

Dokumentationszentrale  
3003 Bern  
Tel. 031 322 97 44  
Fax 031 322 82 97  
doc@pd.admin.ch

**„Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ (Gesundheitsinitiative).  
Volksinitiative**

**„La santé à un prix abordable“ (Initiative-santé).  
Initiative populaire**

**„La salute a prezzi accessibili“ (Iniziativa sulla salute).  
Iniziativa popolare**

**Verantwortlich für diese Ausgabe:**

Parlamentsdienste  
Dokumentationszentrale  
Ernst Frischknecht  
Tel. 031 / 322 97 31

**Responsable de cette édition:**

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

**Bezug durch:**

Parlamentsdienste  
Dokumentationszentrale  
3003 Bern  
Tel. 031 / 322 97 44  
Fax 031 / 322 82 97  
doc@pd.admin.ch

**S'obtient aux:**

Services du Parlement  
Centrale de documentation  
3003 Berne  
Tél. 031 / 322 97 44  
Fax 031 / 322 82 97  
doc@pd.admin.ch

## Inhaltsverzeichnis / Table des matières

Seite - Page

1.	Übersicht über die Verhandlungen - Résumé des délibérations		I
2.	Rednerlisten - Listes des orateurs		III
3.	Zusammenfassung der Verhandlungen Condensé des délibérations		IV VIII
4.	Verhandlungen der Räte - Débats dans les conseils		
	Nationalrat - Conseil national	12.12.2000	1
	Nationalrat - Conseil national	13.12.2000	19
	Ständerat - Conseil des Etats	29.11.2001	25
	Nationalrat - Conseil national	05.12.2001	26
	Ständerat - Conseil des Etats	27.11.2002	27
5.	Schlussabstimmungen / Votations finales		
	Ständerat - Conseil des Etats	05.12.2002	35
	Nationalrat - Conseil national	05.12.2002	37
6.	Namentliche Abstimmungen / Votes nominatifs		38
7.	Schriftliche Berichte zu den Fristenverlängerungen		39A
8.	Bundesbeschluss vom	05.12.2002	40
	Arrêté fédéral du	05.12.2002	43
	Decreto federale del	05.12.2002	46

## 1. Uebersicht über die Verhandlungen - Résumé des délibérations

<p><b>00.046 n "Gesundheit muss bezahlbar bleiben" (Gesundheitsinitiative). Volksinitiative</b> Botschaft vom 31. Mai 2000 zur Volksinitiative "Gesundheit muss bezahlbar bleiben" (Gesundheitsinitiative) (BBI 2000 4267)</p> <p><i>NR/SR Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit</i></p> <p>Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)" <b>13.12.2000 Nationalrat.</b> Beschluss nach Entwurf des Bundesrates. <b>29.11.2001 Ständerat.</b> Die Frist für die Behandlung der Vorlage wird um ein Jahr verlängert (bis am 8. Dezember 2002). <b>05.12.2001 Nationalrat.</b> Die Frist für die Behandlung der Vorlage wird um ein Jahr verlängert (bis am 8. Dezember 2002). <b>27.11.2002 Ständerat.</b> Zustimmung. <b>05.12.2002 Nationalrat.</b> Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen. <b>05.12.2002 Ständerat.</b> Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen.</p>	<p><b>00.046 n "La santé à un prix abordable". Initiative populaire</b> Message du 31 mai 2000 concernant l'initiative populaire "La santé à un prix abordable" (initiative-santé) (FF 2000 3931)</p> <p><i>CN/CE Commission de la sécurité sociale et de la santé publique</i></p> <p>Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire "La santé à un prix abordable (initiative-santé)" <b>13.12.2000 Conseil national.</b> Décision conforme au projet du Conseil fédéral. <b>29.11.2001 Conseil des Etats.</b> Le délai de traitement du projet est prolongé d'une année (jusqu'au 8 décembre 2002). <b>05.12.2001 Conseil national.</b> Le délai de traitement du projet est prolongé d'une année (jusqu'au 8 décembre 2002). <b>27.11.2002 Conseil des Etats.</b> Adhésion. <b>05.12.2002 Conseil national.</b> L'arrêté est adopté en votation finale. <b>05.12.2002 Conseil des Etats.</b> L'arrêté est adopté en votation finale.</p>
---	--



## 2. Rednerliste - Liste des orateurs

Nationalrat - Conseil national

<b>Baumann-Bieri</b> Stephanie (S, BE)	16
<b>Beck</b> Serge (L, VD)	11
<b>Borer</b> Roland (V, SO) für die Kommission	1, 21, 22, 35
<b>Bortoluzzi</b> Toni (V, ZH)	19, 20
<b>Cavalli</b> Francesco (S, TI)	3, 22
<b>Dreifuss</b> Ruth, conseillère fédérale	22
<b>Fasel</b> Hugo (G, FR)	7
<b>Fattebert</b> Jean (V, VD)	14
<b>Garbani</b> Valérie (S, NE)	15
<b>Goll</b> Christine (S, ZH)	20
<b>Gross</b> Jost (S, TG)	17, 19, 36
<b>Guisan</b> Yves (R, VD) pour la commission	2, 22, 35
<b>Gutzwiller</b> Felix (R, ZH)	5, 20
<b>Gysin</b> Remo (S, BS)	9
<b>Hassler</b> Hans-Jörg (V, GR)	7
<b>Heberlein</b> Trix (R, ZH)	13
<b>Leu</b> Josef (C, LU)	17
<b>Leutenegger Oberholzer</b> Susanne (S, BL)	12
<b>Maillard</b> Pierre-Yves (S, VD)	19
<b>Maspoli</b> Flavio (-, TI)	17
<b>Maury Pasquier</b> Liliane (S, GE)	20
<b>Polla</b> Barbara (L, GE)	8, 12, 15
<b>Rechsteiner</b> Rudolf (S, BS)	14
<b>Rennwald</b> Jean-Claude (S, JU)	11, 12
<b>Robbiani</b> Meinrado (C, TI)	3
<b>Rossini</b> Stéphane (S, VS)	8
<b>Studer</b> Heiner (EVP, AG)	8
<b>Teuscher</b> Franziska (G, BE)	16
<b>Triponez</b> Pierre (R, BE)	15
<b>Widmer</b> Hans (S, LU)	11
<b>Widrig</b> Hans-Werner (C, SG)	10
<b>Zäch</b> Guido (C, AG)	5
<b>Zisyadis</b> Josef (-, VD)	12

Ständerat - Conseil des Etats

<b>Brändli</b> Christoffel (V, GR)	31
<b>Brunner</b> Christiane (S, GE)	33
<b>Dreifuss</b> Ruth, conseillère fédérale	31, 33
<b>Merz</b> Hans-Rudolf (R, AR)	30
<b>Stähelin</b> Philippe (C, TG) für die Kommission	27
<b>Studer</b> Jean (S, NE)	30

## **00.046 „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ (Gesundheitsinitiative). Volksinitiative**

Botschaft vom 31. Mai 2000 zur Volksinitiative "Gesundheit muss bezahlbar bleiben"  
(Gesundheitsinitiative) (BBl 2000 4267)

### **Ausgangslage**

Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG; SR 832.10) hat leistungsseitig Lücken geschlossen und mit dem Obligatorium den Zugang aller zu einem qualitativ hoch stehenden Gesundheitssystem gesichert. Das Problem der Kosten dieses Leistungssystems ist aber noch nicht so gelöst, wie sich dies der KVG-Gesetzgeber wünschte. Verglichen mit dem vor einem Jahrzehnt beobachteten Wachstum der Krankenpflegekosten hat sich zwar die Kostenentwicklung leicht zurückgebildet. Die Wachstumsraten lagen in den letzten Jahren dennoch über dem in der Botschaft des Bundesrates festgehaltenen Ziel, die jährliche Zunahme der Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung an die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung anzupassen.

Die Gesundheitskosten pro Kopf der Bevölkerung (und als Spiegel davon die individuellen Prämien) sind aber das Ergebnis der beiden Variablen Preis und Menge. Das Mengenelement erlaubt es nicht, die Steigerung der Gesundheitskosten mit einem Preisindex gleichzusetzen. Schon darum wird das KVG den in der Botschaft von 1991 formulierten Anspruch kaum je erfüllen können. Trotzdem konnte bei der Entwicklung der Krankenversicherungsprämien eine deutliche Beruhigung festgestellt werden. Allerdings ist festzustellen, dass die Hauptlast der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung heute mit knapp zwei Dritteln auf den Kopfprämien und den Kostenbeteiligungen der Versicherten liegt. Die Finanzierungslast der privaten Haushalte hat von 1992 bis 1996, dem Jahr des Übergangs zum KVG, deutlich zugenommen. Dies ist ausschliesslich auf den Rückgang der Kantonsbeiträge zurückzuführen. Wenn die kantonalen öffentlichen Haushalte 1998 denselben Anteil übernommen hätten wie 1992, dann hätten sie zusätzlich Kosten im Umfang von 1,3 Milliarden Franken von den Privathaushalten übernehmen müssen.

Die Volksinitiative der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» greift die Kosten- und Finanzierungsfrage in der Krankenversicherung auf. Sie fordert diesbezüglich eine grundlegende Neuordnung der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung, indem die obligatorische Krankenpflegeversicherung insbesondere aus zusätzlichen, zweckgebundenen Mehrwertsteuereinnahmen des Bundes und in mindestens gleich hohem Umfang durch Beiträge der Versicherten finanziert werden soll. Die Versichertenbeiträge seien im Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen sowie unter Berücksichtigung von Familienlasten festzulegen.

Nach Ansicht des Bundesrates ist eine Umstellung des Finanzierungssystems der sozialen Krankenversicherung im Sinne der Vorstellungen der Gesundheitsinitiative nicht ins Auge zu fassen. Die Prämienverbilligung erfüllt heute im Wesentlichen die ihr zugeordnete Aufgabe gut und die noch bestehenden Mängel können durch punktuelle Korrekturen am geltenden System beseitigt werden. Die Auswirkungen der durch die Gesundheitsinitiative geforderten Umstellungen wären von einer Tragweite für alle öffentlichen und privaten Haushalte, deren Ausmass sich auf Grund eines möglichen Plus an sozialer Gerechtigkeit nicht rechtfertigen würde. Soweit ein Mehr an sozialer Gerechtigkeit noch anzustreben ist, soll dies nach Ansicht des Bundesrates im Rahmen einer Optimierung des heute bereits eingeführten Instrumentariums erfolgen.

Der Bundesrat will darum am heutigen System der Kopfprämien und der Prämienverbilligung im Grundsatz festhalten. Er ist sich bewusst, dass die Belastung zahlreicher Haushalte durch die Prämien der Krankenversicherung noch immer hoch ist. Damit diese Belastung auf ein erträgliches Mass reduziert werden kann, hat der Gesetzgeber aber eine bedarfsorientierte Prämiensubventionierung eingeführt. Diese Aufgabe liegt primär in der Kompetenz und Verantwortung der Kantone. Auf Grund einer durchgeführten Wirkungsanalyse muss aber davon ausgegangen werden, dass die Prämienverbilligung das sozialpolitische Ziel nicht in allen Kantonen optimal erfüllt. Den Rahmen für eine Harmonisierung der unterschiedlichen Entlastungen kann die Umsetzung der Reform des Finanzausgleichs bieten. Die Prämienverbilligung spielt beim Projekt eines Neuen Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen ebenfalls eine wichtige Rolle, da sie weiterhin als Verbundaufgabe des Bundes und der Kantone vorgesehen ist.

Die Gesundheitsinitiative will im Weiteren unter dem Titel «Massnahmen für eine wirksame Kostendämpfung im Gesundheitswesen» den ausdrücklichen Auftrag an Bund und Kantone in der Verfassung verankern, für eine wirksame Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu sorgen. Dazu sollen eine ganze Reihe von Kompetenzen im Gesundheitswesen und speziell in der Krankenversicherung von den Kantonen auf den Bund übertragen werden. Davon betroffen sind die

Bereiche Spitzenmedizin, Planung im Gesundheitswesen, Preise und Höchstpreise, Tarifierung, Zulassung der Leistungserbringer, Qualitätskontrolle und generell die Kostendämpfungsmassnahmen bei übermässigen Leistungsmengen. In der am 24. März 2000 abgeschlossenen ersten KVG-Teilrevision und in der bereits an die Hand genommenen zweiten KVG-Teilrevision (zu dieser sog. «Spitalfinanzierungsvorlage» wird voraussichtlich noch im laufenden Jahr den eidgenössischen Räten eine weitere Botschaft unterbreitet) konnten und können verschiedene Anliegen der Gesundheitsinitiative zumindest von der Stossrichtung her verwirklicht werden. Es betrifft dies vor allem die Bereiche Arzneimittelpreise, Zulassung der Leistungserbringer, Globalbudgetierung, Kontrahierungszwang und Rahmentarife. In anderen von der Gesundheitsinitiative thematisierten Sachbereichen verfügt das KVG über ein Instrumentarium, das durchaus noch stärker kostensteuernd und kostendämmend wirksam werden kann, als es dies heute tut. Gerade im Tarifbereich hat es noch nicht immer voll wirksam werden

### Verhandlungen

13.12.2000 NR Beschluss nach Entwurf des Bundesrates.

29.11.2001 SR Die Frist für die Behandlung der Vorlage wird um ein Jahr verlängert (bis am 8. Dezember 2002).

05.12.2001 NR Die Frist für die Behandlung der Vorlage wird um ein Jahr verlängert (bis am 8. Dezember 2002).

27.11.2002 SR Zustimmung.

05.12.2002 NR Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen (84 : 60).

05.12.2002 SR Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen (35 : 5).

Der **Nationalrat** war sich in der ausgedehnten Debatte über die SP-Initiative einig, dass die Schweiz über eine ausgezeichnete aber sehr teure medizinische Versorgung verfüge. Die bürgerlichen Fraktionen wollten jedoch nichts wissen von einem Systemwechsel bei der Finanzierung des Gesundheitswesens. Trotz Mängeln soll an den Kopfprämien mit Prämienverbilligungen festgehalten werden an Stelle der von der Initiative verlangten Finanzierung mit Mehrwertsteuerprozenten (gemäss Berechnungen der SP rund 3,5 Prozent) und einkommens- und vermögensabhängigen Beiträgen. Franco Cavalli (S, TI) rechnete vor, dass mit der Initiative sämtliche Haushalte mit steuerbarem Einkommen unter 110'000 Franken pro Jahr gegenüber dem heutigen System entlastet würden. Die Gesundheitsinitiative beinhalte „den grössten Steuerrabatt, den man in der Schweiz je für Familien mit mittleren Einkommen vorgeschlagen hat“ sagte der Sprecher der SP-Fraktion. Cavalli kritisierte zudem die jetzige „diffuse Entscheidungskompetenz“ und die unklaren Entscheidungsabläufe im schweizerischen Gesundheitswesen. Deshalb verlange die Initiative mehr Bundeskompetenzen für zusätzliche kostendämpfende Massnahmen. Felix Gutzwiller (R, ZH) zeigte sich namens seiner Fraktion überzeugt, dass die von den Initianten geforderte Verstärkung des Zentralismus bestimmt kein Mittel gegen die überbordende Kostensteigerung wäre. Die Initiative bewirke im Gegenteil zusätzliche Steuern und enthebe das Individuum seiner finanziellen Mitverantwortung. Auch der Sprecher der CVP-Fraktion, Guido Zäch (C, AG) warnte vor einer „eidgenössischen Planungsmechanik“ und lehnte die Initiative ab. Hansjörg Hassler (V, GR) kritisierte, dass die Initiative die Gesundheitskosten einfach umverteile statt sie zu senken. Vertreterinnen und Vertreter der Linken und Grünen wiesen ihrerseits auf die für viele Haushalte zu hohe Prämienlast hin. In vielen Kantonen übersteige sie die ursprüngliche anvisierte Obergrenze von 8 Prozent, erinnerte der Sprecher der grünen Fraktion Hugo Fasel (G, FR). Gerade für mittelständische Familien, die keinen Anspruch mehr auf Prämienverbilligungen haben ist dies ein Problem. Komme dazu, dass viele Kantone die gesetzliche Prämienverbilligung sehr knausrig ausrichteten. Meinrado Robbiani (C, TI) sah im Bereich der Prämienbelastung ebenfalls Handlungsbedarf. Er beantragte, das Geschäft an die Kommission zurückzuweisen mit dem Auftrag, insbesondere im Rahmen der zweiten KVG-Revision einen indirekten Gegenvorschlag zur Initiative auszuarbeiten. Zum Beispiel könnte im Gesetz eine obere Grenze für die Prämienlast verbindlich bei 8 Prozent fixiert werden, was heute nicht der Fall ist. Bundesrätin Ruth Dreifuss empfahl dem Rat, den Antrag Robbiani zu unterstützen. Sie räumte ein, dass das KVG-System noch nicht gut genug sei. Das Kopfprämiensystem, an dem der Bundesrat festhalten wolle, brauche gewisse Korrekturen. Niemand sollte mehr als acht oder neuen Prozent des Einkommens für Krankenkassenprämien aufbringen müssen, sagte sie. In der Abstimmung unterlag der Antrag Robbiani relativ knapp mit 79 zu 62 Stimmen. Die Initiative empfahl der Nationalrat mit 91 zu 55 Stimmen zur Ablehnung.



Der **Ständerat** und der **Nationalrat** verlängerten in der Wintersession 2001 die Frist für die Behandlung der Vorlage um ein Jahr (aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Behandlung der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes).

Im **Ständerat** anerkannte der Sprecher der vorberatenden Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, Philipp Stähelin (C, TG), dass die SP-Initiative den Finger auf einen wunden Punkt des Sozialversicherungssystems lege. Die Kopfprämien mit einer Verbilligung für die unteren Einkommen hätten sich aber grundsätzlich bewährt und sollten beibehalten werden. Die Initiative führe durch die Anhebung der Mehrwertsteuer auch zu einer Erhöhung der Steuerquote sowie dazu, dass sich ganze Bevölkerungskreise kaum mehr an den Gesundheitskosten beteiligen und Sparanreize schwinden, führte der Kommissionssprecher weiter aus. Jean Studer (S, NE) erinnerte daran, dass die Schweiz das einzige Land in Europa sei, in dem Krankenkassenprämien Kopfprämien seien. Der Millionär zahle gleich viel wie der Arme. Die Prämienverbilligung führe zudem nicht zu einer Entlastung der Mittelschicht. Der Rat stimmte dem Bundesbeschluss mit 32 zu 5 Stimmen zu und lehnte damit die Initiative ab. Weiter hiess der Ständerat mit 28 zu 9 stimmen eine Verlängerung der Frist zur Ansetzung der Volksabstimmung über die Initiative gut. Begründet wurde dies mit der noch laufenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes. In dieser Revision hatte der Ständerat ein Sozialziel eingefügt, welches die Prämienlast auf einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens begrenzt. Damit sei diese KVG-Revision ein indirekter Gegenvorschlag zur Initiative und müsse zuerst fertig beraten werden. Demgegenüber verlangte Christiane Brunner (S, GE) die unverzügliche Ansetzung der Volksabstimmung auf den nächsten Termin im Mai 2003 und äusserte den Eindruck, dass die beantragte Verschiebung wohl auch damit zusammenhänge, dass nächstes Jahr ein Wahljahr sei. Der **Nationalrat** lehnte eine Fristverlängerung ab und machte damit den Ständeratsbeschluss unwirksam. Man dürfe nicht aus politischen Gründen auf Zeit spielen, zudem taue die laufende KVG-Revision nicht als indirekter Gegenvorschlag begründete die vorberatende Kommission ihre Haltung.

**00.046 « La santé à un prix abordable ». Initiative populaire**

Message du 31 mai 2000 concernant l'initiative populaire « La santé à un prix abordable » (initiative-santé) (FF 2000 3931)

**Situation initiale**

Les apports de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) sont doubles. D'une part, elle a comblé des lacunes sur le plan des prestations, d'autre part, elle a assuré à chacun l'accès à un système de santé de qualité en introduisant l'obligation d'assurance. Mais le problème des coûts de ce système de prestations ne correspond pas encore tout à fait aux attentes exprimées à l'époque par le législateur. Certes, la croissance des coûts qu'enregistrait l'assurance des soins a diminué, si on compare les chiffres actuels avec ceux d'il y a dix ans. Pourtant, le taux de cette croissance est resté supérieur ces dernières années à l'objectif retenu par le Conseil fédéral dans son message : cet objectif était de faire en sorte que la hausse annuelle des dépenses de santé s'aligne sur l'évolution générale des salaires et des prix. Les coûts de la santé par tête d'habitant (et par conséquent, les primes individuelles) résultent de deux variables que sont les prix et la quantité. L'élément quantitatif ne permet pas de faire correspondre la hausse des coûts de la santé à un indice des prix. Pour cette raison déjà, l'objectif formulé dans le message de 1991 ne pourra sans doute pas être atteint. Quant à l'évolution des primes d'assurance-maladie, on constate un net ralentissement de la hausse.

Il faut toutefois retenir que les assurés supportent aujourd'hui la majeure partie du financement de l'assurance-maladie sociale, soit près des deux tiers, qu'ils assument au travers des primes par tête et de la participation aux coûts. De 1992 à 1996, année du passage à la LAMal, la charge financière des ménages privés s'est considérablement alourdie, une évolution exclusivement due au recul des contributions cantonales. En effet si, en 1998, les budgets cantonaux avaient assumé la même part au financement de l'assurance-maladie sociale qu'en 1992, ils auraient dû prendre 1,3 milliard de francs de plus à leur charge, montant qui est passé à la charge des ménages privés.

L'initiative du Parti socialiste suisse (PS) « La santé à un prix abordable (initiative-santé) » traite de la question des coûts et du financement dans le régime de l'assurance-maladie. Elle exige à cet effet une refonte complète du financement de l'assurance-maladie sociale selon laquelle l'assurance obligatoire des soins serait financée notamment par des recettes supplémentaires à affectation fixe provenant de la TVA et par des cotisations payées par les assurés dans une proportion au moins équivalente. Les cotisations des assurés seraient fixées en fonction du revenu et de la fortune réelle ainsi qu'en tenant compte des charges familiales.

Le Conseil fédéral estime qu'il n'y a pas lieu d'envisager une refonte du système de financement de l'assurance-maladie sociale telle que la souhaite l'initiative-santé. Il relève que le système des réductions de primes remplit correctement – pour l'essentiel – son rôle et que les lacunes constatées peuvent être comblées par des corrections ponctuelles du système existant. Mais il estime par contre que la refonte exigée par l'initiative serait d'une envergure telle pour les budgets privés et publics que l'enjeu – éventuellement davantage de justice sociale – ne justifie pas un effort de cet ordre. D'autant moins d'ailleurs que le volet « justice sociale » serait pris en compte, pour autant que cela soit nécessaire, dans le cadre des améliorations apportées aux instruments déjà mis en place.

Voilà pourquoi le Conseil fédéral entend s'en tenir au système actuel des primes par tête et des réductions de primes. Il sait que la charge des primes d'assurance-maladie reste lourde pour de nombreux ménages. Si le législateur a mis en place un subventionnement des primes axé sur le besoin, c'est précisément pour que ce poids reste supportable. Cette tâche relève d'abord de la compétence des cantons et de leur responsabilité. On doit pourtant reconnaître, selon les résultats d'une analyse des effets, que la politique sociale que les réductions de primes auraient dû assurer n'a pas été réalisée de façon optimale dans tous les cantons. Mais la mise en oeuvre de la réforme de la péréquation financière peut servir de cadre pour harmoniser les allégements actuellement inégaux. La réduction de primes joue en effet aussi un rôle important dans le projet de nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons, puisque la concrétisation de cet objectif social reste classée au rang des tâches communes de la Confédération et des cantons.

L'initiative-santé propose de plus d'inscrire dans la constitution le mandat selon lequel « la Confédération et les cantons veillent à la maîtrise des coûts de la santé ». Pour que ce mandat puisse être accompli, l'initiative-santé transfère des cantons à la Confédération toute une série de compétences relevant de la politique de la santé et en particulier de l'assurance-maladie. Cela concerne les domaines suivants: médecine de pointe, planification sanitaire, prix maximaux, tarification, admission des fournisseurs de prestations, contrôle de la qualité et, de manière générale,

compétence d'édicter des mesures complémentaires de maîtrise des coûts lorsque le volume des prestations fournies est excessif.

Plusieurs exigences de l'initiative-santé ont trouvé ou trouveront encore réponse, du moins en partie, dans la première révision partielle de la LAMal, achevée le 24 mars 2000, ainsi que dans la deuxième révision partielle déjà engagée qui traite le volet « Financement des hôpitaux ». Le message relatif à ce dernier projet sera d'ailleurs probablement soumis aux Chambres fédérales cette année encore. Les domaines concernés sont en particulier le prix des médicaments, l'admission des fournisseurs de prestations, les budgets globaux, l'obligation de contracter et les tarifs-cadres. Dans d'autres domaines spécifiques traités par l'initiative-santé, la LAMal dispose d'instruments qui sont tout à fait à même d'améliorer davantage qu'ils ne le font aujourd'hui le pilotage des coûts et leur maîtrise. Pour ce qui est des tarifs, par exemple, les mécanismes mis en place n'ont pas encore pu fonctionner de façon optimale.

Le Conseil fédéral propose donc au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative-santé.

### Délibérations

13-12-2000 CN Décision conforme au projet du Conseil fédéral.

29-11-2001 CE Le délai de traitement du projet est prolongé d'une année (jusqu'au 8 décembre 2002).

05-12-2001 CN Le délai de traitement du projet est prolongé d'une année (jusqu'au 8 décembre 2002).

27-11-2002 CE Adhésion.

05-12-2002 CN L'arrêté est adopté en votation finale (84 : 60).

05-12-2002 CE L'arrêté est adopté en votation finale (35 : 5).

Au cours du long débat sur l'initiative déposée par le PS, les députés du **Conseil national** ont tous fait le même constat : la Suisse dispose d'un système de santé certes performant, mais extrêmement cher. Toutefois, les groupes parlementaires de droite n'ont pas voulu entendre parler d'un quelconque changement dans le financement de ce système, déclarant que, malgré les lacunes existantes, il fallait maintenir les primes par tête et les réductions prévues, et ne pas financer l'assurance-maladie par une augmentation de la taxe sur la valeur ajoutée (estimée à 3,5% par le PS) et par des cotisations proportionnelles au revenu et à la fortune, comme le réclame ladite initiative. Du côté des défenseurs de l'initiative, Franco Cavalli (S, TI) a estimé que le projet permettrait à tous les ménages qui ont un revenu imposable inférieur à 110 000 francs par an de payer des primes moins élevées qu'à l'heure actuelle. Il a en outre déclaré qu'il s'agirait « du plus gros rabais fiscal jamais proposé en Suisse pour les couches moyennes et basses ». Le porte-parole du groupe socialiste a par ailleurs critiqué le caractère confus de l'attribution des compétences décisionnelles et des processus de décision dans le système de santé suisse. Il a ainsi justifié l'une des revendications de l'initiative : attribuer davantage de compétences à la Confédération afin que soient prises d'autres mesures de réduction des coûts. A contrario, Felix Gutzwiler (R, ZH) a affirmé, au nom de son groupe, que la volonté centraliste des auteurs de l'initiative n'était certainement pas le moyen de lutter contre la hausse exponentielle des coûts, ajoutant même que le projet entraînerait le paiement d'impôts supplémentaires et qu'il contribuerait à déresponsabiliser les citoyens sur le plan financier. L'initiative a également été vivement critiquée par le groupe PDC, dont le porte-parole Guido Zäch (C, AG) a mis en garde contre l'émergence d'une sorte de « super planification fédérale », et par Hansjörg Hassler (V, GR), pour qui l'initiative ne ferait que réorganiser la répartition des dépenses de santé, au lieu de réduire celles-ci. Pour leur part, les représentants de la gauche et des Verts ont rappelé combien la charge des primes pesait sur le budget de nombreux ménages. Nombreux sont les cantons où cette charge dépasse même la barre des 8% initialement prévue, comme l'a fait remarquer le porte-parole du groupe écologiste Hugo Fasel (G, FR). Cela pose surtout problème pour les familles des classes moyennes qui ne peuvent plus prétendre à des réductions de primes. Hugo Fasel a par ailleurs souligné que de nombreux cantons se montraient très parcimonieux dans l'application des réductions de primes prévues par la législation. Réaffirmant lui aussi la nécessité d'agir dans le domaine du poids des primes, Meinrado Robbiani (C, TI) a proposé de renvoyer l'objet à la commission, en la chargeant d'élaborer un contre-projet indirect dans le cadre de la deuxième révision de la LAMal. Il pourrait par exemple s'agir de plafonner le montant des primes à 8% du revenu. Enfin, la conseillère fédérale Ruth Dreifuss a admis qu'il y avait encore des améliorations à faire en ce qui concerne la LAMal et que le système des primes par tête, dont le Conseil fédéral souhaite le maintien, avait besoin de certaines corrections. Insistant sur le fait que « personne ne devrait payer plus de 8 à 9 pour cent de son revenu

pour la couverture obligatoire en matière de santé », la conseillère fédérale a finalement recommandé aux députés de soutenir la proposition Robbiani. Cette dernière a été refusée par 79 voix contre 62. L'initiative-santé a pour sa part été rejetée par 91 voix contre 55.

A la session d'hiver 2001, le **Conseil des Etats** et le **Conseil national** ont prolongé d'une année le délai pour le traitement du texte (en faisant valoir que l'examen de la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie n'était pas encore achevé).

Au **Conseil des Etats**, le rapporteur de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique, Philipp Stähelin (C, TG), a reconnu que l'initiative faisait toucher du doigt un point sensible du système d'assurance sociale. D'une manière générale, le principe de la prime par tête assorti d'un système de réduction pour les revenus plus modestes a fait ses preuves et devrait être maintenu. L'initiative risque, quant à elle, en induisant une augmentation de la TVA, de faire augmenter la quotité fiscale et d'amener de larges couches de la population à ne plus participer aux frais de la santé et à ne plus être incitées à faire preuve de parcimonie en la matière. Jean Studer (S, NE), a rappelé que la Suisse était le seul pays qui connaissait le système de la prime par tête: le millionnaire paie la même prime que le pauvre. De plus, le système de réduction des primes n'apporte aucun allègement aux couches moyennes de la population. Le Conseil a approuvé l'arrêté fédéral par 5 voix contre 32, rejetant ainsi l'initiative. De plus, le Conseil des Etats a approuvé une prorogation pour la fixation de la date de la votation populaire en invoquant comme argument le fait que la LAMal était encore en révision. Or il a intégré dans cette révision un « but social » consistant à ce que la charge des primes ne dépasse pas un pourcentage précis du revenu. Cette décision a eu deux résultats : la révision de la LAMal devenait une contre proposition indirecte à l'initiative et l'examen de ladite révision devait donc, de ce fait, être mené à son terme. Christiane Brunner (S, GE) a demandé, en réaction à ceci, que la votation populaire soit fixée immédiatement à la prochaine échéance, à savoir en mai 2003, et a fait part de son impression que l'ajournement proposé n'était pas sans rapport avec l'échéance électorale marquant l'année 2003.

Le **Conseil national** a refusé de reporter la date de la votation rendant ainsi sans effet la décision du Conseil des Etats. La commission a fait valoir, pour justifier sa position, qu'on ne saurait « temporiser pour des raisons politiques » et que la révision de la LAMal ne devait pas faire office de contre-projet.

00.046

## Gesundheits-Initiative. Volksinitiative Initiative santé. Initiative populaire

*Erstrat – Premier Conseil*

Botschaft des Bundesrates 31.05.00 (BBI 2000 4267)  
Message du Conseil fédéral 31.05.00 (FF 2000 3931)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 13.12.00 (Fortsetzung – Suite)

### *Antrag Robbiani*

Rückweisung an die Kommission mit dem Auftrag, insbesondere im Rahmen der zweiten KVG-Revision einen indirekten Gegengewurf zur Initiative auszuarbeiten.

### *Proposition Robbiani*

Renvoi à la commission

afin d'élaborer un contre-projet indirect à l'initiative, notamment dans le cadre de la 2e révision de la LAMal.

**Borer Roland (V, SO)**, für die Kommission: Die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» ist von der SGK in den Sitzungen vom Juli und Oktober 2000 behandelt worden. An der ersten Sitzung sind Grundsatzdiskussionen über das Wann und Wie geführt und Vertreter des Initiativkomitees angehört worden.

Bei Befürwortern und Gegnern der Volksinitiative war man sich in drei wesentlichen Punkten einig:

1. Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist teuer.
2. Die Kosten im Gesundheitswesen stehen auf der Prioritätenliste der Bevölkerung ganz oben.
3. Der Mittelstand ist die Bevölkerungsgruppe, die von den zunehmenden Kosten im Gesundheitswesen am schwersten betroffen ist.

Neben divergierenden Diskussionen darüber, wann die Initiative behandelt und mit welchen anderen KVG-Revisionsritten ihre Behandlung koordiniert werden soll, ist die Initiative, zusammengefasst, wie folgt begründet worden:

Ziel der Initiative sei es, die tieferen Einkommen im Bereich der Krankenversicherungsprämien mit anderen Finanzierungsmodellen zu entlasten. Mit entsprechenden Massnahmen seien die Kosten im Gesundheitswesen tatsächlich in den Griff zu bekommen. Eine dieser Massnahmen sei unter anderem eine Kompetenzverschiebung weg von den Kantonen hin zum Bund. Herr Cavalli sprach in diesem Zusammenhang vom Hauptakteur Bund.

In diesem Zusammenhang sehen die Initianten folgende Massnahmen vor:

1. Der Bund soll speziell im Bereich der Spitzenmedizin regulierend eingreifen.
2. Der Bund soll die kantonalen Gesundheitsplanungen koordinieren.
3. Der Bund soll eine einheitliche Qualitätskontrolle einführen.
4. Der Bund soll Zulassungsbestimmungen für Leistungserbringer erlassen.
5. Die Kantone sollen weitere Massnahme zur Einschränkung der Leistungen ergreifen können. Der Bund soll dazu den Anstoss geben.

Interessant ist dabei die Feststellung von Herrn Cavalli, dass dazu auch «am TarMed geschraubt» werden könne.

Gesamthaft gesehen erwarten die Initianten, dass aufgrund dieses Massnahmenkataloges die Möglichkeit geschaffen wird, rascher und flexibler auf die Entwicklungen im Gesundheitswesen zu reagieren.

Von bürgerlicher Seite wurden im Wesentlichen folgende Argumente gegen die Anliegen der Initiative ins Feld geführt:

Die Initiative würde vor allem durch die vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung zu einer Zweiklassenmedizin führen. Sie sei keine Massnahme gegen die Zweiklassenmedizin – eine Medizin, die sich Ärmere, und eine Medizin, die sich Reichere leisten können –, sondern die Zweiklassenmedizin würde geradezu gefördert. Eine Finanzierung der Gesundheitskosten unter wesentlichem Einbezug der Mehrwertsteuer würde vor allem die Familien belasten und nicht entlasten, wie dies vom Initiativkomitee dargestellt werde. Das BSV bestätigte übrigens, dass beim Mittelstand vielerorts tatsächlich die Ausgabengrenzen von 8 Prozent des Einkommens für Krankenversicherungsprämien überschritten werde. Eine Alternative in Form einer so genannten einkommensabhängigen Franchise sei geprüft, aus Praktikabilitätsüberlegungen jedoch nicht weiterverfolgt worden.

An der Sitzung der SGK vom 19. Oktober 2000 lagen neben der Initiative drei Gegenvorschläge vor, ein direkter und ein indirekter von Kollege Robbiani und ein direkter von Kollege Gross Jost.

Der direkte Gegenvorschlag Robbiani unterscheidet sich im Wesentlichen im Bereich der Finanzierung von der Initiative. Mit einem Artikel 117a Absatz 1 Buchstabe b wird die Finanzierungsform nicht explizit auf die Mehrwertsteuer fixiert. Neu ist auch der direkte Hinweis auf die Pflicht von Bund und Kantonen, Familien mit Kindern finanziell zu entlasten. Neu im Gegenvorschlag ist ebenfalls die Idee eines so genannten Hochrisikofonds, der als Ersatz für den bestehenden befristeten Risikoausgleich verstanden werden kann. Im indirekten Gegenvorschlag will Kollege Robbiani eine einkommensabhängige Franchise einführen. Zudem verlangt er in Artikel 65 Absatz 3 KVG die Übernahme der Prämien für Kinder und nicht erwerbstätige Personen bis zum 25. Altersjahr durch die Kantone.

Der direkte Gegenvorschlag Gross Jost will die Maximalbelastung durch Krankenversicherungsprämien exakt regeln. Gemäss seinem Gegenvorschlag dürften sie 6 Prozent des Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Zudem verlangt er eine speziell abgestufte Kostenbeteiligung der Versicherten – auch hier geht es also um einen einkommens- und vermögensabhängigen Selbstbehalt –, jedoch mit mehr Gestaltungsfreiheit durch den Verordnungsgeber. Der Einbezug von Beiträgen aus der Mehrwertsteuer ist beim Gegenvorschlag Gross Jost offen formuliert. Im Übrigen entspricht der Gegenvorschlag im Wesentlichen einer detaillierteren Formulierung des Volksbegehrens an sich.

In der Eintretens- und Detailberatung wurden folgende Feststellungen gemacht oder Argumente in die Diskussion eingebracht: Vonseiten der Initianten wurde zuhanden des Protokolls die Erklärung abgegeben, dass bezüglich der Finanzierung der Krankenversicherung zum Problemkreis Franchise und Selbstbehalt keine Aussagen gemacht würden. Der Begriff «insbesondere» im Initiativtext lasse diese Interpretation zu.

Kollege Robbiani, Verfasser eines direkten und eines indirekten Gegenvorschlages, sieht sich als Brückenbauer für eine konstruktive Lösung zwischen den Befürwortern und den Gegnern der Initiative. In diesem Zusammenhang wies er auf die relativ flexible Formulierung seiner Vorschläge hin. Vonseiten der Befürworter der Initiative wurde auf den ständigen Revisionsbedarf des KVG hingewiesen und auf die Tatsache, dass es im System besserer finanzieller Leitplanken bedürfe. Bei der Spitalfinanzierung, bezüglich der anstehenden Probleme bei der Anwendung auf die Personenfreizügigkeit, beim Festlegen der Maximalprämien in Abhängigkeit zum Bruttoeinkommen usw. sei eine Regelung auf Verfassungsstufe notwendig. Mit der Initiative könne eine drohende Zweiklassenmedizin gerade verhindert werden.

Die Gegner der Initiative wiesen auf konzeptionelle Probleme der Initiative hin und interpretierten die eingehendere Diskussion der Gegenvorschläge dahingehend, dass solche Probleme anscheinend auch bei den Befürwortern erkannt worden seien. Obwohl die Anliegen des Volksbegehrens durchaus respektiert werden, sind die Gegner der Meinung, dass «Planungszentralismus», wie sie es nannten, der fal-



sche Ansatzpunkt sei und dass gesundheitspolitisch die Gesamtschau fehle.

Es wurde auch darauf hingewiesen, dass einkommensabhängige Kostenbeteiligungen schon heute Realität sind, sei es über steuerliche Beiträge an die Prämienverbilligung oder die Spitalfinanzierung. Verschiedene Votanten wiesen zudem darauf hin, dass die anstehenden Probleme – solche gibt es tatsächlich in Hülle und Fülle – auf Gesetzebene gelöst werden sollen. Dies wäre effizienter und vor allem der raschere Weg.

In der Abstimmung über die Vorstösse wurden folgende Ergebnisse erzielt: Mit 12 zu 10 Stimmen wurde das Einsetzen einer Subkommission zur weiteren Abklärung abgelehnt. Ein indirekter Gegenvorschlag erreichte in der Abstimmung das Resultat von 12 zu 10 Stimmen. Mit Stichtscheid der Präsidentin wurde auf einen Gegenvorschlag indirekter Art verzichtet. Die Initiative wurde mit einem Stimmenverhältnis von 16 zu 9 Stimmen verworfen. Auch ein Rückkommensantrag Fasel, doch noch eine Subkommission zu schaffen, wurde in einer zweiten Abstimmung mit 12 zu 10 Stimmen abgelehnt.

**Gulsan Yves (R, VD), pour la commission:** Constatant, d'une part, une augmentation régulière des primes d'assurance-maladie avec des conséquences sociales certaines et, d'autre part, des disparités de canton à canton difficiles à justifier, l'initiative qui nous est soumise propose d'inscrire dans la constitution une refonte complète des modalités de financement et un certain nombre de mesures destinées à améliorer la maîtrise des coûts. Cet état de fait n'est pas contesté par la commission dans son ensemble.

La loi fédérale sur l'assurance-maladie n'est en vigueur que depuis quatre ans, bientôt cinq; elle a déjà introduit des changements absolument fondamentaux sur le plan de la solidarité, de la maîtrise des coûts et le principe d'une garantie de qualité des soins. Malheureusement, ils ne sont de loin pas tous réalisés, avec la persistance en grande partie des effets que l'on entendait combattre, en particulier l'augmentation des coûts, ce qui manifestement déçoit profondément les attentes des assurés. Cette situation n'est surtout pas sans incidences sociales, à l'évidence négatives. L'objectif initial de limiter les contributions des ménages à 8 pour cent du revenu imposable n'est certainement pas atteint sur l'ensemble du territoire suisse, avec des conséquences variables au gré des cantons et de la situation familiale.

Devant l'impossibilité d'assister les bras croisés à cette évolution, un certain nombre de mesures correctrices a par conséquent été soumis et approuvé par le Parlement le printemps dernier, dans le cadre de la première partie de la révision de la LAMal et d'autres, en particulier le financement des hôpitaux, sont en discussion dans celui de la deuxième partie.

Ces éléments ont largement fait partie de la réflexion de la commission face aux propositions beaucoup plus drastiques des auteurs de l'initiative. Elle s'est concentrée, dans un premier temps, sur la portée exacte de cette initiative et, dans un deuxième temps, sur l'opportunité de cette stratégie. A l'alinéa 2, l'initiative propose de transformer les établissements d'assurance en institutions d'utilité publique. Ceci va manifestement dans le sens d'une caisse unique, d'autant plus que l'alinéa 4 stipule une répartition des ressources entre assureurs assortie d'une compensation complète des risques.

