

Parlamentsdienste

Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament



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

# Verhandlungen

## Délibérations

## Deliberazioni

Verfassungsartikel „Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“ (Gegenentwurf zur Volksinitiative „Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“)

Article constitutionnel «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie» (contre-projet à l'initiative populaire «Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base»)

L'articolo costituzionale «Per qualità ed economicità nell'assicurazione malattie» (controprogetto all'iniziativa popolare «Sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base»)



VH 05.055

- mit Erlasstext
- avec Texte de l'acte législatif
- contiene testo legislativo

**Datum der Volksabstimmung  
01.06.2008**

**Date de la votation populaire  
01.06.2008**

Weitere Informationen:

[www.parlament.ch](http://www.parlament.ch)

unter Volksabstimmungen

Informations complémentaires :

[www.parlement.ch](http://www.parlement.ch)

sous votations populaires

Den Ratsmitgliedern steht in der **Pressedatenbank** der Parlamentsdienste eine Auswahl von ständig aktualisierten Artikeln zu den einzelnen Volksabstimmungen in einem separaten Ordner zur Verfügung.

Lors de chaque votation populaire, un dossier spécifique régulièrement mis à jour est à disposition des parlementaires dans **la banque de données «Presse»** des Services du Parlement.

Regelmässige Aktualisierungen der Presseschau werden im Extranet des Schweizer Parlaments **e-parl** publiziert.

Cette revue de presse est régulièrement actualisée dans l'extranet du Parlement suisse **e-parl**.

**Verantwortlich für diese Ausgabe:**

Parlamentsdienste  
Dokumentationsdienst  
Diego Hättenschwiler  
Tel. 031 / 322 98 60

In Zusammenarbeit mit  
Corine Meyer

**Responsable de cette édition :**

Services du Parlement  
Service de documentation  
Diego Hättenschwiler  
Tél. 031 / 322 98 60

Avec la collaboration de  
Corine Meyer

**Bezug durch:**

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

**S'obtient aux :**

Services du Parlement  
Service 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		V IX
4.	Bericht SGK-SR 12.09.06 - Rapport CSSS-CE 12.09.2006		XIII
5.	Verhandlungen der Räte - Débats dans les conseils		
	Ständerat - Conseil des Etats	25.09.2006	1
	Nationalrat - Conseil national	14.12.2006	9
	Nationalrat - Conseil national	18.09.2007	12
	Ständerat - Conseil des Etats	06.12.2007	33
	Nationalrat - Conseil national	17.12.2007	43
6.	Schlussabstimmungen - Votations finales		
	Ständerat - Conseil des Etats	21.12.2007	47
	Nationalrat - Conseil national	21.12.2007	48
7.	Namentliche Abstimmungen - Votes nominatifs		50
8.	Bundesbeschluss vom Arrêté fédéral du Decreto federale del	21.12.2007 21.12.2007 21.12.2007	55 59 63
9.	Rückzug der Eidgenössischen Volksinitiative Retrait de l'initiative populaire fédérale Ritiro d'iniziativa popolare federale	10.01.2008 10.01.2008 10.01.2008	67 69 71



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

### 05.055 s Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung. Volksinitiative

Botschaft vom 22. Juni 2005 zur Volksinitiative "Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung" (BBl 2005 4315)

NR/SR *Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit*

Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung"

**25.09.2006 Ständerat.** Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates und Fristverlängerung bis 28. Januar 2008.

**14.12.2006 Nationalrat.** Fristverlängerung bis 28. Januar 2008

**18.09.2007 Nationalrat.** Abweichend.

**06.12.2007 Ständerat.** Abweichend.

**17.12.2007 Nationalrat.** Zustimmung.

**21.12.2007 Ständerat.** Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen.

**21.12.2007 Nationalrat.** Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen.

Bundesblatt 2008 3

### 05.055 é Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. Initiative populaire

Message du 22 juin 2005 concernant l'initiative populaire "Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base" (FF 2005 4095)

CN/CE *Commission de la sécurité sociale et de la santé publique*

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire "Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base"

**25.09.2006 Conseil des Etats.** Décision modifiant le projet du Conseil fédéral. Prolongation du délai jusqu'au 28 janvier 2008.

**14.12.2006 Conseil national.** Prolongation du délai jusqu'au 28 janvier 2008

**18.09.2007 Conseil national.** Divergences.

**06.12.2007 Conseil des Etats.** Divergences.

**17.12.2007 Conseil national.** Adhésion.

**21.12.2007 Conseil des Etats.** L'arrêté est adopté en votation finale.

**21.12.2007 Conseil national.** L'arrêté est adopté en votation finale.

Feuille fédérale 2008 3



## 2. Rednerliste · Liste des orateurs

### Nationalrat · Conseil national

<b>Borer</b> Roland F. (V, SO)	25
<b>Bortoluzzi</b> Toni (V, ZH)	10, 14, 44, 48
<b>Brunner</b> Toni (V, SG)	26
<b>Carobbio Cuscetti</b> Marina (S, TI)	22
<b>Couchepin</b> Pascal, conseiller fédéral	29, 45
<b>Fasel</b> Hugo (G, FR)	17
<b>Fehr</b> Jacqueline (S, ZH) für die Kommission	13(K), 30 (K), 44 (K), 46 (K)
<b>Füglister</b> Lieni (V, AG)	21
<b>Goll</b> Christine (S, ZH)	23
<b>Graf-Litscher</b> Edith (S, TG)	27
<b>Guisan</b> Yves (RL, VD) pour la commission	9 (K), 11 (K), 12 (K), 30 (K)
<b>Gutzwiller</b> Felix (RL, ZH)	14
<b>Heim</b> Bea (S, SO)	24
<b>Huguenin</b> Marianne (-, VD)	26
<b>Humbel Näf</b> Ruth (C, AG) für die Kommission	10 (K), 11 (K), 21
<b>Janiak</b> Claude (S, BL)	18
<b>Keller</b> Robert (V, ZH)	28
<b>Maury Pasquier</b> Liliane (S, GE)	20
<b>Meyer</b> Thérèse (C, FR)	24
<b>Müller</b> Geri (G, AG)	25
<b>Parmelin</b> Guy (V, VD)	22
<b>Rennwald</b> Jean-Claude (S, JU)	26
<b>Robbiani</b> Meinrado (CEg, TI) pour la commission	19, 44 (K)
<b>Rossini</b> Stéphane (S, VS)	10, 15, 45, 48
<b>Ruey</b> Claude (RL, VD)	10, 16
<b>Schelbert</b> Louis (G, LU)	23
<b>Schenk</b> Simon (V, BE)	27
<b>Schenker</b> Silvia (S, BS)	21
<b>Scherer</b> Marcel (V, ZG)	19
<b>Steiert</b> Jean-François (S, FR)	28
<b>Studer</b> Heiner (E, AG)	16
<b>Triponez</b> Pierre (RL, BE)	20
<b>von Graffenried</b> Alec (G, BE)	49
<b>Wäfler</b> Markus (E, ZH)	17
<b>Wehrli</b> Reto (CEg, SZ)	17, 45

**Ständerat - Conseil des Etats**

<b>Altherr</b> Hans (RL, AR) für die Kommission	4, 34 (K), 35 (K), 40 (K)
<b>Brändli</b> Christoffel (V, GR)	6
<b>Couchepin</b> Pascal, conseiller fédéral	2, 7, 41
<b>David</b> Eugen (CEg, SG)	38
<b>Diener</b> Verena (CEg, ZH)	39
<b>Fetz</b> Anita (S, BS)	2, 37
<b>Frick</b> Bruno (CEg, SZ)	37
<b>Gutzwiler</b> Felix (RL, ZH)	39
<b>Kuprecht</b> Alex (V, SZ)	47
<b>Langenberger</b> Christiane (RL, VD)	6
<b>Ory</b> Gisèle (S, NE)	36, 42
<b>Schwaller</b> Urs (CEg, FR) für die Kommission	1 (K), 7 (K), 36
<b>Stadler</b> Hansruedi (CEg, UR)	38
<b>Stähelin</b> Philipp (CEg, TG)	5, 37

### 3. Zusammenfassung der Verhandlungen

#### 05.055 Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung. Volksinitiative

Botschaft vom 22. Juni 2005 zur Volksinitiative "Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung" (BBl 2005 4315)

#### Ausgangslage

Der Titel der Volksinitiative „für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“ verdeutlicht bereits das Hauptanliegen, nämlich eine Senkung der Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Zu diesem Zweck verlangt die Initiative einen neuen Verfassungsartikel 117a und eine entsprechende Übergangsbestimmung (Art. 197 Ziff. 2). Das schweizerische Krankenversicherungssystem soll wie folgt geändert werden:

- Die Krankenversicherung umfasst die Grundversicherung und die Zusatzversicherung; die Grundversicherung untersteht dem Sozialversicherungsrecht, die Zusatzversicherung dem Privatversicherungsrecht.
- Die Grundversicherung trägt die Kosten für medizinische und pflegerische Leistungen, die der Schmerzlinderung, Heilung und Reintegration dienen, zweckmässig und wirtschaftlich sind, und deren Wirksamkeit von der Wissenschaft anerkannt ist.
- Grundversicherer und Leistungserbringer schliessen Leistungsverträge ab, die den Bedürfnissen der Versicherten entsprechen.
- Grundversicherer dürfen nicht an Leistungserbringern und Leistungserbringer nicht an Grundversicherern beteiligt sein.
- Die Grundversicherung wird finanziert durch Beiträge des Bundes und der Kantone sowie durch Beiträge der Versicherten. Die Beiträge der öffentlichen Hand belaufen sich auf insgesamt höchstens 50 Prozent der Kosten. Bund und Kantone leisten ihre Beiträge direkt an die Versicherten.
- Bis zum Inkrafttreten des neuen Artikels 117a, drei Jahre nach Annahme der Initiative durch Volk und Stände, können die Versicherten bei ihrem Grundversicherer die Differenz zum bisherigen Leistungsumfang im Rahmen der Zusatzversicherung ohne Vorbehalte versichern.

Mit Blick auf die dem Versicherungssystem eigenen Bereiche, nämlich den zentralen Versicherungselementen, den Leistungen, der Finanzierung und der Kostendämpfung, erweisen sich die von den Initiantinnen und Initianten vorgesehenen Massnahmen zur Senkung der Krankenkassenprämien in der Grundversicherung als nicht zielführend. Die Initiative sieht vor, einen Teil der obligatorischen Sozialversicherung in den freiwilligen Privatversicherungsbereich zu verlagern – allerdings ohne klar festzuhalten, welche Leistungen verlagert werden sollen. Damit wird der soziale Charakter der schweizerischen Krankenversicherung massgeblich gefährdet, ohne dass die Vorschläge zur Kosteneindämmung beitragen würden. Aus diesen Gründen empfiehlt der Bundesrat, die Volksinitiative „für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“ ohne Gegenvorschlag abzulehnen. Der Bundesrat betrachtet die 2004 lancierte und teilweise bereits verabschiedete Reform des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung als indirekten Gegenvorschlag zur Initiative. Die Reform zielt ausdrücklich auf eine bessere Kostensteuerung in der sozialen Krankenversicherung, allerdings mit zweckmässigeren und wirksameren Mitteln als die Initiative.

#### Verhandlungen

25.09.2006	SR	Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates. Fristverlängerung bis 28. Januar 2008..
14.12.2006	NR	Fristverlängerung bis 28. Januar 2008.
18.09.2007	NR	Abweichend.
06.12.2007	SR	Abweichend.
17.12.2007	NR	Zustimmung.
21.12.2007	SR	Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen. (29:13)
21.12.2007	NR	Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen. (133:63)

Im Ständerat schloss sich Urs Schwaller (C, FR) namens der Kommission der Haltung des Bundesrates an und beantragte, die Initiative abzulehnen. Das Volksbegehren gefährde den sozialen Charakter der Krankenversicherung und sei untauglich zur Problemlösung. Eine weniger klare

Meinung hatte die Kommission in der Frage, ob der Initiative ein direkter Gegenvorschlag gegenübergestellt werden soll. Eine knappe Mehrheit der Kommission lehnte dies schliesslich ab, weil dadurch laufende Projekte im Gesundheitsbereich wie Managed Care oder Spitalfinanzierung durch einen Gegenentwurf auf Verfassungsstufe blockiert würden. Anita Fetz (S, BS) bezeichnete die SVP-Initiative als Mogelpackung. Diese wolle den Leistungskatalog kürzen, ohne dass man wisse, welche Leistungen gestrichen würden. Ein direkter Gegenentwurf ergebe keinen Sinn. Bundesrat Pascal Couchepin wies darauf hin, dass die von der Initiative anvisierten Leistungskürzungen unter anderem auch den ganzen Bereich der Prävention betreffen würden. Der Bundesrat wolle keine solchen Abstriche an der Grundversicherung, die zudem kaum kostendämpfend seien. Der diskutierte Gegenvorschlag sei dermassen vage, dass er nichts bringe und lediglich eine Alibiübung darstelle. Anderer Meinung war in diesem Punkt Hans Altherr (RL, AR). Als Sprecher der Kommissionsminderheit machte er sich für den einen direkten Gegenvorschlag stark. Der Vorschlag der Minderheit bringe eine notwendige Klärung zur Kranken- und Unfallversicherung und eine Festlegung der Eckwerte der Gesundheitspolitik auf Verfassungsstufe. Philipp Stähelin (C, TG) unterstützte den Gegenvorschlag. Die Verfassung enthalte heute keine inhaltlichen Aussagen zur Krankenversicherung. Der Gegenvorschlag gebe ihr klare Konturen und gleichzeitig würde den laufenden Teilrevisionen ein fester Rahmen gesetzt. Urs Schwaller (C, FR) stellte namens der Kommission abschliessend fest, dass die Initiative etwas verspricht, was sie nicht halten könne und keinen Beitrag zur Kostendämpfung leiste. Der Gegenentwurf bleibe in der blossen Deklamation bekannter und bereits angewandter Grundsätze stecken und sei ebenfalls abzulehnen. Die Initiative selber fand keine Unterstützung im Ständerat. Der Antrag der Kommissionsminderheit für einen Gegenvorschlag wurde jedoch mit 24 zu 16 Stimmen angenommen. In der Folge beschloss der Rat oppositionslos eine Fristverlängerung für die Behandlung dieses Geschäftes bis 28. Januar 2008. Der Nationalrat beschloss seinerseits vorerst lediglich über die Gewährung der Fristverlängerung. Eine Kommissionsmehrheit schlug eine solche vor, um genügend Zeit für die Prüfung eines allfälligen Gegenvorschlags zur Initiative zu haben. Eine Kommissionsminderheit, vertreten durch Stéphane Rossini (S, VS) lehnte sowohl die Initiative wie auch die Erarbeitung eines Gegenvorschlag ab und wehrte sich deshalb gegen eine Fristverlängerung. Der Nationalrat folgte mit 105 zu 62 Stimmen der Mehrheit und dem Ständerat.

Bei der inhaltlichen Debatte zur Volksinitiative zeigte sich, dass diese einzig von der SVP-Fraktion unterstützt wurde. Claude Ruey (RL, VD) sprach von „Etikettenschwindel“, Liliane Maury Pasquier (S, GE) von „Populismus“. Die Mehrheit des Rates war mit dem Bundesrat und dem Ständerat der Meinung, dass die Initiative den sozialen und solidarischen Charakter der obligatorischen Krankenversicherung infrage stelle und eine Zweiklassenmedizin fördere. Lediglich 53 Nationalräte unterstützten die Initiative. Kommissionssprecher Yves Guisan (RL, VD) beantragte im Weiteren namens einer Kommissionsmehrheit auch den Antrag für einen Gegenvorschlag abzulehnen. Der Antrag bedeutet eine inhaltliche Erweiterung des Ständeratsvorschlags. Guisan machte darauf aufmerksam, dass der Gegenvorschlag neue Modalitäten in der Zusammenarbeit von Bund und Kantonen einführe, die Vertragsfreiheit werde festgeschrieben sowie eine monistische Finanzierung eingeführt, bei der die Beiträge der öffentlichen Hand an die Versicherer ausbezahlt würden. Felix Gutzwiller (RL, ZH) warb als Vertreter der Kommissionsminderheit für den Gegenvorschlag und argumentierte, er enthalte zentrale Prinzipien, wie das Gesundheitssystem in Richtung reguliertem Wettbewerb weiterentwickelt werden müsse. Auch die Sprecher und Sprecherinnen der CVP- der FDP- und der SVP-Fraktion unterstützten den Gegenvorschlag. Bekämpft wurde er von der Ratslinken. Jacqueline Fehr (S, ZH) stellte fest, dass er „alle gesundheitspolitischen Provokationen beinhaltet, die gegenwärtig politisch diskutiert werden“. Das Wettbewerbsprinzip werde verankert, der Leistungskatalog reduziert, die Versicherungen würden gestärkt, das System von Selbstbehalt und Franchisen ausgebaut. Auch Bundesrat Pascal Couchepin wehrte sich wie bereits im Ständerat gegen den Vorschlag. Mit 109 zu 74 Stimmen folgte der Rat aber der Kommissionsminderheit und hiess den Gegenvorschlag gut.

Im Rahmen der Differenzbereinigung unterbreitete im Ständerat die Kommissionsmehrheit eine modifizierte Formulierung für den auch vom Nationalrat beschlossenen Gegenvorschlag. Darin soll, so führte Kommissionssprecher Hans Altherr (RL, AR) aus, der bestehende Zustand der Gesundheitspolitik festgeschrieben werden mit Betonung eines regulierten Wettbewerbs, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Als neue „Eckzähne“ würden die Vertragsfreiheit und der Monismus aufgenommen. Die Diskussion im Rat drehte sich erneut um die grundsätzliche Frage, ob ein direkter Gegenvorschlag überhaupt sinnvoll sei. Für Bruno Frick (CEg, SZ) stellt der Gegenvorschlag das Gesundheitswesen auf eine klarere und bessere Grundlage auf Verfassungsstufe. Mehrere bürgerliche Ratsmitglieder knüpften ihr Ja zum Gegenvorschlag an die Forderung, dass die SVP ihre Initiative vor der Schlussabstimmung zurückzieht. Eine Kommissionsminderheit, vertreten durch Gisèle Ory (S, NE) beantragte, sowohl die Initiative wie auch den für die Bevölkerung und die Kantone nicht akzeptablen Gegenvorschlag abzulehnen. Bundesrat Pascal Couchepin unterstützte die

Kommissionsminderheit und gab zu bedenken, dass das Volk nicht einfach allgemeinen Grundsätzen zustimme, wenn es die konkreten Konsequenzen nicht kenne. Der Entscheid für den Gegenvorschlag fiel schliesslich überaus knapp aus – bei 20 zu 20 Stimmen mit Stichentscheid des Präsidenten Christoffel Brändli (V, GR).

Im Nationalrat empfahl die Kommissionsmehrheit sowohl die Initiative wie auch den Gegenvorschlag zur Ablehnung. Nach Einschätzung der deutschsprachigen Kommissionssprecherin Jacqueline Fehr (S, ZH) solle mit dem Gegenvorschlag offenbar handstreichartig ein Totalumbau des schweizerischen Gesundheitswesens umgesetzt werden, noch dazu ohne dass die hauptsächlich zuständigen Kantone ernsthaft mit einbezogen wurden. Für Kommissionssprecher Meinrado Robbiani (CEg, TI) bietet die geltende Verfassung zudem genug Handlungsspielraum, um die Gesetzgebung im Gesundheitswesen anzupassen. Toni Bortoluzzi (V, ZH) beantragte namens einer Kommissionsminderheit am Gegenvorschlag festzuhalten und die Fassung des Ständerates zu unterstützen, auch wenn dieser in einigen Punkten im Unverbindlichen geblieben sei, wie er meinte. Der Minderheitsantrag wurde unterstützt aus einer Koalition aus SVP, FDP und CVP. Daher stimmte der Rat mit 108 zu 67 dem Ständerat und dem Gegenvorschlag zu und lehnte gleichzeitig, wie zuvor der Ständerat, die Initiative ab.

Die Volksinitiative wurde vom Initiativkomitee am 10. Januar 2008 zurückgezogen.



### 3. Condensé des délibérations

#### 05.055 Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. Initiative populaire

Message du 22 juin 2005 concernant l'initiative populaire "Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base" (FF 2005 4095)

##### Situation initiale

Comme son titre l'indique, l'initiative populaire « Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base » a pour objectif principal de réduire les primes de l'assurance obligatoire des soins.

À cette fin, l'initiative demande l'adoption d'un nouvel article constitutionnel 117a et d'une disposition transitoire y afférente (art. 197, ch. 2), qui imposeraient une modification du régime suisse de l'assurance-maladie reposant sur les éléments suivants :

- L'assurance-maladie se composerait de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire; la première serait régie par le droit des assurances sociales, la seconde par le droit des assurances privées.
- L'assurance de base couvrirait les coûts des prestations médicales et des soins qui servent à atténuer la douleur et à guérir et réintégrer le patient, qui sont adéquats et économiques, et dont l'efficacité est reconnue par la science.
- Les assureurs pratiquant l'assurance de base et les fournisseurs de prestations concluraient des contrats de prestations répondant aux besoins des assurés.
- Les assureurs pratiquant l'assurance de base n'auraient plus le droit de prendre des participations financières dans les institutions fournissant des prestations médicales et de soins, et inversement.
- Le financement de l'assurance-maladie de base serait garanti par les primes des assurés d'une part, et par des contributions de la Confédération et des cantons d'autre part. Les subsides des pouvoirs publics couvriraient au total 50 % des coûts au maximum. Ils devraient être versés directement aux assureurs.
- La différence entre les prestations prises en charge jusqu'alors par l'assurance obligatoire des soins et celles dorénavant couvertes par la nouvelle assurance de base pourrait être assurée auprès de l'assureur de base, dans le cadre de l'assurance complémentaire et sans réserve, jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau régime, trois ans après l'acceptation de l'initiative par le peuple.

Examinées sous l'angle des quatre domaines propres au système de l'assurance – à savoir les éléments centraux, les prestations, le financement et la maîtrise des coûts –, les mesures préconisées par les auteurs de l'initiative pour réduire les primes de l'assurance-maladie de base se révèlent inaptes à atteindre leur but. L'initiative propose en effet de transférer un pan de l'assurance sociale obligatoire dans le domaine des assurances privées facultatives, sans toutefois préciser clairement quelles prestations seraient touchées. Ce faisant, elle met gravement en danger le caractère social de l'assurance-maladie suisse, sans offrir de solution au problème de la maîtrise des coûts.

Le Conseil fédéral propose par conséquent de rejeter l'initiative populaire « Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base » sans lui opposer de contre-projet.

Dans la mesure où la réforme de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie initiée en 2004, partiellement déjà adoptée et partiellement encore en cours, vise précisément à optimiser la maîtrise des coûts dans l'assurance-maladie sociale, mais par des moyens qui apparaissent plus appropriés et plus efficaces que ceux proposés par l'initiative, le Conseil fédéral la considère comme un contre-projet indirect à l'initiative.

##### Délibérations

25.09.2006	CE	Décision modifiant le projet du Conseil fédéral. Prolongation du délai jusqu'au 28 janvier 2008.
14.12.2006	CN	Prolongation de délai jusqu'au 28 janvier 2008.
18.09.2007	CN	Divergences.
06.12.2007	CE	Divergences.
17.12.2007	CN	Adhésion.
21.12.2007	CE	L'arrêté est adopté en votation finale. (29:13)
21.12.2007	CN	L'arrêté est adopté en votation finale. (133:63)

Au **Conseil des États**, Urs Schwaller (C, FR) s'est rallié, au nom de la commission, à la position du Conseil fédéral et a proposé de rejeter l'initiative populaire au motif qu'elle mettait en péril le caractère

social de l'assurance-maladie et qu'elle se révélait inapte à résoudre les problèmes. La commission s'était par contre montrée divisée sur la possibilité de lui opposer un contre-projet direct : elle avait finalement rejeté cette idée à une faible majorité, estimant que l'introduction de nouvelles dispositions constitutionnelles risquait de bloquer certains dossiers actuellement à l'étude dans le domaine de la santé tels que les réseaux de soins intégrés (managed care) ou le financement des soins hospitaliers. Anita Fetz (S, BS) a jugé que l'initiative populaire, lancée par l'UDC, était trompeuse, car elle visait à réduire le catalogue des prestations sans préciser celles qui seraient supprimées, et que lui opposer un contre-projet direct n'aurait aucun sens. Pour sa part, le conseiller fédéral Pascal Couchepin a mis en garde contre le risque que la réduction des prestations n'entraîne la suppression de la prise en charge de la prévention dans l'assurance de base, ce qui serait contraire à la volonté du Conseil fédéral et ne contribuerait guère à la maîtrise des dépenses de santé. Il a par ailleurs estimé que le contre-projet proposé par la minorité de la commission était tellement vague qu'il n'apporterait rien et constituerait un exercice alibi. Emmenée par Hans Altherr (RL, AR), la minorité de la commission a défendu son contre-projet direct, arguant qu'il permettait d'apporter les clarifications qui s'imposent dans les domaines de l'assurance-maladie et l'assurance-accidents et d'inscrire dans la Constitution les grands axes de la politique de la santé. Philipp Stähelin (C, TG) a lui aussi soutenu le contre-projet, faisant valoir que, actuellement, les articles constitutionnels ne donnaient aucune précision quant au contenu de l'assurance-maladie : le contre-projet la doterait de contours clairs tout en fixant un cadre de référence pour les révisions partielles en cours. Urs Schwaller (C, FR) a conclu au nom de la commission que l'initiative populaire n'était pas en mesure d'apporter une solution aux problèmes et, partant, qu'elle ne saurait contribuer à la maîtrise des dépenses. Il a aussi invité le conseil à renoncer au contre-projet, estimant qu'il se bornait à proclamer des principes non seulement connus, mais déjà appliqués. Le Conseil des États n'a finalement pas apporté son soutien à l'initiative, mais il a adopté, par 24 voix contre 16, le contre-projet élaboré par la minorité de la commission. Il a décidé en conséquence, et sans opposition, de proroger jusqu'au 28 janvier 2008 le délai imparti pour traiter l'initiative.

De son côté, le **Conseil national** a décidé dans un premier temps de se prononcer uniquement sur la proposition de prorogation du délai. Une majorité de la commission avait proposé une telle prorogation afin de disposer du temps nécessaire à l'examen d'un éventuel contre-projet. Emmenée par Stéphane Rossini (S, VS), une minorité de la commission a rejeté l'initiative ainsi que l'idée d'élaborer un contre-projet, et par conséquent aussi la proposition de prorogation du délai. Le Conseil national s'est néanmoins rallié à la majorité de la commission et au Conseil des États, par 105 voix contre 62.

Lors du débat sur le fond, il s'est avéré que seul le groupe UDC soutenait l'initiative. Claude Ruey (RL, VD) a parlé d'appellation trompeuse, Liliane Maury Pasquier (S, GE) de « populisme ». A l'instar du Conseil fédéral et du Conseil des États, la majorité du Conseil national était d'avis que l'initiative remettait en question le caractère social et solidaire de l'assurance-maladie obligatoire et qu'elle favorisait une médecine à deux vitesses. En fin de compte, 53 conseillers nationaux ont soutenu cette initiative. Yves Guisan (RL, VD), le rapporteur de la commission, a par ailleurs proposé, au nom d'une majorité de la commission, le rejet de la proposition de contre-projet, estimant que celle-ci allait encore plus loin que la proposition du Conseil des États. M. Guisan a signalé que ce contre-projet introduisait de nouvelles modalités en matière de collaboration entre la Confédération et les cantons, qu'il établissait la liberté de contracter et introduisait un mode de financement moniste dans lequel l'Etat payait ses contributions directement aux assureurs. Felix Gutzwiller (RL, ZH), représentant la minorité de la commission, a plaidé en faveur du contre-projet, arguant qu'il contenait des principes fondamentaux permettant de faire évoluer notre système de santé vers une concurrence réglementée. Les porte-parole des groupes PDC, PRD et UDC ont également soutenu le contre-projet, tandis que la gauche s'y est opposée. Jacqueline Fehr (S, ZH) a déclaré qu'il contenait « toutes les provocations en matière de santé publique qui font actuellement l'objet de discussions » : il introduit le principe de la concurrence, réduit le catalogue de prestations, renforce le pouvoir des assureurs et élargit le système des franchises et des quotes-parts. Le conseiller fédéral Pascal Couchepin s'est également opposé au contre-projet, comme il l'avait fait devant le Conseil des États. Le conseil a cependant suivi la minorité de la commission et adopté le contre-projet par 109 voix contre 74.

Dans le cadre de la procédure d'élimination des divergences, la majorité de la commission a présenté au **Conseil des États** une version modifiée du contre-projet adopté par le Conseil national ; elle considérait, comme l'a expliqué le rapporteur de la commission, Hans Altherr (RL, AR), qu'il fallait inscrire les principes de la politique de santé dans la Constitution en mettant l'accent sur l'instauration d'une concurrence réglementée entre les acteurs du secteurs de l'assurance-maladie, sur la qualité des prestations et enfin sur l'efficacité économique du système de santé. De plus, deux nouveaux principes, quelque peu contestés, devaient, selon la commission, également être pris en compte : l'introduction d'une liberté de contracter et celle du système moniste. Au sein du conseil, la discussion

a de nouveau porté sur l'opportunité de présenter un contre-projet direct. Tandis que Bruno Frick (CEg, SZ) affirmait que ce contre-projet permettait de clarifier la situation et offrait de meilleures bases légales au niveau constitutionnel, plusieurs représentants des partis bourgeois annonçaient qu'ils voteraient en faveur du contre-projet, à la condition toutefois que l'UDC retire son initiative avant le vote final. Une minorité de la commission, représentée par Gisèle Ory (S, NE), a toutefois proposé le rejet tant de l'initiative que du contre-projet, qu'elle considérait comme inacceptable pour la population et pour les cantons. Le conseiller fédéral Pascal Couchepin a, quant à lui, apporté son soutien à la minorité de la commission, soulignant que le peuple n'accepte généralement pas de voter sur des grands principes sans en connaître les conséquences pratiques. Le vote n'ayant pu départager les deux propositions (20 voix pour et 20 voix contre), la proposition de la majorité a finalement été adoptée avec la voix prépondérante du président, Christoffel Brändli (V, GR).

Au **Conseil national**, la majorité de la commission a recommandé de rejeter l'initiative et le contre-projet. Le rapporteur germanophone de la commission, Jacqueline Fehr (S, ZH), estimait en effet que le contre-projet impliquait intrinsèquement une refonte totale du système de santé suisse, sans que les premiers concernés, les cantons, qui sont compétents en la matière, ne soient vraiment intégrés à ce processus. Pour le rapporteur de la commission, Meinrado Robbiano (CEg, FR), la Constitution actuelle offre une marge de manœuvre suffisante pour adapter la législation en matière de santé publique. Représentant la minorité de la commission, Toni Bertoluzzi (V, ZH) a proposé de s'en tenir au contre-projet et d'adopter la version présentée par le Conseil des États, même si cette version reste floue sur certains points. La proposition de la minorité a rallié une coalition de parlementaires bourgeois. Le conseil s'est ainsi rallié au Conseil des États, adoptant le contre-projet par 108 voix contre 67 et rejetant l'initiative. L'initiative populaire a été retirée par le comité d'initiative le 10 janvier 2008.



05.055

## **Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung. Volksinitiative**

*Bericht SGK-SR 12.09.06*

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) hat an ihren Sitzungen vom 30. August 2005 sowie 23. Januar, 29./30. Mai und 12./13. September 2006 die Vorlage des Bundesrates «Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung. Volksinitiative» (05.055 s) beraten.

Die Volksinitiative wurde am 28. Juli 2004 in der Form eines ausformulierten Vorschlages eingereicht. Sie fordert unter anderem eine auf Wettbewerb basierende Grundversicherung und eine Einschränkung des Leistungskatalogs. Der Bundesrat empfiehlt Ablehnung der Volksinitiative.

Antrag der Kommission

Die Kommission beantragt, dem Bundesrat zu folgen und die Volksinitiative abzulehnen. Mit 6 zu 5 Stimmen ohne Enthaltungen lehnt sie es ab, der Volksinitiative einen Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Die Minderheit (Altherr, Brändli, Langenberger, Forster, Frick) beantragt, dem Gegenvorschlag zuzustimmen und die Behandlungsfrist gemäss Artikel 105 Absatz 1 Parlamentsgesetz um ein Jahr bis zum 28. Januar 2008 zu verlängern.

Berichterstattung: Schwaller.

Ausgangslage

Die Kommission hat die Vorlage des Bundesrates an mehreren Sitzungen – erstmals am 30. August 2005 unter Anhörung des Initiativkomitees – beraten. Einhellig war sie der Meinung, dass der Text der Volksinitiative Elemente enthält, die im gegenwärtigen Zeitpunkt politisch nicht umsetzbar sind. Die Frage war aber, ob der bestehende Artikel 117, Kranken- und Unfallversicherung, im Vergleich zu anderen Kompetenznormen der Bundesverfassung nicht zu allgemein gefasst ist. Die Kommission sah in der Behandlung dieser Volksinitiative eine Gelegenheit, mittels Formulierung eines Gegenvorschlags Grundsätze über die Kranken- und Unfallversicherung in die Verfassung aufzunehmen, nach welchen diese Sozialversicherungen ausgestaltet werden sollen.

Zu Beginn der Beratung war eine Mehrheit der Ansicht, dass die Ausarbeitung einer Verfassungsrevision nicht parallel zu den hängigen Revisionen der Krankenversicherung (04.032, Vertragsfreiheit, 04.034, Kostenbeteiligung, 04.061, Spitalfinanzierung und Risikoausgleich, 04.062, Managed Care, 05.025, Pflegefinanzierung,) erfolgen sollte; die geltende Verfassungsgrundlage gebe dem Gesetzgeber genügend Spielraum. Das von niemandem bestrittene Ziel der Kosteneindämmung lasse sich am besten bei der Ausgestaltung des Krankenversicherungsgesetzes diskutieren. Im Laufe der Beratungen kam aber eine Mehrheit der Kommission zur Überzeugung, dass ein direkter Gegenvorschlag, der dem Volk zur Abstimmung vorgelegt werden muss, eine wichtige Grundlage bilden könnte für die zukünftige Ausgestaltung der Unfall- und Krankenversicherung.

