meiner Meinung nach Rechnung getragen. Sie beantragen bei Absatz 3 gemäss Fassung der Kommission die Muss-Formulierung. Da muss ich Ihnen sagen, dass von uns aus gesehen ein Ermessen der Behörden am Platz ist. Wenn Dinge passieren, die eine Inspektion rechtfertigen, dann wird die Inspektion durchgeführt. Im übrigen soll die Behörde die nötige Flexibilität haben. Auch aus Personalgründen rechtfertigt es sich nicht, dass immer und immer wieder Inspektionen durchgeführt werden. Es gibt auch die Möglichkeit, dass man die Vertreter der Versicherer zu sich aufbieten kann, ohne dass eine Inspektion vor Ort durchgeführt werden muss.

Zusammenfassend glaubt die Kommission, dass sie eine effiziente Aufsicht aufgebaut hat. Ich bitte Sie, diesem Entwurf der Kommission zuzustimmen.

**M. Cotti, conseiller fédéral:** L'essentiel a été dit par M. Huber. Il s'agit d'établir la possibilité d'un contrôle précis et en même temps le plus uniforme possible, parce que nous avons constaté ces derniers temps que l'examen de certaines comptabilités devient très difficile. Mais je considère que, sur la base des déclarations de M. Huber, la possibilité de donner des instructions quant à la tenue de la comptabilité est aussi comprise dans la nouvelle formulation prévue par la commission. A cette condition, je partage l'avis de la commission.

*Titel, Abs. 1, 4, 5 – Titre, al. 1, 4, 5*  
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2, 2bis, 3 – Al. 2, 2bis, 3*

**Präsident:** In Absatz 2 schliesst sich der Bundesrat der Kommissionsformulierung an. Damit entfällt meines Erachtens der Antrag von Herrn Morniroli. – Herr Morniroli zieht seinen Antrag zu den Absätzen 2bis und 3 zurück.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*  
*Adopté selon la proposition de la commission*

## Art. 17

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 17 habe ich als Kommissionsprecher von der Kommission die Verpflichtung übernommen, zuhanden der Materialien festzuhalten, dass die Tätigkeit der Information und Beratung nach Artikel 13 des Gesetzes ebenfalls zu den Verwaltungskosten gehört. Wir wollen also den Krankenkassen und den Versicherern nicht neue Pflichten auferlegen, sondern wir wollen ihnen sagen: Das kann im Rahmen der Verwaltungskosten in die Rechnung eingestellt werden. Damit diese Frage seitens der Kassen in den Materialien klar beantwortet ist, habe ich diese Erklärung abgegeben.

*Angenommen – Adopté*

## Art. 18

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

## Art. 18a (neu)

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Grundsatz

*Wortlaut*

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen nach den Artikeln 19–25 nach Massgabe der in den Artikeln 26–28 festgelegten Voraussetzungen.

## Art. 18a (nouveau)

*Proposition de la commission*

*Titre*

Principe

*Texte*

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 19 à 25 en tenant compte des conditions contenues aux articles 26 à 28.

**Huber, Berichterstatter:** Beim Kapitel «Leistungen», das nun folgt, hat die Kommission eine wesentliche Aenderung vorgenommen, indem sie Artikel 18a als Grundsatz eingefügt hat. Dieser Artikel 18a enthält bereits eine ganz klare Aussage: dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung als Grundversicherung «die Kosten für die Leistungen nach den Artikeln 19 bis 25 nach Massgabe der in den Artikeln 26 bis 28 festgelegten Voraussetzungen» übernimmt. Das heisst: Diese Zwillinge sind nicht voneinander zu trennen. Die Artikel 19 bis 25 umfassen die Leistungen; wie diese Leistungen zu erbringen sind, ist verbindlich in den Artikeln 26 bis 28 festgelegt. Damit ist in Artikel 18a im Grundsatz bereits gesagt: Das übernimmt die neue Grundversicherung. Sie übernimmt aber nur das, und sie übernimmt es nur in der Form, wie es in den Artikeln 26 bis 28 statuiert ist. Darum haben wir diesen Artikel, der Klarheit schafft, dem Thema «Leistungen» vorangestellt.

*Angenommen – Adopté*

## Art. 19

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Allgemeine Leistungen bei Krankheit

*Abs. 1*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2*

....

f. einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten.

*Antrag Plattner**Abs. 2*

....

a. .... die ein Arzt, ein Chiropraktor, ein Psychotherapeut oder Personen .....

**Art. 19***Proposition de la commission**Titre*

Prestations générales en cas de maladie

*Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 2*

....

f. une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage.

*Proposition Plattner**Al. 2*

....

a. .... par un médecin, par un chiropraticien, par un psychothérapeute ou par des personnes ....

*Titel, Abs. 1 – Titre, al. 1*

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2 – Al. 2*

**Plattner:** Es geht hier um ein Ihnen bekanntes, altes Problem, das meiner Meinung nach bei dieser Revision des KVG endlich gelöst werden sollte, nämlich um den Einschluss von Personen, die psychische Krankheiten zu heilen gelernt haben, unter die Leistungserbringer der Grundversicherung. Ich muss etwas ausholen. Ich bitte Sie, mir das zu verzeihen.

Die Krankenversicherung hat die Aufgabe, die Menschen gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit zu schützen. Das ist, wie wir wissen, eine teure Sache. Aber sie ist für die Bevölkerung sehr wichtig und steht bei den Ansprüchen, die die Bevölkerung an den Sozialstaat stellt, wohl an oberster Stelle.

Im somatischen Bereich, also im Bereich der körperorientierten Medizin, ist unser medizinischer Standard sehr hoch. Wir haben diagnostisch wie apparativ wie personell eine absolut ausreichende, ja eine hervorragende Versorgung der gesamten Bevölkerung. Es fehlt an gar nichts, im Gegenteil. Ich denke, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen hat zum Teil auch mit einer Uebersorgung in diesem Bereich zu tun. Ganz anders ist es in der Psychiatrie, die schon lange ein Stiefkind der Gesundheitspolitik ist. Es ist in den letzten Jahrzehnten bei der Verbesserung der Stellung der psychisch Kranken und der Menschen, die sie behandeln, viel erreicht worden. Aber der lange Schatten des Schweigens und der Diskriminierung von psychischen Krankheiten, von Psychiatrie und von Psychotherapie ist immer noch sehr zu spüren; Sie alle kennen ihn.

Das hat früher damit angefangen, dass man die sogenannten Irrenhäuser weit ausserhalb der Städte gebaut hat; heute setzt es sich immer noch so fort, indem eben die Psychotherapie als selbständige ärztliche Kunst, wenn sie nicht von somatisch ausgebildeten Aerzten angewandt wird, gar nicht richtig anerkannt ist. Die Nichtanerkennung nichtärztlicher Psychotherapeuten durch die Kassen und durch uns via das Krankenversicherungsgesetz ist ein Teil dieses langen und alten Schattens. Wenn wir dieser Vorlage folgen, die auch die Kommission in diesem Punkt nicht geändert hat, verlängern wir diesen Schatten bis weit in die Zukunft hinein. Es wird auf lange Zeit hinaus die letzte Chance gewesen sein, hier etwas zu ändern.

Dabei sollten Sie zur Kenntnis nehmen, dass in den letzten zehn Jahren die nichtärztliche Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz eine eindruckliche Entwicklung vollzogen haben. Die Stellung von Psychotherapeuten im Gesundheitswesen ist heute breit verankert und durch wegweisende Entscheide des Bundesgerichts und anderer Gerichte auch staatsrechtlich vollkommen anerkannt worden.

Wir müssen dies zur Kenntnis nehmen, und wir sollten uns

nicht unter dem etwas billigen Vorwand der Angst vor Kostensteigerungen darum drücken, zumal diese vermuteten Kostensteigerungen eben nur vermutet und gar nicht nachgewiesen sind. Ich werde nachher noch darauf zurückkommen; man kann durchaus vermuten, dass dadurch Kosten senkungen oder zumindest Kostenneutralität erreicht werden könnten.

Ich will kurz wiederholen, was in den letzten zehn Jahren gegangen ist: Seit 1980, seit einem Bundesgerichtsentscheid, ist der Beruf des Psychotherapeuten anerkannt als ein wissenschaftlicher Beruf, vergleichbar dem Beruf des Arztes oder des Anwalts; es ist ein eigenständiger, wissenschaftlicher Beruf; durch das Bundesgericht wurde das so durchgesetzt. Heute ist der Beruf des Psychotherapeuten in 19 Kantonen als selbständigerwerbender und mit Bewilligung auszuübender Beruf anerkannt. Es existiert auch eine klare Abgrenzung zwischen dem Psychotherapeuten, also dem qualifizierten und in langer Ausbildung geschulten Menschen, und dem Psychologen, der weniger hohe Anforderungen erfüllen muss.

Die Psychotherapeuten brauchen nach abgeschlossenem Hochschulstudium eine fünfjährige Spezialausbildung inklusive einer einjährigen Praxis unter der Kontrolle von älteren Fachkollegen. Es ist also genau gleich wie bei der Arzt Ausbildung. Ich möchte betonen, und es ist ganz wichtig, dass Sie das verstehen: Bei meinem Antrag geht es nur um diese hochqualifizierten Psychotherapeuten, nicht um irgendwelche Menschen, die sich Psychologen nennen, obwohl vielleicht nur sie selber glauben, dass sie es seien.

Heutzutage existiert auch eine klare Abgrenzung von Psychotherapeuten gegenüber den somatischen Aerzten. Die immer noch aus Arztkreisen zu vernehmende Ansicht, die Psychotherapie sei eine ärztliche Domäne und die Psychotherapeuten sollten deshalb nur als Hilfspersonen auf Anordnung und unter Aufsicht eines Arztes tätig sein, ist vom Bundesgericht abgelehnt worden – auch das ein Fall aus den letzten zehn Jahren. Der Kanton Waadt musste in diesem Punkt sogar sein Gesundheitsgesetz ändern.

Zudem ist auch aus der Sicht einer modernen ganzheitlichen Medizin, welche eben nicht nur den Körper, sondern auch die Seele des Kranken in die Behandlung und die Therapie einbezieht, diese Ansicht unhaltbar. Im Gegenteil, es ist heute so, dass die gutausgebildeten Psychotherapeuten bei weitem besser befähigt sind, zu erkennen, ob ein Patient eine psychiatrische Behandlung braucht, als ein Arzt, bei dem eine psychiatrische Ausbildung in seinem Studium kaum notwendig ist oder nur in einem ganz geringen Ausmass. Er braucht keine wirkliche psychiatrische Ausbildung zu haben.

Das Bundesgericht empfiehlt denn auch im Entscheid gegen den Kanton Waadt den Kantonen, die Psychotherapeuten unter die selbständigen Medizinalpersonen wie die Aerzte, Apotheker usw. einzugliedern.

Genau das ist der Antrag, den ich Ihnen heute auch stelle.

Leider ist diese Meinung des Bundesgerichts beim eidgenössischen Gesetzgeber durch Anrufen des Gerichtes nicht durchzusetzen. Aber das sollte uns nicht daran hindern, eine Einsicht, die schon so weit Platz gegriffen hat und durch Entscheide des Bundesgerichts untermauert worden ist, auch versicherungsrechtlich aufzunehmen.

Ich würde sagen, staatsrechtlich ist die Psychotherapie heutzutage anerkannt. Sie hat alles, was sie braucht, aber versicherungsrechtlich ist sie im KVG noch immer nicht anerkannt, und leider haben weder Bundesrat noch Kommission diesen Schritt vollziehen wollen.

Ich denke aber doch, wir sollten im Interesse der psychisch Kranken auch diese versicherungsrechtliche Gleichstellung vornehmen, also die hochqualifizierten Psychotherapeuten als Leistungserbringer anerkennen und damit eben diesen Schatten der Verdrängung psychischer Krankheiten etwas aufhellen.

Der Haupteinwand, der neben der vermuteten Kostensteigerung gegen mein Anliegen immer vorgebracht wird, ist der, dass man die psychiatrische Behandlung via Delegation durch einen Arzt als Pflichtleistung in der Krankenversicherung in Anspruch nehmen könne. Dieser Einwand ist aber ausserordentlich trügerisch. Ich will Ihnen das kurz erläutern: Die

Qualifikation dieser sogenannten «Deleputen», das heisst also der Psychotherapeuten oder Psychologen, an die die Patienten vom Arzt delegiert werden, ist ausserordentlich unbestimmt. Die Leistungspflicht der Krankenkasse darf nach Gesetz nicht von der psychiatrischen Qualifikation des einweisenden Arztes abhängig gemacht werden. Unter dem Schutzmantel der Ueberweisung durch einen Arzt ist dann jede Psychotherapie kassenpflichtig, ganz unabhängig von der Qualifikation des Psychologen oder allenfalls Psychotherapeuten, welcher die Therapie macht. Dessen Qualifikation wiederum kann die Krankenkasse nicht beurteilen; sie kann es von ihrem Aufbau her nicht, und sie darf es nicht.

Sie haben einen Artikel der «NZZ» zugesandt bekommen, in dem über eine Studie der Zürcher Aerztegesellschaft berichtet wird, welche festgestellt hat, dass nur gut ein Viertel – 27 Prozent – dieser Psychotherapien die gesellschaftsinternen, also die Richtlinien der Aerzte erfüllt haben. Bei den anderen drei Vierteln waren die fachlichen Voraussetzungen zur Durchführung einer delegierten Psychotherapie entweder seitens der Aerzte oder seitens der Therapeuten nicht erfüllt. Die Aerztegesellschaft hat darauf die Richtlinien wieder aufgehoben, weil sie gesagt hat, sie hätten offenbar gar keinen Sinn. Es ist nicht zu kontrollieren, weder von uns noch sonst von irgend jemandem.

Diese Lösung mit der delegierten Psychotherapie, mit diesen Deleputen, ist also wirklich keine Lösung, weder zum Wohle der Patienten noch zu jenem der Krankenkassen. Denn es ist natürlich sinnlos, dass 100 Prozent Therapien kassenpflichtig bezahlt werden müssen, wenn nur ein Viertel davon fachlich überhaupt einwandfrei durchgeführt wird. Wenn man es besser macht, lassen sich hier wirklich Kosten sparen.

Es ist eben so, dass diese delegierte Psychotherapie eine unbefriedigende juristische Konstruktion ist, die auf das Eidgenössische Versicherungsgericht zurückgeht. Wegen der mangelnden gesetzlichen Verankerung der Psychotherapeuten in diesem Artikel 19 hatte es gar keine andere Wahl, als wenigstens eine Kassenleistung auf diesem Weg zuzulassen. Heute ist es so, dass sich schlecht qualifizierte Therapeuten in die delegierte Therapie flüchten, wo sie unter dem Schutzmantel eines Arztes von Qualifikationsanforderungen unbeteiligt bleiben und erst noch für ihre allenfalls mangelnde Ausbildung durch die Pflichtleistungen belohnt werden.

Die delegierte Psychotherapie ist kein Ersatz für das, was ich Ihnen beantrage, nämlich die versicherungsgesetzliche Anerkennung der fachlich qualifizierten Psychotherapeuten.

Zum anderen Einwand, der schon im Votum Schoch von heute morgen angeklungen hat, das seien Leute, die sich an den Fleischtopfen des Staates oder der Krankenversicherungen göttlich tun wollten: Natürlich wollen diese Psychotherapeuten für eine Arbeit, die sie qualifiziert ausführen, bezahlt sein. Aber dass sie das wollen, kann ja noch kein Grund sein, sie in die Abhängigkeit eines Arztes zu schicken, wo sie erstens schlechter qualifiziert sind und zweitens mehr Kosten verursachen.

Im übrigen gibt es das Beispiel einer grossen Krankenkasse, der Kranken-Fürsorge Winterthur, welche nun seit vier Jahren die Psychotherapie als freiwillige Kassenleistung zulässt. Sie zahlt rund 90 Franken pro Therapiestunde, mit der Möglichkeit, durch zusätzliche Eigenleistungen des Patienten diese Leistung bis auf 130 Franken aufstocken zu lassen. Sie hat nur gute Erfahrungen damit gemacht – auch im Kostenbereich keine schlechten!

Der damalige Direktor, alt Regierungsrat Paul Manz, hat mir gesagt, er habe noch nie so viele schlechte Prophezeiungen und Warnungen bekommen wie damals, als er seine Absicht umgesetzt und die Krankenkasse für die Psychotherapien geöffnet habe. Heute, nach vier Jahren Praxis, ist es so: Im Jahre 1991 hat die Psychotherapie 40 Rappen pro Kassenmitglied und Monat gekostet. 40 Rappen – das bewegt sich in der Promillegend der Prämienkosten.

Es ist nicht abgeklärt, und wahrscheinlich auch nicht abzuklären, wieviel andererseits eingespart worden ist, und zwar aufgrund der Tatsache, dass nun die Krankheiten, die ja fast immer – wenn nicht immer – psychische und körperliche Komponenten haben, besser geheilt werden konnten, weil man sie

wirklich an der Wurzel behandeln konnte, statt nur die Symptome zu bekämpfen.

Wenn Sie das Beispiel generell auf die Schweizer Krankenkassen umrechnen, also auf das, worüber wir heute sprechen, kommen Sie bei der Prämisse, der Psychotherapiebedarf der Schweizer sei gleich wie jener der Mitglieder der Kranken-Fürsorge Winterthur, auf 30 Millionen Franken, die nachgewiesenermassen für diese Psychotherapien bezahlt werden müssten: Das sind also 2,78 Promille der insgesamt 10,6 Milliarden Franken Krankenkassenleistungen des Jahres 1991!

Ich muss dazu sagen: Wenn diese Therapien nur 15 Prozent aller Psychopharmaka-Abgaben durch Aerzte verhindert hätten – das ist nämlich die normale Art, wie ein Somatiker psychische Probleme behandelt; er gibt ein potentes Psychopharmakum –, würde die genau gleiche Summe bereits wieder eingespart. Denn die Psychopharmaka haben allein in diesem einen Jahr 220 Millionen Franken gekostet – also 30 Millionen Franken extrapoliert für die Psychotherapien, 220 Millionen Franken für die chemische Keule, die Psychopharmaka! Das ist doch ein Missverhältnis! Und daran will man nun die Kostensteigerung festmachen, da redet man von den Fleischtopfen, die zu schützen man vorgibt!

Ein Kostenschub ist mit anderen Worten nicht zu vermuten. Es ist nicht nachzuweisen, dass es billiger wird, aber man darf ebenso zu Recht davon ausgehen, dass es eine kostenneutrale Angelegenheit sein könnte.

Wenn Sie meinem Antrag folgen, haben Sie nicht nur die Chance, die Kosten zu verringern, sondern Sie geben dem Beruf des Psychotherapeuten dieselbe wirtschaftliche Chance wie dem Arztberuf, was auf dem Gebiet der psychischen Krankheiten – ich betone noch einmal, das ist ein grosser Teil aller Krankheiten – einen echten, deregulierten Wettbewerb ermöglichen würde, als wir ihn heute haben. Damit können, aus Gründen, die Sie besser kennen als ich und sicher gut verstehen, nicht nur Kostensteigerungen, sondern auch Kostendämpfungen erwartet werden. Es ist immer billiger, wenn Sie direkt zum Schmied gehen, statt noch den Umweg über den «Schmiedli», also den delegierenden Arzt, nehmen zu müssen.

Zudem – das mein Schlusswort – beseitigen Sie, wenn Sie meinem Antrag folgen, die ungerechtfertigte Benachteiligung der psychisch Kranken. Diese können nämlich heute nicht zu einem Spezialisten gehen, sondern müssen in erster Linie einmal zu einem Somatiker gehen. Sie verhelfen damit auch einer ganzheitlichen Betrachtung der Krankheiten zum Durchbruch.

Auf die Dauer und übers Ganze gesehen denke ich, dass die ganzheitliche Betrachtung der Krankheit die allerbeste Medizin gegen die heute überbordende somatische Medizin mit ihren Spitzenleistungen und ihrer Kostenproliferation ist. Eine langfristige Kostendämpfung erreicht man nicht durch die apparative, hochtechnische somatische Medizin, sondern durch eine gebührende Berücksichtigung auch der psychischen Komponenten.

Ich bitte Sie aus all diesen Gründen um Ihre Zustimmung zu meinem Antrag hier und analog zu meinem Antrag bei Artikel 29, der dasselbe am geeigneten Ort noch einmal festschreiben will.

**M. Béguin:** J'aimerais ici brièvement apporter mon soutien à la proposition, que M. Plattner vient de développer, d'inclure les psychothérapeutes parmi les personnes reconnues pour la dispensation autonome de prestations. La loi actuelle ignore les psychothérapeutes, quand bien même leurs prestations sont reconnues.

Les conséquences pratiques de cet état de fait sont les suivantes: les patients traités par un psychothérapeute non-médecin ne sont pas remboursés par les caisses-maladie, sauf par quelques-unes qui le font à bien plaisir. Un patient qui ne peut assumer financièrement un traitement psychologique indiqué doit donc, obligatoirement, s'adresser à un médecin, que celui-ci d'ailleurs soit spécialiste ou non en psychothérapie. Or, dans la plupart des cas, il n'y a aucune nécessité de psychiatriser la situation, cela étant même souvent mal compris et ressenti par le patient, notamment quand l'état morbide est lié à

un conflit de couple, de famille, professionnel ou dans les consultations concernant les enfants et les adolescents. Un patient qui a entrepris un traitement chez un psychologue non-médecin risque de voir son traitement soudain interrompu, si sa situation professionnelle et matérielle ne lui permet plus de l'assumer, et un changement de psychologue peut être fortement préjudiciable au patient.

Le fait que le psychologue non-médecin ne soit pas reconnu comme fournisseur de prestations laisse croire dans le public que ce dernier ne jouit pas des compétences nécessaires à l'exercice de son art. Sur ce dernier point, il y a lieu de relever, comme l'a fait M. Plattner tout à l'heure, que les exigences de l'Association suisse des psychologues, telles qu'elles résultent des lignes directrices concernant la formation, sont plus élevées que celles des médecins, s'agissant notamment des heures de supervision et du nombre de thérapies suivies lors de la formation. En effet, d'après ces directives, c'est au moins 1200 heures qui doivent être suivies sur une période minimum de cinq ans. Et il semble même, d'après des témoignages de médecins que j'ai pu recueillir, qu'un psychologue formé de cette manière est mieux apte qu'un psychiatre, de par sa double formation pratique et théorique, à entreprendre un traitement.

Se justifie-t-il, dans ces conditions, de perpétuer une telle discrimination? Certains invoqueront, et cela semble être l'argument principal, l'aspect financier, craignant qu'avec cette reconnaissance la demande des assurés ne s'accroisse et ne vienne encore augmenter les charges de l'assurance-maladie. Il faut répondre à cela qu'il ne s'agirait pas d'une prestation nouvelle à proprement parler. La psychologie fait déjà partie des prestations octroyées aux médecins spécialisés en psychiatrie et psychologie, et même aux médecins non spécialisés, voire non formés dans ce domaine, qui disposent de points dits psychiatriques.

L'objet de la psychologie étant le traitement des troubles psychiques, la population consultante n'est pas non plus une population nouvelle ni extensible. Simplement une répartition différente s'établirait entre médecins-psychologues et psychologues-psychologues. Les patients que le psychologue doit très fréquemment, pour des raisons économiques et non médicales, renvoyer à un médecin-psychiatre font partie de la population déjà à la charge des caisses-maladie. La population susceptible d'assurer elle-même la charge financière d'une psychologie, et qui a donc le libre choix de son thérapeute, est l'exception; elle ne peut donc venir grossir significativement le coût des prestations. Le projet de révision attribue au médecin-conseil un rôle important pour le contrôle des prestations et des frais, c'est-à-dire une tâche importante que l'on trouve à l'article 49.

Divers travaux de recherche américains et norvégiens ont démontré que l'hypothèse d'une intervention psychologique en première ligne peut effectivement permettre de rompre le processus régulier et répétitif d'utilisation excessive des services médicaux et prévenir ainsi la chronicisation. Un rapport établi par une caisse-maladie qui octroie volontairement des prestations aux psychologues non médecins déclare que les coûts de psychologie sont minimes comparés aux dépenses dans le domaine somatique. Ils auraient été, pour 1990, de 3,60 francs par assuré. L'Ofas, en établissant des conventions avec l'Association suisse des psychologues et la Fédération suisse des psychologues et, par extension, avec tous les psychologues ayant une autorisation cantonale de pratique, a réglé, depuis 1989, les prestations obligatoires pour la psychologie dans le cadre de l'assurance-invalidité.

Dès lors, il me paraît que ce serait une question de justice et d'équité que de soutenir la proposition de M. Plattner, et je vous invite à le faire.

**M. Petitpierre:** N'étant pas membre de la commission et n'ayant pas de qualité particulière pour contredire les propos de MM. Plattner et Béguin, je ne le ferai donc pas. Je ne contredis pas ce qu'ils disent, mais je romps quand même une lance pour qu'il y ait une prescription médicale avant une psychologie par un psychologue ou un psychologue non-médecin pour la raison suivante. On ne peut pas empêcher les

patients de s'adresser directement à un psychologue non-médecin, mais il y a alors le danger que, par une erreur de diagnostic, on ne donne pas des soins somatiques à quelqu'un que l'on continue à soigner par la psychologie et qu'il se révèle ensuite que le diagnostic était faux. C'est un risque réel. Il faut absolument éviter ce risque d'une erreur de diagnostic qui entraîne l'absence de soins somatiques pendant un certain temps.

Ce n'est pas enlever quelque dignité que ce soit à la profession des psychologues non-médecins que de dire qu'ils ne sont pas médecins, c'est sa définition même. Dès lors, si on prévoit un diagnostic médical préalable, on limite les risques d'erreur, qui sont suffisamment grands, à mon avis, pour qu'on s'en tienne au point de vue soutenu par le Conseil fédéral et par la commission. Cela n'a rien à voir avec une dépréciation de la profession de psychologue non-médecin.

**Mornroll:** Ich möchte an die Ausführungen von Kollege Petitpierre anknüpfen. Es ist sehr wichtig, dass zuerst eine Diagnose gestellt und dann eine Indikation für eine Behandlung ausgestellt wird. Ueber den Wert der psychologischen Behandlung bestehen sicher keine Zweifel, aber es muss eine ärztliche Indikation ausgestellt werden. Ich finde daher, dass der Entwurf der Kommission und des Bundesrates richtig ist.

Man müsste aus Gerechtigkeitsgründen die gleichen Bestimmungen für die Physiotherapeuten einführen, diese haben auch eine Ausbildung, sie können auch behandeln und sind sehr nützlich. Aber auch sie müssen über eine ärztliche Verordnung, ein Rezept verfügen, damit die Leistungen abgegolten werden. Auch eine erfahrene Krankenschwester weiss, was sie tun muss, und darf ohne ärztliche Verordnung trotzdem keine Spritzenbehandlung durchführen. Das heisst, die Krankenkasse übernimmt die Kosten für diese Behandlungen nur, wenn sie ärztlich verschrieben worden sind – wenn man da mit Ausnahmen anfängt, gibt es kein Ende.

Dass die Psychotherapie die Behandlung mit Psychopharmaka einschränkt, in gewissen Fällen vielleicht sogar verhindern kann, mag schon richtig sein. Aber die Psychotherapie wird vielfach durch eine pharmakologische Behandlung unterstützt, weil vielfach beide Faktoren nötig sind.

Es kommen immer wieder Leute mit einer akuten Depression zu mir, die ich dann während einer Woche – und nicht über Monate – mit Psychopharmaka behandle. Wenn diese primär zum Psychotherapeuten gehen, wissen wir nicht, wie lange das Ganze dauert und was es kostet.

Zu Kollege Plattner: Er stellt die Somatiker so ein bisschen als negative Erscheinung den Psychotherapeuten gegenüber. Aber zuerst kommt einmal die Somatik, zuerst kommt einmal eine Diagnose – es ist schon schön, von Somatikern in einem negativen Unterton zu sprechen, aber bei einem Patienten mit Krebs oder Infarkt ist jedesmal eine somatische Behandlung nötig –, die Psychotherapie kann man dazu noch verordnen, das wird heute gemacht, gerade bei Krebskranken.

In diesem Moment muss der Arzt jeweils abwägen: Braucht es noch eine psychologische, psychotherapeutische Unterstützung oder nicht? Man muss sich dann auch im klaren sein, dass sich dies zu den anderen Kosten summiert; es erspart keine Kosten.

Ich bin der Meinung, dass die Psychotherapie auch in Zukunft ärztlich verordnet werden soll oder zumindest, dass sie nur von den Krankenkassen übernommen wird, wenn sie ärztlich verordnet ist.

**Huber, Berichterstatte:** Die Kommission ist sich durchaus bewusst gewesen, dass das Thema der Psychotherapie und das Begehren der Psychotherapeuten, die – um es einmal milde zu sagen – sehr gut zu klappern wissen und ihre Argumente vorzutragen verstehen, Themen sind, die auch noch vom emotionalen Ansatz her entsprechend behandelt werden können. Herr Onken sagte, man müsste bei diesen Dingen auch die Gefühle sprechen lassen. Man darf Gefühle sprechen lassen; aber gerade bei der Psychotherapeutenfrage muss die Rationalität der Massstab sein, nach dem wir uns richten. Das führt dazu, dass wir im Prinzip den Zustand nicht herbeiführen, den einzelne Psychotherapeuten verlangen, nämlich



erstens die Gleichstellung mit dem Arzt in der sozialen Krankenversicherung; zweitens die offenbar gezielte Vermischung zwischen der selbständigen Berufsausübung auf der Stufe der Kantone und der selbständigen Berufsausübung auf der Stufe Bund im Bereich Krankenversicherung.

Darf ich zu Beginn ganz klar sagen: Die Kommission hat sich intensiv mit dem Problem auseinandergesetzt. Wir sind nicht der Meinung, dass die Beibehaltung der bisherigen Lösung eine Verbannung der psychischen Krankheiten ins Armenhaus darstellt, wie es formuliert wurde. Wir gehören nicht zu denen, die die Geringschätzung des psychischen Leidens oder die Ungleichbewertung gegenüber dem somatischen Leiden zulassen möchten.

Wir sind einfach der Meinung, dass die Psychotherapie, so wie sie sich gegenwärtig präsentiert, also in ihrer verwirrenden Vielfalt, in ihrer Undurchsichtigkeit, letztlich nicht jenen Grad an Klarheit errungen hat, dass sie – gleich wie die anderen medizinischen Berufe – einerseits Einzug unter die Leistungserbringer halten und andererseits zu einer Leistung gemäss der sozialen Krankenversicherung werden könnte.

Wenn ich Ihnen beliebt machen möchte, bei der bisherigen Lösung zu bleiben, habe ich, was meine Vorredner bis jetzt nicht getan haben, Ihnen in Erinnerung zu rufen, dass gemäss Verordnung 8 des Eidgenössischen Departementes des Innern über die Krankenversicherung betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen eine Regelung besteht. Dort steht ganz klar als Grundsatz in Artikel 1: «Psychotherapie nach Methoden, welche mit Erfolg an anerkannten psychiatrischen Institutionen angewendet werden, gilt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen als Pflichtleistung im Sinne von Artikel 12 Absatz 2 Ziffer 1 Buchstabe a und Ziffer 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung.» Mit anderen Worten: Es ist ganz klar, dass auch heute bereits partiell Psychotherapie als Pflichtleistung anerkannt wird.

Ebenso bekannt ist das Beispiel des alt Kollegen Manz – es ist zitiert worden – von der Kranken-Fürsorge Winterthur, wo psychotherapeutische Leistungen auch als Zusatzleistungen, ohne von einer Zusatzversicherung abhängig gemacht zu werden, von der Krankenversicherung erbracht werden. Weniger schön ist gewesen, dass man sich damit als besonders fortschrittlich gegenüber anderen plakatieren liess. Aber das ist ein Thema, das zur Auseinandersetzung unter den Krankenkassen gehört, und da wollen wir nicht weiter eindringen. Ich muss jetzt Artikel 1 Absatz 2 der erwähnten Verordnung zitieren, damit Sie die Problematik ersehen können: «Psychotherapie, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifeung oder zu anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken durchgeführt wird, ist keine Pflichtleistung der Krankenkassen.»

Das heisst, es gibt keinen Kanon der Psychotherapie, sondern ein unendliches Feld. Von denen fallen im Sinne des Gesetzes einige unter die Pflichtleistungen, andere unter die Zusatzleistungen, und andere sind weder ärztliche noch medizinische Leistungen, sondern es sind Hilfestellungen, die früher von anderen akademischen oder nichtakademischen Berufen wahrgenommen wurden.

Nun kommt ein weiteres dazu. Bei der Psychotherapie handelt es sich um ein sehr weitläufiges Feld. Ich habe mich als Kommissionspräsident noch einmal bei zwei Kantonen über die Situation erkundigt, um meine Auffassung zu überprüfen. Ich habe von einem Kanton einen Bericht erhalten, und zwar von einem grossen Schweizer Kanton, der sich gegenwärtig wieder beim Bundesgericht mit dem Thema herumschlägt, wie im Artikel der «Neuen Zürcher Zeitung» zu lesen ist, der uns freundlicherweise zugestellt wurde. Ich habe eine Feststellung erhalten, die die Situation klar umreisst: «Das Gebiet der Psychotherapie ist unüberschaubar. Nach Schätzungen soll es bis zu 400 Schulen mit zirka 10 000 verschiedenen Techniken geben. Allein in Zürich bestanden im Februar 1991 35 Therapieschulen, heute sollen es bereits 40 sein.»

Für eine grosse Anzahl dieser psychotherapeutischen Methoden und Techniken steht jeder Nachweis einer Wirksamkeit aus, oder die Wirksamkeit muss – leider – als fraglich bezeich-

net werden. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, in einer solchen Situation dafür zu sorgen, dass nicht Dinge finanziert werden, dass nicht Dinge weiter gefördert werden, die schliesslich dazu führen, dass mehr Schaden als Erfolg entsteht. Es ist zuzugeben, dass es auch unter Nichtärzten qualifizierte Psychotherapeuten gibt, die gute Arbeit leisten. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass eine grosse Zahl von Psychologen darauf warten, nun auf ein sehr diffiziles Gebiet auszuschwärmen.

Ein weiteres steht nun zur Diskussion. Entgegen dem, was uns glaubhaft gemacht wurde, sind die Kantone staatsrechtlich nicht verpflichtet, Psychotherapeuten anzuerkennen. Es ist weiter auch nicht so, dass die Psychotherapeuten etwa eine einhellige und gleichlautende Zulassungspraxis zur selbständigen Berufsausübung haben. Wir haben eine Musterverordnung der Sanitätsdirektorenkonferenz, die in wenigen Kantonen angewendet wurde, wir haben eigenständige Normierungen von einzelnen Kantonen, aber wir haben keinen gemeinsamen umschriebenen Bereich, der das Berufsbild des Psychotherapeuten beschreibt, wie wir das beispielsweise beim Arzt und beim Chiropraktoren haben, der damit zugelassen werden kann. Nicht nur zur selbständigen Berufsausübung mit der kantonalen Berufsausübungsbewilligung, sondern auch zur Zulassung der sozialen Krankenversicherung. Und das steht hier zur Diskussion.

Ich muss Herrn Kollege Plattner in einem Punkt recht geben. Auch mir passt die Methode der Delegation nicht, und die Kritik, die hier angebracht wurde, die hat etwas für sich.

Die Kassen sind dazu übergegangen, dass nur noch Therapeuten, die kantonal zur selbständigen Berufsausübung anerkannt sind, als delegierte Therapeuten akzeptiert werden und ihre Leistungen vergütet werden, aber nicht als Pflichtleistungen, sondern als Leistungen im Sinne, wie ich sie Ihnen geschildert habe.

Nun muss gesagt werden, dass der Entscheid im Sinne der Kommission nicht etwa ein negativer Entscheid gegenüber die Weiterentwicklung der Psychotherapie ist. Ich bin der Meinung, dass die Nachfrage nach psychiatrischen medizinischen Leistungen stärker wächst als die Nachfrage nach somatischen medizinischen Leistungen. Die Wachstumsgrößen sind bei der Psychiatrie – sei das im Bereich der Ambulanz, aber auch im Bereich der stationären oder der teilstationären Struktur – ausserordentlich gross. Unsere Zeit ist offenbar so, dass der Geist des Menschen sie manchmal nicht mehr versteht – und da die Zeit sich nicht ändert, bekommt der Geist, die Seele, damit Schwierigkeiten.

Wir können das aber ganz klarmachen. Wir können für die Psychotherapie eine durchaus legale und richtige Methode offenhalten. Ich darf Ihnen – denn das Thema gehört im Prinzip zu Artikel 29 und nicht zu Artikel 19 – aus der Botschaft zu Artikel 29 auf Seite 71 die Schlüsselstelle zitieren: «Für die anderen im Gesetz bewusst nicht abschliessend aufgezählten medizinisch-therapeutischen Berufe und Berufe der spitalexternen sowie der Hauskrankenpflege gilt demgegenüber, wie heute, dass sie nur auf ärztliche Anordnung hin für die soziale Krankenversicherung tätig werden sollen. Angestrebt wird damit eine möglichst gute Koordination von Diagnose und Therapie, was der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen und damit letztlich dem Interesse der Versicherten und der Patienten dienen soll.»

Aus diesen Überlegungen heraus sind wir auch den hier und dort in den Vernehmlassungen geäusserten Wünschen nicht gefolgt, die darauf abzielen, Psychotherapeuten – ich nehme sie jetzt heraus – als dem Arzt gleichgestellte Leistungserbringer in die Vorlage aufzunehmen. Im Gegenteil wird auf die entsprechende Kompetenz des Bundesrates verwiesen, nämlich auf den Artikel 27 Absatz 2, wonach er auf Verordnungsstufe entsprechend normieren, die Weiterentwicklung sorgsam im Auge behalten und im richtigen Moment dann den Schritt tun soll. Dabei wird der Bundesrat von einer Fachkommission beraten werden. Ich glaube, er wird bei Gelegenheit dieses Thema – zusammen mit den kantonalen Gesundheitsdirektoren – weiter an die Hand nehmen, um eine Situation, die von der Sache her gegenwärtig nicht im Gesetz Aufnahme finden kann, gezielt zu verbessern.

Zusammenfassend bitte ich Sie, aus Gründen der völligen Un-

übersichtlichkeit dieser ganzen Szene in der Psychotherapie – es ist ja keineswegs so, dass der etwa agierende SPV der einzige Verband wäre; das ist ein Verband mit vielleicht 1000 Mitgliedern, und daneben bestehen sehr viele andere Strukturen, deren Mitglieder behaupten, sie seien diejenigen, die das Richtige tun – nun nicht etwas zumindest vorläufig Unsicheres im Gesetz zu statuieren, was zudem auch dem Grundsatz der Effizienz, der Wirksamkeit und der Kostengünstigkeit der sozialen Krankenversicherung widerspricht.

**Schoch:** Nachdem ich in meinem Eintretensvotum zur Frage der Psychotherapeuten eine Aeusserung gemacht habe, die vielleicht missverstanden werden könnte, möchte ich hier einfach die folgenden Punkte nochmals klarstellen:

An sich ist ja alles gesagt worden, aber es liegt mir daran, klarzustellen, was folgt.

Psychotherapie ist absolut wichtig und unerlässlich. Darüber kann kein Zweifel bestehen.

Psychotherapie muss zu Lasten von Krankenkassen übernommen werden können. Auch daran besteht kein Zweifel.

Aber – jetzt kommt mein Aber – was Herr Plattner uns vorgetragen hat, ging von gänzlich falschen Voraussetzungen aus, das schilderte nämlich den heutigen Rechtszustand und nicht das, was wir im Gesetz neu regeln wollen. Herr Plattner ist da wahrscheinlich Informanten aufgesessen, die das nicht ganz genau begriffen haben.

Es ist ja ein bisschen kompliziert, aber neu wird das so sein – ich werde versuchen, Ihnen das in zwei Sätzen zu erläutern:

Neu will und soll das Krankenversicherungsgesetz, sollen die Krankenkassen psychotherapeutische Behandlungen übernehmen müssen, sofern und soweit ein Arzt einen Patienten dem Psychotherapeuten zuweist. Man muss also durch die Pforte des Hausarztes zum Psychotherapeuten. Es ist eine zusätzliche Kontrollinstanz eingebaut.

Es ist nicht so, dass die psychotherapeutische Behandlung von der Uebernahme durch die Krankenkasse ausgeschlossen wäre oder dass die Psychotherapeuten – so wie Herr Plattner das gesagt hat – als Leistungserbringer nicht anerkannt wären. Sie sind anerkannt, und der Bundesrat wird festlegen, welche Voraussetzungen für die Anerkennung erfüllt sein müssen. Und wenn der Hausarzt grünes Licht gibt, dann behandelt der Psychotherapeut, hoffentlich nicht 1250 Stunden auf fünf Jahre verteilt – das wäre dann vielleicht doch ein bisschen viel, Herr Béguin –, aber er wird behandeln, bis die Krankheit geheilt ist.

Ich bin aber nicht bereit, den Entscheid darüber, ob ein Patient eine psychotherapeutische Behandlung braucht oder nicht, in einem obligatorischen Versicherungssystem nur dem Psychotherapeuten zu überlassen. Wenn man selbständig entscheiden kann, ob man in eine Krankenversicherung ein- oder auch wieder austreten kann – à la bonheur –, dann könnten auch psychotherapeutische Leistungen unbeschränkt zu Lasten der Versicherung übernommen werden. Wo die Versicherung aber obligatorisch ist, bin ich nicht mehr bereit, mitzumachen. Da würden auch die Kosten – davon bin ich fest überzeugt – sofort aus der Kontrolle geraten.

Deswegen bitte ich Sie, den Antrag Plattner abzulehnen.

Ich mache darauf aufmerksam, dass hier die Balneologie und die Rehabilitation geregelt sind. Damit sind die Diagnose, die Therapie und die Rehabilitation als drei verschiedene Schritte in der sozialen Krankenversicherung erfasst. Hier taucht zum ersten Mal der Begriff der teilstationären Krankenpflege auf, der bis anhin im Gesetz nicht vorhanden war.

Ich mache weiter darauf aufmerksam, dass schliesslich eine Lösung gefunden wurde, wenn auch mit einiger Anstrengung und mit einigem Aufwand, nämlich die Fassung der Litera f, «einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten». Dabei sei ganz klar aus den Kommissionsberatungen berichtet, dass Transporte unter Spitälern, beispielsweise von einem Spital der Grundversorgung in ein Zentralspital oder in ein Universitätsspital, ein Bestandteil der Behandlung sind und damit ebenfalls in diesem Umfang gedeckt werden, während es sich hier um einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten in anderen Fällen handelt.

Was hier nicht erfasst ist, steht klar im Gegensatz zum UVG: die Reisekosten, die nicht Bestandteil der Krankenpflegeversicherung sind. Im übrigen mache ich darauf aufmerksam, dass die Kompetenz, den Beitrag sowohl an die medizinisch notwendigen Transport- sowie an die Rettungskosten festzulegen, beim Bundesrat liegt.

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

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

**Bundesrat Cotti:** Es ist erfreulich, dass der Rat dieser Frage etwa sechzigmal mehr Zeit gewidmet hat als der Frage des Obligatoriums. Darüber kann ich mich nur freuen, und ich möchte das zeitliche Verhältnis nicht auf den Faktor 61 anwachsen lassen.

Ich schliesse mich voll und ganz den Ausführungen des Kommissionspräsidenten an.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission	24 Stimmen
Für den Antrag Plattner	5 Stimmen

**Huber, Berichterstatter:** Es darf nicht übersehen werden, dass der Artikel 19 mit dem Titel «Allgemeine Leistungen bei Krankheit» natürlich noch sehr viel Wesentliches und anderes enthält als das Thema, das wir jetzt ausgiebig diskutiert haben.

91.071

**Krankenversicherung. Revision**  
**Assurance-maladie. Révision**

*Fortsetzung – Suite*

Siehe Seite 1290 hiervor – Voir page 1290 ci-devant

---

**Art. 20**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 20, der medizinischen Prävention, ist zu sagen, dass das Anliegen, die Prävention vermehrt in die soziale Krankenversicherung aufzunehmen, zu den unbestrittenen Punkten der Revision gehört. Was hier vorgenommen wird, ist eine Ausweitung des Leistungskataloges in dem Sinne, dass die Prävention – von relativ geringen freiwilligen Leistungen weg – ins obligatorische Paket der Grundversicherung aufgenommen wird.

Allerdings muss ich sagen, dass die Kantone einerseits den Erlass eines Präventionsgesetzes abgelehnt haben, dass sie aber andererseits heute durch eine Stiftung, die sie errichtet haben, gemeinsam im Bereich der Prävention tätig sind. Das schliesst nicht aus, dass die Prävention trotzdem im Bereich der Grundversicherung eingeschlossen wird. Denn die Prävention bildet zusammen mit der Diagnostik, der Therapie und der Rehabilitation die gesamte Breite medizinischer und pflegerischer Leistung im Gesundheitswesen.

Es muss klar gesagt werden, dass dieser Artikel zu falschen Auffassungen führen kann. Denn auch die medizinische Prävention, wie sie hier beschrieben wird, untersteht dem Artikel 27 des revidierten KVG (vgl. Entwurf des Bundesrates): Nicht jede präventive Leistung oder was wir als solche verstehen, wird also unter dieses Gesetz zu subsumieren sein. Der Bundesrat wird nach Anhören der besonders bestellten Fachkommissionen die zu erbringenden Leistungen bezeichnen (in diese Fachkommissionen gehören alle am Gesundheitswesen und an der entsprechenden Materie interessierten Personen, die in Organisationen mitarbeiten und über das nötige Fachwissen verfügen). Es muss klar unterschieden werden zwischen der individuellen Prävention – ich nenne ein Beispiel: die gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen – und dem, was Prävention im weiteren Sinne ist; ich denke hier an die Gesundheitserziehung, also an die kollektive Prävention. Die Meinung, die der Bundesrat von vornherein hatte, ist die, dass es sich hier um die individuelle Prävention handelt; diese individuelle Prävention wiederum in den Schranken von Artikel 27 KVG.

Wenn im Vorfeld der Diskussion gesagt wurde, dass es sich hier um eine Leistung handle, bei der Hunderte von Millionen Franken zusätzlich ausgegeben werden, muss ich dem namens der einhelligen Kommission widersprechen. Das ist nicht die Auffassung, das ist nicht das Verständnis dieser Legiferierung, sondern es handelt sich um gezielte präventive Massnahmen. Diese präventiven Massnahmen sind ebenfalls den Kriterien unterstellt, wie wir sie weiter hinten als Kriterien für die Leistungserbringung überhaupt definieren, nämlich: die Wirksamkeit, die Wirtschaftlichkeit als Kriterien. Zusammenfassend bitte ich Sie, diesem Artikel 20 zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 21

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates  
*Proposition de la commission*  
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 22

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates  
*Proposition de la commission*  
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Artikel 22 betrifft die Leistungen bei Unfällen. Er hat zu einigen Irritationen Anlass gegeben. Es handelt sich hier um subsidiäre Leistungen bei Unfall nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b KVG. Sie wissen, dass dieses Gesetz seinerzeit KUVG geheissen hat Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, dass der Gesetzgeber dann eine Trennung vorgenommen hat in ein UVG, Unfallversicherungsgesetz, und ein KVG. Wir sind hier bei der Beratung des KVG.

Die freiwillige subsidiäre Unfallkostendeckung ist seit dem Jahre 1911 Bestandteil des Gesetzes und muss es auch bleiben. Unfälle sind jedoch nur gedeckt, soweit sie nicht von einer obligatorischen oder privaten Unfallversicherung übernommen werden. Es sind insbesondere Kinder, Hausfrauen, betagte Personen und Personen, die durch die Aufgabe der Arbeit oder durch die Unterbrechung der Tätigkeit und den Wechsel in eine neue Funktion eine Pause in der Versicherung aufzuweisen haben und dann nicht in der nur für Arbeitnehmer obligatorischen Unfallversicherung versichert sind.

Freiwillige Leistungen, die von den Krankenkassen statutarisch erbracht werden, werden jetzt nach dem System des Entwurfs als Bestandteil in die Grundversicherung übergeführt. Es handelt sich ganz eindeutig um eine Solidaritätsleistung, und die ist meines Erachtens gerechtfertigt, da es sich insbesondere um Leute handelt, die die Versicherung als Nichtarbeitnehmer in Anspruch nehmen und daher nicht dem UVG unterstehen, aber mit einem Teil eben des Erwerbs derjenigen unterhalten werden, die dem UVG unterstehen. Darum ist diese kleine Ueberschneidung der Segmente auch sachlich richtig und zutreffend.

Ich empfehle Ihnen namens der Kommission Zustimmung.

**Morniroli:** Ich bin durchaus einverstanden mit dieser Bestimmung, welche aber doch zu gewissen Ungerechtigkeiten führen kann. Ich werde deshalb mit meinem Antrag zu Artikel 53 auf das Problem zurückkommen.

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 23

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates  
*Proposition de la commission*  
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Artikel 23 («Mutterschaft») entspricht ebenfalls Artikel 1 (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. c). Mutterschaft wird in der Krankenversicherung, zumindest rein optisch, der Krankheit gleichgestellt, obwohl sie es selbstverständlich nicht ist.

Es ist in der Kommission unbestritten geblieben, dass diese Leistungen in die Krankenversicherung aufgenommen werden müssen. Wir halten uns in der Ausformulierung im wesentlichen an den Vorschlag der Expertenkommission Schoch. Der Artikel mit dem hier vorgesehenen Obligatorium bringt keineswegs das, was der Souverän in der letzten Abstimmung abgelehnt hat – nämlich eine obligatorische Mutterschaftsversicherung. Er bringt das auch nicht bei der freiwilligen Taggeldversicherung mit Leistungen bei Mutterschaft, sondern der Artikel bringt das Obligatorium hier als Bestandteil der Grundversicherung, ein Obligatorium für medizinische Leistung.

Sie sehen unter Artikel 23 Absatz 2 Literae a bis c – mit der Limitierung nach Artikel 27 Absatz 2 –, dass hier neu nicht nur die Entbindung zu Hause und die Entbindung in einem Spital zu Leistungen der sozialen Krankenversicherung erklärt werden, sondern auch die Entbindung in einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege. Wir haben das in der Kommission gründlich besprochen und sind auch zu einer griffigen Formel gekommen, um den Begriff der teilstationären Krankenpflege hier zu erklären.

Es handelt sich nicht um die Geburt zu Hause, es handelt sich auch nicht um die Geburt im Spital; es handelt sich um die Geburt bei einer Hebamme, in einer Arztpraxis, wobei hier die normal verlaufende Geburt im Vordergrund steht, das heisst eine Geburt ohne irgendwelche Anzeichen für eine Risikogeburt. Die Risikogeburt ist nach wie vor etwas, bei dem der Gynäkologe und der Neonatologe in einem Spital zusammenarbeiten müssen. Das steht nicht zur Diskussion für die teilstationäre Krankenpflege, wohl aber die Normalgeburt, die der häufig auftretende Fall ist.

Das berühmte Stillgeld wurde abgeschafft. Es ist durch die Stillberatung ersetzt. Es handelt sich um eine Beratung nach

der Entbindung. Sie liegt im Interesse von Mutter und Kind und wird als Spitex-Funktion erbracht.  
Ich bitte Sie, dem Artikel 23 zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 24**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 25**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

*Mehrheit*

...., wenn diese:

a. durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kau-systems bedingt ist; oder

b. durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist; oder

c. zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist.

*Minderheit*

(Meier Josi, Onken, Roth, Simmen)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 25**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

*Majorité*

.... les coûts des soins dentaires:

a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication; ou

b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles; ou

c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

*Minorité*

(Meier Josi, Onken, Roth, Simmen)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Abs. 1 – Al. 1*

**Huber, Berichterstatter:** Artikel 25 betrifft die zahnärztliche Behandlung. Die Zahnärzte haben in der sozialen Krankenversicherung seit jeher eine gesonderte Stellung, und sie haben es gut verstanden, wenig in die obligatorische Grundversicherung hineingezogen zu werden. Ich muss allerdings auch sagen – und das entspricht weitgehend der Volksmeinung –: Beim Zahnarzt hat man nicht das Bewusstsein, sich im Rahmen der Krankenversicherung zu bewegen, sondern man bewegt sich im Bereich des eigenen Portemonnaies – und das ist manchmal recht schmerzlich.

Sie sehen, dass es Differenzen gibt. Es gibt Differenzen zwischen der Kommission und dem Bundesrat, und es gibt Differenzen innerhalb der Kommission.

Die Kommission hat mit knapper Mehrheit einem Antrag zugestimmt, der schon in der Expertenkommission gestellt wurde. Der Antragsteller geht davon aus, dass die Prävention die zahnärztliche Intervention eigentlich vermeidbar macht. Nun ist nicht von der Hand zu weisen, dass unter den Medizinern der Zahnarzt derjenige ist, dem es durch ganz intensive Betonung der Prävention – das geht von der fahrbaren Schulzahnklinik bis zur Arbeit der Dentalhygienikerin – gelungen ist, den Gegenstand, mit dem er verdient, nämlich Karies und alle Konsequenzen daraus, in grossem Ausmass zu eliminieren.

Nun wird argumentiert, eine relativ einfach anzuwendende Prävention – sie ist auch bei Weltenbummlern anzutreffen, die in ihrem Gepäck meistens nur den Kamm und die Zahnbürste haben – gehöre zum allgemeinen zivilisierten Standard, deshalb könne man in den Leistungen des obligatorischen Pakets in einem gewissen Ausmass zurückhaltend sein.

Die Auffassung der Mehrheit ist richtig. Sie kann sie so vertreten, weil die von ihr vorgeschlagene Formulierung die erheblichen Risiken, die dennoch für den Zustand des Kau-systems und die allgemeine Gesundheit bestehen, abdeckt. Die Formulierung bedeutet gesundheitspolitisch eine Anerkennung von präventiven Leistungen. Sie beinhaltet auch eine ganz klare Aufforderung an den einzelnen Bürger, eine kleine Ver-richtung, nämlich die Arbeit mit der Zahnbürste und der Zahnpasta, eben selber zu tun.

Die Lösung der Minderheit könnte dazu führen, dass der gefundene Kompromiss ganz erheblich in Frage gestellt wird. Wir haben uns in der Kommission hin und wieder augenzwinkernd die Ermahnung zugefüstert: «Wir bewegen uns auf dünnem Eise.» Hier ist eine Stelle, wo wir uns auf dünnem Eise bewegen.

Wenn wir der Mehrheit nicht folgen, ziehen wir uns allenfalls eine Gegnerschaft zu, die aus einem an und für sich untergeordneten Posten im Gesundheitswesen durchaus einen Widerspruch zum Gesetz als Ganzem konstruieren könnte.

Ich empfehle Ihnen daher, der Version der Mehrheit der Kommission zuzustimmen.

**Frau Meier Josi, Sprecherin der Minderheit:** Es braucht fast eine Lesehilfe, um zu entdecken, wo der Unterschied zwischen den Anträgen von Mehrheit und Minderheit liegt. Die Buchstaben b und c des Mehrheitsantrages entsprechen ziemlich genau den Buchstaben a und b der bundesrätlichen Vorlage. Es gibt nur einen kleinen Unterschied. Der Bundesrat spricht nämlich von einer «schweren Krankheit», die Mehrheit spricht von einer «schweren Allgemeinerkrankung». Die geringfügige Abweichung wird erst beim Lesen des neuen, von der Mehrheit beigefügten Buchstabens a verständlich. Dort ist nämlich im Gegensatz zur Allgemeinerkrankung die Rede von einer «schweren, nicht vermeidbaren Erkrankung des Kau-systems».

Jetzt sind zwar die Unterschiede mit dem Auge registriert. Nun müssen sie noch in die Umgangssprache des rechtsuchenden Bürgers übersetzt werden. In dieser Sprache bedeutet der Mehrheitsvorschlag ganz einfach: Auch schwere und schwerste Karieserkrankungen und die damit oft verbundene Parodontose, die bekannteste Zahnfleischerkrankung, sind nicht versicherbar. Dies soll so sein, weil die Zahnärzte sich auf den Standpunkt stellen, bei guter Zahnpflege seien Karies und Parodontose vermeidbar. Patienten mit Karies und Parodontose seien daher an ihrem Schaden selbst schuld und hätten folgerichtig die Kosten allein zu tragen.

Sicher kommt den Zahnärzten das Verdienst zu, im Kampf gegen Karies sehr viel erreicht zu haben. Wir sind ihnen dafür dankbar. Trotzdem empfiehlt Ihnen die Minderheit den bundesrätlichen Entwurf von Artikel 25, welcher Versicherungsleistungen bei schweren Karieserkrankungen und bei Parodontose ermöglicht.

Die Minderheitslösung ist von der Kostenseite her vertretbar. Die Vertreter der Zahnärztesgesellschaft haben bei den Anhörungen der Kommission betont, ihr Hauptanliegen sei vom Bundesrat anerkannt worden, indem grundsätzlich nur schwere Erkrankungen zu Versicherungsleistungen führen. Kostenexplosionen sind also nicht zu befürchten. Auch Begehrlichkeit ist in diesem Bereich kaum zu erwarten. Ich kenne niemanden, der zum Bohrer geht, nur um von der Krankenkasse etwas zu erhalten.

Der Bundesrat wird so oder so in einer Verordnung zu Artikel 25 die Abgrenzungskriterien für den Begriff der «schweren Krankheit» festlegen müssen. Er wird dabei der Kritik Rechnung tragen und die Grenzen um so enger ziehen. Diese Zurückhaltung will auch die Minderheit. Aber sie will das Kind nicht mit dem Bad ausschütten. Sie ist der Auffassung, es gebe keinen logischen Grund dafür, einen einzigen Körperteil in der Versicherung anders zu behandeln als alle anderen. Sie

empfindet das sogar als stossend, wenn es sich – wie vorliegend – ausschliesslich um schwere und schwerste Erkrankungen handelt.

Die Gefahr, die dem Antrag der Mehrheit innewohnt, ist zweifach: Da ist einmal die Gefahr des ungedeckten Risikos, das sehr schwerwiegend sein kann. Das trifft besonders einkommensschwache Personen, welche die Behandlung schwerer Erkrankungen des Kausystems unabhängig von ihrer Ursache als grosse finanzielle Belastung erleben. Als Präsidentin einer Wohlfahrtsstiftung frapportiert mich die Zunahme von Gesuchen zur Deckung entsprechender hoher Kosten in letzter Zeit besonders.

Viele Betroffene sind ältere Jahrgänge, und manche sind in Gegenden aufgewachsen, in denen Zahnhygiene ein Fremdwort war und teilweise heute noch ist. Sie sind – was die Zahnärzte bei der Anhörung ebenfalls bestätigten – in ihrer Jugend niemandem begegnet, der sie hätte instruieren oder warnen können. Sie landen bei der Armenfürsorge und verstehen das nicht. Es gibt viele Leute, die auch heute unter Bedingungen leben, welche sie – um wenig zu sagen – nicht gerade motivieren, jeden Abend zur Zahnseide zu greifen. Ihnen schwere Erkrankungen des Kausystems als Verschulden anzurechnen, empfinde ich – empfindet die Minderheit – als stossend. Bei vielen führt der Geldmangel dann zum Unterlassen der rechtzeitigen Behandlung und auf Umwegen schliesslich zu anderen gesundheitlichen Störungen, etwa im Verdauungstrakt. Die Botschaft verweist auf Seite 65 auf Urteile des Bundesgerichts, die schwerwiegende Folgen der Versicherungslücke feststellen. Als Mitglied einer kantonalen IV-Kommission habe ich sogar erlebt, wie ein Berufsbtläser wegen Parodontose vollinvalid wurde.

Ich kann mich kaum vom Verdacht befreien, dass andere, nicht ausgesprochene Motive, etwa die geringe Bereitschaft, sich mit Taxipunkten herumzuschlagen, bei der Stellungnahme der Zahnärzte auch eine Rolle spielten und nicht nur die sicher löbliche Sorge um die Prävention. Der mangelnde Versicherungsschutz wird ganz sicher keine präventive Wirkung haben. Das wäre eine Illusion.

Ich habe mir von Fachleuten auch sagen lassen, die Meinung, Karies sei auf jeden Fall vermeidbar, sei wissenschaftlich umstritten. Auch bei guter Hygiene könnten sich kariesterzeugende Stoffe zwischen Zähnen und Zahnfleisch ansiedeln. Ist aber der Kausalzusammenhang nicht einmal sicher und trifft die Versicherungslücke vielfach solidaritätsbedürftige Menschen, dann sollten wir allein schon deshalb die Lösung des Bundesrates und der Minderheit vorziehen.

Die Minderheit sieht aber noch eine zweite Gefahr, und auch die Zahnärzte sind sich ihrer bewusst. Das ist die Einführung des Begriffes der vermeidbaren Krankheit im KVG. Diesen Begriff kennt das KVG nicht. Wir wissen, dass sehr viele Krankheiten vom Raubbau an unserem Körper, von Unbotmässigkeiten, vom Stress und mangelnder Sorgfalt herrühren. Wie manche Leberzirrhose, wie mancher Lungenkrebs, wie mancher Herzinfarkt, wie mancher Fall von HIV-Infektion liesse sich doch vermeiden! Bei keiner dieser Krankheiten verweigern wir Versicherungsleistungen, weil die Krankheit vermeidbar gewesen wäre. In der Invalidenversicherung und in der Militärversicherung sind wir sogar den umgekehrten Weg gegangen und haben frühere Leistungsreduktionen wegen Selbstverschulden zurückgenommen, alles im Bewusstsein, dass der Mensch von schweren Fällen genau gleich schwer betroffen wird, ob er ein Leiden selbst mitverursacht hat oder nicht. Wir sollten von dieser bewährten Praxis nicht abgehen.

Ich bitte Sie daher, dem Antrag der Minderheit und des Bundesrates den Vorzug zu geben.

Frau Beerli: Nicht nur von seiten der Zahnärzte, sondern auch von massgeblichen Präventivmedizinerinnen wurde uns versichert, dass – im Gegensatz zur Medizin im allgemeinen – in der Zahnmedizin sehr wohl zwischen vermeidbaren und nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems unterschieden werden kann. Die Statistiken sprechen eine deutliche Sprache. Seit dem Zeitpunkt, seit systematisch und schon in der Schule Prophylaxe gelehrt wird, gehen die Zahnschäden und

die Auslagen für zahnärztliche Arbeiten rapide zurück. Diesem Umstand muss Rechnung getragen werden, und die Anstrengungen für Prophylaxe dürfen nicht unterlaufen werden.

Die Mehrheit Ihrer Kommission schlägt Ihnen daher ein klares, differenziertes Konzept vor, das den neuesten Entwicklungen in der Zahnmedizin Rechnung trägt und zudem verhindert, dass die Kosten für die Sozialversicherung im zahnmedizinischen Bereich ins Unermessliche ansteigen.

Ich möchte Sie daran erinnern, dass einige europäische Länder – Deutschland und Schweden zum Beispiel – viel weiter gegangen sind und zum Beispiel auch die Kariesbehandlung und die Behandlung einer «normalen» Parodontose zu Lasten der Sozialversicherung zugelassen haben. Die Versicherungen sind in enorme finanzielle Schwierigkeiten geraten, und alle diese Länder müssen heute zurückbuchstabieren.

Nach Schätzungen der Zahnärztesgesellschaft wird die von der Kommissionsmehrheit vorgeschlagene Lösung Kosten zwischen mindestens 53 Millionen bis maximal 240 Millionen Franken zu Lasten der sozialen Krankenversicherung verursachen. Der Vorschlag der Minderheit ist unbestimmt; er wird – je nach Interpretation – ein X-faches an Kosten mit sich bringen.

Die Befürchtungen, die von Frau Meier Josi geäussert worden sind – dass ältere Personen, die noch nicht in den Genuss der Prophylaxe gelangt sind und die wirtschaftlich in Schwierigkeiten stecken, grosse Probleme bekommen könnten –, kann ich teilen, aber wir dürfen nicht vergessen, dass wir ein soziales Netz haben, das diese Personen sehr gut auffangen kann. Ich glaube, es wäre nicht richtig, hier eine Sonderfallgesetzgebung für diese abnehmende Zahl von Fällen und damit natürlich auch die Möglichkeit zu schaffen, deutlich mehr Personen – die Prophylaxe üben könnten und auch dazu in der Lage wären, dies aber nicht getan haben – die anfallenden Kosten zu bezahlen. All diese Personen könnten sich auch zu Lasten der sozialen Krankenversicherung behandeln lassen und würden so sehr grosse Kosten verursachen.

Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit ist – ich habe es schon gesagt – differenziert, ausgeglichen und gerecht. Ich bitte Sie, ihn zu unterstützen.

M. Cotti, conseiller fédéral: Ici aussi, on se trouve confronté à un problème qui n'a pas une priorité absolue dans le cadre de cette très importante révision. Quant à moi, j'ai quelque peine à accepter l'introduction, pour la première fois dans la loi sur l'assurance-maladie, du critère de l'«évitabilité» d'une maladie qui permet, si elle est effectivement constatée, de ne pas intervenir. Mme Meier Josi a dit à juste titre qu'on pourrait facilement étendre aujourd'hui à toute une série de situations bien différentes de celles relativement limitées auxquelles nous sommes confrontés ici l'exclusion éventuelle de la prise en charge par la caisse-maladie.

D'autre part, je constate – M. Huber l'a dit très clairement – qu'il y a eu dans le cadre des «hearings» une discussion approfondie avec des représentants des médecins-dentistes qui se rassemblent unanimement sous la proposition – disons-le ainsi – plus restrictive de la majorité. Si, à la limite, ce projet doit aussi essayer d'éviter les grandes confrontations pour de petits problèmes, alors je pourrais aussi en définitive accepter la proposition de la majorité de la commission. Je constate que de toute manière cette révision entraîne un élargissement de l'implication des caisses-maladie dans le cadre des soins dentaires. Alors vous devez faire le choix. Est-ce que vous préférez éliminer dès le début un conflit qui pourrait s'avérer grave avec le secteur intéressé ou est-ce que l'insertion de ce critère plutôt inhabituel d'«évitabilité d'une maladie», qui dispense de la prise en charge, vous préoccupe davantage?

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit  
Für den Antrag der Minderheit

23 Stimmen  
14 Stimmen

Abs. 2 – Al. 2

Angenommen – Adopté



**Art. 26***Antrag der Kommission**Abs. 1*

.... wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

*Abs. 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag Plattner**Abs. 1*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 26***Proposition de la commission**Al. 1*

.... et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

*Al. 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition Plattner**Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Abs. 1 – Al. 1*

**Huber, Berichterstatter:** In diesem 2. Abschnitt (Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme) werden die im 1. Abschnitt umschriebenen Leistungen in Ihrer Voraussetzung und in ihrem Umfang umschrieben, und nur aufgrund der Artikel 26, 27, 28 werden die Leistungen für die soziale Krankenversicherung erbracht, es sind also Leistungen, die in die Grundversicherung gehören.

Die entscheidende, vieldiskutierte Aussage findet sich in Artikel 26 Absatz 1. Der Rechtszustand war bisher so, dass in der Verordnung III zur Krankenversicherung die drei Begriffe «wissenschaftlich», «zweckmässig» und «wirtschaftlich» enthalten sind.

Der Bundesrat hat nun eine Aenderung vorgenommen. Er begründet in der Botschaft auf Seite 66, weshalb jetzt anstelle von «wissenschaftlich anerkannt» von «wirksam» die Rede ist. Die übrigen Begriffe – «zweckmässig» und «wirtschaftlich» – bleiben gleich.

Die Kommission hat sich zweimal sehr intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt. Sie ist der Auffassung, dass der Begriff «wissenschaftlich» nicht im Sinne von «naturwissenschaftlich» verstanden werden muss und dass hier insbesondere der Komplementärmedizin Platz zu geben ist.

Das ist eine ganz entscheidende Entwicklungsstufe in der sozialen Krankenversicherung, indem dem berühmten Zitat – es ist von Shakespeare – nachgelebt wird, dass es mehr Dinge zwischen Himmel und Erde gebe, als unsere Schulweisheit sich träumen lasse. Es gibt also Dinge, die ganz eindeutig Heilwirkung entfalten und letztlich vor allem mit den Kriterien der Naturwissenschaft nicht stringent und schlüssig bewiesen werden können.

Wir möchten daher mit dem Bundesrat der Komplementärmedizin eine Chance geben. Wir möchten ihr aber nicht einen ungedeckten Check ausstellen, sondern auch noch eine Sicherung einbauen, und diese Sicherung hat dazu geführt, dass die Kommission, und zwar mit 9 zu 0 Stimmen, einen Satz beigefügt hat: «Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.»

Das ist also kein halber Rückzug, wie es etwa angesehen werden könnte. Wir haben hier nämlich wiederum in unseren Materialien klar festgelegt, dass es sich nicht nur und nicht einmal primär um die Überprüfung mit naturwissenschaftlichen Methoden handeln muss. Die Statistik gehört meines Erachtens nicht zu den Naturwissenschaften im strengen Sinn – Herr Plattner, Sie können immer noch aus professoraler Sicht das Gegenteil behaupten.

Wir sind der Meinung, dass gerade eine Wissenschaft wie die Statistik – von der man viele böse Dinge, aber auch andere erzählt – geeignet ist, die Wirksamkeit nachzuweisen. Das bedeutet: Der Zusatz will aussagen, dass wissenschaftlich effzi-

ent geprüft wird, ob die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bei Behandlungen und Leistungen nach den Artikeln 19 bis 25 gegeben sind.

Es gibt in diesem Artikel noch weitere entscheidende Punkte:

1. Nicht das einzelne Kriterium ist massgebend, sondern alle drei Kriterien sind kollektiv massgebend. Alle drei Elemente müssen für die obligatorische Grundversicherung vorhanden sein. Wenn also die Zweckmässigkeit beispielsweise wohl gegeben ist, aber die völlige Unwirtschaftlichkeit festgestellt werden muss, entsprechen die Leistungen nicht mehr dem, was als Voraussetzung für die Uebernahme der Kosten angesehen werden kann.

2. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit werden periodisch überprüft. Es handelt sich nicht um eine einmalige Festlegung, sondern um eine Nachkontrolle der medizinischen, der pharmakologischen und der pflegerischen Leistung; diese ist dauernd in Bewegung und kontrolliert das Neue mit.

3. Im Rahmen von Artikel 26 («Voraussetzungen») hat weiter Artikel 27 Absatz 3 einen ganz hohen Stellenwert, indem nämlich dort gesagt wird, dass der Bundesrat «bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befinden». (Auf Art. 27 werde ich später noch einmal zu sprechen kommen.)

Damit ist auch zum Ausdruck gebracht, dass die soziale Krankenversicherung mit der Grundversicherung nicht einen Status quo zementieren will und Leistungserbringern Garantien ausstellt, sondern es wird zum Ausdruck gebracht, dass auch der Dynamik der Entwicklung in jeder Richtung im Sinne der Offenheit Rechnung getragen wird.

Der Bundesrat hat mit Artikel 27 Absatz 3 ganz eindeutig das Mittel in der Hand, die Grenze zwischen der Schul- und der Komplementärmedizin zu bestimmen. Sie merken an der Wortwahl, dass sich da etwas verändert: Früher hat man von Alternativmedizin gesprochen, heute spricht man von Komplementärmedizin, etwas, das zur Schulmedizin, zur naturwissenschaftlichen Medizin, hinzutritt.

Ich bitte Sie daher, bei diesem Artikel 26 der Kommission zu folgen.

**Plattner:** Ich habe Ihnen den Antrag gestellt, dem Bundesrat zu folgen, d. h., diesen Satz, wonach die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss, nicht in das Gesetz hineinzunehmen.

Ich muss vorausschicken, dass ich nach Anhören des Kommissionspräsidenten über die offenbar in der Kommission einhellig geäußerte Meinung sehr glücklich bin, nämlich dass diese Wissenschaftlichkeit, die hier von der Kommission postuliert wird, nicht dazu dienen soll, die Komplementärmedizin aus den versicherten Leistungen auszuschliessen. Das halte ich für einen Fortschritt.

Der Kommissionspräsident hat – so wie ich ihn verstanden habe – ausgeführt, dass unter dieser Wissenschaftlichkeit nur der Nachweis einer Wirkung zu verstehen sei, nicht aber deren naturwissenschaftliches Verständnis. Die Kommission ist also der Meinung, dass auch unverstandene Wirkungen von Heilmitteln und Therapien dazu führen sollen, dass diese Heilmittel und Therapien in der Versicherung eingeschlossen sind. Ich bitte Sie dennoch – obwohl ich das begrüsse –, diesen Satz zu streichen.

Sie mögen sich wundern, dass dieser Streichungsantrag ausgerechnet von einem Naturwissenschaftler kommt, aber er kommt eben gerade deshalb von mir, weil ich die Fallstricke einer solchen Definition seit Jahren aus eigener Erfahrung kenne. Ich arbeite seit langem mit einem Kollegen aus der Pharmakologie, seinerseits Professor und Doktor der Medizin, als Statistikexperte in Studien über die Wirksamkeit von schwachen Naturheilmitteln mit. Vertrieben werden diese Naturheilmittel übrigens durch eine renommierte Firma, die in der Ostschweiz angesiedelt ist.

Jede ärztliche Handlung, auch die Abgabe von Heilmitteln, beruht natürlich auf einer Hypothese und damit auf einem wissenschaftlichen gedanklichen Ansatz. Kein Arzt wird nach Zu-

fallsprinzip Krankheiten behandeln. Krankheiten sind aber sehr komplexe Störungen der Befindlichkeit von Menschen. Sie haben nie nur einen Grund, sondern viele Gründe und sind somit ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Die heute auch von der Kommission immer mehr anerkannte ganzheitliche Betrachtung zeigt einen starken Einfluss der seelischen Komponente. Ich habe das gestern schon im Zusammenhang mit meinem Antrag, die Psychotherapie einzuschliessen, ausgeführt. Wenn man nun in diesem Umfeld einen wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit verlangt, kann das zwei Dinge heissen:

1. Es ist eine offensichtliche Wirkung da, wie zum Beispiel bei der Operation eines entzündeten Blinddarms; die Wirkung braucht nicht lange diskutiert zu werden. Auch braucht man nicht viele Fälle für eine Statistik, denn nach drei Fällen weiss man, dass Herausschneiden nützt und Nichtherausschneiden zum Tode des Patienten führt.

2. Es ist keine offensichtliche Wirkung da, und es wird eine statistische Studie gemacht, wie das der Kommissionspräsident jetzt vorgeschlagen hat. Dabei müssen bei schwachen Wirkungen immer statistische Nachweise erbracht werden, sind die schwachen Wirkungen doch so, dass die Individuen verschieden reagieren und wissenschaftliche Nachweise erst im Mittel aufgrund einer Vielzahl von Patienten erbringbar sind. Das Ansinnen, dass man statistische Studien verlangt, um die Wirksamkeit nachzuweisen, bedeutet, dass man Wirkungen nur akzeptiert, wenn sie in einem Mittel aufgrund einer Vielzahl von Patienten nachgewiesen sind. Nur dann wird die Wirkung als wesentlich akzeptiert. Die Wirkung beim einzelnen Patienten gilt als wissenschaftlich nicht nachgewiesen oder nicht nachweisbar. Sie mag wohl da sein, aber ein Fall bedeutet eben bei schwachen Wirkungen dann gar nichts; dies im Gegensatz zum Beispiel zum entzündeten Blinddarm. In der Statistik zählt der Einzelfall per definitionem nichts. Ein Fall von einer bestimmten Krankheit kann keine Grundlage für die Statistik sein. Der einzelne Patient zählt also im wissenschaftlichen Nachweis schwacher Wirkungen nichts.

Nun gilt aber gerade bei den sanften medizinischen Methoden und Medikamenten, dass der sogenannte Placebo-Effekt ein wesentlicher Teil des vom Individuum selber in seiner eigenen Komplexität erlebten Therapieerfolges ist. Mein schon erwähnter Pharmakologiekollege pflegt zu sagen: Der Patient will geliebt und wahrgenommen werden; wenn du ihn überzeugen kannst, dass ein Tritt in den Hintern die richtige Therapie für ihn ist, dann gib ihm einen, denn dann hilft dieser auch. Die Placebo-Wirkung, die ein solcher Tritt in den Hintern wohl in den allermeisten Fällen nur haben kann, ist vom Patienten aus gesehen eben auch Wirkung, vielleicht sogar eine echte psychosomatische Wirkung, weil sie über psychosomatische Verknüpfungen zwischen Körper und Seele führt. Wer glaubt, gesund zu werden, wird es auch eher, weil er seine eigenen Kräfte mobilisiert; das ist kaum zu bestreiten.

Nun hat zwar die Wissenschaft ausserordentlich raffinierte, aufwendige und entsprechend teure Methoden entwickelt, um den Placebo-Effekt auszuschliessen. Sie will ja den objektivierbaren Effekt nachweisen. Sie sagt dem zwar den objektiven, aber eigentlich meint sie nur den objektivierbaren Effekt, und dazu muss sie den Placebo-Effekt ausschliessen. Der Patient aber, im Gegensatz zur Wissenschaft, will den gesamten Effekt, sowohl den objektivierbaren wie den Placebo-Effekt. Ihm ist es nämlich gleich, warum es ihm besser geht, wenn es ihm nur besser geht.

Gesamtheitlich denkende Aerzte erfahren denn auch die individuelle, nicht restlos objektivierbare Wirkung als potente Unterstützung in ihren vielleicht sonst wissenschaftlich abgesicherten Therapien – Unterstützung durch den Patienten, durch sein Wollen und Mitdenken. Darauf beruht zu einem guten Teil der Erfolg der alternativen oder komplementären Medizin. Sie hat unbestreitbare Erfolge, die aufgrund wissenschaftlicher Statistiken nicht immer erklärbar und vielleicht in manchen Fällen nicht einmal ohne unsinnige und teure Untersuchungen nachweisbar sind.

Der Begriff «wissenschaftlich» gehört nicht in ein Gesetz. Er ist in der Rechtsetzung ungeeignet. Die Wissenschaft ändert von Tag zu Tag, heute ist sie von anderen Meinungen beherrscht

als noch vor einigen Jahren. Das gilt besonders für den zur Diskussion stehenden Bereich. Insofern halte ich es für vollkommen falsch, im KVG die Wissenschaftlichkeit als rechtswirksamen Begriff einzuführen.

Die Formulierung des Bundesrates, die eine Ueberprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit fordert, ist zweckmässiger und ausreichender. Sie entspricht dem, was der Gesetzgeber verlangen kann.

Uebernehmen Sie hier bitte den Entwurf des Bundesrates; dieser Vorschlag ist wesentlich besser!

**Schoch:** Ich bin gleicher Meinung wie Herr Huber und brauche dem, was er ausgeführt hat, nichts beizufügen.

Ein Gedanke jedoch sollte hier noch zu Protokoll gegeben werden, damit die Voraussetzungen klar sind: Aus der Diskussion, wie sie sich jetzt zwischen Herrn Huber und Herrn Plattner entwickelt hat, könnte der Eindruck entstehen, unser neues Gesetz, die Revisionsvorlage, sei den Alternativ- oder Komplementärmedizinern unfreundlich gesinnt und lasse die Kostenübernahme für Leistungen von Alternativ- oder Komplementärmedizinern durch die obligatorische Krankenversicherung nicht zu. Ich möchte ganz klar festhalten, dass das nicht der Fall ist.

Nachdem sich die Diskussion in einem etwas wissenschaftlichen, abgehobenen Bereich bewegt hat, möchte ich nun etwas sagen – und das nicht zuletzt an die Adresse der Mitglieder des Forums Freiheit im Gesundheitswesen; der Delegierte für Öffentlichkeitsarbeit hört sehr gut zu, was wir hier sagen, das geeignet sein dürfte, die Diskussion zu entschärfen –: Sie haben alle das Schreiben des Forums Freiheit im Gesundheitswesen erhalten und daraus ersehen, was für Verbände zu diesem Forum gehören. Das ist zum Beispiel die Schweizerische Aerztegesellschaft für Erfahrungsmedizin, der Schweizerische Verein homöopathischer Aerzte, die Schweizerische Aerztegesellschaft für Akupunktur, die Vereinigung anthroposophisch orientierter Aerzte in der Schweiz usw.

Leistungen, die Aerzte, die in diesen Gesellschaften zusammengeschlossen sind, erbringen, gehen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung, also auch Akupunktur, auch die Abgabe homöopathischer Medikamente, auch was im Bereich der Erfahrungsmedizin erbracht wird. Das ist aus der Kommissionsdiskussion, aus dem Gespräch mit dem Bundesrat etc., ganz klar hervorgegangen. Das möchte ich vor allem Herrn Plattner sagen.

Was die Mitglieder des Forums Freiheit im Gesundheitswesen im Moment nicht befriedigt, ist die Art der Ausgestaltung der Tarife. Das ist aber eine Angelegenheit, die wir nicht auf Gesetzebene lösen müssen, sondern später, auf Verordnungsstufe oder noch weiter unten. Und darüber kann man durchaus diskutieren.

Die Akupunkteure z. B. sind der Meinung, ihre Leistungen würden nicht richtig tarifiert und sie kämen deshalb zu kurz. Das ist wieder eine Frage der Beteiligung am grossen Kuchen. Die Leistungen der Akupunkteure oder der Homöopathen sollen aber nicht von der obligatorischen Versicherung ausgeschlossen werden, auch nicht mit dem Zusatz, den die Kommission geschlossen in das Gesetz aufgenommen hat.

Ich meine, diese Klarstellung musste zu Protokoll gegeben werden, um nicht den Eindruck zu erwecken, die Kommission – und nachher vielleicht auch der Rat – würde sich gegen komplementärmedizinische Methoden wenden. Das ist nicht der Fall. Wir müssen hier nur klare Voraussetzungen schaffen und klare Grundlagen ins Gesetz aufnehmen.

**Mornroll:** Ich möchte kurz auf die Placebo-Wirkung zu sprechen kommen, weil das ein sehr wichtiger Effekt ist, den man nicht nur in der Alternativmedizin feststellt, sondern ganz allgemein in der Medizin und auch bei wissenschaftlichen Methoden.

Der «Tritt in den Hintern» kann sicherlich sehr gut funktionieren. Es muss aber erhärtet sein, dass dies effektiv auch zu einer Wirkung führt. Man kann sogar postulieren, dass dabei Adrenalin ausgeschüttet wird oder Endorphine freigegeben werden, womit man in gewissen Fällen und bei gewissen Krankheiten einen Effekt erzielen kann. Die Behandlungsart

muss aber statistisch doch erfasst werden. Ich glaube, da ist dann die Indikationsstellung wichtig. Man kann nicht jedem einen Fusstritt geben, sondern man muss wissen, nachdem man die Diagnose gestellt hat: In diesem Fall funktioniert der Fusstritt. Wenn es dann erhärtet ist, d. h. wissenschaftlich festgestellt ist, dass das funktioniert, wird es zu einer Methode, die wissenschaftlich erhärtet ist – und dann geht sie sogar in die Schulmedizin ein.

Ich glaube, Kollege Schoch hat gesagt, dass die Wissenschaft sich ständig ändert. Wenn sie sich ständig ändert, ist das ja etwas Positives. Sie passt sich eben an. Eine Evolution ist vorhanden. Da sehe ich nicht ein, wieso man das nicht in ein Gesetz hineinnehmen soll.

Zum Schutz auch des Patienten erscheint es mir wichtig, dass man auf dieser Formulierung besteht und dass man sie wirklich ins Gesetz aufnimmt, damit diese Garantie gegenüber dem Patienten und auch gegenüber der Krankenversicherung besteht.

**M. Cotti**, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral aurait préféré – je le dis clairement, – pour donner une réponse définitive aux professions qui interviennent de plus en plus dans la pratique de la médecine, appelons-la en général alternative, garder la proposition qu'il avait faite. Mais on apprend que la commission est unanime et, surtout, l'interprétation donnée par M. Huber permet d'affirmer en tout cas que le critère de la scientificité ne sera appliqué qu'à l'évaluation de l'effet et non – comme on l'a vu parfois, hélas, jusqu'à maintenant – pour établir un type de scientificité par rapport à l'autre. Dans ce cadre-là, je dois constater en tout cas que le progrès évident a été accompli. Si la commission propose de réintroduire à l'unanimité un critère de scientificité réduit à l'évaluation des effets, je ne m'opposerai pas.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	26 Stimmen
Für den Antrag Plattner	3 Stimmen

#### Abs. 2 – Al. 2

Angenommen – Adopté

#### Art. 27

Antrag der Kommission

Abs. 1–4

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 5

.... nach den Absätzen 1–3 dem ....

#### Art. 27

Proposition de la commission

Al. 1–4

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 5

.... décrites aux alinéas 1 à 3 ....

**Huber**, Berichterstatter: In Artikel 27 («Bezeichnung der Leistungen») sind zwei, drei Stellen wichtig für das, was wir bis anhin erarbeitet haben.

In Absatz 1 enthält er die Sanktion zu Artikel 26: «Der Bundesrat kann die von einem Arzt oder Chiropraktor erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden.»

Der Bundesrat muss diese Möglichkeit haben, damit er Leistungen, die überholt sind, auf eine Negativliste setzen und sie als nicht mehr in der Versicherung eingeschlossen bezeichnen kann. Er muss also «entrümpeln» und sich zugleich – Herr Morrioli hat das vorhin ausgeführt – dem wissenschaftlichen und dem medizinischen Fortschritt flexibel anpassen können. Nachher enthält Absatz 2 die Kompetenzen, auf die ich bereits bei Artikel 26 hingewiesen habe.

Schliesslich hat die Kommission in Absatz 5 einen deutlichen Akzent gesetzt, indem sie mit 9 zu 0 Stimmen die Tätigkeit von Absatz 4 dem Bundesrat vorbehalten hat, das heisst: Sie will nicht, dass die Fachkommissionen auf der Stufe eines Amtes

zusammengesetzt werden, sondern sie will, dass die Fachkommissionen auf der Stufe des Bundesrates zusammengesetzt, bezeichnet, gewählt werden. Damit ist die Bedeutung dieser Fachkommissionen für die Definition der erbrachten Leistungen eindeutig und klar umschrieben und zum Ausdruck gebracht.

Die Kommission empfiehlt Ihnen, dem Artikel 27 in dieser Form zuzustimmen und ihn zum Gesetz zu erheben.

Angenommen – Adopté

#### Art. 28

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber**, Berichterstatter: Artikel 28 («Umfang») umfasst die grundlegende Aenderung gegenüber dem bisherigen System. Der Katalog der gesetzlichen Leistungen der obligatorischen Grundversicherung ist begrenzt. Die Leistungen sind in Artikel 19 bis 25 umschrieben. Die Artikel 26 und 27 beinhalten die Voraussetzungen. Sie geben ebenfalls den Umfang der Kostenübernahme bekannt. Was hier nicht enthalten ist, kann von der Versicherung nur privatrechtlich auf dem Weg der Zusatzversicherung in unterschiedlicher Art, Menge und Preis angeboten werden. Neben das obligatorische Grundpaket tritt der Wettbewerb im Gesundheitswesen, und zwar ein von der Kommission gewollter und gegenüber dem Bundesrat sogar an einzelnen Stellen noch akzentuierter Wettbewerb als Element der Kosteneindämmung.

Ich bitte Sie, Artikel 28 zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

#### Art. 29

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag Plattner

Abs. 2

....

cbis (neu) Psychotherapeuten;

....

#### Art. 29

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition Plattner

Al. 2

....

cbis (nouvelle) les psychothérapeutes;

....

**Huber**, Berichterstatter: Bei den «Leistungserbringern» im 4. Kapitel geht es im 1. Abschnitt um die Frage der «Zulassung». Wir haben zuerst den allgemeinen Grundsatz (Art. 29); dann wird umschrieben, unter welchen Voraussetzungen Aerzte (Art. 30), Apotheker (Art. 31), andere Leistungserbringer (Art. 32), Spitäler und andere Einrichtungen (Art. 33) sowie Heilbäder (Art. 34) zur Leistungserbringung für die soziale Krankenversicherung zugelassen werden. Es sei nicht verschwiegen, dass es daneben noch ein weites Gebiet der Zulassung ausserhalb dieser sozialen Krankenversicherung gibt; diese Zulassung steht im Zusammenhang mit der Berufsausübungsbewilligung, die von den Kantonen ausgesprochen wird.

Zu Artikel 29: Hier könnten wir den «Psychotherapeutenkrieg», den wir bei Artikel 19 geführt haben, noch einmal führen. Dieser ist meines Erachtens erledigt. Es wird die Frage beantwortet: Wer ist berechtigt, zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung Leistungen zu erbringen?

In Absatz 2 haben wir als bisherige Leistungserbringer die Gruppe gemäss Buchstaben a bis f, also Aerzte, Apotheker,

Chiropraktoren, Hebammen, dann die Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen. Ausserdem haben wir die Laboratorien.

Neu werden als Leistungserbringer im Bereich der sozialen Krankenversicherung – auch nach Meinung der einhelligen Kommission – aufgenommen: Buchstabe g, «Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen»; Buchstabe i, die teilstationären Krankenpflegestrukturen; Buchstabe k, die Pflegeheime. Neu sind die Namen für die Spitäler, die jetzt als solche angesprochen werden, und neu ist die Formulierung des Buchstabens e, wobei insbesondere die «Organisationen, die solche Personen beschäftigen», nämlich die Spitex-Organisationen, zum Tragen kommen.

Wir empfehlen Ihnen, dem Artikel 29 in der vorliegenden Form zuzustimmen.

*Abs. 1 – Al. 1*

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2 – Al. 2*

**Präsident:** Nach Ihrem gestrigen Beschluss zu Artikel 19 entfällt der Antrag Plattner.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission  
Adopté selon la proposition de la commission*

### **Art. 30**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1, 3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2*

Der Bundesrat regelt die Zulassung von Aerzten mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis.

### **Art. 30**

*Proposition de la commission*

*Al. 1, 3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 2*

Le Conseil fédéral règle l'admission des médecins qui disposent d'un certificat scientifique équivalent.

**Huber, Berichterstatter:** Artikel 30 («Aerzte») enthält eine wesentliche Aussage für die Zulassung der Aerzte zur sozialen Krankenversicherung. Das eidgenössische Diplom allein genügt nicht mehr. Die Aerzte müssen zusätzlich «über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung» verfügen. Die FMH hat in der vergangenen Woche einen diesbezüglichen Beschluss über die Weiterbildung der Aerzte gefasst. Sie hat diesen Beschluss noch rechtzeitig vor der Behandlung im Erstrat unter Dach und Fach gebracht. Wir anerkennen das, und wir sind dankbar, dass man vom Verband, von der Ärzteschaft wie auch vom Gesetzgeber her den gleichen Weg gehen will. Das zeigt Ihnen, dass nicht etwas ins Gesetz übernommen wird, das nicht breit abgestützt werden soll.

Absatz 2 in der Fassung der Kommission lautet: «Der Bundesrat regelt die Zulassung von Aerzten mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis.» Das bedeutet eine Kompetenzverlagerung von den Kantonen zum Bund. Es handelt sich aber nicht um eine individuelle Zulassung von Aerzten, sondern um eine Zulassung von Gruppen. Von dieser Seite her ist die Kompetenzübertragung im Prinzip nicht schmerzlich, sondern sachlich gesehen richtig.

Wir bitten Sie, dieser Präzisierung zuzustimmen und in diesem Sinne zu entscheiden.

*Angenommen – Adopté*

### **Art. 31**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

.... Diplom besitzen und über eine vom Bund anerkannte Weiterbildung verfügen.

*Abs. 2*

Der Bundesrat regelt die Zulassung von Apothekern mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis.

*Abs. 3*

Die Kantone bestimmen, unter ....

### **Art. 31**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

.... sont admis s'ils disposent du diplôme fédéral et d'une formation complémentaire reconnue par le Conseil fédéral.

*Al. 2*

Le Conseil fédéral règle l'admission des pharmaciens qui disposent d'un certificat scientifique équivalent.

*Al. 3*

Les cantons fixent les conditions auxquelles les médecins autorisés à tenir une pharmacie sont assimilés à des pharmaciens.

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 31 («Apotheker») beschränke ich mich auf die Aenderung, die die Kommission in Absatz 3 beantragt.

Der Bundesrat ist davon ausgegangen – und da sind wir ihm in den Arm gefallen –, die Selbstdispensation sei auf die Ebene des Bundes anzuheben. Wir haben nun klar festgelegt: «Die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Aerzte mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apotheken gleichgestellt sind.» Das Recht der Selbstdispensation soll mit dem Kriterium der lokalen Distanz zwischen einer Arztpraxis und einer Apotheke verbunden bleiben und soll nicht Gegenstand einer auf Bundesebene geführten abstrakten Diskussion werden. Es kann auch vom Bund aus nicht bestritten werden, dass die Kantone mit dem Recht der Selbstdispensation, das in der Schweiz sehr unterschiedlich gehandhabt wird, bis anhin den richtigen Weg gegangen sind und weder das Mass bei den selbstdispensierenden Aerzten überschritten noch die Tätigkeit der Apotheker zu sehr eingeschränkt haben.

Zusammenfassend glaube ich, dass die Ortskenntnis notwendig ist, um zu wissen, wie weit die nächste Apotheke entfernt ist. Wir gehen davon aus, dass Apotheker und Arzt grundsätzlich zwei verschiedene Berufe sind, die eine verschiedene Ausbildung, eine verschiedene Funktion haben, dass es aber Situationen gibt, in denen der Arzt durchaus Medikamente abgeben darf, wenn z. B. der Weg zur Apotheke dem betreffenden Patienten nach einer feststehenden Rechtsprechung nicht zuzumuten ist. Es ist klar, dass die Bindung an die Arzneimittelliste bestehen bleibt. Es ist klar, dass die ärztliche Notapotheke ebenfalls bestehen bleibt und diesbezüglich keine Aenderungen Platz greifen.

Ich empfehle Ihnen Zustimmung im Sinn der Fassung der Kommission.

**M. Cotti, conseiller fédéral:** Dans ce cas, je dois répéter ce que nous avons déjà dit à la commission. Nous ne pouvons pas nous rallier à la prise de position de cette dernière. La remise de produits de santé fait l'objet de règles traditionnelles dans certains cantons et pas dans d'autres. Il n'y a donc pas de doute qu'en définitive une compétence cantonale s'imposera. Mais au-dessus de celle-ci, il nous paraît que pour assurer les nombreuses mesures – je rappelle qu'elles figurent de manière exhaustive à partir de la page 139 du message en français – une certaine réglementation générale de cette remise par les médecins privés de produits de pharmacie s'impose pour éviter une dispersion qui peut avoir, et aujourd'hui, des conséquences sur la maîtrise des coûts. Or, nous avons dit hier que la maîtrise des coûts est un des buts essentiels de cette révision. Il faut imposer tout de même une certaine réglementation générale qui puisse être appliquée dans l'ensemble du pays. Il va de soi qu'ensuite, pour régler les détails, les cantons seront appelés à prendre les décisions finales. Mais je répète encore une fois que l'expérience montre qu'ici une réglementation plutôt restrictive s'impose. Les médecins ne sont pas des pharmaciens. Il faut donc essayer de réserver à chacun son domaine d'activité. Les exceptions devraient confirmer la règle.

**Huber, Berichterstatter:** Ich glaube nicht, dass der Ständerat als Kammer der Kantone hier vor den Ansprüchen des Bundes von vornherein kapitulieren sollte, sondern er sollte sich überlegen, dass die Kompetenzdelegation an den Bund dann notwendig ist, wenn es darum geht, wirklich aus übergeordneten Gründen etwas Missbräuchliches zu unterbinden. Aber die Tendenz läuft in der entgegengesetzten Richtung. Es gibt sehr viele junge Mediziner, die unter dem Aspekt der ganzheitlichen Medizin für sich in Anspruch nehmen, Medikamente abzugeben, nachdem sie diagnostiziert haben, und mit dem Medikament oder mit dem Mittel – ich lasse den medikamentösen Aspekt auf der Seite – zu Lösungen zu kommen.

Das zweite, die Selbstdispensation, die ganz gewiss den Kantonen hin und wieder grosse Schwierigkeiten verursacht: Es ist nicht einfach, als Gesundheitsdirektor dem einen zu sagen, das darfst du, und dem andern, das darfst du nicht. Das braucht Detailentscheide; es ist ein föderalistisches Element. Wenn Sie der Statistik entnehmen, wo Aerzte mit Patientenapotheken anzutreffen sind, so trifft das vornehmlich für die kleineren Kantone zu. Es hat ein föderalistisches Element.

An der Spitze stehen Nid- und Obwalden, gefolgt von Uri, Zug, Luzern, Schwyz, Thurgau, Appenzell Ausserrhodon, Basel-Stadt, Glarus, St. Gallen, Solothurn, Bern. Bei Zürich schlägt es um, und schliesslich ist die Selbstdispensation im Tessin praktisch nicht bekannt, weil dort die Apothekendichte relativ hoch ist. Daher bitte ich Sie, diese Ueberlegung föderalistischer Natur in Ihren Entscheid miteinzubeziehen.

Uns in der Kommission haben dieser Aspekt und der Aspekt der Ausrichtung auf die Ermöglichung der ganzheitlichen Medizin zu diesem Entscheid geführt. Wir delegieren diese Kompetenz, die die Kantone in guter Art ausgeführt haben, nicht einfach an den Bund.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission  
Für den Antrag des Bundesrates

24 Stimmen  
4 Stimmen

#### **Art. 32**

##### *Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

##### *Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 33**

##### *Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

....

b. Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates  
(Die Aenderung betrifft nur den französischen Text)

c. .... verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;

....

*Abs. 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

#### **Art. 33**

##### *Proposition de la commission*

*Al. 1*

....

b. disposent du personnel qualifié nécessaire;

c. .... adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;

....

*Al. 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Hier geht es um einen schwierigen Artikel: Er betrifft die Spitäler und die anderen Einrichtungen. Auf der einen Seite müssen wir, wenn von Spitälern die Rede ist, die Gesamtheit der Spitallandschaft anschauen: Wir müssen uns die Akutspitäler, die psychiatrischen Kliniken, die Rehabilitationskliniken, die teilstationären Strukturen in der privaten Praxis oder im Spital oder die Tageskliniken, die Pflegeheime, die Chronischkrankenheime vor Augen führen.

Gemäss Absatz 1 sind diese Institutionen ausdrücklich zu Leistungen in der Krankenversicherung zugelassen, wenn sie bestimmte, in den Buchstaben a bis e umschriebene Bedingungen erfüllen. Es handelt sich hier um die Zusammenfassung der bisherigen Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes, also eine Zusammenfassung dessen, was es braucht, damit eine Struktur als Spital angesprochen werden kann.

Wir finden in Buchstabe d die notwendige Spitalplanung, und zwar von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam. Ich möchte nicht sagen, dass das eine Lex Basel-Stadt und Basel-Stadt ist, Kollege Plattner – also nicht, dass die gemeinsame Spitalplanung nur ein Anliegen der Kantone Baselland und Basel-Stadt sei –, sondern dass sie andere Kantone ebenso angeht wie diese beiden, die in jüngster Vergangenheit bei einer bestimmten Abstimmung keine besonderen Meriten erworben haben. Es geht hier also um eine von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellte Planung als Voraussetzung für die Zulassung zur Krankenversicherung.

Schliesslich müssen die Spitäler nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliedert und in einer Spitalliste des Kantons aufgeführt werden (Bst. e). Dazu bemerke ich, dass die öffentlichen Spitäler und die privaten Spitäler von den Kantonen angemessen zu berücksichtigen sind. Ein Ausschluss der privaten Spitäler würde nicht dem Willen des Gesetzgebers entsprechen.

In Absatz 2 werden Institutionen genannt, für die die Voraussetzungen gemäss Absatz 1 sinngemäss gelten. Hier sind die Pflegeabteilungen in Altersheimen angesprochen, wenn beispielsweise von «Abteilungen» die Rede ist. Die teilstationäre Krankenpflege ist hier eindeutig als Leistungserbringer eingeschlossen. Auf der anderen Seite werden auch jene Pflegeheime erfasst, von denen weiter hinten die Rede sein wird und wo nachher über die spezielle Situation der Pflegeheime und der Pflegebedürftigen gesprochen werden muss.

Zusammenfassend: Die Kommission ist der Auffassung, dass Artikel 33 in dieser Form genehmigt werden kann.

**M. Coutau:** Dans cet article 33 alinéa 1 lettre d, il est question de la planification hospitalière qui doit tenir compte des organismes privés. J'aimerais, pour le procès-verbal, que le président de la commission nous précise bien que, quand il s'agit de la planification hospitalière des organismes semi-privés, voire privés, seuls sont concernés les établissements et non les cabinets privés individuels des médecins. Ces derniers ne doivent pas faire l'objet d'une planification à proprement parler. Cette planification serait contraire, à mon sens, aux garanties constitutionnelles de la liberté du commerce et de l'industrie et, par conséquent, il faut bien préciser les choses à cet article.

**Morniroll:** Es ist klar, dass bei dieser Bestimmung die privaten Arztpraxen ausgeschlossen sind, und es genügt mir, wenn dies im Amtlichen Bulletin so festgehalten ist.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 34**

##### *Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

##### *Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 35**

##### *Antrag der Kommission*

*Abs. 1–3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 4*

.... sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

*Antrag Frick*  
Abs. 3

.... des betreffenden Spitals für Kantonseinwohner, soweit keine Zusatz- oder Haftpflichtversicherung herangezogen werden kann. Der Bundesrat ....