C'est surtout l'alinéa 3 qui a retenu l'attention, parce qu'un financement assuré notamment par la TVA et, dans une proportion équivalente, par les cotisations des assurés en fonction du revenu et de la fortune réelle fait place à des interprétations diverses quant au maintien ou non de la franchise et des participations. Le message du Conseil fédéral parlait de l'hypothèse qu'elles étaient supprimées. Les auteurs de l'initiative membres de la commission affirment au contraire qu'en introduisant le mot «notamment» dans le libellé de l'alinéa 3, ils n'entendaient pas y renoncer. Il en va de même de la participation des cantons et de la Confédération qui devrait être maintenue, tout au moins un certain

temps, au gré des dispositions transitoires, l'une et l'autre représentant un montant de plus de 2 milliards de francs.

Néanmoins, le maintien de ces dispositions essentielles est apparu bien fragile à nombre de commissaires, puisqu'il ne repose que sur l'adverbe «notamment». Avec une déduction de 20 000 francs sur le revenu et de 1 million de francs sur la fortune, l'initiative devrait permettre un abaissement de 50 pour cent et plus des primes pour quasiment l'ensemble de la classe moyenne, et surtout pour les familles.

Pourtant, le financement par la TVA est apparu comme relativement problématique sur le plan social. L'économie envisageable au niveau des primes pour les bas revenus et les familles se voit en effet en bonne partie annihilée par l'augmentation générale du coût de la vie, même si les besoins de cette catégorie de la population émergent plutôt au taux réduit. Les projections font état de 3,5 points de TVA supplémentaires, ce qui est loin d'avoir des conséquences négligeables sur le coût de la vie et ce qui constitue un facteur certain d'inflation; elles ne tiennent d'ailleurs aucun compte des problèmes de financement rencontrés par l'AVS et l'AI, qui devront obligatoirement faire recourir également à la TVA et viendront s'y ajouter. Enfin, l'initiative ne met aucune limite à son augmentation éventuelle, même si son montant devait être fixé par la loi. Or, l'évolution démographique et les progrès de la médecine sont des facteurs d'augmentation assurée et très significative des coûts.

La prise en considération de la fortune réelle est un élément absolument nouveau et jusqu'ici totalement absent du système fiscal. Cette idée se heurte à des difficultés techniques certaines d'évaluation et d'appréciation. Non seulement elle n'est pas réalisable sans autre, mais elle ouvre la porte à de multiples contestations en l'absence de dispositions légales précises à cet égard.

Les cotisations en fonction du revenu et de la fortune sont certainement plus justes sur le plan social, et il apparaît indispensable au comité d'initiative de faire figurer clairement cet objectif dans la constitution. Toutes les autres dispositions ayant trait aux assurances sociales comportent une mention de cette nature, sauf l'article 117 de la constitution relatif à l'assurance-maladie et à l'assurance-accidents, d'une sobriété particulièrement exemplaire à cet égard. Cette lacune doit être à ses yeux impérativement comblée. Mais à l'encontre de ce vœu en soi louable, la prime par tête, décriée avec tant de virulence, a au moins le mérite d'être une résultante directe des coûts de la santé et d'exercer une fonction d'indicateur qui, combiné avec les franchises et les participations, a une action fortement incitative au niveau de la responsabilité individuelle. Il est vrai que des primes d'un montant très élevé encouragent dans une certaine mesure à les «rentabiliser et à les amortir» par une augmentation correspondante du nombre de prestations, consultations et examens perfectionnistes supplémentaires, check-up, etc.

Mais aussi bien le Conseil fédéral que la commission ont la conviction que le système actuel d'abaissement des primes est susceptible d'être amélioré pour aller à la rencontre de l'objectif de 8 pour cent initialement fixé.

Cet élément doit également faire partie de la 2e révision de la LAMal. Le système de financement proposé n'améliore en rien la transparence, bien au contraire, alors que celle-ci est un facteur absolument déterminant de cette responsabilité individuelle si importante en matière de santé. Basé en fin de compte essentiellement sur des mesures fiscales, il constitue de facto un dispositif additionnel de redistribution des revenus et de la fortune, sans aucun rapport avec l'assurance-maladie. Cette confusion des rôles pourrait constituer une nouvelle contribution à l'augmentation des coûts en séparant, pour des motifs politiques discutables, les facteurs qui en sont directement responsables de ceux du financement proprement dit.

La commission s'est peu étendue sur l'entier de l'alinéa 5 consacré à leur maîtrise. La plupart des mesures préconisées: réglementation de la médecine de pointe, coordination de la planification cantonale, contrôle tarifaire, y compris des médicaments et du volume des prestations, limitation du

droit de pratique, font largement partie de ses préoccupations. Mais la majorité estime que ces questions doivent être abordées dans le cadre de la 2e révision de la LAMal dont elles constituent un élément direct, ou bien y sont étroitement associées.

Soucieux de dégager des solutions face à une problématique unanimement reconnue par la commission, comme je l'ai dit en introduction, un certain nombre de propositions de contre-projets direct et indirect ont été formulées. Toutefois, il s'est avéré difficile de dégager clairement une majorité à cet égard. Un contre-projet se devrait, par définition, d'emboîter le pas, dans une certaine mesure, à l'initiative. Or, son orientation générale: financement par la TVA, primes en fonction du revenu et de la fortune réelle avec toutes les difficultés techniques que comporte cette conception fiscale nouvelle, et centralisation, n'a manifestement pas l'aval de la majorité de la commission. La proposition de créer une sous-commission avec le mandat d'élaborer un contre-projet acceptable a, par conséquent, été repoussée, par 12 voix contre 10.

Les autres propositions de contre-projet indirect sous forme de modifications plus «soft» de la LAMal ont subi de justesse un sort identique, puisqu'elles ont été repoussées, par 13 voix contre 12, avec l'appui de la voix présidentielle. Il est apparu en effet que l'acceptation d'une telle stratégie aurait pour effet de bloquer la 2e révision de la LAMal, elle-même également urgemment nécessaire.

Par contre, la commission a accepté de créer une sous-commission destinée à réfléchir aux mesures complémentaires à celles concernant le financement des hôpitaux. Il s'agit en particulier de la liste énoncée à l'alinéa 5 de l'initiative, soit la médecine de pointe, la planification hospitalière, le droit de pratique, etc., le contrôle des volumes de prestations, «Mengenauweitung» en allemand, qui décrit mieux le phénomène et, dans une moindre mesure, la délimitation de ce qui émerge à l'assurance sociale ou de ce qui n'y émerge pas. De l'avis de la majorité de la commission, ces éléments n'appartiennent de toute évidence pas à la constitution, mais à la loi.

Fort de ces arguments et de ceux qui précèdent, la commission vous propose – avec le Conseil fédéral –, par 16 voix contre 9, de ne pas donner suite à cette initiative.

**Robbiani Meinrado (C, TI):** Cette initiative pose, d'un point de vue général, deux questions: en premier lieu, celle concernant les coûts du système de la santé et, en deuxième lieu, celle concernant la charge des primes de l'assurance-maladie pour les assurés.

Il s'agit de deux thèmes qui sont loin d'avoir atteint un point d'équilibre acceptable. Ce serait donc une faute de dire, face à cette initiative: «Non!» Point à la ligne, comme le fait la majorité de la commission. Bien qu'on puisse avoir des objections – on les a entendues au sein de la commission –, au lieu d'une mise à l'écart expéditive, l'initiative mérite de devenir au moins l'occasion d'essayer de faire des pas en avant, des pas dont la nécessité ne peut certes pas être contestée. Il suffit à ce sujet de rappeler l'écart croissant entre, d'une part, l'évolution du PIB et celle des coûts de la santé et, d'autre part, l'évolution des salaires et des revenus, d'un côté, et des primes de l'assurance-maladie, de l'autre. Face à ces écarts, il n'y a pas d'autre attitude possible que de multiplier les efforts en vue de sa maîtrise, cela d'autant plus que les mécanismes de rééquilibrage ont une efficacité seulement partielle.

Il y a un aspect qui me paraît crucial et décisif, et qu'on retrouve dans le message même du Conseil fédéral (p. 3943). Je me réfère aux résultats du rapport mandaté par l'OFAS sur les effets de la LAMal publié en 1999. C'est un rapport qui ne peut pas nous laisser indifférents. On y constate que, dans 12 cantons, la famille type doit dépenser pour l'assurance-maladie davantage que le 6 pour cent du revenu disponible, ce qui correspond à plus de 8 pour cent du revenu imposable. Cette situation frappe surtout les familles des couches moyennes qui n'ont pas accès aux subsides cantonaux. Et si on considère que cette famille type a deux en-

fants au dessous de quinze ans, on s'aperçoit tout de suite que la situation est bien pire pour les familles qui ont des enfants étudiants.

Face à ce rapport, on ne peut pas se permettre de rester passifs. C'est la possibilité pour de nombreuses familles de faire face à leurs charges qui est en jeu. C'est leur qualité de vie qui est concernée. Face à cette réalité, il faut donc que ce Conseil puisse donner un signal clair envers la population, cela pour différentes raisons.

1. C'est une question de justice sociale. Il y a en effet une partie remarquable de la population qui subit un processus d'érosion du revenu et d'appauvrissement progressif, suite, entre autres, aux charges de l'assurance-maladie.

2. Dans ce domaine, cet enjeu est un volet essentiel de la politique familiale, du fait que notre système de primes par tête pénalise en premier lieu les familles avec enfants.

3. D'un point de vue sociologique, toute société a intérêt à ne pas laisser se fragiliser ses couches moyennes, qui sont d'ailleurs aujourd'hui déjà frappées par d'autres nombreux facteurs d'insécurité.

C'est pour ces motifs que nous avons intérêt à éviter un refus hâtif de cette initiative et à l'utiliser comme occasion pour recueillir le malaise de la population et chercher de nouvelles mesures en sa faveur. Je propose donc qu'on se mette sur la voie d'un contre-projet indirect visant à introduire des correctifs concrets aux dysfonctionnements actuels. Ce choix permettrait de faire face, d'un côté, aux perplexités et aux objections que soulève l'initiative, sans toutefois laisser l'impression que les distorsions actuelles nous laissent impassibles et passifs et, de l'autre côté, au fait que la prochaine révision de la LAMal se concentre sur des aspects liés au financement et au fonctionnement du marché plutôt qu'à la partie concernant les primes de l'assurance-maladie. Il y a donc lieu, et même l'exigence, à mon avis, de ne pas renvoyer dans le temps des mesures concrètes aussi dans le domaine des primes.

Un contre-projet indirect pourrait donc constituer une pièce opportune qui irait compléter et renforcer les mesures prévues par le Conseil fédéral, dans le cadre de la 2e révision de la LAMal. Un contre-projet pourrait, par exemple, reprendre des questions telles que la limite supérieure du rapport entre primes et revenu, ces 8 pour cent du revenu imposable, question que le Conseil fédéral s'est posée avec la révision de la LAMal mais qui n'est pas encore effective. On pourrait aussi arriver à une meilleure prise en considération des familles qui sont les plus pénalisées par le système des primes par tête. On pourrait introduire, par exemple, une modulation de la franchise en fonction du revenu et aussi prendre en considération la soumission des hauts risques médicaux à des mécanismes différents de financement, thème qui a été soulevé au sein de la commission.

En ce qui concerne le contenu d'un éventuel contre-projet, le débat est toutefois évidemment ouvert. Ce qui me paraît au contraire indispensable, c'est le fait de vouloir assumer, à travers un contre-projet, un rôle actif dans la marche vers la maîtrise des éléments de distorsion et de malaise qui sont toujours présents dans notre système d'assurance-maladie. Je vous invite donc à bien vouloir saisir cette occasion pour marquer notre présence et notre responsabilité face à un système qui a encore besoin de correctifs d'autant plus urgents là où l'assurance-maladie, à cause de son incidence sur les revenus, est source de malaise pour une large couche de la population, et surtout, pour les familles avec enfants.

Je vous invite donc à soutenir ma proposition de renvoi à la commission afin d'élaborer un contre-projet à l'initiative populaire.

**Cavalli Franco (S, TI):** Permettez-moi de commencer avec quelques considérations fondamentales. Jacques Attali, philosophe français et conseiller de l'ancien président François Mitterrand, a récemment écrit que dans quelques années la santé et l'éducation représenteront les thèmes centraux du débat politique. Je crois qu'il est tout à fait vrai et évident qu'il a raison. Pour s'en convaincre, il suffit de voir quel rôle

ces deux thèmes ont déjà joué dans la récente campagne électorale américaine. Cette évolution est, entre autres, due au fait que la part du salaire indirect représenté par les dépenses sociales et pour l'éducation est en train de devenir toujours plus importante.

Deuxième constatation, l'évolution démographique et le progrès technologique expliquent seulement en partie l'augmentation des coûts de la santé, phénomène qu'on enregistre dans tous les pays développés, même si son ampleur varie beaucoup. Si on essaye de comprendre pourquoi il y a ces différences entre des pays qui ont un niveau économique et sanitaire similaire, on ne peut pas s'empêcher de tirer une conclusion tout à fait évidente, reconnue plusieurs fois et récemment encore par la très libérale «NZZ». Si on se fie simplement aux forces du marché, les dépenses augmentent partout. Inversement, seuls les pays dans lesquels le marché sanitaire est plus ou moins strictement réglementé par l'Etat ont réussi à contrôler l'augmentation des coûts. Citons l'exemple des pays scandinaves ou des Pays-Bas ou alors encore la comparaison entre le Canada – qui a un système très similaire à celui des Pays-Bas – dont 9 pour cent du PIB est consacré à la santé, et les Etats-Unis qui, se fiant seulement aux forces de marché, dépassent, et de loin, le 15 pour cent du PIB, et cela avec des résultats inférieurs à ceux obtenus au Canada.

Cela paraît clair et normal, si on oublie pour un moment les querelles idéologiques et qu'on essaye de voir le problème dans sa réalité. Tous les économistes de la santé sont d'accord sur un point: le marché sanitaire se distingue des autres marchés par le fait qu'il n'est pas régi par la demande, mais bien par l'offre. Tout patient qui vient chez moi est tout à fait prêt à subir toutes les analyses et toutes les procédures que je juge nécessaires et il me dira seulement: «Docteur, allez-y, faites tout ce que vous jugez nécessaire.» C'est bien clair que c'est moi, l'offreur de soins, qui vais décider de ce qui doit être fait.

Dans cette situation, les lois normales du marché ne peuvent pas jouer. C'est une pieuse illusion de croire qu'en faisant confiance au marché on contrôlera les coûts dans le secteur de la santé. C'est exactement le contraire qui va se passer, c'est exactement le contraire qui s'est passé partout dans le monde.

Troisième considération. Le système de santé est quelque chose d'extrêmement compliqué, toute solution simpliste comme l'est par exemple l'initiative Denner ne peut qu'être fautive. Cela n'est pas une conclusion théorique, mais c'est l'histoire de toutes les réformes sanitaires qui nous l'enseignent. La LAMal a représenté un pas très important pour notre pays avec l'officialisation du principe de solidarité et la création des premières armes structurelles qui nous permettent par exemple de moduler déjà maintenant les dépenses hospitalières, mais qui ne nous permettent pas encore de contrôler leur évolution dans le secteur ambulatoire, où ces mesures-là n'existent pas.

Avec l'initiative santé, nous nous attaquons donc aux deux problèmes principaux qui restent après l'entrée en fonction de la LAMal, et qui vont même se renforcer pendant les prochaines années. Le premier problème concerne les primes par tête, une solution suisse particulièrement adéquate, et qui au vu de la croissance des dépenses de 4 à 6 pour cent par année pèse chez nous beaucoup plus qu'à l'étranger – où la santé est généralement financée par l'impôt ou par des mécanismes similaires – sur les classes moyennes basses, pour lesquelles ces primes sont devenues l'impôt principal. Cet impôt englobait jusqu'à 15 pour cent du revenu des familles à moyen revenu, alors que le message de la LAMal s'était fixé pour but de ne pas dépasser le 8 pour cent du revenu.

Vu que l'activité sanitaire se déplace toujours davantage vers le secteur ambulatoire, où tout est payé par les caisses-maladie, cette tendance ne peut que s'accroître pendant les prochaines années.

Si nous ne voulons pas l'implosion du système, il faut le réformer. Notre initiative propose de diviser en deux ce qui n'est pas couvert par les subventions fédérales et cantona-

les: une moitié serait financée par une augmentation de la TVA qui serait de l'ordre de 3 pour cent ou plus, et l'autre moitié serait financée par des primes proportionnelles au revenu et à la fortune.

Cela signifierait qu'en moyenne, toutes celles et tous ceux qui ont un revenu inférieur à 110 000 francs par année paieraient moins de primes que maintenant. Pour la famille suisse typique, avec un revenu imposable de 70 000 francs, notre système signifierait une épargne entre 2000 et 4000 francs par an. Il s'agit du plus gros rabais fiscal jamais proposé en Suisse pour les couches moyennes et basses.

Das Finanzsystem der Grundversicherung, das unsere Initiative vorsieht, möchte nicht nur die mögliche Implosion des Systems vermeiden, sondern beinhaltet gleichzeitig auch den grössten Steuerrabatt, den man in der Schweiz je für Familien mit mittlerem Einkommen vorgeschlagen hat. Die typische Schweizer Durchschnittsfamilie – vier Personen, steuerbares Einkommen pro Jahr irgendwo zwischen 60 000 und 80 000 Franken – würde zwischen 2000 und 4500 Franken pro Jahr an Krankenkassenprämien sparen. Noch nie hat jemand für Familien mit mittlerem Einkommen einen solchen Steuerrabatt vorgeschlagen. Warum das? Weil diese Schicht wegen der asozialen Kopfprämien, die für Milliardäre und Angestellte gleich sind, bei uns heute viel mehr belastet wird als im Ausland, wo die Gesundheitskosten weitgehend mit Steuern oder durch steuerähnliche Mechanismen gedeckt werden. So kann es nicht weitergehen – das wissen auch Sie –, vor allem, weil es sonst wegen des immer stärkeren Transfers vom stationären zum ambulanten Bereich, wo die Krankenkassen ja voll aufkommen müssen, nur noch schlimmer werden kann. Wenn es so weitergeht, werden die Prämien deswegen weiterhin im selben Ausmass steigen müssen.

Unsere Initiative setzt sich aber nicht nur mit der Finanzierungsfrage auseinander – dies in der Gewissheit, dass auch der beste Finanzierungsmodus obsolet werden kann, wenn keine Strukturformen vorgenommen werden, wenn man im Strukturkonservatismus verharrt und die Kosten deswegen weiterhin zunehmen. Im zweiten Teil der Initiative haben wir uns deswegen mit dem zweiten grossen Problem unseres Gesundheitssystems auseinander gesetzt. Damit meine ich die zu diffuse Entscheidungskompetenz, die zum Teil kaum nachzuvollziehenden Entscheidungsabläufe. In den vielen Gesprächen, die wir mit in- und ausländischen Experten hatten, kam vor allem bei letzteren sehr bald und immer wieder die gleiche Frage auf: Wer entscheidet im Schweizer Gesundheitssystem eigentlich? Darauf hatten wir keine klare Antwort. Wir mussten sagen: ein bisschen der Bund, ein bisschen die Kantone, ein bisschen die Krankenkassen, ein bisschen die Ärzte – ein bisschen dies, ein bisschen das. Aber im Grunde genommen konnten wir die Frage nicht beantworten.

Dies passiert in einem Sektor, in dem die technologische Entwicklung rasant ist. Das muss doch jedem Menschen, der einigermaßen unternehmerisch denken kann, als völlig unverstänlich vorkommen. Wenn man bei einer so schnellen und rasanten technologischen Entwicklung keine Entscheidungskompetenzen hat und keine Entscheidungswege vorgeschrieben sind, ist das der grösste Blödsinn, den man in einem Unternehmen machen kann.

Mit unserer Initiative wollen wir dieses allgemein anerkannte Problem lösen, indem wir eine Kompetenzverschiebung von den Kantonen zum Bund vorsehen, da eine vernünftige Steuerung laut allen Experten nur bei einer Bevölkerungszahl von 4 bis 8 Millionen Menschen vorgenommen werden kann. Gleichzeitig sieht die Initiative eine Reihe elastisch anwendbarer Massnahmen vor, die eine solche flexible Steuerung erlauben würden. Sie sieht hier schon angemessene Massnahmen vor wie die nationale Planung der Spitzenmedizin, auch Massnahmen, nach denen heute alle rufen – zum Beispiel die Möglichkeit, die Zulassung der Leistungserbringer einzuschränken –, und solche, die von allen Experten gefordert werden wie die Einführung von Qualitätskontrollen, mit denen wir Kosten von 4 bis 6 Milliarden Franken pro Jahr einsparen könnten.



Ich gebe es zu und komme zum Schluss: Das Gesundheitssystem ist sehr kompliziert und sehr schwierig; man kann es deswegen auf Verfassungsebene nicht so leicht fassen. Obwohl wir überzeugt sind, dass unsere Initiative gut und solide ist, ist uns auch klar, dass es besser wäre – falls der politische Willen da wäre –, diese sehr komplizierten Probleme auf Gesetzesebene zu lösen. Deswegen, und nicht weil wir uns vor der Abstimmung fürchten – im Gegenteil; wir freuen uns darauf –, sind wir mit dem Rückweisungsantrag einverstanden. Das gibt uns die Gelegenheit, nicht nur diese Probleme, sondern alle anderen Probleme gemeinsam zu diskutieren und zu lösen. Wenn wir nur die Spitalfinanzierung allein sehen wollen, riskieren wir, dass dies mit einem Referendum gebodigt wird. Wenn wir nur die Aufhebung des Kontrahierungszwanges allein sehen, wird das mit einem Referendum gebodigt. Wir müssen also alle Probleme – inklusive der immer schwerer werdenden Prämienlast – gemeinsam betrachten und lösen, nur so wird es möglich sein; andernfalls wird das System irgendwann implodieren.

**Gutzwiller Felix (R, ZH):** Im Namen der FDP-Fraktion empfehle ich Ihnen die Ablehnung dieser Gesundheits-Initiative der SP, und dies ohne Gegenvorschlag. Diese Initiative bewirkt zusätzliche Steuern, enthebt das Individuum seiner finanziellen Mitverantwortung, verlangt – Sie haben es eben gehört – nach mehr Zentralstaat und zusätzlicher Regulierung. Sie geht damit unserer Meinung nach ganz eindeutig in die falsche Richtung. Deshalb können wir der Initiative auch nicht mit einem Gegenvorschlag entgegenkommen. Hingegen beinhaltet die laufende, zweite KVG-Reform einen indirekten Gegenvorschlag.

Wie beurteilen wir die heutige Situation und vor deren Hintergrund die SP-Gesundheits-Initiative? Es sei zuerst daran erinnert, dass die Schweiz sicher eines der besten, aber auch eines der teuersten Gesundheitswesen der Welt hat. Jahr um Jahr steigen die Prämien. Heute, fünf Jahre nach der Einführung des neuen KVG, ist klar, dass zwei der drei damaligen Zielsetzungen erreicht worden sind: Die Solidarität wurde dank der einkommensabhängigen Prämiensubventionierung verstärkt, und der Leistungsausbau wurde realisiert. Das dritte Ziel der Reform allerdings, das Ziel der Kostenkontrolle, wurde klar nicht erreicht. Die Prognose ist zudem ungünstig, die Prämienspirale dreht sich weiter. Es gibt dafür gute Gründe: die Alterung der Bevölkerung, die hohe Dichte an Ärzten und an medizinischen Einrichtungen, den Innovationsschub in der Medizin; vor allem aber – und hier liegt die SP-Initiative, wie gleich zu zeigen sein wird, falsch – fehlen Anreize zu kostengünstigem, qualitätsorientiertem Arbeiten aller Partner im Gesundheitswesen.

Was ist also zu tun? Zwei grundsätzliche Modelle mit diversen Varianten stehen sich heute und in der Zukunft gegenüber. Die einen wollen wesentliche Schritte in Richtung eines planwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystems machen. Mehr Staat, vor allem mehr Zentralstaat heisst hier die Devise. Als Gegenposition steht das Modell einer wettbewerblichen Reform, allerdings unter Einhaltung von staatlichen Rahmenbedingungen. Die SP-Gesundheits-Initiative nun steht quer in der Gesundheits- und in der finanzpolitischen Landschaft. Sie würde eine völlige Neuordnung der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung bewirken. Nicht nur würden sich zusätzliche Steuern ergeben. Die vorgesehenen Mehrwertsteuerprozente sind nach oben nicht einmal begrenzt. Sie wären damit vom weiteren Kostenverlauf der Krankenversicherung abhängig. Das bedeutet falsche Anreize oder aber, wenn Sie so wollen, mehr Wein in alte Schläuche. Zudem werden durch die Mehrwertsteuerprozente gerade auch die privaten Haushalte mit geringem Einkommen besonders belastet. Der Kommissionsreferent hat darauf schon hingewiesen. Auf die technischen Probleme des Festlegens spezieller Verkehrswerte für die Vermögensbeurteilung in Bezug auf die Krankenversicherung will ich gar nicht erst eingehen.

Ein weiteres Beispiel für die falschen Anreize, welche die SP-Initiative setzt, ist der Wegfall der Kostenbeteiligung des Einzelnen, auch wenn die Initianten das heute schon etwas

anders interpretieren. Der Text der Initiative ist klar. Einmal entgehen der Krankenversicherung durch Wegfall von Franchise und Selbstbehalt rund 2 Milliarden Franken pro Jahr. Schlimmer noch: Ohne Kostenbeteiligungen wären Versicherungen mit wählbaren Jahresfranchisen nicht mehr möglich. Heute sind es schon rund 40 Prozent der Grundversicherten, die solche Modelle wählen, mit zunehmender Tendenz. Schliesslich wäre auch der Fortbestand von alternativen Versicherungsmodellen im Allgemeinen – HMO-, Bonus-, Hausarztmodelle usw. – gefährdet.

Ein drittes Beispiel für diese falschen Anreize: Die Gesundheits-Initiative sieht vor, dass die Krankenversicherer aus den Mehrwertsteuereinnahmen des Bundes pro versicherte Person Beiträge erhalten. Wie soll hier der Wettbewerb beispielsweise unter den Versicherern noch spielen können? Eine staatliche Einheitskasse wäre mittelfristig die logische Konsequenz.

Die SP-Gesundheits-Initiative schlägt also eine falsche Richtung ein. Wir setzen umgekehrt auf ein wettbewerbliches Reformmodell im Rahmen von staatlich definierten Rahmenbedingungen, das in der zweiten Teilrevision des KVG umgesetzt werden soll und als indirekter Gegenvorschlag zur SP-Initiative dienen wird. Bei diesem wettbewerblichen Reformmodell steht die konsequente Umsetzung von wirtschaftlichen Anreizen im Gesundheitswesen im Vordergrund, insbesondere durch die umfassende Reform der Spitalfinanzierung, die Aufhebung des Vertragszwangs sowie die Einführung von evidenzbasierten Kriterien in der Grundversicherung. Das Ziel muss dabei sein, stabile Prämien für alle in der Grundversicherung zu erreichen.

Die Bevölkerung muss künftig sicher sein, weiterhin über eine bezahlbare, für alle zugängliche, qualitativ hoch stehende gesundheitliche Versorgung zu verfügen. Dazu gehören nicht nur die richtig gesetzten wirtschaftlichen Anreize, sondern es gehört ein Dreisäulenmodell umgesetzt, das Folgendes beinhaltet:

1. die individuelle Selbstverantwortung nicht nur für das eigene Gesundheitsverhalten, sondern auch für die Kosten gesundheitlicher Bagatelprobleme;
2. eine Krankenpflege-Grundversicherung, deren Leistungen konsequent nach den KVG-Regeln wirtschaftlich zweckmässig und wirksam erbracht werden, einschliesslich deren Qualitätssicherung;
3. freiwillige individuelle Zusatzversicherungen für den Komfortbereich, aber auch für die freie Arzt- und Spitalwahl sowie für bestimmte Leistungsbereiche.

Ich bin mit Herrn Kollege Cavalli einverstanden, wenn er Jacques Attali zitiert, dass Gesundheit und gesundheitliche Themen zentrale Fragen der nächsten zehn Jahre sein werden. Gerade deshalb ist es so entscheidend, dass die Weichen richtig gestellt werden. Die SP-Gesundheits-Initiative stellt sie in eine falsche Richtung.

Ich fasse wie folgt zusammen: Die SP-Initiative steht quer in der gesundheits- und finanzpolitischen Landschaft. Sie würde eine völlige Neuordnung der sozialen Krankenversicherung bewirken; es ergäben sich dabei neue Steuern. Zudem zöge die Umsetzung der Initiative viele technische Probleme nach sich, zum Beispiel beim Einbezug des realen Vermögens. Schliesslich geht der vollständige Wegfall der Kostenbeteiligung des Einzelnen genau in die falsche Richtung. Diese neue Finanzierung würde sich auch einschneidend auf den neuen Finanzausgleich auswirken. Schliesslich zielt die Zentralisierung von Planungskompetenzen und Koordinationsaufgaben auf eine eigentliche Verstaatlichung ab, während unser Ziel eine wettbewerbliche Reform im Gesundheitswesen ist.

Ich bitte Sie deshalb im Namen der FDP-Fraktion, die Initiative Volk und Ständen ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung zu empfehlen.

**Zäch Guido (C, AG):** Die Initiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben», die so genannte Gesundheits-Initiative, ist auf den ersten Blick sehr verlockend. Viele Bürgerinnen und Bürger, die heute zu Recht über zu hohe Krankenkassenprämien klagen, können sich berechnete Hoffnungen machen,

dass die Prämien tiefer ausfallen, zumindest in den ersten Jahren. Insofern stimmt der Titel der Initiative.

Die Sache hat aber zwei bedenkliche Haken, die den zahlenden Bürgerinnen und Bürgern eben auch mitzuteilen wären – wenn man für eine sachliche und ehrliche Politik eintritt:

1. Durch die nach oben unbegrenzte Benützung der Mehrwertsteuer für die anfallenden Kosten verlieren gerade die Familien genau das Geld wieder, das sie bei den Prämien eingespart haben. Man spielt den Versicherten also niedrige Prämien vor und zieht ihnen dann das Geld via indirekte Steuern aus der Tasche. Zudem verringert sich mit dieser Methode das Kostenbewusstsein der Bürgerinnen und Bürger noch mehr. Die Gefahr besteht, dass sich die mengenmässige Beanspruchung unseres Gesundheitswesens noch weiter erhöht. Dass gerade die Mengenausweitung der Leistungen für die überhöhte Kostensteigerung verantwortlich gemacht werden muss, ist allgemein bekannt und vom Bundesrat in seiner Botschaft auch so festgehalten.

Die Prämienverbilligungen sollen weiterhin einkommensschwächeren Personen direkt helfen. Leider ist der Verbilligungsmechanismus schwerfällig. Zu viele Kantone sind bei der Prämienverbilligung zu knausrig. Auch der kantonale Sockelbeitrag für Zusatzversicherte steht noch immer aus.

2. Die Initiative will das Gesundheitswesen mit neuen Einnahmen sanieren. Die Gefahr der allgemeinen Kostensteigerung ist der zweite wichtige Grund dagegen. Die vorgeschlagenen kostendämpfenden Massnahmen sind keine solchen. Die Kompetenzen sollen beim Bund zentralisiert werden, man nennt dies dann beschönigend «Kostenlenkungsmassnahmen» und vergisst den damit verbundenen grossen finanziellen Aufwand. Wenn der Bund, wie die Initiative vorschlägt, zum Organisator des Gesundheitswesens wird, dann entsteht eine eidgenössische Planungsmaschinerie über den 26 kantonalen Planungsmaschinerien, die, wie wir alle wissen, mit sehr unterschiedlichem Erfolg arbeiten.

Die Verhältnisse im Gesundheitswesen für unsere Mitbürgerinnen und Mitbürger sollen nicht von oben herab verordnet werden, sondern mittels eines kontrollierten Wettbewerbes wachsen und sich den stetig ändernden Bedürfnissen anpassen. Solche Vorschläge liegen im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG auf dem Tisch. Dort sollen die Anliegen der Initianten ebenfalls einfließen. So kann das KVG optimiert werden.

Auch die Durchführbarkeit der Initiative – denken wir nur an den neuen Begriff des «realen Vermögens» und die damit verbundenen Definitions- und damit Rechtsprobleme – muss bezweifelt oder zumindest als Quelle weiterer Kosten betrachtet werden.

Aus diesen Gründen lehnt die CVP-Fraktion die Initiative ab. Wir wollen eine solidarische Krankenversicherung, die unsere Bürger nicht auf Umwegen zusätzlich belastet. Wir wollen einen bezahlbaren Gesundheitsdienst, der durch Kostentransparenz, kontrollierten Wettbewerb, Konzentration der Kräfte und Qualitätskontrolle allen Patienten gleichermaßen offen steht.

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



00.046

## Gesundheits-Initiative. Volksinitiative Initiative santé. Initiative populaire

Fortsetzung – Suite

Botschaft des Bundesrates 31.05.00 (BBl 2000 4267)

Message du Conseil fédéral 31.05.00 (FF 2000 3931)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 13.12.00 (Fortsetzung – Suite)

**Fasel Hugo (G, FR):** Dass Demokratie hin und wieder auch die Diktatur der Mehrheit sein kann, haben wir jetzt eben erfahren. (*Zwischenruf: Aha!*) Auch wenn diese Aussage mit «Aha!» quittiert wird, ist es einfach so, dass man hin und wieder nicht einmal während fünf Minuten präsent sein will, um 230 Millionen Franken hereinzuholen. Doch nun zurück zur Sache.

Die Prämienentwicklung in der Krankenversicherung gehört zu den grössten Sorgen der schweizerischen Bevölkerung. Während in den Neunzigerjahren die Einkommen stagniert haben, viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sogar massive Lohnseinbussen hinnehmen mussten, sind die Krankenkassenprämien ständig, ununterbrochen angestiegen. Das bitterste und für viele auch schmerzlichste Weihnachtsgeschenk – oder Vorweihnachtsgeschenk – ist die jährliche Mitteilung ihrer Krankenkasse betreffend die Prämienhöhung.

Während wir in diesem Land seit Jahren – man könnte sagen: seit jeher – mit viel Engagement um ein ausgewogenes Steuersystem ringen, immer wieder versuchen, Verfeinerungen einzuführen, um der Einkommenssituation der einzelnen Bürgerinnen und Bürger Rechnung zu tragen, findet diese Diskussion im Bereich der Krankenversicherung überhaupt nicht statt. Obwohl heute viele Familien weit mehr als das, was sie an Steuern abliefern müssen – ein Vielfaches dessen –, an die Krankenversicherung zu bezahlen haben, tragen wir in diesem Bereich der Einkommenssituation nur sehr beschränkt Rechnung.

Das heutige System ist wohl im Sozialversicherungsbereich eines der unsozialsten, das wir kennen. Dies umso mehr, als das System der Prämienverbilligung bis heute nur sehr unbefriedigend funktioniert. In verschiedensten Kantonen geht die Belastung der Haushalte klar über die 8-Prozent-Marke hinaus, die seinerzeit, als wir das KVG angenommen haben, als oberste Belastungsgrenze vorgesehen war. Es ist auch zu berücksichtigen, dass bis heute der Risikoausgleich nur sehr ungenügend funktioniert. Mit der ersten KVG-Revision wurden ebenfalls die Bundesbeiträge zur Prämienverbilligung für die Jahre 2000 bis 2003 beschlossen. Dort hat man

jedoch nur eine Erhöhung der Höchstbeiträge um 1,5 Prozent jährlich beschlossen, während die Prämien im Durchschnitt um 5 Prozent zunehmen werden, so einige Prognosen. Das zeigt also, dass sich die finanzielle Belastung der kleinen Einkommen auch künftig noch wesentlich verschärfen wird.

Obwohl dieser Missstand in der vorberatenden Kommission anerkannt und auch diskutiert wurde, ist die Kommission auf die Möglichkeit der Erarbeitung eines Gegenvorschlages nicht eingetreten. Das heisst, man hat hier von bürgerlicher Seite konsequent auf Verweigerung gemacht.

Die grüne Fraktion unterstützt auch die in der Initiative vorgesehenen kostendämpfenden Massnahmen durch die Fixierung von Maximalpreisen für Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung, insbesondere auch bei den Medikamenten. Auch wenn hier schon gesagt wurde, dass mit diesen vorgeschlagenen Massnahmen planwirtschaftliche Instrumente eingeführt würden, ist doch zu bedenken, was eigentlich die Alternative dazu ist. Heute erleben wir, was das Diktat der Marktmacht ist, und wir erleben auch – gerade bei den Parallelimporten –, was das andere Instrument zur Planwirtschaft, das Alternativinstrument, ist, nämlich Monopolmacht. Hier mussten wir erkennen, wie schwierig es ist, auf diese Grosskonzerne Einfluss zu nehmen.

Wir wissen auch, dass es schwierig ist, mit einem Verfassungsartikel eine Neuordnung des Gesundheitswesens auf die Beine zu stellen und notwendige Korrekturen vorzunehmen; denn das Gesundheitswesen ist äusserst komplex. Umso weniger verständlich ist es, dass man konsequent verweigert hat, die Möglichkeit eines Gegenvorschlages zu prüfen und diese Frage in der Kommission ernsthaft zu diskutieren.

Die grüne Fraktion stimmt deshalb der Initiative geschlossen zu und unterstützt auch den Rückweisungsantrag Robbiani, der die Erarbeitung eines Indirekten Gegenvorschlages vorsieht.

**Hassler Hansjörg (V, GR):** Bei der Krankenversicherung ist einiges noch nicht so, wie wir es gerne hätten. Sehr gut ist nach Meinung der SVP-Fraktion die medizinische Versorgung in unserem Land. Vor allem aber haben wir eines nicht im Griff, nämlich die Kosten im Gesundheitswesen. Die SVP-Fraktion ist der Meinung, dass die Stossrichtung der Gesundheits-Initiative der falsche Ansatz ist, um dieses Problem zu lösen. Mit der Initiative wird eine reine Symptombekämpfung betrieben. Die Kosten im Gesundheitswesen werden einfach umverteilt. Aber die Ursachen der Kostenexplosion werden nicht entschlossen genug angegangen.

Die Gesundheits-Initiative fordert vor allem eine grundlegende Neuordnung der Finanzierung der Krankenversicherung. Zum einen soll die Krankenkasse durch Mehrwertsteuereinnahmen und zum anderen mindestens in gleich hohem Masse durch Beiträge der Versicherten bezahlt werden. Diese Beiträge wiederum wären im Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen festzulegen.

Damit hat die Gesundheits-Initiative einige gewichtige Nachteile gegenüber dem heutigen System:

Zum einen ist die Finanzierung über die Mehrwertsteuer zu erwähnen. Für die Finanzierung wären etwa 3,5 Mehrwertsteuerprozente erforderlich. Dies ist unannehmbar. Die Mehrwertsteuer ist bekanntlich eine Konsumsteuer. Sie ist eine sehr unsoziale Steuer. Sie trifft vor allem junge Familien, weil diese auf Konsumgüter stark angewiesen sind. Es kann nicht unser Ziel sein, junge Familien noch stärker zu belasten. Das Gegenteil sollten wir anstreben: Familien müssen steuerlich entlastet werden.

Zum anderen würde das Kostenbewusstsein bei den Prämienzahlern zweifellos geschwächt. Wenn Personen mit tiefem Einkommen keine oder nur sehr niedrige Krankenversicherungsprämien zu bezahlen hätten, wäre diesen die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen gleichgültig. Auch würde bei einer hälftigen Finanzierung der Krankenversicherung über die Mehrwertsteuer der Wettbewerb unter den Versicherern behindert. Dieser Wettbewerb unter den Krankenkassen trägt aber viel zur Kostendämpfung bei. Dieses



marktwirtschaftliche Instrument ist wichtig im Bestreben, die Prämien so tief wie möglich zu halten.

Obwohl das gültige Krankenversicherungsgesetz noch klare Mängel aufweist, ist die SVP-Fraktion ganz klar der Meinung, dass unser heutiges System mit den Kopfprämien und der Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen im Grundsatz das richtige ist. Die Prämienverbilligungen bringen einen effizienten sozialen Ausgleich, der unbestritten ermassen erwünscht ist. Wir brauchen nicht eine grundlegende Neuausrichtung unserer Gesundheitspolitik, wie die Initiative dies fordert. Nötig ist vielmehr die entschlossene Verbesserung unseres bestehenden Systems, um neben einer guten medizinischen Versorgung auch die Gesundheitskosten allmählich in den Griff zu bekommen.

Die SVP-Fraktion ist der Auffassung, dass dies mit der vorliegenden Initiative nicht erreicht werden kann. Darum lehnen wir sie ohne Gegenvorschlag ab.

**Polla Barbara (L, GE):** Pour le groupe libéral, l'initiative populaire «La santé à un prix abordable» doit absolument être rejetée, ceci pour de multiples raisons, notamment pour une solidarité bien comprise. Non pas que nous soyons favorable à une santé à un prix exorbitant, mais malgré les difficultés évidentes auxquelles se trouve confronté notre système de santé en termes de coûts, nous aimerions d'abord, en tout état de cause, souligner, une fois de plus, d'une part, la qualité des soins et, d'autre part la solidarité intégrée dans notre système actuel des primes par tête.

Les cotisations d'assurance-maladie ne sauraient être assimilées à un impôt. Car c'est bien à un impôt que l'on aboutirait si l'on envisageait une taxation sur le revenu et la fortune. Or, la solidarité devant la maladie est, et doit être, une solidarité entre personnes en bonne santé et personnes malades, et non entre riches et pauvres. Cette autre solidarité entre les personnes fortunées et celles à revenus modestes est évidemment aussi fondamentale dans notre société, mais pas devant la maladie. Cette solidarité-là est d'ailleurs déjà largement prise en compte par notre système fiscal et contribue pour beaucoup à la prospérité et au bien-être général de notre pays.

Mais il ne faut pas tout mélanger, même en termes de solidarité. Il y aurait beaucoup à dire à cet égard aussi sur l'utilisation de l'augmentation de la TVA et la fausse équité sociale que ce système entend imposer.