Am 29./30. Mai 2006 setzte die Kommission eine Subkommission ein. Ihr gehörten die Herren Brändli, Altherr und Stähelin an. Die SP-Fraktion verzichtete auf eine Teilnahme. Die Subkommission beauftragte Herrn Dr. Ueli Kieser, Rechtsanwalt und Privatdozent für Sozialversicherungsrecht, mit der Ausarbeitung eines Textvorschlags und eines Kommentars nach ihren Vorgaben. Diese erarbeitete an drei Sitzungen einen Entwurf, den die Kommission an ihrer Sitzung vom 22. August 2006 erstmals beriet. Im Hinblick auf die definitive Verabschiedung schlug sie eine Änderung des Textes vor.

An ihrer Sitzung vom 12. September 2006 entschied sich die Kommission in einer knappen Abstimmung dagegen, den Gegenentwurf vorzulegen. Gleichzeitig beschloss sie, im

05.055

## **Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. Initiative populaire**

*Rapport CSSS-CE 12.09.06*

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE) a examiné le projet du Conseil fédéral «Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. Initiative populaire» (05.055 é) lors des séances qu'elle a tenues les 30 août 2005, 23 janvier, 29 et 30 mai, et 12 et 13 septembre 2006.

L'initiative populaire a été déposée le 28 juillet 2004 sous la forme d'un projet rédigé. Elle demande notamment une assurance de base fondée sur la concurrence et une restriction du catalogue des prestations. Le Conseil fédéral recommande le rejet de l'initiative.

Proposition de la commission

La commission propose de suivre la recommandation du Conseil fédéral et de rejeter l'initiative. Par 6 voix contre 5, sans abstention, elle renonce en outre à présenter un contre-projet. Une minorité (Altherr, Brändli, Langenberger, Forster, Frick) propose toutefois d'adopter le contre-projet qui a été élaboré et, en vertu de l'art. 105, al.1, de la loi sur le Parlement, de proroger d'un an, soit jusqu'au 28 janvier 2008, le délai imparti pour le traitement de l'initiative.

Rapporteur: Schwaller.

Situation initiale

La commission a débattu à plusieurs reprises du projet du Conseil fédéral – la première fois le 30 août 2005, en auditionnant le comité d'initiative. Elle a unanimement estimé que le texte de l'initiative populaire contenait des éléments qu'il est politiquement impossible d'appliquer à l'heure actuelle. La question s'est toutefois posée de savoir si l'art. 117 Cst. sur l'assurance-maladie et l'assurance-accidents n'était pas rédigé de manière trop générale en comparaison des autres normes de compétence de la Constitution fédérale. La commission voyait dans l'examen de cette initiative populaire une occasion d'introduire dans la Constitution, par la formulation d'un contre-projet, des principes fondamentaux sur l'assurance-maladie et l'assurance-accidents qui devraient guider l'organisation de ces assurances sociales.

Au début des discussions, une majorité de membres était d'avis qu'il ne fallait pas élaborer une révision de la Constitution parallèlement aux révisions en cours de la loi sur l'assurance-maladie (04.032, Liberté de contracter; 04.034, Participation aux coûts; 04.061, Financement hospitalier et compensation des risques; 04.062, Managed Care; 05.025, Financement des soins), et que les bases constitutionnelles en vigueur donnaient une marge de manoeuvre suffisante au législateur. Cette majorité estimait que l'aménagement de la loi sur l'assurance-maladie constituait le cadre approprié à la discussion de la maîtrise des coûts de la santé, objectif que personne ne conteste. Mais au fil des débats, une majorité de la commission en est venue à la conclusion qu'un contre-projet direct, qui devrait être proposé au peuple en votation, pourrait former une base essentielle pour l'organisation future de l'assurance-accidents et de l'assurance-maladie.

Lors de sa séance des 29 et 30 mai 2006, la commission a institué une sous-commission comprenant Messieurs Brändli, Altherr et Stähelin. Le groupe socialiste a renoncé à y participer. La sous-commission a mandaté Monsieur Ueli Kieser, avocat et privat-docent pour le droit des assurances sociales, pour l'élaboration d'une proposition de texte et d'un commentaire selon ses directives. La sous-commission s'est réunie à trois reprises pour rédiger un projet, qui a été discuté pour la première fois par la commission à sa séance du 22 août 2006. La commission a alors proposé une modification du texte en vue de son adoption définitive.

vorliegenden Bericht die Erläuterungen des Antrages der starken Minderheit ihrem Rat zu unterbreiten.

Die Kommissionsminderheit bedauert, dass es ihr aus zeitlichen Gründen nicht mehr möglich ist, eine Vernehmlassung zu ihrem Gegenvorschlag durchzuführen. Gemäss Artikel 100 Parlamentsgesetz läuft die Behandlungsfrist für Volkssinitiative 30 Monate nach Einreichung, d. h. in diesem Falle am 28. Januar 2007 ab. Sie kann um ein Jahr verlängert werden, falls ein Rat über einen Gegenvorschlag Beschluss fasst und die Bundesversammlung der Fristverlängerung zustimmt. Damit auch die Kommission des Nationalrates Zeit für die Vorberatung hat, muss die Vorlage dem Ständerat spätestens in der Herbstsession 2006 unterbreitet werden. Die Kommissionsminderheit ist aber klar der Ansicht, dass die Verfassung nicht ohne Einbezug weiterer Kreise geändert werden solle und ersucht daher die Kommission des Nationalrates, eine ordentliche Vernehmlassung durchzuführen. Sollte die Frist um ein Jahr verlängert werden, bliebe dafür genügend Zeit.

Grundsätzliche Überlegungen

1. Die Klammerbemerkungen sind Randziffern zum Kommentar von Ueli Kieser.

Regelung der Unfall- und der Krankenversicherung in getrennten Verfassungsbestimmungen

2. Es wird vorgeschlagen, für die Krankenversicherung einen eigenen Verfassungsartikel zu schaffen und insoweit die Unfallversicherung und die Krankenversicherung in getrennten Verfassungsartikeln zu ordnen. Der auf die Unfallversicherung bezogene Verfassungsartikel übernimmt den bisherigen Gehalt unverändert. Demgegenüber wird der Verfassungsartikel zur Krankenversicherung völlig neu formuliert; es werden neu die massgebenden materiellen Grundsätze aufgenommen.

Es sind folgende Überlegungen, welche zu einer Regelung der beiden Sozialversicherungszweige in getrennten Verfassungsartikeln führen. Zunächst ist massgebend, dass der Gesetzgeber die Krankenversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung obligatorisch erklärt hat, während die Unfallversicherung nur für die unselbstständig erwerbenden Personen obligatorisch ist; in der Bevölkerung werden deshalb die beiden Sozialversicherungen sehr unterschiedlich wahrgenommen. In einem zweiten Punkt fällt ins Gewicht, dass die Regelung der Krankenversicherung weit anspruchsvoller ist als diejenige der Unfallversicherung; bei der Krankenversicherung geht es um schwierige Abgrenzungsfragen (z. B. Krankheit – Nicht-Krankheit), und es stellen sich auch bei der Zulassung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer heikle Fragen. Es kommt hinzu, dass auch in quantitativer Hinsicht die Krankenversicherung weit gewichtiger ist als die Unfallversicherung.

Deshalb kann es bei der Unfallversicherung bei der knappen heutigen Regelung bleiben, während es bei der Krankenversicherung zutreffend erscheint, dass auf Verfassungsebene die wichtigsten materiellen Zielrichtungen festgehalten werden. Diese unterschiedliche Ausgangslage rechtfertigt also eine verfassungsrechtliche Regelung in getrennten Verfassungsbestimmungen.

Abgrenzung der Grundversicherung von der Zusatzversicherung in der Krankenversicherung

3. Das Verhältnis der Grundversicherung zur Zusatzversicherung muss geklärt werden. Nach der bisherigen Konzeption sind die beiden Bereiche klar getrennt. Während die Grundversicherung als Teil der Sozialversicherung betrachtet wird, gehört die Zusatzversicherung zum Bereich der Privatversicherung. Dabei ist die Grundversicherung prinzipiell umfassend ausgestaltet und bietet einen guten Schutz für die Versicherten. Zusatzversicherungen haben Bedeutung in Bereichen von sogenannten echten Mehrleistungen (z. B. Recht, von der Chefärztin oder dem Chefarzt persönlich behandelt zu werden; Medikamente, welche im Rahmen von Pflichtleistungen nicht zu vergüten sind; naturärztliche Verfahren) und im Bereich der Hotellerie-Leistungen (z. B. bessere Menüwahl im Spital, Einer-Zimmer). Mit dem Verfassungsartikel über die Krankenversicherung wird nur die

Le 12 septembre 2006, à l'issue d'un vote très serré, la commission s'est finalement prononcée contre la présentation du contre-projet. Cependant, elle a décidé de soumettre à son conseil, au moyen du présent rapport, les commentaires accompagnant la proposition de la minorité.

La minorité de la commission regrette qu'il ne soit plus possible, pour des raisons de temps, de mettre le contre-projet en consultation. D'après l'art. 100 de la loi sur le Parlement, l'Assemblée fédérale dispose d'un délai de 30 mois pour traiter une initiative populaire à compter du jour où elle a été déposée, en l'espèce jusqu'au 28 janvier 2007. Le délai peut être prolongé d'un an au cas où un conseil décide d'un contre-projet et que l'Assemblée fédérale vote la prolongation du délai. Afin que la commission du Conseil national ait aussi le temps de délibérer, le projet doit être soumis au Conseil des Etats à la session d'automne 2006 au plus tard. La minorité de la commission est toutefois convaincue que la Constitution ne peut être modifiée sans la participation de larges cercles et prie par conséquent la commission du Conseil national de procéder à une consultation ordinaire. Une éventuelle prolongation d'un an laisserait suffisamment de temps à cet effet.

Réflexions fondamentales

1. Les chiffres marginaux entre parenthèses renvoient au commentaire d'Ueli Kieser.

Scinder l'assurance-maladie et l'assurance-accidents en deux dispositions constitutionnelles distinctes

2. Proposition est faite d'introduire un article constitutionnel spécialement consacré à l'assurance-maladie et, partant, de scinder l'assurance-accidents et l'assurance-maladie en deux articles constitutionnels distincts. Dans cette proposition, l'article traitant de l'assurance-accidents reprend sans modification le contenu de l'article existant; la formulation de l'article sur l'assurance-maladie est en revanche entièrement modifiée, reprenant à nouveaux frais les principes matériels déterminants.

Les considérations suivantes conduisent à séparer la réglementation de ces deux branches des assurances sociales en deux articles constitutionnels distincts. Un premier élément déterminant est la décision du législateur de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population résidante, alors que l'assurance-accidents n'est obligatoire que pour les personnes exerçant une activité lucrative dépendante; ces deux assurances sociales font ainsi l'objet de perceptions très différentes au sein de la population. Le deuxième élément important est que la réglementation de l'assurance-maladie est beaucoup plus exigeante que ne l'est celle de l'assurance-accidents. Elle appelle des différenciations difficiles (p. ex. entre ce qui relève et ne relève pas de la maladie) et soulève des questions délicates relatives à l'admission des fournisseurs de prestations. S'ajoute à cela le poids quantitatif bien plus important de l'assurance-maladie par rapport à l'assurance-accidents.

On peut dès lors s'en tenir, pour ce qui est de l'assurance-accidents, à la réglementation concise actuellement en vigueur. Pour ce qui est de l'assurance-maladie, en revanche, il semble approprié de fixer les principaux objectifs matériels au niveau constitutionnel. La disparité de situation initiale justifie ainsi une réglementation constitutionnelle en deux dispositions distinctes.

Délimiter l'assurance de base et l'assurance complémentaire dans l'assurance-maladie

3. Il s'agit de clarifier la relation entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. D'après la conception qui prévaut jusqu'à présent, ces deux domaines sont clairement séparés. Alors que l'assurance de base est considérée comme une partie de l'assurance sociale, l'assurance complémentaire relève du domaine de l'assurance privée. L'assurance de base a ainsi par principe une portée générale et offre une bonne protection aux assurés. Les assurances complémentaires sont quant à elles importantes dans les domaines des prestations supplémentaires (p. ex. le droit d'être soigné par le médecin-chef en personne, de bénéficier de médicaments non remboursés par l'assurance de base ou de recourir aux

Grundversicherung geregelt. Der Vorschlag bezieht sich also nicht auf die Zusatzversicherungen, die weiterhin dem Privatrecht unterstehen.

Bezug zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA)

4. Art. 48a Abs. 1 Bst. h BV (in der Fassung gemäss Bundesbeschluss vom 3. Oktober 2003; NFA-Vorlage; noch nicht in Kraft gesetzt) sieht vor, dass bezogen auf die Spitzenmedizin und Spezialkliniken interkantonale Vereinbarungen allgemein verbindlich erklärt werden können oder dass Kantone zur Beteiligung daran verpflichtet werden können (vgl. BBl 2003 6592). Diese verfassungsrechtliche Regelung steht in einem Zusammenhang mit dem Verfassungsartikel über die Krankenversicherung und ergänzt diesen. Wenn – gestützt auf Art. 48a BV – ein solcher Schritt des Bundes erfolgt, kann dies Auswirkungen auf öffentliche Beiträge haben, welche im Rahmen der Krankenversicherung erbracht werden (dazu Abs. 3 der vorgeschlagenen Verfassungsbestimmung).

Beizufügen ist im Übrigen, dass sich die NFA-Vorlage auch bei der Prämienverbilligung auswirkt (dazu Rz. 37).

Verfassungsartikel zur Unfallversicherung (Art. 117 BV)

Wortlaut

Abs. 1

Der Bund erlässt Vorschriften über die Unfallversicherung.

Abs. 2

Er kann die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.

Erläuterungen

1. Wenn die Krankenversicherung inhaltlich neu (und somit in einem eigenen Verfassungsartikel) geregelt werden soll, hat dies zur Folge, dass die Unfallversicherung in einem anderen Artikel selbstständig geordnet werden muss (vgl. dazu Eingangsbemerkungen, Rz. 2). Der Vorschlag übernimmt den heutigen Gehalt von Art. 117 BV unverändert. Deshalb wird die heutige gesetzliche Ausgestaltung der Unfallversicherung (obligatorische Versicherung für die Unselbstständigerwerbenden; vgl. Art. 1a des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG, SR 832.20) unverändert weitergeführt werden können.

(2) Der Gesetzgeber hat nach geltendem Recht einerseits für die Unselbstständigerwerbenden die Unfallversicherung obligatorisch erklärt. Andererseits hat er darüber hinaus weitere Bereiche der Unfallversicherung geregelt. So hat er die freiwillige Versicherung für Selbstständigerwerbende eingeführt (vgl. Art. 4 UVG) und die Möglichkeit der Abredeversicherung aufgenommen (vgl. Art. 3 Abs. 3 UVG). Dies zeigt, dass der Gesetzgeber über die Obligatorischerklärung hinaus von der ihm übertragenen Kompetenz Gebrauch gemacht hat. An dieser Befugnis des Gesetzgebers ändert sich mit dem vorgeschlagenen Verfassungsartikel nichts.

Verfassungsartikel Krankenversicherung (Art. 117a BV)

Wortlaut

Abs. 1

Der Bund erlässt Vorschriften über die Krankenversicherung. Die Krankenversicherung umfasst die Krankenpflegeversicherung, die Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft vorsieht und auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit festlegen kann. Sie kann eine Taggeldversicherung umfassen.

Abs. 2

Er beachtet dabei folgende Grundsätze:

a. Der Bund kann die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen unter den zugelassenen Krankenversicherern frei wählen.

b. Die Leistungen der Krankenpflege müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Sie können in Listen gefasst werden.

c. Die Durchführung der Krankenversicherung richtet sich nach den Kriterien der Effizienz, der Effektivität und der Transparenz. Die Eigenverantwortlichkeit der Versicherten wird gefördert.

méthodes de la médecine naturelle) ou des prestations hôtelières (avoir un meilleur choix de menus ou une chambre individuelle à l'hôpital, p. ex.). La disposition constitutionnelle sur l'assurance-maladie ne règle que l'assurance de base. La présente proposition ne concerne donc nullement les assurances complémentaires, qui relèvent du droit privé.

Faire référence à la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)

4. L'art. 48a, al. 1, let. h, Cst. (dans la version de l'arrêté fédéral du 3 octobre 2003 sur la RTP qui doit encore entrer en vigueur) prévoit que la Confédération peut donner force obligatoire générale à des conventions intercantionales ou obliger certains cantons à adhérer à des conventions intercantionales dans le domaine de la médecine de pointe et des cliniques spéciales (cf. FF 2003 6035). Cette réglementation constitutionnelle est en lien avec l'article constitutionnel sur l'assurance-maladie et vient la compléter. Si la Confédération, en vertu de l'art. 48a Cst., venait à adopter une telle mesure, cela pourrait avoir des répercussions sur les contributions publiques fournies dans le cadre de l'assurance-maladie (cf. al. 3 de la présente proposition constitutionnelle).

On notera par ailleurs que le modèle prévu par le projet de RPT a des effets sur la réduction des primes (cf. chiffre marginal 37).

Article constitutionnel sur l'assurance-accidents (117 Cst.)

Texte

Al. 1

La Confédération légifère sur l'assurance-accidents.

Al. 2

Elle peut déclarer l'assurance-accidents obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes.

Commentaire

1. Si l'on entend modifier la réglementation de l'assurance-maladie (et la reformuler dans un article constitutionnel qui lui soit propre), il convient de traiter l'assurance-accidents dans un article distinct (cf. remarques introductives, chiffre marginal 2). La proposition reprend sans modification le contenu de l'actuel art. 117 Cst. Il est ainsi possible de maintenir en l'état la réglementation de l'assurance-accidents actuellement en vigueur (assurance obligatoire pour les personnes exerçant une activité lucrative dépendante; cf. art. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, LAA, RS 832.20).

(2) Selon le droit en vigueur, le législateur a non seulement déclaré l'assurance-accidents obligatoire pour les personnes exerçant une activité lucrative dépendante, mais a encore réglementé d'autres domaines de l'assurance-accidents. Il a ainsi rendu l'assurance facultative pour les personnes exerçant une activité lucrative indépendante (cf. art. 4 LAA) et a admis la possibilité de l'assurance par convention (cf. art. 3, al. 3, LAA). Cela montre que le législateur a fait de la compétence qui lui a été conférée un usage qui ne se réduit pas à la première décision mentionnée. L'article constitutionnel proposé ne change rien à ce pouvoir du législateur.

Article constitutionnel sur l'assurance-maladie (117a Cst.)

Texte

Al. 1

La Confédération légifère sur l'assurance-maladie. L'assurance-maladie comprend l'assurance des soins, laquelle prévoit des prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité, et peut également fixer des prestations en cas de dépendance. Elle peut comprendre une assurance d'indemnités journalières.

Al. 2

Ce faisant, elle respecte les principes suivants:

a. la Confédération peut déclarer l'assurance-maladie obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes; pour l'assurance obligatoire des soins, les personnes tenues de s'assurer peuvent librement choisir un assureur-maladie parmi ceux qui sont autorisés;

b. les prestations de soins doivent être efficaces, appropriées et économiques; elles peuvent être consignées dans des listes;

d. Zur Tätigkeit in der Krankenversicherung werden Versicherer zugelassen, welche den bundesrechtlichen Mindestanforderungen genügen.

e. Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zu Lasten der Krankenpflegeversicherung tätig sind, berücksichtigen die Ziele der qualitativ hochstehenden Versorgung und des Wettbewerbs.

Abs. 3

Die Krankenpflegeversicherung wird finanziert über die Prämien und die Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über öffentliche Beiträge. Der Bund sieht zudem zusammen mit den Kantonen Prämienverbilligungen vor, wobei er der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung trägt.

Erläuterungen

Abs. 1

Satz 1

(1) Die Formulierung erfolgt in Entsprechung zum bisherigen Art. 117 BV und in Übereinstimmung mit den sonstigen Verfassungsartikeln zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung.

(2) Regelungsgegenstand der Bestimmung ist die «Krankenversicherung». Es ist (nur) die eigentliche Krankenpflegeversicherung sowie – allenfalls – die Taggeldversicherung gemeint. Die Bestimmung findet sich im 8. Abschnitt der Bundesverfassung, der die Bereiche «Wohnen, Arbeit, soziale Sicherheit und Gesundheit» erfasst. Damit wird – in systematischer Hinsicht – klargestellt, dass nur die soziale Krankenversicherung geregelt wird.

Nicht von der Bestimmung erfasst werden Zusatzversicherungen. Diese sind bereits im heutigen System von der sozialen Krankenversicherung grundsätzlich getrennt und werden nicht durch den (heutigen) Art. 117 BV erfasst. Die Ausgestaltung der Zusatzversicherung wird deshalb durch den vorliegenden Vorschlag nicht berührt (dazu bereits Eingangsbemerkungen, Rz. 3). Zusatzversicherungen behalten deshalb ihre Bedeutung und treten ergänzend zur Grundversicherung hinzu, wie sie durch den vorliegenden Verfassungsartikel geregelt wird.

Satz 2

(3) Satz 2 umschreibt – zusammen mit Satz 3 – den Gegenstand der Krankenversicherung. Es wird unterschieden zwischen Krankenpflegeversicherung (welche vom Bund jedenfalls zu regeln ist) und der Taggeldversicherung (wo der Bund gegebenenfalls auf eine Regelung verzichten kann).

(4) Satz 2 enthält eine Aufzählung der massgebenden Leistungsbereiche. Es werden die Krankheit, der Unfall, die Mutterschaft und die Pflegebedürftigkeit genannt. Dabei handelt es sich um eine abschliessende Aufzählung. Der Bund kann diese Leistungsbereiche gesetzlich regeln, muss es aber nicht. Dies lässt einen Spielraum für die Ausgestaltung auf der Gesetzesebene. Dieser Spielraum ist insbesondere bei der Pflegebedürftigkeit wichtig, kann aber auch etwa beim Unfall eine Bedeutung erhalten (nämlich dann, wenn der Gesetzgeber die Unfallversicherung für die gesamte Bevölkerung als obligatorisch erklären möchte).

(5) In Satz 2 wird festgelegt, dass die Versicherung Leistungen «vorsehen» kann. Diese Formulierung nimmt Bezug auf das Krankenversicherungssystem und nicht auf den einzelnen Versicherer. Damit wird auch nicht präjudiziert, ob der Versicherer die Leistung selbst gewährt oder ob er die Kosten für die Leistungen übernimmt. Es steht dem Gesetzgeber also frei, eines dieser beiden Systeme oder Mischformen vorzusehen. Es kann also das bisherige System (Kostenvergütung durch die Krankenversicherer) ohne weiteres weitergeführt werden.

(6) Zu den Bereichen Krankheit, Unfall und Mutterschaft: Dass die Krankenversicherung bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft Leistungen vorsieht, ist bereits im heutigen Krankenversicherungsgesetz (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG, SR 832.10) vorgesehen (Art. 1a Abs. 2 KVG), wobei es sich auch nach der heutigen Regelung um eine Pflicht handelt (vgl. Art. 1a Abs. 2 KVG: «gewährt»). Die Erwähnung dieser drei Bereiche der Kranken-

c. la mise en oeuvre de l'assurance-maladie répond aux critères d'efficience, d'efficacité et de transparence; la responsabilité individuelle des assurés est encouragée;

d. sont admis à exercer une activité dans le domaine de l'assurance-maladie, les assureurs qui satisfont aux exigences minimales fixées par le droit fédéral;

e. les conditions posées à l'activité des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance-maladie tiennent compte des objectifs que sont une offre de soins de haute qualité et la concurrence.

Al. 3

L'assurance des soins est financée par les primes et les participations aux coûts à charge des assurés ainsi que par des contributions publiques. La Confédération prévoit en outre, conjointement avec les cantons, des réductions de primes en tenant compte de la situation financière des assurés.

Commentaire

Al. 1

Première phrase

(1) La formulation est équivalente à celle de l'actuel art. 117 Cst. et en accord avec les autres articles constitutionnels relatifs aux diverses branches des assurances sociales.

(2) Cette disposition a pour objet l'«assurance-maladie». Seule l'assurance des soins à proprement parler est visée ici, ainsi que – à la rigueur – l'assurance d'indemnités journalières. L'article se situe dans la section de la Constitution qui traite des compétences de la Confédération en matière de «logement, travail, sécurité sociale et santé» (titre 3, chapitre 2, section 8). Cela indique clairement – d'un point de vue systématique – qu'il ne régit que l'assurance-maladie sociale.

La disposition ne couvre donc pas les assurances complémentaires. Celles-ci sont déjà fondamentalement distinguées de l'assurance-maladie sociale dans le système actuel et ne sont pas couvertes par l'actuel art. 117 Cst. La présente proposition n'aborde donc pas l'organisation des assurances complémentaires (cf. remarques introductives, chiffre marginal 3). Les assurances complémentaires conservent ainsi leur importance et s'ajoutent à l'assurance de base telle qu'elle est régie par le présent article constitutionnel.

Deuxième phrase

(3) La deuxième phrase délimite – avec la troisième – l'objet de l'assurance-maladie. Il s'agit de distinguer l'assurance des soins (que la Confédération doit de toute façon réglementer) et l'assurance d'indemnités journalières (à propos de laquelle la Confédération peut, le cas échéant, renoncer à légiférer).

(4) La deuxième phrase présente une liste des domaines de prestations déterminants, soit: la maladie, l'accident, la maternité et la dépendance. Cette énumération est exhaustive. La Confédération peut prévoir des réglementations légales pour ces différents domaines de prestations, sans toutefois y être obligée. L'aménagement au niveau législatif jouit ainsi d'une certaine marge de manoeuvre. Celle-ci est particulièrement importante dans le cas de la dépendance; elle peut l'être également dans le domaine de l'accident (si le législateur souhaitait p. ex. rendre l'assurance-accidents obligatoire pour l'ensemble de la population).

(5) La deuxième phrase établit que l'assurance peut «prévoir» des prestations. Cette formulation se réfère au système d'assurance-maladie et non aux assureurs particuliers. Elle ne préjuge pas non plus de la question de savoir si l'assureur octroie lui-même les prestations ou s'il prend en charge les coûts des prestations. Le législateur a ainsi toute latitude de retenir l'un ou l'autre, ou encore une combinaison, de ces deux systèmes. Le système existant (remboursement des frais par les assureurs-maladie) peut dès lors être maintenu en l'état.

(6) Concernant les domaines de la maladie, de l'accident et de la maternité: l'actuelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) établit déjà que l'assurance-maladie prévoit des prestations en ces trois domaines, étant entendu qu'il s'agit là d'une obligation (cf. art. 1a, al. 2, LAMal: «L'as-

pflgeversicherung (und insbesondere des Unfalles) ist wichtig, weil die entsprechenden Risiken durch die Krankenversicherung aufzufangen ist, wenn beispielsweise der Bund die Unfallversicherung nicht für die Gesamtheit der Bevölkerung obligatorisch erklärt. Die Mutterschaft ist deshalb ausdrücklich aufzuführen, weil sie keine Krankheit ist; dennoch sollen bei Mutterschaft aber Leistungen der Krankenversicherung erbracht werden.

Die Formulierung der Bestimmung legt fest, dass die Krankenpflegeversicherung bei den drei genannten Bereichen – Krankheit, Unfall und Mutterschaft – jedenfalls Leistungen vorzusehen hat; es handelt sich also nicht nur um eine Kann-Bestimmung. Dies stellt eine wichtige Garantie mit Blick auf die tatsächliche soziale Absicherung dar.

(7) Zum Bereich der Pflegebedürftigkeit: Die Pflegebedürftigkeit kann ausserhalb der Bereiche Krankheit, Unfall oder Mutterschaft auftreten, und zwar insbesondere im Alter. Es kann Gegenstand der Krankenpflegeversicherung bilden, dass auch bei einer Pflegebedürftigkeit Leistungen gewährt werden bzw. Kosten für solche Leistungen übernommen werden. Die Finanzierung dieser Leistungen richtet sich ebenfalls nach Abs. 3 der Bestimmung, wobei dafür beispielsweise ein System mit Zusatzprämien (beispielsweise für Personen ab dem 50. Altersjahr) eingerichtet werden kann (dazu auch Rz. 31 ff.).

Der Bereich der Pflegebedürftigkeit muss im Rahmen der Krankenpflegeversicherung nicht zwingend geordnet werden; es handelt sich um eine Kann-Bestimmung. Damit wird dem Gesetzgeber ein bestimmter Spielraum belassen; er kann – soweit er eine Regelung erlassen will – die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit innerhalb oder ausserhalb der Krankenpflegeversicherung vorsehen.

Satz 3

(8) Zur Taggeldversicherung: Die Krankenversicherung muss nicht zwingend eine Taggeldversicherung umfassen. Im geltenden Recht verhält es sich so, dass eine Regelung vorgenommen wurde (dazu Art. 1a Abs. 1 KVG). Satz 3 enthält keine materiellen Grundsätze zur Ausgestaltung der allfälligen Taggeldversicherung, so dass hier der Gesetzgeber in seiner Befugnis gänzlich frei ist; entsprechend bezieht sich Abs. 2 Bst. b (wo die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungen angesprochen ist) nur auf die Krankenpflegeversicherung (und nicht auf die Taggeldversicherung). Immerhin aber ist – in Abs. 2 Bst. a – ausdrücklich festgelegt, dass der Bund die Taggeldversicherung obligatorisch erklären kann; dies hat er im geltenden Recht nicht getan, doch steht ihm verfassungsrechtlich die Möglichkeit dazu offen (dazu Rz. 12).

Abs. 2

(9) In Abs. 2 werden materielle Grundsätze der Ausgestaltung der Krankenversicherung aufgenommen. Abs. 2 enthält keine Regelungen, die Kompetenzen begründen; die prinzipielle Kompetenz des Bundes ergibt sich nämlich direkt aus Abs. 1. Die Bestimmung von Abs. 2 zielt darauf ab, diejenigen Grundsätze zu nennen, die bei der Gesetzgebung zu beachten sind. Es handelt sich um Formulierungen, die teilweise in Übereinstimmung stehen zu den sonstigen Verfassungsartikeln über die einzelnen Zweige der Sozialversicherung (etwa Art. 112 oder Art. 113 BV).

(10) In terminologischer Hinsicht werden in der Bestimmung folgende Bezeichnungen verwendet: – Krankenversicherung/Versicherung: Gemeint ist das Gesamtsystem, d. h. die Krankenversicherung als Teil der Sozialversicherung. – Krankenversicherer/Versicherer: Erfasst sind die Versicherer, welche die obligatorische Krankenversicherung betreiben (dazu Art. 11 KVG). – Krankenpflege: Gemeint ist der Bereich der Heilbehandlung (d. h. die Behandlung der Risiken Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Pflegebedürftigkeit, soweit eine entsprechende Leistung durch das Gesetz vorgesehen ist). – Krankenpflegeversicherung: Sie bildet einen Teil der Krankenversicherung, wobei die Heilbehandlung erfasst wird.

(11) Zu den einzelnen Buchstaben von Abs. 2 ist Folgendes zu bemerken:

«surance-maladie sociale alloue des prestations»). La mention de ces trois domaines de l'assurance des soins (et en particulier de l'accident) est importante, parce que l'assurance-maladie doit prendre en charge les risques dans ce domaine, par exemple si la Confédération ne rend pas l'assurance-accidents obligatoire pour l'ensemble de la population. C'est pour cette raison également que la maternité doit être explicitement mentionnée: l'assurance-maladie doit octroyer des prestations en cas de maternité bien que celle-ci ne soit pas une maladie.

La formulation de la disposition stipule que l'assurance des soins doit en tout cas prévoir des prestations pour les domaines de la maladie, de l'accident et de la maternité. Il ne s'agit donc pas d'une disposition potestative, ce qui représente une garantie importante au regard d'une véritable couverture sociale.

(7) Concernant le domaine de la dépendance: une situation de dépendance peut survenir sans pour autant relever du domaine de la maladie, de l'accident ou de la maternité, en particulier lors de la vieillesse. L'assurance des soins peut avoir pour objet d'allouer des prestations dans une telle situation ou de prendre en charge les coûts relatifs à de telles prestations. Le financement de ces prestations dépend de l'al. 3 de l'article, un système de primes complémentaires (p. ex. pour les personnes de plus de 50 ans) pouvant par exemple être aménagé (cf. également chiffres marginaux 31ss).

Le domaine de la dépendance ne doit pas nécessairement être réglementé dans le cadre de l'assurance des soins. Il s'agit là d'une disposition potestative, qui laisse une certaine marge de manoeuvre au législateur. Celui-ci – et pour autant qu'il souhaite adopter une réglementation – peut ainsi prévoir des prestations pour les situations de dépendance aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'assurance des soins.

Troisième phrase

(8) Concernant l'assurance d'indemnités journalières: l'assurance-maladie ne doit pas nécessairement comprendre une assurance d'indemnités journalières, même si le droit actuellement en vigueur prévoit une réglementation à ce propos (cf. art. 1a, al. 1, LAMal). La troisième phrase ne contient aucun principe matériel relatif à l'aménagement d'une éventuelle assurance d'indemnités journalières, de sorte que le législateur garde toute latitude à ce sujet; l'al. 2, let. b, qui traite des critères auxquels doivent satisfaire les prestations, ne se rapporte en conséquence qu'à l'assurance des soins et non à l'assurance d'indemnités journalières. Il n'en demeure pas moins expressément établi – à l'al. 2, let. a – que la Confédération peut déclarer l'assurance d'indemnités journalières obligatoire. Si elle ne l'a pas prévu dans le droit actuellement en vigueur, c'est une possibilité constitutionnelle qui demeure ouverte (cf. chiffre marginal 12).

Al. 2

(9) L'al. 2 établit les principes matériels de l'organisation de l'assurance-maladie. Il n'est la source d'aucune compétence, le principe de la compétence de la Confédération étant en effet directement établi à l'al. 1. Le but de l'al. 2 est d'énoncer les principes que la législation doit respecter. Il s'agit de formulations qui, pour certaines d'entre elles, s'accordent aux autres articles constitutionnels traitant des diverses branches des assurances sociales (p. ex. l'art. 112 ou l'art. 113 Cst.).

(10) D'un point de vue terminologique, la disposition utilise les désignations suivantes: – assurance-maladie/assurance: le système dans son ensemble, à savoir l'assurance-maladie en tant que composante des assurances sociales; – assureur-maladie/assureur: les assureurs qui fournissent les prestations de l'assurance-maladie obligatoire (cf. art. 11 LAMal); – soins: le domaine du traitement médical (à savoir le traitement en cas de maladie, d'accident, de maternité et de dépendance, pour autant qu'une prestation correspondante soit prévue dans la loi); – assurance des soins: elle constitue la part de l'assurance-maladie qui couvre le traitement médical.