**Art. 35**

*Proposition de la commission*

Al. 1-3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 4

.... par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

*Proposition Frick*

Al. 3

.... que l'hôpital applique aux résidents du canton, dans la mesure où l'assuré ne peut pas faire appel à une assurance supplémentaire ou à une assurance responsabilité civile. Le Conseil fédéral ....

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 35 geht es um die Wahl des Leistungserbringers und die Kostenübernahme. Es ist klar, dass eine obligatorische Grundversicherung nicht einfach jedem sagen kann: Du kannst hingehen, wo du willst. Das um so weniger, als die Strukturen in den Kantonen von den Kantonen getragen, subventioniert werden und private Strukturen bereits bestehen. Der Gesetzgeber muss also sagen, dass bei aller Wahrung der Wahlfreiheit des Versicherten die soziale Krankenversicherung nur dann die volle Leistung erbringt, wenn unter gewissen Umständen gewisse Strukturen in Anspruch genommen werden.

Sie sehen, dass in Absatz 1 die ambulanten Patienten und ihre Behandlung zuerst angesprochen werden; nach dem dritten Satz von Absatz 1 muss bei stationärer oder teilstationärer Behandlung «der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton des Versicherten gilt». Allerdings wird diese Regel in Absatz 2 durchbrochen: «Beansprucht der Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, ....» – diese Norm ist zugleich eine Grundlage für die Aufgabenteilung unter den Kantonen; das bedeutet nämlich, dass nicht jeder Kanton alles anbieten muss. Es gibt grosse Kantone, die Nichthochschulkantone sind und sich nicht auf der Stufe der Spitzenmedizin im Sinne der Universitätsspitäler befinden, sondern die Spitzenmedizin in bestimmten Bereichen immer noch aufgabenteilig mit einem Hochschulkanton nur in den Universitätsspitalern offerieren.

In Absatz 3 wird eine neue Norm eingeführt; sie bedeutet unbestrittenermassen eine Last für die Kantone. Sie dient aber ganz eindeutig der Entlastung der Kassen, die diesen Sachverhalt nicht zu vertreten haben, da es ganz offensichtlich ungerecht ist, wenn der Rechtsnachteil bei den Kassen ansteht und nicht bei den Kantonen.

Wir haben bewusst auf die von der Sanitätsdirektorenkonferenz hier verlangte Uebergangsfrist verzichtet. Ein Antrag, eine Uebergangsfrist zu gewähren, wurde in der Kommission sehr deutlich abgelehnt. Das Problem ist alt; der Zeitpunkt, dass jetzt vom Bund her gehandelt werden muss, ist gekommen. Es geht um Begriffe wie Koordination, Kosteneindämmung. Es setzt voraus, dass die Kantone bei der Festsetzung der Tarife für ausserkantonale Patienten vernünftig sind. Die Neuerung liegt in Absatz 3 mit der Formulierung «.... übernimmt der Wohnkanton ....». Wenn also «der Versicherte aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb seines Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals» beansprucht, übernimmt der Wohnkanton die Konsequenzen, nämlich die teuren Kosten für einen ausserkantonalen Patienten. Der Wohnkanton muss sie zu Recht übernehmen, weil er aus gesundheitspolitischen Gründen die betreffende Behandlungsstelle auf seinem Gebiet eben nicht eröffnet hat. Sie sehen hier den Koordinations- und Aufgabenteilungseffekt, den diese Norm hat.

Beispielsweise braucht es nach allgemeiner Schätzung eine Herzchirurgie für eine Bevölkerung von 500 000 Menschen.

Wenn diese Grösse unterschritten wird und diese Etablissements einander zu nahe kommen, gibt es ein medizinisches Ueberangebot. Das zu verhindern ist Aufgabe dieser Norm.

Bei Absatz 4 geht es im wesentlichen um die HMO (Health Maintenance Organization) und um die PPO (Preferred Provider Organization). Das sind alternative Versicherungsformen, die von Bundes wegen hier im Gesetz geregelt werden. Die Ergänzung, die die Kommission als letzten Satz von Absatz 4 angebracht hat, ist notwendig. Das hat die Diskussion klar gezeigt. Es geht darum, dass die HMO – entweder selber oder delegiert – die gesetzlichen Pflichtleistungen in jedem Fall versichert. Mit anderen Worten: Die HMO ist eine Beschränkung bei den Leistungserbringern; sie ist aber nicht eine Beschränkung bei den Leistungen. Das haben wir durch diesen Zusatz zum Ausdruck bringen wollen.

Ich bitte Sie daher, Artikel 35 mit der von der Kommission beantragten Ergänzung zuzustimmen.

**Frick:** Ich möchte mit meinem Antrag bei Absatz 3 nach dem ersten Satz eine Präzisierung einbauen, wonach der Wohnkanton die Kostendifferenz zu übernehmen hat, «soweit keine Zusatz- oder Haftpflichtversicherung herangezogen werden kann». Lassen Sie mich das kurz begründen.

Absatz 3 spricht ja den Grundsatz aus, dass der Wohnkanton die Differenz zwischen den Tarifen für Kantonseinwohner und auswärtige Patienten übernehmen muss, wenn ein ausserkantonales Spital aus medizinischen Gründen beansprucht wird. Das ist richtig so; das ist ein Akt der Solidarität und der Gerechtigkeit zwischen den Kantonen. Es darf nicht sein, dass die Kantone mit ausgebauter Spitalversorgung die anderen, kleineren Kantone subventionieren. Das wollen wir nicht. Diese Kostenübernahmepflicht soll bestehen.

Es geht mir um etwas anderes, um eine Präzisierung: um das Regressrecht der Kantone auf die Zusatzversicherungen und die privaten Haftpflichtversicherungen. Man könnte glauben, es sei selbstverständlich, dass dieses Regressrecht bestehe. Wo ein Kanton die Kosten gegenüber dem auswärtigen Spital übernimmt, soll er auf die Zusatzversicherung und die Haftpflichtversicherung Regress nehmen können. Dieser Grundsatz ist zweifellos allgemein anerkannt. Aber in der Praxis spielt er nicht; bereits heute gibt es erhebliche Probleme in der Kostenabwicklung zwischen Kantonen und Versicherungen. In diesem Sinne will ich eine Präzisierung anbringen. Es besteht nämlich die Gefahr, dass die Kantone den Regress oder die Subrogation nicht ausüben können.

Kurz zwei Beispiele: Es besteht bereits heute der Fall, dass ein Wohnkanton die Differenz wie im Gesetz vorgesehen auszahlt; das spielt in Einzelfällen. Nun haben aber diese Kantone in der Praxis oft Schwierigkeiten, das Geld bei den Zusatzversicherungen wieder einzutreiben, nämlich dann, wenn das Spital selber nicht direkt an die Zusatzversicherung gelangt ist, sondern wenn der Kanton Regress ausüben soll.

Es wird oft bestritten, dass das Regressrecht ohne weiteres besteht. Bei den Haftpflichtversicherungen ist die Situation ähnlich, aber noch schwieriger: Viele ausserkantonale Spitalaufenthalte sind ja als Folge eines Verkehrsunfalles oder eines anderen Unfalles nötig. Dort haftet letzten Endes oft eine Versicherung für die Spalkosten, zum Beispiel die Haftpflichtversicherung des Autolenkers.

Wenn der Patient in einem ausserkantonalen Spital ist, wird die Rechnung für die Differenz natürlich in der Regel zuerst dem Wohnsitzkanton gestellt. Der Wohnsitzkanton hat, nach Absatz 3, zu bezahlen.

Bereits heute haben die Kantone – bzw. innerkantonal einzelne Spitäler – Schwierigkeiten, diese Kosten bei der Haftpflichtversicherung wieder einzutreiben, weil sich diese eben teilweise hinter Abmachungen zwischen dem Konkordat und den Haftpflichtversicherern verstecken.

Es geht in meinem Antrag also nur darum, klar zu sagen, dass dieses Regressrecht oder Subrogationsrecht der Kantone besteht, und es geht nicht um eine inhaltliche Aenderung. Ich bitte Sie darum, meinem Antrag zuzustimmen.

Es ist dann Sache des Bundesrates, die Detailregelung festzulegen. Er regelt ja die Einzelheiten. Ob nun bereits schon durch die Spitaler Zusatz- und Haftpflichtversicherungen be-



anspruch werden oder ob dann die Kantone Regress ausüben können, wird der Bundesrat regeln. Aber es soll der Grundsatz festgelegt – klargestellt – werden, dass das Regressrecht oder Subrogationsrecht der Kantone besteht, und nichts anderes.

**Huber, Berichterstatter:** Lassen Sie mich zuerst sagen, dass es sich um einen Antrag handelt, der der Kommission nicht vorgelegen hat. Sie hat sich im wesentlichen mit dem Prinzip auseinandergesetzt, nämlich mit dem Fall, wenn ein Versicherter aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserkantonalen Leistungserbringers beansprucht.

Eine erste Beurteilung ergibt, dass Kollege Frick recht hat. Die Formulierung «übernimmt der Wohnkanton» führt dazu, dass der Kanton Schuldner wird. Und wenn Sie die Ausgestaltung des Rückgriffsrechtes anschauen, dann ist der Kanton darin nicht als in der sozialen Krankenversicherung zum Rückgriff berechtigt aufgeführt. Das könnte auf eine Lücke schliessen lassen.

Ich habe mir aber die Ueberlegung gemacht, dass das Krankenversicherungsgesetz den Allgemeinen Teil des Obligationenrechts nicht ausser Kraft setzen kann und nicht ausser Kraft setzen will. Das Verhältnis von *Lex generalis* zu *Lex specialis* könnte auch hier spielen.

Der Grund, warum ich der Meinung bin, dass wir den Antrag Frick akzeptieren sollten, besteht darin, dass wir eine neue Praxis unter den Kantonen und im Verhältnis der Kantone zu den Versicherern stipulieren. Und wenn wir das tun, dann tun wir als Gesetzgeber gut daran, ihnen auch den Hinweis zu geben, wie wir es tun wollen. In der Sache stimmen wir Kollege Frick zu, denn seine Ueberlegungen sind richtig. Das soll nicht am Kanton hängenbleiben, sondern er soll noch andere, vor ihm Leistungspflichtige beanspruchen können, sonst werden die Kantone zu einer Leistung gezwungen, für die andere Versicherungsprämien bezogen haben, die dann nicht ausgeschöpft werden können.

Aus all diesen Ueberlegungen – in Verbindung mit dem letzten Satz von Absatz 3 («Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.») – bitte ich Sie, der Version von Kollege Frick zuzustimmen.

*Abs. 1, 2, 4 – Al. 1, 2, 4*  
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Al. 3*  
*Angenommen gemäss Antrag Frick*  
*Adopté selon la proposition Frick*

#### **Art. 36**

*Abs. 1, 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 3*

.... überprüfen zu können. (Rest des Absatzes streichen)

*Abs. 4*

Streichen

*Abs. 5*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 6 (neu)*

Der Leistungserbringer ist bei der Auskunfterteilung an den Versicherer in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen des Versicherten in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt des Versicherers nach Artikel 49 bekanntzugeben.

#### **Art. 36**

*Proposition de la commission*

*Al. 1, 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 3*

.... de la prestation. (Biffer le reste de l'alinéa)

*Al. 4*

Biffer

*Al. 5*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

#### *Al. 6 (nouveau)*

S'agissant de la transmission d'informations à l'assureur, le fournisseur de prestations est fondé lorsque les circonstances l'exigent, ou astreint dans tous les cas si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de l'assureur d'après l'article 49.

**Huber, Berichterstatter:** Artikel 36 ist im Prinzip der Abschluss einer zum Teil leidvollen, jahrelangen Entwicklung; es geht um die Auseinandersetzung über das System des Tiers garant oder des Tiers payant, die zugunsten des Tiers garant ausging.

Absatz 3 zieht dann daraus im Prinzip die Konsequenz, indem der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen muss.

Herr Bundesrat, unserer Meinung nach soll in der Ausführungsgesetzgebung ganz klar sein, dass beim System des Tiers payant nicht nur der Schuldner, der Versicherer, eine Rechnung bekommt, sondern auch der Versicherte, damit er weiss, was von seiten des Leistungserbringers und von seiten der Versicherung für ihn aufgewendet wird. Er muss mit den finanziellen Folgen der Erkrankung konfrontiert werden. Ich glaube, dass das ausserordentlich wichtig ist. Ich habe immer wieder festgestellt, dass Leute, die Rechnungen erhalten, wirklich überrascht sind, dass sie den Leistungserbringer und den Versicherer in einem derartigen Umfang in Anspruch genommen haben. Das wäre also insbesondere beim System des Tiers payant, bei Absatz 2, der Fall, wo dem Versicherten eine separate Rechnung zugänglich gemacht werden müsste. Dann sehen Sie, dass wir mit Absatz 6 eine zusätzliche Formulierung eingefügt haben. Hier hat das Pendel in der Kommission wieder etwas zugunsten der Leistungserbringer ausgeschlagen. Zentral bleibt, dass der Versicherer an die Daten herankommt, die seine Leistungspflicht unzweifelhaft begründen.

Auf der andern Seite sind die Persönlichkeitsrechte des Patienten zu schützen. Vertreter der Aerzte und Vertreter der Kassen unterstehen der Geheimhaltungspflicht. Das ist ganz eindeutig, und es ist weiter hinten im Gesetz geregelt.

Andererseits – so meine ich – hat der Arzt nur gegenüber dem Vertrauensarzt – nach Zustimmung des Patienten – kein Recht mehr auf ein spezielles Arztgeheimnis. Wenn der Patient das Geheimnis, das er an sich hat, aufdeckt, dann derogiert es auch das Arztgeheimnis.

Zusammenfassend bin ich der Meinung, dass Artikel 36 mit den Ergänzungen der Kommission und mit dem gestrichenen Absatz 4 die Zustimmung des Plenums finden dürfte.

**M. Cotti, conseiller fédéral:** Le Conseil fédéral peut accepter le compromis trouvé par la commission. Il signale simplement, pour ce qui a trait à l'alinéa 3 où on a voulu biffer la possibilité pour le Conseil fédéral de régler les détails, que le droit qu'a le Conseil fédéral sur la base de l'article 87 d'édicter une ordonnance dans le cadre de cette loi reste réservé. Nous nous réservons donc la possibilité d'intervenir à ce sujet. Cela à titre d'interprétation.

**Huber, Berichterstatter:** Ich kann dem seitens der Kommission ausdrücklich zustimmen. Wir haben das hier gestrichen, mit dem Hinweis auf die generelle und weiter hinten im Gesetz statuierte Vollzugs- und Rechtsetzungskompetenz des Bundesrates innerhalb des Gesetzes. Wir stimmen hier überein.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 37**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2*

....

d. (neu) zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 30 bis 34 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der not-

wendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).

**Abs. 3**

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Abs. 4**

.... zuständigen Behörde festgesetzt. Diese achten auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife.

**Abs. 4bis (neu)**

Einzeilleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten, einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, legt der Bundesrat die Tarifstruktur fest.

**Abs. 5**

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Abs. 6**

**Mehrheit**

Der Bundesrat sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der andern Sozialversicherungen.

**Minderheit**

(Onken, Huber, Roth, Simmen, Weber Monika)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Antrag Morniroli**

**Abs. 4**

Zustimmung zum Antrag der Kommission

(Die Aenderung betrifft nur den französischen Text)

**Art. 37**

*Proposition de la commission*

**Al. 1**

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Al. 2**

....

d. (nouvelle)-soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la rémunération de certaines prestations à des conditions qui vont au-delà de celles prévues par les articles 30 à 34, en vertu desquelles les fournisseurs de prestations doivent disposer notamment d'une infrastructure, d'une formation de base, d'une formation continue et du perfectionnement nécessaires (exclusion tarifaire).

**Al. 3**

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Al. 4**

.... par la loi. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles d'une saine gestion économique et structurées de manière appropriée.

**Al. 4bis (nouveau)**

Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral fixe celle-ci.

**Al. 5**

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Al. 6**

**Majorité**

Le Conseil fédéral veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales.

**Minorité**

(Onken, Huber, Roth, Simmen, Weber Monika)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition Morniroli*

**Al. 4**

.... d'après les règles applicables en économie d'entreprise ....

**Huber, Berichterstatter:** Beim 4. Abschnitt, Tarife und Preise, geht es ans Lebendige, indem festgelegt wird, was die Leistungserbringer, von denen vorher die Rede war, für Leistungen erbringen; es geht jetzt darum, wie das bezahlt wird.

Dieser Abschnitt umfasst die Artikel 37 bis 45. Sie enthalten Bestimmungen über den Tarifschutz (Art. 38), den Tarifvertrag (Art. 39), das Verhalten beim Fehlen eines Tarifvertrages

(Art. 40), ganz spezifisch über die Tarifverträge mit Aerzteverbänden (Art. 41), mit Spitälern (Art. 42), mit Pflegeheimen (Art. 43), die Regelung der Preise bei Analysen und Arzneimitteln und für der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände (Art. 44) sowie über die Beschwerde an den Bundesrat (Art. 45).

Der Grundsatz all dessen, was ich jetzt aufgezählt habe, um Ihnen eine Uebersicht zu geben, befindet sich in Artikel 37. Artikel 37 statuiert, dass die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen erstellen. Er besagt in Absatz 4: «Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart ....» Mit anderen Worten wird hier die Vertragsfreiheit zwischen den Tarifpartnern oder die Autonomie der Sozialpartner auch im Recht der obligatorischen Grundversicherung statuiert. Ich glaube, dass dieses Element der Verantwortung und der Freiheit ganz eindeutig herausgehoben werden muss und seine Bedeutung hat.

Beim Tarif werden ganz eindeutig einzelne Formen unterschieden. Es ist bemängelt worden, dass in Absatz 2 die Fallpauschalen fehlen. Ich muss zuhänden der Materialien sagen, dass die Kommission – gestützt auf Seite 82 der Botschaft – zum Ausdruck bringen will, dass die Fallpauschalen bei Absatz 3 ihren Platz haben; Sie sehen dann, dass die Kommission bei Absatz 2 eine Litera d (neu) vorschlägt.

Der Ausgangspunkt ist gewesen, dass wir bei Artikel 50 Absatz 3 einen gleichen Entscheid gefällt haben, wie wir ihn hier nun haben, nämlich einen Tarifausschluss, wenn entweder materiell die notwendige Infrastruktur oder personell die entsprechende Voraussetzung, nämlich die notwendige Aus-, Weiter- und Fortbildung, fehlt; dann können unter Umständen Konsequenzen gezogen werden.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass bei Artikel 50 Absatz 3 die gleiche Regelung durch den Bundesrat verfügt werden kann, während hier den Tarifpartnern die Kompetenz gegeben wird, diese gleiche Massnahme in den Tarifverträgen einzubinden. Das ist notwendig, damit sie das überhaupt tun können; hier wird wiederum die Freiheit der Partner (vor der staatlichen Intervention) angesprochen.

Absatz 3 ist gleichgeblieben, mit der von mir erwähnten Ergänzung durch die Fallpauschale, die aus den Materialien und nicht aus dem Text ersichtlich ist.

Bei Absatz 4 hat Kollege Morniroli im Zusammenhang mit dem französischen Text einen Antrag gestellt. Nach Ueberprüfung kann ich Ihnen sagen, dass der Antrag, der der Kommission nicht vorlag, entgegengenommen wird, weil er richtig ist und ein linguistisches Problem im Sinn der Kommission löst. Wir würden also hier dem Antrag Morniroli zustimmen.

Dann haben wir bei Absatz 4 einerseits Ergänzungen vorgenommen. Wir haben andererseits den letzten Satz gemäss bundesrätlichem Entwurf gestrichen und haben statt dessen einen Absatz 4bis (neu) eingefügt, wonach Einzeilleistungstarife auf gesamtschweizerisch vereinbarter, einheitlicher Tarifstruktur beruhen müssen. Um keinen Irrtum aufkommen zu lassen: Wir sprechen hier von den Tarifstrukturen. Es ist aber ganz klar, dass der Taxpunktwert weiterhin kantonal unter den Partnern ausgehandelt werden kann und nicht etwa eidgenössisch über den gleichen Kamm geschoren werden muss.

Schliesslich komme ich bei Absatz 6 zur Differenz zwischen einer Minderheit, der ich auch angehöre, und der Mehrheit. Ich begründe die Meinung der Mehrheit. Die Mehrheit ist der Auffassung, dass der Satz, der hier eingefügt wird: «Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen», die Vertragsfreiheit in übertriebenem Masse tangiere und dass dieser Satz daher gestrichen werden solle. Beide Seiten, Mehrheit und Minderheit, sind sich einig, dass der letzte Satz von Artikel 37 Absatz 6 stehen bleiben soll.

*Abs. 1–3, 4bis, 5 – Al. 1–3, 4bis, 5  
Angenommen – Adopté*

*Abs. 4 – Al. 4  
Angenommen gemäss Antrag Morniroli  
Adopté selon la proposition Morniroli*

## Abs. 6 – Al. 6

**Onken**, Sprecher der Minderheit: Sie haben vom Kommissionspräsidenten gehört, dass der erste Satz von Absatz 6 gestrichen worden ist und dass lediglich der zweite Satz bei der Kommissionsmehrheit Gnade gefunden hat. Damit, muss ich sagen, ist der Grundsatz einer wirtschaftlichen, sachgerechten Festlegung, Ausgestaltung und Anpassung der Tarife massiv geschwächt worden.

Der Bundesrat soll, wenn es nach dem Willen der Kommissionsmehrheit geht, nur noch «für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen» besorgt sein. Das ist – mit Verlaub – ein Auftrag, der fast eine Selbstverständlichkeit darstellt, von dem man sich sogar fragen kann, ob er gesetzeswürdig ist.

Aber der erste Satz, der gestrichen werden soll, ist meines Erachtens unverzichtbar. Er ist der entscheidende für alle, die einen echten Beitrag zur Kostendämpfung, zu einem geschärften Kostenbewusstsein und einer wirtschaftlichen Bemessung dieser Tarife leisten wollen. Dies kann nicht einfach nur den Leistungserbringern überantwortet bleiben. Die Vergangenheit hat das leider immer wieder bewiesen. Es braucht hier einen Rahmen, es braucht eine sinnvolle Eingrenzung. Auch die Leistungserbringer benötigen sozusagen einen Widerpart, der die anderen, die gesamtwirtschaftlichen Aspekte bei der Tarifgestaltung und auch bei der Tarifanpassung gewichten und einbringen kann. Um das geht es hier letztlich.

Es ist kein massiver Eingriff vorgesehen, wie vielleicht im Anschluss an mein Votum behauptet werden wird. Nein, es ist kein unzulässiger Eingriff. Was hier steht, ist sehr moderat, aber es ist zweckmässig. Bitte beachten Sie, dass es eine Kann-Formulierung ist, keine verpflichtende Vorschrift, und dass es um den Erlass von Grundsätzen und nicht von bindenden Bestimmungen geht. Das sind zwei wichtige Elemente dieses Satzes. Das ist also zurückhaltend formuliert, aber es ermöglicht eben doch einen Orientierungsrahmen, der durch den Bundesrat geschaffen werden kann. Dieser Orientierungsrahmen bringt etwas, wenn man es mit der Kostendämpfung wirklich ernst meint.

Die Kommission hat ja, wie Sie vielleicht selbst festgestellt oder in den Fraktionen gehört haben, die gröberen Massnahmen zur Kostendämpfung, die ausserordentlichen Massnahmen, stark abgeschwächt oder sie sogar teilweise ganz abgelehnt. Um so wichtiger, um so notwendiger ist es nun, dass wir wenigstens bei diesen Instrumenten, die nur mildere und absolut akzeptable Eingriffe vorsehen, konsequent sind: Wenn wir das nicht bleiben, leidet wirklich die Glaubwürdigkeit unseres Versuchs, der Kosten Herr zu werden.

In diesem Sinne möchte ich Sie zusammen mit den Mitunterzeichnern des Minderheitsantrages bitten, diese bundesrätliche Kompetenz im Gesetz zu belassen und für einmal der Minderheit Ihrer Kommission und damit auch dem Antrag des Bundesrates zu folgen.

**Frau Beerli**: Nach seiner systematischen Stellung im Gesetz gilt Artikel 37 Absatz 6 sowohl für den vertraglich geregelten als auch für den vertragslosen Zustand. Im vertraglich geregelten Zustand würde die Verordnungskompetenz des Bundesrates den gewünschten freien Wettbewerb verunmöglichen. Es ist gemäss Artikel 37 Absatz 4 an den Tarifpartnern, die überzeugendsten und wirtschaftlichsten Tarife auszuhandeln und weiterzuentwickeln. Können sie sich über die gesamtschweizerische Tarifstruktur nicht einigen, so hat der Bundesrat nach dem neuen Absatz 4bis – den die Kommission beantragt hat und den wir vorhin akzeptiert haben – die Möglichkeit, die Tarifstruktur festzusetzen. Ein Zurückkommen auf den Vorschlag des Bundesrates in Absatz 6 würde dem gerade beschlossenen Absatz 4bis widersprechen.

Die Wettbewerbsförderung durch den Bundesrat, die erfahrungsgemäss wenig flexibel ist, könnte auch viel weniger weit gehen und wäre viel weniger nützlich als eben ein Wettbewerb bei der Krankenversicherung und in der Krankenversicherung selbst, wie er vorgeschlagen worden ist. Der Grundsatz – der auch noch in diesem Satz enthalten ist –, der Bundesrat könne Grundsätze für die Anpassung der Tarife aufstellen: Damit

kann wohl nur die heutige Bundesratsformel gemeint sein, eine mathematische Formel zur Berechnung des Teuerungsanspruchs der Aerzte, die in ihrer heutigen Form anerkanntermaassen untauglich und falsch ist.

Bezeichnenderweise wurde das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) von Herrn Bundesrat Cotti beauftragt, eine Ueberprüfung vorzunehmen, unter Beizug der Leistungserbringer und der Versicherer sowie der Experten. Also besteht hier beim BSV ebenfalls eine Unsicherheit.

Im vertragslosen Zustand, für den dieser Satz auch gelten würde, ist der Bundesrat sowieso Oberinstanz. Er entscheidet als Oberinstanz, und es wäre sicher nicht richtig, wenn er hier auch erstinstanzlich verfügen würde. Er muss sich ja hier die Freiheit bewahren, als richterliche Instanz dann entscheiden zu können.

Dieser Satz ist demzufolge sowohl im vertraglich geregelten als auch im vertragslosen Zustand überflüssig. Er ist auch schädlich, und der Vorschlag, der Ihnen von der Mehrheit unterbreitet wird, ist sachgerecht und systematisch richtig.

Ich bitte Sie, diesem Vorschlag der Mehrheit der Kommission zu folgen.

**M. Cotti**, conseiller fédéral: Je me suis félicité, hier, du fait que la commission avait en général repris et modifié de manière à les améliorer les propositions du Conseil fédéral. J'avais évoqué les quelques rares cas où les propositions du Conseil fédéral avaient été repoussées par la commission et où, au lieu de vous donner mon consentement, je me serais battu afin que, si possible, le plénum puisse reprendre la position du message du Conseil fédéral.

J'ai ici trois ou quatre de ces positions et je constate – les autres viendront après – qu'à part ce qui a trait à l'article 56, qui concerne le montant de la participation des patients – on en discutera, – tout le reste concerne le deuxième objectif général du message qui est celui d'un certain contrôle, d'un certain endiguement des frais. Le fait d'ôter la possibilité, à l'article 37, au Conseil fédéral d'établir des principes de base afin que «les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée», me paraît être une entorse grave; c'est pour cette raison que je compare à cela la ligne – je rappelle encore une fois les pages 139 et suivantes du message – qui vise systématiquement à essayer de donner les moyens d'un certain contrôle de l'évolution des coûts de la santé.

Il ne s'agit évidemment pas ici, pour le Conseil fédéral, d'établir lui-même les tarifs de manière définitive, mais d'élaborer tout de même, dans le cadre d'une vision économique qui n'est pas discutée, certains principes qui devraient s'appliquer généralement et qui, bien sûr, en fonction de ces critères économiques, lui permettraient de contribuer à la maîtrise des coûts.

C'est la raison pour laquelle je dois dire que la proposition de la majorité de la commission de biffer, purement et simplement la première phrase de l'alinéa 6 me paraît aller à l'encontre de cette ligne fondamentale qui concerne la maîtrise des coûts. Je voudrais donc prier le Conseil des Etats, si possible, de revenir à la position du Conseil fédéral et de soutenir la thèse de la minorité de la commission.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Minderheit

19 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit

15 Stimmen

**Art. 38***Antrag der Kommission**Abs. 1, 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 3*

Streichen

*Antrag Morniroli**Abs. 2*

.... in diesem Fall keinen Anspruch auf direkte Vergütung nach ....

.... dieser ihn zuerst darauf hinweisen und ihm einen Kostenvoranschlag unterbreiten, aus dem der Preisunterschied zu den vertraglich oder behördlich festgelegten Tarifen und Preisen hervorgeht. Der Versicherte hat Anrecht auf Rückerstattung im Rahmen dieser Tarife und Preise.

**Art. 38***Proposition de la commission**Al. 1, 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 3*

Biffer

*Proposition Morniroli**Al. 2*

.... Il n'a aucun droit à la rémunération directe au sens ....

.... d'abord l'en informer et lui soumettre une proposition de prix qui montre la différence entre le prix proposé et les tarifs et les prix fixés par conventions ou par les autorités. L'assuré a droit au remboursement selon ces tarifs et ces prix.

**Huber**, Berichterstatter: Artikel 38 beschäftigt sich mit dem zentralen Begriff des «Tarifschutzes». Es wird zuerst gesagt, was der Tarifschutz ist: dass auf gewisse Leistungen ein Anrecht besteht, dass auf andere kein Anrecht besteht oder kein zusätzliches Anrecht festgelegt wird.

In Absatz 2 ist der Fall geregelt, in dem ein individueller Leistungserbringer es ablehnt, Leistungen nach diesem Gesetz zu erbringen. Es handelt sich hier meistens um hochqualifizierte Spezialärzte an Universitätskliniken, die ihre Tätigkeit beispielsweise auf die Lehre und auf die Behandlung von wenigen speziellen Patienten verlegen. Wenn sie es ablehnen, als Leistungserbringer nach diesem Gesetz aufzutreten, ist der Fall selbstverständlich klar: Der entsprechende Leistungserbringer hat keinen Anspruch auf Vergütung nach diesem Gesetz. Wendet sich ein Versicherter an einen solchen Leistungserbringer, muss er auf diesen Umstand aufmerksam gemacht werden.

Wir haben im übrigen dann den Fall des massiven Ausstandes, also nicht des individuellen. Jenen haben wir vom Tarifschutz abgetrennt und einen Artikel 38a (neu), «Sicherung der medizinischen Versorgung», statuiert.

In dieser Normierung ist ein weiteres Problem enthalten. Bisher war bei der freiwilligen sozialen Krankenversicherung der Tarifschutz im vertragslosen Zustand differenziert statuiert. Jetzt gibt es keine Abstufungen mehr. Es gibt keine wirtschaftlich Gutgestellten mehr und Normalbürger mit unterschiedlichem Tarifschutz, sondern es gibt einen Tarifschutz in der Grundversicherung. Dass die Zusatzversicherungen davon nicht tangiert werden, liegt beim Grundtenor des Gesetzes auf der Hand.

Ich bitte Sie, in diesem Sinne sowohl dem Artikel 38 wie dem Artikel 38a – die Aufteilung ist sicher materiell begründet – zuzustimmen.

**Morniroli**: Ich möchte, dass für den Patienten die Möglichkeit besteht, eine Rückerstattung im Rahmen der festgelegten Tarife und Preise zu erwirken. Es sind drei grundlegende Anliegen im Interesse des Versicherten, die mich zu dieser Ergänzung veranlassen.

1. Es geht mir um das wichtige Prinzip der freien Leistungserbringerwahl. Dem Versicherer kann es egal sein, bei wem sich der Versicherte behandeln lässt, wenn ihn dies nicht mehr kostet.

2. Der Versicherte soll wissen, wie der finanzielle Rahmen aussehen wird. Der Vorschlag des Kostenvoranschlags, den ich einbringe, scheint mir zum Schutz des Versicherten wichtig zu sein.

3. Der Leistungserbringer muss in diesem Fall eine Rechnung erstellen, in welcher die Positionen gemäss Tarif aufgeführt sind, damit die Rückerstattung überhaupt möglich wird. Dies ist sicher im Interesse der Transparenz und dient der Anwendung der Grundsätze gemäss Artikel 48, wo von der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gesprochen wird. Artikel 48 kann so auch für diese Leistungserbringer angewendet werden.

Natürlich hat auch die Formulierung des Bundesrates und der Kommission ihre Vorteile. Sie erschwert es einem Leistungserbringer, aus dem System auszuscheren. Für mich aber ist der Schutz des Versicherten eindeutig wichtiger.

*Abs. 1 – Al. 1*

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2 – Al. 2*

**Huber**, Berichterstatter: Zu Absatz 2, den Herr Morniroli mit viel Verständnis für die Auffassung der Kommission angesprochen hat. Wir sind überzeugt, dass unsere Lösung besser ist. Wir sehen natürlich, was Herr Morniroli will, aber ich muss Ihnen sagen, dass man auch hier nicht «den Fünfer und das Weggli» haben kann.

Leistungserbringer unterstehen für die Behandlung ihrer Patienten den Tarifen und Preisen. Entweder ist man in ein Vertragsverhältnis eingebunden, oder man steigt aus diesem Vertragsverhältnis aus; dann kann aber der Versicherer nicht verpflichtet werden, dem behandelten Patienten die Kosten wie üblich zu vergüten. Das wäre eine Disproportionalität und würde das Verhältnis zwischen Kassen und Ärzten ausserordentlich belasten. Ich bitte Sie daher, diese Lösung abzulehnen und für Artikel 38 Absatz 2 bei der Lösung der Kommission zu bleiben.

In einem Punkt stimme ich Herrn Morniroli zu. Der Leistungserbringer, der «ausgestiegen» ist, muss jedem Patienten vor der Behandlung klipp und klar sagen, dass die Behandlung nicht nach dem Krankenversicherungsgesetz und der sozialen Krankenversicherung stattfindet.

Zu vermeiden ist, dass der Patient überrascht ist, wenn er eine Rechnung erhält, die im Prinzip nicht den Tarifen entspricht, und von der Versicherung die Kosten nicht entsprechend vergütet erhält – mit der lakonischen Mitteilung, es tue ihr leid, er habe sich nicht bei einem Vertragspartner behandeln lassen.

Wir haben mit dem vertragslosen Zustand entsprechende Erfahrungen gemacht, worauf dann in den Arztpraxen Anschläge angebracht werden mussten, dass die Behandlung nicht gemäss Versicherung, sondern im Rahmen einer freien Vereinbarung zwischen Patient und Arzt mit Kostenfolgen für den Patienten erfolge.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

25 Stimmen  
(Einstimmigkeit)

*Abs. 3 – Al. 3*

*Verschoben – Renvoyé*

**Art. 38a (neu)***Antrag der Kommission**Titel*

Sicherung der medizinischen Versorgung

*Wortlaut*

Ist wegen des Ausstandes von Leistungserbringern die Behandlung der Versicherten im Rahmen dieses Gesetzes nicht gewährleistet, sorgt die Kantonsregierung für deren Sicherstellung. Ein angemessener Tarifschutz gilt auch in diesem Fall. Der Bundesrat kann nähere Bestimmungen erlassen.

*Antrag Morniroli**Titel*

Sicherung der medizinischen Versorgung

*Wortlaut*

.... Tarifschutz gilt auch in diesem Fall, beschränkt sich aber auf die mit öffentlichen oder aus den Gewinnen der Zusatzversicherungen stammenden Geldern subventionierte Versicherungengruppe plus höchstens die nächsten 10 Prozent der darüber liegenden Einkommensklassen. Die Kantone erlassen nähere Bestimmungen.

**Art. 38a (nouveau)***Proposition de la commission*

Titre

Garantie du traitement

Texte

Si, du fait de l'abstention des fournisseurs de prestations, le traitement des assurés n'est pas garanti conformément à la présente loi, le gouvernement cantonal veille à ce qu'il le soit. Une protection tarifaire adéquate est aussi applicable dans ce cas. Le Conseil fédéral peut édicter les dispositions nécessaires.

*Proposition Morniroli*

Titre

Garantie du traitement

Texte

.... est aussi applicable dans ce cas, mais seulement pour les assurés qui bénéficient de subsides provenant des pouvoirs publics ou des bénéfices réalisés par les assurances complémentaires ainsi que pour ceux dont le revenu et au maximum de 10 pour cent plus élevé. Les cantons édictent des dispositions plus détaillées.

**Morniroli:** Diese Regelung ist ganz allgemein als notwendiges Uebel im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung anzusehen. Ich unterstütze daher diesen Antrag, erachte indessen die in meinem Antrag enthaltene Einschränkung als angebracht. Es muss verhindert werden, dass der Tarifschutz uneingeschränkt und unproportioniert ausgedehnt wird.

Der Kommissionspräsident hat vorhin ausgeführt, dass das Prinzip des Tarifschutzes einheitlich anzuwenden sei. Ich glaube aber doch, dass man im Interesse und im Sinne der Solidarität auch hier abstufen sollte.

Ich denke, dass ein Tarifschutz für die, die das wirklich nötig haben, richtig ist. Gestattet wäre, für diese geschützte Versicherungsgemeinschaft auch niedrigere Tarife anzuwenden. Der Leistungserbringer würde dann ein bisschen nach oben ausgleichen, wenn er jemanden behandelt, der nicht unter Tarifschutz steht.

Das ist die Idee, die meinem Antrag zugrunde liegt.

**M. Cotti, conseiller fédéral:** Je serai clair, je préfère la formulation du Conseil fédéral, mais j'ai dit que je n'interviendrais que sur les questions importantes, nous pouvons laisser ceci au deuxième conseil. Le Conseil fédéral maintient sa proposition.

**Abstimmung – Vote***Eventuell – A titre préliminaire*

Für den Antrag des Bundesrates

20 Stimmen

Für den Antrag Morniroli

2 Stimmen

*Definitiv – Définitivement*

Für den Antrag der Kommission

26 Stimmen  
(Einstimmigkeit)*Art. 38 Abs. 3 – Art. 38 al. 3**Angenommen gemäss Antrag der Kommission**Adopté selon la proposition de la commission***Art. 39***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag Morniroli*

Abs. 3

.... des Bundesrates. Die Genehmigungsbehörde ist allein zuständig für die Prüfung, ob der Tarifvertrag mit ....

**Art. 39***Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition Morniroli*

Al. 3

.... par le Conseil fédéral. L'autorité qui approuve est seule compétente pour vérifier que la convention ....

**Huber, Berichterstatter:** Ich habe bei Artikel 39 («Tarifvertrag») lediglich zum Antrag Morniroli zu Absatz 3 kurz Stellung zu nehmen. Der entscheidende Satz lautet: «Die Genehmigungsbehörde ist allein zuständig für die Prüfung, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.»

Herr Morniroli, hier wird das Problem Preisüberwacher innerhalb des tarifarischen Systems angesprochen. Ich schlage Ihnen vor, dass wir uns bei Artikel 44, wo das Thema generell zur Diskussion steht und von mir entsprechende Ausführungen gemacht werden, damit befassen werden, wenn Sie einverstanden sind, damit wir es nicht zweimal tun müssen.

Sonst besteht keine Differenz. Ich bitte Sie, dem Artikel 39 in der Fassung von Bundesrat und Kommission zuzustimmen.

**Morniroli:** Ich bin natürlich mit dem Vorschlag des Kommissionspräsidenten einverstanden. Damit entfällt mein Antrag.

*Abs. 1, 2, 4 – Al. 1, 2, 4**Angenommen – Adopté**Abs. 3 – Al. 3**Angenommen gemäss Antrag der Kommission**Adopté selon la proposition de la commission***Art. 40***Antrag der Kommission*

Abs. 1–3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 4

Streichen (wird Artikel 37 Absatz 4bis 2. Satz)

**Art. 40***Proposition de la commission*

Al. 1–3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 4

Biffer (le contenu figure à l'article 37 alinéa 4bis 2e phrase)

**Huber, Berichterstatter:** Absatz 4 von Artikel 40 ist von der Kommission gestrichen worden. Er taucht als zweiter Satz von Artikel 37 Absatz 4bis wieder auf. Sie haben dieser Formulierung bereits zugestimmt. Daher ergibt sich zwingend, dass Absatz 4 gestrichen wird.

*Angenommen – Adopté***Art. 41***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Art. 42***Antrag der Kommission*

Abs. 1

.... Vertragsabschluss ermittelt. Betriebskostenanteile aus Ueberkapazität, Investitionskosten sowie Kosten ....

Abs. 2–4

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 5

Die Vertragspartner vereinbaren die Vergütung bei teilstationärem Aufenthalt in einem Spital.

Abs. 6

.... eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen aller Kantone einsehen. Der Bundesrat erlässt die nötigen Bestimmungen.

**Abs. 7**

Die Kantonsregierungen und erforderlichenfalls der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone ....

.... eines Spitals ungenügend, können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 39 Absatz 4 kündigen und der Genehmigungsbehörde ....

**Antrag Gemperli****Abs. 1**

.... vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Diese sollen für Kantonseinwohner bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern in der Regel höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten ....

**Abs. 2**

.... Für diese Leistungen sollen sie in der Regel für Kantonseinwohner ....

**Art. 42****Proposition de la commission****Al. 1**

.... de la convention. La part des frais d'exploitation résultant de la surcapacité, les frais d'investissement ....

**Al. 2-4**

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Al. 5**

Les partenaires tarifaires conviennent de la rémunération du séjour semi-hospitalier à l'hôpital.

**Al. 6**

.... de leurs prestations. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces établies dans tous les cantons. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution à cet effet.

**Al. 7**

Les gouvernements cantonaux et le Conseil fédéral en cas de besoin font procéder ....

.... dénoncer la convention selon le 4e alinéa de l'article 39 et demander ....

**Proposition Gemperli****Al. 1**

.... les parties à une convention conviennent de forfaits. Dans la règle, ceux-ci couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés habitant le canton, 50 pour cent ....

**Al. 2**

.... Pour ces prestations, elles prennent en compte, dans la règle, pour les habitants du canton ....

**Huber, Berichterstatter:** Hier geht es um einen schwierigen Artikel: Es handelt sich um die «Tarifverträge mit Spitälern». Wir haben zusätzlich noch einen Antrag von Herrn Gemperli, der in der Kommission nicht vorgelegen ist. Lassen Sie mich folgendes ausführen:

Bei den Tarifverträgen mit Spitälern wird gemäss Absatz 1 zuerst statuiert, dass die Vertragsparteien Pauschalen vereinbaren. Nachher wird in Anlehnung an frühere Lösungsversuche klipp und klar statuiert, dass bei einer Kostenteilung die Spitalträger oder Subventionierten, nämlich die Kantone, höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patienten oder Versicherungengruppe in der allgemeinen Abteilung decken. Damit ist eine ganz erhebliche Leistung der Kantone statuiert, eine Leistung, die gerne übersehen wird. Die Kantone leisten in den öffentlichen und den öffentlich subventionierten Spitälern erhebliche Beiträge mit Steuergeldern.

In der Kommission ist ein origineller Zusatzantrag eingebracht und gutgeheissen worden, nämlich dass die Betriebskostenanteile aufgrund von Ueberkapazität den Kassen nicht anzurechnen werden dürften. Mit anderen Worten: Wenn der Kanton als Spitalbetreiber oder als Subventionierender Ueberkapazitäten kraft seines Amtes nicht beseitigt, soll er die daraus entstehenden Kosten selber zahlen.

Ich darf zuhanden des Amtlichen Bulletins eine Bemerkung machen: Das betrifft nicht die Betten, die die Spitäler als Notreserve zur Verfügung stellen müssen. Jedes öffentliche Spital muss eine gewisse Anzahl, eine gewisse Kapazität zur Bewälti-

gung von Notsituationen zur Verfügung halten. Es ist nicht richtig, wenn diese Betriebskostenanteile nicht überwälzt werden dürfen. Aber dort, wo offensichtlich der «Bettenberg» nicht abgetragen wird, soll der Kanton die daraus resultierenden Kosten tragen. Das soll nicht der sozialen Krankenversicherung angelastet werden.

Bezüglich der übrigen Ausnahmen besteht keinerlei Differenz bei Absatz 1; Lehre und Rechtsprechung stimmen hierin überein.

In Absatz 2 ist das Einzelleistungsprinzip statuiert, die Alternative zur Pauschalen bei besonderen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen. Das ist keine Aenderung gegenüber der gegenwärtigen Praxis – mit Ausnahme des Prozentsatzes von höchstens 50 Prozent.

Absatz 3 ist ein sogenannter Pflegeheimtarif. Das ist eine ausserordentlich harte Norm für die Spitäler. Solange ein Patient die medizinische Behandlung und die Pflege in einem Spital nötig hat, hat der Leistungserbringer den Spitaltarif zu bezahlen; das ist der Kerninhalt der Grundversicherung.

Nun steht im letzten Satz von Absatz 3: «Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 43 zur Anwendung.»

Artikel 43 ist der Pflegeheimartikel. Mit anderen Worten: Das Gesetz nimmt hier Bezug auf den Sachverhalt, dass Patienten mangels entsprechenden Pflegeheimbetten an falschen Orten untergebracht sind. Wenn sie an falschen Orten untergebracht sind, ist die Situation so, dass dafür nicht die Leistungserbringer, sondern die Spitalträger die Konsequenzen zu tragen haben. Mit andern Worten: Es würde dann im Prinzip der Spitaltarif der Pflegeheime zur Anwendung kommen, und die Kantone würden die Unterlassung bei der Realisierung von Pflegeheimen zu tragen haben.

Nachher haben wir bei Absatz 5 eine neue Formulierung gefunden, nämlich die Vergütung bei teilstationärem Aufenthalt in einem Spital.

Ebenso haben wir bei Absatz 6 eine Ergänzung eingefügt, dass die Kantonsregierungen und die Vertragsparteien die Unterlagen aller Kantone einsehen können, damit Transparenz und Innovation einzelner Kantone belohnt werden und andern Kantonen freundeidgenössisch auf die Beine geholfen wird.

Schliesslich sehen Sie bei Absatz 7, dass als ein Mittel der Kontrolle und hoch einzuschätzendes Mittel der Kosteneindämmung der Betriebsvergleich eingeführt wird. Wer kann diesen anordnen? Es sind die Kantonsregierungen und «erforderlichenfalls» der Bundesrat. Was kann passieren, wenn nun ein Spital oder wenn Spitäler in ganz ausserordentlicher Weise aus dem Durchschnitt herausfallen? Dann kann der Vertrag, der mit ihnen gemäss Artikel 42 abgeschlossen wird, vom Sozialpartner, dem kantonalen Krankensicherungsverband, gekündigt werden, und zwar eindeutig ohne Einhaltung der entsprechenden Fristen.

Die Kommission hat mich beauftragt, darauf aufmerksam zu machen und zuhanden der Materialien zum Ausdruck zu bringen, dass bei Artikel 42 Absatz 7 Artikel 40 Absatz 3 nicht gilt, d. h., dass also sehr rasch gegenüber einem Spital, das seiner Pflicht zur Wirtschaftlichkeit nicht genügt, die entsprechenden Konsequenzen gezogen werden können.

**Gemperli:** Artikel 42 befasst sich mit der Frage der Tarifgestaltung in den öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern.

Es wird vorgesehen, den Aufenthalt in einem Spital mit Pauschalen zu vergüten.

Im einzelnen wird weiter stipuliert, dass diese Pauschalen für Kantonseinwohner maximal 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patienten oder Versicherungengruppe in der allgemeinen Abteilung abdecken dürfen. Diese Regelung ist so nicht befriedigend, insbesondere verstösst sie gegen die Bundesverfassung; sie ist nicht verhältnismässig, und sie enthält ungeklärte finanzielle Fragen.

Zum ersten: Die Gesamtvorlage stützt sich auf Artikel 34bis der Bundesverfassung ab: Nach Absatz 1 hat der Bund die Kranken- und Unfallversicherung einzurichten, unter Berück-



sichtigung der bestehenden Krankenkassen. Weiter kann der Bund – gemäss Absatz 2 – den Beitritt zur Versicherung obligatorisch erklären.

In der Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991 wird dazu ausgeführt: Da die Bundesverfassung keine weiteren Vorschriften über die Ausgestaltung der Versicherung mache, lasse sie also praktisch jede denkbare Lösung über die Einrichtung der Kranken- und Unfallversicherung zu. Weitere Ueberlegungen sind in der Botschaft nicht enthalten.

Diese Ausführungen sind grundsätzlich nicht falsch, aber unzureichend und unvollständig.

Im Bereiche der Kranken- und Unfallversicherung steht dem Bund in der Tat eine umfassende Kompetenz zu. Daneben hat sich der Bund aber auch an die übrige Kompetenzordnung der Verfassung zu halten, und er darf nicht über den Umweg der Kranken- und Unfallversicherung die Zuständigkeit der Kantone im Bereiche des Gesundheitswesens aushöhlen. Dazu folgendes:

Bereits am 18. September 1984 hat das Bundesamt für Justiz zuhänden des Bundesamtes für Sozialversicherung ein Gutachten zur Frage der Verfassungsmässigkeit der Beschränkung der Leistungspflicht der Krankenkassen bei Behandlungen erstattet, die im Rahmen der kantonalen Spital- und Gesundheitsplanung erbracht werden. Das Bundesamt für Justiz kam zum Schluss, dass nach der verfassungsrechtlichen Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen die Regelung der Krankenkassen dem Bund obliege, eben gestützt auf den bereits erwähnten Artikel 34bis BV; die Ordnung des Gesundheitswesens obliege dagegen gemäss Artikel 3 der Bundesverfassung den Kantonen. Diese Kompetenzaufteilung habe zur Folge, dass Bund und Kantone gemeinsam die Verantwortung für die Bekämpfung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen und damit für die Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Krankenkassen trügen.

Damals wurde festgestellt, der beantragte neue Artikel respektiere diese Kompetenzaufteilung; ich verweise auf die Seite 21 des Gutachtens. Der vorliegende Vorschlag des Bundesrates und der Kommission geht nun aber weit über die damalige Regelung hinaus. Der Bund würde gemäss Artikel 42 des Gesetzesentwurfes abschliessend die Tarifverträge mit den öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitälern regeln.

Damit greift der Bund unmittelbar in die kantonale Hoheit ein. Er schreibt den Kantonen ein bestimmtes Finanzierungskonzept im Gesundheitswesen vor, was – wie erwähnt – auch nach Ansicht des Bundesamtes für Justiz klarerweise Sache der Kantone ist.

Die vorgeschlagene Regelung verletzt daher meines Erachtens Artikel 3 der Bundesverfassung. Die verfassungsrechtliche Kompetenzaufteilung wird durch die vorgeschlagene Regelung nicht respektiert.

Der vorgeschlagene Gesetzesentwurf verstösst aber auch gegen die Rechtsgleichheit. Unterworfen sind lediglich die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern. Ausgenommen sind die Privatspitälern. Die Krankenkassen können somit mit privaten Spitälern höhere Deckungsquoten vereinbaren. Der Bundesrat begründet diese unterschiedliche Behandlung damit, dass die privaten Spitälern nicht aus Steuer Geldern mitfinanziert würden.

Diese Begründung geht am Ziel vorbei. Mit der neuen Regelung will man im Gesundheitswesen sparen, insbesondere bei den Krankenkassenaufwendungen. Es macht deshalb keinen Sinn, den Privaten Vorteile gegenüber der öffentlichen Hand zu verschaffen und die Krankenkassen in der Folge erst noch zu verpflichten, diese Vorteile auch zu finanzieren.

Zum zweiten: Die vorgeschlagene Regelung ist unverhältnismässig. Die Beschränkung der Pauschalen in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern auf maximal 50 Prozent der anrechenbaren Kosten ist nicht geeignet, einen Beitrag zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen zu leisten. Die Restdefizite müssen einfach über die allgemeinen Steuern abgedeckt werden. Jemand bezahlt es ja; das geht dann über die direkten Steuern. Damit entsteht kein Anreiz für einen Patienten, weniger Leistungen zu verlangen, im Gegenteil: Je weniger Prämien ein Patient für seine private Versicherung bezahlen muss und je mehr Leistungen er konsumiert, die über

allgemeine Steuern verrechnet werden, desto weniger wird er sparen.

Im übrigen können ungünstig arbeitende Spitälern mehr von den Krankenkassen beanspruchen als Spitälern, die eben günstig arbeiten. Stellen Sie sich vor, ein Spital erhält eine Tagespauschale von 500 Franken; Dann kann der Kanton 250 Franken verrechnen. Wenn aber in einem anderen Kanton ein Spital vorhanden ist, das sehr günstig und effizient arbeitet, so dass eine Pauschale von 300 Franken entsteht, dann kann der Kanton nur 150 Franken verlangen. Man straft den Leistungsersteller, der Leistungen kostengünstig erbringt.

Die vorgeschlagene Begrenzung der anrechenbaren Kosten auf 50 Prozent in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern ist auch nicht erforderlich und steht in keinem vernünftigen Verhältnis zu den vorgesehenen Beschränkungen. Erforderlich ist nicht die Festschreibung eines bestimmten Deckungsgrades, erforderlich ist die kostengünstige Erbringung medizinischer Leistungen.

Meine Fassung ist nicht das Ei des Kolumbus. Ich habe mir an sich überlegt, Ihnen zu beantragen, dieser Artikel sei an die Kommission zurückzuweisen. Herr Kollege Schoch hat mich jedoch belehrt, dass damit die ganze Behandlung des Entwurfes wesentlich verzögert werde. Ich habe deshalb versucht, einen moderaten materiellen Antrag einzubringen in der Hoffnung, dass der Nationalrat in der Lage ist, diese Bestimmung nochmals im Detail anzusehen. Ich habe «in der Regel» geschrieben, damit man hier einen Gestaltungsspielraum hat und damit der Bundesrat auch in der Lage ist, den Kantonen allenfalls durch Richtlinien einen erhöhten Spielraum zu geben, um derartige Ungleichheiten und Unangemessenheiten irgendwie zu unterbinden. Eliminieren kann man sie nicht ganz.

Zum dritten, zu den ungeklärten finanziellen Fragen: Die Kantone haben für die Investitionen der Spitälern aufzukommen. Auch das wird hier festgeschrieben, und dagegen habe ich nichts einzuwenden. Sie haben aber jetzt auch die Hälfte der Betriebskosten der Spitälern zu erbringen. Ich bin dem Kommissionspräsidenten dankbar, dass er anerkennt, dass hier erhebliche finanzielle Auswirkungen und Lastenverschiebungen entstehen, die leider nicht untersucht worden sind.

Es ist entscheidend, ob die nachgeordneten Gemeinwesen in der Lage sind, die Kosten zu tragen, und es ist auch wichtig, dass man sich fragt, ob diese Lastenverschiebung sinnvoll ist. Da habe ich meine Zweifel. Es werden auf die untere staatliche Ebene Lasten abgewälzt, ohne die Folgen im einzelnen zu quantifizieren und zu werten.

Eines ist klar: Finanziert werden muss das auf kantonaler Ebene durch eine Erhöhung der direkten Steuern, und wir erreichen das Ziel, das wir uns in der Schweiz gesetzt haben – mehr über indirekte Steuern zu finanzieren –, auf diesem klandestinen Weg der Lastenverschiebung überhaupt nicht. Wir handeln Grundsätzen zuwider, die auch der Bundesrat noch in seiner Botschaft zur Bundesfinanzreform – im Hinblick auf die Abstimmung vom 6. Juni 1991 – als unverzichtbar dargestellt hat.

Föderalismus ist anspruchsvoll und kann durchaus im Widerstreit zu einer wünschbaren Vereinheitlichung stehen. Das bestreite ich nicht. Aber er ist für unser Land aus staatspolitischen Ueberlegungen unverzichtbar. Die Gestaltungsfreiheit der Gliedstaaten und die Möglichkeit ihrer Finanzierung sind wesentliche Elemente des schweizerischen Staatsverständnisses.

In diesem Sinne bitte ich Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

**Huber, Berichterstatter:** Wenn ich jetzt argumentiere, dann gebe ich mir Rechenschaft, dass Sie einen Schlagabtausch zwischen einem ehemaligen Finanzdirektor und einem ehemaligen Gesundheitsdirektor – auf einem etwas höheren Niveau als in der Sitzung der Regierung eines Kantons üblich – anzuhören haben. Es sind selbstverständlich diese beiden Positionen: Es ist der Finanzdirektor, und es ist der Gesundheitsdirektor, die hier verschiedene Auffassungen haben.

Ich muss Ihnen sagen, dass ich von der rechtlichen Argumentation überrascht bin. Ich kann sie im Prinzip nicht nachvollziehen. Die Kompetenz des Bundes – und es geht nur um die ob-

ligatorische Krankenversicherung, Herr Kollege Gemperli – ist in der Frage der Krankenversicherung nicht angezweifelt worden. Selbst bei der Anhörung der Kantonsvertreter vor der Kommission ist bezweifelt worden, ob – anstelle von 50 zu 50 – 60 zu 40, wie das früher der Fall war, zum Gesetz erhoben werden könnte, also eine Beteiligung von 60 Prozent zu Lasten der Krankenversicherung.

Es ist klar gesagt worden: Für den Fall, dass Sie sich für die Beibehaltung der vorgeschlagenen Vorschriften entscheiden sollten, plädieren wir mit Nachdruck dafür, dass Artikel 89 Absatz 2 der Uebergangsbestimmungen in der Weise abgeändert wird, dass den Kantonen eine Frist eingeräumt wird. Mit anderen Worten: Die Kantone, vertreten durch ihre Sanitätsdirektoren, haben aus jahrzehntelanger Erfahrung im Umgang mit den Kassen und dem Abschluss von Tarifverträgen dieser Kostenaufteilung zugestimmt. Wer behauptet, es handle sich um eine Rechtsungleichheit gegenüber den privaten Spitalern, den muss ich darauf aufmerksam machen, dass die «Kundschaft» der privaten Spitäler natürlich nicht in erster Linie der Patient der Grundversicherung ist, sondern dort sind andere Patienten anzutreffen. Daher muss ich Ihnen sagen, dass dieses Argument in keiner Art und Weise überzeugt.

Ich sagte Ihnen eingangs: Wir bewegen uns auf dünnem Eis, und diese Bestimmung ist für die Kassen zentral. Es ist auch ganz notwendig, dass der Entscheid von diesem Rat klar gefällt wird, und zwar deswegen, weil die Krankenkassen jetzt ein berechenbares Gesetz brauchen, aufgrund dessen sie die Prämien und ihre Haltung auch in der Frage der Beteiligung des Patienten abhängig machen können. Wir sind in der Kommission einhellig der Meinung, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Formulierung in Absatz 1 – also: höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patienten oder Versicherungengruppe in der allgemeinen Abteilung – sinnvoll ist. Das ist ja die Situation.

Das Engagement, das hier seitens der Kantone getroffen wird, ist nicht in erster Linie ein finanzpolitisches, sondern es ist auch ein sozialpolitisches Engagement. Denn eine erhöhte Beteiligung der Kassen wird selbstverständlich auf die Prämien durchschlagen.

Auf der einen Seite haben wir den Einsatz von Steuermitteln, die nach anderen Ordnungen erhoben werden, die ganz eindeutig sozial abgestuft sind, und auf der anderen Seite haben wir die Prämien, die erbracht werden. Daher steht hier eine sozialpolitische Lösung zur Debatte.

Sie schonen Ihre Kantone nicht, wenn Sie dem Antrag Gemperli folgen, sondern Sie verschieben innerhalb der Kantone schlicht und einfach die Gewichte von den Steuern zu den Prämien. Ich bitte Sie, das nicht zu tun, sondern den Kompromiss, wie wir ihn gefunden haben, ganz entschieden zu vertreten. Dann wird der Bund, dann werden die Kantone zu berechenbaren Partnern der Krankenkassen. Das ist es, was wir heute in einer recht aufgewühlten Situation brauchen. Wir haben vor noch nicht allzu langer Zeit gegen die Krankenkassen antreten müssen, um den von ihnen vorgeschlagenen Verfassungsentwurf abzulehnen. Seien Sie jetzt gegenüber den Kassen nicht grosszügig, sondern seien Sie ihnen gegenüber gerecht, und verteilen Sie die sozialpolitische Obligation, die aus der sozialen Krankenversicherung entsteht, beim Spital, nach dem letztlich auch von den Gesundheitsdirektoren nicht mehr bestrittenen Kostenverhältnis 50 zu 50.

**M. Cotti, conseiller fédéral:** Je dois instamment vous prier de ne pas reprendre la proposition Gemperli. Nous disons déjà dans le message que l'article 42 est un article important. C'est un des points forts – et le seul mis en discussion ici, je tiens à le préciser – qui tendent vers une certaine maîtrise des coûts. Or, si l'on introduit, pour la couverture des 50 pour cent qui, comme le message le précise clairement – et je répète ce qu'a dit M. Huber – ne concerne que la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les moyens publics, la disposition qui stipule «dans la règle», vous admettez que nous relativisons toute la mesure qui est proposée. En effet, cette formulation «dans la règle» permet toutes les possibilités d'application et le discours financier serait alors posé de manière dramatique, surtout pour les assureurs.

Je le disais hier, je le répète ici, nous nous trouvons confrontés dans ce secteur à un problème d'équilibres très délicats et qu'il faut essayer de sauvegarder. Certains équilibres touchent financièrement les assureurs, les assurés, et d'autres touchent les pouvoirs publics, la Confédération, mais aussi les cantons. C'est pourquoi, si nous introduisons ici la possibilité d'évaluer librement cette quote-part, du fait que l'expression «dans la règle» ouvre toutes les possibilités d'évaluation, nous allons vraiment déséquilibrer la solution et créer des problèmes insurmontables au niveau du financement.

Ces 50 pour cent ont été longuement discutés pendant les travaux de la commission préparatoire, et on a estimé que ce pourcentage représentait une ligne moyenne, tout à fait soutenable, la seule qui permette, en fait, de sauvegarder des équilibres délicats, mais indispensables. C'est la raison pour laquelle je vous prie de bien vouloir accepter la proposition du Conseil fédéral et de la majorité de la commission.

*Abs. 1, 2 – Al. 1, 2*

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

27 Stimmen

Für den Antrag Gemperli

10 Stimmen

*Abs. 3–7 – Al. 3–7*

*Angenommen – Adopté*

**Art. 43**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Bei dem, was hier nun vorgeschlagen wird, den Tarifverträgen mit den Pflegeheimen, betreten wir Neuland. Das ist bis anhin nicht geregelt worden. Grundsätzlich wird statuiert, dass der Grundsatz gemäss Artikel 43 gilt: Gleichbehandlung von Pflegeheimen und Spitex. Die Krankenversicherung hat demnach zu vergüten:

- die Leistungen des Arztes usw., die Chiropraktur, Medikamente, Analysen, Untersuchungen und die der Behandlung dienenden Mittel oder Gegenstände;
- die Leistungen des paramedizinischen Personals, Physiotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie;
- die Leistungen der Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Behandlungspflege;
- schliesslich einen Beitrag an die Kosten der allgemeinen Grundpflege.

Die künftige Koordination zwischen Krankenversicherungsleistungen im Pflegeheim oder bei Spitex und Hilflosenentschädigungen wird zu den Aufgaben des Bundesrates gehören. Er wird sich im wesentlichen davon leiten lassen, dass die Krankenversicherer die klassische Krankheitsbehandlung zu übernehmen haben. Sie werden aber in ihrem Finanzierungssystem nicht in der Lage sein, die ganze pflegerische Betreuung zu decken. Daher werden weitere Mittel herangezogen werden. Es sind solche für die Unterbringung aus der AHV, aus der IV, vor allem aber die Hilflosenentschädigung, die ab 1. Januar 1993 auch massvoll angehoben werden.

Gesamthaft gesehen ist diese Lösung von unserer Kommission begrüsst worden. Wir stellen allerdings fest, dass eine Pflegeversicherung, etwa im Sinne der deutschen Pflegeversicherung, im schweizerischen Recht nicht besteht.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 44**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

....

b. .... Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste).

*Abs. 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 44***Proposition de la commission**Al. 1*

....

b. .... confectionnés (liste des spécialités).

*Al. 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Ich habe Herrn Morniroli in Aussicht gestellt, dass ich mich bei Artikel 44 zur Frage der Kompetenz des Preisüberwachers äussere. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat Kontrollbefugnisse beispielsweise bei Artikel 44 gegenüber den von den Krankenkassen zu übernehmenden Medikamenten und Analysen. Die gleichen Kontrollbefugnisse bestehen nun bei den Tarifen für Spitäler oder für Pflegeheime für die kantonalen Regierungen. Die Frage, die ich stellt und die ich in diesem Rat schon zweimal zur Diskussion brachte, lautet: Was ist das Verhältnis zwischen einer Genehmigung eines Tarifvertrages durch eine Kantonsregierung und den Kompetenzen des Preisüberwachers?

Im Falle der speziellen Preisüberwachung besitzt der Preisüberwacher lediglich ein Empfehlungsrecht. Artikel 15 Absatz 1 des Preisüberwachungsgesetzes (PüG) vom 20. Dezember 1985 in der Fassung vom 6. September 1991 hält den Grundsatz fest, dass bereits aufgrund anderer bundesrechtlicher Vorschriften überwachte Preise durch die zuständige Behörde anstelle des Preisüberwachers beurteilt werden. Doch hat sich die zuständige Behörde nach dem PüG zu richten, soweit das mit den Zielen ihrer Ueberwachung vereinbar ist.

Es ist also so, dass der Preisüberwacher ein sogenanntes Empfehlungsrecht hat. Aber er hat nicht ein ersatzweises Eingriffsrecht, sondern ein Empfehlungsrecht. Wenn nun die entscheidende Behörde der Empfehlung des Preisüberwachers nicht folgt, dann hat sie das in ihrem Entscheid zu begründen. Das ist die einzige Konsequenz. Der Preisüberwacher wacht mit, aber er kann nicht anstelle der entscheidenden Behörde die Preisfestsetzung vornehmen. Das sind die Verhältnisse.

*Angenommen – Adopté***Art. 45***Antrag der Kommission**Abs. 1*

Gegen Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 38a, 39 Absatz 3, 40, 41 Absätze 1 bis 3, 42 Absatz 7, 46 und 47 kann Beschwerde an den Bundesrat ....

*Abs. 2*

Die Beschwerdebefugnis steht den Vertragsparteien nach Artikel 39 Absatz 1 zu. Im übrigen richtet sich das Beschwerdeverfahren nach dem Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren.

**Art. 45***Proposition de la commission**Al. 1*

.... des articles 38a, 39 3e alinéa, 40, 41 1er à 3e alinéa, 42 7e alinéa, 46 et 47, peuvent faire ....

*Al. 2*

Ont qualité pour recourir les parties à une convention selon l'article 39 1er alinéa. Pour le surplus, la procédure de recours ....

**M. Cotti, conseiller fédéral:** La question concernant les recours me paraît mériter quelque prise en considération. Ainsi, à la suite des observations que nous n'avons reçues, hélas, qu'en dernière minute – on aurait dû les obtenir bien plus tôt – de la part de la Commission fédérale des cartels demandant qu'on sauvegarde, autant que faire se peut, les propositions telles que prévues par le Conseil fédéral et qui correspondent au fond au droit actuel, la limitation de la procédure de recours au Conseil fédéral me paraît une perte objective dans la situation actuelle. Nous constatons d'ailleurs de plus en plus que ces possibilités de recours sont utilisées à la suite d'un contentieux qui devient, pour des raisons financières évidentes, toujours plus brûlant. C'est la raison pour laquelle je me suis de-

mandé pourquoi la commission avait voulu modifier ici des procédures dont la valeur s'était imposée. A vouloir les modifier, on risque d'aggraver encore le problème inhérent aux coûts. Je préférerais pour ma part que l'on en revienne aux propositions du Conseil fédéral.

Encore une fois, la Commission fédérale des cartels arrive maintenant à soutenir – comme je l'ai constaté rapidement au travers de ses observations dont je n'ai eu connaissance qu'avant-hier – la thèse de la sauvegarde de la situation actuelle. Je laisse au Conseil des Etats le soin d'établir s'il veut déjà se pencher sur les propositions de la Commission fédérale des cartels. Je signale en tout cas que ce sujet fera l'objet de discussions importantes devant le Conseil national.

**Huber, Berichterstatter:** Ich würde Ihnen vorschlagen, hier der von der Kommission abgeänderten Fassung zu folgen, und zwar deswegen, weil die Kommission nach einer langen Diskussion ganz eindeutig statuiert hat, dass nach ihrer Meinung in Absatz 2 die Beschwerdebefugnis den Vertragsparteien nach Artikel 39 Absatz 1 zusteht und keine Popular- oder Mitgliederbeschwerde vorgesehen werden kann.

Ich muss Ihnen sagen: Wenn Sie zu einer solchen Lösung kommen, dann verhindern Sie letztlich das System des Vertragswesens unter den Sozialpartnern im Gesundheitswesen. Wir haben uns das reiflich überlegt; wir haben abgewogen. Wir fordern die Tarifpartner, insbesondere die Kassen, auf, entsprechende Beschwerden zu führen, wenn sie im Interesse des Versicherten und des Patienten notwendig sind.

Aber wenn Sie eine andere Lösung finden, könnte eine Situation entstehen, wie sie beispielsweise gegenwärtig im Bereich der Kernkraft besteht; dort löst eine Leistungserhöhung mehrere tausend Einsprachen aus, wovon dann drei Viertel Verfahren per Formular sind. So würden Sie dem allgemeinen Wunsch, dass diese Beschwerden innert kürzeren Fristen erledigt werden sollten, wie ich das jetzt in einem Vorstoss gefordert habe, sicher nicht entsprechen, sondern Sie würden vielmehr das Gegenteil erleben.

Dann würden Sie vor allem eine Instabilität der Beziehung zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern erreichen. Das kann nicht im Interesse der Sache liegen.

Voraussetzung ist, dass die Kassen ganz dezidiert den Standpunkt der Versicherer wahrnehmen. Das haben sie in letzter Zeit in vermehrtem Ausmass getan.

Darum bitte ich Sie, hier nicht eine Popularbeschwerde einzuführen.

**Bundesrat Cotti:** Ich muss noch einmal kurz auf dieses Thema zurückkommen, denn es ist wichtig, dass sich der Ständerat Rechenschaft darüber gibt, dass er hier eine wesentliche Aenderung gegenüber dem heutigen Verfahren und dem heutigen System einführt. Heute sind nämlich auch die Versicherten beschwerdeberechtigt.

Gerade in einem System, in dem hauptsächlich die Versicherten zur Kasse gebeten werden, ist dies doch ein politisches Zeichen, das Sie setzen! Bitte, tun Sie das, wenn Sie es wollen; aber ich muss im Namen des Bundesrates klar dagegen opponieren, dass man gerade den Versicherten, für die ja diese Revision zum grossen Teil gemacht wird, ein bestehendes Beschwerderecht wegnimmt.

Die Behauptung, dass die Kassen von sich aus, naturgemäss und vollumfänglich die Versicherten vertreten, wird Ihnen kein Versicherter, kein Patient und kein Kranker abnehmen.

Deshalb plädiere ich dafür, dass man bei der heutigen Situation bleibt, in der die Versicherten selbst ein Beschwerderecht haben, neben dem Beschwerderecht der Krankenkassen und der übrigen Beteiligten, wie es auch heute vorgesehen ist. Warum man hier zurückbuchstabieren soll, entzieht sich meinem Verständnis.

**Huber, Berichterstatter:** Ich kann Ihnen sagen: Die Kommission hat diese Frage ganz gründlich diskutiert. Und ich zitiere jetzt ausnahmsweise aus dem Kommissionsprotokoll: «Die Leistungserbringer sind auch nach unserer Formulierung immer beschwerdebefugt. Wir haben ausschliessen wollen, dass jeder Patient, jeder Versicherte, der ja auch betroffen ist,

von sich aus in der Lage wäre, einen Tarifvertrag anzufechten. Das würde eindeutig zu weit führen, das hat nichts mit der Verbandsbeschwerde zu tun, sondern das würde jedem einzelnen Versicherer das Recht geben, Tarifverträge, die beispielsweise zwischen kantonalen Aerztesellschaften und Kassenverbänden abgeschlossen werden, ans Bundesgericht weiterzuziehen. Deshalb haben wir eine neue Formulierung beschlossen.»

Es ist gesagt worden: Wir wünschen und wir wollen eine zweite Instanz in der Kontrolle, aber wir wollen nicht, dass hier im Prinzip eine Popularbeschwerde Platz greift. Ich habe noch praktisch nie den Fall erlebt, dass von jemand anderem als von Aerzteseite oder von den Krankenkassen das Rechtsmittel der Beschwerde an den Bundesrat ergriffen worden ist. Wenn das so ist, dann ist der gegenwärtige Zustand, wie er sich in der Praxis präsentiert, auch vom Gesetz nachzuvollziehen. Dann darf man nicht etwas ganz Gefährliches einführen, das die Stabilität in den wirklich diffizilen Beziehungen zwischen den beiden Tarifparteien gefährdet.

Ich muss Ihnen sagen: Es macht mir Sorgen, wenn in Zukunft nach einem anderen Verfahren als nach dem, das die Kommission Ihnen unterbreitet, vorgegangen wird.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	22 Stimmen
Für den Antrag des Bundesrates	3 Stimmen

#### Art. 46

##### Antrag der Kommission

##### Mehrheit

##### Titel

Globalbudgetierung

##### Abs. 1

Der Kanton kann einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen:

- als dauerhaftes finanzielles Steuerungsinstrument; oder
- als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs.

##### Abs. 2

Der Kanton hört die Einrichtungen und die Versicherer vorher an.

##### Abs. 3

Für ausserordentliche Massnahmen gemäss Absatz 1 Buchstabe b haben die Versicherer ein Antragsrecht. Der Kanton hat innert drei Monaten seit Antragstellung über das Eintreten zu entscheiden.

##### Minderheit

(Schüle, Loretan)

Streichen

#### Art. 46

##### Proposition de la commission

##### Majorité

##### Titre

Fixation d'un budget global

##### Al. 1

Le canton peut fixer un montant global (budgétisation globale) pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux:

- en tant qu'instrument permanent de gestion des finances;
- en tant que mesures extraordinaires et temporaires pour limiter une augmentation des coûts au-dessus de la moyenne.

##### Al. 2

Le canton consulte au préalable les institutions et les assureurs.

##### Al. 3

Lorsqu'il s'agit de mesures extraordinaires au sens de l'alinéa 1 lettre b, les assureurs ont le droit de déposer une requête. Le canton doit se prononcer sur l'entrée en matière dans un délai de trois mois à partir du dépôt de la requête.

##### Minorité

(Schüle, Loretan)

Biffer

#### Art. 47

##### Antrag der Kommission

##### Mehrheit

##### Titel

Tariffestsetzung in ausserordentlichen Lagen

##### Wortlaut

Steigen die durchschnittlichen Kosten je Versicherten und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante oder stationäre Behandlung mindestens doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, kann

a. der Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge gemäss Artikel 39 Absatz 3;

b. das Departement bezüglich der Tarife oder Preise gemäss Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 und 2 sowie Buchstabe b;

c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge gemäss Artikel 39 Absatz 3

verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.

##### Abs. 2, 3

Streichen

##### Minderheit

(Loretan, Schüle)

Streichen

#### Art. 47

##### Proposition de la commission

##### Majorité

##### Titre

Fixation des tarifs dans des situations extraordinaires

##### Texte

Si, pour les traitements ambulatoires ou hospitaliers, les frais moyens par assuré et par année dans l'assurance de soins obligatoire, augmentent au moins deux fois plus que la moyenne de l'évolution générale des prix et des salaires, il est possible:

a. au Conseil fédéral s'agissant de conventions tarifaires approuvées par lui selon l'article 39 3e alinéa;

b. au département s'agissant de tarifs ou de prix d'après l'article 44 1er alinéa lettre a chiffres 1 et 2 ainsi que lettre b;

c. au gouvernement cantonal s'agissant de conventions tarifaires approuvées par lui selon l'article 39 3e alinéa, d'ordonner que les tarifs ou les prix de l'ensemble ou d'une partie des prestations ne doivent plus être augmentés, aussi longtemps que la différence relative du taux annuel de croissance est de plus de 50 pour cent comparée à l'évolution générale des prix et des salaires.

##### Al. 2, 3

Biffer

##### Minorité

(Loretan, Schüle)

Biffer

**Huber, Berichterstatter:** Wir haben im Prinzip zwei Gruppen von Differenzen: einerseits die Differenzen zwischen der Kommissionsmehrheit und dem Bundesrat und andererseits die Differenz zwischen Mehrheit und Minderheit – Sie sehen das auf der Fahne –, wobei letztere im Prinzip der von der Kommissionsmehrheit gefundenen Lösung an den Kragen will.

Ich möchte zuerst die Differenzen zwischen Bundesrat und Kommissionsmehrheit ansprechen. Der Bundesrat hat in seinem Entwurf in Artikel 46 das Globalbudget, das auch vom Bundesrat verfügt werden kann, für den ambulanten und den stationären Sektor legiferiert. Und er hat in Artikel 47 die Möglichkeit zu einer Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung verfügt.

Die Kommission ist in ihrer Mehrheit mit dem Bundesrat einig, dass für ausserordentliche Lagen eindeutig ausserordentliche Massnahmen ins Gesetz gehören. Daher hat sie sehr intensiv,

sehr lange gerungen. Wir können sagen, dass hier praktisch kein Stein auf dem anderen geblieben ist und dass die Kommission dem Bundesratsvorschlag völlig neue Lösungen gegenübergestellt hat.

Die Mehrheit der Kommission ist bei der Fassung von Artikel 46 bei der Globalbudgetierung geblieben. Wir haben hingegen die Kompetenz des Bundes eliminiert. Wir haben aus einer Muss- eine Kann-Bestimmung gemacht. Wir haben den ambulanten Sektor herausgenommen und nur für den stationären Sektor, also für die Spitäler oder die Pflegeheime, die Möglichkeit festgeschrieben, einen Gesamtbetrag (Globalbudgetierung) festzusetzen.

Im übrigen haben wir dem Versicherer in Übereinstimmung mit dem Bundesrat ein Antragsrecht eingeräumt, und der Kanton hat innert drei Monaten seit Antragstellung über das Eintreten zu entscheiden. Das ist die Situation.

Bei Artikel 47 haben wir unsererseits auf Artikel 40a der Expertenkommission zurückgegriffen. Dieser Artikel ist ein sonderbarer Vogel, und zwar deswegen, weil er die Hälfte der Expertenkommission als Unterzeichner umfasst: Es sind Kollegin Simmen, Kollege Schoch und ich, die diesem Artikel 40a, Tariffestsetzung in ausserordentlichen Lagen, zugestimmt haben. Er hat auch Zustimmung gefunden, z. B. beim Präsidenten des Konkordats. Wir sind der Auffassung, dass mit dieser Kompetenz, wie wir sie hier normiert haben, die Kantonsregierung gemäss Litera c, das Departement im Bereich derjenigen Medikamente, für die es zuständig ist, und der Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten gesamtschweizerischen Tarifverträge reagieren können. Wir haben dies daran gebunden, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent, gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung, beträgt. Mit anderen Worten: Unser Ziel in der Kosteneindämmung ist es immer, die Schere zwischen den Gesundheitskosten und den Kosten der Preis- und Lohnentwicklung, diese auseinanderdriftenden Klängen, zur Deckung zu bringen; dann glauben wir, das Sparziel erreicht zu haben. Wenn es aber so ist, dass Preise und Löhne tief unten bleiben und die Gesundheitskosten nach oben galoppieren, haben wir den Zustand, den wir nicht wollen; dann müssen wir mit ausserordentlichen Massnahmen eingreifen.

Nachdem ich bisher die Differenzen zwischen Bundesrat und Kommission darzustellen versucht habe, spreche ich jetzt zu unseren Freunden aus der Kommission, die für den Streichungsantrag votieren. Die Kollegen Schüle und Loretan stellen den Minderheitsantrag, die Artikel 46 und 47, den Abschnitt «Ausserordentliche Massnahmen zu Eindämmung der Kostenentwicklung», zu streichen.

Die Meinung der Mehrheit unserer Kommission ist, dass wir mit den von uns vorgeschlagenen Bestimmungen die nicht immer erfreulichen Erlebnisse zu Herbst- und Winterszeiten – Stichwort: ausserordentliche Bundesbeschlüsse – vermeiden und das Geschäft endlich ad acta legen können. Wir haben diese Übung jetzt zweimal gemacht, und wir sind der Meinung, dass es besser ist, gesetzliche Mechanismen zu haben, mit denen in ausserordentlichen Lagen operiert werden kann, als nichts zu haben und somit zum dringlichen Bundesrecht greifen zu müssen.

Ich bitte Sie daher, nach umfassender Würdigung aller von mir vorgetragenen Argumente diesen beiden neuen Bestimmungen «Globalbudgetierung» (Art. 46) und «Tariffestsetzung in ausserordentlichen Lagen» (Art. 47) gemäss Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Wir erachten die vom Bundesrat vorgeschlagene «Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung» eigentlich als die gesetzliche Statuierung eines Berufsverbotes. Wir sind uns darüber klar, dass bei der Mehrheit unserer Aerzte der Ertrag ihrer Arbeit aus der sozialen Krankenversicherung, aus der Grundversicherung, fliesst – einige Damen und Herren ausgenommen. Beim Arzt, wie wir ihn kennen, kommt das Einkommen zum grossen Teil aus der sozialen Krankenversicherung. Die Einschränkung der Zulassung nach abgeschlossenem Studium halten wir für einen volkswirtschaftlichen Unsinn.

Ich persönlich neige eher dazu, dass der Numerus clausus eingeführt und damit ein Studium gar nicht erst begonnen wird; wird ein Studium abgeschlossen, wäre es ein grober Fehler, wenn einer, der's kann, seinen Beruf nicht ausüben dürfte. Zudem wäre dies eine Strukturhaltung für medizinische Senioren. Das wollen weder Sie noch ich.

**Schüle**, Sprecher der Minderheit: Auch ich stehe voll und ganz hinter den Bestrebungen, die Krankenversicherung in allen Teilen auf eine tragfähige und zukunftsgerichtete Basis zu stellen. Ausserordentliche Massnahmen aber, wie vom Bundesrat in den Artikeln 46 und 47 vorgeschlagen, beinhalten im Grunde genommen das Eingeständnis, dass die Zielsetzung der Kosteneindämmung allenfalls doch nicht erreicht werden könnte.

Ich zitiere den Bundesrat aus der Botschaft: Es sollen «die ausserordentlichen Massnahmen nur dann zur Anwendung gelangen, wenn alle anderen Massnahmen versagen». Man rechnet also bereits wieder mit dem Versagen unseres Grundkonzepts. Wir halten es für sehr gefährlich, uns der Illusion hinzugeben, wir könnten eine Situation meistern, wenn wir im Stil der dringlichen Massnahmen gegen die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen – wie gehabt – weiterfahrwerken. Wir müssen unsere Ziele mit einem Grundkonzept erreichen, das nicht von Fall zu Fall faktisch mit Dringlichkeitsrecht, mit Spontaneingriffen des Bundesrates angereichert wird.

Ich verweise in diesem Zusammenhang auch auf die schon oft zitierte Mitteilung der Kartellkommission – ich erwarte mit Interesse das Gutachten, die Untersuchungsergebnisse –, die in ihrer Pressemitteilung sagt, dass sich das wettbewerbsorientierte Konzept des neuen KVG nur verwirklichen lasse, wenn bestehende private Kartelle aufgehoben oder für unzulässig erklärt würden.

Nun führen aber gerade diese ausserordentlichen Massnahmen zu einem Zwangskartell, das Leistungen und Preise ausserhalb jedes Wettbewerbs fixiert. Die vom Bundesrat in Artikel 46 vorgeschlagene Globalbudgetierung ist im Vernehmlassungsverfahren von allen Kreisen in dieser Form abgelehnt worden. Es wurde vor allem darauf hingewiesen, dass diese Art der Globalsteuerung direkt zu einer Staatsmedizin führe, wie wir sie nicht wollen. Es wurde dazu auf technische Schwierigkeiten hingewiesen: Eine solche Globalsteuerung müsste von langer Hand vorbereitet sein, es wäre eine gesamtschweizerische Budgetverpflichtung nötig, es wären einheitliche Leistungsstrukturen und Leistungsbezeichnungen zu definieren und ein klarer Leistungsauftrag zu erteilen, und es müsste schliesslich ein Investitionsbudget verbindlich vorgegeben werden. Insbesondere im ambulanten Bereich erweist sich eine solche Globalbudgetierung nicht nur als problematisch, sondern als nicht praktikabel. Auch als ausserordentliche Sofortmassnahmen ist eine Globalbudgetierung absolut ungeeignet.

Der Streichungsantrag zu Artikel 46 hat in der Kommission eine sehr intensive Diskussion ausgelöst und zu vertieften Abklärungen geführt. Ich möchte unserem Kommissionspräsidenten, dem Bundesrat, der Verwaltung und allen weiteren Beteiligten dafür danken.

Ich kann an dieser Stelle sagen, dass die Kommission die richtigen Konsequenzen aus diesen Diskussionen und Überlegungen gezogen hat. Sie hat die Globalbudgetierung auf den stationären Bereich zurückgestutzt, in den Verantwortungsbereich der Kantone delegiert, und sie hat sie auch – Sie ersehen das aus der Formulierung auf der Fahne – zu einem dauerhaften finanziellen Steuerungsinstrument gemacht. (Nebenbei stellt sich die Frage, ob die Globalbudgetierung damit noch unter den Titel «Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung» gehört. Das kann aber der Zweitrat oder allenfalls die Redaktionskommission noch prüfen.)

Die Kantone sind sowieso für das Gesundheitswesen zuständig. Der Kanton Waadt praktiziert die Globalbudgetierung seit langem. Mit dem Vorschlag der Kommissionsmehrheit würden alle Kantone auf eidgenössischer Ebene eine gesetzliche Grundlage erhalten, um im stationären Bereich im Sinne dieser Globalbudgetierung zu handeln, und zwar nicht nur in aus-



serordentlichen Situationen. Ohne diese Kompetenz hätten die Kantone allenfalls eigene gesetzliche Grundlagen zu schaffen.

Mein seinerzeitig in der Kommission gestellter Streichungsantrag zu Artikel 46 steht als Minderheitsantrag nun in einer veränderten Landschaft. Ich kann ihn dann zurückziehen, wenn der Lösung der Kommissionsmehrheit keine Opposition erwächst. Ich halte ihn in diesem Sinne nur als Eventualantrag aufrecht, falls wider Erwarten die Fassung des Bundesrates obsiegen sollte.

**Loretan**, Sprecher der Minderheit: Ich sehe mich gezwungen, in diese Phalanx der Zustimmung und des Lobes einige kritische Töne einzubringen. Es ist zu bedauern, dass in eine an sich gute Gesetzgebungsarbeit – unter Führung meines Kollegen Huber –, in eine gut gefügte Mauer, nun grobe, unbehauene Steine eingesetzt werden sollen, welche später einmal dieses wohlgeordnete Gefüge sprengen könnten.

Es geht in Artikel 47 um ein grundsätzliches Problem. Es geht um Eingriffsmöglichkeiten verschiedener Behörden in die Vertragsfreiheit der Partner im Gesundheitswesen. Ich bitte die Ordnungspolitiker im Saal, mir ihr Ohr zu leihen. Es geht um ein grundsätzliches ordnungspolitisches Problem und um das Problem der Kompetenzdelegation.

Ich mache mir keine Illusionen darüber, dass der Einbruch in die Phalanx der Kommission und des Rates gelingen könnte. Dennoch muss hier der Bereich des Notrechts, der behördlichen Noteingriffe in das Tarif- und Preisgefüge, zur Sprache kommen. Solche Bestimmungen dürfen nicht ohne Diskussion und kritiklos über die parlamentarische Bühne gehen, dies schon nicht mit Blick auf den Zweitrat.

Nach dieser versöhnlichen Einleitung nun zum Ernst der Sache. Der Minderheitsantrag von Kollege Schüle und mir richtet sich sowohl gegen die Fassung gemäss bundesrätlicher Vorlage als auch gegen das zugegebenermassen etwas bessere Konzept der Kommissionsmehrheit. Am Antrag des Bundesrates soll offenbar festgehalten werden.

Eines der zentralen Anliegen dieser Revision ist die Eindämmung der Kosten des Gesundheits- beziehungsweise des Krankheitswesens. Wir haben uns darin in den vergangenen Monaten und Jahren geübt. Die Erfahrungen mit dem Tarif-, Preis- und Prämienstopp von 1991 sind durchs Band weg und nach Beurteilung fast aller an diesem komplexen System Beteiligten negativ. Dringlichkeits- bzw. Notrecht ist grundsätzlich von Uebel.

Die Fortsetzung der «Uebung 1991» mit dem Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung verheisst ebenfalls nichts Gutes. Dieser zweite Dringlichkeitsbeschluss bringt immerhin im Vorgriff auf das neue Krankenversicherungsgesetz, das wir jetzt beraten, positive Elemente wie die Kostenbeteiligung im Spital und die Prämienungleichheit für Männer und Frauen. Es bleibt aber dabei, dass diese Art Legiferierung mit massiven Eingriffen in ein gewachsenes, an sich noch einigermaßen funktionierendes System nicht von gutem ist.

Der Kommissionsmehrheit ist immerhin zugute zu halten, dass sie sowohl bei Artikel 46 als auch bei Artikel 47 von der zentralistischen und massiv interventionistischen bundesrätlichen Lösung abgekommen ist und eine flexiblere, die grundsätzliche Vorrangkompetenz der Kantone besser achtende Konzeption gewählt hat.

Zur Variante des Bundesrates: Die Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer würde im Anwendungsfall der Willkür Tür und Tor öffnen, auch wenn der dafür zuständig erklärte Bundesrat alle Sorgfalt walten lassen würde, was ich ihm nicht von vornherein absprechen möchte. Es ist ordnungspolitisch falsch, ja unsinnig, bei Aerzten Altersgrenzen für die Praxisausübung festzulegen. Dasselbe gilt für die Neuzulassung von jungen praktizierenden Aerzten. Der Markt beginnt nämlich heute, eigenständig und selbstregulierend zu funktionieren, ohne staatliche Krücken. Wenn es nämlich in einer Gemeinde oder in einer Region mehr als genug Aerzte hat – das hat es da und dort –, wird sich jeder weitere Anwärter auf eine Praxis den Schritt dazu – schon aus finanziellen Gründen –

sehr gründlich überlegen. Letztlich wird sich dieser Mechanismus auf die Zahl der Studienanfänger auswirken, was durchaus zu begrüßen ist.

Weitere Zeit und Anstrengung auf die Bekämpfung des bundesrätlichen Antrages zu Artikel 47 zu verwenden, scheint nicht angebracht, da sich vermutlich die Kommission, Mehrheit oder Minderheit, durchsetzen wird. Da bin ich mit dem Präsidenten der Kommission wohl einig.

Zur Variante der Kommissionsmehrheit: Auch diese Fassung ist unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten und gestützt auf die negativen Erfahrungen mit den Dringlichkeitsbeschlüssen aus den Jahren 1991 und 1992 nicht «stubenrein», selbst dann nicht, wenn berücksichtigt wird, dass offenbar die Mitgliederbeiträge (Prämien) vom obrigkeitlich verordneten Stopp ausgenommen werden sollen.

Mit Artikel 47 schaffen wir für die Behörden die Grundlage für die Fortsetzung der Not- und Dringlichkeitsübungen der Jahre 1991 und 1992. Mit Artikel 47 spricht sich damit der Gesetzgeber selber das Misstrauen aus. Er glaubt offenbar nicht daran, dass die Konzeption des neuen Gesetzes für die Kosteneindämmung bis zum letzten tauglich ist. Herr Kollege Schüle hat schon auf diesen Mangel hingewiesen.

Zudem birgt Artikel 47 mit der Aufsplitterung der Zuständigkeiten – Bundesrat, Departement, Kantonsregierungen – die Gefahr in sich, dass nicht aufeinander abgestimmte Massnahmenpakete auf die Leistungserbringer losgelassen werden: Die eine Behörde will vielleicht bereits bei einer Teuerung von 1 Prozent und einem Ansteigen der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 2 Prozent die Bremse ziehen, die andere nicht. Dieses Beispiel zeigt, dass diese Art von «gemildertem» Interventionismus keine essbaren Früchte tragen wird, sondern dass für die Versicherten und die Kassen ein Durcheinander produziert wird. Lassen wir also besser die Hände von solchen interventionistischen Instrumentarien.

Nun noch einige zusätzliche Hinweise zu meinen zu Beginn gemachten Darlegungen, dass das Notrecht vom Dezember 1991 versagt hat. Als Belege dienen mir Stellungnahmen von Personenkreisen und Organisationen, die wirklich mitten im Gesundheitswesen leben und arbeiten und nicht nur vom Schreibtisch aus operieren. So wurden zum Beispiel an einer Konferenz der Spitzenvertreter der grossen Verbände im aargauischen Gesundheitswesen – Aerzte, Krankenkassenverband, Vereinigung aargauischer Krankenanstalten, Hauspflegeorganisationen usw. – unter der Leitung des aargauischen Landammanns und Gesundheitsdirektors die Auswirkungen des dringlichen Bundesbeschlusses von 1991 übereinstimmend als negativ beurteilt. Insbesondere erwiesen sich die Prämieingriffe als Fehlschlag, weil viele Kassen, wenn sie überhaupt ihrer Leistungspflicht noch nachkommen wollten, einen Teil der gesetzlich vorgeschriebenen Rückstellungen aufzehren mussten.

Vor vier Wochen liess laut «Neuer Zürcher Zeitung» vom 21./22. November 1992, Seite 21, die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) verlauten, sie sei «sehr besorgt über die zunehmenden Unannehmlichkeiten, die sich für Kantone, Gemeinden und Spitäler aus dem dringlichen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung ergeben. Mit dem Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992 ist ein weiterer dirigistischer Schritt getan worden, der zur Kostendämpfung nichts beiträgt.» Dieser Bundesbeschluss führe zu gravierenden Ungleichbehandlungen der Kantone sowie zu schwerwiegenden administrativen und finanziellen Mehrbelastungen der Kantone und Gemeinden. Ein eigentliches Vollzugschaos mit einer Vielzahl hängiger Beschwerdeverfahren zu Tarifverträgen zeichne sich ab. Die Massnahmen des Bundes führten ferner zu einer Klimaverschlechterung im Hinblick auf die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes. So weit die SDK. Die Folgen solcher in der Regel befristeten Notmassnahmen sind Staus und später Dammbürche. Die Leistungserbringer weichen über die Mengenausweitung aus, insbesondere beim Tarifstopp im ambulanten Bereich. Gerade diese Kritik der Sanitätsdirektorenkonferenz mit dem Stichwort «Vollzugschaos» lässt sich ohne weiteres auf das Eingriffssystem in Artikel 47 der Fassung der Kommissionsmehrheit übertragen.



Bis jetzt haben Bundesrat und das von diesem an- bzw. fehlgeleitete Parlament in falscher Hektik und reiner Symptombekämpfung gemacht. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf begeben wir uns im Prinzip auf den richtigen Weg: mit der Einführung des Versicherungsobligatoriums, mit als geeignet erscheinenden Massnahmen zur Eindämmung der Kosten und vor allem mit mehr Wettbewerb.

Beschreiten wir doch diesen – wenn auch schmalen – Pfad der Tugend, ohne heute schon auf den dirigistischen, breiten Weg des Interventionismus zu schieben. Der kann nur erneut in die Situation führen, in welcher wir heute «dank» den Notrechtsbeschlüssen vom Dezember 1991 und vom Oktober 1992 sind: übermässig steigende Kassenprämien, welche die von uns geweckten Erwartungen der Prämienzahler enttäuschen, übermässige Belastung von Kantonen und Gemeinden im stationären Bereich, ungesunde Mengenausweitung vor allem im ambulanten Bereich und – ich zitiere nochmals die SDK – das «allgemeine Vollzugschaos».

Wir sollten heute den Mut aufbringen, den «Fluch der bösen Tat» zu brechen, diesen Fluch, den Schiller in einem seiner Dramen, in den «Piccolomini», so umschrieben hat: «Das eben ist der Fluch der bösen Tat, dass sie fortzuegend immer Böses muss gebären.»

Stimmen sie mit Schüle, Schiller und mit mir der Minderheit zu, denn dieser untaugliche Rettungsanker von Artikel 47 ist in diesem sonst guten Gesetz nicht nötig.

**Huber, Berichterstatter:** Ich stelle fest, dass die Herren Schüle und Loretan unterschiedliche Anträge gestellt haben.

Herr Schüle hat gesagt: Opposition zum Bundesrat, aber Akzeptieren im Rahmen dessen, was die Kommission gemacht hat. Herr Loretan hält offenbar den Ablehnungsantrag aufrecht. Ich setze mich daher zuerst mit Herrn Loretan auseinander. Er hat in seinem Votum mehrfach den Ausdruck der Ordnungspolitik gebraucht. Ich darf ihm sagen, was ich schon anderen gesagt habe: Es gibt verschiedene Ordnungspolitiken. Es ist offensichtlich, dass die seine mit der meinen nicht übereinstimmt. Meine Ordnungspolitik sagt: Wenn, wie hier in den Voraussetzungen umschrieben, der Markt versagt und unsere Bürger ganz eindeutig unter diesen Verhältnissen leiden, muss im Rahmen von engen Voraussetzungen, die hier ins Gesetz aufgenommen werden, die für das Gemeinwohl verantwortliche Behörde handeln. Alles andere ist im Prinzip falsch verstandene Ordnungspolitik, weil zur Ordnungspolitik die sozialpolitische Komponente ebenso gehört wie die rechtspolitische und die wirtschaftspolitische Komponente.

Ich muss Ihnen sagen: Um das Marktversagen zu korrigieren – und nur darum –, haben wir diese ausserordentlichen Massnahmen im Gesetz belassen. Wir appellieren an die Tarifpartner, und wir appellieren auch an die Patienten, so zu handeln, dass die ausserordentlichen Lagen nicht entstehen. Wenn sie entstehen, dann muss die entsprechende gesetzliche Grundlage vorhanden sein. Unsere Bürger und auch unsere Partner in der Krankenversicherung erwarten von uns, dass wir für diesen schwierigen Vorgang endlich Rechtsgrundlagen schaffen, die zu Entscheiden führen können. Und das haben Sie bei den Artikeln 46 und 47.

Daher bitte ich Sie, diesen zentralen Bereich nicht aus der von der Kommission errichteten Mauer herauszubringen – um ein Bild aufzunehmen –, sondern die Steine darin zu lassen, damit sie Sicherheit gegen ein Ueberborden bieten können. Das ist das, was diese beiden Bestimmungen wollen.

**Bundesrat Cotti:** Hier besteht tatsächlich die heikelste Differenz zwischen Kommission und Bundesrat, aber auch zwischen der Mehrheit und der Minderheit der Kommission. Ueber den «Fluch der bösen Tat», Herr Loretan, werde ich mich mit Ihnen am Schluss unterhalten, auch über diejenigen, die strebend sich bemühen. Jetzt möchte ich gleich mit dem Grundsatz beginnen.

Herr Schüle hat folgendes festgestellt: Die Tatsache, dass der Bundesrat in einem separaten 5. Abschnitt ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung vorschlägt, zeugt davon, dass sich der Bundesrat über den Erfolg der ordentlichen Massnahmen nicht sicher ist. Diese Feststel-

lung von Herrn Schüle ist an sich eine gute Gelegenheit für mich, um Ihnen zu bestätigen, was gestern verschiedene von Ihnen gesagt haben. In der Botschaft werden auf etwa sieben Seiten Kosteneindämmungsmassnahmen aufgezählt, aber für das eigentliche Resultat kann ich Ihnen keine absolute Gewähr geben. Sie sind, wie der Bundesrat auch, der Auffassung, dass es objektive, brauchbare Massnahmen sind, die etwas bringen müssen, aber wir werden erst in einigen Jahren feststellen, ob die politische Zielsetzung auch realisiert werden kann. Ich hoffe sehr, wir kämpfen darum; aber die absolute Gewähr kann ich Ihnen nicht geben, und Sie können es ebensowenig wie ich. Deshalb, Herr Schüle, die Feststellung, dass es Situationen geben könne, Ausnahmestände, ausserordentliche Lagen – nennen Sie es, wie Sie wollen –, die eine besondere Anstrengung erforderlich machen.

Und lassen Sie mich das doch sagen: Wir haben in diesem Parlament in den letzten zwei Jahren gekämpft, Herr Loretan – über den Erfolg dieser Massnahmen unterhalten wir uns dann später –, weil dringliche Massnahmen verlangt worden sind. Wenn mich nicht alles täuscht, ging es um die Bemessung dieser Massnahmen, nicht aber um den Grundsatz, denn die Dringlichkeit der Lage wurde überall anerkannt, und zwar in einer Situation – ich möchte nicht wiederholen, was ich schon gestern sagte –, in der die Gesetze des Marktes alleine nicht genügen. Herr Loretan, Sie wissen genau, dass hier Elemente mitspielen, die einfach über die Marktgesetze hinausgehen. Ich erwähne es noch einmal: Sie holen nicht diverse Kostenvoranschläge ein, bevor Sie eine Blinddarmoperation machen lassen. Das rein persönliche, kaum zu beschreibende Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Arzt spielt eine viel grössere Rolle im Gesundheitswesen als jede Marktnorm, die durchaus auch ihren Sinn hat.