L'initiative entend aussi accorder à la Confédération des pouvoirs supplémentaires en termes de réglementation et de planification. Les libéraux sont fondamentalement opposés à une centralisation et à une étatisation de la médecine, y compris de la médecine dite de pointe. Dans ce domaine aussi, la planification, la réglementation et la centralisation ne peuvent que nuire en fin de compte aux patients. La solidarité et la qualité des soins ne reposent pas sur la réglementation. Prenons un exemple: une nouvelle technique de transplantation de moelle se développe à San Diego et un médecin aussi compétent que passionné s'y rend pour l'apprendre. Il est de Lausanne et revient au CHUV. Mais hélas, la Confédération vient de planifier la transplantation de moelle et d'en réglementer la pratique uniquement à Zurich, ceci au titre de la rationalisation; une rationalisation qui devrait pourtant reposer bien plus sur les cantons et les régions que sur la Confédération.

Puis, si cette nouvelle technologie est beaucoup plus efficace, elle est aussi plus chère. Or, selon l'alinéa 5 de l'article 34bis tel que proposé par l'initiative populaire, la Confédération vient malheureusement de déterminer le prix maximum des prestations pour la greffe de moelle. Voilà qui mettrait fondamentalement en cause à la fois la qualité des soins et l'équité que nous visons tous en la matière. Les solutions à apporter aux problèmes des coûts de la santé, qui pèsent si lourd sur les budgets des citoyens et des ménages, ne sont pas à trouver dans l'initiative. Ce n'est pas le moment ici de vous développer les solutions envisagées par les libéraux, mais je vous invite, en leur nom, à rejeter cette initiative dé-

létère. Qu'elle soit modifiée ou non, nous disons, Monsieur Robbiani: «Non!» Point à la ligne.

Cette initiative déléterait, en effet, d'entraver même les activités du Docteur D. Moniack, symbole de notre promotion de la santé.

**Studer Heiner (E, AG):** Die Volksinitiative, die uns hier vorliegt, hat etwas sehr Gutes. Deshalb ist es auch richtig, dass wir darüber debattieren. Auf der einen Seite bringt uns die Volksinitiative in einer heiklen und ungelösten Frage eine mögliche Lösung, die einiges an Logik hat. Sie bringt ein neues Finanzierungssystem und Vorschläge zur Kosteneindämmung. Auf der anderen Seite ist zu prüfen, ob es richtig ist, dass wir ein ganz neues System anpacken. Die evangelische und unabhängige Fraktion ist der Meinung, dass wir aufgrund der geltenden Verfassung auf Gesetzesstufe punktuelle Veränderungen vornehmen müssen. Wir lehnen deshalb diese grundsätzliche Änderung ab, die zu einem grossen Teil auf zusätzlichen Beiträgen aus der Mehrwertsteuer beruht. Wir unterstützen aber ganz klar den Antrag Robbiani auf Rückweisung an die Kommission und Ausarbeitung eines indirekten Gegenentwurfes auf Ebene der Gesetzgebung.

Wenn man hier nämlich die Gegnerinnen und Gegner dieser Initiative hört, könnte man meinen, die heutige Situation sei eigentlich ausgezeichnet. Das ist nicht der Fall. Deshalb möchte ich auch den Gegnerinnen und Gegnern sagen: Diese Initiative hat mit ihrem Mechanismus durchaus einiges für sich, was auch Leute begeistern kann. Sie ist nicht einfach chancenlos. Aber die evangelische und unabhängige Fraktion unterstützt den Antrag auf Ausarbeitung eines indirekten Gegenvorschlages nicht in erster Linie aus taktischen Gründen, sondern weil die Probleme, die Herr Robbiani aufgelistet hat, auf Gesetzesstufe geregelt werden müssten. Ich kann mich dem anschliessen. Deshalb werden wir für Rückweisung an die Kommission stimmen.

**Rossini Stéphane (S, VS):** Il y a exactement un siècle, lors du premier référendum relatif à l'assurance-maladie, deux éléments centraux étaient débattus, postulés pour être au cœur de la solidarité en matière de prise en charge des coûts du système de santé: le prélèvement des cotisations en pour cent du revenu et la centralisation de l'organisation du système. 100 ans plus tard, après un siècle de discussions permanentes, nous voilà à nouveau confrontés à cette même problématique. C'est dire que, sur le fond, un certain nombre d'insatisfactions perdurent.

Notre système de santé est de grande qualité: l'offre de prestations est dense, les coûts qui en résultent sont élevés. Néanmoins, loin d'être dramatiques, contrairement à ce que certains tentent de nous faire croire, ces coûts correspondent ni plus ni moins à notre niveau de vie, les corrélations sont en la matière extrêmement claires. Certes, sous l'angle de la rationalisation, notre marge de manoeuvre est réelle pour concrétiser le principe de l'allocation optimale des ressources, principe auquel tout le monde entend aspirer. Force nous est cependant de constater que les multiples contradictions sous-tendant les règles du jeu de la loi sur l'assurance-maladie ne facilitent en rien les démarches de progrès rapides ou catégoriques.

L'initiative populaire qui nous est soumise aujourd'hui contient en ce sens des éléments permettant de clarifier les compétences actuellement mal réparties et qui s'avèrent parfois contreproductives. Plus précisément, je souhaite évoquer quelques éléments plaidant en faveur de l'initiative dont nous débattons.

D'abord, les financements publics au système de santé, de manière globale et dans le cadre de l'assurance-maladie, ne cessent de se réduire, certes non pas en francs mais en proportion, et finalement c'est cela qui nous importe dans la définition de l'allocation des dépenses publiques. Ainsi, s'agissant des coûts globaux du système de santé, la part du financement public diminue de 1985 à 1997 de 27,4 à 25,8 pour cent. Dans le cadre de la LAMal, la situation des engagements est proportionnellement plus importante en-



core, puisque le retrait des pouvoirs publics passe de 16,1 à 11,6 pour cent. Cette évolution est, pour nous, politiquement inadmissible, et il faut mettre un frein à une telle tendance. C'est notamment à cela qu'aspire l'initiative.

Par voie de conséquence, et ce sera le deuxième point que j'entends évoquer, la pression sur les assurés ne cesse d'augmenter. Les ménages assumaient 62 pour cent des dépenses du système de santé en 1985, 65 pour cent en 1997. Dans l'assurance-maladie, les augmentations de primes ne cessent d'alourdir le poids des soins dans le budget des familles, cela a déjà été dit, qui subissent donc de plein fouet le principe antisocial des primes par tête: en 2001, 5 pour cent d'augmentation des primes, 7 pour cent d'augmentation prévisible pour la participation directe aux coûts. Dans un système qui s'avère par ailleurs le moins solidaire de quasiment tous les pays développés par la participation qu'il impose aux ménages sans tenir compte de leur capacité économique, cette situation est devenue intolérable.

Enfin, évoquons le système de réduction des primes en vigueur qui pose d'innombrables problèmes, comme cela a déjà été dit dans cette salle, non seulement en termes d'efficacité, mais aussi d'efficience. De nombreuses inégalités de traitement sévissent selon le canton de domicile, à la fois en ce qui concerne le mode de répartition des subventions entre les cantons et, d'autre part, l'utilisation de cette enveloppe par les cantons. Que les modalités d'attribution aux assurés économiquement modestes, elles aussi, fassent apparaître d'innombrables inégalités, nous devons également le dénoncer. De tels écarts de pratique amènent à reconsidérer fondamentalement le système en place. C'est là que le bât blesse, car la pratique nous montre que les effets sont peu cohérents du point de vue de la politique sociale, ce qui nous apparaît extrêmement discutable: d'une part, on remarque que les éléments déterminant le droit à la subvention sont très disparates, d'autre part, le poids sur les ménages varie, lui, d'une manière quasiment inadmissible. L'exemple d'un revenu de 40 000 francs pour une famille avec deux enfants est très clair: dans le canton du Valais, les cotisations pèsent 1,4 pour cent du revenu; dans le canton de Genève, eh bien ces cotisations, pour ce même revenu de 40 000 francs et pour une famille avec deux enfants, pèsent 15,6 pour cent du revenu. Pour une personne seule, les écarts varient aussi d'à peu près 5 à 10 pour cent. Pour une famille avec trois enfants et pour 60 000 francs de revenu, on atteint 12 pour cent dans le canton de Vaud et du Tessin, et plus de 10 pour cent à Genève.

Ces quelques exemples ne peuvent nous laisser insensibles. Ainsi, pour davantage de cohérence et de solidarité, je vous invite à soutenir cette initiative populaire.

**Dunant Jean Henri (V, BS):** Die Initiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» will die Mehrwertsteuer zur Finanzierung der Krankenversicherung beiziehen. Der Beitrag aus der Mehrwertsteuer soll zusammen mit einkommens- und vermögensabhängigen Prämien der Versicherten in einen gemeinsamen Topf fliessen. Aus diesem Topf erhalten die Krankenversicherungen pro versicherte Person Beiträge, wobei die unterschiedlichen Risiken der Versicherer ausgeglichen werden. Die Gesundheits-Initiative enthält neben dem Finanzierungsteil noch Vorschriften zur Kostendämpfung wie Koordination von Spitzenmedizin und kantonalen Gesundheitsplanungen, Maximalpreise für Leistungen und Medikamente, Zulassungsbestimmungen für Leistungserbringer und Massnahmen zur Begrenzung der Mengenausweitung.

Es handelt sich dabei um einen radikalen Umbau des Gesundheitswesens. Früher oder später führt dies zu einer einzigen staatlichen Versicherung. Wohl erwähnen die Initianten die gemeinnützigen Krankenversicherer ausdrücklich als durchführende Institutionen. Sie engen deren Spielraum jedoch fast vollständig ein. Wenn nicht nur Leistungen, Tarife und Preise vorgegeben werden, sondern sich die Versicherer auch aus einem gemeinsamen Topf finanzieren, dann wird praktisch jeder Wettbewerb ausgeschlossen. Um die

Prämienbelastung in Grenzen zu halten, gilt es insbesondere bei der Kostenentwicklung anzusetzen.

Die Stossrichtung der Initiative ist falsch. Statt einer Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen hat sie eine Umverteilung im Visier. Das Kostenbewusstsein der Prämienzahler wird geschwächt, jede Schranke gegen die ungehemmte Konsumation medizinischer Leistungen fällt dahin. Schliesslich hätte ein Wechsel von der Finanzierung durch Mittel aus direkten Kopfsteuern zu einer solchen indirekten Verbrauchssteuer – nämlich der Mehrwertsteuer – ökonomische Auswirkungen bezüglich Preise und Inflation. Die Erhöhung der Mehrwertsteuer würde sich nämlich auf die Preise auswirken, und dies würde vor allem junge Familien, Familien mit Kindern und den Mittelstand belasten. Von Steuergeschenk des Jahrhunderts keine Spur!

Die Initiative würde also genau eine gegenteilige Wirkung haben als die von den Initianten beabsichtigte oder mindestens vorgeschobene. Sie würde zu einer weiteren Desolidarisierung führen, die Zweiklassenmedizin fördern. Die Initiative zielt auf eine Einführung der Staatsmedizin ab.

Moderne Medizin ist teuer. Ohne Qualitätseinbussen kann die weitere Kostenentwicklung höchstens gebremst, nicht jedoch aufgehalten werden.

Die SGK empfiehlt mit 16 zu 9 Stimmen, diese Initiative zur Ablehnung zu empfehlen. Als Arzt schliesse ich mich dieser Empfehlung an.

**Gysin Remo (S, BS):** Die WHO stuft die Schweiz im neuesten «World Health Report 2000» im Vergleich der nationalen Gesundheitssysteme auf Rang 20 ein. Sie bearbeitet fünf Kriterien; der Grund für die schlechte schweizerischen Platzierung ist im Kriterium «Verteilung der finanziellen Lasten des Gesundheitssystems» zu suchen. Hier ist die Schweiz miserabel platziert, auf Rang 38.

Wenn man schaut, wie hoch die effektive wirtschaftliche Belastung unserer privaten Haushalte ist – wir haben soeben die neuesten Unterlagen des Bundesamtes für Statistik bekommen –, sieht man: Sie ist für 1998 auf zwei Drittel der gesamten Gesundheitskosten, also auf über 65 Prozent, geschätzt bzw. berechnet worden. Das ist ausserordentlich hoch. Das ist die Belastung, welche unsere Bevölkerung privat zu tragen hat. Der Hauptteil dieser Belastung sind die Prämien unserer Krankenkassen.

Im Vergleich sieht man, wie günstig der Staat, der Bund und die Kantone davonkommen. Sie haben zusammen einen Anteil von nicht einmal 25 Prozent der Gesundheitskosten zu tragen. Für die unteren Einkommen zahlt der Staat Zuschüsse. Das funktioniert mehr oder weniger gut. Die oberen Einkommen profitieren vom System der Kopfprämien. Der Mittelstand wird ausgepresst bzw. von den Prämien schleichend, langsam aber sicher erdrückt.

Ein Blick in die nahe Zukunft zeigt auch, dass sich der Druck weiter verstärken wird. Der Kostenzuwachs im Gesundheitswesen wird, für das Jahr 2000 aufgerechnet, auf 6 Prozent geschätzt – von den Krankenkassen übrigens –; das macht einen Prämienzuwachs von etwa 3,8 Prozent aus, den wir zu erwarten haben.

So geht das nicht weiter. Die Reaktionen darauf sind natürlich sehr verschieden. Die einen sprechen vom Abbau der Grundversicherung; Sie kennen die Initiative «für tiefere Spitzkosten» von Denner oder die neueste «Mini-Max-Initiative» der EDU, die etwa gleich schlecht ist wie diejenige von Denner. Dann kommt der Bund mit dem Kontrahierungszwang und anderen Ideen, die nicht, nur halb oder ganz wenig greifen. Dann kommen die Krankenkassen, die finden, die Kantone sollten eine Milliarde Franken mehr übernehmen. Die Kantone sind aber schon in der Schuldenfalle und wollen ihre Aufgaben im Service public nicht noch weiter ausbauen und wehren sich. Das gibt dann eine Patt-Situation.

Dann kommen «Marktfreudige» wie Herr Dunant, obwohl sie langsam lernen sollten, dass der Markt im Gesundheitswesen nicht spielt. Die neuesten Untersuchungen zeigen auch, dass privatisierte Spitäler teurer zu stehen kommen. Das ist ein Thema, mit dem wir uns noch eingehend beschäftigen

sollten. Das sind interessante Entwicklungen. Jene, die glauben, mit der Privatisierung werde das Ganze günstiger, denken wohl an Abbau und nicht an gleiche Leistungen. Das bedeutet einen Qualitätsverlust. Selbst in den privatisierten Spitälern zeigen sich Tendenzen, dass die Kosten steigen. Übrigens sind die USA – das Vorbildland für diese Leute – in der WHO-Bewertung auf Rang 39. Das sollte eigentlich auch zu denken geben. Alle Akteure suchen Schlupflöcher; den Letzten beißen die Hunde. Das sind die Patienten, das ist die Bevölkerung, das ist derjenige Teil, der am schwächsten organisiert ist.

Hier greift nun die SP mit Ihrer Initiative, die eine neue Finanzierung vorsieht, direkt ins Hauptübel, nämlich in die Lastenverteilung. Sie stützt sich dabei auf den bewährten Grundsatz der Finanzierung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Ich darf an Artikel 127 der Bundesverfassung erinnern, der die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit im Bezahlen von öffentlichen Leistungen bei den Steuern auch ins Zentrum stellt. Genau das ist auch die Grundlage der Volksinitiative der SP. Die bestehende Pro-Kopf-Versicherungsfinanzierung widerspricht auf jeden Fall jedem Gerechtigkeitsgedanken. Dass man sie in anderen europäischen Ländern nicht findet, belegt dies. Wir schlagen also einen Mittelweg mit teils privater, teils staatlicher Finanzierung vor. Die Initiative spricht auch das gesamte Gesundheitssystem an. Die Finanzierung ist ein Hauptteil, aber sie ist nicht alles.

Deswegen zur Ergänzung der zweite Teil: Hier steht das Verhältnis von Bund und Kantonen im Mittelpunkt. Bund und Kantone sind in der Frage der Kostendämpfung angesprochen, sie haben hier wirksam zu werden. Das ist etwas anderes als das, was heute läuft. Das heutige Vorgehen ist, wie gesagt, lediglich halb wirksam. Der Bund, der Bundesrat insgesamt, Sie persönlich auch, Frau Bundesrätin – jetzt möchte ich Sie unterstützen –, und Ihr Departement müssen unbedingt mutiger werden. Ich vermisse hier ein Stückchen Courage, den Kantonen einen Rahmen für die Gesundheitsplanung zu setzen. Wir haben eine entsprechende Motion bereits überwiesen.

Es ist interessant, dass die Krankenkassen bereits auf Gesundheitsregionen umgestellt haben. Sie organisieren sich immer mehr über die Kantonsgrenzen hinaus. Ich denke, der Bund und die Kantone müssen hier unbedingt nachziehen. Aber wegen der Konkurrenz der Kantone passiert das nicht von selbst. Solange einzelne Kantone vom jetzigen Zustand profitieren, wie zum Beispiel Baselland gegenüber Basel-Stadt – es gibt auch andere Beispiele –, werden wir dieses System der 26 kantonalen Gesundheitssysteme nicht wegkommen. Es ist eine vergebliche Hoffnung, auf ein Konkordat zu warten, das ohnehin viel zu träge wäre. Hier müssen Sie nun endlich, endlich eingreifen – nicht im Sinne einer schweizerischen Detailplanung, aber im Rahmen einer Gesetzgebung, bei der sich die Kantone finden werden. Denn wenn wir in der Initiative sagen, die Planungen müssten koordiniert werden, dann heisst das nicht, dass man 26 Planungen addieren kann und es dann ein gutes gesamtschweizerisches System gibt. Das wäre ein falsches Planungsverständnis.

Was es braucht, sind Voraussetzungen, aufgrund derer die Kantone gemeinsam planen; sie müssen gemeinsame Ziele und einen gemeinsamen Rahmen haben, damit sie wissen, nach welchen Kriterien sie planen müssen. Das braucht Vorgaben, und der Bund muss nun endlich aktiv werden. Es ist mir nicht klar, worauf er noch wartet. All das, was die Initiative unter flankierenden Massnahmen anspricht, sind eigentlich Selbstverständlichkeiten, in denen wir alle, der Bund und die Kantone, schon tätig sind: Massnahmen der Kostendämpfung, Erlass von Zulassungsbestimmungen für die Leistungserbringer, Qualitätskontrollen usw. Im Finanzierungsbereich gibt es in der Initiative noch Unebenheiten, und das ist für mich auch der Grund, warum wir uns auch für die Rückweisung einsetzen könnten. Es braucht noch genauere Bestimmungen und Überlegungen. Es braucht auch einen Konsens in der Frage des Gesundheitssystems, und diesen findet man am ehesten in der zuständigen Kommission.

Ich bitte Sie also, der Rückweisung an die Kommission zuzustimmen; ebenso bitte ich Sie, unsere Initiative auf jeden Fall zu unterstützen.

**Dormond Marlyse (S, VD):** Bien qu'elle soit la cible d'attaques constantes depuis son entrée en vigueur, je pense que la LAMal est une bonne loi. Elle a apporté des avantages incontestables pour l'ensemble des assurés, et j'en citerai deux exemples: d'une part, l'introduction de l'obligation d'assurance et la suppression des réserves médicales, qui garantissent l'indemnisation des soins médicaux, quel que soit l'état de santé des assurés; d'autre part, la suppression de la limitation de la prise en charge des hospitalisations de longue durée – et ce ne sont là que deux des exemples possibles.

Le problème principal de cette loi réside dans la répartition des charges sur les assurés. En effet, l'augmentation constante des cotisations, très importante d'ailleurs déjà depuis le début des années quatre-vingt, n'a pas été freinée ou a été très peu corrigée depuis l'entrée en vigueur de la loi. Le système des subsides mis en place ne corrige que très partiellement cette situation. Le fait, par exemple, que ce système soit différent dans chaque canton, tant dans les conditions que dans les montants octroyés, complique la situation et crée des inégalités de traitement qui n'avaient pas été prévues ou en tout cas pas dans cette ampleur. La charge des primes d'assurance-maladie pour les familles et la classe moyenne est très importante: elle dépasse largement le 8 pour cent évoqué dans la campagne de votation de 1994. Par exemple, dans le canton de Vaud, les primes pour la seule assurance de base pour une famille avec deux enfants avoisinent les 800 francs par mois. Les bas revenus sont aidés par les subsides, mais le 80 pour cent des assurés doit assumer seul cette charge. C'est, à mon avis, le problème le plus important et le plus lancinant de la LAMal, et aucune révision en cours ou annoncée ne traite de ce point. Or, c'est un des éléments importants de l'initiative qui nous occupe. Elle propose que les primes soient calculées en prenant en considération les revenus et fortunes des assurés. C'est à mon avis la seule manière de régler définitivement ce problème et de rendre supportable pour tous et toutes les primes d'une assurance sociale de base.

Je rappelle aussi que la Suisse est le seul pays d'Europe occidentale à pratiquer un système de primes aussi antisocial. Un argument encore. Les milieux des caisses-maladie, qui pourtant se plaignent, depuis le début des années nonante, de résiliations massives des assurances complémentaires, n'ont pas, semble-t-il, encore compris que ce n'est qu'en rendant les primes de l'assurance de base supportables que les assurés pourront encore se payer des assurances complémentaires.

Pour ces raisons et pour toutes celles qui vous ont déjà été exposées, je vous recommande de soutenir l'initiative qui vous est soumise.

**Widrig Hans Werner (C, SG):** Früher war man bloss krank, jetzt ist man auch noch ein «Explosionsopfer» der Kostenexplosion im Gesundheitswesen.

Wenn Sie die Tabelle zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlagen konsultieren, die wir jeweils zu Beginn der Session von den Parlamentsdiensten erhalten, dann steht dort trocken, dass sich die finanziellen Auswirkungen dieser Initiative auf 5 Milliarden Franken belaufen. Es gibt also eine weitere Kostenexplosion, weshalb der Bundesrat diese Gesundheits-Initiative zu Recht ablehnt.

Es stellt sich die Frage der Gegenvorschläge, die auch in der Kommission diskutiert worden sind. Ich möchte auf drei Punkte hinweisen, die zu beachten sind:

1. Zur Finanzierung: Das Grundkonzept der Initiative ist aus meiner Sicht verfehlt, da helfen auch Verbesserungen nicht weiter – weniger falsch ist auch falsch. Wenn der Staat mehr für das Gesundheitswesen bezahlen muss, dann hat das mit Kostendämpfung nichts zu tun, denn der Versicherte ist auch noch Steuerzahler.

2. Das Gesundheitswesen gemäss Initiative über neue Steuern zu finanzieren ist eine Abkehr vom Versicherungsgedanken der Kopfprämien. Das bedeutet letztlich eine Aufweitung der Verantwortung für die Kostenverursachung und für die Finanzierung.

3. Zur Gesamtschau, die immer wieder verlangt wird: Nach meiner Auffassung ist diese mit der Eintretensdebatte über die zweite KVG-Revision möglich. Diese Vorlage steckt in der SGK des Ständerates. Das ist unsere nächste Grossbaustelle, dort sind die Zu- und Wegfahrten abgesteckt: Spitalfinanzierung, Kontrahierungszwang, Ärzttarife, Ärztedichte usw. Ich denke, das ist auch der schnellere Weg, um konkrete Verbesserungen zu erreichen.

Die Initiative ist im Ansatz falsch. Die Gegenvorschläge sind gut gemeint, aber sie verzögern gute Lösungen; da hilft auch keine Wortakrobatik. Ich weiss nicht, ob die Initianten heute noch die gleiche Initiative mit dem Finanzierungsvehikel der Mehrwertsteuer machen würden. Denn diese zusätzlichen Mehrwertsteuerprozente werden ja so oder so für die AHV und die IV benötigt; darum kommen wir nicht herum, trotz aller Jubelprognosen über die Wirtschaft von linker Seite. Also konzentrieren wir uns auf diese zweite KVG-Revision – d. h. Nein zur Initiative und auch zu den Gegenvorschlägen –, und präsentieren wir die Diskussion um die Gesamtkonzeption im Rahmen der zweiten Teilrevision. Die Kommission hat ja einen zwingenden Antrag Gutzwiller angenommen, der in diese Richtung geht, so dass diese Grundsatzdiskussion hier dann auch stattfinden muss.

**Beck Serge (L, VD):** La LAMal n'est certes pas une réussite puisqu'elle a échoué dans son but fondamental de la maîtrise des coûts, même si par ailleurs, elle a introduit davantage de solidarité. Je l'ai, à l'époque, combattue, estimant qu'elle était un premier pas vers une étatisation du système de santé, et je ne me repens pas de cette position. Les auteurs de l'initiative poursuivent ce but: l'étatisation du système de santé, avec les conséquences dommageables pour l'ensemble des citoyens. Cette initiative nous mène tout droit vers la médecine à deux vitesses.

Le discours néolibéral de M. Cavalli – moins de primes sans se préoccuper de la diminution prévisible de la qualité des prestations – ne fait que nous montrer cette direction de la médecine à deux vitesses. Et les références souvent faites au système de santé des différents pays européens, en se gardant bien d'évaluer les performances de ceux-ci, sont également une manière d'aveugler les citoyens.

S'il est, parmi ces systèmes de santé étatisés, un que par le passé l'on citait souvent, c'est bel et bien celui des Pays-Bas. Eh bien, ce système a démontré il y a quelques mois l'échec total de son déploiement. Cet échec a amené le gouvernement et le Parlement hollandais à voter en urgence un crédit de plusieurs milliards afin de restaurer un niveau de prestations minimum en faveur de la population des Pays-Bas.

Le système qui nous est proposé par les auteurs de l'initiative est désresponsabilisant pour les patients-consommateurs, puisqu'il postule la fin du système des franchises. Il est désresponsabilisant pour les gestionnaires de cotisations, actuellement les caisses-maladie, puisque ceux-ci seront rassemblés sous le couvert du droit public et bientôt sans doute appelés à ne former plus qu'une seule institution, l'assurance-maladie d'Etat.

Ce système est désresponsabilisant également à terme pour les prestataires de soins, étouffés par un système planificateur fédéral, à la hollandaise. Au plan du financement, les auteurs de l'initiative proposent une ponction supplémentaire sur la TVA, cet impôt qu'ils qualifient si souvent d'anti-social et qu'ils ne manquent pourtant pas de vouloir amplifier à répétition, pour répondre à leurs appétits insatiables de prestations étatiques.

Et voilà que ceux qu'ils prétendent défendre, les familles avec enfants, seront obérés par l'impôt sur la consommation et par la cotisation salariale. Pour couronner le gâteau, les auteurs de l'initiative proposent la mise en place d'un système parallèle de taxation de la fortune, qui doit nous ame-

ner à nous poser des questions sur l'unité de la matière de cette initiative, qui propose somme toute, de manière détournée, un nouvel outil fiscal. La transparence et la démocratie postulent à l'inverse que l'évaluation par l'Etat de la situation financière du citoyen contribuable et, le cas échéant, bénéficiaire de prestations, soit une et constante.

Voilà une illustration supplémentaire des vices de cette initiative étatisante qu'il convient de rejeter sans contre-projet, ceci pour le maintien dans notre pays d'un système de santé performant.

**Widmer Hans (S, LU):** Herr Beck, ich habe gehört, dass Sie von einem «discours néolibéral de M. Cavalli» und am Schluss von einem etatistischen Anliegen gesprochen haben. Jetzt wäre ich froh, wenn Sie mir erklären würden, wie Sie das genau gemeint haben. Was heisst, Herr Cavalli habe «neoliberal» argumentiert? Gibt es da nicht einen Widerspruch zum Schlusssatz mit dem etatistischen Anliegen?

**Beck Serge (L, VD):** Je crois que lorsque M. Cavalli fait simplement miroiter une baisse de primes pour une majorité de citoyens de ce pays, sans se préoccuper de l'incidence du système qu'il met en place sur la qualité des prestations – et j'ai cité à plusieurs reprises l'exemple hollandais qui est démonstratif à cet égard –, il y a là un discours néolibéral qui dit aux gens: «Gagnez tout de suite et ne vous occupez pas du tout de la dégradation des prestations en votre faveur.»

**Rennwald Jean-Claude (S, JU):** Je tiens à préciser en préambule que j'appartiens au même parti que M. Cavalli, mais que je ne suis pas un néolibéral.

S'agissant du fond, il n'est sans doute pas inutile de rappeler que l'initiative santé a un grand mérite parmi d'autres, celui de mettre fin à un système de financement de l'assurance-maladie fondamentalement antisocial. Aujourd'hui en effet, une vendeuse, une horlogère, un maçon paient les mêmes primes qu'un directeur de banque ou que le PDG d'une grande multinationale. Lorsque l'on connaît les énormes disparités de revenu qu'il y a entre ces catégories sociales et lorsque l'on sait aussi qu'en Suisse, plusieurs centaines de milliers de personnes gagnent moins de 3000 francs par mois, alors on se dit qu'au chapitre de la santé, il y a quelque chose qui ne joue pas dans ce pays.

Cette situation inacceptable tient au fait que la Suisse, contrairement à la quasi-totalité des pays d'Europe, vit sous un régime particulièrement injuste, celui des primes individuelles. Or, l'un des buts majeurs de l'initiative consiste précisément à remplacer ce système des primes par tête par un financement mixte dont les primes seraient en rapport avec le revenu et la fortune des intéressés.

Bien sûr, la réalisation de l'initiative impliquerait un relèvement de la TVA de l'ordre de 3,5 pour cent.

Certains diront sans doute, et M. Beck l'a dit tout à l'heure, que la gauche se contredit puisqu'elle plaide maintenant en faveur d'une augmentation des impôts indirects. Eh bien, Monsieur Beck, cela vous montre que la gauche, contrairement à d'autres, sait évoluer! Par ailleurs, cette contradiction n'est qu'apparente parce que, vous le savez, pour 80 pour cent des personnes assurées, notre système serait synonyme d'une baisse des primes de l'assurance obligatoire en cas de maladie. Exprimé en d'autres termes, cela signifie qu'une famille de deux enfants devra payer une prime meilleur marché qu'aujourd'hui, et cela jusqu'à concurrence d'un revenu imposable de 130 000 francs par année et d'une fortune réelle de 1 million de francs.

J'aimerais encore rappeler à M. Beck, qui appartient heureusement à un parti, le parti libéral, favorable à l'Europe, qu'à deux mois et demi d'une votation essentielle pour l'avenir européen de ce pays, il n'est pas inutile d'ajouter que l'adhésion à l'Union européenne implique un taux de TVA de 15 pour cent, mais surtout que l'affectation de ce relèvement de la TVA à des tâches sociales contribuerait fortement à faciliter l'intégration européenne de la Suisse.

J'aimerais enfin souligner que l'initiative santé fait partie d'un bouquet qui comprend encore trois autres initiatives popula-

res: l'initiative pour un impôt sur les gains en capital, l'initiative pour les places d'apprentissage et l'initiative pour une durée du travail réduite. Ce bouquet, pour lequel la gauche politique et syndicale a récolté au total quelque 500 000 signatures, constitue un véritable programme pour une Suisse plus sociale.

Aujourd'hui, ceux qui veulent faire éclore la première fleur de ce bouquet ne peuvent que recommander l'acceptation de l'initiative santé ou, à défaut, soutenir la proposition de renvoi Robbiani.

**Polla Barbara (L, GE):** Monsieur Rennwald, vous voulez supprimer les injustices entre la vendeuse et le directeur de banque. J'aimerais vous entendre dire que vous aimeriez aussi la supprimer entre le vendeur et la directrice de banque.

D'autre part, ma question est la suivante: Est-ce que, réellement, vous pensez que le fait de payer les primes d'assurance-maladie en fonction du revenu et de la fortune rétablit plus de justice et de solidarité que le fait de payer ces primes indépendamment du revenu n'assure la solidarité entre personnes en bonne santé et personnes malades?

**Rennwald Jean-Claude (S, JU):** S'agissant du premier point, évidemment, je peux adresser les mêmes critiques aux directrices qu'aux directeurs de banque. S'agissant du point plus central sur le fond que vous soulevez, je pense surtout qu'il n'y a pas d'égalité absolue, mais qu'il faut créer les mêmes conditions d'accès matériel à un système de santé aussi performant que possible et que, par rapport à cet objectif, il me semble précisément que l'initiative remplit pleinement ce but.

De plus, j'aimerais ajouter – je ne vous réponds pas à vous, Madame Polla, mais j'ai oublié tout à l'heure M. Beck – que je ne vois pas très bien, dans ces propositions, où est l'étatisation rampante.

**Ziswydls Josef (–, VD):** A entendre l'ensemble des partis de droite et la prise de position du Conseil fédéral, je me suis demandé s'ils n'avaient pas décidé d'enfourer leur tête dans un sac. Oser dire, comme le Gouvernement, que la réduction des primes commence à bien remplir la tâche! Depuis le temps que vous répétez la même rengaine, ce n'est plus de la méthode Coué ou de la langue de bois! Il ne reste, aux assurés-malades que nous sommes tous, et surtout aux plus défavorisés, notamment les Romands, qu'à pleurer devant tant d'autosatisfaction tellement éloignée de la réalité! Le Conseil fédéral et les partis de droite ne veulent pas voir les problèmes et continuent d'être persuadés que des corrections ponctuelles du système peuvent combler les lacunes, des lacunes qui sont évidentes pour tout le monde.

Eh bien, nous vous disons non! Madame la Conseillère fédérale, cela fait cinq ans que la population modeste de ce pays souffre; cela fait cinq ans que la spirale des primes prend à la gorge une population qui voit des inégalités de traitement scandaleuses se perpétuer. Comment voulez-vous consacrer 15 pour cent de votre revenu à l'assurance-maladie, alors que vous payez déjà des franchises et que vous payez des impôts qui vont aussi à la santé? Oser dire que les objectifs de la LAMal, cette satanée LAMal, introduite comme pis-aller face à l'initiative socialiste en 1994, osent dire que les objectifs de la LAMal, comme le renforcement de la solidarité, la garantie d'un accès pour tous à des soins de qualité, sont en bonne voie d'être atteints! Je me dis que la population est en train de vivre une gigantesque farce. Et je ne peux m'empêcher de penser à mon canton de Vaud qui, après avoir pris l'engagement de dépenser la totalité des subventions fédérales, se retrouve cette année, en l'an 2000, avec un boni de 21 millions de francs; et au lieu de le consacrer aux plus défavorisés, eh bien, il va vous le rendre, Madame Dreifuss, le rendre à la Berne fédérale pour faire des économies et travestir le mandat de la LAMal qui était de venir en aide aux plus défavorisés.

Voilà des disparités cantonales tout à fait inadmissibles qui ne sont pas seulement le fait du canton de Vaud, mais de

bien d'autres cantons en Suisse. Madame Dreifuss, le système est devenu fou! L'aveuglement qui consiste à ne pas changer de système est une preuve que la justice et la solidarité pèsent de moins en moins dans ce pays.

Le Parti suisse du travail/POP reste favorable au principe d'une assurance-maladie en fonction du revenu. Nous étions parmi les rares partis de ce pays, en 1995, à nous opposer à cette LAMal et en même temps à soutenir uniquement l'initiative socialiste qui visait à des primes selon le revenu.

Par contre, cette initiative populaire «la santé à un prix abordable» du Parti socialiste suisse est toute différente. Le Parti socialiste suisse a décidé de mettre de l'eau dans son vin et de proposer un financement mixte comprenant la TVA. Le Parti suisse du travail/POP ne pourra pas apporter son soutien à un texte hybride, qui reprend d'une main antisociale ce qu'il veut accorder d'une autre. Au bout du compte, en voulant privilégier les classes moyennes et surtout les classes moyennes supérieures, on perd de vue les classes populaires les plus modestes de ce pays.

Oui, il est possible de mettre fin au scandale des primes par tête, et les calculs montrent qu'il tout à fait possible d'avoir une ponction de 3 pour cent à charge du salarié et à charge de l'employeur. Cela suffirait pour couvrir tous les frais en matière de santé. C'est à notre avis la seule solution juste, équitable et sociale. Pour notre part, nous ne mettrons pas le doigt dans cet engrenage d'une assurance-maladie financée par le biais de la TVA, qui est pour nous une taxe antisociale par excellence.

Vous voyez qu'il y a encore une gauche dans ce pays qui refuse d'évoluer, je pense notamment à ce que disait M. Beck.

**Rennwald Jean-Claude (S, JU):** Cher Monsieur, comme moi vous êtes un chaud partisan de l'adhésion à l'Union européenne. Je l'ai dit tout à l'heure: cette adhésion implique un taux de TVA de 15 pour cent qui n'est pas négociable, les délais d'adaptation étant en revanche, eux, négociables. Par rapport à ce que vous avez dit – que je peux en partie comprendre – quels conseils donneriez-vous à nos négociateurs le jour où l'ouverture des négociations sera arrivé?

**Ziswydls Josef (–, VD):** Cher Monsieur Rennwald, je crois que l'heure n'est pas à la discussion sur l'eurocompatibilité en matière d'assurance-maladie. Nous sommes en train de discuter aujourd'hui de la LAMal et d'un projet socialiste qui est en opposition avec cette LAMal. Mais vous mettez le doigt dans cet engrenage qui consiste à utiliser la TVA, alors que vous savez pertinemment que la TVA frappe aujourd'hui les milieux les plus défavorisés. A mon sens, il faut sortir de cet engrenage et la seule façon de le faire, c'est de proposer une initiative basée uniquement sur une ponction en fonction du revenu.

**Leutenegger Oberholzer Susanne (S, BL):** Neben all den Hiobsbotschaften zur Prämienentwicklung in der Krankenversicherung möchte ich doch zwei positive Feststellungen machen:

1. Wir haben, über alles gesehen, für die gesamte Bevölkerung eine gute medizinische Versorgung.

2. 10 Prozent des Bruttoinlandproduktes für Gesundheitsausgaben kann und muss sich ein reiches Land wie die Schweiz leisten.

Für die Zukunft gilt es nun zwei Probleme zu lösen: Wir müssen erstens sicherstellen, dass die gesamte Bevölkerung auch in Zukunft freien Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung hat. Zweitens muss die Mehrzahl der Haushalte von der immer grösseren Prämienlast befreit werden. Für immer mehr Leute in diesem Land wird die Prämienbelastung unerträglich. Die Krankenkassenprämien sind in den letzten Jahren – bei stagnierenden Reallohnen notabene – weiter angestiegen. Die Prämienentwicklung liegt weit über der realen Entwicklung der Löhne. Für 2001 steht eine weitere Erhöhung der Krankenkassenprämien um durchschnittlich 5,5 Prozent bevor. Die Kranken-



kassenprämien fressen damit einen immer grösseren Teil des Budgets vieler Haushalte auf. Davon existenziell betroffen sind vor allem all jene in der Schweiz, die Tiefstlöhne erhalten.

Die Initiative zeigt die zu lösenden Probleme und auch die Wege zu ihrer Lösung auf: Erstens muss die Krankenversicherung für die Leute mit tiefen und mittleren Einkommen wieder finanzierbar werden. Zweitens muss der Kostenanstieg im Gesundheitswesen ohne Leistungsabbau gebremst werden können.

Die Schweiz hat mit den Kopfprämien die unsozialste Finanzierung der Krankenversicherung aller Länder Europas, nämlich Kopfsteuern. Die Wirkungen sind Ihnen bekannt. Millionärinnen und Millionäre zahlen gleich viel Krankenkassenprämien wie ein Arbeiter und eine Verkäuferin. Das ist eine sozialpolitische Fehlleistung ohnegleichen. Die Situation wurde in den letzten Jahren massiv verschärft, weil eben die Hauptlast der Finanzierung des Gesundheitswesens auf den Kopfprämien und der Kostenbeteiligung der Versicherten liegt. 1998 bezahlten die privaten Haushalte 65,9 Prozent der Gesundheitsausgaben – Herr Gysin Remo hat darauf hingewiesen –, im Jahr 1990 waren es noch 62,8 Prozent. In der gleichen Zeit haben die Kantone ihren Anteil von über 18 Prozent auf 14,6 Prozent reduziert. Damit sind Leute mit tiefen Einkommen gleich doppelt zur Kasse gebeten worden: Sie tragen die Hauptlast der Kostensteigerung im Gesundheitswesen und sind zugleich die Leidtragenden der Krise der Neunzigerjahre.

Die Prämienbeihilfen der Kantone brachten nun nicht die versprochenen Entlastungen. Die Bilanz ist mehr als ernüchternd. Die Beihilfen greifen praktisch nur bei den tiefsten, nicht aber bei den mittleren Einkommen und vor allem nicht bei den Familien mit Kindern. Zugleich ist festzustellen, dass den Versicherten rund 500 Millionen Franken an Beihilfegeldern vorenthalten worden sind. Die alarmierende Situation heute: Bei der Hälfte der Familien werden über 8 Prozent des Bruttoeinkommens durch die Krankenkassenprämien weggefressen.

Deshalb ist klar: Zum Stopp der Prämienexplosion muss vorab die Finanzierung der Krankenversicherung sozialer werden. Die Kopfprämien gehören abgeschafft. Dazu zeigt die Initiative den richtigen Weg. Mit dem vorgeschlagenen Finanzierungsmix aus Mehrwertsteuer auf der einen Seite und einkommens- und vermögensabhängigen Prämien auf der anderen Seite werden vor allem die mittleren Einkommen und Familien mit Kindern entlastet.

Die Initiative zeigt auch auf, wie wir die Kosten des Gesundheitswesens in den Griff bekommen können. Der Weg dazu darf nicht über den Leistungsabbau, sondern muss über ein besseres Kostenmanagement führen. Anzusetzen ist dabei auf drei Ebenen:

1. Bei den Medikamenten braucht es europäische Preise, eine konsequente Mengenkontrolle und einen vermehrten Einsatz von Generika.

2. Im stationären Bereich braucht es einen koordinierten Bettenabbau, Fallpauschalen und Qualitätskontrollen und sicher nicht private «Rosinenpickerkliniken».

3. Im ambulanten Bereich müssen wir mit intelligenten kantonalen Globalbudgets die Kosten in den Griff bekommen.

Die Initiative bringt hier die nötigen Koordinations- und Planungsinstrumente für den Bund. Wer in der Gesundheitspolitik schwergewichtig auf mehr Markt und mehr Wettbewerb der Anbieter setzt, hat die Funktionsweise des reinen Anbietermarkts mit garantierten Preisen nicht begriffen. Statt tieferer Kosten sind schlechtere Leistungen und eine Kostenexplosion die Folge. Wer immer noch auf diese Rezepte setzt, dem empfehle ich eine Reise in die USA. Da können Sie sich die desolade Situation vor Ort ansehen. Die Bevölkerung will keinen Leistungsabbau, sondern ein gutes und bezahlbares Gesundheitswesen und sicher keine Zweiklassenmedizin. Die Initiative gibt die richtige Antwort. Sie löst die Kostenprobleme und zeigt, wie die grossen Probleme der Familien mit mittleren Einkommen gelöst werden können.