Bst. a

Satz 1

(12) Es wird in Satz 1 der heutige Gehalt von Art. 117 Abs. 2 BV aufgenommen; der Bund hat die Wahlmöglichkeit zwischen drei Ausgestaltungen: – Obligatorium für die gesamte Bevölkerung, – Obligatorium für einzelne Bevölkerungsgruppen, – gänzlicher Verzicht auf ein Obligatorium.

Im heutigen System gilt in der Krankenpflege ein Obligatorium für die gesamte Bevölkerung (vgl. Art. 3 KVG). Dieses Prinzip kann unverändert weitergeführt werden. Bei der Taggeldversicherung hat der Bund kein Obligatorium eingeführt; diese Regelung kann weitergeführt werden, wobei dem Bund auch die Möglichkeit offen steht, die Taggeldversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch zu erklären.

Beizufügen ist, dass die Formulierung und die systematische Einreihung in Anlehnung an Art. 113 Abs. 2 Bst. e BV (betreffend berufliche Vorsorge) erfolgt.

Satz 2

(13) In Satz 2 von Bst. a wird bei der obligatorischen Versicherung die Wahlmöglichkeit der Versicherten festgelegt. Der Wortlaut der Bestimmung legt klar fest, dass sich die Wahlmöglichkeit zwingend nur auf die Krankenpflegeversicherung (d. h. nicht etwa auf die Taggeldversicherung) bezieht. Bei der Taggeldversicherung ist die Ausgangslage deshalb unterschiedlich, weil hier regelmässig von einem Arbeitgeber oder einer Arbeitgeberin abgeschlossene Kollektivversicherungen bestehen, was die Wahlmöglichkeit der versicherten Person einschränkt.

(14) Die Wahlmöglichkeit bezieht sich auf die zugelassenen Versicherer; um welche es sich handelt, ergibt sich aus Bst. d. Diese Wahlmöglichkeit ist bereits im geltenden Recht umgesetzt (vgl. Art. 4 KVG); sie dient dem Ziel des Wettbewerbes unter den Krankenversicherern.

(15) Beizufügen ist, dass die verfassungsrechtlich gewährleistete freie Wahl des Krankenversicherers nur für obligatorisch versicherte Personen uneingeschränkt gilt. Dies belässt einen Spielraum für Personenkategorien, welche in der Krankenpflegeversicherung über eine Kollektivversicherung abgedeckt werden sollen (d. h. welche keine Wahlfreiheit haben sollen). Dazu können beispielsweise Asylbewerberinnen und Asylbewerber gehören; hier steht es dem Gesetzgeber frei, eine Ausnahme vom Obligatorium (mit der sich daraus ergebende Wahlmöglichkeit unter den Krankenversicherern) vorzusehen und eine Abdeckung über eine Kollektivversicherung (ohne Wahlmöglichkeit) einzuführen. Solche Regelungen können durch den Gesetzgeber auch für andere Kreise der Bevölkerung vorgesehen werden.

Bst. b

Satz 1

(16) In Satz 1 wird festgehalten, welche Anforderungen an die Leistungen in der Krankenpflegeversicherung gestellt werden. Leitprinzip bilden die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Diese Kriterien sind bereits in der heutigen Gesetzgebung massgebend (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG). Weil nur von der Krankenpflegeversicherung gesprochen wird, wird klar gestellt, dass sich Bst. b nicht auf die Taggeldversicherung beziehen kann.

Satz 2

(17) Satz 2 nimmt das Listenprinzip auf, das im geltenden Recht eine Bedeutung hat. Heute sind Listen insbesondere für Medikamente, für Analysen oder für Mittel und Gegenstände vorgesehen (vgl. Art. 52 Abs. 1 KVG). Daneben besteht eine Liste mit verschiedenen Leistungen, die entweder als Pflichtleistung oder als Nichtpflichtleistung bezeichnet werden (vgl. Anhang 1 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung; SR 832.112.31).

(18) Die Formulierung von Satz 2 lässt es zu, dass Negativ- oder Positivlisten aufgestellt werden. Positivlisten nennen die Leistungen, die erbracht oder vergütet werden, abschliessend. Solche Positivlisten haben im geltenden Recht für Teilbereiche bereits jetzt Bedeutung (z. B. bezogen auf die zahnärztlichen Leistungen; vgl. Art. 31 KVG).

(11) Au sujet de chacune des lettres de l'al. 2, il convient de noter les éléments suivants:

Let. a

Première phrase

(12) La première phrase reprend la teneur de l'actuel art. 117, al. 2, Cst. Cette formulation offre à la Confédération le choix entre trois modalités: – l'assurance obligatoire pour l'ensemble de la population; – l'assurance obligatoire pour certaines catégories de personnes; – la renonciation à toute obligation.

Concernant l'assurance des soins, l'obligation de s'assurer pour l'ensemble de la population est le régime qui prévaut dans le système actuel (cf. art. 3 LAMal). Ce principe peut être reconduit sans modification. Concernant l'assurance d'indemnités journalières, la Confédération n'a pas instauré de régime obligatoire. Cette réglementation peut aussi être maintenue, la Confédération conservant toutefois la possibilité de déclarer l'assurance d'indemnités journalières obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes.

On notera également que la formulation et le classement systématique prennent ici modèle sur l'art. 113, al. 2, let. e, Cst. (concernant la prévoyance professionnelle).

Deuxième phrase

(13) La deuxième phrase de la let. a établit la possibilité de choix des assurés dans l'assurance obligatoire. Le libellé de la disposition indique clairement que la possibilité de choix ne s'applique impérativement qu'à l'assurance des soins (et non à l'assurance d'indemnités journalières). La situation est en effet différente s'agissant de l'assurance d'indemnités journalières, dans la mesure où les assurances collectives conclues par les employeurs viennent fréquemment restreindre la possibilité de choix de la personne assurée.

(14) La possibilité de choix s'applique aux assureurs admis, la définition de ces derniers découlant de la let. d. Cette possibilité de choix est déjà en oeuvre dans le droit en vigueur (cf. art. 4 LAMal); elle vise à favoriser la concurrence entre assureurs-maladie.

(15) Il convient d'ajouter que la garantie constitutionnelle du libre choix de la caisse-maladie ne s'applique sans restriction qu'aux personnes soumises à l'obligation de s'assurer. Cela laisse une marge de manoeuvre à l'égard des catégories de personnes qui, dans le domaine de l'assurance des soins, doivent être couvertes par une assurance collective (à savoir celles qui ne doivent pas avoir de liberté de choix). Les requérants d'asile peuvent en faire partie: le législateur a ici toute latitude de prévoir une exception au régime d'obligation (ainsi qu'à la possibilité de choix entre assureurs-maladie qui en résulte) et d'instaurer une couverture par le biais d'une assurance collective (sans possibilité de choix). Le législateur peut prévoir de telles réglementations pour d'autres catégories de la population.

Let. b

Première phrase

(16) La première phrase fixe à quelles exigences doivent répondre les prestations de l'assurance des soins. Les critères fondamentaux sont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique, déjà déterminants dans la législation actuelle (art. 32, al. 1, LAMal). Comme il n'est ici question que de l'assurance des soins, il est clair que la let. b ne concerne pas l'assurance d'indemnités journalières.

Deuxième phrase

(17) La deuxième phrase reprend le principe des listes de prestations, qui a son importance dans le droit en vigueur. A l'heure actuelle, il s'agit en particulier de listes de médicaments, d'analyses ou encore de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques (cf. art. 52, al. 1, LAMal). D'autres listes contiennent diverses prestations à la charge ou non de l'assurance-maladie (cf. annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins; RS 832.112.31).

(18) La formulation de la deuxième phrase permet l'élaboration de listes négatives ou positives. Une liste positive mentionne de façon exhaustive les prestations fournies ou rem-

(19) Mit der ausdrücklichen Nennung der Listen in der Verfassung wird dieser Einrichtung zur Leistungssteuerung ein besonderes Gewicht zugemessen. Es kann dadurch auch eine erleichterte Abgrenzung zu den Zusatzversicherungen erreicht werden. Denn es steht bei den Listen klar fest, welche Leistungen durch die Grundversicherung übernommen werden bzw. nicht übernommen werden; die Zusatzversicherungen haben deshalb einen klar umschriebenen Bereich, in dem sie tätig werden können.

Bst. c

(20) Bst. c stellt innerhalb der Grundsätze ein zentrale Bestimmung dar. Hier werden die allgemeinen inhaltlichen Kriterien genannt, welche für die Ausgestaltung und Durchführung der Krankenversicherung leitend sind. Es sind einerseits Kriterien, welche sich an alle Stellen, Personen und Träger richten, welche die Krankenversicherung durchführen (Satz 1); andererseits wird – in Satz 2 der Bestimmung – Bezug genommen auf die Versicherten. Damit sind alle Beteiligten erfasst.

Satz 1 bezieht sich auf die Durchführung der Krankenversicherung. Dieser Begriff wird weit verstanden. Unter Durchführung fallen etwa die Finanzierung, die Leistungsvergütung, die Beziehungen zu den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und das gesamte Verfahren. Auf Verfassungsebene werden drei zentrale Kriterien genannt, nämlich die Effizienz, die Effektivität und die Transparenz. Mit Effizienz wird Bezug genommen auf verschiedene Aspekte; es geht etwa um die rasche Behandlung von Leistungsanmeldungen oder die schlanke Struktur von Versicherern. Das Kriterium der Effektivität betont die Notwendigkeit, die Durchführung mit dem klaren Blick auf das Ziel der Krankenversicherung – Schutz der Versicherten bei Eintritt des Risikos Krankheit – auszugestalten.

Mit dem Kriterium der Transparenz ist gemeint, dass alle Personen und Stellen, welche die Krankenversicherung durchführen, klar und einsehbar vorgehen müssen. Die Konkretisierung dieser Kriterien ist durch den Gesetzgeber vorzunehmen. Hier ist ihm ein weiterer Gestaltungsraum eröffnet. So können etwa gestützt auf die in der Verfassung genannten Kriterien Massnahmen der Qualitätssicherung vorgesehen werden. Zulässig ist auch, dass die monistische Finanzierung festgelegt wird. Bei diesem System gehen alle Finanzierungsmittel (d. h. die Prämien und öffentliche Beiträge) an den Krankenversicherer, und es steht jedem Leistungserbringer nur noch ein Kostenträger (d. h. der Versicherer) gegenüber. Beizufügen ist, dass in Art. 5 der Übergangsbestimmungen (Revisionsentwurf zweites Paket der KVG-Revision im Bereiche Spitalfinanzierung) der Bundesrat verpflichtet wird, innert drei Jahren eine Gesetzesvorlage zur monistischen Spitalfinanzierung vorzulegen (BBl 2004 5583). Ein solches System ist zweifellos als effizient und effektiv zu betrachten.

Satz 2 betrifft die Versicherten. Es geht hier um eine Förderung der Eigenverantwortlichkeit, wie dies analog beispielsweise auch in der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge vorgesehen ist (vgl. Art. 111 Abs. 4 BV). Weil die Bestimmung im Verfassungsartikel über die Krankenversicherung aufgenommen ist, wird klar gestellt, dass es sich nur um die Förderung der Eigenverantwortlichkeit im Rahmen der Krankenversicherung handelt. Der Gesetzgeber kann entsprechende Massnahmen (etwa im Rahmen von Franchisen und Selbstbehalt oder bei der Unterstützung von Präventivmassnahmen) festlegen.

Daneben könnte die Förderung der Eigenverantwortlichkeit auch bezogen auf den Gesundheitsschutz generell aufgenommen werden; dazu wäre gegebenenfalls eine Ergänzung von Art. 118 BV vorzunehmen.

Bst. d

(21) Die Formulierung lehnt sich an Art. 113 Abs. 4 BV an, wo bezogen auf die Vorsorgeeinrichtungen eine analoge Regelung besteht. Die Bestimmung lässt offen, welches die Mindestanforderungen sind; die Bezeichnung dieser Anforderungen obliegt deshalb dem Gesetzgeber. Der Gesetzgeber kann beispielsweise festlegen, dass die Versicherungen

boursées; il s'agit d'une pratique courante dans certains domaines (par exemple en ce qui concerne les prestations de médecine dentaire, cf. art. 31 LAMal).

(19) En faisant explicitement figurer le principe des listes dans la Constitution, la disposition attache une importance particulière à cet outil de gestion des prestations. Elle permet aussi de faciliter la délimitation de l'assurance de base par rapport aux assurances complémentaires. En effet, les listes établissent clairement quelles prestations sont prises en charge ou non par l'assurance de base, ce qui définit également en retour le périmètre sur lequel les assurances complémentaires peuvent étendre leurs activités.

Let. c

(20) La let. c représente un élément central dans l'énoncé des principes. Elle mentionne les critères généraux qui président à l'organisation et à la mise en oeuvre de l'assurance-maladie. Ces critères s'adressent à l'ensemble des services, personnes et organismes mettant en oeuvre l'assurance-maladie. A l'énoncé de ces critères dans la première phrase de la disposition fait suite, dans la deuxième phrase, une référence aux assurés. La disposition couvre de la sorte l'ensemble des parties impliquées.

La première phrase se réfère à la mise en oeuvre de l'assurance-maladie. Cette notion est ici comprise dans un sens large: la mise en oeuvre comprend le financement, le remboursement des prestations, les relations avec les fournisseurs de prestations et l'ensemble de la procédure. Trois critères fondamentaux sont mentionnés au niveau constitutionnel: l'efficacité, l'efficacités et la transparence. L'efficacité renvoie à divers aspects; il peut s'agir de la rapidité du traitement d'une demande de prestation ou de l'optimisation de la structure administrative des assureurs. Le critère de l'efficacité souligne la nécessité de mettre en oeuvre l'assurance-maladie en visant toujours clairement la réalisation de son objectif, à savoir la protection des assurés dès la survenance du risque de maladie. Le critère de la transparence, enfin, consiste en ce que les personnes et les services chargés de l'exécution de l'assurance-maladie soient tous obligés d'agir d'une manière claire et accessible. Il revient au législateur de concrétiser ces critères, ce qui lui confère une marge de manoeuvre supplémentaire. Des mesures en matière d'assurance qualité, par exemple, fondées sur les critères mentionnés dans la Constitution, peuvent être adoptées. Demeure également ouverte la possibilité d'introduire le système de financement moniste. Dans ce système, tous les moyens de financement (c'est-à-dire les primes et les contributions publiques) vont à l'assureur-maladie; les fournisseurs de prestations n'ont ainsi affaire qu'à un seul agent-payeur (soit l'assureur). On ajoutera que selon l'art. 5 des dispositions transitoires (projet de révision, deuxième paquet de révisions de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier), le Conseil fédéral est tenu de présenter, dans un délai de trois ans, un projet de loi sur le financement hospitalier à caractère moniste (FF 2004 5251). Un tel système doit indubitablement être considéré comme efficient et efficace.

La deuxième phrase concerne les assurés. L'enjeu est d'encourager la responsabilité individuelle, de manière analogue à ce qui se fait, par exemple, dans le régime de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité (cf. art. 111, al. 4, Cst.). Cette disposition faisant partie de l'article constitutionnel consacré à l'assurance-maladie, il s'ensuit clairement que c'est la responsabilité individuelle en matière d'assurance-maladie qui est ainsi encouragée. Le législateur peut prendre des mesures en ce sens (en matière de franchises, de quote-part ou de mesures de prévention).

L'encouragement de la responsabilité individuelle pourrait aussi se rapporter à la protection de la santé de façon générale. Il conviendrait dans ce cas de compléter l'art. 118 Cst.

Let. d

(21) La formulation s'appuie sur l'art. 113, al. 4, Cst., qui présente une disposition analogue relative aux institutions de prévoyance. La disposition laisse ouverte la question de savoir quelles sont les exigences minimales, leur spécification incombant au législateur. Celui-ci peut fixer, par

keinen Gewinn aus der Grundversicherung erzielen dürfen (dazu Art. 13 Abs. 2 Bst. a KVG).

Wer obligatorisch versichert ist, kann unter den nach Bst. d zugelassenen Krankenversicherern frei wählen, wie dies Abs. 1 Satz 2 vorsieht.

(22) Es können die Mindestanforderungen so ausgestaltet sein, dass neben den eigentlichen Krankenkassen auch private Versicherungsunternehmen zugelassen werden (so das geltende Recht in Art. 11 KVG). Diesbezüglich ist die Verfassungsbestimmung ebenfalls offen.

(23) Weil es sich um Mindestanforderungen handelt, ist eingeschlossen, dass diejenigen Versicherer, welche die Mindestanforderungen erfüllen, ohne weiteres Anspruch darauf haben, die Krankenversicherung betreiben zu können. Dies wird in der Formulierung von Bst. d dadurch unterstrichen, dass es heisst, dass solche Versicherer zugelassen «werden».

(24) Der Wortlaut der Bestimmung spricht von «Tätigkeit in der Krankenversicherung» und nicht von der «Durchführung» oder vom «Betreiben» der Krankenversicherung (vgl. zu dieser Wortwahl etwa Art. 11, Art. 13 KVG). Es wird damit eine offenere Formulierung gewählt, welche die aktive Rolle der Krankenversicherer betont und die in sich schliesst, dass die Versicherer gegebenenfalls (soweit dies das Gesetz erlauben sollte) in Teilbereichen der Krankenversicherung tätig werden.

Bst. e

(25) Dieser Absatz bezieht sich auf die Zulassung der Leistungserbringer. Es handelt sich um eine zentrale Bestimmung, bei der – soll sie einen materiellen Inhalt haben – bestimmte Entscheide erforderlich sind. Ausgangspunkt der vorgeschlagenen Regelung bildet die Entscheidung, dass im Bereich der Zulassung zur Leistungserbringung einerseits die hohe Qualität sichergestellt werden und andererseits das Wettbewerbselement jedenfalls teilweise spielen soll. Eine besondere Schwierigkeit der Regelung liegt darin, dass die Zulassung verschiedener Leistungserbringer zu ordnen ist; es geht nicht nur um die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten, sondern beispielsweise auch um die Zulassung von Spitalärzten. Dies legt nahe, eine offene Formulierung zu wählen.

(26) In Bst. e ist nicht die Rede von Mindestanforderungen, sondern von Voraussetzungen. Darin unterscheidet sich Bst. e von Bst. d. Wer als Versicherer die Mindestanforderungen erfüllt, ist – nach Bst. d – befugt, die Krankenversicherung zu betreiben (dazu Rz. 21 ff.). Demgegenüber müssen die Leistungserbringer nach Bst. e Voraussetzungen erfüllen, wobei zudem ausdrücklich auf das Wettbewerbsprinzip verwiesen wird. Insofern ist die Zulassung nach Bst. d grundsätzlich anders geregelt als die Zulassung nach Bst. e. Insofern besteht nicht aufgrund der Verfassung ein Anspruch auf Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung.

Die Voraussetzungen sind nicht nur bei der Aufnahme der Tätigkeit zulasten der Krankenpflegeversicherung zu erfüllen, sondern sind während der ganzen Dauer der Tätigkeit massgebend. Dies bringt der Text dadurch zum Ausdruck, dass er Bezug nimmt auf das Tätig-Sein.

(27) Die Voraussetzungen an die Zulassung von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern berücksichtigen zum einen das Ziel der qualitativ hoch stehenden Versorgung. Dieses Ziel ist dem schweizerischen Krankenversicherungssystem nach den bisherigen Regelungen vorgegeben (vgl. dazu BBI 1992 I 163; BGE 123 V 305). Es ist zutreffend, die Verfolgung dieses Ziels über die Zulassung der Leistungserbringer zu regeln; denn diesen kommt bei der Durchführung der Krankenversicherung ein zentraler Stellenwert zu. Es können also diejenigen Voraussetzungen aufgestellt werden, welche auf das Ziel der qualitativ hochstehenden Versorgung gerichtet sind (z. B. Qualitätsanforderungen, Anforderungen an Weiter- oder Fortbildung).

(28) Bst. e legt als Richtschnur für die Umschreibung der «Voraussetzungen» zum andern fest, dass diese den Wettbewerb berücksichtigen sollen. Zutreffend ist, dass Wettbe-

exemple, que les assurances ne peuvent réaliser de profit dans le domaine de l'assurance de base (cf. art. 13, al. 2, let. a, LAMal).

Comme le prévoit l'al. 1, deuxième phrase, toute personne tenue de s'assurer peut librement choisir un assureur-maladie parmi ceux qui sont autorisés à pratiquer selon la let. d.

(22) Les exigences minimales peuvent être définies de manière à ce que des entreprises d'assurance privées puissent aussi être autorisées à pratiquer, en plus des caisses-maladie à proprement parler (cf. art. 11 LAMal). La disposition constitutionnelle laisse cette possibilité ouverte.

(23) Puisqu'il s'agit d'exigences minimales, il s'ensuit que les assureurs qui les remplissent ont tout simplement le droit de pouvoir pratiquer l'assurance-maladie. La formulation de la let. d le souligne, en établissant que de tels assureurs «sont» autorisés.

(24) Le libellé de la disposition mentionne le fait d'«exercer une activité dans le domaine de l'assurance-maladie», et non de «pratiquer» ou d'«exercer» l'assurance-maladie (pour le choix de ces termes, cf. art. 11 et 13 LAMal). Il s'agit d'une formulation plus ouverte, qui met l'accent sur le rôle actif des assureurs-maladie et qui renferme l'idée que les assureurs développent le cas échéant (pour autant que la loi le permette) une activité dans des domaines particuliers de l'assurance-maladie.

Let. e

(25) Cette disposition a trait à l'admission des fournisseurs de prestations. Il s'agit d'une disposition centrale qui – si elle entend avoir un contenu matériel – rend certaines décisions indispensables. Le point de départ de la réglementation proposée consiste en l'idée que, dans le domaine de l'admission à fournir des prestations, il faut, d'une part, garantir une offre de soins de haute qualité et, d'autre part, faire jouer un rôle au moins partiel à la concurrence. Une difficulté particulière vient de ce qu'il s'agit de régler l'admission de différents fournisseurs de prestations, non seulement des médecins, mais aussi des hôpitaux par exemple. Cet élément milite en faveur d'une formulation ouverte.

(26) A la différence de la let. d, la let. e fait mention de «conditions» et non d'«exigences minimales». Selon la let. d, l'assureur qui remplit les exigences minimales a le droit de pratiquer l'assurance-maladie (cf. chiffres marginaux 21ss). A l'inverse, les fournisseurs de prestations doivent, selon la let. e, remplir des conditions conçues de telle manière qu'elles renvoient explicitement au principe de concurrence. L'admission au sens de la let. e est à ce titre fondamentalement différente de celle que vise la let. d. En ce sens, on ne saurait prétendre avoir, en vertu de la Constitution, un droit à pouvoir pratiquer à la charge de l'assurance-maladie.

Les conditions doivent être satisfaites non seulement lors du commencement d'une activité à la charge de l'assurance-maladie, mais aussi durant toute la durée de l'activité, ce que souligne la formulation du texte.

(27) Les conditions posées à l'admission des fournisseurs de prestations tiennent compte en premier lieu de l'objectif d'une offre de soins de haute qualité. Cet objectif s'impose déjà au système suisse d'assurance-maladie avec la législation actuelle (cf. FF 1992 I 163; ATF 123 V 305). Les fournisseurs de prestations jouant un rôle central dans le fonctionnement de l'assurance-maladie, il est judicieux de régler la poursuite de cet objectif au moyen de leur admission à pratiquer. Les conditions doivent être telles qu'elles permettent de parvenir à une offre de soins de haute qualité (par exemple en posant des exigences de qualité, de formation continue, etc.).

(28) La disposition de la let. e fixe en second lieu que les «conditions» doivent tenir compte de la concurrence. Il est vrai qu'il existe entre l'idée de concurrence et celle de «conditions» à remplir une certaine tension. Cette disposition n'a ici pour fonction que de faire jouer la concurrence autant qu'elle s'avère utile. Si cela n'est pas souhaitable, il est tout à fait loisible au législateur de soumettre l'admission à d'autres conditions et d'accorder ainsi au principe de concurrence une moindre importance.

werb und zu erfüllende Voraussetzungen einen gewissen Widerspruch in sich bergen. Es geht bei dieser Bestimmung darum, dass – soweit sinnvoll – der Wettbewerb spielen soll; wenn dies nicht gewünscht ist, steht es dem Gesetzgeber aber auch frei, weitgehende Voraussetzungen der Zulassung zu formulieren und insoweit dem Wettbewerb einen geringeren Stellenwert zuzuordnen.

Es wird verlangt, dass das Ziel des Wettbewerbs «berücksichtigt» wird. Dies ist ein offenerer Begriff als beispielsweise die Formulierung, dass der Wettbewerb «nicht behindert» wird. Die vorgeschlagene Bestimmung lässt offen, in welchem Ausmass die «Förderung» erfolgen muss, und schliesst deshalb auch etwa in sich, dass recht weitgehende «Voraussetzungen» aufgestellt werden, welche dem Wettbewerb einen nur noch kleineren Raum belassen (dazu und bezogen auf die Spitalplanung Rz. 29).

(29) Die kantonale Spitalplanung stellt – wie der Begriff «Planung» bereits ausdrückt – einen Bereich dar, in dem der Wettbewerb einen geringen Stellenwert hat (dazu Art. 39 Abs. 1 Bst. d und Bst. e KVG). Durch die offene Formulierung von Bst. e («berücksichtigen») sind solche Voraussetzungsformulierungen aber nicht ausgeschlossen. Von «Berücksichtigen» kann auch die Rede sein, wenn nur ein geringes Förderungspotenzial des Wettbewerbs umgesetzt wird.

Abs. 3

(30) Die Bestimmung stellt für die Krankenpflegeversicherung – nicht aber für die Taggeldversicherung – in Satz 1 das Prinzip der Finanzierung auf und sieht in Satz 2 vor, dass Prämienverbilligungen gewährt werden müssen. Es ist die Rede von «Krankenpflegeversicherung» und nicht von «Krankenversicherern». Gemeint ist damit die Finanzierung des «Systems Krankenpflegeversicherung».

Satz 1

(31) In Satz 1 werden als Finanzierungsmittel die Prämien sowie die Kostenbeteiligungen der Versicherten einerseits und öffentliche Beiträge andererseits genannt. Es handelt sich nicht um eine abschliessende Aufzählung der zulässigen Finanzierungsmittel. So können zur Finanzierung der Krankenpflegeversicherung auch etwa Erträge der Vermögensanlagen, Rückerstattungen wegen unwirtschaftlicher Behandlung oder Regresseinnahmen herangezogen werden.

Nicht ausgeschlossen ist ferner, dass beispielsweise stationäre Einrichtungen über die öffentlichen Beiträge, welche direkt an die Versicherer gehen, hinaus durch weitere öffentliche Beiträge (etwa des Kantons oder der Gemeinde) finanziert werden; dies hat z. B. bei Pflegeheimen eine Bedeutung. Solche öffentlichen Beiträge stehen dabei ausserhalb des Finanzierungssystems der Krankenversicherung und bezwecken, Bereiche ausserhalb der Krankenversicherung zu finanzieren.

(32) Prämien der Versicherten: An erster Stelle werden die Prämien der Versicherten genannt. Der Begriff der «Prämie» ist dem Begriff des «Beitrages» vorzuziehen, weil dadurch klar gestellt wird, dass eine Versicherungsprämie gemeint ist. Der Begriff des «Beitrages» wäre demgegenüber zu offen und könnte auch die Kostenbeteiligung meinen, welche jedoch – auch wegen ihrer quantitativen Bedeutung – ausdrücklich zu nennen ist.

(33) Kostenbeteiligungen der Versicherten: Die Kostenbeteiligungen der Versicherten stellen ein Kernelement der Finanzierung dar. In Entsprechung zum bisherigen Recht (vgl. Art. 61 und Art. 64 KVG und die Randtitel des 2. und 3. Abschnittes) ist neben der Prämie auch die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) parallel zu nennen.

(34) Öffentliche Beiträge: In Abs. 3 werden «öffentliche Beiträge» genannt, ohne dass dabei – im Gegensatz zu den Prämien und Kostenbeteiligungen – der bestimmte Artikel verwendet wird. Dadurch wird die Offenheit der Ausgestaltung dieser öffentlichen Beiträge unterstrichen. Es kann sich um Beiträge des Bundes oder der Kantone handeln. Nach der bisherigen Regelung handelt es sich etwa um kantonale Beiträge an die Spitäler (Art. 49 Abs. 1 KVG).

L'exigence est de «tenir compte» de l'objectif de la concurrence. Cette formulation est plus ouverte que celle qui voudrait, par exemple, que la concurrence ne soit «pas entravée». La disposition proposée ne détermine pas quelle devrait être l'ampleur de cet «encouragement» et est ainsi compatible avec l'introduction de «conditions» étendues, susceptibles de ne laisser, de fait, que très peu de place à la concurrence (cf. chiffre marginal 29, au sujet de la planification hospitalière).

(29) La planification hospitalière cantonale représente un domaine dans lequel – comme le terme de «planification» lui-même l'exprime – la concurrence a moins d'importance (cf. art. 39, al. 1, let. d et e, LAMal). La formulation ouverte de la let. e («tiennent compte») n'exclut toutefois pas la formulation de telles conditions. Il est possible d'avoir «tenu compte» de la concurrence même si le potentiel d'encouragement de la concurrence susceptible d'être mis en oeuvre est ténue.

Al. 3

(30) La première phrase de l'alinéa pose le principe du financement de l'assurance des soins – mais pas de l'assurance d'indemnités journalières, tandis que la seconde phrase établit la nécessité d'accorder des réductions de primes. C'est de l'«assurance des soins», et donc du financement du «système d'assurance-maladie», dont il est question ici, et non des «assureurs-maladie».

Première phrase

(31) La première phrase cite comme moyens de financement, d'une part, les primes des assurés et leurs participations aux coûts, et, d'autre part, des contributions publiques. Il ne s'agit pas d'une énumération exhaustive des sources de financement autorisées; des revenus de placements, des restitutions pour cause de traitement non économique ou des recettes provenant d'actions récursives peuvent par exemple également contribuer au financement de l'assurance des soins.

La possibilité demeure également ouverte que des contributions publiques (par exemple du canton ou de la commune) financent des structures résidentielles, en plus des contributions publiques versées directement aux assureurs. Cela peut avoir une importance, notamment dans le cas des établissements médicosociaux. De telles contributions publiques sont extérieures au système de financement de l'assurance-maladie et visent à financer des secteurs ne relevant pas de l'assurance-maladie.

(32) Concernant les primes des assurés: les primes des assurés sont citées en premier. La notion de «primes» est préférable à celle de «contributions», puisqu'elle établit clairement qu'il est question de primes d'assurance. La notion de «contribution» serait trop équivoque et pourrait également désigner les participations aux coûts, lesquelles doivent aussi être nommées – notamment du fait de leur importance quantitative.

(33) Concernant les participations des assurés aux coûts: elles représentent un élément essentiel du financement. Il convient donc, par analogie avec le droit actuellement en vigueur (cf. art. 61 et art. 64 LAMal, ainsi que titre marginal de la deuxième et de la troisième section), de mentionner la participation aux coûts (franchise et quote-part) en sus des primes.

(34) Concernant les contributions publiques: l'al. 3 fait référence à «des contributions publiques». Le recours à l'article indéfini – alors qu'il est fait usage de l'article défini pour déterminer les primes et les participations aux coûts – vise à mettre en évidence le fait que la forme que prendront ces contributions publiques est laissée ouverte. Il peut s'agir de contributions de la Confédération ou des cantons. Selon le droit actuellement en vigueur, il s'agit par exemple des subventions cantonales aux hôpitaux (art. 49, al. 1, LAMal).

(35) Le destinataire des contributions publiques n'est pas explicitement défini au niveau constitutionnel. La règle actuelle – qui prévoit le versement des contributions aux prestataires et non aux assureurs en cas de traitement résidentiel – peut en principe être conservée. Mais lorsqu'il clarifiera ce

(35) Auf Verfassungsebene wird nicht ausdrücklich festgelegt, wem die öffentlichen Beiträge ausgerichtet werden. Es kann damit die heutige Regelung, wonach bei der stationären Behandlung die Beiträge an die Leistungserbringer gehen (und nicht an die Versicherten), prinzipiell weiter geführt werden. Immerhin muss der Gesetzgeber bei der Klärung dieser Frage berücksichtigen, dass die Durchführung effizient, effektiv und transparent sein muss (dazu Abs. 2 Bst. c der vorgeschlagenen Bestimmung und dazu vorstehend Ziff. 20).

#### Satz 2

(36) In Satz 2 von Abs. 3 wird die Prämienverbilligung ausdrücklich erwähnt. Es handelt sich nicht um eine «Kann«-Bestimmung, sondern die Regelung der Prämienverbilligung ist eine Pflicht des Bundes. Bei der Ausgestaltung der Prämienverbilligung ist zwingend der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung zu tragen. Zudem können andere Regelungsaspekte (z. B. Vorhandensein von Kindern) einbezogen werden, was der vorgeschlagene Text dadurch unterstreicht, dass der Begriff «wobei» Verwendung findet.

(37) Dass die Zuständigkeit der Prämienverbilligung nicht einzig beim Bund, sondern auch bei den Kantonen liegt, wird in der Verfassung ausdrücklich bestimmt. Bereits im geltenden Recht bezieht sich die Prämienverbilligung sowohl auf den Bund (vgl. Art. 66 Abs. 1, Art. 66a KVG) wie auch auf die Kantone (Art. 65, Art. 65a KVG). Dieses System der doppelten Zuständigkeit wird durch die Verfassungsbestimmung aufgenommen.

Beizufügen ist im Übrigen, dass diese gemeinsame Zuständigkeit von Bund und Kanton auch im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung zur NFA beibehalten werden wird; denn es wird hier von einer «Verbundaufgabe» von Bund und Kantonen ausgegangen (vgl. dazu BBl 2005 6235ff.; zur parlamentarischen Beratung im Ständerat vgl. AB 2006 S 157ff.). Die genauere Ausgestaltung der Prämienverbilligung obliegt dem Gesetzgeber, der dabei einen erheblichen Spielraum hat; dieser ist immerhin dadurch eingeschränkt, dass der Bund und die Kantone gemeinsam an der Prämienverbilligung mitzuwirken haben.