Grundsätzlich darf – mit der Kommission – nicht bestritten werden, dass in einem spezifischen Abschnitt ausserordentliche Lagen vorgesehen werden können. Deshalb hat der Bundesrat die erste Massnahme – auf diese werde ich mich konzentrieren – vorgeschlagen, nämlich eine Globalbudgetierung, welche folgendes festhält: Bei aussergewöhnlicher Lage, bei aussergewöhnlicher Steigerung der Kosten, besteht die Möglichkeit, die Kosten genau festzulegen, sie auf das nächste Jahr zu verlegen und entsprechend die verschiedenen Leistungserbringer zu verpflichten, nicht über diese Kosten hinauszugehen und die eigentlichen Verluste untereinander zu verteilen. Dies ist natürlich eine Massnahme, die nur für eine beschränkte Zeit gelten kann; aber es ist eine Massnahme, die nach meiner Auffassung in keiner Weise von einer Totalrevision der Krankenversicherung ausgeschlossen werden kann, wenn Sie von einer solchen überhaupt noch sprechen wollen. Wo liegen bei dieser Globalbudgetierung die Differenzen zur Kommission?

Die erste Differenz scheint mir nicht sehr gravierend zu sein. Ich habe es Ihnen auch in der Kommission gesagt. Was ich jetzt sage, ist übrigens eher für den Zweitrat gedacht, denn offenbar sind ja Ihre Entscheide hier schon gefallen. Ich wäre für eine nähere Präzisierung der Kriterien für die Bezeichnung des Ausnahmestandes durchaus zu haben. Ich räume ein, dass im Entwurf des Bundesrates der Ausnahmestand nicht genügend definiert ist. Und wenn eine gewisse Gewähr eingeführt werden muss, damit der Ausnahmestand absolut klar bezeichnet wird, hätte ich nichts dagegen. Gegen eine solche Massnahme sträube ich mich nicht.

Hingegen bekämpfe ich die Reduktion der Globalbudgetierung auf den stationären Bereich, die hier eingeführt wird, wodurch der ambulante Bereich von der Globalbudgetierung ausgeschlossen wird.

Wieso bekämpfe ich das?

Man kann behaupten, dass die Kantone schon heute die Möglichkeit hätten, im stationären Bereich eine Globalbudgetierung einzuführen. Mit Recht ist gesagt worden, dass der Kanton Waadt das gemacht hat. Die Kantone haben also diese Möglichkeit, und ein Kanton hat die Globalbudgetierung sogar eingeführt.

Die Globalbudgetierung im stationären Bereich ist demnach weniger dringlich als die Globalbudgetierung im ambulanten Bereich, wo sie überhaupt nicht besteht.

Ich darf hier noch eine weitere Bemerkung machen, nachdem Herr Morniroli gestern die Querbeziehungen des BSV zum Aertzberuf durchleuchtet und, wenn ich ihn richtig verstanden habe, behauptet hat, dass das BSV am Gängelband der Krankenkassen hängend arbeiten würde. Leider ist Herr Morniroli nicht anwesend; ich müsste ihm aber antworten: Es ist ohne Zweifel wahr, dass das BSV von der Aertzteschaft oft kritisiert wird. Wir leben ja in einem Land, wo die Kritik mehr als legitim ist, um Gottes Willen.

Aber wer die Werbung der Krankenkassen gegen das BSV in den Zeitungen, die etwa vor einem Monat erschienen sind – ich glaube, diese Inserate haben auch einige tausend Franken gekostet –, gelesen hat, kann natürlich nicht die Behauptung aufstellen, dieses Amt sei gleichsam an der Leine der Krankenkassen. Dieses Amt ist autonom; es ist ein Amt, in dem mit dem eigenen Kopf gedacht wird, genauso wie im Bundesrat. Deshalb meint der Bundesrat auch, man müsse den Ausnahmezustand – wirklich nur in Ausnahmefällen, darüber sind wir uns im klaren – auch auf den ambulanten Bereich ausweiten. Das soll bitte nicht so interpretiert werden, dass man irgend etwas gegen den ambulanten Bereich, gegen den ärztlichen Beruf oder gegen die vielen anderen Bereiche hätte, in denen man ambulant tätig ist – im Gegenteil:

Ich möchte zum x-tenmal betonen, wie hoch der Bundesrat diese freien Berufe einschätzt. Aber es wird doch in diesem Lande noch möglich sein – ohne die Würde von irgend jemandem zu verletzen – zu sagen, dass in gewissen Momenten auch diese Berufskategorien gewisse Opfer bringen müssen. Das ist eine der Rahmenbedingungen, weshalb der ambulante Bereich nicht von dieser Ausnahme ausgenommen werden müsste.

Ein letzter Unterschied zur Kommission: Lassen Sie mich das doch bitte ganz offen sagen. Es spricht nicht ein alt Finanzdirektor oder ein alt Sanitätsdirektor, sondern ein alt Regierungsrat, der Volkswirtschaftsdirektor war. Er hat erlebt, was es bedeutet – im stationären oder natürlich auch im ambulanten Bereich –, als Regierungsrat zu intervenieren.

Ich möchte das Beispiel meines Kantons erwähnen, wo kürzlich wirklich redlich versucht worden ist, die Pädiatrie, die Kinderabteilung, vom Spital Locarno – ich glaube, in einem anderen Spital war das gleiche der Fall – zu trennen. Man hätte das auf zwei Spitäler aufgeteilt. Die Reaktion der Regionen war so vehement, dass das passiert ist, was Sie alle in Ihren Kantonen – ich wage die Behauptung – erleben: nämlich dass der legitime – wohlverstanden: der mehr als legitime – regionale Druck eine eigentliche Spitalplanung sehr, sehr stark behindert, und das wird auch in Zukunft so sein. Deshalb habe ich als alt Regierungsrat und Föderalist gedacht: Ueberlassen Sie das Knacken dieser harten Nuss dem Bundesrat! Für ihn wird es eher möglich sein, in Ausnahmefällen eine zeitlich beschränkte Globalbudgetierung einzuführen, als für die Kantone, die grosse Mühe haben werden, über ihre Spitäler das selbe zu tun.

Damit will ich abschliessen; denn sicher wird die Diskussion in diesem Bereich weitergeführt. Ich teile aber zumindest die Meinung der Kommissionmehrheit: Es ist wichtig, dass Sie jetzt das Prinzip einflechten; und wir werden sicher Zeit haben, uns nachher noch über die Details zu unterhalten.

Herr Loretan: Dass die dringlichen Massnahmen vielen – weder bei der Ankündigung noch bei der Beschlussfassung – keine Freude bereitet haben – und gerade diejenigen, die Sie erwähnt haben, hatten sicher keine Freude daran –, darüber besteht kein Zweifel. Auf Ende des Jahres sind die Prämien der Versicherten um jene 10 Prozent erhöht worden, die Sie gewährt haben – es ist nur noch eine Beschwerde hängig –, wohlverstanden: Es ist eine sehr massvolle Massnahme gewesen. Es ist aber nicht um eine Stabilisierung der Prämien gegangen: Sie haben ja die Erhöhung um 10 Prozent gewährt. Aber wenn Ihnen die Situation einer grossen Mehrheit der Versicherten tatsächlich am Herzen läge, wären Sie nicht so unindifferenziert in der Betrachtung der Folgen der Massnahmen, die das Parlament beschlossen hat.

Niemand plädiert für Dringlichkeit. Wir hoffen sehr, dass die Totalrevision das Ganze auf einen Weg leitet, der in Zukunft jede Dringlichkeit ausschliesst. Aber versperren wir uns die

Möglichkeit nicht – wenn das auch nicht immer und überall stattfinden sollte –, doch wieder einmal zu «ausserordentlichen Massnahmen» zu greifen.

#### Art. 46

##### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit

35 Stimmen

Für den Antrag des Bundesrates

2 Stimmen

**Präsident:** Somit entfällt der Antrag der Minderheit.

#### Art. 47

##### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit

36 Stimmen

Für den Antrag des Bundesrates

3 Stimmen

#### Art. 48

##### Antrag der Kommission

###### Abs. 1–4

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

###### Abs. 5 (neu)

Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn ein Versicherter mehrere Leistungserbringer konsultiert.

#### Art. 48

##### Proposition de la commission

###### Al. 1–4

Adhérer au projet du Conseil fédéral

###### Al. 5 (nouveau)

Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations.

**Huber, Berichterstatter:** Ich habe eine kurze Bemerkung zu Absatz 5 zu machen. Sie sehen, dass bei Absatz 5 ein zusätzliches Mittel zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit eingeführt wird.

Hier ist nun eine Sache ganz klar richtigzustellen: dass nämlich die sogenannte «second-hand opinion», die Ueberprüfung einer Diagnose durch einen zweiten Arzt, nicht unter die diagnostisch unnötig wiederholten Massnahmen fällt. Mit anderen Worten: Bei schwerwiegenden Eingriffen sind wir der Meinung, dass ein Patient ein Recht hat, auch im Rahmen der sozialen Krankenversicherung und der Grundversicherung bei einem zweiten Arzt eine subjektive Bestätigung zu holen, dass die von seinem Kollegen empfohlene Massnahme richtig ist. Die «second-hand opinion» ist notwendig, und sie sollte im Interesse des Patienten nicht ausgeschlossen werden; sie ist nach Meinung der Kommission in dieser Rechtsbestimmung eingeschlossen.

Im übrigen empfehle ich Ihnen Zustimmung.

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 49

##### Antrag der Kommission

###### Abs. 1

###### Mehrheit

... nach Artikel 30 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender Stellung als Spitalarzt tätig gewesen sein.

###### Minderheit

(Beerli, Coutau, Loretan, Schiesser, Schoch, Schüle)

Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen in Absprache mit den kantonalen .... nach Artikel 30 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender Stellung als Spitalarzt tätig gewesen sein.

**Abs. 2**

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Abs. 3**

Lehnt eine kantonale Aerztegesellschaft einen Vertrauensarzt aus wichtigen Gründen ab, entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 81.

**Abs. 4–8**

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 49**

*Proposition de la commission*

**Al. 1****Majorité**

.... dans un cabinet médical ou une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins.

**Minorité**

(Beerli, Coutau, Loretan, Schiesser, Schoch, Schüle)

Les assureurs ou leurs fédérations, en accord avec les sociétés médicales cantonales, désignent .... dans un cabinet médical ou une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins.

**Al. 2**

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Al. 3**

Si une société médicale cantonale récuse un médecin-conseil pour de justes motifs, le tribunal ....

**Al. 4–8**

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 49 haben wir wiederum Mehrheit und Minderheit.

Wir befinden uns hier auf einem uralten Kampffeld der sozialen Krankenversicherung. Die Vertrauensärzte sind Organe der Kassen, die Funktionen gemäss Absatz 4 von Artikel 49 erfüllen. Es ist richtig, dass die Aerztegesellschaften vor der Nomination eines Vertrauensarztes konsultiert werden, denn es braucht Vertrauen der praktizierenden Kollegen in den kontrollierenden Kollegen.

Aber es geht eindeutig zu weit – wie die Minderheit es will –, die Bestellung des Vertrauensarztes der Kassen von der Zustimmung der Aerzte abhängig zu machen. Es kommt dazu, dass den Aerzten nach Absatz 3 von Artikel 49 noch der Rechtsweg offen steht. In der Fassung der Minderheit ergäbe sich somit ein doppeltes Veto.

Einig sind wir uns wieder darin, dass Absatz 1 von Artikel 49 ergänzt werden muss. Ein Vertrauensarzt muss über eine zusätzliche Erfahrung verfügen. Wir empfehlen Ihnen, die Fassung der Kommission anzunehmen, wonach ein Vertrauensarzt mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender Stellung als Spitalarzt tätig gewesen sein muss. Diese Bestimmung erhöht die Akzeptanz des Vertrauensarztes bei den praktizierenden Ärzten, die mit dem Vertrauensarzt in Kontakt und hin und wieder auch in Konfrontation stehen. Allzu junge, der Praxis eher ferne Aerzte könnten hier für die wichtige Institution des Vertrauensarztes mehr Schaden anrichten als der erfahrene Arzt, der entweder in der Praxis oder im Spital war, der im Laufe seiner Ausbildung ja beide Strukturen, die stationären und die ambulanten, durchlaufen hat.

Ich bitte also bei Absatz 1, mit der Mehrheit zu stimmen.

Die Bemerkung sei mir noch erlaubt, dass Absatz 3 eine nicht gerade glückliche Formulierung ist. Denn was passiert, wenn eine kantonale Aerztegesellschaft einen Vertrauensarzt aus unwichtigen Gründen ablehnt? Dann entscheidet nach Artikel 81 auch das Schiedsgericht. Das ist eine Aufgabe, die wir mit Vertrauen dem Zweitrat überbinden!

**Frau Beerli, Sprecherin der Minderheit:** Vertrauen kann nicht verordnet, es kann nur erworben werden. Wenn man die Stellung des Vertrauensarztes stärken will – und wir tun das in diesem Gesetz –, dann muss dieser Vertrauensarzt auch das Vertrauen beider Parteien geniessen, der Aerzte und der Kassen. Dafür, dass er dieses Vertrauen geniessen kann, braucht es eben eine «Absprache» unter den Vertragspartnern und nicht nur eine «Rücksprache». Diese kleine Aenderung mag fast re-

daktionell klingen, aber sie ist doch von grosser Wichtigkeit, um dieses Vertrauen erwerben zu können.

Ich bitte Sie, dem Vorschlag der Minderheit zuzustimmen. Wenn man den Antrag der Minderheit annimmt, sehe ich auch, dass man die Tragweite von Absatz 3 noch einmal überprüfen müsste.

**Mornioli:** Kurz zur Institution des Vertrauensarztes: Das ist eine Institution, die sehr gut funktioniert. Das Kriterium, das erfüllt sein sollte, ist Vertrauen aller drei involvierten Institutionen oder Personen, d. h. Vertrauen der Krankenkassen, des behandelnden Arztes und des Patienten. Der richtige Vertrauensarzt, der gut arbeitet, erfüllt diese Bedingungen. In der Regel ist der Vertrauensarzt ein Arzt, der eine eigene Praxis hat und diese Funktion nebenamtlich ausübt. Das sind eigentlich die Vertrauensärzte, die am besten funktionieren, weil sie an der Front sind und auch die Probleme kennen.

Die Gefahr ist die, dass sich jetzt unterbeschäftigte oder arbeitslose Aerzte – das gibt es – in eine solche Stellung flüchten und dann voll von ihrem Arbeitgeber, d. h. der Krankenkasse oder der Versicherung, abhängig sind und unausgewogene Entscheide fällen. Das ist keine gute Sache, und ich glaube, dass zumindest das Kriterium der Erfahrung, die über mehrere Jahre gesammelt sein muss, sicher richtig ist.

Im Kanton Tessin – das füge ich so nebenbei an – habe ich das Problem schon gelöst. Ich habe das alles in den Statuten verankert, und der Arzt, der eine solche Stellung annehmen will, muss seinen Vertrag – das ist ein Normvertrag, den wir von der Aerztegesellschaft ausgearbeitet haben – unterbreiten, und die Aerztegesellschaft muss ihn gegenzeichnen.

**M. Coutau:** Pour éviter toute ambiguïté, je voulais signaler que c'était par une inadvertance de typographie que, sur le dépliant, mon nom ne figure pas dans la minorité. J'appuie cette minorité. Pour être bref, je vous renvoie aux déclarations que j'ai faites dans le débat d'entrée en matière. J'estime qu'autant l'indépendance des médecins-conseils doit être assurée, autant elle est assurée si elle a au départ l'agrément des associations concernées. C'est la raison pour laquelle je pense qu'il est nécessaire de soutenir cette minorité.

**Huber, Berichterstatter:** Ich fühle mich nun doch verpflichtet, hier noch einmal ein Wort für die Mehrheit zu sagen. Ich bin etwas erstaunt über das, was Kollege Mornioli soeben dargelegt hat, dass nämlich der Vertrag des Vertrauensarztes von der Aerztegesellschaft dann quasi noch unterschrieben wird. Das halte ich nun – bei einem mehr oder weniger weitherzigen Verständnis für kartellistische Bindungen – für eine nicht besonders grosszügige Regelung.

Machen wir es doch so: Wenn die Aerzteverbände bereit sind, die Nominierung ihres Ombudsmannes von der Zustimmung der Krankenkassen abhängig zu machen, bin ich damit einverstanden, dass der Vertrauensarzt, der hier als Organ der Krankenkassen beschrieben wird, die Zustimmung der Aerzte braucht. Er braucht das Vertrauen; das Vertrauen wird durch die Rückfrage durchaus hergestellt, aber Sie müssen die Krankenkassen nicht unnötig provozieren, indem Sie ihnen ihre Organe «aufoktroieren» wollen. Seien Sie bitte hier fair, genauso sehr wie wir Verständnis dafür haben, dass Ihr Ombudsmann von Ihnen gewählt wird und im Prinzip seine Tätigkeit in Ihrem Bereich wahrnimmt.

Ich stehe jenseits von Interessenbindungen; ich plädiere einfach von der Sache her dafür, dass, wer in diesen Strukturen mitarbeitet, ein Recht darauf hat, seine Organe zu bestellen. Das wichtigste Organ der Krankenkassen in der Frage der Qualitätskontrolle sind die Vertrauensärzte. Ich bin einverstanden, dass es die Rücksprache braucht, und ich weiss, dass Krankenkassenleute vernünftige Leute sind und Einwände berücksichtigen. Aber was ich – schon aus Gründen des Wettbewerbs – nicht akzeptieren kann, ist, dass – in einer Marktwirtschaft – der eine sein Organ nur in Absprache mit dem andern bestellen, wählen und bestimmen kann. Da kommt meine Ordnungspolitik, Kollege Loretan, zum Tragen.

**Mornioli:** Ich verstehe die Einwände von Kollege Huber, muss aber präzisieren, dass im Tessin die Aerztesgesellschaft ein öffentlich-rechtlicher Verein ist und nicht ein privatrechtlicher. Seine Statuten sind von der Regierung abgesegnet und im Amtsblatt publiziert. Dies ist eine spezielle Situation.

Bundesrat **Cotti:** Ich kann mich den Ausführungen des Kommissionspräsidenten voll und ganz anschliessen.

*Abs. 1 – Al. 1*

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Minderheit  
Für den Antrag der Mehrheit

14 Stimmen  
13 Stimmen

*Abs. 2–8 – Al. 2–8*

*Angenommen – Adopté*

**Art. 50**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1, 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 3*

.... wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:

- a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes eingeholt wird;
- b. besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.

*Antrag Mornioli*

*Abs. 3*

.... wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:

- a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes eingeholt wird; dieser haftet straf- und zivilrechtlich, falls sich aus einer Verweigerung ein körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden oder ein anderer Schaden für den Versicherten ergeben sollte.
- b. .... Leistungserbringern durchgeführt werden. (Letzter Satz streichen)

**Art. 50**

*Proposition de la commission*

*Al. 1, 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 3*

.... des prestations. Il peut en particulier prévoir que:

- a. l'accord du médecin-conseil est nécessaire avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, notamment celles qui sont particulièrement coûteuses;
- b. des mesures diagnostiques ou thérapeutiques particulièrement coûteuses ou difficiles ne seront prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés en la matière. Il peut désigner ces fournisseurs de prestations.

*Proposition Mornioli*

*Al. 3*

.... des prestations. Il peut en particulier prévoir que:

- a. l'accord du médecin-conseil est nécessaire avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, notamment celles qui sont particulièrement coûteuses; celui-ci est pénalement et civilement responsable si son refus cause à un assuré un dommage physique ou psychique ou tout autre dommage.
- b. .... qualifiés en la matière. (Biffer la dernière phrase)

**Huber, Berichterstatter:** Zu Artikel 50 hat Herr Mornioli einen Antrag gestellt. Herr Kollege Mornioli, der Antrag hat uns nicht vorgelegen.

Für den Vertrauensarzt gilt das Haftpflichtrecht genau gleich, wie es für den Arzt gilt; d. h., in einem Streitfall, wenn der Arzt in seinem Handeln durch den Vertrauensarzt abhängig gemacht wird, hat der Richter den Anteil an einem Kunstfehler nach haftpflichtrechtlichen Grundsätzen zu klären. Es handelt sich also nicht um eine totale Verschiebung auf die eine oder andere Seite, sondern um eine objektive Prüfung, um die Frage: Wo sind die Fehler gemacht worden?

Ich glaube, die Ergänzungen der Kommission werden nicht Gegenstand von Auseinandersetzungen sein, sondern akzeptiert werden, wie sie auch in der Kommission akzeptiert worden sind.

**Mornioli:** Mir geht es darum, zu präzisieren, dass die Verantwortung beim Vertrauensarzt liegt und nicht bei der Krankenkasse oder beim Versicherer.

Es ist klar: Wer eine Behandlung durchführt, haftet letzten Endes selber dafür. Aber ich weiss nicht, ob es nicht richtiger wäre, dies hier zu präzisieren, damit die Folgekosten nicht auf die Kasse abgeschoben werden und diese dann die Rechnung bezahlt: So viel gewinne ich aus der Tätigkeit meines Vertrauensarztes, und so viel kostet es mich. Ich möchte nicht, dass diese leichtfertige Haltung die Oberhand gewinnt.

*Abs. 1, 2 – Al. 1, 2*

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Al. 3*

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission  
Für den Antrag Mornioli

21 Stimmen  
1 Stimme

**Art. 51**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag Mornioli*

.... die Anforderungen nach Artikel 48 .... nicht oder nicht mehr gestatten, .... zu entscheiden. Erfüllt ein Leistungserbringer die Grundsätze gemäss Artikel 50 nicht, so kann der Versicherer bei der Kantonsregierung den Entzug der Praxisbewilligung beantragen.

**Art. 51**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition Mornioli*

.... exigences posées par l'article 48, un assureur .... ne veut ou .... doit en décider. Si un fournisseur de prestations ne remplit pas les conditions énoncées à l'article 50, l'assureur peut demander au gouvernement cantonal qu'il lui retire l'autorisation de pratique.

**Huber, Berichterstatter:** Ich würde vorschlagen, dass Herr Mornioli zuerst seinen Antrag begründet, damit klar wird, wie er sich das vorstellt.

**Mornioli:** Ich erwarte eine Verschärfung der Bestimmung als angebracht. Was die Wirtschaftlichkeit anbelangt, ist die Bestimmung genügend. Was aber die Qualität der Leistungen anbelangt, muss der Versicherte geschützt werden; da genügt die im Entwurf vorgesehene Massnahme nicht.

Wie wir wissen, erhält der Leistungserbringer eine Praxisbewilligung durch den Kanton, und der Kanton kann sie auch entziehen. Und wenn ein Leistungserbringer den Ansprüchen der Qualität nicht mehr entspricht, muss er aus dem Verkehr gezogen werden. Ich sehe da keine andere Lösung.

**Huber, Berichterstatter:** Ich muss betonen, dass dieser Antrag der Kommission nicht vorgelegen hat.

Aus Erfahrung kann ich sagen, dass so vorgegangen wird, wie Herr Mornioli sagt. Aber ich muss Ihnen sagen, dass die Frage der Praxisbewilligung und die Frage der Berufsausübungsbewilligung – nicht nur im Rahmen der sozialen Krankenversicherung, sondern überhaupt – eine kantonale Kompetenz ist. Wenn es an der Qualität gebricht, sind es entweder Patienten oder Kassen, die der Behörde den entsprechenden Hinweis geben, und die Behörde hat nach ihrer Ordnung zu handeln. Da habe ich die Erfahrung gemacht, dass man nach Rücksprache mit dem Aerzteverband die Konsequenzen zieht.

Ich möchte Sie bitten, den Antrag zurückzuziehen, da es sich um eine kantonale Kompetenz der Berufsausübungsbewilligung handelt und nicht um eine Frage der sozialen Krankenversicherung. Zudem ist die kantonale Berufsausübungsbe- willigung in den Gesundheitsgesetzen normativ erfasst. Es ist klar, wann sie entzogen werden kann und wann nicht. Der von Ihnen anvisierte Sachverhalt ist einer, der eine kantonale Be- hörde zum Handeln zwingt.

**Präsident:** Ist Herr Mornioli bereit, seinen Antrag zurückzu- ziehen? – Das ist der Fall.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission  
Adopté selon la proposition de la commission*

#### Art. 52

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Mit Artikel 52 beginnt ein neues Kapi- tel, nämlich das 5. Kapitel über die Finanzierung. Es beinhaltet die Finanzierungsverfahren und Rechnungslegung, die Prä- mien der Versicherten, das heikle Thema der Kostenbeteili- gung und schliesslich die Beiträge der öffentlichen Hand.

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 53

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2*

Der Versicherer kann die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abstufen. Mass- gebend ....

*Abs. 3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 4 (neu)*

Die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversiche- rung bedürfen der Genehmigung des Bundesrates.

*Antrag Mornioli*

*Abs. 1*

.... Versicherten die gleichen Prämien. Deckt der Versicherer auch die Behandlungskosten bei Unfall gemäss Artikel 1 Ab- satz 2 Buchstabe b, dann hat er die Prämie prozentual zu der durch diesen Versicherungsschutz entstehenden Zusatzbelas- tung der Gesamtzahlungen an Leistungserbringer zu er- höhen.

#### Art. 53

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 2*

.... selon les cantons et les régions. Le lieu ....

*Al. 3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 4 (nouveau)*

Les tarifs des primes de l'assurance de soins obligatoire doi- vent être approuvés par le Conseil fédéral.

*Proposition Mornioli*

*Al. 1*

.... primes égales auprès de ses assurés. Si l'assureur couvre aussi les frais de traitement en cas d'accident selon l'article 1er, 2e alinéa, lettre b, il doit augmenter la prime d'un certain pourcentage qui tient compte de la charge supplémentaire que représente la rémunération totale des fournisseurs de prestations pour la couverture de ce risque.

**Mornioli:** Warum beantrage ich diese Ergänzung? Es sind zwei Gründe, die mich dazu veranlassen:

1. Es ist davon auszugehen, dass zirka zehn Prozent der Kran- kenkassenprämie für die Leistungen bei Unfall aufgewendet werden; dies nach einer Information, die ich beim Bundesamt für Sozialversicherung eingeholt habe. Dies bedeutet, dass jene, die obligatorisch oder freiwillig gegen Unfall versichert sind, praktisch zwei Prämien bezahlen und doppelt versichert sind. Dies ist ungerecht und nicht sozial.

2. Es kommt dazu, dass viele, die sich nicht obligatorisch ge- gen Unfall versichern müssen, auf eine Unfallpolice verzichte- n – jedenfalls, was die Grundleistungen anbelangt – und da- für die soziale Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Da- neben schliessen sie dann lediglich zu günstigeren Bedingun- gen Zusatzversicherungen für Unfall ab. Wir erleben dies im Tessin, wo viele – zum Teil ausländische – wohlhabende Rent- ner Wohnsitz haben und diesen vorteilhaften Weg beschrei- ten. Da im Tessin das Krankenkassenobligatorium bereits be- steht, müssen diese Leute durch die Krankenkasse versichert werden und können nicht abgelehnt werden. Diesem «legali- sierten Missbrauch» muss – so meine ich – unbedingt vorge- beugt werden.

Ich bitte Sie deshalb, meinem Antrag zuzustimmen. Dieser beinhaltet folgendes Prinzip: Wer nicht sonst gegen Unfall ver- sichert ist, sollte einfach eine Zusatzprämie an die soziale Krankenversicherung leisten.

**Huber, Berichterstatter:** Wir haben über diese Situation be- reits gesprochen. Wir haben beim Artikel 1 den entsprechen- den Entscheid gefällt.

Die Situation, die von Herrn Mornioli beschrieben wird, ist in der Tat richtig, nämlich ein gewisses Ueberschneiden der bei- den Segmente aus dem UVG und dem KVG. Ich habe Ihnen damals klar gesagt: Es handelt sich um eine subsidiäre Unfall- versicherung. Es handelt sich um einen Solidaritätsbeitrag der UVG-Versicherten an die KVG-Versicherten, der im übrigen quantitativ gering ist. Diese Leistungen sind für die zu erbrin- gen, die neu mit der freiwilligen Taggeldversicherung versich- ert werden. Das sind Leute, die denjenigen persönlich na- hestehen, die nach UVG versichert sind: die Ehefrau, die Kin- der; solche, die Stellen wechseln und daher im UVG-Schutz eine Lücke haben.

Ich bitte Sie sehr, nun diese kleine Solidarität – in Anbetracht der anderen grösseren, die wir zu vertreten haben – bestehen zu lassen und dem Antrag von Herrn Mornioli – der in der Kommission einmal erwogen, aber abgelehnt wurde – nicht zuzustimmen, sondern der Version der Kommission.

*Abs. 1 – Al. 1*

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

22 Stimmen

Für den Antrag Mornioli

1 Stimme

*Abs. 2–4 – Al. 2–4*

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 54

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2*

Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

a. ....

b. .... in Anspruch genommen hat oder nicht.

**Abs. 3**

.... für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 97 bleibt in jedem Fall vorbehalten.

**Antrag Mornioli**  
Streichen

**Art. 54***Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 2*

.... la pratique d'autres formes d'assurance, notamment celles dans lesquelles:

## a. ....

b. Adhérer au projet du Conseil fédéral  
(Ne concerne que le texte allemand)

*Al. 3*

.... des suppléments de primes. La compensation des risques selon l'article 97 reste dans tous les cas expressément réservée.

*Proposition Mornioli*  
Biffer

**Huber, Berichterstatter:** Ich möchte Ihnen nachträglich sehr herzlich danken, dass Sie in der vorangehenden Abstimmung der Kommission zugestimmt haben. Sie haben damit nämlich etwas zugestimmt, was Herr Kollege Mornioli sicher auch unterstützt, nämlich der Aufhebung der Ungleichheiten in der Behandlung von Mann und Frau. Das darf nicht stillschweigend übergangen werden, darum erwähne ich es; in Artikel 53 Absatz 1 ist die Gleichstellung von Mann und Frau enthalten. Ich danke Ihnen, dass Sie mit so grosser und klarer Mehrheit dieses alte Ueberbein der Krankenversicherung eliminiert haben. Nun zu den «Besonderen Versicherungsformen» (Art. 54): Es handelt sich hier um den HMO-Artikel. Ich darf auf die Botschaft Seite 102 verweisen, wo ganz klar alle entsprechenden Ausführungen gemacht sind. Die Kommission hat dem Bundesrat noch ein wenig auf die Sprünge helfen wollen, indem sie in der Einleitung von Absatz 2 die Worte «kann weitere Versicherungsformen zulassen» eingefügt hat. Wir wollen also seiner Initiative und seinem Spielraum noch etwas mehr Raum geben. Die Korrektur bei Absatz 2 Buchstabe b ist redaktioneller Natur.

Zu Absatz 3: Wir haben früher schon ganz klar ebenfalls beschlossen, dass der Risikoausgleich nach Artikel 97 – unter dem Vorbehalt, dass wir ihn genehmigen – auch bei diesen besonderen Versicherungsformen zum Tragen kommt. Sonst habe ich keine Bemerkungen.

**Mornioli:** Die vorgeschlagenen Möglichkeiten beinhalten die Gefahr der Entsolidarisierung, besonders im Rahmen einer obligatorischen Krankenversicherung. Niedrigere Prämien können sich die finanziell Gutgestellten leisten. Es besteht aber die Gefahr, dass sich auch finanziell Schwache dieser Möglichkeit bedienen und dann bei Beanspruchung der Leistungen den Selbstbehalt nicht aufbringen können.

Das in Absatz 2 Buchstabe b vorgesehene Bonussystem ist ebenfalls fragwürdig. Ich kann ein solches System bei der Haftpflichtversicherung für Motorfahrzeuge noch verstehen, da jene, die mit dem Bonusverlust bestraft werden, ja immer eine Schuld trifft. Hier aber ist der von einer Krankheit Betroffene wirklich schuldlos und schon genügend bestraft.

Ich erachte es als unmoralisch, ihn auch noch finanziell zu bestrafen; und wer das Glück hat, nicht krank zu sein, wird auch noch belohnt.

**Huber, Berichterstatter:** Ich muss einfach sagen, Herr Mornioli, dass selbstverständlich über die neuen Modelle diskutiert werden muss und dass das, was Sie jetzt geäussert haben, in Einzelfällen durchaus berechtigt sein kann. Aber es ist klar: Wir müssen – da stimme ich jetzt mit der Kartellkommission völlig überein, an deren Adresse ich ja beim Eintreten nicht nur Liebenswürdigkeiten gerichtet habe – hier eine Bresche schla-

gen, um neue Wege gehen zu können. Wenn die neuen Wege einmal in eine Sackgasse führen, dann kann man zurückgehen und nochmals einen neuen, besseren Weg wählen. Aber diese besonderen Versicherungsformen der gesetzlichen Grundlage zu berauben – die HMO beispielsweise, die in unserem Land Zustimmung findet; ich weiss, dass wir in unserem Gremium Kollegen haben, die bei einer HMO versichert sind –, wäre schon ein Schildbürgerstreich, den sich der Ständerat auch zu vorgerückter Stunde, vor dem Mittagessen, nicht leisten darf.

Ich muss Sie wirklich bitten, diesen Antrag abzulehnen. Die Freiheit, die hier der Behörde gelassen wird, ist zu schützen, um Neuem Bahn zu brechen.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

25 Stimmen

Für den Antrag Mornioli

1 Stimme

**Art. 55***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Huber, Berichterstatter:** Bevor wir zum schwierigen Thema kommen, zur Frage der Kostenbeteiligung und der Höhe des Selbstbehaltes, würde ich Ihnen vorschlagen, die Sitzung abzubrechen und danach mit diesem Thema weiterzufahren. Das ist einer der wenigen grossen Brocken, die noch auf dem Wege liegen.

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

*Schluss der Sitzung um 12.20 Uhr*  
*La séance est levée à 12 h 20*



**Zwölfte Sitzung - Douzième séance**

**Donnerstag, 17. Dezember 1992, Nachmittag**  
**Jeu­di 17 décembre 1992, après-midi**

14.00 h

Vorsitz - Présidence: Herr Piller

91.071

**Krankenversicherung. Revision**  
**Assurance-maladie. Révision**

Fortsetzung - Suite

Siehe Seite 1299 hiervor - Voir page 1299 ci-devant

**Art. 56**

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2

Mehrheit

....

b. 15 Prozent der die ....

Minderheit

(Roth, Huber, Meier Josi, Onken, Simmen, Weber Monika)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2bis (neu)

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Onken, Meier Josi, Roth, Simmen)

Franchise und Selbstbehalt zusammen dürfen pro Jahr bei Personen ohne Kinder einen Viertel und bei Personen mit Kindern einen Fünftel der Prämien inbegriffen die Verbilligung nach Artikel 57 nicht übersteigen.

Abs. 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 4

Für Kinder bis zum 6. Altersjahr wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Für ältere Kinder gilt die Hälfte der Franchise und des Höchstbetrages ....

Abs. 5-7

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag Momirolli

Abs. 2

Diese Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbetrag (Franchise), der wie folgt abgestuft ist:

versteuertes Jahreseinkommen in Fr. (gem. Art. 57 Abs. 3)		Franchise in %	Höchstbetrag in Fr.
Einzel­personen	Familien		
bis 23 999	bis 35 999	3	500
über 24 000	über 36 000	5	1 100
über 80 000	über 100 000	7	3 000
über 100 000	über 120 000	10	8 000
über 170 000	über 200 000	15	15 000

Abs. 3

Der Bundesrat passt die Einkommensgrenzen und Höchstbeiträge an die Teuerung an.

Abs. 4

.... gilt die Hälfte der Franchise. Sind mehrere Kinder .... zusammen höchstens die Franchise eines Erwachsenen zu entrichten.

Abs. 5

.... setzt den Beitrag fest. Dieser darf die Höchstbeiträge gemäss Artikel 56 Absatz 2 nicht übersteigen.

Antrag Beerli

Abs. 7

....

a. Streichen

....

Art. 56

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2

Majorité

....

b. 15 pour cent ....

Minorité

(Roth, Huber, Meier Josi, Onken, Simmen, Weber Monika)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2bis (nouveau)

Majorité

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Onken, Meier Josi, Roth, Simmen)

Les montants de la franchise et de la quote-part réunis ne doivent pas dépasser par année le quart du montant des primes, compte tenu de la réduction selon l'article 57, pour les assurés sans enfant et le cinquième pour les assurés avec enfants.

Al. 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 4

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, aucune participation aux coûts des prestations n'est exigée. Pour les enfants plus âgés, le montant de la franchise ....

Al. 5-7

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition Momirolli

Al. 2

Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) qui est échelonné de la manière suivante:

revenu imposable annuel en fr. (selon art. 57 3e al.)		franchise en %	montant maxim. en fr.
Personnes seules	familles		
jusqu'à 23 999	jusqu'à 35 999	3	500
plus de 24 000	plus de 36 000	5	1 100
plus de 80 000	plus de 100 000	7	3 000
plus de 100 000	plus de 120 000	10	8 000
plus de 170 000	plus de 200 000	15	15 000

Al. 3

Le Conseil fédéral adapte les limites de revenu et les montants maximums au renchérissement.

Al. 4

.... le montant de la franchise est réduit de moitié. Plusieurs enfants .... payent ensemble au maximum le montant de la franchise due par un adulte.

Al. 5

.... le montant de cette contribution. Celui-ci ne doit pas excéder le montant maximum prévu à l'article 56, 2e alinéa.

*Proposition Beerli*  
Al. 7

....  
a. Biffer  
....

**Huber, Berichterstatter:** Wir haben unsere Vormittagssitzung bei Artikel 56 abgebrochen. Hier bestehen Differenzen. Der Grundsatz der Kostenbeteiligung des Patienten, also des Kranken, ist im Grundsatz in der Kommission unbestritten gewesen. Wir haben dem zugestimmt.

Die Bedeutung darf nicht unterschätzt werden. Die Hochrechnungen für 1993 sagen für die Krankenversicherung Kosten in der Höhe von total 14,9 Milliarden Franken voraus. Davon sind 3 Milliarden Franken Subventionen und 2,2 Milliarden Franken Kostenbeteiligung. Man muss sich vor Augen halten, dass die Kostenbeteiligung noch ein derartiges Gewicht in der Krankenversicherung hat! 9,4 Millionen Franken sind Prämien.

Wir haben in der Kommission bei der Ausdehnung des Selbstbehaltes auch auf den stationären Bereich Übereinstimmung gefunden. Das ist ein Grundsatz, den wir schon beim letzten dringlichen Bundesbeschluss ganz klar akzeptiert haben. Ausgenommen davon ist Absatz 7, wo keine Kostenbeteiligung erhoben werden soll «für Massnahmen der medizinischen Prävention» und für «Leistungen bei Mutterschaft». Dabei ist unbestritten, keine Kostenbeteiligung auf den Leistungen bei Mutterschaft zu verlangen; bestritten ist aber die Ausnahme bei den Massnahmen der medizinischen Prävention. Frau Beerli wird das noch begründen.

Was die Höhe des Selbstbehaltes anbelangt, stehen sich gemäss der Fahne eine Mehrheit und eine Minderheit gegenüber. Die Situation ist die, dass von den einen die Steuerungsfunktion des Selbstbehaltes bestritten wird, während die anderen zumindest geneigt sind, davon zu sprechen, dass der Selbstbehalt eine materielle, vor allem aber eine psychologische Wirkung hat.

Wir möchten im übrigen darauf hinweisen, dass eine Kostenbeteiligung bei Einkommen unter einem bestimmten Betrag in der Kommission mehrheitlich abgewiesen wurde. Es ist zutreffend argumentiert worden, dass der administrative Aufwand zu gross wäre.

Die Kostenbeteiligung für Kinder ist bereits reduziert. Sie sehen, dass hier die Kommission für Kinder bis zum 6. Altersjahr keine Kostenbeteiligung erheben will.

Dann haben wir die Frage bezüglich der Prävention und den Antrag Mornioli. Ich werde nach der Begründung der Anträge dazu Stellung nehmen.

Zusammenfassend bestehen drei Differenzen zum Entwurf des Bundesrates:

1. die Höhe des Selbstbehaltes;
2. die Kostenbeteiligung bei der Prävention;
3. das alternative Modell von Herrn Mornioli, das der Lösung der Kommission gegenübersteht.

In den übrigen Punkten stimmt die Kommission dem Entwurf des Bundesrates zu.

**M. Roth, porte-parole de la minorité:** J'interviens donc ici pour défendre la minorité de la commission.

La problématique a trait, comme vient de le rappeler le président de la commission, à la participation des patients aux coûts. Tel qu'il est réglé dans le projet de loi que vous avez sous les yeux, le système s'inspire du droit actuel: l'assuré devra prendre à sa charge les coûts facturés jusqu'à concurrence du montant de la franchise et, en plus, un pourcentage des frais qui excède ce montant jusqu'à concurrence d'un montant maximal annuel. La majorité demande un pourcentage de 15 pour cent; la minorité, avec le Conseil fédéral, un pourcentage de 10 pour cent.

Le taux de cette quote-part a été controversé depuis le début, puisque la commission d'experts proposait déjà 15 pour cent et une minorité de cette commission davantage encore. La minorité de la commission des Etats s'est rangée cependant à l'argumentation du Conseil fédéral et elle fait siens les motifs de l'exécutif.

Je rappellerai brièvement ces motifs. Une participation aux coûts qui porte sur des frais facturés ne représente pas une charge identique pour tous les assurés, d'autant plus, encore une fois, qu'on ne choisit pas d'être malade. Une augmentation conséquente devrait s'accompagner, pour que l'on reste équitable, de la prise en compte du revenu des assurés, ce à quoi on a renoncé surtout pour ne pas surcharger les coûts administratifs des assureurs. Il faut d'ailleurs noter que même si le montant de la quote-part demeure inchangé, la participation aux coûts incombant aux patients sera relevée, dans l'ensemble, puisqu'elle s'étendra aux traitements hospitaliers par une contribution de l'assuré aux frais de séjour à l'hôpital, ce qui est réglé aussi à l'alinéa 5 de cette même disposition de l'article 56. C'est pourquoi il semble équitable à la minorité de la commission de maintenir la quote-part des patients à 10 pour cent.

J'ajouterais encore ceci. Le débat que nous avons maintenant déjà eu lieu lors de l'arrêté urgent. Avec plusieurs de mes collègues qui se retrouvent d'ailleurs dans la minorité, j'étais opposé à une telle solution dans le droit d'urgence parce qu'on n'avait pas réglé alors la question de la répartition des fardeaux dans l'assurance-maladie et qu'on intervenait ponctuellement sur les effets des coûts de l'assurance dans certains secteurs seulement. Maintenant, dans cette loi, on a fait en sorte que les poids soient mieux répartis, et dans cette mesure-là je pourrais me rallier à l'idée qui est à la base de cette disposition de l'article 56, mais m'y rallier, comme avec mes collègues de la minorité, dans une mesure modérée. Au fond, de quoi procède cette volonté de faire participer l'assuré aux coûts? Elle devrait, dit-on, éveiller la conscience des coûts de la part du patient, mais alors ne pas être si haute que les assurés, surtout les assurés économiquement faibles, soient trop chargés, comme d'ailleurs seront aussi fortement chargés les revenus moyens.

La minorité, avec le Conseil fédéral, insiste davantage sur ce deuxième aspect alors que la majorité de la commission met davantage l'accent sur le renforcement de la conscience des coûts de la part de l'assuré. A ce propos, d'ailleurs, croyez-vous que les assurés, notamment les plus démunis, ne se sont pas aperçus ces dernières années de l'augmentation massive de leurs cotisations? Les assurés ont déjà beaucoup donné. Le professeur Gilliland remarquait avant-hier, dans le «Nouveau Quotidien» qu'un transfert de charges important avait eu lieu des pouvoirs publics sur les assurés. Je le cite: «Confédération, cantons et communes contribuaient à 45 pour cent du financement direct et par subventions du système de santé en 1975. Leur part est tombée à 33 pour cent de 1987 à 1990. En simplifiant et relativement à la quote-part du produit national brut de 1975, le délestage public est de l'ordre de 20 milliards de 1976 à 1990, et pour la seule année 1992 il sera supérieur à 3 milliards de francs.» Donc, en gros, le désengagement provient pour moitié du blocage de la subvention fédérale et pour moitié de la part des cantons. En conséquence, sur le plan général suisse – sans tenir compte des disparités cantonales qui sont fortes – la contribution de l'assurance-maladie, cotisations, participation aux frais, y compris les subventions, s'est élevée en quinze ans de 35 à 44 pour cent. Il est indéniable que l'explosion des coûts, dont on parle volontiers, est surtout une explosion des cotisations. Ce transfert de charges massif sur les assurés n'a pas été accompagné de mesures correctrices avant les tout récents arrêtés urgents. En pourcentage de leur budget, les personnes modestes et les ménages avec plusieurs enfants ont été pénalisés à chaque hausse de cotisation.

Devant cette situation où les assurés à revenus modestes en particulier ont été durement chargés toutes ces dernières années et aujourd'hui encore, dans une période critique de récession économique, je vous prie d'en tenir compte dans votre vote et d'accepter, avec la minorité et le Conseil fédéral, une participation des patients aux coûts, mais une participation modérée de 10 pour cent et non pas de 15 pour cent. D'accord c'onc pour éveiller les assurés à la conscience des coûts, mais de manière modérée. Il ne faut pas en effet élargir sur deux fronts la participation des patients qui s'étend déjà aux coûts hospitaliers et que la majorité voudrait augmenter

encore en majorant de 5 pour cent la quote-part que le Conseil fédéral avait initialement fixée à 10 pour cent. Pour toutes ces raisons, je vous prie de vous rallier à la proposition de la minorité.

**Onken**, Sprecher der Minderheit: Mit der Kostenbeteiligung, über die wir hier nun schon mehrfach debattiert haben, wird versucht – so sagen die Befürworter –, auf das Kostenbewusstsein der Versicherten Einfluss zu nehmen und damit bremsend auf die Nachfrage einzuwirken. Wir bewegen uns hier schon ein wenig im Bereich der Ideologie. Die einen behaupten: Das bringt tatsächlich etwas, das hilft, die Kosten in den Griff zu bekommen; das führt dazu, dass man nicht wegen jeder Bagatelle zum Arzt rennt, und das hilft damit eben auch Kosten einzusparen.

Die anderen sagen: Das bringt überhaupt nichts, das ist eine reine Finanzierungsmassnahme; ob hohe Kostenbeteiligung oder niedrige, vergleicht man die Entwicklung in den verschiedenen Ländern, so ist sie überall gleich verlaufen, selbst dort, wo eine hohe Kostenbeteiligung bestand. Es gibt keinen schlüssigen Nachweis dafür, dass hohe Kostenbeteiligungen eo ipso auch zu tieferen Kosten führen, im Gegenteil: Sie halten vielleicht sogar den einen oder anderen vom Arztbesuch ab, auch von einem Arztbesuch, der vernünftig wäre. Das führt im nachhinein möglicherweise zu um so höheren Kosten.

Aber lassen wir das. Wir haben diese Franchise, wir haben auch den Selbstbehalt, und es ist kein Antrag gestellt, diese Instrumente völlig aus dem Gesetz herauszustreichen. Es geht nur darum, sie sinnvoll zu begrenzen.

Die Gegner wie die Befürworter, zumindest wenn sie ehrlich sind, müssen einen Mangel dieser Kostenbeteiligungen zugeben, nämlich den, dass sie völlig undifferenziert wirken, dass sie nicht nach Einkommen, nicht nach wirtschaftlicher Leistungskraft gestuft sind, sondern dass sie pauschal alle in gleicher Art und Weise treffen. Damit schlagen sie natürlich in der Wirkung unterschiedlich ein; denn es ist klar, dass bei einem bescheidenen Einkommen eine entsprechende Kostenbeteiligung sehr schmerzhaft sein kann, während ein mittleres oder gar höheres Einkommen völlig von der Wirkung verschont bleibt, die Bezahlung dieser Kosten jedenfalls keine grossen Probleme schafft.

Das ist das Ungerechte daran, dass mittlere und kleinere Einkommen stärker, härter getroffen werden als die höheren Einkommen. Das macht die Kostenbeteiligung de facto auch weitgehend wirkungslos; denn es müssten – wenn man schon eine kostendämpfende Massnahme ergreifen will – ja wirklich alle gleich nachhaltig erfasst werden. Dass das nicht der Fall ist, macht sie letztlich eben auch sozial ungerecht.

Deshalb unterstütze ich zum einen voll und ganz den Minderheitsantrag zu Absatz 2, den Herr Roth soeben begründet hat, der Selbstbehalt sei auf 10 Prozent zu belassen und nicht auch noch auf 15 Prozent zu erhöhen.

Mein Minderheitsantrag zu Absatz 2bis zielt aber zusätzlich noch in eine andere Richtung. Er versucht, eine Korrektur dadurch zu erreichen, dass er eine Plafonierung setzt, dass er also eine Ausweitung nach oben verhindern will und irgendwo eine Grenze setzt. Franchise und Selbstbehalt zusammen gerechnet sollen bei Personen ohne Kinder einen Viertel der Prämie und bei Personen mit Kindern einen Fünftel nicht übersteigen. Damit ist eine obere Grenze festgelegt, wobei die Prämienverbilligung sogar noch abgezogen werden kann, damit diese Massnahme in besonderem Masse den einkommensschwachen Schichten zugute kommt. Ich glaube, dass dieser Antrag eine Begrenzung dieser Kostenbeteiligung auf einem einigermaßen erträglichen Mass ermöglichen würde.

Zwar ist es richtig, dass heute schon eine Begrenzung besteht. Die Limite lag bei 750 Franken, und mit den dringlichen Massnahmen haben wir sie unlängst auf 500 Franken gesenkt. Aber diese Limitierung ist irgendwo in der Verordnung festgeschrieben. Sie kann auch wieder ändern. Sie ist politischen Opportunitäten unterworfen, und sie kann ohne weiteres – und wird wahrscheinlich auch ohne weiteres – wieder erhöht werden, während wir mit der gesetzlichen Regelung eine verbindlichere Lösung haben, die auch sozialen Kriterien Rechnung trägt.

Die Ausgestaltung mag im einen oder anderen Fall noch gewisse Schwierigkeiten verursachen. Möglicherweise hält man mir das von gegnerischer Seite nachher vor. Aber bei etwas gutem Willen und mit Findigkeit lässt sich das in der Vollzugsverordnung ohne weiteres regeln. Es werden im Rahmen dieser Prämienverbilligung noch viel schwierigere Probleme zu ordnen sein, und auch dort werden sie gelöst werden können. Ich bitte Sie also: Wenn schon eine Kostenbeteiligung, wenn schon diese Selbstbehalte und diese Franchisen, müssen sie nach oben irgendwo begrenzt werden; die einkommensschwächeren Schichten sollen nicht mit aller Härte getroffen werden.

Ich ersuche Sie aus diesem Grunde gemeinsam mit den Mitunterzeichnern, diesem Minderheitsantrag zu Artikel 2bis zuzustimmen und diesen sozialen Aspekt in das Gesetz einzubeziehen.

**Mornirolli**: Wenn ich Kollege Onken zugehört habe, muss ich sagen: Wenn er konsequent sein will, sollte er eigentlich seinen Minderheitsantrag zurückziehen und meinen Antrag unterstützen. Er erfüllt genau die Vorgaben, die Sie gesetzt haben. Er ist abgestuft. Er ist differenziert, etwas kompliziert; aber alles, was unkompliziert ist, ist oft auch ungerecht und nicht sozial.

Ich gehe in diesem Antrag vom versteuerten Jahreseinkommen aus, das in Artikel 57 Absatz 3 des Kommissionsentwurfs definiert ist. Es gibt zwei Wege, wie man die einzelnen sozial abgestuft beanspruchen kann. Der erste Weg ist der der Prämienabstufung, z. B. indem man das Prinzip der Lohnprozente anwendet. Aber damit hat man den zweiten Effekt nicht erreicht, den einer Kostenbremse. Wenn sich einer selber beteiligen muss, und zwar entsprechend seiner Finanzkraft, ist das der einzige Weg, um eine unnötige Beanspruchung von Leistungen zu verhindern. Man kann natürlich an diesen Zahlen «herumdoktern», das ist klar. Man kann sie nach oben oder nach unten korrigieren. Falls mein Antrag angenommen würde, könnte das der Nationalrat tun.

Ich spreche gleich noch zu meinen zusätzlichen Anträgen zu den Absätzen 3 bis 5: Das sind Anpassungen, die sich ergeben, falls mein Antrag zu Absatz 2 angenommen würde.

**Präsident**: Den Antrag von Frau Beerli wird Herr Schiesser begründen.

**Schiesser**: Wenn ich etwas überrascht bin, dass ich schon zum Einsatz komme, so deshalb, weil ich geglaubt habe, wir würden zuerst die vorausgehenden Absätze bereinigen und erst dann auf Absatz 6 eintreten.

**Huber**, Berichterstatter: Ich mache zu den einzelnen Anträgen noch kurze Ausführungen. Beim Antrag der Minderheit Roth zu Absatz 2 ist aus der Fahne ersichtlich, dass ich ihm zustimme. Meine Zustimmung als Kommissionsmitglied basiert darauf, dass die Behauptung in der Tat richtig ist, eine zu grosse Verlagerung zu Lasten des Individuums könne der gegenwärtigen Vorlage nicht guttun. Ich bin für eine Selbstbeteiligung, ich bin für eine massvolle Selbstbeteiligung. Wenn Sie in der Öffentlichkeit nach dem letzten Beschluss über die dringlichen Massnahmen herumgehört haben, dann hat kein Mensch über die dringlichen Massnahmen als solche geschimpft, sondern über jene 10 Franken. Aber davon darf sich der Parlamentarier nicht leiten lassen.

Was den Minderheitsantrag Onken angeht, bin ich echt in einem Zwiespalt. Ich ziehe die bundesrätliche Lösung in Absatz 4 vor: «Für Kinder gilt die Hälfte der Franchise und des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes eines Erwachsenen zu entrichten.» Ich finde, das ist eine in der Zielrichtung ebenfalls vertretbare Lösung, wobei ich gerne konzediere, dass das im Prinzip die Kinder betrifft, während im Antrag der Minderheit Onken auch für den Erwachsenen ein «Bonbon» enthalten ist. Insofern ist die Situation nicht ganz gleich, aber sie hat Ähnlichkeit.

Beim Antrag Morniroli muss ich sagen, dass das, was er uns vorschlägt, nicht neu ist. Er hat uns das bereits bei den dringlichen Massnahmen vorgeschlagen. Wir haben es dort abgelehnt. Warum ich heute dazu komme, Ihnen zu empfehlen, diesen Antrag abzulehnen: Wenn wir auf der einen Seite bei der Subventionierung der Prämien soziale Differenzierungen und das Einkommen ins Spiel bringen, dürfen wir das gleiche nicht noch einmal im Zusammenhang mit der Franchise und den übrigen Selbstbehalten machen. Ich muss Ihnen einfach sagen: Der tragende Mittelstand dieses Staates – den sehr gut Betuchten machen diese beiden Dinge, nämlich die Prämien-subventionierung und die Franchise nach dem Antrag Morniroli, nichts aus – ist natürlich betroffen. Er bekommt aufgrund seiner Einkommensverhältnisse keine Prämien-subvention, und er bekommt aufgrund der Einkommen, die hier angegeben werden, im Prinzip Franchisen in einer sehr grossen Höhe. Beides ist zusammen zu sehen. Von daher sind die abgestuften Franchisen von mir aus gesehen nicht zu vertreten. Schliesslich darf ich darauf aufmerksam machen: Wer Lust und Freude daran hat, seine Franchise zu variieren, kann das im Rahmen des Artikels über die alternativen Versicherungsformen, den wir bereits beschlossen haben, durchaus tun. Man sollte dies aber nicht zum System machen, und man sollte es nicht ins Gesetz aufnehmen.

Ich werde bei der Kostenbeteiligung (Abs. 2) mit der Minderheit stimmen und Ihnen im übrigen beantragen, die anderen zusätzlichen Anträge abzulehnen, weil deren Anliegen einerseits bereits im vertretbaren Umfang Rechnung getragen wurde, zum anderen, weil beim Antrag Morniroli aufgrund der Kumulation mit der Prämienverbilligung eine gefährliche Belastung des Mittelstandes entstünde, was auch eine Belastung des Gesetzes an sich darstellen würde.

**Schoch:** Ich äussere mich zunächst zu Artikel 56 Absatz 2 Buchstabe b und sodann zu dem neu vorgeschlagenen Absatz 2bis, dem Minderheitsantrag Onken.

Bei Absatz 2 Buchstabe b unterstütze ich die Mehrheitsposition und beantrage Ihnen, dem durch die Mehrheit der Kommission mitgetragenen Selbstbehalt von 15 Prozent zuzustimmen.

Natürlich stimmt es und kann nicht wegdiskutiert werden, dass es hier möglicherweise zum Teil um eine Frage der Ideologie geht, wie Herr Onken gesagt hat. Es geht aber auch um die Frage, wie weitgehend die Solidarität, von der ich gestern gesprochen habe, strapaziert werden soll. Denn auch wenn man davon ausgehen muss und davon ausgehen soll, dass Krankheit Schicksal ist – und derartige Schicksalsschläge wollen wir mit diesem Gesetz ja auffangen oder wenigstens abfedern –, weiss trotzdem jeder von uns, dass ein wesentlicher Anteil der Kosten für das Gesundheitswesen auch bis zu einem gewissen Grad durch unsere individuellen Entscheidungen beeinflusst werden kann.

Man kann nämlich ärztliche und andere, durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckte Leistungen ein bisschen rascher oder ein bisschen weniger rasch in Anspruch nehmen. Man kann also mit anderen Worten länger damit zuwarten, den Arzt aufzusuchen, oder man kann rascher zum Arzt laufen. Jeder von uns weiss das, und jeder von uns war schon in der Situation, in der er sich die Frage gestellt hat: Soll ich jetzt zum Arzt gehen, oder soll ich nicht?

Wenn es nicht so wäre, müssten ja die Statistiken falsch sein. Aber die Statistiken belegen, dass auf dem Land sehr viel weniger ärztliche Leistungen in Anspruch genommen werden als in der Stadt. Es mag an dieser Stelle auch einmal gesagt sein, dass in der Ostschweiz sehr viel weniger ärztliche Leistungen in Anspruch genommen werden als in der Romandie.

Häufig hat das auch damit zu tun, dass auf dem Land, in Obereggen oder in Urnäsch, der Arzt weiter weg ist als in der Stadt. Da überlegt man sich den Besuch beim Arzt ein bisschen länger, und darüber wird man dann unverhofft wieder gesund. Das zeigt eben auch, dass man den Gang zum Arzt selbst steuern kann. Mit dieser durch den Patienten selbst beeinflussten Steuerung, mit dem Gang zum Arzt, löst man dann den ganzen Mechanismus aus, der schliesslich zur Belastung der Krankenversicherung führt.

Ich betone nochmals: Ich will damit nicht wegdiskutieren, dass Krankheit Schicksal ist. Aber ich will sagen: Den ersten Schritt zum Arzt kann man rascher oder weniger rasch tun. Damit beeinflusst man die Kosten ganz entscheidend; denn was beim Gesundheitswesen die grossen Kosten auflaufen lässt, das sind die kleinen Konsultationen beim Hausarzt; die Summe dieser kleinen Konsultationen, das geht ins dicke Tuch. Darauf können wir mit einem etwas höheren Selbstbehalt Einfluss nehmen.

Jetzt liegt mir etwas ganz Wesentliches am Herzen: Ein höherer Selbstbehalt kann und soll keine soziale Ungerechtigkeit darstellen. Ein Selbstbehalt von 15 Prozent ist auch nach sozialen Gesichtspunkten absolut vertretbar. Wir wollen ja – das ergibt sich aus dem Text, den Ihnen die Kommission vorlegt – eine Maximalbegrenzung von Selbstbehalt und Franchise. Heute liegt diese Maximalbegrenzung bei 500 Franken. Bis zu den dringlichen Bundesbeschlüssen, die wir in der letzten Session beschlossen haben, lag sie bei 750 Franken; wir haben sie also mit den in der letzten Session gefassten Beschlüssen sogar noch herabgesetzt.

Ich wehre mich nicht gegen eine maximale Höhe von Selbstbehalt und Franchise sogar auf diesen 500 Franken, wiewohl das ein relativ niedriger Betrag ist. Aber es kann niemand behaupten, dass mit dieser Maximalhöhe von 500 Franken, die durch den Bundesrat festzulegen wäre, irgendwo soziale Not entstehen könnte. Aber wir können steuern, und wir können versuchen, die Kosten des Gesundheitswesens in den Griff zu kriegen. Wir können etwas abfedern, was wir im Bereich der Solidarität der gesamten Bevölkerung im Rahmen des Obligatoriums zumuten.

Ich würde Ihnen deshalb empfehlen, dem Mehrheitsantrag der Kommission zuzustimmen und sich mit den Selbstbehalt von 15 Prozent einverstanden zu erklären.

Jetzt noch zwei Sätze zum Antrag der Minderheit Onken bezüglich Absatz 2bis: An sich liesse sich mit diesem Antrag durchaus noch leben. Aber ich halte es für problematisch, so präzise Regelungen ins Gesetz aufzunehmen und das nicht dem Bundesrat zu überlassen. Der könnte flexibel auf die jeweils gegebene Situation eingehen und im Rahmen der Absätze 3 und 4, so wie es die Kommission vorschlägt, Lösungen treffen, die laufend der jeweiligen Situation angepasst werden könnten.

Dabei sind die Absätze 3 und 4 gemäss Antrag der Kommission durchaus nicht weniger sozial. Vor allem, wenn Sie Absatz 4 nachlesen: Für Kinder bis zum 6. Altersjahr würde überhaupt keine Kostenbeteiligung erhoben, und für Kinder, die älter als sechs sind, d. h. also für Kinder bis zum 18. Altersjahr nach dem System unserer Gesetzgebung, wäre der Maximalbetrag noch die Hälfte dessen, was für einen erwachsenen Versicherten erhoben werden könnte. Das ist meines Erachtens verkraftbar und liegt in einem sozial vertretbaren Rahmen; es geht auch noch wesentlich weiter als das, was der Bundesrat in seiner Fassung von Absatz 4 vorgeschlagen hat. Ich würde Ihnen deshalb empfehlen, Absatz 2bis, d. h. den Antrag der Minderheit Onken, abzulehnen, dafür Absatz 3 gemäss Bundesrat und Absatz 4 gemäss Kommission zuzustimmen.

**Onken, Sprecher der Minderheit:** Ich möchte mich doch nochmals zu den Ausführungen von Herrn Schoch äussern.

Herr Schoch, Sie wollen vieles über die Nachfrage steuern. Sie sagen: Wenn wir eine Kostenbeteiligung erheben, wird der Patient vielleicht weniger geneigt sein, wegen einer Kleinigkeit zum Arzt zu gehen.

Wo Sie aber nicht Hand bieten – und was viel wichtiger ist –, das ist die Begrenzung auf der Angebotsseite. Denn dass man in der Ostschweiz weniger oft zum Arzt geht, dass die Kosten dort tiefer sind, das hängt nicht nur mit einer anderen Gesinnung zusammen, auch nicht nur damit, dass der Weg zum Arzt vielleicht ein wenig weiter ist – damit vielleicht auch –, es hängt vor allem mit der niedrigeren Aertztedichte zusammen, die wir in der Ostschweiz im Gegensatz zu den Städten haben.

Man sieht eben, dass dieser Markt vor allem angebotsseitig gesteuert wird, dass sich dort, wo die Aertztedichte hoch ist, wo es beispielsweise viele Spezialisten hat, natürlich auch die

Menge ausweitet. Alle diese Leute suchen doch ihr Einkommen, das ist verständlich, alle schaffen sich ihren eigenen Markt. Deshalb wird dann vielleicht zu zwei, drei zusätzlichen Konsultationen aufgebodet, die nicht nötig wären und die ein Arzt in der Ostschweiz, der ohnehin überlastet ist und gar nicht mehr Patienten nehmen kann, nicht verschreibt.

Aber da bieten Sie nicht Hand, dass diese Mengenausweitung allenfalls gesteuert werden könnte. Sie wollen alles über den Patienten machen, ihn mit höheren Kosten davon abhalten, zum Arzt zu gehen. Nur: Der Arzt lässt ihn dann vielleicht einfach ein zusätzliches Mal kommen, damit er wieder auf seinen Schnitt kommt. So geht die Rechnung einfach nicht auf!

Noch etwas zur Begrenzung der Kostenbeteiligung. Es ist richtig, ich habe das in meiner Begründung auch gesagt: Wir haben jetzt die Begrenzung auf 500 Franken, aber das gilt pro Versicherten. Für eine vier-, fünfköpfige Familie sind das 2000, 2500 Franken. Das fällt dann schon stärker ins Gewicht – das muss man sehen –, auch wenn wir für die Kinder einen kleinen Fortschritt erreicht haben. Aber es ist nicht so, dass man meinen Minderheitsantrag ablehnen müsste, weil wir bei den Kindern ein Zugeständnis gemacht haben, sondern es wäre durchaus sozial ausgewogen, meinen Minderheitsantrag zusätzlich in das Gesetz einzubeziehen und zumindest dem Antrag der Minderheit Roth zuzustimmen.

**Schoch:** Um das Zwiesgespräch zwischen Herrn Onken und mir noch ganz kurz weiterzuführen:

1. Gerade dort, wo die Aertztedichte höher ist, müsste doch ein höherer Selbstbehalt eine regulierende Wirkung haben. Gerade dort, denn dann wird man es sich zweimal überlegen, ob man, um den Cholesteringehalt im Blut kontrollieren zu lassen, wirklich zum Spezialarzt gehen will oder nicht. Aber das ist mein Verständnis, und da bewegen wir uns vielleicht in der Tat im Ideologiebereich.

2. Was die vier- oder fünfköpfigen Familien betrifft: Da stimmt Ihre Rechnung klar nicht, denn vier oder fünf Erwachsene pro Familie gibt es ja nur – was weiss ich – im Iran; sonst sind die zusätzlichen Familienmitglieder Kinder, die man zusammen mit seiner Frau hat. Und die Kinder fallen nach dem, was die Kommission vorschlägt, ausser Betracht. Auch vier-, fünfköpfige Familien bezahlen also im Maximum 1000 Franken pro Jahr, nämlich zweimal 500 Franken oder höchstens zweimal 750 Franken.

**Schiesser:** Eine kurze Bemerkung zu Herrn Onken. Er hat in seinem ersten Votum ausgeführt, hier werde der Patient, der Versicherte, also der Schwächere, mit aller Härte getroffen. Ich habe mir die Zahlen angesehen, die jetzt verschiedentlich genannt worden sind, und möchte herausstreichen, in welchen Grössenverhältnissen wir uns bewegen. Herr Onken, ich gebe Ihnen recht; in anderen Bereichen, wo es um wesentlich mehr geht, könnten die Versicherten mit aller Härte getroffen werden, hier aber nicht.

Gehen wir vom heutigen Kostenbeteiligungsplafond von 500 Franken aus. In der Kommission hat man uns gesagt, die Verwaltung gehe davon aus, dass der Höchstbetrag in etwa gleich bleiben werde (jetzt 500 Franken, früher 750 Franken). Er müsse allerdings in einigen Jahren wiederum der Teuerung angeglichen werden. Wenn ich mir diese Zahlen vor Augen halte, so wäre bei einem Selbstbehalt von 10 Prozent der Plafond bei Kosten von 3500 Franken erreicht, bei 15 Prozent wäre dies bei 2333 Franken der Fall. Die Differenz beträgt 1167 Franken. Davon müsste man den Selbstbehalt berechnen. Das ist der Streitgegenstand, um den es hier geht.

Ich bin überzeugt, dass wir an andern Orten, zum Beispiel beim nächsten Artikel, je nach konkreter Ausgestaltung das Portemonnaie des einzelnen wesentlich mehr füllen oder belasten als hier.

Ich möchte Sie bitten, bei diesem Streit die Relationen zu sehen und zu erkennen, dass es in diesem Gesetz an anderen Orten wesentlich grössere Brocken gibt.

**Mornioli:** Da ich meinen Antrag aufrechterhalten will, nehme ich schnell Stellung zu den Äusserungen verschiedener Kollegen.

Wenn Herr Huber sagt, dass ein doppelter Sozialausgleich nicht angehe, bin ich absolut einverstanden; dagegen bin ich auch. Daher habe ich gesagt, dass ich die Erhebung der Prämien nach Lohnprozenten als nicht richtig ansehe. Wir haben ja in Artikel 53 Absatz 1 festgelegt, dass die Prämien für alle gleich sind. Es ist etwas anderes, wenn man für die finanziell Schwachen die Prämien subventioniert. Aber die Prämien sind für alle gleich.

Zu Herrn Schoch: Den Gang zum Arzt kann man nur über eine effektive Kostenbeteiligung steuern. Wenn aber für einen Arbeiter 500 Franken vielleicht viel sind, so ist das für andere überhaupt nichts. Nur wenn jeder entsprechend seiner Finanzkraft in den Geldsäckel greifen muss, kann man die Verantwortung effektiv dem einzelnen übertragen.

«Numerus clausus» hat Kollege Onken eigentlich gesagt; die Angebotsseite beeinflussen. Damit bin ich einverstanden. Wir kämpfen ja mit der Aerztesgesellschaft und mit der FMH seit mindestens 15 Jahren für den Numerus clausus. Wir wurden immer beschuldigt, dies nur zu tun, um die Konkurrenz zu vermindern. Das ist sicherlich nicht der Fall. Wir haben heute den Beweis, dass der Ueberschuss an Aerzten zu einer Kostensteigerung führen muss; das ist ganz klar. Denn wenn ich einen Schnupfen habe und zehn Kilometer weit fahren muss, um einen Arzt zu erreichen, überlege ich mir das. Und wenn er die Praxis im Hause gegenüber hat, gehe ich eben schnell vorbei.

**M. Coutau:** Dans cette affaire, on parle beaucoup de solidarité, on parle beaucoup de politique sociale. C'est nécessaire, et c'est parfaitement fondé.

J'ai, hier, insisté sur l'aspect global des considérations à faire en matière de financement. Nous avons un financement qui va peser lourdement sur les jeunes, en particulier en raison de la solidarité entre les âges. Nous allons avoir une solidarité également importante pour les contribuables puisqu'environ 3 milliards de francs vont être consacrés à l'assurance-maladie et à son financement. J'ai dit que l'ensemble de cet aspect du financement devait être aussi considéré globalement, en ce sens que la franchise et la participation aux coûts faisaient partie de cet ensemble. Il faut bien se souvenir que le système même que nous avons envisagé permet de concentrer sur les catégories socialement les plus défavorisées l'effort de solidarité que les pouvoirs publics envisagent de consacrer à l'assurance-maladie. C'est la raison pour laquelle il faut vraiment voir cet aspect du financement dans son ensemble.

Mais j'aimerais revenir en particulier sur un argument qu'a utilisé M. Onken en reprochant à M. Schoch de ne voir que l'effet de la limitation de la demande que l'on attend de la participation de 15 pour cent aux coûts. Monsieur Onken, ce n'est pas seulement la demande qui est ainsi visée, c'est aussi l'offre, car les médecins savent très bien quelle est la situation sociale de leurs patients. Et il est évident, en tout cas dans mon expérience, que les médecins ne feront pas des prestations supplémentaires s'ils savent que les patients doivent en supporter des conséquences financières importantes. Donc, immédiatement, au niveau de l'offre, vous avez aussi un effet de réduction de l'augmentation des prestations, car les médecins sont conscients de leur responsabilité sociale.

Je suis un peu étonné de la description que l'on fait du corps médical dans certains discours. Le corps médical a aussi une conscience sociale. J'aimerais qu'on ne l'oublie pas et que l'on sache que, y compris parmi les médecins, et notamment les généralistes, il y a une conscience de la situation individuelle de leurs patients. Et c'est la raison pour laquelle j'estime qu'avec une participation de 15 pour cent il y a aussi un effet de modération sur l'offre des prestations.

C'est pourquoi, notamment, je soutiendrai la proposition de la majorité.

**Huber, Berichterstatter:** Nur einen Satz zu Ihnen, Herr Kollege Mornioli: Sie haben selbstverständlich recht, wenn Sie sagen: Die Prämie ist gleich. Aber Sie vergessen den Nachsatz. Die Prämiensubventionierung ist einkommensbezogen, und darum besteht ein doppelter Effekt bei der Annahme Ihres Antrages. Daher bitte ich das Plenum, den Antrag Mornioli abzulehnen.

M. Cotti, conseiller fédéral: Je pourrai être assez court. J'ai dit ce matin que, dans le cadre de l'entente très large entre le Conseil fédéral et le Conseil des Etats, il y avait quelques exceptions qui créaient des divergences relatives au problème de la première finalité du message, c'est-à-dire à la limitation des coûts. J'ai dit en même temps qu'il y avait un point qui touchait le deuxième objectif du message, celui de la réalisation d'une assurance-maladie plus sociale, plus solidaire. A l'article 56, nous sommes justement arrivés à ce seul point où les aspects de la solidarité sont touchés. Je dis d'emblée que le Conseil des Etats a retenu avec un scrupule que j'apprécie beaucoup tous les autres éléments qui concernent la solidarité, et je n'affirmerai donc pas qu'il s'agit ici – Monsieur Coutau, je vous donne raison – de l'élément majeur qui concerne les aspects de solidarité.

Quant aux propositions qui sont faites, je me permettrai avant tout de soutenir celles de M. le président de la commission, de la commission et de la minorité Roth en particulier. Essayons d'en rester aux 10 pour cent. Bien sûr, où sont les limites à partir desquelles on peut encore se déclarer solidaire et à partir de quand ne le peut-on plus? Je rappelle entre autres que, à l'occasion du récent arrêté fédéral urgent, le Parlement a déjà voulu introduire des mesures de participation aux coûts que j'aurais préféré – je l'avais dit – renvoyer à la discussion sur le message principal. Le résultat, c'est qu'il y aura probablement une votation populaire et ce sujet sera un des sujets majeurs de l'intérêt populaire. Au fond, je serai appelé à défendre une thèse qui a été la vôtre et pas la mienne. Ce ne sera pas la première fois que je suis appelé à défendre des thèses qui ne sont pas nécessairement les miennes.

Cela dit, j'en viens maintenant aux éléments qui concernent les propositions de 10 et 15 pour cent. Quant à moi, je suis d'avis que le 10 pour cent voulu par le Conseil fédéral, admis par la commission, représente une moyenne tout à fait acceptable qui ne rompt pas avec la solidarité et qui répond à l'exigence objective de réduction de la demande parce que, Monsieur Coutau, vous pouvez bien dire que l'offre est aussi en jeu, mais malgré tout, c'est surtout la demande qui est en jeu ici, car il s'agit de décourager la course effrénée au médecin quand elle n'est pas nécessaire. Alors – M. Schoch n'est plus là – définir quand cette course au médecin n'est pas nécessaire, c'est terriblement difficile. M. Schoch a affirmé auparavant qu'il reconnaissait que la maladie, hélas, est un élément de la destinée humaine. Je le crois volontiers, et c'est cela le point essentiel. La course effrénée au médecin est un élément secondaire qui n'a rien à faire avec l'élément principal qui est la maladie. Quant à moi, je serai plutôt large dans l'établissement de critères que chaque individu doit remplir pour se rendre chez le médecin. Je ne prétends pas que toutes les visites chez le médecin sont légitimes, mais je serai assez large dans une société comme la nôtre. En cas de doute, j'estime que la sécurité du diagnostic du médecin est tout de même le choix principal à faire. Je reste donc de l'avis que la diminution de l'offre est un élément important, mais absolument secondaire par rapport à l'état de fait représenté par la maladie et, disons, en général, aux difficultés sur le plan de la santé. C'est la raison pour laquelle je reste absolument de l'avis que les 10 pour cent sont la solution la plus correcte et je partage l'avis du président de la commission.

M. Onken a fait une proposition de minorité qui essaye d'établir les limites de la participation aux coûts en fonction de la capacité financière de la personne intéressée. Je dois rappeler à M. Onken que dans le cadre de l'assurance-maladie, nous ne connaissons aucune structure qui soit fondée sur la capacité financière des intéressés, sauf l'attribution intégrale des 2 milliards, comme je le disais hier.

A première vue, Monsieur Onken, je ne serais pas du tout opposé à l'établissement d'une règle de ce type parce qu'elle est objectivement sociale. Le fait de différencier la participation aux coûts en fonction de la capacité financière des assurés, eh bien, du point de vue du principe, c'est très social. Mais je constate que si nous considérons les conséquences de la formulation de M. Onken pour le financement de l'assurance-maladie, on arrive, selon les chiffres qui m'ont été donnés – je mets ces chiffres entre guillemets parce que je ne voudrais pas

qu'on me pendre dans un mois s'ils ne sont pas absolument exacts – à une perte de quelque 600 millions de francs dans la participation aux frais de la santé, ce qui me paraît excessif et me fait dire à M. Onken que je préfère la solution qui laisse tout de même le Conseil fédéral établir ces limites. Le Conseil fédéral fera tout – je peux l'assurer – pour essayer de rester dans le camp du social; c'est ce qu'on essaie de faire depuis des années à ce niveau. Mais je dois dire que si dans le deuxième conseil une proposition plus acceptable, au niveau des frais de la santé, devait être trouvée, je pourrais être prêt à l'examiner avec – disons – une certaine bienveillance.

J'arrive à la conclusion: 10 pour cent, 15 pour cent, on pourrait même encore en discuter, aussi dans le deuxième conseil. Mais je constate encore une fois que ce qui s'est vérifié – disons-le franchement – dans le débat sur les mesures urgentes tend à se répéter ici. Ce matin vous avez – je dois le dire – tout à fait légitimement modifié certains accents encore une fois en faveur des fournisseurs de prestations, des «Leistungserbringer». Par exemple, vous avez éliminé de tout budget global les «Leistungserbringer». Vous êtes allés dans une direction qui est bien précise. En venir maintenant, après ce que vous avez fait – permettez-moi de vous le dire – à alourdir la situation des assurés, me paraît effectivement excessif. Je le répète, ce n'est pas tellement le montant qui m'intéresse, mais c'est de contre-carer la tendance qui se dessine dans cette intervention. Je reste donc tout à fait de l'avis qu'il faudrait suivre ici la minorité de la commission.

*Abs. 1 – Al. 1*  
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2 – Al. 2*

*Abstimmung – Vote*

*Eventuell – A titre préliminaire*  
Für den Antrag der Minderheit 19 Stimmen  
Für den Antrag der Mehrheit 11 Stimmen

*Definitiv – Définitivement*  
Für den Antrag der Minderheit 24 Stimmen  
Für den Antrag Morniroli 1 Stimme

*Abs. 2bis – Al. 2bis*

*Abstimmung – Vote*  
Für den Antrag der Mehrheit 19 Stimmen  
Für den Antrag der Minderheit 9 Stimmen

*Abs. 3–5 – Al. 3–5*

**Präsident:** Die Anträge Morniroli zu den Absätzen 3 bis 5 entfallen.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*  
*Adopté selon la proposition de la commission*

*Abs. 6 – Al. 6*  
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 7 – Al. 7*

**Schiesser:** Ich habe die Ehre, als gewöhnlicher Anwalt zum Fürsprecher einer bernischen Fürsprecherin zu werden. Ich vertrete den Antrag von Frau Beerli, weil sie abwesend ist. Ich möchte vorausschicken, dass die Begründungen, die verschiedentlich angeführt werden, um die Prävention vom Selbstbehalt bzw. von der Kostenbeteiligung auszunehmen, nicht stichhaltig sind. Ich nenne vier Gründe:

1. Selbstverständlich soll die Prävention gefördert werden, um auf diese Weise Krankheiten zu verhindern. Es ist indessen fraglich, ob der Ausschluss der Prävention von der Kostenbeteiligung eine derart starke Förderung der Krankheitsvorbeugung bewirkt, dass die durch die vermehrten Präventionsmassnahmen entstehenden zusätzlichen Kosten aufgewogen



werden können. Es geht hier also um die Frage des Kosten-Nutzen-Verhältnisses.

2. Die Ausnahme der Prävention von der Kostenbeteiligung kann sehr leicht zu stossenden Ergebnissen führen. Zum einen können Prävention und Behandlung ineinander übergehen, und zwar fließend. Wo hört die kostenbeteiligungsfreie Prävention auf, und wo beginnt die Kostenbeteiligung, weil nun eine Behandlung angefangen hat? Die Abgrenzungsschwierigkeiten in der Praxis werden hier sehr gross sein.

Ein kleines Beispiel: Jemand lässt sich von einem Arzt einen sogenannten Check-up machen. Das ist an sich Prävention ohne Kostenbeteiligung. Geht derselbe Patient aber zum Arzt und bemerkt gleichzeitig, er möchte untersucht werden, weil er ab und zu Stiche in der Herzgegend verspüre, so erfolgt vielleicht auch eine vorsorgliche Untersuchung. Diese fällt aber, weil offenbar eine Behandlung stattfinden soll, unter die Kostenbeteiligung. Ist eine solche Abgrenzung möglich, und ist sie vor allem praktikabel und sinnvoll?

3. Es besteht die Befürchtung, dass über den Weg der Prävention sehr leicht eine Mengenausweitung entsteht, und diese Mengenausweitung könnte ohne weiteres einen erheblichen, weitgehend unkontrollierbaren Kostenschub bewirken.

4. In der Botschaft des Bundesrates, auf Seite 105, heisst es: «Im weiteren hat es auch keinen Sinn, bei Massnahmen der medizinischen Prävention, die, wie bereits dargestellt, erst auf Verordnungsstufe im einzelnen festgelegt werden, noch eine Kostenbeteiligung zu erheben.» Jetzt kommt die entscheidende Stelle: «Man möchte zur Vermeidung von Krankheiten die Versicherten ja gerade dazu anhalten, die als sinnvoll und nützlich erachteten Vorsorgemassnahmen durchführen zu lassen.»

Wer garantiert in der Praxis, dass nur die nützlichen und sinnvollen Präventionsmassnahmen durchgeführt werden? Aufgrund der Begriffsumschreibung im Gesetz (Artikel 20) ist es doch so, dass hier dereinst alles und jedes subsumiert wird und von der Kostenbeteiligung ausgenommen bleibt.

Aus all diesen Gründen und Bedenken bitte ich Sie, dem Antrag von Frau Beerli zuzustimmen, Buchstabe a zu streichen und damit Abgrenzungsschwierigkeiten in der Praxis zu vermeiden. Nachdem Sie den Selbstbehalt auf 10 Prozent reduziert haben, wäre ein Einbezug der Präventionsmassnahmen in die Kostenbeteiligung sicher tragbar.

**Huber, Berichterstatter:** Ich habe zu Artikel 56 Absatz 7 folgende Bemerkungen:

1. Ich möchte meinem Vergnügen und meiner Freude Ausdruck geben, dass wir endlich dazu kommen, die Prävention im Pflichtleistungspaket zu verankern. Das ist ein Schritt, auf den wir jahrzehntlang gewartet haben. Jetzt haben wir es fertiggebracht, weil wir beispielsweise von den Zahnärzten wissen, dass die Prävention eine durchaus positive, eine der Volksgesundheit förderliche Einrichtung ist.

2. Wir haben den Artikel 20 und den Artikel 27 im Zusammenhang mit der Prävention beschlossen. Nach Artikel 27 Absatz 2 hat der Bundesrat die Kompetenz, die Leistungen nach Artikel 20 zu bestimmen; das heisst, was als Prävention zu gelten hat, bestimmt der Bundesrat in der Vollzugsverordnung. Ich bin der festen Ueberzeugung, dass er nicht jede Präventionsmassnahme, die noch am Rand als solche angesprochen wird, in die Pflichtleistung einbezieht, sondern dass er die wirklichen und die wirtschaftlichen Kriterien, die wir definiert haben, anwendet und damit die richtigen Präventionsmassnahmen bezeichnet.

Wenn die Leistungsausweitung nicht zu befürchten ist, wenn die Abgrenzung klar ist – indem das eine Prävention ist, und das andere Diagnose oder Therapie –, nehme ich das Loblied über den Medizineralstand, das Herr Coutau in der Sprache Voltaires kürzlich gehalten hat, auf und sage: Vertrauen wir für einmal den Aerzten, dass sie die Unterscheidung zwischen Prävention und Therapie vornehmen; dass sie im Prinzip auch gegenüber den Versicherten ganz klar erklären, ob ein Eingriff Prävention ist oder Behandlung. Vorher muss ich sagen, dass ich aus der Debatte einige Argumente entnehmen kann. Nun zum letzten Argument, das Herr Schiesser genannt hat: Es sei im Prinzip keine Hemmschwelle, die man aufbaut, wenn

man die medizinische Prävention wiederum der Kostenbeteiligung unterstellt.

Was wollen wir mit der Prävention? Wir wollen die Leute zum Arzt bringen, damit er präventiv tätig wird, eine Krankheit vor ihrem Entstehen oder in deren Frühstadium entdeckt und dann eine Therapie einleiten kann. Wenn das der Gedanke ist, muss die Hemmschwelle so niedrig wie möglich gemacht werden und wenn möglich verschwinden. Dieses Verschwinden der Hemmschwelle – dass man sich präventiv untersuchen lässt, sei es Mann oder Frau, sei es von einem gewissen Alter an – hat messbare Auswirkungen auf das ganze Kostengebäude des Gesundheitswesens und, was noch mehr wert ist, auf die Gesundheit der Bevölkerung und das Wohlbefinden des einzelnen.

Ich fasse zusammen:

1. Was Prävention ist, ist definiert und abgegrenzt. Eine Mengenausweitung ist nicht zu befürchten.

2. Wir, die wir für die Prävention eintreten und uns für die Prävention verwendet haben, möchten diese Kostenbeteiligung nicht, sondern wir möchten sogar im Gegenteil eine Attraktivität in die Praxis des Arztes bringen, damit er seine Funktion – dem Patienten die Gesundheit zu erhalten und ihn vor der Krankheit zu bewahren – optimal erfüllen kann.

Darum bitte ich Sie, den Antrag abzulehnen und der Kommission zu folgen.

**Bundesrat Cotti:** Ich habe nichts hinzuzufügen. Ich teile die Meinung und Argumentation des Kommissionspräsidenten voll und ganz.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

19 Stimmen

Für den Antrag Beerli

5 Stimmen

#### 4. Abschnitt Titel

*Antrag der Kommission*

Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand

#### Section 4 titre

*Proposition de la commission*

Réduction des primes par les subsides des pouvoirs publics

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 57

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Prämienverbilligung durch die Kantone

*Abs. 1*

*Mehrheit*

Uebersteigt die Prämie eines Versicherten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zusammen mit den Prämien von Familienangehörigen, für die er unterhaltspflichtig ist, einen vom Kanton festgelegten Prozentsatz des Einkommens, so übernimmt der Kanton den überschüssenden Betrag. Zuständig ist jener Kanton, in dem der Versicherte bundessteuerpflichtig ist.

*Minderheit*

*(Onken)*

...., für die er unterhaltspflichtig ist, 9 Prozent seines Einkommens, so übernimmt der Kanton den ....

*Abs. 2*

Der Prozentsatz ist so festzulegen, dass die Beiträge von Bund und Kanton nach Artikel 58 grundsätzlich voll ausbezahlt werden. Differenzen sind auf das folgende Jahr zu übertragen. Der Kanton kann festlegen, dass geringfügige Beiträge den Versicherten nicht ausbezahlt werden müssen.

*Abs. 3*

Als Einkommen gilt das steuerbare Einkommen der direkten Bundessteuer, erhöht um einen vom Kanton festgelegten Zuschlag für das nach kantonalem Recht steuerbare Vermögen.

*Abs. 3bis (neu)*

Als Einkommen der Versicherten, die nach dem Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer der Quellensteuer unter-

worfen sind, gilt das vom Bundesrat dem steuerbaren Einkommen nach Absatz 3 gleichgestellte Bruttoeinkommen.

**Abs. 4**

Die Steuerwerte sind der letzten rechtskräftigen Veranlagung zu entnehmen. Liegt die Veranlagung mehr als drei Jahre zurück, gilt die provisorische Einschätzung; fehlt diese für die direkte Bundessteuer, gilt die letzte rechtskräftige Veranlagung oder provisorische Einschätzung für die kantonale Einkommens- oder Erwerbssteuer.

**Abs. 5 (neu)**

Der Bundesrat kann die eidgenössische und die kantonalen Steuerbehörden verpflichten, den zuständigen kantonalen Behörden die Auskünfte zu geben, die sie zur Festsetzung der Prämienverbilligungen brauchen.

**Antrag Morniroli**

**Abs. 1**

... des Einkommens, so wird der überschüssende Betrag durch den Versicherer aus den eventuellen Gewinnen der Zusatzversicherungen gemäss Artikel 9 Absatz 2 finanziert, allenfalls durch den Kanton übernommen. Zuständig ist ....

**Art. 57**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Réduction des primes par les cantons

**Al. 1**

*Majorité*

Lorsque le total des primes dues au titre de l'assurance obligatoire des soins par un assuré, pour lui-même et pour les membres de sa famille dont il a la charge, dépasse un certain pourcentage du revenu, dont le taux est fixé par le canton, celui-ci prend en charge l'excédent. Est compétent le canton où l'assuré acquitte l'impôt fédéral direct.

*Minorité*

(Onken)

... dépasse le 9 pour cent de son revenu, le canton prend en charge ....

**Al. 2**

Le pourcentage est fixé de telle manière que les subsides fédéraux et cantonaux selon l'article 58 soient en principe versés intégralement. Un solde éventuel doit être reporté sur l'année suivante. Le canton peut prévoir que les subsides d'un montant minime ne sont pas versés aux assurés.

**Al. 3**

Est réputé revenu le revenu imposable de l'impôt fédéral direct, augmenté d'un supplément fixé par le canton pour la fortune imposable selon le droit cantonal.

**Al. 3bis (nouveau)**

Est réputé revenu, pour les assurés imposés à la source selon la LIFD, le revenu brut que le Conseil fédéral déterminera dans une ordonnance comme équivalent au revenu imposable selon le 3e alinéa.

**Al. 4**

Les valeurs fiscales sont tirées de la dernière taxation passée en force. Si cette taxation remonte à plus de trois ans, l'estimation provisoire est déterminante; si celle-ci fait défaut pour l'impôt fédéral direct, la dernière taxation passée en force ou l'estimation provisoire pour l'impôt cantonal sur le revenu ou le produit du travail sera déterminante.

**Al. 5 (nouveau)**

Le Conseil fédéral peut obliger les autorités fiscales, fédérales ou cantonales, à fournir aux autorités cantonales compétentes les renseignements dont celles-ci ont besoin pour fixer les réductions de primes.

*Proposition Morniroli*

**Al. 1**

... du revenu, l'excédent est financé par l'assureur au moyen des éventuels bénéfices des assurances complémentaires selon l'article 9, 2e alinéa, au besoin il est pris en charge par le canton. Est compétent ....

*Titel – Titre*

*Angenommen – Adopté*

**Abs. 1 – Al. 1**

**Onken, Sprecher der Minderheit:** Wir gelangen hier in den hochkomplexen Bereich der Prämienverbilligungen, die das eigentliche Herzstück dieser Vorlage sind. Die vorgeschlagene Regelung geht zwar in die richtige Richtung, das möchte ich betonen, aber sie ist noch unvollkommen. Ich habe einen Minderheitsantrag eingebracht, der einen Versuch der Verbesserung macht. Aber ich muss sagen, es ist eine sehr schwierige und komplexe Sache.

Auch mein Antrag ist nicht ohne Tücken – beispielsweise die Frage, ob 8 Prozent oder 9 Prozent angemessener sind, beispielsweise auch die Frage nach dem Gegenstück, nämlich nach der verbindlichen Finanzierung der Bundesbeiträge –, und ich möchte jetzt nicht auch noch diese Diskussion entfachen, ich möchte vor allem nicht die Vertiefung, die im Nationalrat notwendig sein wird, belasten durch einen möglicherweise negativen Ausgang dieser Abstimmung. Deshalb ziehe ich diesen Minderheitsantrag hier zurück.

Ich möchte jedoch zuhanden der Materialien noch folgendes sagen:

1. Mit den Prämienverbilligungen entscheidet sich der Grundsatz der Solidarität, entscheidet sich, ob diese Krankenversicherung eine soziale genannt werden kann oder nicht.

2. Auch ich unterstreiche, dass hier ein Schritt in die richtige Richtung getan wird, indem man endlich von der Gliesskannensubvention weggeht, hin zu einer gebündelten Unterstützung derjenigen, die dieser Hilfe besonders bedürfen.

3. Dieser vorgeschlagene Ausgleich wird schwierig zu administrieren sein; er wird einen grossen Aufwand verursachen und uns noch einige Probleme bescheren. Die lohnprozentuale Lösung, die die Initiative der SPS und des Gewerkschaftsbundes vorsieht, ist an und für sich das schlüssigere und das einfachere System. Sie steht hier jetzt nicht mehr zur Diskussion, aber die Initiative kommt ja noch zur Abstimmung, und man wird ihrer gedenken, wenn man diese Bestimmungen im Nationalrat überprüft. Deshalb scheint es mir um so notwendiger, hier eine verlässliche, eine berechenbare und auch eine sozial verträgliche Regelung zu finden.

4. In zwei Punkten dürfte hier eine Nachbesserung möglich sein: Erstens bin ich der Auffassung, dass ein einheitlicher Prozentsatz festgelegt werden sollte oder zumindest eine gewisse Marge, beispielsweise von 7 bis 9 Prozent, die für die Kantone verbindlich ist. Wir brauchen also eine Bundeslösung.

Dass man hier kantonalisiert, dass man möglicherweise sogar ein buntscheckiges System zulässt, das vielleicht von Kanton zu Kanton Ungerechtigkeiten beinhalten könnte, finde ich nicht in Ordnung. Ich glaube zudem, dass es einen politischen Entscheid über diesen Prozentsatz braucht.

Der zweite Punkt ist die Gegenseite dazu, das Gegenstück sozusagen: Es braucht auch für die Kantone eine berechenbare Lösung für die Bundesbeiträge. Sie müssen wissen, dass sie diese Beiträge bekommen; sie müssen sich darauf verlassen können, sie müssen das überschauen können. Wenn man es jetzt so macht, wie es in Artikel 58 vorgeschlagen wird, dass die Subvention alle vier Jahre festgelegt wird und dabei allerlei Kriterien zu berücksichtigen sind, insbesondere der Stand der Bundesfinanzen, dann ist voraussehbar, was passieren wird, was wir ja schon einmal erlebt haben: dass diese Beiträge variieren, dass sie auch wieder gesenkt werden. Das hat dann einen unmittelbaren Einfluss auf den Prozentsatz, auf die Prämienverbilligung. Es wird die Kantone treffen, die ja nicht in die Lücke springen können, wenn einmal die Bundesbeiträge eingefroren oder gesenkt werden müssen. Und den letzten beissen schliesslich die Hunde: Es wird insbesondere die Versicherten treffen, die dann den kürzeren ziehen.

Ich glaube, hier braucht es gebundene Ausgaben, so schmerzlich das ist; es braucht eine klare Regelung, dass diese Bundesbeiträge geleistet werden. Aber ich möchte, wie gesagt, diese Diskussion hier nicht entfachen.

Ich kann mich zunächst einmal dem Mehrheitsentscheid der Kommission anschliessen und glaube, dass in der nationalrätlichen Kommission über die Modalitäten der Prämienverbilligung noch eingehend gesprochen werden muss. Ich hoffe,

class dort vielleicht eine noch etwas sozialer ausgestaltete Lösung gefunden werden kann.

**Präsident:** Herr Onken zieht seinen Minderheitsantrag zurück. Hält Herr Morniroli seinen Antrag aufrecht?

**Morniroli:** Mein Antrag zu Artikel 57 entfällt natürlich; er wäre nur zusammen mit dem Antrag zu Artikel 9 sinnvoll gewesen.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*  
*Adopté selon la proposition de la commission*

*Abs. 2, 3, 3bis, 4, 5 – Al. 2, 3, 3bis, 4, 5*  
*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 58**

*Antrag der Kommission*

*Titel*

Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung

*Abs. 1*

Der Bund gewährt den Kantonen jährlich Beiträge zur Verbilligung der Prämien im Sinne von Artikel 57.

*Abs. 2*

Die jährlichen Beiträge des Bundes an die Kantone werden unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Finanzlage des Bundes durch einfachen Bundesbeschluss für jeweils vier Jahre festgesetzt.

*Abs. 3*

Der Bundesrat setzt die Anteile der einzelnen Kantone am Bundesbeitrag nach deren Wohnbevölkerung und Finanzkraft fest.

*Abs. 4*

Er bestimmt nach der Finanzkraft der Kantone, in welchem Masse diese den Bundesbeitrag aus eigenen Mitteln mindestens zu erhöhen haben. Der Gesamtbeitrag, den die Kantone zu leisten haben, muss mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen.

*Abs. 5*

Streichen

#### **Art. 58**

*Proposition de la commission*

*Titre*

Réduction des primes par la Confédération

*Al. 1*

La Confédération accorde aux cantons des subsides annuels qui servent à réduire les primes au sens de l'article 57.

*Al. 2*

Ces subsides sont fixés par arrêté fédéral simple valable quatre ans, compte tenu de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins et de la situation financière de la Confédération.

*Al. 3*

Le Conseil fédéral fixe la part de subside qui revient à chaque canton d'après sa population résidente et de sa capacité financière.

*Al. 4*

Le Conseil fédéral décide, d'après la capacité financière des cantons, dans quelle mesure ils doivent au moins contribuer à augmenter le volume des subsides fédéraux. Le montant global que les cantons auront à verser correspond, au minimum, à la moitié de l'ensemble des subsides fédéraux.

*Al. 5*

Biffer

**Huber, Berichterstatter:** Ich kann mich kurz fassen. Ich kann zudem mit Ihrem Einverständnis zu den Artikeln 57 und 58 sprechen, weil die Dinge zusammengehören.

Ich kann Ihnen sagen, dass die Kommission in erster Linie eine Umstellung vorgenommen hat. Das wird dem Ständerat passen, denn die Prämienverbilligung durch die Kantone ist gemäss ihrer Bedeutung nach vorne gerückt, und die Subventionierung, die Beiträge des Bundes, folgen erst an zweiter Stelle.

Wir akzeptieren hier ein grundlegend neues System, das im Jahre 1982 von den Privatversicherern vorgestellt wurde. Ich muss darüber, wie dieses System funktioniert, nicht mehr referieren. Wir haben das jetzt mehrfach gehört.

Die Kommission ist der Meinung – sie hat einen entgegenstehenden Antrag abgelehnt –, dass der Vollzug durch die Kantone geschieht, wie Sie nun in Artikel 57 Absatz 1 sehen. Ich muss sagen: Sogar die Finanzdirektoren sind bei ihrer Eingabe an den Ständerat über diese Hürde gestolpert. Dann ist es also etwas, zu dem man vielleicht doch auch einen halben Satz sagen muss – was hiermit geschehen ist.

Ich teile die Auffassung von Herrn Kollege Onken in dem Punkt, wo er sagt: Kantone und Krankenkassen müssen sehr früh wissen, wieviel die Subventionierungsmittel betragen, damit eine korrekte und rechtzeitige Abwicklung vorgenommen werden kann. Da, glaube ich, sind wir uns einig.

Ich möchte ferner darauf hinweisen, dass die Kommission einem Antrag auf definitive Festschreibung der Höhe der Bundessubventionen nicht zugestimmt hat. Sie will hier Handlungsfreiheit behalten.

Aber ich möchte Herrn Kollege Onken als der professionellen Cassandra des Ständerates nun langsam sagen, dass die Vermutungen, die hier in den Raum gestellt werden, sich nicht bewahrheitet haben; sogar in den Zeiten, in denen wir leben, wo das Kürzen noch intensiver als seinerzeit bei den Miniröcken betrieben wird – wo also Kürzen Mode ist –, hat dieser Beitrag überlebt. Und das spricht für den politischen Willen derjenigen, die ihn eben zu vertreten haben.

Schliesslich darf ich darauf aufmerksam machen, dass die Absätze 3 und 4 von Artikel 58 den Modus, wie die Bundesmittel auf die Kantone verteilt werden, festlegen. Der Grundsatz ist Ihnen bekannt. Das Gesundheitswesen erhält in den Kantonen eine zusätzliche, bedeutsame Aufgabe. Ich glaube aber, dass wir unter diesem Regime – nachdem der Antrag der Minderheit Onken zurückgezogen worden ist, wenn auch mit dem Wunsch nach einer Neuauslotung durch den Nationalrat, und da keine weiteren Anträge vorliegen – diese beiden Bestimmungen einhellig beschliessen können. Dann haben wir ein grosses Stück Arbeit in angemessener Zeit verrichtet. Ich bitte Sie, der Kommission zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 59**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

.... zurückgelegt hat, kann bei einem Versicherer nach Artikel 60 eine Taggeldversicherung abschliessen.

*Abs. 2, 3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

#### **Art. 59**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

(La modification ne concerne que le texte allemand)

*Al. 2, 3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Wir begeben uns jetzt eigentlich in den Bereich der zweiten Säule des KVG, nämlich zur freiwilligen Taggeldversicherung.

Ich erspare Ihnen die Schilderung des Werdegangs. Ich erwähne nur, dass seit 1911 die freiwillige Taggeldversicherung ein Bestandteil der sozialen Krankenversicherung ist. Die Positionen, die zu Beginn bezogen wurden, sind klar. Die Sozialdemokraten wollten das Obligatorium, und sie wollen es selbstverständlich immer noch. Die PKU, die privaten Krankenversicherer, wollte das Ganze überhaupt nicht im Gesetz. Der Bundesrat wollte im Prinzip eine Reform durchführen.