Wer das ernst nimmt, muss diese Initiative zur Annahme empfehlen, und darum bitte ich Sie.

**Heberlein Trix (R, ZH):** Die Diskussion über die Initiative beschränkte sich auch in der Kommission weitestgehend auf die Umstellung der Finanzierung, wie sie jetzt auch von Frau Leutenegger Oberholzer dargelegt worden ist. Wenn die Rezepte so einfach wären, wie Sie sie darstellen, hätten sie schon längststens funktioniert. Die Meinung der FDP-Fraktion zu diesen Vorschlägen wurde von Herrn Gutzwiller klar dargelegt. Ich möchte mich auf den zweiten Teil der Initiative konzentrieren.

Bund und Kantone sollen für eine Kostendämpfung sorgen. Diese Forderung steht bereits im heutigen Krankenversicherungsgesetz. Sie könnte und sollte eigentlich besser umgesetzt werden; nur fehlt eben die Einheitlichkeit der Zielsetzung. Die Initianten glauben nach wie vor an die Allmacht der Planung und stellen sich vor, mit staatlicher Planung wären die Kosten einfach in den Griff zu bekommen.

Der Bund soll die Spitzenmedizin regeln. Nur, was versteht denn der Bund unter Spitzenmedizin? Sind es teure Apparaturen? Sind es Investitionen? Sind es Infrastrukturen in Universitäten? Soll der Bund entscheiden, was wo gemacht wird? Soll er entscheiden, welches die Bedürfnisse der Patienten sind, die sichergestellt werden sollen, um eine Zweiklassenmedizin zu verhindern? Der Entscheid, was Spitzenmedizin und was bereits Routine ist, muss immer wieder neu gefällt werden. Was heute bereits als Routine angesehen wird, wurde gestern – ich denke dabei auch an die Transplantationsmedizin – noch als absolute Spitzenmedizin angesehen.

Hand aufs Herz: Verzichten Sie, wenn Sie schwer krank sind, auf die so genannte Spitzenmedizin und auf die beste Behandlung? Der Schritt zur Zweiklassenmedizin ist hier sehr rasch getan. Effizienter als die staatliche Planung sind ganz strenge Qualitätsnormen. Hier wurde bis heute einiges versäumt: anerkannte und vergleichbare Kriterien, das Messen der effektiv durchgeführten Behandlungen und ihrer Wirtschaftlichkeit sowie eine Reduktion des Anspruchsdenkens. Frau Leutenegger Oberholzer, Sie haben gesagt, dass die gesamte Bevölkerung freien Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung haben solle. Wir alle haben heute in der Gesundheitspolitik ein Anspruchsdenken. Man hat den Anspruch, gesund zu werden; man hat den Anspruch, ohne Wartezeiten behandelt zu werden – wo auch immer –, ohne dass man selber etwas dazu beitragen muss. Diese Initiative verstärkt dieses Anspruchsdenken noch.

Wie soll der Bund die Gesundheitsplanung der Kantone koordinieren, wenn bereits die Rekursentscheide zu den kantonalen Spitalplanungen nach wenig vollziehbaren Strategien erfolgen oder wenn die Kantone nicht mitmachen, weil für sie aus finanziellen Gründen keine Anreize zur Koordination vorhanden sind? Sie müssen nämlich die Differenz für die ausserkantonalen Patienten selber bezahlen, und sie müssen die eigenen Infrastrukturkosten nicht mit einberechnen. Hier braucht es eine Änderung der Finanzierung, wie sie jetzt mit der zweiten KVG-Revision in den Kommissionen diskutiert wird.

Die Forderung nach Bestimmungen des Bundes für die Zulassung von Leistungserbringern widerspricht den Kompetenzen der Kantone, soweit sich die Bestimmungen nicht auf berufliche Anforderungen beziehen. Welche objektivierbaren und rekursfähigen Kriterien sollen es denn sein? Dies wird von den Initianten nirgends spezifiziert.

Weiter lässt die Initiative die Krankenversicherer völlig aus dem Spiel. Als Zahler, als Vertragspartner, aber auch als Mahner, haben sie keine Aufgabe mehr. Sie werden wieder zu reinen Zahlstellen degradiert. Das ist ein Rückschritt in die Zeit vor dem KVG und ein Schritt hin zur Einheitskasse.

Für die FDP-Fraktion ist diese Initiative nicht nur ein Schritt, sondern ein ganzer Marathon in die falsche Richtung. Der Anreiz zu kostenbewusstem Verhalten für alle Beteiligten – nicht nur für die Konsumenten, sondern auch für die Anbieter – wird weiter abgeschwächt. Ein unbegrenzter Konsum wird weiter gefördert.

Finanzielle Umverteilungen unter den Zahlern führen nie zu Einsparungen. Im Gegenteil: Zusätzliche Mehrwertsteuer-

prozente sind – liebe Kolleginnen und Kollegen in der SP – auch nicht besonders sozial. Wenn wir die Mehrwertsteuer erhöhen müssen, sollte der Ertrag nur zur Finanzierung der AHV verwendet werden.

Zur Zielsetzung des KVG, die Prämien die Grenze von 8 Prozent des steuerbaren Einkommens nicht überschreiten zu lassen: Die Untersuchung des Bundesamtes für Sozialversicherung hat klar gezeigt, dass diese Grenze – mit Ausnahme von sechs oder sieben Kantonen – nicht überschritten wird. Die Prämienverbilligung funktioniert nicht vollumfänglich, aber weitestgehend, und sie kann noch verbessert werden. Mit den Mitteln, die uns zur Verfügung stehen – diese Frage wird jetzt auch im Rahmen der laufenden KVG-Revision noch beraten werden –, müssen wir diese Zielsetzung erreichen.

Entscheidend für die Stabilisierung der Gesundheitskosten ist nicht eine Umverteilung, sondern die Motivierung der Bevölkerung und der Anbieter zu kostenbewusstem Verhalten. Nur so können wir unser qualitativ gutes Gesundheitswesen auch weiterhin aufrechterhalten.

Ich beantrage Ihnen also, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen und auch keinen Gegenvorschlag zu erarbeiten.

**Fattebert Jean (V, VD):** J'ai toujours soutenu l'assurance-maladie. Elle n'est pas mauvaise, elle demande simplement un certain nombre d'aménagements. La santé coûte en particulier trop cher. Il s'agit de responsabiliser tous les acteurs, et en particulier de veiller à éviter la surconsommation. Mais doit-on, peut-on prendre plus à ceux qui ont, pour financer l'assurance-maladie?

La solidarité est un devoir et une dimension humaine essentiels. Ceux qui en parlent le plus et le mieux dans les discours ne sont pas forcément ceux qui la pratiquent le plus, ceci est une observation personnelle. Mais jusqu'où va la vraie solidarité et où commence le paternalisme, l'assistance qui dégrade la personnalité? L'assurance-maladie, telle que nous la connaissons, est un acte de solidarité entre les jeunes et les moins jeunes, entre les malades et les bien portants; elle l'est encore entre les nantis et les moins bien lotis par le mécanisme des subventions. Doit-on rappeler que les tout petits salaires ne paient pas d'assurance-maladie? La solidarité fiscale est un fait, en particulier avec l'impôt fédéral direct qui est progressif. La TVA est un impôt solidaire aussi, qui prélève en pour cent de la consommation, et en partie pour financer la santé. Les impôts cantonaux, communaux sont également progressifs.

Imaginez une ligne graphique qui montre la progression de ce que paient les gens au gré d'un meilleur salaire, en impôts communaux. Sur cette ligne, vous ajoutez la progression de l'impôt cantonal, puis de l'impôt fédéral direct, ensuite vous y mettez la TVA que paient ces citoyennes et citoyens, la pente de la ligne tend à devenir vertigineuse. Là-dessus, les auteurs de l'initiative voudraient ajouter l'assurance-maladie selon le même schéma progressif, et encore prélever une partie des primes en fonction de la fortune estimée à la valeur commerciale! Les paysans qui voient leur outil de travail, la terre, s'arracher à des prix commerciaux qui sont dix à vingt fois la valeur de rendement seraient cette fois définitivement étranglés.

Les artisans, les petites entreprises, souvent familiales, ne seraient pas épargnés. La limite de 1 million de francs n'y changerait rien, vous le savez parfaitement.

Que se passerait-il si cette initiative était acceptée? Les riches cacheraient leur fortune à l'étranger, les fraudeurs fiscaux se verraient attribuer une prime à la malhonnêteté et surtout l'on donnerait un signe propre à décourager les gens qui travaillent et prennent leurs responsabilités. Un jeune homme me disait il y a quelques jours: «Moi, j'ai envie de travailler six mois par année et vivre le reste du temps au soleil, sous les cocotiers. De toutes façons, à l'âge de la retraite, quoi qu'il arrive, l'Etat me prendra en charge. J'ai un bon métier. Je gagne un bon salaire. Si c'est pour le donner aux impôts, non merci!» Ce citoyen ne songeait même pas qu'il pût être redevable de ce qu'il avait reçu, notamment en matière de formation. Est-ce cela que veulent les auteurs de

l'initiative? Favoriser les gens qui vivent aujourd'hui en pensant que, ni hier, ni demain, ni aucune responsabilité n'a d'importance?

Le débat qui nous occupe en ce moment est fondamental. Voulez-vous encourager les fraudeurs du fisc? Voulez-vous décourager les gens qui assurent eux-mêmes leurs vieux jours? Voulez-vous faire fuir ceux qui créent des emplois? Est-ce que vous voulez faire une génération de jeunes qui sont des légumes penchant au gré du vent et des discours de gauche ou alors voulez-vous laisser une chance à nos jeunes d'avoir de l'ambition et de réussir, sans être toujours pris pour des affreux riches qui profitent?

La prospérité de notre pays est basée sur la volonté de travailler, de s'engager, de développer des entreprises. Nous en profitons tous. Non, j'ai peine à croire que les auteurs de l'initiative veuillent vraiment mettre en place un tel système de financement. Ils en font simplement un objet de propagande politique. Alors, je dis: attention! Nous mettons en danger un patrimoine important de notre pays. Le dynamisme, l'envie de travailler, de prouver quelque chose, de réussir sont menacés et nous devons nous mobiliser pour lutter contre une telle initiative.

**Rechstelner Rudolf (S, BS):** Die Belastung durch Krankenversicherungsprämien ist für kleine und mittlere Einkommen und insbesondere für Familien mit Kindern unzumutbar geworden. Die Kantone schöpfen ihre Möglichkeiten zur Prämienverbilligung nicht aus. Aber dies ist nur die halbe Geschichte. Es stehen heute einfach zu wenig Mittel zur Verfügung, um die Prämien wirksam zu senken, und die Leistungsanreize im Gesundheitswesen sind falsch gesetzt. Eine Neuregelung der Finanzierung, aber auch eine Neuregelung der Leistungsstrukturen sind deshalb angesagt, und hier geht die Volksinitiative meines Erachtens in die richtige Richtung. Zum einen wird die Prämienlast gerechter verteilt, und zum andern erhält der Bund erstmals wirksame Kompetenzen in den Bereichen der Spitalplanung und der Spitzenmedizin.

Die Anträge des Bundesrates und der Kommission, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen, sind mir persönlich unverständlich. Das ist herzlose Politik, denn die Familien mit kleinen und mittleren Einkommen sind heute wegen der hohen Krankenversicherungsprämien finanziell in Bedrängnis geraten. Ich frage mich, was sich der Bundesrat dabei überlegt hat – wenn er sich überhaupt etwas überlegt hat. Bundesrat Kaspar Villiger will die Steuern senken. Aber das Ergebnis lässt sich heute schon voraussehen: Einkommen unter 100 000 Franken werden weniger Entlastung erhalten, als der Aufschlag der Krankenversicherungsprämien im laufenden oder im nächsten Jahr sein wird. Wir müssen das Problem der Gesundheitskosten grundlegend lösen, damit die ganze Bevölkerung ein gutes und bezahlbares Gesundheitswesen erhält.

Zu den Sparmassnahmen der Initiative: Die Initiative verlangt, dass der Bund hier mitplant. Die Idee, das Gesundheitswesen könne allein Sache der Kantone sein, ist obsolet. Wir brauchen mehr Koordination bei der Spitzenmedizin, und dafür braucht es Kompetenzen. Wir sehen bei der zweiten Revision des KVG, dass der Bund an seine Grenzen gelangt, wenn es darum geht, den Kantonen Leistungspflichten aufzuerlegen. Deshalb müssen Kompetenzzentren für die Spitzenmedizin definiert werden, und das Angebot darf nicht weiter in Überangebot und Doppelspurigkeiten ausmünden. Wer hier die Kompetenzen der Kantone hochlobt, wie das von meiner Vorrednerin getan wurde, der übersieht, dass das jetzige System – der Kantönigeist – zu einer unseligen Hochrüstung an überflüssiger Infrastruktur im stationären Bereich führt und damit auch ein Grund ist für die hohen Kosten, die wir heute auf die Prämien überwälzen müssen.

Wir wollen aber auch, dass eine Obergrenze der Belastung der Bevölkerung, wie sie von der Kommission Schoch in Aussicht gestellt wurde, nicht überschritten wird. Mir ist insbesondere nicht klar, weshalb das heutige System der hohen Kopfprämien irgendwelche Sparanreize beinhaltet, wie hier geäußert worden ist. Wenn das so wäre: Wieso steigen

dann die Prämien und die Leistungen von Jahr zu Jahr? Die Erfahrung zeigt doch: Wer viel einzahlt, wer hoch belastet ist, der will auch etwas fürs Geld und macht deshalb vom breiten Angebot Gebrauch. Die Leistungsanbieter selber bieten gerne dazu Hand, denn ihr Einkommen hängt ja von der Kundschaft ab. So ist denn das heutige System nichts anderes als eine Kopfsteuer, eine Kopfsteuer allerdings, gegen die man nicht das Referendum ergreifen kann. Das ist doch sehr bemerkenswert: Man kann in der Schweiz gegen jede Steuererhöhung das Referendum ergreifen, aber bei den Krankenversicherungsprämien soll dieses Recht nicht gelten. Damit wird die ungerechteste Belastung auch gleich heilig gesprochen.

Die Initiative stellt die Existenz der Krankenversicherungen nicht infrage, ebenso wenig die Existenz von Franchisen, wie irrtümlich in der Botschaft behauptet wird. Der Wettbewerb unter den Kassen bleibt erhalten, denn leistungsfähige Kassen können ihre Überschüsse durch Bonuszahlungen an die Versicherten weitergeben. Deshalb ist auch die Rede von der Verstaatlichung des Medizinalwesens nicht gerechtfertigt. Auch die Kantone sollen ihre Prämien differenzieren können. Allerdings sollen die Zentrumsfunktionen besser als bisher berücksichtigt werden.

Ich bitte Sie, diese Initiative zur Annahme zu empfehlen.

**Garbani Valérie (S, NE):** Un dicton dit: la santé n'a pas de prix. Certes, cependant l'accès aux soins est devenu un luxe pour une grande partie de la population, alors qu'il ne s'agit aucunement d'un bien de consommation, mais d'un droit fondamental. Pourquoi cet alarmant état de fait? Parce que les habitantes et les habitants de ce pays, si elles et ils ne disposent pas d'un revenu supérieur à la moyenne, paient en Suisse beaucoup plus pour leur santé que dans n'importe quel autre pays d'Europe occidentale. Cela s'explique par le fait que la Suisse détient le record en Europe des coûts de la santé et que nous finançons ces coûts de la manière la plus antisociale qui soit, soit essentiellement par le biais des assurés au moyen de primes individuelles, de primes par tête.

Deux personnes domiciliées dans la même commune paient le même montant de primes, indépendamment de leur revenu. En outre, les primes sont notablement plus élevées, par exemple, dans le canton de Neuchâtel que dans le canton d'Uri, dans une proportion qui se situe du simple au triple. La disparité et l'inégalité de la charge sur leur budget sautent aux yeux, claquent comme une injustice, et pour réparer, pour éliminer cette injustice, pour faire en sorte que les primes d'assurance-maladie soient supportables pour chacun, le meilleur remède est encore, malgré tout ce qu'on dit aujourd'hui, un changement fondamental du système de financement par l'introduction de primes calculées en fonction du revenu et de la fortune.

Du point de vue de la fiscalité, il ne s'agit aucunement d'un impôt sur la richesse, mais d'une équitable péréquation quant au financement des coûts de la santé. Cette solution s'avère en outre la meilleure pour alléger le budget des familles et des personnes à bas et moyen revenu, tout en garantissant à chacun un système de santé de haute qualité.

Avec cette initiative, un couple rentier AVS disposant d'un revenu de 40 000 francs par année verra son budget déchargé de 3744 francs par année, ou de 312 francs par mois. Une famille avec trois enfants disposant d'un revenu de 60 000 francs par année verra son budget déchargé de 6708 francs par année, ou de 559 francs par mois. En revanche, une personne célibataire sans enfants disposant d'un confortable revenu annuel de 100 000 francs verra son budget augmenter de 1692 francs par année, soit de 141 francs par mois, et ce compte tenu de l'augmentation de la TVA. Ces réductions sont notablement plus élevées que celles qui seraient obtenues par une diminution de l'impôt fédéral direct, mais elles sont surtout mieux ciblées: elles ne profitent pas qu'aux riches.

A l'inverse, le démantèlement de l'assurance-maladie de base par le rationnement, la réduction des prestations, une catégorisation des assurés en fonction de leur âge, par les

subventionnements, c'est-à-dire par les paiements ciblés aux personnes socialement démunies, ne résout aucun problème – on l'a vu jusqu'à aujourd'hui. Il introduira en revanche un problème de taille qui est socialement et humainement inacceptable: la discrimination.

A quand l'exclusion des personnes qui ont une surcharge pondérale et des dépendants de nicotine de l'assurance de base? Un autre dicton dit: il vaut mieux être jeune, riche et en bonne santé qu'agé, pauvre et malade. Ce dicton deviendrait une insupportable réalité si l'assurance-maladie en Suisse devait cesser d'être fondée sur la solidarité et devait commencer à l'être sur l'individualisme et le chacun pour soi.

Pour ma part, je dis non à un démantèlement, non au rationnement de la politique de la santé. C'est la raison pour laquelle je vous invite à recommander de soutenir cette initiative.

**Polla Barbara (L, GE):** Madame Garbani, vous nous avez dit que le système actuel est le plus antisocial qui soit. Nous avons un département qui s'occupe de la santé et qui est dirigé depuis plusieurs années par une conseillère fédérale dont je pense que, c'est le moins que nous puissions dire, elle est très sensible aux questions sociales.

Face à cette réalité, vous sentez-vous vraiment en mesure de soutenir votre assertion, à savoir que le système actuel est le plus antisocial qui soit?

**Garbani Valérie (S, NE):** Je crois que le rôle d'un membre de l'exécutif et le rôle d'un parlementaire est différent. Je crois aussi qu'il appartient aux sensibilités politiques d'être parfois en opposition avec la politique gouvernementale.

**Triponnez Pierre (R, BE):** Mit der Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» sind wir einmal mehr mit einem Begehren konfrontiert, das den aktuellen Wirrwarr rund um unsere Gesundheitspolitik und ihre Ausgestaltung noch vergrössern hilft. Schon der Titel der Initiative ist missraten. Mit der Forderung und dem entsprechenden Titel nämlich, die Gesundheit müsse bezahlbar bleiben, setzen die Initianten fahrlässig einen unerfüllbaren Wunschtraum in die Welt. Dabei weiss jedes Kind, dass die Gesundheit zwar ein kostbares, aber eben unbezahlbares Gut ist und leider, oder vielleicht glücklicherweise, auch nicht käuflich erworben werden kann. Wer dann allerdings den Text der Initiative liest, merkt rasch, dass dieses Begehren keine Wunderlösung für unser Gesundheitswesen anbietet, sondern schlicht und einfach eine Umkrempelung des seit Jahrzehnten im Grundsatz bewährten Finanzierungssystems unserer Krankenversicherung vorschlägt.

Nachdem ein erster ähnlicher Versuch erst vor relativ kurzer Zeit, nämlich am 4. Dezember 1994, kläglich scheiterte und von den Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern mit sage und schreibe 76,5 Prozent der Stimmen massiv verworfen wurde – auch damals ging es um eine vermeintlich «gerechtere» Prämienlast –, muss auch der neue Vorstoss zur Ablehnung empfohlen werden; diesmal sind Mehrwertsteuer, Einkommenssteuern und eine Vermögenssteuer im Visier.

Richtig ist, dass die heutigen Krankenkassenprämien für viele Bürgerinnen und Bürger eine grosse Belastung darstellen. Gerade diese Tatsache aber garantiert, dass sich jeder-mann bewusst ist, welche hohen Kosten unser Gesundheitswesen verursacht, und dass sich jeder weitere Leistungskonsum früher oder später zwingend in steigenden Prämien niederschlägt. Dieses Kostenbewusstsein würde bei einer Finanzierung über Steuerprozente zweifellos geschwächt. Aber auch der als Kostendämpfungsinstrument dringend notwendige Wettbewerb unter den Krankenkassen würde gänzlich wegfallen und auch zu entsprechenden Kostensteigerungen führen. Überdies würden mit dem Wegfallen des Selbstbehaltes und der Franchisen auch zwei wichtige Instrumente zur Kostensenkung dahinfallen. Die Initiative würde insgesamt zu einer Erhöhung der Gesundheitskosten führen.

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Initiative auch unsoziale Elemente enthält. Rund die Hälfte der benötigten Mittel wären – bei Annahme der Initiative – künftig über Erhöhungen der Mehrwertsteuer einzutreiben, was insbesondere für Personen mit kleinen Einkommen, die heute stark vom Instrument der Prämienvergünstigung profitieren können, eine starke Belastung bedeuten würde. Insgesamt ist die Initiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» ein untauglicher Vorschlag, der sich negativ auf unsere Gesundheitskosten auswirkt und mehr zur Verwirrung als zur Lösung der bestehenden Probleme beiträgt. Ich empfehle Ihnen nicht nur, die Initiative klar zur Ablehnung zu empfehlen, sondern auch ein klares Nein zum bunten Strauss von Gegenvorschlägen.

**Teuscher Franziska (G, BE):** Kopfprämien sollten eigentlich schon lange out sein. Zur Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens konnten sie sich aber hartnäckig halten. Somit hat die Schweiz in der Gesundheitsversorgung das unsozialste Finanzierungssystem, das wir uns überhaupt vorstellen können. Kopfprämien müssen daher abgeschafft werden, denn Gesundheit muss für alle bezahlbar sein! Deshalb empfehle ich Ihnen, die Initiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» zur Annahme.

Während die Gesundheitskosten auf der einen Seite allgemein weiterhin zunehmen, versuchen Kantone auf der anderen Seite, sich bei den Gesundheitskosten zu entlasten. Als Stichworte mögen dienen: die immer höheren Pflegeheimtarife, die die Kantone verlangen, oder die Verlagerung von der stationären zur ambulanten Behandlung. Damit werden hier zusätzlich Gesundheitskosten von der relativ sozialen Finanzierung über Steuergelder umgelagert zur unsozialen Finanzierung über die Kopfprämie.

Die Gegnerinnen und Gegner wenden immer wieder ein, dass wir die Prämienverbilligung kennen, um die Härtefälle abzudecken. Ich möchte nur diesen Punkt herausgreifen und etwas analysieren: Prämienverbilligung, wie sie im KVG vorgesehen ist, ist an und für sich eine gute Sache. Allein sie kann die unsoziale Last der Kopfprämien nur wenig mildern. Aus verschiedenen Gründen ist sie bei weitem keine genügende Grundlage für eine soziale Finanzierung der Gesundheitsvorsorge für die unteren Einkommen.

Frau Heberlein hat zur Prämienverbilligung festgehalten, dass sie funktioniere, zwar nicht vollumfänglich, aber dass sie ja noch verbessert werden könnte. Ich denke, es gibt bei der Prämienverbilligung eben auch grundsätzliche Probleme:

1. Zahlreiche Kantone schöpfen die Prämienverbilligung nur zu 50 Prozent aus, und das wird sich mit Sicherheit noch lange nicht ändern. In diesen Kantonen kann die Prämienverbilligung somit gar nicht allen Leuten, die es aus sozialen Gründen nötig hätten, zugute kommen.

2. Das Föderalismusproblem: Wir haben 26 Kantone und damit 26 Regelungen, wie man einen Antrag für Prämienverbilligungen stellen kann. Gewisse Kantone gestalten die Antragsbedingungen derart restriktiv, dass auch Menschen in finanzieller Notlage keine Chance für Prämienverbilligungen haben.

3. Das Antragsystem als solches führt dazu, dass diejenigen, die es am nötigsten hätten, selbst bei grosszügigen Verbilligungssystemen kaum zu dieser Verbilligung gelangen, sei es, dass sie wegen Sprachproblemen die Antragsformulare gar nicht verstehen, sei es, dass sie gar nicht wissen, dass sie überhaupt einen Antrag auf Prämienverbilligung stellen können.

4. Das letzte Problem ist finanzieller Natur: Die meisten Kantone zweigen ganz legal gewichtige Teile der Prämienverbilligung ab, um damit die Prämien der Bezügerinnen und Bezüger von Fürsorge- und Ergänzungsleistungen zu bezahlen. Damit werden zwar Kantons- und Gemeindekassen entlastet, gleichzeitig aber fehlt dieses Geld zur Verbilligung der Prämien für die übrige Bevölkerung.

Sie alle sehen also: Es gibt grundsätzliche Probleme bei der Prämienverbilligung, so dass man nicht sagen kann, dass dieses System sozial gerecht sei.

Mit der Initiative können wir von unserem unsozialen Finanzierungssystem des Gesundheitswesens wegkommen und zu einem sozialverträglicheren System gelangen. Ich denke, in sozialen Fragen tun Sie besser daran, Vertrauen in die linke, in die sozialdemokratische Seite zu haben. Es ist nicht so, wie Herr Triponez es ausgeführt hat, dass auch er sich der sozialen Fragen annimmt. Ein Gesundheitswesen, wie die Initiative es vorschlägt, ist noch immer viel sozialer als das System mit der Kopfprämie, das uns Herr Triponez schmackhaft machen wollte.

**Baumann Stephanie (S, BE):** Der Bundesrat hat mit der Botschaft zur Volksinitiative eine Art Gesamtschau zur Situation in der Krankenversicherung und über bisher Erreichtes in der Gesundheitspolitik vorgelegt. Aber das allgemein positiv gehaltene Urteil des Bundesrates über das bisher Erreichte deckt sich nicht mit der Wahrnehmung der Prämien zahlenden Bevölkerung. Solange die Prämien – in dem Ausmass, wie wir es kennen – weiter steigen und eben trotz Prämienverbilligung für viele Familien eine Dauerbelastung sind, so lange dürfen wir die Hände nicht in den Schoß legen. Wir wissen ja, dass die Gesundheitskosten hoch bleiben werden, und wir wissen auch – es ist gesagt worden –, dass wir eine gute medizinische Versorgung wollen. Das heisst, dass wir wohl oder übel über die Finanzierung reden müssen. Denn es hilft einer Familie in Genf wenig, wenn wir dauernd versprechen, dass wir das System der Prämienverbilligung verbessern wollen, und dann geschieht hier im Saal doch wieder nichts. Es hilft dieser Familie in Genf nicht, wenn wir hier feststellen, dass der Kanton Genf medizinisch übersorgt sei. Die Prämie dieser Familie bleibt trotzdem hoch. Was ist zu tun?

Es gibt erstens keinen anderen Ausweg, als dass wir das Einkommen dieser Familie in die Prämienberechnung einbeziehen. Sonst bleiben leider die Klein- und Mittelverdiener die Leidtragenden der Unfähigkeit des Parlamentes.

Zweitens müssen sich Kantone und Bund an den Kosten für die Gesundheitsversorgung beteiligen – das sollte eigentlich unbestritten sein –, und sie müssen ihre Verantwortung für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung wahrnehmen. Gerade diesen Aspekt möchte ich etwas näher ausführen, weil hier der Vorwurf erhoben worden ist, die Initiative setze eine Planungsmechanik in Gang.

Wer den Zugang zu medizinischen Leistungen für alle sichern und gleichzeitig das Kostenproblem im Gesundheitswesen wirklich angehen will, wird um zwei voneinander abhängige Grundsätze der Initiative nicht herumkommen. Das ist erstens, dass sich Bund und Kantone nicht aus der Finanzierung des Gesundheitswesens stehlen dürfen, und zweitens, dass die staatlichen Koordinations- und Lenkungs-kompetenzen im Gegenzug verbessert werden müssen.

Ein Beispiel: Die Hälfte der Gesundheitskosten fällt im stationären Bereich an; ein grosser Teil der öffentlichen Gelder für das Gesundheitswesen fliesst direkt oder indirekt in die Spitäler. Gerade deshalb kennen wir ja im stationären Bereich seit langem die staatliche Planung. Es hat sich in der letzten Zeit auch mit den Spitalisten eine positive Wirkung eingestellt. Allerdings – das sehen wir auch – gibt es Nachteile, wenn 26 individuelle, unterschiedliche kantonale Lösungen für die Ausgestaltung der Spitalisten vorhanden sind. Eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur kann sich ja nicht auf ein Kantonsgebiet begrenzen, denn kantonale Versorgungsräume sind weder medizinisch noch wirtschaftlich sinnvoll. Ebenso fragwürdig ist eine Planungsbeschränkung auf den stationären Bereich. Wenn wir die Planung nur in einem Bereich ansetzen, verlagern sich die Gesundheitskosten automatisch in einen anderen Bereich. Das stellen wir jetzt im ambulanten Bereich fest.

Für alle diese offensichtlichen Probleme bietet die Gesundheits-Initiative die logische Lösung an. Sie verlangt nämlich, dass die kantonalen Spitalplanungen auch den ambulanten Bereich einbeziehen müssen und sich damit zu umfassenden Gesundheitsplanungen entwickeln, welche wiederum vom Bund koordiniert werden. Damit ist der Weg frei für regionale Versorgungsräume im Gesundheitswesen ohne kos-



trentreibende Grenzzäune. Der Bund erhält einerseits neue Kompetenzen, wird andererseits aber auch verpflichtet, für die Qualitätskontrolle zu sorgen und die Kantone in ihren Bemühungen zur Kostendämpfung zu unterstützen.

Sie sehen: Die Gesundheits-Initiative ist ein Gesamtkonzept, das verschiedene Probleme im Gesundheitsbereich angeht: Finanzierung, Prämienbelastung, Kostendämpfung und die Sicherung der breiten Gesundheitsversorgung. Weil das Gesundheitswesen eben eine komplexe Angelegenheit ist, kann man nicht Einzelprobleme angehen, man muss ein Gesamtkonzept machen. Deshalb ist diese Gesundheits-Initiative nicht so simpel, wie es üblicherweise die Denner-Initiativen sind. Irgendwann müssen Sie die Sorgen der Prämienzahler und Prämienzahlerinnen ernst nehmen.

Ich bitte Sie, dies bereits heute zu tun und diese Initiative zu unterstützen.

**Leu Josef (C, LU):** Die ökonomische Binsenwahrheit «steigende Lebenshaltungskosten gleich steigende Gesundheitskosten» darf kein Freipass dafür sein, dass das Gesundheitswesen eine Vergoldungsmaschine für einzelne Anbieter ist.

Ich bin mir bewusst, dass bessere medizinische Leistungen und Fortschritte auch ihren Preis haben. Um dieser Herausforderung gerecht zu werden, braucht es nicht eine Umstellung des Finanzierungssystems oder eine Umverteilung der Kosten im Sinne der Gesundheits-Initiative. Was es vor allem in der zweiten KVG-Teilrevision braucht, sind klare Zeichen von der politischen Seite im Bereich des Kostenmanagements und im Bereich der Kostentransparenz.

Ich beschränke mich in diesem Zusammenhang auf die anstehende so genannte Spitalfinanzierungsvorlage. Hier werden bekanntlich verschiedene Anliegen der Gesundheits-Initiative aufgenommen. Für die Zukunft wird es u. a. von Bedeutung sein, dass bei der Finanzierung der Spitaltaxen die Krankenversicherer bereit sind, die je 50-prozentige Übernahme der Kosten durch Versicherer und Kantone in allen Kantonen zu akzeptieren. In vielen Kantonen, wie Luzern, übernehmen die Krankenversicherer nicht 50 Prozent der Spitalkosten. Davon profitieren die Versicherten der Kassen in teuren Kantonen.

Dieser Umstand lässt die berechnete Frage stellen, ob nicht neue Modelle entwickelt werden müssen, bei denen Übereinstimmung zwischen Aufgabe, Verantwortung und Finanzierung besteht. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an den Vorschlag des so genannt monistischen Systems. Das würde bestimmt der Kostentransparenz dienen, weil damit der Bevölkerung die ganzen Gesundheitskosten bewusst würden und ein echtes Benchmarking unter den verschiedenen Leistungserbringern und Versicherungsanbietern möglich würde. Das Schwarzpeterspiel nähme endlich ein Ende. Ich wäre interessiert, von den Kommissionssprechern oder von Frau Bundesrätin Dreifuss zu vernehmen, wie sie über den Bereich monistisches Finanzierungssystem denken.

Abschliessend halte ich fest, dass die Gesundheits-Initiative für mich keinen Lösungsansatz bietet. Es geht um sehr viel mehr öffentliche Gelder, die eingespielen werden müssten. Das würde zusätzliche Steuern wie auch mehr Staat bedingen und würde – und das ist für mich das Entscheidende – die Selbstverantwortung des Einzelnen untergraben.

**Gross Jost (S, TG):** Mit dieser Debatte tritt die Initiative der SPS definitiv ins Reich der Legenden und Mythen ein.

Herr Gutzwiller hat gesagt, mit dieser Initiative würden die Franchise und der Selbstbehalt wegfallen und die alternativen Versicherungsmodelle wären nicht mehr möglich. Ich frage ihn, wo das in der Initiative steht. Und ich frage ihn, ob er gelesen hat, dass die Initianten ausdrücklich gesagt haben, dieser Teil – nämlich die Selbstverantwortung des Patienten – werde durch die Initiative nicht berührt und nicht eingeschränkt.

Weiter hat Herr Gutzwiller, zusammen mit Frau Heberlein, gesagt, wir würden an die Allmacht der Planung glauben und wir wollten letztlich die Verstaatlichung des Gesund-

heitswesens. Wir wollen eine intelligente Vernetzung von Wettbewerbs- und Planungselementen, nicht die Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Wir wollen kein anderes, aber ein sozialer finanziertes Gesundheitswesen.

Herr Widrig hat, zusammen mit Herrn Triponez, gesagt, unsere Initiative würde zusätzliche Gesundheitskosten in Milliardenhöhe verursachen. Ich erinnere daran, dass wir die Ersten waren, die mit dieser Initiative kostendämpfende Massnahmen verlangt haben, die im Übrigen jetzt im Gesetz zu einem schönen Teil umgesetzt werden, vor allem in der zweiten Teilrevision des KVG.

Wir wollen weniger Kosten, nicht mehr. Aber wir wollen eine Umverteilung der Kosten, das heisst eine Entlastung der Haushalte. Denn die Fakten sind brutal. Dieser Bericht hier ist brandneu. Er spiegelt die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zwischen 1960 und 1980 wider. Daraus ergibt sich beispielsweise für die Kostenentwicklung, dass der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt 1970 noch 5,7 Prozent war, 1998 schon 10,5 Prozent; oder was den Rückzug der Kantone aus der Finanzierung der Spitalfinanzierung betrifft, so stellen wir fest, dass der Anteil der Kantone an den Spitalkosten 1960 nicht weniger als 22,9 Prozent war, 1998 noch 14,8 Prozent.

Das Entscheidende ist die effektive Lastenverteilung, die Belastung der Haushalte: Von 1971 bis 1998 ist der Anteil des Staates von 37,4 auf 24,1 Prozent gesunken, und gleichzeitig ist die Belastung der Haushalte von 53,7 Prozent auf 65,9 Prozent gestiegen.

Es ist klar: In einem System, in dem jede Umverteilungskomponente fehlt, in dem wir beispielsweise nicht wie bei der AHV mit dem Umlageverfahren einen sozialen Puffer haben, ist es natürlich umso gravierender, wenn wir die Mehrkosten des Gesundheitswesens nicht über das Wirtschaftswachstum und das steigende Steuersubstrat finanzieren können. Ich möchte Sie damit einfach darauf aufmerksam machen, dass neben dem medizinischen Fortschritt, der Altersentwicklung und vor allem der ungesteuerten Mengenentwicklung eben auch der Rückzug von Bund und Kantonen aus der Finanzierung der Gesundheitskosten zu einer immer unerträglicheren Belastung des Gesundheitswesens führt.

Herr Robbiani hat in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit sehr interessante Vorschläge zur Lösung der dringenden gesundheits- und sozialpolitischen Probleme gemacht. Er hat beispielsweise eine sozialpolitische Aussage dazu verlangt, wie hoch die maximale Belastung der Familieneinkommen sein darf. Heute beträgt ja diese Belastung in einzelnen Kantonen 25 und mehr Prozent des Einkommens. Er hat dann einen Risikofonds für medizinische Grossrisiken gefordert, entweder indikationsbezogen oder ab einer bestimmten Höhe der Behandlungskosten pro Jahr. Dieser Risikofonds würde uns auch aus der Sackgasse des gegenwärtigen Risikoausgleichs führen, weil er eine Art Rückversicherung für schlechte Risiken sein könnte.

Diese Themen sind in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit zu thematisieren, frei von parteipolitischen Machtspielen. Das erwartet die prämiengeplagte Bevölkerung. Deshalb ist der Rückweisungsantrag Robbiani zu unterstützen. Diese Debatte muss klare sozialpolitische Positionen setzen: keine Aushöhlung der Grundversicherung bzw. des Pflichtleistungskatalogs der sozialen Krankenversicherung; keine Rationierungsdebatte, weil sie in die Zweiklassenmedizin führt. Das Einsparpotenzial durch mengenregulierende Massnahmen ist nicht ausgeschöpft. Keine Schwächung des steuerfinanzierten Anteils des Gesundheitswesens; das Steuersubstrat der Spitalfinanzierung muss ungeschmälert den Prämienzahlern erhalten bleiben. Und schliesslich: keine Schwächung der zentralen Planungselemente; Stärkung der Koordinationskompetenz des Bundes; Aufwertung der Spitalregionen; keine Deregulierung der Krankenversicherung à la Denner und USA.

**Maspoll Flavio (–, TI):** Il problema dei costi della salute è un problema reale, che tocca da vicino tutti. Se è vero, come è vero – e non mi stancherò mai di dirlo – che già nel 1992 l'al-

lora direttore generale della cassa malati Helvetia ebbe a dire che i premi delle casse malati mettevano a mal partito finanziario almeno la metà delle economie domestiche svizzere, nel frattempo questi costi sono pressoché raddoppiati. Se una volta dunque era la metà delle economie domestiche svizzere ad avere problemi a colpa dei premi della cassa malati, oggi saranno sicuramente molte di più, solo che se ne parla molto di meno.

Il problema dei costi della salute è complesso: è difficile risolvere i problemi complessi giocando al «piccolo chimico», cioè cercando di togliere qualcosa qui aggiungendo qualcosa là, di trovare soluzioni che non sono radicali, che non vanno in fondo alla materia.

L'iniziativa che stiamo esaminando oggi questi problemi non li risolve, né alla radice né in superficie. Questa iniziativa ci conduce direttamente e senza tante storie alla medicina di stato, alla medicina sempre più cara, proprio perché laddove vi sono più soldi aumentano inesorabilmente ed inevitabilmente anche le spese. Questa è un'iniziativa per così dire pericolosa anche se non pensata male, anche se presenta degli spunti che varrebbe la pena riprendere in un'altra sede. L'altra sede, Signora Consigliera federale Dreifuss, potrebbe essere per esempio una revisione totale della LAMal – per parlare del mio pallino – oppure l'abrogazione della LAMal – che sarebbe ancora più bella, e che permetterebbe poi di creare qualcosa di nuovo. Non scuota la testa, Signora: lei stessa aveva la soluzione, l'aveva proposta con la sua iniziativa promossa allora dai sindacati e combattuta poi, purtroppo, da lei stessa quando è diventata consigliera federale. Quella sarebbe stata forse la soluzione, e se avessimo percorso quella strada oggi non ci troveremmo in questa situazione. Non ci troveremmo qui a dover parlare regolarmente e con insistenza di problemi della salute.

Sì al pagamento dei premi secondo il reddito: questa è un'idea che potrebbe essere buona, potrebbe portare qualcosa. No però al finanziamento attraverso ulteriori percentuali dell'IVA. No alla medicina di stato, e soprattutto, no e poi no alla medicina a due velocità.

Una delle grandi pecche della LAMal – per me la più grande – è quella che concede un potere immenso, pressoché illimitato, a quelli che io, usando un neologismo della lingua italiana, chiamo «cassamalatari» e che altra gente chiama «persone impegnate nel campo dell'assicurazione malattia.» Questi cassamalatari – preferisco chiamarli così, perché c'è qualcosa di sprezzante in questo termine che mi piace quando è rivolto a loro – non fanno altro che studiare nuovi sistemi per aumentare i premi, hanno un potere incondizionato e fanno esattamente tutto quello che vogliono. La famosa libera concorrenza voluta dalla LAMal non esiste, semplicemente perché dopo almeno 60 fusioni si torna di nuovo al regime di monopolio che c'era già prima. Dunque, questi signori sono oltretutto riusciti a far credere al popolo intero che la colpa dell'esplosione dei costi della salute sia da ricercare nei medici, che hanno sempre demonizzato e che continueranno a demonizzare. Ora sappiamo tutti – almeno io spero che qui dentro tutti sappiamo – che ciò non è vero, ma questa favola ormai ha preso talmente piede che se ci sono i «cattivi» nell'ambito della medicina questi sono i medici, mentre i «bravi» sono i signori della cassa malati. Quest'iniziativa potrebbe dunque piacermi se non fosse che c'è il piccolo dettaglio, che è purtroppo però importante e fondamentale, che è quello di dire: «Aumentiamo l'IVA per finanziare i costi della salute.»