(38) Prämienverbilligungen zählen nicht zu den öffentlichen Beiträgen gemäss Satz 1 von Abs. 3. Dies wird durch den Wortlaut der Bestimmung klargestellt. Deshalb ist auch nicht zwingend festgelegt, dass die Prämienverbilligung an den Versicherten gehen, sondern es sind sonstige Systeme (etwa Ausrichtung der Prämienverbilligung an die Versicherten) zulässig.

point, le législateur devra tenir compte du fait que la mise en oeuvre doit être efficiente, efficace et transparente (cf. al. 2, let. c, de la disposition proposée et le ch. 20).

#### Deuxième phrase

(36) La deuxième phrase de l'al. 3 mentionne expressément la réduction des primes. Il ne s'agit pas d'une disposition testamentaire, mais d'une disposition impérative, qui fait de la réduction des primes un devoir de la Confédération. La situation économique des assurés doit être prise en considération lors de la mise en oeuvre de la réduction des primes. D'autres aspects peuvent également être intégrés lors de la réglementation (par exemple la présence d'enfants), ce que le texte proposé met en évidence par l'utilisation du gérondif («en tenant compte de»).

(37) Le principe que la réduction des primes ne relève pas seulement de la compétence de la Confédération, mais également de celle des cantons, est expressément établi dans la Constitution. Le droit en vigueur prévoit déjà que la réduction des primes concerne aussi bien la Confédération (cf. art. 66, al. 1, et art. 66a LAMal) que les cantons (art. 65 et 65a LAMal). La disposition constitutionnelle reprend ce système de double compétence.

Il convient par ailleurs de noter que cette compétence commune de la Confédération et des cantons sera maintenue dans le cadre de la législation d'exécution de la RPT (réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons); elle y est en effet considérée comme une «tâche commune» à la Confédération et aux cantons (cf. FF 2005 6235ss; pour la délibération parlementaire au Conseil des Etats, cf. BO 2006 E 157ss).

(38) Les réductions de primes ne font pas partie des contributions publiques au sens de la première phrase de l'al. 3. Le libellé de la disposition l'établit clairement. En conséquence, les réductions de primes ne doivent pas nécessairement aller à l'assureur et d'autres systèmes sont admis (par exemple le versement aux assurés de la réduction des primes).

05.055

**Für tiefere  
Krankenkassenprämien  
in der Grundversicherung.  
Volksinitiative**

**Pour la baisse  
des primes d'assurance-maladie  
dans l'assurance de base.  
Initiative populaire**

*Erstrat – Premier Conseil*

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBI 2005 4315)  
Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4095)

Bericht SGK-SR 12.09.06  
Rapport CSSS-CE 12.09.06

Ständerat/Conseil des Etats 25.09.06 (Erstrat – Premier Conseil)

**Präsident** (Büttiker Rolf, Präsident): Es liegt ein schriftlicher Bericht der Kommission vor. Die Kommission beantragt, dem Bundesrat zu folgen und die Volksinitiative abzulehnen. Mit 6 zu 5 Stimmen ohne Enthaltungen lehnt sie es ab, der Volksinitiative einen Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Eine Minderheit (Altherr, Brändli, Langenberger, Forster, Frick) beantragt, dem Gegenvorschlag zuzustimmen und die Behandlungsfrist gemäss Artikel 105 Absatz 1 des Parlamentsgesetzes um ein Jahr bis zum 28. Januar 2008 zu verlängern.

**Schwaller Urs** (C, FR), für die Kommission: Mit Entscheid und Botschaft vom 22. Juni 2005 hat der Bundesrat dem Parlament beantragt, die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» ohne Gegenvorschlag zur Abstimmung zu unterbreiten und sie zur Ablehnung zu empfehlen. Der Bundesrat lehnt die Initiative insbesondere deswegen ab, weil deren Titel tatsächliche Prämiensenkungen in der obligatorischen Krankenversicherung verspreche, die aber in Wirklichkeit nur durch einen Abbau der Grundversicherung erreicht werden könnten. Aus dem Initiativtext gehe zudem nicht klar hervor, welche Leistungen von der Grundversicherung ausgeschlossen würden. Die Initiative biete auch keine Lösung für das Problem der Kosteneindämmung. Nach Meinung des Bundesrates können die derzeit laufenden Revisionen des KVG als indirekter Gegenvorschlag zur Initiative betrachtet werden, da mit ihnen das gleiche Ziel angestrebt, aber eine viel ausgelegenerere Lösung vorgeschlagen werde.

In der Botschaft führt der Bundesrat aus, dass mit der Verlagerung eines Teils der notwendigen Leistungen aus dem heute umfassenden Angebot der Grundversicherung neu in die freiwillige Zusatzversicherung der soziale Charakter der schweizerischen Krankenversicherung massgeblich gefährdet werde. Die Einschränkung auch notwendiger Leistungen bedeute einen Rückfall in die altrechtlichen Unzulänglichkeiten und bewirke damit einen Solidaritätszerfall zwischen Kranken und Gesunden, zwischen Jungen und Alten, zwischen Frauen und Männern. Mit Ausnahme der Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist, lehnt der Bundesrat jeglichen Abbau des von der Grundversicherung gedeckten Leistungsangebotes ab. So weit die Begründung des Bundesrates. Im Übrigen verweise ich auf die Botschaft, in welcher in fünf Punkten zudem ausgeführt wird:

1. dass unter anderem Leistungen bei Mutterschaft und für Prävention nicht mehr unter die Pflichtleistungen fallen könnten;
2. dass die im Initiativtext vorgeschlagene Formulierung zu einer Aushöhlung des Wirksamkeitsbegriffes führen könne;
3. dass mit der Initiative entweder eine massive Erhöhung des Beitrages der öffentlichen Hand oder eine massive Ver-

lagerung der Grundversicherung in die Zusatzversicherungsbereiche zur Diskussion stehe;

4. dass die Initiative mit ihrer vagen Formulierung auch ein Finanzierungsmodell zulasse, das auf die individuelle Prämienverbilligung von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verzichte;

5. dass durch das Verbot für Grundversicherer, sich an den Leistungserbringern zu beteiligen, Managed-Care-Modelle mit echtem kostendämpfenden Potenzial infrage gestellt würden.

Zusammenfassend erklärt der Bundesrat denn auch, die Initiative enthalte – abgesehen von der Vertragsfreiheit – keine tauglichen Instrumente zur Kostendämpfung. Echte kostendämpfende Massnahmen, d. h. Rationalisierungen ohne Qualitätseinbussen bei der medizinischen Versorgung, würden in der Initiative nicht vorgeschlagen bzw. sogar verhindert.

In einem Gespräch mit der SGK-SR haben Vertreter des Initiativkomitees insbesondere bestritten, dass mit der Annahme der Initiative die Übernahme von Kosten bei Mutterschaft und für die Prävention ausgeschlossen werde. Gleiches gelte auch für die Möglichkeit der Weiterführung des Prämienverbilligungssystems. Managed-Care-Modelle würden ebenfalls nicht verunmöglicht. Trotz dieser Präzisierungen beschloss die Kommission mit 10 zu 2 Stimmen, dem Rat – entsprechend dem Antrag des Bundesrates – die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen. So weit der erste Punkt. Keine so klare Meinung hatte die Kommission in der Frage, ob die Initiative mit oder ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung empfohlen werden solle. Nachdem in der Januarsitzung ein Antrag auf Ausarbeitung eines Gegenvorschlages noch mit einer Stimme Differenz unterlegen war, beschloss die Kommission Ende Mai mit 6 zu 4 Stimmen bei 2 Enthaltungen die Ausarbeitung eines Gegenvorschlages. Für die Ausarbeitung des nun beschlossenen Gegenvorschlages wurde eine Subkommission eingesetzt. Diese hat den im schriftlichen Bericht ausführlich dargestellten Gegenvorschlag den Sommer über mit Hilfe eines Experten ausgearbeitet. Nach zweimaliger Diskussion hat es die Kommission dann aber mit 6 zu 5 Stimmen wieder abgelehnt – Sie finden das wiederum im Bericht –, der Volksinitiative einen Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Die Kommissionsmehrheit, die ich vertrete, hält dafür, dass der Gegenvorschlag nichts wirklich Neues für die Lösung der KVG-Probleme bringe, sondern bloss eine Aufzählung der zahlreichen laufenden Projekte sei. Damit besteht die Gefahr, dass deren Behandlung bis zur Volksabstimmung über den neuen Verfassungsartikel verzögert würde und – noch ungünstiger – dass bei einer Ablehnung des Gegenvorschlages die laufenden Verhandlungen und Vorhaben sogar blockiert würden. Gedacht wird hierbei insbesondere an die Spitalfinanzierung und an den Risikoausgleich, aber auch an die Managed-Care-Vorlage.

Als weiteres Argument führt die Mehrheit an, dass die vorgeschlagene Verfassungsbestimmung über zentrale Fragen wie eine klare Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen ebenfalls keine klaren Aussagen mache. Ausgeführt wurde auch, dass ein Gegenvorschlag allenfalls eine Brücke für den Rückzug der Initiative baue, was allenfalls im Interesse der weiteren Arbeiten in der Kommission und im Rat sei. Weil diesbezüglich bindende Aussagen fehlen, genügt der Kommissionsmehrheit aber auch dieses Argument nicht zur Unterstützung eines Gegenvorschlages – eines Gegenvorschlages, der im Übrigen bis heute auch nicht in einer Vernehmlassung etwas eingehender hätte geprüft werden können.

Alles in allem sieht die Kommissionsmehrheit keinen überzeugenden Grund, um die laufenden Projekte durch einen weit formulierten Verfassungsartikel zu verzögern oder gar zu gefährden.

En résumé, la majorité de la commission est d'avis qu'un nouvel article constitutionnel n'apporterait rien, et cela d'autant plus que, par souci de consensus – si je peux m'exprimer ainsi –, la nouvelle disposition devrait être formulée de manière trop vague. Un tel contre-projet, qui n'a jamais

fait l'objet d'un examen approfondi dans le contexte d'une procédure de consultation, risquerait de freiner les travaux en cours.

Die Kommissionsmehrheit beantragt Ihnen denn auch, dem Bundesrat zu folgen und die Volksinitiative zur Ablehnung zu empfehlen, und zwar ohne ihr einen Gegenvorschlag gegenüberzustellen.

**Fetz Anita (S, BS):** Ich kann es bei der allgemeinen Aussprache ganz kurz machen; Sie werden ja nachher noch über die Anträge der Mehrheit und der Minderheit streiten. Mir geht es darum, hier glasklar festzuhalten, dass ich diese SVP-Initiative für tiefere Krankenkassenprämien zusammen mit dem Bundesrat sowie der gesamten SGK ablehne, denn sie verspricht etwas, was sie schlicht und einfach nicht halten kann. Oder ein bisschen fokussierter ausgedrückt: Ich lehne diese Mogelpackung ab, denn sie verspricht etwas, was sie nicht hält. Dies aus zwei Gründen:

Auf der einen Seite verlangt sie, dass die soziale Krankenversicherung nur noch Leistungen bezahlen soll, die der Schmerzlinderung, der Heilung und der Reintegration dienen. Der Leistungskatalog soll zusammengestrichen werden, ohne dass wir aber wissen, wie das gehen soll; die Bevölkerung, die darüber abstimmt, wird das nicht wissen. Aus dem Text kann man aber schon heute herauslesen, was ganz sicher nicht mehr bezahlt werden kann, und das scheint mir besonders stossend zu sein: Es sind nämlich sämtliche Schwangerschaftsleistungen. Schwangerschaften sind keine Krankheiten und somit auch nicht mit Heilungserfordernissen zu begründen.

Ein zweiter Grund, warum diese Initiative den Leuten etwas vorschwindelt, das sie nicht halten kann: Ein grosser Teil der Leistungen aus dem sozialen Krankenversicherungskatalog soll an private Versicherungen abgeschoben werden. Der Grundkatalog wird also eingeschränkt, sodass sich die Leute privat versichern müssen, um ans ganze medizinische Angebot zu kommen. Das ist natürlich nichts anderes als der Einstieg in die Zweiklassenmedizin.

Ich bin auch der Überzeugung, dass diese Mogelpackung überhaupt keinen Gegenvorschlag braucht. Ich bin da ganz der Meinung der Mehrheit. Auch der vorliegende Gegenvorschlag bringt sachlich überhaupt nichts Neues; er gefährdet sogar den Konsens mit den Kantonen, weil er nicht einmal mit den Kantonen abgesprochen ist. Er will etwas in der Verfassung fixieren, was heute eh schon klar ist. Er wird verhindern, dass die Komplementärmedizin weiterhin ein Bestandteil des Grundkataloges ist, bevor wir überhaupt über die Initiative, die vorliegt, abgestimmt haben.

Kurz gesagt, der von der Minderheit unterstützte Gegenvorschlag macht sachlich keinen Sinn und verursacht eigentlich nur enormen Aufwand, weil man da ja eine Volksabstimmung machen muss. Die SP-Vertreter haben sich an der Formulierung des Gegenvorschlags übrigens explizit nicht beteiligt, weil wir es sachlich nicht sinnvoll finden und weil wir auch ein bisschen zu sehr das politische Manöver dahinter gerochen haben, wonach man die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» und diese SVP-Initiative sozusagen nicht gleich behandeln und das eine noch vor den Wahlen durchziehen will. Ich finde, wir sollten unsere Energien hier darauf konzentrieren, die Revisionen, die wir jetzt im KVG machen, voranzubringen, namentlich den Risikoausgleich, die Spitalfinanzierung – das ist ja jetzt bei unserem Schwesterrat – und die Netzwerke mit Managed Care. Denn davon hat die Bevölkerung auch etwas, und damit verbunden sind auch Möglichkeiten der Kostendämpfung – aber nicht mit einem simplen Abbau des Leistungskataloges, wie ihn diese Initiative verlangt.

**Couchepin Pascal,** conseiller fédéral: L'initiative populaire qui a été déposée vise, suivant le titre que ses auteurs lui ont donné, à réduire le montant des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. La question est de savoir comment cet objectif peut et doit être atteint selon les initiants. Ce n'est pas par le biais d'un financement supplémentaire de l'Etat, puisque l'alinéa 4 du nouvel article 117a

de la Constitution prévoit que l'assurance de base est financée par les contributions de la Confédération et des cantons, qui couvrent au maximum 50 pour cent des coûts: dans la situation actuelle, ce pourcentage n'est pas plus élevé. Ce n'est donc pas par ce moyen-là que l'on va réduire les coûts. Est-ce que l'objectif peut être atteint par le système moniste, qui est introduit par l'alinéa 5 de l'article précité? Je crois que le système moniste en soi ne réduit pas les coûts. Il ne peut réduire les coûts que dans la mesure où il y a la liberté de contracter qui, généralement, accompagne le système moniste et qui est pratiquement prévu par l'alinéa 2 du même article.

Je crois que, là où les initiants espèrent obtenir un effet et sont convaincus que leur initiative apporterait quelque chose, c'est par la réduction des prestations, qui sont prévues à l'article 117a alinéa 1 lettre a. Cette réduction comporte en particulier le refus de laisser l'assurance-maladie prendre en charge la prévention. Je pense par exemple à toutes les mammographies, qui sont aujourd'hui remboursées par l'assurance-maladie dans le cadre de programmes. Cela serait supprimé, ainsi que tout ce qui touche à la prévention. Qu'est-ce que la prévention? Lorsque quelqu'un va régulièrement chez le médecin pour savoir où en est son taux de PSI ou celui de cholestérol, c'est de la prévention. Suivant le texte de l'initiative, ces prestations médicales ne devraient plus être prises en charge, puisqu'elles ne servent pas à atténuer la douleur, à guérir et à réintégrer le patient. Tout le secteur de la prévention serait donc supprimé.

Est-ce que cela entraînerait réellement une baisse des coûts? J'en doute. Car dans un premier temps, il est possible d'éviter des coûts directement liés à la prévention. Les mammographies par exemple coûtent quelque chose, mais cela évite des coûts bien plus importants par la suite, puisque cela évite le développement de cancers du sein; ou de cancers de la prostate, s'il s'agit du contrôle du PSI; ou de problèmes cardiaques, s'il s'agit de mesurer le taux de cholestérol de quelqu'un. Est-ce vraiment ce que l'on souhaite? Nous avons toujours eu la conviction, concernant le catalogue de prestations – même si, comme l'a dit Monsieur Zeltner dimanche, on peut encore supprimer quelques médicaments de la liste des spécialités à la charge de l'assurance obligatoire –, que ce n'est pas la «largeur» des prestations qui fait problème, mais l'«épaisseur», c'est-à-dire le renouvellement des prestations; ce n'est pas tellement la variété des prestations offertes que la multiplication du recours à ces prestations qui fait problème et qui entraîne des coûts. C'est là que la réflexion doit porter; et c'est là que votre réflexion a porté lorsque votre commission a discuté du «managed care», ou lorsqu'elle discute de nouveaux types d'assurances.

Dès lors, cette initiative ne semble pas répondre à l'ambition qu'elle affiche. A notre sens, elle ne devrait pas répondre sur la durée à la volonté de faire baisser les primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. Il y aura peut-être un décalage dans le temps; mais l'absence de la prévention notamment ne nous paraît pas acceptable.

J'ai cherché une autre mesure susceptible de réduire les coûts par une meilleure maîtrise de ceux-ci, mais je n'en ai pas trouvé, même avec la meilleure volonté du monde. Par contre, il y a toute une série de détails qui sont introduits dans cette initiative qui relèvent de la loi.

Faut-il, oui ou non, un contre-projet? On en parlera tout à l'heure dans la discussion par article. Le Conseil fédéral est d'avis qu'il n'y a pas lieu de proposer un contre-projet. Pourquoi? Pour des raisons tout simplement pratiques. Il y a une initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale», qui veut quelque chose dont on ne veut pas; il y a dans l'autre sens la présente initiative populaire, qui prétend réduire les coûts en réduisant le catalogue des prestations; et puis il y a l'effort difficile, mais à notre avis le seul qui soit susceptible de réunir une majorité à chaque étape, qui est entrepris par les deux chambres du Parlement pour réformer l'assurance-maladie, à la suite des différents messages du Conseil fédéral. C'est un processus difficile, vous le savez bien, parce qu'à chaque étape il y a des intérêts, des visions

politiques qui s'opposent, mais c'est du concret. Lorsque vous décidez d'un nouveau mode de financement hospitalier, lorsque vous créez les bases légales pour introduire le DRG, lorsque vous créez les bases légales pour favoriser le système du «managed care», vous résolvez des problèmes concrets. Vous les résolvez en cherchant à chaque fois la possibilité de réunir une majorité.

La discussion sur un article constitutionnel est intéressante, mais elle ne permet certainement pas de trouver une majorité, sauf si l'article constitutionnel est tellement vague et lâche qu'il n'apporte pratiquement rien par rapport à la situation actuelle. Alors, j'allais vous dire, ayez plus d'ambition! Si vous voulez faire un article constitutionnel, faites-en un qui n'est pas là simplement pour éviter d'avoir à voter dans un délai court sur cette initiative! Faites un article constitutionnel qui permet un véritable débat de société sur le type de système de santé que l'on veut! Mais, pour arriver à cette confrontation d'idées qui est positive, il faut du temps, il faut une série de consultations, il faut sentir où sont les forces politiques qui soutiennent un tel projet dans le pays.

Faire un contre-projet dans l'urgence sans consulter ni les cantons, ni tous les milieux intéressés – ils sont très nombreux –, c'est un exercice alibi qui, malheureusement, ne résout aucun des problèmes, qui ne fait que donner l'illusion qu'on va échapper au processus difficile de la révision des lois existantes que vous avez mise en marche. Je ne suis pas contre l'idée d'avoir un nouvel article constitutionnel à terme, mais je ne crois pas que l'on puisse en faire un dans l'urgence, sauf à en faire un tellement vague – «laues Wasser» comme on dit joliment en allemand – qu'il n'apportera rien, sinon qu'il évitera un débat de fond que je souhaite et qui est intéressant. Mais un débat de fond doit être mené sur la base de consultations, de travaux d'experts, sur la base d'un débat qui précède l'approbation d'un contre-projet par le Parlement.

C'est la raison pour laquelle nous vous proposons de rejeter l'initiative pour les raisons indiquées et de renoncer à un contre-projet direct – le contre-projet indirect, ce sont les modifications de la loi qui sont en cours –, avec la volonté d'avoir ultérieurement un véritable débat de société sur le futur système de santé, mais un débat de société qui sera basé sur des travaux, des réflexions et des discussions pour essayer de créer une majorité.

Je crois que le contre-projet aujourd'hui est un pur exercice alibi qui n'apporte rien à la clarté du débat et par là même à la démocratie directe.

*Eintreten ist obligatorisch*

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

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung»  
Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base»**

*Detailberatung – Discussion par article*

**Titel und Ingress, Art. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Titre et préambule, art. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 1a**

*Antrag der Minderheit*

(Altherr, Brändli, Langenberger, Forster, Frick)

*Einleitung*

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

*Art. 117 Abs. 1*

Der Bund erlässt Vorschriften über die Unfallversicherung.

*Art. 117 Abs. 2*

Er kann die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.

*Art. 117a Abs. 1*

Der Bund erlässt Vorschriften über die Krankenversicherung. Die Krankenversicherung umfasst die Krankenpflegeversicherung, die Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft vorsieht und auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit festlegen kann. Sie kann eine Taggeldversicherung umfassen.

*Art. 117a Abs. 2*

Er beachtet dabei folgende Grundsätze:

a. Der Bund kann die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen unter den zugelassenen Krankenversicherern frei wählen.

b. Die Leistungen der Krankenpflege müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Sie können in Listen gefasst werden.

c. Die Durchführung der Krankenversicherung richtet sich nach den Kriterien der Effizienz, der Effektivität und der Transparenz. Die Eigenverantwortlichkeit der Versicherten wird gefördert.

d. Zur Tätigkeit in der Krankenversicherung werden Versicherer zugelassen, welche den bundesrechtlichen Mindestanforderungen genügen.

e. Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zu Lasten der Krankenpflegeversicherung tätig sind, berücksichtigen die Ziele der qualitativ hochstehenden Versorgung und des Wettbewerbes.

*Art. 117a Abs. 3*

Die Krankenpflegeversicherung wird finanziert über die Prämien und die Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über öffentliche Beiträge. Der Bund sieht zudem zusammen mit den Kantonen Prämienverbilligungen vor, wobei er der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung trägt.

**Art. 1a**

*Proposition de la minorité*

(Altherr, Brändli, Langenberger, Forster, Frick)

*Introduction*

La Constitution est modifiée comme suit:

*Art. 117 al. 1*

La Confédération légifère sur l'assurance-accidents.

*Art. 117 al. 2*

Elle peut déclarer l'assurance-accidents obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes.

*Art. 117a al. 1*

La Confédération légifère sur l'assurance-maladie. L'assurance-maladie comprend l'assurance des soins, laquelle prévoit des prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité, et peut également fixer des prestations en cas de dépendance. Elle peut comprendre une assurance d'indemnités journalières.

*Art. 117a al. 2*

Ce faisant, elle respecte les principes suivants:

a. La Confédération peut déclarer l'assurance-maladie obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes. Pour l'assurance obligatoire des soins, les personnes tenues de s'assurer peuvent librement choisir un assureur-maladie parmi ceux qui sont autorisés.

b. Les prestations de soins doivent être efficaces, appropriées et économiques. Elles peuvent être consignées dans des listes.

c. La mise en oeuvre de l'assurance-maladie répond aux critères d'efficience, d'efficacité et de transparence. La responsabilité individuelle des assurés est encouragée.

d. Sont admis à exercer une activité dans le domaine de l'assurance-maladie les assureurs qui satisfont aux exigences minimales fixées par le droit fédéral.

e. Les conditions posées à l'activité des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance-maladie tiennent compte

des objectifs que sont une offre de soins de haute qualité et la concurrence.

Art. 117a al. 3

L'assurance des soins est financée par les primes et les participations aux coûts à charge des assurés ainsi que par des contributions publiques. La Confédération prévoit en outre, conjointement avec les cantons, des réductions de primes en tenant compte de la situation financière des assurés.

**Altherr** Hans (RL, AR): Vielen Dank, dass auch die Kommissionminderheit zu Wort kommt. Sie liess sich von drei grundsätzlichen Überlegungen leiten:

1. Der heutige Verfassungstext ist ungenügend.
2. Es besteht ein Bedürfnis, die Situation auf Verfassungsebene zu klären.
3. Die Initiative bringt diese Klärung nicht.

Zum ersten Punkt: Artikel 117 der Bundesverfassung lautet in der geltenden Fassung in Absatz 1: «Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.» Absatz 2 lautet: «Er kann die Kranken- und die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.» Aus Artikel 3 der Verfassung ist zu schliessen, dass alles andere im Bereich des Gesundheitswesens Sache der Kantone ist. Aus dieser Rechtslage ergeben sich zwangsläufig Abgrenzungsprobleme. So ist es z. B. aus meiner Sicht sehr fraglich, ob der Bund im Rahmen seiner bisherigen Kompetenzen die Kantone verpflichten konnte, Spitalplanungen zu erstellen. Es gäbe weitere Beispiele; ich verzichte darauf, sie zu nennen.

Zum zweiten Punkt: Es besteht ein Bedürfnis nach Klärung auf Verfassungsebene. Das zeigt sich bereits in den soeben angestellten Überlegungen. Dazu kommen die verschiedenen Initiativen, die hängig sind oder vom Volk in der Vergangenheit abgelehnt wurden. Es ist unerlässlich, von den Stimmberechtigten früher oder später einmal eine Aussage darüber zu bekommen, ob sie die Gesundheitspolitik in der bisherigen Ausrichtung wollen oder nicht.

Zum dritten Punkt: Die Initiative bringt diese Klärung nicht. Sie weist erhebliche Mängel auf. Sie ist eine Abbauvorlage, weil sie tiefere Prämien verspricht. Das hat der Kommissionsprecher bereits ausgeführt. In diesem Punkt war sich die grosse Mehrheit der Kommission auch einig.

Ich werde Ihnen im Folgenden den Gegenentwurf kurz darstellen, dann einige Ausführungen zur Frage machen, wie es bei dessen Annahme formell und zeitlich weitergehen würde, und schliesslich werde ich einige politische Überlegungen anstellen. Zum Inhalt der Vorlage verweise ich auf den Kommissionsbericht vom 12. September 2006, den Sie erhalten haben. Ich danke der knappen Kommissionmehrheit dafür, dass sie der Minderheit den Raum liess, die Verfassungsartikel ausführlich zu erläutern.

Aus gesetzestechnischen Gründen wurde der bisherige Artikel 117 zweigeteilt. Dabei bleiben die bisherigen Bestimmungen über die Unfallversicherung in diesem Artikel 117 unverändert bestehen. Für die Krankenversicherung wird ein neuer Artikel 117a vorgeschlagen, der im Wesentlichen die auf Gesetzesstufe geltende Rechtslage festhält. Die Regelungstiefe würde neu etwa derjenigen anderer Verfassungsbestimmungen im Sozialversicherungsrecht entsprechen, z. B. Artikel 112 über die AHV, Artikel 113 über die berufliche Vorsorge und Artikel 114 über die Arbeitslosenversicherung. Einige Punkte erhalten mehr Gewicht, weil sie auf Verfassungsebene festgehalten werden, z. B. dass die zu vergütenden Leistungen in Listen festgehalten werden können und insbesondere auch die Erwähnung der Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit.

Einiges ist in dieser Form neu. Es stimmt also nicht, dass der Gegenvorschlag gar nichts Neues bringt; einiges ist neu. Ich darf dabei in erster Linie auf Artikel 117a Absatz 2 Litera e des Entwurfs hinweisen: Hier sind bei der Zulassung der Leistungserbringer, also im Wesentlichen der Ärzte und Ärztinnen, zwei Kriterien hervorgehoben und als Ziele erwähnt, nämlich das Ziel der qualitativ hochstehenden Versorgung und das Ziel des Wettbewerbes. Mit dem Begriff

des Wettbewerbes wird nicht direkt gesagt, dass der Vertragszwang aufgehoben werden soll; die Stossrichtung ist aber doch klar. Das System selbst müsste dann auf Gesetzesebene geregelt werden.

Zwei weitere Bestimmungen sind neu: zum Ersten die ausdrückliche Erwähnung der Eigenverantwortlichkeit der Versicherten in Artikel 117a Absatz 2 Litera c. Dieser sehr wichtige Grundgedanke wurde bisher nirgends so festgehalten. Zum Zweiten ist es die Regelung der Finanzierung, die Sie in Absatz 3 finden. Dort steht namentlich neu, dass der Bund zwingend eine Prämienverbilligung anbieten muss und dass er dies zusammen mit den Kantonen regeln muss.

Der Entwurf ist ein Zwischenergebnis in dem Sinne, dass er – wenn Sie ihm zustimmen – im weiteren Verfahren noch vertieft und ergänzt werden kann. So ist es insbesondere auch möglich, den Bereich der Prävention aus einer im Nationalrat hängigen parlamentarischen Initiative hineinzunehmen. Die Kommission hat den Gegenvorschlag in ihrer Augustsitzung artikelweise beraten. Ausser einigen redaktionellen Änderungswünschen, die in der Folge berücksichtigt werden konnten, wurden vonseiten der Kommission keine Einwendungen erhoben. Die überarbeitete Fassung wurde dann in der Sitzung vom 12. September 2006 in der Schlussabstimmung mit 6 zu 5 Stimmen abgelehnt. So viel zum Inhalt des Gegenvorschlages.

Sie sehen, dass die Kommission mit wechselnden Mehrheiten entschied. Der Kommissionsprecher hat das bereits ausgeführt. Zunächst wurde mit 6 Stimmen eine Subkommission eingesetzt, die den Auftrag erhielt, den Gegenvorschlag auszuarbeiten, dann wurde in der Augustsitzung mit 6 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung auf den Vorschlag der Subkommission eingetreten, und der Vorschlag wurde ohne grössere Kontroversen behandelt. Die Ablehnung in der Schlussabstimmung in der darauffolgenden Sitzung hat mit zwei Abwesenheiten zu tun. In der ordentlichen Besetzung hätte eine ebenso knappe Mehrheit für den Gegenvorschlag resultiert.

Zum weiteren Vorgehen, insbesondere in zeitlicher Hinsicht: Sie entscheiden heute über zwei Fragen: Sie nehmen zur Initiative Stellung und behandeln die Frage, ob Sie ihr einen Gegenvorschlag gegenüberstellen wollen. Wenn Sie auf einen Gegenvorschlag verzichten, wie das die Kommissionmehrheit vorschlägt, dann ist er wohl endgültig vom Tisch, da der Nationalrat in der nächsten Session entscheiden muss. Deshalb wird er sicher nicht die Zeit haben, selber einen solchen Gegenvorschlag auszuarbeiten. Wenn Sie ihn annehmen, was ich namens der Kommissionminderheit beantrage, wird sich der Nationalrat in der Wintersession dazu zu äussern haben. Stimmt er grundsätzlich zu, dass dem Volk ein Gegenvorschlag zu unterbreiten ist, wird er unseren Entwurf im Laufe des nächsten Jahres verfeinern und ergänzen. Die Volksabstimmung, die ohne Gegenvorschlag im nächsten Jahr stattzufinden hätte, würde dann im Jahre 2008 abgehalten. Im Laufe des Prozesses könnte auch der grösste Mangel des bisherigen Verfahrens geheilt werden. Es könnte und müsste dann nämlich eine Vernehmlassung bei den Kantonen durchgeführt werden. Dazu war die Zeit bisher zu knapp.

Die politischen Überlegungen – und ich komme damit zum Schluss – muss jeder von uns selbst anstellen. Die Meinungen sind wahrscheinlich nicht nur in der Kommission, sondern auch im Rat geteilt. Wer will, dass die Stimmberechtigten Gelegenheit erhalten, sich zur Frage zu äussern, ob die Gesundheitspolitik auf dem richtigen Weg ist, der sollte zustimmen. Zustimmung sollten auch diejenigen, die finden, die Grundzüge der Gesundheitspolitik seien ebenso wie diejenigen anderer sozialversicherungsrechtlicher Bereiche in der Verfassung aufzuführen.

Kein Ablehnungsgrund ist aus meiner Sicht die Begründung, die ich in der Kommission gehört habe, man brauche keine Angst vor der Initiative zu haben und müsse ihr deshalb keinen Gegenvorschlag gegenüberstellen. Angst vor der Initiative war und ist kein Motiv für die Ausarbeitung des Gegenvorschlages.

Weiter wurde in der Kommission gesagt – wir haben es vom Kommissionssprecher und auch vom Herrn Bundesrat gehört –, wenn schon, müsse man dem Volk etwas Neues und auch einen Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik vorlegen. Mit dieser Begründung können Sie den Gegenvorschlag ebenfalls nicht ablehnen, jedenfalls dann nicht, wenn Sie nicht genau wissen, wie dieser Richtungswechsel aussehen soll.

Weiter wurde gesagt, der Vorschlag bringe keine Änderung gegenüber dem bisherigen Recht, er habe nur psychologische Wirkung. Dass dies nicht zutrifft, habe ich ausgeführt. Der Gegenvorschlag behindert und verzögert schliesslich die laufenden Reformbemühungen auf Gesetzesebene in keiner Weise. Er kann also auch nicht mit dieser Begründung abgelehnt werden.

Zu Frau Fetz noch: Der Gegenvorschlag äussert sich in keiner Art und Weise zur Komplementärmedizin. Wenn Sie ihn annehmen, könnte diese ohne weiteres später in den erwähnten Listen aufgeführt werden oder eben nicht aufgeführt werden. Eine Äusserung zur Komplementärmedizin ist im Gegenvorschlag also nicht enthalten.

Aus all diesen Überlegungen heraus ersuche ich Sie, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen, die Initiative also abzulehnen und ihr einen Gegenvorschlag entgegenzustellen.

**Stähelin Philipp (C, TG):** Sie werden meinen Namen nicht bei der Minderheit auf der Fahne finden, obwohl ich Mitglied der SGK bin und die Minderheit jetzt unterstütze. Ich war bei dieser Abstimmung schlicht und einfach nicht dabei; ich war durch eine andere Kommissionsverpflichtung verhindert. Wenn ich dabei gewesen wäre, wäre die heutige Minderheit nicht die Minderheit, sondern die Mehrheit. Dann würde sich die Ausgangslage etwas anders gestalten. Das ist die erste Vorbemerkung.