Im Vernehmlassungsverfahren ist diese Reform abgeblockt worden. Der Bundesrat hat daraus die Konsequenzen gezogen. Er sagt in seiner Botschaft ausdrücklich, dass das Schwergewicht seiner Anstrengungen im Gebiet der Krankenpflegeversicherung liege, dass er diese modernisieren wolle,

und dass er in Kauf nehme, dass damit natürlich bei der freiwilligen Taggeldversicherung gewisse Schritte nicht getan werden, die an und für sich getan werden könnten.

Wir haben in der Kommission eine Subkommission eingesetzt, um die Frage der freiwilligen Taggeldversicherung gründlich zu prüfen. Wir sind dort zu klaren Schlüssen gekommen. Wir empfehlen Ihnen, diese freiwillige Taggeldversicherung in der Fassung der Kommission anzunehmen. Es gibt im Prinzip sehr wenige Modifikationen.

Ich komme zurück auf den Artikel 59. Die Kommission möchte mit einer redaktionellen Modifikation klipp und klar hervorheben, dass diese Taggeldversicherung freiwillig bleibt und dass sie separat abgeschlossen werden muss. Sie ist also dem Konsensualprinzip unterworfen und nicht, wie wir es jetzt gehabt haben, einem irgendwie gearteten Obligatorium.

Ich bitte Sie, der einhellig beschlossenen redaktionellen und materiellen Verbesserung in Artikel 59 zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 60–63**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 64, 65**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 64 muss ich auf Absatz 1 hinweisen: «Die Versicherer vereinbaren mit den Versicherungsnehmern das versicherte Taggeld.» Bis anhin war ein minimales Taggeld von, man höre und staune, 2 Franken die Basis, von der wir ausgegangen sind. Ich habe bei einer Kontrolle meiner eigenen Police festgestellt, dass ich diesen Prachtsbeitrag auch noch in meinem Portefeuille habe. Neu wird im Prinzip zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer das Taggeld in einem Vertrag vereinbart. Die Vertragsfreiheit und die Freiwilligkeit kommen hier deutlich zum Ausdruck. Die Kommission stimmt dem eindeutig zu.

Bei Artikel 65 muss ich lediglich darauf hinweisen, dass Absatz 2 eine Uebernahme aus dem Arbeitslosenversicherungsgesetz ins Krankenversicherungsgesetz bedeutet.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 66**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2*

Das Taggeld ist während 16 Wochen zu leisten, wovon mindestens acht Wochen ....

*Abs. 3*

.... während des Bezuges keine gesundheitsgefährdende Arbeit verrichtet.

**Art. 66**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 2*

.... pendant 16 semaines, dont au moins 8 après ....

*Al. 3*

.... , des travaux qui mettent en danger sa santé.

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 66 geht es um das Taggeld bei Mutterschaft. Es könnte jemand auf die Idee kommen, wir würden hier den gleichen Fehler machen, wie wir ihn schon einmal gemacht haben. Es geht um keine Repetition der abge-

lehnten obligatorischen Mutterschaftsversicherung, sondern es geht um eine freiwillige Versicherung; das darf man nicht übersehen! Das Gesetz sagt in Absatz 1 ganz klar «das versicherte Taggeld auszurichten».

Die Kommission ist in Erwägung aller Umstände mit 8 zu 0 Stimmen von 10 Wochen auf 16 Wochen Leistungspflicht gekommen und hat die Korrekturen angebracht, auch bezüglich Untersuchungen, die vor und nach der Geburt liegen sollen. Schliesslich darf darauf hingewiesen werden, dass in den Gesamtarbeitsverträgen die Marge zwischen 12 bis 16 Wochen liegt und dem internationalen Standard entspricht.

Wir nehmen im übrigen bei diesem Stand der Legiferierung davon Kenntnis, dass der Bundesrat uns in Aussicht gestellt hat, in der laufenden Legislaturperiode eine Vorlage «Mutterschaftsversicherung» zu unterbreiten. Gestützt darauf ist die Kommission einhellig der Auffassung, dass Artikel 66 mit diesen Modifikationen zugestimmt werden soll.

**Frau Meier Josi:** Es ist einzig ein Satz von Kollege Huber, der mich veranlasst, hier mein Ceterum censeo noch einmal zu wiederholen. Er sagte nämlich zur Taggeldversicherung bei Mutterschaft: «Wir wollen keinen Fehler wiederholen.»

Für mich war die Vorlage von 1987 kein Fehler, sondern richtig. Sie wurde leider abgelehnt. Wir sind politisch im Moment nicht in einer günstigen Situation; wir erwarten aber die neue Vorlage.

Ich habe in der Kommissionsberatung keine Zweifel daran gelassen, dass mich die heutige Situation nicht befriedigt. Wir kommen nie mehr so billig zu einer Vorlage wie damals.

Immerhin: Die Mutterschaftsversicherung bleibt auf unserer Traktandenliste. Herr Kollege Huber hat das ebenfalls gesagt. Deswegen haben wir, insbesondere die Frauen, diesem Artikel zugestimmt.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 67**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 68**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1, 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 3*

.... abstufen. (Rest des Absatzes streichen)

*Abs. 3bis (neu)*

Artikel 53 Absätze 2 und 4 gelten sinngemäss.

*Abs. 4*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 68**

*Proposition de la commission*

*Al. 1, 2*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 3*

.... les régions. (Biffer le reste)

*Al. 3bis (nouveau)*

L'article 53 2e et 4e alinéa est applicable par analogie.

*Abs. 4*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 69**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 70***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 70 geht es darum, die Krankenversicherung in das geltende Sozialrecht einzuführen. Es geht um die Koordination mit dem System. Grosso modo werden für diese Koordination drei Quellen herbeigezogen:

1. die Arbeit der Expertenkommission Schoch;
  2. das bisherige Recht;
  3. der Allgemeine Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), dem wir am 25. September 1991 im Ständerat einstimmig zugestimmt haben.
- Das sind die gesetzlichen Grundlagen. Je nach der Verlagerung der Gewichte wurde einmal die Expertenkommission, ein andermal die bisherige Regelung oder das ATSG etwas mehr beigezogen.

*Angenommen – Adopté***Art. 71–74***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Art. 75***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Hier ist eine Bemerkung anzubringen. Das bisherige Recht hatte für die an der Durchführung der sozialen Krankenversicherung Beteiligten bereits ganz klar die Schweigepflicht etabliert. Daran wird festgehalten. In Artikel 83 werden die Rechtsfolgen der Verletzung geregelt. Nach unserer Überprüfung ist diese Normierung richtig. Wir empfehlen Zustimmung.

*Angenommen – Adopté***Art. 76***Antrag der Kommission*

.... nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz; die Artikel 12 bis 15 des genannten Gesetzes ....

**Art. 76***Proposition de la commission*

.... des articles 12 à 15 de celle-ci.

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 76 (Datenschutz) finden Sie einen Zusatz der Kommission: Die Versicherer gelten nach dem Datenschutzgesetz als Bundesorgane und unterliegen damit strengeren Datenschutzvorschriften als private Personen. Die Artikel 12 bis 15 des Datenschutzgesetzes über das Bearbeiten von Personendaten durch private Personen sind deshalb bei der Durchführung des KVG nicht anwendbar. Sie sehen das ebenfalls im Text, wie er sich manifestiert.

*Angenommen – Adopté***Art. 77***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Art. 78***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 78 muss ich Ihre Aufmerksamkeit noch kurz in Anspruch nehmen. Es hat sich nach Abschluss der Beratungen in der Kommission ein interessantes, nicht gelöstes Problem gezeigt: Wir haben jetzt ein ganz klar abgegrenztes Paket, das unter dem Versicherungsrecht steht, nämlich das Grundpaket der sozialen Krankenversicherung; daneben haben wir die Zusatzversicherung. Artikel 1 des KVG-Entwurfs beschränkt den Geltungsbereich des neuen Gesetzes ausdrücklich auf die soziale Krankenversicherung, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung, nicht aber die Zusatzversicherungen umfasst.

In der Botschaft vom 6. November 1991 wird dazu auf Seite 48 ausgeführt, dass die Zusatzversicherungen dem Privatrecht und nicht der Sozialgesetzgebung unterliegen. Wir haben ganz klar so entschieden. Daraus muss eigentlich der Schluss gezogen werden, dass die prozessualen Bestimmungen im 5. Titel des Entwurfs auch bloss den Bereich der sozialen Krankenversicherung nach neuer Definition erfassen und damit für Streitigkeiten aus der Zusatzversicherung nicht die Versicherungsgerichte, sondern die Zivilgerichte zuständig sind. Eine solche Zweiteilung des Rechtsweges muss in vielen Fällen zu untragbaren Zuständen für die Versicherten führen. In vielen früher schon beurteilten Fällen stehen im gleichen Versicherungsfall Ansprüche aus dem obligatorischen und dem überobligatorischen Bereich der Krankenversicherung zur Diskussion. Sie können sich vorstellen, was eine solche Aufteilung des Rechtsweges bedeutet.

Das gleiche Problem hat sich beim Bundesgesetz über die berufliche Vorsorge (BVG) gestellt. Dort wurde die einheitliche Zuständigkeit der Versicherungsgerichte im obligatorischen und im überobligatorischen Bereich neu eingeführt. Es ist dies Artikel 73 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 BVG. Die Versicherungsgerichte befassten sich in dieser Materie teils mit Beschwerden, meistens aber mit Klagen analog den Zivilprozessen.

Dieser Sachverhalt ist mir auch vom Präsidenten des Versicherungsgerichtes des Kantons Aargau, den ich verrete, bestätigt worden. Eine Reparatur des Schadens sollte im Zweifelsfall möglich sein. Es ist mir darum gegangen, dies zuhanden der Materialien und zuhanden des Zweitrates festzuhalten. Im übrigen kann dem Artikel 78 zugestimmt werden.

*Angenommen – Adopté***Art. 79, 80***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Art. 81***Antrag der Kommission**Abs. 1, 2*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 3*

.... die Vergütung schuldet (System des Tiers garant, Art. 36 Abs. 1); in diesem Fall ....

*Abs. 4*

Der Kanton bezeichnet das für sein Gebiet zuständige Schiedsgericht. Es setzt sich zusammen aus einem neutralen Vorsitzenden und entsprechend den zu behandelnden Fällen aus je einer Vertretung der Versicherer und der betroffenen Leistungserbringer in gleicher Zahl. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen; dieses wird durch je einen Vertreter der Beteiligten ergänzt.

**Abs. 4bis (neu)**

Der Kanton regelt das Verfahren; dieses muss einfach und rasch sein. Das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei.

**Abs. 5**

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 81***Proposition de la commission***Al. 1, 2**

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Al. 3**

.... l'assuré (système du tiers garant, art. 36 1er al.); en pareil cas, ....

**Al. 4**

Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances; dans ce cas, celui-ci sera complété par un représentant de chacune des parties.

**Al. 4bis (nouveau)**

Les cantons fixent la procédure qui doit être simple et rapide. Le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants, pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

**Al. 5**

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Huber, Berichterstatter:** Das ist nicht umstritten; es war bisheriges Recht. Im Prinzip ist man sich einig darüber, dass das kantonale Schiedsgericht nicht gerade die stärkste Struktur in der Krankenversicherung ist, dass es aber doch bei gewissen Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherern nach einem flexiblen System gute Dienste leisten kann. Wir beantragen, einschliesslich der Absätze 4 und 4bis, die wir neu formuliert haben, Zustimmung.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 81a (neu)***Antrag der Kommission***Titel**

Eidgenössische Rekurskommission für die Spezialitätenliste

**Abs. 1**

Verfügungen über die Aufnahme in die Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste) unterliegen der Beschwerde an die Eidgenössische Rekurskommission für die Spezialitätenliste.

**Abs. 2**

Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Bundesgesetz über die Organisation der Bundesrechtspflege.

**Art. 81a (nouveau)***Proposition de la commission***Titre**

Commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités

**Al. 1**

Les décisions concernant l'admission sur la liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités) peuvent faire l'objet d'un recours devant la Commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités.

**Al. 2**

La procédure de recours est régie par la loi fédérale d'organisation judiciaire.

**Huber, Berichterstatter:** Artikel 81a (neu) ist aus der Revision des OG hervorgegangen. Es hat hier Spezialrekurskommis-

sionen gegeben. Der Inhalt ist eindeutig und klar, und der anwendbare Teilbestand, der dieser Spezialrekurskommission unterbreitet wird, ebenfalls. Ich beantrage Zustimmung.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 82***Antrag der Kommission*

.... und Schiedsgerichte sowie der Eidgenössischen Rekurskommission für die Spezialitätenliste kann nach Massgabe ....

**Art. 82***Proposition de la commission*

.... par un tribunal arbitral ou par la Commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités peuvent être attaqués ....

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 82 ist einfach zu sagen, dass wir eine Verdeutlichung vorgenommen haben und die Schiedsgerichte sowie die Eidgenössische Rekurskommission für die Spezialitätenliste in den Artikel, der enumerativ ist, aufgenommen haben.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 83***Antrag der Kommission*

Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Busse, sofern nicht ein mit einer höheren Strafe bedrohtes Verbrechen oder Vergehen des Schweizerischen Strafgesetzbuches vorliegt, wird bestraft wer:

- sich durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise der Versicherungspflicht ganz oder teilweise entzieht;
- durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise für sich oder einen anderen eine Leistung nach diesem Gesetz, die ihm nicht zukommt, erwirkt;
- als Durchführungsorgan im Sinne dieses Gesetzes seine Pflichten, namentlich die Schweigepflicht, verletzt oder seine Stellung zum Nachteil Dritter, zum eigenen Vorteil oder zum unrechtmässigen Vorteil eines andern missbraucht.

**Art. 83***Proposition de la commission*

Sera puni, de l'emprisonnement pour six mois au plus ou d'une amende, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit passible d'une peine plus lourde selon le Code pénal, celui qui:

- se sera dérobé, partiellement ou totalement, à l'obligation de s'assurer, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière;
- aura obtenu pour lui-même ou pour autrui, sur la base de la présente loi, une prestation qui ne lui revient pas, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière;
- aura, en sa qualité d'organe d'exécution au sens de la présente loi, violé ses obligations, notamment celle de garder le secret, ou aura abusé de sa fonction au détriment d'un tiers pour se procurer un avantage ou pour procurer à un tiers un avantage illicite.

**Morniroll:** Ich möchte die Nerven der wenigen, die noch ausgeharrt haben, nicht strapazieren. Ich will nur eine kurze Bemerkung einflechten. Ich will hoffen, dass die Strafbestimmungen auch zur Anwendung kommen.

Es gibt Missbräuche in allen Bereichen, aber bis heute wird nur selten einmal durchgegriffen. Wer sich zum Beispiel krank schreiben lässt, um sein Ferienhäuschen zu bauen, riskiert heute lediglich, dass er ab sofort arbeitsfähig erklärt wird, wenn er ertappt wird. Sonst geschieht überhaupt nichts.

Missbräuche kann man nur verhindern, wenn man Kontrollen und Sanktionen einführt.

*Angenommen – Adopté*



**Art. 84–87***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Art. 88***Antrag der Kommission*

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2

....

Art. 4 Abs. 1 Bst. f und g

f. ....

g. die den Krankenkassen in Anwendung von Artikel 11 Absatz 2 KVG gleichgestellten Rückversicherer.

Art. 5

Die vom Eidgenössischen Departement des Innern anerkannten Krankenkassen sind von der Aufsicht ausgenommen, soweit sie die soziale Krankenversicherung betreiben.

Abs. 3–5

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 6 (neu)

Das Bundesgesetz vom 24. Juni 1977 über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger (ZUG) wird wie folgt geändert:

Art. 3 Abs. 2 Bst. b

b. die von einem Gemeinwesen anstelle von Versicherten zu leistenden Mindestbeiträge an obligatorische Versicherungen.

**Art. 88***Proposition de la commission*

Al. 1

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2

....

Art. 4 al. 1 let. f et g

f. ....

g. Les réassureurs assimilés à des caisses-maladie en application de l'article 11 2e alinéa LAMal.

Art. 5

Les caisses-maladie reconnues par le Département fédéral de l'intérieur sont exceptées de la surveillance pour le domaine de l'assurance-maladie sociale.

Al. 3–5

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 6 (nouveau)

La loi fédérale du 24 juin 1977 sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin (LAS) est modifiée comme il suit:

Art. 3 al. 2 let. b

b. les cotisations minimales d'assurances obligatoires qu'une collectivité assume en lieu et place des assurés.

**Huber, Berichterstatter:** Ich muss sagen, dass Artikel 88 relativ undurchsichtig ist, aber das sind Uebergangsbestimmungen im allgemeinen immer.

In Absatz 1 wird das ehrwürdige Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung aufgehoben. Dann wird das Versicherungsaufsichtsgesetz angepasst; ich habe Ihnen im Laufe der Beratungen erklärt, wie dieses System zwischen dem vom öffentlichen Recht beherrschten obligatorischen und dem vom privaten Recht beherrschten zivilrechtlichen Teil aussieht. Das führt zu Aenderungen im Bereiche des Versicherungsaufsichtsgesetzes und des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag.

Das sind im Prinzip nur redaktionelle Aenderungen und solche, die aus der Konsequenz der von der Kommission gewählten Lösung hervorgegangen sind.

Bei Absatz 5 sind keine Bemerkungen anzubringen, mit der Ausnahme, dass die Kantone bei den Ergänzungsleistungen zirka 140 Millionen Franken einsparen, das heisst von der Bei-

tragsmilliarde in Abzug bringen können. Das sollte sie doch immerhin noch zufriedener stimmen.

Bei Absatz 6 ist ein Kommissionsantrag gestützt auf ein Schreiben des Bundesamtes für Polizeiwesen erfolgt. In der seit dem 1. Januar 1992 in Kraft stehenden Fassung entfällt Artikel 3 Absatz 2 Buchstabe b des Bundesgesetzes über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger folgende Einschränkung: «... mit Ausnahme der Krankenkassenprämien». Der Grund hierfür: Die bereits ein Krankenkassenobligatorium kennenden Kantone sollen gegenüber den anderen Kantonen nicht benachteiligt werden. Alle Kantone sollen, solange es keine bundesrechtlich obligatorische Krankenversicherung gibt, solche Prämienübernahmen verrechnen dürfen. Mit der Einführung einer bundesrechtlich obligatorischen Krankenpflegeversicherung braucht man diesen der Gleichbehandlung dienenden Zusatz nicht mehr. Das Obligatorium gilt nämlich dann in der Schweiz und damit in allen Kantonen.

**Präsident:** Artikel 88 ist allerdings sehr kompliziert, aber wir haben Juristen genug, die uns immer wieder – unter entsprechender Kostenfolge – helfen werden.*Angenommen – Adopté***Art. 89***Antrag der Kommission*

Abs. 1

.... zu Artikel 57 des Gesetzes. Der Bundesrat ....

Abs. 2

Ist der Erlass der definitiven Regelung zu Artikel 57 des Gesetzes nicht fristgerecht möglich, kann die ....

**Art. 89***Proposition de la commission*

Al. 1

.... l'article 57 avant ....

Al. 2

.... définitives pour l'article 57, le gouvernement ....

*Angenommen – Adopté***Art. 90***Antrag der Kommission*

Abs. 1

.... zur Genehmigung nach den Artikeln 53 Absatz 4 und 68 Absatz 3bis des Gesetzes einzureichen.

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 90***Proposition de la commission*

Al. 1

.... selon les articles 53 4e alinéa, et 68 alinéa 3bis de la loi.

Al. 2, 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Art. 91, 92***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Art. 93***Antrag der Kommission*

Abs. 1, 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2

Streichen

**Art. 93***Proposition de la commission**Al. 1, 3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 2*

Biffer

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 93 mache ich bei Absatz 2 darauf aufmerksam, dass die Streichung die Konsequenz dessen ist, dass in Artikel 31 Absatz 3 bezüglich der Selbstdispensierung die bisherige kantonale Ordnung belassen wird. Damit wird dieser Absatz 2 gegenstandslos und entfällt.

*Angenommen – Adopté***Art. 94–96***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté***Art. 97***Antrag der Kommission**Abs. 1*

.... Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen.

*Abs. 2–4*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag Plattner**Abs. 4*

Streichen

(falls dem Antrag stattgegeben wird, sollte der verbleibende Artikel 97 Risikoausgleich aus den Uebergangsbestimmungen genommen und neu im Kapitel 5, Finanzierung, als Artikel 53bis aufgenommen werden)

**Art. 97***Proposition de la commission**Al. 1*

.... cette moyenne; cette contribution est destinée à compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risques déterminants.

*Al. 2–4*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition Plattner**Al. 4*

Biffer

(au cas où la proposition était acceptée, l'article 97 Compensation des risques ne devrait plus figurer dans les Dispositions transitoires, mais être inséré dans le chapitre 5, Financement, sous le titre article 53bis)

*Abs. 1–3–Al. 1–3**Angenommen – Adopté**Abs. 4 – Al. 4*

**Plattner:** Ich bitte Sie, den Absatz 4 des Artikels 97 zu streichen. Es ist jener Absatz, der die Befristung des Risikoausgleichs auf zehn Jahre beinhaltet.

Der Risikoausgleich ist klarerweise ein zentraler Teil der neuen Strategie, die wir schon in den Sofortprogrammen verfolgt haben und jetzt auch in dieser Totalrevision verfolgen. Denn es ist ja nur der Risikoausgleich zwischen den guten und schlechten Risiken, welche die Kassen haben – also insbesondere zwischen jungen und alten oder männlichen und weiblichen Versicherten –, welche die Entsolidarisierung zwischen diesen Klassen von Versicherten stoppen kann. Der Risikoausgleich ist der einzige Garant der Solidarität, weil der freie Wettbewerb ohne Risikoausgleich – wie wir jetzt zur Ge-

nüge wissen – im Krankenversicherungswesen grundsätzlich solidaritätsfeindlich ist.

Ich muss klarstellen – obwohl Sie es sicher alle wissen –: Dieser Risikoausgleich ist nur ein Ausgleich der Risikostrukturen, welche verschiedene Mitgliederbestände der Krankenkassen darstellen. Es ist nicht etwa, wie manche Leute meinen, ein Ausgleich der wirtschaftlichen Erfolge oder Misserfolge der Kassen. Der Risikoausgleich belohnt also nicht etwa die schlecht geführten Kassen, sondern er verschafft einzig und allein allen Kassen – unabhängig von der Struktur ihres Versichertenbestandes – dieselben Chancen.

Warum soll nun dieser Risikoausgleich befristet werden? Die Botschaft sagt, man erwarte, dass dank der Freizügigkeit, die nun neu garantiert sei, die Vermischung der Mitgliederbestände stattfinden werde. Dadurch würden sich die Risikostrukturen angleichen. Man hofft schlicht und einfach, dass dann nach zehn Jahren kein Risikoausgleich mehr nötig sei.

Was ist von dieser Argumentation zu halten? Sie wissen, dass die Freizügigkeit nur in der Grundversicherung wirklich besteht, denn nur die Grundversicherung ist jetzt öffentlich-rechtlich so geregelt, dass Freizügigkeit möglich ist.

Die Grundversicherung ist aber gesetzlich auf ein zwar qualitativ gutes, aber doch eng definiertes Leistungspaket beschränkt, das nicht allen Leuten genügen wird. Viele Extraleistungen, die vielen Leuten wichtig sind – wie zum Beispiel die Halbprivatpflege statt der allgemeinen Abteilung, die Sie in diesem Saal wohl alle haben –, sind in der Zusatzversicherung und nicht in der sozialen Grundversicherung zu versichern. Ein sehr grosser Teil der Versicherten wird also kleinere oder grössere Zusatzversicherungen haben.

In diesen Zusatzversicherungen herrschen privatrechtliche Regelungen vor. Da herrscht Wettbewerb, da herrscht keine Solidarität, sondern da werden die Kassen versuchen, sich gegenseitig die interessanten Risiken abzuwerben und mit den schlechten Risiken das übliche, heute auch in der Grundversicherung bestehende Schwarzpeterspiel zu betreiben.

Die Zusatzversicherungen sind also faktisch ohne Freizügigkeit, ist zu vermuten. Die Kassen werden sich gegen die Zuwanderung schlechter Risiken, also älterer Versicherter oder weiblicher Versicherter, zu schützen wissen.

Wer mit seiner Versicherung nicht zufrieden ist, könnte ja wirklich versuchen zu wechseln, diese Grundversicherungs-Freizügigkeit auszunützen; aber er kann dann die Zusatzversicherungen im allgemeinen nicht mitnehmen. Er wird also oft deshalb nicht wechseln, weil ihm die Zusatzversicherungen, die er bei einer Versicherungsgesellschaft hat, eben lieb sind.

Ich bin nicht einmal sicher, ob man die Grundversicherung bei einer und die Zusatzversicherung bei einer anderen Gesellschaft haben kann; aber ich sehe es natürlich schon kommen, dass dann die Kassen sagen: Wenn Sie bei uns nur die Zusatzversicherung haben, wird sie etwas teurer werden. Wir bieten die günstigen Zusatzversicherungen nur jenen unserer Versicherten, die auch die Grundversicherung bei uns haben.

Wenn Sie wechseln wollen, werden Ihnen die Krankenkassen auch raten, nicht zu ihnen zu ziehen, wenn Sie ein schlechtes Risiko sind. Sie werden Ihnen sagen: Bleiben Sie dort, wo Sie sind. Da haben Sie jetzt seit vielen Jahren diese Zusatzversicherungen. Wenn Sie zu uns wechseln und diese mitnehmen wollen, hat das nur Nachteile für Sie.

Kurz: Es wird aufgrund der Tatsache, dass die Grundversicherung dann doch nicht genügt, eine Freizügigkeitsbremsung eintreten; nicht eine Verhinderung, aber doch eine schwerwiegende Bremsung.

Dazu kommt folgendes: Wenn die Krankenkassen heute wissen, dass nach zehn Jahren der Risikoausgleich sistiert wird, muss gerade eine wirtschaftlich denkende Kasse doch wirtschaftlich handeln und sagen: Wir nehmen es halt einmal auf uns, dass wir jetzt zehn Jahre lang unter diesem Risikoausgleichsberg «durchtunneln» müssen. Aber trotzdem versuchen wir, nur gute Risiken zu haben, denn nach zehn Jahren sind wir ja, wie man im Dialekt sagt, «putzt und gschträht». Wir haben dann die guten Risiken, und der Risikoausgleich fällt wieder weg. Die Solidarität wäre damit tot.

Wenn ich also, Herr Kollege Huber, als «Hilfskassandra» hier einen «Onkenruf» ausstossen darf: (*Heiterkeit*) Ich denke, mit

dieser Befristung des Risikoausgleichs bringt man eine schlechende Vergiftung des Solidaritätsgedankens in diese KVG-Revision. Man setzt förmlich den Wurm ins Gebälk. Es wird zwar zehn Jahre halten, aber nachher wird man eine Total-sanierung vornehmen müssen, weil das ganze Dach zerfressen ist, oder – noch ein anderes Bild – man löscht den Brand, den wir heute in der Krankenversicherung zu löschen versuchen, eben nicht, bis auch die Glut gelöscht ist, sondern man lässt die Entsolidarisierung tendenziell eben drin, mindestens mit Blick auf die Zeit nach zehn Jahren. Ich glaube nicht an diese Mitgliederdurchmischung und an die Angleichung der Risikostruktur in zehn Jahren.

Aber es kommt noch etwas Neues dazu. Es ist gar keine Glaubensfrage. Es kommt nicht darauf an, ob Sie das glauben oder nicht. Ueberlegen Sie doch einmal. Es ist ein ziemlich simples Argument: Wenn die Mitgliederdurchmischung wirklich kommt und funktioniert, wie das nun vorgesehen ist und erhofft wird, dann fließen auch keine Geldströme mehr via diesen Risikoausgleich, weil alle Kassen in der Tat dieselben Risiken haben werden.

Wenn das eintreffen sollte, was ich – wie schon gesagt – nicht glaube, kann man ja den Risikoausgleich sözusagen administrativ sistieren, weil gar kein Geld mehr umgewälzt wird.

Wenn aber die Mitgliederdurchmischung – trotz des Optimismus der Kommission und des Bundesrates – nicht kommt, kann man unmöglich in zehn Jahren den Risikoausgleich aufheben, ohne dass man sofort in die Entsolidarisierung zurückfällt und jene Kassen belohnt, die sich der Durchmischung widersetzt haben, und ohne dass man damit wieder Frauen und alte Versicherte benachteiligt.

Nun sind es die ganz klugen Leute, die sagen: Ja, jetzt schreiben wir das einmal so ins Gesetz hinein, in zehn Jahren schauen wir dann, ob es noch nötig ist; wenn es dann noch nötig wäre, könnten wir das Gesetz wieder ändern und den Risikoausgleich behalten.

Das halte ich für eine unehrliche Schlaumeierei. Man lässt nämlich dann die Kassen über die langfristige Politik der Legislative im Ungewissen, man sagt ihnen nicht klar, was man eigentlich von ihnen erwartet. Was man aber heute von ihnen erwarten muss – meine ich – ist, dass sie eine Solidaritätspolitik betreiben, dass sie darauf ausgehen, ihre Mitgliederbestände in ein normales, durchmischtes Risiko zu bringen; dass sie nicht irgendwie versuchen, trotzdem die besseren Risiken zu behalten und die schlechten zu vertreiben. Mit einer solchen Schlaumeierei würde man keine klaren Signale setzen, wie sie heute nötig sind.

Deklariieren wir heute die Politik, die wir verfolgen wollen, nämlich jene der Solidarität, und heben wir konsequenterweise diese Befristung des Risikoausgleichs auf!

**Huber, Berichterstatter:** Darf ich das Spiel der Wortspiele weiterführen und sagen: Der Herr Plattner hat nichts Plattes, sondern etwas sehr Strukturiertes, Interessantes und Wesentliches gesagt.

Zur Sache: Der Risikoausgleich ist im Prinzip auf drei Positionen anzusiedeln: Es gibt diejenigen, die überhaupt keinen wollen. Dann gibt es diejenigen wie Herr Plattner, die den unbeschränkten Risikoausgleich wollen, weil sie nicht daran glauben, dass die Entwicklung so abläuft, wie das im Prinzip von den Schöpfern des Risikoausgleichs vorgesehen ist. Und schliesslich gibt es diejenigen in der Mitte, die eine ganz klare zeitliche Terminierung ins Gesetz aufnehmen wollen, damit die Kassen wissen, wann das Ende der Herrlichkeit eintritt und die Wettbewerbsverhältnisse, die wir anstreben, hergestellt sein müssen.

Da ist es wohl richtiger, dass man nicht darauf wartet, bis die Legislative wieder ein Signal gibt. Die Legislative gibt das Signal jetzt und sagt ganz klar, die Risikomischung sei momentan so schlecht, dass der Risikoausgleich stattfinden müsse. Dazu haben wir die «gemeinsame Einrichtung» geschaffen. Die Kassen stimmen diesem Modell zu, weil sie selber sehen, dass der Konzentrationsprozess nicht zu schnell vor sich gehen soll, eine gewisse Sicherheit aber bestehen muss. Aus diesen Ueberlegungen heraus hat die Kommission ein-

hellig dem Risikoausgleich zugestimmt und mit deutlichem Mehr ebenfalls der Begrenzung auf zehn Jahre.

Ich möchte nur noch eines sagen: Wesentlich im Zusatz, den wir am Schluss von Absatz 1 im Zusammenhang mit dem Risikoausgleich eingefügt haben, sind die Worte «in vollem Umfang ausgleichen». Das ist der entscheidende Akzent, den wir setzen. Weil der Risikoausgleich für den Markt in der sozialen Krankenversicherung bedeutsam ist und es darum geht, Wettbewerbsverhältnisse herbeizuführen – und zwar ohne dass grosse Verzerrungen eintreten und der Uebergang von der jetzigen Ordnung zu einer Wettbewerbsordnung die Hilfe des Gesetzgebers braucht –, bitte ich Sie, der vernünftigen Lösung zuzustimmen, nämlich derjenigen, die in der Mitte ist.

Eine Absage zu erteilen gilt es jenen, die keinen Risikoausgleich wollen, weil sie sich ihrer Stärke bewusst sind, aber auch denjenigen, die letztlich Strukturpolitik betreiben, wenn sie ihn unbeschränkt aufrechterhalten.

Setzen Sie nun ein deutliches Zeichen, indem Sie den Risikoausgleich auf zehn Jahre befristen!

**Plattner:** Eine kurze Replik: Ich will das Wortspiel noch weiter treiben: Mit dem Risikoausgleich ist es wie mit der Schwangerschaft: Es gibt keinen Mittelweg zwischen schwanger und nicht schwanger. Sie können ein Risiko nicht «ein bisschen» ausgleichen.

Ich frage den Kommissionspräsidenten: Wie kann durch das bestehende Gesetz verhindert werden, dass nach Ablauf der zehn Jahre die Entsolidarisierung wieder zunimmt?

**Huber, Berichterstatter:** Ich kann mich sehr kurz fassen. Ich verweise Sie, Herr Plattner, auf Seite 124 der Botschaft, wo der gesamte Mechanismus dargestellt wird. Ich brauche Ihnen das nicht vorzulesen; Sie kennen es. Ich halte die Version, wie sie hier vorgetragen wird, für richtig. Sie haben das sichere Wissen zutreffenderweise – wie ich es auch tue – in einem gewissen Umfang reduziert. Ich bin aber der Meinung, dass wir gestützt auf das System, wie wir es in diesem Artikel haben, diesen Effekt herbeiführen und dass sogar die zeitliche Begrenzung geeignet ist, das Ganze schneller zu realisieren. Auch die Krankenkassen sind nicht nur die kühlen Rechner, wie Sie vermuten, sondern auch Organismen, die untereinander einen gewissen Solidaritätsausgleich, der nicht Defizit ausgleich ist, herbeiführen.

Für mich ist die Erklärung, wie sie in der Botschaft niedergelegt ist, richtig. Ich wiederhole daher meine Empfehlung und dispensiere mich vom Vorlesen. Ich glaube, das akzeptieren Sie nach einer so langen und so intensiven Gesetzesberatung.

**Schoch:** Ich teile die Meinung von Herrn Huber und damit die Meinung des Bundesrates und der Kommission, auch wenn durchaus zu konzedieren ist, dass die Ueberlegungen von Herrn Plattner nicht gänzlich daneben sind. An sich ist das nachvollziehbar.

Aber – und jetzt kommt das grosse Aber – es gibt eine breite politische Bewegung in unserem Land, die überhaupt gegen einen Risikoausgleich ist, sich einem Risikoausgleich entgegengesetzt und bereits mit entsprechenden Papieren Stimmung zu machen versucht, und zwar Stimmung gegen das ganze Gesetz. Diese Opponenten wehren sich gegen den Risikoausgleich in der Meinung, damit werde die noch mögliche Wettbewerbskomponente unterlaufen und der schlechte Versicherer zu Lasten des guten prämiert. Ich selbst argumentiere natürlich umgekehrt, aber das muss man den Leuten noch beibringen.

Meinen Beitrag möchte ich Herrn Plattner und vor allem auch dem Rat in dem Sinne ans Herz legen, dass es darum geht, diese grundsätzliche Opposition gegen einen Risikoausgleich überhaupt mit der Befristung aufzufangen, und das können wir. Auf diese Art und Weise suchen wir einmal mehr den Kompromiss, den Zwischenweg, den Mittelweg, den wir gehen müssen.

Das ganze Gesetz ist ein Mittelweg, und auch hier ist es deshalb richtig, diesen Mittelweg zu gehen, ein Mittelweg, der vertretbar ist, weil nämlich nach zehn Jahren der Ausgleich so-

wieso bis auf ganz kleine Nuancen erreicht sein wird und dann der Risikofonds, wenn er noch bestehen würde, nur noch eine sehr, sehr marginale Rolle spielen könnte. Von der Natur der Sache her ist das für mich eine Selbstverständlichkeit.

Ein Bedenken von Herrn Plattner möchte ich noch entkräften: Er sagt, in den ersten zehn Jahren, solange der Risikoausgleich spiele, würden die Kassen eine restriktive Aufnahmepraxis betreiben. Das, Herr Plattner, ist ein elementares Missverständnis, denn die Kassen müssen einen Versicherten aufnehmen, wenn er beitreten will. Sie können keine selektive Aufnahmepraxis betreiben. Das gehört ja gerade zum System des Obligatoriums.

Herr Plattner hat eigentlich recht, aber politisch liegen die Gewichte anders. Deshalb muss man dem Mittelweg zustimmen, wenn man mit diesem Kompromisspaket über die Runden kommen will.

**Präsident:** Wir können zur Abstimmung schreiten – in der Meinung, dass Ueberlegungen von Ständeräten in der Regel nie ganz daneben sind.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

20 Stimmen

Für den Antrag Plattner

5 Stimmen

**Art. 98**

*Antrag der Kommission*

.... jährlichen Beiträge des Bundes nach Artikel 58 2 Milliarden Franken.

**Art. 98**

*Proposition de la commission*

.... selon l'article 58 ....

*Angenommen – Adopté*

**Art. 99**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Huber, Berichterstatter:** Ich kann Ihnen sagen, dass die Kommission dem Entwurf in der Schlussabstimmung mit 9 zu 0 Stimmen bei einer Enthaltung zugestimmt hat.

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

Für Annahme des Entwurfes

27 Stimmen  
(Einstimmigkeit)

*Abschreibung – Classement*

*Antrag des Bundesrates*

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse gemäss Seite 1 der Botschaft

*Proposition du Conseil fédéral*

Classer les interventions parlementaires selon la page 1 du message

**Huber, Berichterstatter:** Wir haben nur noch etwas zu behandeln, nämlich die Abschreibungsanträge des Bundesrates. Der Bundesrat schlägt uns vor, 13 parlamentarische Vorstösse abzuschreiben. Herr Onken hat darum gebeten, dass das Postulat 89.538, Berücksichtigung der Erfahrungsmedizin in Kommissionen, von Herrn Nationalrat Rudolf Hafner, nicht abgeschrieben werde. Ich kann mich dem persönlich anschliessen und empfehle Ihnen, die übrigen Vorstösse abzuschreiben.

*Zustimmung – Adhésion*

*An den Nationalrat – Au Conseil national*

**Postulat I der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit Generationensolidarität**

**Postulat I de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique Solidarité entre les générations**

*Wortlaut des Postulates vom 6. November 1992*

Der Bundesrat wird eingeladen, losgelöst von der laufenden Revision der Krankenversicherung zu prüfen, wieweit, gestützt auf neueste statistische Unterlagen und eingeforderte Gutachten, sich Bestimmungen auf Verfassungs- und Gesetzesstufe aufdrängen:

- um der zunehmenden Ueberalterung der Bevölkerung und deren Folgen für die Sozialversicherung Rechnung zu tragen,
- um das Mass der Solidarität zwischen den Generationen zu bestimmen und
- um die finanzielle Grundlage der Sozialversicherungszweige langfristig abzusichern.

*Texte du postulat du 6 novembre 1992*

Le Conseil fédéral est, indépendamment de la révision actuellement en cours de l'assurance-maladie, invité à examiner, sur la base des données statistiques les plus récentes et d'expertises, dans quelle mesure des dispositions d'ordre constitutionnel et légal s'imposent qui:

- prennent en considération le vieillissement croissant de la population et ses conséquences pour la sécurité sociale,
- définissent le degré de solidarité entre les générations,
- assurent, à long terme, les bases financières des différentes branches des assurances sociales.

**Postulat II der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit Suva als Krankenversicherer**

**Postulat II de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CNA en tant qu'assureur-maladie**

*Wortlaut des Postulates vom 6. November 1992*

Der Bundesrat wird beauftragt, die Frage der Zulassung der Suva zur sozialen Krankenversicherung in allen Aspekten zu prüfen und den eidgenössischen Räten Bericht und Antrag zu stellen.

*Texte du postulat du 6 novembre 1992*

Le Conseil fédéral est chargé d'examiner la question de la participation de la CNA à la pratique de l'assurance-maladie sociale sous tous ses aspects et de présenter au Parlement un rapport et une proposition.

**Huber, Berichterstatter:** Die Postulate verstehen sich aus sich selber. Es handelt sich um eine Ueberprüfung der Generationensolidarität und um die Abklärung der Frage: Suva als Krankenversicherung?

Die Kommission empfiehlt Ihnen mit 11 zu 0 Stimmen bei einer Enthaltung, beiden Postulaten zuzustimmen.

Bundesrat **Cotti:** Ich bin bereit, die Postulate entgegenzunehmen.

*Ueberwiesen – Transmis*

**Präsident:** Damit haben wir dieses Geschäft erledigt. Ich möchte dem Kommissionspräsidenten ganz herzlich für die grosse geleistete Arbeit danken, und Ihnen allen natürlich auch.

**Elfte Sitzung – Onzième séance****Mittwoch, 15. Dezember 1993, Vormittag**  
**Mercredi 15 décembre 1993, matin**

09.00 h

Vorsitz – Présidence: Herr Jagmetti

91.071

**Krankenversicherung. Revision**  
**Assurance-maladie. Révision***Differenzen – Divergences*

Siehe Jahrgang 1992, Seite 1327 – Voir année 1992, page 1327

Beschluss des Nationalrates vom 7. Oktober 1993  
Décision du Conseil national du 7 octobre 1993

**Huber**, Berichterstatter: Sie gestatten mir, zwei, drei Sätze zu Beginn dieser Beratung zu sagen, die die allgemeine Entwicklung wiedergeben.

Wir haben am 16. und 17. Dezember 1992 das Geschäft als Erstrat behandelt. Der Grundtenor war positiv. Trotz einiger Meinungsunterschiede haben wir dem Gesetzentwurf mit 27 zu 0 Stimmen zugestimmt. Ist es ein Zufall, ist es Fügung, ist es Arbeitseifer, dass wir praktisch am gleichen Tag, aber ein Jahr später, das Geschäft zur Differenzvereinbarung wieder auf unseren Pulten haben? In der Session in Genf hat der Nationalrat die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung behandelt und uns seine Beschlüsse mit 75 Differenzen zugeleitet. Ihre Kommission hat in sechs ganztägigen Sitzungen und zwei Kurz Sitzungen aus aktuellem Anlass die Vorlage des Nationalrates behandelt.

Frau Bundesrätin Dreifuss, Sie wurden in der Vorbereitung noch als Expertin vor die Kommission zitiert, Sie haben als Bundesrätin im Rahmen der Möglichkeiten, die einem Bundesrat heute bleiben, die Kommission begleitet. Wir haben sämtliche politisch relevanten Entscheide in Ihrer Anwesenheit getroffen, während wir die Geschäfte, die eher Routinecharakter haben, mit dem BSV zusammen erledigten, das uns in allen Fragen gut beraten hat.

Das Geschäft wurde dadurch kompliziert, dass die Kartellkommission zum ersten Mal vor der ständerätlichen Kommission aufgetreten ist. Sie erinnern sich, dass anlässlich der letztjährigen Behandlung die Kartellkommission ihre Vorschläge am Tag der Schlussabstimmung auf den Tisch gelegt hat, so dass faktisch der Nationalrat dort zum Erstrat geworden ist.

Am Schluss der Beratung Ihrer Kommission bestehen 27 Differenzen zum Nationalrat, 10 davon sind formeller Natur, 17 sind materielle Differenzen. Bis die Flut der Anträge heute über uns hereingebrochen ist, haben wir 6 Minderheitsanträge aus der Kommission mitgetragen. Unterdessen sind es einige mehr geworden.

Die Philosophie der Kommission in der zweiten Beratung: Wir möchten die Substanz des Gesetzes erhalten. Wir möchten den Nationalrat nicht schulmeistern, sondern ihn als Partner ansehen, und dort, wo es nicht nötig ist, möchten wir im wesentlichen keine Differenz setzen.

Wir haben den Bundesrat zu Beginn unserer Beratungen wissen lassen, dass wir dem ursprünglichen Zeitplan, dem Inkrafttreten des Gesetzes auf den 1. Januar 1995, nach wie vor verbunden sind. Unterdessen wissen wir, dass das Departement einen weiteren dringlichen Bundesbeschluss in die Ver-

nehmlassung gegeben hat, um eine allfällig sich öffnende Lücke zwischen dem Auslaufen des zweiten dringlichen Bundesbeschlusses und dem Inkrafttreten des Gesetzes zu überbrücken. Davon nehmen wir Kenntnis.

Wir haben die Meinung, die Substanz nicht anzutasten. Die Substanz dieser Vorlage besteht aus einigen zentralen Punkten: der Eindämmung der Kosten, der Stärkung der Solidarität, der Realisierung der seit langem geforderten und notwendigen Ausdehnung des Leistungskatalogs in der obligatorischen Grundversicherung, der Schaffung eines einheitlichen Leistungspakets, der Gleichstellung von ambulanter und stationärer Behandlung und einer klaren Definition der Leistungsvoraussetzungen generell, nämlich: wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich. Wir haben schliesslich die Zahl der Leistungserbringer leicht erhöht. Wir haben verbesserte und klarere Umschreibungen ihrer Funktionen gefunden. Wir haben die stationären Strukturen verpflichtend in eine kantonale Spitalplanung einbezogen. Wir haben die Tarifautonomie mit Kontrollen belassen, Tarifstrukturen gesamtschweizerisch vorgeschlagen, während die Taxpunktwerte dezentral festgelegt werden.

Wenn wir wissen wollen, welches die anfallenden Kosten sind und wie sie finanziert werden, gibt uns die Botschaft auf Seite 132 darüber sehr genau Auskunft. Für das Jahr 1993 wird aufgrund der Hochrechnungen in der sozialen Krankenversicherung mit einem Aufwand von 14,6 Milliarden Franken gerechnet. Die Kostenbeteiligung der Versicherten und Patienten erbringt 2,2 Milliarden Franken. Diese Zahl muss man sich sehr genau vor Augen halten: 2,2 Milliarden Franken erbringen die Versicherten im Fall, dass sie von Krankheit betroffen sind. Die Beiträge der öffentlichen Hand betragen 3,0 Milliarden Franken. Damit verbleiben Versicherungsprämien in der Höhe von 9,4 Milliarden Franken – 1988 waren es noch 5,9 Milliarden Franken –, die die Lücke zu decken haben. Es ist klar, dass es einen europäischen Höchstsatz bedeutet, wenn 67 Prozent der Aufwendungen der sozialen Krankenversicherung von den Privaten erbracht werden.

Schliesslich haben wir die freiwillige Taggeldversicherung in der vorliegenden Form mit geringen Modifikationen, aber immerhin mit den gleichen Prämien für Mann und Frau und angemessenen höheren Leistungen bei Mutterschaft, statuiert und daran festgehalten: Auch in der freiwilligen Taggeldversicherung, wie neu in der Krankenversicherung, ist Privatassekuranz heute als Partner und Konkurrent zugelassen. Die Vorlage bleibt dabei, dass in der Schweiz der individuelle Beitrag an das Lebensrisiko Krankheit hoch ist. Es drängt sich daher eine soziale Ausgestaltung auf. Die hohe Qualität der Versorgung wird erhalten, das Prämienverbilligungssystem ist ein grosser Fortschritt; in ausserordentlichen Lagen ist das gesetzliche Fundament da, um ein Kippen des Systems zu verhindern.

Sie wissen, nicht zuletzt aufgrund der zahllosen Eingaben, die Ihnen zugekommen sind – die letzte heute morgen persönlich und vertraulich –, dass das Gesundheitswesen ein arg zerklüftetes Gebilde ist und von widerstrebenden Interessen zerrissen dasteht. Diese Tatsache hat die Kommission immer wieder bewogen, Mass zu halten, abzuwägen, nicht zu überziehen und auch die Kompetenzverteilung zwischen den Gemeinwesen Kanton und Bund nicht grundsätzlich in Frage zu stellen, sondern an vielen Orten den Kantonen als Hauptverantwortlichen unter den Gemeinwesen die Zuständigkeit zu belassen, wenn auch hin und wieder der Zug zu einer eidgenössischen Lösung, schon allein der Effizienz wegen, vielleicht eine Möglichkeit gewesen wäre.

Das sind die Eingangsbemerkungen, und ich glaube, das ist der Horizont und Hintergrund, vor dem wir die Differenzvereinbarung zu sehen haben.

**Art. 6 Abs. 2***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 6 al. 2***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 6 Absatz 2 hat der Nationalrat die Streichung eines Rechtes beschlossen. In den Absätzen 1 und 2 sind die Kantone deutlich angesprochen. Das rechtliche Gehör als Grundrecht, von den Vertragsbeteiligten oder bei der Zuweisung an einen Versicherer angehört zu werden, muss aus übergeordneten Rechtsgrundsätzen durchaus beachtet werden. Die Kommission will das zuhanden der Materialien festgehalten haben.  
Im übrigen empfiehlt sie Ihnen Zustimmung zum Nationalrat.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 7 Abs. 2bis, 2ter, 3, 4**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 7 al. 2bls, 2ter, 3, 4**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber, Berichterstatter:** Artikel 7 ist im System der neuen Freizügigkeit ein wesentlicher Artikel. Er beinhaltet folgende Tatbestände:

1. Absatz 1 betrifft die Kündigung durch den Versicherten. Das ist entsprechend dem Entwurf des Bundesrates in beiden Räten unbestritten geblieben; auch die Kommission stimmt dem zu.

2. Zu Absatz 2: Die Fassung des Ständerates betreffend die Prämienhöhung wurde vom Nationalrat nicht in Frage gestellt, es besteht also keine Differenz.

3. Zu Absatz 2bis: Dieser neue Absatz des Nationalrates regelt die Fälle, in denen der Vertrag unfreiwillig aufgelöst wird. Hier empfehlen wir Zustimmung zum Nationalrat.

4. Zu Absatz 2ter: Hier ergibt sich ebenfalls Zustimmung zum Nationalrat; es geht um den Fall, wo ein Versicherer die freie soziale Krankenversicherung mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses freiwillig oder unfreiwillig aufgibt. Die Kommission legt Wert auf die Feststellung, dass die Bestimmung in Absatz 3, der im Nationalrat ebenfalls gewisse Änderungen erfahren hat und dem wir zustimmen, auch für die Absätze 2bis und 2ter gilt.

Wir beantragen Zustimmung zum Nationalrat.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 7a**

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Minderheit*

(Meier Josi)

Streichen

*Antrag Morniroli*

*Abs. 1*

.... über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch oder gleichwertig privat voll für dieses Risiko ....

**Art. 7a**

*Proposition de la commission*

*Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Minorité*

(Meier Josi)

Biffer

*Proposition Morniroli*

*Al. 1*

.... sur l'assurance-accidents (LAA) ou à titre privé, avec des prestations équivalentes. L'assureur procède ....

**Art. 7b**

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

*Titel*

Information des Versicherten

*Wortlaut*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates (= Art. 7c)

*Minderheit*

(Meier Josi)

Streichen

**Art. 7b**

*Proposition de la commission*

*Majorité*

*Titre*

Information de l'assuré

*Texte*

Adhérer à la décision du Conseil national (= art. 7c)

*Minorité*

(Meier Josi)

Biffer

**Art. 7c**

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

*Titel*

Ende der Sistierung; Verfahren

*Abs. 1*

Der Arbeitgeber informiert eine aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtberufsunfallversicherung nach dem UVG ausscheidende Person schriftlich darüber, dass sie dies ihrem Versicherer nach diesem Gesetz zu melden hat. Die gleiche Pflicht trifft die Arbeitslosenversicherung, wenn der Anspruch auf Leistungen ihr gegenüber erlischt und die betreffende Person kein neues Arbeitsverhältnis eingeht.

*Abs. 2*

Hat die versicherte Person ihre Pflicht nach Absatz 1 nicht erfüllt, so kann der Versicherer von ihr den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem der Versicherer davon Kenntnis erhält, verlangen. Haben der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung ihre Pflicht nach Absatz 1 nicht erfüllt, kann der Versicherer die gleichen Forderungen ihnen gegenüber geltend machen.

*Minderheit*

(Meier Josi)

Streichen

*Antrag Morniroli*

*Abs. 2*

.... davon Kenntnis erhält, verlangen. Das gleiche gilt für privat gegen Unfall Versicherte. Haben der Arbeitgeber ....

**Art. 7c**

*Proposition de la commission*

*Majorité*

*Titre*

Fin de la suspension; procédure

*Al. 1*

L'employeur informe par écrit la personne qui quitte son emploi ou cesse d'être assurée contre les accidents non professionnels conformément à la LAA qu'elle doit le signaler à son assureur au sens de la présente loi. La même obligation incombe à l'assurance-chômage lorsque le droit aux prestations de celle-ci expire sans que l'intéressé prenne un nouvel emploi.

*Al. 2*

Si la personne assurée n'a pas rempli son obligation conformément à l'alinéa premier, l'assureur peut exiger le paiement, avec intérêts moratoires, de la part de la prime correspondant à la couverture de l'accident pour la période allant de la fin de la couverture selon la LAA jusqu'au moment où il en a eu connaissance. Lorsque l'employeur ou l'assurance-chômage n'ont pas rempli leur obligation conformément à l'alinéa premier, l'assureur peut faire valoir les mêmes prétentions à leur égard.



Minorité  
(Meier Josi)  
Biffer

Proposition Mornioli  
Al. 2

... où il en a eu connaissance. Il en va de même pour les personnes assurées à titre privé. Lorsque l'employeur ...

Art. 7a

M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale: J'aimerais vous demander, au nom du Conseil fédéral, de repousser la proposition Mornioli à l'article 7a alinéa premier, pour les raisons suivantes: Nous avons très clairement voulu distinguer – je vous rappelle que c'est une ligne qui a également été suivie par le Conseil national – l'assurance de base obligatoire et l'assurance complémentaire facultative relevant du droit de l'assurance privée. Dans ce sens-là, l'assurance-accidents conclue à titre privé est une assurance complémentaire. En tant que telle, elle ne doit pas être prise en considération ici. Elle fait partie de ce domaine de la liberté de conclure des assurances, qui est nécessaire et qui est absolument dans la logique de la proposition qui vous est faite.

Le contenu d'une telle assurance privée est, de plus, extrêmement variable, conformément justement à la liberté contractuelle. Une telle assurance peut représenter, pour un assuré, une couverture optimale, mais pour un autre assuré une couverture lacunaire.

Adopter cette proposition risquerait donc, à la fois, de ne pas permettre aux assurés de savoir exactement pourquoi ils sont assurés, et de les soumettre au risque d'être victimes d'une lacune d'assurance qui, selon la gravité du cas, pourrait les mener à l'assistance publique ou à recourir à un endettement absolument catastrophique pour leur équilibre financier.

Dans ce sens-là, le système est clair: il s'agit d'une assurance de base subsidiaire. Il n'y a pas de risque de double assurance dans ce système, sinon pour la partie librement consentie et qui fait partie, dans ce domaine, de la liberté du commerce et de l'industrie, de la liberté de choisir une assurance.

Je vous invite très fermement à repousser la proposition Mornioli.

Mornioli: Ich weise darauf hin, dass ich schon bei der Erstbehandlung dieses Gesetzentwurfes auf das Problem der Doppelversicherung gegen Unfall aufmerksam gemacht habe. Ich habe damals umgekehrt formuliert und einen Zuschlag auf die Krankenkassenprämie für nicht gegen Unfall versicherte Personen beantragt. Es kommt letzten Endes etwa auf das gleiche heraus. Es wäre aber logischer gewesen, nach meinem Antrag zu formulieren, weil die Personengruppe, die gegen Unfall bei der Krankenkasse versichert ist, etwa 10 Prozent aller Versicherten ausmacht. Es wäre also auch administrativ einfacher, das Problem so zu lösen.

Ich stelle diesen Antrag, weil ich überzeugt bin, dass hier Rechtsgleichheit geschaffen werden muss. Primär sind nämlich nur Arbeitnehmer obligatorisch nach UVG versichert. Fast alle Nichtarbeitnehmer, also besonders die Freierwerbenden, sind privat gegen Unfall versichert, und zwar auch für die Grundleistungen bei Unfall. Auch für diese Versicherten muss der Grundsatz gelten, dass sie nicht für die gleichen Leistungen doppelt versichert sein sollen. Sie sind ja obligatorisch krankenversichert; wenn sie dann noch eine Versicherung abschliessen, gibt es dort eine Ueberschneidung bei der Deckung der Kosten bei Unfall.

Ich muss Ihnen ganz offen sagen: Ich selbst gebrauche gegenwärtig dieses System. Ich spreche also gegen mein Interesse. Ich bin nämlich auch bei meiner Krankenkasse für die Grundkosten bei Unfall versichert, was mich weniger kostet, und ich werde damit erst noch subventioniert. Ich habe eine Zusatzversicherung im Unfallbereich nur für den Selbstbehalt, für die Kostenbeteiligung und für andere Leistungen. Ich will auf dieses Problem hinweisen. Es ist nicht sehr sozial, dass finanziell gutsituierte Leute sich auf diese Weise bei der Krankenkasse versichern, die subventioniert wird.

Mein Antrag zielt darauf hin, dass für Leute, die gegen Unfall grundversichert sind, die Prämienreduktion im Krankenkassenbereich erfolgt, unabhängig davon, ob sie für diese Grundleistungen nach UVG oder privat versichert sind.

Huber, Berichterstatter: Der Kommission hat der Antrag Mornioli nicht vorgelegen. Nachdem ich jetzt Herrn Mornioli gehört habe, glaube ich persönlich, bei seinem Antrag liege ein Missverständnis vor. Es handelt sich um eine Kollision, da die obligatorische Grundversicherung gemäss Artikel 1 Absatz 2 Litera b ebenfalls Unfall beinhaltet, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt. Das ist die Konkurrenz, die besteht. Was hier eingeführt wurde, sind im Prinzip die Vermeidung einer Doppelversicherung, einer Doppelzahlung, und das Ruhen der einen Versicherung, die hier nicht zum Tragen kommt. Es wird in Artikel 7a Absatz 1 gesagt: «Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden, solange der Versicherte nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch voll für dieses Risiko gedeckt ist.»

Die Versicherung, die Herr Mornioli anspricht, ist nach meinem Verständnis die Privatversicherung, die der Grundversicherung und ihrem subsidiären Charakter entspricht; daher ist dieser Kollisionsfall meines Erachtens gelöst. Für andere Kollisionen muss eine Kollisionsregel des UVG, aber nicht der Krankenversicherung herbeigezogen werden. Das Krankenversicherungsgesetz hat nur einen Kollisionsfall zu regeln, nämlich jenen zwischen dem KVG (obligatorische Grundversicherung) und dem UVG, und das tut es.

Ich beantrage Ihnen daher aus eigener Sicht, diesen verwirlichen Vorstoss abzulehnen.

M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale: Je voudrais m'excuser auprès de M. Mornioli de lui avoir répondu avant de l'avoir écouté. J'ai l'habitude d'être en avance parfois, vous vous en souvenez peut-être.

Mornioli: Ich möchte nur ganz kurz nochmals darauf eingehen. Kollege Huber hat jetzt den Text noch einmal vorgelesen. Man spricht da von «obligatorisch gedeckt». Das betrifft aber nur die Arbeitnehmer: Ich persönlich kann mich nicht nach UVG versichern. Ich muss mich privat für die gleichen Leistungen versichern. Das ist auch eine Grundversicherung, nur nicht durch das UVG; das kann ich als Selbständigerwerbender gar nicht. Wieso soll der, welcher nicht UVG-versichert ist und sich privat abdecken muss, nicht zu den gleichen Vergünstigungen gelangen? Ich finde das nicht richtig.

Abstimmung – Vote  
Für den Antrag der Mehrheit 24 Stimmen  
Für den Antrag Mornioli 1 Stimme

Präsident: Damit ist die Fassung der Mehrheit von Artikel 7a Absatz 1 bereinigt. Ueber den Streichungsantrag der Minderheit werden wir zusammen mit den Artikeln 7b und 7c entscheiden.

Art. 7b, 7c

Huber, Berichterstatter: Artikel 7b bekommt in der Fassung der Kommissionsmehrheit einen neuen Titel, entspricht aber ansonsten Artikel 7c in der Fassung des Nationalrates. In Artikel 7c (7b gemäss Nationalrat) macht die Mehrheit Ihrer Kommission aus der Pflicht des Arbeitgebers bzw. der Arbeitslosenversicherung, den Krankenversicherer des Arbeitnehmers bzw. den Arbeitslosen von einer Mutation in der Unfalldeckung zu informieren, eine Verpflichtung des Arbeitgebers bzw. der Arbeitslosenversicherung, den Arbeitnehmer bzw. den Arbeitslosen beim Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtberufsunfallversicherung schriftlich darüber zu informieren, dass er diese Mutation seinem Krankenversicherer zu melden hat.

Dieses Prozedere erscheint der Kommission nach einlässlicher und langer Diskussion praxisgerechter und einfacher. Die Nichterfüllung der Informations- bzw. der Meldepflicht wird durch die Pflicht des Fehlbaren sanktioniert, den Prämienan-

teil für die automatisch wieder auflebende subsidiäre Unfalldeckung – Artikel 7a Absatz 2 – samt Verzugszins zu zahlen. Ich bitte Sie also um Zustimmung zur Kommissionsmehrheit bei gleichzeitiger Umstellung der beiden Artikel.

**Frau Meier Josi**, Sprecherin der Minderheit: Mit meinem Minderheitsantrag möchte ich Sie dazu bringen, nochmals über den Systemwechsel nachzudenken, den der Nationalrat im Plenum diskussionslos beschlossen hat. Ich beantrage damit Festhalten am ursprünglichen Entwurf der Expertenkommission Schoch, Festhalten am ursprünglichen Entwurf des Bundesrates und Festhalten am ursprünglichen Beschluss des Ständerates. So exotisch, wie es auf Anhieb den Anschein haben könnte, ist also mein einsamer Minderheitsantrag wohl doch nicht.

Worum geht es? Der Nationalrat fand, nachdem wir ja nun eine obligatorische Unfallversicherung für Arbeitnehmer hätten, könne während deren Dauer die Deckung des Unfallrisikos durch die Krankenkasse ruhen. Natürlich würden dann auch die entsprechenden Beiträge für die gleiche Zeit wegfallen. Damit komme man – hiess es im Nationalrat – einem weitverbreiteten Wunsch nach. So weitverbreitet war dieser Wunsch zwar wohl nicht, angesichts aller vorangegangenen Beschlüsse! Es geht eher um ein an sich sehr verständliches Anliegen der Privatassekuranz, die damit ihre Konkurrenzsituation gegenüber den Krankenkassen leicht verbessern kann.

Der Nationalrat sah natürlich schon, dass beim Ausscheiden aus der obligatorischen Unfallversicherung eine gefährliche Lücke entstehen könnte. Um das zu vermeiden, verfügte er, dass halt die Krankenkassen wieder zur Verfügung stehen müssten, wenn es einmal so weit sei. Man gab sich also durchaus Rechenschaft, dass etwa eine Frau, die wegen einer bevorstehenden Geburt ihre Stelle aufgibt, andere Sorgen haben kann, als sich um diese Unfallunterdeckung zu kümmern, selbst wenn es ihr noch so deutlich mitgeteilt wird. Angenommen, es passiert etwa zehn Monate nachher ein Unfall, der Kosten von mehreren zehntausend Franken verursacht, dann können die Betroffenen ganz einfach die Beiträge nachzahlen, oder es kann mit den ausstehenden Prämien verrechnet werden, was bezahlt werden muss, und die Sache ist «geritzt». Der Nationalrat hat sich daran nicht gestossen, dass das ein wenig befriedigendes Vorgehen ist.

Um alles noch verwirrlicher zu machen, hat der Nationalrat noch verfügt, dass es sich ohnehin nur um eine Kann-Vorschrift handeln solle. Versicherte können also von der Möglichkeit Gebrauch machen, oder sie können es bleiben lassen. Wer nicht will, braucht nicht zu melden, dass die Unfallversicherung bei der Krankenkasse ruhen soll.

Sie erinnern sich vielleicht daran, dass ich andernorts entschieden gegen Ueberversicherungen eingetreten bin, und es mag Sie daher wundern, wenn ich jetzt das neue System ablehne. Lassen Sie es mich erklären. Ich habe zwei Gründe, nicht zu schweigen:

1. Es geht natürlich nicht um eine Ueberversicherung, bei welcher die Versicherten mehr Leistungen erhalten, als zur Deckung des Schadens nötig wäre. Die Verunfallten erhalten nämlich so oder so nur eine einzige Leistung, so, wie das auch bisher der Fall war. Die Krankenkasse leistete bekanntlich auch bisher nur subsidiär. Anders gesagt: Die Krankenkasse zahlt nicht oder zahlte bisher nicht, wenn die Unfallversicherung leistete.

2. Was die neue Regelung mit sich bringt, sind nur zwei Nachteile.

Der erste Nachteil: Es entsteht ein neuer Aufwand für die Krankenkassen, es entsteht ein neuer Aufwand für die Arbeitgeber, es entsteht ein neuer Aufwand für die Arbeitslosenversicherung, und es entsteht ein neuer Aufwand für die Versicherten. Sie alle müssen den heiligen Bürokratismus oder den Amtschimmel in Trab versetzen, An- und Abmeldungen organisieren oder sich – im Falle der Versicherten – zumindest über Post ärgern, an der sie nicht interessiert sind, weil es ja um eine blosse Kann-Vorschrift geht. Dieser Aufwand geht nach dem Motto «ausser Spesen nichts gewesen». Es geht um Kosten, welche den Krankenkassen bisher nicht entstanden sind.

Der zweite, weitaus gewichtigere Mangel besteht aber darin,

dass Sie mit der Neuregelung gemäss Nationalrat einen alten Solidaritätsbeitrag streichen und sich damit gegen ein erklärtes Ziel unserer Revision wenden. Sie entlasten Leute, die ein Arbeitseinkommen haben, zu Lasten von Leuten, die keines haben, vor allem zu Lasten von Alten, Rentnern, nichterwerbstätigen Frauen und von Kindern. Für die einen wird der Beitrag in den günstigeren Kantonen pro Monat etwa 5 Franken billiger. Weil sich aber an der Leistungspflicht der Krankenkassen überhaupt nichts ändert, weil sich deren Leistungspflicht um keinen Rappen verringert, muss der Ausfall natürlich jetzt von den anderen, eben von den Alten, von den Kindern, von den Nichterwerbstätigen, zum Beispiel von den traditionellen Hausfrauen, bezahlt werden. Für diese Leute steigt also die Prämie.

Ich zitiere die Berichterstatterin im Nationalrat: «Schätzungen der Krankenkassen besagen, dass das bei denjenigen Versicherten, die von dieser Sistierung Gebrauch machen, eine Prämienreduktion um 4 bis 5 Prozent bedeuten kann .... Bei den Versicherten, die die subsidiäre Unfalldeckung beanspruchen, macht die Differenz vermutlich 10 Prozent aus.» – Also das Doppelte! Bei einer traditionellen Familie heisst das dann im Klartext: Der erwerbstätige Vater bezahlt 5 Franken weniger, für seine Frau und seine zwei Kinder zahlt er 15 Franken mehr! Der Nettoverlust beträgt 10 Franken bei den günstigeren Kantonen und das Doppelte oder mehr bei den teureren Kantonen.

Sie werden mir zumindest zubilligen, dass es Mühe bereiten kann, so etwas als folgerichtige Familienpolitik oder als Solidarität zu verkaufen. Für mich ist das eher ein asoziales und unsolidarisches Nullsummenspiel bei den Leistungen, ein Nullsummenspiel, das ausser Spesen für die Krankenkasse nichts bringt und die Privatassekuranz nicht einmal entlastet. Diese Suppe esse ich nicht freiwillig!

Ich schlage Ihnen vielmehr vor, die ursprüngliche solidarische Lösung des Ständerates, des Bundesrates und der Expertenkommission beizubehalten!

**Huber**, Berichterstatter: Die Minderheit der Kommission möchte die Artikel 7a, 7b und 7c durchgehend streichen; es geht im Prinzip um das Problem des Ruhens der Versicherung.

Frau Meier Josi hat zutreffend dargelegt, dass es Leute gibt, die der obligatorischen Unfallversicherung für Arbeitnehmer nicht unterstehen. Auch sie müssen obligatorisch gegen Unfälle versichert sein. Deshalb gewährt die soziale Krankenversicherung gemäss Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b Leistungen für Unfall, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt. Andererseits sollen die Leute, die der obligatorischen Unfallversicherung unterstehen, nicht doppelt versichert sein, das heisst zweimal Prämie bezahlen. Deshalb hat der Nationalrat den 2. Abschnitt «Ruhens der Unfalldeckung» in das Gesetz eingefügt.

Es trifft durchaus zu, was Frau Meier von den Ausführungen der Berichterstatterin im Nationalrat zitiert hat. Sie hätte auch weiterfahren können. Ich zitiere jetzt den darauffolgenden Text. Die Berichterstatterin des Nationalrates hat davon gesprochen, man habe hier ein Kapiteichen «innovativ eingefügt», und sagt dann: «Wir wollen damit einem weitverbreiteten und alten Wunsch entgegenkommen, wonach es keine Doppelversicherungen mehr geben soll.»

Es ist nicht zu verkennen, dass in diesem Punkt eine gewisse Reduktion an Solidarität eintritt. Aber wir sollten uns auf die grossen Solidaritäten konzentrieren und nicht auf die «Nebenkriegsschauplätze» der Solidarität begeben. Die Kommission des Ständerates hat lange über diesen Punkt diskutiert. Die Mehrheit stimmt mit 8 zu 3 Stimmen der vom Nationalrat geschaffenen grundsätzlichen Möglichkeit zu, die subsidiäre Unfalldeckung ruhen zu lassen, solange der volle Versicherungsschutz nach UVG besteht. Besteht dieser nicht mehr, springt automatisch die subsidiäre Deckung nach Krankenversicherungsgesetz wieder ein: Artikel 7a Absatz 2. Es gibt also keine Deckungslücken. Wir haben das in der Folge – das haben wir jetzt schon beschlossen – entsprechend ausformuliert und angepasst, damit im Prinzip keine Versicherungslücken entstehen.

Ich möchte Sie daher im Namen der Mehrheit bitten, dem Nationalrat in dieser Differenz, die für ihn mit einer gewissen Bedeutung verbunden ist, zuzustimmen.

**Frau Beerli:** Frau Meier Josi hat ihre Weigerung, die Suppe zu essen, mit zwei Argumenten begründet. Das eine ist die Unzumutbarkeit für den Versicherten, beim Wegfall der UVG-Deckung auch noch tätig zu werden, also eine Aktivität zu entfalten, und das zweite ist die Solidarität, die, wie sie befürchtet, untergraben werden könnte.

Beide Argumente sind nicht stichhaltig. Wir müssen sehen, dass nur Versicherte betroffen sein werden, die selber aktiv werden, um diese subsidiäre UVG-Deckung auch geltend zu machen, die bei ihrer Krankenkasse vorsprechen und dort ganz klar und aktiv sagten, sie möchten, dass die Unfalldeckung durch die Krankenkasse während der Zeit, in der sie der obligatorischen Unfallversicherung unterstünden, sistiert werde. Es sind Leute, die diesen Schritt aktiv unternommen haben, als sie neu der UVG-Pflicht unterstellt wurden. Diesen Leuten ist es zuzumuten, dass sie, wenn die UVG-Deckung wegfällt, den analogen Schritt ebenfalls tun und auch hier wieder aktiv werden und bei ihrer Krankenkasse vorsprechen, um die Deckung wieder aufleben zu lassen. Das ist das eine Gegenargument.

Bei der Solidarität sind wir uns alle einig: Wir möchten in diesem Gesetz die Solidarität stärken. Das ist vollkommen klar, aber ich glaube, es ist nicht richtig, eine verdeckte Solidarität einzubauen. Dies ist nicht eine deklarierte, klare Solidarität, sondern es werden Leute verpflichtet, für etwas zu zahlen, wofür sie keine Gegenleistung beziehen, und es wird dies implizit als Solidarität gewertet und gesagt, damit könne man die Prämien anderer Leute, die nicht erwerbstätig seien, eher tief halten. Es ist nicht richtig, in einer solchen Art an einer verdeckten Solidarität festzuhalten. Wir müssen dies dort, wo wir Solidarität üben wollen, auch klar und offen deklarieren.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** La proposition de minorité Meier Josi, soit la formule originale du Conseil fédéral, est la proposition à laquelle vous vous étiez également ralliés en première lecture. Il va sans dire que le Conseil fédéral est heureux de cet appui de M<sup>me</sup> Meier Josi et qu'il considère que c'est la meilleure des propositions.

Le Conseil national a souhaité introduire la possibilité pour l'assuré de demander la suspension pendant l'assujettissement à l'assurance-accidents obligatoire, de façon à avoir une réduction des primes, et à réactiver ensuite automatiquement – c'était l'idée du Conseil national – à la fin de l'assurance-accidents obligatoire. Cela garantissait une solution sans lacune et donnait la responsabilité à l'employeur d'avertir l'assurance-maladie de la fin de la couverture par l'assurance-accidents.

La majorité de votre commission a accepté le principe de la suspension de la couverture d'assurance, mais elle a apporté une modification matérielle importante. C'est à l'assuré qu'incombe maintenant la responsabilité de communiquer à son assureur-maladie la fin de la couverture obligatoire contre les accidents. Il assumera donc les conséquences financières, c'est-à-dire le paiement de la cotisation arriérée due, avec des intérêts, s'il ne remplit pas cette obligation. Cette solution a paru à votre commission plus équitable et plus simple. Or, en fait, c'est bien la solution du Conseil fédéral et la proposition Meier Josi qui est la solution la plus simple, au cas où il y a une double assurance. Elle a pour conséquence une certaine solidarité – je n'irai pas jusqu'à dire que c'est une solidarité cachée, elle n'est pas confidentielle –, c'est une solidarité automatique des salariés envers les non-salariés qui ne sont pas soumis à une assurance-accidents obligatoire. Cela représente effectivement une augmentation de 3 à 5 pour cent des primes lorsque tous les assurés sont couverts par cette assurance subsidiaire.

La solution du Conseil national est plus compliquée. Celle du Conseil des Etats également, dans la mesure où elle crée une obligation pour un assuré qui n'est pas forcément bien renseigné quant à l'obligation d'informer l'assurance de la modification qui se fait. Elle est bien sûr plus coûteuse également pour

les non-salariés dans la mesure où ils ne bénéficient pas de cet étalement, de cette péréquation générale des cotisations. Elle évite effectivement que des personnes assurées obligatoirement aient une double assurance pour laquelle elles ne reçoivent pas plus de prestations tout en acceptant de passer à la caisse deux fois.

En ce qui concerne le Conseil fédéral, je puis dire que nous aimerions, bien sûr, une solution plus simple administrativement, qui évite de toute façon des démarches administratives, mais nous ne considérons malgré tout pas qu'il y a une très grande différence matérielle entre les deux propositions. Je m'en remets donc volontiers à la sagesse de votre conseil pour savoir si, sur ce point-là, vous désirez maintenir une divergence avec le Conseil national ou vous rallier à sa proposition avec les deux modifications que vous avez proposées. Le Conseil fédéral pourrait alors se rallier à votre décision.

**Präsident:** Die Abstimmung über den Antrag Morniroli zu Artikel 7c entfällt gemäss Ihrem Entscheid bei Artikel 7a.

*Art. 7a, 7b, 7c*

*Abstimmung – Vote*

Für die Anträge der Mehrheit

28 Stimmen

Für die Anträge der Minderheit

5 Stimmen

**Art. 9 Abs. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 9 al. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Art. 10 Abs. 2 Bst. d**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 10 al. 2 let. d**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 10 Absatz 2 Litera d empfehlen wir Ihnen, keine Differenz zum Nationalrat zu schaffen, sondern seinem Beschluss zuzustimmen. Eine Präzisierung ist indessen anzubringen: Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen wollen, müssen auch die Einzeltaggeldversicherung nach den Artikeln 59 bis 69 anbieten. Es bleibt ihnen dagegen freigestellt, ob sie auch die Kollektivtaggeldversicherung – die sie ja gerne haben – nach Artikel 59 Absatz 3 anbieten wollen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 13 Abs. 2**

*Antrag der Kommission*

Festhalten

**Art. 13 al. 2**

*Proposition de la commission*

Maintenir

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 13 Absatz 2 hat die Kommission den Berichterstatter ausdrücklich beauftragt, zuhanden des Rates und der Materialien wie folgt zu informieren:

Die Mehrheit will, dass gemäss Absatz 1 unentgeltlich und umfassend informiert wird und dass bezüglich dieser Information keine Gebühr für den Versicherten entsteht. Ursprünglich hätte eine Minderheit die Regelung gemäss Bundesrat und Artikel 35 des Gesetzentwurfs über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts eingeführt, mit der Differenzierung von Artikel 13 Absatz 2 KVG. Aus der Kommission ist schliesslich kein Minderheitsantrag hervorgegangen.

Ich bitte Sie daher um Zustimmung zum Antrag der Kommission, d. h. um Streichung von Absatz 2.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: Effectivement, à l'article 13 alinéa 2, il faut veiller à ne pas créer une contradiction avec la partie générale du droit des assurances sociales, où votre conseil a fait, d'ailleurs, un travail remarquable que j'espère bientôt pouvoir remettre sur les rails. Il faut espérer qu'il sera bientôt remis sur les rails également au Conseil national. Or, la partie générale du droit des assurances sociales à l'article 35 ainsi que notre projet prévoient la gratuité des renseignements fournis aux assurés par des assureurs et c'est un principe qu'il faudrait maintenir.

**Huber**, Berichterstatter: Ich habe ein gewisses Verständnis dafür, aber ich muss Ihnen sagen, dass der Allgemeine Teil des Sozialversicherungsrechts noch nicht über alle Runden gekommen ist. Wenn er später als zusätzliches Gesetz kommt und eine gegenteilige Lösung dieses Problems beinhaltet, derogiert er selbstverständlich das allenfalls einmal in Kraft tretende Krankenversicherungsgesetz, an dem wir gegenwärtig arbeiten. Wir haben gefunden, solange diesbezüglich nicht fester Boden bestehe, sollte man an der einfachen Lösung festhalten, wie wir sie hier haben, nämlich diesen Absatz 2 zu streichen. Die Kommission ist am Schluss ihrer Beratungen diesbezüglich relativ geschlossen zu dieser Erkenntnis gekommen.

Ich bitte Sie um Zustimmung zum Antrag der Kommission.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	24 Stimmen
Für den Antrag des Bundesrates	5 Stimmen

#### Art. 15 Abs. 1

Antrag der Kommission  
Festhalten

#### Art. 15 al. 1

Proposition de la commission  
Maintenir

**Huber**, Berichterstatter: Bei Artikel 15 Absatz 1 besteht eine Differenz. Wir schlagen Ihnen vor, am ursprünglichen Text des Bundesrates festzuhalten.

Es geht hier um die gemeinsame Einrichtung, die zur Diskussion steht. Nun hat der Nationalrat eine Vertretung der Versicherten in den Organen vorgesehen. Mit einem klaren Entscheid, 10 zu 1 Stimmen, hat Ihre Kommission der Fassung des Bundesrates – ohne Vertretung der Versicherten – zugestimmt.

Es handelt sich hier um die Einrichtung, die die Kosten für die Leistung von zahlungsunfähigen Versicherern übernimmt. Es sind dieser Institution auch andere Aufgaben, Aufgaben von gemeinsamem Interesse, übertragen worden. Der Ständerat hat Artikel 15 in erster Lesung auch mit einer neuen Bestimmung betreffend die Finanzierung ausgestattet. Es ist des weiteren in der Beratung gesagt worden – und das hat unsere Meinung gefestigt –, dass hier eine Analogie zur Auffangvorrichtung im Rahmen der zweiten Säule vorliegt, mit der wir uns ja intensiv auseinandergesetzt haben. Auch dort ist eine Vertretung der Versicherten nicht vorgesehen.

Ich bitte Sie, bei Artikel 15 Absatz 1 eine Differenz zu belassen und an Ihrem ersten Beschluss, d. h. an der Fassung des Bundesrates, festzuhalten.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: Il y a eu une conversion du Conseil fédéral à la position du Conseil national. Dans ce sens-là, nous aimerions donc vous recommander, cette fois-ci, de renoncer à maintenir cette divergence avec le Conseil national, d'accepter la participation des assurés dans les organes de l'institution commune. Les tâches importantes qui seront confiées à cette institution gagneront en légitimité et en force si les assurés participent à ces décisions, les personnes les plus directement concernées devant effectivement y être associées.

Le Conseil fédéral s'est rallié à la décision du Conseil national et nous pensons que cette divergence pourrait être supprimée aujourd'hui par votre décision en faveur de la version du Conseil national.

**Huber**, Berichterstatter: Das ist eine neue Situation; wir sind nämlich der Meinung gewesen, dass der Bundesrat an seiner ursprünglichen Regelung festhalte. Das ist nun der Punkt, bei dem sich das erste Mal die Frage von klaren Verhältnissen und klaren Verantwortlichkeiten stellt. Wir sind der Meinung, dass das eine Aufgabe der Versicherer ist, dass ihnen die Aufgabe überbunden wird, eine gemeinsame Einrichtung in Form einer Stiftung zu gründen. Sie bedürfte bezüglich der Stiftungsurkunde und der Reglemente gar der Genehmigung des Departements. Wenn keine solche Stiftung zustande kommt, was ja möglich wäre, dann gründet sie sogar der Bundesrat. Das heisst, es besteht eine Verantwortlichkeit. Neuerdings tritt in dieser Vorlage wie auch an anderen Orten die Tendenz auf, dass man aus interessierten Gruppierungen zusätzlich Leute in diese Organe aufnimmt, die dann letztlich nur sich selber, ihrem Gewissen gegenüber, verantwortlich sind.

Ich glaube, dass bei diesem klaren Entscheid – 10 zu 1 Stimmen – bei vielen von uns auch das mitgespielt hat, dass wir an klaren Verhältnissen, klaren Verantwortungen, die durch ein so grundlegendes Gesetz gegeben werden, festhalten und nicht Gruppierungen schaffen möchten, die dann letztlich wohl mitentscheiden können, Verantwortung für den Entscheid aber nicht gegenüber anderen Gruppierungen zu tragen haben, die sie vertreten. Das sind die Ueberlegungen, die dazu geführt haben, dass wir an der ursprünglichen Fassung des Bundesrates, die nach unserer Meinung die bessere ist, festhalten möchten.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	22 Stimmen
Für den Antrag des Bundesrates	3 Stimmen

#### Art. 15a

Antrag der Kommission  
Mehrheit  
Streichen

Minderheit  
(Onken)

Titel

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 1

Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten.

Abs. 2

Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, nimmt der Bundesrat sie vor.

Abs. 3 (neu)

Das leitende Organ der Institution besteht aus Vertretern der Versicherer, der Kantone, der Suva, des Bundes, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände.

#### Art. 15a

Proposition de la commission  
Majorité  
Biffer

Minorité  
(Onken)

Titre

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 1

Les assureurs encouragent la prévention des maladies.

Al. 2

Ils gèrent en commun et avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Le

Conseil fédéral crée l'institution si les assureurs et les cantons ne l'ont pas fait.

*Al. 3 (nouveau)*

L'organe directeur de l'institution est composé de représentants des assureurs, des cantons, de la CNA, de la Confédération, des médecins, des milieux scientifiques ainsi que des organisations spécialisées dans le domaine de la prévention.

**Art. 15b**

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

*Streichen*

*Minderheit*

*(Onken)*

*Titel*

*Finanzierung, Aufsicht*

*Abs. 1*

Von jeder nach diesem Gesetz obligatorisch versicherten Person ist jährlich ein Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung zu erheben.

*Abs. 2*

Der Bundesrat setzt auf Antrag der Institution den Beitrag fest.

*Abs. 3 (neu)*

Der Bundesrat übt die Aufsicht über die Tätigkeit der Institution aus. Budgets, Rechnung und Rechenschaftsbericht sind dem BSV zur Genehmigung vorzulegen.

**Art. 15b**

*Proposition de la commission*

*Majorité*

*Biffer*

*Minorité*

*(Onken)*

*Titre*

*Financement, surveillance*

*Al. 1*

Une contribution annuelle pour la prévention générale des maladies est perçue de chaque assuré obligatoire selon la présente loi.

*Al. 2*

Le Conseil fédéral fixe la contribution sur proposition de l'institution.

*Al. 3 (nouveau)*

Le Conseil fédéral surveille l'activité de l'institution. Les budgets, les comptes et le rapport d'activité sont présentés pour approbation à l'Ofas.

**Art. 15c**

*Antrag der Kommission*

*Streichen*

*Proposition de la commission*

*Biffer*

**Huber**, Berichterstatter: Es handelt sich nicht nur um einen gemeinsamen Komplex, sondern es handelt sich für den Ständerat auch um eine Novität; denn dieser ganze Abschnitt 2a ist vom Nationalrat neu eingefügt worden. Ursprünglich war er nicht Bestandteil der ganzen Vorlage. Es ist daher auch ein Punkt, bei dem eine gewisse Kostenrelevanz besteht, die in den ursprünglichen Aufrechnungen der Botschaft nicht enthalten ist.

Der Nationalrat hat den Abschnitt 2a, «Förderung der Gesundheit», mit offensichtlicher Mehrheit beschlossen. Es steht auch fest, dass es sich hier um ein Anliegen von Frau Bundesrätin Dreifuss handelt, die sich in diesem Punkt ja sehr engagiert hat. Wenn das so ist, wenn der Nationalrat mit offensichtlicher Mehrheit einer engagierten Bundesrätin folgt, dann ist zu fragen: Warum kommt eine ständerätliche Kommission dazu, mit allen Stimmen gegen eine Stimme – bei einer Enthaltung – den entsprechenden Abschnitt abzulehnen? Sicher nicht, das möchte ich betonen, weil wir der Förderung der Gesundheit negativ gegenüberstehen; sicher nicht, weil wir gegenüber Neuigkeiten in einem Gesetz wie dem vorliegenden ableh-

nend sind, sondern weil uns schien, dass hier verschiedene Argumente gegeneinander abzuwägen sind:

Gerade jetzt, bei einem «Quantensprung», bei der Beteiligung der öffentlichen Hand, sollte man bei einem bereits ausgedehnten Leistungskatalog nicht übermarchen. Wir haben bei Artikel 20, in Verbindung mit Artikel 27, die individuelle ärztliche Prävention eingeführt. Wenn Sie die Reaktionen in den Medien verfolgt haben, dann werden Sie gesehen haben, zu welcher Aufregung und zu welchen Missverständnissen bereits die Einführung der individuellen Prävention geführt hat. So wurde nämlich Artikel 27 mit der Kompetenz des Bundesrates, den Leistungsumfang zu beschneiden, kaum erwähnt. Alle diese Dinge sind untergegangen, und man hörte immer wieder, beinahe wie bei einer tibetanischen Gebetsmühle, den Satz: «Ihr habt die Prävention eingeführt!»

Ja, wir haben die individuelle ärztliche Prävention eingeführt, und wir stehen dazu, dass das ein notwendiger und richtiger Schritt, ein grosser Schritt ist. Daraus wird sich ergeben, dass wir bei Artikel 20 überzeugt ja sagen.

Wenn wir das auf diesem Gebiet tun, dann stellt sich uns nämlich ernsthaft die Frage, ob auch im Rahmen der sozialen Krankenversicherung auf der Ebene des Bundes ein derartiges Gebilde neu konstituiert werden soll oder eben nicht. Es sind bei uns ernsthafte Zweifel an der Wirksamkeit von generellen Sensibilisierungskampagnen aufgetreten, wie diese Bestimmungen im Nationalrat wohlmeinend genannt wurden – generellen Sensibilisierungskampagnen für die Gesundheit, die dann ein individuelles Präventivverhalten nach sich ziehen sollten. Es darf nicht übersehen werden: Es geht hier um Krankenversicherung, es geht nicht um das Gesundheitswesen als Ganzes. Wenn man logisch weiterdenkt, dann müsste man das eben nicht auf einen Drittel der Krankenversicherung am Gesamtaufwand der Gesundheitskosten begrenzen, sondern man müsste es praktisch über das ganze Gesundheitswesen ausbreiten. Diese Ueberlegung ist auch vor wenigen Jahren das Argument gewesen, das das Lieblingsvorhaben eines anderen Bundesrates, nämlich von Herrn alt Bundesrat Hürlimann, das Präventivgesetz, zum Scheitern brachte. Es ist in der Tat so: Die Kantone begleiten diese Tätigkeit als ihre bürgernahe Aufgabe. Es besteht – Sie haben das durch die Post, die Sie von der zuständigen Stelle bekommen haben, bestätigt erhalten – eine Präventionsstiftung in Lausanne, die der Bund und die Kantone gemeinsam errichtet haben.

Die kantonalen Erziehungsdirektoren haben soeben im Kanton Solothurn eine Stiftung für Gesundheitserziehung gegründet. Es gibt kantonale Präventionsprojekte für die Förderung der Gesundheit, die von Bund und Kantonen zusammen oder einzeln finanziert werden; es gibt auf diesem Gebiet ebenfalls eine private Tätigkeit. Deshalb möchten wir keine weiterführende Tätigkeit seitens des Bundes.

Wir möchten als weiteres Argument insbesondere auch darauf hinweisen, dass die bundesrechtliche Kompetenz hier nicht über alle Zweifel erhaben ist. Schliesslich glauben wir, dass es auch falsch wäre, die spontane private Tätigkeit wie vorgesehen zu koordinieren, zu regulieren und damit letztlich zum Erliegen zu bringen. Weder die Krebsliga noch die Vereinigungen gegen Tuberkulose, noch andere Organisationen hätten bei einer derartigen Regulierung Freude und Leidenschaft, für ihre individuellen Ziele weiterzuarbeiten. Vater oder Mutter Bund – je nachdem – würde dann an ihre Stelle treten.

Das sind Argumente, die dazu geführt haben, die Bejahung der individuellen ärztlichen Prävention und die Negierung der Gesundheitsförderung im öffentlichen Rahmen als eine Antinomie zu betrachten.

Das hat uns, zusammen mit den anderen Ueberlegungen, dazu geführt, dieser Novität im Krankenversicherungsgesetz in der obligatorischen Grundversicherung mit 10 zu 1 Stimmen ein Nein entgegenzustellen. Das alles wird fraglos von Kollege Onken mit seinem Minderheitsantrag widerlegt. Ich bitte Sie gleichwohl, der Mehrheit Ihrer Kommission zuzustimmen.

**Onken**, Sprecher der Minderheit: Ob es mir gelingt, die gesamte Kaskade von Argumenten von Herrn Huber zu widerlegen, möchte ich einmal offen lassen. Ich glaube jedoch, auch

gute Gründe zu haben, um Ihnen zu beantragen, an der Gesundheitsförderung im Gesetz festzuhalten.

Zunächst jedoch eine Vorbemerkung: Auf der Fahne haben Sie meinen Antrag, dem Wortlaut des Nationalrates zu folgen, und verteilt worden ist ein neuer schriftlicher Antrag, der nur noch aus den zwei Artikeln 15a und 15b besteht. Es ist eine schlankere, gerafftere Fassung, und zwar nicht eine völlig neue, sondern eine, die wir in der Kommission bereits diskutiert haben. Es ist die Fassung, die uns vom Bundesamt für Sozialversicherung vorgelegt worden ist, die weiterhin die Kerngedanken enthält, aber doch auch verschiedene Verbesserungen vorschlägt. Ich habe jetzt auf diese Fassung zurückgegriffen, und nur noch diese soll hier zur Diskussion stehen.

Worum geht es bei diesem Artikel? Es geht um die Förderung der Gesundheit, um die Gesundheitserziehung im Sinne einer kollektiven Prävention, und es geht natürlich um die Verhütung von Krankheiten. Die Verankerung eines solchen Grundsatzes steht einem modernen Krankenversicherungsgesetz wahrlich gut an. Das Instrument der Gesundheitsförderung ist schon in der Vernehmlassung von verschiedenen Experten vehement gefordert worden. Auch einige von Ihnen haben wortreiche Bekenntnisse zur Prävention, zur Gesundheitsförderung abgelegt, als es darum ging, die beiden Zwillingsinitiativen zu bodigen. Auch nach der Ablehnung wurde wiederholt und an verschiedenen Orten beteuert, dass man jetzt der Gesundheitserziehung, der Gesundheitsförderung ein grösseres Gewicht beimessen wolle. Wir müssen auf diesem Gebiet auch ein mehreres leisten, darüber besteht im Grunde genommen Konsens.

Die durchschlagenden Erfolge solcher kollektiver Massnahmen sind nämlich völlig unbestritten, und sie sind auch unbestreitbar. Wenn man z. B. sieht, was die Suva auf dem Gebiete der Unfallverhütung leistet, so ist das doch ausserordentlich beachtlich. Dort wird mit professionellen Mitteln, mit Beratung und mit Aufklärung darauf hingewirkt, dass sich Unfälle verhindern lassen. Der Erfolg ist ganz eindeutig: Die Versicherungsleistungen, die ausgerichtet werden mussten, sind massiv zurückgegangen. Ich erwähne z. B. ein Programm «Leitern», das die Suva vor einigen Jahren durchgeführt hat. Mit einem Kostenaufwand von 1,5 Millionen Franken hat man Versicherungskosten von etwa 20 Millionen Franken einsparen können.

Ihnen allen ist auch bekannt, was wir auf dem Gebiete der zahnärztlichen Prävention geleistet haben. Hervorragende Erfolge sind hier erzielt worden, und auch dies dank der grossen erzieherischen Anstrengung und der Aufklärungsarbeit, die auf diesem Gebiete unternommen worden sind.

Man kann sicher nicht bestreiten, dass es hier um ein sehr wirkungsvolles Instrument der Kostendämpfung geht und dass die rund 12 Millionen Franken, die zur Diskussion stehen, Franken für Franken sinnvoll investiertes Geld sind. Der «return on investment» ist bei dieser Investition wirklich gut. Wir werden damit Einsparungen erzielen können, die viel, viel namhafter sind als die Ausgaben. Es ist gut, die Versicherer beizuziehen, es ist auch gut, die Suva als eine Organisation, die ein grosses Know-how auf diesem Gebiet hat, in eine solche Koordinationskommission einzubeziehen, und es ist unbestreitbar wichtig, dass man auch die Kantone einbindet. Sie sind zuständig, und an dieser Zuständigkeit soll auch nicht gerüttelt werden. Es wird niemandem in den Arm gefallen, der bereits heute auf diesem Gebiete tätig ist, ganz im Gegenteil: Es geht darum, diese Massnahmen sogar noch zu unterstützen. Von der Stiftung für Gesundheitsförderung – ich weiss nicht, ob es die gleiche ist, die Herr Huber erwähnt hat – haben wir ja sogar einen Brief mit der Bitte bekommen, die Artikel 15a, 15b und 15c wieder in das Gesetz aufzunehmen. Selbst diese Organisation spricht sich also deutlich dafür aus, dass wir die Gesundheitsförderung im Gesetz belassen.

Ich bin überzeugt, wir können auf der Grundlage, die ich vorschlage, bei Respektierung der Zuständigkeiten der Kantone, durchaus ein mehreres leisten. Es wäre nicht nur ein missverständliches, sondern eigentlich ein völlig verkehrtes Zeichen, wenn unser Rat diese Bestimmungen, die der Nationalrat eingeführt hat, wieder aus dem Gesetz herausstriche.

Ich glaube, heute wird das in der Kommission nach anfänglichem Widerstand auch eingesehen. Der politische Wille ist gewachsen, hier tatsächlich etwas im Gesetz zu verankern. Natürlich wollen die Kosten von 12 Millionen Franken beachtet sein. Deshalb ist man darauf gekommen zu sagen, wir bräuchten eine Kompensation dafür. Diese Kompensation soll nun bei der individuellen Prävention geschaffen werden. Die individuelle Prävention ist bisher nach Artikel 56 Absatz 7 des Entwurfs von der Kostenbeteiligung ausgenommen. Wenn man dort die Kostenbeteiligung einführen würde, vielleicht auch nur für einen umschriebenen Kreis von medizinischen Untersuchungen, würden Einsparungen erzielt, die sogar vielfach aufwögen, was wir hier für die Gesundheitserziehung investieren.

Ich verstehe diejenigen, die sagen: Soll doch erst der Nationalrat dort eine Aenderung schaffen, dann sind wir hier bei der Gesundheitsförderung bereit, Hand zu einem Kompromiss zu bieten. Aber das ist ein taktisches Spiel, das hier getrieben wird.

Unsere Kommission hat ausdrücklich beschlossen, auf Artikel 56 Absatz 7 zurückzukommen und der nationalrätlichen Kommission die Möglichkeit zu geben, dort eine Aenderung vorzunehmen. Mehr noch: Die nationalrätliche Kommission hat ebenfalls bereits getagt und bekräftigt, dass sie eine neue Lösung verwirklichen will, die die Kostenbeteiligung für bestimmte individuelle Präventionsuntersuchungen vorsieht. Die Voraussetzung ist also schon jetzt gegeben, dass in Artikel 56 eine wahrscheinlich sogar sehr namhafte Einsparung möglich wird, die den 12 Millionen Franken, die wir hier einsetzen, gegenübergestellt werden kann.

Ich bitte Sie, unter diesen Umständen nun nicht mehr aus rein taktischen Ueberlegungen die beiden Artikel einfach einmal abzulehnen, sondern ich ersuche Sie vielmehr, hier eine Differenz auszuräumen und diese Bestimmung jetzt in das Gesetz aufzunehmen, im Wissen darum, dass die nationalrätliche Kommission unseren Intentionen bei Artikel 56 Absatz 7 entgegenkommen wird.

In diesem Sinne bitte ich Sie um Unterstützung für den neu verteilten Minderheitsantrag, der in der Kommission bereits ausdiskutiert worden ist.

**Schiesser:** Inhaltlich bin ich mit der Minderheit Onken einverstanden, und ich habe in der Kommission auch eine ähnliche Auffassung vertreten wie Herr Onken. Auch scheint mir der heute vorliegende Antrag besser zu sein als die Version des Nationalrates. Dennoch möchte ich Ihnen beantragen, im Sinne der Kommissionsmehrheit einstweilen an unserem ursprünglichen Beschluss festzuhalten.

Herr Onken ist am Schluss seiner Ausführungen auf den Zusammenhang zwischen den Artikeln 15a, 15b und 15c einerseits und Artikel 56 Absatz 7 Buchstabe a andererseits eingegangen. Es geht darum, dass die ständerätliche Kommission nochmals auf Artikel 56 Absatz 7 Buchstabe a zurückkommen möchte. Die nationalrätliche Kommission hat bereits signalisiert, dass bei diesem Artikel eine neue Differenz geschaffen werden kann. Bei Artikel 56 Absatz 7 Buchstabe a geht es um die Befreiung vom Selbstbehalt bei der medizinischen Prävention.

Warum beantrage ich Ihnen heute, die Artikel 15a, 15b und 15c zu streichen? Ein wesentliches Ziel dieses Gesetzes besteht darin, die Kosten im Gesundheitswesen im Bereich der sozialen Krankenversicherung in den Griff zu bekommen. An dieser Messlatte wird der Erfolg oder Misserfolg dieses Gesetzes gemessen werden. Nun sollen bei den Artikeln 15a, 15b und 15c im Bereich der Förderung der Gesundheit neue Ausgaben geschaffen werden. Diese zusätzlichen Ausgaben sind nicht grundsätzlich umstritten. Deshalb bin ich davon überzeugt, dass wir bei den Artikeln 15a und 15b letztlich eine Lösung im Sinne des «do ut des» finden werden. Zu diesem Zweck müssen wir aber sehen, welche Regelung konkret bei Artikel 56 Absatz 7 Buchstabe a vorliegt. Nach den Zeichen, die wir aus der Mitte der nationalrätlichen Kommission erhalten haben, bin ich davon überzeugt, dass wir in der nächsten Differenzbereinigungsrunde eine ausgewogene Lösung finden werden.



Aus diesen Gründen bitte ich Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen. Wir werden in der nächsten Differenzbereinigungsrunde die Gelegenheit haben, ein ausgewogenes Gesamtpaket zu verabschieden.

M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale: Je remercie MM. Onken et Schiesser d'avoir fait le lien entre la promotion de la santé et le caractère individuel de la prévention, c'est-à-dire la prise en charge – c'est un progrès essentiel de cette révision – des mesures qui permettent de prévenir l'évolution possible d'une maladie, ou d'intervenir à un stade très précoce des maladies, c'est certainement quelque chose qui permettra là aussi de réduire les coûts, mais surtout d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des assurés. Nous aurons l'occasion d'y revenir et aussi de dire, à ce propos, qu'il ne s'agit pas de n'importe quelle mesure préventive individuelle, mais d'une liste qui permettra d'établir jusqu'où l'on peut et jusqu'où il est opportun d'aller dans ce domaine.

Cette prévention individuelle n'est pas discutée, elle est financée d'une façon plus «généreuse» pour l'assuré que ne le sont les mesures curatives, et c'est un point sur lequel il faudra vraisemblablement revenir si le besoin se fait sentir de trouver une compensation à cet autre élément qu'il faudrait également introduire, à mon avis, à l'occasion de cette révision: la prévention collective. La prévention collective, c'est tout autre chose, il s'agit là de faire connaître les erreurs de comportement, si l'on peut dire, qui peuvent aboutir à péjorer l'état de santé de la population, ou de certains de ses membres, et de permettre ainsi de faire connaître et de faire prendre en charge par les personnes la gestion de leur santé par une meilleure connaissance de ce qu'elles peuvent faire, soit pour éviter des maladies soit pour en faciliter là aussi la reconnaissance précoce, et prévenir ainsi une évolution moins préjudiciable pour elles-mêmes et moins coûteuse pour l'ensemble du système de la santé. Cette prévention a fait ses preuves, M. Onken l'a dit, non seulement en matière d'accidents mais aussi de maladies, professionnelles également. Il a été évident d'emblée que l'assurance-accidents avait également à financer, et cela ne représente qu'une charge extrêmement légère, des mesures de prévention générale de ce type qui permettent de modifier des comportements qui se révèlent pathogènes.