Pertanto io sono costretto a respingere quest'iniziativa.

*Die Beratung dieses Geschäftes wird 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**

Mittwoch, 13. Dezember 2000

Mercredi, 13 décembre 2000

15.00 h

00.046

**Gesundheits-Initiative.****Volksinitiative****Initiative santé.****Initiative populaire***Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 31.05.00 (BBl 2000 4267)

Message du Conseil fédéral 31.05.00 (FF 2000 3931)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 13.12.00 (Fortsetzung – Suite)

**Bortoluzzi Toni (V, ZH):** Es handelt sich um eine ausgesprochen interessante und in diesem Zusammenhang auch aufschlussreiche Initiative, weil sie die Vorstellung der Initianten, wie der Staat mit gesellschaftlichen Anliegen umgehen soll, so schön sozialistisch darstellt. Ich freue mich heute schon auf die entsprechende Volksabstimmung, die die Möglichkeit geben wird, das aufzuzeigen.

Gemäss Initiativtext regelt und koordiniert der Staat und sorgt für Preise, für Qualität und sagt, was wer darf oder eben auch nicht. Das alles soll qualitativ hoch stehend sein und hat selbstverständlich auch kostengünstig zu geschehen. Das ist etwa der Inhalt der Initiative.

Bisher waren dafür – nicht ganz in diesem Ausmass, aber doch zu grossen Teilen – die Kantone zuständig. Neu hätte gemäss Initiative der Bund – etwas ausgedehnter – diese Aufgabe wahrzunehmen. Es gäbe also eine Verschiebung von den Kantonen – zentralistisch – zum Bund. Die Frage stellt sich, was sich denn sonst noch ändern würde, wenn diese Initiative zum Tragen kommen sollte. In fünf Minuten kann man das nicht in allen Details erläutern, weil die Sache zu komplex und zu vielseitig ist. Aber einige wenige Punkte möchte ich doch aufnehmen:

Einmal: Das vorgeschlagene Finanzierungssystem macht eine regional und kantonal unterschiedliche Kostenträgerschaft unmöglich. Mehrwertsteuer und einkommensabhängige Prämien können wahrscheinlich kaum regional unterschiedlich ausgestaltet werden. Das heisst, im Osten wird es sicher teurer werden, und im Westen des Landes wird es günstiger sein. Mit dieser Initiative ist also ein nationaler Ausgleich von grosser Dimension geplant. Wenn dann Kollege Jost Gross seinen Wählerinnen und Wählern im Kanton Thurgau erklären will, warum für sie die Kosten nun höher sein werden, wird er ihnen sagen müssen, aufgrund der Initiative müssten sie die Mehrkosten, die in der Romandie wegen der dort höheren Gesundheitskosten anfallen, teilweise übernehmen. Es ist sein Problem, wie er das erklärt, aber es findet ein nationaler Ausgleich statt.

Ich gebe den Sozialdemokraten Recht, wenn sie sagen, dass der Mittelstand, welcher heute keine Verbilligung der Prämien erfährt, mit den heutigen hohen Prämien überfordert ist. Das ist zweifellos eine richtige Aussage, und ich stütze diese Aussage.

Das von den Initianten vorgeschlagene System ändert aber – so meine ich – an diesem Umstand relativ wenig oder vielleicht eben gar nichts. Die Mehrwertsteuer und einkommensabhängige Prämien sind einkommenssteuerähnliche

Abgaben, und diese treffen den Mittelstand auch. Sie beklagen hier, dass der Mittelstand durch die Prämien besonders stark belastet ist. Ich meine, dass die Belastung keine deutliche Minderung erfährt. Kopfprämien mit Prämienverbilligung sind für kleine Einkommen in jedem Fall sozialer als die geforderte Mehrwertsteuer. Eine Mehrwertsteuer – und wenn sie auch nur 3,5 Prozent beinhalten soll – ist eine unsoziale Steuer und dürfte für die kleinen Einkommen auch nur eine Verschiebung darstellen, weil sie heute eine Prämienverbilligung erhalten.

Wenn wir die Belastung durch die Prämien stabilisieren oder gar senken wollen, dann – meine ich – ist das nicht möglich, wenn wir einfach die Kostenträger verschieben. Es kommt dann in diesem Fall – mit steuereinkommensabhängigen Prämien – letztlich fast auf dasselbe heraus. Was hat denn in den letzten drei, vier Jahren stattgefunden? Es hat nebst der Mengenausdehnung eine Verschiebung der Kosten von den Kantonen und den Gemeinden auf die Prämien stattgefunden. Das ist eines der Probleme, das man lösen muss, indem nämlich wieder eine Rückverschiebung stattfinden soll. Neue Systeme zu erfinden oder das System völlig umzukrempeln, meine ich, ist in diesem Fall nicht nötig.

Ein weiterer Punkt: Die Versicherungen sollen nach der Initiative zu reinen Vollzugsorganen des Bundes degradiert werden. Die Krankenkassen sind zurzeit daran, sich schrittweise zu Dienstleistungsunternehmen zu entwickeln und zu ernsthaften Interessenvertretern für die Versicherten zu werden. Das ist eine Entwicklung, die mit der Initiative – leider, muss ich sagen – gestoppt würde.

Gegenüber den Versicherten kommt diese Initiative zudem – und das ist mein letzter Punkt – wie eine Bevormundung daher. Man glaubt zumindest nicht, dass eine gewisse Freiheit, verbunden mit Eigenverantwortung, im Gesundheitswesen einen wichtigen Platz einnehmen soll. Die Initiative verunmöglicht mit dem vorgeschlagenen System jegliche Freiheit des Einzelnen. Für mich ist das ein pessimistisches Menschenbild. Der Schwache soll durch die beherrschende Fürsorge des Staates bevormundet werden.

Ich wehre mich gegen solche Überlegungen, die hier in dieser Initiative gemacht werden, und ich möchte Sie nun bitten, die Initiative ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung zu empfehlen.

**Mallard Pierre-Yves (S, VD):** Monsieur Bortoluzzi, vous prétendez que le système que nous proposons sera défavorable pour les bas et moyens revenus. Nos calculs prouvent au contraire que jusqu'à une limite d'environ 100 000 francs de revenu imposable le système que nous proposons est largement plus favorable aux milieux modestes et aux familles. Mais surtout, vous avez argumenté contre la TVA et vous avez qualifié cet impôt d'antisocial; je suis assez d'accord avec vous. Est-ce que vous serez donc du même avis que la gauche pour, par exemple, exiger que l'impôt fédéral direct ne soit pas remplacé par la TVA, qui est un impôt antisocial alors que l'impôt fédéral direct, lui, est un impôt beaucoup plus proportionnel et progressif?

**Bortoluzzi Toni (V, ZH):** Es geht in Ihren Äusserungen ja nicht unbedingt um das Gesundheitswesen, sondern um eine Frage der Finanzordnung. Ich bin natürlich immer der Meinung gewesen und vertrete das auch weiterhin, dass der Staat, also der Bund, die indirekten Steuern bekommen soll und dass die Kantone und die Gemeinden die direkten Steuern beanspruchen können. Das ist nicht eine Frage mit sozialer Komponente, sondern eine Frage der Finanzordnung, der Transparenz der Steuern; das hat an sich mit dem Gesundheitswesen nichts zu tun. Es liegt uns aber daran, so oder so natürlich mit möglichst wenig Steuern auszukommen.

**Gross Jost (S, TG):** Herr Bortoluzzi, Sie haben zu Recht festgestellt, dass einer der Gründe für die überdimensionierte Belastung der Haushalte mit Prämien der teilweise Rückzug von Bund und Kantonen aus der Finanzierung der

sozialen Krankenversicherung ist. Sie haben gesagt, man müsse das wieder rückgängig machen. Können Sie uns sagen, wie Sie das rückgängig machen wollen, wie Sie Bund und Kantone wieder stärker in die finanzpolitische Verantwortung für die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung einbinden wollen?

**Bortoluzzi Toni (V, ZH):** Der erste Schritt, Herr Gross, wird zweifellos stattfinden, oder die Frage wird sich im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung stellen. Ich vertrete die Meinung, dass wir eine monistische Finanzierung wählen sollten. Dort stellt sich natürlich dann die Frage, wie die Kantone ihren Anteil an die Versicherungen ausgestalten wollen oder wie hoch dieser Beitrag der Kantone sein soll. Wir werden uns anlässlich der Beratung dieser Vorlage darüber unterhalten können, ob sich die Kantone wieder wie bisher an den Betriebsleistungen mit 50 Prozent beteiligen müssen oder ob eine andere Ausgestaltung gewählt werden soll. Ich bin der Meinung, dass in diesem Bereich eine Korrektur gegenüber heute erfolgen müsste.

Die zweite Korrektur müsste für mich in der Langzeitpflege erfolgen, dort hat nämlich die grosse Verschiebung stattgefunden. Ich sage nun einfach aus dem Bauch heraus: Es dürften etwa 2 Milliarden Franken sein, um die sich Kantone und Gemeinden in der Langzeitpflege zulasten der Prämien entlastet haben. Hier müsste für mich wiederum eine Verschiebung stattfinden, indem man eine klare Trennung macht zwischen medizinischen Leistungen, die von den Krankenversicherern bezahlt werden, und dem Anteil der Pflege, die der sozialen Fürsorge angelastet werden muss, die durch die Gemeinden und die Kantone zu übernehmen ist.

Wir unterstützten die Parlamentarische Initiative Rychen, mit der dies gefordert wurde. Sie sind damals nicht darauf eingetreten. Aber dazu, meine ich, sollte ein drittes Paket in der Revision des KVG geschnürt werden. Frau Bundesrätin Dreifuss weiss, dass Bestrebungen im Gang sind, dort Korrekturen vorzunehmen, um die Prämien zu entlasten.

Zuletzt sage ich Ihnen, dass im ganzen Gesundheitswesen einfach einmal der versprochene Markt Einzug halten müsste. Der Markt dient dazu, die bestehenden Überkapazitäten und die teilweise ineffizienten Strukturen abzubauen. Das wäre die grösste Kostenersparnis.

**Maury Pasquier Liliane (S, GE):** Bien sûr, beaucoup de choses ont déjà été dites lors du débat d'hier et je me suis donc posée la question de savoir si j'allais encore prendre la parole sur cette initiative. Toutefois, partant du principe qu'il est un certain nombre de choses qu'il vaut mieux prononcer soi-même plutôt que de les laisser vous ronger de l'intérieur, et donc pour ma propre santé, j'ai décidé de prendre encore la parole et de retenir votre attention quelques minutes.

Ainsi, notre commission, dans sa majorité, sourde et aveugle, a décidé de recommander le rejet de l'initiative populaire «La santé à un prix abordable» et n'a pas daigné non plus entrer en matière sur un contre-projet. Pourtant, au fil des dernières années, les primes d'assurance-maladie sont devenues le problème numéro un de très nombreuses personnes en Suisse, le plus souvent des familles, de celles qui sont dans le haut des revenus modestes ou dans la classe des revenus moyens. Pourtant, de plus en plus de personnes ne payent plus leurs primes d'assurance et se retrouvent, au moment où elles tombent malades, justement dans la situation que l'institution d'une assurance devrait permettre d'éviter: elles sont alors confrontées non seulement à la maladie, mais aux difficultés économiques qu'implique le remboursement de leurs dettes. Pourtant, cela a été rappelé de nombreuses fois, le montant de 8 pour cent du revenu utilisé comme référence tout au long des débats sur la LA-Mal est dépassé, et parfois largement pour de nombreuses personnes, et là encore spécialement pour des familles. Pourtant, la Suisse est le seul pays à pratiquer ce système inique de la prime per capita et l'initiative santé nous donne l'occasion d'en finir enfin. Pourtant, les différents systèmes

mis en place par les cantons au titre de la réduction des primes non seulement n'atteignent pas leur but, en tout cas dans les cantons où les primes sont élevées, mais aussi n'assurent pas cette égalité de traitement qui nous est chère. Tout cela, vous le savez, mais malheureusement, jusqu'à aujourd'hui, aucune proposition n'allant dans le sens de décharger par exemple les familles n'a été acceptée par ce Conseil. La simple énumération de ces faits devrait vous permettre de comprendre qu'il ne suffit pas de déclarer que vous allez vous pencher sur ce problème, que vous allez étudier la question au sein d'une sous-commission, ni non plus qu'il suffit de responsabiliser les malades potentiels que nous sommes tous.

Alors, de deux choses l'une. Soit votre but est celui, à force de presser les gens comme des citrons, de les pousser finalement dans la voie de l'individualisme, de la désolidarisation et du «après-moi-le-déluge», ce qui vous permettra – c'est du moins ce qu'un certain nombre d'entre vous souhaite – de démanteler l'assurance-maladie, en revenant par exemple sur l'obligation de s'assurer ou en limitant drastiquement le catalogue des prestations, histoire d'en venir vraiment cette fois à une médecine à deux vitesses: une pour les riches qui peuvent tout s'offrir et une espèce de service minimum pour les plus pauvres – la majorité finalement d'entre nous; soit, en revanche, vous êtes réellement attachés à la solidarité entre générations et entre bien portants et malades. Dans ce cas, je vous en prie, écoutez celles et ceux qui vous ont élus: ils vous disent à quelles difficultés ils sont confrontés! Faites vraiment quelque chose pour résoudre ces difficultés, maintenant! Et si vous ne pouvez pas soutenir notre initiative pour des raisons idéologiques – ce que je regrette –, reconnaissez au moins l'importance du problème en chargeant votre commission d'élaborer un contre-projet, et soutenez donc la proposition de renvoi Robbiani.

**Gutzwiller Felix (R, ZH):** Frau Kollegin Maury Pasquier, Sie wollen diesen Gegenvorschlag; das verstehe ich durchaus. Ich möchte Sie aber fragen: Genügt Ihnen die Tatsache, dass wir mitten in der zweiten Teilrevision des KVG sind, und die Tatsache, dass wir eine neue Subkommission eingesetzt haben, die eine Gesamtschau machen soll, nicht? Diese Subkommission soll sich ja auch explizit – das wurde in der Kommission so gesagt – der Frage der Familienbelastung zuwenden, und sie wird ja frei sein, für eine dritte KVG-Revision Vorschläge zu machen, um diese wichtigen Themen anzugehen, die Sie hier aufgegriffen haben.

**Maury Pasquier Liliane (S, GE):** Cette sous-commission ne me paraît effectivement pas suffisante, parce que, depuis maintenant près de cinq ans que nous avons des propositions pour diminuer la charge des familles, nous pouvons montrer, chiffres à l'appui, que les familles sont beaucoup trop chargées, et que de ce point de vue-là nous devons nous y atteler dès maintenant. La manoeuvre, parce que c'en est une, de confier ces réflexions à une sous-commission n'a été faite que pour empêcher de présenter un contre-projet à notre initiative, ce que je ne peux que regretter.

**Göll Christine (S, ZH):** Gesundheit muss bezahlbar sein, vor allem bezahlbar bleiben. Wenn ich an die gestrigen und auch an die heutigen Voten der Gegnerinnen und Gegner unserer Volksinitiative denke, kann diese Botschaft gar nicht oft genug wiederholt werden. Ich muss ihnen zum Vorwurf machen, dass sie die Sorgen breiter und grösser werdender Bevölkerungskreise nicht wahr- und nicht ernst nehmen. Ich sage dies vor allem an die Adresse von Herrn Gutzwiller, Frau Heberlein, Herrn Triponez, Herrn Widrig und Herrn Leu. Sie nehmen mit ihrer Huldigung an den Markt in Kauf, dass Gesundheit für immer mehr Menschen zu einem unerschwinglichen Gut wird. Das Gesundheitswesen funktioniert eben nicht einfach nach den Regeln des Marktes. Das Rezept gegen die steigende Prämiennote heisst nicht «mehr Wettbewerb», sondern mehr Solidarität und mehr Verant-



wortung – aber nicht unbedingt mehr Selbstverantwortung aufseiten der Patientinnen und Patienten, sondern mehr Verantwortung für das Gemeinwesen aufseiten der Anbieter. Gesundheit muss bezahlbar bleiben. Diesen Grundsatz gilt es einzulösen. Das soziale Grundrecht einer qualitativ guten medizinischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung gilt es in die Praxis umzusetzen. Deshalb steht unsere Initiative eben auch mit zwei Beinen auf dem Boden der Realität. Wir wollen erstens bezahlbare Krankenkassenprämien, und wir wollen zweitens eine Kostenlenkung im Gesundheitswesen auf Bundesebene. Was die Delegation von sozialen Aufgaben an die Kantone bedeutet, erleben wir beim Prämienverbilligungssystem exemplarisch, nämlich eine Sparhysterie auf dem Buckel der Versicherten. Die Appelle an die Kantone zur verbesserten Ausschöpfung der Prämiensubventionen zugunsten wirtschaftlich Schwacher verhalten ungehört. Sie müssten bereit sein, dem Bund zu ermöglichen, die Kantone stärker in die Pflicht zu nehmen. Aber genau das haben Sie bisher nicht gewollt.

Gesundheit muss bezahlbar bleiben. Vor dieser wichtigen Diskussion drücken sich die Kritikerinnen und Kritiker unserer Initiative, die bisher auch keine Bereitschaft signalisiert haben, die Prämienlast – das ist nämlich das drängendste Problem für die Versicherten – überhaupt zu thematisieren. Sie sind offenbar bereit, das zutiefst unsoziale und im europäischen Vergleich einzigartige Kopfprämienystem nicht nur hinzunehmen, sondern sogar zu verteidigen und soziale Not zuzulassen. Auffallend in der gestrigen und auch wieder in der heutigen Debatte ist vor allem die Fundamentalopposition gegen unser Volksbegehren, ohne dass von der Seite der Gegner und Gegnerinnen auch nur ansatzmässig taugliche Lösungsvorschläge zum Problem der Prämienlast vorgelegt werden.

Zum Einwand gegen die Mehrwertsteuer ist immerhin festzuhalten, dass gerade die unteren Einkommen erwiesenermassen nicht überproportional belastet werden. So ist es auch klar, dass mit unserer Initiative aufgrund unserer Berechnungen über 80 Prozent der Versicherten entlastet würden. Insofern ist die Mehrwertsteuer auch weitaus sozialer als die bisherigen Kopfprämien, Herr Bortoluzzi.

Wer will, dass Gesundheit bezahlbar bleibt, darf nicht die Pfründe der finanzstarken Lobbies verteidigen. Eben diese Lobbies sind aber die grössten Kostenverursacher. Ich zähle nur zwei aus dem «Anbietermarkt» Gesundheitswesen auf:

1. die zahlreichen unnötigen medizinischen Leistungen, die jährlich in Milliardenhöhe anfallen;
2. die Medikamentenpreise und die Mengenausweitung verschriebener und nicht gebrauchter Medikamente.

Mehr Verantwortung wird also primär von der Ärzte- und der Pharmalobby verlangt.

Dem vorherrschenden «Jekami» im Gesundheitswesen, das den Patientinnen und Patienten den schwarzen Peter zuschiebt, muss endlich ein Riegel vorgeschoben werden. In keinem anderen Land der Welt hat der Staat so wenig zum Gesundheitswesen zu sagen wie in der Schweiz.

Wir propagieren keine «Staatsmedizin», wie Sie uns das etwa vorgeworfen haben, aber wir verlangen mehr Bundeskompetenzen.

Eine Kostendämpfung ist nur mit einer gesamtschweizerischen Gesundheitsplanung zu erreichen. Von einem Wegfall der Franchisen und des Selbstbehaltes ist in unserem Initiativtext nicht die Rede. Auch von der Einheitskasse ist in unserer Initiative keine Rede. Wir wollen einzig dafür sorgen, dass sich die verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen zu einem besseren Zusammenspiel verpflichten, damit Fehlplanungen, mangelnde Koordination und ausbleibende Qualitätskontrollen nicht dazu führen, dass Gesundheit für immer mehr Menschen unbezahlbar wird.

Sie können heute mit Ihrem Abstimmungsverhalten beweisen, dass Sie die Sorgen und Nöte der Bevölkerung ernst nehmen. Der Unmut über die drückende Last der Krankenkassenprämien in diesem Land ist gross. Dementsprechend hoch sind auch die Chancen für die Akzeptanz unserer Gesundheits-Initiative an der Urne.

Borer Roland (V, SO), für die Kommission: In dieser langen Debatte haben wir sehr viel gehört, von den Befürwortern und den Gegnern. Wenn man aber die Kommissionsprotokolle nachliest, sieht man, dass nicht sehr viel Neues präsentiert worden ist. Die Argumente hüben und drüben sind in etwa die gleichen.

Gestatten Sie mir, zu einigen Aussagen, die in der Debatte gemacht wurden, Stellung zu nehmen. Ich mache das funktionsgemäss natürlich primär aus der Sicht der Kommissionsmehrheit.

Herr Cavalli hat erwähnt, dass der Systemwechsel den grössten Steuerrabatt aller Zeiten für den Mittelstand darstellen würde. Gerade dies wird aber von der Kommissionsmehrheit bezweifelt. Sie ist der Ansicht, dass dieser grösste Steuerrabatt aller Zeiten durch die Mehrbelastung an anderen Steuern, zumindest nach einiger Zeit, wieder aufgehoben würde, dass also per saldo für den Mittelstand kein Rabatt heraussehen würde.

Ein zweiter Punkt, der auch in der Kommission schon etwelche Diskussionen ausgelöst hat, betrifft die Frage, wie man herausfinden will, welches das reale Vermögen ist, auf das man abstellen will, wenn man eben das Einkommen und das reale Vermögen als Grundlage für individuelle Prämien nehmen will. Man ist auch gestern und heute in der Debatte die Antwort, wie man im Detail das reale Vermögen definiert, schuldig geblieben; es macht ja wirklich keinen Sinn, eine Bemessungsgrösse vorzuschlagen, bei der dann jahrelang diskutiert wird, wie man sie feststellen will.

Herr Gutzwiller und Herr Zäch haben festgehalten, dass die Mehrwertsteuer und die Beteiligung der Mehrwertsteuer an den Gesundheitskosten eine grosse Gefahr darstellten. Auch hier vertraten diese beiden Herren die Ansicht der Kommissionsmehrheit. Das Problem ist, dass die Mehrwertsteuer theoretisch nicht nach oben begrenzt ist – das wurde nicht einmal von den Initiativbefürwortern widerlegt. Hier besteht natürlich die Gefahr, dass man dann rasant wachsende Gesundheitskosten eben nur schleichend zur Kenntnis nimmt.

Die Kommissionsmehrheit versteht die Ablehnung der Initiative auch ganz klar nicht als Gesprächsverweigerung oder Weigerung, sich des Problems anzunehmen. Man ist aber der Meinung, dass man mit der zweiten Revision des KVG und allenfalls folgenden Revisionen schneller vorwärts kommt, als wenn man hier auf Initiativeebene etwas macht.

Frau Leutenegger Oberholzer hat erwähnt, dass primär Personen mit tiefem Einkommen die Gesundheitskosten zu tragen hätten. Nun widerspricht dem natürlich die Aussage der Experten vom BSV in der Kommission. Es sind nicht die tiefsten Einkommen, es ist vor allem der Mittelstand, der die Kosten zu tragen hat. Gestern wurde klar gesagt, die tiefsten Einkommen müssten die Hauptlast tragen. Ich halte zu dieser Aussage, die gemacht wurde – Frau Teuscher hat ähnlich argumentiert –, fest: Bei den Rentnerinnen und Rentnern haben wir drei Kantone, wo das Soll-Ziel übertroffen wird; bei den Alleinerziehenden, die ja in der Schweiz generell als die Ärmsten dargestellt wurden, sind es null Kantone. Kein Kanton überschreitet die Grenze bei den allein erziehenden Müttern. Beim Mittelstand dagegen sind es zwölf Kantone. Das Problem, bei dem wir ansetzen müssen – und das wollen wir auch –, liegt beim Mittelstand.

Nun ist auf die Bundeskompetenz hingewiesen worden. Ich erinnere Sie an die Zeit vor 1996. Einige Damen und Herren waren auch damals bei der Diskussion um das KVG hier anwesend. Es ist ein Faktum, dass man die Zustimmung der Kantone nur auf der Basis errungen hat, dass die Kantone im Bereich der Prämienverbilligung selber entscheiden können, welchen Betrag sie einschliessen wollen. Ohne dieses Zugeständnis hätten wir keine KVG-Revision erreicht. Das ist ein Faktum, das wir anerkennen müssen.

Vielleicht noch eine Bemerkung an Herrn Leu: Herr Leu hat zu Recht auf einen möglichen Systemwechsel hin zum monetarischen System hingewiesen. Vor allem in Bezug auf den Spitalbereich sind wesentliche Teile der Kommission der Meinung, dass hier kurz- bzw. mittelfristig das geltende Sys-

tem hin zu einem monistischen System geändert werden muss. Ihre Feststellung in diesem Zusammenhang, Herr Leu, war völlig richtig und korrekt. Ich glaube, ich bin hier auf die wesentlichen Punkte eingegangen.

**Cavalli Franco (S, TI):** Ich frage Sie, den Vertreter der knappen Mehrheit der Kommission:

1. Mathematik ist ja nicht Ansichtssache. Sie haben gesagt, für Familien mit mittlerem Einkommen entspreche ein Steuerrabatt von 2000 bis 4500 Franken pro Jahr nicht dem grössten Steuerrabatt, der je für diese Kategorie vorgeschlagen worden sei. Können Sie mir andere Beispiele nennen?

2. Apropos tiefe Einkommen und Mehrwertsteuer: 3 Prozent für ein steuerbares Einkommen von 20 000 Franken pro Jahr machen für eine Familie rund 40 bis 60 Franken pro Monat aus. Kennen Sie viele Leute, die heute in der Schweiz in solchen Verhältnissen leben und weniger bezahlen?

**Borer Roland (V, SO),** für die Kommission: Sie gehen auf ein wesentliches Problem ein, Herr Cavalli, aber in einem Punkt sind wir uns wahrscheinlich einig: Von den 40 Milliarden Franken Gesundheitskosten wird nur ein Teil von den Krankenversicherungen getragen. Die anderen Bereiche, die ausserhalb der Krankenversicherungen sind, werden durch die Mehrwertsteuer eben noch einmal belastet. Das ist ein echtes Problem. Es geht nicht nur um die Krankenversicherungsprämien an sich, sondern es geht auch um jenen Teil der Gesundheitskosten, die nicht von den Krankenversicherungen getragen werden.

Die Kommissionsmehrheit ist der Meinung – auch das ist eine mathematisch, eine wissenschaftlich exakte Feststellung –: Diese und andere zusätzlich entstehenden Kosten würden schlussendlich zu einer grösseren Belastung der Familien führen, als wenn man jetzt einfach das System umkehren würde.

**Gulsan Yves (R, VD),** pour la commission: Les différents orateurs ont mis de doigt sur les difficultés et les contradictions de la LAMal, comme l'a souligné en particulier M. Rossini. Même membre de cette majorité de la commission «sourde et aveugle» comme cela vient d'être dit, je concède volontiers au comité d'initiative et à M. Cavalli que les lois du marché sont en complète contradiction avec une assurance sociale solidaire, et que la répartition des compétences Confédération/cantons nécessite clarification.

Les solutions proposées par l'initiative à ces questions fondamentales passent par des réformes de principe que la commission dans sa majorité n'est pas prête à envisager. Les débats qu'elle a tenus, repris en bonne partie dans l'intervention de M. Widrig hier, ont clairement mis en évidence que le procès d'intention fait à la prime par tête n'est pas justifié. Elle n'est pas antisociale dans son principe; par contre, sa gestion sociale laisse à désirer. La prime par tête a le mérite de constituer un indicateur des coûts de la santé et d'entretenir une prise de conscience permanente de la solidarité. La fiscalité, et en cela les hauts revenus, contribue à son abaissement, voire à sa prise en charge complète pour les personnes à revenu modeste ou les familles. C'est par ce biais que s'effectue la redistribution appelée de ses vœux par M. Gross Jost.

La commission a la conviction que le système de la prime par tête ne doit pas être jeté par-dessus bord au profit d'un financement qui ne permet plus à l'assuré d'établir directement une relation entre les coûts et les dépenses. Les responsabilités deviennent alors tellement diluées que personne n'en assume plus aucune pour s'en remettre entièrement à l'Etat providence.

M. Gutzwiller a clairement rappelé les deux modèles auxquels nous sommes confrontés, soit celui de la centralisation/réglementation proposé par l'initiative, en d'autres termes celui de la sécurité sociale, soit celui de la LAMal et de l'assurance sociale, à savoir la concurrence régulée par l'Etat. Certes, la notion de concurrence doit être rappelée et précisée, le «benchmarking» et la qualité devant se substi-

tuer aux règles du marché qui s'avèrent inapplicables dans le domaine de la santé, puisqu'un équilibre entre l'offre et la demande ne peut quasiment, par définition, jamais être atteint.

La commission reste, dans sa majorité, attachée au modèle LAMal – concurrence réglée par l'Etat – et vous demande, par conséquent, de rejeter l'initiative populaire.

La proposition de renvoi à la commission pour élaborer un contre-projet dans le cadre de la deuxième partie de la révision de la LAMal a déjà été prise en partie en compte par la commission. Cet objet est actuellement en main du Conseil des Etats. Une sous-commission commune des deux Conseils a été mise en place pour examiner les problèmes annexes à ceux du financement des hôpitaux, dont une grande partie des intervenants se sont fait l'écho. Mais, à une très courte majorité de 13 voix contre 12, la commission ne s'est pas déclarée prête à examiner des propositions de financement allant dans le sens de l'initiative et remettant en cause le principe de la prime par tête et donc de l'assurance.

La majorité de la commission vous demande donc de rejeter aussi bien l'initiative populaire que toute proposition de contre-projet.

**Dreffuss Ruth,** conseillère fédérale: Il y a presque cinq ans, jour pour jour, qu'entraî en vigueur la nouvelle LAMal. Cinq ans, ce n'est pas long pour faire fonctionner une loi aussi complexe, mais cela nous a déjà permis de voir quels étaient les qualités et les défauts, les lacunes et les points forts de cette législation. Je crois que le débat qui vient d'avoir lieu a permis en tout cas d'effleurer cette expérience de cinq ans.

Je suis très heureuse d'avoir entendu ici que la LAMal a permis un accès généralisé à une médecine de haute qualité et à une médecine efficace. Ainsi, ce premier objectif, qui est un objectif central de la LAMal, peut être considéré comme atteint. Atteint ne signifie pas qu'il ne puisse pas être remis en cause par certaines discussions ou certaines propositions, comme la réduction de ce qui est appelé à tort «catalogue des prestations». L'objectif pourrait d'ailleurs être remis en question si, à force de chanter les louanges de la médecine curative, on oublie l'importance de la médecine préventive et de celle du travail qui ont pour but que chacun vive plus sainement. Je crois que ce constat-là, et je vous ai écoutés attentivement, est très positif et largement partagé.

Un deuxième constat plus nuancé concerne la solidarité. La solidarité entre jeunes et vieux, entre bien portants et malades, entre hommes et femmes a été réalisée par la LAMal. C'est un progrès exceptionnellement important pour notre pays. En revanche, la solidarité en termes de revenu a été seulement partiellement réalisée. Partiellement parce que le système de la réduction des primes permet de décharger les personnes touchant les revenus les plus bas. Dans ce domaine, c'est-à-dire celui de l'appui apporté à celles et ceux qui se situent en bas de l'échelle des revenus, il se dégage une impression mitigée, car la différence entre les systèmes choisis par les cantons est importante. Comme sont grands les risques que des personnes passent entre les mailles du filet, ou que d'autres reçoivent des subventions alors qu'elles n'en ont strictement pas besoin.

Ce système montre que les subventions accordées par la Confédération aux cantons peuvent être presque pléthoriques pour certains cantons. Il y a des cantons où la charge due aux primes ne dépasse pas 4 pour cent du revenu, parce qu'à des primes très basses s'ajoute une politique cantonale très généreuse qui consiste à utiliser le 100 pour cent des subventions fédérales, et lorsque le canton a une faible capacité financière il y ajoute une part souvent relativement faible. Ces cantons sont donc au bénéfice d'une péréquation très favorable. Ce système n'a certainement pas encore trouvé sa vitesse de croisière.

Pour certains cantons, l'expérience était totalement nouvelle. Ils n'avaient jamais connu ça, et ils ont dû mettre en place de nouveaux systèmes, les corriger, faire des expériences. J'espère qu'ils apprendront davantage encore que par le passé les uns des autres, à échanger des informa-

tions, à choisir les systèmes les plus efficaces, à éviter aussi certaines incongruités que l'on constate. En effet, selon le système choisi, on a tout d'un coup des catégories de population qui paient beaucoup plus que d'autres, selon qu'elles se situent juste en dessus de la limite de l'échelle de revenus qui donne droit à la réduction des primes.

Je dirai qu'en tout cas dans le principe, sinon toujours dans l'application, la solidarité en faveur des couches de la population dont le revenu est bas ou très bas est réalisée. Mais il n'y a plus de solidarité entre les personnes bénéficiant d'un revenu moyen, en particulier les familles, et celles dont le revenu est élevé. C'est là que se situe le problème. C'est un problème évident: lorsque l'on renonce à un système général pour cibler l'aide de l'Etat, il y a ces situations extrêmement difficiles, celles des personnes qui sont définies comme trop «riches» pour bénéficier d'une aide, mais suffisamment pauvres pour subir de plein fouet des primes extrêmement élevées sans commune mesure avec leur revenu. Ce problème des personnes dont le revenu est moyen, nous ne l'avons pas bien résolu, en particulier en ce qui concerne les familles. Je crois avoir entendu l'évocation de ce problème de la part de tous les orateurs. La question est de savoir s'il suffit de le constater ou s'il faut agir, j'y reviendrai. Cette solidarité économique est donc partiellement bancal et mérite certainement notre attention.

Et puis, il y a le troisième objectif de la LAMal qui est de mieux maîtriser les coûts. Là, nous savons que dans certains domaines nous avons fait des progrès, en particulier grâce à la planification cantonale des réseaux et de l'infrastructure hospitaliers. Il y a certes des difficultés, des lenteurs; nous avons là-aussi seulement cinq ans d'expérience. D'autres domaines sont beaucoup plus difficiles à maîtriser, c'est d'ailleurs justement ceux qui appartiennent au régime le plus libéral du système de santé: la médecine de ville, la médecine ambulatoire, la prescription des médicaments. C'est là que nos instruments se sont révélés le moins opérants jusqu'à présent. C'est là où nous aurons certainement le plus de difficultés à l'avenir.

Dans ce sens-là, le bilan de la LAMal que vous avez dressé est un bilan tout en nuances, qui correspond largement à l'analyse que le Conseil fédéral a livrée dans son message sur cette initiative populaire. Il a considéré que celle-ci lui donnait justement une très bonne occasion de faire le point après ces premières années d'introduction.

L'initiative populaire, elle, s'attaque effectivement aux deux points problématiques. Elle s'attaque, d'un côté, à cette solidarité tronquée, au poids de la charge que représente l'assurance-maladie pour les classes moyennes, et de l'autre, à la maîtrise des coûts. Sur ce point, l'initiative populaire amène des propositions, je ne dirai pas radicales pour ne pas heurter les traversés correspondants du Conseil, mais radicales au sens étymologique du terme, et centralisatrices.

Le Conseil fédéral recommande donc le rejet de l'initiative populaire. Il s'y oppose sur le plan du financement parce qu'il considère d'abord qu'un financement assurant une transparence des coûts, même avec les conséquences qui sont aussi cette charge que je viens de décrire, est à préférer à un système mixte ou à l'introduction d'un troisième élément comme celui du financement par la TVA.

Le Conseil fédéral s'est aussi prononcé à deux reprises sur le rôle de la prime par tête. Je l'ai invité à le faire, et vous pouvez bien imaginer que si je l'ai fait, c'est parce que je pensais qu'il y avait un problème dans ce domaine. Le Conseil fédéral a dit que la prime par tête posait un certain nombre de problèmes, mais qu'il était possible de les corriger jusqu'à un certain point. Dans ce sens-là, nous ne souhaitons pas, aujourd'hui du moins, un changement fondamental du système, mais nous souhaitons pouvoir apporter, au cours des années qui viennent, des améliorations à ce système parce qu'il en a bien besoin. Nous avons envisagé d'ailleurs un certain nombre d'éléments et de corrections dont certains ont été repris par M. Robbiani dans les travaux de la commission visant à améliorer le fonctionnement du système de la prime par tête.

Le Conseil fédéral – pour terminer ce chapitre des primes – continue à penser que l'objectif doit être de trouver un système de la prime par tête corrigé par un certain nombre de mécanismes. Cela, afin d'atteindre effectivement l'objectif initial évoqué à la fin des années quatre-vingt et au début des années nonante, c'est-à-dire que personne ne devrait payer plus de 8 à 9 pour cent de son revenu pour la couverture obligatoire en matière de santé. Cet objectif est loin d'être atteint, et il faut donc travailler sur ces mesures complémentaires. Je vous dirai tout à l'heure pourquoi le Conseil fédéral ne vous a pas fait de propositions dans ce sens dans la deuxième révision de la LAMal. Pourtant, lorsque l'on vous écoute attentivement, la question se pose de savoir si ne vous voulez pas vous atteler à cette tâche maintenant. J'y reviendrai.

Sur le plan des coûts, c'est un bilan tout en nuances, avec des succès, avec des échecs et des effets inattendus. Succès suivi soudain par un retour de manivelle. Je raconte souvent l'histoire de cette longue bataille, difficile et peu agréable, qui a consisté à négocier avec l'industrie pharmaceutique la baisse des médicaments qui se trouvent depuis plus de quinze ans sur le marché. Je vous jure que ce n'était pas une partie de plaisir: c'était un bras de fer à coup de recours déposés, retirés, jusqu'à ce que nous arrivions à un accord. Eh bien, je vous défie quasiment de trouver aujourd'hui en pharmacie, ou auprès de votre médecin, une ordonnance qui contienne beaucoup de ces médicaments aux prix baissés. Par on ne sait quel miracle, tout d'un coup, ces médicaments se retrouvent beaucoup moins dans les souches des carnets de prescription et se retrouvent beaucoup moins dans les stocks des pharmacies.

Les médicaments que l'on prescrit aujourd'hui le plus, ce sont des médicaments dont les prix tiennent compte du soutien à la recherche de l'industrie pharmaceutique en Suisse; ce sont les médicaments les plus chers. Voilà le genre d'expérience que l'on fait lorsque l'on veut combiner – c'est la vocation même de la LAMal – la liberté thérapeutique la plus élevée et une régulation du système. Là je dois dire que nous sommes dans un système parafiscal. Il est clair que les cotisations font partie de la fiscalité au sens large et que la discussion qui consiste à savoir comment on module cette fiscalité est tout à fait légitime et honorable.

Nous avons donc des difficultés à maîtriser les coûts, je n'en ai jamais fait mystère, mais nous avons aussi des succès dans la maîtrise des coûts. Nous avons des projets qui doivent nous permettre d'aller davantage encore de l'avant. Je crois que c'était M. Gysin Remo qui m'a interpellé en me disant: «Vous nous direz alors ce que fait la Confédération dans ce domaine.» Je le dis très volontiers: comme nous continuons dans la voie du libéralisme dans la pratique médicale, nous continuons aussi dans la voie du partenariat, du fédéralisme coopératif avec les cantons. C'est-à-dire que nous sommes en train de mettre en place ce que nous appellerons l'observatoire de la santé, afin de rendre accessible pour l'ensemble du pays toutes les données sur la santé et sur la pratique en matière de politique de la santé. Nous mettons en place une plate-forme de coordination de la politique nationale de la santé dans laquelle l'un des trois thèmes retenus, d'entente avec les cantons, est celui des équipements lourds et de la façon de les coordonner.

Avec les partenaires, nous encourageons toutes les possibilités de contrôle de qualité. Il est clair que, dans ce domaine, il y a aussi un élément directeur pour la planification de l'offre hospitalière dans les cantons. Nous-mêmes, nous efforçons d'introduire, avec vous, dans la future loi fédérale sur la transplantation des éléments de centralisation, de planification dans un domaine où c'est non seulement du gaspillage d'avoir de multiples centres, mais où, sur le plan de la qualité, il vaut mieux que le nombre d'interventions effectuées par des équipes soit suffisamment élevé pour qu'elles soient de haute qualité.

Dans le cadre des décisions concernant les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire, nous avons déjà agi sur celles pour lesquelles nous pouvons donner un certain nombre d'indications de qualité et fixer des

conditions. Nous avons l'intention d'agir davantage pour que certains effets de masse, d'échelle, puissent être pris en considération de façon plus volontaire. C'est aussi un appui apporté à la planification de l'offre hospitalière ou de l'offre d'équipements lourds. Vous voyez que nous pouvons, dans la logique d'une médecine libérale, dans la logique d'une collaboration avec les cantons et les partenaires, trouver des solutions qui sont moins centralisatrices que celles proposées par l'initiative. C'est la voie que nous avons choisie. Il n'en reste pas moins que nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir dans le domaine de la maîtrise des coûts. L'initiative a le mérite de mettre le doigt sur le problème, même si le Conseil fédéral ne soutient pas les propositions qu'elle contient.

Le Conseil fédéral ne souhaite pas recommander d'accepter cette initiative. Il ne vous a pas présenté de contre-projet, mais un projet de révision partielle de la LAMal. Ce projet est, aux yeux du Conseil fédéral, ce qui est nécessaire aujourd'hui, c'est-à-dire une révision très limitée dans ses ambitions. Elle ne vise, en effet, qu'à modifier – c'est urgent, urgentissime! – le financement des hôpitaux et quelques questions annexes. Il est clair que le débat sur la liberté de contracter ou non reviendra également dans cette discussion. Le Conseil fédéral a donc volontairement concentré la deuxième révision de la LAMal sur un nombre très restreint de modifications. Or, j'ai entendu à cette tribune plusieurs parlementaires qui se sont exprimés en disant: «Et on traitera encore ça, et on traitera encore ça, et ça, et ça dans le cadre de la deuxième révision de la LAMal.» Peut-être!

Mais alors, cette deuxième révision de la LAMal ressemblera fort à un contre-projet à l'initiative. Si vous voulez aborder dans cette révision l'amélioration du système de financement, alors rien ou presque ne la distinguera d'un contre-projet, qui serait un pas en direction de l'initiative. Ce n'était pas la volonté initiale du Conseil fédéral, mais semble être la volonté de plusieurs des intervenants.