Die zweite Vorbemerkung: Die Volksinitiative enthält durchaus Elemente, die ich unterstütze. Sie verspricht aber vieles, was sie nicht halten kann. In meinen Augen weist sie insbesondere einen entscheidenden Mangel auf: Es fehlt ein grosser Pfeiler der heutigen Finanzierung, nämlich die individuelle Prämienverbilligung. Dies ist heute immerhin ein ganz entscheidendes Element; es wird meines Erachtens durch das System des der Volksinitiative vorgeschlagenen Artikels 117a der Bundesverfassung, insbesondere durch die Absätze 4 und 5, ausgeschlossen. Ich kann die Volksinitiative deshalb nicht unterstützen; ebenso wenig habe ich der Volksinitiative für eine Einheitskasse zustimmen können. Diese beiden Volksinitiativen widersprechen sich gegenseitig; das ist auch klar. Der Weg, den wir in meinen Augen in der Krankenversicherung einschlagen müssen, geht weder voll in die eine noch voll in die andere Richtung.

Das war schlussendlich der Anlass, welcher eine Minderheit der SGK schon von allem Anfang an dazu gebracht hat, sich Gedanken zu einem direkten Gegenvorschlag zu machen. Ein entsprechender Antrag meinerseits datiert vom 31. Oktober 2005. Sie haben ihn auf der Fahne für die Frühjahrs-session 2006 finden können, in der dann, wie Sie wissen, die Vorlage in diesem Rate nicht zur Behandlung kam. Ich weise Sie noch einmal darauf hin, weil Frau Kollegin Fetz da irgendeine politische Schummelei vermutet hat. Der Gegenvorschlag hatte ursprünglich durchaus beide Initiativen im Auge; formell geht das aber nicht. Es ist heute der Gegenvorschlag zur Initiative der SVP. Aber es steckt nicht irgendeine politische Ich-weiss-nicht-was-Übung dahinter.

Ich habe grosse Mühe damit – ich muss auch das noch sagen –, wenn heute der Gegenvorschlag mit dem Argument bekämpft wird, Herr Bundesrat, dieser erfolge «en urgence» und liege nun zeitlich gewissermassen nicht mehr drin. Auf die zeitlichen Verhältnisse haben wir in der Kommission immer wieder hingewiesen. Ich gestatte mir, aus dem vertraulichen Protokoll der Kommission mich selbst zu zitieren, sonst würde ich mir das ja nicht erlauben dürfen. Ich habe am 23. Januar dieses Jahres ausgeführt: «Ich würde es ausserordentlich bedauern, müssten wir am Schluss bekanntgeben, wir hätten diese Geschichte verschlafen und weil uns nun die Zeit fehle, komme ein Gegenvorschlag nicht infrage.

Das kann nicht sein. Wenn wir einen Gegenvorschlag für sinnvoll halten, dann müssen wir den Weg dahin gehen. Was ich mit meinem Antrag sicher nicht will, wäre eine Verzögerung der Arbeiten zur Gesetzesrevision, die im Gange sind. Diese dauern deshalb so lange und sind zum Teil deshalb so verfahren und haben der Öffentlichkeit den Überblick wohl längst genommen, weil der Verfassungsartikel keine materielle Lenkungs-kraft hat und inhaltlich eine Wundertüte sein kann.»

Darum geht es im Kern des Gegenvorschlages heute. Wir haben heute auf Verfassungsstufe keine inhaltliche Norm zur Krankenversicherung, sondern nur eine Kompetenz des Bundes, den Krankenversicherungsbereich zu regeln. Inhaltliche Aussagen dazu fehlen völlig. Es geht der Bundesverfassung jegliche Steuerungskraft ab, und wir können dies nicht zuletzt beim jetzt eingeschlagenen Weg der Vielzahl von Teilrevisionen, dem Revisionsweg der kleinen Schritte, deutlich feststellen. Diesem fehlt immer wieder der rote Faden. Die Änderungen, welche gerade unser Rat gegenüber dem ursprünglichen Entwurf des Bundesrates vornimmt, sind teils massiv – und wir sind nur der Erstrat! –, und wie es hier weitergeht, werden wir erleben. Die Gefahr ist gross, dass die Revisions-schritte nicht sorgfältig und sauber genug aufeinander abgestimmt werden. Und – dies ist heute ganz wichtig geworden – es geht der öffentliche Durchblick in all diesen Revisionsarbeiten verloren.

Wir müssen doch dem Volk, aber auch allen am Gesundheitswesen und an der Krankenversicherung Beteiligten wieder verständlich machen, wohin die Reise geht. Wir müssen verständlich machen, was das Ziel aller Einzelschritte eigentlich ist und wie sie zusammenhängen, dass die Teilrevisionen Teil eines Ganzen sind und wie dieses System eben aussieht. Dieses Verständnis, da werden Sie mir zustimmen, ist heute weitherum verlorengegangen. Es rechtfertigt sich deshalb durchaus, in der Bundesverfassung die Eckpfeiler eines tragenden Systems der Krankenversicherung festzuschreiben. Gleichzeitig wird auch der Entwicklung entgegen-gewirkt, das heutige Vakuum auf Verfassungsebene im Vierjahresrhythmus gewissermassen mit weiteren Volksinitiativen zu füllen. Mit dem Gegenvorschlag geben wir der Krankenversicherung klare Konturen und legen die Grundzüge fest. Dies ist auch geeignet, den laufenden Teilrevisionen einen festen Rahmen zu geben. Damit blockieren wir diese Teilrevisionen nicht, sondern erreichen gerade das Gegenteil. Wir sehen dies deutlich im Verhältnis zu den Kantonen. Heute geraten wir bei allen Einzelvorlagen früher oder später in den Clinch mit den Gesundheitsdirektoren der Kantone. Dies dürfte nicht zuletzt an der sehr offenen Kompetenzzuweisung zwischen Bund und Kantonen liegen. Gerade hier fehlt eben jegliche Lenkungs-kraft der Bundesverfassung, und diese Unbestimmtheit führt dann folgerichtig immer wieder zu einem Seilziehen und zu Streitigkeiten, was gerade uns als Ständekammer dann belastet.

Natürlich höre ich die Stimmen, der Gegenvorschlag, wie er vorliegt, bringe kaum Neues. Dies mag teilweise so gesehen werden, der Vertreter der Minderheit hat aber immerhin auf die Neuerungen hingewiesen. Gut, auch ich wünsche mir durchaus, dass noch weitere Nägel eingeschlagen werden; und die Subkommission hat der SGK vorgeschlagen, noch einen durchaus wesentlichen Nagel einzuschlagen. Auch dieser hat leider keine Mehrheit gefunden. Der Gegenvorschlag enthält so noch keinen konkreten Vorschlag zur Beseitigung der unseligen finanziellen Unterscheidung von ambulanter und stationärer Behandlung. Das kann im Zweitrat noch aufgegriffen werden. Ich hoffe sehr darauf. Ich verzichte heute auf einen weiteren Antrag, denn dies käme dem Grundanliegen der Verankerung der Grundsätze auf Verfassungsebene nicht entgegen.

Aber noch einmal: Der Gegenvorschlag bringt immerhin auch in dieser Form etwas Entscheidendes: Er legt unzweideutig eine Systemlinie der Krankenversicherung fest und schafft damit Sicherheit und eine Grundlage für die Reihe der Teilrevisionen und die Fortentwicklung der Krankenversicherung insgesamt.

Ich bitte Sie, der Minderheit zuzustimmen.

**Langenberger** Christiane (RL, VD): Je ne m'exprimerai que sur le principe de présenter ou non un contre-projet, et non sur le contenu de celui-ci – cela a été fait très amplement.

J'ai hésité, pour ma part, à présenter un contre-projet, tant il était question que celui-ci permette de répondre aux deux initiatives soumises en votation l'année prochaine.

Je constate tout d'abord que la majorité de la commission et le Conseil fédéral estiment nécessaire de compléter la Constitution fédérale en y incluant certains grands principes qui nous semblent devoir caractériser l'assurance-maladie de demain. Les questions auxquelles nous devons répondre sont donc de savoir quand nous devons proposer une telle révision constitutionnelle, si nous sommes capables de réunir en très peu de temps une majorité parlementaire sur un texte qui devrait être tout de même novateur – comme l'a été celui sur la formation et la recherche – et, enfin, si les nouveaux articles constitutionnels sont une réponse à l'initiative populaire de l'UDC dont nous débattons.

Nous devons également relever que, pour les Romands, le débat que nous allons devoir mener afin de combattre l'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale» sera difficile en raison du soutien des directeurs cantonaux de la santé publique et d'une large couche de prestataires de soins qui se sentent peu soutenus par certaines assurances, alors que l'initiative de l'UDC ne semble guère jouir d'une grande popularité. En Suisse alémanique, il me semble que la situation est différente et que cette initiative peut tout au moins susciter un large débat, tant certains articles – cela a été dit – peuvent être interprétés de manières différentes. Pour ma part, il me semble qu'il ne serait guère opportun que cette initiative fasse l'objet d'un large débat lors de la campagne en vue des élections de 2007.

Ces deux raisons – nécessité de compléter la Constitution fédérale et importance de préciser les raisons qui nous font nous opposer à l'initiative – nous ont incités à proposer ce contre-projet.

Certes, si l'on songe au temps qu'il nous a fallu pour nous accorder sur des articles constitutionnels sur la formation, le contre-projet dont nous parlons aujourd'hui ne saurait être pleinement satisfaisant. Mais il présente néanmoins les qualités suivantes: il nous permet de repousser le débat sur l'initiative et d'être à ce moment-là – et c'est ça l'important – plus avancés dans nos travaux sur les différents projets de réforme que nous traitons actuellement: planification hospitalière, financement des soins, «managed care», compensation des risques. Or nous avons besoin de ces réformes pour convaincre la population que les choses bougent vraiment. Autre qualité: nous arrivons à nous mettre d'accord sur des mesures permettant de mieux contrôler les coûts des prestations tout en assurant la qualité des soins. Nous avons le temps d'y apporter les améliorations nécessaires et d'essayer de convaincre une majorité de parlementaires.

Le timing plaide également en faveur d'un contre-projet. En principe, l'initiative «pour une caisse-maladie unique et sociale» sera soumise en votation populaire en mars prochain, alors que celle de l'UDC devrait l'être au mois de juin. Nous serons donc en plein débat sur les différents projets de réforme que nous abordons actuellement entre les deux chambres, et je ne vois pas très bien comment la population pourrait y comprendre encore quelque chose. Alors que si nous avons le temps de présenter un contre-projet sérieux, qui reprenne les éléments clés de l'assurance-maladie et du financement des soins, nous aurons beaucoup plus de facilité pour aborder les questions de santé durant l'année de la campagne 2007 en vue des élections fédérales.

C'est la raison pour laquelle je vous propose de soutenir ce contre-projet, même si nous sommes divisés en la matière. Je crois que nous devons avoir un contre-projet sur lequel nous avons tout le temps de travailler, ne serait-ce que dans le but de soutenir les réformes que nous sommes en train de préparer.

**Brändli** Christoffel (V, GR): Jau As fatsch la proposta da stegnair la minoritad.

Gestatten Sie mir – obwohl ich nicht davon ausgehe, dass Sie den ersten Antrag in romanischer Sprache ablehnen –, dass ich als Präsident der Subkommission einige Bemerkungen anbringe. Ich äussere mich zum Werdegang des Gegenvorschlages, zur Frage, ob es einen Verfassungsartikel braucht, zum Inhalt des Gegenvorschlages, und dann möchte ich noch einige politische Bewertungen vornehmen. Der Bundesrat hat einen Gegenvorschlag anfänglich vor allem deshalb abgelehnt, weil er befürchtete, dass damit die laufenden Revisionen verzögert würden. Die Kommission ist dieser Auffassung Anfang Jahr mit 7 zu 6 Stimmen gefolgt. Als deutlich wurde, dass kein Zusammenhang mit den laufenden Revisionen besteht, hat die Kommission die Frage neu aufgenommen und eine Subkommission beauftragt, einen Gegenvorschlag auszuarbeiten. Die Kommission hat sich im August 2006 mit diesem Vorschlag befasst und die einzelnen vorgeschlagenen Bestimmungen verabschiedet. Die Kommission wurde damals beauftragt, einen Bericht zuhanden unseres Rates auszuarbeiten, die Schlussabstimmung sollte am 12. September 2006 vorgenommen werden. Wie bereits erwähnt, wurde dann der Gegenvorschlag von der Kommission – in anderer Zusammensetzung und mit reduzierter Beteiligung – mit 6 zu 5 Stimmen abgelehnt, was zum jetzigen Minderheitsantrag führte.

Zur Frage, ob es einen Verfassungsartikel brauche oder nicht: In den letzten Jahren haben wir uns immer wieder mit Volksinitiativen befassen müssen, die in Richtung Verstaatlichung des Gesundheitswesens gegangen sind. Mit der SVP-Initiative wird nun erstmals verlangt, in der Verfassung seien Eckwerte für ein freiheitliches Gesundheitswesen festzulegen. Frau Fetz hat davon gesprochen, dass man hier dem Volk irgendetwas vorschwinde. Ich glaube, das sind nicht Worte, die man hier in diesem Saal üblicherweise verwendet. Wenn man sie schon brauchen würde, dann müssten Sie bis zur Schaffung des KVG zurückgehen und die Versprechen, die dem Volk damals abgegeben wurden, analysieren. Das ist das Problem, vor dem wir stehen: dass diese Versprechen nicht eingehalten wurden. Sie wissen auch, wer damals vor allem Versprechen abgegeben hat. Das ist das Problem, das heute die Bevölkerung stark beschäftigt. Sie müssten dann auch über all jene diskutieren, die verhindert haben, dass es in den letzten Jahren gelungen ist, endlich etwas gegen die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu tun. Das sind die Probleme – und nicht irgendwelche Interpretationen, die Sie hier vornehmen.

Im Zusammenhang mit dieser SVP-Initiative sind im Nationalrat Vorstösse pendent – beispielsweise von Herrn Gutzwiller –, die ebenfalls einen Ausbau der heutigen Verfassungsgrundlage in diese Richtung fordern. Die Forderung, in der Verfassung die Grundsätze unseres Gesundheitswesens detaillierter zu regeln, ist sicher gerechtfertigt. Die heutige Verfassungsgrundlage ist in dieser Hinsicht, in Betracht der Bedeutung des Gesundheitswesens, sehr dürftig. Sie besteht im Wesentlichen aus einer Kompetenzbestimmung, wonach der Bund in diesem Bereich Vorschriften erlässt – nichts von der Ausrichtung des Gesundheitswesens, z. B. in Richtung mehr Wettbewerb, nichts von der Versorgungssicherheit, nichts von den sozialen Ausgleichsmassnahmen, nichts von der Finanzierung. Eine Blankovollmacht an den Bundesrat ist für diesen sicher eine ideale Ausgangslage. Als Gesetzgeber müssen wir uns aber dafür einsetzen, dass Leitplanken gesetzt werden und dass das Volk sich mit diesen Leitplanken auseinandersetzen kann.

Nun zum Inhalt des Gegenvorschlages: Sie haben einen Bericht erhalten, in dem die einzelnen Bestimmungen detailliert kommentiert worden sind; der Kommissionsprecher hat ebenfalls darauf hingewiesen. Der Bericht nimmt wichtige Teile der Initiative, teilweise modifiziert oder in anderer Form, auf. Stichworte sind: wettbewerbliches Gesundheitssystem, Definition Leistungskatalog, Finanzierungssystem, effiziente Leistungserbringung, Selbstverantwortung. Ich bin überzeugt, dass mit diesem Vorschlag eine gute Grundlage gegeben ist, um die Diskussion in den beiden Räten zu führen und zu einer guten Verfassungsgrundlage zu kommen. Der Gegenvorschlag ist auch präziser als die Initiative. Die

Einwände von Herrn Bundesrat Couchepin sind damit entkräftet.

Man kann den Vorschlag selbstverständlich auch zerreden oder ablehnen. Wir verlieren damit viel Zeit und ebnen den Weg für unnötige Verzögerungen. Statt einer aufbauenden Diskussion würden wir einmal mehr eine unergiebigere Diskussion über die bisherigen, bescheidenen Erfolge im Bereich der Prämienentwicklung führen. All jene, die positiv einen Beitrag dazu leisten wollen, sollten die Chance jetzt wahrnehmen, um ein solches Projekt aufzugleisen. Der Gegenvorschlag ist dazu die beste Möglichkeit, auch wenn wir zeitlich im Verzug sind. Er wird dem Zweitrat die Möglichkeit geben, die guten Gedanken der Vorstösse einzubauen, eine Vernehmlassung durchzuführen und mit uns zusammen im Laufe des nächsten Jahres eine gute Verfassungsgrundlage zu entwickeln.

Herr Bundesrat Couchepin hat darauf hingewiesen, dass man mehr Zeit braucht. Ich habe mir natürlich diese Frage auch gestellt, die Initiative ist ja bereits 2004 eingereicht worden. Man hätte also Zeit gehabt, vor allem nachdem Herr Bundesrat Couchepin vorhin auch gesagt hat, er befürworte an und für sich eine solche Diskussion. Dieser Zeitdruck wurde also nicht durch die Minderheit verursacht. Er wird es – sofern die Arbeiten in der Kommission in die vorgezeichnete Richtung gehen – aber ermöglichen, dass die SVP-Initiative zurückgezogen wird. Dabei ist aufgrund von Kontakten klar, dass man auch die Auseinandersetzung über die Frage eines freiheitlichen staatlichen Gesundheitswesens mit der Initiative vor dem Volk austragen kann.

Ich habe gehört – und wäre froh, wenn Herr Bundesrat Couchepin hier eine klare Aussage machte –, dass man sich nun mit dem Gedanken trägt, diese Initiative allenfalls auch im März zur Abstimmung zu bringen. Das würde also Folgendes heissen: Der Nationalrat wird sich im Dezember mit dieser Initiative auseinandersetzen, er wird auch dort die Frage des Gegenvorschlages behandeln, und wir wissen dann Ende Dezember, wie der Stand ist und wie die parlamentarische Beratung abgelaufen ist. Es geht dann noch sechs, sieben Wochen, bis die Stimmzettel verteilt werden. Es wäre sachlich sehr problematisch, wenn man so mit dem Initiativrecht umginge. Initianten haben ein Anrecht darauf, im Volk eine umfassende Diskussion zu führen und einen umfassenden Meinungsbildungsprozess – aufgrund dessen, was das Parlament entschieden hat – auszulösen.

Frau Fetz hat gesagt, man müsse die beiden Initiativen gleich behandeln. Man hat bei der Einheitskasse, also bei der Initiative von links, den Initianten bis zur Volksabstimmung acht bis zehn Monate Zeit gegeben. Ich erwarte, dass man auch bei dieser wichtigen Diskussion um ein freiheitliches Gesundheitswesen nach der parlamentarischen Behandlung mindestens sechs Monate Zeit hat, um eine richtige, echte Diskussion zu führen. Ich gehe auch davon aus, dass der Bundesrat die Volksrechte in diesem Sinne handhaben wird. Der gestrige Abstimmungssonntag hat gezeigt, dass man miteinander wichtige Fragen lösen kann. Das Volk erwartet dies von uns. Schieben wir deshalb die notwendige Verfassungsrevision nicht weiter vor uns her, sondern tun wir den ersten Schritt in die richtige Richtung!

Ich bitte Sie deshalb, dem Gegenvorschlag zuzustimmen.

**Schwaller Urs (C, FR)**, für die Kommission: Ganz kurz: Die Initiative verspricht etwas, was sie nicht halten kann. Die Tatsache, dass der Initiativtext in wichtigen Bereichen – wie Übernahme der Kosten der Geburtshilfe, der Prävention, der Weiterführung des heutigen individuellen Prämienverbilligungssystems, der Umsetzung der je hälftigen Finanzierung durch Bund und Kantone einerseits und durch die Versicherer andererseits – bereits heute zu grössten Auslegungsproblemen führt, zeigt, dass die Initiative keine taugliche Grundlage für eine Lösung der tatsächlichen Probleme und kein Beitrag zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitsbereich ist. Sie ist daher abzulehnen.

Der Gegenvorschlag – das die zweite Bemerkung – bleibt in der blossen Deklamation bekannter und bereits angewandter Grundsätze stecken und bringt keine entscheidende

Richtungsänderung im KVG. Wo Probleme tatsächlich bestehen, umschiffet der Vorschlag jeweils das Problem mit einer sogenannten offenen Formulierung. Der Sprecher der Minderheit hat dies besonders schön aufgezeigt, mit seinem Verweis auf Buchstabe e, der von Wettbewerb spricht, aber dann den Schritt zur Aufhebung des Vertragszwangs gerade nicht macht. Der Gegenvorschlag regelt auch nichts im Verhältnis zwischen Bund und Kantonen, jegliche klaren Leitplanken fehlen hier.

Die Kommissionsmehrheit ladet Sie deshalb ein, auf die Vorlage eines Gegenvorschlages zu verzichten und selbstverständlich die Initiative abzulehnen. Es entspricht diese Auffassung auch jener der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Sie haben ein entsprechendes Schreiben erhalten, es datiert vom 20. September 2006. Die GDK kommt zum Schluss, dass die Initiative abzulehnen und auf einen Gegenvorschlag zu verzichten sei.

**Couchepin Pascal**, conseiller fédéral: Je crois qu'en ce qui concerne l'initiative populaire elle-même, tout a été dit. Tous les orateurs qui se sont exprimés l'ont fait en relevant les faiblesses de l'initiative et en proposant de la rejeter.

Faut-il ou ne faut-il pas un contre-projet? On peut résumer de la manière suivante les arguments qui ont été donnés.

Un contre-projet consoliderait la base constitutionnelle qui couvrirait la politique que l'on est en train de mener: je crois que ce n'est pas un argument très fort dans la mesure où, si l'on peut déjà mener cette politique et si on veut faire un article constitutionnel, il faut faire un article constitutionnel qui apporte du neuf, qui aille plus loin et qui développe des possibilités nouvelles. Dans la situation actuelle, on est en train de faire des réformes. Allons jusqu'au bout de ces réformes et, à la fin de cet exercice très pragmatique, on verra si on peut aller encore plus loin dans la réforme du système ou si, au contraire, les temps ne sont pas mûrs.

Tous les articles constitutionnels qui, dans le passé, ont apporté quelque chose de nouveau à la politique sont des articles qui ont tenu compte de l'évolution des esprits et des débats tels que ceux que l'on a actuellement sur le financement des soins, sur le financement hospitalier, sur la compensation des risques. Faire un article constitutionnel simplement pour faire un article constitutionnel qui n'apporte rien de nouveau, bloque la situation et empêche finalement l'évolution du système.

On a écrit que je ne souhaitais pas voir actuellement de nouveaux pas dans la réforme. Si, je souhaite qu'on fasse de véritables pas dans la réforme, qu'on les fasse aujourd'hui par le biais des lois et demain dans un article constitutionnel qui a du mordant, qui apporte du nouveau et crée la possibilité d'un débat pour une situation ultérieure.

Enfin, les orateurs qui se sont exprimés en faveur de la minorité ont dit: «Bien sûr, notre article constitutionnel tel qu'il est proposé aujourd'hui ne va pas très loin, mais on pourrait, dans une deuxième chambre, aller plus loin et rajouter quelque chose.» Tout le monde sait bien que vous avez fait de grands efforts pour essayer de trouver un texte qui amène quelque chose de neuf. Et vous n'y êtes pas parvenus! Parce que c'est par les réformes de détail qu'on trouve les possibilités de réunir une majorité. Ce n'est pas en fixant un texte très général qui ne dit rien, qu'on arrivera à créer quelque chose de neuf.

Je crois que ceux qui veulent un contre-projet le veulent pour des raisons d'opportunité, mais pas réellement pour la chose elle-même. Finalement, il faut être clair et avoir le courage de dire: «Nous ne voulons pas de l'initiative populaire pour une caisse-maladie unique et sociale»; nous ne voulons pas de l'initiative populaire de l'UDC; nous voulons nous battre concrètement sur ces projets de réforme et ne pas nous disperser en l'état actuel des choses avec un projet d'article constitutionnel.»

On pourrait aussi soulever la question de savoir si un article constitutionnel qui ne fait que cimenter la situation actuelle est un véritable contre-projet. A mon sens, c'est tout à fait douteux. Un contre-projet doit aller au moins un peu dans le

sens de l'initiative qu'on combat. On parle peut-être de concurrence à l'article 117a alinéa 2 lettre e du projet de la sous-commission, mais, par rapport à la situation actuelle, ce n'est quand même pas quelque chose de bouleversant et que l'on peut qualifier de véritable contre-projet à l'initiative de l'UDC.

Je vous invite donc à voter pour la clarté – non pas pour refuser à tout jamais un nouvel article constitutionnel, car je crois qu'il est nécessaire – et pour le courage, qui consiste à réformer secteur par secteur le système, de manière pragmatique et, sur la base des expériences ainsi accumulées, à chercher à faire un article constitutionnel qui soit valable pour les vingt prochaines années et pas seulement pour les deux ou trois années à venir.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Minderheit .... 24 Stimmen

Dagegen ... 16 Stimmen

**Art. 2**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit*

(Altherr, Brändli, Langenberger, Forster, Frick)

.... die Initiative abzulehnen und den Gegenentwurf anzunehmen.

Die Behandlungsfrist soll gemäss Artikel 105 Absatz 1 des Parlamentsgesetzes um ein Jahr bis zum 28. Januar 2008 verlängert werden.

*Eventualantrag Brändli*

(falls bei Art. 1a der Antrag der Minderheit abgelehnt wird)

.... die Initiative anzunehmen.

**Art. 2**

*Proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité*

(Altherr, Brändli, Langenberger, Forster, Frick)

.... de rejeter l'initiative et d'accepter le contre-projet.

En vertu de l'article 105 alinéa 1 de la loi sur l'Assemblée fédérale, le délai imparti pour le traitement est prorogé d'un an, soit jusqu'au 28 janvier 2008.

*Proposition subsidiaire Brändli*

(au cas où la proposition de la minorité à l'art. 1a serait rejetée)

.... d'accepter l'initiative.

*Angenommen gemäss Antrag der Minderheit*

*Adopté selon la proposition de la minorité*

**Präsident** (Büttiker Rolf, Präsident): Der Eventualantrag Brändli ist hinfällig, weil bei Artikel 1a der Antrag der Minderheit angenommen worden ist.

Da Eintreten bei diesem Geschäft obligatorisch ist, wird gemäss Artikel 74 Absatz 4 des Parlamentsgesetzes keine Gesamtabstimmung durchgeführt.

05.055

**Für tiefere  
Krankenkassenprämien  
in der Grundversicherung.  
Volksinitiative  
Pour la baisse  
des primes d'assurance-maladie  
dans l'assurance de base.  
Initiative populaire**

*Frist – Délai*

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBl 2005 4315)  
Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4095)

Bericht SGK-SR 12.09.06  
Rapport CSSS-CE 12.09.06

Ständerat/Conseil des Etats 25.09.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Bericht SGK-NR 02.11.06  
Rapport CSSS-CN 02.11.06

Nationalrat/Conseil national 14.12.06 (Frist – Délai)

*Antrag der Mehrheit*

Die Behandlungsfrist um ein Jahr, bis zum 28. Januar 2008, verlängern

*Antrag der Minderheit*

(Rossini, Fehr Jacqueline, Goll, Leuenberger-Genève, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Schenker Silvia)

Die Behandlungsfrist nicht verlängern

*Proposition de la majorité*

Prolonger d'un an, soit jusqu'au 28 janvier 2008, le délai imparti pour traiter l'initiative

*Proposition de la minorité*

(Rossini, Fehr Jacqueline, Goll, Leuenberger-Genève, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Schenker Silvia)

Ne pas prolonger le délai

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Wir haben bei diesem Geschäft gestern die Kategorie geändert; es wird in Kategorie III behandelt. Ich möchte Ihnen aber noch einmal in Erinnerung rufen, dass es nicht um die inhaltliche Debatte, sondern nur um die Gewährung der Fristverlängerung geht.

**Guisan** Yves (RL, VD), pour la commission: La commission a examiné l'initiative populaire fédérale «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base», après avoir entendu un représentant des auteurs de l'initiative, en la personne de notre collègue Ueli Maurer. Celui-ci a rappelé que l'initiative déposée par son groupe porte sur trois axes.

Premièrement, il y a la coordination entre 26 systèmes cantonaux différents, de manière à ce qu'ils poursuivent les mêmes objectifs en fixant les principes de la participation financière des pouvoirs publics, qui ne doit pas dépasser 50 pour cent des coûts.

Deuxièmement, l'augmentation des coûts a pris des proportions importantes; il s'agit de fixer au niveau de la Constitution les propositions formulées par le département dans le cadre de la révision de la LAMal en cours afin que ladite révision repose sur une base solide.

Troisièmement, il s'agit de flexibiliser les prestations de l'assurance de base, en établissant clairement ce qui relève de la maladie et ce qui n'en relève pas.

Ces mesures doivent permettre de maîtriser les coûts sans toucher à la qualité.

La commission s'est penchée rapidement sur ces propositions pour constater qu'elles établissent des objectifs relevant davantage de la loi actuellement en cours de révision, qui porte précisément sur ces problèmes, que de la Constitution. Elle a constaté que la fixation d'une participation des pouvoirs publics à hauteur de 50 pour cent au plus pose incontestablement des problèmes d'application qui remettent en question fondamentalement le fonctionnement de l'assurance sociale de base. Elle constate également que la limitation rigoureuse des prestations de base, que l'initiative postule, a une portée beaucoup plus restreinte que son titre ne le laisse entendre.

La commission s'est donc prononcée, par 15 voix contre 7 et 2 abstentions, pour le rejet de l'initiative, comme le propose le Conseil fédéral.

Par ailleurs, la commission s'est consacrée à une réflexion sur la stratégie à adopter au vu des différentes contre-propositions constitutionnelles en présence. Le Conseil des Etats s'est rallié, par 24 voix contre 16, à la position du Conseil fédéral, mais avec un contre-projet qu'il a élaboré rapidement. S'ajoute à cela une initiative parlementaire du groupe radical-libéral, qui entend essentiellement régler les problèmes des rapports entre les cantons et la Confédération. Différents scénarios se sont affrontés face à cette situation relativement complexe. Je n'entrerai donc pas dans le détail sur les différents arguments développés portant sur des considérations essentiellement de procédure au gré de la prise en considération d'un contre-projet ou non.

La commission a finalement décidé de mandater la sous-commission déjà mise en place pour traiter les problèmes de l'assurance-maladie, afin de formuler un contre-projet et d'étudier celui du Conseil des Etats en prenant en compte les différentes idées déjà formulées. Il s'agit en particulier de la coordination entre les cantons et la Confédération, mise en avant par l'initiative parlementaire du groupe radical-libéral, même si celle-ci n'a pas encore été formellement avalisée en première phase. Il s'agit aussi du projet Leu/Polodna qui a fait l'objet d'une présentation détaillée en commission. Cette approche a recueilli 11 voix contre 7 et 1 abstention. La sous-commission rendra son rapport d'ici à la séance de la commission plénière des 25 et 26 avril 2007. En fonction de cette décision, je vous prie d'accorder une prorogation du délai pour traiter l'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base», qui, normalement, échoit le 28 janvier prochain.

**Humbel Näf Ruth (C, AG)**, für die Kommission: Wir behandeln heute die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» nicht materiell, sondern wir haben nur über eine Fristverlängerung zu beschliessen. Diese Frage wurde in der Kommission sehr kontrovers diskutiert. Es ist fraglich, ob es eine Verfassungsänderung braucht, damit wir gewisse Änderungen im KVG hinsichtlich mehr Wettbewerb oder Freizügigkeit bei den Spitalbehandlungen erreichen können. Die Mehrheit der Kommission hat sich aber für eine Fristverlängerung entschieden, insbesondere aus zwei Gründen: Wir haben einerseits einen Beschluss des Ständerates für einen direkten Gegenvorschlag, andererseits haben wir einen OECD-Bericht, welcher diese Problematik der Kantone im Verhältnis zu den Bundesregelungen kritisiert und Lösungsvorschläge aufzeigt. Die SGK hat beschlossen, eine Subkommission einzusetzen, welche sich mit der Frage eines direkten oder auch eines indirekten Gegenvorschlags auseinandersetzt. Den direkten Gegenvorschlag haben wir in Form der Fassung, welche vom Ständerat beschlossen worden ist. Ein Teil der Kommission ist auch der Ansicht, dass wir den Fortgang der KVG-Revision, insbesondere im Bereich der Spitalfinanzierung, aber auch die Managed-Care-Modelle als indirekten Gegenvorschlag zu dieser Initiative betrachten könnten. Falls diese KVG-Revision wieder scheitern sollte, wäre es wahrscheinlich unerlässlich, eine Verfassungsgrundlage für eine klare Verlagerung der Kompetenz hin zum Bund zu schaffen.

Ich fasse zusammen: Die Kommission hat sich nicht inhaltlich mit dieser Initiative auseinandergesetzt, die Stimmen waren mehrheitlich sehr kritisch gegenüber dieser Initiative, welche mit dem Titel «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» wahrscheinlich nicht das aussagt, was sie erreichen kann. Wir haben heute aber nicht materiell zu befinden, sondern wir haben über die Fristverlängerung zu entscheiden.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Kommission zu folgen, welche mit 16 zu 8 Stimmen für die Fristverlängerung gestimmt hat.

**Rossini Stéphane (S, VS)**: Au nom de la minorité, je vous invite à ne pas procéder à la prorogation du délai de traitement de l'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» et, donc, à rejeter la proposition de la majorité de la commission.

Pourquoi la minorité s'oppose-t-elle à la prorogation dudit délai? Tout simplement parce que abstraction faite du titre parfaitement mensonger de cette initiative, qui n'est pas en relation avec son contenu – les rapporteurs en ont évoqué quelques éléments –, la démarche consistant à élaborer un contre-projet entreprise suite à la décision du Conseil des Etats à ce sujet ne nous paraît tout simplement pas crédible. Effectivement, il y a un décalage évident, un véritable problème de fond entre le but de l'initiative et la réponse qui nous est donnée par la proposition de contre-projet du Conseil des Etats soutenue par la majorité de la commission.