Il semble évident que, justement au moment où l'on veut donner également à cette loi un caractère de maîtrise des coûts de la santé à long terme, l'on encourage la prévention collective et des comportements qui soient le contraire de comportements pathogènes et qui favorisent le maintien de la santé en permettant aux personnes de prendre leur santé davantage en charge.

Ces articles 15a, 15b et 15c, qui donneraient non pas véritablement au Conseil fédéral la compétence de mener lui-même des actions de prévention, mais qui créeraient la compétence de fixer la part minimale des cotisations de l'assurance-maladie qui devrait être réservée au financement de cette prévention collective, ne sont pas, je crois, l'expression d'un instinct maternel, ou paternel, exagéré de la part de la Confédération. Ils veulent au contraire établir les conditions d'une collaboration optimale avec les cantons – et nous avons besoin de créer des conditions optimales de collaboration avec les cantons lorsqu'on pense à la charge qui leur incombe en fonction de cette loi et dont nous aurons l'occasion de discuter plus tard –, mais également avec des organismes qui existent déjà et qui ont prouvé et leur efficacité et leur engagement dans la lutte contre la tuberculose, le cancer ou les maladies pulmonaires en général, pour ne citer que quelques exemples.

Il s'agit donc de créer les conditions d'une collaboration et d'une coordination des actions entreprises. Il s'agit aussi de créer les conditions d'une évaluation de ces actions. La Confédération qui mène de telles actions, par exemple contre le sida, peut témoigner de l'importance et de l'utilité de l'évaluation des campagnes de prévention et de la possibilité que ces évaluations offrent de les rendre encore plus efficaces. Il ne s'agit donc pas de multiplier les interventions, ou de créer des institutions additionnelles, mais de donner plus d'efficacité à ces campagnes par l'évaluation, par la coordination et par des ressources financières additionnelles.

Que représentent pour l'assuré ces ressources financières additionnelles qui nous semblent nécessaires? Nous sommes partis effectivement de l'idée d'un budget de 12 millions de francs, qui représente à peu près dix fois plus que ce qui est actuellement utilisé pour les campagnes de la fondation évoquée tout à l'heure et qui a été mise en place par les cantons. Un budget de 12 millions de francs, parce qu'il correspond au budget du Bureau suisse de la prévention des accidents non professionnels, dont nous voyons que ce budget atteint la masse critique qui lui permet d'avoir des effets.

Or, que représente cette charge pour les assurés? Une charge de 1,80 franc par année, perçue par assuré. Moins de 2 francs par année consacrés à la prévention collective et qui, selon un système administratif extrêmement simple, seraient perçus par les assureurs et mis à la disposition de l'institution qui coordonnera ceci pour être transmis aux organismes actifs dans ce domaine – cette idée est très bien reçue par l'opinion publique. Tout le monde comprend que consacrer moins de 2 francs à la prévention collective, au changement du comportement, est quelque chose de sensé, d'économique et qui permet de réduire finalement les coûts.

Le Conseil fédéral vous recommande d'adopter la proposition de minorité Onken, telle qu'il l'a corrigée, qui laisse les choses plus ouvertes, qui permet de faire collaborer vraiment dans l'harmonie toutes les organisations intéressées et, essentiellement, les cantons.

Le président de votre commission a soulevé un petit doute quant à la base constitutionnelle de ces trois articles. Je puis donner au conseil l'assurance suivante: l'article 69 de la constitution, qui prévoit les activités de la Confédération en mesure de lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'homme et des animaux, d'après les avis de droit que nous avons demandés, est suffisant pour justifier une action préventive générale. Il s'agit effectivement de combattre soit des maladies transmissibles – le sida, par exemple – soit des maladies très répandues comme les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires, etc. Cela justifie tout à fait ce type d'action sans qu'il y ait besoin d'un cumul des conditions et qu'il s'agisse uniquement de maladies particulièrement dangereuses. Le Conseil fédéral est sûr d'avoir, dans ce domaine, la base constitutionnelle pour vous faire cette proposition.

Dans ce sens, je vous recommande de soutenir la proposition de minorité Onken.

#### Art. 15a, 15b

##### Abstimmung – Vote

Für die Anträge der Mehrheit  
Für die Anträge der Minderheit

27 Stimmen  
4 Stimmen

#### Art. 15c

##### Angenommen – Adopté

#### Art. 16 Abs. 2bis, 3; Art. 17 Abs. 2

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### Art. 16 al. 2bis, 3; art. 17 al. 2

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

##### Angenommen – Adopté

#### Art. 19 Abs. 2 Bst. a, e, ebis

##### Antrag der Kommission

##### Bst. a

a. .... oder Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, ....

##### Bst. e, ebis

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 19 al. 2 let. a, e, ebis***Proposition de la commission**Let. a*Adhérer à la décision du Conseil national  
(la modification ne concerne que le texte allemand)*Let. e, ebis*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 19 Absatz 2 Litera a handelt es sich nicht um eine sprachliche, sondern um eine sachliche Differenz. Wir haben über diesen Punkt in der Kommission einlässlich gesprochen.

Sie sehen, dass auf der einen Seite der Nationalrat «auf ärztliche Anordnung oder Ueberweisung hin» beschlossen hat, während Ihre Kommission «auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes» formuliert hat.

Warum haben wir das getan? Es handelt sich ganz offensichtlich um die Auseinandersetzung zwischen Leistungserbringern, konkret zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Hier ist klar zu sagen, dass die Kompetenz des Pflegepersonals – vor allem durch die Schulung, die diesen Frauen und Männern zuteil wird – in den vergangenen Jahren grösser geworden ist. Die Kommission anerkennt den unverzichtbaren Anteil des Pflegepersonals im Gesundheitswesen, und sie anerkennt ausdrücklich, dass auch hier selbständig Verantwortung getragen werden kann. Wenn sie aber dennoch einem Antrag, der eine «Ueberweisung» verlangt, den Begriff des «Auftrages» gegenüberstellt, so einfach deswegen, weil sie der Philosophie der Vorlage treu bleiben will, die auch an anderen Orten den Arzt als die zentrale Schlüsselstelle im Gesundheitswesen bezeichnet. Denn dem «Auftrag» ist es eigen, dass das Mandat zurückgenommen werden kann, während die «Ueberweisung», wie sie verstanden wird, eine eher abschliessende Uebertragung von Kompetenzen beinhaltet.

Aus diesen Ueberlegungen heraus möchten wir Ihnen beliebt machen, die Fassung Ihrer Kommission anzunehmen und dieser zuzustimmen. Damit wäre auch die Differenz zwischen dem deutschen und dem französischen Text beseitigt. Eine gleiche Anpassung wäre zudem bei Artikel 29 Absatz 2 Litera e vorzunehmen.

**M<sup>me</sup> Drefuss, conseillère fédérale:** Je tiens à souligner que le texte de votre commission, pour une fois, adopte en allemand la formule trouvée en français, qui est excellente.

**Huber, Berichterstatter:** Ich möchte dazu nur sagen: Wir haben uns die gestrigen Erläuterungen der Verständigungskommission tief zu Herzen genommen.

*Angenommen – Adopté***Art. 20***Antrag der Kommission*

.... gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt durchgeführt oder angeordnet.

**Art. 20***Proposition de la commission*

.... menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin.

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 20 geht es um die medizinische Prävention. Wir haben bereits darüber gesprochen, welche Verwirrungen und Probleme hier entstehen können. Sie mögen es auch daraus ersehen haben, dass Herr Kollege Onken, dem sonst die Präzision sehr eigen ist, die zahnärztliche Prävention unter den Titel «Förderung der Gesundheit» subsumiert hat. Dabei ist gerade die zahnärztliche Prävention nicht in diesem Gesetz, aber in der Praxis ein klassischer Fall von individueller zahnmedizinischer Prävention und kann daher im Zusammenhang mit Artikel 15 nicht angerufen werden, wohl aber für die Begründung von Artikel 20.

Nun hat der Nationalrat eine zusätzliche Formulierung gefunden: er hat die Kosten «für bestimmte Untersuchungen ....» eingeführt. «Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt durchgeführt oder angeordnet»: Dieser Grundsatz war schon in der Fassung des Bundesrates enthalten, welcher der Ständerat zugestimmt hatte. Ich darf einfach noch einmal wiederholen: Es ist uns vorgeworfen worden, wir würden hier wie auch im Bereich der Psychotherapie Schleusen öffnen, die nicht mehr geschlossen werden könnten und die das System überschwemmen und letztlich aus den Angeln heben würden.

Mit der heutigen Formulierung des Nationalrates, mit der Einschränkung «für bestimmte Untersuchungen», wurde erstens eine dem Artikel inhärente Schranke aufgerichtet. Zum zweiten ist darauf hinzuweisen, dass das Marginale «Medizinische Prävention» heisst. Drittens ist die ohnehin von Bundesrat und Ständerat vorgesehene Einschränkung zu berücksichtigen. Viertens muss ausdrücklich gesagt werden, dass sowohl Artikel 26 als auch Artikel 27 dieses Gesetzes auch auf diese Ausgaben angewendet werden müssen und dass diese nicht losgelöst von den übergeordneten Grundsätzen zu betrachten sind. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit (Art. 26) sind auch bei der Prävention, auch bei der individuellen medizinischen Prävention, zu berücksichtigen. Dennoch sind wir uns bewusst, dass das ein bedeutender Schritt ist, und wir geben uns Rechenschaft darüber, dass damit etwas Neues eingeführt wird. Aber wir halten dafür, dass Prävention, Therapie und Rehabilitation in der modernen Medizin eine Ganzheit bilden. Es ist zeitgemäss und richtig, sie auch in der sozialen Krankenversicherung als Ganzes anzusehen, wenn auch auf einzelne Positionen beschränkt, die die Fachkommissionen zuhanden des Bundesrates auslesen und die der Bundesrat in einer ergänzenden Verordnung festlegt.

Ich bitte Sie im Namen der einstimmigen Kommission, gemäss der Fassung des Nationalrates zu entscheiden, mit der Ergänzung, die der Ständerat angebracht hat.

*Angenommen – Adopté***Art. 23 Abs. 2 Bst. a***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 23 al. 2 let. a***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber, Berichterstatter:** Auch die von einer Hebamme durchgeführten Kontrolluntersuchungen werden in die Pflichtleistungen aufgenommen. Der Nationalrat hat das ohne Diskussion im Plenum akzeptiert. Der Bundesrat hat in Artikel 29 die Hebammen als selbständige Leistungserbringerinnen bezeichnet. Es ist logisch, dass bei der statuierten selbständigen Tätigkeit bei der Entbindung auch die vorausgehenden Kontrolluntersuchungen durch die Hebamme als Pflichtleistung anerkannt werden.

Wir stimmen der Ergänzung zu.

*Angenommen – Adopté***Art. 26 Abs. 1***Antrag der Kommission*

Festhalten

*Antrag Plattner*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 26 al. 1***Proposition de la commission*

Maintenir

*Proposition Plattner*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber, Berichterstatter:** Der Nationalrat hat die Fassung gemäss Bundesrat beschlossen, also unseren letzten Satz, «Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein», nicht aufgenommen. Das scheint auf den ersten Blick harmlos, aber es ist ein hochexplosives Gebiet. Es geht um die Frage, wie weit Komplementärmedizin ihren Platz im Krankenversicherungsgesetz, in der Grundversicherung, haben soll. Die Kommission hat sich mit 9 zu 2 Stimmen für Festhalten entschieden, nämlich für Beibehaltung der Ergänzung «Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein». Sie bekräftigt damit, dass sie eine Komplementärmedizin will, die den Kriterien entspricht.

Wie ich bereits in der ersten Lesung dargelegt habe, versteht die Kommission den Begriff «wissenschaftlich» nicht als «naturwissenschaftlich» alleine; es gibt auch andere Methoden, die wissenschaftlich sind und mit denen die Wirksamkeit nachgewiesen wird. Es geht im vorliegenden Artikel letztlich weniger um die Abgrenzung zwischen der Schulmedizin und der Komplementärmedizin, sondern um die Abgrenzung der Komplementärmedizin zu Dingen, die für sich zwar nicht gerade den Standard der Medizin, aber zumindest den Effekt des Heilens in Anspruch nehmen. Und da sind wir der Meinung, dass diese Abgrenzung mit den Methoden der Wissenschaft erfolgen muss und erfolgen soll.

Sie haben in der ersten Lesung mit 26 zu 3 Stimmen unserer Ergänzung zugestimmt. Im Nationalrat entfielen 55 Stimmen auf den Beschluss des Ständerates und 89 Stimmen auf den Entwurf des Bundesrates.

Aus den Ueberlegungen, die ich vorgetragen habe, ohne jede Aversion gegenüber dem Phänomen der Komplementärmedizin – die heute von vielen Menschen in Anspruch genommen wird und die auch von einzelnen Kassen als zusätzliche statutarische Leistung angeboten wird –, im Wissen darum, dass es diese Komplementärmedizin gibt und dass diese Komplementärmedizin hier ihren Platz hat, möchten wir dennoch zur Abgrenzung ein klares Kriterium aufrechterhalten, und das wäre der zweite Satz, wie wir ihn eingefügt haben.

Noch einmal: Die Kommission hat mit 9 zu 2 Stimmen Festhalten beschlossen, und ich empfehle Ihnen, das ebenfalls zu tun.

**Plattner:** Ich entschuldige mich, dass ich vorhin nicht anwesend, sondern am Telefon war.

Ich weiss, dass ich einen schweren Stand haben werde. Die Verhältnisse scheinen mir klar zu sein. Dennoch hat mich die Abstimmung im Nationalrat ermutigt, noch einmal zu versuchen, Ihnen als Wissenschaftler zu erklären, warum der Begriff «wissenschaftlich» in einem Gesetz und besonders an dieser Stelle nichts zu suchen hat.

Ich halte – das schicke ich voraus – den Begriff für die Rechtssetzung nicht für geeignet. Die Wissenschaft ist etwas, was sich täglich ändert. Irrtümer von heute sind die Lehre von gestern. Es hat keinen Sinn, einen Begriff wie «wissenschaftlich», der so raschen Aenderungen unterworfen ist, als einen gesetz- und rechtswirksamen Begriff zu definieren. Ich denke, dass die Formulierung des Bundesrates, welche die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit fordert, vollkommen ausreicht. Zweckmässigkeit setzt ja auch eine Wirkung voraus, die objektiv vorhanden ist.

Und da bin ich jetzt beim Punkt: Das einzige, was man als «wissenschaftlich» bezeichnen könnte, wenn man das Gesetz einmal hat und dieses Wort darin steht, ist der Begriff der Objektivierbarkeit, nicht der Objektivität. Ich bitte Sie, das zu unterscheiden. Es ist ein Irrtum zu glauben, die Wissenschaft sei objektiv, sie suche das objektiv Wahre. Sie sucht das Objektivierbare, also das, was mit anerkannten Methoden nachweisbar ist. Sie braucht nicht alles zu umfassen, was objektiv existiert. Das ist der Unterschied, der bei der Alternativ- und Komplementärmedizin wesentlich ist und worauf Sie sich einzutreten weigern, wenn Sie immer wieder den Begriff «wissenschaftlich» einbringen wollen.

Was meine ich mit dieser professoralen Schelte? Wenn Sie – ich habe das schon das letzte Mal ausgeführt – einen klaren, objektiven Effekt haben, wie z. B. bei einem Blinddarm, so lernen Sie rasch und ohne Anwendung statistischer Methoden,

dass die Operation eines entzündeten Blinddarms eine lebensrettende Massnahme ist und der Verzicht auf die Operation in vielen Fällen zum Tode des Patienten führt. Da ist ein Effekt vorhanden, der so klar ist, dass Sie drei, vier Patienten brauchen und dann ein- für allemal wissen, worum es sich handelt. Das hat man inzwischen gelernt.

Es gibt aber Effekte, die schwächer sind. Schwache Effekte haben viel mit der subjektiven Empfindung des Patienten und mit dessen psychosomatischen Vernetzungen zu tun. Was er über die Wirkung des Medikamentes denkt, spielt eine ebenso grosse Rolle wie das, was mit dem Medikament naturwissenschaftlich objektivierbar überhaup erreicht wird.

Wenn Sie solche Effekte wissenschaftlich objektivieren wollen, müssen Sie sehr viele Patienten untersuchen. Der einzelne Patient zählt dann nicht mehr. Vielmehr müssen Sie dann Hunderte von Patienten untersuchen, ihnen z. B. ein Ginseng-Präparat verabreichen und wieder Hunderte mit einem Placebo-Präparat beglücken, um dann im Befinden des Patienten einen 10- oder 15prozentigen mittleren Effekt festzustellen. Der einzelne Patient zählt aber für Sie dann nicht mehr. Beim einzelnen Patienten können noch so grosse oder gar keine Wirkungen auftreten, das spielt gar keine Rolle mehr.

Wenn Sie nur Medikamente und Praktiken zulassen, die solchen statistischen Untersuchungen unterworfen worden sind und für die in diesem Sinn wissenschaftlich objektivierbare Ergebnisse vorliegen, schliessen Sie grosse Klassen von Behandlungen aus, bei denen sich nie jemand die Mühe genommen hat oder die Mühe nehmen kann – wegen des «individuellen Rauschens», wie ich das als Wissenschaftler nennen würde –, den Effekt überhaupt zu verifizieren, sondern wo der Effekt nur beim einzelnen Patienten, dort aber offensichtlich und für ihn subjektiv stark erlebbar und sehr konkret, auftritt. Das finde ich dem Patienten gegenüber unverantwortlich. Da haben Sie also etwas, was dem Patienten hilft. Ihm ist es gleich, ob das objektivierbar, objektiv oder sonstwas ist. Was für ihn zählt, ist, dass die Wirkung subjektiv vorhanden ist. Und für den Arzt zählt auch, wenn er den Patienten ernst nimmt, die subjektive Verbesserung des Befindens des Patienten, was der Patient erlebt, was mit ihm vorgeht, auch wenn es nicht verstanden und nicht objektiviert ist. Das ist das, was zählt.

Mit dem Begriff «wissenschaftlich» – so sehr ich begrüsse, dass er offenbar nicht als gegen die Alternativ- und Homöopathiemedizin gerichtet zu verstehen ist – riskieren Sie, die Trennlinie am falschen Ort zu ziehen. Ich bitte Sie deshalb, den Begriff nicht ins Gesetz aufzunehmen. Bedenken Sie, dass Artikel 26 bereits jetzt – ich wiederhole es – Wirksamkeit und Zweckmässigkeit vorschreibt. Wenn die Behandlung, eine Prozedur oder ein Medikament wirksam und zweckmässig sind, reicht das, und wenn sie darüber hinaus noch wirtschaftlich sind, erst recht. Aber es braucht nicht noch diesen unglücklichen und schlecht definierten Begriff der Wissenschaftlichkeit.

Ich bitte Sie, dem Nationalrat und damit dem Bundesrat zu folgen, in dessen Fassung der Begriff nicht vorkam.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** Le président de votre commission a, avec beaucoup de finesse, essayé d'interpréter ce que pouvait bien pouvoir dire «selon des méthodes scientifiques» et quel sens il fallait donner à la proposition de la commission. Si l'on a besoin d'une telle aide à l'interprétation d'un mot, on se demande si ce mot est vraiment nécessaire.

Le Conseil fédéral est d'avis que les trois expressions «efficacité», «adéquation» et «caractère économique» des prestations sont suffisantes pour encadrer, si vous voulez, la mise au point de la liste des actes médicaux et des prestations médicales qui pourront être prescrites à la charge de l'assurance-maladie de base. Pour les techniciens qui auront à faire ce choix c'est largement suffisant. Il vous invite à renoncer à introduire le mot «scientifique» qui – encore une fois – demande une interprétation.

Je me réjouis de voir que chaque fois que l'on a essayé de donner une interprétation dans ce conseil ou au Conseil national, on a toujours bien fait valoir l'importance que cette interprétation soit large, qu'elle ne soit pas trop restrictive, qu'elle ne soit pas uniquement liée à des méthodes expérimentales

par exemple, mais également à une prise en compte de grandeur statistique. Les remarques que vient de faire M. Plattner sur la valeur qu'il faut attribuer à la vérification statistique comme une des «méthodes scientifiques» relativise encore – je crois – l'utilité de ce mot et la possibilité d'en faire une interprétation rigoureuse.

Dans ce sens-là j'aimerais vous inviter à en revenir au projet du Conseil fédéral, repris par le Conseil national.

J'aimerais vous le demander encore pour deux autres raisons. La première, c'est que le projet est en harmonie avec la partie générale du droit des assurances sociales. C'est la deuxième fois que je l'évoque aujourd'hui. Votre Chambre a fait un travail remarquable dans ce domaine et il serait je crois plus cohérent de garder également dans cette loi particulière les mêmes principes que ceux qui ont déjà reçu l'appui de la majorité dans cette partie générale dont j'espère qu'elle verra bientôt le jour.

La deuxième raison pour laquelle j'aimerais vous demander de renoncer à la proposition de votre commission, c'est que bien sûr ce domaine est un domaine où les oppositions sont extrêmement virulentes, où il y a presque une espèce de guerre de religion entre la médecine officielle et la médecine «complémentaire» – c'est l'expression qui me paraît la meilleure. Cette médecine n'est pas alternative. Elle peut être complémentaire à la médecine officielle. Tout ce qui y contribue justement, y compris dans le vocabulaire et surtout aussi dans les formulations de lois, a montré qu'il n'y a pas de raisons de mener une guerre de religion là-dessus, mais qu'il y a une raison, effectivement, à faire valoir des arguments rationnels dans ce débat. Tout ce qui va dans ce sens-là me paraîtrait bienvenu. Je n'aimerais pas ouvrir le front d'une discussion sur l'aspect scientifique ou non de la médecine complémentaire à l'occasion de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Le Conseil fédéral s'en tient à sa version initiale.

**Huber, Berichterstatter:** Ich möchte die Verhandlungen nicht unnötig verlängern. Aber ich glaube, wir befinden uns doch an einem zentralen Punkt, und mir liegt daran, Herrn Plattner noch eine Antwort zu geben. Ich erlaube mir einfach, auf das hinzuweisen, was Herr Schoch in der ersten Lesung ausgeführt hat. Er hat damals klargestellt, dass es sich nicht um einen wissenschaftlichen Disput über Regulierbarkeit oder Normierbarkeit von Wissenschaft handle, sondern dass es in der Tat darum gehe, Ärzten, die komplementäre Praktiken im medizinischen Alltag anwendeten, die Leistungen der Krankenversicherung zukommen zu lassen. Er hat ausgeführt: «Leistungen, die Aertze, die in diesen Gesellschaften zusammengeschlossen sind, erbringen, gehen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung, also auch Akupunktur, auch die Abgabe homöopathischer Medikamente, auch was im Bereich der Erfahrungsmedizin erbracht wird. Das ist aus der Kommissionsdiskussion, aus dem Gespräch mit dem Bundesrat etc., ganz klar hervorgegangen. Das möchte ich vor allem Herrn Plattner sagen.» (AB 1992 S 1304) Dasselbe tue ich jetzt auch.

**Plattner:** Ich war anständig und habe nicht blossgestellt, was Kollege Schoch letztes Mal zu Protokoll gegeben hat; ich habe es nämlich auch gelesen. Es zeigt eben genau – das war die Meinung von Kollege Schoch –, dass der Begriff «wissenschaftlich» noch einen anderen Sinn hat als nur den, die Wissenschaftlichkeit zu garantieren. Er wollte ihn im Gesetz haben, damit sich die Mitglieder des Forums «Freiheit im Gesundheitswesen» nicht am grossen Kuchen beteiligen können. Wenn das der Sinn dieses Wortes ist, dann macht man etwas falsch. Man muss das Gesetz lesen, wie es am Schluss dasteht. Da steht dann «wissenschaftlich», und das heisst etwas, was in diesem Sinn – Forum «Freiheit im Gesundheitswesen» hin oder her – falsch ist. Deshalb bin ich auch nach Ihrem Votum der Meinung, dieser Begriff gehöre hier nicht ins Gesetz.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission  
Für den Antrag Plattner

24 Stimmen  
6 Stimmen

#### Art. 27 Abs. 4

##### Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### Art. 27 al. 4

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber, Berichterstatter:** Die Kommission empfiehlt Ihnen, dem Nationalrat zuzustimmen.

Die Differenz besteht darin, dass in Absatz 4 der Begriff «Fachkommissionen» durch den Begriff «Kommissionen» ersetzt worden ist. Damit wird klargestellt, dass nicht nur Fachleute, sondern auch andere Betroffene, z. B. Patienten- oder Konsumentenvertreter, in die Kommissionen berufen werden können. Ihre Kommission möchte darauf ganz klar hinweisen.

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 29 Abs. 2 Bst. e

##### Antrag der Kommission

e. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen;

##### Antrag Bühler Robert

e. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, wie z. B. Psychotherapeuten und Physiotherapeuten, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen;

#### Art. 29 al. 2 let. e

##### Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national  
(la modification ne concerne que le texte allemand)

##### Proposition Bühler Robert

e. les personnes produisant des soins sur prescription ou sur mandat médical, tels les psychothérapeutes et les physiothérapeutes, ainsi que les organisations qui les emploient;

**Huber, Berichterstatter:** Sie haben vorhin bei Artikel 19 Absatz 2 Buchstabe a der Formulierung «im Auftrag eines Arztes» zugestimmt. Wir müssen deshalb hier ebenfalls der Kommission zustimmen, damit die Legiferierung kohärent ist.

**Bühler Robert:** Obschon die Psychotherapeuten wie die Aertze einen selbständigen wissenschaftlichen Beruf ausüben und entsprechend ausgebildet sind, verlangen sie nicht, als freie Leistungserbringer aufgeführt zu werden. Es genügt ihnen, wenn Pflichtleistungen dann ausgelöst werden, wenn ein Patient durch einen Arzt überwiesen wird. Ich stelle also in diesem Sinne materiell keinen neuen Antrag.

Ich gehe aber mit den Psychotherapeuten einig, dass grössere Klarheit und Transparenz geschaffen werden muss. Ein Rückfall in die delegierte Psychotherapie nämlich sieht Pflichtleistungen nur dann vor, wenn der Psychotherapeut bei einem Arzt angestellt ist. Das ist unzumutbar.

Der Nationalrat hat in Artikel 32 eine etwas unglückliche Formulierung aufgenommen. Die Kommission beantragt, diese Ergänzung zu streichen.

Mir geht es nun darum, dass in Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe e verdeutlicht wird, was auch nach der Meinung der Kommission Praxis werden soll. Indem man die Beispiele anführt, schafft man für die Psychotherapeuten und Physiotherapeuten grössere Klarheit und auch grössere Sicherheit. Ich weiss schon, dass man noch andere Beispiele aufführen könnte. Wenn das notwendig wird, kann der Zweitrat dies noch nachholen.

Stimmen Sie meinem Antrag zu, er trägt zur Klarheit bei und kostet nichts.

**Huber, Berichterstatter:** Der Antrag, der von Herrn Bühler Robert hier eingebracht wird, sollte meines Erachtens abgelehnt werden. Der Kommission lag er nicht vor.

Die Kommission hat sich bei der Behandlung der Stellung der nichtärztlichen Psychotherapeuten im Krankenversicherungsgesetz im Rahmen von Artikel 32 mehrfach mit dieser Frage beschäftigt. Wir haben dort ganz klar gesagt, dass eine spezielle Erwähnung bei Artikel 29, d. h. in der Grundsatzbestimmung über die Leistungserbringer, im Prinzip nicht am Platze ist. Ich muss Ihnen einfach sagen: Wenn Sie diesen Schritt gemäss Antrag Bühler machen, dann müssten Sie, um einigermaßen gerecht zu sein, den ganzen Artikel 29 mit weiteren derartigen Berufsbezeichnungen oder Funktionsbezeichnungen versehen.

Ich bitte Sie, aufgrund der gehaltenen Diskussion und in Kenntnis der Ueberzeugungen in der Kommission, von einer Aenderung von Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe e abzusehen. Die Frage wird nachher im Zusammenhang mit Artikel 32 zu entscheiden sein, bei dem ja insbesondere die Rolle der Psychotherapeuten und der Physiotherapeuten zur Diskussion steht – bitte nicht als selbständige Leistungserbringer, sondern im Sinne der ärztlichen Anordnung und dann spezifisch auf das Fach bezogen und im Rahmen der Normierung, wie wir sie Ihnen im Rahmen von Artikel 32 vorschlagen.

**Schoch:** Ich möchte Herrn Huber unterstützen. Ich bin gleicher Meinung wie Herr Huber und möchte dazu vor allem festhalten, dass Herr Bühler Robert nichts Neues beantragt; er erklärt im Gegenteil, er sei mit dem, was im Gesetz vorgesehen ist, einverstanden und wolle nicht ein grösseres Stück des Kuchens für die Psychotherapeuten reservieren. Es geht ihm einfach darum, dass die Psychotherapeuten und in deren Gefolge – offenbar im Sinne einer ausgleichenden Gerechtigkeit – auch die Physiotherapeuten namentlich und beispielhaft im Gesetz erwähnt werden. Das ist das einzige Anliegen von Herrn Bühler. In diesem Sinne ist es eine reine Frage der Gesetzesausformulierung, ob wir dem Antrag Bühler Robert zustimmen oder nicht. Die Kommission und der Nationalrat wollen das gleiche wie das, was Herr Bühler Robert beantragt. Die Frage, die sich stellt und die wir zu entscheiden haben, ist deshalb nur: Ist es richtig, ist es gesetzestechnisch sachgerecht und zu verantworten, wenn wir die beiden Spezies, die Psychotherapeuten und die Physiotherapeuten, jetzt im Katalog der Leistungserbringer noch ausdrücklich erwähnen, oder müssen wir darauf aus gesetzestechnischen Gründen verzichten?

Ich meine, es sei falsch, die Psychotherapeuten und Physiotherapeuten hier namentlich zu erwähnen, weil die namentliche Erwähnung dieser beiden Arten von Leistungserbringern dann auch dazu führen müsste, dass weitere Leistungserbringer ebenfalls erwähnt werden müssten. Das würde in rein gesetzestechnischer Hinsicht das Gesetz gewaltig überbelasten und überstrapazieren.

Aus meiner Sicht müsste es den Psychotherapeuten – um diese geht es ja eigentlich, denn die Physiotherapeuten haben sich bei uns nie gemeldet, die Psychotherapeuten dafür im Uebermass – genügen, wenn wir ihnen einmal mehr und nochmals versichern, dass sie das, was sie möchten und was Herr Bühler jetzt auch zum Ausdruck gebracht hat, aufgrund der Vorlage, wie sie aus unserem Rat und jetzt wieder aus dem Nationalrat hervorgegangen ist, erhalten. Sie werden das haben, und sie können sich darauf verlassen. Wenn es Frau Bundesrätin Dreifuss sagt, wenn es Herr Kommissionspräsident Huber sagt und wenn die Mitglieder des Rates es auch bestätigen und mit ihrer Stimmabgabe noch unterstreichen, dann stimmt es, und dann brauchen sie nicht namentlich erwähnt zu werden.

Ich glaube deshalb, wir dürfen das Gesetz nicht mit diesem Zusatz belasten.

**Präsident:** Zuhanden der Materialien möchte ich noch eine ausdrückliche Aussage des Berichterstatters. Herr Huber, können Sie bestätigen, was Herr Schoch als Kommissionsmeinung vorgetragen hat?

**Huber, Berichterstatter:** Es ist ein etwas aussergewöhnliches Vorgehen, aber ich tue das mit Vergnügen. Wir stimmen in diesem Punkt überein.

Aufgrund der Tatsache, dass in einer Ihnen bekannten Zeitung eine missbräuchliche Information auch von seiten des Kommissionspräsidenten behauptet wurde, bin ich bei Artikel 32 ganz klar – und wie ich hoffe, auch jetzt nicht missbräuchlich – für Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates. Ich stimme dem zu, was Herr Schoch ausgeführt hat.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** J'aimerais tout simplement rappeler encore une fois que c'est l'article 32, quelle que soit la formulation que vous allez retenir ici, qui donne la compétence au Conseil fédéral de régler l'admission des fournisseurs de prestations après avoir consulté les cantons et les organisations intéressées.

Nous avons l'intention, dans la mesure où la formation de psychothérapeute donne les garanties suffisantes, d'accorder également aux psychothérapeutes la possibilité de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie et de ne pas la réserver uniquement aux psychothérapeutes qui seraient engagés directement par un médecin.

Il y a donc un élargissement par rapport à la pratique actuelle qui est prévu.

**Bühler Robert:** Kollege Schoch hat gesagt, dass man damit das Gesetz ganz gewaltig überbelastet. Wie oft haben wir schon Beispiele aufgeführt, um die Lesbarkeit des Gesetzes zu verbessern! Das könnte man auch hier tun. Stimmen Sie meinem Antrag zu.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission

15 Stimmen

Für den Antrag Bühler Robert

11 Stimmen

#### **Art. 30 Abs. 1**

##### *Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

(die Aenderung betrifft nur den französischen Text)

#### **Art. 30 al. 1**

##### *Proposition de la commission*

.... d'une formation postgraduée reconnue ....

#### *Angenommen – Adopté*

#### **Art. 31 Abs. 1, 3**

##### *Antrag der Kommission*

##### *Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

(die Aenderung betrifft nur den französischen Text)

##### *Abs. 3*

##### *Mehrheit*

##### *Festhalten*

##### *Minderheit*

(Roth, Coutau, Schüle, Seiler Bernhard, Simmen)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

##### *Eventualantrag der Minderheit*

(Coutau, Schüle, Simmen)

##### *Festhalten, aber:*

.... gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei die Zugangsmöglichkeit der Patienten zu einer Apotheke.

#### **Art. 31 al. 1, 3**

##### *Proposition de la commission*

##### *Al. 1*

.... d'une formation postgraduée reconnue ....

##### *Al. 3*

##### *Majorité*

##### *Maintenir*

##### *Minorité*

(Roth, Coutau, Schüle, Seiler Bernhard, Simmen)

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition subsidiaire de la minorité*

(Coutau, Schüle, Simmen)

Maintenir, mais:

.... sont assimilés aux pharmaciens. Ils tiennent compte des possibilités d'accès des patients à une pharmacie.

**Huber, Berichterstatter:** Wir stehen alle unter dem Druck ganz massiver Zusendungen von Texten, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen und in denen vor Verkürzungen sehr oft nicht zurückgeschreckt wird.

Die Kommissionsmehrheit beantragt Ihnen mit einem Abstimmungsergebnis von 6 zu 4 Stimmen sowohl gegenüber dem Antrag der Minderheit Roth als auch gegenüber dem Eventualantrag der Minderheit Coutau Festhalten. Das bedeutet: Die Kantone und nicht der Bund – darum geht es – sollen die Voraussetzungen der Selbstdispensation regeln.

Die Minderheit Roth möchte sich dem Nationalrat bzw. dem Bundesrat anschliessen. Das würde heissen: Der Bundesrat bestimmt, unter welchen Voraussetzungen gemäss Absatz 3 Aerzte mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke mit zugelassenen Apothekern gleichgestellt sind.

Der Eventualantrag der Minderheit Coutau nimmt bei Absatz 3 die Fassung gemäss unserem früheren Beschluss auf, unter Beifügung des Satzes: «Sie berücksichtigen dabei die Zugangsmöglichkeit der Patienten zu einer Apotheke.»

Nicht allein die Masse des Papiers, sondern auch die Hartnäckigkeit und Intensität, mit der die Positionen vertreten und die Auseinandersetzungen geführt werden – nicht im Rat, bei uns ist die Phase der abgeklärten Ruhe bereits eingetreten, aber in der Öffentlichkeit –, zeigt, dass wir an einer Schlüsselstelle der referendumpolitischen Auseinandersetzung stehen.

Ich habe Ihnen die Entwicklung geschildert: Der Bundesrat will die Kompetenzen für die Regelung der Selbstdispensation neu in die Hand des Bundes legen. Der Ständerat hat in seiner ersten Lesung mit 24 zu 4 Stimmen die Kompetenz der Kantone statuiert. Mit 24 zu 4 Stimmen! Der Nationalrat hat mit offensichtlicher Mehrheit für die Kompetenz des Bundesrates votiert, und die Ergebnisse Ihrer Kommission habe ich Ihnen dargelegt.

Die Kommissionsmehrheit möchte am Entscheid des Ständerates festhalten, und zwar aus folgender Ueberlegung: Es soll den Kantonen keine Kompetenz weggenommen werden, für die sie heute im Gesundheitswesen die Verantwortung zur Hauptsache tragen. Es handelt sich nicht um Lösungen, die von Regierungen dekretiert wurden, sondern es handelt sich um lange Entwicklungsprozesse, die in den meisten Fällen mit einer Volksabstimmung abgeschlossen wurden. Der Souverän hat den Entscheid getroffen, und es dürfte uns nicht anstehen, diesen Entscheid von 17 Souveränen in 17 Kantonen mit einer Gesetzesbestimmung umzustossen.

Ich bitte Sie daher aus Ueberzeugung, an der Fassung des Ständerates festzuhalten. Ich bitte Sie auch, die beiden Minderheitsanträge, jenen der Minderheit Roth und den Eventualantrag der Minderheit Coutau, abzulehnen. So schaffen Sie klare Verhältnisse.

Ich nehme an, dass auf alle Fragen im Zusammenhang mit der Kostenträchtigkeit auf beiden Seiten, sowohl bei den Aerzten als auch bei den Apothekern, Diskussionsvoten abgegeben werden. Wir sind uns dieser Situation durchaus bewusst, glauben aber, dass die regionale Ausgestaltung und Vielfalt das Bessere ist als eine uniforme Bundeslösung, die wie gesagt über den Willen von 17 kantonalen Souveränen hinweggehen würde.

Bitte, bleiben Sie Ihrem vorhergehenden Entscheid treu und stimmen Sie mit der Kommissionsmehrheit der Fassung des Ständerates zu!

**M. Roth, porte-parole de la minorité:** La minorité de la commission vous propose d'en revenir ici à la version du Conseil national, c'est-à-dire celle du Conseil fédéral.

De quoi s'agit-il? De la dispensation de la pharmacie par les médecins. Qui doit régler cette question, les cantons ou le Conseil fédéral? Là est la divergence. Cette controverse op-

pose deux corporations tout à fait respectables: les médecins et les pharmaciens. Statistiques à l'appui, l'une et l'autre des corporations vous démontreront assez aisément que leur solution est la meilleure, mais je ne veux pas entrer maintenant dans une guerre de statistiques qui ne mènerait d'ailleurs à rien du tout.

J'aimerais simplement me référer à une étude qui m'a paru sérieuse, qui, en fait, est fondée sur une appréciation tout à fait objective de deux cantons qui sont différents dans la pratique de la dispensation des médicaments, à savoir Lucerne, qui a une vente libre de médicaments, et Argovie, qui a une vente restreinte. Il s'agit d'une étude qui a été conduite sous l'égide de l'Institut de hautes études en administration publique de Lausanne.

Parmi plusieurs conclusions, on arrivait, notamment, à la suivante: la prescription et la vente de médicaments sur ordonnance par les médecins a représenté dans le canton de Lucerne un chiffre d'affaires de 185 francs par habitant contre 28 francs en Argovie. Dans ce dernier canton, 93 millions de francs ont été dépensés en médicaments par les caisses-maladie, sur cette somme 84 pour cent ont été vendus dans les pharmacies, 15 pour cent par les médecins et 1 pour cent par les hôpitaux dans les traitements ambulatoires. A Lucerne, en revanche, les médecins ont vendu pour 60 millions de francs de médicaments, 86 pour cent du total, et les pharmaciens pour 7,5 millions de francs seulement de médicaments sur ordonnance, c'est-à-dire 11 pour cent. En Argovie, la facture des médicaments est d'une façon nette et constante inférieure à celle de Lucerne. Pour les années 1987 à 1992, elle s'élève respectivement à 29 francs pour Argovie et 52 francs pour Lucerne.

On voit donc bien à la lecture de cette conclusion qu'il y a un risque: là où les pharmacies ne sont pas implantées l'on consulte le médecin pour obtenir un médicament. Dans le canton de Lucerne, on observait dans cette étude que, en dehors des agglomérations, il y a une pharmacie pour 25 000 habitants alors que dans la Communauté européenne, la moyenne est d'une pharmacie pour 3300 habitants. On voit dès lors aussi qu'une telle situation a un effet pervers puisque les médecins dispensant les médicaments, les pharmaciens ne s'installent pas non plus dans ces régions-là.

La proposition de la minorité veut faire passer la réglementation de cet objet des mains des cantons dans celles du Conseil fédéral, surtout à cause des difficultés devant lesquelles se trouvent les cantons pour régler ces questions. Vous savez certainement – et je ne fais pas d'attaque contre qui que ce soit – que les médecins dispensant exercent une grande influence dans leur région et que souvent lorsque l'on veut modifier la loi sanitaire dans les cantons, il faut s'y prendre à plusieurs reprises à moins d'ailleurs d'échouer comme ça a été le cas dans quelques cantons. Alors, si le Conseil fédéral se charge de cet objet, il est clair qu'il devrait faire preuve de souplesse. M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale, avait d'ailleurs dit dans la commission que lorsque l'on élaborerait les ordonnances d'application, il y aurait naturellement lieu de tenir compte de critères qui doivent être pris en compte, notamment le critère de l'urgence, le critère aussi de la proximité des pharmacies qu'on peut régler très bien comme cela a été fait dans plusieurs cantons. Cela étant, il ne m'apparaît pas difficile de s'en tenir à la décision du Conseil national.

Le président de la commission a fait allusion, tout à l'heure, à la question du respect des souverainetés cantonales. Je ne suis pas un bailli fédéral, je ne défends pas l'unification à tout prix de cette question sous le «joug» fédéral et rappelle pour mémoire qu'au Conseil national, M. Pidoux, qui ne passe pas pour un unificateur forcené, défendait également une même solution. Je crois qu'il ne s'agit pas de fédéralisme, mais qu'il s'agit, en arrière-fond, de la défense d'intérêts privés aussi légitimes d'ailleurs qu'ils soient. Le fédéralisme et les souverainetés cantonales ne doivent pas être utilisés pour défendre une profession libérale qui demande d'ailleurs l'aide de l'Etat contre une autre profession libérale.

C'est la raison pour laquelle je vous demande de vous en tenir à la version du Conseil fédéral qui a été acceptée par le Conseil national.



**M. Coutau**, porte-parole de la minorité: Comme vous le voyez dans le dépliant, je suis en principe favorable à une décision qui permette au Conseil fédéral de fixer les conditions de la vente des médicaments par le médecin.

Je reconnais volontiers les pratiques anciennes et les usages très divers qui marquent cette question d'une région à l'autre de notre pays. Ce n'est pas sans hésitation que, finalement, j'ai suivi l'argumentation du Conseil fédéral. En effet, j'ai une fibre fédéraliste assez profondément ancrée, et je n'aime pas beaucoup m'écarter de cette conviction fédéraliste. D'autre part, je respecte effectivement les différences, comme on a d'ailleurs eu l'occasion, hier, de dire combien il était important de le faire dans ce pays.

Par conséquent, je le répète, ce n'est pas sans hésitation que j'ai finalement adhéré au raisonnement du Conseil fédéral. Et ceci essentiellement parce que la justification matérielle de ces usages anciens, à mes yeux, est largement périmée. Ces usages anciens remontent en fait à l'époque, je dirais presque des diligences, à l'époque où les communications étaient difficiles, à l'époque où le réseau de distribution des médicaments était lacunaire. Dans ces conditions, il était parfois difficile, voire aléatoire, de se procurer les médicaments prescrits par les médecins, notamment dans les cas d'urgence.

Mais aujourd'hui, les moyens de transport se sont multipliés, le réseau de distribution des médicaments s'est sensiblement étendu. Il me semble qu'il y a quand même à prendre en compte cette évolution des faits, de la réalité concrète qui caractérise sur ce point notre pays.

Je tiens compte également des arguments et des intérêts, matériels et économiques, qui sont parfaitement légitimes et qui sont défendus, on l'a dit tout à l'heure, avec une certaine âpreté et avec une certaine abondance, je dirais même une certaine surabondance. Ces arguments sont connus, il est inutile, de mon sentiment, d'y revenir longuement.

Mais la proposition subsidiaire que je vous présente tient compte d'une probable majorité de votre conseil qui suivra la majorité de la commission, en vue du maintien de la décision que nous avons prise en première lecture, c'est-à-dire de laisser aux cantons la compétence de fixer lesdites conditions d'autorisation de la dispensation des médicaments par les médecins.

Si vous allez dans cette direction, je vous propose de faire quand même un petit bout de chemin en direction de la réalité contemporaine et de dire que, si les cantons ont à fixer ces conditions, il y a au moins un critère qu'ils doivent prendre en considération, c'est l'accessibilité au réseau des pharmacies. Il me semble que c'est un élément à prendre en compte, d'une part, parce que plusieurs cantons ont fait l'expérience pratique de cette référence à l'accessibilité des pharmacies, en particulier le canton d'Argovie dont on vient de parler. D'autre part, une fois encore, les raisons historiques pour lesquelles, dans certaines régions, les autorisations délivrées aux médecins de dispenser les médicaments, qui ont aussi été fort utilisées, sont largement périmées.

Il s'agit donc d'une solution intermédiaire qui consiste à ajouter simplement un critère supplémentaire obligatoire pour les cantons qui auront à fixer ces conditions. Cette adjonction me semble de nature à rassurer, d'une part, les médecins pharmaciens, c'est-à-dire qui distribuent eux-mêmes les médicaments, puisque le principe de la compétence des cantons serait maintenue, dans l'hypothèse où vous voteriez le maintien de votre décision issue de la première lecture. D'autre part, cette adjonction donnerait aux pharmaciens une certaine garantie qu'ils ne sont pas systématiquement et pour l'éternité écartés de l'exercice de leur métier par des usages de type cartellaire.

Voilà les raisons pour lesquelles je vous invite à adopter cette solution transactionnelle, cette solution intermédiaire, qui serait, à mon sens, de nature à rassurer les uns et à donner quelque garantie aux autres également.

**Frau Beerli**: Ich möchte mich in keiner Art und Weise in die mit viel Emotionen und harten Bandagen geführte materielle Auseinandersetzung um das Pro und Kontra in Sachen Selbstdispensation einmischen. Beide Parteien verfügen über sehr

viel Zahlenmaterial, haben Tabellen und Statistiken. Ich glaube nicht, dass hier der Ort ist, diese Diskussion auszutragen.

Lassen Sie mich lediglich zwei Argumente für eine föderale Lösung anbringen: In vielen Kantonen wurde in den letzten Jahren dieser harte Kampf ausgefochten; ich hatte die Gelegenheit, ihn im Kanton Bern mitzuverfolgen. Ich glaube, es ist nicht nötig und es ist auch nicht effizient, wenn wir jetzt diesen Kampf auf Bundesebene wiederholen und hier noch einmal von vorne beginnen, zu einem Zeitpunkt, wo doch die meisten Kantone zu für sie befriedigenden Lösungen gekommen sind. Zudem ist auch zu beachten – dies ist mein zweites Argument –, dass die Kantone sehr unterschiedliche Lösungen gefunden haben. Sie haben diese unterschiedlichen Lösungen auch deshalb getroffen, weil die Gegebenheiten verschieden sind: Die Kantone haben verschiedene Strukturen, es gibt Landkantone, es gibt Stadtkantone. Wenn Herr Coutau davon spricht, dass wir nicht mehr im Zeitalter der Kutschen leben und es deshalb sehr einfach ist, zu einer Apotheke zu gelangen, dann mag dies für Genf stimmen; für den Kanton Graubünden ist es vielleicht etwas anders. Also rufen schon die regionalen Unterschiede nach verschiedenen Lösungen, und auch die Ueberlieferungen sind in den Kantonen sehr unterschiedlich.

Ich bitte Sie daher, der Mehrheit Ihrer Kommission zu folgen und einer föderalen Lösung zuzustimmen.

**Frau Simmen**: Dass Frau Beerli als Frau eines Arztes und Frau Simmen als ehemalige Apothekerin in dieser Frage verschiedene Standpunkte einnehmen, ist völlig natürlich und auch legitim.

Vordergründig geht es bei der Frage der Selbstdispensation darum, in welche Kasse die Einnahmen aus dem Medikamentenverkauf, die immerhin nicht zu vernachlässigen sind, fliesen sollen. Es geht aber noch um etwas anderes als nur um das Geld, nämlich darum, wie die «medikamentöse Versorgungslandschaft» in der Zukunft aussehen wird.

Die uneingeschränkte Selbstdispensation, wie sie heute in vielen Deutschschweizer Kantonen bekannt ist, wird einen grossen Teil der Apotheken zum Verschwinden bringen. Das ist im übrigen auch das eingestandene Ziel der Vereinigung der selbstdispensierenden Aerzte, die die Apotheken im Grunde genommen für eine entbehrliche Angelegenheit halten.

Wenn nun aber die Apotheken verschwinden, verschwinden mit ihnen eine ganze Reihe von Dienstleistungen in der Versorgungskette. Ich möchte Ihnen vier davon aufzählen:

1. Die Triagefunktion: Die Apotheke ist die erste Anlaufstelle für banale Fälle und ein Grobfilter im ersten Anlauf.
2. Die Selbstmedikation: Apotheken geben in leichten Fällen rezeptfreie Medikamente ab, verweisen die Patienten aber in Zweifelsfällen oder in schweren Fällen weiter an einen Arzt. Damit wird verhindert, dass für jede banale Gesundheitsstörung mit den entsprechenden Kostenfolgen ein Arzt aufgesucht werden muss.
3. Die Gesundheitsförderung: Apotheken übernehmen gratis Dienstleistungen in der Gesundheitsförderung, z. B. in Aufklärungskampagnen über die Folgen von Tabakmissbrauch, in der Drogenprophylaxe oder in der Früherkennung des Hautkrebses.
4. Die Teilnahme in der Drogentherapie: Viele Apothekerinnen und Apotheker übernehmen die Methadonabgabe und die entsprechende Nachsorge. Das ist keine sehr beliebte, aber dafür eine um so wichtigere und auch aufwendige Dienstleistung.

All diese Aufgaben werden von den Apotheken kostenneutral übernommen; nicht selten sind sie aber für die Apotheker mit Kosten verbunden. Die Bedingung für die Uebernahme solcher Dienste ist natürlich, dass Apotheker existieren können, und zwar ohne ein Gemischtwarenladen zu werden. Amerikanische Verhältnisse, wo man im Drugstore vom Hamburger über den Haarspray bis zur Filmrolle alles findet, wünschen wir uns in der Schweiz nicht.

Sollten die Apotheken aus der Versorgungskette herausfallen, verschwinden die Dienstleistungen, oder sie müssen von jemand anderem erbracht werden. Das erste ist nicht erwünscht

und das zweite nicht kostengünstig. Wir sind aber gerade aufgerufen, Kosten einzusparen; wir werden ja in Artikel 58 sicher noch davon sprechen.

Aus all diesen Gründen bin ich der Meinung, dass der Bund die Selbstdispensation gesamtschweizerisch regeln sollte, genau so, wie er das auf Vorschlag unseres Rates zum Beispiel auch bei den Tarifstrukturen tut.

Ich empfehle Ihnen deshalb die Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates. Sollten Sie es nicht übers Herz bringen, dem Bund die Kompetenz zu erteilen, so stimmen Sie dem Eventualantrag der Minderheit Coutau zu; er belässt die Kompetenz bei den Kantonen und setzt als einzigen Jalon die Zugangsmöglichkeit der Patienten zu einer Apotheke. Das ist das Modell, wie es der Kanton Aargau seit Jahren verwendet; es ist nicht das beste, aber wenigstens das zweitbeste.

**M. Cavadini Jean:** Nous souhaiterions, dans ce débat, appor-ter notre avis sur un point qui nous paraît important.

On évoque, pour le thème que nous abordons maintenant, la question de principe du fédéralisme. Or, nous ne croyons pas du tout que le fédéralisme soit impliqué à un titre ou à un autre dans le débat d'aujourd'hui. Je n'aimerais pas que le poids de l'histoire paralyse ici notre réflexion, car cette réflexion s'engage simplement sur ce que je considère comme une confusion des genres. Nous le savons, nous l'entendons, les intérêts sont contradictoires, pour beaucoup de raisons. L'une tient dans le fait évident que la profession de pharmacien est en pleine évolution, que la préparation des médicaments y tient un rôle secondaire, et que le pharmacien, aujourd'hui, est appelé à jouer un rôle de prévention dans le secteur de la santé.

A contrario, le médecin qui dispense des médicaments me paraît étendre abusivement la pratique de la médecine en ce sens qu'il tient à bénéficier d'une forme de monopole. Or, j'aimerais insister sur ce point. Il ne s'agit pas du principe du respect ou du non-respect du fédéralisme, il s'agit du respect de la loi, et de la loi sur la formation professionnelle. Cette formation professionnelle est de la responsabilité de la Confédération. Le diplôme de médecin est reconnu par la Confédération. Seule l'autorisation de pratique relève du canton.

Je sais bien que nous avons parfaitement ici la capacité de dire clairement que le médecin se consacre à la médecine, qu'il se contente de prescrire le médicament que vendra le pharmacien. Parce qu'il s'agit ici, nous le savons, d'abord d'intérêts corporatifs qui ne sont pas odieux, qui ne sont pas ignominieux, mais ici les intérêts financiers l'emportent, car ils sont loin d'être mineurs. Je n'aimerais pas que le fédéralisme soit mêlé à une question qui ne le touche que très peu.

**Schmid Carlo:** Ich habe noch kaum je zu einem Absatz eines Artikels eines grossen Gesetzes soviel Post erhalten wie gerade zu diesem Absatz 3 von Artikel 31. Und ich will es ungeschminkt sagen: Es war widerlich und degoutant, was da passiert ist. Es ist mir vorgekommen, als ob ein Haufen Hyänen, die den Platz am Aas bereits besetzt halten, sich unter Zähnefleischen, Knurren und Bissausteilen an diesem Aase halten wollten und mit allen Mitteln zu verhindern versuchten, dass eine andere Gruppe ebenfalls einbrechen kann. Es ist ein Kampf um die Ausbeutung der knappen Ressource «Patient» entbrannt.

Es graut mir vor der Vorstellung, dass bei einer föderalistischen Lösung 26mal dieser Kampf in den Kantonen ausgetragen werden müsste. Finden wir eine Lösung auf Bundesebene, dann sind die Emotionen einmal weg! Irgend jemand gewinnt dann, und dann haben wir wieder Ruhe. Alles andere ist unwürdig.

Ich werde also für den Antrag der Minderheit Roth stimmen.

**Morniroli:** Ich sage Ihnen, wie es in unserem Kanton läuft, um das, was Herr Schmid Carlo gerade gesagt hat, vielleicht etwas zu entschärfen: Bei uns gibt es zwar das Prinzip der Selbstdispensation, aber die Ärzte haben nach dem Motto «Schuster, bleib bei deinem Leisten» spontan auf die Ausübung dieses Rechts verzichtet. Wir intervenieren dafür aber andererseits, wenn die Apotheker beginnen, Blutdruck zu

messen, Cholesterol zu bestimmen usw., was ein bisschen Mode geworden ist. Wir halten an der Trennung der beiden Funktionen fest. Der Apotheker spielt effektiv eine wichtige Rolle für den Patienten. Speziell ältere Leute haben ihren Apotheker, der sie berät, der auf sie eingeht. Das ist sicherlich eine wichtige Funktion, und sie erfolgt subsidiär zu der des Arztes. In gewissen Regionen besteht das Bedürfnis – speziell für ältere Leute –, dass der Arzt den Patienten das Medikament sogar beim Hausbesuch mitbringt. Dieser Komfort rechtfertigt sich. Wenn der Arzt das Medikament abgibt, händigt er in der Regel die notwendige Menge und nicht eine fertige Packung aus. Das ist sicher von der Wirtschaftlichkeit her ein Vorteil. Auch meine Praxishelferinnen müssen Buch führen und die Patienten fragen, wie viele Tabletten sie noch haben. Wenn die Leute dann sagen, sie hätten noch die halbe Packung, kann ich daraus schliessen, dass sie die Medikamente nicht eingenommen haben, und dafür sorgen, dass sie nicht einfach weg-  
geworfen werden.

Uebrigens möchte ich Ihnen, Frau Bundesrätin, sagen, dass man bei den Medikamenten, die neu verordnet werden und zum Teil sehr teuer sind, unbedingt veranlassen sollte, dass eine Starterpackung mitgegeben wird. Wenn die Packung 20 Tabletten enthält, sollte die Starterpackung 3 oder 4 Tabletten enthalten. Wenn Unverträglichkeitserscheinungen auftreten, könnte dann der Patient die Packung unaufgebrochen zurückgeben, und der Apotheker sollte sie auch zurücknehmen. Zu den wirtschaftlichen Aspekten, die von Kollege Schmid Carlo negativ ausgeleuchtet und von Kollege Coutau als legitim bezeichnet worden sind – ich schliesse mich dieser Ansicht an; jeder hat das Recht, seine Interessen zu vertreten –, muss ich etwas sagen, das Sie vielleicht noch nicht wissen: Wenn ein Arzt, der selber dispensiert, ein Medikament bestellt, dann tut er das beim Lieferanten. Die Rechnung läuft aber über den Apotheker. Das ist der einzige Weg abzurechnen. Der Apotheker hat seinen Anteil am Gewinn und gewährt dem Arzt einen Rabatt. Ich weiss nicht, ob im Interesse der Wirtschaftlichkeit unseres Systems ein solcher Zwischenschritt angebracht ist. Zu überprüfen wäre, ob diesbezüglich zugunsten des Patienten respektive der Krankenversicherung nicht eine Reduktion der Preise erzielt werden könnte.

Zu den Minderheitsanträgen: Dieses Gesetz heisst zwar Krankenversicherungsgesetz, ist aber eigentlich zu einem schweizerischen Gesundheitsgesetz geworden. Es enthält viele Artikel, die letzten Endes mit der Krankenversicherung nichts zu tun haben.

In bezug auf die Selbstdispensation sollte man davon absehen, auch da dem Bund die Kompetenz zu überlassen. Die Regelung auf kantonaler Ebene ist sicher vernünftig. Man kann auch spontan darauf verzichten, diese Möglichkeit auszunutzen. Ich bin für die kantonale Kompetenz.

**Schoch:** Ich muss jetzt doch zum Votum von Herrn Schmid Carlo Stellung nehmen, und zwar nicht, weil ich mit der Ausgangslage, die er skizziert hat, nicht einverstanden wäre, sondern weil ich seine Schlussfolgerungen nicht teilen kann. Die Ausgangslage ist durch Herrn Schmid absolut sachgerecht und zutreffend wiedergegeben worden. Es ist in der Tat widerlich, was wir im Bereich von Artikel 31, also im Zusammenhang mit der Selbstdispensation, an Zuschriften, Bittschriften und ähnlichem erhalten haben.

Ich habe genau gleich reagiert wie Herr Schmid, aber die Schlussfolgerung, die er aus dieser Situation zieht, ist falsch. Es ist falsch, wenn er glaubt, dass die Sache mit der Regelung auf Bundesebene ein für allemal gelöst sei und dass die Alternative eine sechszwanzigfache Auseinandersetzung in der Art und Weise wäre, wie wir sie jetzt in diesem Rat führen. In den Kantonen sind die Dinge geregelt, und die Auseinandersetzungen in den Kantonen würden sich in Zukunft nicht mehr abspielen, es sei denn, der eine oder andere Kanton beabsichtige in irgendwelcher Ferne, seine entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zu revidieren oder neu zu gestalten. Heute aber funktioniert das, heute sind diese Auseinandersetzungen ausgetragen, und was uns bevorstehen würde, wenn wir heute eine föderalistische Lösung beschliessen würden, wäre gar nicht etwa eine neue Auseinandersetzung in sechs-

undzwanzigfacher Auflage, sondern es bliebe in den Kantonen beim alten.

Schliessen wir uns aber der Auffassung von Herrn Schmid Carlo an, dann gefährden wir dieses Gesetz: Das, was wir jetzt diskutieren, ist eine Frage, die fast schon als Schicksalsfrage für das Gesetz bezeichnet werden kann; denn wenn wir die ganze Aerzteschaft zu Gegnern dieses Gesetzes machen, dann ist das dünne Eis mindestens schon sehr nahe daran durchzubrechen.

In der Sache selbst möchte ich gar nicht erst Stellung beziehen; die Sache lasse ich völlig offen. Ich meine aber, dass es richtig ist, die Angelegenheit aus rein referendumpolitischen Ueberlegungen bei den Kantonen zu belassen. Wir vermeiden damit, dass die ganze Angelegenheit bei den Aerzten zu einem echten Politikum und zu einem echten Referendumsgrund wird.

Ich bitte Sie, der Kommission zu folgen, die ganze Angelegenheit bei den Kantonen zu belassen, damit die Gefahr eines Referendums zu verringern und Artikel 31 nicht in dieser Art und Weise zu einem Schicksalsartikel für die ganze Vorlage zu machen.

**Schliesser:** Ich möchte doch noch einen Satz zum Votum von Kollege Schmid Carlo sagen. Ueber die Menge der Unterlagen, die wir erhalten haben, gehe ich mit ihm einig; es gibt allerdings einen Bereich, zu dem wir noch mehr Unterlagen erhalten haben; das ist die Frage der Zulassung der Psychotherapeuten.

Etwas hat mich am Votum von Kollege Schmid Carlo gestört. Herr Schmid Carlo hat gesagt, wir sollten die Frage der Selbstdispensation auf Bundesebene regeln, sonst hätten wir in den 26 Kantonen entsprechende Auseinandersetzungen. Wenn wir nicht mehr in der Lage sind, derartige Probleme auf der Ebene der Kantone vernünftig zu regeln, dann müssen wir uns fragen: Ist es richtig, dass die Kantone noch die Hauptverantwortung im Gesundheitswesen tragen? Ich gehe davon aus, dass wir auf kantonaler Ebene durchaus in der Lage sind, unter Berücksichtigung der Gegebenheiten und der Eigenheiten eines Kantons Lösungen zu finden – sie sind ja bereits gefunden worden –, die einen vernünftigen Interessenausgleich garantieren.

Deshalb bitte ich Sie als Vertreter der Kantone – und gerade als Vertreter der Kantone –, mit der Mehrheit zu stimmen. Alles andere wäre das Eingeständnis dessen, dass wir offenbar zur Problemlösung auf kantonaler Ebene nicht mehr fähig sind.

M<sup>me</sup> **Dreifuss**, conseillère fédérale: Permettez-moi de reprendre la dernière phrase de M. Schliesser. Je ne crois pas que ce serait un aveu d'échec que de transférer cette compétence au Conseil fédéral, comme nous vous le proposons, mais j'ai tout simplement le sentiment qu'il n'y a pas de justification pour un spectre aussi large de réglementation que celui que nous avons actuellement dans ce domaine en Suisse. Un spectre de réglementation extrêmement large, qui chaque fois, il faut le répéter, a donné lieu à des campagnes extrêmement passionnées. En effet, lors des campagnes pour chaque législation cantonale à peu près, il y a eu référendum, il y a eu débalage sur la place publique d'intérêts opposés, les intérêts du patient et les coûts de la santé n'étant pas forcément au premier plan, même si des arguments de ce genre ont été utilisés de part et d'autre.

Permettez-moi tout simplement de vous dire qu'il serait faux, scandaleux même, de faire un «Schicksalsartikel» de cet article-là, parce que cela ne correspond à aucune réalité. Nous n'avons pas l'intention, si la compétence devient fédérale, d'étrangler les médecins au profit des pharmaciens, ou d'étrangler les pharmaciens au profit des médecins. Nous avons l'intention de prendre très au sérieux la tâche de réglementer, par une ordonnance fédérale, les critères selon lesquels les nuances pourront être apportées aux différentes situations sur le terrain.

Quels sont les critères que nous souhaitons ou que nous envisageons de mettre dans une telle ordonnance fédérale? Je dois dire qu'ils s'inspireront des législations les plus récentes mises sur pied dans les cantons, là où le débat a eu lieu et où il

a abouti à des solutions largement satisfaisantes. Nous nous en inspirerons.

Ces critères sont clairs. C'est l'urgence tout d'abord. Certainement, on ne va pas demander à un malade qui a besoin d'un médicament urgent de renoncer au service que peut lui rendre le médecin et d'aller lui-même le chercher. Dans ce caractère d'urgence, il faut voir aussi la facilité pour le patient d'aller jusqu'à une pharmacie; cela tient compte du critère de l'âge, dont parlait M. Morniroli, de vieilles personnes qui considèrent comme un service qu'on leur apporte en même temps que les conseils le médicament qu'on leur prescrit. Il y a encore la difficulté d'accès des pharmacies, le critère que M. Coutau veut introduire de toute façon comme une espèce de garde-fou, un code d'indication aux cantons de la façon dont ils auraient à légiférer dans ce domaine.

Voilà les critères que nous mettrions dans une telle ordonnance, qui permettra une adaptation aux réalités du terrain, mais qui, effectivement, pourrait décharger les cantons de batailles qui auront encore lieu à l'avenir, parce que ces législations cantonales ne sont pas taillées dans le marbre ni faites pour durer toujours. Mais nous en espérons, je le reconnais, une certaine maîtrise des coûts, liée à une couverture optimale des besoins.

Si j'ai commencé par demander de ne pas en faire un «Schicksalsartikel», c'est pour dire très clairement: ne voyez pas dans ceci plus que la discussion de compétences – M. Huber l'a dit et je termine le débat en reprenant ses propos. Un transfert de compétences des cantons à la Confédération, dans le sens d'une législation moderne, dans le sens d'une légitimité absolue à la Confédération, qui est la gardienne de ce qui peut être mis à la charge de l'assurance-maladie, c'est de cela qu'il s'agit. Il s'agit de cette discussion de compétences, et non d'un arrêt de mort pour l'une ou l'autre des professions dans tel ou tel canton.

Par conséquent, sachons raison garder et essayons de trouver la solution qui donne malgré tout le plus de chances à cette réforme.

*Abs. 1 – Ai. 1*  
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Ai. 3*

*Abstimmung – Vote*

*Eventuell – A titre préliminaire*  
Für den Antrag der Mehrheit 25 Stimmen  
Für den Antrag der Minderheit 12 Stimmen

*Definitiv – Définitivement*  
Für den Antrag der Mehrheit 19 Stimmen  
Für den Eventualantrag der Minderheit 17 Stimmen

**Art. 32**  
*Antrag der Kommission*  
*Abs. 1*  
Festhalten

*Abs. 1bis (neu)*  
*Mehrheit*  
Ablehnung des Antrages der Minderheit  
*Minderheit*  
(Onken)  
Er regelt insbesondere die Zulassungsvoraussetzungen im Bereich der Psychotherapie.

*Abs. 2–4*  
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 32**  
*Proposition de la commission*  
*Ai. 1*  
Maintenir

*Al. 1bis (nouveau)**Majorité*

Rejeter la proposition de la minorité

*Minorité*

(Onken)

Il règle en particulier les conditions d'admission dans le domaine de la psychothérapie.

*Al. 2-4*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber, Berichterstatter:** Hier steht das Verhältnis der nichtärztlichen Psychotherapeuten zur Krankenversicherung zur Diskussion.

Ich weise kurz auf das geltende Recht hin: Selbständig und auf eigene Rechnung tätige, nichtärztliche Psychotherapeuten sind heute nicht als Leistungserbringer im Rahmen der Krankenversicherung zugelassen. Sie haben in der Verordnung VI über die Krankenversicherung keine Erwähnung gefunden, und es findet sich ebenfalls keine Erwähnung der entsprechenden Leistungen in der Verordnung 7 des Departements. Daher ist auch keine Vergütungspflicht der Krankenversicherung aus der gesetzlichen Grundversicherung für solche Leistungen vorhanden. Die Krankenkassen vergüten teilweise solche Leistungen, sei es über erweiterte Grundversicherungen – die über befristete Massnahmen allerdings heute stark durch den dringlichen Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992 gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung eingeschränkt sind (Art. 7 Abs. 2 Bst. c) – oder über Zusatzversicherungen.

Durch entsprechende Anpassungen der Verordnung VI (Curriculum) für Psychotherapeuten und der Verordnung 7 des Departements (Aufzählung der Pflichtleistungen) könnte diese Lücke schon heute geschlossen werden. Unter dem revidierten Recht soll das geschehen. Ich verweise auf die Botschaft Seite 71 unten und 72 oben.

Die spezielle Situation der sogenannten delegierten Psychotherapie: Der Arzt kann einen Teil seiner Tätigkeit an Personen delegieren, die von ihm angestellt sind und in seiner Praxis unter seiner Anleitung, Aufsicht und Verantwortung arbeiten. Dies gilt auch für die Psychotherapie. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat das ausdrücklich festgehalten. Im Hinblick auf diese delegierte, nichtärztliche Psychotherapie besteht eine Leistungspflicht der Krankenkassen. Der Arzt trägt die Verantwortung für die Auswahl von qualifiziertem Personal und für dessen Arbeit. Die Rechtsprechung ist zum letzten Mal im 1993 erschienenen Buch «Bundessozialversicherungsrecht» des bekannten Sozialversicherungsrechtlers Professor Alfred Maurer zusammengefasst worden, und zwar auf den Seiten 280 und 304. Der Begriff «delegierte Psychotherapie» gilt ausschliesslich für diese Art von Psychotherapie.

Zurück zur Revision der Krankenversicherung: Bundesrat, Ständerat und Nationalrat sind sich darin einig, dass paramedizinische Berufe, also auch nichtärztliche Psychotherapeuten, nur auf ärztliche Anordnung hin zu Lasten der sozialen Krankenversicherung tätig werden sollen (vgl. Art. 19 Abs. 2 Bst. a des Krankenversicherungsgesetzes in dieser Fassung). Der massive Vorstoss der Psychotherapeuten auf Gleichstellung mit den Ärzten wurde seinerzeit im Ständerat und im Nationalrat abgelehnt.

Des weiteren gilt: Die entsprechenden Leistungserbringer müssen durch bundesrätliche Verordnung zugelassen sein, das heisst, ihr Curriculum muss dort geregelt sein (Art. 29 Abs. 2 Bst. e und Art. 32). Sie können zur selbständigen oder zur unselbständigen Tätigkeit zugelassen werden. Ihre Leistungen werden aber in jedem Fall durch die soziale Krankenversicherung nur dann vergütet, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin erfolgen. Die vergütungspflichtigen Leistungen müssen überdies nach Artikel 27 Absatz 2 durch die Verordnung noch näher umschrieben werden. Sie müssen dabei auch den bekannten Anforderungen von Artikel 26 entsprechen. Mit diesen sich aus Rechtsprechung, Gesetz und Botschaft ergebenden Definitionen, die ich nach bestem Wissen zusammengetragen habe, sollte erstens die babylonische Sprachverwirrung beendet werden und zweitens der rechtliche Rahmen für

die Zulassung (Curriculum) und den Leistungsumfang klar umrissen sein.

Die ständerätliche Kommission beantragt Ihnen mit 7 zu 1 Stimmen bei einer Enthaltung Zustimmung. Die Zulassung selbständiger, nichtärztlicher Psychotherapeuten würde die soziale Krankenversicherung nach der Schätzung der Krankenkassen, in einem Papier des BSV aufgelistet, rund 110 Millionen Franken kosten. Es sage niemand, wir hätten keinen Schritt getan; wir haben einen Schritt getan, und ich habe auch aufgezeigt, wo wir ihn getan haben.

**Onken, Sprecher der Minderheit:** Sie haben sehr genau erkannt, dass es nicht «Physiotherapeuten», sondern «Psychotherapeuten» heissen soll. Das ist ein Verschrieb, der sich beim Druck der Fahne ergeben hat. Man kann sagen: Das kann passieren; aber es ist irgendwie doch auch bezeichnend, dass sich gerade hier wieder so ein Fehler eingeschlichen hat. Er belegt die Verwirrung um diese Begriffe, und er zeigt auch, wie nachlässig man teilweise mit den Psychotherapeuten umgeht.

Der Kommissionspräsident hat die rechtliche Situation nochmals sehr klar dargelegt. Er hat auch herausgearbeitet, dass wir mit dieser Gesetzesvorlage einen ganz wichtigen Schritt machen. Bisher gab es, um das nochmals zu rekapitulieren, nur die delegierte Psychotherapie; nach Eidgenössischem Versicherungsgericht musste der Psychotherapeut vom Arzt angestellt werden und in der Regel auch in dessen Praxis tätig sein. Jetzt gehen wir einen Schritt weiter und lassen auch den frei praktizierenden Psychotherapeuten zu bzw. ermöglichen es, dass er zu Lasten der sozialen Krankenversicherung abrechnet, wenn er den Patienten durch einen Arzt zugewiesen bekommen hat. In beiden Räten ist indes abgelehnt worden, die Psychotherapeuten als eigenständige, unabhängige Leistungserbringer in das Gesetz aufzunehmen. Sie erinnern sich an den Antrag, den Kollege Plattner bei der ersten Lesung gestellt hat. Die neue Situation ist jetzt also in beiden Räten unbestritten geblieben, und sie geht aus den Materialien und aus verschiedenen Stellungnahmen klar hervor.

Wer nun aber erwartet, dass diese Neuerung auch in das Gesetz Eingang gefunden hat, muss feststellen, dass er darüber in der Vorlage nach wie vor keine Auskunft bekommt. Er wird also auf die Materialien verwiesen. Die eigentliche Neuerung der Zulassung von selbständigen Psychotherapeuten, die Patienten auf ärztliche Anordnung zugewiesen bekommen, findet im Gesetz selbst keinen Niederschlag. Ja, wir finden noch nicht einmal den Begriff des Psychotherapeuten. Das ist keine befriedigende Situation, auch wenn sie jetzt faktisch gegeben ist und mit der Bekräftigung des Präsidenten und mit dem, was Frau Bundesrätin Dreifuss nachher nochmals vortragen wird, sicher keinem Zweifel mehr unterliegt. Aber es wäre sinnvoll gewesen, diese wesentliche Neuerung auch gesetzlich zu verankern.

Das war ja wohl auch der Grund, weshalb der Nationalrat bei den Zulassungsvoraussetzungen in Absatz 3 des Artikels 32 versucht hat, einerseits die delegierte Psychotherapie, aber auch die Zulassung von selbständig tätigen Psychotherapeuten zu regeln. Das hat unsere Kommission dann nicht gewollt; sie hat die Formulierung beargwöhnt. Ich verstehe das auch, weil die ärztliche Zuweisung hier nicht mehr aufscheint und das Ganze bereits wieder in die Nähe des selbständigen Leistungserbringers gerückt wird, und das wollte man auf keinen Fall.

Aber ich finde doch – darum habe ich diesen Vermittlungsantrag gestellt –, dass die Zulassungsbedingungen im Bereiche der Psychotherapie geregelt werden sollten. Ich finde, dass in einem modernen Krankenversicherungsgesetz die Psychotherapie irgendwo wenigstens genannt und nicht totgeschwiegen werden sollte.

Man kann sagen, die Forderungen des Antrags seien schon weitgehend erfüllt, denn in Absatz 1 von Artikel 32 heisst es ja, dass der Bundesrat die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben c bis g regelt. Es besteht also ein verbindlicher Auftrag. In Artikel 29 sind die Psychotherapeuten je indirekt enthalten; also warum sie hier noch besonders herausheben? Ich finde aber doch, dass man diesen

Auftrag gerade im Bereiche der Psychotherapie noch prononcierter, noch ausdrücklicher in das Gesetz aufnehmen sollte, denn auf diesem Gebiet herrscht keine Ordnung, herrscht keine Einheitlichkeit, sondern es herrscht Unklarheit und nach wie vor Unordnung. Die Situation ist einfach nicht eindeutig, und es gibt auch keine eidgenössische Regelung, die klären würde, wer zur Tätigkeit wirklich zugelassen ist und wer nicht. Jüngstes Beispiel: der Entscheid des Bundesgerichtes mit Bezug auf den Kanton Zürich, der die Psychotherapiebestimmung in der Gesundheitsverordnung schlicht vom Tisch gefegt hat, weil man sich dort einseitig und ausschliesslich auf ein Psychologiestudium auf Hochschulstufe ausgerichtet hat. Das Bundesgericht hat festgestellt, dass dies eine zu enge, zu einseitige Auslegung sei, die den Gegebenheiten nicht Rechnung trage. Darum muss hier – das ist hier verschiedentlich diskutiert worden, kürzlich auch wieder bei einer Interpellation Plattner – der Bund wirklich tätig werden. Ich denke, es ist bereits einiges in Bewegung geraten. Ich würde jedoch gerne hören, wie weit es ist und nach welchem Terminplan hier verfahren wird, denn ich habe einige Zweifel, dass man überall den politischen Willen hat, rasch ganz eindeutige Leitplanken zu setzen.

Dann kommt noch ein Gedanke dazu, der in diesem Antrag verkappt enthalten ist. Ich will ja nicht die Zulassung der Psychotherapeuten in dieser oder jener Form regeln, sondern ich spreche von den «Zulassungsvoraussetzungen im Bereich der Psychotherapie». Im Bereich der Psychotherapie sind nämlich auch Aerzte tätig, und zwar Aerzte, die teilweise noch nicht einmal eine fachliche Ausbildung haben, um psychotherapeutische Behandlungen durchführen zu können. Beim Arzt wird einfach vorausgesetzt, dass er alles kann, und es wird ihm auch ermöglicht. Doch das ist auf Dauer auch kein Zustand mehr, der tolerabel ist. Man darf nicht nur immer und einseitig von der Leistungsausweitung sprechen; wir müssen endlich auch einmal sehen, wie die Leistungen heute teilweise erbracht werden und wie die Kosten möglicherweise sogar gesenkt werden könnten, wenn Leistungen wirklich ausschliesslich durch entsprechend ausgebildete und spezialisierte Psychotherapeuten erbracht werden – oder eben durch Aerzte, die ein entsprechendes Zusatzstudium absolviert haben. Das ist heute vielfach nicht der Fall.

Deshalb also mein Antrag, der den Begriff der Psychotherapie doch ins Gesetz einführt und der dem Bundesrat einen klaren, verbindlichen Auftrag gibt, gerade hier endlich Klarheit zu schaffen und die Zulassungsvoraussetzungen zu regeln.

M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale: Effectivement, les professions dites paramédicales autorisées à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ne sont pas énumérées dans la loi, mais ça n'est le cas pour aucune d'entre elles. Elles le seront dans l'ordonnance qui réglera leurs conditions d'admission. Elles sont toutes incluses dans l'expression générale «les personnes prodiguant des soins sur prescriptions médicales». On exprime ainsi très clairement, comme l'a dit le président de votre commission, que leurs prestations ne seront prises en charge par l'assurance-maladie que lorsqu'elles auront été fournies sur prescription ou sur mandat d'un médecin.

M. Onken remet bien sûr en question, par sa proposition, l'intégralité du système qui veut que pour le moment un médecin, quelle que soit la formation postgrade qu'il a accepté de faire, est habilité à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. Il est clair qu'il introduit là un élément fondamentalement nouveau, puisque cela pourrait signifier à l'avenir – je veux bien sûr dire si on allait dans la même ligne, si on adoptait sa proposition, mais j'essaie de montrer pourquoi celle-ci ne me paraît pas justifiée en ce qui concerne la psychothérapie – que seul un cardiologue peut donner quelques soins en cas de troubles cardiaques, alors que beaucoup de ceux-ci peuvent tout à fait facilement et efficacement être pris en charge également par un généraliste. Donc il introduit avec sa proposition l'idée même qu'il faut une spécialisation médicale pour pouvoir être amené à pratiquer certains gestes à la charge de l'assurance-maladie. Je crois qu'il s'agit d'un principe étranger à la loi; il ne faudrait pas l'introduire en relation avec cette discussion sur la possibilité pour les psychothérapeutes de pratiquer à la

charge de l'assurance-maladie, à condition que cela soit sur prescription ou mandat médical. Le Conseil fédéral est d'opinion qu'il n'y a pas de justification à introduire une de ces professions paramédicales dans la loi, celle des psychothérapeutes. Il considère que l'on devrait s'en tenir à son projet initial.

En ce qui concerne la question qui a été posée sur l'évolution des choses en matière de reconnaissance du titre de psychothérapeute, je n'ai malheureusement rien à ajouter actuellement à la réponse que j'avais eu l'honneur de donner à l'interpellation Plattner (92.3555). Nous suivons bien sûr avec intérêt les travaux de la corporation, la définition des conditions minimales pour la reconnaissance du titre de psychothérapeute. Je crois qu'il est de bonne tradition suisse d'attendre de la profession elle-même qu'elle définisse de la façon la plus large possible ce qu'elle considère être les exigences minimales nécessaires. Mais, nous suivons cette évolution avec grand intérêt et sommes bien sûr disposés, dès que la profession elle-même aura trouvé les voies d'une reconnaissance de titre, à lui accorder à ce moment-là une caution publique. Mais, encore une fois, le premier travail doit être poursuivi au sein de la profession.

**Onken**, Sprecher der Minderheit: Mein Antrag hat auch den Sinn gehabt, dass sich Herr Huber als Kommissionspräsident und Frau Bundesrätin Dreifuss zu diesem Problem noch einmal präzise äussern können. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Arbeiten an der Zulassungsregelung zügig vorangetrieben werden.

Wir schaffen hier in einem wichtigen Bereich so oder so eine Differenz zum Nationalrat. Ich möchte die Ueberlegungen und Erwägungen des Nationalrates, vielleicht doch noch eine vermittelnde, tragfähige Formulierung zu finden, nicht durch einen Antrag belasten, der hier möglicherweise mit übergrosser Mehrheit abgelehnt würde.

Ich ziehe deshalb meinen Minderheitsantrag zurück.

*Abs. 1 – Al. 1  
Angenommen – Adopté*

*Abs. 1bis – Al. 1bis  
Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit  
Adopté selon la proposition de la majorité*

*Abs. 2–4 – Al. 2–4  
Angenommen – Adopté*

**Art. 33 Abs. 2, 3**  
*Antrag der Kommission*  
**Abs. 2**  
Festhalten  
**Abs. 3**  
Streichen

**Art. 33 al. 2, 3**  
*Proposition de la commission*  
**Al. 2**  
Maintenir  
**Al. 3**  
Biffer

**Huber**, Berichterstatter: Der Nationalrat hat Absatz 2 der Fassung des Bundesrates bzw. des Ständerates in einen Absatz 2 und einen Absatz 3 aufgeteilt. Danach sollen die teilstationären Einrichtungen – Absatz 2 Fassung Nationalrat – anders als Spitäler und Pflegeheime nicht den Anforderungen bezüglich kantonalen Planung entsprechen und müssen auf einer kantonalen Liste aufgeführt sein.

Für die Pflegeheime – Absatz 3 Fassung Nationalrat – bleibt es demgegenüber beim Erfordernis der Planungskonformität, und sie müssen auf kantonalen Listen genannt sein. Hier hat also der Nationalrat keine Änderungen gegenüber der Fassung von Bundesrat und Ständerat beschlossen.



Die Kommission ist der Auffassung, dass die teilstationären Einrichtungen, gerade mit Blick auf das hier bestehende Potential, den Anforderungen einer bedarfsgerechten Planung unterstellt sein sollen.

Sie beantragt Ihnen daher Festhalten an der Fassung des Ständerates und des Bundesrates.

**Schoch:** In der Sache schliesse ich mich vollumfänglich dem an, was Herr Kommissionspräsident Huber soeben ausgeführt hat. Ich möchte im Zusammenhang mit diesem Artikel 33 aber eine Bemerkung zuhanden der Materialien machen. Diese Bemerkung soll der Beruhigung der Betreiber von ärztlich geleiteten Kurhäusern und auch der Beruhigung des Verbandes Schweizerischer Kurhäuser dienen, eines doch nicht ganz unbedeutenden Verbandes, der eine Reihe von Kurhäusern bester Renommiertheit in der ganzen Schweiz betreibt.

Sie entnehmen dem Gesetz in den Artikeln 33 und 34, dass unter der Kapitelüberschrift «Leistungserbringer» spezielle Erwähnung finden: «Spitäler und andere Einrichtungen» in Artikel 33 und «Heilbäder» in Artikel 34. Von ärztlich geleiteten Kurhäusern ist demgegenüber im Gesetz ausdrücklich nicht die Rede. Nun gibt es aber eine ganze Reihe von ärztlich geleiteten Kurhäusern, die schon heute in den Rehabilitationsprozess nach einer Erkrankung oder nach einem Unfall integriert sind. Es ist wichtig, dass die Betreiber derartiger Kurhäuser und auch ihr Verband wissen, dass das Schweigen, also die Tatsache, dass diese Kurhäuser im Gesetz nicht namentlich erwähnt sind, kein qualifiziertes Schweigen ist. Die Kurhäuser sind vielmehr im Rahmen von Artikel 33 durchaus mitgemeint, und sie sind darin enthalten. Massgeblich ist – das ist heute schon so, und das wird in Zukunft genauso der Fall sein –, die Frage, ob ein Kurhaus den Voraussetzungen von Artikel 33 genügt, ob beispielsweise eine Klinik, wie z. B. die durch die Krankenkassen selbst im Kanton Appenzell Ausserrhodens betriebene Rehabilitationsklinik in Gais den Voraussetzungen von Artikel 33 Absatz 1 zu genügen vermag. Dort heisst es, Spitäler und andere Einrichtungen seien Anstalten, die «der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen». Derartige Anstalten sind also zugelassen, sind in Artikel 33 gemeint. Es versteht sich von selbst, dass für die Zukunft in der Praxis die gleiche Regelung gelten wird wie heute. Sobald eine derartige Rehabilitationsanstalt die Voraussetzungen des Artikels 33 erfüllt und auf der Spitalliste eines Kantons figuriert, kann sie Leistungen zu Lasten des Obligatoriums erbringen.

Ich will nicht einer Ausweitung der Liste der Leistungserbringer das Wort reden, aber ich will jene Anstalten, die ärztlich geleitet sind und im übrigen sogar billiger arbeiten können als Spitäler, beruhigen und das zuhanden des Amtlichen Bulletin festhalten.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 34 Abs. 2**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### **Art. 34 al. 2**

*Proposition de la commission*

*Adhérer à la décision du Conseil national*

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 34 besteht der einzige Unterschied zum bundesrätlichen Entwurf darin, dass bezüglich der Heilbäder ausdrücklich statuiert wird, dass auch sie über das nötige Fachpersonal verfügen müssen. Der Text hat ergeben, dass das nicht abgedeckt ist. Die Kommission stimmt daher dem Nationalrat zu, der die Aenderung vorgenommen hat.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 35 Abs. 2 Bst. b, 3**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### **Art. 35 al. 2 let. b, 3**

*Proposition de la commission*

*Adhérer à la décision du Conseil national*

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 35 Absatz 2 Litera b schlagen wir Ihnen vor, dem Nationalrat zu folgen. Bei einer medizinisch notwendigen, ausserkantonalen Hospitalisation sind in erster Linie jene ausserkantonalen Spitäler aufzusuchen, die auch auf der Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten aufgeführt sind. Das ist eine unseres Erachtens zweckmässige Modalität, die hier vom Nationalrat vorgeschlagen wird. Wir stimmen zu. Sie bedeutet auch eine Ermunterung und Unterstützung der Zusammenarbeit der Kantone. Da in solchen Vereinbarungen kostengünstige Lösungen angestrebt und gefunden werden, ist der Lösung des Nationalrates unbedingt zuzustimmen.

**Frick:** Ich bitte den Kommissionspräsidenten oder Frau Bundesrätin Dreifuss um eine Erklärung zu Absatz 3. Er regelt den Grundsatz, dass der Wohnsitzkanton für Leistungen eines ausserkantonalen Spitals herangezogen werden kann.

Sie hatten in der ersten Lesung auf meinen Antrag hin einen Zusatz beigefügt, der zwei Türen offenlassen will: Erstens sorgt er dafür, dass der Rückgriff des Wohnsitzkantons auf die Versicherungen – Zusatzversicherung oder Haftpflichtversicherung – möglich bleibt. Zweitens ermöglicht er, dass die Spitäler direkt mit diesen Versicherungen abrechnen können, wo dies angezeigt ist.

Die Lösung des Nationalrates normiert nur noch das Rückgriffsrecht des Kantons. Ich möchte die Klärung herbeiführen, dass durch dieses Rückgriffsrecht die direkte Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und den Zusatzversicherungen – soweit es sie noch gibt – oder den Haftpflichtversicherungen nicht ausgeschlossen wird; dass es also nicht zwingend ist, dass das Spital direkt an den Wohnsitzkanton und erst der Wohnsitzkanton an die Versicherung gelangt, sondern dass es den Spitälern weiterhin möglich bleibt, direkt mit den Versicherungen zusammenzuarbeiten und sie zur Zahlung anzuhalten.

Ich bitte um die entsprechende Klärung bzw. um Zustimmung zu dieser Auffassung.

**Huber, Berichterstatter:** Noch zu Artikel 35 Absatz 3 generell: Wir schlagen Ihnen vor, der nationalrätlichen Fassung zuzustimmen. Wenn der Wohnkanton die höheren Kosten der notwendigen ausserkantonalen Spitalbehandlung eines Versicherten trägt, steht ihm das Rückgriffsrecht gegen haftpflichtige Dritte nach Artikel 71 zu. Die Versicherer haben den Kantonen die für die Ausübung des Regresses nötigen Auskünfte zu geben. Ich verweise auf Artikel 74 Absatz 3 Buchstabe a in der Fassung der Kommission.

Zur Frage von Herrn Kollege Frick: Wir haben der Fassung des Nationalrates zugestimmt und unsere eigene Fassung aufgegeben, weil hier die Grundversicherung geregelt wird und die Zusatzversicherung im Prinzip eben nicht. Wir regeln hier die Grundversicherung.

Ich kann Ihnen aus der Praxis sagen, dass es zuerst darum gegangen ist, für den Wohnkanton den Regress zu sichern. In der Praxis wird den Spitälern bzw. der Spitalverwaltung für ihre Fälle die Ausübung des Regresses delegiert. Ich glaube, es braucht in der Grundversicherung keine zusätzliche ausdrückliche Formulierung im Gesetz, sondern wir legen es zu den Materialien und ermuntern die Kantone, die das noch nicht machen, die entsprechende Kompetenz kantonsintern zu delegieren. Im übrigen ist mir bekannt, dass das praktisch selbstverständlich abläuft. Das Spital, das als selbständige Rechtspersonlichkeit einen Anspruch hat, kann diesen geltend machen, und das wird auch von den Gläubigern respektive den Schuldnern nicht bestritten.

Unter diesen Umständen stimmen wir der Fassung des Nationalrates zu.

**Frick:** Ich danke für die Ausführungen des Kommissionspräsidenten; er stimmt meiner Auffassung zu.

*Angenommen – Adopté*



**Art. 36 Abs. 3***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 36 al. 3***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

Huber, Berichterstatter: Bei Artikel 36 haben wir ein Problem für die Redaktionskommission, das ich erst nachträglich entdeckt habe, Herr Daniöth, und zwar deswegen, weil wir eine Mundartformulierung übernommen haben. Es betrifft die deutsche Fassung und den Satzteil «... eine Kopie der Rechnung, die an den Schuldner gegangen ist». Eine Rechnung, die selbständig geht, habe ich noch nie gesehen. Das muss stilistisch ganz klar verbessert werden; das ist die Aufgabe der Redaktionskommission.

Zum Materiellen: Wir stimmen selbstverständlich dem Nationalrat zu. Auch im System des Tiers payant, wenn also die Versicherung bezahlen muss, muss der Versicherte im Interesse der Kostentransparenz eine Kopie der Rechnung bekommen; das ist seit langem ein Wunsch. Das ist eine kostendämmende Massnahme. Der Versicherte soll zur Kenntnis nehmen, was durch die Krankheit an Kosten verursacht worden ist; deshalb soll ihm ein Doppel der Rechnung zugänglich gemacht und erklärt werden, warum er entsprechende Prämien zu bezahlen hat.

Wir stimmen aus Ueberzeugung dem Nationalrat zu.

*Angenommen – Adopté**Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen**Le débat sur cet objet est interrompu*

## Zwölfte Sitzung – Douzième séance

Mittwoch, 15. Dezember 1993, Nachmittag  
Mercredi 15 décembre 1993, après-midi

15.00 h

Vorsitz – Présidence: Herr Jagmetti

91.071

### Krankenversicherung. Revision Assurance-maladie. Révision

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1047 hiervor – Voir page 1047 ci-devant

#### Art. 37 Abs. 2 Bst. d, 4

Antrag der Kommission

Abs. 2 Bst. d

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates  
(die Aenderung betrifft nur den französischen Text)

Abs. 4

Festhalten

#### Art. 37 al. 2 let. d, 4

Proposition de la commission

Al. 2 let. d

d. .... de base, d'une formation postgraduée et d'une formation continue nécessaires (exclusion tarifaire).

Al. 4

Maintenir

**Huber**, Berichterstatter: Bei Artikel 37 haben wir zwei Differenzen. Diejenige in Absatz 2 Litera d betrifft nur den französischen Text. Wir werden später auf die Unterscheidung zurückkommen, die hier im französischen Text gemacht wird. Hingegen haben wir eine materielle Differenz bei Absatz 4. Ich würde mit Einverständnis des Präsidenten dazu einige Worte sagen.

Hier ist die ständerätliche Kommission in ihrer Mehrheit der Meinung, man möge am getroffenen Entscheid festhalten. Und zwar besteht die Differenz darin, dass der Nationalrat ins Vertragsrecht einfügen will: «... unter Anhörung der Patientenorganisationen». Der Ständerat hat heute morgen – bei einem vorhergehenden Artikel – bei den Fachkommissionen den Beizug von Mitgliedern von Patientenorganisationen und Konsumentenorganisationen beschlossen. Wir sind der Meinung, dass es bei den Leistungsdefinitionen durchaus angeht, dass Vertreter der «Nichtparteien», der nichtorganisierten Strukturen, teilnehmen. Hier hingegen geht es nun um einen Vertragsabschluss, der vorbereitet, ausgehandelt und beschlossen werden muss. Wir sind der Meinung, dass man nicht festlegen soll, dass die Tarifpartner gegenüber Patientenorganisationen vor Abschluss eines Tarifvertrages eine Anhörungspflicht hätten. Man darf darauf aufmerksam machen, dass diese Beschlussfassung über die Tarifabschlüsse einerseits in aller Offenheit und aller Öffentlichkeit erfolgt und dass andererseits die Kassen, die kantonal in Krankenkassenverbänden – diese wiederum in Sektionen – zusammentreten und Mandate für die Tarifverhandlungen erteilen, durchaus eine demokratische Struktur haben.

Unter diesen Umständen scheint es uns ein Missverhältnis zu sein, wenn man Patientenorganisationen, die bei uns nicht sehr ausgebildet sind – wenn sie auch an einzelnen Orten ihre

Bedeutung haben mögen –, den Tarifpartnern gleichstellen will, indem man eine Anhörungspflicht statuiert. Es wäre dann noch zu fragen, ob man die Patientenorganisationen gegenüber anderen Organisationen, wie Konsumentenorganisationen usw., gesetzlich ausdrücklich privilegieren sollte.

Unter Abwägung all dieser Argumente ist die Kommission zum Schluss gekommen, auf diese Anhörungspflicht verzichten zu wollen.

Ich bitte Sie, in diesem Sinne dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: J'aurais tout simplement voulu dire que, au nom du Conseil fédéral, je me suis ralliée à la décision du Conseil national à l'alinéa 4; il peut effectivement être très judicieux que l'on donne la possibilité aux organisations représentant les patients de s'exprimer, et de s'exprimer le plus tôt possible, c'est-à-dire au moment de la négociation de tarifs à la prestation.

Nous pensons que bien que les caisses-maladie sont des organisations que l'on peut considérer comme représentant leurs membres, les assurés: il est clair que le point de vue des caisses doit prévaloir. Avoir la possibilité de donner la parole et d'écouter les organisations de patients ou d'assurés, cela peut être très positif pour l'achèvement de telles négociations. J'aimerais cependant dire qu'il faut voir cette décision du Conseil national à l'alinéa 4 – la majorité de votre commission souhaite maintenir la version de votre conseil – en relation avec la proposition qui est faite à l'article 39 par la minorité Roth. Cette dernière désire également donner un droit d'être entendu, mais dans une phase ultérieure, dans la phase où l'autorité donne son autorisation, entérine le tarif.

Je crois qu'il est préférable de considérer que les organisations devraient être entendues pendant la négociation. Cela faciliterait la fixation d'un bon tarif et je serais intéressée à ce que, si la discussion devait se poursuivre au Conseil national, le Conseil national modifie sa propre décision: effectivement, l'expression «organisations de patients» est trop étroite. M. le président de la commission a tout à fait raison de dire qu'il faudrait alors choisir une formulation qui pourrait s'inspirer de celle de la minorité Roth à l'article 39 alinéa 3.

Au cas où vous décideriez, par contre, suivant ainsi votre commission, de vous opposer au Conseil national, je soutiendrai alors avec plaisir la formulation proposée par la minorité Roth à l'article 39 alinéa 3, cela permettra au débat de se poursuivre afin de trouver la meilleure solution entre la version du Conseil national et la version du Conseil des Etats.

Il faudrait s'adresser au Conseil national pour lui demander de modifier sa décision pour lui donner plus de chance.

Angenommen – Adopté

Begrüssung – Bienvenue

**Präsident:** Ich habe das Vergnügen, auf der Tribüne unseren ehemaligen Ratspräsidenten, Herrn Arthur Hänsenberger, sowie ein ehemaliges Ratsmitglied, Herrn Othmar Andermatt, zu begrüssen. Wir freuen uns über ihre Anwesenheit! (Beifall)

#### Art. 38a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber**, Berichterstatter: Mit Artikel 38a – der Artikel 38 Absatz 3 ersetzt, dessen Streichung wir in der ersten Lesung beschlossen haben – wollen wir erreichen, dass auch in der Ausnahmesituation, nämlich im Falle eines Ausstandes von Lei-

stungserbringern, zum Beispiel bei einem Streik von Aerzten, der Tarifschutz gelten soll.

Der Ständerat hat in der ersten Lesung von einem «angemessenen Tarifschutz» gesprochen. Wir sind der Meinung, dass die Formulierung, die der Nationalrat gefunden hat, materiell keine Differenz darstellt; es ist das gleiche gemeint, wenn man Artikel 38a als Ganzes ansieht.

Wir möchten keine unnötigen Differenzen beibehalten und schlagen Ihnen daher Zustimmung zum Nationalrat vor.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 39 Abs. 2, 2bis Bst. d, 3 dritter Satz (neu)**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 2*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Abs. 2bis Bst. d*

d. Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln.

*Abs. 3 dritter Satz (neu)*

*Mehrheit*

Ablehnung des Antrages der Minderheit

*Minderheit*

(Roth, Onken, Simmen)

.... in Einklang steht. Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden hört sie vorgängig auch die Organisationen ausserhalb der Vertragsparteien an, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder Bundesebene vertreten.

**Art. 39 al. 2, 2bis let. d, 3 troisième phrase (nouvelle)**

*Proposition de la commission*

*Al. 2*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Al. 2bis let. d*

d. des clauses d'exclusivité et celles qui interdisent tout traitement de faveur.

*Al. 3 troisième phrase (nouvelle)*

*Majorité*

Rejeter la proposition de minorité

*Minorité*

(Roth, Onken, Simmen)

.... au principe d'économie. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des associations, elle entend au préalable les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral.

*Abs. 2 – Al. 2*

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2bis – Al. 2bis*

**Huber, Berichterstatter:** Wir sind hier in einer speziellen Situation. Wir führen im Ständerat bezüglich Artikel 39 Absatz 2bis (neu) eine erste Lesung durch. Es rechtfertigt sich daher, sich darauf zu konzentrieren und sich dazu zu äussern. Es handelt sich um den Beitrag der Kartellkommission.

Ich habe nicht zu wiederholen, was wir nach der ersten Lesung erlebt haben: den Frust, der sich auf unsere Seele gelegt hat, als am Tag nach unserer Verhandlung im Ständerat die Kartellkommission an die Öffentlichkeit getreten ist.

Der Nationalrat hat ein einflussliches Hearing mit der Kartellkommission durchgeführt. Die Kartellkommission ihrerseits hat den Bericht 2/93 dem Thema «Krankenkassen und Tarifverträge» gewidmet. Wir haben während der Beratung unserer Kommission den Präsidenten der Kartellkommission, Herrn Professor Tercier, und eine wissenschaftliche Mitarbeiterin des Sekretariates der Kartellkommission des EVD, Frau Lauterburg, die massgeblich auf dem Sektor des Gesundheitswesens im Rahmen des Kartellrechtes arbeitet, angehört.

Es scheint mir, dass zwei oder drei Akzente gesetzt werden müssen, die nicht zuletzt das Selbstverständnis der Kartellkommission auf dem Sektor des Gesundheitswesens zum Ausdruck bringen. Ich zitiere daher aus der Einführung zum Bericht der Kartellkommission («Ueber die Wettbewerbsverhältnisse unter Krankenkassen und die Tarifverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern»): «Die Kommission

ist sich bewusst, dass der Gesundheitsmarkt kein klassischer Markt ist, auf welchem die Marktgesetze in der üblichen Weise spielen können. Der Wettbewerb kann auf einem solchen Markt denn auch nur eine begrenzte Rolle spielen. Es geht der Kartellkommission mit ihren Untersuchungen nicht darum, die Wettbewerbspolitik an die Stelle der Sozialpolitik zu stellen. Die Struktur der Krankenversicherung zu bestimmen ist Sache eines Gesetzgebers, welcher sich der Notwendigkeit des sozialversicherungsrechtlichen Schutzes zugunsten der Versicherten und Patienten bewusst ist.»