J'ajouterai une chose, répondant par là à M. Leu qui m'a demandé mon avis sur le financement moniste des hôpitaux. Je ne vais pas donner ici mon opinion sur un sujet extrêmement complexe. J'ai déjà eu l'occasion, à l'heure des questions, d'esquisser quelques éléments très simples dans la réponse à la question Zäch 00.5194. Mais le sujet, vous l'avez sur la table avec la proposition dualiste du Conseil fédéral en matière de financement des hôpitaux. Je ne peux dire qu'une chose, Monsieur Leu, pour ceux qui désirent aller dans le sens d'un financement moniste des hôpitaux: ne croyez surtout pas que cela ne sera pas une nouvelle révolution en matière de financement des hôpitaux. Cette révolution posera indiscutablement et immédiatement la question du financement de l'assurance-maladie. Comment pouvez-vous imaginer, Monsieur Leu, que l'on enlève 6 à 7 milliards de francs du financement des hôpitaux actuellement assuré par les cantons, sans que ne se pose la question de l'adaptation à l'évolution des coûts de la santé? Vous aurez à ce moment-là exactement les problèmes dont vous venez de discuter pendant plusieurs heures: comment contrôler l'évolution des primes et comment compenser, pour les classes moyennes, le choc incroyable, inimaginable que pourrait être l'introduction du système moniste qui implique le retrait des cantons du financement des hôpitaux? A ce moment-là, vous serez pleinement engagés dans la discussion sur le financement et vous étudierez les propositions évoquées par M. Robbiani dans le cadre de la discussion en commission.

La position du Conseil fédéral était une position cohérente, elle disait: «Les mesures prévues par cette initiative ne nous paraissent pas bonnes. Les problèmes évoqués nous paraissent réels, mais nous ne voulons pas de révolution actuellement dans le système. Continuons sur la lancée et donc, pas de contre-projet.» Mais vous avez ouvert les vannes! Presque chacun d'entre vous a dit dans quels domaines il envisageait des changements. Et si vous entamez la discussion sur l'initiative, pourquoi ne pas la lier à la discussion sur la deuxième révision de la LAMal? En vous écoutant, je dois dire que je ne voyais pas d'autre conclusion logique à ce débat que celle-ci.

J'aimerais vous rappeler que le débat sur l'initiative doit être achevé à la fin de l'année prochaine s'il n'y a pas de contre-projet. Dans le cas où il y aurait un contre-projet direct ou indirect, le débat sur l'initiative devrait être achevé dans deux ans. Or, vous allez être saisis d'un projet de révision partielle de la LAMal que de nombreux intervenants à la tribune ont dit vouloir enrichir de mille et mille façons souvent liées aux questions ouvertes et posées par l'initiative santé.

J'aimerais aussi vous rappeler une dernière chose: hier, lorsque nous avons achevé le débat sur la loi sur les produits thérapeutiques, il y avait comme un frémissement de fierté dans la salle pour avoir mis à plat une question et trouvé des solutions de nature à dégager un consensus, grâce à la bonne conjonction de discussion entre auteurs de l'initiative, parlementaires et gouvernement. Si vous voulez éprouver une autre fois ce sentiment agréable de fierté d'avoir trouvé un consensus – justifié d'ailleurs parce qu'il démontre le bon fonctionnement de nos institutions –, je crois que la proposition de renvoi Robbiani mérite votre soutien.

*Eintreten ist obligatorisch*

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

**Präsident (Hess Peter, Präsident):** Wir stimmen über den Rückweisungsantrag Robbiani ab.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag Robbiani .... 62 Stimmen

Dagegen .... 79 Stimmen

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheits-Initiative)»**

**Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative santé)»**

*Detailberatung – Examen de détail*

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

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Titre et préambule, art. 1, 2**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

*(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.046/1106)*

Für Annahme des Entwurfes .... 91 Stimmen

Dagegen .... 55 Stimmen

**Siehe S. 38**

**Voit p. 38**

00.046

**Gesundheits-Initiative.  
Volksinitiative  
Initiative santé.  
Initiative populaire**

*Frist – Délai*

Botschaft des Bundesrates 31.05.00 (BBl 2000 4267)  
Message du Conseil fédéral 31.05.00 (FF 2000 3931)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 13.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Bericht SGK-SR 09.07.01

Rapport CSSS-CE 09.07.01

Bericht SGK-NR 20.09.01

Rapport CSSS-CN 20.09.01

Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 05.12.01 (Frist – Délai)

**siehe S. 39A  
voir p. 39A**

---

**Le président (Cottier Anton, président):** Conformément à l'article 27 alinéa 5bis LREC, la commission propose de prolonger d'un an le délai de traitement du projet, soit jusqu'au 8 décembre 2002.

**Angenommen – Adopté**



**Siebente Sitzung – Septième séance**

Mittwoch, 5. Dezember 2001

Mercredi, 5 décembre 2001

08.50 h

00.046

**Gesundheits-Initiative.  
Volksinitiative****Initiative santé.  
Initiative populaire***Frist – Délai*

Botschaft des Bundesrates 31.05.00 (BBl 2000 4267)

Message du Conseil fédéral 31.05.00 (FF 2000 3931)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 13.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Bericht SGK-SR 09.07.01

Rapport CSSS-CE 09.07.01

Bericht SGK-NR 20.09.01

Rapport CSSS-CN 20.09.01

Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 05.12.01 (Frist – Délai)

**siehe S. 39B  
voir p. 39B**

**La présidente** (Maury Pasquier Liliane, présidente): Conformément à l'article 27 alinéa 5bis LREC, la commission propose de proroger le délai de traitement du projet d'un an, soit jusqu'au 8 décembre 2002.

*Angenommen – Adopté*

## Dritte Sitzung – Troisième séance

Mittwoch, 27. November 2002

Mercredi, 27 novembre 2002

08.00 h

00.046

### Gesundheits-Initiative. Volksinitiative

### Initiative santé. Initiative populaire

#### Zweitrat – Deuxième Conseil

Botschaft des Bundesrates 31.05.00 (BBI 2000 4267)  
Message du Conseil fédéral 31.05.00 (FF 2000 3931)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 13.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Bericht SGK-SR 09.07.01

Rapport CSSS-CE 09.07.01

Bericht SGK-NR 20.09.01

Rapport CSSS-CN 20.09.01

Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 05.12.01 (Frist – Délai)

Bericht SGK-SR 05.11.02

Rapport CSSS-CE 05.11.02

Ständerat/Conseil des Etats 27.11.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Bericht SGK-NR 03.12.02

Rapport CSSS-CN 03.12.02

Nationalrat/Conseil national 05.12.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

Ständerat/Conseil des Etats 05.12.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

siehe S. 394  
voir p. 394

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Es fehlen bis jetzt sowohl der Referent, Herr Stähelin, als auch die Bundesrätin, Frau Dreifuss, sodass ich eine kurze Gedankenpause einschalte. – Ich will Sie hier nicht einfach sitzen lassen und setze den Beginn der Sitzung daher auf 08.15 Uhr an. – Nun will ich auf dem eben gefällten Entscheid nicht beharren; nachdem die SGK mit dem Kommissionssprecher, dem Präsidenten und der zuständigen Bundesrätin hier eingetroffen ist, möchte ich die Sitzung wieder aufnehmen. Ich möchte dies jedoch nicht tun, ohne meinem Missfallen darüber Ausdruck zu geben, dass eine Kommission es sich erlaubt, den ganzen Rat hier warten zu lassen. Das möchte ich nicht noch einmal so haben.

**Stähelin** Philipp (C, TG), für die Kommission: Die Kommission hat tatsächlich jetzt noch zu diesem vorliegenden Thema getagt, weil wir – wie Sie vielleicht auch – von einer neuen Unterlage der Bundeskanzlei beglückt und überrascht worden sind. Wir entschuldigen uns selbstverständlich in aller Form.

Die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» ist bereits am 9. Juni 1999 eingereicht worden und formell zustande gekommen. Sie steht in der Reihe der Volksinitiativen und generell der Vorstösse, die sich mit unserem Gesundheitssystem und dessen Finanzierung befassen. Sie legt den Finger tatsächlich auf einen wunden Punkt unseres Sozialversicherungssystems, befasst sich doch auch unser Parlament seit geraumer Zeit und immer wieder mit den Fragen um das Krankenversicherungsgesetz.

Wir alle wissen es: Das neue KVG hat auf der Leistungsseite einiges gebracht und auch den Zugang zu einem qualitativ hoch stehenden Gesundheitssystem gesichert. Ebenso klar hat es aber die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, und damit auch die Entwicklung der Krankenversiche-

rungsprämien, keineswegs in den Griff bekommen – ganz im Gegenteil. Die jährlichen Wachstumsraten liegen weit über den Erwartungen, die mit dem neuen Gesetz seinerzeit geweckt worden sind. Wenn der Bundesrat in seiner Botschaft zur Volksinitiative im Mai 2000 noch schreibt, es habe bei der Entwicklung der Krankenversicherungsprämien eine deutliche Beruhigung festgestellt werden können, so würde heute wohl niemand mehr diesen Satz mit gutem Gewissen unterschreiben. Die Finanzierungslast ist für die privaten Haushalte und insbesondere für Familien mit Kindern drückend. Wir alle sind uns einig, dass hier Remedur geschaffen werden sollte.

Die vorliegende Initiative versucht dies mit Verfassungsbestimmungen, die zwei Ziele verfolgen: zum einen nach Aussage der Initianten eine gerechtere Verteilung der Gesundheitskosten in der obligatorischen Krankenversicherung auf die Versicherten in der Schweiz, zum anderen eine Kompetenzverlagerung im Bereich der möglichen Kostendämpfungsmaßnahmen.

Im Vordergrund steht eine grundlegende Neuordnung der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung, wonach diese aus zusätzlichen, zweckgebundenen Mehrwertsteuererträgen des Bundes und in mindestens gleichem Umfang durch Beiträge der Versicherten finanziert werden soll. Die Versichertenbeiträge sollen dabei im Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen sowie unter Berücksichtigung von Familienlasten festgelegt werden.

Ihre Kommission hat sich ein erstes Mal zu Beginn des letzten Jahres mit der vorliegenden Initiative befasst, dazu den Präsidenten des Initiativkomitees angehört und die Initiative materiell beraten. Da diese ein völlig anderes Finanzierungssystem verlangt, hat die Kommission beschlossen, auf die Ausarbeitung eines formellen Gegenvorschlages auf Verfassungsstufe zu verzichten. Hingegen hat sie damals Ihre Beschlüsse ausgesetzt im Hinblick auf die Möglichkeit eines indirekten Gegenvorschlages auf Gesetzesstufe, also auf den Einbezug von Anliegen der Initiative in die laufende 2. Revision des KVG. In diese Richtung deutet bereits die Botschaft des Bundesrates, wenn in der Übersicht (BBI 2000 4269) darauf hingewiesen wird, dass in dieser Revision «verschiedene Anliegen der Gesundheits-Initiative zumindest von der Stossrichtung her verwirklicht werden» können. Auch die Anhörung hatte klare Hinweise in dieser Richtung ergeben.

Bei der Verhandlung der 2. KVG-Revision in der Kommission und auch in unserem Rat wurde denn auch deren Ausgestaltung als indirekter Gegenvorschlag zur Gesundheits-Initiative stets im Auge behalten. Mit der Einführung eines Sozialziels hat der Ständerat dem auch Rechnung getragen: Wir haben den neuen Absatz von Artikel 65 KVG als indirekten Gegenvorschlag zur Gesundheits-Initiative konzipiert. Unsere Kommission will diesen Weg denn auch weiter gehen und unterbreitet Ihnen heute den Antrag auf Fristverlängerung zur Ansetzung der Volksabstimmung über die Gesundheits-Initiative.

Ich werde auf diesen Antrag zurückkommen, befasse mich aber vorerst materiell mit der Initiative selbst.

Zur Umstellung des Finanzierungssystems: Die Initiative sieht eine Finanzierung vor, die über zwei Kanäle läuft. Bei dem in der Initiative neu vorgesehenen Artikel 34bis Absatz 3 Buchstabe a der alten Bundesverfassung (neu: Art. 117 Abs. 3 Bst. a) sind zusätzliche, zweckgebundene Einnahmen aus der Mehrwertsteuer aufgeführt. Nach dem System der Initiative soll das rund die Hälfte des Prämienvolumens der obligatorischen Krankenversicherung ausmachen. Nach den Berechnungen der Initianten ergibt dies einen notwendigen zusätzlichen Mehrwertsteuersatz von 3,5 Prozent auf dem Grundmehrwertsteuersatz bzw. von 1,05 Prozent auf dem reduzierten Mehrwertsteuersatz. Mit dem Satzteil «in gesetzlich festgelegtem Umfang» wird dem Parlament die Kompetenz gegeben, den entsprechenden Satz je nach Entwicklung der Kosten festzuschreiben. Damit wird er dem obligatorischen Verfassungsreferendum entzogen.

Litera b des gleichen Absatzes sieht sodann in mindestens gleich hohem Umfang Beiträge der Versicherten vor, die im

Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen festgelegt werden. Ausserdem sollen die Familienlasten berücksichtigt werden.

Die Kommissionsmehrheit kann diesem neuen Finanzierungssystem nicht folgen. Die Anhebung der Mehrwertsteuer ist massiv. Sie ist auch keineswegs sozial, werden doch gerade die unteren Einkommen die Belastung durch die Mehrwertsteuer, welche alle gleichermassen trifft, weit stärker verspüren als die Gutbetuchten. Die Tendenz, alle Finanzierungsprobleme der Sozialversicherungen über eine Anhebung der Mehrwertsteuer lösen zu wollen, führt zu unsozialen Ergebnissen. Die Steuerquote wird durch diesen Schritt angehoben, auch wenn die Belastung durch obligatorische Abgaben grundsätzlich nicht geändert wird. Mit der Verlegung der Festsetzung des Steuersatzes auf die Gesetzesebene allein wird sodann ein Schritt getan, der unserem bisherigen Finanz- und Steuersystem nicht entspricht. Der zweite Finanzierungskanal läuft im Grundsatz über eine direkte Besteuerung von Einkommen und Vermögen.

Damit würde ein Teil der Bevölkerung unter diesem Titel zur Finanzierung der Krankenversicherung nichts mehr beisteuern. Zudem würde wohl auch die Franchisenerhebung nicht mehr zulässig sein. Gesamthaft dürfte der Anreiz zu kostenbewusstem Verhalten bei den Versicherten wohl schwinden. Während bei der Erhebung des Einkommens auf die direkte Bundessteuer abgestützt werden könnte, fehlt heute eine Erhebung der Vermögen auf Bundesebene: Die Besteuerung des Vermögens findet heute nur auf Kantons- und Gemeindeebene statt. Es bestehen von Kanton zu Kanton erhebliche Differenzen. Es würde somit neu eine bundesweite Vermögenssteuer oder entsprechende Abgabe eingeführt. Der Begriff des «realen Vermögens» (Lit. b) ist im schweizerischen Steuerrecht neu. Faktisch bringt er gegenüber heute wohl eine andere Bewertung des Immobilienvermögens und dabei insbesondere der landwirtschaftlich genutzten Immobilien. Es wären damit erhebliche Auswirkungen auf die Landwirtschaft, aber auch auf das Gewerbe zu erwarten.

Offen bleibt die Frage, durch wen diese neue Steuer zu veranlagen und zu beziehen sein wird. Jedenfalls sind die Auswirkungen auf die Kantone erheblich. Offen bleibt zudem die Frage, wie das reale Vermögen bei ausländischen Versicherten eruiert werden soll. Was geschieht also mit Vermögen im Ausland, etwa der versicherten Grenzgänger? Heikel sind zudem die Vorstellungen zum Ausmass der Beiträge in Artikel 25 der Übergangsbestimmungen (neue Bundesverfassung; Art. 197 Ziff. 1). Während die Freibeträge von 20 000 Franken für das Einkommen und 1 000 000 Franken für das reale Vermögen durchaus grosszügig sind und entsprechend grosse Bevölkerungsteile von Beiträgen freistellen, bedeutet Absatz 2 Litera b von Artikel 25 wiederum eine Abkehr von bisherigen steuerlichen Grundsätzen, wonach sich die Beiträge der Versicherten im Verhältnis zum realen Vermögen auf mindestens einen Viertel der gesamten Beiträge der Versicherten belaufen müssen. Dies führt dazu, dass Vermögen – im Widerspruch zur heutigen bundesgerichtlichen Praxis – über diese «Prämien» weggesteuert werden kann. Die Verlagerung von Vermögenswerten ins Ausland dürfte dabei absehbar sein.

Nach Absatz 4 von Artikel 34 bis der alten Bundesverfassung (neu: Art. 117 Abs. 4) erhalten die Krankenversicherer pro versicherte Person Beiträge aus den eben behandelten Mitteln (Abs. 3). Die unterschiedlichen Risiken werden ausgeglichen und Überschüsse den Versicherten zurückerstattet. Dieses vorgeschlagene System kann nur mit einer zentralen Steuerung funktionieren. Die Beiträge pro Versicherten sind also im Grundsatz gleich; der Ausgleich der unterschiedlichen Risiken der Versicherer wird aber zum Problem. Ob wir es wollen oder nicht, stellt sich dabei die Frage, wie wir die einzelnen Landesteile behandeln: Die Gesundheitskosten sind in den einzelnen Kantonen eben unterschiedlich. Aus der Sicht der Versicherer stellte deshalb etwa ein Baselstädter in einem solchen System wohl ein anderes Risiko dar als ein Appenzeller. Das Gefälle der Gesundheitskosten ist eine Realität. Das Problem soll jedoch nach Aussage der Initian-

ten auf Gesetzesstufe geregelt werden. Dies könnte sich als kaum lösbare Aufgabe entpuppen. Bei der Rückerstattung von Überschüssen soll auch die Möglichkeit offen gehalten werden, alternative Versicherungsmodelle beizubehalten. Auch hier bleibt aber die Frage, ob eine Rückerstattung nach dem Konsum der Leistung das Kostenbewusstsein wachzuhalten vermag. HMO-Modelle, Hausarztmodelle usw., welche lediglich im Falle des Vorliegens von Überschüssen überhaupt zum Tragen kommen, dürften kaum mehr attraktiv sein. Hier fehlt somit der Anreiz zum kostenbewussten Verhalten der Versicherten.

Zum Zwecke der Kostendämpfung im Gesundheitswesen will die Initiative eine ganze Reihe von Kompetenzen von den Kantonen auf den Bund übertragen. Der Katalog ist recht umfassend mit den Bereichen Spitzenmedizin, Planung im Gesundheitswesen, Preise und Höchstpreise der Tarifierung, Zulassung der Leistungserbringer, Qualitätskontrolle und Massnahmen bei übermässigen Leistungsmengen.

Zwar wollen die Initianten gemäss ihren Aussagen keinen masslosen Zentralismus: Sie sprechen von Respekt vor gutschweizerischem Föderalismus und von Subsidiaritätsprinzip. Insbesondere mit der Übernahme der Koordinationskompetenz durch den Bund betreffend die Gesundheitsplanningen der Kantone geht dieser Schritt aber sehr weit. Damit wird der Bund grundsätzlich zum übergeordneten Gesundheitsplaner. Dabei geht der Begriff Gesundheitsplanung über den Begriff der bisherigen kantonalen Spitalplanung hinaus und umfasst neu auch den ambulanten Bereich. Auch die einzelnen Arztpraxen sind somit konsequenterweise in die Planung einzubeziehen.

Während eine Regelung der Spitzenmedizin durch den Bund, sofern sich die Kantone hier nicht einigen können, durchaus Unterstützung finden könnte, geht der Kommissionsmehrheit eine generelle Kompetenz des Bundes für das Eingreifen in die gesamte Gesundheitsplanung zu weit. Erfahrungen im Ausland haben hier keine besseren Ergebnisse gezeitigt. Die Grundvorstellungen der Initiative schliessen den Wettbewerb unter den Leistungserbringern aus und setzen auf die Planung. Dass dies auch zu einem erheblichen Ausbau der Bundesadministration führen müsste, versteht sich.

Litera d bringt dem Bund implizit die Kompetenz, Globalbudgets festzulegen. Wiederum sind sowohl der stationäre wie der ambulante Bereich eingeschlossen. Solche Globalbudgets sollen nach Sparten und Regionen differenziert eingesetzt werden können. Der Begriff der Region ist dabei nicht umschrieben; er lässt immerhin auch ein Abgehen von Kantonsgrenzen zu. Welche Auswirkungen dies auf die Gesundheitskompetenzen der Kantone und auf deren Aufsicht über die Versorgungssicherheit haben könnte, bleibt offen. Wie weit differenzierte Globalbudgets insbesondere im Mittelland mit seinen offenen Verkehrswegen greifen könnten, bleibt ebenfalls offen. Insbesondere ist ja heute der ausserkantonale Arztbesuch durchaus gängig. Ein Globalbudget auf landesweiter Ebene, das wohl ebenfalls zulässig wäre, hat zumindest in unserem deutschen Nachbarland auch nicht das Gelbe vom Ei gebracht.

Unverkennbar bleibt aber auch beim Globalbudget die Tendenz zu stärkeren Planungseingriffen. Das neue KVG hat dem Bund bereits erhebliche Möglichkeiten des Eingriffes in die Spitalplanung der Kantone gegeben, insbesondere mit den Möglichkeiten der Verwaltungsrechtsprechung. Die Auswirkungen sind bis heute wenig begeisternd ausgefallen.

Dass aus dieser Tatsache nun weiter gehende Planungskompetenzen des Bundes resultieren sollen, überzeugt kaum. Zwar hat das heutige System seine erheblichen Schwächen; insbesondere ist bis heute die interkantonale Zusammenarbeit viel zu wenig zum Tragen gekommen. Dies hat allerdings enge Zusammenhänge mit dem bisherigen, dualen Finanzierungssystem im Spitalbereich.

Die Initiative äussert sich nicht zum Verhältnis zum Projekt der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen. Gerade die Prämienverbilligung und damit das bisherige Finanzierungssystem spielen indessen bei diesem Projekt eine erhebliche Rolle; sie ist



weiterhin als Verbundaufgabe vorgesehen. Die Annahme der vorliegenden Initiative könnte sich für den neuen Finanzausgleich als hinderlich erweisen. Insbesondere wäre die finanzielle Seite wohl neu auszutarieren.

Aus all diesen Gründen beantragt Ihnen die Kommission, mit 7 zu 2 Stimmen, die Volksinitiative zur Ablehnung zu empfehlen. Sie folgt dabei dem Antrag des Bundesrates.

Wie bereits ausgeführt, hat sich unsere Kommission entschieden, im Rahmen der laufenden Teilrevision des KVG einen indirekten Gegenvorschlag zur Gesundheits-Initiative einzubauen. Insbesondere haben wir Wege gesucht, um dem Kernanliegen der Initiative, nämlich einer gerechteren Verteilung der Gesundheitskosten in der obligatorischen Krankenversicherung auf die Versicherten, entsprechen zu können. Diesem Anliegen hat der Ständerat bei der Teilrevision des KVG Rechnung getragen, indem er ein Sozialziel eingeführt hat.

Die Prämienverbilligungen sind nach unseren Beschlüssen so zu bemessen, dass die Prämie der versicherten Person für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zusammen mit den Prämien von Familienangehörigen, für die sie unterhaltspflichtig ist, 8 Prozent des um einen Vermögensfaktor bereinigten Einkommens nicht übersteigt. Wir haben diese Bestimmung bewusst als indirekten Gegenvorschlag zur Gesundheits-Initiative aufgenommen. Auch die Kommissionsminderheit hat dies im bisherigen Verfahren durchaus so gesehen. In der Folge hat der Ständerat ja auch die Frist zur Behandlung der Vorlage um ein Jahr verlängert.

Zwar schlägt die SGK des Nationalrates nun ein neues Modell vor, ein so genanntes Bandbreitenmodell mit einer Abstufung der prozentualen Unterstützung nach der Höhe des Einkommens und unterschiedlicher Behandlung von Personen mit Kindern und ohne. Der Nationalrat wird dieses Modell im Rahmen der Revision des KVG in der dritten Woche der laufenden Wintersession behandeln. Es kann also zu einer Differenz kommen; unbestritten bleibt aber, dass die KVG-Revision in diesem Bereich eine Verbesserung im Sinne der Initianten bringen soll.

Nun ist es so, dass die Frist des Parlamentes für die Behandlung der Gesundheits-Initiative am 8. Dezember 2002 ablaufen wird. Wir müssen also die Schlussabstimmung durchführen, obwohl wir noch keine Klarheit über das Schicksal der KVG-Revision in diesem Bereich haben. Nach Artikel 74 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die politischen Rechte unterbreitet der Bundesrat die Volksinitiative innert neun Monaten nach der Schlussabstimmung im Parlament der Volksabstimmung. Nachdem die Schlussabstimmung in den Räten auf den 5. Dezember festgelegt worden ist, müsste also die Volksabstimmung bis am 5. September 2003 angesetzt werden. Aufgrund der Abstimmungsdaten würde die Volksabstimmung wohl im Mai des nächsten Jahres stattfinden. Dies würde angesichts der vorauszu sehenden Differenzen zwischen unserem Rat und dem Nationalrat im Bereiche der KVG-Revision bedeuten, dass bei der Vorbereitung der Unterlagen für die Volksabstimmung wohl noch nicht bekannt wäre, wie der Gegenvorschlag auf Gesetzesstufe definitiv aussieht. Diese Situation ist unbefriedigend.

Gemäss Artikel 74 Absatz 2 des Bundesgesetzes über die politischen Rechte kann die Bundesversammlung die Frist zur Ansetzung der Volksabstimmung bei Gegenvorschlägen auf Gesetzesstufe, also bei indirekten Gegenvorschlägen, verlängern. Wie uns die Bundeskanzlei seinerzeit – d. h. vor einem Monat – mitgeteilt hat, genügt hierzu ein blosser Beschluss der Räte. Ich werde darauf zurückkommen, weil nun im Gutachten der Bundeskanzlei vom 24. November 2002 ein anderer Vorschlag vorliegt.

Die Kommissionsmehrheit ist aber zum Schluss gekommen, Ihnen diesen Weg der Fristverlängerung zu beantragen. Er ist mit Bezug auf die KVG-Revision sinnvoll. Wir haben diesen Weg eines Gegenvorschlages auf Gesetzesstufe während unserer Behandlung der KVG-Revision immer verfolgt. Unser Rat hat letztes Jahr die Fristverlängerung für die Behandlung der Initiative klar in der Absicht beschlossen, die KVG-Revision als indirekten Gegenvorschlag zu präsentieren. Hierüber war man sich auch in unserer Kommission

stets einig. Auch Frau Bundesrätin Dreifuss hat in der Kommission ausgeführt, dass mit der Kompetenzerteilung an den Bundesrat, die Frist zu verlängern, die KVG-Revision unter Dach gebracht und wegen des Sozialziels als indirekter Gegenvorschlag betrachtet werden könne. Das ist so im Protokoll festgehalten. Dieses Vorgehen erscheint somit als folgerichtig.

Auf der anderen Seite wollen wir alle, dass die Abstimmungen über Volksinitiativen möglichst rasch erfolgen sollen. Wir wenden uns alle gegen unbegründete Fristverlängerungen, weil diese mit den Volksrechten zumindest in einem Spannungsverhältnis stehen. Es darf auch nicht der Eindruck wahltaktischer Manöver entstehen – bekanntlich befinden wir uns rasch einmal auch im Wahljahr.

Wir wollen also eine restriktive Praxis und meinen trotzdem, dass sich hier die Ausnahme rechtfertigt. Es ist abzuwägen, ob vorzuziehen sei, dass das Volk in Kenntnis der Revision des KVG über die Initiative abstimmen kann, oder ob es dies tun soll, ohne zu wissen, was das Parlament hier beschlossen hat. Die Kommissionsmehrheit vertritt die Auffassung, dass das Volk in Kenntnis der kommenden Änderungen des KVG entscheiden können muss. Wie Sie haben feststellen können, beurteilt unsere «Schwesterkommission», die Kommission des Nationalrates, die Situation anders.

Der Bundesrat tritt, wie er ohne Bezugnahme auf das vorliegende Geschäft letzte Woche geschrieben hat, Versuchen entgegen, die Ausnahmebestimmung zur Verschiebung der Volksabstimmung über Gebühr anzuwenden und damit Abstimmungen über Volksinitiativen zu verzögern. Das ist klar nicht unsere Absicht; wir hätten den Zeitplan gerne eingehalten. Allerdings hat unsere «Schwesterkommission» für die Beratung im Zweitrat einen Zeitraum beansprucht, der doch erheblich über unseren Erwartungen gelegen hat.

Der Bundesrat lässt aber immerhin auch verlautbaren: «Wenn aber ein naturgemäss detaillierteres Bundesgesetz als indirekter Gegenentwurf zur Volksinitiative ausgearbeitet wird, kann das Parlament nach Artikel 74 Absatz 2 BPR die Volksabstimmung ausnahmsweise aufschieben, damit das Gesetz fertig beraten werden kann und Volk und Stände danach in voller Kenntnis der verschiedenen Lösungen entscheiden können.» Gerade dies wollen wir. Die Kommission des Nationalrates hat offenbar im Hinblick auf die Debatte im Ratsplenum von der Bundeskanzlei und vom Bundesamt für Justiz noch ein Kurzgutachten zur Frage erstellen lassen, was als indirekter Gegenvorschlag gelten kann und für welche Fälle die Gesetzesbestimmung gedacht ist. Dieses Kurzgutachten liegt uns seit heute Morgen vor. Wir haben es angesehen, und ich komme darauf zurück. Ich betone aber vorweg noch einmal, dass wir in unserem Rat das KVG als indirekten Gegenvorschlag konzipiert haben; das haben wir klar deklariert.

Nun zu diesem Gutachten: Ich halte mich nur an die Schlussfolgerungen, Ziffer 5 auf den Seiten 9 und 10. Die Schlussfolgerung 1 lautet, dass zu Artikel 74 Absatz 2 jetzt – «jetzt» kursiv geschrieben – eine restriktive Praxis einzuleiten sei. Diese Auffassung teilen wir durchaus. Die Frage ist: Was verstehen wir unter «jetzt»? Wir haben hier das Vorgehen über die ganze Dauer der Revision des KVG als indirekten Vorschlag konzipiert. Das Wort «jetzt» muss natürlich für den ganzen Vorschlag gelten und kann dann nicht am Schluss noch als Guillotine, nachdem der indirekte Gegenvorschlag mindestens in unserem Rate formuliert worden ist, eingeführt werden.

Es heisst dann, indirekte Gegenentwürfe dürften nicht zur Umgehung der strengerer Fristbestimmung missbraucht werden; das wollen wir nicht, überhaupt nicht. Die derzeitige Ausgangslage berge das Risiko eines erneut zunehmenden largen Umgangs mit den Behandlungsfristen, und dem könne dann ohne formelle Gesetzesverschärfung mit einigen geeigneten Massnahmen begegnet werden. Ich betone noch einmal: Wir wollen hier nicht verzögern, aber wir haben das ganze Verfahren bisher eben auf einen indirekten Gegenvorschlag ausgerichtet.

Was sind nun die Massnahmen? Fristverlängerungen müssen transparent gemacht werden. Gut, das haben wir; wir

haben schon bei der letzten Verlängerung klar auf den Gegenvorschlag hingewiesen. Dass dieser heute noch nicht vorliegt, dafür können wir nichts. Wir haben unsere Vorschläge zum KVG vor einem Jahr verabschiedet.

Nach diesem Gutachten – das übrigens nicht direkt Bezug auf den vorliegenden Fall nimmt, das muss ich hier auch noch einmal betonen – sollten die eidgenössischen Räte künftig die Anrufung von Artikel 74 Absatz 2 präzise handhaben und in Form eines Zeitmasses die Dauer angeben, für welche der Bundesrat die Ansetzung der Volksabstimmung über eine Volksinitiative aufschieben soll. Das Parlament nähme sich damit dann selbst in Pflicht. Damit sind wir durchaus einverstanden. Unser Vorschlag, der übrigens mit der Bundeskanzlei vor einem Monat abgesprochen war, sieht das noch nicht vor, sondern will verlängern, bis die Vorlage über die Teilrevision des KVG zu Ende beraten ist, höchstens bis neun Monate nach der Schlussabstimmung durch beide Räte. Wir würden hier noch ergänzen, aber längstens bis zum April 2004, wenn Sie damit einverstanden wären.

Es geht dann in diesem Gutachten weiter: Es solle die Verlängerungsklausel nur angerufen werden, wenn in guten Treuen eine Einigung zum indirekten Gegenentwurf binnen einer Zusatzfrist von in der Regel längstens einem Jahr erwartet werden dürfe. Wir sind durchaus der Meinung, dass dies möglich ist. Die Beschlüsse des Ständerates liegen auf dem Tisch. Der Nationalrat wird seinen Part in der dritten Woche dieser Session beraten. Wir meinen, dass wir hier die Lösung innert nützlicher Frist finden können.

Schliesslich noch ein letzter Punkt der Bundeskanzlei: Es wäre ein Vorteil, schreibt sie hier, wenn ein solcher Verlängerungsentscheid künftig beantragt und dem Bundesrat zur Stellungnahme unterbreitet würde, bevor er im Parlament beraten und verabschiedet werde. Also das hätten wir gerne getan, aber wie gesagt: Wir haben im Oktober von der Bundeskanzlei noch die Auskunft erhalten, ein förmlicher Bundesbeschluss sei nicht notwendig. Gut, nachholen können wir das in diesem Sinn nicht mehr; in einem nächsten Fall würden wir das sicher tun. Ich bin etwas irritiert durch das Vorgehen der Bundeskanzlei. Ich bin nach Lektüre der heutigen Morgenzeitung allerdings versucht zu sagen, nach fünf Jahren abwägendem Zusehen oder Zusehen beim Abwägen muss ja auch in Bern, diesmal in der Stadt, auf Weisung der Bundeskanzlei ausgezählt werden. Offenbar müssen wir hier halt eben auch manchmal mit Überraschungen leben. Wir nehmen diese Weisungen der Bundeskanzlei gerne auf. Es bleibt ein letzter Punkt, den die Bundeskanzlei hier noch nicht behandelt hat: Es besteht natürlich auch die Möglichkeit einer Differenz zum Nationalrat, dass wir die Fristverlängerung beschliessen und der Nationalrat allenfalls eben nicht. Wir meinen, dass in einem solchen Falle, wenn sich ein Rat gegen eine Fristverlängerung entscheidet, keine Differenzvereinbarung durchgeführt werden müsste, sondern dann eben die Volksabstimmung stattfinden würde; das ist die Meinung der Kommission unseres Rates. Gesamthaft sind wir aber – ich betone dies noch einmal – der Auffassung, dass hier der Weg, den wir eingeschlagen haben und den wir bisher konsequent verfolgt haben, weiterzuverfolgen ist. Entsprechend beantragen wir Ihnen mit 5 zu 2 Stimmen, die Frist zur Ansetzung der Volksabstimmung zu verlängern. Ich bitte Sie namens der Kommission, diesem Antrag sowie dem Antrag zum Bundesbeschluss über die Initiative selbst zuzustimmen.

**Merz Hans-Rudolf (R, AR):** Auf die neueste Entwicklung von heute konnten wir uns ja nicht vorbereiten. Deshalb möchte ich auch kein Votum abgeben, sondern einen Ukas loswerden.

Die Volksabstimmung über die Asyl-Initiative, die letzten Sonntag stattgefunden hat, hatte einen Mangel: Wir waren mit der Ausländergesetzgebung und mit der Revision des Asylgesetzes nicht bereit. Darüber hätte dann vermutlich als Gesamtpaket abgestimmt werden können, und wir hätten es einfacher gehabt, in der Asylfrage klarere Linien zu ziehen.

Was wir hier haben – das hat Herr Kollege Stähelin dargestellt –, ist eine ähnliche Situation: Wir haben eine Volksinitiative, und wir haben keinen Gegenvorschlag oder indirekten Gegenvorschlag bereit. Das erschwert in der Regel die Diskussion. Die Erfahrung spricht dafür, dass man die beiden Sachfragen zusammennimmt.

Aber es gibt auch Gründe dagegen, das ist jetzt eben mein Ukas: Wir von der Finanzkommission werden Ihnen nächste Woche beantragen, die Finanzplanung für die kommenden vier Jahre an den Bundesrat zurückzuweisen, damit er diese Arbeit noch einmal vornehmen kann. Wir möchten auch mehr Gewicht auf die Finanzplanung legen. Wenn ich das hier sehe, dann stelle ich mir vor, dass man – ganz unabhängig davon, ob diese Abstimmung im nächsten Frühjahr oder ein oder zwei Jahre später stattfindet – ein Problem vor sich herschiebt, das irgendwann auch im Bundeshaushalt Eingang finden muss. Und zwar geschieht das nicht nur im Budget für das Jahr 2003 oder 2004, sondern in der langfristigen Finanzplanung.

In diesem Zusammenhang sei der Hinweis gestattet, dass wir seit 1948, seit der Einführung der AHV, kein einziges Jahr – kein einziges Jahr! – hatten, in dem nicht mindestens eine Sozialversicherung in Revision stand. Diese Revisionen haben in aller Regel zu mehr Ausgaben geführt, aus ganz verschiedenen Gründen; es war ein dauernder Aufwärtstrend. Ich habe die Hoffnung längst verloren, dass wir diese Bewegung heute mit einem indirekten Gegenvorschlag auf vernünftige Art und Weise stoppen können. In der «Schweizerischen Ärztezeitung» gab es vor etwa einem Jahr eine Liste von 17 Gründen, weshalb das Gesundheitswesen in diesem Land immer teurer wird. Diese 17 Punkte waren ein reines Hin- und Herschieben von heissen Kartoffeln: die Pharmaindustrie an die Apotheker, diese an die Drogisten, diese an die Spitäler, diese an den ambulanten Bereich, HMO usw. Es hat sich relativ wenig bewegt. Als ich 1997 neu in den Rat kam, hat Herr Otto Piller in einem Parlamentariergespräch einmal gesagt: Gebt uns für das KVG noch zwei Jahre Zeit, und dann werden wir keine Erhöhungen mehr haben, die höher als die Teuerung sind. Das hat er damals gesagt; ich habe die Notizen mitgenommen. Was ist seither passiert? Sie alle kennen es.

Jetzt, denke ich, wäre ein anderes Projekt mindestens ebenso wichtig wie das Verschieben einer Initiative um ein Jahr, wo wir dann ohnehin wissen, wie es herauskommt. Wir haben mit dem IDA-Fiso-2-Bericht eine erste Grundlage gehabt, auf der man einmal versucht hat, langfristig Gesundheitskosten zu planen. Der Mangel dieser Planung war der, dass sie im Jahre 2010 endete. Das ist ein wichtiges Jahr, weil nach dem Jahre 2010 demographisch einiges noch einmal in Richtung Kostensteigerung geht.

Ich bin der Meinung, es wäre wichtiger – als hier darüber zu diskutieren, ob wir eine Abstimmung, die ohnehin Mehrkosten bringt, ein paar Monate früher oder später durchführen – wäre es, dass wir diesen Dingen einmal auf den Grund gehen, auch im Hinblick auf die Finanzplanungen. Ich finde in den neuesten Zielen des Bundesrates 2003 dazu nichts. Es ist ein einziger Punkt: Man will mit den Kantonen vermehrt ins Gespräch kommen, man will diese Plattform suchen; das ist begrüssenswert. Aber das ist wieder nur eine Sequenz. Ich plädiere deshalb dafür, dass wir uns von dieser Seite her parallel dazu mit dem Problem einmal befassen; das wäre viel wichtiger als die Frage, ob die Abstimmung jetzt ein paar Monate früher oder später stattfindet.

Im Übrigen werde ich mich aber – wie das meinen Gewohnheiten entspricht – der Mehrheit der Kommission anschliessen, und ich werde ihren Anträgen zustimmen.

**Studer Jean (S, NE):** J'attends qu'on aborde l'article 2, mais comme il n'y a que deux articles, on peut tout de suite aborder la question de la minorité Brunner ici, dans le débat d'entrée en matière.

Il a fallu à peu près cent ans, dans ce pays, pour adopter une loi fédérale sur l'assurance-maladie. L'initiative populaire «La santé à un prix abordable» souhaiterait contribuer

à ce qu'on n'attende pas aussi longtemps pour améliorer deux points essentiels: la question du financement et le problème des compétences fédérales et cantonales.

En fait, le constat est assez clair. Il paraît illusoire de pouvoir continuer à affirmer devant la population que nous arriverons à réduire les coûts de la santé. Il apparaît déjà difficile d'assurer que nous arriverons à limiter l'augmentation des coûts. On sait depuis 1996 que le problème auquel le pays est confronté se retrouve dans de nombreux autres pays et que celui qui est spécifique à la Suisse, c'est bien le mode de financement de l'assurance-maladie, un mode de financement qui prévoit une prime par tête, unique en Europe et qui se concilie mal avec deux exigences: d'une part avec l'exigence de la proportionnalité du financement, propre à toutes les assurances sociales du pays sauf à l'assurance-maladie, et d'autre part avec l'exigence démocratique. L'assurance-maladie est bien la seule assurance où il n'y a pas de liaison entre la prime et les revenus de la personne assurée. Certes, on a mis en place avec la LAMal un système social de subvention des primes, de réduction de celles-ci. Mais force est de constater que ce système a des lacunes compte tenu de l'application fédéraliste qui en est faite et aussi parce que s'il permet peut-être de décharger les plus bas revenus, il ne décharge pas la classe moyenne.

Dans le débat sur le droit du bail, nous avons eu une statistique des loyers qui serviraient de référence; j'ai pu constater alors que dans le canton de Neuchâtel par exemple, pour un quatre pièces, on doit compter avec un loyer situé entre 800 et 900 francs. Eh bien, dans le canton de Neuchâtel, une personne avec trois enfants, qui travaille par exemple – parce que je la connais personnellement – comme agent à la police locale de la ville de Neuchâtel, paie le même montant, sans aide de l'Etat, pour les primes d'assurance-maladie pour sa femme et ses trois enfants.

Il est donc des situations aujourd'hui où figurent dans les budgets du ménage deux grands postes: le loyer et, pour un montant identique si vous avez trois enfants et un salaire situé entre 5000 et 6000 francs, les primes d'assurance-maladie. Ce système ne peut pas durer parce qu'il ne correspond pas à l'adéquation qu'il doit y avoir, comme dans toutes les assurances sociales, entre le revenu et le montant de la prime. C'est une exigence de justice sociale.