Le but de l'initiative est simple. Il s'agit de rediscuter la portée, l'«ampleur» de l'assurance obligatoire des soins, de discuter la relation entre l'assurance obligatoire sociale et la partie complémentaire, d'aborder la question du financement moniste. Or, le Conseil des Etats nous propose un contre-projet qui n'a rien à voir avec ces éléments-là puisqu'il nous invite tout simplement à rediscuter fondamentalement, ce que nous ne contestons pas sous l'angle de la pertinence, un article constitutionnel dans le domaine de la santé. Par ailleurs, malgré la précipitation qui a été évoquée par le rapporteur de langue française, la formulation du Conseil des Etats est de notre point de vue tout simplement mauvaise. Il reformule de manière beaucoup plus mauvaise le droit en vigueur, c'est-à-dire des éléments qui figurent dans différentes dispositions. Finalement, la qualité de la copie qui nous est proposée est nettement moins bonne que celle des originaux.

Par conséquent, le problème à la fois du contenu du contre-projet, qui ne règle que très partiellement la question de la relation avec l'initiative populaire, et de la piètre qualité de la

copie qui nous a été remise nous font penser que cette démarche est surtout une manoeuvre stratégique-politique pour contourner la LAMal. En effet, le contenu du texte de l'initiative populaire que nous discutons aujourd'hui est examiné dans le cadre de la révision de la LAMal. Donc, c'est à notre avis une manoeuvre tactique pour contourner la révision de la LAMal et aussi pour ne pas aller devant le peuple. Ce que nous devrions décider de faire aujourd'hui, c'est tout simplement de soumettre l'initiative au peuple et d'avoir une discussion de fond sur la partie constitutionnelle dans le cadre de la révision de la LAMal et du traitement de la proposition d'article constitutionnel qui est contenue dans l'initiative parlementaire du groupe radical-libéral.

Voilà donc les raisons qui sous-tendent notre conviction que cette démarche de prorogation de délai n'est qu'une petite manoeuvre stratégique qui évite joyeusement une discussion sur le fond, alors que c'est sur le fond qu'il faut véritablement débattre.

Je vous invite par conséquent à ne pas proroger le délai de traitement de l'initiative populaire.

**Präsidentin (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin)**: Die CVP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützen wird.

**Bortoluzzi Toni (V, ZH)**: Es geht hier tatsächlich nur um eine Fristverlängerung, aber die Bedeutung dieser Fristverlängerung rechtfertigt es, ein paar materielle Bemerkungen anzubringen.

Im Bereich des Gesundheitswesens gibt es verschiedene Probleme, die gelöst werden müssen. Das ist, denke ich, mittlerweile unbestritten. Wer nun aber glaubt, man könne den Revisionsbedarf allein mit Korrekturen im KVG abdecken, verkennt die Hoheit und die Bedeutung der Kantone im Gesundheitswesen. Man kann mit den noch hängigen, vom Bundesrat vorgeschlagenen KVG-Teilrevisionen einiges verbessern – sofern man dann auch die Weichen richtig stellt –, die kantonale Hoheit hingegen bleibt bestehen und setzt Grenzen. Es wird ja immer wieder gesagt, die Koordination könne problemlos auf Gesetzesebene bewältigt werden. Seit zehn Jahren hätten die Kantone, um ein Beispiel zu nennen, den Auftrag, Daten zu erheben, die Betriebsvergleiche ermöglichen. Qualitäts- und Preisvergleiche sind ja Grundlage für transparente Patienteninformationen und Wettbewerb. Wir müssen aber feststellen, dass diese Koordination in den Kantonen nicht funktioniert, und der Bund hat keine Kompetenz, dazu notwendige Grundlagen verbindlich einzufordern.

Das Verhalten der Kantone ist nicht im Interesse des Prämienszahlers; es braucht eine Verfassungsgrundlage auf Bundesebene, welche diese Koordination sicherstellt. Ich bin – das gilt es hier auch anzumerken – nicht der Meinung, dass Zentralismus die Lösung aller Probleme und besonders erstrebenswert sei. Es wäre falsch zu glauben, man könne damit alle Probleme lösen. Aber hier ist der Bund gefordert und eine Grundlage notwendig. Die Kantone haben trotzdem einen Versorgungsauftrag im Gesundheitswesen, den sie erfüllen können und müssen. Das Gesundheitswesen kann aber nicht abgeschottet, innerhalb von Kantongrenzen weiterentwickelt werden. Es braucht schweizweit gültige Regeln für die am Gesundheitswesen Beteiligten.

Wir haben eine Volksinitiative, welche die heute bestehenden Koordinationsmängel beseitigt, und wir haben dazu einen direkten Gegenvorschlag des Ständerates, der meines Erachtens etwas umfassender formuliert ist, dafür aber weniger verbindliche Aussagen macht. Es lohnt sich in diesen für unsere Bevölkerung wichtigen Fragen, die Vorschläge einer detaillierteren Prüfung zu unterziehen. Es ist notwendig, und letztlich ist es ein Teil der Verbesserung unseres Gesundheitssystems.

Ich bitte Sie also namens der SVP-Fraktion, hier der Mehrheit zu folgen.

**Ruey Claude (RL, VD)**: Le groupe radical-libéral s'est évidemment aussi penché sur le problème. Si l'initiative popu-

laire nous paraît avoir quelques qualités et aller dans un sens qui n'est pas forcément contraire à ce que nous pensons, nous considérons aussi qu'elle mérite un examen approfondi.

Concrètement, c'est une initiative qui n'apporte pas de grandes mesures très efficaces, elle contient plus d'intentions que de mesures, c'est presque une initiative placebo. Donc, même si nous ne nous opposons pas de front, il nous paraît que cela vaut la peine de pousser la réflexion et donc de se donner un délai pour le faire. Pourquoi? parce que vous avez vu à quel point fluctuent les discussions sur la politique de la santé dans cette assemblée et, de manière générale, dans la société: on a toutes les difficultés à trouver et à se fixer un cap, sauf peut-être du côté du Département fédéral de l'intérieur, dont il faut saluer la ténacité, en particulier celle de son responsable, Monsieur le conseiller fédéral Couchepin.

Il nous paraît pourtant nécessaire de préciser dans la Constitution fédérale quel type de système de santé nous voulons. La Constitution dispose déjà d'un article qui est clair, mais qui est interprété de diverses manières. Il faut savoir si nous voulons aller vers plus de dirigisme ou vers plus de mécanismes autorégulateurs, si nous voulons régler différemment le rôle des cantons et de la Confédération et jusqu'à quel point: faut-il tout coordonner? faut-il centraliser? Toutes ces questions seront étudiées dans le cadre de l'examen d'un contre-projet. Cela demande un certain temps. Dès lors, plutôt que de nous en tenir à des querelles stupides qui n'arrêtent pas de se développer dans le domaine de la santé, prenons le temps de cette réflexion. Cela n'empêche absolument pas les travaux de révision de la LAMal qui ont lieu en commission et au conseil d'aller de l'avant, bien au contraire. En revanche, le fait de ne pas se prononcer maintenant sur l'initiative populaire donne à chacun, aux uns comme aux autres, la possibilité d'apporter quelque chose de constructif dans ce débat et de fixer vraiment un cap auquel une majorité de députés pourrait se rallier.

C'est la raison pour laquelle nous vous invitons à adopter la proposition de la majorité.

**Guisan Yves** (RL, VD), pour la commission: La commission a simplement constaté, qu'on le veuille ou non, qu'un contre-projet direct existe déjà puisque le Conseil des Etats en a élaboré un. Elle a également constaté que la révision en cours de la LAMal, qui pourrait constituer un contre-projet indirect, ne parviendra pas à maturité suffisamment rapidement pour être opposée à l'initiative en votation populaire.

C'est par conséquent pour cette raison que, par 11 voix contre 7 et 1 abstention, elle a proposé d'étudier la question dans le cadre d'une sous-commission et qu'elle vous propose une prorogation du délai de traitement de l'initiative populaire.

**Humbel Nâf** Ruth (C, AG), für die Kommission: Herr Rossini hat das Vorgehen als strategisches Manöver kritisiert. Es ist eine Strategie, bezüglich dieser Initiative eine Fristverlängerung zu beschliessen. Ich möchte daran erinnern, dass wir in der Frage der KVG-Revision nicht weiter sind als vor drei Jahren, als am Ende der letzten Legislatur. Es besteht dringender Handlungsbedarf, was die Frage der Bekämpfung der Kostenentwicklung angeht. Sollten wir es nicht fertigbringen, bis zum baldigen Ende dieser Legislaturperiode auch Änderungen und Kostendämpfungsmassnahmen zu beschliessen, die Spitalfinanzierung voranzutreiben, die Managed-Care-Vorlage abzuschliessen und vor allem auch eine Freizügigkeit bezüglich der Behandlung über die Kantons-grenzen hinaus zu realisieren – was ein Bedürfnis der versicherten Patientinnen und Patienten ist –, müssen wir auf eine Verfassungsgrundlage zurückgreifen. Der Ständerat hat uns einen direkten Gegenvorschlag gemacht. Die Kommission hat darüber diskutiert, dass wir die KVG-Revision als indirekten Gegenvorschlag bezeichnen könnten, aber dafür müssen wir eine Fristverlängerung beschliessen.

Ich bitte Sie, dies entsprechend dem Antrag der Mehrheit der Kommission zu tun.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 105 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 62 Stimmen

05.055

**Für tiefere  
Krankenkassenprämien  
in der Grundversicherung.  
Volksinitiative**

**Pour la baisse  
des primes d'assurance-maladie  
dans l'assurance de base.  
Initiative populaire**

*Zweitrat – Deuxième Conseil*

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBI 2005 4315)  
Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4095)

Bericht SGK-SR 12.09.06  
Rapport CSSS-CE 12.09.06

Ständerat/Conseil des Etats 25.09.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Bericht SGK-NR 02.11.06  
Rapport CSSS-CN 02.11.06

Nationalrat/Conseil national 14.12.06 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 18.09.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

**Guisan** Yves (RL, VD), pour la commission: L'initiative a été déposée le 28 juillet 2004, munie de 101 226 signatures valables. Elle postule en gros quatre éléments:

1. limiter les prestations médicales et les soins aux mesures destinées à atténuer la douleur et à guérir et réintégrer le patient;
2. la liberté de contracter limitée aux prestations jugées comme nécessaires et dont l'efficacité est reconnue par la science;
3. une participation des pouvoirs publics au financement de l'assurance-maladie de base limitée à 50 pour cent;
4. une diminution des prestations, la différence entre la situation actuelle et le catalogue réduit étant couverte par la nouvelle assurance de base pendant la période transitoire.

La commission et le Conseil fédéral constatent que ce projet met profondément en question l'assurance sociale solidaire et obligatoire dont le principe fondamental est l'accès à la prise en charge pour tous et une couverture complète des besoins en matière de traitement et de maternité. De toute évidence, ce principe ne pourrait plus être respecté en cas d'acceptation de l'initiative. Contrairement aux extrapolations des auteurs de l'initiative, l'article 116 de la Constitution ne traite pas de la surveillance médicale de la grossesse, de l'accouchement et des soins en cas de maternité, mais uniquement des allocations familiales et des allocations pour perte de gain. De même, plus aucune prestation de prévention ne pourrait être prise en charge, qu'il s'agisse de vaccinations ou de dépistage du cancer. On ne parle plus non plus d'indemnités journalières.

L'efficacité reconnue par la science remplace les critères d'évaluation significatifs sur le plan statistique par une appréciation d'experts, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Le financement proposé laisse la porte ouverte à de nombreuses spéculations. La solidarité au niveau des primes sera-t-elle maintenue? Les coûts de la nouvelle assurance de base sont difficiles à déterminer et, en conséquence, quelle serait la participation des pouvoirs publics, des cantons en particulier? Si l'on prend comme référence les dépenses actuelles de l'assurance obligatoire des soins, qui dépassent 17 milliards de francs, il en résulterait une hausse massive et insupportable de leur contribution ou, à défaut, un transfert non moins massif sur l'assurance complémentaire privée.

Enfin, les dispositions de l'initiative semblent impliquer un financement moniste, sans que le modèle soit précisé, mais a priori elles privilégient le versement direct aux assureurs par les cantons, ce à quoi ils sont fermement opposés. Pour conclure, l'initiative ne dit mot de la réduction des primes pour les assurés de condition modeste, mais elle met mani-

festement en question le système que le Conseil fédéral considère comme «un instrument central de politique sociale en Suisse» (message, p. 4111).

Pour assurer effectivement le but recherché d'une baisse des primes, l'initiative propose, au niveau des dispositions transitoires, une diminution massive et peu réaliste des prestations qui va bien au-delà de la zone grise de luxe dont parlent les initiants.

En conclusion, il ne s'agit ni plus ni moins que d'un démantèlement de «l'assurance-maladie sociale, sans faire progresser la question des coûts». Je cite là encore le message, à la page 4113.

En toute logique, la commission vous propose donc, par 15 voix contre 7 et 2 abstentions lors du vote préliminaire, et par 18 voix contre 7 au vote définitif, de recommander au peuple et aux cantons de rejeter cette initiative populaire. Si le premier vote a été moins net, c'est qu'il était assorti d'une proposition subsidiaire d'accepter le contre-projet du Conseil des Etats.

La question de l'éventualité d'un contre-projet a profondément divisé la commission et occasionné des débats de procédure sans fin, dont je vous fais grâce du détail. Dans un premier temps la commission a, par 12 voix contre 12 avec la voix prépondérante du président, confié à sa sous-commission LAMal le soin d'examiner et, le cas échéant, d'aménager la solution du Conseil des Etats. Il en est résulté le texte proposé par la minorité, que vous avez dans votre dépliant. Ce texte n'est malheureusement pas présenté de manière correcte, dans la version française tout au moins. En effet, la commission a constaté que la notion de «Wirtschaftlichkeit» ne saurait être traduite par un «système de soins rentable» que vous trouvez à l'alinéa 1bis de l'article 117a.

Enfin, la commission avait admis, par 10 voix contre 8, de se rallier à la formulation du Conseil des Etats à l'article 117a alinéa 2 lettre c, au cours d'une discussion par article qui n'a été engagée une fois encore que grâce à la voix prépondérante du président – soit par 10 voix contre 10.

Au terme de ce débat, la commission a rejeté, par 12 voix contre 8, le contre-projet qui entend introduire à la fois de nouvelles modalités de fonctionnement cantons/Confédération, la liberté de contracter et le monisme par voie de paiement par les pouvoirs publics directement aux assureurs.

Il est à noter à ce propos que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé a été entendue à ce sujet et que les cantons se sont vigoureusement opposés au contre-projet quant à son principe et quant à son fond, qu'il s'agisse des rapports cantons/Confédération ou de la définition des prestations par la Confédération, qui ouvre la porte à un démantèlement progressif. Le monisme exclusivement en faveur des assureurs va également à l'encontre de la compétence des cantons et suscite leur opposition farouche.

La majorité de la commission constate donc que ce contre-projet préparé à la hâte n'est pas prêt et ne saurait être présenté sous cette forme au peuple. Elle vous propose donc de rejeter aussi bien l'initiative populaire que le contre-projet.

**Fehr Jacqueline (S, ZH), für die Kommission:** Es ist tatsächlich nicht ganz einfach, den Prozess dieser Beratungen zusammenzufassen und hier wiederzugeben. Beginnen wir bei den Fakten: Die Kommission hat mit 18 zu 7 Stimmen Nein zur Initiative gesagt, mit 12 zu 8 Nein zu einem Gegenvorschlag gesagt. Fazit: 12 Kommissionsmitglieder sagen also Nein zur Initiative ohne Gegenvorschlag, 6 Kommissionsmitglieder sagen Nein zur Initiative mit Gegenvorschlag, und 6 sagen Ja zur Initiative und Ja zum Gegenvorschlag. Das alles fand statt unter dem Damoklesschwert der Behandlungsfristen. Damit noch eine Abstimmungsempfehlung zur Initiative der SVP abgegeben werden kann, muss diese spätestens in der Wintersession in die Schlussabstimmung kommen. Ansonsten käme die Initiative ohne die Empfehlung des Parlamentes zur Abstimmung.

Ein Blick in die Geschichte: Die Initiative wurde ausnahmsweise im Nationalrat als Zweitrat behandelt. Der Ständerat, der sie als Erstrat behandelt hatte, hatte sich entschieden,

sie mit einem Gegenvorschlag zu begleiten. Dieser Gegenvorschlag befriedigte dann aber die Mehrheit der SGK nicht. Diese Mehrheit hat entschieden, auch in der nationalrätlichen SGK eine Subkommission einzusetzen, um einen Gegenvorschlag auszuarbeiten. Hier sieht man auch, weshalb es mit den Fristen immer enger wurde. Der Diskussion in der SGK ist eine umfassende Diskussion um einen grundsätzlichen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik vorausgegangen. Diese Diskussion wurde im Rahmen der Spitalfinanzierung geführt. Es ging um ein Modell der Professoren Leu und Poledna, die einen radikalen Wechsel in Richtung mehr Wettbewerb vorschlugen. Diese Diskussion warf ihre Schatten auf die Beratungen des Gegenvorschlages, der dann unter dieser Fahne segelte. Viele Mitglieder sagten, jetzt müssten endlich die Weichen Richtung Wettbewerb gestellt werden und der Gegenvorschlag zur SVP-Initiative sei das richtige Instrument.

Die Arbeiten in der Subkommission hatten einen eher mühsamen Start, weil sich zwei ambitionierte Gesundheitspolitiker nicht auf ein Präsidium einigen konnten. Sie machen es jetzt miteinander. Die Subkommission hat den Gegenvorschlag in fünf Sitzungen beraten, die Plenumskommission befasste sich insgesamt viermal mit dieser Initiative und dem Gegenvorschlag. Wie gesagt, am Schluss wurde das ganze Projekt dann mit 12 zu 8 Stimmen abgelehnt.

Die politische Konstellation in der SGK ist etwas unübersichtlich. Es ist deshalb auch nicht ganz klar, ob die Sprecherin und der Sprecher jetzt hier die richtige Mehrheit repräsentieren. Eigentlich gab es lange Zeit eine Mehrheit für einen Gegenvorschlag. Wegen Abwesenheiten bei den entsprechenden Abstimmungen obsiegte dann aber die heutige Mehrheit, die keinen Gegenvorschlag will.

Sicher ist, dass der Gegenvorschlag, wie böse Zungen sagen, alle gesundheitspolitischen Provokationen beinhaltet, die gegenwärtig politisch diskutiert werden, doch dazu später im Detail.

Zuerst zur SVP-Initiative. Diese hat zwei Hauptinhalte: Sie will einerseits weg vom umfassenden Grundleistungskatalog, weg von der umfassenden Grundversicherung. Nur noch ein kleinerer Teil als heute soll über die Grundversicherung abgesichert sein, ein grösserer Teil als heute soll über Privatversicherungen finanziert werden. Damit soll die Bevölkerung das Anrecht haben, eine Art modulare Versicherung zu wählen: die Grundversicherung für alle und die Zusatzversicherungen dann je nach Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes. Diese Zusatzversicherungen wären dann, wie heute schon, dem Privatversicherungsrecht unterstellt und würden mit risikobasierten Prämien bezahlt; das heisst, ältere, kränkliche Leute usw. müssten mehr bezahlen.

Die SVP-Initiative will andererseits den Wechsel zur monistischen Finanzierung, und zwar indem die öffentlichen Gelder der Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden. Die ganzen Zahlungsströme müssten also über die Krankenkassen laufen – ein Aspekt oder ein Inhalt der Initiative, der insbesondere von den Kantonen vehement bekämpft wird.

Die SVP-Initiative beinhaltet sehr viele weitere Elemente, aber auch sehr viele Unklarheiten. Es wurde auch in der Debatte in der Kommission nicht klar, um welche Leistungen es geht, also welche Leistungen im Grundleistungskatalog gekürzt werden sollen. Es ist auch nicht klar, wie das neue System der Prämienverbilligung aussehen soll, das auch zur Debatte gestellt wird. Soll es so wie jetzt beibehalten werden, oder soll man zu einer Subventionierungspolitik zurückgehen, wie wir sie vor dem KVG hatten? Unklar ist auch, was im Umfang der Grundversicherung mit Mutterschaft und Prävention geschehen soll. Ob das beibehalten werden soll oder nicht: Auch dazu fehlen bis heute klare Aussagen der Initiantinnen und Initianten.

Aufgrund dieser Ausgangslage hat eine Mehrheit der Kommission beschlossen, diese Initiative dem Volk zur Ablehnung zu empfehlen, und zwar mit 18 zu 7 Stimmen. Die Ratslinke, zusammen mit dem Bundesrat, ist sogar einen Schritt weiter gegangen und empfiehlt, die Initiative sei ohne

Gegenvorschlag abzulehnen. Die Kommissionsminderheit hielt an einem solchen Gegenvorschlag fest.

Was beinhaltet der Gegenvorschlag, der dann von der Minderheit noch im Detail vorgestellt wird? Man will damit eine Verankerung des Wettbewerbsprinzips auf Verfassungsebene. Man will, dass die Krankenkassen künftig im Grundversicherungsbereich Gewinne machen können. Man will ebenfalls den Monismus einführen: Alle Geldströme sollen also über die Kassen geführt werden. Die kantonalen Gelder würden den Kassen übertragen, damit sie die Leistungen finanzieren könnten. Es käme auch zu einer Reduktion des Leistungskataloges. Die Selbstfinanzierungsinstrumente Franchise und Selbstbehalte würden gestärkt oder im Effekt erhöht. Die Vertragsfreiheit soll eingeführt werden.

Das insgesamt ist – wie gesagt – so in etwa die Kumulation aller gesundheitspolitischen Provokationen, die gegenwärtig in politischer Diskussion sind.

Entsprechend waren auch die Reaktionen, insbesondere der Kantone. Sie monieren, dass sie nicht umfassend in diese Beratungen einbezogen worden sind und dass das, was hier vorgeschlagen wird, nicht sinnvoll ist. Sie wehren sich vehement gegen diesen Gegenvorschlag und werden das auch noch geltend machen.

Nach langen Beratungen und nach diesen umfassenden Arbeiten hat die Kommissionsmehrheit entschieden, den Gegenvorschlag doch nicht zu unterstützen. Die wichtigsten Gründe für die Ablehnung sind die Tatsachen, dass die Kantone nicht genügend in die Arbeiten mit einbezogen worden sind und dass hier ein grundsätzlicher Systemwechsel vorgeschlagen wird, und zwar in einer Hauruckübung, bei der viele Fragen offenbleiben, viele Begriffe nicht klar definiert sind und viele gesetzliche Formulierungen noch immer Fragen aufwerfen. Der wohl wichtigste Grund für die Ablehnung ist die politische Stossrichtung des Gegenvorschlags, der eine Stärkung der Versicherungen und eine Schwächung der öffentlichen Hand beabsichtigt. Aus all diesen Gründen lehnt eine Mehrheit der Kommission den Gegenvorschlag ab.

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Ich lasse nun die Minderheitsanträge begründen.

**Gutzwiller** Felix (RL, ZH): Mir obliegt also die Aufgabe, Ihnen in fünf Minuten diesen Gegenvorschlag, der im Antrag der Minderheit zusammengefasst ist, näherzubringen. Ich überlasse es dann meinen Kollegen, die SVP-Initiative, welche von der FDP-Fraktion abgelehnt wird, zu diskutieren. Wir lehnen also die Initiative ab, schlagen Ihnen aber vor, auch im Namen der Fraktion, dem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Der Minderheitsantrag, Frau Jacqueline Fehr hat es ausgeführt, ist der Gegenentwurf einer Subkommission, der in der Gesamtkommission leider unterlegen ist. Er ist eigentlich die Weiterentwicklung des ständerätlichen Gegenvorschlags, er hat also dessen Elemente aufgenommen und weitergeführt, ich würde sagen: verdeutlicht. Deshalb sind wir ganz klar der Auffassung, dass dieser Gegenentwurf jetzt angenommen werden sollte. Der Ständerat kann dann nochmals in Ruhe über dieses Thema sprechen und – was die Kommissionssprecherin, Frau Jacqueline Fehr, ebenfalls gesagt hat – auch noch die Kantone adäquat einbeziehen. Selbstverständlich muss das gemacht werden. Wir haben ja Zeit bis Januar 2008. Erst dann läuft die Frist für die Volksinitiative ab.

In diesem Sinne sei vorab gesagt: Nehmen Sie diesen Gegenvorschlag an, stimmen Sie diesem Minderheitsantrag zu. Es wäre falsch, die Übung jetzt abzubrechen. Der Ständerat kann nochmals über die Bücher. Er wird dann auch die Kantone einbeziehen.

Nun, im Gegenentwurf geht es um einige zentrale Prinzipien, die eigentlich die Grundausrichtung des Gesundheitswesens in Richtung des regulierten Wettbewerbs festhalten wollen, eine Grundausrichtung, die Sie in diesem Rat bei der Behandlung der Spitalfinanzierungsvorlage mehrheitlich schon vorgegeben haben. Der Gegenentwurf bringt

sozusagen nichts Neues, sondern folgt der Logik der Argumente, die wir schon bei der Spitalfinanzierung in diesem Rat mehrheitlich unterstützt haben.

Worum geht es bei diesem Gegenvorschlag? Vereinfacht gesagt, geht es eigentlich um die Festlegung von drei entscheidenden Prinzipien dessen, was wir – ich betone: – regulierten Wettbewerb nennen: staatliche Rahmenordnung, aber mehr Freiheit und Effizienz für die Partner. Es geht um drei Prinzipien:

1. Es geht um hohe medizinische Qualität und Wirtschaftlichkeit als leitende Prinzipien für die Leistungen.

2. Damit verbunden geht es vermehrt um die Möglichkeit der Schaffung gemeinsamer Organe zur Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen und weiteren Akteuren; dies in Analogie zur Bildungsverfassung. Es handelt sich dabei um dasjenige Prinzip, das Sie dort mit grosser Mehrheit angenommen haben.

3. Es geht um die Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Versicherern, die schon lange postuliert wird und zu den Elementen des regulierten Wettbewerbs gehört. Dazu braucht es natürlich gewisse Rahmenbedingungen; ich kann das hier nicht ausführen, aber das ist selbstverständlich. Es geht z. B. etwa um kartellrechtliche Bedingungen, die den Wettbewerb auch sicherstellen. Dann braucht es einen freien Spital-Binnenmarkt und schliesslich den Monismus, also das Prinzip, wonach ein Finanzierer dem Leistungserbringer gegenübersteht. Auch dort gilt selbstverständlich, dass die Rahmenbedingungen dieses Monismus definiert werden müssen; es muss etwa sichergestellt werden, dass die Transparenz bezüglich der öffentlichen Gelder gewährleistet ist.

In aller Kürze zusammengefasst, versucht der Gegenvorschlag, der in der Subkommission intensiv bearbeitet wurde, die wesentlichen Elemente des regulierten Wettbewerbes, die uns in diesem Rat seit Längerem beschäftigen, in die Verfassung aufzunehmen. Es sind dies Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz bei den Leistungen; es sind dies Leitplanken für die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen, dem Bund und weiteren Akteuren; es sind dies schliesslich die Systemelemente, nämlich die Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Finanzierern. Schliesslich soll der Monismus in der Finanzierung sicherstellen, dass es keine falschen Anreize mehr gibt, indem ein Finanzierer einem Leistungserbringer gegenübersteht. Das Ganze – ich betone es noch einmal – soll in einem regulierten Rahmen stattfinden, der sicherstellt, dass Transparenz bezüglich des Einsatzes öffentlicher Gelder herrscht, dass aber auch die wettbewerblichen Rahmenbedingungen stimmen. Wir sind überzeugt, dass der Ständerat auf dieser Grundlage seine Position noch verdichten kann und dass damit das Gesundheitswesen einen weiteren Schritt in Richtung Qualität, Kosteneffizienz und Transparenz machen wird.

Wir bitten Sie deshalb sehr, diese Übung nicht vorschnell abzubrechen und diesen Gegenvorschlag an den Ständerat zu überweisen.

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Herr Bortoluzzi begründet nun den Antrag der Minderheit II zu Artikel 2. Er wird auch gleich die Stellungnahme der Fraktion abgeben, deshalb gebe ich ihm statt fünf Minuten zehn Minuten Redezeit.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Nachdem ja der Versuch mit dem Krankenversicherungsgesetz, das in kantonaler Hoheit liegende Gesundheitswesen zu koordinieren, zu ordnen, fehlgeschlagen ist – das ist offensichtlich –, drängt sich eine Ergänzung der Bundesverfassung auf.

Unsere Initiative und auch der Gegenvorschlag, wie er als Minderheitsantrag auf der Fahne erscheint und nun von Kollege Gutzwiller vorgestellt wurde, sind ein gesundheitspolitisches Konzept für unser Land – es ist dringend nötig, ein solches zu installieren –, eine Grundlage, welche die wesentlichen Elemente einer effizienten Grundgesundheitsversorgung festlegt. Die unbefriedigende Entwicklung der vergangenen zehn Jahre in diesem Bereich ist auf das Fehlen

ordnender Grundlagen zurückzuführen. Die Folgen davon kennen Sie, und die haben Sie nun kürzlich mit der Mitteilung über die Mengenausweitung wieder feststellen können: Mengenausweitung und Fehlinvestitionen in diesem Bereich in massiver Art, was gar nicht richtig erfasst werden kann. Wir schlagen Ihnen mit der Initiative und auch mit dem Gegenvorschlag vor, die unabdingbaren Elemente, welche den Wettbewerb im Gesundheitswesen erst ermöglichen, in der Verfassung als Richtschnur für den Gesetzgeber festzuschreiben.

Es geht nicht darum, die Kantone zu entmachten, wie das von den kantonalen Gesundheitsdirektoren teilweise befürchtet wird; es geht darum, die mangelnde Koordination im Interesse der Prämienzahler zu beseitigen. Wir versuchen mit unserem Anliegen, die Versicherten, die Prämienzahler, die Bürgerinnen und Bürger in den Mittelpunkt zu stellen und nicht die Interessen der Gesundheitsdirektoren, der Versicherer oder anderer Akteure in diesem Bereich. Ich bin überzeugt, dass ohne zusätzliche Bundeskompetenz in der Frage der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung die Mängel, die da sind, nicht beseitigt werden können.

Die heutige Bundeskompetenz, eine Versicherung einzurichten, genügt den Anforderungen für die Koordination eben nicht, das haben wir ja genügend erfahren. Die Bundesverfassung soll dort ergänzt werden, wo die Mängel offensichtlich sind; die Initiative nimmt für sich nicht in Anspruch, das Gesundheitswesen neu zu erfinden, aber auch nicht, es im Detail regeln zu wollen.

Das Gleiche gilt übrigens auch für den Gegenvorschlag; er orientiert sich an den wesentlichen Elementen. Es ist ein Konzept, welches zur effizienten Erbringung der Dienstleistungen im Gesundheitswesen führt. Wir schlagen ein wettbewerbliches System vor, weil es staatlichen, planwirtschaftlichen Systemen überlegen ist. Das ist die Stossrichtung. Diese Erkenntnis muss ja wohl nicht noch besonders begründet werden. Dafür gibt es genügend Beispiele in ganz Europa und auch ausserhalb davon.

Wenn der Bundesrat nun glaubt, er könne mit Korrekturen im Krankenversicherungsgesetz die grundlegenden Mängel beseitigen, wird er vor allem daran scheitern, dass es ihm an der Durchsetzungskompetenz fehlt. Sie können auch heute in den Zeitungen von der Reaktion der kantonalen Gesundheitsdirektoren auf unsere Bemühungen lesen, im Krankenversicherungsbereich die Spitalfinanzierung neu zu ordnen. Hier regt sich bereits Widerstand. Das Problem ist, dass für den Bund die Grundlage, in diesem Bereich koordinierend einzugreifen, fehlt.

Wenn man einmal von einem funktionierenden wettbewerblichen System sprechen will, dann braucht es gewisse Grundlagen, die unumstösslich sind. Ich möchte sie Ihnen aufzählen, sie sind Teil unserer Initiative: Erstens geht es um die Vertragsfreiheit; zweitens um eine monistische Finanzierung, um Transparenz in der Finanzierung; drittens um die Beseitigung der Interessenkonflikte der beteiligten Akteure; viertens um eine Mindestversorgung, welche die soziale Sicherheit garantiert, aber den Akteuren die grösstmögliche Freiheit gibt; fünftens um eine zuverlässige Finanzierung durch die öffentliche Hand und die Prämienzahler. Das ist die Initiative, über die wir hier sprechen und die es zu unterstützen gilt.

Der Bundesrat lehnt die Initiative ab; das tut er ja eigentlich immer, er lehnt ja jede Initiative ab. Die Begründung dazu, Herr Bundesrat, ist jedoch ziemlich bedenklich, sie ist oberflächlich und zum Teil falsch. Kollege Stahl wird nachher auf diese Elemente besonders eingehen. Die Begründung lässt nicht darauf schliessen, dass es dem Bundesrat ein Anliegen ist, sich ernsthaft mit der Fehlentwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen auseinanderzusetzen.

Die Massnahmen, die bis heute getroffen worden sind – die Massnahmen im Bereich der Medikamente oder die Verschiebung der Reserven bei den Kassen –, mögen kurzfristig gewisse Erfolge zeitigen, aber die grundlegenden Fehler des Systems werden damit selbstverständlich nicht beseitigt. Ich bin an sich froh, dass der Ständerat mit einem Gegenvorschlag den Ball aufgenommen hat und der Forde-

rung, diese grundlegende Diskussion zu führen, aus Anlass der Initiative nachgekommen ist. Es ist immerhin ein Signal dafür, dass man dem gesundheitspolitischen Trauerspiel der vergangenen Jahre gelegentlich ein Ende setzen will.

Wenn die Ratslinke und diejenigen, die deren Richtung unterstützen, die Ablehnung der Initiative und vor allem auch des Gegenvorschlags beantragen, habe ich dafür ein gewisses Verständnis. Mit der Initiative und dem Gegenvorschlag der Kommissionsminderheit wird die längst fällige Systemfrage in der Gesundheitsversorgung in unserem Land gestellt: Was wollen wir? In welche Richtung soll man bei der Lösung der anstehenden Probleme gehen? Teil des Problems ist ja diese unklare Situation: Wollen wir im Gesundheitswesen eine stärkere staatliche Einflussnahme, oder soll die Freiheit der Akteure gestärkt und sollen damit die wettbewerblichen Strukturen verbessert werden? Es geht uns darum, ein System zu installieren, welches den Akteuren klar mehr Freiheit zugesteht, ohne den sozialen Auftrag zu vernachlässigen.

Ich bitte Sie, nun diesen ersten wesentlichen Schritt einer Weichenstellung im schweizerischen Gesundheitswesen zu tun und der Initiative oder wenigstens dem Gegenvorschlag, wie ihn die Kommissionsminderheit beantragt, zuzustimmen und damit einer staatlichen, planwirtschaftlichen Richtung im Gesundheitswesen klar eine Absage zu erteilen.