Schliesslich der zentrale Satz: «Die entsprechend der Einsicht in das Funktionieren des Gesundheitsmarktes formulierten Empfehlungen der Kartellkommission zielen darauf ab, dass die beschränkten Möglichkeiten des Wettbewerbes in diesem Markt besser genutzt werden können.»

Nun hatte Ihre Kommission zu entscheiden, ob das vom Nationalrat eingeführte neue Recht im Prinzip einerseits der sozialpolitischen Zielsetzung des Gesetzes und andererseits den wettbewerbspolitischen Bemühungen der Kartellkommission entspricht. Wir sind zum Schluss gekommen, dass das der Fall ist, und wir sind zum Schluss gekommen, dass dem Nationalrat hier zugestimmt werden sollte, mit einer kleinen Umstellung. Sie sehen das: Die Exklusivitätsklauseln wurden den Meistbegünstigungsklauseln vorangestellt.

Das ist eine redaktionelle Aenderung. Im französischen Text musste klargestellt werden; was mit dem Verbot von sogenannten Meistbegünstigungsklauseln gemeint ist. Damit werden die «traitements de faveur» nämlich nicht verboten, sondern geradezu erlaubt. Man will ja unterschiedliche Verträge zulassen, um den Wettbewerb zu verstärken. Unzulässig und damit nichtig sind daher Absprachen «qui interdisent tout traitement de faveur», welche es Aerzten z. B. verbieten, zu einem niedrigeren als dem Verbandstarif abzuschliessen. Diese redaktionelle Berichtigung im Text macht gleichzeitig eine Umstellung der beiden Teile des Satzgefüges nötig. Diese rein redaktionelle Umstellung wurde auch im deutschen Text vorgenommen.

Materiell besteht kein Unterschied zur Fassung des Nationalrates. Ich möchte betonen:

1. Die Verbandsverträge sind weiterhin möglich, aber nicht der Verbandszwang.

2. Schliesst ein Versicherer mit einem Leistungserbringer überhaupt keinen Vertrag ab, so gilt der für den vertragslosen Zustand durch die Kantonsregierung – so hoffe ich wenigstens – festgelegte Tarif, also Artikel 40 Absatz 1.

Ich bitte Sie im Namen der Kommission, bei Artikel 39 Absatz 2bis dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen, mit Ausnahme der beantragten Umstellung in Litera d.

**Frau Beerli:** Absatz 2bis in Artikel 39 wurde – Sie haben es eben gehört – zu einem recht späten Zeitpunkt auf Anregung der Kartellkommission in die Vorlage aufgenommen. Die Kartellkommission bemängelte, dass zwischen den Leistungserbringern bis anhin lediglich ein Qualitäts-, aber kein Preiswettbewerb stattfand. Diesen Umstand führte sie darauf zurück, dass es den in Berufsorganisationen zusammengefassten Leistungserbringern bis anhin aus standesrechtlichen Gründen nicht möglich war, mit den Krankenkassen Sonderverträge abzuschliessen.

Aus diesem Grund sollen Sondervertragsverbote von Gesetzes wegen als ungültig erklärt werden. So weit, so gut; mehr Konkurrenz ist grundsätzlich etwas Positives. Es besteht aber die Gefahr, dass die Leistungserbringer gegeneinander ausgespielt werden, dass dem einzelnen Arzt marktmächtige Grosskrankenkassen gegenüberstehen, die auf den Preis drücken und so langfristig einen Verfall der Qualität bewirken. Hier gilt es aufzupassen.

Die Kartellkommission wird die Entwicklung bei den Krankenkassen hin zu marktmächtigen Unternehmungen und auch zu Kartellen sehr wohl im Auge behalten müssen. Ich möchte darauf hinweisen und der Kartellkommission empfehlen, diese Aufgabe ja nicht aus den Augen zu verlieren.

*Angenommen – Adopté*

## Abs. 3 – Al. 3

**Huber**, Berichtersteller: Bei Absatz 3 haben wir wiederum die Frage, ob die Genehmigungsbehörde bei Tarifverträgen zwischen Verbänden vorgängig auch die Organisationen ausserhalb der Vertragsparteien anhören soll, welche die Interessen der Versicherten auf Kantons- oder Bundesebene vertreten (Antrag der Minderheit Roth auf Einfügen eines neuen dritten Satzes).

Die Kommission hat sich intensiv mit diesen Fragen auseinandergesetzt. Es kommen immer wieder die gleichen Fragen, um im Prinzip vermehrt Öffentlichkeit, vermehrt Mitsprache usw. zu schaffen. Man muss sich im klaren sein, dass zwischen den Kassen einerseits und den Leistungserbringern andererseits ein Vertragsverhältnis besteht.

Ich wundere mich, dass man es zulassen will, dass bei Vertragsverhandlungen, bei Vertragsabschlüssen, bei Vertragsbeschwerden Dritten eine konstitutive Stellung eingeräumt werden soll. Die Mehrheit der Kommission lehnt das ab: Aus ihrer Sicht sind die Kassen die Vertreter der Versicherten; sie haben im Prinzip das Mandat, diese Interessen auch zu vertreten. Wenn sie das nicht tun, laufen ihnen Versicherte davon, und es wird bei der Freizügigkeit, die wir eingeführt haben, in weit grösserem Ausmass zu Fluktuationen kommen als in der Vergangenheit.

Im weiteren ist die Mehrheit der Meinung, dass diesen Organisationen ausserhalb der Vertragsparteien die Legitimation fehle; das sind zum Teil Ad-hoc-Formationen und zum Teil solche, die auf eine Geschichte und auf eine intensive Beschäftigung mit dem Gegenstand zurückblicken.

Aber das fällt zusammen mit dem dritten Argument: Sie bringen damit eine zusätzliche Erschwerung der Verhandlungen, die jetzt schon nicht einfach sind, in das ganze Getriebe herein; das könnte dazu führen, dass Verträge unter Umständen nicht zustande kommen und dann ein staatliches Diktat im Sinne des vertragslosen Zustands wiederum Platz greift.

Nach Abwägung der Argumente hat eine Mehrheit der Kommission Festhalten beschlossen, währenddem eine Minderheit der Auffassung ist, dass hier neu eine Kompetenz geschaffen werden müsse (Art. 39 Abs. 3 dritter Satz neu). Das lehnt die Mehrheit aus den dargelegten Gründen ab.

**M. Roth**, porte-parole de la minorité: A l'article 39 alinéa 3, la minorité a tenté de trouver une solution dans cette loi, qui associe davantage les organisations intéressées qui représentent les intérêts des assurés. La question qui se posait initialement – ça a été dit d'ailleurs à l'article 37 tout à l'heure – était de savoir si cette consultation devait se faire avant ou pendant les négociations tarifaires, ou après, dans le sens de l'autorisation du résultat de la négociation, comme cela est maintenant le cas à l'article 39. Je dois aussi vous dire que ma préférence allait, comme la solution retenue par le Conseil national, au stade précoce où il aurait incombé aux partenaires tarifaires d'entendre les assurés.

Mais la commission a examiné cette question en profondeur, comme l'a dit tout à l'heure son président, et elle a fait valoir deux arguments qui ont tout balayé sur leur passage: tout d'abord que pendant la négociation les assurés étaient représentés par les caisses-maladie – ce qui vient d'ailleurs d'être rappelé –, et puis ensuite que ces négociations étaient souvent si épineuses, si complexes, si difficiles qu'il ne fallait pas y introduire d'autres partenaires.

La minorité a penché pour une audition après coup, au moment où l'autorité doit, d'après la loi, vérifier la conformité de la convention par rapport à la loi, la conformité aussi par rapport à l'équité et la conformité enfin par rapport au principe d'économie. Cette solution, encore une fois, a été envisagée par le Conseil national qui oscillait entre l'idée de faire figurer cette disposition soit à l'article 37 soit à l'article 39, et, dans la formulation actuelle de la minorité, elle constitue donc un pont vers la solution du Conseil national puisqu'on a tout simplement biffé cette disposition du Conseil national à l'article 37 alinéa 4.

La proposition de la minorité corrige aussi quelques critiques que M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale, avait eu l'occasion

d'émettre dans le débat au Conseil national, tout en soutenant cette proposition dans son principe. Tout d'abord, on ne parle plus d'«organisations de patients», puisque c'était une critique qui avait été adressée à la version originale, mais d'«organisations qui représentent les intérêts des assurés», ce qui permet aussi une représentation plus large et, par exemple, qui pourrait être étendue aussi aux organisations de consommateurs qui ont des intérêts marqués dans ces discussions-là. De plus, vous aurez observé qu'elle s'applique aux conventions conclues entre associations. Donc, les critiques que l'on aurait pu porter à la version initiale ont maintenant été corrigées.

Quelques arguments maintenant en faveur de la proposition de la minorité à l'article 39: premièrement, j'aimerais dire que, selon notre nouveau système, il n'existe plus seulement un droit à l'assurance, mais une obligation, ce qui fait que les assurés ont aussi droit à un certain nombre d'égards. Lorsque l'on discute ces conventions tarifaires, il y a des aspects qui doivent être sauvegardés, en particulier des questions qui touchent au secret médical, à la protection des données, au statut des malades chroniques, la nécessité de prestations financières, etc.

Deuxièmement, il faut quand même bien dire que les patients participent aux coûts ambulatoires ou hospitaliers et ils versent à ce titre des centaines de millions de francs directement en faveur de la santé publique. La minorité trouve donc qu'il serait étonnant que seuls les fournisseurs de prestations et les assureurs doivent décider du sort de ces moyens financiers privés, cela d'autant plus que ces organismes sauvegardent en premier lieu leurs propres intérêts financiers et puis, ensuite, les intérêts des assurés, mais dans le fond c'est quand même les assurés qui passent à la caisse in fine.

Troisièmement, je voulais encore soulever le fait que la Commission des cartels, elle-même, souhaitait que ces organisations de patients ou, de manière plus large, qui s'occupent des intérêts des assurés, soient aussi représentées dans les discussions tarifaires. Le droit de consultation est, du point de vue strictement juridique, un droit relativement faible et je ne crois pas qu'il faille en faire une montagne et dire que ce droit serait de nature à perturber le déroulement du processus de conclusion des conventions tarifaires.

Et puis ensuite, venir dire que ces grandes associations sont organisées de manière assez informelle, c'est faux aussi. Il y a des organisations qui ont des comités, qui peuvent être représentées normalement par leurs organes. On peut organiser ce droit à l'audition, comme cela a d'ailleurs été fait dans d'autres domaines du droit; je pense notamment en matière de protection de l'environnement.

Je vous serais reconnaissant si vous pouviez, à l'article 39 alinéa 3, suivre la proposition de la minorité.

**Frau Simmen**: Ich möchte Ihnen ebenfalls empfehlen, bei Artikel 39 Absatz 3 dritter Satz (neu) der Minderheit Roth zuzustimmen. Es handelt sich hier um ein bescheidenes Mit- und Einspracherecht der Versicherten in bezug auf die Tarifverträge.

Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten – Herr Kollege Roth hat das ausgeführt –, diese Mitsprache auszuüben: einmal bei der Diskussion um die Ausgestaltung der Verträge, das wäre Artikel 37 Absatz 4 gewesen, oder dann nachher bei der Genehmigung des Resultates durch die Behörden. Natürlich wäre den Organisationen der Versicherten die Mitsprache vorher – gemäss Beschluss des Nationalrates – lieber gewesen als nur die Anhörung nachher. Die Kommission hat sich das sehr überlegt. Das Argument, dass die Verhandlungen ohnehin schon schwierig genug seien, hat uns dann dazu bewogen, nicht noch mehr Partner dazu einzuladen.

Die Minderheit beantragt Ihnen aber nun, wenigstens nachher für die betreffenden Organisationen ein Anhörungsrecht zum Resultat einzufügen, wenn die Behörden die Vereinbarung auf Gesetzeskonformität, Ausgewogenheit und Wirtschaftlichkeit überprüfen. Mit dieser Lösung der Minderheit kommen Sie dem Nationalrat entgegen, und Sie berücksichtigen gleichzeitig die Bedenken des Ständerates, dass zu viele Köche den Brei verderben könnten. Sie belassen mit dieser Version sozusagen die Grösse der Küchenbrigade, aber Sie fügen noch

einen oder zwei Test-Esser hinzu, und das kann ja kaum schaden.

Wir haben in der revidierten Fassung des Krankenversicherungsgesetzes effektiv eine Versicherungspflicht, und das ist eine angemessene Mitsprache der Versicherten wichtiger denn je; denn nicht immer sind die Interessen der Versicherten hundertprozentig deckungsgleich mit jenen der Versicherer. Das ist auch der Grund, weshalb die Kartellkommission empfiehlt, den Patienten- und Konsumentenorganisationen ein Einspracherecht zu gewähren. Ich habe keine Bedenken, dass dieses Einspracherecht missbraucht würde; denn auch diese Organisationen haben ja keinerlei Interesse an einem vertragslosen Zustand.

Ich bitte Sie daher, wenigstens hier, mit Artikel 39 Absatz 3 dritter Satz (neu), diese Möglichkeit für die Organisationen zu eröffnen.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: J'aimerais tout simplement répéter, au nom du Conseil fédéral, que je soutiens cette proposition de minorité. J'ajoute un seul argument à cette question de savoir pourquoi les assurances ne suffisent pas pour représenter les intérêts des assurés dans ces négociations.

Cet argument tient en deux réflexions, étant entendu que la tâche principale de défendre les intérêts des assurés revient bien aux assurances, mais qu'elles ont un souci plus général de fonctionnement optimal de l'ensemble de l'assurance qui peut parfois leur faire peut-être oublier la facture qui devra finalement être payée par l'assuré lui-même.

La première, c'est qu'on ne peut plus partir de l'idée que l'assurance est une association fixe de gens, que l'assuré n'est plus que rarement «membre d'une collectivité du berceau jusqu'à la tombe»: ce qui a été très longtemps le cas des mutuelles et des assurances sociales. Or, on voit et on souhaite que la concurrence joue, que les gens, de ce fait, en plus de la mobilité professionnelle et géographique qu'ils montrent, montrent aussi, si le besoin s'en fait sentir, une mobilité en termes d'assurés pour pouvoir bénéficier des avantages d'une concurrence. Donc, ce n'est plus une collectivité bien rodée dont on est sûr qu'elle est sous le contrôle de ses membres.

La deuxième, c'est qu'avec la révision de la loi sur l'assurance-maladie, des assurances privées peuvent également, pour autant qu'elles assurent l'assurance de base sans but lucratif, offrir cette assurance de base. Or, une assurance privée est encore plus éloignée de l'idée d'une association qui représenterait les intérêts de ses membres que cela ne serait le cas d'une caisse-maladie.

C'est un bon correctif, une bonne façon de tenir compte des intérêts des membres, et de voir que la loi est effectivement bien appliquée dans cette convention conclue entre associations, que de demander à l'autorité de consulter des associations représentatives des intérêts des assurés.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	16 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	9 Stimmen

#### Art. 40 Abs. 4

Antrag der Kommission  
Festhalten

#### Art. 40 al. 4

Proposition de la commission  
Maintenir

**Huber**, Berichterstatter: Bei Artikel 40 geht es im Prinzip in einem ähnlichen Stil weiter. Es ist durchaus zuzugeben, dass die Kartellkommission erwogen hat, gewählte Regierungen in «der Ausübung ihrer Funktion» abzusetzen und sie auf gesetzlichem Weg durch einen Rat von Tarifsachverständigen zu ersetzen. Das ist wahrscheinlich ein einmaliger Vorgang, der hier stattfinden soll.

Der Nationalrat ist dieser Ueberlegung – leider – gefolgt, und zwar im Zusammenhang mit dem vertragslosen Zustand bei einem «öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital».

Nun ist in der Regel die Situation so, dass alle unsere Kantone ihre Spitäler subventionieren, mit Ausnahme von Privatspitalern, die indirekt subventioniert werden. Nach Meinung des Nationalrates soll praktisch überall dort, wo bei einem vertragslosen Zustand ein Tarifvertrag ausgehandelt wird, nicht mehr die Regierung, sondern ein von der Kantonsregierung ernannter «Ausschuss von Tarifsachverständigen» zuständig sein.

Wenn damit gemeint ist, dass innerhalb der kantonalen Verwaltungen keine Tarifsachverständigen vorhanden seien, dann beruht das fraglos auf einer Fehleinschätzung der Mitarbeiter in diesem Bereich. Es kommt ferner dazu, dass die Regierung durchaus die Legitimation hat, hier zu entscheiden, das Allgemeininteresse auf einem speziellen Sektor wahrzunehmen und – unter Vorbehalt der Beschwerde an den Bund – festzulegen, was beim Fehlen eines Tarifvertrages unter den Tarifpartnern gelten soll.

Ich bin der Auffassung, dass es dem Ständerat kaum zusteht, die gewählten Regierungen durch Sachverständige «zu ersetzen».

Ich bitte Sie daher namens der Kommission, an unserer früheren Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates – zum Entwurf des Bundesrates, ich betone das – festzuhalten und nicht auf Parallelorganisationen zu Kantonsregierungen einzuschwenken.

**Präsident**: Ist die Meinung die, dass dieser Absatz 4 – wie wir es seinerzeit beschlossen hatten – in Artikel 37 als Absatz 4bis zweiter Satz aufgenommen wird, oder soll er hier stehenbleiben?

**Huber**, Berichterstatter: Nein, der Tatbestand, den Sie ansprechen, ist bei Artikel 37 eingefügt und bezieht sich auf eine andere Materie. Weil «ein Loch» bestand, wurde dieser – neue – Absatz vom Nationalrat als Absatz 4 eingefügt.

Wir sind der Meinung, dass «Festhalten» bedeutet, diesen Absatz 4 in der Fassung des Nationalrates zu streichen und damit keinen Absatz 4 zu schaffen, sondern das zu belassen, was der Bundesrat – in Absatz 3 – sagt. Kommt demnach zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, setzt die Kantonsregierung nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest, und zwar für den ambulanten oder den stationären Bereich.

#### Angenommen – Adopté

#### Art. 42 Abs. 5–7

Antrag der Kommission  
Abs. 5, 6

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates  
Abs. 7

Festhalten

#### Art. 42 al. 5–7

Proposition de la commission  
Al. 5, 6

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 7

Maintenir

**Huber**, Berichterstatter: In Artikel 42 Absatz 5 hat der Nationalrat eine Streichung vorgenommen. Es heisst jetzt: «... vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung und bei teilstationärem Aufenthalt.» Die Worte «in einem Spital» werden gestrichen. Wir schliessen uns dem Nationalrat an.

Der zweitletzte Satz von Absatz 6 in der Fassung des Ständerates wird vom Nationalrat wie folgt geändert: «Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen.» Gestrichen wurde «aller Kantone». Das entspricht dem letzten Satz im Entwurf des Bundesrates. Die Kommission beantragt Ihnen, dem Nationalrat zuzustimmen.

Bei Absatz 7 beantragt die Kommission Festhalten an unserem Beschluss, und zwar konsequenterweise, weil Sie vorher

(mit 16 zu 9 Stimmen) die Erwähnung der Tarifsachverständigen gestrichen haben. Deshalb müssen Sie hier auch Streichung beschliessen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 43a**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber**, Berichterstatter: Die Globalbudgetierung durch die Kantone wird als mögliches dauerhaftes finanzielles Steuerungsinstrument für Spitäler oder Pflegeheime ausdrücklich im Krankenversicherungsgesetz aufgenommen. Wir schliessen uns hier dem Nationalrat an.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 44 Abs. 1 Bst. b, 1bis, 3**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1 Bst. b*

b. .... Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Diese hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika zu enthalten.

*Abs. 1bis*

Für Geburtsgebrechen werden die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen in die Erlasse und Listen nach Absatz 1 aufgenommen.

*Abs. 3*

Streichen

**Art. 44 al. 1 let. b, 1bis, 3**

*Proposition de la commission*

*Al. 1 let. b*

b. .... (liste des spécialités). Celle-ci doit également comprendre les génériques meilleur marché qui sont interchangeables avec les préparations originales.

*Al. 1bis*

En matière d'infirmités congénitales, les mesures thérapeutiques du catalogue des prestations de l'assurance invalidité sont reprises dans les dispositions et listes établies en vertu de l'alinéa premier.

*Al. 3*

Biffer

*Abs. 1 – Al. 1*

**Huber**, Berichterstatter: In Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe b beantragen wir, eine Präzisierung gegenüber der Fassung des Nationalrates vorzunehmen. Es geht um die Frage der Generika. Wir werden das später noch einmal finden, wo seitens des Nationalrates eine Art Verpflichtung beschlossen wurde, Generika zu verwenden.

Hier geht es im Prinzip um das Erstellen der entsprechenden Listen. Wir haben diese Frage intensiv diskutiert. Wir sagen im Grundsatz ja zu Generika, allerdings ohne Verpflichtung, ohne Eingriff in die Therapiefreiheit des Arztes. Wir wissen zwar, dass das für unsere chemische Industrie – die darauf angewiesen ist, Originalpräparate über einige Zeit zu verkaufen, um ihre Forschungsaufwendungen zu amortisieren – unter Umständen gewisse Probleme gibt. Aber Generika können nach unserer Auffassung zur Eindämmung der Preisentwicklung eine gewisse Bedeutung haben, und man soll bei einem solch komplexen Werk auch kleine Möglichkeiten nicht ausser acht lassen.

Anstatt zwei Listen zu führen, wie dies der Nationalrat vorschlägt – nämlich eine Spezialitätenliste und eine Generikalisteliste –, sind wir zum Schluss gekommen, Ihnen zu beantragen, es bei einer Liste – schon nur des gesparten Papiers wegen! – bewenden zu lassen. Die Spezialitätenliste soll auf der einen Seite das Originalpräparat mit der Preisangabe und auf der

anderen Seite die Generika mit den Preisangaben enthalten. Es liegt dann in der Therapiefreiheit des Arztes, seinen Entscheid unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit und der Wirksamkeit zu fällen – der Gesichtspunkte, wie sie in Artikel 26 des Gesetzentwurfes festgehalten sind.

Ich bitte Sie, der Kommission zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 1bis – Al. 1bis*

**Huber**, Berichterstatter: Bei Artikel 44 Absatz 1bis stimmen wir materiell dem Nationalrat zu. Wir haben eine redaktionelle Bereinigung vorgenommen.

Ich bitte Sie, in diesem Sinne zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Al. 3*

**Huber**, Berichterstatter: Bei Absatz 3 (neu) besteht diese Differenz, die ich angesprochen habe; da empfehlen wir Ihnen die Streichung des vom Nationalrat beschlossenen Absatzes 3 (neu). Sie sehen, dass hier die Leistungserbringer dafür sorgen, dass neben den Originalpräparaten vermehrt kostengünstige Nichtoriginalpräparate zur Anwendung gelangen.

Wir sind der Auffassung gewesen, dass – wie ich Ihnen dargelegt habe – Generika eine Rolle spielen, eine intensivere Rolle spielen müssen. Aber wir möchten von Gesetzes wegen keinen Eingriff in die Therapiefreiheit vornehmen, jedoch gemäss dem, was wir beschlossen haben, die Möglichkeit geben, abzuschätzen, ob Generika gebraucht werden oder ob das Originalpräparat – in Würdigung der gesamten Umstände – angewendet werden soll.

Aus diesen Ueberlegungen bitten wir Sie, diese im übrigen in der Durchsetzung, in der Praxis, sehr schwer kontrollierbare Norm nicht ins Gesetz aufzunehmen. Wie soll die Verwaltung einem Arzt, der sich für das Originalpräparat entschieden hat, beweisen, dass er in diesem Fall das Generikum zu gebrauchen gehabt hätte? Das ist auf der einen Seite eine Ueberforderung der Verwaltung, auf der anderen Seite ein Eingriff in die Therapiefreiheit.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 45**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

*Mehrheit*

.... 43a, 46 und 47 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

*Minderheit*

(Loretan, Huber, Schiesser)

Festhalten

*Abs. 2*

*Mehrheit*

Die Beschwerdebefugnis steht den Vertragsparteien nach Artikel 39 Absatz 1 zu. Für Beschwerden betreffend Artikel 33 steht sie den vom Beschluss der Kantonsregierung berührten Leistungserbringern und Versicherern zu. Im übrigen richtet sich das Beschwerdeverfahren nach dem Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren.

*Minderheit*

(Loretan, Huber, Schiesser)

Festhalten

*Abs. 3*

*Mehrheit*

Streichen

*Minderheit*

(Schüle, Loretan, Onken, Seiler Bernhard)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates



*Eventualantrag Schüle*

(falls der Minderheitsantrag abgelehnt wird)

Abs. 3

.... innert längstens 6 Monaten ..... um höchstens 6 Monate.

**Art. 45***Proposition de la commission*

Al. 1

*Majorité*

...., 43a, 46 et 47 peuvent faire l'objet ....

*Minorité*

(Loretan, Huber, Schiesser)

Maintenir

Al. 2

*Majorité*

Ont qualité pour recourir les parties à une convention au sens de l'article 39 alinéa premier. Dans les recours introduits en vertu de l'article 33, les fournisseurs de prestations et les assureurs touchés par la décision du gouvernement cantonal ont qualité pour recourir. Pour le surplus, la procédure de recours est régie par la loi fédérale sur la procédure administrative.

*Minorité*

(Loretan, Huber, Schiesser)

Maintenir

Al. 3

*Majorité*

Biffer

*Minorité*

(Schüle, Loretan, Onken, Seiler Bernhard)

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition subsidiaire Schüle*

(si la proposition de minorité est rejetée)

Al. 3

.... dans un délai de 6 mois au plus .... de 6 mois au plus.

Abs. 1 – Al. 1

**Huber, Berichterstatter:** In Artikel 45 Absatz 1 müssen wir – um konsequent zu sein; vgl. Artikel 42 Absatz 7 – den Passus «Beschlüsse des von der Kantonsregierung ernannten Ausschusses von Tarifsachverständigen nach Artikel 40» streichen. In diesem Punkt besteht keinerlei Differenz innerhalb der Kommission, wir sind uns einig.

Eine andere Frage führte bei Artikel 45 Absatz 2 zu einer Minderheit – zu der ich auch gehöre – und einer Mehrheit, und zwar die Frage, was diesem Rechtsmittel unterworfen sein soll. Die Mehrheit ist der Meinung, dass eine Beschwerdebefugnis mit Bezug auf kantonale Zulassungsentscheide betreffend Spitälern, teilstationäre Einrichtungen und Pflegeheime (Art. 33, Spitalplanung) bestehen soll. Die Minderheit ist der Meinung, dass die Planung nicht dem Rechtsmittel unterliegen soll.

Aber die Diskussion darüber könnte noch vertieft werden: Wenn ich mir überlege, wie wir in der Kommission um diese Unterscheidung gefochten haben, ist das, was ich jetzt gemacht habe, ein Holzschnitt!

**Loretan, Sprecher der Minderheit:** Ich will Herrn Huber dieses präsidiale Ringen mit sich selber erleichtern. Es kommt diesmal zu keiner inneraargauischen Auseinandersetzung, denn wie Sie gehört haben, ist Kommissionspräsident Huber in der von mir angeführten Minderheit zu finden.

Wie kommt es dazu, dass diese ominöse Zahl 33 in der ersten Zeile von Absatz 1 des Artikels 45 auftaucht? Die Botschaft des Bundesrates legt zu diesem Artikel dar, dass Beschlüsse der Kantonsregierungen über Tarifverträge, den vertragslosen Zustand und die Sicherung der medizinischen Versorgung – im übrigen wie nach geltendem Recht – mit Beschwerde an den Bundesrat sollen angefochten werden können. Dabei ist sie nach Meinung des Bundesrates als Popularbeschwerde auszugestalten, d. h., jeder Versicherte könnte davon Gebrauch machen.

Gegen Beschlüsse von Kantonsregierungen oder sogar Kantonsparlamenten über kantonale Spitalplanungen gemäss Artikel 33 des Entwurfs war und ist der bundesrätlichen Botschaft zu Recht – denn wir sind im Abschnitt «Tarife und Preise» – nichts zu entnehmen. Die kantonale Spitalplanung betreffend den stationären Bereich liegt nach der geltenden Bundesverfassung (Art. 34bis) ganz klar in der Hoheit der Kantone.

Der Bundesrat hat sich in seiner Botschaft und in seinem Gesetzentwurf an die Verfassung gehalten, was ihm hoch anzurechnen ist. Ich zitiere Ihnen den Artikel 34bis Absatz 1 der Bundesverfassung: «Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen.» Von Spitalplanung war in der damaligen Zeit keine Rede und ist es auch heute nicht. Der Artikel gilt nach wie vor.

Offenbar unter dem Eindruck der bereits viel zitierten, ominösen Kartellkommission, deren Bericht über Krankenkassen und Tarifverträge im Frühling dieses Jahres publiziert wurde, hat der Nationalrat die Aufnahme von Artikel 33 in den Katalog der beschwerdefähigen kantonalen Entscheide gemäss Artikel 45 Absatz 1 beschlossen.

Der Bundesrat soll also kontrollieren dürfen – und im Beschwerdefall müssen –, ob eine kantonale oder überkantonale Spitalplanung bedarfsgerecht ist oder nicht. Wie noch darzulegen sein wird, ist diese Ergänzung nicht nur verfassungswidrig, sondern auch unzweckmässig. Erstaunlicherweise hat sich der Bundesrat, entgegen seinen ursprünglichen Absichten, in diesem Punkt dem Nationalrat angeschlossen.

Ich möchte Ihnen in aller Kürze sechs Gründe nennen, die für den Antrag der Minderheit und gegen die Eingriffskompetenz des Bundesrates sprechen:

1. Die Version der Mehrheit, also der Einbezug der kantonalen Spitalplanungen in den Beschwerdekatalog, widerspricht der Verfassung, welche im stationären Bereich den Kantonen einen klaren Kompetenzvorteil zuerkennt. Die Ueberlegungen der Kartellkommission, des Nationalrates und des Bundesrates finden hier ihre klare Begrenzung. Die beschwerdeweise Ueberprüfung der kantonalen Spitalplanung bei der Zulassung von Spitälern und anderen Einrichtungen in das System der sozialen Krankenversicherung ist verfassungsrechtlich schlicht nicht zulässig. Man darf im übrigen den Kantonen in der Hinsicht Vertrauen entgegenbringen, dass sie nicht wahllos irgendwelche Anstalten auf ihre Spitallisten nehmen und damit die Kassen zu überflüssigen Leistungen zwingen.

2. Wie will der Bundesrat bzw. die Verwaltung kantonale und auch überkantonale Spitalplanungen – darum geht es im Kern bei Artikel 33 – überprüfen, wenn er selber über keine Beurteilungskriterien verfügt, z. B. in Form einer bundesweiten Spitalplanung? Wie will der Bundesrat diese Kompetenz wahrnehmen, und nach welchen Kriterien will er entscheiden? In dieser Situation besteht doch die Gefahr von fallweisen Einzelentscheiden, losgelöst von einer das ganze Land überdachenden Konzeption, die im übrigen gar nicht vorhanden ist.

3. Die derzeitigen Finanzengpässe, welche auch in Zukunft gerade hier wohl kaum geringer werden dürften, werden automatisch für eine sorgfältige und zurückhaltende Spitalplanung und Zulassungspraxis gemäss Artikel 33 sorgen, insbesondere bei den Spezialitäten und bei der Spitzenmedizin. Gerade im Bereich der Akutspitäler werden die Bäume nicht mehr in den Himmel wachsen können! Hier besteht auch der Zwang, interkantonal vermehrt zusammenzuarbeiten; wie jüngste Beispiele belegen, funktioniert das.

Ich zitiere sinngemäss den Kommissionspräsidenten, Herrn Kollege Huber, welcher in der Kommission auf Aufgabenteilungen hingewiesen hat, wie: Herzchirurgie in Basel, Lebertransplantationen in Bern, Verzicht des Kantons Aargau auf beides; Luzern lässt die Neurochirurgie im Aargau machen usw. Dies alles im Rahmen von Tarifabkommen, so dass an den jeweiligen Spitälern nicht die höheren ausserkantonalen Tarife zur Anwendung kommen.

4. Ist es im Zeitalter der Deregulierung und der ausgewiesenen Notwendigkeit, die Bundesverwaltung nicht noch mehr anwachsen zu lassen – weil wir dies schlicht nicht mehr bezahlen können –, sinnvoll, Bundesrat und Verwaltung laufend

neue Kompetenzen, Pflichten und Arbeiten aufzuladen? Die Frage stellen heisst sie beantworten!

5. Ich empfehle Ihnen die Zustimmung zur Minderheit auch deshalb, weil ich davon überzeugt bin, dass es nicht Aufgabe des Ständerates sein kann, bei zusätzlichen und erst noch verfassungswidrigen Eingriffen in kantonale Kompetenzen das Spiel der Grossen Kammer mitzuspielen.

Der Föderalismus ist kein blosses Tummelfeld von Schöngestern und staatspolitischen Hohepriestern. Er muss in der Gesetzgebungsarbeit der Räte und in der täglichen Praxis der Entscheidungsfindung in diesem Bundesstaat sein Gewicht haben. Ich erinnere Sie an das Votum von Kollege Schiesser heute vormittag zur Regelung der Selbstdispensation (Art. 31). Er hat genau in diese Kerbe gehauen.

6. Der Ausschluss der Popularbeschwerde im Bereich von Artikel 33, gemäss Absatz 2 von Artikel 45 in der Fassung der Kommissionsmehrheit, kann den Eingriff in die klar gegebene kantonale Kompetenz nicht rechtfertigen helfen. Denn auch mit dieser Beschränkung ist der Kreis derjenigen, welche kantonale Spitalplanungen in den Entscheid des Bundesrates stellen können, nach wie vor gross.

Nicht zu übersehen ist die Gefahr, dass wir letztlich bei Artikel 45 bei der Fassung von Bundesrat und Nationalrat landen werden, d. h. bei der Popularbeschwerde, die jedermann gegen kantonale Entscheidungen im Bereich des Artikels 33 führen kann. Gerade dies – Spitalplanungen der Kantone per Popularbeschwerde an den Bundesrat ziehen – will auch die Mehrheit unserer Kommission nicht.

Aus diesen Gründen empfehle ich Ihnen, der Minderheit zu folgen und die Zahl 33 aus Artikel 45 Absatz 1, erste Zeile, herauszuoperieren. Logischerweise muss dann in Absatz 2 der mittlere Satz wegfallen.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: L'option du Conseil fédéral est de soutenir la majorité, comme il s'était rallié également à la décision du Conseil national, comme l'a rappelé M. Loretan, à la suite des recommandations de la Commission des cartels, qui – comme vous le savez – sont arrivées tardivement et expliquent ce ralliement à la décision du Conseil national.

Nous considérons aussi que c'est un de ces points où l'on peut s'efforcer de mettre en place des instruments de contrôle des coûts. Si le Conseil fédéral reçoit, déclenché bien sûr par un recours, un léger droit de regard ponctuel, c'est-à-dire la possibilité, sans charger la Confédération de compétences nouvelles, d'apprécier si la planification hospitalière cantonale a été faite et inspirée selon les bons principes, je crois que cela ne peut être qu'utile à l'objectif de la maîtrise des coûts.

Dans ce sens, nous sommes effectivement en faveur du maintien de l'article 33 et nous nous opposons à la proposition de minorité.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit 11 Stimmen  
Für den Antrag der Minderheit 11 Stimmen

*Mit Stichentscheid des Präsidenten  
wird der Antrag der Mehrheit angenommen  
Avec la voix prépondérante du président  
la proposition de la majorité est adoptée*

#### *Abs. 2 – Al. 2*

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit  
Adopté selon la proposition de la majorité*

#### *Abs. 3 – Al. 3*

**Huber**, Berichterstatter: Wir haben im Beisein von Frau Bundesrätin Dreifuss und einer Delegation des Bundesamtes für Justiz mit der stellvertretenden Abteilungsleiterin, Frau Thiévent, diese Frage besprochen. Sie wissen, dass ich noch einen parlamentarischen Vorstoss hängig habe (Postulat 92.3465), der ebenfalls eine Beschränkung der Erledigungsfristen für diese Beschwerden beinhaltet. Wir sind nach den Ausführungen von Frau Thiévent zum Schluss gekommen, dass mit der Festsetzung einer Frist sehr wahrscheinlich aber nicht geholfen werden kann.

Es sind Interessen der Parteien und die Beseitigung der Rechtsunsicherheit, die hier auf der einen Seite stehen – eine Rechtsunsicherheit, die ausserordentlich gross ist, wenn sie über so lange Zeit andauert. Andererseits ist uns die Komplexität der Themen einlässlich geschildert worden: die Schriftenwechsel, die Fristverlängerung, die verlangte Gründlichkeit, die Mitberichte, die eingeholt werden müssen, das Ausbleiben von neuen Stellen, die Negierung einer Spezialgerichtsbarkeit, die wir auch nicht einführen möchten. Wir haben den ganzen Prozess noch einmal durchdiskutiert, und anlässlich der Abstimmung hat sich eine klare Mehrheit der Kommission für die Streichung der Frist ausgesprochen.

Nun haben wir den Antrag der Minderheit Schüle, es sei dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen, sowie den Eventualantrag Schüle, der anstelle der vier Monate in beiden Fällen sechs Monate vorsehen will. Die Minderheit Schüle umfasst mehrere Personen.

Die Mehrheit ist der Auffassung, dass eine Befristung inopportun und eine Lex imperfecta ist und dazu führt, dass Erwartungen geweckt werden, die nicht befriedigt werden können.

Das sind die Positionen aus der Sicht der Kommissionsmehrheit, die ich zu vertreten habe.

Im Namen der Mehrheit beantrage ich Ihnen die Streichung von Absatz 3. Ich muss Ihnen sagen, dass ich auf der anderen Seite die Verlängerung auf je sechs Monate als eine Möglichkeit ansehe, die zumindest bedacht werden muss.

**Schüle**, Sprecher der Minderheit: Alle Beteiligten, aber vor allem die Kantone, haben ein vitales Interesse daran, dass in diesem komplexen Bereich der Krankenversicherung zeitgerecht entschieden wird. Unser Kommissionspräsident hat es gesagt: Mit dem Minderheitsantrag haben wir die Lösung des Nationalrates aufgenommen. Wir wollen dem Bundesrat eine Frist setzen, dass er innert vier Monaten über Beschwerden entscheiden soll; bei wichtigen Gründen soll diese Frist acht Monate betragen. Das ist die Lösung der Minderheit, die dem Nationalratsbeschluss entspricht, der – zugegebenermassen bei etwas schwacher Präsenz, aber in der Sache relativ klar – mit 57 zu 34 Stimmen zustande gekommen ist.

Falls Sie diese Frist als ungenügend erachten sollten und diesen zweimal vier Monaten nicht zustimmen könnten, habe ich in meinem persönlichen Namen, nicht im Namen der Minderheit, den Eventualantrag gestellt, diese Frist auf zweimal sechs Monate anzusetzen, damit wenigstens das Prinzip der Befristung ins Gesetz kommt. Somit hätte der Bundesrat ein Jahr Zeit, um über diese Beschwerden zu entscheiden; diese Frist, davon bin ich fest überzeugt, muss genügen.

Die Kantone sind – wem sage ich das! – wichtige Träger im Gesundheitswesen, vor allem als Spitalträger. Sie, und nicht nur sie, haben ein legitimes Interesse an einem geordneten Entscheidungsablauf. In den Tariffragen – um diese geht es in Artikel 45 vor allem – spielt ein einjähriger Rhythmus, und an diesem Rhythmus muss sich der Entscheidungsprozess orientieren. Jeder Eingriff über den Beschwerdeweg blockiert den Entscheidungsablauf. Die entsprechenden Pendenzen beim Bundesrat blockieren z. B. nicht nur das in Frage stehende individuelle Rechtsverhältnis zwischen einem Kanton und seinem Krankenkassenverband, sondern die ganze Tarifpolitik eines Kantons, während die Kostenentwicklung unabhängig davon ihren Lauf nimmt. Es geht hier um hohe Beträge, die in Frage stehen und die auf kaltem Wege der Kantonskasse, dem Steuerzahler überbürdet werden.

Ich habe diesen Antrag aus Ueberzeugung – aufgrund unserer negativen Erfahrungen – gestellt. In der Vergangenheit ist die Rechtssicherheit immer wieder in Frage gestellt worden. Es sind – ich berufe mich auf den Bericht unserer Geschäftsprüfungskommission vom 16. Juni dieses Jahres – im Zusammenhang mit den Beschwerdeentscheiden des Bundesrates zu den Fällen der Kantone Schaffhausen und Bern Rechtsverzögerungen durch den Bund eingetreten. Im Bericht ist u. a. der Fall Schaffhausen betreffend Pflichtleistungen der Krankenkassen ausführlich dargestellt; hier hat sich der Bundesrat 852 Tage Zeit gelassen. Das ist zwar ein extremer Fall, aber eben kein Einzelfall.

Ich verweise auf die Kernaussagen im Bericht unserer GPK,

wo festgestellt wird: «In bezug auf die durchschnittliche Dauer sämtlicher Beschwerdeverfahren ist diejenige auf dem Gebiet der Krankenversicherung insgesamt zu lange, selbst wenn man davon ausgeht, dass diese Verfahren in sachverhältnismässiger und rechtlicher Hinsicht komplexer sind.» Und dann eine zweite Aussage: «Die zulässige Frist zur Beschwerdeerledigung verkürzt sich, wenn ein rascher Entscheid im vitalen Interesse der Betroffenen liegt.» Unter den Ergebnissen hält die GPK fest: «Nach Ansicht der Kommission liegt im Beschwerdeverfahren Schaffhausen sowie im ersten Beschwerdeverfahren Bern Rechtsverzögerung vor.»

Die GPK empfiehlt dann dem Bundesrat: «Beschwerden, bei denen die Rechtsbeständigkeit von kantonalen Erlassen in Frage steht, sowie Beschwerden, deren Beurteilung weitreichende Konsequenzen auf den Staatshaushalt der Kantone haben kann, mit besonderer Dringlichkeit zu behandeln».

Das ist der Ansatz, um unseren eigenen Empfehlungen Nachdruck zu verleihen und die Konsequenzen zu ziehen. Denn der Bundesrat hat zu diesem Bericht Stellung genommen, und die GPK musste etwas resignierend feststellen: «Der Bundesrat hält an seinem Standpunkt fest, wonach keine Rechtsverzögerung vorliege.»

Wir sind nun gefordert, für ein zügiges Verfahren zu sorgen, wie das der Nationalrat beschlossen hat oder zumindest wie ich es als Eventualantrag zur Diskussion stelle. Eine Fristsetzung ist kein ungebührliches Anliegen. Eine solche Frist ist für die Bundesinstanzen nicht etwas unmögliches.

Man hat auf die personellen Engpässe, auf die Komplexität, auf gewisse personelle Vakanz hingewiesen. Aber das ist eine Frage der Organisation. Wir müssen Abläufe entwickeln und sicherstellen, die der Sache angemessen sind. Ich in meinem Einmannbetrieb muss mich auch mit Terminen und Fristen arrangieren. Meine Absenz in Bern ist keine Entschuldigung.

Es ist Pflicht und Schuldigkeit, dass wir Termine, Fristen einhalten, wenn wir unser Recht nicht verwirken wollen. An diesen elementaren Grundsatz soll sich auch der Bund halten. Rechtsstaatliches Verfahren bedeutet eben auch, dass ein Entscheid zur richtigen Zeit kommt. Ein richtiger Entscheid zur falschen Zeit ist rechtsstaatlich fragwürdig. Die staatliche Regelungsdichte setzt voraus, dass das Regelwerk insgesamt handhabbar bleibt.

Wenn zweimal vier Monate nicht genügen sollten, stimmen Sie aber bitte den zweimal sechs Monaten zu; sonst stimmt etwas in diesem Krankenversicherungsgesetz nicht!

Im Interesse einer funktionsfähigen Bundesverwaltung, im legitimen Interesse der Kantone müssen wir diese Sicherung einbauen. Wir müssen für die Kantone, für alle Beteiligten unzumutbare Verzögerungen vermeiden. Das ist der Sinn dieser Anträge.

Ich bitte Sie, dem Minderheits- oder dem Eventualantrag zuzustimmen.

**M. Roth:** La proposition de minorité Schüle m'inspire quelques réflexions que j'aimerais vous faire partager.

On reconnaît en général une bonne justice ou une bonne administration à deux critères qui ne sont d'ailleurs pas exclusifs: la qualité des décisions rendues et la célérité avec laquelle on les rend. Ces deux objectifs devraient naturellement toujours aller de pair, mais la réalité n'est malheureusement pas toujours ainsi.

Dans l'objet qui nous occupe, les services concernés de l'administration nous ont expliqué les problèmes que soulevait ce délai de quatre mois, même prolongé d'autant. On nous a dit que la plupart de ces recours mettent en cause plusieurs parties, les associations qui sont représentées, les caisses-maladie, les établissements hospitaliers, les corporations de médecins, d'autres corporations, et chacune de ces parties a selon la procédure administrative le droit d'être entendue. Pour ce faire, on lui accorde un délai d'un mois au moins, et ces parties ne peuvent pas être entendues simultanément. Il faut ensuite qu'elles puissent se prononcer en connaissance de cause sur les arguments des autres parties. Si, par exemple, on prend le cas minimal de trois parties, plus un recourant, et qu'on compte un mois pour chacun, on arrive déjà à quatre mois.

Ces quatre mois sont en fait de simples échanges d'écritures alors qu'ils devraient être ici un délai de traitement total du recours. Cette durée est vraiment minimale et je crois qu'on doit faire attention pour plusieurs raisons.

Oui, on a intérêt à ce que des décisions rapides soient prises, mais on a aussi intérêt à ce que les décisions soient surtout bien instruites, et elles doivent souvent faire l'objet d'ailleurs de corapports et de discussions internes. Il est vrai que le traitement du cas que soulevait tout à l'heure M. Schüle, le cas de Schaffhouse, a été traité beaucoup trop longuement: si je me rappelle bien, il avait duré environ deux ans. Monsieur Schüle, je ne crois pas que dans ce cas du canton de Schaffhouse nous aurions abouti dans un délai de quatre mois et même de huit mois, parce qu'il s'agissait en fait d'un changement de calcul assez compliqué qui avait mobilisé l'administration qui, d'ailleurs, s'était pendant un moment gâté la tête pour savoir si vraiment il fallait ce changement de système. Des décisions rapides, oui, mais des décisions bien instruites, ça absolument.

J'en viens à ma conclusion: est-ce qu'il faut vraiment inscrire dans la loi des délais fixant des termes à l'autorité pour statuer? Ça ne se fait pas dans le domaine judiciaire, je peux vous le dire, parce que là aussi, je crois que le critère de la qualité de la décision rendue est primordial. Je vous dis donc que du point de vue de la technique législative ce n'est vraiment pas une excellente chose que d'inscrire des délais dans une loi dont on sait parfaitement, après avoir entendu l'administration, qu'on n'arrivera pas à les tenir.

Vous savez aussi qu'aucune sanction n'est prévue pour l'administration qui outrepasserait ces délais. On pourrait naturellement mentionner les récalcitrants qui le feraient plusieurs fois dans un rapport de la Commission de gestion, mais il n'y a en fait aucune sanction. Je crois que dans les lois on doit éviter les effets déclamatoires.

Je vous propose de repousser la proposition de minorité Schüle, de même que la proposition subsidiaire Schüle, pour les raisons que je viens d'invoquer.

**M<sup>me</sup> Dreifuss,** conseillère fédérale: J'aimerais également appuyer ici la majorité de la commission, qui souhaite ne pas inscrire de délai dans la loi, ceci pour les raisons qui ont déjà été évoquées, mais que j'aimerais rappeler ou compléter.

Le premier point, c'est la relation avec la loi fédérale sur la procédure administrative. Elle est citée dans cet article, mais on y dérogerait immédiatement en fixant un délai particulier, ce qui paraît assez contradictoire. Il est clair que la loi fédérale sur la procédure administrative prévoit à son article 4 que d'autres dispositions de droit fédéral puissent régler une procédure plus en détail, mais il faudrait que ces dispositions ne dérogent pas à cette loi et permettent de réaliser les buts des dispositions spéciales qui visent le plus souvent à augmenter les garanties dont bénéficient les justiciables, et non pas à les diminuer. Or, en réduisant le délai, on n'augmente pas les garanties d'une bonne décision, garanties dont devraient bénéficier les justiciables.

Ces règles spéciales peuvent aussi permettre d'assurer à l'administration une meilleure information. Ce n'est pas non plus le cas si l'on réduit la durée. Il n'est pratiquement pas possible de respecter à la fois la disposition de l'article 45 alinéa 2, c'est-à-dire de conduire une procédure selon les règles de la loi fédérale sur la procédure administrative, et de respecter le délai de quatre mois qui serait imposé à l'alinéa 3. Il faut dire qu'il paraît même très difficile, en regard des garanties de procédure offertes par la loi, de respecter dans tous les cas le délai total de huit mois au maximum prévu à l'alinéa 3. Il est évident que si la probabilité augmente de la réaliser dans les douze mois, il n'est pas non plus sûr que l'on puisse, en garantissant le droit, aboutir à une décision dans les douze mois comme le stipule, dans le cas extrême, la proposition subsidiaire Schüle.

Il suffit de se rappeler qu'en fait cette procédure nécessite du temps. En effet, et c'est le deuxième point, la procédure prescrit d'entendre non seulement l'autorité qui a pris la décision attaquée, mais aussi la partie adverse, celle du recourant, et, le cas échéant, d'autres intéressés. Les litiges en matière de ta-

rifs dans le domaine de l'assurance-maladie mettent en présence, en plus du recourant, trois, voire quatre, parties intéressées: le canton, par exemple, les différents établissements, une fédération cantonale de caisses-maladie, une association cantonale de médecins, une autre corporation concernée, enfin le Département fédéral de l'intérieur entendu en sa qualité d'autorité spécialisée et de surveillance.

Conformément aux exigences posées par l'égalité de traitement, le droit de consultation du dossier et le droit d'être entendu, ces parties ou intéressés ne sont pas entendus simultanément, de façon à ce qu'ils puissent se forger une opinion en connaissance de tous les éléments utiles et nécessaires et des arguments des autres parties. C'est aussi pour des motifs d'égalité de traitement avec le recourant, qui dispose de 30 jours pour recourir, qu'un délai identique de 30 jours est imparté aux autres parties afin de déposer leurs observations. Enfin, conformément au droit d'être entendu et à la maxime de libre disposition, qui permet au recourant de retirer son recours, celui-ci a la possibilité de se prononcer en dernier lieu dans un ultime délai de 30 jours. Vous voyez que si l'on fait la somme de ces mois, et que l'on veut respecter les étapes successives du droit d'être entendu des différentes parties et des intéressés, nous n'arriverons pas à respecter dans tous les cas un délai qui serait imposé.

Le troisième point concerne la conséquence de la fixation de tels délais. Nous avons vu que l'échange d'écritures dure à lui seul quatre mois au minimum, et ce, à supposer un déroulement optimal de la procédure, c'est-à-dire sans un éventuel incident de procédure indépendant de la volonté de l'autorité de recours, soit les requêtes de mesures provisionnelles ou les demandes de prolongation des délais, qui sont d'ailleurs très fréquentes de la part des cantons qui doivent eux-mêmes recourir à des spécialistes pour rédiger leur détermination.

La durée ainsi calculée de la procédure ne tient pas compte du temps nécessaire au traitement interne du dossier et à la rédaction du projet de décision, pas plus que de la procédure de corapport précédant la décision formelle du Conseil fédéral, à nouveau trois à quatre semaines au minimum pour que le Conseil fédéral puisse trancher. Ce délai ne pouvant pas être respecté, son dépassement, conçu comme une exception dans le texte légal proposé, constituerait en fait la règle.

J'aimerais encore ajouter quelques autres problèmes soulevés par cette proposition. Tout d'abord, que ce soit la proposition de minorité ou la proposition subsidiaire, elles ne précisent pas quels sont les motifs importants qui permettraient un dépassement ou un doublement du premier délai initial. La nécessité de rendre une décision incidente ou l'option de procéder à un deuxième échange d'écritures sont-elles des motifs impératifs? A qui appartiendra le soin de décider de l'existence de tels motifs? Faut-il en laisser l'appréciation à l'autorité chargée de l'instruction du recours, ou le Conseil fédéral doit-il lui-même en décider? Quelle sera la sanction – cela a été soulevé également – d'un dépassement éventuel du délai total de huit mois? Les décisions du Conseil fédéral sont définitives et ne peuvent faire l'objet que d'une dénonciation à l'Assemblée fédérale, laquelle n'a ni pouvoir de cassation ni pouvoir de réforme. Que fera cette assemblée? Quelles recommandations impartira-t-elle au Conseil fédéral si d'aventure un canton ou une association, partie à une procédure de recours, se plaint au contraire de ce que la brièveté des délais l'a empêché de s'exprimer et, partant, a violé son droit d'être entendu?

En conclusion, permettez-moi de vous assurer de la part du Conseil fédéral que nous sommes conscients de la nécessité de traiter avec la plus grande diligence les recours dont nous sommes saisis, en particulier dans le contentieux tarifaire de l'assurance-maladie. Toutefois, diligence et qualité de la justice ne vont pas forcément de pair. Les effets pervers d'une telle disposition sont plus grands que l'objectif qu'elle veut atteindre. Encore une fois, elle risque de porter préjudice avant tout aux parties à la procédure et, par conséquent, aux premiers concernés que sont les cantons. L'insécurité invoquée par certains d'entre eux paraît moins liée à la durée de la procédure qu'à la question de savoir quelle réglementation doit être adoptée quant aux tarifs applicables pendant la procédure.

En résumé, la proposition de minorité, tout comme la proposition subsidiaire Schüle, est contradictoire, puisqu'elle renvoie à la loi fédérale sur la procédure administrative tout en y dérogeant d'une manière incompatible avec les garanties minimales de procédure. Elle est floue parce qu'elle contient des notions indéterminées, comme cette notion de «motifs impératifs». Elle est peu réaliste et déclamatoire puisqu'il semble qu'elle pourrait être impossible à respecter au regard des garanties offertes par la loi fédérale sur la procédure administrative et en regard également, bien sûr, je l'ai évoqué à deux reprises, de celles de l'article 4 de la Constitution fédérale, c'est-à-dire de l'égalité de traitement. Enfin, elle est dépourvue de sanctions réelles.

C'est pourquoi le Conseil fédéral vous prie de renoncer à un tel délai, de suivre la proposition de la majorité de la commission et de rejeter la proposition de minorité et la proposition subsidiaire Schüle.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Minderheit	13 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	12 Stimmen

**Präsident:** Damit entfällt der Eventualantrag Schüle.

**Huber, Berichterstatter:** Ich habe – wie gesagt – in dieser Angelegenheit am 30. November 1992 ein Postulat eingereicht (92.3465). Dieses Postulat steht heute auf der Traktandenliste. Ich habe damals gefordert, dass in der Regel inner einer Frist von sechs Monaten nach Eingang zu entscheiden ist. Aufgrund der Abstimmung ziehe ich das Postulat zurück.

#### **Art. 46**

##### *Antrag der Kommission*

###### *Abs. 1*

Der Kanton kann als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzen.

###### *Abs. 2, 3*

Festhalten

###### *Abs. 4, 5*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### **Art. 46**

##### *Proposition de la commission*

###### *Al. 1*

Le canton peut, en tant que mesure extraordinaire et temporaire pour limiter une augmentation des coûts au-dessus de la moyenne, fixer un montant global (budgétisation globale) pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux.

###### *Al. 2, 3*

Maintenir

###### *Al. 4, 5*

Adhérer à la décision du Conseil national

#### **Art. 47 Abs. 1, 2**

##### *Antrag der Kommission*

Festhalten

#### **Art. 47 al. 1, 2**

##### *Proposition de la commission*

Maintenir

**Huber, Berichterstatter:** Wir stehen hier an einem zentralen Punkt und bei einer zentralen Differenz zwischen dem Nationalrat und dem Ständerat.

Wenn Sie die Fahne anschauen, dann sehen Sie, dass die Kommission Ihnen beantragt, an den Differenzen festzuhalten. Das betrifft Artikel 46 Absätze 1, 2 und 3 und Artikel 47, Tariffestsetzung in ausserordentlichen Lagen.

Wir haben nun folgende Situation: Wir haben die Globalbudgetierung als ordentliche Massnahme in Artikel 43a geregelt. Wir haben die Globalbudgetierung nur noch «als befristete ausserordentliche Massnahme» mit einem beschränkten Kreis in Artikel 46 Absatz 1.

Wir haben in Artikel 46 Absätze 2 und 3 das Verfahren geregelt. Wir beantragen Ihnen auch hier Festhalten. Anlässlich der ersten Lesen haben Sie Artikel 46 Absätze 2 und 3 mit 35 zu 2 Stimmen zugestimmt. Das Ganze steht in einem inneren Zusammenhang.

Wir haben uns der Tariffestsetzung in ausserordentlichen Lagen nicht verschlossen, sondern eine Alternative zum Entwurf des Bundesrates vorgeschlagen. Der Nationalrat hat sich dem nicht angeschlossen. Wir beantragen Ihnen Festhalten an unserer Normierung. Wir sind der Meinung, dass sie sachlich richtig ist, dass die Möglichkeit zur Eindämmung einer allfälligen temporären ausserordentlichen Kostensteigerung hier gegeben ist.

Falls der Kostenanstieg in der Krankenpflegeversicherung doppelt so hoch wie die Preis- und Lohnentwicklung ist, sind Massnahmen ausserordentlicher Natur notwendig. Die Bremse wird bzw. bleibt angezogen, «solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt». Die Zuständigkeit liegt in erster Linie bei den Kantonen, aber auch der Bundesrat und das Departement können für Bereiche, in denen sie zuständig sind, die entsprechenden Massnahmen anordnen.

Ich beantrage Ihnen, dem Nationalrat nicht zuzustimmen, sondern an Ihren Beschlüssen, die ausgewogen sind und den Realitäten Rechnung tragen, festzuhalten.

M<sup>me</sup> **Drelfuss**, conseillère fédérale: Il n'y a pas d'autres propositions, donc la décision sera prise dans le sens de ce qui est proposé par votre commission. Le Conseil fédéral, quant à lui, se rallie à la décision du Conseil national et interviendra dans ce sens lors de la discussion dans l'autre chambre.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 49 Abs. 1, 3**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

.... in einer Arztpraxis oder in leitender Stellung als Spitalarzt tätig gewesen sein.

*Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag Morniroli*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 49 al. 1, 3**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

.... dans un cabinet médical ou une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins.

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition Morniroli*

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Abs. 1 – Al. 1*

**Präsident:** Ich teile Ihnen mit, dass Herr Morniroli seinen Antrag zurückgezogen hat.

**Huber**, Berichterstatter: Wir haben uns hier entgegen unserem ursprünglichen Beschluss einem Kompromissvorschlag des Nationalrates angeschlossen, und zwar bezüglich der Mitwirkung der Aerztegesellschaften bei der Bestellung des Vertrauensarztes seitens der Versicherten. Das muss nicht mehr «in Absprache», sondern «nach Rücksprache» mit den kantonalen Aerztegesellschaften durchgeführt werden. Damit haben wir uns der Fassung gemäss Nationalrat und Bundesrat angeschlossen.

Die notwendige vorausgehende Erfahrung in einer Arztpraxis wird auf fünf Jahre festgelegt. Das ist die ursprüngliche Fas-

sung des Ständerates, der sich der Nationalrat angeschlossen hat. Die gleich lange dauernde Erfahrung als leitender Spitalarzt gilt, wie in der ursprünglichen Fassung Ständerat, als gleichwertig.

Ich bitte Sie, bei Absatz 1 dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Al. 3*

**Huber**, Berichterstatter: Bei Absatz 3 möchte sich die Kommission dem Nationalrat anschliessen. Es wurde eine kleine redaktionelle Aenderung vorgenommen, welche keine Rolle spielt.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 52 Abs. 3**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 52 al. 3**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber**, Berichterstatter: Bei Artikel 52 Absatz 3 beantragt Ihnen die Kommission Zustimmung zum Nationalrat. Die Prämien und die Leistungen für Krankheit und für Unfälle sind getrennt auszuweisen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 53 Abs. 3**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 53 al. 3**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber**, Berichterstatter: Bei Artikel 53 beantragt Ihnen die Kommission ebenfalls, dem Nationalrat zuzustimmen.

Für junge Erwachsene zwischen 18 und 25 Jahren, die sich noch in der Ausbildung befinden, dürfen niedrigere Prämien als für Erwachsene festgesetzt werden. Dies entspricht einer Tendenz, die sich im Sozialversicherungsrecht und in der Sozialhilfe generell durchzusetzen beginnt. Es hat keinen Sinn, hier einen Sonderfall zu statuieren.

Die Kommission beantragt Zustimmung zum Nationalrat.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 54 Abs. 3**

*Antrag der Kommission*

Festhalten

**Art. 54 al. 3**

*Proposition de la commission*

Maintenir

**Huber**, Berichterstatter: In Artikel 54 haben wir bei Absatz 3 eine Differenz. Der Nationalrat hat folgendes festgelegt: «... näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen .... fest.»

Wir sind auf dieses Element «versicherungsmässige Erfordernisse» nicht eingegangen. Wir möchten das gestrichen wissen. Es ist daher eine materielle Differenz, wenn wir am Beschluss festhalten, den wir ursprünglich gefasst haben. Wir sind der Meinung, dass alternative Versicherungsformen einen gewissen Beitrag an die allgemeine Solidarität zu leisten haben und sich nicht nur auf versicherungsmässige Erfordernisse beschränken können.

Die Kommission hat hier ausnahmsweise einmal einen einstimmigen Beschluss gefasst und beantragt Ihnen, in diesem Sinne zu entscheiden.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 55 Abs. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 55 al. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber**, Berichterstatter: Bei Artikel 55 beantragt Ihnen die Kommission, dem Nationalrat zuzustimmen. Die Entschädigung für die Mitwirkung bei der Durchführung der Krankenversicherung ist das Thema. Aus der Kann- wird eine Muss-Vorschrift.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 56 Abs. 4**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag Beerli*

*Abs. 7 Bst. a*

Streichen

**Art. 56 al. 4**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition Beerli*

*Al. 7 let. a*

Biffer

*Abs. 4 – Al. 4*

**Huber**, Berichterstatter: Bei Artikel 56 Absatz 4 beantragt Ihnen die Kommission, dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen, wonach für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr keine Franchise zu erheben ist und der halbe Höchstbetrag des Selbstbehaltes gelten soll. Die Kommission beantragt Ihnen Zustimmung zum Nationalrat.

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 7 Bst. a – Al. 7 let. a*

**Frau Beerli**: Es ist uns allen klar, dass Artikel 56 Absatz 7 Buchstabe a mit den Artikeln 15a bis 15c zusammenhängt, die wir heute morgen behandelt und wo wir entschieden haben, dass wir an unserem ursprünglichen Beschluss festhalten.

Wenn wir Buchstabe a streichen und die individuelle Prävention wie die übrigen medizinischen Leistungen dem Selbstbehalt unterstellen, entfallen Kosten in der Grössenordnung von 20 Millionen Franken. Im übrigen – dies sei nur in Klammern bemerkt – entfällt auch die Ungereimtheit, dass ein Patient, der zum Check-up geht und nichts hat, keinen Selbstbehalt bezahlen muss, während derjenige, der ein Leiden hat, den Selbstbehalt zu bezahlen hat.

Die Einführung der Gesundheitsvorsorge gemäss Artikel 15a bis 15c wird etwa 12 bis 20 Millionen Franken kosten. Unterstellen wir die individuelle Prävention dem Selbstbehalt, so erlaubt uns dies, die Gesundheitsvorsorge zu finanzieren. Dies der Zusammenhang zwischen diesen Bestimmungen.

Nun hat die nationalrätliche Kommission ihr Entgegenkommen signalisiert und sich bereit erklärt, auf Artikel 56 Absatz 7 Buchstabe a zurückzukommen. Ich sehe zudem ein, dass die nationalrätliche Kommission und der Nationalrat von sich aus eine Differenz schaffen müssen, damit das Gleichgewicht

stimmt und wir als Reaktion darauf auf die Artikel 15a bis 15c zurückkommen können.

Aus diesem Grund ziehe ich meinen Antrag zurück, möchte dies aber noch einmal klargestellt haben.

**Art. 57**

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Minderheit*

(Onken, Meier Josi, Roth, Simmen)

*Abs. 1*

Festhalten

*Abs. 2*

Festhalten, aber:

.... Der Kanton kann eine Einkommensgrenze festlegen, bei deren Ueberschreitung keine Prämienverbilligung mehr gewährt wird.

*Abs. 2bis (neu)*

Der Kanton kann bei der Festlegung der Beiträge an die Versicherten folgende Einschränkungen vorsehen:

a. als anrechenbare Prämie gilt die kantonale Durchschnittsprämie für Erwachsene oder für Kinder;

b. Personen in Ausbildung, für deren Unterhalt die Eltern sorgen, werden mit ihren Prämien und ihrem Einkommen dem Haushalt der Eltern zugerechnet.

*Abs. 3, 3bis, 4, 5*

Festhalten

**Art. 57**

*Proposition de la commission*

*Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Minorité*

(Onken, Meier Josi, Roth, Simmen)

*Al. 1*

Maintenir

*Al. 2*

Maintenir, mais:

.... Le canton peut fixer une limite de revenu au-delà de laquelle aucune réduction de prime ne sera accordée.

*Al. 2bis (nouveau)*

Pour la fixation des subsides aux assurés, le canton peut prévoir les limitations suivantes:

a. la prime prise en compte est la prime moyenne cantonale pour les adultes ou pour les enfants;

b. les personnes qui poursuivent une formation et dont les parents assurent l'entretien seront considérées, en ce qui concerne les primes et le revenu, comme faisant partie du ménage des parents.

*Al. 3, 3bis, 4, 5*

Maintenir

**Huber**, Berichterstatter: Bei Artikel 57 haben wir eine Mehrheit und eine Minderheit. Die Mehrheit, in deren Namen ich spreche, beantragt Ihnen, dem Nationalrat zuzustimmen.

Wir sind der Meinung, es handle sich um eine starke Vereinfachung der Bestimmungen. Es handelt sich nämlich darum, den Kantonen administrative und gestalterische Freiheit zu kommen zu lassen. Den Kantonen wird nur noch vorgeschrieben, dass sie Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren haben; Sie entnehmen das Absatz 1 gemäss Beschluss des Nationalrates. Dafür haben sie aber den gesamten Beitrag des Bundes und der Kantone zu verwenden (Abs. 2). Abgesehen von ihrer Auskunftspflicht (Art. 74 Abs. 3) dürfen die Versicherer nur mit ihrer Einwilligung zur Durchführung der Prämienverbilligung herangezogen werden. Das ist ein Schutz für die Versicherer.

Wenn die Kantone die Freiheit haben, unterschiedliche Systeme für die Prämienverbilligung zu wählen, dürfen sie umgekehrt aber den Versicherern gegen deren Willen keine kosten-trächtigen administrativen Umtriebe verursachen. Ich



schliesse nicht aus, dass ein Kanton mit dem Kantonalverband der Krankenkassen eine vertragliche, aber entgeltliche Lösung finden kann. Eine Entschädigung wäre unter den Partnern dann auszuhandeln.

Der Antrag der Minderheit Onken zu Artikel 57 entspricht dem Antrag, der im Nationalrat von der Minderheit Jöri eingebracht wurde. Das bedeutet weitgehend eine Rückkehr zum ursprünglichen Beschluss des Ständerates, mit einem leicht erweiterten administrativen Spielraum für die Kantone.

Der Entscheid der Kommission fiel relativ knapp aus. Persönlich stimme ich aus Ueberzeugung dem zu, was der Nationalrat hier beschlossen hat, insbesondere auch deswegen, weil ich der Meinung bin, dass den Kantonen als primär Verantwortlichen ein gewisser Handlungsspielraum eingeräumt werden muss. Das machen wir, indem wir dem System gemäss Nationalratsbeschluss zum Durchbruch verhelfen.

Ich bitte Sie, bei Artikel 57 gemäss der Kommissionsmehrheit zu entscheiden.

**Onken, Sprecher der Minderheit:** Mit den Artikeln 57 und 58 dringen wir zu einem Herzstück der Vorlage vor. Es ist das soziale Rückgrat dieser Gesetzesvorlage. Wenn es in seiner Ausgestaltung angefochten, geschwächt wird, gerät die Vorlage aus dem Lot. Das sage ich einfach einmal vorweg.

Bei Artikel 57 geht es allerdings noch nicht um Geld, sondern um das Verfahren als solches. Die individuelle Prämienverbilligung ist in beiden Räten unbestritten: Wir wollen von der bisherigen Giesskannensubventionierung der Krankenkassen wegkommen und zu einem System wechseln, bei dem dem Prämienzahler aufgrund seiner wirtschaftlichen Situation eine individuelle Verbilligung zugesprochen wird.

Dafür hatte der Ständerat in erster Lesung ein einigermassen verbindliches System festgelegt. Die Verantwortung war dabei den Kantonen zugewiesen worden, doch es galten für alle Kantone gewisse verbindliche Regeln. Der Kern ist in Absatz 1 von Artikel 57 enthalten. Sie sehen den ständerätlichen Beschluss vom 17. Dezember 1992 auf der Fahne, wonach die individuelle Prämienverbilligung greifen soll, wenn die Prämienzahlungen einen gewissen Prozentsatz des Einkommens übersteigen. Dabei war den Kantonen überantwortet, diesen Prozentsatz festzulegen; es fand also schon dort eine gewisse Flexibilisierung statt, die den Kantonen die Möglichkeit gegeben hätte, aufgrund ihrer Situation individuelle Abweichungen festzulegen. Es war eine föderalistische Lösung, wenn auch die Gestaltungsfreiheit in Grenzen eingebunden war.

Nun hat der Nationalrat eine Lösung getroffen, die unser System völlig dereguliert. Die Kantone sollen in Zukunft diese Prämienverbilligung gänzlich autonom ausgestalten. Wir werden zwar vielleicht nicht 26 verschiedene Lösungen haben, weil es möglicherweise Mustergesetze geben wird, die in verschiedenen Kantonen zur Anwendung gelangen werden, aber wir werden doch ein sehr vielgestaltiges, unterschiedliches, buntscheckiges System bekommen, das im Vollzug ganz bestimmt erhebliche Schwierigkeiten machen wird.

Die Zeit der Mobilität der Menschen – der Arbeitskräfte –, in der wir uns befinden und die wir mit verschiedenen Vorlagen schon gefördert haben, sollte eigentlich allein schon der Absicht entgegenstehen, bei der Prämienverbilligung von Kanton zu Kanton ein verschiedenes System zu schaffen. Das sind doch wieder Schwierigkeiten, die die Bewegungsfreiheit behindern. In einem Kanton wird man vielleicht eine grosse Prämienreduktion bekommen, im anderen weniger, im dritten Kanton möglicherweise sogar gar nichts, und das alles bei der gleichen persönlichen Einkommenssituation. Das scheint mir heutzutage, bei allem Respekt vor dem Föderalismus und der Hoheit der Kantone, keine zweckmässige Lösung zu sein. Deshalb meine ich, es müsste ein gewisser Rahmen gesetzt bleiben.

Wir müssen uns auch vergegenwärtigen, dass das System, das wir vielleicht wählen, vergleichsweise kompliziert ist. Jeder Kanton wird einen Apparat aufziehen müssen. Der administrative Vollzug benötigt einiges an Ressourcen, wird Verwaltungskosten schaffen, das ist ganz klar. Es wäre sehr sinnvoll, wenn die Versicherer – die dazu bereit sind – in geeigneter Form in die administrative Abwicklung der Prämienverbilli-

gung einbezogen werden könnten. Dies aber wird ihnen massiv erleichtert, wenn nicht überhaupt erst ermöglicht, wenn ein einigermaßen einheitlicher Rahmen gegeben ist und sie nicht von Kanton zu Kanton eine völlig unterschiedliche Situation antreffen.

Es kommt noch ein weiterer Punkt dazu, der mich sehr stört, nämlich die Einführung des Begriffes der «Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen», den der Nationalrat in den Absatz 1 seiner Fassung aufgenommen hat.

Wir haben diesen Begriff bisher vermieden. Wir haben mit dem Prozentsatz operiert und gesagt, wenn die Prämien einen gewissen Prozentsatz übersteigen, soll die Prämienverbilligung greifen. Das war in keiner Form diskriminierend. Wenn beispielsweise ein Familienvater 70 000 Franken verdient, aber vier Kinder hat, gilt er nach landläufiger Definition nicht als jemand, der in bedürftigen, bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lebt. Trotzdem wird er möglicherweise einer jener Versicherten sein, die von der Prämienverbilligung begünstigt werden. Dieser Begriff, der vielleicht auch Anlass sein könnte, die Prämienverbilligung sehr eng zu fassen, scheint mir deshalb missverständlich, ja falsch zu sein. Der Wortlaut gemäss Beschluss des Ständerates ist zutreffender und zweckmässiger.

Ich verstehe die Bedenken der Kantone, die eine noch etwas grössere Flexibilität haben wollen. Dem wird durch die Ergänzung zum früheren Beschluss des Ständerates, die die Minderheit der Kommission beantragt, Rechnung getragen. Hier ist eine gewisse Flexibilisierung vorgesehen, die sich auch auf die Praxis abstützen kann, auf die Erfahrungen, die man im Kanton Tessin gesammelt hat. Es ist etwa vorgesehen, dass eine Einkommensgrenze festgesetzt werden soll, über die hinaus keine Prämienverbilligungen mehr gewährt werden.

Es ist weiter vorgesehen, dass man z. B. eine kantonale Durchschnittsprämie wählen kann, um das administrative Verfahren zu vereinfachen, und es ist schliesslich in Buchstabe b von Absatz 2bis erwähnt, dass Personen, die noch in Ausbildung begriffen sind, mit ihren Prämien und ihrem allfälligen Einkommen dem Haushalt der Eltern zugerechnet werden können.

Das sind Vereinfachungen vernünftiger Art, die sich kantonale schon bewährt haben. Sie einzuführen ist sinnvoll. Im übrigen aber meine ich, dass es vorzuziehen ist, am ständerätlichen Beschluss gemäss erster Beratung festzuhalten, weil ein gewisser Rahmen gesetzt wird; weil die administrativen Verfahren einander angeglichen werden, eine gewisse Vereinheitlichung erfahren und damit auch einen gesamtschweizerisch sinnvollen Vollzug sicherstellen; weil wir die Krankenversicherungen leichter für die Beteiligung an diesem ganzen System gewinnen und weil wir bei der ganzen Sache schliesslich auch noch Kosten sparen.

Deshalb beantrage ich Ihnen, in Artikel 57 an der Fassung des Ständerates festzuhalten, mit den Ergänzungen gemäss Minderheitsantrag.

**Bisig:** Gestatten Sie mir, dass ich gleichzeitig mit meinen Bemerkungen zu Artikel 57 auch meinen Antrag zu Artikel 58 begründe; denn aus meiner Sicht gehören diese beiden Artikel zusammen, auch wenn jetzt entschieden worden ist, dass man sie nacheinander behandelt. Dagegen habe ich sonst grundsätzlich nichts einzuwenden.

Eines der Ziele der KVG-Revision ist die Abkehr vom Giesskannenprinzip zugunsten einer sozialpolitischen Maximierung der für die Verbilligung der Prämien zur Verfügung stehenden öffentlichen Mittel. Ich frage mich nun ernsthaft, ob dieses Ziel mit den in den beiden Artikeln 57 und 58 festgehaltenen Bestimmungen nach allen Verbesserungsversuchen optimal erreicht wird. Die ursprüngliche Fassung des Ständerates ist wohl klarer als diejenige des Nationalrates, beinhaltet aber ein Element der Zwangsverteilung und damit des Giesskannenprinzips. Im Gegensatz dazu lässt die Fassung gemäss nationalrätlichem Beschluss den Kantonen einen minimalen Spielraum in der Gestaltung der Prämienverbilligung und nimmt damit Rücksicht auf heute schon gut ausgebaute Systeme. Ein Festhalten an unserem früheren Beschluss ist daher nicht angezogen.

Wenn ich meinen Abänderungsantrag zu Artikel 58 bereits jetzt begründe, so hängt das damit zusammen, dass die beiden Artikel 57 und 58 nicht losgelöst voneinander behandelt werden können und darum auch jetzt im Differenzbereinigungsverfahren zusammengehören. In Artikel 57 Absatz 2 gemäss Beschluss des Ständerates wird festgehalten, dass die Kantone die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 58 grundsätzlich voll ausbezahlen müssen. Artikel 58 sagt aus, welchen Gesamtbetrag die Kantone zu leisten haben. Der Bundesrat hat wohl aus ähnlichen Überlegungen eine umgekehrte Reihenfolge vorgeschlagen. Man sollte doch wissen, wovon man wirklich spricht.

Die Kantone reklamieren in einem Schreiben, das an die Mitglieder der Bundesversammlung gerichtet ist, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen zusätzlichen finanziellen Belastungen das für sie Verkräftbare überschreiten. Die dadurch erforderliche Steuererhöhung würde bis zu 10 Steuerprozenten ausmachen, was als undurchführbar angesehen wird. Für sie sei das Finanzdiktat des Bundes deshalb nicht akzeptabel. Angesichts des Umstandes, dass bei der für die Prämienverbilligung vorgesehenen Gesamtsumme von 3 Milliarden Franken pro Jahr über die Hälfte der Schweizer Haushalte in den Genuss entsprechender Subventionen kämen, übersteige die Subventionierung offensichtlich den Subventionsbedarf. Die postulierte Abkehr vom Giesskannenprinzip wird mit dieser Regelung also nicht erreicht. Bestenfalls wird die Giesskanne ausgewechselt.

Für den Kanton Schwyz sieht die Rechnung nach Angaben der Staatskanzlei wie folgt aus: Nach Wohnbevölkerung und Finanzkraft resultiert für den Kanton Schwyz ein Anteil am Bundesbeitrag von 17 Millionen Franken. Unter der Voraussetzung, dass die Verteilung des den Kantonen zugedachten Beitrages nach dem gleichen Mechanismus erfolgen würde, wie es heute der Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 und die Verordnung vom 31. August 1992 über die Beiträge an die Kantone zur Verbilligung der Prämien in der Krankenversicherung vorsehen, hätte der Kanton Schwyz künftig zusätzlich einen Beitrag von 16,7 Millionen Franken aufzubringen. Diese beiden Beträge wären voll auszuschiessen.

Gemäss Berechnungen des Bundesamtes für Sozialversicherung, die auf einem ersten verwaltungsmässigen Entwurf beruhen, sehen die Zahlen noch extremer aus. Danach müsste der Kanton Schwyz mit einer Wohnbevölkerung von 117 000 Einwohnern sogar eine Prämienverbilligung von total 45 Millionen Franken auszahlen, d. h. fast 800 Franken pro Subventionsempfänger respektive -empfängerin.

Heute verhält es sich doch komplett anders. Weil die Prämienverbilligung in vielen Kantonen nur zurückhaltend in Anspruch genommen wird, müssen von Bund und Kantonen bei weitem nicht die maximalen Beiträge aufgewendet werden, obschon diese nur rund einen Zwanzigstel des Betrages ausmachen, der künftig zwingend ausbezahlt wäre. Die Revision des KVG ist ein Kompromisswerk, das nicht leichtfertig gefährdet werden darf. Trotzdem dürfen die Grenzen des für die Kantone Zumutbaren nicht überschritten werden.

Mit meinem Antrag zu Artikel 58 Absatz 4 versuche ich, die Kostenbelastung der Kantone für die Prämienverbilligung tragbar und sozialpolitisch sinnvoll zu gestalten. Einerseits werden damit die Kantonsanteile um die Hälfte gekürzt, und es wird ein Handlungsspielraum eröffnet, andererseits wird dieser Handlungsspielraum so eingeengt, dass der soziale Gedanke nicht verlorengeht. Den Kantonen soll es überlassen werden, den ihnen an und für sich zustehenden Bundesbeitrag um maximal 20 Prozent zu kürzen. Selbstverständlich reduziert sich dann der Kantonsbeitrag verhältnismässig.

Ich bitte Sie, im Interesse der Sache und der Kantone meinem Antrag zuzustimmen. Ein Kompromiss zwischen den Direktinteressierten darf nicht einfach zu Lasten der Kantone gehen; die ermittelten Zahlen sehen für die Kantone bei aller Solidarität um Mitverantwortung unannehmbar aus.

Frau Meier Jösi: Nach den Ausführungen von Kollege Bisig darf doch noch einmal etwas für die Position der Minderheit gesagt werden.

Der Ständerat hat ja in einer ersten Runde die Kantone für die Massnahmen der Prämienverbilligung in den Vordergrund gestellt, band sie aber in bestimmte Grundsätze ein. Der Nationalrat hat es den Kantonen völlig anheimgestellt, was sie mit dem Geld tun, das sie da zur Verteilung erhalten. Damit war der Nationalrat eigentlich päpstlicher als der Papst oder kantonal als der Ständerat. Mir scheint, damit gehe er nun doch zu weit.

Es wird hier eine Vielfalt vorgeschlagen, welche, so glaube ich, die Solidarität überstrapaziert. Es ist doch ganz unwahrscheinlich, dass die Kantone die Durchführung der Verbilligung selbst an die Hand nehmen wollen. Sie werden versuchen, sie den Kassen zu übertragen. Wenn sie aber so viele verschiedene Systeme haben, wird das enorm schwierig. Es wird dann so sein, dass die Kassen die Durchführung ablehnen. Ob das dann zu einer Vereinheitlichung führt, mag dahingestellt bleiben. Ich glaube, es wäre jedenfalls gescheiter, man würde von vornherein einheitlichere Strukturen ins Auge fassen.

Was meinen Entscheid vor allem bestimmt, ist folgendes: Die Bundesgelder werden ja auf den Vorschlag der Finanzverwaltung hin so auf die Kantone verteilt, dass die Finanzkraft nur für die interne Verteilung berücksichtigt wird. Bundesbeitrag und Kantonsbeitrag zusammen sind pro Kopf der Gesamtbevölkerung überall gleich hoch. Wenn man von dieser Verteilung und den effektiven kantonalen Prämienunterschieden ausgeht, stellt man fest, dass etwa im Kanton Appenzell Ausserrhodens die Mindestsubventionsgrenze bei 2 bis 3 Prozent liegen könnte; im Kanton Genf wären das 25 Prozent. Deshalb hat man das Kriterium der Gesundheitskosten dann als Korrektiv einbezogen.

Es bestehen jedenfalls so viele Verschiedenheiten, dass wir davon absehen sollten, noch weitere zu schaffen. Ich meine, es ist gescheiter, wenn wir eine gewisse Gleichheit anstreben. Der Schweizer hat ja einen sehr egalitären Zug, er wird böse, wenn die anderen mehr bekommen als er. Und wenn pro Kopf gleich viel an die Kantone gegeben wird, dann sollte auch jeder Subventionierte in ungefähr gleich viel erhalten. Ich meine also, es ist berechtigt, wenn dem Antrag der Minderheit zugestimmt wird.

**Huber, Berichterstatter:** Ich möchte nicht, dass der Kommissionspräsident bei diesen Fragen in der zweiten Runde noch einmal zu sehr in die Meinungsbildung des Rates eingreift. Ich empfinde hier aber die Notwendigkeit, das wirklich zu tun, und zwar deswegen, weil die Vorteile der Lösung gemäss Beschluss des Nationalrates meines Erachtens auf der Hand liegen.

Ich möchte daran erinnern, dass es verschiedene Kantone gibt, die jetzt Prämienverbilligung betreiben. Wir haben die Erfahrungen mit diesen Systemen im Kanton Neuenburg, im Kanton Tessin und in anderen Kantonen gesehen. Wir betreten hier also keineswegs Neuland.

Wenn von Herrn Bisig in seinem zu Artikel 58 Absatz 4 vorgezogenen Votum gesagt wird, wir würden die Giesskanne mit etwas anderem vertauschen, dann ist das eine falsche Qualifikation eines entscheidenden Vorganges. Es ist beklagt worden, wird jetzt beklagt und wird später weiter beklagt werden, dass man an soundsoviel Prozent der Bevölkerung respektive der Familien Subventionen ausrichte. Ich empfehle Ihnen einfach: Schauen Sie doch einmal in der Botschaft auf der Seite 149 (A 1) nach, wieviel Sie selber bei der gegenwärtigen Rechtslage, bei einer hundertprozentigen Subventionierung – wir subventionieren nämlich alle Köpfe in diesem Land, Kinder, Männer, Frauen –, profitieren. Das sind im Prinzip die Tatsachen. Mit anderen Worten: Was wir hier durchführen, ist eine Reduktion.

Kollege Onken stösst sich an der nationalrätlichen Formulierung «in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen». Ich gebe Ihnen insofern recht, als wir beispielsweise in den Kantonen vom «Fürsorgegesetz» zum «Sozialhilfegesetz» gewechselt haben. Das sind terminologische Finessen, das ist Abbau von Schwellenängsten, von Diskriminierungen, die auch nach meinem Empfinden an und für sich nicht nötig sind. Aber die Intention des Gesetzgebers ist hier, bei diesem Artikel 57 Absatz 1, klipp und klar. Diese Intention ist deswegen notwendig,

weil die Kantone wissen müssen, was wir meinen, wenn sie das Recht auf freie Ausgestaltung haben. Dieses Ausgestaltungsrecht ist noch dadurch begrenzt, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone grundsätzlich voll ausbezahlt werden.

Nun stimmt es durchaus: Wir haben nicht mehr die kompakte Normierung, wie wir sie gehabt haben und wie sie der Ständerat erarbeitet hat, sondern wir haben mit der nationalrätlichen Fassung eine Formulierung, die den Kantonen Gestaltungsräume öffnet: Mit den eigenen Mitteln und mit denen des Bundes zusammen kann man eine Konzentration im Rahmen des unteren Segmentes der «bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse» vornehmen, oder man kann die Interpretation der «bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse» nach oben treiben und den gleichbleibenden Betrag für mehr Leute einsetzen. Diese Gestaltungskraft möchte ich den Kantonen einräumen. Das ist für mich das Faszinierende gewesen bei diesem Vorschlag, der mit grosser Knappheit und Klarheit Aufgaben definiert, Grenzen festlegt und einen Mechanismus vorgezeichnet hat, zu dem ich durchaus stehen kann.

Darum möchte ich Sie nach den Voten, die ich bis jetzt gehört habe, wirklich bitten, bei Artikel 57 dem Antrag der Mehrheit Ihrer Kommission zuzustimmen, gemäss Nationalrat zu verfahren, und den Antrag der Minderheit abzulehnen.

**Schiesser:** Nur eine ganz kurze Bemerkung zum Votum von Frau Meier Josi. Sie hat das Problem aufgegriffen, dass 26 verschiedene Lösungen in den Kantonen den Versicherern erhebliche Probleme bereiten könnten. Das ist nicht zu bestreiten. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der Antrag der Minderheit an dieser Problematik nichts ändert. Absatz 2bis und auch die neue Fassung von Absatz 2 geben nur mögliche Lösungen an, die von den Kantonen ergriffen werden können. In bezug auf die Vereinheitlichung wird indessen gar nichts gesagt, was nicht auch die Mehrheit vorschlägt. Wir können das Gesetz von diesem Ballast entlasten. Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

**M<sup>me</sup> Dreifuss, conseillère fédérale:** Je ne prendrai pas une position aussi tranchée que le président de votre commission, bien que je sois également d'avis que les articles 57 et 58 sont bien les «Schicksalsartikel» de cette loi. On a souvent évoqué cette expression dramatique, souvent à tort, ici c'est à raison. Si nous n'arrivons pas, dans ce nouveau système, à créer un système de financement stable, fiable, qui inspire confiance, qui permette d'atteindre les objectifs sociaux de cette révision, nous aurons échoué. Nous aurons échoué, que cette loi passe ou que nous en compromettons l'entrée en vigueur en fournissant des arguments à ses adversaires.

Or, quel est cet objectif social? J'aimerais le rappeler, partir de la commission d'experts qui était présidée par M. Schoch. L'objectif social est de rendre supportable le poids de l'assurance-maladie obligatoire de base et donc de fixer ou de s'approcher d'un certain seuil entre cotisation et revenu au-dessus duquel un appui doit être apporté aux habitants de ce pays, aux familles. C'est très clairement une rupture avec le système d'arrosoir actuel, sans que cela soit remplacé par un autre système d'arrosoir, Monsieur Bisig. Nous renonçons à financer globalement les caisses d'assurance-maladie, et nous voulons réaliser un objectif social.

La formulation que vous aviez vous-mêmes choisie – il doit y avoir subvention au moment où «le total des primes dues (par un assuré) au titre de l'assurance obligatoire des soins, pour lui-même et pour les membres de sa famille dont il a la charge, dépasse un certain pourcentage du revenu» – me paraissait la plus heureuse qui puisse être. Cela laissait les cantons choisir ce seuil, parce que cette formulation permet de fixer l'objectif social et qu'elle permet aussi de mener le débat politique dans les cantons sur cet objectif social. Dans ce sens, la formulation du Conseil national, qui parle des «assurés de condition économique modeste», est à mon avis indigne de la fin du XXe siècle, retombe dans une expression du type assistance publique et ne donne pas une claire indication quant au but social que l'on voudrait réaliser. Vous comprenez donc que je

ne peux pas avoir de sympathie pour la formulation choisie par le Conseil national.

Par contre, si l'on se pose la question de savoir si l'organisation de ce système doit être laissée à l'appréciation des cantons, doit être réglée de façon impérative au niveau fédéral, ou si une formule mixte, telle que vous la propose la minorité, c'est-à-dire des principes généraux, une base de calcul identique avec une certaine marge d'appréciation laissée aux cantons, je dirai que le meilleur système aux yeux du Conseil fédéral est certainement le système proposé par la minorité. Il encadre la décision, il donne l'objectif, il laisse la marge d'appréciation nécessaire et il permet d'éviter certains abus, comme par exemple de jeunes adultes qui seraient encore dépendants de leurs parents, mais qui, parce que fiscalement indépendants, seraient au bénéfice d'une subvention dont ils n'auraient pas besoin.

La question est de savoir si la meilleure formule est également la formule optimale pour faire passer cette loi. C'est là que j'ai des doutes et que je pourrais me rallier à une formule qui laisse aux cantons la libre appréciation du système de subventionnement, à condition, encore une fois, que l'objectif social soit clair. Il ne peut pas s'agir d'une loi d'assistance. Il s'agit effectivement de décharger un certain nombre de nos concitoyens et concitoyennes d'une charge trop lourde pour eux, et ceci est exprimé tant dans le message du Conseil fédéral que dans le matériel qui a précédé ce message, ainsi que dans la première formulation que vous avez choisie. J'aimerais, pour le Bulletin officiel, dire que cela doit rester de toute façon l'objectif de cette loi, non pas l'aide aux pauvres, mais un système de financement de l'assurance qui la rend supportable aux assurés à relativement bas revenu.

J'aimerais vous rappeler – c'est la dernière chose que je dirai sur l'article 57, puisque sur ce plan-là je m'en remets à la sagesse de votre conseil – qu'il y aura augmentation des primes dans ce nouveau système. Nous supprimons 1,3 milliard de francs de subsides aux caisses. Ce sont les assurés qui devront payer, les cotisations augmenteront. Nous incitons à une solidarité des risques, les caisses collectives devront s'adapter au niveau général des cotisations, les salariés et leur famille devront payer davantage de cotisations, plus de gens que ceux qui sont actuellement déjà en train de ployer sous la charge des cotisations de l'assurance en subiront un coût disproportionné par rapport à leurs ressources. C'est cela qu'il faut absolument compenser et c'est dans ce sens-là que je me réserve pour l'article 58.

Si, en plus de donner aux cantons la liberté d'organiser leur système de subventionnement, nous réduisons les possibilités financières qu'ils ont ou qu'ils doivent mettre à disposition, je dirais que cette loi n'a pas de sens dans la mesure où plus de personnes se retrouveront pénalisées par le nouveau système. Même si, sur le plan théorique, le caractère obligatoire assure à certains des avantages indiscutables, matériellement il y aura plus de gens qui y perdront dans ce système que de gens qui y gagneront. Cela ne peut pas être l'intention de ce conseil, mais cela touche à l'article 58 et non pas à l'article 57.

Je donne la préférence à la minorité, à vous de faire le calcul politique de savoir si vous souhaitez vous rallier au Conseil national.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit  
Für den Antrag der Minderheit

23 Stimmen  
6 Stimmen

#### Art. 58 Abs. 3

Antrag der Kommission  
Festhalten

#### Antrag Schoch

Abs. 4

..., muss mindestens einem Drittel des gesamten Bundesbeitrages entsprechen.

*Antrag Gemperli**Abs. 4*

Die Kantone haben den Bundesbeitrag entsprechend ihrer Finanzkraft zu erhöhen. Der Bundesrat legt diesen Beitrag nach Rücksprache mit den Kantonen jeweils für 4 Jahre fest. Der Gesamtbeitrag der Kantone darf 30 Prozent des Bundesbeitrages nicht übersteigen.

*Antrag Bisig**Abs. 4*

...., muss mindestens einem Viertel des gesamten ausbezahlten Bundesbeitrages entsprechen. Die Kantone können auf maximal 20 Prozent des ihnen zustehenden Bundesbeitrages verzichten.

**Art. 58 al. 3***Proposition de la commission*

## Maintenir

*Proposition Schoch**Al. 4*

.... correspond, au minimum, au tiers de l'ensemble des subsides fédéraux.

*Proposition Gemperli**Al. 4*

Les cantons sont tenus de compléter les subsides fédéraux selon leur capacité financière. Le Conseil fédéral fixe le montant de ces subsides tous les 4 ans, après avoir consulté les cantons. L'apport global de ces derniers ne peut pas dépasser de 30 pour cent celui de la Confédération.

*Proposition Bisig**Al. 4*

.... correspond, au minimum, au quart de l'ensemble des subsides fédéraux versés. Les cantons peuvent renoncer à percevoir jusqu'à 20 pour cent du subside fédéral qui leur revient.

*Abs. 3 – Al. 3*

**Huber**, Berichterstatter: Bei Artikel 58 Absatz 3 schlägt Ihnen Ihre Kommission Festhalten vor.

Bei der Aufteilung des Bundesbeitrages zur Prämienverbilligung auf die Kantone werden die Wohnbevölkerung und die Finanzkraft berücksichtigt. Dies entspricht dem Konzept von Bundesrat und Ständerat. Der Nationalrat hatte hinzugefügt, dass der Bundesrat auch die Gesundheitskosten der einzelnen Kantone berücksichtigen kann. Es ist eine Kann-Formulierung; ich bitte Sie, das in Ihre Ueberlegungen mit einzu beziehen.

Der Zweck der Uebung: Bei der Verteilung des Bundesbeitrages soll folgendes nicht in Rechnung gestellt werden: einerseits der von den Gesundheitskosten abhängige Prämienverbilligungsbedarf der betreffenden Kantone, andererseits die kantonalen Aufwendungen für das Gesundheitswesen, insbesondere in den Bereichen Spital – eventuell mit Zentrumsfunktion –, Spitex und Beiträge an ausserkantonale Spitalkosten von Kantonseinwohnern.

Ihre Kommission hat diese Einfügung der «Gesundheitskosten» intensiv diskutiert. Der Nationalrat will, so ist gesagt worden, noch mehr Differenzierung, wobei es sich ausdrücklich um eine Kann-Formel handelt. Damit steht sie zur Einfachheit der Lösung, wie sie hier steht (nämlich nach «Wohnbevölkerung und Finanzkraft»), in einem Spannungsverhältnis, vielleicht mit noch mehr Präzision bei der Zuteilung der Mittel. Ebenfalls würde man die Sparsamen bestrafen und jene begünstigen, die sich viel leisten.

Wir sind zum Schluss gekommen, Ihnen zu beantragen, durch Festhalten an unserer Formulierung eine Differenz zu schaffen, damit das Thema im Nationalrat nochmals vertieft angegangen wird. Schon die Expertenkommission hat auf zusätzliche Kriterien verzichtet, und das heisst etwas. Wir haben also diesbezüglich eine lange Geschichte von Ueberlegungen und Erläuterungen hinter uns; wir sollten nicht noch die Gesundheitskosten als Kriterium einbeziehen.

Ich bitte Sie, dem Antrag Ihrer Kommission zu folgen und an unserem Beschluss festzuhalten.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: J'aimerais dire qu'effectivement cet article 58 n'a pas encore atteint le degré de maturité qui permet, en toute conscience, de l'adopter, ni dans la version du Conseil national ni dans la version pour laquelle le président de votre commission vient de plaider. Ceci est le pivot de la loi. Permettez-moi de le dire – et je regrette d'avoir à faire cette déclaration: le projet initial du Conseil fédéral auquel vous vous êtes référés tout à l'heure et les propositions successives ne permettent pas de réaliser l'optimum que nous souhaitons.

Cet optimum, que j'ai évoqué tout à l'heure, serait de permettre effectivement aux couches de la population qui ne peuvent pas assumer le paiement des cotisations de l'assurance obligatoire de base, de le faire compte tenu de l'immense différence des cotisations d'une région à l'autre du pays. Je vous conjure, d'ailleurs, dans cette réflexion, d'abandonner l'idée que l'on récompenserait certains cantons ou que l'on en punirait d'autres: que l'on demanderait aux économes – aux fourmis – de payer pour les cigales. Nous ne sommes pas ici dans une fable de La Fontaine! Nous sommes ici dans une situation de réalités auxquelles sont confrontés les assurés, les habitants et les habitantes de ce pays, qui, dans certains cantons, ont des charges plus lourdes que dans d'autres cantons. C'est cela le problème social que nous devons essayer de résoudre le mieux possible.

M. Bisig disait, en ce qui concerne certains cantons, que l'on subventionnerait des parties très importantes de la population qui n'en ont en fait pas besoin parce que les cotisations sont basses. Dans le canton de Schwyz, effectivement, les montants qui seraient mis à la disposition du canton, et ceux qu'il y aurait à ajouter sur l'autre plateau de la balance, permettraient de subventionner la population de façon à ce que personne n'affecte plus de 5 pour cent de son revenu à l'assurance de base. Alors que, dans d'autres cantons, les moyens sont insuffisants pour que la population qui paierait jusqu'à 25 pour cent de son revenu pour l'assurance de base soit subventionnée. C'est cela le problème qui se pose avec ce système de financement. Contrairement à l'espoir qu'avait soulevé la commission d'experts – que vous venez également de citer –, qui pensait que l'on pourrait trouver un système qui permettrait que, dans toute la Suisse, personne ne devrait payer plus que 8, 9, 10 pour cent peut-être de son revenu, nous n'arrivons pas à ce système avec l'article 58 tel qu'il est.

Mais pour s'en approcher, pour permettre d'arriver à ce système – ceci concerne l'alinéa 4 et j'y reviendrai peut-être tout à l'heure –, il faut les 3 milliards de francs de subventions publiques sinon la charge pesant sur les assurés croîtra d'une façon insupportable. Donc, encore une fois, l'article 58 n'a pas encore réalisé la solution optimale. Dès lors, il n'est pas du tout gênant que la divergence soit maintenue. Il faut arriver à une solution pendant la période qui nous sépare de la prochaine séance du Conseil national. Tout le monde travaillera très intensément à la recherche d'une bonne solution. Cette bonne solution touchera peut-être les alinéas 3 et 4, c'est tout à fait possible, mais il est certainement suffisant de laisser ouverte aujourd'hui cette divergence sur l'alinéa 3 pour reprendre l'ensemble de la question.

En résumé, je dirai que la formule du Conseil national nous donne l'instrument pour atteindre un peu mieux le but social de cette loi. C'est dans ce sens qu'elle a tout le soutien du Conseil fédéral. La divergence créée par votre conseil permettra de trouver une meilleure solution. J'aimerais que ceci vaille également pour l'alinéa 4, c'est-à-dire qu'on n'essaie pas aujourd'hui de bricoler de mauvaises solutions à l'alinéa 4, mais qu'on laisse au contraire le temps aux commissions de trouver une meilleure solution.

Je me résigne à me rallier à la décision de votre conseil: à l'alinéa 3, il y aura une divergence. Ma préférence et celle du Conseil fédéral vont à la décision du Conseil national; l'alinéa 4 pourra être repris dans la même foulée, mais cet article-là devra être modifié par les deux conseils si l'on veut vraiment parvenir à l'objectif que nous poursuivons. Et si nous

n'arrivons pas à cet objectif, alors cette loi, sans doute, aura échoué à réaliser son but qui est de rendre possible le financement de l'assurance-maladie.

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 4 – Al. 4*

**Präsident:** Bei Absatz 4 besteht keine Differenz. Die Kommissionen haben aber miteinander vereinbart, dass man diesen Absatz 4 noch einmal zur Debatte stellt.

**Schoch:** Um das Prozedere zu vereinfachen, möchte ich mitteilen, dass ich meinen Antrag zugunsten des Antrages Gemperli zurückziehen werde.

**Huber, Berichterstatter:** Ich bin dem Herrn Präsidenten sehr dankbar, dass er darauf hingewiesen hat, dass keine Differenz besteht, dass aber Ihre Kommission die Möglichkeit geschaffen und die taktische Situation durchaus begriffen hat, damit eine Differenz geschaffen werden kann. Dazu haben wir die entsprechenden Zustimmungen eingeholt.