Je voudrais maintenant essayer de vous faire comprendre que cette exigence de justice sociale s'accompagne également d'une exigence démocratique. Il n'y a pas de miracle: l'assurance-maladie est payée soit par l'assuré, soit par le contribuable. C'est la même personne. La différence, c'est que si on fait peser un poids prépondérant, comme on continue à le faire aujourd'hui, sur l'assuré, on ne lui permet pas de discuter politiquement de son assurance-maladie. Il reçoit la prime à payer, il ne peut pas déposer un référendum contre le montant de sa prime. Si on réduit la charge de l'assuré, il est possible et vraisemblable – l'initiative populaire le mentionne – qu'on demande plus au contribuable. Mais le contribuable, à qui on demandera de fixer l'enveloppe de la TVA dans la loi, a lui la possibilité de s'exprimer sur les montants fiscaux qu'il veut mettre à disposition.

C'est un peu comme dans les cantons: ils font de la planification hospitalière et les citoyens contribuables ont la possibilité, par référendum, de dire: «Oui, nous voulons garder ces hôpitaux; non, nous voulons les fermer.» Il y a là un accès démocratique au système et à son financement plus important que ne le permet le financement actuel qui impose la prime à payer sans pouvoir s'exprimer sur ce que l'on souhaite éventuellement consacrer au système de santé publique. Il y a donc à la fois une exigence de justice sociale et une exigence de justice démocratique qui fondent la première revendication de l'initiative.

S'agissant ensuite du problème des compétences: quel chemin parcouru dans ce domaine depuis 1996, date d'entrée en vigueur de la LAMal! Peu à peu, on s'est rendu compte que le rôle de la Confédération devait être plus important que celui qu'on imaginait pour effectivement contrôler l'augmentation des coûts de la santé. On a déjà obtenu une certaine centralisation dans les opérations de transplantation.

La Commission de gestion elle-même a constaté qu'on devait mieux assurer sur le plan fédéral le contrôle que la Confédération devait faire des planifications hospitalières et qu'elle devait aussi mieux harmoniser son contrôle des tarifications des prestations. Enfin, dans le cadre de la révision partielle de la LAMal, dont nous avons débattu ici il y a une année, on a aussi considéré que la Confédération devait avoir des moyens accrus, d'entente avec les partenaires, ne serait-ce que dans le domaine de la levée de l'obligation de contracter.

Les deux options que vous propose l'initiative santé visent simplement à aller un peu plus vite vers les buts finaux vers lesquels nous devons de toute façon tendre, sans devoir attendre le même nombre d'années que celui qu'on a dû attendre pour instaurer cette assurance-maladie.

Je vous invite dès lors à soutenir la proposition de la minorité.

**Brändli Christoffel (V, GR):** Es scheint mir, dass wir jetzt hier nicht primär darüber diskutieren sollten, wann man über eine Volksinitiative abstimmen soll und wann nicht, sondern man sollte das Problem nüchtern angehen und versuchen, dieses an und für sich zu lösen.

Wenn ich von der Initiative ausgehe, dann geht es ja vor allem darum, ein neues Finanzierungssystem einzuführen. Dieses würde sich auf die direkten Steuern und vor allem auf die Mehrwertsteuer abstützen, während sich das heutige System durch Prämien plus Steuern auszeichnet. Es ist natürlich nicht so, dass wir heute eine reine Kopfsteuerfinanzierung haben: Wir haben erhebliche Beiträge von den Gemeinden und vom Bund, und das wird über die Steuern finanziert. Man kann darüber diskutieren, ob das Verhältnis zwischen den Kopf- und den Steuerbeträgen richtig ist. Aber zu behaupten, es gebe nur das eine oder das andere, ist nicht richtig.

Die Initiative hat auch nichts mit den Kosten zu tun. Diese in den Griff zu bekommen ist eigentlich unser Problem. Wir bekommen sie nur dann in den Griff, wenn wir auch die Mengenfrage in den Griff bekommen. Da müssen wir über die «ungeliebte» Vertragsfreiheit intensiv diskutieren. Wir diskutieren ja diese Frage im Rahmen der KVG-Revision. Wenn ich Initiative und KVG-Revision in Bezug auf die Finanzierung einander gegenüberstelle, sehe ich, so scheint mir, einen engen Zusammenhang: Die Initiative möchte die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung über direkte Steuern und Mehrwertsteuern finanzieren, während wir mit der KVG-Revision die Prämienverbilligung stark ausbauen, das heisst über Steuern eine wesentliche Entlastung herbeiführen möchten. Es ist mir klar, dass der Vorschlag des Bundesrates, nur 150 Millionen Franken für diese Prämienverbilligung zur Verfügung zu stellen, die Initianten verunsichert hat. Man kann mit 150 Millionen Franken das Problem nicht in Richtung dessen lösen, was die Initiative will, und man kann mit 150 Millionen auch nicht den grossen Belastungen entgegenwirken, die Wenigverdienende und auch der Mittelstand haben. Wir müssen hier also substanzuell über einen höheren Betrag für die Prämienverbilligung sprechen; dann hat, so scheint mir, der Gegenvorschlag durchaus einen Wert. Ich glaube – oder ich hoffe es zumindest –, dass die Initianten dann auch gesprächsbereit wären, um hier einen Konsens zu finden. Von daher ist es wichtig, dass wir jetzt die KVG-Revision weiterführen, diese Verlängerung vornehmen und damit eine Gesamtbeurteilung ermöglichen und nicht jetzt einen Zwischenentscheid treffen.

**Dreifuss Ruth, conseillère fédérale:** Sur l'initiative santé, je crois que l'essentiel a été dit. La majorité de la commission suit le Conseil national, et par là le projet du Conseil fédéral qui prévoit de recommander au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative. Elle ne suit par contre pas le Conseil fédéral dans la question de savoir s'il faut lui opposer ou non un contre-projet indirect.

Le Conseil fédéral est d'avis que cette initiative constitue en fait un changement fondamental de système à la fois sur le

plan du financement et sur le plan de la répartition des compétences entre les cantons et la Confédération. Il est d'avis que six ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, il ne convient pas de procéder à une réforme aussi profonde et fondamentale que celle que l'initiative propose, mais qu'il s'agit au contraire de poursuivre dans la voie d'un meilleur fonctionnement et de continuer la lutte contre, je dirai, les effets secondaires de la LAMal. C'est dans cette voie-là que le Conseil fédéral entend poursuivre.

J'ai fait, Monsieur Merz, une petite grimace lorsque vous avez cité M. Otto Piller, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, non pas parce que je ne croyais pas à la fidélité de votre mémoire ou des notes que vous avez prises, mais parce que c'est la seule déclaration que je lui aie jamais reproché d'avoir faite, aussi publiquement, c'est-à-dire de faire croire que l'évolution des prix de la santé pouvait être la même que l'évolution générale des prix. Dès qu'il a fait cette déclaration, je lui ai dit: «Mon cher Otto, tu ne peux pas dire cela.» Malheureusement, c'était déjà dans le message approuvé par mon prédécesseur, mais cela est faux, nous ne pouvons pas faire cette promesse. Il y a des éléments qui font augmenter les prix de la santé davantage que les prix généraux. Permettez-moi d'en citer uniquement trois, ensuite j'aborderai le projet et vos remarques quant au fond.

1. Le vieillissement de la population est un phénomène qui pèse sur l'évolution des coûts de la santé, non pas, comme on le dit si souvent, que les vieux coûtent cher, mais simplement, comme je le dis parfois avec une légèreté que le sujet ne devrait pas entraîner, parce que quand on ne meurt pas de la première maladie, on en a une deuxième; et quand on ne meurt pas de la deuxième, on en a une troisième. Et lorsqu'on survit à quelque chose qui, auparavant, provoquait la mort, on est peut-être invalide mais on survit, et on a besoin de soins; ou on est atteint d'une maladie chronique. Le vieillissement de la population, c'est ce phénomène-là, et il est normal qu'il ait un effet sur les coûts.

2. L'évolution des techniques médicales peut conduire à des augmentations de coûts. Ce n'est certes pas toujours le cas: il peut d'un côté y avoir des interventions qui deviennent de plus en plus légères et de moins en moins coûteuses. Mais d'un autre côté, il est clair qu'en particulier les méthodes d'investigation médicale – pensez à toutes les possibilités que nous avons de voir ce qui passe dans notre corps – conduisent également à une hausse des coûts.

3. Les pays riches dépensent davantage pour les biens nobles que pour les biens vulgaires, comme on dit en théorie économique. Lorsqu'on n'est plus obligé de tout dépenser pour l'alimentation et éventuellement pour le logement, on peut dépenser pour autre chose. Il est normal que l'augmentation des dépenses vouées à des biens nobles soit plus considérable que celle des dépenses destinées à assurer la simple survie quotidienne.

C'est la raison pour laquelle, sans vouloir reprendre cette promesse illusoire de M. Piller, j'aimerais dire que le Conseil fédéral considère que, sur la base de la loi, grâce à la révision que vous avez faite, grâce à celle que nous sommes déjà en train de préparer, nous pouvons, sur la base du système actuel, améliorer sensiblement la situation et surtout – et c'est de cela qu'il s'agit – supprimer les incitations au gaspillage. Il faut supprimer les incitations à se servir, car finalement c'est un secteur économique qui fait vivre des centaines de milliers de personnes, et il y a là la tentation de tirer un meilleur revenu. Cela est nécessaire aussi pour des raisons de santé et pas seulement de coûts: trouver les mécanismes qui permettent de choisir le traitement le plus adéquat dans le cas particulier améliore aussi la qualité des soins. Il s'agit non pas du traitement dernier cri, du traitement à la mode, mais de celui qui est effectivement nécessaire.

Et c'est la raison pour laquelle, au-delà de ce que vous avez repris dans les buts du Conseil fédéral, s'il s'agit d'une part d'améliorer la collaboration avec les cantons et d'autre part de créer une possibilité de politique nationale concertée de la santé, notre approche consiste:

1. à analyser à fond les questions de financement moniste ou dualiste;

2. à reprendre la question – dont parlait M. Brändli – de savoir comment arriver à une sélection, éventuellement, des prestataires de soins;

3. à développer justement ces instruments-là, qui sont les instruments du choix, de la «good medical practice». Voilà la voie que poursuit le Conseil fédéral. Ce n'est pas la voie de l'initiative. Encore une fois, celle-ci propose des modifications beaucoup plus radicales et c'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral vous a proposé de la rejeter sans contre-projet.

La commission a pensé que certaines des propositions qu'elle a introduites élargissaient la portée du projet du Conseil fédéral 00.079, «Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux». De ce fait, la commission a considéré qu'elle préparait un contre-projet indirect. Le Conseil fédéral n'a pas eu à se prononcer sur cette question puisque sa position était prise et que cette question concernait le Parlement. Le Conseil fédéral ne s'est donc pas prononcé sur la question de savoir s'il s'agit ou non d'un contre-projet indirect.

Les ordres que vous m'avez donnés, Monsieur le Président, me rendent la tâche un peu difficile. J'aimerais dire que la phrase qui a été citée par M. Stähelin, qui dit qu'au moment où la commission voudra demander cela, il faudra qu'elle ait des arguments, est une phrase hypothétique.

*Eintreten ist obligatorisch*

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

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheits-Initiative)»**

**Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative santé)»**

*Detailberatung – Examen de détail*

**Titel und Ingress, Art. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Titre et préambule, art. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Art. 2**

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Minderheit*

(Brunner Christiane, Leuenberger)

.... die Initiative anzunehmen.

**Art. 2**

*Proposition de la commission*

*Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Minorité*

(Brunner Christiane, Leuenberger)

.... d'accepter l'initiative.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 35 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 5 Stimmen

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

Für Annahme des Entwurfes .... 32 Stimmen

Dagegen .... 5 Stimmen

**Präsident (Plattner Gian-Reto, Präsident):** Wir diskutieren nun gemäss dem Kommissionsbericht vom 5. November



2002 die Frage, ob die Frist zur Ansetzung der Volksabstimmung zu verlängern ist oder nicht.

#### *Antrag der Kommission*

Die Kommission beantragt mit 5 zu 2 Stimmen:

##### *Mehrheit*

Die Frist zur Ansetzung der Volksabstimmung über die Gesundheits-Initiative gemäss Artikel 74 Absatz 2 BPR verlängern, bis die Vorlage 00.079 über die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zu Ende beraten ist; höchstens bis neun Monate nach der Schlussabstimmung durch beide Räte.

##### *Minderheit*

(Brunner Christiane, Studer Jean)

Die Fristverlängerung ablehnen.

#### *Proposition de la commission*

La commission propose, par 5 voix contre 2:

##### *Majorité*

Proroger le délai dans lequel la votation populaire relative à l'initiative santé doit intervenir aux termes de l'article 74 alinéa 2 LDP, au moins jusqu'à ce que les Chambres fédérales aient toutes deux achevé l'examen du projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (00.079), et au plus de neuf mois à compter du vote final des Chambres fédérales.

##### *Minorité*

(Brunner Christiane, Studer Jean)

Ne pas proroger le délai.

**Brunner Christiane (S, GE):** L'article 74 alinéa 1er de la loi fédérale sur les droits politiques prévoit que la votation populaire sur une initiative populaire doit avoir lieu dans la règle au plus tard neuf mois après le vote final des Chambres fédérales. C'est un délai impératif. L'article 74 alinéa 2, introduit à l'époque suite à la proposition du conseiller national Seiler, prévoit qu'une prolongation de ce délai est possible, à titre exceptionnel, lorsque les débats parlementaires sur un contre-projet indirect à l'initiative ne sont pas terminés. Les Chambres doivent alors formellement décider de cette prolongation et il doit s'agir d'un véritable contre-projet. Le législateur a en outre admis très clairement que cette possibilité d'exception doit être interprétée de manière restrictive. Le conseiller national Seiler lui-même avait déclaré que sa proposition ne visait que les véritables contre-projets, c'est-à-dire ceux qui concrétisent une alternative crédible au texte d'une initiative populaire.

Dans le débat sur l'initiative Denner, sur l'accélération des procédures (initiative populaire «pour une démocratie directe plus rapide», 98.065), le Conseil fédéral avait fait la promesse qu'à l'avenir la date d'une votation populaire se déciderait sans considération des éventuelles pressions politiques et sans manoeuvres de manipulation. Il fut encore précisé que le fait de soumettre au peuple en même temps une initiative en matière constitutionnelle et un contre-projet en matière législative n'avait de sens que pour autant qu'il y ait un lien concret quant à la matière et que cela constitue une véritable alternative pour le corps électoral appelé à trancher. Or, ces conditions ne sont justement pas réunies s'agissant d'opposer l'initiative populaire «La santé à un prix abordable» à la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (00.079).

En l'état actuel, le projet de deuxième révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie n'est en tout cas pas un véritable contre-projet indirect à l'initiative santé. D'une part, l'objectif social qui a été introduit par notre Conseil dans le projet de révision n'a pas été examiné jusqu'au bout, d'autre part, la majorité de la commission du Conseil national a refusé de fixer dans la loi les limites de revenu pour les montants de cotisations, ce qui fait qu'il ne propose pas de moyens adéquats pour garantir un objectif social qui pourrait être véritablement considéré comme un contre-projet indirect à l'initiative. Il y a de fortes chances que le Conseil national aille dans le même sens que la majorité de sa commission.

Il convient encore de dire qu'au stade où en sont les travaux, avec le nombre de divergences importantes que nous aurons entre les deux Conseils, nous ne pouvons pas encore dire, d'aucune manière, quel sera le résultat final et quelle va être l'orientation du projet de révision. On peut donc affirmer que proposer le report de la votation populaire avec un contre-projet aussi peu avancé revient à faire fi de l'esprit de la loi. En pratiquant une interprétation extensive de l'article 74 alinéa 2 de la loi fédérale sur les droits politiques, on dévalorise le droit d'initiative et on expose la décision sur la date du scrutin populaire à toutes sortes de manoeuvres, de manipulations et de pressions politiques. Or si la loi a été modifiée, c'est précisément dans le but de corriger ce genre de défaut.

Je ne résiste pas au plaisir de citer ce qui figure dans le rapport de la Chancellerie fédérale, mais qui concerne les déclarations faites dans notre Conseil:

«Auch bei der Beratung der Beschleunigungs-Initiative sah sich der Bundesrat in beiden Räten von den Regierungsparteien mit der Erwartung konfrontiert, sich bei Volksinitiativen insbesondere auch für die Volksabstimmung etwas mehr zu sputen. Das hat Kommissionspräsidentin Vreni Spoerry gesagt. Ständerat Franz Wicki appellierte gleichzeitig an den Bundesrat und auch an das Parlament, die heute gegebenen Fristen im Regelfall nicht auszuschöpfen. Und Ständerat Maximilian Reimann ermahnte den Bundesrat, der Respekt denjenigen Mitbürgerinnen und Mitbürgern gegenüber, die ein Volksbegehren unterzeichnet haben, gebiete es doch, eine Initiative so schnell wie möglich zu behandeln und sie nicht noch möglichst lange hin und her zu schieben.» C'étaient là les déclarations qui émanaient de notre Conseil en 1999.

Je dois vous dire que la discussion de ce matin en commission m'a confirmée dans mon interprétation qu'en voulant appliquer cette disposition exceptionnelle de la loi, on veut finalement arriver à faire en sorte que l'initiative santé ne soit pas mise en votation au mois de mai 2003, c'est-à-dire en année électorale. Il faut dire les choses comme elles sont: je ne peux pas me défaire de ce sentiment. Et je dois vous dire aussi que ce sentiment est quand même renforcé par le fait que l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie» (91.070), que nous avons lancée en son temps, et qui pratiquement portait sur le même objet, c'est-à-dire des primes en fonction du revenu, a dû, sous l'ancien règlement certes, attendre huit années et neuf mois pour être mise en votation populaire, en même temps d'ailleurs que la révision de la LAMA. Mais quand même, nous avons attendu huit années et neuf mois pour la mise en votation populaire!

Alors, en ce sens-là, je crois que cette fois-ci, il ne s'agit pas de jouer avec des possibilités qui nous sont données par la loi, mais qui n'étaient pas destinées à ce pourquoi la majorité de la commission entend les utiliser.

Je vous invite à rejeter la proposition de la majorité de la commission.

**Dreifuss Ruth, conseillère fédérale:** Effectivement, la commission a débattu de cette question du délai le 14 octobre dernier, c'est-à-dire il y a fort peu de temps. Ce n'est pas uniquement à cause de cela, mais également à cause de cela, que le Conseil fédéral a décidé d'analyser de façon plus approfondie l'application de l'article 74 de la loi fédérale sur les droits politiques. Vous avez reçu cette analyse qui n'est pas seulement celle de la Chancellerie fédérale, mais qui a fait aussi l'objet d'un bref débat au Conseil fédéral. Celui-ci a répété à cette occasion son voeu d'appliquer le plus strictement possible les délais, c'est-à-dire de réduire le plus possible les exceptions, comme il s'y était engagé dans le cadre de la votation sur l'initiative populaire dite Denner.

Lors du débat en commission, j'ai pris deux fois brièvement la parole. J'ai d'abord rappelé la compétence du Conseil fédéral de fixer les dates des scrutins. J'ai dit alors que le Conseil fédéral, respectant la règle des neuf mois – qui, avec notre rythme plus ou moins trimestriel de votations, pose parfois d'ailleurs certains petits problèmes, car cela peut



juste empêcher que l'on respecte encore un scrutin qui a lieu quelques jours après ces neuf mois –, envisageait cette votation en mai 2003. J'ai ajouté: «Cependant, si vous voulez prolonger le délai auquel est astreint le Conseil fédéral, il faudrait le décider également à la session de décembre, en même temps que la recommandation de vote.» Simple indication de date. J'ai ensuite repris la parole en allemand et j'ai précisé:

«1. Aufgrund der Regelung, wonach der Bundesrat die Initiative neun Monate nach der Schlussabstimmung der Volksabstimmung zu unterbreiten hat, kommt nur der Termin im Mai infrage. Der Termin im Februar wäre zu früh.

2. Wenn Sie dem Bundesrat die Kompetenz geben würden, die Frist zu verlängern, müssten Sie diesen Beschluss auch begründen, also die Argumente darlegen. Dannzumal wäre die KVG-Revision unter Dach und könnte wegen des Sozialziels als indirekter Gegenvorschlag betrachtet werden.»

Cette phrase n'est qu'une illustration du type d'argumentation que vous pourriez être amenés à faire sans la moindre appréciation de sa validité.

C'est en partie à mon initiative que cette discussion a eu lieu ensuite au Conseil fédéral. Mais nous avons aussi des problèmes avec d'autres initiatives populaires qui se trouvent dans la même situation. Je crois que la réponse du Conseil fédéral ou de la Chancellerie fédérale, mais après discussion au Conseil fédéral, est claire: il faut vraiment une raison absolument majeure pour que l'on prolonge ce délai; il faut évaluer de façon très précise si la révision de la loi qui est en cours peut effectivement être définie comme contre-projet indirect ou non.

Et d'ailleurs, dans toutes les discussions préalables sur ces questions de délai, aussi dans le document de la Chancellerie fédérale, on doit constater qu'il y a eu, par le passé, parfois un certain abus du terme de contre-projet par rapport à une initiative populaire, lorsqu'il s'agissait de contre-projets indirects.

Le texte de la Chancellerie fédérale attire aussi votre attention sur la difficulté de traiter de contre-projets indirects. La difficulté donc qu'il peut y avoir de savoir à partir de quel moment le délai de référendum doit courir si nous avons des textes de valeur différente, et celle de savoir comment expliquer aux citoyennes et aux citoyens que s'ils sont appelés à prendre position, par exemple, le même jour sur une initiative et un contre-projet indirect, il faudrait alors qu'ils comprennent que leur oui à une modification constitutionnelle pèserait plus lourd que leur oui à une modification de loi. On a donc essayé très rapidement, dans le court laps de temps à disposition depuis que la proposition de la commission a été déposée, d'approfondir ces questions, qui sont des questions essentielles, en Suisse, du bon fonctionnement de la démocratie. Ce que nous vous fournissons maintenant n'est certainement pas encore la fin de cette réflexion. Mais nous avons tenu à le faire pour que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause.

L'analyse permettant de savoir si c'est vraiment un contre-projet indirect ou pas est difficile à faire, et le Conseil fédéral n'a pas été invité à la faire. Il n'a pas eu le temps non plus de la faire, et ne peut donc pas se prononcer là-dessus. Tout ce que nous avons mis, et cela me paraît aussi être une règle absolument essentielle, et qui n'a pas pu être respectée dans ce cas-là, c'est que lorsque le Parlement envisage d'opposer un contre-projet à une initiative populaire, il serait absolument nécessaire que le Conseil fédéral puisse à ce moment-là se prononcer sur cette question difficile: s'agit-il ou non d'un contre-projet indirect, après les modifications que le Parlement a apportées au projet initial?

Donc je ne peux conclure que par une réponse qui est claire en ce qui concerne le message du Conseil fédéral relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (00.079). Dans son message, le Conseil fédéral, vu la dimension réduite qu'il avait donnée à la révision précitée, recommandait de rejeter l'initiative sans contre-projet. Le projet que nous vous avons présenté n'était pas un contre-projet. Vous l'avez enrichi. Le Conseil fédéral ne peut pas se prononcer sur la question de savoir si ce que vous y avez

ajouté – et en tenant compte des perspectives de voir, dans notre système bicaméral, le projet aboutir – permet d'élever la révision partielle de la LAMal au rang de contre-projet.

Je ne peux que vous inciter à faire preuve de la plus grande prudence dans un domaine qui touche fondamentalement aux droits populaires, car il faut que le peuple puisse avoir confiance dans l'exécutif et le législatif, cela lorsqu'il est appelé aux urnes et par rapport au moment où il est appelé aux urnes. Mais ma réponse ne peut pas être plus claire que celle-là, étant donné que le Conseil fédéral n'a pas pu faire la pesée d'intérêts à laquelle vous vous apprêtez à procéder.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 28 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 9 Stimmen

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Die Rechtsgelehrten sind zum Schluss gekommen, dass die Sache erledigt ist, wenn der Nationalrat dem Antrag auf Fristverlängerung nicht zustimmt.

La commission a déjà discuté de cet objet en date du 15 novembre dernier, à la suite de la décision de la commission du Conseil des Etats de proroger le délai de soumission au peuple de l'initiative populaire visée en objet.

De notre côté, nous avons refusé de proroger ce délai au vu des considérations suivantes.

Il nous a semblé tout d'abord que la deuxième partie de la révision de la LAMal pouvait difficilement être invoquée à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire, seules les dispositions sur l'abaissement des primes allant dans une certaine mesure à sa rencontre. De fait, une prorogation d'une année pour le traitement de l'initiative avait déjà été décidée par les deux Conseils en prenant en considération l'article 27 alinéa 5bis de la loi sur les rapports entre les conseils et en postulant que cette mesure peut être prise si une décision a été prise «sur un contre-projet ou un acte législatif qui a un rapport étroit avec l'initiative populaire».

A la suite de cette décision, ce n'est que le 27 novembre dernier que le Conseil des Etats a examiné cette initiative. En ce qui nous concerne, le délai échoit aujourd'hui même. Comme notre Conseil, il en recommande le rejet par 35 voix contre 5. Il faut bien admettre à la suite de cette procédure que la deuxième partie de la révision de la LAMal a en effet été considérée de facto comme un contre-projet indirect.

Lors du traitement par notre Conseil de l'initiative populaire «pour une démocratie directe plus rapide» (98.065), il avait été recommandé d'accélérer la procédure dans la mesure du possible et, en particulier, d'utiliser la possibilité de proroger les délais avec la plus grande réserve. Dans ce contexte, il ne devrait être fait recours qu'avec la plus grande circonspection aux possibilités offertes par l'article 74 alinéa 2 de la loi fédérale sur les droits politiques pour différer la votation populaire.

Votre commission a refusé d'envisager cette éventualité, par 12 voix contre 5 et avec 5 abstentions, le 15 novembre dernier. Toutefois, en prévision d'une divergence probable avec le Conseil des Etats, elle a sollicité un avis de droit juridique de la Chancellerie fédérale quant à l'interprétation de cet article.

Celui-ci nous a été communiqué le 24 novembre 2002. Il met en évidence, à la suite d'un examen très détaillé de la question, qu'il ne saurait être fait recours à l'article 74 alinéa 2 LDP que de manière extrêmement restrictive. En particulier, il fait remarquer que cette prolongation ne peut entrer en ligne de compte que sur décision expresse des deux Chambres de l'Assemblée fédérale et que si les délibérations sur un contre-projet indirect portant sur une loi sont encore en cours, et enfin, en se référant au procès-verbal des délibérations sur l'introduction de l'article 74 alinéa 2 dans la loi en 1995, que l'auteur de cette proposition, M. Seiler Hanspeter, avait spécifié que l'article ne devait être appliqué rien que pour de tels cas, si nécessaire et dans l'intérêt de la chose. Cet article se doit donc de respecter les principes constitutionnels de proportionnalité et de bonne foi et n'autorise en aucun cas à temporiser pour des raisons politiques.

En conséquence, l'une des conclusions de cet avis postule expressément que toute interprétation extensive de l'article 74 alinéa 2 LDP serait contraire à l'intention déclarée du Conseil fédéral et des Chambres de rendre calculables les délais de traitement des initiatives populaires et de les mettre à l'abri des pressions politiques.

Le Conseil des Etats ne s'est pas tenu à ces considérations et a néanmoins décidé, par 28 voix contre 9, de proroger le délai de soumission au peuple.

La commission a réexaminé la question en date du 3 décembre dernier et se refuse une nouvelle fois à suivre la décision du Conseil des Etats, ceci par 12 voix contre 5 et avec 5 abstentions, au vu des arguments que je viens d'exposer. Elle vous prie donc d'en faire de même.

**Borer Roland (V, SO), für die Kommission:** Ich möchte nur noch kurz zusammenfassen, worum es hier eigentlich geht – wir behandeln ja die Initiative nicht mehr inhaltlich, das ist erledigt –: Die Kommission muss ein weiteres Mal zum Verfah-

00.046

## Gesundheits-Initiative. Volksinitiative

### Initiative santé. Initiative populaire

#### Schlussabstimmung – Vote final

Botschaft des Bundesrates 31.05.00 (BBI 2000 4267)

Message du Conseil fédéral 31.05.00 (FF 2000 3931)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 13.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Bericht SGK-SR 09.07.01

Rapport CSSS-CE 09.07.01

Bericht SGK-NR 20.09.01

Rapport CSSS-CN 20.09.01

Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 05.12.01 (Frist – Délai)

Bericht SGK-SR 05.11.02

Rapport CSSS-CE 05.11.02

Ständerat/Conseil des Etats 27.11.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Bericht SGK-NR 03.12.02

Rapport CSSS-CN 03.12.02

Nationalrat/Conseil national 05.12.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

Ständerat/Conseil des Etats 05.12.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2002 8149)

Texte de l'acte législatif (FF 2002 7566)

**Le président (Christen Yves, président):** La commission propose, par 12 voix contre 5 et avec 5 abstentions, de ne pas proroger le délai dans lequel la votation populaire relative à l'initiative santé doit intervenir.

**Guisan Yves (R, VD), pour la commission:** Vous avez tous lu le rapport de la commission du 3 décembre 2002 qui vous a été distribué. J'y ajouterai les éléments suivants.

siehe S. 39 B  
voir p. 39B

ren Stellung nehmen, weil der Ständerat relativ eindeutig, mit 28 zu 9 Stimmen, der Ansicht war, dass die KVG-Revision, wie sie gegenwärtig im Gange ist, aufgrund eines ausformulierten Sozialziels als indirekter Gegenvorschlag zur Initiative angesehen werden könnte.

Die SGK-NR ist ebenso deutlich der Meinung, dass dem nicht so sein kann. Sie ist der Ansicht, dass diese Gesetzesrevision weder vom Inhalt her noch auf der Basis der Anträge der Minderheiten oder der Mehrheit als indirekter Gegenvorschlag zur Gesundheits-Initiative angesehen werden kann. Die SGK-NR ist ebenso klar der Meinung, dass eine Fristverlängerung, wie sie der Ständerat hier vorsieht, eine absolute Ausnahme sein müsste. Wenn man nämlich diese Art der Fristverlängerung auf der Basis einer Gesetzesbehandlung zur Regel machen würde, könnte das dahingehend interpretiert werden bzw. könnte in der Öffentlichkeit der Eindruck entstehen, dass die Änderung im Bundesgesetz über die politischen Rechte nur dafür gemacht worden sei, um Fristen bis zum Sankt-Nimmerleins-Tag erstrecken zu können. Erschwerend kommt natürlich auch hinzu, dass im nächsten Jahr Wahlen stattfinden werden. Es wäre auch möglich, dass eine Interpretation in diese Fristverlängerung hineingelegt würde, die nicht unbedingt richtig ist.

Die SGK ist klar der Meinung, dass man die Gesundheits-Initiative, wie sie jetzt vorliegt, zur Abstimmung bringen muss, und zwar innerhalb der vorgesehenen Fristen. Das ist dieser Rat dem Volk schuldig, wenn man der Volksmeinung den notwendigen Respekt entgegenbringen will.

Aufgrund dieser Umstände beantragt Ihnen die Kommission mit 12 zu 5 Stimmen bei 5 Enthaltungen deutlich, die Frist nicht zu verlängern und die Gesundheits-Initiative wie vorgesehen zur Abstimmung zu bringen.

**Gross Jost (S, TG):** Ich danke Ihnen dafür, dass ich die Gelegenheit erhalten habe, auch aus der Sicht unserer Fraktion und der Initianten kurz Stellung zu nehmen.

Die Bundeskanzlei ist das juristische Gewissen über die Wahrung der Volksrechte auf Bundesebene. Das Ergebnis dieser Prüfung ist klar; nur aus handfesten politischen Gründen kann man sich darüber hinwegsetzen. Die Bundeskanzlei sagt unter anderem, jede extensive Auslegung von Artikel 74 des Bundesgesetzes über die politischen Rechte widerspräche der erklärten Absicht von Bundesrat und Bundesversammlung, die Fristen zur Behandlung von Volksinitiativen berechenbar und unabhängig vom politischen Druck zu machen. Wer heute das Gegenteil vertritt, riskiert den Verfassungsbruch aus billigem politischem Kalkül und höhlt die Volksrechte, ein Kernstück unserer direkten Demokratie, aus, indem er den Abstimmungstermin irgendwelchen politischen Druckversuchen und Manipulationen aussetzt. Wer dieser Versuchung nachgibt, setzt ein gefährliches Präjudiz für eine bleibende Entwertung des Initiativrechtes.

Hier möchte ich zu den Kolleginnen und Kollegen der SVP-Fraktion sagen: Sie haben eine Volksinitiative zur Überprüfung der Pflichtleistungen der Grundversicherung angekündigt. Man würde Ihnen aufgrund dieser verfassungswidrigen Praxis dann vielleicht 2004 oder 2005 sagen, eine Volksabstimmung über diese Initiative sei nicht opportun, weil gerade die 3. KVG-Revision in der Beratung der Räte stehe.

Wie begründet der Ständerat diesen unverständlichen Entscheid? Er sagt, er hätte das Sozialziel nicht in das Gesetz aufgenommen, wenn er es nicht als indirekten Gegenvorschlag verstanden hätte. Nein, meine Damen und Herren Ständeräte, das ist nicht so. Das Sozialziel wurde aufgenommen, weil der soziale Zweck der Prämienverbilligung in vielen Fällen nicht mehr erreicht wurde, weil die Schmerzgrenze hier erreicht ist und weil Sie etwas tun mussten, wenn Sie nicht völlig am Volk vorbei legislieren wollten. Hier hat sich der Nationalrat ja angeschlossen.

Unsere Gesundheits-Initiative aber will einen fundamentalen Systemwechsel, nämlich eine einkommens- und vermögensabhängige Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung statt des unsozialen Kopfprämiensystems. Das wollen übrigens nach einer aktuellen Umfrage auch 72 Pro-

zent der Bevölkerung. Der Ständerat will das nicht; auch die Kommissionsmehrheit hat sich auf einen solchen Systemwechsel nicht eingelassen.

Das Gleiche könnte man für unsere Vorschläge in Bezug auf die Mengenentwicklung sagen. Auch hier hat man ganz klar die Massnahmen auf der Nachfrageseite angesetzt, unter anderem mit einer Erhöhung der gesetzlichen Mindestfranchise.

Diese 2. KVG-Teilrevision ist ein Reförmchen mit aus unserer Sicht sehr durchzogener Bilanz. Es erfolgt kein Systemwechsel im Sinne unserer Initiative. Man kann dem zustimmen, man kann das ablehnen, aber man kann dem Volk nicht sagen, dies sei ein erster Schritt in Richtung einer sozialeren Finanzierung der Krankenversicherung. Das Volk und die Stände müssen deshalb das Recht haben, im nächsten Jahr über diesen Systemwechsel abzustimmen. Wenn Sie dem nicht folgen, dann gefährden Sie die KVG-Revision.

Folgen Sie der Kommission, der Bundeskanzlei und dem Bundesrat.

**Le président (Christen Yves, président):** Le groupe radical-démocratique communique qu'il soutient la proposition de la majorité de la commission.

*Angenommen – Adopté*

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheits-Initiative)»**

**Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative santé)»**

*Abstimmung – Vote*

*(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 00.046/3139)*

Für Annahme des Entwurfes .... 84 Stimmen

Dagegen .... 60 Stimmen

**siehe S. 39  
Votr p. 39**

**Le président (Christen Yves, président):** J'ai ajouté la voix de M. Borer car, comme il était au pupitre des rapporteurs, son dispositif de vote n'a pas fonctionné, on ne l'a pas permuté immédiatement.

*Schluss der Sitzung um 11.15 Uhr*

*La séance est levée à 11 h 15*

00.046

**Gesundheits-Initiative.  
Volksinitiative  
Initiative santé.  
Initiative populaire**

*Schlussabstimmung – Vote final*

Botschaft des Bundesrates 31.05.00 (BBl 2000 4267)

Message du Conseil fédéral 31.05.00 (FF 2000 3931)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 12.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 13.12.00 (Fortsetzung – Suite)

Bericht SGK-SR 09.07.01

Rapport CSSS-CE 09.07.01

Bericht SGK-NR 20.09.01

Rapport CSSS-CN 20.09.01

Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 05.12.01 (Frist – Délai)

Bericht SGK-SR 05.11.02

Rapport CSSS-CE 05.11.02

Ständerat/Conseil des Etats 27.11.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Bericht SGK-NR 03.12.02

Rapport CSSS-CN 03.12.02

Nationalrat/Conseil national 05.12.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

Ständerat/Conseil des Etats 05.12.02 (Schlussabstimmung – Vote final)

---

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheits-Initiative)»  
Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative santé)»**

*Abstimmung – Vote*

Für Annahme des Entwurfes .... 35 Stimmen

Dagegen .... 5 Stimmen

*Schluss der Sitzung um 09.40 Uhr*

*La séance est levée à 09 h 40*





**Geschäft:** 'Gesundheit muss bezahlbar bleiben' (Gesundheitsinitiative). Volksinitiative

**Objet:** 'La santé à un prix abordable' (initiative-santé). Initiative populaire

**Gegenstand:** Gesamt Abstimmung

**Objet du vote:** Vote sur l'ensemble

**Abstimmung vom / Vote du:** 13.12.2000 16:04:39

Abate	*	R	TI	Fattebert	+	V	VD	Kofmel	*	R	SO	Schürer	+	V	ZH
Aeppli Wartmann	=	S	ZH	Favre	*	R	VD	Kurz	*	V	LU	Schmid Odilo	+	C	VS
Aeschbacher	o	E	ZH	Fehr Hans	*	V	ZH	Kurrus	*	R	BL	Schmid Walter	+	V	BE
Antille	+	R	VS	Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Lachat	+	C	IU	Schneider	*	R	BE
Baader Caspar	*	V	BL	Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Lalive d'Épinay	*	R	SZ	Schwaab	=	S	VD
Bader Elvira	+	C	SO	Fehr Lisbeth	+	V	ZH	Laubacher	+	V	LU	Seller Hanspeter	+	V	BE
Banga	=	S	SO	Fehr Mario	=	S	ZH	Lauper	*	C	FR	Siegrist	*	V	AG
Bangerter	*	R	BE	Fetz	=	S	BS	Leu	+	C	LU	Simoneschi-Cortesi	*	C	TI
Baumann Alexander	+	V	TG	Fischer-Seengen	+	R	AG	Leutenegger Hajo	+	R	ZG	Sommaruga	=	S	BE
Baumann Ruedi	=	G	BE	Föhn	+	V	SZ	Leutenegger Susanne	=	S	BL	Speck	+	V	AG
Baumann Stephanie	=	S	BE	Freund	*	V	AR	Leuthard	+	C	AG	Spielmann	*	-	GE
Beck	+	L	VD	Frey Claude	+	R	NE	Loepfe	+	C	AI	Spuhler	+	V	TG
Berberat	*	S	NE	Frey Walter	*	V	ZH	Lustenberger	*	C	LU	Stahl	+	V	ZH
Bernasconi	*	R	GE	Gadient	+	V	GR	Maillard	=	S	VD	Stamm Luzi	*	R	AG
Bezzola	*	R	GR	Galli	*	C	BE	Maitre	+	C	GE	Steiniger	+	R	UR
Bigger	+	V	SG	Garbani	=	S	NE	Mariétan	+	C	VS	Steiner	+	R	SO
Bignasca	=	-	TI	Gerner	=	G	ZH	Marti Werner	=	S	GL	Strahm	=	S	BE
Binder	+	V	ZH	Giezendanner	*	V	AG	Marty Kälin	=	S	ZH	Studer Heiner	o	E	AG
Blocher	*	V	ZH	Glasson	+	R	FR	Maspöli	o	-	TI	Stump	=	S	AG
Borer	+	V	SO	Glur	+	V	AG	Mathys	+	V	AG	Suter	+	R	BE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Maurer	*	V	ZH	Teuscher	=	G	BE
Bosshard	*	R	ZH	Gonseth	o	G	BL	Maury Pasquier	=	S	GE	Thanei	=	S	ZH
Brunner Toni	+	V	SG	Grobet	*	S	GE	Meier-Schatz	+	C	SG	Theiler	+	R	LU
Bugnon	+	V	VD	Gross Andreas	*	S	ZH	Ménétrez Savary	=	G	VD	Tillmanns	=	S	VD
Bühlmann	=	G	LU	Gross Jost	=	S	TG	Messmer	+	R	TG	Triponez	+	R	BE
Bühler	+	R	SH	Guisan	+	R	VD	Meyer Thérèse	+	C	FR	Tschäppät	=	S	BE
Cavalli	=	S	TI	Günter	*	S	BE	Mörgeli	*	V	ZH	Tschuppert	+	R	LU
Chappuis	*	S	FR	Gutzwiller	+	R	ZH	Mugny	=	G	GE	Vallender	+	R	AR
Chevrier	+	C	VS	Gysin Hans Rudolf	+	R	BL	Müller Erich	+	R	ZH	Vaudroz Jean-Claude	*	C	GE
Chiffelle	=	S	VD	Gysin Remo	=	S	BS	Müller-Hemmi	*	S	ZH	Vaudroz René	+	R	VD
Christen	+	R	VD	Haering Binder	=	S	ZH	Nabholz	+	R	ZH	Vermot	=	S	BE
Cina	+	C	VS	Haller	+	V	BE	Neiryck	*	C	VD	Vollmer	=	S	BE
Cuche	=	G	NE	Hämmerle	=	S	GR	Oehri	+	V	BE	Waber Christian	*	E	BE
de Dardel	=	S	GE	Hassler	+	V	GR	Pedrina	*	S	TI	Walker Félix	+	C	SG
Decurtins	+	C	GR	Heberlein	+	R	ZH	Peili	*	R	TI	Walter Hansjörg	+	V	TG
Donzé	o	E	BE	Hegetschweiler	+	R	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wandfluh	*	V	BE
Dormann Rosemarie	+	C	LU	Heim	+	C	SO	Polla	+	L	GE	Wasserfallen	*	R	BE
Dormond Marlyse	=	S	VD	Hess Bernhard	*	-	BE	Ragenbass	+	C	TG	Weigelt	+	R	SG
Dunant	+	V	BS	Hess Peter	#	C	ZG	Randegger	+	R	BS	Weyeneth	+	V	BE
Dupraz	+	R	GE	Hess Walter	+	C	SG	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Widmer	=	S	LU
Durrer	+	C	OW	Hofmann Urs	=	S	AG	Rechsteiner-Basel	=	S	BS	Widrig	+	C	SG
Eberhard	+	C	SZ	Hollenstein	=	G	SG	Renwald	=	S	IU	Wiederkehr	*	E	ZH
Egerszegi	+	R	AG	Hubmann	=	S	ZH	Riklin	*	C	ZH	Wittenwiler	*	R	SG
Eggly	+	L	GE	Imhof	+	C	BL	Robbiani	=	C	TI	Wyss Ursula	=	S	BE
Ehrler	+	C	AG	Janiak	=	S	BL	Rossini	=	S	VS	Zäch	+	C	AG
Engelberger	+	R	NW	Joder	+	V	BE	Ruey	*	L	VD	Zanetti	=	S	SO
Estermann	+	C	LU	Jossen	=	S	VS	Sandoz Marcel	*	R	VD	Zapfl	+	C	ZH
Eymann	o	L	BS	Jutzet	=	S	FR	Schenk	+	V	BE	Zbinden	=	S	AG
Fasel	*	G	FR	Kaufmann	+	V	ZH	Scherer Marcel	+	V	ZG	Zisnyadis	*	-	VD
Fässler	=	S	SG	Keller Robert	+	V	ZH	Scheurer Rémy	+	L	NE	Zuppiger	+	V	ZH