**Rossini Stéphane (S, VS):** Au nom du groupe socialiste, je vous invite à recommander au peuple suisse le rejet pur et simple de cette initiative populaire et je vous invite aussi à ne pas proposer de contre-projet.

Ce matin, nous avons eu quelques discours relativement doux. Je crois qu'ils trahissent quelque peu la réalité du débat car cette initiative, davantage que celle relative à la caisse unique, provoquera une rupture dans le système de santé. Elle aboutira à un clair démantèlement des prestations sociales en matière de couverture des soins. Elle provoquera un renforcement de la protection sociale privée sans solidarité, servant d'abord les profits des assureurs et envisageant par ailleurs, pour ces mêmes assureurs, un pouvoir accru dans la définition des soins, de leur accès et de leur financement, ce qui est totalement disproportionné et contraire à l'esprit de nos lois.

Cette initiative au titre mensonger, ou pour le moins très fortement trompeur, est une vulgaire tentative d'endormir le peuple. Celui-ci ne sera cependant pas dupe: il refusera catégoriquement que l'on reconsidère plus d'un siècle de lutte pour aboutir à une assurance-maladie sociale obligatoire solidaire. Car abstraction faite du titre, le contenu du texte qui nous est proposé démontre sans ambiguïté que l'UDC tente ni plus ni moins de porter une attaque frontale contre le principe de l'obligation d'assurance. Les hypocrites n'avaient jamais leurs desseins: ce qui est évident, c'est que la LAMal, dans la vision de l'UDC, c'est le retour des privilèges et de l'assistance. Nous n'en voudrions pas dans ce pays, et le peuple non plus.

Les innombrables tergiversations qui ont par ailleurs marqué le traitement de cet objet illustrent, qui plus est, l'ambivalence des autres partis bourgeois, puisqu'il est indéniable qu'une forte majorité radicale et une frange importante du PDC ont emboîté le pas de l'UDC dans sa campagne pour, et je cite, «la concurrence intégrale». Vous qui avez claironné à hue et à dia que la caisse unique était une révolution dont les Suisses ne voulaient pas, vous voilà embarqués dans une même logique. Comme quoi faire la leçon ne signifie pas forcément qu'on l'ait comprise! Les contradictions ne sont donc pas seulement chez les autres.

La révolution de la caisse unique se voulait une révolution solidaire. Celle qu'on nous propose ici se veut individualiste, égoïste et unilatérale. On brandit une potion qui n'a rien de magique, car elle tue simplement le malade. Elle brise la solidarité, crée deux ou trois catégories d'assurés et pose les jalons d'un transfert de pouvoir aux assureurs, ce qui porte atteinte à la qualité de notre système sans profiter aux assurés, affaiblissant la démocratie de l'allocation des ressources nécessaires en matière de santé. Dans ce pays, nous avons

largement les moyens de faire mieux avec intelligence pour maîtriser l'évolution des dépenses, garantir la qualité et l'accès aux soins pour nos concitoyennes et nos concitoyens.

Le but de ne pas tenir de débat populaire sur cette initiative est atteint. Après de pitoyables discussions par moments, que le peuple se prononce maintenant au plus vite! Invitons-le à rejeter ce texte sans contre-projet. Les débats sur la révision de la loi sur l'assurance-maladie sont plus judicieux que cette initiative pour trouver des solutions constructives à l'évolution de la qualité et des coûts du système de santé.

Quant au contre-projet défendu par les minorités Gutzwiller et Bortoluzzi, j'ai l'impression qu'il s'agit surtout d'une astuce pour gagner du temps, d'une manoeuvre stratégique. Car, sur le fond, le texte qui nous est malheureusement proposé aujourd'hui est bâclé et partiel. Il mériterait d'autres discussions plus rigoureuses, plus approfondies. Il mériterait aussi que l'on ait un certain nombre de consultations. Bref, ce contre-projet mériterait un travail sérieux, alors que nous l'avons examiné dans la précipitation.

Par conséquent, ce texte n'est pas crédible. Derrière la transparence et la qualité, deux termes qui ont été utilisés ce matin, il y a en fait le spectre de la concurrence intégrale et de la privatisation du système de santé. Nous n'en voulons pas!

**Ruey Claude (RL, VD):** Ce n'est pas en collant l'étiquette Dézaley sur une bouteille de «penazet» qu'on obtiendra un nectar. Je ne sais pas si vous savez ce qu'est un «penazet»: en français régional du canton de Vaud, c'est un tout petit vin, un «crouille» vin, dit-on même. Et ce n'est pas une rutilante étiquette qui en modifie la qualité.

S'agissant de l'initiative qui nous est soumise aujourd'hui, je me permets de faire la comparaison et je vous invite effectivement à comparer l'étiquette et le contenu.

Alors, bien sûr, l'étiquette est prometteuse. Elle est alléchante, chatoyante: «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base». Cela, c'est le titre de l'initiative. Qui ne serait pas d'accord avec cette intention, qui ne serait pas tenté, qui ne serait pas favorable à une baisse des primes? Chacun, bien sûr, dans cette salle et au-delà, dans la population, ne pourrait que souscrire à une telle intention.

Mais ça, c'est l'étiquette. Qu'y a-t-il dans la bouteille? Quel est le contenu? Est-ce qu'il correspond vraiment à cette belle étiquette? Est-ce que les moyens employés auront l'efficacité qu'on nous promet? Si on regarde sérieusement cette initiative, et les préopinants l'ont déjà dit, si on renonce à une vision partisane – et j'allais dire que même les auteurs de l'initiative s'en sont rendu compte –, on doit avouer que l'initiative en question ne conduira pas à la baisse des primes attendue.

La hausse des coûts à laquelle nous sommes régulièrement confrontés dans le domaine de la santé n'est pas le fruit du hasard. Elle est due à des faits objectifs, en particulier à la pyramide des âges dans ce pays et comme d'ailleurs dans toute l'Europe occidentale. La pyramide des âges, le fait qu'il y ait des personnes âgées qui ont de plus en plus besoin de soins – et heureusement qu'on peut les leur donner – entraîne cette hausse des coûts. Les nouvelles technologies, le fait d'avoir des progrès médicaux et technologiques extraordinaires – et heureusement que nous en avons – entraînent eux aussi des coûts. Les attentes de la population, notamment celles de ma génération et des quelques-unes qui m'ont précédé, qui ont l'habitude d'avoir une médecine de premier choix, exercent aussi une pression sur les coûts. Peut-être pourrait-on se corriger dans ce domaine-là, mais c'est aussi une réalité objective.

Je relève un dernier point. Sans doute que le système – je le dis à l'intention de Monsieur Rossini – n'est pas assez concurrentiel. Il repose trop sur une conception étatique ou para-étatique qui induit aussi des coûts. L'initiative essaie d'aller dans le bon sens. Alors, est-ce qu'elle tend à réduire les prestations, comme Monsieur Rossini l'a dit? En fait, elle est très imprécise, elle ne dit pas du tout ce qu'il en est et elle ouvre la porte toute grande à toutes les prestations, finale-

ment. En revanche, il semble bien qu'elle vise à supprimer le remboursement des frais de maternité, ce qui serait quand même un comble! Il semble surtout qu'elle a pour but d'abolir la prévention. Tout, bien sûr, peut être considéré comme de la prévention, mais une prévention ciblée est probablement un moyen efficace pour bien lutter contre la hausse des coûts. Or, là, on serait empêchés de recourir à ce moyen et, par conséquent, on risque d'induire des coûts supplémentaires.

Le financement n'est pas clair. On nous dit que les pouvoirs publics devront payer au total jusqu'à 50 pour cent des coûts au maximum: or, selon les chiffres pour 2004 – dernière statistique en date –, jusqu'à maintenant les pouvoirs publics paient 35,2 pour cent des coûts de la santé. Si on admet qu'ils paieront 50 pour cent des coûts de l'assurance obligatoire des soins, on admet qu'ils paieront plus: cela signifie qu'il y aura une augmentation générale des coûts, ce que nous ne voulons pas. Par conséquent, là aussi, la question de l'absence de clarté du financement nous inquiète.

L'interdiction pour les assureurs des participations dans les institutions fournissant des prestations médicales et de soins: bien sûr, cela peut paraître intelligent, car on pourrait en déduire que les assureurs n'auraient pas la possibilité d'influencer les prestataires de soins. Mais on oublie que les assureurs financent les réseaux de soins, la promotion de réseaux de soins coordonnés, et qu'il s'agit là d'une piste prometteuse, précisément pour avoir une médecine efficace et de qualité, tout en maîtrisant les coûts. C'est précisément ce que nous voulons. Si l'on suivait l'initiative, cela reviendrait à se couper les mains: on abandonnerait la possibilité d'un développement favorable à la maîtrise des coûts dans le domaine de la santé.

Enfin, l'initiative ne prévoit aucune mesure de réduction des coûts. Elle ne prévoit qu'une seule chose: la liberté de contracter – personnellement, j'ai tout lieu de douter que dans le domaine ambulatoire cela soit favorable –, et c'est absolument tout! En d'autres termes, l'initiative n'améliore pas la situation, elle pourrait même l'aggraver puisqu'elle empêche la prévention et qu'elle ne favorise pas les réseaux de soins. Au pire, l'initiative a un effet placebo, mais nous n'avons pas besoin d'un effet placebo: nous avons besoin de vraies mesures.

Cela dit, il est vrai – Monsieur Bortoluzzi l'a rappelé – que l'initiative vise à introduire plus de concurrence – mais elle est maladroite, cette initiative! C'est ce que prévoit le contre-projet de la minorité de la commission – sans être la panacée – quand il précise à l'article 117a alinéa 2 lettre c que «l'assurance-maladie répond aux critères d'efficacité, d'efficacité et de transparence»; que «la concurrence au niveau de la qualité et des prix .... est garantie»; que «la responsabilité individuelle .... est encouragée»; à l'article 117a alinéa 2 lettre e que «le libre passage .... et le marché intérieur .... sont garantis».

Ce contre-projet va dans le bon sens, c'est la raison pour laquelle le groupe radical-libéral votera le rejet de l'initiative «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» et qu'il vous propose de soutenir le contre-projet de la minorité.

**Studer Heiner (E, AG):** Es ist heute kalt in diesem Saal. Wenn ich das sage, dann ist es wirklich kalt, denn ich schwitze immer sehr rasch. Es ist auch schlechte Luft in diesem Saal. Wir diskutieren über die Krankenversicherung. Ich habe vor allem grosses Bedauern mit unserer Ratspräsidentin, die jetzt bei dieser Debatte so lange oben sitzen muss, die kalte Füsse hat. Am liebsten würde ich dafür sorgen, dass ein Zuber heisses Wasser geholt würde, damit sie mindestens die Füsse in heisses Wasser tauchen könnte. Weshalb? Damit wir nicht nach einer Debatte über die Krankenversicherung alle krank sind und dann erst recht eine Behandlung brauchen.

Zum Thema: Die Volksinitiative hat einen Titel, der mit dem Inhalt schlicht nicht übereinstimmt. Das ist der entscheidende Punkt. Es ist nämlich nur der eine Teil der Wahrheit, dass die Initianten tiefere Prämien wollen; sie wollen auch

die Leistungen im Grundkatalog wesentlich verringern. Das heisst umgerechnet: Diejenigen, die die Zusatzversicherung wirklich brauchen, müssten höhere Rechnungen bezahlen, als dann, wenn man die Leistungen in der Grundversicherung belassen würde. Das ist ein Problem. Wir haben einen Verfassungsartikel mit Grundsätzen. Was wird dann daraus gemacht?

Die Mehrheit unserer Fraktion, die aus den Vertretern der EVP besteht, sagt deshalb Nein zu dieser Volksinitiative.

Wir sagen aber auch Nein zum Gegenvorschlag. Wir müssen – offen gestanden – sagen: Wenn in diesem Bereich etwas vom Ständerat kommt, üben wir mehr als nur Zurückhaltung. Weshalb? Es ist uns bewusst, wie viele Mitglieder der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit mit Gesellschaften in diesem Interessenbereich liiert sind. Wenn wir jetzt die kleinen Veränderungen in den Anträgen der Minderheit anschauen, sehen wir schon Präzisierungen, aber diese Präzisierungen überzeugen uns, soweit wir jetzt zugehört haben, nicht.

Wir sind deshalb als EVP-Vertreter der Meinung, dass wir bei dieser Form eines Gegenvorschlages nicht mitmachen. Wenn man zu beidem Nein sagt, heisst das nun nicht, dass nichts verändert werden soll. Auch wir sind der Meinung, dass man von dem, was der Bundesrat über die Verordnung im Grundkatalog drin hat, Verschiedenes diskutieren kann und auch muss – das ist auch politisch richtig –, aber dass Initiative und Gegenvorschlag, wie sie uns hier unterbreitet werden, der falsche Weg dazu sind.

**Wäfler Markus (E, ZH):** Ich stelle hier die Sicht der beiden EDU-Vertreter dar. Aus unserer Sicht zeichnet sich diese Initiative durch ein typisches Merkmal aus, welches bei fast allen Volksinitiativen festgestellt werden kann: Sie verspricht im Titel etwas, was sie bei einer Annahme und Umsetzung kaum wird einlösen können. Auch diese Volksinitiative ist keine Patentlösung, um die unbefriedigenden Zustände im kränkelnden Gesundheitswesen unseres Landes von heute auf morgen zu korrigieren. Trotzdem enthält diese Initiative aus unserer Sicht einige Elemente, welche in die richtige Richtung weisen. Weil wir gesamthaft bei dieser Initiative eine positive Bilanz ziehen, werden wir sie unterstützen. Dabei lassen wir uns auch die Option offen, einen geeigneten Gegenvorschlag ebenfalls positiv zu beurteilen; dies im Sinne eines doppelten Ja bei Volksabstimmungen mit Initiative und Gegenvorschlag.

Nun zu den Positivpunkten der Initiative aus unserer Sicht, welche wir unterstützen möchten: Im vorgeschlagenen Artikel 117a Absatz 1 ist eine Umschreibung von dem, was unter Krankenversicherung, aufgeteilt in Grund- und Zusatzversicherung, verstanden wird. Diese Beschreibung ist relativ offen. Der Leistungskatalog der Grundversicherung wird eingeschränkt. Ich gehe davon aus, dass nach dem Verständnis dieser Initiative auch die Kosten für die Mutterschaft eingeschlossen sind. Im Gesetz müssten aus unserer Sicht wirksame Massnahmen der Gesundheitsprävention ebenfalls integriert werden. In Absatz 2 werden auf die Bedürfnisse der Versicherten ausgerichtete Leistungsverträge zwischen dem Grundversicherer und dem Leistungserbringer definiert. Hier fehlt uns auch ein gewisser Solidaritätsbeitrag im System, der auch im Gesetz geregelt werden könnte. Wichtig scheint uns aber auch die in Absatz 3 festgelegte «Gewaltentrennung» – wenn ich das so nennen darf – zwischen den Grundversicherern und den Leistungserbringern. Bei der Finanzierung wird sich erweisen, ob die Beitragslimite von 50 Prozent für Bund und Kantone ausreicht, und es wird sich auch erweisen, wie hoch der Rest sein wird, der zu lasten der Gemeinden und Versicherten bleibt.

Als günstige Voraussetzung für die geplante monistische Finanzierung des Gesundheitswesens aus einer Hand beurteilen wir die Regelung in Absatz 5, wonach die Beiträge von Bund und Kantonen direkt an die Grundversicherer ausgerichtet werden. Dies dürfte nach unserer Beurteilung kostenwirksame administrative Vereinfachungen bei der Abrechnung zwischen Leistungserbringern und Versicherern zur Folge haben.

Aufgrund der vorhandenen Positivpunkte scheint uns die Volksinitiative unterstützenswert, auch wenn wir darin keine Patentlösung sehen.

Auch wir beantragen Ihnen, die Volksinitiative zur Annahme zu empfehlen.

**Fasel Hugo (G, FR):** Die Initiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» ist ein totaler Etikettenschwindel. Mit dieser Initiative werden für die Versicherten die Prämien nicht gesenkt, sondern es wird gerade das Gegenteil eintreten: Die Versicherten müssen, wenn sie die gleichen Versicherungsleistungen versichern wollen, wesentlich mehr bezahlen, als sie bisher bezahlt haben. Das heisst: Es trifft genau das Gegenteil dessen ein, was die Initianten mit ihrer Initiative versprechen. Wenn man versucht, diesen Etikettenschwindel sichtbar zu machen und umzurechnen, was das für Familien mit Kindern kostet, kommt man rasch und ohne langes Überlegen auf mehrere Hundert, ja Tausend Franken für eine Familie. Wie ist das zu erklären? Die Initianten wollen eine massive Kürzung der Leistungen in der Grundversicherung. Sie wollen damit – so versprechen sie – die Prämien um 20 Prozent senken, d. h. nicht weniger als 3 Milliarden Franken auf diese Weise beseitigen.

In der Kommission haben wir den Vertreter der Initianten, Herrn Maurer, dazu aufgefordert, uns jetzt doch einmal zu sagen, wo er diese 3 Milliarden Franken einsparen und welche Leistungen er konkret aus dem Grundleistungskatalog herausnehmen wolle. Der Versuch der Beantwortung der Frage war mager: Man kriegt ein paar harmlose Beispiele zusammen, die man dann als Luxus bezeichnet hat; den Rest der Antwort blieb man schuldig.

Auch Herr Bortoluzzi, der vorher hier die Initiative vertreten hat, hat als Initiant kein einziges Wort dazu gesagt, welche Leistungen nun gestrichen werden sollen, kein Wort! Eigentlich müsste er sagen, wie er die 3 Milliarden Franken nun durch Streichen von Leistungen einsparen will – kein Wort! Er weiss, warum: Bei jeder Leistung, die er streicht, müssten sich die Versicherten dann überlegen, ob sie dafür eine Zusatzversicherung abschliessen müssen, deren Prämien ohne jegliche Kontrolle immer verändert werden können. Die Grünen lehnen die Initiative deshalb klar und deutlich, ohne Wenn und Aber, kategorisch ab.

Zum Gegenentwurf: Der Gegenentwurf wurde deshalb bearbeitet, weil man vor dieser Initiative eine Zeit lang Angst hatte. Nachdem man nun etwas klarer sieht, dass sie für die Versicherten eine gewaltige Erhöhung der Prämien mit sich brächte, indem sie Zusatzversicherungen abschliessen müssten, können wir uns auf diese Debatte vor dem Volk freuen. Den Gegenentwurf brauchen wir nicht. Auch die Kantone haben gesagt: Der Gegenentwurf ist überflüssig. Wenn wir konkret am Krankenversicherungsgesetz arbeiten, stellen wir immer wieder fest: Die heutige Verfassungsgrundlage reicht völlig aus.

Wer wird von dieser Initiative profitieren? Es sind die Krankenkassen, die mehr Zusatzversicherungen abschliessen können. Es ist auch jene Krankenhausgruppe, die jetzt von ausländischen Investoren gekauft wird und unbedingt an die Börse will. Das heisst: Mit dieser Initiative finanzieren wir anschliessend die Gewinne der Krankenkassen und jener Krankenhäuser, die gute Gewinne für die Börsenkotierung vorweisen möchten.

Ich bitte Sie deshalb im Namen der grünen Fraktion, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen und den Gegenentwurf abzulehnen.

**Wehrli Reto (C, SZ):** Im August 2004 ist die Volksinitiative der SVP «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» zustande gekommen. Selbstdeklariertes Ziel ist es, die Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu senken. Dagegen hätte niemand etwas einzuwenden, denn die vor und seit 1996 jährlich steigenden Prämien machen uns allen zu schaffen, insbesondere dem Mittelstand, und zwar egal, ob er in den Genuss von Prämi-

enverbilligungen kommt oder nicht – zahlen tut er es am Ende selber.

Seit Jahren setzt sich die CVP für eine vernünftige Gesundheitspolitik ein, namentlich um ein ausgewogenes Kosten-/Leistungsverhältnis zu erreichen. Diesen Weg setzt die CVP fort, auch dadurch, dass sie die SVP-Initiative zur Ablehnung und den direkten Gegenvorschlag der Minderheit der SGK unseres Rates zur Annahme empfiehlt.

Zwar hat die Volksinitiative ein richtiges Ziel zu ihrem Titel gemacht, doch zur Zielerreichung wurden wahlweise nicht-fassbare oder falsche Mittel gewählt. Drei Beispiele:

1. Obwohl der Titel eine Senkung der Prämien verspricht, lässt die Lektüre des Initiativtextes andere Schlüsse zu. Verlangt wird z. B., dass künftig die Reintegration auch in der Grundversicherung eingeschlossen werde. Was dies genau bedeutet, ist zwar unklar; diese neue Bestimmung ist aber sicher keine Sparmassnahme, sondern lässt eine Ausweitung der Leistungen erwarten. Ebenso unklar ist, wie mittels Straffung des Leistungskatalogs die teuren Luxuselemente in der Grundversicherung gestrichen werden sollen. Derlei wird zwar nicht richtig ausgedeutet, aber die Initianten haben damit Werbung gemacht. Nur, wie das konkret geschehen soll, wer genau welche Einbussen zu welchen Bedingungen erleiden soll, das wird vornehm-unvornehm verschwiegen; wohl ganz erfahrungsgemäss der Einsicht folgend, dass das Überbringen unangenehmer Botschaften politisch wenig erfolgversprechend ist.

2. Die Massnahmen zur Kostensenkung treffen – wo sie denn fassbar sind – die Falschen. Gemäss Initiative übernimmt die Grundversicherung nur die Kosten für medizinische und pflegerische Leistungen, die der Schmerzlinde- rung, Heilung und Reintegration dienen.

Konkret heisst das, dass beispielsweise Leistungen bei Mutterschaft nicht mehr unter die Pflichtleistungen fallen. Solche Abstriche goutiert die CVP als Familienpartei nicht. Ein gänzlicher Ausschluss der Leistungen bei Mutterschaft würde nämlich dazu führen, dass die üblichen Schwangerschaftskontrollen und die Geburt im Normalfall 5000 bis 10 000 Franken kosten würden, bei Risikoschwangerschaft und komplizierter Geburt ein Vielfaches davon. Eine allfällige Einschränkung der Leistungen der Krankenversicherungen auf Risikoschwangerschaften oder Risikogeburten könnte schliesslich dazu führen, dass unnötig oft eine an sich normale Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft deklariert wird. Das sind natürlich Fehlanreize, die das System unter Inkaufnahme von leidigen Umwegen und Graubereichen verteuern.

3. Das Festschreiben des staatlichen Anteils an den Gesamtausgaben sieht kein System der Prämienverbilligung vor. Für die CVP ist das falsch.

Was man der Volksinitiative hingegen zugutehalten kann: Sie bringt wichtige Veränderungen wie die monistische Finanzierung und die Vertragsfreiheit aufs Tapet. Deshalb ist es inhaltlich, aber auch verfahrenspolitisch nicht richtig, die Initiative ohne Gegenvorschlag abzulehnen. Denn mit dem generellen Entscheid zugunsten eines Gegenvorschlags hat die Parlamentsmehrheit im letzten Jahr die Verantwortung übernommen, ehrlich an einem solchen zu arbeiten. Wird kein Gegenvorschlag gemacht, so erhält am Ende der Vorwurf noch Substanz, der diesbezügliche Grundsatzentscheid sei nur aus wahltaktischer Überlegung erfolgt, nämlich um zu verhindern, dass über die Initiative noch im laufenden Jahr abgestimmt wird.

Mit einem Wort: Nach Meinung der CVP soll der Nationalrat nicht einfach die SVP-Initiative zur Ablehnung empfehlen, sondern einen Gegenvorschlag beschliessen und diesen der politischen Diskussion zugänglich machen.

Auf der Fahne finden Sie zwei Varianten von Gegenvorschlägen. Die CVP unterstützt den Minderheitsantrag der SGK-NR, welcher auf der Arbeit einer entsprechenden Subkommission basiert. Welches sind die wesentlichen Gründe? Der Gegenvorschlag des Ständerates bildet sehr weitgehend geltendes Gesetzesrecht ab und nutzt die Gelegenheit nicht, die Gesundheitsreform auf Verfassungsstufe voranzutreiben und zu verankern. Fragen bezüglich Monismus,

Wettbewerb und Qualität im Gesundheitswesen werden umschiffet. Die ständerätliche Version ist deshalb zwar nicht falsch, aber substanzarm, irgendwie unnötig und aus diesem Grunde auch abzulehnen. Nicht so der Gegenvorschlag der Minderheit der SGK-NR: Er bringt wesentliche Elemente auf den Tisch, so zu den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit, freie Spitalwahl, Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und Versicherern, Mindestversorgung und Monismus.

Der Gegenvorschlag der Minderheit hat also Zähne. Er bringt ein klares Bekenntnis zu einem Wettbewerb, der den Patienten ins Zentrum stellt und ihm nützt. Der heute dominierende Blick auf die absoluten Kosten wird ersetzt durch Kosteneffizienz, d. h. die gemeinsame Betrachtung von medizinischer Qualität und Kosten, namentlich in Absatz 1bis und in Absatz 2 Litera c.

Zwar gibt es bereits seit Einführung des KVG einen Qualitätsauftrag, doch wurde dieser bisher nicht umgesetzt. Mit der Betonung der Zwillingsbegriffe Qualität und Wirtschaftlichkeit kann die in Gang gekommene Qualitätsdiskussion aufgegriffen und verfassungsrechtlich abgestützt werden. Mit einem solchen Ansatz hat der Gegenvorschlag bzw. eine Verfassungsvorlage übrigens auch an der Urne gute Erfolgsaussichten. Namentlich die Stichworte Qualität, Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Wahlfreiheit entsprechen den Anliegen der Bevölkerung, wie die Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung im Gesundheitsbarometer und in der Umfrage zur Spitalfinanzierung analysiert hat. Konkret favorisiert die Bevölkerung klar Qualität vor Kosten. Die Bevölkerung will den Zugang zu qualitativ hochstehenden Behandlungen, und sie erachtet Transparenz bezüglich Qualität und Kosten und den daraus entstehenden Wettbewerb als bessere Kostendämpfungsmassnahme im Vergleich zu Staatseingriffen. Dieser Trend ist seit 2005 belegt.

Ein Erfolg an der Urne wird die Gesundheitsreform weit stärker unterstützen als das bisherige Reformpaket. Es wird eine neu und sinnvoll aufgeteilte Kompetenz zwischen Bund und Kantonen geben.

Stimmen wir also dem Gegenvorschlag der Minderheit der SGK-NR zu. Er nimmt Forderungen der Initiative auf, setzt diese aber – im Gegensatz zur Initiative selber – mit den richtigen Massnahmen um. Anstelle von Kollateralschäden, welche die SVP mit ihrer Volksinitiative anrichten will, löst der Gegenvorschlag innovative Impulse in der Gesundheitsreform aus. Packen wir die Chance, den Patienten zuliebe und irgendwie halt auch ein wenig der SVP zuliebe, damit sie ihre völlig untaugliche Initiative endlich einem schicklichen Begräbnis zuführen kann.

**Janiak Claude (S, BL):** Es wird Sie vielleicht wundern, dass ich mich zu einem gesundheitspolitischen Geschäft äussere. Ich tue es aus aktuellem Anlass, weil in meinem Kanton im Rahmen des Wahlkampfes eine Kontroverse über das Krankenversicherungsobligatorium geführt wird. Es wird vonseiten der SVP die Abschaffung des Obligatoriums gefordert. Da spielt selbstverständlich die Initiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» auch eine Rolle. Sie schafft zwar das Obligatorium nicht ab, beschränkt den Leistungskatalog aber ganz entscheidend; der Weg zur Abschaffung ist nicht mehr weit.

Erinnern wir uns: Vor gut zehn Jahren ist das revidierte KVG in Kraft getreten. Was war das Kernstück? Das Obligatorium stellte den Zugang der ganzen Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsvorsorge sicher. Es führte die Prämienverbilligungen ein, und es brachte die Solidarität zwischen Jung und Alt, Gesunden und Kranken, Frau und Mann. Gerade der Forderung nach gleichen Prämien für Frau und Mann waren jahrelange Diskussionen vorausgegangen. All dies soll keine zehn Jahre nach dem Inkrafttreten infrage gestellt werden. Die Initiative führt dazu, dass diese Solidarität wieder aufgekündigt wird. Das ist augenfällig. Was noch zum Leistungsbereich der Grundversicherung gehört, ist zudem unklar. Sicher ist immerhin, dass unter anderem Leistungen bei Mutterschaft und für Prävention aus-

geklammert werden. Kinder bekommen wird zum finanziellen Risiko. Auch die Finanzierung scheint nicht durchdacht. Es ist nicht anzunehmen, dass die SVP als Initiatorin ein stärkeres Engagement der öffentlichen Hand befürwortet. Das Gegenteil ist der Fall. Sie will vor allem Beiträge von den Versicherten, und diese werden nicht tiefere Prämien bezahlen, wenn sie halbwegs einen Versicherungsschutz bewahren wollen, der sie auch am medizinischen Fortschritt teilhaben lässt.

Der Bundesrat hat zweifellos Recht, wenn er eine «massive Umlagerung der Grundversicherung in den Zusatzversicherungsbereich» erwartet. Die Folgen wären verheerend. Man kann getrost von einem Frontalangriff auf den Mittelstand und vor allem die älteren und alten Menschen sprechen. Denn die Jagd auf gute Risiken würde unvermeidlich. Die schlechten Risiken würden nicht mehr versicherbar.

Wer wird noch Aufnahme in eine notwendig gewordene Zusatzversicherung finden, wenn er bzw. sie krank oder bereits älter ist? Viele hier im Saal bekämen Probleme, die sie nur mit einer sehr teuren Zusatzversicherung lösen könnten. Es mag sein, dass die meisten dies bezahlen könnten, aber das sind wir sicher nicht repräsentativ für die Bevölkerung.

Ein ungenügender Versicherungsschutz in einem erst noch stark eingeschränkten Leistungsbereich der Grundversicherung entlastet weder die Versicherten noch die öffentliche Hand. Der Titel der Initiative ist deshalb nicht nur irreführend, sondern eine Mogelpackung. Wer behandelt werden muss, aber ungenügend versichert ist, wird – solange wir keine amerikanischen Verhältnisse haben – die medizinische Betreuung gleichwohl erhalten, und die öffentliche Hand wird diese Kosten anstelle einer nicht bestehenden Versicherung übernehmen müssen. Das wollen wir nicht.

Man kann also festhalten, dass Prämiensenkungen nur über einen Abbau der Leistungen in der Grundversicherung möglich sind. Die Versicherten werden finanziell nicht weniger, sondern mehr belastet: Entweder bezahlen sie die Leistungen, wenn sie krank geworden sind, oder sie müssen sich je nach Risiko mit ganz erheblichen Mitteln in eine Zusatzversicherung einkaufen. Die Initiative stellt die soziale Krankenversicherung nicht nur infrage, sondern ist ein eigentlicher Angriff auf sie. Der Wegfall der Prämienverbilligung führt dazu, dass die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten nicht berücksichtigt werden. Der Bevölkerung wird somit etwas vorgegaukelt, das nicht in jedermanns Interesse sein kann, schon gar nicht im Interesse von Familien mit Kindern oder von älteren Menschen. Nur am Rande sei noch erwähnt, dass Vorschläge für kostendämpfende Massnahmen fehlen.

Ich gehe davon aus, dass diese Initiative nur der Vorgesmack auf das ist, was noch kommen wird, nämlich auf den Angriff auf das Krankenversicherungsobligatorium. Exponenten der SVP haben dies in meinem Kanton im Wahlkampf bereits zur politischen Hauptforderung gemacht. Dagegen setze ich mich zur Wehr, und ich bin sicher, dass dies auch im Interesse derjenigen ist, denen die soziale Krankenversicherung am Herzen liegt; ich orte dieses Interesse insbesondere auch bei der CVP.

Ich ersuche Sie, der Initiative eine Abfuhr zu erteilen.

**Scherer Marcel (V, ZG):** Ich bitte Sie, die Minderheit II (Bortoluzzi) und somit die Volksinitiative zu unterstützen.

Warum diese Volksinitiative? Von der Lancierung der Initiative erwartet man eine Stabilisierung und Senkung der Krankenversicherungsprämien. Dieses Anliegen wurde umso wichtiger, als das Parlament im Dezember 2003 der Revision des Krankenversicherungsgesetzes eine deutliche Abfuhr erteilte. Nun haben wir diese Initiative auf dem Tisch. Sie soll aus der verfahrenen Situation im Gesundheitswesen führen. Man kann sagen, dass im Gesundheitswesen vier Jahre lang nichts Wesentliches passiert ist; es war ein Treten an Ort. Auch die neue KVG-Revision droht zu scheitern, und das zuständige Departement Couchepin täte gut daran, die effiziente Volksinitiative zu unterstützen.

Was will die Initiative? Sie will eine solide und leistungsfähige Grundversicherung, die die Bezeichnung Grundversi-

cherung verdient – ohne Luxus und ohne übertriebenen Leistungskatalog bis hin zur kostenfreien Drogenabgabe und, in besonderen Fällen, zur Schönheitsoperation. Eine Grundversicherung muss den Schutz der Bevölkerung vor finanziellen Folgen durch Krankheit abdecken. Pflichtleistungen müssen der Schmerzlinderung, der Heilung und der Reintegration dienen, müssen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich sein. Alle angebotenen Leistungen sind von einem unabhängigen Gremium nach vorher festgelegten Kriterien zu prüfen. Die Abdeckung von individuellen Bedürfnissen, Luxusbehandlungen sowie unnötigen Behandlungen und Eingriffen gehört in eine freiwillige Zusatzversicherung. Erlauben Sie mir noch eine Anmerkung: Heute werden in der Schweiz bis zu 30 Prozent der Geburten nicht mehr auf natürliche Art vollbracht – aus Gründen der Körperästhetik, aber auch wegen finanzieller Interessen der Leistungserbringer. Mit der Annahme dieser Initiative wären Leistungserbringer und Krankenversicherer frei, Zusammenarbeitsverträge abzuschliessen.

Dies wird mit aller Garantie eine gewisse erwünschte Selektion bei den Leistungserbringern hervorrufen. Dadurch entsteht eine Leistungsbereitschaft, die sich nach den Kunden richtet. Dies eliminiert falsche Anreize, die heute dank des grosszügigen Leistungskatalogs bestehen. Neuerungen müssen sich an den Kundenbedürfnissen und nicht an den Leistungserbringern orientieren.