Es wird hier angefochten, dass für das System der Prämienverbilligung die Hälfte des gesamten Bundesbeitrages seitens der Kantone aufgebracht werden muss, und mit Hilfe verschiedener Anträge wird eine Reduktion dieser Hälfte verlangt.

Zuerst ist in Erinnerung zu rufen, worum es geht. Es geht ganz eindeutig darum, den Versicherten zu helfen, die wachsende Last der Krankenversicherungskosten zu tragen. Das ist der absolut zentrale Punkt. Ich engagiere mich hier aus voller Ueberzeugung und wegen vielen Briefen, die ich von Leuten erhalten habe, die wegen den Kassenprämien finanziell am Anschlag sind. Ich engagiere mich insbesondere auch deswegen, weil es sich um eine familiengerechte Lösung handelt – quod erat demonstrandum.

Wie sieht die Last, die die Versicherten zu tragen haben, in ihrer Verteilung heute aus? Sie finden die entsprechenden Hinweise, seit diese Botschaft auf dem Markt ist – seit dem 6. November 1991 –, Sie finden auch die Hochrechnung für das Jahr 1993: Der Aufwand beträgt 14,6 Milliarden Franken. Unter Annahme der Beiträge der öffentlichen Hand von 3 Milliarden Franken – das war damals zu lesen, und es war darüber nachzudenken – und einer Kostenbeteiligung der Versicherten von 2,2 Milliarden Franken bleibt den Versicherten ein Betrag von 9,4 Milliarden Franken. Das macht einen Satz der Beteiligung der Versicherten an den Kosten der Krankenversicherung in der Grössenordnung zwischen 67 und 70 Prozent aus, und zwar die Kostenbeteiligung und die Prämien zusammen genommen.

Nun muss man sich überlegen, was mit dieser Vorlage vor sich geht und vor sich gehen wird. Der Vorschlag, die Beiträge der öffentlichen Hand nicht mehr für eine generelle und damit ungezielte Prämienverbilligung, sondern für individuelle Prämienverbilligung einzusetzen, wird zunächst zu einem generellen Anstieg der Prämien führen. Das ist eine zentrale Aussage, die nicht unters Eis geraten darf und die man auch nicht unters Eis geraten lassen sollte. Hier wird zunächst ein genereller Anstieg der Prämien Platz greifen, einfach dadurch, dass die bisherigen Leistungen von 1,3 Milliarden wegfallen; Sie haben es soeben gesagt, Frau Bundesrätin.

Zweiter Schritt: Es kommt der Leistungskatalog dazu, den wir hier beschlossen haben. Dafür haben wir seit langem die nötigen Unterlagen seitens des BSV in der Hand, wo spezifiziert wird, wie sich diese einzelnen Positionen entwickeln werden. «Daraus ergibt sich im schweizerischen Mittel» – ich zitiere aus der Botschaft, Seite 132 (Ziff. 423.1) – «für Erwachsene eine Jahresprämie von 2167 Franken und für Kinder eine solche von 802 Franken.» Dann wird dargelegt, dass die konkrete Prämie von Region zu Region und von Versicherer zu Versicherer verschieden sein soll. Hier ist auch dargelegt, wer von diesem System der Prämienverbilligung profitiert. Es sind nämlich die älteren Personen und «alle jene Versicherten, die heute in überalterten Krankenkassen versichert sind». Zu diesen drei Dingen kommt die Last, die durch das Wegfallen der bisherigen Prämienverbilligung entsteht; mit der Ausweitung

des Prämienkataloges kommt eine weitere Komponente dazu. Es ist vor wenigen Tagen von seiten der Schweizerischen Bankgesellschaft eine Abhandlung über die soziale Sicherheit in der Schweiz, die finanziellen Perspektiven und Szenarien bis zum Jahr 2040 erschienen. Ich glaube, das ist aufgrund der beteiligten Personen eine objektive Darstellung:

«Am stärksten steigen laut den Ergebnissen der Modellrechnung die Kosten für die Krankenversicherung, dem Zweig mit dem ausgeprägtesten Zusammenhang zwischen dem Alter der Versicherten und der Inanspruchnahme der Leistung. Die bereits 1994 mit 8,3 Prozent des Bruttoinlandproduktes hohen Kosten werden sich auf 11,8 Prozent ausweiten. Allerdings ist diese fortschreitende Kostenexplosion im Bereich der Krankenversicherung nicht allein auf die zunehmende Ueberalterung zurückzuführen. Die Ausgaben werden dadurch in die Höhe getrieben, dass sich das Leistungsangebot der Medizin gemäss bisherigem Trend ständig erweitert. Die Mengenausweitung ist einerseits darauf zurückzuführen, dass Fortschritte in der Medizin und technologische Verbesserungen immer neue Behandlungsmöglichkeiten erschliessen, wodurch sowohl die Anzahl der Arzt- und Spitalleistungen als auch deren Preis steigt. Andererseits zieht auch die immer höhere Aerztedichte tendenziell eine vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach sich.»

Das heisst: Innerhalb der Wirkungsdauer dieses Gesetzes haben wir einen ausserordentlichen Anstieg der Kosten der sozialen Krankenversicherung zu gewärtigen. Wir müssen bei der Bemessung der Prämienverbilligung diesen Umständen jetzt – bezogen auf die Gegenwart und die Zukunft – Rechnung tragen.

Nun ist gesagt worden, das würde dazu führen, dass sehr vielen Leuten sehr viel ausbezahlt wird. Ich möchte darauf hinweisen, dass in der Botschaft für die alte Lösung «8 Prozent» ausdrücklich gesagt wird, dass «in vielen Fällen damit nur ganz oder teilweise die Prämienerrhöhung kompensiert wird, die aus der Aufhebung der heutigen generellen Subventionen an die Krankenkassen entsteht» (Ziff. 423.2). Das heisst also, dass in vielen Fällen eben nicht die volle Subvention ausbezahlt wird, sondern dass es eine Uebergangsordnung geben muss, in deren Rahmen reduzierte Subventionen ausbezahlt werden können, und zwar sowohl in der Höhe wie meines Erachtens auch in der Zeit.

Ich komme aus all diesen Ueberlegungen dazu, dass wir Absatz 4 von Artikel 58 in der beschlossenen Form belassen müssen, wenn wir ein Gesetz schaffen wollen, das der Situation in der Krankenversicherung entspricht, und vor allem eines, das für die Versicherten eine spürbare, eine richtige, eine vom Gesetzgeber gewollte Entlastung herbeiführt.

Erinnern Sie sich an das Jahr 1988? Herr Hänsenberger hat mich heute durch sein Erscheinen daran erinnert. Wir haben in diesem Saal nach dem Scheitern des Sofortprogramms einen neuen Anlauf genommen und zusätzlich zu den vorhandenen Subventionen in Kenntnis der Entwicklung 100 Millionen Franken mehr verlangt. Ich weiss genau, wer den Antrag gestellt hat, diese 100 Millionen Franken zu streichen, und sie wurden auch gestrichen.

Sechs Monate später sind im Nationalrat 300 Millionen Franken zur Aufrundung von 1,0 Milliarden auf 1,3 Milliarden Franken gesprochen worden. So schnell wechseln offenbar die Wolken am Himmel – je nachdem, wer, je nachdem, was, und je nachdem, wie vorgegangen wird! Mit der Revision des Gesetzes ist man allerdings nicht weitergekommen, sie ist auf dem Platz gestorben, nachdem das Ziel der Uebung offensichtlich erreicht war.

Lassen Sie mich zum Schluss dieser Darlegung der Problemlage aus der einzigen Sicht, die für den Präsidenten der Kommission im Vordergrund steht – nämlich der Verbesserung der Situation der Versicherten im System der sozialen Krankenversicherung –, mit einem Zitat aus den Hearings schliessen. Es ist ja geltend gemacht worden, wir hätten die Kantone nicht gehört, wir hätten ihre Ratschläge in den Wind geschlagen – beides ist nicht richtig. Am Hearing, das am 7. April 1992 in der ständerätlichen Kommission durchgeführt wurde, hat der Vertreter der Sanitätsdirektorenkonferenz folgende Ausführungen gemacht: «Nous sommes aussi prêts à faire des conces-



sions en ce qui concerne le financement. Les cantons auront des charges plus lourdes avec l'adoption du projet. Nous sommes prêts à faire ces concessions, vu que nos concitoyennes et concitoyens doivent pouvoir bénéficier de subventionnements pour s'acquitter normalement de leurs cotisations.» Das ist eine klare Aussage, die uns mit auf den Weg gegeben wurde.

Wir verschliessen uns den Problemen der Kantone nicht, denn in dieses Bündel der Anträge hinein gehört die Alternative der Kommission. Die Kommission hat aus grundsätzlichen Erwägungen vorgeschlagen, nicht hier, sondern am Ende des Gesetzes eine Uebergangsbestimmung einzuführen. Diese Bestimmung bringt für die Kantone eine Entlastung, so dass es – es stellt sich noch die Frage, wann das ganze Regime beginnt, ob 1995 oder 1996 – erst vier Jahre später zur vorgesehenen vollen Belastung der Kantone mit 50 Prozent der Beiträge des Bundes kommt. Unser Rat hat diese Belastung der Kantone ohne Diskussion und vorbehaltlos in der ersten Lesung akzeptiert.

**Gemperl:** Ich gestatte mir drei Vorbemerkungen. Erste Vorbemerkung: Meine Kritik hat zwar eine grundsätzliche Zielrichtung. Ich möchte aber festhalten, dass es mir nicht darum geht, dieses Projekt «Krankenversicherungsgesetz» im letzten Moment zu Fall zu bringen. Im Gegenteil, es soll die Möglichkeit geschaffen werden, eine sehr wichtige und für den Erfolg oder Misserfolg dieser Vorlage massgebliche Frage nochmals zu diskutieren und allenfalls bessere Lösungen zu finden.

Zweite Vorbemerkung: Ich will nicht bestreiten, dass bei der Behandlung dieses Geschäftes im Rat die jetzt aufgeworfene Frage vielleicht von Anfang an nicht in ihrer vollen Tragweite erfasst wurde. Ich mache der Kommission darum auch in dieser Beziehung, Herr Kollega Huber, keinen Vorwurf.

Immerhin möchte ich darauf hinweisen, dass sich die Kantone auch vorher bereits gemeldet haben. Ich habe hier ein Schreiben an die Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit. Das Schreiben datiert vom 12. Juli 1992. Darin wird klar darauf hingewiesen, dass die neu vorgesehenen Leistungen, die eine Verdoppelung darstellen, in Anbetracht der angespannten Kantonsfinanzen nicht tragbar seien. Es ist deshalb nicht richtig, wenn man jetzt davon ausgeht, dass die Kantone seinerzeit überhaupt nicht reagiert hätten. Im übrigen meine ich, es sei immer besser, wenn man eine Frage noch spät diskutiert, als wenn man sie fälschlicherweise überhaupt aus der Sache ausklammert.

Dritte Vorbemerkung: Ich bin mir der sozialen Dimension des Krankenversicherungsgesetzes durchaus bewusst. Ich bin auch dafür, dass Prämienverbilligungen für Leute in bescheidenen finanziellen Verhältnissen stattfinden. Ich will das nicht verhindern! Aber ich bin auch der Meinung, dass wir insgesamt ein System schaffen sollen und müssen, das effizient und schliesslich für alle bezahlbar bleibt. Auch das ist ein Gesichtspunkt, der berücksichtigt werden muss.

Zur Frage der Finanzierung und insbesondere zur Belastung der Kantone im Zusammenhang mit dem nach Artikel 58 Absatz 4 vorgesehenen Konzept. Dieses Prämienverbilligungs-konzept beruht auf dem Mechanismus, dass vorerst der Bund Mittel zur Verfügung stellt, einen bestimmten Betrag, der sich nach dem Vorschlag um rund 2 Milliarden Franken herum bewegt. Der Bundesbeitrag ist vorgegeben. Die Kantone haben dann 50 Prozent des Bundesbeitrages zuzuschüssen. Sie haben also derzeit verbindlich 1 Milliarde Franken einzusetzen, so dass insgesamt ein Volumen von 3 Milliarden Franken zur Verteilung ansteht.

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) hält diese Verteilung zwischen Bund und Kantonen für vertretbar, weil nach einer von ihm angestellten Nettorechnung lediglich 255 Millionen Franken auf die Kantone umgelagert werden. Diese Aussage ist aber trügerisch, weil unter den aufgeführten Kantonen vier Kantone zusätzliche Mittel erhalten, ein gutsituierter sogar ganze 81 Millionen Franken mehr. Die anderen Kantone, die belastet werden, haben jedoch insgesamt eine zusätzliche Last von 400 Millionen Franken zu bezahlen. Das trifft diese Kantone stark, und es hilft ihnen nicht, dass einige unter

ihnen – nämlich die finanziell gutsituierten – Entlastungen erfahren. Das zur Prämienverbilligung.

Die Kantone werden durch das Gesetz weiter in ihrer Tarifautonomie eingeschränkt. Ich habe bei der Behandlung dieses Geschäftes im Rat bereits darauf hingewiesen, dass eine Verfassungsverletzung vorliegt. Das bleibt einfach stehen, weil wir keine Verfassungsgerichtsbarkeit haben. Ich habe es allerdings etwas bedauert, dass die Frage der Verfassungsmässigkeit des Eingriffs in die Tarifgestaltung der Kantone nicht mehr untersucht wurde. Jedenfalls habe ich nie zusätzliche Unterlagen gesehen.

Was heisst es nun, wenn wir diesen Sachverhalt akzeptieren? Die Betriebskosten der Spitäler – das sind vorwiegend kantonale Anstalten – dürfen höchstens zu 50 Prozent den Patienten weiterverrechnet werden. Die verbleibenden 50 Prozent bleiben bei der öffentlichen Hand. Diese 50 Prozent müssen auch die Kantone erbringen. Hier entstehen zusätzliche Aufwendungen, die in diesen Berechnungen nicht inbegriffen sind. Alle Kantone, die einen höheren Kostendeckungsgrad als 50 Prozent haben, müssen nachher hier hinuntergehen und die entsprechenden Kosten tragen. Die Kantone müssen auch die Investitionen für die Krankenanstalten voll zu ihren Lasten übernehmen und können keine kalkulatorischen Kosten auf die Patienten verlagern.

Insgesamt gesehen ist das eine rechte Belastung, die zusätzlich auf die Kantone zukommt. Man kann nicht allein die Prämienverbilligung ansehen, sondern man muss das Gesamtpaket betrachten, und dieses Gesamtpaket ist sicher gewichtig. Alles in allem muss man davon ausgehen, dass die Mehrkosten, die aus diesem Krankenversicherungsgesetz zusätzlich auf die Kantone zukommen, zwischen 500 und 600 Millionen Franken liegen, wenn man die Entlastungen im Ergänzungsbereich abzieht und wenn man in Anschlag bringt, dass bereits jetzt Leistungen zur Prämienverbilligung erbracht werden.

Derartige Beträge dürfen aber meines Erachtens vom Bundesstaat nicht einfach mit einem Federstrich auf die Gliedstaaten verlagert werden, ohne dass die Frage der Tragbarkeit allen Ernstes gestellt wird. Ich möchte einfach daran erinnern, dass die Kantonshaushalte heute auch in grossen Schwierigkeiten stecken, dass alle rote Zahlen schreiben. Einsparungspotentiale sind auch auf kantonaler Ebene kaum mehr möglich, es sei denn, man wolle substantielle Abstriche bei der Bildung, im Gesundheitswesen oder beim Verkehr, insbesondere beim öffentlichen Verkehr, machen. Das sind die Hauptgebiete der kantonalen Souveränität.

Es bleibt letztlich noch eine Steuererhöhung; das scheint dann der Ausweg. Das ist aber meines Erachtens nicht der Weg, den wir heute einschlagen dürfen. Die konjunkturelle Situation ist derartig, dass für Steuererhöhungen im Augenblick einfach nicht Raum bleibt, wenn wir die Wachstumskräfte der Wirtschaft nicht abblocken wollen. Wenn wir Lasten durch den Staat durch höhere Steuern umverteilen, werden die Strukturereinigungen in der Wirtschaft, die dringend notwendig sind, nicht erfolgen können. Wir werden auch negative Auswirkungen auf unsere Arbeitsplätze haben.

Es liegt noch ein weiterer Gedanke nahe: Wenn Sie Lasten auf die Kantone umlagern, dann lagern Sie auf die direkten Steuern um. Der Bundesrat hat 1991, bei der damaligen Mehrwertsteuervorlage – diese Ueberlegungen sind heute noch gültig –, ganz klar festgehalten, dass wir in diesem Lande Ausgaben des Staates vermehrt über indirekte Steuern finanzieren müssen. Wenn wir nun wieder zu den direkten Steuern übergehen, dann handeln wir damit doppelt falsch.

Ich darf übrigens auch darauf hinweisen, dass auf Bundesebene gerade jetzt Mehreinnahmen beschlossen worden sind: 1,5 Milliarden Franken mit dem Sparpaket I und 1,4 Milliarden Franken mit der Zustimmung zur Mehrwertsteuer. Damit ist man wahrscheinlich heute in den Grenzbereich gestossen, wo man ökonomisch keinen Spielraum mehr hat. Die grundsätzliche Lage ist daher meines Erachtens in diesem finanziellen Bereich noch einmal zu überprüfen, und man muss sich den neuen Gegebenheiten anpassen.

Bei der Veröffentlichung der Botschaft hat man die heutige schwierige finanzielle Situation auf allen Staatsebenen noch



nicht in solcher Klarheit gesehen wie heute. Ich verweise nur darauf, welche Uebungen in der Zwischenzeit haben abgehalten werden müssen. Die Budgetdebatten der letzten Woche und dieser Woche sind uns noch in bester Erinnerung. Wir haben Asche auf unser Haupt gestreut und gesagt: «Pater, peccavi», «Vater, ich habe gesündigt», und wir, wir haben Besserung bezüglich der Dynamik der Mehrausgaben versprochen. Nun beschliessen wir einfach weiter Mehrausgaben. Wir brechen damit nicht zu neuen Ufern auf, sondern zu neuen Schulden. Ich glaube, Ueberlegungen in dieser Beziehung müssen noch einmal angestellt werden, vor allem mit Blick auf die derzeitige finanzielle Situation.

Für mich ist auch die Prüfung der Effizienz dieser Ausgaben durchaus noch einmal angezeigt. Ich bestreite zwar nicht, was Herr Huber gesagt hat. Wir haben jetzt einen Leistungskatalog, der erweitert worden ist. Wir haben auch in anderen Bereichen Leistungen, die zusätzlich dazukommen. Hingegen: Die Ueberalterung der Bevölkerung, die sich abzeichnet, kann man natürlich nicht schon jetzt vorwegnehmen; das zeigt nur, dass die Krankenversicherung für die zukünftige Entwicklung eine sehr dynamische Komponente aufweist. Aber wir müssen aufgrund des Status quo die Effizienz der Leistungen, die wir jetzt erbringen wollen und erbringen müssen, entsprechend überprüfen.

Es stellt sich meines Erachtens doch die Frage, ob hier keine Korrekturen denkbar sind. Ich bin nicht überzeugt, dass die 3 Milliarden Franken eine Grösse sind, von der man im jetzigen Zeitpunkt unter keinen Umständen abweichen kann. Da bin ich persönlich nicht überzeugt. Denn wir können ja jetzt diesen ganzen Betrag, der zur Prämienverbilligung vorgesehen ist – der Betrag für die Prämienverbilligung ist bis jetzt nach dem Giesskannenprinzip verteilt worden! –, dort gezielt einsetzen, wo es vom Bedarf her notwendig ist. Dort können wir zusätzlich und vermehrt Hilfe geben und sind damit nicht unsozial.

Im Brief eines Gesundheitsdirektors an mich steht: «Der Kanton Zürich verbilligt bereits seit Jahrzehnten die Krankenpflegeprämien der Grundversicherung. Die ausbezahlten Beträge betragen 1992 rund 128 Millionen Franken. Dazu kommen allfällige Beiträge der Gemeinden, die die obligatorische Krankenversicherung eingeführt haben. Die Staatsbeiträge werden in Prozenten der vom Bund errechneten durchschnittlichen Krankenpflegekosten berechnet. Sie gehören deshalb zu den am stärksten wachsenden Subventionen des Kantons (zwischen 1987 und 1992: 61 Prozent).»

Hier liegt auch der Grund, warum der Kanton Zürich im Rahmen der Sparmassnahmen die Subventionen an die Krankenversicherung von gegenwärtig 135 Millionen auf 90 Millionen Franken kürzen will. Gleichzeitig sollen die Subventionen vermehrt auf untere Einkommen konzentriert werden, ein an sich richtiger Aspekt an der KVG-Vorlage des Bundes. Allerdings werden bei unserem Projekt nur die unteren Einkommensschichten und nicht die Hälfte oder gar ein noch grösserer Teil der Bevölkerung unterstützt. Ich glaube, das gilt es in diesem gesamten Zusammenhang auch zu bedenken.

Wir müssen daher noch einmal zusätzliche Prüfungen vornehmen, vor allem über die Folgen, wenn die Mittelzuteilung etwas zurückgenommen wird. Mein Antrag will grundsätzlich den Bund und die Kantone zur Prämienverbilligung beiziehen. Ich bin der Meinung, dass hier eine Koppelung stattfinden darf. Es soll nicht so sein, dass der Kanton, der im Krankenhauswesen die führende Rolle spielt, einfach die Kosten aus dem Ruder laufen lässt und der Bund nachher zu bezahlen hat. Der Kanton soll bei der Prämienverbilligung mit in die Verantwortung einbezogen werden. Diesen Gedanken halte ich für richtig; er ist in meinem Vorschlag enthalten.

Ich möchte aber, dass der Kantonsanteil insgesamt auf 30 Prozent fixiert wird und nicht auf 50 Prozent. Diese 30 Prozent sollten die Höchstgrenze sein. Wenn allenfalls vom Bedarf her Möglichkeiten vorhanden sind, kann man die Beteiligung auch auf 20 oder 25 Prozent festlegen. Das eröffnet die Möglichkeiten. Hier haben wir eine Manövriermasse, nach unten zu gehen, wenn allenfalls vom Bedarf her ein Spielraum entsteht.

Ich möchte auch etwas einbringen, was in einem föderalisti-

schen Staat eine Selbstverständlichkeit sein sollte: Bund und Kantone sollen über diese Fragen diskutieren. Gerade die Ereignisse im Zusammenhang mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes und die unerfreuliche Diskussion, die darüber entstand – wurde man gefragt, wurde man nicht gefragt? –, sollen in Zukunft verhindert werden. Ueber Beträge in dieser Grössenordnung soll man miteinander diskutieren können. Das soll gesetzlich verankert werden.

Mit dem, was ich hier vorsehe, ist durchaus ein effizientes System möglich – ein System, das den sozialen Komponenten Rechnung trägt. Das ist für mich etwas, was ich sehr stark betone. Wir dürfen Geld nicht einfach ungezielt in einen Apparat hineingeben. Letztlich ist es auch der Kostendruck, der zur sparsamen Verwendung der Mittel Anlass gibt. Wenn sich das System einfach immer finanziert, entsteht kein Kostendruck. Kostendruck brauchen wir auch in der Medizin der Zukunft, wie übrigens der Kommissionspräsident mit beredten Worten geschildert hat.

**Bisig:** Ich mache es sehr kurz, denn Sie haben ja festgestellt, dass meine Motive zur Antragstellung etwa ähnlich gelagert sind wie diejenigen meines Kollegen Gemperli. Allerdings möchte ich das Problem etwas anders lösen. Selbstverständlich gehe ich davon aus, dass das Erfordernis der Solidarität, der Mitverantwortung und der sozialpolitischen Maximierung nicht aus den Augen verloren werden darf. Das soll mit meinem Antrag beileibe nicht geschehen. Ich stelle auch fest, dass sich diese Abweichung gegenüber der Vorlage relativ gut eingrenzen lässt; im Maximum weicht sie nämlich um 16 2/3 Prozent ab.

Der Unterschied zum Antrag Gemperli: Mein Antrag enthält zwei Elemente. Ein Element ist dasjenige der Halbierung des vorgesehenen Kantonsbeitrages von 50 auf 25 Prozent; das zweite Element ist die Möglichkeit des Kantons, je nach seinem sozialen Bedarf, nach seiner sozialen Situation, nicht den vollen Bundesbeitrag beziehen zu müssen und entsprechend auch seinen Beitrag korrigieren zu können. Es macht ja wohl keinen Sinn, wenn Geld ausgeschüttet wird, obwohl es nicht gebraucht wird. Das wäre eben das, was ich in meiner vorherigen Begründung mit Giesskannenprinzip umschrieben habe. Selbstverständlich habe ich meine Zahlen nicht aus dem Aermel geschüttelt. Ich habe sie aus einem Schreiben der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz abgeleitet, das uns erst kürzlich – nämlich am 23. November – zugestellt wurde. Die Idee einer Zweiteilung des Vorschlages kommt von der gleichen Seite. Zusätzlich habe ich mich mit unserem Regierungsrat abgesprochen: Es wurden mir die notwendigen Zahlen aus der Sicht des Kantons Schwyz zugestellt. Es ist also mindestens auf zwei verschiedenen Beinen abgestützt, was ich hier vortrage; es sind nicht Zahlen, die ich erfunden habe.

Sie haben selbst auch festgestellt, dass eine nicht unwichtige Differenz zwischen den beiden Anträgen darin liegt, dass Kollege Gemperli ein Maximum der Kantonsbeiträge formuliert und ich ein Minimum. Ich bleibe also mit meiner Formulierung auf der Linie der Kommission und des Bundesrates. In dieser Beziehung beurteile ich meinen Vorschlag als zurückhaltender und bescheidener.

Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

**Schoch:** Gestatten Sie mir vier Bemerkungen zur hier zur Diskussion stehenden Angelegenheit. Ich kann mich auf vier Bemerkungen beschränken, weil vieles bereits gesagt worden ist:

1. Ich bin mit Frau Bundesrätin Dreifuss absolut einverstanden, wenn sie uns darauf hinweist, dass den Artikeln 57 und 58 dieser Gesetzesvorlage eine zentrale Bedeutung zukomme, weil es hier um die soziale Komponente der Vorlage gehe. Ich stimme auch Herrn Huber zu, wenn er uns in Erinnerung ruft, dass die Grössenordnung der Bundes- und Kantonsbeiträge effektiv von Anfang an bekannt war. Man hat hier nicht plötzlich irgendeine neue Zahl aus dem Aermel gezaubert, sondern was heute an Beträgen zur Diskussion steht, liegt eigentlich schon seit langem auf dem Tisch. Ich wehre mich in diesem Sinne nicht grundsätzlich gegen die Vorstellung, dass

für Prämienverbilligungen Beträge in der Grössenordnung – ich spreche ausdrücklich von Grössenordnung – von 3 Milliarden Franken notwendig sein werden.

2. Die Kantone haben, obwohl ihnen der Sachverhalt seit langem bekannt war, sehr spät reagiert. Das Schreiben der kantonalen Sanitätsdirektoren, das uns effektiv zu dieser Diskussion Anlass gibt, ist erst nach der letzten Kommissionssitzung verfasst und versandt worden; den Kantonen kann aus dieser Situation heraus ein Vorwurf nicht erspart werden. Sie müssen sich sagen lassen, dass sie tatsächlich zu spät reagierten, nachdem sie in früheren Phasen sogar noch Signale gegeben hatten, die in eine andere Richtung gingen. Ich nehme aber auch die Mitglieder der Kommission und mich selbst nicht vom Vorwurf aus, vielleicht zu spät realisiert zu haben, was effektiv im Raume steht und wie gewichtig die Problematik doch ist. Wir tragen in diesem Sinne eine Mitverantwortung.

3. Ich habe Ihnen bei Artikel 58 Absatz 4 den Antrag gestellt, die Kantonsbeiträge, die gemäss Vorlage mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages hätten entsprechen müssen, auf mindestens einen Drittel des gesamten Bundesbeitrages zu kürzen. Das hätte zur Folge gehabt – ich spreche in ganz groben Zahlen –, dass bei Bundesbeiträgen im Betrag von angenommenen 2 Milliarden Franken die Kantone nicht 1 Milliarde Franken hätten zuschiessen müssen, sondern 667 Millionen Franken.

Ich habe diesen Antrag jetzt zugunsten des weiter gehenden Antrages Gemperli zurückgezogen, und zwar nicht deswegen, weil ich der Meinung wäre, die Begründung, die Herr Gemperli seinem Antrag zugrunde gelegt hat, sei in allen Teilen akzeptabel. Ich habe nur meinen Antrag zugunsten des Antrages Gemperli zurückgezogen. Ich möchte aber seine Begründung nicht vollumfänglich mittragen.

4. Mir geht es vielmehr darum, zwischen dem, was der Nationalrat beschlossen hat, und dem, was wir heute im Begriffe sind zu beschliessen, eine Differenz zu schaffen. Wenn wir diese Differenz bei Artikel 58 nicht kreieren, dann vernageln wir dem Nationalrat im Hinblick auf die nächste Beratungsrunde jegliche kreative Möglichkeit. Der Nationalrat wäre dann an das gebunden, was er seinerzeit beschlossen hat und was wir in der Folge mitbeschlossen haben, was wir also mittragen. Das hätte dann zur Konsequenz, dass es nicht mehr möglich wäre, im Bereich von Artikel 58 kreativ tätig zu werden, nach einer Lösung zu suchen, die vielleicht irgendwo einen Ausweg offeriert. Es wäre auch nicht mehr möglich, den kantonalen Sanitätsdirektoren und den Kantonsregierungen überhaupt zu zeigen, zu beweisen, dass wir ihre Sorgen ernst nehmen.

Das ist oder war der Sinn meines Antrages; es ist jetzt auch die Grundüberlegung, die es mir erlaubt, mich der Einfachheit halber hinter den Antrag Gemperli zu stellen. Zweck dieser Art des Vorgehens ist, wie ich gesagt habe, die Schaffung einer Differenz.

Im Zuge der Arbeiten, die die nationalrätliche Kommission jetzt wird aufnehmen müssen, wird dann insbesondere zu prüfen sein – das haben wir in unserer Kommission effektiv zu wenig getan –, was mit den gezielten Prämienverbilligungen im Betrag von 3 Milliarden Franken an konkreter Wirkung erreicht werden kann – gegenüber den jetzt etwa 1,8 Milliarden Franken, die bekanntlich mit der Giesskanne über die ganze Bevölkerung, also auch über Sie und mich, verteilt worden sind. In Zukunft werden Sie und ich mit allergrösster Wahrscheinlichkeit von den gezielten Prämienverbilligungen nicht mehr profitieren können, aber wir haben nie genau erfahren, wie sich diese 3 Milliarden Franken bei gezielter Prämienverbilligung auswirken werden.

Wir werden also in diesem Sinne vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), von der Verwaltung, präzisere, genauere Modellrechnungen erhalten müssen. Ich glaube, dass es dann wesentlich leichter sein wird, en connaissance de cause neue Entscheidungen zu fällen; das wird sicher zweckmässiger und richtiger sein, als jetzt blindlings die 3 Milliarden Franken zu beschliessen, die ganze Geschichte damit zu vernageln und dann, wenn möglich, in einem oder in zwei Jahren im Rahmen eines Sparprogrammes wieder zu «Streichkonzerten» zu kommen. Das sind Vorgehensweisen, die wir von frü-

her her kennen und die ich dem Rat, dem Parlament und auch der Bevölkerung ersparen möchte.

Ich bitte Sie deshalb, die Differenz zu schaffen und in diesem Sinne dem Antrag Gemperli zuzustimmen.

**Onken:** Seit die Botschaft vorliegt, ist bekannt, wie dieses Prämienverbilligungssystem funktionieren und wer dabei wieviel an Leistung erbringen soll. Seit zwei Jahren ist das bekannt! Es ist bereits erwähnt worden, dass wir die Kantonsregierungen zudem eingeladen haben, sich an einem Hearing unserer Kommission vernehmen zu lassen. Kein einziges Wort ist dort gesagt worden, dass diese Lasten nicht tragbar seien. Herr Schoch hat selber bestätigt, dass sogar Signale in die andere Richtung ausgesandt worden sind. Im Winter des letzten Jahres haben wir diese Vorlage im Plenum durchberaten. Wo war da Herr Gemperli, wo waren all jene, die jetzt derart alarmiert Anträge stellen und Reduktionen verlangen?

Der Nationalrat hat die Vorlage im Herbst dieses Jahres beraten. Auch hier gab es keine grundsätzliche Opposition gegen diese Finanzierung, gegen diese Beteiligung der Kantone.

Ohne das fast grenzenlose Entgegenkommen des Präsidenten und das Einlenken der nationalrätlichen Kommission wäre es nicht einmal möglich, dass wir hier wie in einer Kommissionsberatung über Anträge diskutieren, die zuvor in keiner Kommission vertieft analysiert worden sind. Wir holen im Plenum in zweiter Lesung eine Kommissionsberatung nach, die eigentlich erst noch stattfinden muss, wahrscheinlich in der nationalrätlichen Kommission. Das ist im Grunde genommen nicht die Art des Legiferierens, wie ich sie vom Ständerat kenne.

Dabei geschieht dies erst noch in einem ausserordentlich heiklen Bereich. Es ist verschiedentlich gesagt worden, es gehe hier um den sozialen Pfeiler dieser Vorlage. Wenn dieser Pfeiler geschwächt wird, dann lädt man sich für diese Vorlage eine Gegnerschaft auf, die man nicht unterschätzen darf. Ich warne Sie: Bisher ist immer nur von den Aerzten, von den Kassen und von anderen Interessengruppen gesprochen worden, die vielleicht das Referendum ergreifen könnten. Es gibt aber weitere Gruppierungen, die bisher loyal zur Vorlage gestanden sind, die nicht mutwillig herausgefordert werden sollten.

Ich habe den Eindruck, dass das, was Herr Huber mit Blick auf die Prämien und ihre Entwicklung gesagt hat, noch nicht zum vollen Nennwert genommen wird. Es wird mit Inkrafttreten dieses Gesetzes eine so nachhaltige Erhöhung der Prämien geben, dass dann das Wort «Prämienexplosion» wirklich gerechtfertigt ist.

Einmal erweitern wir den Grundkatalog der Massnahmen der sozialen Krankenversicherung. Zum zweiten lassen wir die Verbilligung von 1,8 Millionen Franken an die Kassen wegfallen, die bisher die Prämien reduzieren halfen. Drittens müssen wir vielleicht in Kauf nehmen, dass der Uebergang der dringlichen Bundesbeschlüsse in die neue Gesetzesform auch zu einem sogenannten Nachholbedarf führt und ein «Rückstau» geltend gemacht wird, der sich kostentreibend auswirken könnte. Von den Zusatzversicherungen will ich gar nicht erst sprechen.

Es wird also eine ganz massive Steigerung der Prämien geben. Für viele Menschen in diesem Lande werden diese Prämien ohne Verbilligung einfach nicht mehr bezahlbar sein. Wir haben schon in den vergangenen zwölf Monaten, Herr Gemperli, 65 000 Mitbürgerinnen und Mitbürger in unserem Land gehabt, die aus der sozialen Krankenversicherung ausgestiegen sind, weil sie die Prämien nicht mehr bezahlen konnten – dies wohl gemerkt beim heutigen Zustand. Ich möchte einmal sehen, wie das erst in Zukunft bei der angesagten Entwicklung sein wird! Ich hoffe, dass sich die nationalrätliche Kommission die entsprechenden Zahlen noch ausrechnen lassen wird.

Wir brauchen nämlich dieses Geld zur Prämienverbilligung, und wir brauchen es im vollen Umfang; davon bin ich fest überzeugt. Darum sollten wir zumindest am Ziel der 50 Prozent festhalten. Schon jetzt melden sich Angestelltenkreise, Leute aus der mittleren Einkommenskategorie, und fragen, wie es denn eigentlich um sie stehe. Mir ist diesmal nicht so sehr bange um die untersten Einkommensschichten, die in

bescheidenen Verhältnissen leben müssen; sie werden bedient werden. Aber was ist mit dem Mittelstand, der ebenfalls bedrängt wird, der erheblich höhere Prämien zahlen müssen, der aber möglicherweise, schon gar wenn die Prämienverbilligung noch reduziert wird, nicht mehr in den Genuss einer individuellen Ermässigung kommen wird?

In diesem Bereich ist eigentlich Ihre Klientel angesiedelt, Herr Gemperli, und ich weiss nicht, wie Sie diesen Leuten erklären werden, dass man hier ohne weiteres die Beträge noch zurückstutzen und man eben nur, was weiss ich, den untersten 20 oder 25 Prozent mit einer Prämienverbilligung entgegenkommen könne.

Ich möchte noch ein paar andere Dinge zu den Zahlen sagen, die hier genannt worden sind. Schon heute leisten die Kantone 520 Millionen Franken an individueller oder genereller Prämienverbilligung. Sie alle haben diese Zahlen unterbreitet bekommen. Wenn jetzt gesagt wird, die Kantone könnten maximal nur 500 Millionen Franken leisten, dann sind das schon mal 20 Millionen Franken weniger, als heute erbracht wird. Ich bitte Sie, dies zur Kenntnis zu nehmen!

Es ist auch keineswegs eine Verdoppelung dieses Betrages angesagt, sondern es bleibt, wenn man die Entlastung bei den Ergänzungsleistungen abzieht, eine zusätzliche Ausgabe von rund 255 Millionen Franken, die die Kantone aufbringen müssten.

Ich will das nicht geringschätzen. Es ist namhaft, und es trifft auch nicht alle gleich. Doch wenn man dem Kompromissvorschlag der Kommission folgt, der eine Staffelung vorsieht, einen milden Uebergang bis hinauf auf die vollen 50 Prozent, dann ist das tragbar, dann ist das verkraftbar.

Wenn wir jedoch dem Antrag Gemperli folgen – ich habe zufälligerweise die Ausrechnung für die 30 Prozent vor mir –, dann gibt es für die Kantone nicht nur keine Mehrbelastung, sondern es gibt sogar noch eine ganz erhebliche Entlastung, weil sie vom Bund natürlich grössere Zuwendungen bekommen, selber nicht viel mehr erbringen als heute, aber bei den Ergänzungsleistungen eine namhafte Einsparung von 140 Millionen Franken erzielen. Also gibt das bei 30 Prozent per saldo eine Entlastung der Kantone von rund 110 Millionen Franken! Ja, wollen Sie das wirklich? Soll jetzt sogar noch eine Sanierung zu Lasten der Bundesbeiträge stattfinden, die ja natürlich nicht geschmäkert werden sollen?

Zum Kostendeckungsgrad, Herr Kollege Gemperli: Sie haben nur die eine Rechnung angestellt, dass gewisse Kantone da noch mehr Lasten übernehmen müssen. Es gibt indes viele Kantone, die einen Kostendeckungsgrad von 30 bis 40 Prozent haben und diesen jetzt schleunigst auf 50 Prozent erhöhen werden. Mein Kanton gehört beispielsweise dazu. Es gibt im Falle des Kantons Thurgau eine Ermässigung von rund 12 bis 13 Millionen Franken, die er von den Leistungen abrechnen kann, die bei der Prämienverbilligung anfallen. Man muss also die Rechnung wirklich sorgfältig machen, von Kanton zu Kanton, und man wird sehen, dass mancherorts durchaus Kompensationen stattfinden, weil hier eben auch eine Relation besteht. Die Kantone, die bisher keine oder keine gut ausgebaute Prämienverbilligung hatten, hatten oft einen vergleichsweise tiefen Kostendeckungsgrad und haben bei den Spitälern viel zu eigenen Lasten übernommen. Andere hatten ein anderes System: hohe Spitaltarife bei grosszügig ausgebauter Prämienverbilligung etwa. Es gibt hier also ebenfalls noch Ausgleichsmöglichkeiten.

Abschliessend möchte ich Sie an die Initiative der Sozialdemokratischen Partei und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes erinnern, die Sie abgelehnt haben, die aber immer noch im Raume steht. Diese Initiative sieht vor, von den ungerechten Kopfprämien ganz wegzugehen, um das ganze Krankenversicherungswesen über Lohnprozente zu finanzieren. Wenn die Rechnung dann einmal völlig klar auf dem Tisch liegen wird und beide Varianten genau durchgerechnet sind, dann möchte ich sehen, wie sich das für den einzelnen Stimmbürger rechnet, ob am Schluss nicht möglicherweise eine grosse Mehrheit mit fliegenden Fahnen zu einer solchen Lösung überginge. Deshalb sollte man nun bei der individuellen Prämienverbilligung nicht zurückgehen, sondern an diesem sozialen Pfeiler vollumfänglich festhalten.

Ich bitte Sie, der Kommission zu folgen, die den Kantonen entgegenkommt, die eine Milderung vorsieht, die ihnen mit einem abgestuften Verfahren den Einstieg in die zusätzlichen Kosten erleichtern will. Aber diese Kosten sind tragbar, und sie müssen erbracht werden, wenn wir die Krankenversicherung auch in Zukunft als wirklich sozial ausgestalten wollen.

Frau Meier Josi: Das Ceterum censeo gehört an den Anfang des Votums: Wir sind mit dieser Revision angetreten, um die untragbaren Prämien zu reduzieren bzw. auf 8 Prozent des steuerbaren Einkommens zu begrenzen. Das war ungefähr das Ziel.

Wir haben damals berechnet, wieviel Geld das braucht, und wir haben erkannt, dass wir mehr Mittel als bisher benötigen, die wir dann auch verlangten, nämlich 2 Milliarden Franken vom Bund und 1 Milliarde Franken von den Kantonen.

In der ständerätlichen Kommission haben wir 1992 meines Erinnerns keinen Brief von den Kantonen erhalten. Möglicherweise ging einer an die nationalrätliche Kommission.

Aber ich habe selbst am 17. November 1993, etwa eine Stunde vor Schluss der letzten ständerätlichen Kommissionsitzung, eine Frage gestellt, nämlich: Welche Möglichkeiten haben die Kantone, die durch die Neuregelung der Prämienverbilligung jetzt sehr stark belastet werden – mein Kanton gehört dazu –, weil sie eben nicht auf Vorrat Steuern beziehen konnten, um die Massnahmen zu finanzieren, und weil sie jetzt ohnehin mit den Steuern am Limit sind? Ich habe unter anderem nach den Möglichkeiten eines Aufschubs gefragt.

Wir haben dann die Zahlen nochmals analysiert, und Herr Moser vom BSV hat uns in der Tat vorgetragen, was jetzt Herr Onken ausgeführt hat: dass die Kantone heute schon rund 600 Millionen Franken an direkten Subventionen aufbrächten, allerdings in sehr ungleichem Masse. Für alle Kantone sei also insgesamt mit einer Erhöhung von rund 400 Millionen Franken zu rechnen, und davon könnten noch 140 Millionen Franken bei den Ergänzungsleistungen eingespart werden. Das ergäbe also netto eine Zusatzbelastung der Kantone von 260 Millionen Franken.

Wir haben dann diese Zahlen ohne Widerrede akzeptiert und die Sache einstimmig verabschiedet, ohne dass die Kantone etwas sagten. Zwei Tage nach der Pressekonferenz haben sie dann aufgeschrien.

Beim Kostendeckungsgrad hat Ihnen Herr Onken gesagt, wie das in seinem Kanton bei den Spitälern aussieht. In meinem Kanton ist es gleich: Wir haben Deckungsgrade von 30 und 40 Prozent. Wir bekommen also in Zukunft natürlich auch höhere Beträge von den Patienten.

Bei dieser Lage nun kommen zwei neue Vorschläge, von denen einer den 50-Prozent-Beitrag der Kantone um 20 Prozent und der andere um 25 Prozent reduzieren will. Das sind, bezogen auf die 2 Milliarden Franken Bundesgelder, 400 Millionen oder 500 Millionen Franken. Dabei kommt genau das heraus, was Herr Onken gesagt hat: Das bedeutet dann, dass die Kantone per saldo 140 Millionen oder 240 Millionen Franken weniger geben als bisher. Der Bund müsste mehr geben als jetzt und die Kantone insgesamt weniger als jetzt.

In Artikel 57 haben Sie den Kantonen die Freiheit gegeben, das Geld zu verteilen, wie sie wollen. Das ist doch wohl nicht das, was wir beabsichtigten. Das ist vielmehr ein Hüftschuss, und das setzt ein völlig falsches Signal. Diese 30 Prozent bekommen Sie dann nie mehr weg!

Ich kenne diesen «Laden» jetzt lange genug. Wir müssen andere Signale setzen; wir sollten beschliessen, was Ihnen die Kommission beantragt. Wir sagen damit den Kantonen: «Wir haben begriffen, dass Sie jetzt grössere Schwierigkeiten haben, als es vor einem Jahr vorauszu sehen war. Wir wollen Ihnen Zeit geben, und wir wollen damit gleichzeitig uns Zeit geben, mit dieser Staffelung, die wir in Artikel 98 vorschlagen, die Frage zu öffnen, zuerst neue Modellrechnungen zu machen, zu sehen, ob unsere Zahlen überhaupt Hand und Fuss haben, wie wir das bis jetzt glaubten.»

Dann kann man – das haben wir der Kommission des Nationalrates im Brief gesagt – auf Artikel 58 zurückkommen; aber es soll nicht jetzt schon eine Zahl in Artikel 58 fixiert werden, die wir nachher nicht mehr wegbringen!

Nochmals zurück zum Anfang: Bei Rücksprache mit dem Finanzdirektor meines Kantons habe ich festgestellt, dass in der kantonalen Verwaltung zum Teil mit ganz falschen Zahlen hantiert wurde. Da wurden nämlich die Zahlen aus den dringlichen Beschlüssen hochgerechnet, oder zum Teil wurde mit alten Zahlen gerechnet. Wir haben gesehen, dass die Zahlen des BSV korrekt sind; inzwischen ist auf den neuen Vorschlag zu Artikel 58 aus dem Kanton schon eine ganz andere Reaktion gekommen.

Und noch einmal: Sie werden sehen, dass Ihre Leute unter dem neuen System dereinst viel mehr zahlen als bis jetzt. Es wird nicht bei diesen 11,7 Prozent bleiben. Ich habe in meiner Praxis schon eine Reihe von Beispielen gesehen, wo Leute, die nur die AHV und ganz geringe andere Gelder einnehmen, jetzt schon über 20 Prozent ihres Einkommens für Krankenkassenprämien ausgeben; das wird in etwa so bleiben, wenn sie frühere Grundleistungen als Zusatzleistungen beibehalten wollen. Für sie ist die Verbilligung dringend.

Ich bitte Sie nochmals, die richtigen Signale zu setzen und bei Artikel 98 andere Zahlen vorzusehen, nicht aber hier bei Artikel 58 Zahlen zu zementieren.

**M. Roth:** Je suis aussi désappointé, comme d'autres ici, de l'attitude récente des cantons qui arrivent en dernière minute, alors qu'au début du processus législatif, les représentants de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires nous avaient assurés de leur coopération financière dans les termes qui avaient été choisis.

Il est vrai que certains cantons, et les tableaux qu'on nous a remis le montrent, sont dans une situation difficile, mais cette situation difficile était connue déjà avant. Ce qui sera surtout très difficile dans les prochaines années, c'est la situation des assurés. Et ça, je crois que c'est une préoccupation majeure que nous devons garder à l'esprit. Dans cette perspective, il m'apparaît qu'une autre répartition des charges que celle qui a été choisie initialement par la commission n'est pas justifiée. La solution de répartir, à raison de deux tiers à la Confédération et d'un tiers aux cantons, l'enveloppe de 3 milliards de francs dont on a parlé jusqu'ici me semble adéquate, partant aussi de l'idée que la santé publique reste principalement une affaire cantonale.

Cela dit en introduction, je crois qu'il faut considérer trois choses que je me permets de résumer comme suit. Premièrement, par la suppression des subventions générales aux caisses-maladie – environ 1,3 milliard de francs –, il est clair qu'il y aura des augmentations des primes à ces caisses-maladie. Alors, lorsque les primes s'élèveront rapidement, est-ce qu'on ne va pas assister à un besoin pressant d'un subventionnement à la réduction de ces primes, que les cantons, aujourd'hui réticents, devront quand même bien consentir le moment venu? Car les augmentations seront bien réelles, et elles seront surtout – on l'a laissé entendre ici tout à l'heure – douloureuses pour les revenus modestes et pour les personnes âgées.

Deuxièmement, on remarque, dans les tableaux qui ont été élaborés par l'Office fédéral des assurances sociales, que certains cantons pratiquent déjà maintenant la réduction des primes par des subventions différenciées, surtout d'ailleurs les cantons romands, et que d'autres ont aussi profité des arrêtés urgents pour s'adapter en augmentant leurs subventions pour la réduction des cotisations. Donc, certains cantons ont déjà fait cet effort et ne subventionnent plus les caisses-maladie par des subventions générales.

Troisièmement, il s'agit d'un aspect qui a un caractère plus politique, mais sur lequel on devrait aussi être attentif. Si l'on assiste à un désengagement des cantons dans un domaine qui relève de leurs responsabilités primaires, on peut se poser la question de savoir ce qu'il adviendra de l'engagement massif de la Confédération au moment de reconduire ces subventions tous les quatre ans.

Personne n'a remis en cause jusqu'ici les 2 milliards de francs que la Confédération s'engage à fournir dans ce subventionnement. Mais qu'est-ce qu'il en sera demain si l'on doit constater une molle volonté des cantons de financer la réduction des cotisations? Personnellement, je dois vous dire que j'y

vois une fragilisation à terme du financement de l'assurance-maladie et que j'ai les plus grandes préoccupations à ce sujet. La formulation de l'article 98, qui permet aux cantons de s'adapter d'ici 1998, paraît aller dans le sens d'une solution transitoire qui devrait pouvoir recevoir l'approbation du Conseil des Etats. Le système de subventions comme il avait été prévu constitue tout de même le pilier social de l'assurance-maladie.

In fine, j'aimerais dire ici, pour répondre surtout à l'argument de M. Schoch, qu'il ne me paraît pas nécessaire de créer une divergence avec le Conseil national, puisque tout le monde a indiqué sa disponibilité pour dire que la commission du Conseil national pouvait retravailler cette disposition de l'article 58 alinéa 3, en pleine liberté. Cette divergence qu'on veut créer n'est pas nécessaire, et je crois même qu'elle va à fin contraire parce que, comme l'a dit M<sup>me</sup> Meier Josi, elle donne aussi un signal dans la fausse direction.

C'est la raison pour laquelle je vous prie de suivre la majorité de la commission.

**Schlesser:** Ich möchte vier Bemerkungen machen:

1. Zur Entlastung der Kantone: Herr Onken hat darauf hingewiesen, dass bei den Kantonen eine Entlastung entstehen könnte. Herr Gemperli hat ausgeführt, bei welchen Positionen eine Mehrbelastung der Kantone entstehen wird. Er hat indes eine Position vergessen, die ich hier noch anfügen möchte: Inskünftig werden die Kantone eine zusätzliche Belastung dadurch erfahren, dass sie für die Mehrkosten bei medizinisch bedingter ausserkantonaler Behandlung aufkommen müssen. Dieser Mehraufwand darf nicht unterschätzt werden. Wenn man jetzt also sagt, bei einem Subventionssatz von 30 Prozent würden die Kantone entlastet, so muss diese Aussage mit Vorsicht genossen werden.

2. Zum Antrag der Kommission: Dieser Antrag ist hier in die Diskussion eingebracht worden, obwohl er formell erst bei Artikel 98 zu behandeln ist. Ich möchte zu diesem Antrag nur bemerken: Er beinhaltet nichts anderes als eine Uebergangsbestimmung. Auch bei seiner Annahme bleiben die materiellen Bestimmungen in Artikel 58 bestehen, insbesondere die Vorschrift, wonach der Gesamtbeitrag, den die Kantone zu leisten haben, mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen muss (Abs. 4). Dieser Antrag der Kommission bringt also nur eine vorübergehende Entlastung der Kantone.

3. Darf ich Sie auf den Anhang A 2 der Botschaft hinweisen (Seite 150). Wir haben verschiedene Zahlen gehört; die Zahlenfülle liesse sich weiter vermehren. Ich möchte jedoch nur auf diesen Anhang A 2 hinweisen. Bei einem Einsatz von 3 Milliarden Franken und bei einer Subventionsgrenze von 8 Prozent kämen 61 Prozent der Bevölkerung in den Genuss von Prämienverbilligungen in grösserem oder kleinerem Ausmass.

Wenn wir 2,5 Milliarden Franken einsetzen und die Subventionsgrenze auf 9 Prozent erhöhen, kommen immer noch 52 Prozent der Versicherten in den Genuss von Prämienvergünstigungen. Und wenn wir uns schliesslich vor Augen halten, dass der vorgesehene Beitrag der öffentlichen Hand von rund 2,5 Milliarden Franken nicht mehr auf die ganze Bevölkerung verteilt, sondern auf diejenigen Kreise konzentriert werden soll, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, dann wird dieser Einsatz von 2,5 Milliarden Franken zu erheblichen Prämienverbilligungen führen.

4. Frau Meier Josi hat verschiedene Beispiele erwähnt. Sie hat darauf hingewiesen, dass sich mit dem neuen KVG für weite Kreise massive Prämiensteigerungen ergeben. Das ist unbestritten! Aber aufgrund von Artikel 53 dieses Gesetzes müssen sich für andere Kreise auch Prämienenkungen ergeben, weil nach dieser Bestimmung die Prämien für alle Versicherten grundsätzlich gleich anzusetzen sind. Auch das muss man berücksichtigen.

Ich bitte Sie, hier eine Differenz zu schaffen – darum geht es. Mit dem Antrag der Kommission zu Artikel 98 allein finden wir keine befriedigende, dauerhafte Lösung.

**Schmid Carlo:** Mich hat gestört, dass Herr Onken in seinem Referat von der Abschaffung der Prämienverbilligung gespro-

chen hat. Ich glaube, hier muss man doch einmal deutlich sagen: Auch wenn es so gesagt wird, geht es nicht um eine Abschaffung der Prämienverbilligung.

Ich kann nur unterstreichen, was jetzt Herr Kollege Schiesser gesagt hat: Selbst bei einem Zurückgehen auf 30 Prozent sind wir mit einer Lösung konfrontiert, die es in bestimmten Kantonen durchaus noch erlaubt, ein Drittel der ganzen Bevölkerung prämienfrei zu machen. Ich meine, in diesem Punkt könne man uns nicht asoziales Verhalten vorwerfen.

Was die Kantone betrifft, möchte ich Sie doch auf folgendes hinweisen: Der eine oder die andere hat heute gesagt, die Kantone hätten spät reagiert. Sie haben an sich nicht spät reagiert, ihre Signale sind zum Teil spät aufgenommen worden. Es hat bereits im Mai und im Juni 1992 entsprechende Zirkulare gegeben. Aber lassen wir das einmal dahingestellt.

Für mich ist entscheidend – das müssen wir doch sehen –, dass sich die Situation innerhalb eines Jahres dramatisch geändert hat. Wer hat im Sommer 1992 geglaubt, dass wir in den Kantonen über die Arbeitslosenversicherungskasse zusätzliche Ausgaben von einer Milliarde Franken haben würden? Wer hat vorausgesehen, dass die Ergänzungsleistungen in einer geradezu exponentiellen Art und Weise explodieren? Wer hat daran gedacht, dass wir uns ab Frühjahr 1994 in den Gemeinden in einem erheblichen Umfang mit Ausgesteuerten befassen müssen, wo dann die Kantone ihrerseits – je nach kantonalem Recht – ebenfalls wieder zum Zuge kommen? Das sind neue Tatbestände, die dazu führen, dass wir auch finanziell neu über die Bücher gehen müssen.

Wir vermögen nicht mehr alles. Entweder leben wir auf Pump und kommen in eine Situation, dass wir eines Tages Geld aufnehmen müssen, nur um die Zinsen zu zahlen, oder wir befleissigen uns frühzeitig einer geordneten Finanzpolitik, der halt in Gottes Namen auch die Sozialpolitik unterstellt werden muss.

Ich habe bei der Budgetberatung schon gesagt: Wir sollten uns nicht bei den Budgetberatungen, sei es in den Kantonen, sei es beim Bund, darüber aufhalten, dass wir zuviel ausgegeben haben. Wir müssen die Ausgaben dann in den Händen behalten, wenn wir es können; ich spreche hier aus kantonaler Sicht.

Wenn wir uns nochmals ernsthaft mit diesen Fragen befassen – gestützt auf den Antrag Gemperli –, dann kommen wir zu Lösungen, die nicht eine soziale Not in der Schweiz provozieren. Ganz im Gegenteil, wir werden zielgerecht das tun können, was nötig ist, ohne Geld auszugeben, wo es nicht nötig ist. Ich sagte: «Geld auszugeben, wo es nicht nötig ist.» Hier geben wir zum Teil offenbar Geld aus, obwohl man sparen könnte.

Mit dem Bundesbeschluss 1991 ist eine Summe von 100 Millionen Schweizerfranken für die Prämienverbilligung durch den Bund zugunsten der Kantone freigestellt worden. Es hat acht Kantone gegeben, die an dieser Übung nicht mitgemacht haben, darunter der Kanton Aargau mit rund einer halben Million Einwohnern und der Kanton Graubünden mit rund 170 000 Einwohnern. Insgesamt kommt man auf eine Zahl von gut und gern 700 000 bis 800 000 Schweizern, die an dieser Prämienverbilligung nicht partizipiert haben. Das sind 10 Prozent der Gesamtbevölkerung oder etwas mehr.

Glauben Sie, es seien nur 90 Millionen Franken ausgegeben worden? Nein, die gesamten 100 Millionen Franken mussten ausgegeben werden. Wir sind nicht mehr in der Lage, dort zu sparen, wo Geld vorhanden ist. Man kann sagen, die Gelder wären für diese acht Kantone reserviert gewesen. Der Bund hätte 10 Millionen Franken sparen können. Er hat es nicht getan. Wir teilen Geld aus, und damit müssen wir auch aufhören.

**M<sup>me</sup> Dreifuss**, conseillère fédérale: Permettez-moi de faire un certain nombre de remarques préliminaires avant d'essayer de montrer quelles seraient les conséquences d'une décision dans le sens de la proposition Gemperli ou de la proposition Bisig.

Première remarque, comme l'a dit M<sup>me</sup> Meier Josi, il y a des signaux qui doivent émaner de cette discussion; ce ne sont pas les signaux qui consistent à dire que nous voulons décharger

les cantons de leurs obligations, mais des signaux qui veulent manifester que nous croyons à ce nouveau système tel qu'il a été proposé par mon prédécesseur et tel que vous en avez discuté depuis deux ans. Nous croyons à la solidité de ce système, à l'opportunité d'une modification qui maintienne le système tel qu'il est, mais qui le rende social. Le signal que nous voulons surtout donner, c'est que l'on peut croire dans ce pays à la solidité et à la stabilité financière de ce système.

M. Roth l'a dit, si nous disons aujourd'hui aux cantons: vous ne voulez payer que 500 millions de francs, moins que ce que vous payez maintenant, d'accord, tout à fait d'accord! C'est même le maximum que vous devriez pouvoir payer selon la proposition Gemperli. Je me demande ce que pourrait signifier dans cette loi une prescription qui dit que c'est le maximum de la contribution du canton à un système de subventionnement des primes. Vous limitez là les possibilités des cantons au-delà de ce qui est raisonnable puisque les cantons sont bien obligés de faire davantage que cela.

Mais alors j'ai l'impression d'entendre ici la discussion qui aura lieu dans quatre ans dans cette salle concernant la subvention fédérale. Les arguments de M. Schmid Carlo, je les entends déjà, il viendra dans quatre ans pour dire: «Pourquoi est-ce que la Confédération doit payer? Nous pouvons économiser, nous n'avons pas à distribuer, etc.», je ne vais pas répéter les arguments utilisés. Le signal que nous donnons en déchargeant aujourd'hui les cantons, dans un système fragile par nature puisque c'est de quatre ans en quatre ans que la décision doit être prise, c'est que nous allons jouer au peuple de ce pays exactement le même tour qu'on lui a joué dans les années septante, de lui promettre une augmentation régulière des subventions publiques et, deux ans après, de les supprimer et de mettre toute la charge de l'augmentation des coûts sur les épaules des assurés. Voilà le signal qui sortirait d'une discussion telle que celle-ci, et rien ne peut être plus nocif pour une révision qui, malgré tout, introduit des innovations importantes.

J'aimerais vous rappeler avec quelle émotion la présidente de la commission du Conseil national a dit: «Nous fermons une parenthèse de cent ans en mettant enfin en place un système moderne d'assurance-maladie!» Le signal pourrait être: ce système n'est pas stable, son financement n'est pas assuré, les instances politiques de ce pays ne peuvent pas donner l'assurance, au-delà de ces quatre ans, d'une volonté de faire tout simplement vivre ce système.

Je ne m'arrêterai pas sur le deuxième point, il n'a pas été repris longtemps dans la discussion, mais quelqu'un a quand même évoqué un doute quant à la base constitutionnelle qu'il y aurait dans ce domaine. Je me permets de vous renvoyer tout simplement à la lecture du message de 1981 qui fixait très clairement et après tous les examens nécessaires la compétence constitutionnelle de la Confédération d'amener les cantons à payer leur part dans le financement de ce système, d'autant plus que la responsabilité de base, et de la santé et de la prise en charge des difficultés sociales de nos compatriotes, incombe aux cantons et pas à la Confédération. Encore une fois, c'est des arguments que nous entendrons dans quatre ans, j'en fais le pari, si aujourd'hui nous n'affirmons pas la volonté de financer ce système.

Troisièmement, je le répète, il est vrai que la répartition des tâches entre les cantons, la répartition des subventions aux cantons, la répartition des obligations des cantons, ne sont pas encore satisfaisantes. Je le reconnais, il y a des cantons qui pourraient avoir plus d'argent qu'ils n'en ont besoin et d'autres pourraient ne pas en avoir assez, par rapport à l'objectif social. Ceci doit être repris calmement, d'ici mars.

Je crois que nous avons tous les moyens d'en discuter avec les cantons, je les ai d'ailleurs invités le 21 janvier, avant qu'ils ne lancent leur lettre, pour cela et pour discuter avec eux de la mise en vigueur de cette loi. Bien sûr, nous parlerons moins de la mise en vigueur maintenant que du financement de l'ensemble du système. Nous avons le temps de nous préparer et nous n'avons pas besoin de créer de divergence, Monsieur Schoch. La divergence existe à l'alinéa 3 de cet article, il y a un lien étroit entre la subvention fédérale et les subventions cantonales, une divergence existe déjà et nous avons l'assurance



de la commission du Conseil national qu'on réfléchira à une meilleure solution de ce problème. Il n'y a donc aucun besoin dans ce domaine.

J'aimerais ajouter au calcul qui a été fait de la charge que représente effectivement pour les cantons le fait de passer de la situation actuelle à la situation telle que vous l'aviez décidée dans tous les rounds précédents, non seulement les économies en termes de prestations complémentaires, non seulement les réductions en termes de financement des hôpitaux pour les cantons qui financent davantage que 50 pour cent, mais encore le fait qu'aujourd'hui il y a toute une prise en charge des cotisations qui échappe à la discussion parce qu'elle est le fait des communes.

Les villes, y compris dans les cantons qui actuellement sont la révolte, sont en train de crouler elles aussi sous le poids de la prise en charge des cotisations – c'est par exemple le cas de Lucerne – et il y a là des dizaines ou des centaines de millions de francs en jeu, si l'on se donnait la peine, et nous allons le faire, d'additionner les montants investis par les communes. On verra qu'il y a un besoin dont on n'a pas encore tenu compte, lorsque l'on a fait la facture pour les cantons.

J'en viens au dernier point qui sera de savoir quelle serait la conséquence d'une diminution de la part des pouvoirs publics, qui serait, dans ce cas, une diminution de la part des cantons.

Je vous invite moi aussi à reprendre les trois lignes qui figurent presque à la fin de l'annexe A 1 du message. Nous avons un élargissement des dépenses pour l'assurance-maladie sociale qui a été estimé à peu près à 1,3 milliard de francs en tout. Les décisions que vous avez prises n'ont modifié que de façon marginale l'augmentation du coût total. Nous pouvons partir de l'idée que l'assurance-maladie sociale représente un coût de 15 milliards de francs dans ce pays.

Comment est-ce que ce coût de 15 milliards de francs devrait-il être couvert? Et surtout, comment l'augmentation d'à peu près 1,3 milliard de francs devra-t-elle être couverte? Par une augmentation massive de 770 millions de francs de la participation aux frais – ce sont les malades qui paient 770 millions de francs de plus –, par une augmentation de la part des pouvoirs publics, celle dont nous discutons actuellement et pour laquelle vous considérez que 1,1 milliard de francs serait insupportable en ce qui concerne la part que les cantons doivent assumer.

Alors, qui paiera? Les assurés, bien sûr. Or, dans le système proposé, les assurés devraient être déchargés d'un petit 570 millions de francs. C'est tout ce que les assurés gagnent globalement avec ce système, ces 570 millions de francs. Certains veulent décharger les cantons. C'est simple: ce sont les assurés qui trinqueront. Ils paieront, dans ce cas, à la suite de la révision de la loi à peu près les deux tiers de l'augmentation. Ils paieront ces 770 millions de francs à plein. Ils n'auront pas de réduction des primes. Ce sont les assurés et les malades qui paieront toute la réforme. Est-ce que vous croyez que cette réforme a une chance de passer devant le peuple, si c'est le cochon payant – pardonnez-moi l'expression – qui passera tout simplement à la caisse? Voilà le sens et les conséquences de la proposition qui est faite. Je m'y oppose, au nom du Conseil fédéral, avec détermination.

Par contre, je chercherai avec tout autant de détermination une meilleure solution notamment pour les cantons dont le besoin social n'est pas avéré et pour lesquels une augmentation de leurs subventions serait injustifiée par rapport aux besoins sociaux, alors que dans d'autres cantons elle est nécessaire.

Permettez-moi une dernière remarque que je dois faire en tant que conseillère fédérale romande, ayant assisté hier à un débat absolument passionnant sur l'entente confédérale sous son aspect culturel et linguistique. Regardez quels sont les cantons qui sont actuellement confrontés aux difficultés sociales en matière d'assurance-maladie; regardez également quelles sont les villes qui y sont confrontées: ce sont de nombreuses villes de Suisse alémanique. Vous retrouvez à peu près le même fossé que celui dont nous avons parlé hier. La révolte contre la proposition du Conseil fédéral est menée par des cantons qui, hier, se sentaient préoccupés par les clivages

dans ce pays et qui, par leurs propositions, accroissent ces clivages dans un domaine plus sensible que le domaine culturel et linguistique, dans le domaine social.

#### *Abs. 4 (Zuständigkeit) – Al. 4 (compétence)*

##### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag Gemperli	18 Stimmen
Dagegen	10 Stimmen

#### *Abs. 4 (Sätze) – Al. 4 (taux)*

**Präsident:** Herr Schoch hat seinen Antrag zurückgezogen.

##### *Abstimmung – Vote*

##### *Eventuell – A titre préliminaire*

Für den Antrag Gemperli	19 Stimmen
Für den Antrag Bisig	3 Stimmen

##### *Definitiv – Définitivement*

Für den Antrag Gemperli	23 Stimmen
Dagegen	10 Stimmen

#### **Art. 62 Abs. 3**

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### **Art. 62 al. 3**

*Proposition de la commission*  
Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber, Berichterstatter:** Wir sind inzwischen von der obligatorischen Grundversicherung zur Krankenpflegeversicherung, zur freiwilligen Taggeldversicherung, gelangt. Der bisherige Versicherer hat für die Information des Versicherten über sein Freizügigkeitsrecht zu sorgen. Er muss die Information nicht unbedingt selber durchführen. Unsere Kommission hat das geprüft und beantragt Ihnen, dem Nationalrat zuzustimmen.

#### *Angenommen – Adopté*

#### **Art. 63 Abs. 2**

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### **Art. 63 al. 2**

*Proposition de la commission*  
Adhérer à la décision du Conseil national

#### *Angenommen – Adopté*

#### **Art. 64 Abs. 1, 2, 4, 5**

##### *Antrag der Kommission*

##### *Abs. 1*

Festhalten

##### *Abs. 2, 4*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

##### *Abs. 5*

Bei Kürzung des Taggeldes infolge Ueberentschädigung nach Artikel 70 Absatz 2 hat der arbeitsunfähige Versicherte Anspruch auf den Gegenwert von 720 vollen Taggeldern. Die Fristen für den Bezug des Taggeldes verlängern sich entsprechend der Kürzung.

#### **Art. 64 al. 1, 2, 4, 5**

##### *Proposition de la commission*

##### *Al. 1*

Maintenir

##### *Al. 2, 4*

Adhérer à la décision du Conseil national



**Al. 5**

Lorsque l'indemnité journalière est réduite par suite d'une surindemnisation selon l'article 70 alinéa 2, la personne atteinte d'une incapacité de travail a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes. Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction.

**Abs. 1 - Al. 1**

**Huber**, Berichterstatter: Die Kommission schlägt Ihnen einhellig Festhalten vor. Subsidiäre Deckung des Unfallrisikos darf nicht ausgeschlossen werden. Ich bitte Sie, so zu entscheiden.

**Angenommen – Adopté****Abs. 2, 4, 5 – Al. 2, 4, 5**

**Huber**, Berichterstatter: Bei all diesen Bestimmungen stimmt die Kommission im Grundsatz dem Nationalrat zu. Ich bitte Sie, dies ebenfalls zu tun. Absatz 5 beinhaltet verfahrensrechtliche Präzisierungen.

**Angenommen – Adopté****Art. 66 Abs. 3****Antrag der Kommission**

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 66 al. 3****Proposition de la commission**

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber**, Berichterstatter: Die Kommission beantragt Ihnen, dem Nationalrat zuzustimmen. Gestrichen ist die Bestimmung, wonach es kein Mutterschaftsgeld gibt, wenn eine gesundheitsgefährdende Arbeit ausgeführt wird.

**Angenommen – Adopté****Art. 69****Antrag der Kommission**

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Proposition de la commission**

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber**, Berichterstatter: Die Kommission stimmt dem Nationalrat zu, der den letzten Satz von Artikel 69 gestrichen hat. Damit fällt die Kompetenz des Bundesrates zur Begrenzung der Prämienabweichungen in der Kollektivtaggeldversicherung weg. Es geht um ein Problem der Solidarität innerhalb der Kasse, zwischen Kollektiv- und Einzelversicherung. Nach Ansicht des Nationalrates ist es bei der freiwilligen Taggeldversicherung nicht nötig, diese Möglichkeit speziell vorzusehen. Schwierigkeiten ergeben sich vor allem in der Krankenpflegeversicherung mit der Entsolidarisierung.

Die Kommission hat sich mit einigen Bedenken, aber immerhin mit klarem Stimmenverhältnis dem Nationalrat angeschlossen. Ich beantrage Ihnen, das auch zu tun.

**Angenommen – Adopté****Art. 74 Abs. 3****Antrag der Kommission**

.... kostenlos die notwendigen Auskünfte und Unterlagen für:  
a. die Ausübung des Rückgriffsrechts nach Artikel 35 Absatz 3;

b. die Festsetzung der Prämienverbilligung nach Artikel 57.

**Art. 74 al. 3****Proposition de la commission**

.... gratuitement à la demande des autorités cantonales compétentes les renseignements et documents nécessaires à:

- a. l'exercice du droit de recours prévu à l'article 35 alinéa 3;
- b. la fixation de la réduction des primes prévues à l'article 57.

**Huber**, Berichterstatter: Wir haben hier die Fassung des Nationalrates ergänzt. Die Versicherer müssen den Kantonsbehörden kostenlos nicht nur die für die Festsetzung der Prämienverbilligung, sondern auch die für den Ausgleich des Regresses – nach Artikel 35 Absatz 3, wir haben darüber diskutiert – notwendigen Auskünfte geben. Dies soll der Vereinfachung der Regressabwicklung dienen. Die Krankenversicherer können zusammen mit den Kantonen und den Haftpflichtversicherern Regressabkommen abschliessen, welche eine ganz erhebliche Erleichterung bei der Durchführung der Regresse mit sich bringen. Solche Vereinbarungen gibt es schon heute. Ich bitte Sie, dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

**Angenommen – Adopté****Art. 87****Antrag der Kommission**

Festhalten

**Proposition de la commission**

Maintenir

**Huber**, Berichterstatter: Die Kommission beantragt Ihnen Festhalten am Beschluss unseres Rates, der dem Entwurf des Bundesrates zugestimmt hatte.

Der Grund liegt darin: Wir brauchen das alles, was der Nationalrat hineingenommen hat, gar nicht aufzuführen, weil es die Verordnung vom 17. Juni 1991 über das Vernehmlassungsverfahren gibt. Diese regelt das Nötige. Es braucht keine besondere diesbezügliche Bestimmung im Krankenversicherungsgesetz.

**Angenommen – Adopté****Art. 88 Abs. 2, 5****Antrag der Kommission**

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 88 al. 2, 5****Proposition de la commission**

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber**, Berichterstatter: Bei Absatz 2 von Artikel 88 geht es um die Aenderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Wir haben gewisse Anpassungen vorgenommen. Wir haben auch neu statuiert: «Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen .... sehen die Kantone ein einfaches und rasches Verfahren vor» (Art. 47 Abs. 2 VAG), das – so Artikel 47 Absatz 3 – in der Regel kostenlos ist, ähnlich wie im Arbeitsvertrags- und im Mietrecht.

Da muss ich für die noch anwesenden Juristen vielleicht etwas sagen: Wir sind vor der schwierigen Frage gestanden, ob man für die Sozialversicherung in der Form der sozialen Krankenversicherung und insbesondere in der Form der Zusatzversicherung im Prinzip einen Rechtsweg oder getrennte Rechtswege vorsehen müsse.

In der Kommission ist die Meinung vertreten worden, dass ich im Plenum sagen soll, dass es die Fassung des Nationalrates den Kantonen erlaube, den gleichen Rechtsweg wie für die Beurteilung der Fälle aus der Grundversicherung zu wählen. Mit anderen Worten: Man regelt das unterschiedlich, aber man führt es am Schluss im Prinzip bei einem Richter zusammen, damit man nicht eine zweigleisige Rechtsprechung im Bereich der Grund- und der Zusatzversicherung hat. Dabei sind die materiellen Verhältnisse bei der Zusatzversicherung vom Zivilrecht und bei der Grundversicherung vom öffentlichen Recht geordnet, und der Richter muss die unterschiedlichen Rechtsordnungen zur Anwendung bringen. Wir erwarten, dass das schwierige Problem des getrennten Rechtsweges hier von den Kantonen in dieser Art geregelt werden kann. Wir bitten Sie daher, dem Nationalrat zuzustimmen.

**Angenommen – Adopté**

**Art. 93 Abs. 2, 4***Antrag der Kommission*

Abs. 2

Festhalten

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 93 al. 2, 4***Proposition de la commission*

Al. 2

Maintenir

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil national

*Abs. 2 – Al. 2*

**Huber**, Berichterstatter: Es ist ja inzwischen bekanntgeworden, dass wir bei den Ergänzungsleistungen bei einem voll ausgebauten System, das gegenwärtig etwas aufgehalten wird, zu einer Einsparung von rund 140 Millionen Franken kommen. Als Ersatz für den Wegfall des Abzugs der Krankenkassenprämie gibt es eine einmalige Erhöhung der für den EL-Bezug massgebenden Einkommensgrenze bzw. eine entsprechende Erhöhung des Betrages für die persönlichen Auslagen von Heimbewohnern. Hier handelt es sich um einmalige Massnahmen, damit diese Kompensation vermieden und ausgetragen werden kann.

Wir haben das mit dem BSV noch speziell abgesprochen und beantragen Ihnen, dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté**Abs. 4 – Al. 4*

**Huber**, Berichterstatter: Bei Absatz 4 empfehlen wir Ihnen Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates.

Unter dem geltenden Recht bereits tätige Vertrauensärzte, die Erfahrung haben und sorgfältig ausgewählt worden sind, können unter dem neuen Recht weitermachen. Die Bestimmungen sind mit Ausnahme der Zulassungsvoraussetzungen auf sie anwendbar. Das, was wir neu statuieren, ist anzuwenden; aber sie können weitermachen, weil sie als Vertrauensärzte bis anhin Kriterien des geltenden Rechts erfüllt haben – und zwar Kriterien, bei denen die Latte oft höher liegt, als sie jetzt durch unsere Legiferierung gelegt wird.

Wir beantragen Ihnen, dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté***Art. 94 Abs. 5***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 94 al. 5***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber**, Berichterstatter: Wir beantragen Ihnen hier ebenfalls, dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen. Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung. Die Bestimmung bezieht sich nur auf private Versicherungseinrichtungen, welche die soziale Krankenversicherung durchführen.

*Angenommen – Adopté***Art. 97 Abs. 4***Antrag der Kommission*

Festhalten, aber:

.... Gesetzes befristet. Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich unter Wahrung der Anreize zur Kostenersparung durch die Versicherer.

*Antrag Plattner*

Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich unter Wahrung der Anreize zur Kostenersparung durch die Versicherer.

(Falls dem Antrag stattgegeben wird, sollte Artikel 97 im Kapitel 5 als Artikel 53bis untergebracht werden.)

**Art. 97 al. 4***Proposition de la commission*

Maintenir, mais:

.... de la présente loi. Lorsqu'il édicte des dispositions pour la compensation des risques, le Conseil fédéral veille à inciter l'assureur à appliquer les principes d'économie des coûts.

*Proposition Plattner*

Lorsqu'il édicte des dispositions pour la compensation des risques, le Conseil fédéral veille à inciter l'assureur à appliquer les principes d'économie des coûts.

(Si cette disposition est adoptée, il conviendrait de déplacer tout l'article 97 au chapitre 5 pour en faire l'article 53bis.)

**Huber**, Berichterstatter: Die Kommission beantragt, dass der Risikoausgleich auf die Dauer von zehn Jahren begrenzt bleibt. Der vom Nationalrat beschlossene permanente Risikoausgleich ist nicht erforderlich. Die Risikostrukturen werden sich von alleine ausgleichen, sobald die volle Freizügigkeit spielt, das heisst, sobald allen Versicherten klargeworden ist, dass der Kassenwechsel nicht mehr die heute üblichen Nachteile, Vorbehalte, Prämien erhöhungen nach sich zieht.

Ich bitte Sie sehr, hier Ihrer Kommission zu folgen. Ein Abweichen in Richtung einer «ewigen Perpetuierung» des Risikoausgleichs würde einen ganz dezidierten Widerstand nach sich ziehen. Aus referendumpolitischen Gründen möchten wir dies nicht, sondern wir denken immer noch daran, das Gesetz über die Runden zu bringen.

**Plattner**: Ich weiss, dass den letzten die Hunde beiessen, und da werde ich jetzt gebissen werden. Aber ich kann trotzdem nicht darauf verzichten, rasch zu begründen, wo der logische Fehler, den die Kommission macht, liegt.

Der Kommissionspräsident sagt, der Risikoausgleich sei nach zehn Jahren nicht mehr nötig. Im nächsten Satz sagt er, wenn man ihn trotzdem beibehalte, gebe es einen enormen Widerstand. Da ist ein Widerspruch. Wenn der Risikoausgleich nicht mehr nötig ist, würde es auch niemanden stören, wenn er nach zehn Jahren noch existiert. Es wäre ein Artikel ohne inneres Leben. Es wäre ein Artikel, der keine Geldströme mehr auslösen würde. Wenn er Referendumsdrohungen hervorruft, dann deshalb, weil es ganz klar ist, dass nach zehn Jahren die ganze Diskussion um den Risikoausgleich keineswegs unnötig und beendet sein dürfte. Soviel zu der inneren Widersprüchlichkeit des Antrages der Kommission.

Es wird behauptet, der Risikoausgleich sei nicht mehr nötig, weil sich die Mitgliederstruktur innert zehn Jahren durchmischen werde. Ich bezweifle das, und offenbar auch diejenigen, die das Referendum gegen einen zeitlich nicht begrenzten Risikoartikel ergreifen würden; ja, sie hoffen vielleicht sogar, dass es nicht so sein werde. Es hat in diesem Gesetz keine Mechanismen, die zu einer Durchmischung der Mitgliederstruktur führen. Es hat aber immer noch Mechanismen, die sie verhindern. Einer davon sind die Zusatzversicherungen, die frei abgemacht werden können und mit denen man Leute sowohl anbinden als auch abschrecken kann. Ein anderer Mechanismus sind die HMO (Health Maintenance Organizations). Ich bin selber in einer. Ich kann jederzeit aus meiner HMO wieder in die normale Krankenkasse hinüberwechseln. Wenn Sie wollen, dass die HMO nicht unendlich grosse Vorteile erhalten, indem sie die Leute ab etwa 65 Jahren langsam in die normalen Kassen zurückgeben, müssen Sie dafür sorgen, dass auch die HMO nach zehn Jahren noch einem Risikoausgleich unterworfen sind. Mir persönlich könnte es recht sein, aber ich rede im Interesse des Ganzen.

Ich bitte Sie, dem Nationalrat zu folgen und diese Beschränkung nicht vorzunehmen, sondern einen unbeschränkten Risikoausgleich zuzulassen. Sonst stecken Sie einen marktwirt-

schaftlichen Anreiz für die Krankenkasse ins Gesetz, jetzt zehn Jahren lang durchzuhalten und sich nachher wieder mit einem jüngeren Bestand an Versicherten gesundzustossen.

**Huber, Berichterstatter:** Ich glaube, wir verstehen uns nicht ganz, Herr Kollege Plattner. Sie schlagen in Ihrem Antrag vor, den Zusatz der Kommission zu streichen. Gemäss dem mir vorliegenden Antrag Plattner ist folgender Satz zu streichen: «Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich unter Wahrung der Anreize zur Kostenersparung durch die Versicherer.» Ist es die Meinung, dass dieser Satz stehenbleiben soll und das übrige gestrichen wird?

**Plattner:** Kollege Huber, Sie lesen den Antrag falsch. Der erste Satz gemäss Kommissionsantrag soll gestrichen werden; es ist jener mit der Beschränkung.

Der zweite Satz, den die Kommission neu hinzugefügt hat – Risikoausgleich unter Wahrung der Anreize zur Kostenersparung –, soll bestehen bleiben. Denn damit bin ich natürlich einverstanden.

**Huber, Berichterstatter:** Die Missverständnisse haben sich geklärt. Die unorthodoxe Art von Herrn Plattner ist hier dargelegt worden, dass man das anders macht. Wir haben es begriffen. Ich darf Ihnen sagen, dass die Kommission die Version Risikoausgleich auf die Dauer von zehn Jahren – mit dem Zusatz, den wir eingefügt haben und der auch nach Meinung unseres Kollegen Plattner stehenbleiben soll – mit 7 zu 1 Stimmen beschlossen hat.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	24 Stimmen
Für den Antrag Plattner	2 Stimmen

#### Art. 98

##### Antrag der Kommission

###### Abs. 1

.... bis zum Jahre 1998, betragen ....

– für 1995: 1830 Millionen Franken

– für 1996: 1940 Millionen Franken

– für 1997: 2050 Millionen Franken

– für 1998: 2180 Millionen Franken

###### Abs. 2 (neu)

Für die ersten vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, höchstens aber bis zum Jahre 1998, entspricht der Gesamtbeitrag, um den die Kantone den Bundesbeitrag aus eigenen Mitteln mindestens zu erhöhen haben, folgenden Prozentsätzen des Bundesbeitrages:

– für 1995: 35 Prozent

– für 1996: 40 Prozent

– für 1997: 45 Prozent

– für 1998: 50 Prozent

#### Art. 98

##### Proposition de la commission

###### Al. 1

.... jusqu'en 1998, ....

– pour 1995: 1830 millions de francs

– pour 1996: 1940 millions de francs

– pour 1997: 2050 millions de francs

– pour 1998: 2180 millions de francs

###### Al. 2 (nouveau)

Pour les quatre premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, mais au plus tard jusqu'en 1998, le montant global que les cantons devront ajouter à leur part du subside fédéral représentera:

– pour 1995: 35 pour cent

– pour 1996: 40 pour cent

– pour 1997: 45 pour cent

– pour 1998: 50 pour cent

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 98 stimmen wir dem Beschluss des Nationalrates zu, den Bundesbeitrag für die ersten vier Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes progres-

siv zu staffeln. Dadurch bleibt der Prämienverbilligungseffekt der Beiträge der öffentlichen Hand besser erhalten. Mit einem gewissen Kostenanstieg, das ist in der Debatte unbestritten geblieben, ist realistischerweise nämlich immer zu rechnen. Gründe hierfür sind insbesondere die Altersstruktur, der medizinische Fortschritt, die sich dadurch ändernden Bedürfnisse, die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung. Am Gesamtbeitrag des Bundesbeitrages für die ersten vier Jahre – 8 Milliarden Franken – ändert sich nichts.

Ihre Kommission hat mit Rücksicht auf die für den 1. Januar 1995 in Aussicht genommene Inkraftsetzung die Jahreszahlen in diesem Uebergangartikel angepasst. Das wären die Bemerkungen zum ersten Block, der anzutreffen ist.

Zu den Bemerkungen zu unserem Antrag: Dieser Antrag ist meines Erachtens obsolet geworden. Ich habe kein Mandat seitens der Kommission, aber als deren Präsident würde ich den Antrag dennoch zurückziehen, sofern nicht Kolleginnen und Kollegen aus der Kommission eine andere Optik haben und anderes beantragen.

**Schoch:** Ich bin etwas anderer Meinung als Herr Huber. An sich stimmt es zwar schon, dass der Antrag zu Absatz 2 von Artikel 98 durch die Zustimmung zum Antrag Gemperli obsolet geworden ist. Aber mir ging es im Zusammenhang mit dem Antrag Gemperli um die Schaffung einer Differenz. Ich muss Ihnen offen gestehen, dass diese Differenz mit dem zahlenmässigen Ergebnis der Zustimmung zum Antrag Gemperli etwas radikaler geschaffen worden ist, als es eigentlich meiner Meinung entsprach. Immerhin haben wir jetzt diese Differenz, aber ich würde Ihnen, sozusagen im Sinne der ausgleichenden Gerechtigkeit, und um ein Zeichen zu setzen, im Hinblick auf die spätere Bereinigung dieser Differenz im Nationalrat beantragen, über Absatz 2 von Artikel 98 doch abzustimmen und ihn einfach im Gesetzentwurf stehenzulassen. Der Nationalrat wird diese Frage dann schon bereinigen.

**Präsident:** Darf ich Herrn Schoch entgegnen, dass das inkohärente Entscheiden der Kammer wären? Dann müssten wir meines Erachtens Rückkommen auf Artikel 58 beschliessen, weil diese Artikel einander ausschliessen.

**Huber, Berichterstatter:** Ich bin Herrn Schoch für die Interpretation, wie es sich aus seiner Sicht abgespielt hat, sehr dankbar. Der Nationalrat wird darüber durchaus seine Ueberlegungen anstellen. Ich glaube aber, dass wir eine ernsthafte, in sich geschlossene Gesetzgebung haben müssen; das führt dazu, dass dieser Antrag auf Staffellung, der von uns neu gestellt worden ist, nach dem Ausgang der Abstimmung über Artikel 58 Absatz 4 klar entfällt. Er bleibt – das sage ich jetzt ausdrücklich – bei den Materialien als eine Anregung, wie das Problem, das von Frau Bundesrätin Dreifuss ebenso erkannt wurde wie von Mehrheit und Minderheit, möglicherweise auch noch gelöst werden könnte.

In diesem Sinne möchte ich Sie bitten, meinem Streichungsantrag zuzustimmen, aber das andere wirklich bei den Materialien zu belassen, damit Handlungsfreiheit besteht. Bitte gehen Sie diesen Weg!

**Mme Dreifuss, conseillère fédérale:** La divergence porte sur la date d'entrée en vigueur. Nous la retrouverons, en fait, à l'article qui fixe cette date d'entrée en vigueur. J'ai averti la commission de la difficulté qu'il pourrait y avoir à faire entrer la loi en vigueur le 1er janvier 1995. J'ai pris acte, bien sûr, de la déception de la commission puisqu'il semble qu'au cours des années précédentes, cette date avait toujours été présentée comme la date normale d'entrée en vigueur de cette nouvelle loi. Il est clair que l'entrée en vigueur devra être précédée par une ordonnance d'introduction. Un certain nombre de délais étant fixés quant à l'inscription des partenaires dans ce système, qui doit se faire avant l'entrée en vigueur de la loi, il y a effectivement une difficulté majeure à réaliser cette entrée en vigueur à la date que tout le monde, semble-t-il, espérait.

Deuxièmement, je vous rappelle que les cantons, auxquels vous avez prêté une oreille très attentive – disons, ce soir, pour le moins –, demandent que l'entrée en vigueur ait lieu le

1er janvier 1996. Ce sont eux qui doivent faire les lois d'application en vertu de l'article 57. Vous leur donnez la liberté de choisir leur système, laissez-leur aussi le temps de le mettre en place! Ceci milite en faveur de l'entrée en vigueur le 1er janvier 1996 et non pas le 1er janvier 1995.

Etant donné la prise de position de la commission qui nous demandait de tout entreprendre pour essayer de réaliser l'entrée en vigueur le 1er janvier 1995, position que j'ai d'ailleurs communiquée immédiatement au Conseil fédéral, nous cherchons les voies d'une entrée en vigueur partielle, parce que nous n'y arriverons pas pour l'ensemble le 1er janvier 1995. Les effets sur le besoin de subventions, entre autres, me paraissent encore assez nébuleux au stade actuel. Laissons à la phase finale de la discussion le soin de trancher quant à cette entrée en vigueur. Je suis tout simplement obligée de faire des réserves quant à la décision que la commission vous propose. Oui, nous ferons tout ce qui est possible; il n'est pas sûr que nous y arrivions et, dans ce sens-là, il n'est pas sûr que cet article soit applicable.

**Schoch:** Bei Absatz 2 kann ich mich – nachdem ich Gelegenheit hatte, zu deponieren, was mir am Herzen lag – der Auffassung von Herrn Huber anschliessen.

*Abs. 1 – Al. 1*

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2 – Al. 2*

*Angenommen gemäss modifiziertem Antrag der Kommission*

*Adopté selon la proposition modifiée de la commission*

**Art. 99 Abs. 2**

*Antrag der Kommission*

Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten. Er kann die Fristen in den Artikeln 90 Absatz 1, 91 Absatz 1 und 92 verkürzen.

**Art. 99 al. 2**

*Proposition de la commission*

Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur. Il peut raccourcir les délais prévus aux articles 90 alinéa premier, 91 alinéa premier et 92.

**Huber, Berichterstatter:** Bei Artikel 99 liegen die Dinge so, dass der Bundesrat das Inkrafttreten bestimmt. Er soll nach dem Antrag der Kommission die Fristen in den Artikeln 90 Absatz 1, 91 Absatz 1 und 92 verkürzen können. Wir wollen von unserer Seite her nochmals eine Handhabe bieten, damit man allenfalls die Versprechungen realisieren kann, die wir ja alle im Hinblick auf das Inkrafttreten abgegeben haben.

Die erwähnten Fristen betragen jeweils sechs Monate. Sie betreffen die Anmeldung der bestehenden Kassen zur Teilnahme am neuen System, die Abmeldung von bestehenden Kassen aus der Sozialversicherung und die Anmeldung der Privatversicherer zur Teilnahme am neuen System.

Die Kommission empfiehlt Ihnen, diesem Artikel 99 in dieser Fassung zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

*An den Nationalrat – Au Conseil national*

## Fünfte Sitzung – Cinquième séance

Montag, 7. März 1994, Nachmittag  
Lundi 7 mars 1994, après-midi

17.15 h

Vorsitz – Présidence: Jagmetti Riccardo (R, ZH)

**Präsident:** Ich begrüße Sie zur zweiten Sessionswoche und heisse insbesondere Herrn Kollege Delalay in unserem Kreis willkommen. Er hat sich offenbar gut erholt. Wir freuen uns, dass er wieder an unseren Debatten teilnehmen kann.

91.071

### Krankenversicherung. Revision Assurance-maladie. Révision

Differenzen – Divergences

Siehe Jahrgang 1993, Seite 1072 – Voir année 1993, page 1072  
Beschluss des Nationalrates vom 1. März 1994  
Décision du Conseil national du 1er mars 1994

**Huber Hans Jörg (C, AG), Berichterstatter:** Ich glaube, es ist richtig, dass man beim jetzigen Stand der Dinge einen kurzen Überblick gibt, bevor wir zu den einzelnen Paragraphen der Differenzvereinbarung kommen. Ich möchte Ihnen beliebt machen, dass Sie mir diese Möglichkeit einräumen.

Es ist vielleicht gut, vor einer Differenzvereinbarung, also der geistigen und politischen Beschäftigung mit Details, noch einmal das Ganze zu sehen. Dabei ist zu bedenken, dass die Krankenversicherung einen Drittel des Systems Gesundheitswesens ausmacht. Nicht das ganze Gesundheitswesen, wie manchmal fälschlicherweise gesagt wird, ist Gegenstand unserer Beratungen, sondern die Krankenversicherung, aber diese immerhin in ihrer ganzen Dimension.

Wir brauchen eine neue Krankenversicherung, weil die ständig steigenden Prämien – für welche die Krankenversicherung nicht allein die Verantwortung trägt – von sozial schwachen, alten Menschen, von kinderreichen Familien bis weit in den Mittelstand hinein – im Jahr der Familie – kaum mehr getragen werden können.

Wir brauchen eine Totalrevision, weil der Finanzierungsmodus nach Giesskannenprinzip falsch ist und wir ihn durch gezielte Subventionen ersetzen müssen. Wir brauchen eine Totalrevision, weil die Beteiligung der öffentlichen Hand am ausserordentlich gestiegenen Prämienvolumen grösser werden muss, damit die Krankenversicherung eine Sozialversicherung bleibt. Wir brauchen eine Totalrevision, weil wir kostengünstige Lösungen fördern, die Vergeudung und den Missbrauch einschränken wollen.

Wir wollen eine Krankenversicherung, die das Arzt-Patienten-Verhältnis, Kern der Therapie, nicht beeinträchtigt. Wir meinen, dass es richtig ist, die obligatorische Versicherung, die den privaten Versicherern geöffnet wird, mit einem modernen Leistungskatalog auszugestalten; mit einem Leistungskatalog, der auch für die Zukunft der Medizin und Pflege gerüstet ist.

Wir möchten nicht rückwärts legiferieren, sondern wir möchten auch einmal für die Zukunft legiferieren. Wir meinen, dass die Strukturen mehr dem Markt und dem Wettbewerb als zünftigem Denken gehorchen müssen. Das gilt für Verbände und Kassen, insbesondere auch für Kassen, die sich offenbar gerade jetzt neu kartellieren.

Wir legen Wert darauf, die Primärverantwortung der Kantone dort aufrechtzuerhalten, wo die öffentliche Hand zuständig ist. Das allein stellt die dezentrale Versorgung sicher. Wir wollen Freizügigkeit und Solidarität, weil sie die Voraussetzungen für Markt und Wettbewerb sind. Wir wollen diese Revision, weil sie gut und gründlich vorbereitet wurde, weil es eine Totalrevision ist, die dort, wo es notwendig ist, Neues statuiert und Bewährtes weiterträgt.

Die Kommission des Ständerates hat sich aus dieser Haltung heraus gegenüber dem Nationalrat flexibel gezeigt und ihrerseits – so hoffe ich – wesentlich zum guten Ende der parlamentarischen Arbeit und der Beratungen beigetragen.

Wir haben vom Nationalrat 17 Differenzen zurückerhalten, und wir haben bei 13 dieser Differenzen in der Kommission Zustimmung gefunden, so dass wir Ihnen nur bei vier Differenzen Festhalten beantragen und damit die Vorlage unter Umständen, sofern Sie diesem Kurs folgen, mit einer relativ kleinen Zahl von Differenzen – die allerdings zumindest in einem Fall gewichtig sind – in den Nationalrat zurückgeben können.

#### Art. 15a, 15b, 15c

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber Hans Jörg (C, AG), Berichterstatter:** Artikel 15a bis 15c sind vom Nationalrat zu uns gekommen, Artikel 15a trägt das Marginale «Förderung der Verhütung von Krankheiten»; Sie sehen, dass dieser ganze Abschnitt 2a erst in der ersten Lesung des Nationalrates Einzug gefunden hat.

Der Ständerat hat in der zweiten Lesung in seiner Kommission den Abschnitt mit 10 zu 1 Stimmen abgelehnt, und das Plenum hat mit 27 zu 4 Stimmen der Streichung zugestimmt, wie Sie auf der Fahne sehen.

Das nationalrätliche Plenum seinerseits hat einhellig die von seiner Kommission modifizierten, gerafften und meiner Meinung nach auch etwas verbesserten Artikel 15a und 15b mit 104 zu 45 Stimmen angenommen; das ist also eine sehr klare Aussage.

Wir haben bei der Beratung der Vorlage das letzte Mal in diesem Rat zu erkennen gegeben, dass wir unter Umständen bereit wären, die Normen der kollektiven Prävention in eine Verrechnung – wenn ich das so sagen darf – zum Selbstbehalt bei der individuellen Prävention zu bringen. Wir haben uns entsprechend entschieden.

Wir beantragen Ihnen einstimmig, hier den Artikeln 15a und 15b zuzustimmen. Das bedeutet auf der anderen Seite, dass der Selbstbehalt in der Prävention eingeführt wird, also keine Mehrbelastung der Vorlage entsteht, sondern die Gewichte verlagert werden. Es ist hier ein politischer Entscheid zu fällen. Die Kommission ist einstimmig der Meinung, man möchte auf diese Art kollektive und individuelle Prävention gegeneinander abwägen.

Ich empfehle Ihnen, dem Nationalrat zu folgen.

Angenommen – Adopté

#### Art. 31 Abs. 3

Antrag der Kommission

Festhalten, aber:

.... gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei ....

Antrag Morniroli

Festhalten

#### Art. 31 al. 3

Proposition de la commission

Maintenir, mais

.... aux pharmaciens. Ils tiennent compte ....

Proposition Morniroli

Maintenir

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstätter: Artikel 31 Absatz 3 und Artikel 93 Absatz 2 beinhalten im Prinzip die Frage der Selbstdispensation. Das ist eine Frage, in der die beiden Räte seit Beginn der Beratung geteilter Meinung sind.

Bundesrat und Nationalrat sind der Meinung, dass die Selbstdispensation in Zukunft durch den Bund geregelt werden soll; der Ständerat ist durchs Band weg der Meinung, dass hier weiterhin die Kantone zuständig sein sollen.

Wir haben in der ersten Lesung mit 24 zu 4 Stimmen in dem Sinne entschieden, dass die Selbstdispensation eine kantonale Angelegenheit sei.

In der zweiten Lesung lag uns dann der Eventualantrag der Minderheit Coutau vor, mit dem Inhalt, wie Sie ihn jetzt auf der Fahne als Bestandteil von Artikel 31 Absatz 3 finden: «Sie berücksichtigen dabei die Zugangsmöglichkeit der Patienten zu einer Apotheke.» Wir haben dieser Fassung beinahe zugestimmt; sie ist damals im Ständerat mit 19 zu 17 Stimmen abgelehnt worden. Mit 25 zu 12 Stimmen haben wir unsere Intention, die Selbstdispensation sei den Kantonen zu überlassen, bekräftigt.

Die Gründe: Wir sind der Meinung, dass es sich im Bereich der Selbstdispensation um einen zentralen Punkt der Versorgung handelt und dass die Primärverantwortlichkeit im Gesundheitswesen nach wie vor bei den Kantonen liegt. Es ist uns bekannt, dass die Lösungen, die die Kantone gefunden haben, völlig unterschiedlicher Natur sind. Ich gebe zu bedenken, dass der Kanton Appenzell Innerrhoden beispielsweise 95 Prozent Selbstdispensation aufweist, während der Kanton Waadt 1 Prozent Selbstdispensation hat. Als schweizerisches Mittel gilt der Kanton Bern mit rund 63 Prozent Selbstdispensation.

Diese kantonalen Ordnungen, das habe ich das letzte Mal bereits ausgeführt, sind durch Entscheide der kantonalen Souveräne gefallen; es scheint mir politisch ausserordentlich riskant zu sein, sie mit einem bundesrechtlichen Federstrich eliminieren, vereinheitlichen zu wollen.

Der Nationalrat hat nun die Lösung, die Sie auf der Fahne finden, mit 126 zu 24 Stimmen angenommen. Er hat dabei weiterhin die Bundeskompetenz statuiert, aber den Zusatz der seinerzeitigen Minderheit Coutau im Ständerat übernommen. Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass die ins Französische übersetzte Formulierung noch ein Missverständnis enthält. Unsere Lösung geht dahin, dass wir nach wie vor der Meinung sind, die Kantone seien auf diesem Gebiet zuständig. Dann muss es aber heissen: «Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten zu einer Apotheke.» Damit ist das richtiggestellt. Zusammenfassend: Ihre Kommission schlägt Ihnen mit 7 zu 4 Stimmen vor, an unserer Lösung festzuhalten, dem Nationalrat aber immerhin mit dem zweiten Satz, der eine Einschränkung ist, entgegenzukommen. Ich bitte Sie, in diesem Sinn zu entscheiden.

**Mornioli Giorgio (D, TI):** Vorrei ringraziare la nostra commissione per l'enorme lavoro svolto. Danken will ich unserer Kommission, weil sie uns dank ihrem enormen Einsatz heute ein Krankenversicherungsgesetz vorlegt, welches eine solide Basis für die Zukunft darstellt. Dank unserer Kommission ist der Entwurf des Bundesrates, welcher als «marxistischer» Gesetzentwurf in gut schweizerischer, perfektionistischer Ausführung definiert worden ist, in ein an unser System angepasstes Gesetz umgearbeitet worden.