+ ja / oui / sì \* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente  
 = nein / non / no hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato  
 o enth. / abst. / ast. # Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

Gesamt / Complète / Tutto		Fraktion / Groupe / Gruppo	C	D	F	G	L	R	S	E	V	-
ja / oui / sì	91	ja / oui / sì	26	0	0	0	4	28	0	0	33	0
nein / non / no	55	nein / non / no	1	0	0	8	0	0	45	0	0	1
enth. / abst. / ast.	6	enth. / abst. / ast.	0	0	0	1	1	0	0	3	0	1
entschuldigt / excusé / scusato	47	entschuldigt / excusé / scusato	7	0	0	1	1	15	7	2	11	3

Bedeutung Ja / Signification de oui: Zustimmung zum BB  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Ablehnung des BB



## NATIONALRAT

Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

## CONSEIL NATIONAL

Procès-verbal de vote

## Geschäft / Objet:

Bundesbeschluss über die Volksinitiative 'Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)'

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire 'La santé à un prix abordable (initiative-santé)'

## Gegenstand / Objet du vote:

## Vote final

Abstimmung vom / Vote du: 05.12.2002 11:13:24

Abate	*	R	TI	Fehr Hans	*	V	ZH	Kurrus	*	R	BL	Schlüter	+	V	ZH
Aeppli Wartmann	*	S	ZH	Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Lachat	+	C	JU	Schmid Odilo	=	C	VS
Aeschbacher	o	E	ZH	Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Lalive d'Epinay	+	R	SZ	Schmid Walter	+	V	BE
Antille	+	R	VS	Fehr Lisbeth	+	V	ZH	Laubacher	+	V	LU	Schneider	+	R	BE
Baader Caspar	*	V	BL	Fehr Mario	=	S	ZH	Lauper	+	C	FR	Schwaab	=	S	VD
Bader Elvira	+	C	SO	Felz	=	S	BS	Leu	+	C	LU	Seiler Hanspeter	+	V	BE
Banga	=	S	SO	Fischer-Seengen	+	R	AG	Leutenegger Hajo	*	R	ZG	Siegrist	+	V	AG
Bangertner	+	R	BE	Föhn	*	V	SZ	Leutenegger Susanne	=	S	BL	Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Baumann Alexander	+	V	TG	Freund	+	V	AR	Leuthard	+	C	AG	Sommaruga	=	S	BE
Baumann Ruedi	=	G	BE	Frey Claude	*	R	NE	Loepfe	+	C	AI	Speck	*	V	AG
Baumann Stephanie	=	S	BE	Gadient	+	V	GR	Lustenberger	*	C	LU	Spielmann	o	-	GE
Beck	+	L	VD	Galli	o	C	BE	Maillard	=	S	VD	Spuhler	*	V	TG
Berberat	*	S	NE	Garbani	=	S	NE	Maitre	+	C	GE	Stahl	+	V	ZH
Bernasconi	+	R	GE	Genner	=	G	ZH	Mariétan	+	C	VS	Stamm Luzi	+	V	AG
Bezzola	*	R	GR	Giezendanner	*	V	AG	Marti Werner	=	S	GL	Steinegger	*	R	UR
Bigger	+	V	SG	Glason	+	R	FR	Marty Kälin	=	S	ZH	Steiner	*	R	SO
Bignasca	*	-	TI	Giur	+	V	AG	Maspoli	*	-	TI	Strahm	=	S	BE
Binder	*	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Mathys	*	V	AG	Studer Heiner	o	E	AG
Blocher	*	V	ZH	Graf	=	G	BL	Maurer	+	V	ZH	Stump	=	S	AG
Borer	+	V	SO	Grobet	o	S	GE	Maury Pasquier	=	S	GE	Suter	*	R	BE
Bortoluzzi	*	V	ZH	Gross Andreas	=	S	ZH	Meier-Schatz	+	C	SG	Teuscher	=	G	BE
Bosshard	+	R	ZH	Gross Jost	=	S	TG	Ménétreay Savary	=	G	VD	Thanei	=	S	ZH
Bruderer	=	S	AG	Guisan	*	R	VD	Messmer	+	R	TG	Theiler	+	R	LU
Brunner Toni	+	V	SG	Günter	=	S	BE	Meyer Thérèse	*	C	FR	Tillmanns	=	S	VD
Bugnon	+	V	VD	Gutzwiller	*	R	ZH	Mörgeli	*	V	ZH	Triponez	+	R	BE
Bühlmann	=	G	LU	Gysin Hans Rudolf	+	R	BL	Mugny	=	G	GE	Tschäppät	*	S	BE
Bührer	*	R	SH	Gysin Remo	=	S	BS	Müller Erich	+	R	ZH	Tschuppert	+	R	LU
Cavalli	=	S	TI	Haering Binder	*	S	ZH	Müller-Hemmi	=	S	ZH	Vallender	*	R	AR
Chappuis	=	S	FR	Haller	+	V	BE	Nabholz	+	R	ZH	Vaudroz Jean-Claude	*	C	GE
Chevrier	+	C	VS	Hämmerle	=	S	GR	Neiryock	=	C	VD	Vaudroz René	+	R	VD
Christen	#	R	VD	Hassler	+	V	GR	Oehrl	+	V	BE	Vermot	=	S	BE
Cina	+	C	VS	Heberlein	+	R	ZH	Pedrina	=	S	TI	Vollmer	=	S	BE
Cuche	=	G	NE	Hegetschweiler	+	R	ZH	Pelli	+	R	TI	Waber Christian	*	E	BE
de Dardel	=	S	GE	Heim	+	C	SO	Pfister Theophil	+	V	SG	Walker Félix	+	C	SG
Decurtins	*	C	GR	Hess Bernhard	o	-	BE	Polla	*	L	GE	Walter Hansjörg	+	V	TG
Donzé	*	E	BE	Hess Peter	+	C	ZG	Reggenbass	+	C	TG	Wandfluh	+	V	BE
Dormann Rosemarie	*	C	LU	Hess Walter	*	C	SG	Randegger	+	R	BS	Wasserfallen	+	R	BE
Dormond Marlyse	=	S	VD	Hofmann Urs	=	S	AG	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Weigelt	+	R	SG
Dunant	+	V	BS	Hollenstein	*	G	SG	Rechsteiner-Basel	=	S	BS	Weyeneth	+	V	BE
Dupraz	+	R	GE	Hubmann	=	S	ZH	Rennwald	=	S	JU	Widmer	=	S	LU
Eberhard	*	C	SZ	Imfeld	*	C	OW	Riklin	+	C	ZH	Widrig	+	C	SG
Egerszegi	+	R	AG	Imhof	+	C	BL	Robbiani	=	C	TI	Wiederkehr	=	E	ZH
Eggly	+	L	GE	Janiak	=	S	BL	Rossini	=	S	VS	Wirz-von Planta	+	L	BS
Ehrler	+	C	AG	Joder	*	V	BE	Ruey	*	L	VD	Wittenwiler	*	R	SG
Engelberger	+	R	NW	Jossen	=	S	VS	Salvi	=	S	VD	Wyss Ursula	=	S	BE
Estermann	+	C	LU	Jutzet	=	S	FR	Sandoz Marcel	*	R	VD	Zäch	*	C	AG
Fasel	=	G	FR	Kaufmann	+	V	ZH	Schenk	*	V	BE	Zanetti	=	S	SO
Fässler	=	S	SG	Keller Robert	+	V	ZH	Scherer Marcel	*	V	ZG	Zapfl	+	C	ZH
Fattebert	+	V	VD	Kofmel	+	R	SO	Scheurer Rémy	+	L	NE	Zisyadis	o	-	VD
Favre	+	R	VD	Kunz	+	V	LU	Schibli	+	V	ZH	Zuppiger	+	V	ZH

+ ja / oui / si

\* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente

= nein / non / no

hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato

o enth. / abst. / ast.

# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

## Ergebnisse / Résultats:

Gesamt / Complète / Tutto		Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	L	R	S	E	V	-
ja / oui / si	84	ja / oui / si	22	0	4	27	0	0	31	0
nein / non / no	60	nein / non / no	3	9	0	0	47	1	0	0
enth. / abst. / ast.	7	enth. / abst. / ast.	1	0	0	0	1	2	0	3
entschuldigt / excusé / scusato	48	entschuldigt / excusé / scusato	9	1	2	14	4	2	14	2

Bedeutung Ja / Signification de oui:

Bedeutung Nein / Signification de non:

00.046

## Gesundheits-Initiative. Volksinitiative

*Bericht SGK-SR 09.07.01*

Antrag der Kommission

Die Kommission beantragt, die Frist für die Behandlung der Vorlage gemäss Artikel 27 Absatz 2bis GVG um ein Jahr (bis am 8. Dezember 2002) zu verlängern.

Die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» wurde am 9. Juni 1999 eingereicht. Am 31. Mai 2000 hat der Bundesrat seine Botschaft verabschiedet, in der er beantragt, die Volksinitiative abzulehnen. Auch der Nationalrat beantragt Ablehnung der Initiative (AB vom 13. Dezember 2000). Die Behandlungsfrist beträgt 30 Monate ab Einreichung der Initiative und läuft am 8. Dezember 2001 ab. Sie kann um ein Jahr verlängert werden, wenn mindestens ein Rat über einen Gegenentwurf Beschluss gefasst hat.

Im Rahmen der Beratung der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (00.079 s) beantragt die Kommission ihrem Rat, der Volksinitiative einen Gegenentwurf entgegenzustellen. Eine der Hauptforderungen der Volksinitiative ist, dass die Versichertenbeiträge im Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen sowie unter Berücksichtigung von Familienlasten festzulegen seien. Diesem Anliegen trägt die Kommission in Artikel 65 Absatz 1bis (neu) KVG Rechnung. Während die Volksinitiative einkommensabhängige Prämien fordert, beantragt die Kommission die Einführung eines Sozialziels: Die Prämienverbilligungen seien so zu bemessen, dass die Prämien für die Grundversicherung 8 Prozent des um einen Vermögensfaktor bereinigten Einkommens nicht übersteigen.

Gleichzeitig mit der Verabschiedung der Vorlage zur Revision des KVG beantragt die Kommission, die Frist zur Behandlung der Gesundheitsinitiative um ein Jahr zu verlängern.

*Bericht SGK-SR 05.11.02*

Die Frist des Parlaments für die Behandlung der am 9. Juni 1999 eingereichten Gesundheits-Initiative wird am 8. Dezember 2002 ablaufen. Der Nationalrat hat am 13. Dezember 2000 beschlossen, diese Volksinitiative Volk und Ständen ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung zu empfehlen. Im Rahmen der 2. Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, 00.079) beschloss der Ständerat am 29. November 2001, der Volksinitiative einen indirekten Gegenvorschlag entgegenzustellen, nämlich die Festlegung eines so genannten Sozialziels bei der Prämienverbilligung. In der Folge hat er gemäss Artikel 27 Absatz 5bis GVG die Frist zur Behandlung der Gesundheits-Initiative um ein Jahr verlängert, und der Nationalrat hat dieser Fristverlängerung am 5. Dezember 2001 zugestimmt.

Die 2. KVG-Revision wird dem Nationalrat in der dritten Woche der Wintersession 2002 zur Beratung vorgelegt werden. Angesichts voraussehender Differenzen wird die Schlussabstimmung nicht in der Wintersession 2002 erfolgen, so dass bei der Vorbereitung der Unterlagen für die Volksabstimmung vom 18. Mai 2003 der indirekte Gegenentwurf noch nicht verabschiedet sein wird. Dem Bundesrat sollte daher Gelegenheit gegeben werden, die Volksabstimmung zu einem Zeitpunkt anzusetzen, an dem der materielle Inhalt des Gegenvorschlags bekannt ist. Die Kommission erachtet es als angezeigt, folgenden Antrag zu stellen:

Antrag der Kommission

Die Kommission beantragt mit 5 zu 2 Stimmen, die Frist zur Ansetzung der Volksabstimmung über die Gesundheits-Initiative gemäss Artikel 74 Absatz 2 BPR zu verlängern, bis die Vorlage 00.079 über die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zu Ende beraten ist; höchstens bis neun Monate nach der Schlussabstimmung durch beide Räte. – Eine Minderheit (Brunner, Studer) beantragt, die Fristverlängerung abzulehnen.

00.046

## Initiative santé. Initiative populaire

*Rapport CSSS-CE 09.07.01*

Proposition de la commission

Conformément à l'article 27 alinéa 2bis LREC, la commission propose de prolonger le délai de traitement du projet de un an (jusqu'au 8 décembre 2002).

L'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative santé)» a été déposée le 9 juin 1999. Le 31 mai 2000, le Conseil fédéral a publié un message proposant de rejeter ladite initiative. Le Conseil national a, lui aussi, proposé le rejet de l'initiative (BO du 13 décembre 2000). Rappelons que le délai de traitement est de 30 mois à partir du dépôt de l'initiative populaire, et qu'il arrivera donc à échéance le 8 décembre prochain. Toutefois, ce délai peut être prolongé d'un an si l'un des conseils au moins a pris une décision sur un contre-projet.

Or, dans le cadre de la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie, le Conseil des Etats a décidé d'opposer un contre-projet à l'initiative populaire en question. Cette dernière vise principalement à fixer le montant des primes en tenant compte du revenu, de la fortune réelle et des charges familiales. Cet objectif a été pris en compte par la commission dans l'article 65 alinéa 1bis (nouveau) LAMal. Tandis que l'initiative populaire demande l'établissement des primes en fonction des revenus, la commission propose l'introduction d'un but social: il s'agit de fixer le montant de la réduction des primes, de façon à ce que les primes versées pour l'assurance de base ne dépassent pas 8 pour cent du revenu corrigé d'un facteur tenant compte de la fortune.

Parallèlement à l'adoption du projet de révision de la LAMal, la commission propose de prolonger d'un an le délai de traitement de l'initiative santé.

*Rapport CSSS-CE 05.11.02*

Le délai dont dispose le Parlement pour traiter l'initiative santé, déposée le 9 juin 1999 arrive à échéance le 8 décembre 2002. En date du 13 décembre 2000, le Conseil national a décidé de recommander au peuple et aux cantons le rejet de cette initiative populaire sans proposer de contre-projet.

Dans le cadre de la 2ème révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal, 00.079), le Conseil des Etats a pris la décision, en date du 29 novembre 2001, d'opposer à cette initiative populaire un contre-projet indirect consistant à définir un «but social» sous la forme d'une réduction des primes. Par conséquent, et conformément à l'art. 27, al. 5bis, LREC, la Chambre haute a prorogé d'une année le délai de traitement de ladite initiative, ce que le Conseil national a approuvé le 5 décembre 2001.

La 2ème révision de la LAMal sera examinée par le Conseil national au cours de la troisième semaine de la session d'hiver 2002. En raison des divergences prévisibles, le vote final n'aura cependant pas lieu pendant cette même session, ce qui aura pour conséquence qu'en tout état de cause, les documents explicatifs à joindre au contre-projet ne pourront être prêts le 18 mai 2003, date fixée pour la votation populaire. Il convient donc de donner au Conseil fédéral la possibilité de repousser la votation populaire à une date à laquelle le contenu, du moins du contre-projet, aura été porté à la connaissance du public. La commission estime donc opportun de formuler la proposition suivante:

Proposition de la commission

La commission propose, par 5 voix contre 2, de proroger le délai dans lequel la votation populaire relative à l'initiative santé doit intervenir aux termes de l'art. 74, al. 2, LDP, au moins jusqu'à ce que les Chambres fédérales aient toutes deux achevé l'examen du projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (00.079), et au plus de neuf mois à compter du vote final des Chambres fédérales. – Une minorité (Brunner, Studer) propose de ne pas proroger le délai.

00.046

## Gesundheits-Initiative. Volksinitiative

*Bericht SGK-NR 20.09.01*

Antrag der Kommission

Die Kommission beantragt, die Frist für die Behandlung der Vorlage gemäss Artikel 27 Absatz 2bis VVG um ein Jahr (bis am 8. Dezember 2002) zu verlängern.

Antrag auf Fristverlängerung gemäss Artikel 27 Absatz 5bis VVG.

Die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» wurde am 9. Juni 1999 eingereicht. Am 31. Mai 2000 hat der Bundesrat seine Botschaft verabschiedet, in der er beantragt, die Volksinitiative abzulehnen. Auch der Nationalrat beantragt Ablehnung der Initiative (AB vom 13. Dezember 2000). Die Behandlungsfrist beträgt 30 Monate ab Einreichung der Initiative und läuft am 8. Dezember 2001 ab. Sie kann um ein Jahr verlängert werden, wenn mindestens ein Rat über einen Gegenentwurf Beschluss gefasst hat.

Im Rahmen der Beratung der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (00.079 s) hat der Ständerat beschlossen, der Volksinitiative einen Gegenentwurf entgegenzustellen. Eine der Hauptforderungen der Volksinitiative ist, dass die Versichertenbeiträge im Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen sowie unter Berücksichtigung von Familienlasten festzulegen seien. Diesem Anliegen trägt der Ständerat in Artikel 65 Absatz 1bis (neu) KVG Rechnung. Während die Volksinitiative einkommensabhängige Prämien fordert, beantragt der Ständerat die Einführung eines Sozialziels: Die Prämienverbilligungen seien so zu bemessen, dass die Prämien für die Grundversicherung 8 Prozent des um einen Vermögensfaktor bereinigten Einkommens nicht übersteigt.

Unter dem Vorbehalt, dass der Ständerat in der Wintersession 2001 die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes verabschiedet und der Fristverlängerung zustimmt, stimmt die Kommission der Fristverlängerung für die Volksinitiative ebenfalls zu.

*Bericht SGK-NR 03.12.02*

Der Ständerat hat am 27. November 2002 auf Antrag seiner Kommission vom 5. November 2002 mit 28 zu 9 Stimmen beschlossen, die Frist zur Ansetzung der Volksabstimmung über die Gesundheitsinitiative nach Artikel 74 Absatz 2 des Bundesgesetzes über die politischen Rechte zu verlängern bis die KVG-Revision (00.079 s) zu Ende beraten ist, höchstens aber bis 9 Monate nach der Schlussabstimmung über diese Vorlage.

Die Frist des Parlaments für die Behandlung der am 9. Juni 1999 eingereichten Gesundheitsinitiative wird am 8. Dezember 2002 ablaufen. Im Rahmen der 2. Revision des Krankenversicherungsgesetzes (00.079 s) beschloss der Ständerat am 29. November 2001, der Volksinitiative einen indirekten Gegenvorschlag entgegenzustellen, nämlich die Festlegung eines so genannten Sozialziels bei der Prämienverbilligung. In der Folge hat er gemäss Artikel 27 Absatz 5bis VVG die Frist zur Behandlung der Gesundheits-Initiative um ein Jahr verlängert, und der Nationalrat hat dieser Fristverlängerung am 5. Dezember 2001 zugestimmt.

Zur Hauptsache wird diese Fristverlängerung nach Artikel 74 Absatz 2 des BG über die politischen Rechte vom Ständerat damit begründet, dass der Nationalrat erst in der 3. Woche der Wintersession 2002 die KVG-Revision (00.079 s) beraten werde, so dass die Differenzbereinigung nicht in der gleichen Session abgeschlossen werden könne. Damit wäre auch der Inhalt des indirekten Gegenvorschlages zum Zeitpunkt, in dem die Abstimmungsunterlagen für die Volksabstimmung vom 18. Mai 2003 zusammengestellt werden müssen, noch nicht bekannt. Dem Bundesrat solle daher Gelegenheit gegeben werden, die Volksabstimmung zu ei-

00.046

## Initiative santé. Initiative populaire

*Rapport CSSS-CN 20.09.01*

Proposition de la commission

Conformément à l'article 27, alinéa 2bis LREC, la commission propose de prolonger le délai de traitement du projet de un an (jusqu'au 8 décembre 2002).

Demande de prorogation de délai conformément à l'article 27, alinéa 5bis LREC

L'initiative populaire «La santé à un prix abordable» a été déposée le 9 juin 1999. Le 31 mai 2000, le Conseil fédéral a publié un message proposant de rejeter ladite initiative. Le Conseil national a, lui aussi, proposé le rejet de l'initiative (BO du 13 décembre 2000). Rappelons que le délai de traitement est de 30 mois à partir du dépôt de l'initiative populaire, et qu'il arrivera donc à échéance le 8 décembre prochain. Toutefois, ce délai peut être prolongé d'un an si l'un des conseils au moins a pris une décision sur un contre-projet.

Or, dans le cadre de la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (00.079 é), le Conseil des Etats a décidé d'opposer un contre-projet à l'initiative populaire en question. Cette dernière vise principalement à fixer le montant des primes en tenant compte du revenu, de la fortune réelle et des charges familiales. Cet objectif a été pris en compte par le Conseil des Etats dans l'article 65, alinéa 1bis (nouveau) de la LAMal. Tandis que l'initiative populaire demande l'établissement des primes en fonction des revenus, le Conseil des Etats propose l'introduction d'un but social: il s'agit de fixer le montant de la réduction des primes, de façon à ce que les primes versées pour l'assurance de base ne dépassent pas 8 pour cent du revenu corrigé d'un facteur tenant compte de la fortune.

La commission approuve la prorogation du délai de traitement de l'initiative populaire, à la condition que le Conseil des Etats approuve la révision partielle de la LAMal ainsi que la prorogation de délai pendant la session d'hiver 2001.

*Rapport CSSS-CN 03.12.02*

Suite à la proposition faite par sa commission le 5 novembre 2002, le Conseil des Etats a décidé le 27 novembre 2002, par 28 voix contre 9, de proroger le délai dans lequel la votation populaire relative à l'initiative santé doit intervenir aux termes de l'art. 74, al. 2, LDP; ce délai devrait être prorogé au moins jusqu'à ce que les Chambres fédérales aient toutes deux achevé l'examen du projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (00.079 é), et au plus de neuf mois à compter du vote final des Chambres fédérales.

Rappelons que le délai dont dispose le Parlement pour traiter l'initiative santé, déposée le 9 juin 1999, arrive à échéance le 8 décembre 2002. Dans le cadre de la 2ème révision de la loi sur l'assurance-maladie (00.079 é), le Conseil des Etats a pris la décision, en date du 29 novembre 2001, d'opposer à cette initiative populaire un contre-projet indirect consistant à définir un «but social» sous la forme d'une réduction des primes. Par conséquent, et conformément à l'art. 27, al. 5bis, LREC, la Chambre haute a prorogé d'une année le délai de traitement de ladite initiative, ce que le Conseil national a approuvé le 5 décembre 2001.

Le Conseil des Etats justifie la prorogation selon l'art. 74, al. 2 LDP par le fait que le Conseil national examinera la révision de la LAMal (00.079 é) seulement au cours de la troisième semaine de la session d'hiver 2002, si bien que les divergences ne pourront être liquidées au cours de cette même session. Par conséquent, au moment où les documents explicatifs pour la votation populaire du 18 mai 2003 devraient être prêts, le contenu du contre-projet direct ne sera pas encore défini. Il s'agit donc de permettre au Conseil fédéral d'organiser la votation populaire à une date où le contenu matériel du contre-projet sera connu.

nem Zeitpunkt anzusetzen, an dem der materielle Inhalt des Gegenvorschlags bekannt ist.

#### Erwägungen der Kommission

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates folgte dieser Argumentation nicht. Sie war vielmehr der Auffassung, dass die bisherigen und die absehbaren Ergebnisse der Beratungen über die KVG-Revision materiell nicht als echter Gegenvorschlag zur Gesundheitsinitiative betrachtet werden können. Damit verbunden wurden staatspolitische Überlegungen angesichts der Befürchtung, dass die Anrufung von Artikel 74 Absatz 2 des Bundesgesetzes über die politischen Rechte immer mehr zur Regel werde und in der Folge die Volksrechte relativiert würden. Mit Blick auf die Entstehung von Artikel 74 sei klar, dass es sich um eine Ausnahmeregel handle, die nur sehr restriktiv angewendet werden dürfe. Beim Gegenvorschlag müsse es dabei einen klaren Zusammenhang mit der Volksinitiative geben und eine Fristerstreckung müsse zusätzlich mit der Komplexität der Materie begründet werden. Eine Verschiebung der Volksabstimmung vor allem aus Gründen der politischen Opportunität sei nicht mit dem nötigen Respekt vor den Volksrechten vereinbar. Für eine solche restriktive Praxis habe sich am 20. November 2002 ebenfalls der Bundesrat ausgesprochen und ein von der Kommission bei der Bundeskanzlei und dem Bundesamt für Justiz in Auftrag gegebenes Kurzgutachten komme zum gleichen Schluss.

Die Kommission beantragt deshalb mit 12 zu 5 Stimmen bei 5 Enthaltungen, die Frist zur Ansetzung der Volksabstimmung über die Gesundheitsinitiative nicht zu verlängern.

#### Considérations de la commission

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national ne s'est pas ralliée à cette argumentation. Elle a estimé au contraire que les résultats actuels et futurs des délibérations sur la révision de la LAMal ne pouvaient être considérés comme un véritable contre-projet à l'initiative santé. Dans le cadre de réflexions portant sur les institutions politiques, la majorité de la commission a évoqué sa crainte de voir se généraliser l'invocation de l'art. 74, al. 2 LDP, qui ferait perdre de leur importance aux droits populaires. Après examen de la genèse de l'art. 74, il a été clairement établi qu'il s'agissait d'une disposition à n'utiliser que dans certains cas très précis. Il a été souligné que le contre-projet devait avoir un rapport étroit avec l'initiative populaire, et que la prorogation du délai devait en outre se justifier par la complexité de la matière. La commission a par ailleurs estimé qu'un report de la votation populaire pour des raisons d'opportunité politique n'était pas compatible avec le respect indispensable des droits populaires. A cet égard, elle a rappelé que le Conseil fédéral s'était lui-même prononcé pour une pratique restrictive en la matière le 20 novembre 2002, et qu'un bref rapport d'expertise réalisé par la Chancellerie et par l'Office fédéral de la justice pour le compte de la commission était parvenu à la même conclusion.

Par conséquent, la commission propose par 12 voix contre 5 et 5 abstentions de ne pas proroger le délai dans lequel la votation populaire relative à l'initiative santé doit intervenir.

## Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)»

vom 5. Dezember 2002

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,*  
gestützt auf Artikel 139 Absatz 5 der Bundesverfassung<sup>1</sup>  
und Ziffer III des Bundesbeschlusses vom 18. Dezember 1998<sup>2</sup> über eine neue  
Bundesverfassung,  
nach Prüfung der am 9. Juni 1999<sup>3</sup> eingereichten Volksinitiative «Gesundheit muss  
bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)»,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 31. Mai 2000<sup>4</sup>,  
*beschliesst:*

### Art. 1

<sup>1</sup> Die Volksinitiative vom 9. Juni 1999 «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» ist gültig und wird Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

<sup>2</sup> Sie lautet<sup>5</sup>, angepasst an die Bundesverfassung vom 18. April 1999:

#### I

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

#### Art. 117

<sup>1</sup> Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.

<sup>2</sup> Die obligatorische Krankenversicherung erfolgt durch gemeinnützige Krankenversicherer. Sie garantiert allen Versicherten eine qualitativ hoch stehende, bedarfsgerechte und kostengünstige medizinische Versorgung.

<sup>3</sup> Die obligatorische Krankenversicherung wird insbesondere finanziert aus:

- a. zusätzlichen, zweckgebundenen Einnahmen aus der Mehrwertsteuer in gesetzlich festgelegtem Umfang;

<sup>1</sup> SR 101

<sup>2</sup> AS 1999 2556

<sup>3</sup> BBl 1999 7308

<sup>4</sup> BBl 2000 4267

<sup>5</sup> Die Volksinitiative ist noch während der Geltungsdauer der Bundesverfassung vom 29. Mai 1874 eingereicht worden. Sie nimmt deshalb auf jenen Verfassungstext Bezug und nicht auf die Verfassung vom 18. April 1999. Der Originalwortlaut der Volksinitiative verlangte eine Änderung von Artikel 34<sup>bis</sup> sowie eine Ergänzung der Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung durch neue Artikel 24 und 25.



- b. in mindestens gleich hohem Umfang durch Beiträge der Versicherten; diese Beiträge werden im Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen sowie unter Berücksichtigung der Familienlasten festgelegt.
- <sup>4</sup> Die Krankenversicherer erhalten pro versicherte Person Beiträge aus den unter Absatz 3 genannten Mitteln. Dabei werden die unterschiedlichen Risiken der Versicherer ausgeglichen. Überschüsse werden den Versicherten zurückerstattet.
- <sup>5</sup> Bund und Kantone sorgen für eine wirksame Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Der Bund trifft dazu insbesondere folgende Massnahmen:
- Er regelt die Spitzenmedizin und koordiniert die Gesundheitsplanungen der Kantone.
  - Er bestimmt die Maximalpreise der in der obligatorischen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Einschluss der Medikamente.
  - Er erlässt Zulassungsbestimmungen für die Leistungserbringer und sorgt für eine wirksame Qualitätskontrolle.
  - Werden übermässige Leistungsmengen erbracht, ergreift er nach Sparten und Regionen differenziert weitere Kostendämpfungsmassnahmen.

Die Kantone können im Bereich der Gesundheitsplanung weiter gehende Massnahmen treffen.

## II

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt geändert:

### *Art. 197 Ziff. 2 (neu)*

#### *2. Übergangsbestimmung zu Artikel 117 (Kranken- und Unfallversicherung)*

<sup>1</sup> Die Leistungen des Bundes und der Kantone für das Gesundheitswesen haben mindestens dem teuerungsbereinigten Stand des Jahres 1997 zu entsprechen.

<sup>2</sup> Der Ertrag nach Artikel 117 Absatz 3 der Bundesverfassung entspricht mindestens dem gesamten Prämienvolumen der obligatorischen Krankenversicherung im Jahr vor Inkrafttreten der Ausführungsgesetzgebung.

<sup>3</sup> Falls das Ausführungsgesetz zu Artikel 117 nicht innert drei Jahren nach Annahme des Verfassungsartikels in Kraft gesetzt werden kann, erlässt der Bundesrat die notwendigen Ausführungsbestimmungen zu den Absätzen 3 und 5 von Artikel 117 auf dem Verordnungsweg.

<sup>4</sup> Er berücksichtigt dabei insbesondere folgende Grundsätze:

- Für die Beiträge der Versicherten gemäss Artikel 117 Absatz 3 Buchstabe b gilt ein Freibetrag von 20 000 Franken für das Einkommen und von 1 000 000 Franken für das reale Vermögen.

Volksinitiative «Gesundheitsinitiative»

---

- b. Die in Artikel 117 Absatz 3 Buchstabe b vorgegebenen Beiträge der Versicherten im Verhältnis des realen Vermögens belaufen sich auf mindestens ein Viertel der gesamten Beiträge der Versicherten gemäss Artikel 117 Absatz 3 Buchstabe b.

**Art. 2**

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Initiative abzulehnen.

Nationalrat, 5. Dezember 2002

Der Präsident: Yves Christen  
Der Protokollführer: Christophe Thomann

Ständerat, 5. Dezember 2002

Der Präsident: Gian-Reto Plattner  
Der Sekretär: Christoph Lanz

**Arrêté fédéral  
concernant l'initiative populaire «La santé à un prix  
abordable (Initiative-santé)»**

du 5 décembre 2002

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*

vu l'art. 139, al. 5, de la Constitution<sup>1</sup>,

vu le ch. III de l'arrêté fédéral du 18 décembre 1998 relatif à une mise à jour  
de la Constitution fédérale<sup>2</sup>,

vu l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)», déposée le  
9 juin 1999<sup>3</sup>,

vu le message du Conseil fédéral du 31 mai 2000<sup>4</sup>,

*arrête:*

**Art. 1**

<sup>1</sup> L'initiative populaire du 9 juin 1999 «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)» est valable et sera soumise au vote du peuple et des cantons.

<sup>2</sup> L'initiative<sup>5</sup>, adaptée à la Constitution du 18 avril 1999, a la teneur suivante:

1

La Constitution est modifiée comme suit:

*Art. 117*

<sup>1</sup> La Confédération édicte des dispositions sur l'assurance en cas de maladie et d'accident.

<sup>2</sup> L'assurance obligatoire en cas de maladie est effectuée par des établissements d'assurance d'utilité publique. Elle garantit à tous les assurés une assistance médicale de haute qualité, adaptée aux besoins et financièrement abordable.

<sup>3</sup> L'assurance obligatoire en cas de maladie est financée notamment par:

- a. des recettes supplémentaires à affectation fixe provenant de la taxe sur la valeur ajoutée, dans une proportion déterminée par la loi;

<sup>1</sup> RS 101

<sup>2</sup> RO 1999 2556

<sup>3</sup> FF 1999 6586

<sup>4</sup> FF 2000 3931

<sup>5</sup> L'initiative a été déposée sous le régime de la constitution du 29 mai 1874 et ne se réfère donc pas à la Constitution du 18 avril 1999. Dans la version déposée elle demandait de modifier l'art. 34<sup>bis</sup> et de compléter les dispositions transitoires de l'ancienne constitution par les art. 24 et 25.

## Initiative populaire «Initiative-santé»

- b. des cotisations payées par les assurés, dans une proportion au moins équivalente; ces cotisations sont fixées en fonction du revenu et de la fortune réelle, ainsi qu'en tenant compte des charges familiales.

<sup>4</sup> Les établissements d'assurance-maladie reçoivent, pour chaque personne assurée, des contributions provenant des moyens financiers prévus par l'al. 3. Les différences de risques entre assureurs sont compensées. Les excédents seront ristournés aux assurés.

<sup>5</sup> La Confédération et les cantons veillent à la maîtrise des coûts de la santé. La Confédération prend notamment les mesures suivantes à cet effet:

- a. elle régleme la médecine de pointe et coordonne les planifications sanitaires des cantons;
- b. elle détermine le prix maximum des prestations apportées dans l'assurance obligatoire en cas de maladie, en y incluant les médicaments;
- c. elle édicte des dispositions concernant les autorisations accordées aux fournisseurs de prestations et veille à un contrôle efficace de la qualité;
- d. lorsque le volume des prestations fournies est excessif, elle édicte par branche et par région des mesures complémentaires tendant à la maîtrise des coûts.

Les cantons peuvent prendre des mesures plus étendues dans le domaine de la planification sanitaire.

## II

Les dispositions transitoires de la Constitution sont complétées comme suit:

*Art. 197, ch. 2 (nouveau)**2. Disposition transitoire ad art. 117 (Assurance-maladie et assurance-accidents)*

<sup>1</sup> Les prestations de la Confédération et des cantons en faveur du secteur de la santé sont au moins égales aux montants de l'année 1997, après adaptation au renchérissement.

<sup>2</sup> Les moyens financiers prévus par l'art. 117, al. 3, de la Constitution doivent correspondre au moins au total des primes versées au titre de l'assurance obligatoire en cas de maladie durant l'année précédant l'entrée en vigueur de la législation d'application.

<sup>3</sup> Si la loi d'application de l'art. 117 ne peut pas être mise en vigueur dans les trois ans qui suivent l'acceptation de l'article constitutionnel, le Conseil fédéral édicte les dispositions d'application des al. 3 et 5 de l'art. 117 par voie d'ordonnance.

<sup>4</sup> Il tiendra notamment compte des principes suivants:

- a. pour le calcul des cotisations selon l'art. 117, al. 3, let. b, on appliquera une exonération de 20 000 francs sur le revenu et de 1 000 000 francs sur la fortune réelle;

Initiative populaire «Initiative-santé»

---

- b. la part des cotisations des assurés calculées en fonction de la fortune réelle selon l'art. 117, al. 3, let. b, se montera au moins au quart du total des cotisations perçues selon ce même alinéa.

**Art. 2**

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

Conseil national, 5 décembre 2002

Le président: Yves Christen  
Le secrétaire: Christophe Thomann

Conseil des Etats, 5 décembre 2002

Le président: Gian-Reto Plattner  
Le secrétaire: Christoph Lanz



**Decreto federale  
concernente l'iniziativa popolare  
«La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)»**

del 5 dicembre 2002

---

*L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,*  
visto l'articolo 139 capoverso 5 della Costituzione federale<sup>1</sup>;  
visto il n. III del decreto federale del 18 dicembre 1998<sup>2</sup> su una nuova Costituzione federale;  
esaminata l'iniziativa popolare del 9 giugno 1999<sup>3</sup> «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)»;  
visto il messaggio del Consiglio federale del 31 maggio 2000<sup>4</sup>,  
*decreta:*

**Art. 1**

<sup>1</sup> L'iniziativa popolare del 9 giugno 1999 «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)» è valida ed è sottoposta al popolo e ai Cantoni.

<sup>2</sup> Adeguata formalmente alla Costituzione federale del 18 aprile 1999, l'iniziativa ha il tenore seguente<sup>5</sup>:

I

La Costituzione federale è modificata come segue:

*Art. 117*

<sup>1</sup> La Confederazione emana disposizioni sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni.

<sup>2</sup> L'assicurazione malattie obbligatoria è esercitata da assicuratori di utilità pubblica. Essa garantisce a tutti gli assicurati una copertura medica di alta qualità, adeguata ai bisogni e a prezzi vantaggiosi.

<sup>3</sup> L'assicurazione malattie obbligatoria è finanziata segnatamente per mezzo di:

- a. introiti supplementari a destinazione vincolata provenienti dall'imposta sul valore aggiunto, nella misura fissata dalla legge;

<sup>1</sup> RS 101

<sup>2</sup> RU 1999 2556

<sup>3</sup> FF 1999 6252

<sup>4</sup> FF 2000 3707

<sup>5</sup> L'iniziativa popolare è stata depositata vigente la Costituzione federale del 29 maggio 1874; si riferiva pertanto a tale testo e non alla Costituzione federale del 18 aprile 1999. Il testo originale dell'iniziativa popolare chiedeva di modificare l'articolo 34<sup>bis</sup> della Costituzione federale, come pure di completare le disposizioni transitorie della Costituzione federale con nuovi articoli 24 e 25.

Iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)»

---

- b. contributi pagati dagli assicurati, in misura almeno equivalente; questi contributi sono fissati in funzione del reddito e della sostanza reale nonché tenendo conto degli oneri familiari.

<sup>4</sup> Gli assicuratori malattie ricevono, per ogni persona assicurata, contributi attinti ai fondi di cui al capoverso 3. Le differenze di rischi tra gli assicuratori vengono compensate. Le eccedenze sono restituite agli assicurati.

<sup>5</sup> La Confederazione e i Cantoni si adoperano ai fini di un efficace contenimento dei costi nel settore sanitario. La Confederazione prende segnatamente le seguenti misure:

- a. regola la medicina di punta e coordina le pianificazioni sanitarie dei Cantoni;
- b. fissa i prezzi massimi delle prestazioni fornite nell'assicurazione malattie obbligatoria, medicinali compresi;
- c. emana disposizioni di autorizzazione per i fornitori di prestazioni e si adopera ai fini di un controllo efficace della qualità;
- d. se la quantità delle prestazioni fornite è eccessiva, prende misure complementari di contenimento dei costi differenziate per specialità e regioni.

I Cantoni possono prendere misure più ampie nel settore della pianificazione sanitaria.

## II

Le disposizioni transitorie della Costituzione federale sono modificate come segue:

*Art. 197 n. 2 (nuovo)*

*2. Disposizione transitoria dell'articolo 117 (assicurazione contro le malattie e gli infortuni)*

<sup>1</sup> Le prestazioni della Confederazione e dei Cantoni in favore del settore sanitario corrispondono almeno agli importi del 1997, dopo correzione in base al rincaro.

<sup>2</sup> Il ricavo di cui all'articolo 117 capoverso 3 corrisponde almeno al volume complessivo dei premi dell'assicurazione malattie obbligatoria nell'anno precedente l'entrata in vigore della legislazione d'applicazione.

<sup>3</sup> Se la legge d'applicazione dell'articolo 117 non può essere messa in vigore entro tre anni dall'accettazione dell'articolo costituzionale, il Consiglio federale emana mediante ordinanza le necessarie disposizioni d'applicazione per i capoversi 3 e 5 dell'articolo 117.

<sup>4</sup> Tiene in particolare conto dei seguenti principi:

- a. per il calcolo dei contributi degli assicurati conformemente all'articolo 117 capoverso 3 lettera b si applica una franchigia di franchi 20 000 sul reddito e di franchi 1 000 000 sulla sostanza reale;

Iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)»

---

- b. i contributi degli assicurati calcolati in funzione della sostanza reale, previsti nell'articolo 117 capoverso 3 lettera b, ammontano almeno a un quarto dei contributi complessivi degli assicurati di cui allo stesso capoverso.

**Art. 2**

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

Consiglio nazionale, 5 dicembre 2002

Il presidente: Yves Christen

Il segretario: Christophe Thomann

Consiglio degli Stati, 5 dicembre 2002

Il presidente: Gian-Reto Plattner

Il segretario: Christoph Lanz