Ich bin glücklich, dass gewisse Differenzen durch den Nationalrat aus der Welt geschafft worden sind. Dieser hat zum Beispiel eingesehen, dass das Globalbudget für den ambulanten Bereich undurchführbar ist oder dass auf den Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit mit wissenschaftlichen Methoden nicht verzichtet werden kann. Ich frage mich nämlich, wie man diese unbestrittenen Grundsätze anders als mit wissenschaftlichen Methoden hätte sicherstellen und überprüfen wollen.

Es gibt aber noch zwei Artikel, bei welchen unsere Kommission nachgegeben hat und bei welchen meiner Meinung nach an unserer Fassung festgehalten werden muss; einer davon ist Artikel 31 Absatz 3. Der Nationalrat insistiert und schlägt lediglich die Kompromisslösung der Zugangsmöglichkeit der

Patienten zu einer Apotheke vor. Was heisst dies aber praktisch, in der Anwendung? Wie und durch wen wird diese Zugangsmöglichkeit definiert? Durch das BAG oder das BSV? Es ist doch vernünftiger, dies den Kantonen zu überlassen, welche die lokalen Verhältnisse und Bedürfnisse besser kennen.

Dazu kommt, dass wir hier – ich habe es schon einmal gesagt – nicht ein eidgenössisches Gesundheitsgesetz behandeln, sondern ein Krankenversicherungsgesetz. Man soll da nicht mehr als unbedingt notwendig in den Kompetenzbereich der Kantone eingreifen. Die Gesundheitsgesetzgebung liegt bei den Kantonen, und dort soll sie auch bleiben. Hier handelt es sich wirklich um ein Problem, welches mit der Krankenversicherung nur marginal zu tun hat.

Die Kantone haben ihre individuellen Traditionen, die man respektieren soll. Wieso will man die Kompetenz für die Selbstdispensation unbedingt dem Bund zuteilen? Um das System der Patientenapotheke zu unterdrücken und letzten Endes aus der Welt zu schaffen? Wenn dies der Zweck sein sollte, dann verstehe ich diese Strategie wirklich nicht. Da gibt es doch einen Artikel 48 Absatz 3, der unbestritten in der Fassung des Bundesrates durch beide Räte übernommen worden ist und den ich wörtlich zitieren möchte: «Der Leistungserbringer muss an den Schuldner der Vergütung direkte oder indirekte Vergünstigungen weitergeben, die ihm: .... b. Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel .... liefern.»

Die Selbstdispensation ist somit sogar zu fördern, da sie ja ganz offensichtlich eine Kostensenkung bewirkt.

Es gibt also wirklich keinen objektiven Grund, um die Kompetenz im Bereiche der Selbstdispensation den Kantonen zu entziehen und sie dem Bund zuzuteilen.

Ich bitte Sie daher, am Beschluss unseres Rates festzuhalten.

**Cavadini Jean (L, NE):** A ce stade de nos délibérations, nous n'allons pas apporter d'éléments nouveaux. Nous voulions simplement signaler, comme vous venez de le faire, Monsieur le président, que la version française est fautive et que l'on peut aisément la corriger.

Toutefois, nous aimerions quand même rappeler ici une dernière fois que le fédéralisme n'est pas impliqué dans la compétence que certains tiennent absolument à maintenir dans le cadre cantonal.

Nous avons une loi dont toutes les dispositions remettent à la Confédération la fixation des tarifs et les différentes conditions-cadres qui y conduisent. On voudrait maintenir ici un privilège cantonal qui ne nous paraît pas du tout de nature politique. Nous n'avons observé aucune économie. La proposition Mornioli de laisser cette capacité entièrement à la compétence des cantons n'est ni favorable au contribuable ni favorable au patient.

Nous souhaitons donc vivement que nous puissions retenir la proposition que vient de nous faire la commission, et que les cantons soient assez sages pour avoir une pratique très restrictive de cette autorisation donnée aux médecins de pratiquer la pharmacie.

**Rüesch Ernst (R, SG):** Die Kommission präsentiert uns hier einen sogenannten Kompromiss. Aber in meinen Augen ist das ein fauler respektive überhaupt kein Kompromiss. Wenn ich diesen Kompromiss lese, erinnere ich mich an einen berühmten Satz jenes Lehrers, der zu seinen Schülern gesagt hat: «Hört, ihr könnt alle machen, was ihr wollt, aber gehorchen müsst ihr.» Und so ist dieser Artikel formuliert. Die Kantone sind nach wie vor frei zu regeln, aber dieser Nachsatz zwingt sie, die Selbstdispensation einzuschränken. Der Bund gibt ihnen gleich die Leitlinien, die besagen, was sie zu tun haben, und deshalb ist es meines Erachtens letzten Endes ein Nachgeben gegenüber dem Nationalrat, wiederum ein Verstoß gegen den Föderalismus. Wir geben wiederum eine Kompetenz der Kantone auf. Fast in jeder Session verlieren die Kantone Kompetenzen, auch hier im Ständerat.

Das sind die Gründe, warum ich Ihnen empfehle, dem Antrag Mornioli zu folgen und an unserem letzten Beschluss festzuhalten. Denken wir doch auch wieder einmal an die Souveränität der Kantone.



**Schiesser Fritz (R, GL):** Ich gehe mit der Feststellung von Kollege Rüesch nicht einig. Wir halten gemäss Antrag der Kommission am Grundsatz fest, dass es Sache der Kantone ist, über die Selbstdispensation zu bestimmen. Der Entscheid über diese Selbstdispensation kann nicht einfach aus freien Stücken gefällt werden, sondern er bedarf der Berücksichtigung gewisser Umstände und Anhaltspunkte. Was die Kommission hier vorschlägt, ist zwar ein Kompromiss, ein Kompromiss indessen, der darauf hinweist, nach welchen Kriterien die Selbstdispensation auf kantonaler Ebene zu regeln ist.

Ich gehe nicht davon aus, dass das in den Kantonen zu neuen homerischen Diskussionen Anlass geben wird; es wird zweifellos zu Entscheidungen führen, die sachlich gerechtfertigt sind. Ich bitte Sie in diesem Sinne, dem Antrag der Kommission zu folgen.

Dieser Antrag stellt auch eine Brücke für den Nationalrat dar, damit er auf unsere Lösung einschwenken kann. Wir sollten nicht das ganze Feld umpflügen, wie dies der Nationalrat beabsichtigt.

Im Sinne eines klaren Zeichens an den Nationalrat bitte ich Sie, der Kommission mit grossem Mehr zu folgen, damit wir diese Frage ein für alle Mal erledigt haben.

**Dreifuss Ruth, conseillère fédérale:** Je devrais, en fait, plaider pour la version originelle du Conseil fédéral ou pour l'adjonction que lui a apportée le Conseil national, car je suis persuadée que nous devons nous orienter progressivement vers un rapprochement des différentes pratiques cantonales dans ce domaine. Une réglementation fédérale respecterait les conditions locales, les bonnes raisons qu'il y a à pratiquer la pharmacie et réduirait, par ailleurs, également les pressions sur les cantons, pressions qui viennent très fortement des médecins eux-mêmes, sur leur façon de légiférer actuellement. Je suis convaincue que la version du projet du Conseil fédéral était la bonne.

Nous en sommes à un stade très avancé de la mise au point de cette loi et on peut, effectivement, essayer de trouver un compromis entre la version du Conseil national, la version du Conseil fédéral et celle que vous avez adoptée vous-mêmes. Ce compromis est, effectivement, de laisser cette compétence aux cantons en indiquant le critère principal qui devrait inspirer ces législations cantonales. Je renonce donc à défendre le projet du Conseil fédéral en espérant que l'on trouvera une solution qui satisfera, de ce fait, à la fois le besoin d'autonomie et de souveraineté des cantons, et les médecins qui ont fait de cet article une espèce de «Schicksalsartikel» – à tort, à mon avis –, mais qui pourrait être très préjudiciable, bien sûr, en cas de bataille référendaire, au succès de cette loi.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission 30 Stimmen  
Für den Antrag Morniroli 9 Stimmen

#### **Art. 33 Abs. 2, 3**

##### *Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### **Art. 33 al. 2, 3**

##### *Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber Hans Jörg (C, AG), Berichterstatter:** Bei Artikel 33 Absätze 2 und 3 haben wir auch eine Differenz, die sich über je zwei Beratungen durchgezogen hat. Es geht um die teilstationären Strukturen. Der Ständerat hat die Meinung vertreten, teilstationäre Strukturen, die entweder in Arztpraxen oder dann in Tageskliniken oder anderen Institutionen ähnlichen Charakters enthalten sind, sollten im Prinzip in die kantonale Planung einbezogen werden.

Der Nationalrat hat den Absatz 2 gemäss Entwurf des Bundesrates und Beschluss des Ständerates in einen Absatz 2 und einen Absatz 3 aufgeteilt. Danach sollen die teilstationären Einrichtungen – Absatz 2 gemäss Beschluss des Nationalrates – anders als Spitäler und Pflegeheime nicht den Anforderungen bezüglich kantonaler Planung entsprechen müssen und nicht auf einer kantonalen Liste aufgeführt sein.

Für die Pflegeheime – Absatz 3 gemäss Beschluss des Nationalrates – bliebe es demgegenüber bei den Erfordernissen der Planungskonformität. Sie müssen auf kantonalen Listen genannt sein.

Ihre Kommission hat diesen Tatbestand intensiv diskutiert. Sie ist am Schluss trotz Bedenken dazu gekommen, Ihnen zu empfehlen, der Fassung des Nationalrates zuzustimmen und die Differenz nicht mehr aufrechtzuerhalten.

Ich bin aber gebeten worden, ganz ausdrücklich auszusprechen, dass die Kantone die Entwicklung im Bereich der teilstationären Versorgung genau im Auge behalten müssen, damit wir am Schluss nicht das erleben, was wir bei den vollstationären Strukturen erleben, nämlich Überkapazitäten. Das wollen wir nicht, und darum müssen die Kantone hier – auch wenn sie nicht Planungskonformität beanspruchen – ihrerseits lenkend und kontrollierend eingreifen; das können sie auch.

Zusammenfassend empfehlen wir Ihnen – und zwar einhellig – Zustimmung zum Nationalrat.

#### *Angenommen – Adopté*

#### **Art. 37 Abs. 4**

##### *Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

##### *Antrag Morniroli*

Festhalten

#### **Art. 37 al. 4**

##### *Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

##### *Proposition Morniroli*

Maintenir

**Huber Hans Jörg (C, AG), Berichterstatter:** Der Ständerat hat in der zweiten Lesung im Sinne eines Ausschlusses der Patientenorganisationen von dieser Anhörung einhellig Festhalten beschlossen. Die Kommission des Nationalrates hat in der nachfolgenden Beratung einem neuen Vorschlag des EDI mit 13 zu 7 Stimmen zugestimmt – 7 Stimmende wären dem Ständerat gefolgt. Das Plenum des Nationalrates seinerseits hat ohne Diskussion an der Differenz festgehalten und damit zum Ausdruck gebracht, dass man die eigene Lösung will. Die Formulierung von Artikel 37 Absatz 4, die jetzt neu gefunden wurde, sichert die Anhörung der die Versicherten auf Kantons- oder Bundesebene vertretenden Organisationen vor dem Abschluss von Verbandstarifverträgen.

Im Prinzip sind darin zwei wesentliche Punkte enthalten:

1. Es handelt sich um Organisationen von einer gewissen Repräsentativität. Nicht jeder Verein, der sich Patientenorganisation nennt, erfüllt die Anspruchskriterien, die sowohl der Nationalrat als auch wir uns vorstellen, sondern sie müssen für gewisse Gruppen repräsentativ sein.
2. Es geht darum, dass dieser Anhörung nur die Verbandstarifverträge unterworfen sind; Einzelverträge oder Verträge von Gruppen sind im Prinzip dieser Anhörung nicht unterworfen. Aber die grossen Verträge zwischen Leistungserbringern auf der einen und Versicherern auf der andern Seite sollen die Möglichkeit geben – dies ist ein weiteres Element –, dass vor ihrem Abschluss eine Anhörung stattfindet.

Wir haben uns damit auseinandergesetzt und sind zum Schluss gekommen, keine Differenz mehr aufrechtzuerhalten. Wir sind der Meinung, dass die neugefundene Ordnung einigen Überlegungen, die wir uns während langer Zeit gemacht haben, entgegenkommt. Wir wissen, dass es auf seiten der Kassen nicht besonders gerne gesehen wird, wenn wir Ihnen hier Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates beantragen. Wir möchten das aber so verstanden wissen, dass das ein Stachel wird, damit die Kassen die Interessen der Versicherten und nicht die Interessen der Kassen vertreten.

In diesem Sinne sind wir einhellig zum Schluss gekommen, Ihnen Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates zu empfehlen.

**Mornioli** Giorgio (D, TI): Ich bitte Sie, an unserem Erstentscheid festzuhalten. Ich habe jetzt auch die Ausführungen von Kollege Huber angehört, muss aber doch auf einige Punkte hinweisen, die Sie vielleicht nicht so gut kennen wie ich in meiner Funktion als Präsident einer Ärztesellschaft, der mit dieser Materie vertraut ist.

Nicht näher definierte Organisationen, welche die Versicherten vertreten, im Gesetz zu verankern, ist meines Erachtens im Zusammenhang mit Tarifverhandlungen politisch inopportun, sinnlos und für den Tarifpartner auch demütigend. Wieso ist dieses Vorhaben politisch inopportun?

Ich muss davon ausgehen, dass es sich letztlich doch um die Patientenorganisationen handelt. Ich sehe jedenfalls keine anderen Organisationen, die gegenwärtig in Frage kommen könnten. Oder sind gar die Konsumentenorganisationen gemeint? Vielleicht kann mir diesbezüglich jemand genauere Auskünfte erteilen. Sicherlich sind die Patientenorganisationen zumindest auch angesprochen.

Gestatten Sie mir deshalb eine Bemerkung: Für den «Normalmenschen» ist der Zustand des Patientseins in der Regel lediglich vorübergehender Natur und wird nur ausnahmsweise zu einem Dauerzustand.

Ich stelle Ihnen die Frage: Wer von Ihnen ist nicht gegenwärtig oder war nicht mindestens schon einmal in seinem Leben Patient? Wahrscheinlich alle. Und wie viele von Ihnen gehören einer Patientenorganisation an? Vielleicht nicht einmal die Herren Plattner und Onken, vielleicht nicht einmal Frau Bundesrätin Dreifuss. Diesen Organisationen fehlt somit jegliche Legitimation, um die Patienten zu vertreten.

Eine weitere Frage: Wie viele Leute sind in unserem Land Dauerpatienten, also Chronischkranke, und wie viele werden vorübergehend zu Patienten? Anschlussfrage: Wie viele Patientenorganisationen gibt es, und wie hoch ist ihre Mitgliederzahl? Ich kenne lediglich die Verhältnisse in unserem Kanton. Im Tessin gibt es eine solche Gruppe, sie zählt 100 bis 200 Mitglieder, die alle die gleiche politische Ideologie vertreten – es ging bei der Gründung um die Einlösung eines Wahlversprechens. Es sind Mitglieder, die sich fast ausschliesslich dadurch auszeichnen, dass sie eben nicht krank, also nicht Patienten sind, während von den 280 000 Einwohnern des Kantons eine gewisse Anzahl mehr oder weniger vorübergehend zu Patienten werden und sicherlich nicht von der kantonalen Patientenorganisation vertreten werden können und in der grossen Mehrzahl auch nicht vertreten werden wollen.

Über die Versichertenorganisationen kann ich überhaupt nichts sagen; ich kenne keine solchen. Ich habe eine Zusammenstellung der verschiedenen Institutionen, der verschiedenen Vereine – es sind 242 –, die durch den Bund mit einem Gesamtbetrag von 2 Milliarden Franken unterstützt werden. Ich finde darin aber keine Patienten- oder Versichertenorganisationen. Ich schliesse daraus, dass diese Institutionen, wenn sie wirklich bestehen, nicht repräsentativ sind.

Die Interessen der Patienten und der Versicherten müssen durch den Staat vertreten werden. Die hierfür notwendigen Instrumente wie Überwachung der Preise und Tarife durch die zuständigen Kantons- und Bundesbehörden sind ja im vorliegenden Gesetz bereits ausreichend verankert. Ich verweise auf den nicht bestrittenen Rest von Artikel 37 Absatz 4, ferner auf die Absätze 5 und 6 des gleichen Artikels, schliesslich auf den ebenfalls nicht bestrittenen Absatz 3 von Artikel 39. Dazu kommt noch die Aufsicht durch den Preisüberwacher. Dies sollte also wirklich genügen.

Wieso ist dieses Vorhaben sinnlos? Die Festsetzung der Preise und Tarife erfolgt in harten Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern. Hierbei wird allen Umständen und Faktoren gebührend Rechnung getragen. Häufig werden auch Experten zugezogen, sogar international anerkannte medizinische Fachleute – wir haben kürzlich im Tessin für einen Einzeltarif sogar einen schwedischen Fachmann befragt –, Betriebswissenschaftler und Volkswirtschaftler.

Die Gesamtrevision des Suva-, IV-, MV-Tarifs, abgekürzt Gral, läuft gegenwärtig. Es ist eine Arbeit, die 1987 in Angriff genommen worden ist, bis Ende 1995 dauern soll und für welche ein Kredit von 7 Millionen Franken genehmigt wurde, und zwar je 3,5 Millionen Franken zu Lasten der Suva und der FMH. Der

Vertrag zwischen den beiden Institutionen wurde durch die eidgenössische Medizinaltarifkommission, welche bei den Verhandlungen für die Suva, IV und Militärversicherung (MV) federführend ist, einerseits und der Schweizerischen Ärztekammer andererseits abgesegnet. Für die Festsetzung der Tarife werden alle Faktoren nach betriebswirtschaftlichen, volkswirtschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten durchleuchtet.

Gegenwärtig befindet sich das Gral-Projekt in der wichtigen Phase der Arbeitszeiterhebung. Ich habe Ihnen eine Kopie des Schreibens, das ich letzte Woche erhalten habe, verteilen lassen – vielleicht ist es zu Ihnen gelangt, vielleicht auch nicht. Daraus ersehen Sie jedenfalls, wie vorgegangen wird, wie diese «Muster» von Ärzten ausgesucht werden, bei denen dann Experten in der Praxis mitarbeiten, um zu schauen, wie hoch der Arbeitsaufwand ist. Diese und alle anderen Ergebnisse werden laufend dem eidgenössischen Preisüberwacher zur Kontrolle vorgelegt – laufend.

Dieser eidgenössische Tarif, der auf 1996 bereit sein sollte, wird als Pilottarif Geltung für die kantonalen Krankenkassentarife haben.

Ich frage Sie, was die Patienten- oder Versichertenorganisationen noch Konkretes beitragen können. Jedenfalls halte ich aus den erwähnten Gründen die Einschaltung von nicht besser definierten Organisationen bei Tarifverhandlungen für sinnlos.

Wieso ist dieses Vorhaben für die Vertragspartner demütigend? Es dürfte mühsam sein, sich mit Leuten herumzuschlagen, die von der Materie nichts verstehen und auch nichts verstehen können. Die kantonalen Preise und Tarife werden in harten Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern festgesetzt, wobei man sich in Zukunft auf den eidgenössischen Pilottarif abstützen wird. Sie müssen dann durch die Kantonsregierungen ratifiziert und zuvor dem eidgenössischen Preisüberwacher zur Stellungnahme vorgelegt werden. Schliesslich werden diese Tarife im Amtsblatt publiziert und jeder Einzelbürger hat das Rekursrecht beim Bundesrat. Dazu kommen gelegentlich noch unsere dringlichen Bundesbeschlüsse, wie wir dies in letzter Zeit erlebt haben. Ich finde, das sollte als Kontrolle und Sicherung der Interessen auch der Versicherten wirklich genügen.

Ich bitte Sie daher, an der ursprünglichen Fassung dieses Artikels, die wir bei der Erstberatung beschlossen und bei der ersten Differenzvereinbarung bestätigt haben, festzuhalten, und danke Ihnen schon jetzt bestens.

**Huber** Hans Jörg (C, AG), Berichterstatter: Ich habe – nicht zuletzt im Wissen um die Empfindlichkeit von Verbänden – vorhin ganz klar darauf hingewiesen, in welchem Umfang diese Anhörung stattfindet. Es ist eine neue Lösung. Sie beinhaltet eine Anhörung und keine weitere Mitwirkung von repräsentativen Organisationen. Es trifft zu, dass diese hier nicht enumeriert sind, aber sie sind qualifiziert. Es sind diejenigen, die die Versicherten auf Kantons- oder Bundesebene vertreten. Sie werden vor Abschluss der Verträge angehört. Das heisst nicht, dass das Ergebnis der Anhörung einen Einfluss auf den Abschluss haben muss, aber die Organisationen müssen vorher angehört werden, und zwar nicht bei Einzel- oder Gruppenverträgen, sondern bei grossen Verbandstarifverträgen.

Wir müssen uns Rechenschaft darüber geben, dass wir den Schritt von einer freiwilligen zu einer obligatorischen Versicherung machen und dass jedermann den Ergebnissen der ausgethandelten Tarife ausgesetzt ist. Darum scheint es uns richtig; wenn es Organisationen gibt, die sich speziell mit dem befassen, sollen diese vor dem Abschluss angehört werden.

Ich muss Ihnen sagen, Herr Mornioli, Sie sind sehr leichtfüssig über die letzte Konsequenz hinweggeeilt, die Sie durchaus erkannt haben, indem Sie gesagt haben, auch Einzelbürger könnten dann beim Bundesrat Beschwerde führen.

Genau das wollen wir nicht! Wenn wir ihnen kein Recht auf Anhörung geben, ist die Chance, dass sie Beschwerde führen, höher, als wenn wir ihnen Gelegenheit geben, ihre Standpunkte vor dem Vertragsabschluss darzulegen – unverbindlich für die Vertragsparteien, verbindlich in der Anhörung, unverbindlich in der Aufnahme in den Vertrag.

Aus diesen Überlegungen heraus wollen wir hier gegenüber unserer früheren Haltung eine Änderung vornehmen und glauben, dass damit eine gute Lösung gefunden ist, mit der alle Beteiligten – die Tarifparteien und die Organisationen – leben können.

Wenn nun die Konsumentenorganisationen angehört werden, bedeutet dies auch, dass sie diesem Gesetz gegenüber referendumpolitisch eine andere Haltung einnehmen, als wenn sie von der Anhörung ausgeschlossen sind. Wir haben uns entschlossen, gelegentlich ein intellektuelles Opfer zu bringen, damit wir diese Revision der Krankenversicherung mit Unterstützung dieser Organisationen über die Runden bringen. Das ist auch die politische Überlegung, die neben die sachliche treten darf.

Ich bitte Sie, den Antrag Morniroli abzulehnen und dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission	29 Stimmen
Für den Antrag Morniroli	1 Stimme

#### **Art. 40 Abs. 4; 42 Abs. 7**

*Antrag der Kommission*  
Festhalten

#### **Art. 40 al. 4; 42 al. 7**

*Proposition de la commission*  
Maintenir

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Bei Artikel 40 Absatz 4, bei Artikel 42 Absatz 7 und bei Artikel 45 Absatz 1 geht es jedesmal um das gleiche, nämlich um die Ersetzung von gewählten Kantonsregierungen – Kollege Rüesch – durch Tarifsachverständige, weil permanent behauptet wird, die Regierung nähme hier ihre eigenen Interessen wahr und schade damit im Prinzip dem Gesundheitswesen. Das soll verbessert werden, indem man von der Regierung gewählte Tarifsachverständige einsetzt.

Der Ständerat hat in der zweiten Lesung einhellig an der Ablehnung der Ersetzung durch Tarifsachverständige festgehalten. Der Nationalrat hatte in der Kommission mit 10 gegen 2 Stimmen bei 5 Enthaltungen einem Antrag auf Festhalten zugestimmt. Die ständerätliche Kommission empfiehlt Ihnen, in diesem Punkt eine Differenz zu schaffen und daran festzuhalten, dass die gewählte Regierung ihre Kompetenzen wahrnehmen kann.

Es ist nicht zu übersehen, dass das Aushandeln von Tarifverträgen im vertragslosen Zustand ein Stück Politik, und zwar Gesundheitspolitik, von grosser Bedeutung ist. Eine Regierung ist gewählt worden, um diese Aufgabe wahrzunehmen. Sie trägt die politische Verantwortung, sie hat eine Legitimation. Es ist klar, dass jede Regierung vor einer Genehmigung mit Tarifsachverständigen spricht, deren Rat einholt und deren Erfahrung nutzt. Die Kantone haben entsprechende Strukturen entwickelt. Es gibt die Spitalabteilungen, es gibt aber auch Berater ausserhalb der Verwaltung.

Es kann nach Meinung Ihrer Kommission nicht Aufgabe des Ständerates und der eidgenössischen Politik sein, die obersten und vollziehenden Behörden der Kantone über ein Einsetzen von Verwaltungsorganen zu entmündigen. Wir sind der Meinung, dass der Bundesrat sich sehr genau überlegen muss, worauf er sich hier einlässt. Man muss sich einmal vorstellen, dass nach heutigem Recht gegen einen Entscheid einer Kantonsregierung in einer solchen Situation Beschwerde an den Bundesrat geführt werden kann; es geht dann auch entsprechend lang, bis sie abgewandelt und entschieden ist.

Jetzt wollen Sie das gleiche Recht zur Beschwerde an den Bundesrat einer von der Regierung ernannten Kommission von Tarifsachverständigen geben. Diese Proportionen lassen sich nicht mehr vertreten. Das ist im Prinzip eine Deposiedierung, die meines Erachtens von den Kantonen als primär Verantwortliche im Gesundheitswesen nicht hingenommen werden sollte.

Die Kommission ist einstimmig und nach intensiver Diskussion zu diesem Beschluss gekommen. Ich bitte Sie, hier an unserer Fassung festzuhalten und dem Nationalrat nicht zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 43a Abs. 1**

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### **Art. 43a al. 1**

*Proposition de la commission*  
Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Bei Artikel 43a handelt es sich um eine redaktionelle Änderung. Es ist keine materielle Differenz zum Ständerat. Materiell entspricht die Regelung gemäss Artikel 46 Absatz 1 Buchstabe a in der Fassung Ständerat dem, was wir hier beschliessen.

Weil diese Frage nun aber in einem separaten Artikel 43a, ausserhalb des Kapitels «Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung», geregelt wird, ist das Wort «dauerhaft» unnötig geworden.

Wir empfehlen Ihnen einhellig, dem Nationalrat zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 44 Abs. 1, 3**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Abs. 3*

Festhalten

#### **Art. 44 al. 1, 3**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Al. 3*

Maintenir

*Abs. 1 – Al. 1*

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: In Artikel 44 Absatz 1 geht es ebenfalls um eine redaktionelle Bereinigung. Wir haben in Artikel 27 Absatz 4 eine Fassung des Nationalrates angenommen, wo der Begriff «Fachkommissionen» durch «Kommissionen» ersetzt wird. Das weist darauf hin, dass nicht nur Fachspezialisten, sondern auch Vertreter der versicherten Patienten oder Konsumenten in die Kommissionen gewählt werden können. Nach einigen Bedenken, aber in Anbetracht der Tatsache, dass wir bei Artikel 27 Absatz 4 einem entsprechenden Antrag zugestimmt haben, sind wir zum Schluss gekommen, Ihnen zu empfehlen, die Differenz durch Zustimmung zu erledigen.

Die Kommission empfiehlt Zustimmung zum Nationalrat.

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Al. 3*

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Bei Artikel 44 Absatz 3 geht es um die Generika. Der Ständerat hat die Bestimmung, die hier zur Entscheidung ansteht, das letzte Mal einhellig abgelehnt. Er hat es abgelehnt, dass der Gesetzgeber dem Arzt vorschreibt, er habe Generika zu verordnen.

Der Nationalrat hat dann in der Kommission mit 12 zu 1 Stimmen bei 1 Enthaltung Festhalten beschlossen, und das Plenum ist ihm ohne Diskussion gefolgt.

Warum fassen wir die Förderung von Generika durch einen eigenen Antrag ins Auge, lehnen aber jeden irgendwie nur gearbeteten Zwang zur Verschreibung ab? Wir sind der Meinung, dass die Therapiefreiheit des Arztes und die Fürsorge für den Patienten das höhere Gut sind als die Förderung der Gene-

rika. Wir haben die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Ärzte die Preise der teureren Originalpräparate und der billigeren Generika klar erkennen. Weiter möchten wir nicht gehen.

Man darf im übrigen bemerken, dass es sich hier um eine lex imperfecta handelt. Wer will eine Kontrolle durchführen, die effizient genug ist? Man kann mir zwar entgegenhalten, man sehe auf dem Kontoblatt des Arztes – bei den entsprechenden Krankenkassen – ob er sich in dieses Gerüst einfüge oder nicht.

Wir möchten für die Krankenversicherung keine Verschreibungspflicht statuiert sehen, aber die Voraussetzungen dafür schaffen, dass der Arzt gezwungen ist, abzuwägen; was er macht, damit er nicht einfach intuitiv – was er bis jetzt gemacht hat – verschreibt.

Ich bitte Sie daher, hier eine Differenz bestehenzulassen, und Ihre Kommission empfiehlt Ihnen das einhellig.

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 45

*Antrag der Kommission*

Abs. 1

Festhalten

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### Art. 45

*Proposition de la commission*

Al. 1

Maintenir

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Bei Absatz 1 haben wir zusammen mit Artikel 40 Absatz 4 und Artikel 42 Absatz 7 Festhalten beschlossen.

Bei Absatz 2 geht es um die Frage der Beschwerdebefugnis. Beschwerdebefugt sind – wie nach heutigem Recht – nicht nur die Vertragsparteien, sondern auch einzelne betroffene Leistungserbringer und Versicherer sowie die betroffenen Versicherten und ihre Organisationen. Das ist im Prinzip, was der Nationalrat hier beschlossen hat. Im Ständerat waren die Entscheide der ersten Lesung in der Kommission mit 14 zu 3 Stimmen bei 2 Enthaltungen und im Plenum mit einer klaren Mehrheit gefällt worden.

Ihre Kommission ist schliesslich dem Nationalrat gefolgt, und zwar, nachdem wir bei der zweiten Lesung im Ständerat nur dank einem Stichentscheid des Präsidenten unsere Version durchbringen konnten. Nur der Stichentscheid des Präsidenten verhalf damals dem Antrag der Mehrheit, der hinter geltendes Recht zurückgeht, zur Annahme. Das ist nämlich unsere ursprüngliche Position.

Wir sind nach nochmaliger Prüfung zum Schluss gekommen, bei Absatz 2 die Differenz nicht beizubehalten, sondern dem Nationalrat zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 46

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Bei Artikel 46 gibt es keine materiellen Differenzen.

Artikel 46 wurde redaktionell überarbeitet, um den Unterschied zu Artikel 43a – Globalbudgetierung als normales finanzielles Steuerungsinstrument und nicht als Notbremse – hervorzuheben. Da keine materiellen, sondern nur redaktionelle Differenzen vorliegen, beantragen wir Zustimmung.

*Angenommen – Adopté*

#### Art. 54 Abs. 3

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### Art. 54 al. 3

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Artikel 54 ist Filiarganarbeit, und zwar haben wir zuerst die Fassung des Bundesrates: «Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest.»

Der Ständerat hat dann – was nach unserem Verständnis im Nationalrat unbestritten geblieben ist – eingefügt: «Der Risikoausgleich nach Artikel 97 bleibt in jedem Fall vorbehalten.» Der Nationalrat seinerseits hat eine Änderung nicht bei diesem Satz, den wir neu eingefügt hatten, vorgenommen, sondern beim zweiten Satz: «Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen .... fest.»

Wir haben demgegenüber an unserer Fassung festgehalten, und der Nationalrat hat seinerseits festgehalten. In der entsprechenden Abstimmung hat der Nationalrat mit 79 zu 78 Stimmen eine sehr, sehr kleine Differenz geschaffen.

Wenn wir in der Kommission dennoch einstimmig dazu gekommen sind, unsere Position aufzugeben, dann aus folgenden Gründen: Wir wollen der Förderung der HMO und anderer besonderer Versicherungsformen keine zusätzlichen Hürden in den Weg stellen, es ist aber ganz klar, dass die interne Solidarität innerhalb der Versicherung angemessen berücksichtigt werden darf. Es ist eine ganz zentrale Frage, dass nebst den «versicherungsmässigen Erfordernissen» andere Kriterien ebenfalls noch berücksichtigt werden dürfen.

Aufgrund dieser Erklärung ist die Kommission der Meinung, dass dem Nationalrat zugestimmt werden kann. Wir wissen, was wir Ihnen empfehlen.

**Dreifuss Ruth,** conseillère fédérale: Le Conseil fédéral peut se rallier à la décision du Conseil national, mais en soulignant le fait que, malgré tout, le français reste une mauvaise traduction de l'allemand, puisque l'expression «notamment» se trouve en liaison avec ce qui peut être fixé – «il fixe notamment, .... les limites» –, alors que j'ai l'impression que la traduction de l'allemand serait: «il fixe, notamment en se fondant sur les besoins de l'assurance, ....» J'ai un doute, à ce propos, qui me paraît suffisamment grave pour être exprimé ici.

Je crois que toute la discussion au Conseil national consistait à dire dans quels cas et selon quels critères on fixait ces limites. En ajoutant cette incise «notamment en se fondant sur les besoins de l'assurance», il convient de veiller à ce que ce critère soit appliqué d'une façon large. Il ne s'agit pas uniquement de tenir compte ici des règles actuarielles, qui consisteraient à calculer très étroitement, pour ce type d'assurance particulière, quelles devraient être les limites maximales de réduction des primes et les limites minimales des suppléments de prime, mais bien de veiller à ce que les besoins de l'assurance au sens large, c'est-à-dire les besoins de l'assurance sociale, servent de critère à la fixation de ces limites.

En d'autres termes, cet article risque de nous poser des problèmes à l'avenir, surtout avec cette imprécision du texte français par rapport au texte allemand. Il doit être clair, en termes d'interprétation de cet article, qu'il s'agit de tenir compte notamment des besoins de l'assurance, comprise dans un sens large, de façon à ce que la solidarité nécessaire entre les personnes qui bénéficieront de ces formes particulières d'assurance et le gros des assurés ne soit pas rompue. C'est là l'objectif qui doit être visé par cet article et par cette compétence donnée au Conseil fédéral de fixer des limites maximales de réduction de prime et des limites minimales de supplément de prime. Le but de cette compétence est de veiller à ce que la solidarité entre ceux qui seront affiliés à un type particulier d'assurance et l'ensemble des assurés ne soit pas rompue.

C'est dans ce sens que nous nous rallions à la formule qui a été choisie, à condition que cette interprétation soit bien celle à

laquelle votre commission se serait ralliée également, et à laquelle vous pourriez vous-mêmes vous rallier.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 56 Abs. 7 Bst. a**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 56 al. 7 let. a**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Ja, wir haben gemäss Reglement ausdrücklich miteinander vereinbart, dass Artikel 56 Absatz 7 Buchstabe a im Zusammenhang mit Artikel 15a und Artikel 15b über die Förderung der Gesundheit im Prinzip ins Spiel gebracht werden darf. Sie haben bei Artikel 15a und Artikel 15b entsprechend dem Antrag der Kommission entschieden, so dass wir hier dazu kommen, das Gegengeschäft zu machen. Wir stimmen der Möglichkeit der Erhebung einer Kostenbeteiligung für Massnahmen der medizinischen Prävention – die bis jetzt im Gesetz ausgeschlossen ist – gemäss dem Beschluss des Nationalrates ausdrücklich zu.

Zusammenfassend: Als Folge der Zustimmung zu Artikel 15a und Artikel 15b wird bei der individuellen Prävention die Kostenbeteiligung ebenfalls erhoben.

Wir bitten Sie, in diesem Sinne zu entscheiden.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 58 Abs. 3–6**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 3–5*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Abs. 6*

Streichen

*Antrag Gemperli*

*Abs. 5*

.... im gleichen Verhältnis gekürzt. Die Kantone erlassen die näheren Vorschriften

*Eventualantrag Gemperli*

(falls der Hauptantrag abgelehnt wird)

*Abs. 4, 5*

Festhalten

**Art. 58 al. 3–6**

*Proposition de la commission*

*Al. 3–5*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Al. 6*

Biffer

*Proposition Gemperli*

*Al. 5*

.... dans la même mesure. Les cantons édictent les dispositions à ce sujet.

*Proposition subsidiaire Gemperli*

(au cas où la proposition principale serait rejetée)

*Al. 4, 5*

Maintenir

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Ich möchte zuerst kurz etwas über die Entwicklung sagen. Der Ausgangspunkt bei Artikel 58 ist folgender: Wir haben heute die Situation, dass 70 Prozent der Kosten über Prämien und Selbstbehalte bezahlt werden. Das stellt europäische Spitze dar. In den Kreisen, die sich mit dem Gesundheitswesen befassen, ist klar, dass die extreme Belastung der Patienten und der Versicherten auf die Dauer nicht mehr so hoch gehalten werden kann.

Dazu kommt, dass die Entwicklung der Kosten unabdingbar in eine gewisse Richtung, nämlich auf eine Steigerung hinausläuft. Das hängt damit zusammen, dass die Zahl der alten Menschen zunimmt, das hängt damit zusammen, dass die Fraktionierung der Medizin, insbesondere in Spezialitäten, enorme Personalwachstumsschübe auslöst. Das Gesundheitswesen ist, neben dem Bildungswesen, wohl eines der personalintensivsten Gebiete öffentlicher Tätigkeit.

Wir rufen in Erinnerung, dass die Kosten der Medizintechnik hoch sind. Es gibt Kritiker, die behaupten, sie wären zu hoch, als dass sie noch mit dem Wert, den man damit erzielt, in einem gewissen Konnex stehen. Wir stellen einfach fest, dass die Medizintechnik ein zusätzlicher Kostenfaktor ist.

Dazu kommt nun noch eine subjektive Entwicklung, nämlich die zunehmende Entsolidarisierung, die ja mit Notrecht gestoppt worden ist und weiterhin aufgehalten werden soll.

Von allem Anfang an war in der Vorlage vorgesehen, dass der Bund seine Leistungen von 1,4 Milliarden auf 2 Milliarden und die Kantone die ihren von 600 Millionen auf 1 Milliarde Franken anheben sollen. Der Nationalrat hält an den 3 Milliarden Franken fest, die gezielt für gerechte Prämienverbilligung einzusetzen sind; dies in Kenntnisnahme und Ausführung der Vorschläge, die seinerzeit von der Gemeinschaft der Privatversicherer vorgelegt wurden.

Dabei ist durch die Neufassung von Artikel 57 und Artikel 58 im Laufe des Bereinigungsverfahrens den Einwänden der Kantone weitgehend Rechnung getragen worden. Frau Bundesrätin Dreifuss, Sie haben im Protokoll des Nationalrates, das ich ausnahmsweise zitieren möchte, gesagt: «Nous avons beaucoup plus tenu compte des remarques des cantons que vous le croyez.» Es ist auch die Überzeugung unserer Kommission, dass wir den Kantonen sehr viel mehr entgegenkommen sind, als sie gegenwärtig – oder vielleicht in einer früheren Phase – glauben bzw. glaubten.

Wir müssen ganz klar sehen: Wir haben mit Artikel 57 in der Fassung des Nationalrates die Systemfreiheit für die Prämienverbilligung eingeführt, entgegen unseren ursprünglichen Absichten, hier im Prinzip eine Bundeslösung durchzuziehen. Das allein ist eine ganz klare Auftragserteilung an die Kantone und trägt ihrer Stellung und ihrer Aufgabe im Gesundheitswesen Rechnung.

Bei der nun vorgelegten Fassung von Artikel 58 besteht – nach der Beratung in Ihrer Kommission – bei Absatz 3 keine Differenz. Es besteht ebenfalls keine Differenz bei Absatz 4.

In Artikel 58 ist allerdings ein Wandel eingetreten: Wir sind bis jetzt davon ausgegangen, dass die Kriterien, nach denen die Verteilung vorgenommen wird, die Wohnbevölkerung und die Finanzkraft sind. Neu ist nun im Nationalrat – nachdem ein Gutachten des BSV eingeholt und verschiedene zusätzliche Kriterien geprüft worden waren, um der in unserem Rat und in der Öffentlichkeit laut gewordenen Kritik gerecht zu werden – das am besten geeignete Kriterium für eine möglichst gerechte Verteilung aufgenommen worden. Von diesen verschiedenen geprüften Kriterien hat sich die durchschnittliche Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den einzelnen Kantonen als am besten geeignet erwiesen.

Damit wird der Situation Rechnung getragen, dass bei einer Lösung Wohnbevölkerung/Finanzkraft die unterschiedliche Belastung in den Kantonen nicht berücksichtigt wird. Es gibt Kantone, die ohne das jetzt eingeführte Kriterium zuviel, andere, die zuwenig erhalten würden. Das zusätzliche Element einer Regelung auf der Stufe Bund ist in diesem kantonalen Prämiendurchschnitt gefunden worden. Mit anderen Worten: Weniger Bundesbeiträge für Kantone mit niedrigen Prämien. Das entspricht dem Element der Tragbarkeit.

Wir haben dann auch dem Absatz 5 zugestimmt, der einem Antrag entspricht, der im Nationalrat eingereicht worden war. Das bedeutet eine weitere Verfeinerung des vom Nationalrat und Ihrer Kommission nun gemeinsam getragenen Systems. «Ein Kanton darf den .... von ihm zu übernehmenden Beitrag um maximal 50 Prozent kürzen, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt. Der Bundesrat kann dazu nähere Bestimmungen erlassen.»

Ich erlaube mir bei dieser Position den Hinweis, dass hier ein Antrag von Kollege Gemperli vorliegt, der im Prinzip verlangt, dass die Kantone die näheren Bestimmungen erlassen. Wir sind der Meinung, dass die Kantone ganz sicher für die Verteilung dessen, was sie erhalten, entsprechende Bestimmungen erlassen müssen, dass aber auch der Bund zum Vollzug dieser Bestimmung nähere Ausführungen in Form einer Verordnung zu erlassen hat und wir das akzeptieren müssen.

Man hat lange diskutiert, wo in diesem Gesetz materielle Kriterien einzuführen sind. Man ist zu keinem Ende gekommen. Der Gesetzgeber übergibt hier dem Bundesrat einen Vorschuss an Vertrauen, damit er das korrekt und richtig durchführt.

Dann kommt Absatz 6, den wir Ihnen als Differenz zur Ablehnung empfehlen. Das bedeutet mit anderen Worten, dass die nach Absatz 5 frei werdenden Bundesbeiträge in der Bundeskasse bleiben und nicht an andere Kantone verteilt werden. Wir möchten vermeiden, dass ein Bibelzitat neu gefasst wird, das da heisst: «Denn wer da hat, dem wird gegeben.» Wir möchten auch das Ost-West-Gefälle, das in der Tat im Bereich der Prämien und im Bereich der Aufwendungen für das Gesundheitswesen manifest ist, nicht zusätzlich durch falsche Signale vergrössern.

Zusammenfassend glauben wir, dass nach langen Auseinandersetzungen eine Lösung gefunden wurde – das ist die abschliessende Würdigung –, die heute für alle Beteiligten akzeptabel ist. Wir haben, nachdem wir ganz gravierende Differenzen hatten, dem Nationalrat einen Auftrag gegeben, bei Artikel 58 nach einer besseren Lösung zu suchen. Der Nationalrat hat diese Lösung in harter Arbeit nach Hearings mit Leuten, die mit der Materie befasst sind, gefunden, und wir glauben, dass man dieser Lösung zustimmen soll. Sie ist sozial bedarfsgerecht. Sie lässt den Kantonen Spielraum, sie trägt der kantonalen und parlamentarischen Kritik Rechnung. Es wird kein Geld gegeben, wo es nicht nötig ist.

Zum Schluss: Diese Lösung ist im Zusammenhang mit Artikel 98 gemäss Fassung Ständerat zu sehen. Wir sind zum Schluss gekommen, dass dieses Gesetz mit der gestaffelten Einführung mittels Prozentsätzen erst am 1. Januar 1996 in Kraft gesetzt werden kann. Die Kantone haben zusammengezählt 6 Jahre Zeit für die finanziellen Anpassungen, und wir meinen, dass das genügt, um die Akzente in der Verwendung der Mittel in der Gesundheitspolitik etwas anders zu setzen.

Zusammenfassend bitten wir Sie, der Fassung des Nationalrates zuzustimmen, bis auf Absatz 6, der zu streichen ist.

**Gemperli Paul (C, SG):** Vorerst ein kleiner Hinweis: Mein Antrag anlässlich der letzten Session mit Bezug auf die Beiträge zur Prämienverbilligung ist nicht überall auf begeisterte Zustimmung gestossen.

Man hat mir unter anderem vorgeworfen, die soziale Komponente zu übersehen. Ich glaube, in der Zwischenzeit hat sich aber doch gezeigt, dass mein Antrag von der Zielrichtung her berechtigt gewesen ist. Eine nähere Prüfung der kritisierten Bestimmung hat ergeben, dass eine fixe Subventionssumme von 3 Milliarden Franken keine zweckmässige Lösung darstellt, weder unter dem Gesichtspunkt der Bundes- und Kantonsfinanzen noch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit der Massnahme. Man kann nicht einfach eine fixe Summe bestimmen und nachher nach dem Bedarf suchen.

Ebenfalls haben die detaillierten Berechnungen in der Folge ergeben, dass mit der vorgesehenen Massnahme in einzelnen Kantonen über 50 Prozent der Bevölkerung subventioniert würden, wenn man den Teil, der 8 Prozent des Einkommens übersteigt, einbeziehen würde. Damit ist die Verbilligung zweifellos nicht mehr auf diejenigen beschränkt, die es vom Bedarf her nötig haben. Vor allem trifft das sicher für jene Kantone zu, die bezüglich der Gesundheitskosten eine günstige Relation aufweisen.

Jedenfalls ist festzuhalten, dass die Lösung nicht einfach in einer grosszügigen Subventionierung gesucht werden kann, wenn es einmal tatsächlich so wäre, dass die Hälfte der Bevölkerung nur für die Grundprämien eine Verbilligung nötig hätte. Unter solchen Umständen müssen die Mittel, die dem Gesundheitswesen insgesamt zufließen, auch durch Verzicht auf weniger Notwendiges gekürzt werden.

Im übrigen haben Subventionierungen, die derart breit gestreut werden, nach wie vor Giesskannencharakter. Nachdem man mit der vorliegenden Gesetzesrevision genau diese Massnahme abschaffen will, wäre es wenig sinnvoll, wenn durch eine komplizierte Subventionierung wieder gleiche Zustände geschaffen würden – eben «Giesskannenzustände». Mein seinerzeit gestellter Antrag hatte daher neben der Einsparung öffentlicher Mittel auch eine Flexibilisierung der Verbilligungsbeiträge zum Ziel. Über eine Steuerung der Kantonsbeiträge hätten dort, wo es möglich ist, weniger öffentliche Mittel eingesetzt werden können. Zugegeben ist, dass mit meinem Vorschlag, wie er seinerzeit vom Rat akzeptiert wurde, lediglich die Kantone profitiert hätten.

Der neugefasste Absatz 5 von Artikel 58 des Krankenversicherungsgesetzes lässt nun im Zusammenhang mit der Prämienverbilligung ebenfalls eine Reduktion der Bundesbeiträge zu. Profitieren würden damit von einer Senkung der Beiträge in den Kantonen, in denen es möglich ist, Bund und Kantone.

Angesichts der Lage der Bundesfinanzen – die hier nicht noch einmal dargestellt werden muss, wir haben das letzte Woche zur Genüge erfahren – ist eine solche Entlastung sehr erwünscht. Sie haben weiter gehört, dass mit dem dritten Sparpaket auch im Sozialbereich Kürzungen vorgenommen werden müssen. Es ist meines Erachtens somit absolut gerechtfertigt, wenn wir bei diesem Gesetz darauf achten, dass die Mittel tatsächlich wirtschaftlich und effizient eingesetzt werden. Ich kann mich denn auch grundsätzlich einverstanden erklären, mindestens im Hauptantrag auf die Lösung des Nationalrates einzuschwenken.

Mein Hauptantrag nimmt die erste Hälfte der Fassung auf, die aus den nationalrätlichen Beratungen hervorgegangen ist. Nach dieser Lösung bleibt der Kantonsanteil grundsätzlich bei 50 Prozent, nicht bei 30 Prozent, wie seinerzeit von diesem Rat angenommen. Der Kanton kann seinen Beitrag um höchstens die Hälfte reduzieren mit Wirkung auch für den Bundesbeitrag. Bei dieser Mechanik ist aber für mich entscheidend, dass letztlich der Kanton die Höhe der Verbilligungsbeiträge innerhalb dieses gesetzlich festgelegten Rahmens bestimmen kann. Liegt die Verordnungskompetenz nur beim Bundesrat, ist er in der Lage, über das Verordnungsrecht die Kantone daran zu hindern, den Spielraum, den der Gesetzgeber ihnen eingeräumt hat, auch tatsächlich zu nutzen. Durch eine einschränkende Verordnungslösung kann eine Verengung stipuliert werden, die beispielsweise die ursprüngliche Idee der nationalrätlichen Kommission wieder aufnimmt und eine Unterschreitung des schweizerischen Mittels beispielsweise um 10 Prozent verbietet.

Meines Erachtens sind die Kantone ohne weiteres in der Lage, in diesem Bereich, innerhalb dieses finanziellen Spielraums, verantwortungsbewusst zu handeln. Sie dürfen auch – das ist klar festzuhalten, die Zielsetzung des Gesetzes nicht unterlaufen, daran sind sie gebunden und darauf sind sie verpflichtet. Ich glaube, die Kantone haben im Zusammenhang mit den Ergänzungslösungen längstens den Beweis erbracht, dass sie in der Lage sind, hier entsprechend zu handeln.

Zudem ist der Druck auf die Kantone, die zur Verfügung gestellten Bundesmittel tatsächlich zu beanspruchen, wenn ein Bedarf vorliegt, sehr gross. Kein Kanton kann es sich leisten, Bundesmittel nicht abzuholen, wenn der Bedarf bei einem Teil der Bevölkerung tatsächlich zu bejahen ist und diese von der Prämienverbilligung nicht profitieren.

Wir sind in dieser Kammer Vertreter der Kantone. Wir sind zweifellos davon überzeugt, dass kantonale Regierungen und Parlamente nicht weniger sozial sind als der Bundesrat und die eidgenössischen Räte und dass sie bereit sind, Aufträge, die ihnen die Gesetzgebung gibt, zu erfüllen. Wenn wir den Föderalismus in diesem Lande respektieren, muss der Gesetzgeber dem untergeordneten Staatswesen, das ebenfalls zu erheblichen Leistungen herangezogen wird, die Möglichkeit einräumen, innerhalb von vorgegebenen Schranken selbstverantwortlich und selbstgestaltend zu bestimmen.

Im übrigen führen die grossen Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Kantonen zu grösseren Verwerfungen, als die Kürzungen, die aufgrund der hälftigen Anteile theoretisch überhaupt möglich sind. Wenn wir davon ausgehen, dass



Genf beispielsweise Pflegekosten von 2000 Franken pro Jahr und Einwohner hat und der Kanton Appenzell Innerrhoden 800 Franken, dann ist es doch völlig klar, dass der Kanton Appenzell Innerrhoden, auch wenn er anteilmässig weniger subventioniert, tatsächlich noch die gleichen, materiell mindestens gleichgewichtigen Leistungen erbringt wie der Kanton Genf. Zudem ist ein Einkommen in Gonten vermutlich nicht genau das gleiche wie ein Einkommen in der Stadt Genf. Das Bundesamt für Sozialversicherung ist im übrigen durchaus in der Lage, durch Richtlinien eine Steuerung vorzunehmen. Meines Erachtens sollte man deshalb den Kantonen hier den Spielraum belassen und ihnen eine freie Gestaltungsmöglichkeit gewähren. Es ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass es im schweizerischen Gesundheitswesen dringend notwendig ist, auf eine wirtschaftliche Leistungserstellung Gewicht zu legen.

Letztes Jahr ist ein sehr interessantes Buch erschienen, das Buch «Wege zu einer sozialen Schweiz» von Peter Füglistaler und Maurice Pedergnana. Sie haben sich auch mit der Krankenversicherung sehr eingehend auseinandergesetzt, und sie stehen nicht im Rufe, unsozial zu sein, im Gegenteil! Sie haben hier sehr interessante Wege aufgezeichnet. Sie weisen darauf hin, dass gerade im Bereich der Grundversicherung noch erhebliche Sparpotentiale vorhanden sind und dass es gilt, diese Sparpotentiale durch einen entsprechenden Einsatz der Mittel auszunützen. Wenn die Kantone das können und wenn sie dazu in der Lage sind, dann sollen sie aber auch im finanziellen Bereich entsprechend profitieren können.

Meines Erachtens ist der Einbezug von ökonomischen Überlegungen in die Gesundheitspolitik nicht im Widerspruch zum humanitären Auftrag der Medizin. Man hat immer etwas Angst, den humanitären Auftrag zu gefährden, wenn man ökonomische Überlegungen einbringt. Es bleibt aber die Tatsache bestehen, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen in einem System mit personellen und sachlichen Mitteln handeln, die im Vergleich mit den Bedarfswünschen knapp sind. Die Autoren Füglistaler und Pedergnana halten das mit aller Deutlichkeit fest. Sie weisen auch darauf hin, dass die Anspruchshaltung der Versicherten die soziale Krankenversicherung hat unsozial werden lassen. Hier muss eine soziale Krankenversicherung einhaken und das Unsoziale am bisherigen System abbauen. Ich bin überzeugt, dass wir dann, wenn wir die Hauptverantwortung für die Verteilung der Verbilligungsmittel auf die untere Stufe hinuntergeben, die nahe an den Problemen ist, auch in dieser Richtung etwas tun.

**Schiesser Fritz (R, GL):** Zu Absatz 3 noch eine Bemerkung: Wir haben im bisherigen Verfahren daran festgehalten, dass für die Festlegung der Anteile der Kantone die Wohnbevölkerung und die Finanzkraft ausschliessliche Kriterien sein sollen. Wir haben uns lange dagegen gestraubt, hier auch die Gesundheitskosten einzubeziehen.

Nun hat sich Ihre Kommission – ich darf vielleicht sagen – der besseren Einsicht, aber auch der Notwendigkeit gebeugt, hier einen gewissen Ausgleich zwischen der Ostschweiz und der Innerschweiz einerseits und der Westschweiz andererseits zu schaffen.

Ich betrachte diesen Schritt als ein wesentliches Entgegenkommen von seiten der Kommission und allenfalls auch des Rates. Für mich persönlich ist dieses Entgegenkommen nur unter der Voraussetzung möglich, dass Absatz 6 entfällt.

Ich stimme Absatz 3 zu, unter dem Vorbehalt, dass nachher Absatz 6 gestrichen wird. Andernfalls täten wir zuviel des Guten. Für diesen Fall müsste ich mir einen Rückkommensantrag zu Absatz 3 vorbehalten.

**Dreifuss Ruth, conseillère fédérale:** J'aimerais remercier ce Conseil de l'intention qu'il semble manifester de se rallier à la décision du Conseil national. Je crois qu'il est très important de voir que nous avons des situations si différentes dans les cantons, qu'il nous faut apporter plusieurs corrections au système initial.

La première des corrections à apporter, c'est qu'il faut nous éloigner de l'idée, qui dominait au début de cette discussion, que dans chaque canton, pour chaque habitant, la même

somme devrait être à disposition pour procéder à un subventionnement des cotisations. Avec une telle hypothèse de départ, nous arrivons justement à cette situation absurde – nous mettons le doigt dans l'engrenage qui a été dénoncé dans cette Chambre au mois de décembre, et cela a certainement contribué à faire avancer vers une solution plus raisonnable – que quel que soit le niveau des cotisations dans les différents cantons, les montants à disposition – et ce sont des montants qui doivent être intégralement utilisés pour le subventionnement des cotisations pour les couches de population à revenu plus modeste – sont les mêmes.

En introduisant la possibilité de tenir compte du critère de la cotisation moyenne par canton, nous pouvons atténuer les différences entre les cantons. Mais je le dis très fermement: nous n'avons l'intention que de les atténuer. Il restera une différence sensible entre les cantons puisque nous ne faisons que prendre en considération la différence par rapport à la cotisation moyenne suisse, comme critère supplémentaire de la distribution des fonds de la Confédération.

Si je tiens à vous en remercier, c'est parce que je suis persuadée qu'il appartient à la Confédération de veiller – nous y reviendrons à l'alinéa 5 – à ce que l'objectif social de cette loi soit réalisé, c'est-à-dire que l'assurance sociale ait des cotisations qui puissent être assumées par l'ensemble de la population; l'«ensemble de la population» signifiant que les couches à revenu modeste puissent également les supporter; l'«ensemble de la population» signifiant également que les habitants de l'est comme de l'ouest de ce pays, du nord comme du sud de ce pays, puissent les supporter.

C'est cela que vous permettez en adoptant la position du Conseil national à l'alinéa 3. Je vous en remercie. Je suis persuadée que sinon, cette loi ne remplirait pas l'objectif social qui est le sien.

*Abs. 3 – Al. 3  
Angenommen – Adopté*

*Abs. 4, 5 – Al. 4, 5*

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Bei Absatz 4 stimmen wir ebenfalls dem Nationalrat zu.

Ich habe Ihnen zu Absatz 5 die Erklärungen gegeben. Wir haben eine Lösung mit der Kürzungsmöglichkeit bis maximal 50 Prozent gefunden, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist; der Bundesrat kann dazu nähere Bestimmungen erlassen.

Er kann die nähere Bestimmung erlassen, dass die Zielsetzung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen erfüllt wird. Dann wird der Beitrag des Bundes an diesen Kanton im gleichen Verhältnis gekürzt. Das ist im Prinzip akzeptiert worden. Dass die Kantone ihrerseits nachher in der Gestaltung des Verteilungsmodells frei sind, um das Ziel zu erreichen, nämlich die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, ist nach unserer Meinung klar und mit dem Vorgehen nach Artikel 57, wo keine Differenz mehr besteht, bereits sichergestellt worden.

Ich bitte Sie sehr, dieser Bestimmung, die lange Gegenstand von Auseinandersetzungen in der Kommission war und die wir für richtig ansehen, zuzustimmen.

**Onken Thomas (S, TG):** Gestatten Sie mir noch ein Wort zum Antrag Gemperli. Ich meine, dass die Wortführer des Föderalismus, die Bannerträger derjenigen, die die kantonalen Finanzen schonen wollten – ihnen ist Herr Gemperli in der letzten Session energisch vorangeschritten –, einen ganz beachtlichen Erfolg errungen haben. Herr Gemperli hat das teilweise auch anerkannt.

Doch dieser Erfolg sollte jetzt nicht zu Übertreibungen führen. Er sollte nicht dazu führen, dass man das Augenmass verliert und den Bogen überspannt. Ich fürchte aber – ich sage das offen und nachhaltig –, dass die Anträge Gemperli – er hat ja noch einen Eventualantrag gestellt – ganz genau das bewirken werden: Sie werden den Bogen überspannen, sollten sie Erfolg haben.

Um zu ermitteln, wie weit man den Kantonen schon entgegengekommen ist, muss man vielleicht noch einmal das Ganze in Betracht ziehen. Man muss zum Beispiel sehen, dass die Expertenkommission Schoch für die Prämienverbilligung ursprünglich eine Bundeslösung vorgeschlagen hatte, und zwar mit einem Satz, der vom Bund festgelegt wird. Davon ist bereits der Bundesrat abgewichen: Er war mit einer gesamthaft einheitlichen Lösung zwar einverstanden, aber die Kantone sollten den Prozentsatz des Einkommens festlegen dürfen, der durch die Prämien nicht überschritten werden soll.

Auch dieses System wurde im Gefolge der Beratungen aufgegeben. Die Prämienverbilligung nach Artikel 57 ist jetzt völlig in die Obhut der Kantone gestellt: Sie können ihr Modell verwirklichen, können ihrer besonderen Ausgangslage Rechnung tragen und ein Modell ausgestalten, das den Anforderungen ihrer Bevölkerung wirklich entspricht.

Wir sind noch darüber hinausgegangen und haben auch bei den Finanzen grosse Zugeständnisse gemacht. Ursprünglich – Sie wissen das – waren 2 Milliarden Franken des Bundes und 1 Milliarde Franken der Kantone vorgesehen. Jetzt schlägt man hier vor, dass die Kantone ihre Beiträge um 50 Prozent kürzen können, wobei dann auch die Bundesbeiträge entsprechend reduziert werden. Gesetzlich den Fall, alle Kantone würden tatsächlich von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, so würden statt der 3 Milliarden Franken, die eigentlich vorgesehen waren, nur noch 1,5 Milliarden Franken Prämienverbilligung ausgeschüttet.

Man sieht also, wie weit man – zumindest theoretisch – von der ursprünglichen Zielsetzung abgewichen ist. Ich will das Wort vom sozialen Abbau nicht allzu leichtfertig in den Mund nehmen. Aber wir müssen immerhin feststellen, dass der Bund heute schon 1,3 Milliarden Franken an die Krankenkassen zur Prämienverbilligung gewährt – im Giessskannenprinzip wohlverstanden, die Subvention kommt allen zugute.

Nach dem erwähnten theoretischen Fall, wonach effektiv nur die Hälfte beansprucht wird, wäre es nur noch 1 Milliarde Franken. Auch die Kantone – so lautet die Berechnung des BSV – haben bisher schon 520 Millionen Franken für die generelle und die individuelle Prämienverbilligung eingesetzt. Also auch dort sind es schon jetzt 20 Millionen Franken mehr als im Mindestfall, wie er jetzt gemäss Gesetz möglich wäre. Die Tendenz ist ganz klar: Es läuft auf soziale «Schmalspur» hinaus.

Ihre Anträge, Herr Gemperli, gehen noch weiter in diese Richtung, weil Sie nun auch den letzten Rückhalt, der gegeben ist, nämlich die Mindestbestimmungen, die der Bundesrat setzen kann, in Frage stellen, weil Sie auch diese Kompetenz in die Hände der Kantone legen wollen.

Da muss ich Ihnen sagen: So belanglos dieser Satz vielleicht aussieht, so wichtig ist er als Gewähr, dass man für die Prämienverbilligung nicht eine Minimallösung realisiert, als Garantie, dass die sozial Bedürftigen, die in wirtschaftlich bedrängten Verhältnissen lebenden Menschen wirklich ihren gerechten Anteil erhalten.

Ich glaube mit Ihnen, dass die Kantone dafür im allgemeinen eine besonnene Regelung treffen werden. Aber es ist ja auch nur eine Kann-Bestimmung. Es ist nicht so, dass der Bundesrat davon Gebrauch machen muss. Wenn die Kantone die Bestimmungen entsprechend interpretieren, wenn sie gesamtschweizerisch eine Lösung finden, die trägt und die dem Kriterium genügt, Versicherten in bescheidenen Verhältnissen wirklich unter die Arme zu greifen, dann wird der Bund ohne weiteres davon absehen können, Bestimmungen zu erlassen. Wenn das aber nicht der Fall ist, wenn Divergenzen entstehen, wenn ein «Patchwork» entsteht, von Kanton zu Kanton völlig unterschiedlich, dann muss der Bund mindestens noch die Möglichkeit haben, einzugreifen.

Es ist meines Erachtens ein völlig falsch verstandener Föderalismus, den Bund nur als Geldgeber zu akzeptieren, der 1 Milliarde Franken ausschüttet, ihm aber jede Regelungskompetenz zu nehmen, die er allenfalls braucht, um zu ordnen und sicherzustellen, dass das Geld, das er zur Verfügung stellt, wirklich in seinem Sinne verwendet wird. Das ist doch der Kerngehalt dieser Bestimmung. Ich bin überzeugt davon, dass der Bundesrat davon nur sehr moderat Gebrauch machen wird,

im Rahmen der Bestimmung, die die nationalrätliche Kommission vorgeschlagen hatte.

Wir haben in der Kommission zwei Stunden über diesen Artikel diskutiert, wir haben alle Abwägungen vorgenommen und verschiedene Anträge besprochen. Aber wir haben uns am Schluss einstimmig hinter diesen Artikel 58 gestellt – als ein in sich geschlossenes, integrales Ganzes, das jetzt nicht mehr aufgeschnürt und zerbröseln sollte, sondern das man nun meines Erachtens als einen Kompromiss annehmen sollte.

Herr Gemperli hat gesagt, wir seien die Vertreter der Kantone. Jawohl, das sind wir – aber der Bevölkerung dieser Kantone, die uns gewählt hat, und nicht der kantonalen Finanzdirektoren, die nicht immer jenes Gesamtinteresse im Auge haben, das wir im Auge behalten müssen.

Es geht hier doch letztlich auch um einen sozialen und politischen Entscheid. Die Frage ist: Wollen wir diese Vorlage? Wollen wir sie gemeinsam erfolgreich durch eine Referendumsabstimmung führen? Oder wollen wir sie zusätzlich gefährden? Ich warne davor, dem Antrag Gemperli zu folgen, denn damit wird der Bogen überspannt und die Vorlage könnte gefährdet werden. Denn das ist die Schicksalsbestimmung, das ist der soziale Rückhalt des ganzen Gesetzes, und da sollten wir nicht weiter gehen, als wir bisher schon gegangen sind. Wir sind den Kantonen – das ist auch das Verdienst von Herrn Gemperli – weit entgegengekommen.

Ich bitte Sie, den Bestimmungen in Artikel 58 insgesamt, auch derjenigen in Absatz 5, zuzustimmen und die beiden Anträge Gemperli abzulehnen.

**Loretan Willy (R, AG):** Ich kann mich im Prinzip – widerstrebend allerdings – dem Gesamtpaket anschliessen, wie es die Kommission für Artikel 58 in Anlehnung an den Nationalrat geschnürt hat. Nach der «Konterbatterie» von Herrn Onken gegen den Antrag Gemperli, im letzten Satz von Absatz 5 die Kompetenz des Bundesrates herauszustreichen, muss ich dem Kollegen Gemperli jetzt doch etwas «Feuerunterstützung» geben. Ob sie wirksam sein wird, werden Sie dann zu entscheiden haben.

Was will der Antrag Gemperli? Er will die nunmehr vorliegende Ersatzlösung zur Entlastung der Kantone – Ersatzlösung deshalb, weil für die Anteile der Kantone an der Prämienverbilligung nach wie vor die 30-Prozentklausel anstelle der 50 Prozent richtig wäre – einigermaßen ungeschoren über die Runden bringen. Und wie will er das? Er beantragt uns eine qualifizierte Streichung der bundesrätlichen Spezialverordnungs-kompetenz in Artikel 58 Absatz 5, letzter Satz. Es besteht im übrigen keine Spur von einem Zweifel, dass der Bundesrat diese spezielle Verordnung zu Absatz 5 nicht erlassen wird.

Herr Gemperli will anstelle der bundesrätlichen Kompetenz eine Kompetenz der Kantone. Ich finde das auch richtig und gerechtfertigt. Denn bleibt diese bundesrätliche Kompetenz, so besteht die Gefahr, dass der Bundesrat die den Kantonen im Gesetz eingeräumten und klar abgesteckten Freiräume auf dem Verordnungsweg wieder einengt, indem er das Kriterium «in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen» so definiert, dass die Kantone dennoch gezwungen sind, Prämienverbilligungen auch dort vorzunehmen, wo solche in dem vom Bundesrat verfügten Umfang nicht nötig sind.

Unterschiedliche Lösungen auch bei den Prämienverbilligungen in den Kantonen rechtfertigen sich, denn die Verhältnisse sind doch sehr unterschiedlich: in bezug auf die Krankheitskosten allgemein, in bezug auf die durchschnittliche Prämienhöhe, in bezug auf die Spitaliausgaben, in bezug auf die Beiträge der öffentlichen Hand an die Spitaldefizite.

Warum will man dem Bundesrat die Möglichkeit einräumen, in extremis alles über einen Kamm zu scheren? Föderalismus bedeutet die Bereitschaft, mit Unterschieden zu leben. Es ist ja auch bei den Steuersystemen, den steuerlichen Belastungen, den Belastungen mit Gebühren in den Kantonen so, dass Unterschiede bestehen.

Nehmen wir meinen Kanton, den Aargau, als Beispiel. Ohne den integralen Mechanismus gemäss Artikel 58 Absatz 5 werden hier bis zu 70, ja 80 Prozent der Haushalte, der Bevölkerung, Prämienverbilligung beanspruchen können. Dieser inte-

grale Mechanismus ist für mich bedroht durch die Kompetenz-einräumung an den Bundesrat.

Warum soll man denn die Möglichkeit schaffen, einen Kanton zu zwingen, bereits tiefe Prämien zusätzlich zu verbilligen? Das bedeutet Einsatz – ich vermeide den Ausdruck «Verschleuderung» – von Steuergeldern zugunsten von Leuten, die es nicht nötig haben. Das ist dann das Giesskannensystem in extremer Ausformung. Wenn mein Kanton laut der Gesundheitsdirektorin eigene Mittel im Betrag von 75 Millionen Franken verteilen müsste, dann bedeutet das höhere Steuern, ganz abgesehen vom Personalaufwand für über 30 Personen – nach ihren Aussagen –, die zur Abwicklung der ganzen Zuteilerei der Prämienverbilligung ohnehin nötig sind. Ich traue offen gestanden dem Bundesrat hier nicht über den Weg. Die Kantone erhalten mit der einen Hand des Parlamentes einen klar abgesteckten Freiraum; die andere Hand, die bundesrätliche, ist bereits bedrohlich ausgestreckt, um die Kantone an die Wand spielen zu können. Herr Onken, ich habe in diesem Fall offen gestanden mehr Vertrauen in die Kantone, in ihre Parlamente und ihre Stimmbürger, welche die Regierungen und die Parlamente mit dem System der direkten Demokratie kontrollieren, als in den Bundesrat als Verordnungsgesetzgeber.

Deshalb bitte ich Sie, den Antrag Gemperli zu unterstützen.

**Schoch Otto (R, AR):** Ich muss Ihnen offen gestehen: Bei der ersten Kenntnisnahme des Textes von Artikel 58 Absatz 5 war meine spontane Reaktion die gleiche wie jene von Herrn Loretan oder von Herrn Gemperli. Ich habe im ersten Moment auch die Auffassung vertreten: Da dürfen wir nicht – ich sage es jetzt ein bisschen handfest – die Katze im Sack kaufen, da müssen wir genau wissen, was der Inhalt dieser Vollzugsnorm sein könnte. Da müssen wir wissen, dass uns dann der Bundesrat nicht einfach für dumm verkauft. Ich habe deshalb in einer ersten spontanen Reaktion genauso Stellung bezogen, wie das jetzt Herr Loretan und auch Herr Gemperli getan haben.

An der Sitzung der SGK Ihres Rates ist dann aber genau diese Problematik sehr eingehend erörtert und erläutert worden. Ich muss Ihnen sagen, dass ich mich durch das, was Frau Bundesrätin Dreifuss an dieser Sitzung vorgetragen hat, in meinen Bedenken beruhigen liess, und dass ich heute der Auffassung bin, dass es nicht nur vertretbar, sondern richtig ist, wenn wir den letzten Satz von Absatz 5, so wie er hier nachgelesen werden kann, stehen lassen.

Natürlich ist das nicht mehr das gleiche wie das, was die Expertenkommission in irgendeinem früheren Stadium oder was unser Rat in der ersten Runde beschlossen hat. Aber angesichts der Voraussetzungen, angesichts der Sachzwänge und der Rahmenbedingungen, die wir in diesem Differenzbereinigungsverfahren nun einmal haben – meine ich –, ist es nicht nur die beste, sondern die einzige Lösung, die sinnvoll ist und die noch in Frage kommen kann. Ich möchte Frau Bundesrätin Dreifuss dringend bitten, hier im Rat zuhanden der Materialien eben das vorzutragen und zu Protokoll zu geben, was sie der Kommission auch gesagt hat. Dann werden sämtliche Mitglieder des Rates feststellen können, dass es zweckmässig ist, dem Bundesrat die Kompetenz einzuräumen, selbst darüber zu entscheiden, wo die Grenze für die Bedürftigkeit gezogen werden kann.

Ich möchte in diesem Zusammenhang daran erinnern, dass das, was wir jetzt zu beschliessen im Begriffe sind, oder das – was ich voraussetze und annehme –, was wir im Begriffe sind zu beschliessen, weiter gehen wird – insbesondere die Erläuterungen, die uns Frau Dreifuss dazu noch vortragen wird, werden das aufzeigen – als das, was in der letzten Runde die SGK des Nationalrates beschlossen hatte. Wir schaffen also grössere Bewegungsfreiheit, mehr Luft gerade zuhanden der Kantone. Schon aus diesem Grund meine ich, dass es richtig ist, wenn wir den letzten Satz von Absatz 5 hier stehen lassen. Ich möchte gerade Herrn Gemperli als St. Galler Vertreter auf eine Gefahr hinweisen, die mir manifest scheint und die bis jetzt noch nicht erwähnt worden ist: Wenn wir den Kantonen hier, im Sinne des Hauptantrages Gemperli, die Kompetenz einräumen, die näheren Vorschriften zu erlassen, dann könnten wir in Kombination mit dem zweiten Satz von Absatz 3 ris-

kieren oder ganz konkret das Risiko eingehen, dass da eine Veränderung des heute bestehenden labilen Gleichgewichts zwischen den Kantonen eintritt. Dann könnte sich die ganze Situation, wie sie sich im Verlaufe von Jahrzehnten abgespielt hat, plötzlich verändern, weil die Kantone dann über ihre Vollzugserrasskompetenz in Kombination mit Absatz 3 zweiter Satz auf dieses labile Gleichgewicht Einfluss nehmen könnten.

Das kann ja wohl nicht der Sinn des Antrages Gemperli sein; denn jene, die die Zeche hierfür bezahlen müssten, wären ausschliesslich die Ostschweizer, gerade die St. Galler, allen voran aber natürlich die Innerrhoder. So gesehen ist der Hauptantrag Gemperli sogar sehr gefährlich.

Ich bitte Sie deshalb, diesem Antrag nicht zuzustimmen.

**Dreifuss Ruth, conseillère fédérale:** Permettez-moi peut-être de reprendre d'abord ma critique de la proposition Gemperli que vous aviez adoptée le 15 décembre de l'année passée. M. Loretan vient de dire encore qu'elle lui paraissait la meilleure. Pour M. Gemperli, ce n'est plus qu'une proposition subsidiaire, mais j'aimerais montrer que là se situe le point de départ de notre discussion. J'aimerais également montrer en quoi notre proposition va bien davantage à la rencontre des cantons que cette proposition Gemperli adoptée par votre Chambre le 15 décembre dernier, mais que nous devons instituer un frein dans ce système qui, autrement, risquerait d'imploser, c'est-à-dire de s'engager dans une spirale descendante.

La proposition que vous aviez adoptée le 15 décembre de l'année passée partait de cette mise en doute – que j'ai encore entendue aujourd'hui – qu'il faut, grosso modo, 3 milliards de francs pour atteindre les objectifs sociaux, pour financer la révision de l'assurance-maladie. Ces 3 milliards de francs sont indispensables. Si j'insiste sur le caractère approximatif de cette moyenne, c'est, bien sûr, parce qu'il faut que l'on puisse tenir compte de la situation d'un certain nombre de cantons qui pourront peut-être nous mener à un montant inférieur à 3 milliards de francs, mais ils ne peuvent pas le réduire trop sans mettre en danger l'ensemble de cette révision.

Je vous rappelle ce que j'ai dit ici au mois de décembre: adopter cette idée que les subventions cantonales, tout simplement, seraient de 600 millions de francs et non pas de 1 milliard de francs reviendrait à imputer ces 400 millions de francs aux assurés. Ils paient aujourd'hui déjà 200 millions de francs de plus – par rapport au projet présenté initialement – que ce qu'ils paient actuellement. La proposition que vous aviez adoptée en décembre leur imputerait 600 millions de francs de plus que ce qu'ils paient actuellement, pour l'ensemble de la Suisse, alors que la situation est déjà considérée comme insupportable. La charge principale, en terme de plus d'engagement financier, reviendrait de nouveau aux patients, alors que nous savons qu'un des problèmes de l'assurance-maladie est l'explosion des primes à la charge des assurés plus que l'explosion des coûts eux-mêmes, puisqu'il y a eu un retrait général du financement public dans ce domaine. Il est clair qu'une révision qui aboutirait à alourdir aussi massivement la charge à imputer aux assurés ou aux patients, puisqu'il s'agit aussi de participations aux frais, n'aurait aucune chance en votation populaire. Donc, on doit partir de l'idée que ces 3 milliards de francs permettent d'équilibrer, entre les assurés et les pouvoirs publics, les prestations additionnelles de la révision.

D'un autre côté, cette proposition ne suffisait pas à satisfaire les cantons eux-mêmes parce que, vous le reconnaîtrez avec moi, Monsieur Gemperli, pour les cantons qui ont des cotisations particulièrement basses, en Suisse orientale et en Suisse centrale, pouvoir renoncer tout simplement à la partie de la subvention cantonale tout en recevant la subvention fédérale intégrale nous remet exactement dans cette situation sur laquelle vous aviez mis avec raison, et sur laquelle les cantons ont mis avec raison, le doigt: certains cantons auraient trop de ressources à distribuer par rapport à leurs besoins. C'est pourquoi nous avons essayé de trouver une solution qui tienne compte des besoins de ces cantons-là sans mettre en cause l'ensemble du système et les ordres de grandeur qui sont vala-

bles pour l'ensemble de la Suisse. D'où l'idée d'en rester – et vous seriez, en principe, prêts à vous rallier à cet alinéa 4 – à cette enveloppe globale approximative de 3 milliards de francs partagés à raison de deux tiers à la charge de la Confédération et d'un tiers à la charge des cantons. Nous parlons maintenant du mécanisme qui permet aux cantons d'ajuster – pour les cantons où les cotisations sont les plus basses – leurs besoins financiers à l'objectif social et à ne pas viser au-delà du but, ce qui, initialement, aurait été le cas.

La question se pose de savoir pourquoi le Conseil national, à la suite de sa commission, à la suite de travaux qui ont été faits à l'Office fédéral des assurances sociales, en est arrivé à l'idée que l'on pourrait diminuer de 50 pour cent la contribution du canton et la contribution de la Confédération. Je dois dire que je me suis inspirée à ce propos des idées que M. Bisig avait introduites dans le débat, le 15 décembre 1993, en pensant qu'il était plus judicieux de rechercher des solutions modulées par canton en fonction de la situation des cantons concernés. Nous avons calculé ce taux de 50 pour cent sur la base des situations concrètes des cantons. Nous sommes arrivés très clairement à la conclusion que, par exemple, Appenzell Rhodes-Extérieures et les Grisons devaient arriver à une réduction de 50 pour cent à peu près de la subvention fédérale et de la subvention cantonale pour ne pas aller au-delà de ce qui peut être considéré comme le besoin social. Nous allons infiniment plus loin pour ces cantons que la proposition que vous aviez soumise à ce Conseil le 15 décembre 1993 et qu'il avait acceptée.

Monsieur Gemperli, nous allons beaucoup plus loin dans la prise en compte de la situation de certains cantons. Mais rappelons-nous que ce sont des petits cantons et que tirer de la situation de ces petits cantons des conclusions pour l'ensemble de la Suisse aboutirait à cette situation extrêmement dangereuse que l'on pourrait – M. Onken l'a décrite – théoriquement en arriver à réduire les subventions par rapport à ce qu'elles sont actuellement et à imputer d'autant plus les charges de l'assurance aux assurés.

M. Loretan a dit que le Conseil fédéral utiliserait forcément cette compétence. Je ne sais pas s'il l'a dit parce qu'à un autre article j'ai effectivement affirmé en commission clairement que le Conseil fédéral ferait usage de la compétence que vous voulez lui donner, mais il ne s'agissait pas de cet article. J'ai dit clairement en commission: «Le Conseil fédéral utilisera la possibilité de tenir compte du critère des cotisations moyennes pour fixer la répartition de ces 2 milliards de francs.» Là, oui, le Conseil fédéral utilisera immédiatement cette compétence. Mais il n'y a aucune raison qu'il utilise cette compétence à l'alinéa 5 de l'article 58 si l'objectif social de cette loi est réalisé. Il l'utilisera uniquement comme une garantie à donner à la population de ce pays que les objectifs sociaux de cette loi seront réalisés, seront garantis.

Je ne répéterai pas ce que d'autres orateurs ont dit sur les concessions ou sur la volonté de répondre aux besoins et aux désirs des cantons qui ont été manifestés tout au long de ce débat. Vous les avez entendus. Nous avons vraiment tenu compte des besoins des cantons, encore une fois, dans une mesure qui va beaucoup plus loin que celle que vous aviez adoptée en décembre dernier. Il s'agit maintenant de rétablir la confiance de la population suisse dans ce système. Celle-ci ne sera pas donnée si on dit que c'est un système fragile qui dépendra des décisions que vous prendrez de quatre ans en quatre ans en ce qui concerne la subvention fédérale, qui dépendra de la possibilité des cantons de réduire jusqu'à 50 pour cent l'enveloppe financière à leur disposition, et cela sera une des raisons de l'échec de ce système. Tout ce que nous vous demandons, c'est la possibilité d'introduire un frein dans le système, un frein qui réduit le risque d'implosion de ce système.

Pour terminer, comment utiliserions-nous ce frein si nous en avons besoin? Nous avons fait au Conseil national une proposition – M. Schoch y a fait allusion – qui était la prise en compte d'un rapport entre la partie subventionnée et les coûts totaux des cotisations dans le canton concerné. Nous avons songé à une solution de ce type parce qu'il est difficile, en l'état actuel et avec la liberté totale donnée aux cantons de fixer leur

système, de trouver un critère valable pour l'ensemble du pays. Il est clair que si nous recourons à cette compétence, nous nous appuyerons sur les systèmes mis en place par les cantons pour trouver le critère le plus adéquat.

Je puis vous dire que les solutions que nous envisageons se situent entre la solution discutée au Conseil national – et rejetée pour donner plus de liberté au Conseil fédéral d'aller à la rencontre des cantons – et un système qui est à la base de ce chiffre de 50 pour cent; pour toute une série de cantons nous irons jusqu'à l'extrême limite de cette possibilité, 50 pour cent de réduction, et cela concerne en particulier les deux cantons que j'ai cités tout à l'heure et, dans des ordres de grandeur semblables, certains des cantons de Suisse orientale ou de Suisse centrale. Mais, encore une fois, seul le Conseil fédéral peut garantir au niveau de l'ensemble du pays que l'objectif social sera garanti, seul le Conseil fédéral peut le faire au moyen d'une votation qui sera une votation fédérale. Il est de sa responsabilité de dire que cette révision est une révision qui a un objectif social et qu'il se donne les moyens de le réaliser, moyens faibles, je le reconnais encore.

En l'absence d'un frein, la différence entre les cantons restera énorme. Sans cette responsabilité assumée par le Conseil fédéral, je crois que le système est trop fragile pour retenir la confiance de notre population. C'est la raison pour laquelle je vous prie de vous rallier, comme votre commission l'a fait, à la décision du Conseil national.

Je peux peut-être dire d'emblée – puisque nous allons ensuite aborder l'alinéa 6 du même article – que j'aurais bien aimé avoir la compétence, à l'alinéa 6, d'utiliser les ressources fédérales non mobilisées par les cantons en une «Kann-Formulierung» pour donner plus aux cantons où l'objectif social ne pourra pas être suffisamment obtenu, et ceci même avec le mécanisme que nous avons mis en place. Je dis «Kann-Formulierung», mais il est clair qu'en période de restriction budgétaire nous n'aurions pas utilisé ces fonds parce que, comme l'a dit M. Gemperli, nous sommes en train d'économiser partout où nous le pouvons, parfois nous économisons même là où nous ne le devrions pas. J'aurais donc préféré la formule retenue par le Conseil national à l'alinéa 6. J'ai également une grande compréhension pour ceux qui verraient là un cumul des compétences accordées au Conseil fédéral et si les remarques critiques que vous avez faites envers cette institution qui «vend des choses dans des sacs» et ne s'oriente pas selon les besoins de la population et surtout des cantons, si votre méfiance à l'égard du Conseil fédéral pouvait se concentrer sur une opposition à l'alinéa 6, j'en serais heureuse.

**Gemperli Paul (C, SG):** Nur noch einige ganz kurze Bemerkungen. Zum Sozialabbau: Herr Onken hat seine Bemerkung zwar wieder etwas relativiert. Ich glaube nicht, dass man überhaupt von Sozialabbau sprechen kann, wenn man in einem zur Diskussion stehenden Gesetz die finanziellen Folgen zur Diskussion stellt. Hier handelt es sich noch nicht um Sozialleistungen, die beschlossen wurden, sondern das sind Leistungen, die in Zukunft in Aussicht gestellt werden. Die kann man noch nicht abbauen, weil sie noch gar nicht beim Empfänger angekommen sind. Wenn man weiter sieht, was heute subventioniert wird und was neu gezielt subventioniert werden soll, sind die Leistungen für die eigentlich Bedürftigen auf jeden Fall höher.

Zu den Finanzdirektoren: Ich bin nicht mehr kantonaler Finanzdirektor, kenne aber in etwa die Sorgen der Finanzdirektoren, und ich bin persönlich überhaupt nicht überzeugt, wenn man sagt, die Finanzdirektoren und die Bevölkerung seien zwei verschiedene Sorten Menschen. Denn die Finanzdirektoren müssen der Bevölkerung wieder in die Tasche greifen, wenn es um die Finanzierung von Ausgaben geht. Spätestens dann merkt man wieder, wo schliesslich übertriebene Versprechen über den Bedarf hinaus hinführen. Das muss man einfach auch berücksichtigen; man kann nicht nur eine Seite sehen.

Ich denke auch an jene Menschen in diesem Land, die vielleicht 60 000 Franken verdienen, die aber keine Prämienverbiligung mehr erhalten, die die Prämienerrhöhung in Kauf nehmen müssen, die mit höheren Steuern schliesslich diese Prä-

mienverbilligungen noch bezahlen müssen. Auch das ist ein Problem, das man in dieser Betrachtungsweise nicht einfach ausklammern kann.

Alle Vollzugsaufgaben, mit Ausnahme der Gestaltung der finanziellen Seite, liegen bei den Kantonen. Sie können das System der Verteilung festlegen, z. B. ob sie mit den Steuern abrechnen wollen, ob sie die Vergütung der Krankenkasse geben wollen oder ob sie jedem einen Check schicken. Das können die Kantone machen. Die Kantone können vielleicht noch festlegen, auf welche Veranlagung sie abstellen wollen, ob man die kantonale Veranlagung korrigiert oder die Wehrsteueranlagung nimmt. Aber im entscheidenden Bereich, in der Definition der Bedürftigkeit und auch darin, welche Leistungen des Bundes und der Kantone notwendig sind, haben sie keinen grossen Spielraum mehr, wenn der Bund das festlegt.

Da bin ich nicht überzeugt, dass letztlich nur der Bundesrat diesen sozialen Aspekt über das Land hinweg festlegen kann. Vom Gesetz ist ein Rahmen festgelegt, und dieser Rahmen soll die soziale Verantwortung wiedergeben.

Das noch einige Entgegnungen aus meiner Sicht.

#### Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	28 Stimmen
Für den Antrag Gemperli	8 Stimmen

**Gemperli Paul (C, SG):** Mit meinem Eventualantrag ist ein Fehler passiert. Ich beantrage Ihnen, in Absatz 4 an unserem Beschluss vom 15. Dezember 1993 festzuhalten, also an diesen 30 Prozent. Das ist der Eventualantrag. Ich habe die Fahne am Samstag morgen erhalten, und die Fahne gibt leider zu wenig Auskunft, weil man in der zweitletzten Spalte nicht mehr alle Absätze sieht. So hat sich dieser Fehler offenbar bei der Übermittlung per Telefax eingeschlichen.

Wenn Sie auf 50 Prozent gehen und wenn Sie bei diesen 50 Prozent den Spielraum der Kantone so einengen, dass die Gestaltungsmöglichkeit im finanziellen Bereich nicht mehr vorhanden ist, halte ich persönlich dafür, dass es an sich besser ist, an der Lösung festzuhalten, wie wir sie das letzte Mal beschlossen haben, an Artikel 58 Absatz 4, der im Maximum 30 Prozent Kantonsbeitrag vorsieht.

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Sie haben jetzt in der Abstimmung bei Absatz 5 klar der Kommission und damit dem Nationalrat zugestimmt. Jetzt kommt Herr Gemperli und sagt, wenn das passiere, dann übernehme er vom Ständerat den alten Absatz 4, der jene 30 Prozent beinhaltet, die das letzte Mal gegen die Kommission beschlossen wurden.

Demgegenüber steht in der ursprünglichen Fassung des Ständerates, an der der Nationalrat festhält, in Absatz 4: «... bestimmt nach der Finanzkraft der Kantone, in welchem Masse .... Der Gesamtbeitrag, den die Kantone zu leisten haben, muss mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen.»

Das sind die 50 Prozent, die Herr Gemperli jetzt attackiert und auf 30 Prozent zurückführen will. Er will, wenn er bei Absatz 4 Festhalten beantragt, also nicht die Kürzung von 50 auf 30 Prozent zurückführen, sondern den Betrag, der bei den Kantonen zur Verfügung steht; diese Verpflichtung will er von der Hälfte auf 30 Prozent zurückführen.

**Gemperli Paul (C, SG):** Wir haben einerseits Absatz 3. Dort wird festgehalten, dass der Bundesrat die Anteile der einzelnen Kantone festlegt. Das ist in Absatz 3 enthalten. Gemäss dem von unserem Rat am 15. Dezember 1993 beschlossenen Absatz 4 haben die Kantone den Bundesbeitrag entsprechend ihrer Finanzkraft zu erhöhen. Dieser Beitrag wird jeweils für vier Jahre festgelegt; der Gesamtbeitrag der Kantone darf 30 Prozent des Bundesbeitrages nicht übersteigen. Damit wird aber meines Erachtens der jetzt beschlossene Absatz 5 überflüssig.

#### Abstimmung – Vote

Für den Eventualantrag Gemperli	9 Stimmen
Dagegen	27 Stimmen

Abs. 6 – Al. 6

**Dreifuss Ruth, conseillère fédérale:** S'il vous faut un paratournerre pour la méfiance que vous témoignez à l'endroit du Conseil fédéral, en voilà un: biffer l'alinéa 6.

Angenommen – Adopté

#### Art. 64 Abs. 1

Antrag der Kommission  
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### Art. 64 al. 1

Proposition de la commission  
Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Bei Artikel 64 Absatz 1 geht es darum, dass die subsidiäre Deckung des Unfallrisikos in der freiwilligen Taggeldversicherung ausgeschlossen werden kann. Es bleibt eine Beschränkung auf Krankheit und Mutterschaft.

Die ständerätliche Kommission hat sich dem zuerst widersetzt. Der Nationalrat hat in seiner Kommissionsarbeit mit 10 zu 0 Stimmen bei 6 Enthaltungen dieser Fassung zugestimmt. Wir haben uns überzeugen lassen, dass in diesem Falle im Rahmen der freiwilligen Taggeldversicherung eine andere Lösung, als sie der Nationalrat vorschlägt, systemwidrig wäre. Wir empfehlen Ihnen daher, dem Nationalrat zuzustimmen.

Angenommen – Adopté

#### Art. 73

Antrag der Kommission  
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates  
Proposition de la commission  
Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Bei Artikel 73 haben wir einen Verbesserungsvorschlag der Redaktionskommission. Es ist hier von «überwiegenden öffentlichen Interessen» die Rede, was im französischen Text mit «intérêts publics prépondérants» wiedergegeben wird. Diese Formulierung ist richtiger und besser; wir empfehlen Zustimmung.

Angenommen – Adopté

#### Art. 88 Abs. 3

Antrag der Kommission  
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### Art. 88 al. 3

Proposition de la commission  
Adhérer à la décision du Conseil national

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: In Artikel 88 wurde eine Anregung der Redaktionskommission berücksichtigt. Nach Rücksprache mit dem Bundesamt für Privatversicherungswesen ist bei Artikel 101 Absatz 1 Ziffer 2 eine formale Anpassung an den Beschluss Swisslex vorgenommen worden: Der Verweis in Klammern auf Artikel 6 VAG wird durch einen Verweis auf Artikel 53 Absatz 3 VAG ersetzt. Es betrifft dies die vereinfachte Aufsicht über bestimmte inländische Lebensversicherungseinrichtungen. Ich habe mich im persönlichen Gespräch noch vergewissert, dass die Erklärung, die hier gegeben wird, und die neue Subsumtion zutreffen. Ich empfehle Ihnen namens der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates.

Angenommen – Adopté

#### Art. 93 Abs. 2

Antrag der Kommission  
Festhalten

**Art. 93 al. 2**

*Proposition de la commission*  
Maintenir

**Huber** Hans Jörg (C, AG), Berichterstatter: Bei Artikel 93 ist der Antrag klar: Streichen, weil Sie die Selbstdispensation in der Kompetenz der Kantone belassen haben. Die beiden Dinge hängen innerlich zusammen.  
Ich bitte Sie, gemäss Kommissionsantrag zu entscheiden.

*Angenommen – Adopté*

Materiell haben wir gegenüber dem Nationalrat nichts Entscheidendes abgeändert, so dass wir Ihnen empfehlen, der Fassung der Kommission des Ständerates zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

*An den Nationalrat – Au Conseil national*

**Art. 98**

*Antrag der Kommission*  
*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates, aber

- im ersten Jahr 1830 Millionen Franken
- im zweiten Jahr 1940 Millionen Franken
- im dritten Jahr 2050 Millionen Franken
- im vierten Jahr 2180 Millionen Franken

*Abs. 2*

....

- im ersten Jahr 35 Prozent
- im zweiten Jahr 40 Prozent
- im dritten Jahr 45 Prozent
- im vierten Jahr 50 Prozent

**Art. 98**

*Proposition de la commission*  
*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil national, mais

.... s'élèvent à:

- pour la première année 1830 millions de francs
- pour la deuxième année 1940 millions de francs
- pour la troisième année 2050 millions de francs
- pour la quatrième année 2180 millions de francs

*Al. 2*

.... représentera:

- pour la première année 35 pour cent
- pour la deuxième année 40 pour cent
- pour la troisième année 45 pour cent
- pour la quatrième année 50 pour cent

**Huber** Hans Jörg (C, AG), Berichterstatter: Bei Artikel 98 ist folgendes zu beachten: Wir hätten Ihnen gerne empfohlen, gemäss Nationalrat vorzugehen; wir haben aber noch eine gewisse Flexibilität hineinbringen wollen. Absatz 1 lautet: «Für die ersten vier Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes, höchstens aber bis zum Jahre 1999, betragen die jährlichen Beiträge des Bundes nach Artikel 58: im ersten Jahr 35 Prozent, im zweiten Jahr 40 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent, im vierten Jahr 50 Prozent.» Dann Absatz 2: «Für die ersten vier Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, höchstens aber bis zum Jahre 1999, entspricht der Gesamtbetrag, um den die Kantone den Bundesbeitrag aus eigenen Mitteln mindestens zu erhöhen haben, folgenden Prozentsätzen des Bundesbeitrages: ....» Die Zahlen für die ersten vier Jahre sehen Sie unten auf der Seite.

Dazu ist folgendes zu sagen: Der Ständerat geht davon aus, dass das Bundesgesetz vom Bundesrat auf den 1. Januar 1996 in Kraft gesetzt würde, wenn es die Referendumshürde nimmt.

Der Bundesrat trägt damit den Wünschen der Versicherer und der Kantone in vollem Umfang Rechnung, die auf die Schwierigkeit der Anpassung aufmerksam gemacht haben.

Absatz 2 berücksichtigt die Möglichkeit von Artikel 58 Absatz 5 jetzt nicht.

Es muss klar gesagt werden, dass hier diese Kürzungsmöglichkeiten selbstverständlich Einfluss auf die Geldströme haben; das muss noch im Sinne unseres Beschlusses festgelegt werden.



**Dreizehnte Sitzung – Treizième séance**

**Donnerstag, 17. März 1994, Vormittag**  
**Jeudi 17 mars 1994, matin**

08.00 h

*Vorsitz – Présidence: Jagmetti Riccardo (R, ZH)*

91.071

**Krankenversicherung. Revision**  
**Assurance-maladie. Révision**

*Differenzen – Divergences*

Siehe Seite 89 hiervor – Voir page 89 ci-devant  
Beschluss des Nationalrates vom 15. März 1994  
Décision du Conseil national du 15 mars 1994

**Art. 31 Abs. 3; 93 Abs. 2**

*Antrag der Einigungskonferenz*  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 31 al. 3; 93 al. 2**

*Proposition de la Conférence de conciliation*  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Huber Hans Jörg (C, AG),** Berichterstatter: Ich freue mich sehr, Ihnen mitteilen zu können, dass die Einigungskonferenz in Sachen Krankenversicherungsgesetz mit 21 zu 0 Stimmen bei 5 Enthaltungen bei den beiden strittigen Artikeln, die noch verblieben sind, nämlich Artikel 31 Absatz 3 und Artikel 93 Absatz 2 mit dem schwierigen Thema der Selbstdispensation, dem Antrag des Ständerates gefolgt ist. Die Regelung der Selbstdispensation mit der räumlichen Einschränkung gemäss Antrag Coutau bleibt daher bei den Kantonen. Der Ständerat – ich brauche das nur pro memoria zu sagen – hat dieser Regelung durch drei Lesungen hindurch zugestimmt, und er hat diese Regelung auch in der Einigungskonferenz geschlossen unterstützt.

Dieser Erfolg ist nicht einseitiges Diktat, und zwar deswegen, weil wir einerseits an der kantonalen Hoheit festgehalten haben, aber andererseits auch einer Einschränkung, dem Antrag Coutau – also dem eines Vertreters aus einem kaum selbstdispensierenden Kanton – zugestimmt und damit von Bundes wegen eine Einschränkung gebracht haben. Das bedeutet, dass beide Berufsstände, sowohl Ärzte wie Apotheker, mit dieser Lösung meines Erachtens bei der bestehenden Konkordanz und Diskonkordanzlage zufrieden sein dürfen.

Ich bitte Sie daher namens Ihrer Kommission, dem Antrag der Einigungskonferenz zuzustimmen und damit von unserer Seite den Weg freizumachen für die parlamentarische Zustimmung zu diesem grossen Gesetzeswerk, an dem wir viel, lange, nachhaltig und geduldig gemeinsam gearbeitet haben.

**Dreifuss Ruth,** conseillère fédérale: Le Conseil fédéral est d'accord avec la solution à laquelle vous êtes parvenus et reconnaît que vous faites ainsi un pas important en direction des cantons. Je crois qu'avec cette dernière décision un équilibre a pu être trouvé entre les compétences fédérales et les compétences cantonales. Il est évident que les cantons ont à assumer, dans les deux points principaux de cette réforme, un rôle essentiel. Ils ont à organiser la solidarité dans leur canton, puisqu'ils doivent mettre en place le mécanisme qui permettra de rendre supportable le montant des cotisations, également aux plus bas revenus. Ils ont à prendre également en main la

maîtrise des coûts et l'organisation de la santé, et ce dernier article appartient à ce domaine.

A ce stade, permettez-moi donc tout simplement d'ajouter encore quelques remerciements et ma reconnaissance envers le travail du Parlement. Ce sujet extrêmement délicat où les échecs jalonnent en fait l'histoire de ce siècle a été traité à la fois avec un immense sérieux, mais aussi une très grande célérité. Je tiens à souligner que, entre le message et le vote final qui devrait avoir lieu cette semaine, se sont écoulés uniquement deux ans et demi de travaux, alors que le projet précédent, qui était uniquement une révision partielle n'ayant d'ailleurs pas trouvé grâce aux yeux du peuple, a nécessité six ans de travaux. Dans le cas présent, les choses ont été vite, malgré un certain nombre d'éléments nouveaux qui sont apparus en cours de discussion: le travail de la Commission des cartels, qui a obligé à réintégrer toute une série d'éléments dont le Conseil fédéral n'avait pas tenu compte au départ, et le difficile montage du problème du financement et de la relation avec les cantons.

Je crois qu'aujourd'hui nous pouvons dire que le projet a conservé les principaux axes qui lui avaient été donnés, en les rendant, pour l'essentiel, plus efficaces à cause de cette élégante relation de partage de compétences entre les cantons et la Confédération. Nous maintenons le caractère obligatoire de l'assurance-maladie dans cette loi, garantissant donc le libre passage – ce qui est essentiel –, et également plus de concurrence entre les caisses, ce qui devrait avoir aussi un effet positif. Nous assurons une solidarité entre les assurés à l'intérieur de la caisse et nous assurons une solidarité à l'extérieur de la caisse par le subventionnement ciblé des primes. Nous prenons nos distances face à un système d'arrosoir qui profite à tout le monde. Dans ce sens-là, je crois que nous répondons mieux aux besoins de l'heure. Permettez-moi encore de vous féliciter pour la qualité de ce travail.

*Angenommen – Adopté*

*An den Nationalrat – Au Conseil national*

91.071

**Krankenversicherung. Revision**  
**Assurance-maladie. Révision**

Siehe Seite 308 hiervoor – Voir page 308 ci-devant  
Beschluss des Nationalrates vom 17. März 1994  
Décision du Conseil national du 17 mars 1994

*Schlussabstimmung – Vote final*

Für Annahme des Entwurfes

Dagegen

35 Stimmen

1 Stimme

*An den Nationalrat – Au Conseil national*