Die Prämiensenkungs-Initiative will weiter ein transparentes Gesundheitswesen mit einfachen Strukturen und weniger Bürokratie. Sie will ein Gesundheitswesen, mit dem die Bürgerinnen und Bürger effizient und sachlich bedient werden können. Leider hat beim heutigen System niemand ein Interesse, dass das Gesundheitswesen effizient, billiger und transparenter wird. Fangen wir beim Patienten an: Kein Patient wird auf seine Ansprüche verzichtet. Er zahlt schliesslich der Versicherung eine hohe Prämie. Durch die staatliche Verbilligung der Krankenkassenprämie wird diese Tatsache noch verstärkt. Der Leistungserbringer: Solange der grösste Teil der Behandlungskosten in die obligatorische Krankenkasse einbezogen ist, wird dies sachlich legitim ausgeschöpft. Auch die Pharmaindustrie wird unter dem Schutz von Swissmedic die Preise weiterhin hochhalten. Und die Versicherer? Sie erhöhen die Prämien, sobald der Markt dies fordert. Also nirgends eine Grenze, die nach oben einschränkt. Leider macht auch das Departement nichts in Richtung einer Einschränkung der Kostenexplosion.

Deshalb braucht es diese Prämiensenkungs-Initiative. Sie setzt am richtigen Ort den Hebel an. Sie begrenzt den Katalog der Leistungen im Gesundheitswesen auf das Wesentliche. Unterstützen Sie die Initiative, das Volk wird Ihnen folgen und Ihnen die weise Wendung im Gesundheitswesen verdanken!

**Robbiani Meinrado (C, TI):** L'etichetta è certamente allettante: alzi la mano chi non desidera pagare dei premi più bassi nell'assicurazione malattia! Però, ci rendiamo immediatamente conto che sotto un'etichetta accattivante vi è una merce che tale non è, scopriamo una merce direi quasi taroccata. Sì, quasi taroccata, perché la promessa della riduzione dei premi altro non è che il risultato di un taglio netto al carattere sociale dell'assicurazione malattia. Dietro questa iniziativa si nasconde perciò una concezione estremamente riduttiva dell'assicurazione malattia di base, una concezione che trasferisce una parte dell'assicurazione dall'area sociale, oggi prevalente in misura netta, all'area del mercato e della concorrenza, cioè all'assicurazione complementare. E una concezione che elimina anche una parte dell'assicurazione di base, si pensi in particolare – è già stato richiamato – alle prestazioni in caso di maternità e soprattutto a quelle di carattere preventivo. Quindi, questa iniziativa in fondo non è altro che una trappola, perché dietro l'illusione di premi più bassi troviamo una pericolosa riduzione delle prestazioni coperte dall'assicurazione stessa.

Però, non è solo il contenuto dell'iniziativa a urtare e risultare inaccettabile. A mio avviso è parimenti errato ritenere che nella situazione odierna i problemi, soprattutto quelli di costo

della sanità, possano essere risolti con o soprattutto tragano beneficio da una modifica della Costituzione.

Penso che su questo terreno scivolano anche il Consiglio degli Stati e la minoranza della commissione. Perché? Perché un dibattito costituzionale risulterebbe certamente improduttivo e persino controproducente, perché accenderebbe la miccia di una contrapposizione ancora più accanita tra i due schieramenti: tra chi da una parte aspira a iniettare nel sistema più concorrenza e più mercato, e chi dall'altra parte propende maggiormente per accrescere lo strumento della pianificazione. Certamente queste posizioni già oggi si confrontano, però il confronto è comunque incanalato all'interno della ricerca concreta di soluzioni che influenzino e tengano sotto controllo l'aumento dei costi della salute, più che sul terreno delle contrapposizioni di principio e del confronto sui massimi sistemi.

Dando seguito alle proposte del Consiglio degli Stati e della minoranza della commissione, dove peraltro ognuno troverebbe motivi di dissenso – si veda in particolare quello già accennato sul monismo –, avvieremmo un dibattito infinito, che non farebbe altro che contrapporre, dividere e soprattutto confondere le idee, soprattutto alla popolazione, senza contribuire per nulla a far avanzare nel concreto le misure ed i meccanismi di contenimento dei costi.

Per queste ragioni, da parte mia, vi invito a dire di no all'iniziativa. E uno specchietto per le allodole, e noi non siamo allodole e non vogliamo per nulla esserlo. Ma dico di no anche alle proposte del controprogetto che condurrebbero più che altro a scontri chiari, improduttivi, lasciando sul terreno certamente anche delle scorie pericolose che finirebbero per rendere più difficile la ricerca di misure che consentano di avanzare nel contenimento dei costi della salute.

**Triponez Pierre (RL, BE):** Auch ich empfehle Ihnen, diese Initiative abzulehnen und dem Gegenvorschlag der SGK-Minorität zuzustimmen.

Der Grundgedanke und die Stossrichtung dieser Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung», nämlich eine Prämiensenkung der obligatorischen Krankenversicherung zu erreichen, ist an und für sich lobenswert, ist gut gemeint, ist sogar unterstützungswürdig. Letztlich aber zählen bekanntlich nicht die hehre Absicht und das Wunschdenken, sondern der klar ausformulierte Initiativtext, wie er vor uns liegt. Und hier ist das Problem: Dieser Text ist unklar, er wirft Fragen auf, er ist unpräzise und lässt einen entsprechend grossen Interpretationsspielraum zu. Man spürt zwar die Absicht, die Grundversicherung und den Zusatzversicherungsbereich klar zu trennen und insbesondere die Grundversicherungsansprüche gegenüber heute stark zu schmälern. Die Grundversicherung soll ausschliesslich jene Kosten übernehmen, welche der Schmerzlindeung, Heilung und Reintegration dienen, zweckmässig und wirtschaftlich sind und deren Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit von der Wissenschaft anerkannt sind. Aber gerade hier ergeben sich – wenn man diesen vorgeschlagenen Verfassungstext analysiert – eine Reihe von Problemen. Ich möchte nicht in alle Details gehen; in der bundesrätlichen Botschaft, insbesondere auf den Seiten 4329ff., sind diese aufgelistet. Aber doch: Jede Präventionsleistung – ich denke an Impfungen, Blutdruckmessungen und Ähnliches – soll offenbar von der Grundversicherung ausgeschlossen werden; übrigens wohl auch die Entbindungskosten bei einer Geburt. Es sind dies alles Elemente, die wohl kaum zu einer Dämpfung der Gesundheitskosten insgesamt führen würden.

Ein zweiter Hauptgrund für die Ablehnung dieser Initiative ist zweifellos die vorgeschlagene Finanzierung. Gemäss dem Initiativtext sollen sich ja die Beiträge der öffentlichen Hand auf insgesamt höchstens fünfzig Prozent der Kosten belaufen. Bund und Kantone tragen sie gemeinsam. Diese Formulierung lässt sehr vieles offen. Sie lässt insbesondere völlig offen, wie die Prämien bemessen werden sollen. Sie gibt keine Lösung vor, wie je nach dem Volumen der gesamten Grundversicherung die Kosten zu verteilen sind. Und sie wird, wenn man die Sachlage genau analysiert, entweder eine massive Erhöhung des Beitrages der öffentlichen Hand

zur Folge haben oder dann eben eine massive Umlagerung der Leistungen von der Grundversicherung in den Zusatzversicherungsbereich. Dies ist der Hauptgrund, weshalb auch die FDP-Fraktion diese Initiative zur Ablehnung empfiehlt.

Nun ist es eine Tatsache, dass unser KVG verbesserungswürdig ist und dass dafür auch eine bessere Verfassungsgrundlage sinnvoll wäre. Gerade hier hat die Minderheit der SGK angesetzt. Sie will die positiven Elemente, die an und für sich auch in dieser Initiative zu finden sind, im Grundsatz aufnehmen. Sie will aber die negativen Elemente dieser SVP-Initiative weglassen. Der Gegenvorschlag will mehr Wettbewerb und mehr Elemente der Vertragsfreiheit in unser Krankenversicherungssystem einbauen, und dies ist sicher eine gute Stossrichtung.

In diesem Sinn empfehle ich Ihnen, die Volksinitiative zur Ablehnung zu empfehlen und dem Gegenvorschlag der Kommissionsminderheit zuzustimmen.

**Maury Pasquier Liliane (S, GE):** Miracle! L'UDC aurait trouvé «la» solution après laquelle nous courons depuis des années pour abaisser le montant des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base! Serait-ce là l'oeuf de Colomb? Vous vous en doutez, tel n'est malheureusement pas le cas. Il ne s'agit là, finalement, que d'un assaut de populisme de plus, populisme auquel ce parti nous a largement habitués.

Mais en fait, si on lit attentivement le titre de l'initiative, on ne peut pas dire qu'on est trompé sur son contenu. Il s'agit bel et bien d'une baisse des primes dans l'assurance de base. La question qui se pose aussitôt, c'est donc de savoir comment cela est possible, ou plutôt à qui profite le crime? Sans doute pas à la grande majorité des personnes malades, puisque si l'on veut diminuer les primes, il va falloir supprimer le remboursement d'un certain nombre de prestations, qui sont actuellement incluses dans l'assurance de base. Bien sûr, on ne va sans doute pas laisser mourir une personne nécessitant des soins, quoique .... Seront ainsi pris en charges «les coûts des prestations médicales et des soins qui servent à atténuer la douleur et à guérir et réintégrer le patient, qui sont adéquats et économiques, et dont l'efficacité est reconnue par la science», selon le texte de l'initiative.

Sans même parler du flou de ces propos, que se passera-t-il pour les personnes atteintes de maladies chroniques, donc qu'on ne peut guérir? Et pour celles dont les traitements sont extrêmement coûteux ou sans garantie de réussite? Là aussi, c'est le flou qui règne. Ce qui est sûr, c'est que la solidarité enfin réalisée grâce à la LAMal ne sera en tout cas pas renforcée par cette initiative. En effet, pour être sûr d'être remboursé, il faudra disposer d'une assurance complémentaire, régie, elle, comme le dit explicitement le texte de l'initiative, «par le droit des assurances privées». C'est donc le retour à la situation qui prévalait avant 1996, autant dire au Moyen Age!

Dans l'assurance complémentaire, les primes d'assurance sont proportionnelles aux risques. Elles sont donc très élevées pour les personnes âgées qui risquent le plus d'être atteintes dans leur santé. En cas de changement d'assurance, des réserves peuvent être affectées à la prise en charge de l'ensemble des prestations, ce qui, de fait, revient à une interdiction de changement, l'assuré étant captif de son assureur. Décidément, les grands gagnants en cas d'acceptation de cette initiative seraient les assureurs, et cela grâce aux profits qu'ils réaliseraient dans l'assurance complémentaire sur le dos des assurés, et leurs actionnaires.

Quant au contre-projet proposé par la minorité, il ne vaut pas mieux que l'initiative elle-même. Il comporte les mêmes défauts et produit les mêmes effets: retour en arrière catastrophique avec la suppression de l'obligation de contracter, monisme, plus de concurrence et plus de marché. Ces recettes sont déjà mises en oeuvre dans un pays, les Etats-Unis. C'est le pays dans lequel les coûts de la santé sont les plus élevés et en même temps, celui dans lequel le plus grand nombre de personnes sont exclues de l'assurance-

maladie. C'est le pays du rationnement des soins qui voit des malades mourir faute de prise en charge adéquate. Ce n'est pas ce modèle que nous voulons suivre, ce n'est pas cet avenir dont nous rêvons, ce n'est pas ce remède que nous voulons appliquer.

Il faut donc rejeter à la fois l'initiative et son contre-projet, permettre à la population de se prononcer rapidement pour tourner la page des solutions trompeuses et mettre en oeuvre d'autres solutions, peut-être plus modestes, mais plus efficaces et plus souhaitables.

**Humbel Nâf Ruth (C, AG):** Die Volksinitiative der SVP ist ein falsches, irreführendes Mittel und auch nicht zur Umgestaltung unseres Gesundheitswesens geeignet. Sie ist das insbesondere aus folgenden Gründen nicht:

1. Der Leistungsabbau fände explizit ausgerechnet dort statt, wo er nicht stattfinden darf, nämlich bei den Mutterchaftsleistungen. Das ist nicht akzeptabel. Gesundheitskosten, welche im Zusammenhang mit einer Geburt entstehen, müssen solidarisch getragen werden.

2. Die SVP-Initiative will verbieten, dass sich Grundversicherer an Leistungserbringern und Leistungserbringer an Grundversicherern beteiligen können. Mit dieser Bestimmung würden insbesondere Managed-Care-Modelle wie HMO infrage gestellt, und entsprechende Entwicklungen würden verhindert.

3. Die Finanzierungsregelung in Absatz 4 ist unklar. Höchstens 50 Prozent der Kosten der Grundversicherung gingen zulasten der Kantone. Das bedeutet, dass die Kantone ihren Beitrag auch bis gegen Null abbauen könnten. Also trotz Leistungsabbau würde die Initiative nicht zu tieferen Krankenkassenprämien führen, wie dies der Titel verspricht. Auf jeden Fall müsste aber mit Kostenverlagerungen von den Kantonen zu den Krankenversicherern und den Prämienzahlenden gerechnet werden. Die Initiative ist daher klar abzulehnen.

Ich unterstütze hingegen den Gegenvorschlag. Persönlich hätte ich allerdings die Variante eines indirekten Gegenvorschlages vorgezogen, welcher mit der KVG-Revision – namentlich im Bereich der Spitalfinanzierung und von Managed Care – hätte vorliegen können. Leider ist es uns nicht gelungen, diese KVG-Revision erfolgreich abzuschliessen. Wir sind im Moment weniger weit, als wir es vor vier Jahren waren.

Die verschiedensten Interessen, unterschiedliche Zielsetzungen und Erwartungen der Betroffenen erschweren die Arbeiten an der KVG-Revision und haben uns gewissermassen in einen Reformstau gebracht. Umso mehr braucht es eine Verfassungsgrundlage, welche die gesundheitspolitische Richtung vorgibt.

In welche Richtung soll sich unser Gesundheitswesen bewegen, Richtung mehr Staat oder Richtung Stärkung des Wettbewerbs im regulierten Markt? Das ist eigentlich die Grundfrage, welche wir auch in der Verfassung zu beantworten haben. Das Volk hatte in den letzten vier Jahren zweimal Gelegenheit, über Verstaatlichungsinitiativen abzustimmen. Beide Initiativen wurden deutlich verworfen. Nun soll dem Volk eine neue Verfassungsgrundlage mit einer anderen Stossrichtung unterbreitet werden.

Der Gegenvorschlag eliminiert Mängel in unserem System, wie wir es teilweise auch schon bei der KGV-Revision zur Spitalfinanzierung beschlossen haben und wie es und nun auf Verfassungsstufe gehoben werden soll. Ich erinnere an die Transparenzbestimmung, an Qualitäts- und an Preiswettbewerb bei Leistungserbringern und Versicherern sowie an die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz, welche wir bereits in der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung aufgenommen haben. Weiter will der Gegenvorschlag auch eine bessere Koordination unter den Kantonen. Ich verweise auf den OECD-Bericht, welcher in unserem Gesundheitswesen ausgeprägte Probleme im Föderalismus aufzeigt und deutlich macht, dass auch hier gewisse Mängel behoben werden müssen. Weiter will die Verfassungsgrundlage auch die Eigenverantwortung stärken, die Vertragsfreiheit und den Monismus einführen. In den letzten beiden Punkten werden

Vorschläge der SVP-Initiative aufgenommen, im Übrigen hat der Gegenvorschlag eigentlich kaum mehr etwas mit der SVP-Initiative zu tun.

Der Gegenvorschlag setzt die Eckwerte für ein neues gesundheitspolitisches Konzept und gibt die Grundlage für echte Reformen. Ich bitte Sie daher, den Gegenvorschlag anzunehmen und die SVP-Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

**Füglister Lieni (V, AG):** Bald beginnt der Herbst, die Blätter fallen, und immer wenn die Blätter fallen, kommen die Ankündigungen über die steigenden Krankenkassenprämien der Grundversicherung für das nächste Jahr. Diese immer höheren Krankenkassenprämien sind besonders auch für Familien ein gravierendes Problem. Zwar wurde mittlerweile ein neues Prämienverbilligungssystem beschlossen, aber die wichtigsten Probleme, nämlich die hohen Kosten im Gesundheitswesen, werden damit nicht gelöst.

Sie erinnern sich: In der Dokumentation zum neuen KVG vom 5. September 1994 konnte man lesen: «Zugunsten einer lückenlosen Grundversicherung bringt das neue Gesetz einen – allerdings bescheidenen – Prämienanstieg .... Alle Versicherten zusammen werden damit einmalig 4,5 Prozent mehr für Prämien aufbringen müssen». Das Resultat kennen Sie alle, weil Sie die Entwicklung anhand der eigenen Krankenkassenprämien feststellen konnten. Als ich diese Prämienentwicklung für den eigenen Haushalt in den letzten Tagen einmal anschaute, ist mir beinahe schlecht geworden. Seit dem Jahr 2000 sind die Prämien für unsere fünfköpfige Familie um über 82 Prozent gestiegen – allein in diesen sieben Jahren! Wir sind immer noch bei der gleichen Kasse und haben noch immer die gleichen Leistungen. Nur haben wir in derselben Zeit die Franchise massiv erhöht, sonst wären die Prämien noch höher ausgefallen.

Wie der Bundesrat in seiner Botschaft ausführt, haben wir zwei der angestrebten Wirkungen, die wir mit der dreifachen Zielsetzung des KVG verfolgen, einigermaßen erreicht. Das Versorgungsziel ist mehr als erreicht, weshalb auch nicht zuletzt deswegen eine kostentreibende Wirkung entstand und heute noch nach wie vor besteht.

Das Solidaritätsziel wurde ebenfalls mehr als erreicht: Bezahlen wir doch nebst den eigenen Prämien über Steuern, als Teil des Systems, auch noch die Prämienverbilligung. Ebenso kommen wir als Versicherte solidarisch für die Prämienausfälle derjenigen Personen auf, die ihre Prämien nicht bezahlen wollen oder können.

Das Kostendämpfungsziel wurde nach der Version des Bundesrates lediglich «nicht ausreichend erreicht». Das ist eine Verniedlichung der Tatsachen: Das Ziel wurde in keiner Art und Weise erreicht, es wurde deutlich verfehlt. Es ist doch das pure Gegenteil dieses Ziels erreicht worden; deshalb auch diese Initiative.

Ich bitte Sie, die Initiative zur Annahme zu empfehlen, und zwar aus folgenden Gründen: Erstens können der Bevölkerung und den Steuerzahlenden keine weiteren Prämien erhöhungen zugemutet werden, da die Schmerzgrenze erreicht worden ist, was Sie im Gespräch mit den Leuten feststellen können. Zweitens ist eine Verfassungsbestimmung nicht nur gerechtfertigt, sondern auch dazu geeignet, die heute geltenden 26 kantonalen Bestimmungen im Gesundheitswesen zu koordinieren. Drittens werden die bisherigen Gesetzesrevisionen in absehbarer Zeit keine wirklich erkennbaren Wirkungen zeigen, die zu einer tatsächlichen Eindämmung der Gesundheitskosten führen. Deshalb soll nun das Volk an der Urne entscheiden.

Das Parlament tut gut daran, dem Volk die Annahme der Initiative zu empfehlen.

**Schenker Silvia (S, BS):** Die Initiative der SVP bringt zwar keine Lösung für die anstehenden Probleme im Gesundheitswesen, aber sie inspiriert doch zu mancherlei Bildern, die in den Voten hier vorne verwendet werden. Auch ich habe ein Bild gefunden: Die Initiative der SVP funktioniert in meinen Augen nach dem Prinzip des Lockvogels. Der Bevölkerung soll mit dem verführerischen Titel weisgemacht wer-

den, sie profitiere von dieser Initiative, indem in Zukunft niedrigere Krankenkassenprämien zu bezahlen seien.

Wer sich durch die Rufe eines Lockvogels verführen lässt, bezahlt aber sehr teuer dafür. Genauso verhält es sich mit der vorliegenden Initiative. Teuer bezahlen würden vor allem jene Leute, die, aus welchem Grund auch immer, keine Zusatzversicherung abschliessen können. Sie würden bei einer Annahme der Initiative und ihrer Umsetzung darum bangen müssen, ob sie die notwendigen Leistungen von der Krankenkasse noch finanziert erhalten oder nicht. Bezeichnenderweise schweigt sich die Initiative darüber aus, welche Leistungen in Zukunft noch finanziert werden sollen und welche nicht. Eines jedoch ist klar: Das angestrebte Ziel der Prämienenkung kann die Initiative nur erreichen, wenn der Leistungskatalog gegenüber heute massiv abgebaut wird.

Von «Entschlackung» war in der Kommission die Rede. Diese Entschlackung bedeutet zum Beispiel auch, dass gemäss dem Wortlaut der Initiative die Prävention nicht mehr im Katalog der Grundversicherung enthalten sein soll. Schon heute wird von einem grossen Teil der Leute moniert und nicht verstanden, dass die Krankenkassen präventive Massnahmen nicht oder nur in einem sehr beschränkten Mass finanzieren. Wenn jedoch die SVP-Initiative umgesetzt würde, wären selbst Impfungen oder zum Beispiel medikamentöse Behandlungen von Bluthochdruck nicht mehr Teil des Grundleistungskataloges.

Dasselbe würde für Krebsvorsorgeuntersuchungen gelten. In einer Zeit, in der die Bedeutung von Prävention endlich erkannt wird und Bestrebungen im Gange sind, mehr und gezieltere und besser koordinierte Gesundheitsprävention zu betreiben, ist dieser Teil der Initiative rückwärts gerichtet und geht an den Bedürfnissen der Bevölkerung und des Gesundheitswesens vorbei. Würde die Initiative so umgesetzt, wie es die Exponenten der SVP wollen, würden wir mit riesigen Schritten Richtung Zweiklassenmedizin gehen: Auf der einen Seite wären diejenigen, die sich nur eine Grundversicherung leisten könnten oder die nicht mehr in eine Zusatzversicherung aufgenommen würden. Auf der anderen Seite gäbe es die anderen, die Reichen, die sich eine gute Zusatzversicherung mit entsprechendem Leistungskatalog leisten können. Es ist eine Tatsache, dass sogar im heutigen System, in unserem System der reichen Schweiz, der Gesundheitszustand von den materiellen Möglichkeiten und dem sozialen Status abhängt. Wenn es politischen Handlungsbedarf gibt, dann genau in die entgegengesetzte Richtung zu dem, was die SVP-Initiative will.

Wesentliche Errungenschaften des heutigen Krankenversicherungsgesetzes sind das Versicherungspflichtigkeitsprinzip und das Solidaritätsprinzip. Diese Initiative zielt auf diese beiden Errungenschaften und muss darum mit aller Deutlichkeit abgelehnt werden.

**Carobbio Guscetti** (S, TI): Wir diskutieren heute die SVP-Initiative, die tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung vorschlägt. Die SVP will dieses Ziel durch einen Abbau der Grundversicherung erreichen. Dies ist eine gefährliche Scheinlösung, die in der Realität keine Antwort auf die ansteigenden Gesundheitskosten bildet, sondern schwerwiegende Folgen für die Familien und die tieferen Einkommen haben wird.

Das Ziel der Initiative ist klar: Immer mehr Leistungen sollen aus der obligatorischen Grundversicherung gestrichen werden, und zwar zugunsten der teuren Zusatzversicherungen. Die Initiative sagt aber nicht, welche Leistungen gestrichen werden sollen. Leider widerspricht nicht nur die Volksinitiative den Prinzipien der Solidarität und der Garantie des Zugangs zu den Leistungen der Krankenversicherung, sondern auch Artikel 64a des Krankenversicherungsgesetzes, der das Verfahren bei der Nichtzahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen regelt, geht leider in diese Richtung.

A seguito dell'introduzione di questa procedura oggi decine di migliaia di persone sono escluse dall'assicurazione malattia. Si tratta di persone che in molti casi non pagano i premi non per cattiva volontà ma perché si trovano ad affrontare situazioni difficili. Come dimostra l'analisi effettuata dall'ufficio

dell'assicurazione malattia del canton Ticino chi non paga i premi o le partecipazioni ai costi è in molti casi in difficili condizioni economiche. Probabilmente c'è anche qualcuno che potrebbe pagare e decide di non farlo, ma non è il caso della maggioranza di questo esercito di esclusi da un sistema, che dovrebbe invece basarsi sulla solidarietà. Anche per questo è quindi necessario trovare una rapida soluzione all'articolo 64a della LAMal. L'iniziativa dell'UDC vuole invece distruggere la solidarietà – torno quindi all'iniziativa popolare.

Grundsätzlich sind wir heute mit zwei grossen Problemen konfrontiert: Einerseits sind die Finanzierung und die Belastung der Haushalte durch die Prämien nicht sozial. Andererseits brauchen wir Massnahmen, die die Qualität unseres Gesundheitssystems weiter garantieren und gleichzeitig die Gesundheitskosten stabilisieren.

Doch dafür braucht es nicht einen Abbau der Grundversicherung oder – wie es leider auch der Gegenvorschlag der Minderheit verlangt – mehr Wettbewerb, sondern es braucht Massnahmen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, nämlich Massnahmen wie Regulierung der Spitzenmedizin, Bewilligungsverfahren für besonders kostspielige medizinisch-technische Geräte, Förderung der Hausarztmedizin, sogenannte Gate-keeping-Systeme oder Managed Care als Alternative zur Vertragsfreiheit.

Sono queste le sfide con le quali siamo confrontati per garantire anche in futuro un sistema sanitario di qualità. Non vogliamo proposte che vadano in direzione di una medicina a due velocità. Non vogliamo un sistema sanitario che per l'UDC deve favorire le assicurazioni complementari, escludere le misure preventive – ad esempio consulenze per prevenire il diabete, l'ipertensione o altro, e poco importa se poi di fatto i costi delle malattie aumentano – e vuole trasformare la gravidanza in malattia.

Vi invito quindi a rifiutare l'iniziativa popolare e anche il controprogetto della minoranza.

**Parmelin** (V, VD): Si la hausse des primes d'assurance-maladie semble bien limitée pour l'année 2008, tout indique au contraire que l'augmentation des coûts de la santé, freinée par différents facteurs, dont la dissolution des réserves, repart avec force. Cela démontre bien que les problèmes n'ont pas disparu comme par enchantement et qu'il importe au contraire de profiter de ce répit pour combler, par une base constitutionnelle indiquant clairement la direction à prendre pour notre système de santé, une lacune de notre texte fondateur relative à la politique de santé de notre pays. Il y a quelques mois, le peuple a massivement rejeté une conception étatiste renforcée de la politique de santé suisse, d'où la maîtrise des coûts était absente et le mode de financement déséquilibré et opaque.

La présente initiative populaire exprime, elle, une volonté affirmée de fonder la santé publique sur des principes libéraux et de limiter l'intervention de l'Etat à la sécurité sociale proprement dite. C'est pourquoi ce texte propose un concept global pour la santé publique, en fixant des principes fondamentaux et en laissant une certaine marge de manoeuvre au législateur pour la mise en application. En proposant quatre lignes-forces en vue de renforcer l'efficacité de notre système de santé, l'initiative clarifie une fois pour toutes certaines ambiguïtés de la législation actuelle.

1. Très clairement, l'assurance de base reste obligatoire pour tous. Elle doit couvrir toutes les prestations qui servent à atténuer la douleur, à guérir et à réintégrer. Tout le monde continuera donc de profiter au même titre des progrès de la médecine. Il n'y aura pas de médecine à deux vitesses, ainsi que cela est régulièrement suggéré; mais les prestations non objectivement justifiées et qui, aujourd'hui, sont obligatoirement financées par tous, seront exclues du catalogue de base. Rappelons qu'une étude de 2002 les chiffrait tout de même à plus de 2,5 milliards de francs.

2. En permettant l'introduction de la liberté de contracter, l'initiative amène plus de transparence, favorise les incitations positives et, de ce fait, va limiter abus et dysfonctionnements du système. En quelque sorte, l'Etat pourra garder un

rôle d'organe de contrôle pour veiller à une application correcte de ces nouvelles dispositions.

3. Elle aura comme autre point positif l'instauration d'une transparence indispensable au niveau des flux financiers. L'opacité du système en vigueur autorise des coulages et des pertes d'efficacité dans les moyens financiers affectés au secteur, que ce soit pour les hôpitaux ou les homes. Cela permettra une meilleure adéquation des fonds utilisés et cela résoudra aussi des conflits de compétence entre acteurs du système.

4. Les contributions des pouvoirs publics sont clairement réglées et les flux d'argent sont transparents et compréhensibles pour les payeurs de primes et les contribuables. Les assureurs sont responsables des coûts et doivent rendre des comptes à la Confédération et aux assurés, tandis que cette dernière, en participant aux frais, doit s'impliquer fortement dans la surveillance des conséquences financières du développement du catalogue des prestations médicales obligatoirement couvertes.

Lors du traitement de l'initiative devant le Conseil des Etats, ce dernier a jugé que, dans les grandes lignes, elle allait dans la bonne direction. Il a toutefois estimé qu'il serait judicieux de préciser encore certains axes, d'où sa volonté de rédiger un contre-projet. Le but était de donner au Conseil national la possibilité d'améliorer encore le texte initial.

La sous-commission de notre conseil chargée de retravailler encore le contre-projet du Conseil des Etats a dû s'exécuter dans des conditions difficiles vu les délais impératifs de traitement de cet objet par le conseil – cela a été rappelé tout à l'heure par Madame Fehr Jacqueline. Ses conclusions n'ayant pas trouvé grâce devant le plénum de la commission, pour des raisons de procédure et autres manoeuvres dilatoires, nous devons donc traiter le tout à la va-vite. Manifestement, dans certains milieux, on a eu peur que les deux chambres puissent se mettre d'accord sur un texte de compromis qui aurait pu amener un retrait de l'initiative au profit d'un projet encore meilleur. On a surtout eu peur de remettre en question des rentes de situation agréables. On a eu peur qu'une plus grande transparence ne permette au «citoyen-assuré-contribuable» de se rendre compte des dysfonctionnements du système et de leurs conséquences financières. Enfin, on a eu peur que cette transparence et cette concurrence accrue au niveau des prestataires de soins ne provoque de douloureuses remises en question idéologiques.

C'est éminemment regrettable, mais au moins le peuple pourra-t-il se prononcer sur les principes de base. Et, quoi qu'on en dise et qu'on en pense, cette initiative permet d'ancrer dans la Constitution fédérale les principes d'un système de santé publique stable, performant et avantageux, en incitant ses acteurs à agir en conscience des coûts. C'est là un point essentiel.

C'est pourquoi je vous invite à soutenir cette initiative au moment du vote ou, à tout le moins, à appuyer la version du Conseil des Etats et la proposition de la minorité.

**Goll Christine (S, ZH):** «Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» – ein wahrlich guttönder Titel für eine Volksinitiative! Eine Gratulation an Ihre Marketing-Abteilung, werte Volkspartei!

Nur, schauen wir doch einmal ein bisschen genauer hinter die Kulissen der bisherigen Gesundheitspolitik, wie sie ebendiese Volkspartei bis jetzt vertreten hat: Die Amerikanisierung des Gesundheitswesens, das ist die Vision der SVP, das ist ihre Zukunftsvorstellung der schweizerischen Gesundheitspolitik! Wenn wir das System der Vereinigten Staaten anschauen, bedeutet das im Klartext, dass rund ein Fünftel der Bevölkerung von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen ist.

Was beinhaltet die Vision der SVP? Ärzte als freie Unternehmer, Spitäler als Fabriken, Hausärzte, Hausärztinnen und Pflegepersonal als Proletariat in einem entfesselten Gesundheitsmarkt, Lohndruck für die im Gesundheitswesen Tätigen, ein Sparprogramm, welches das nächste jagt, unzumutbare Arbeitsbedingungen, Qualitätsabstriche und eine Gefährdung der Sicherheit auf dem Rücken der Patientinnen

und Patienten. Das ist die Vision dieser Volksinitiative bzw. der Initianten dieser Volksinitiative!

Was hätte das in der Praxis für Konsequenzen? Konkret würde das bedeuten, dass wir keine flächendeckende Gesundheitsversorgung mehr hätten, wie wir das heute immer noch haben. Die Konsequenz wäre mehr Markt und Wettbewerb, was letztlich zur Aushöhlung des heutigen Obligatoriums in der Krankenversicherung führen würde; und das würde im Endeffekt auch bedeuten, dass es kein KVG, keine soziale Krankenversicherung mehr gäbe.

Der Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen und pflegerischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung wäre nicht mehr gewährleistet. Eine Gesundheitsversorgung könnten sich nur noch diejenigen Bürgerinnen und Bürger mit dem dicken Portemonnaie leisten. Ziel dieser Volksinitiative ist der Abbau des Grundleistungskatalogs. Ich frage Sie: Wer würde künftig darüber entscheiden, wer welche medizinischen und pflegerischen Leistungen überhaupt noch erhält? Wer wird diesen Entscheid treffen – etwa die Initianten dieser Volksinitiative?

Zum letzten und fatalsten Punkt in dieser ganzen Entwicklung der politischen Diskussion rund um diese Volksinitiative: Dass sich der Ständerat dazu hergegeben hat, hier überhaupt einen Gegenvorschlag auszuarbeiten, ist für mich der fatalste gesundheitspolitische Entscheid. Schauen Sie sich den Gegenvorschlag des Ständerates genau an: Dieser Text wirft mehr Fragen auf, als er Antworten gibt. Dieser Text folgt ganz klar der Ideologie von mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen. Das ist es genau auch, was die Verfechterinnen und Verfechter eines Gegenvorschlags propagieren. Sie propagieren dieselbe Vision, wie sie die SVP hat. Sie propagieren die Amerikanisierung des Gesundheitswesens und damit den Ausschluss grosser Bevölkerungsteile von einer guten medizinischen Versorgung.

Wir haben gute Argumente, diese Volksinitiative zu bekämpfen, und wir haben ebenso gute Argumente, jeden Gegenvorschlag, der in dieselbe Richtung zielt, ebenfalls zu bekämpfen.

**Schelbert Louis (G, LU):** Die Entwicklung der Krankenkassenprämien für die Grundversicherung hat in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren zu einer immer grösseren Belastung von unteren und mittleren Einkommen geführt. Diesem Aspekt will ich mich im Folgenden widmen.

Diese Entwicklung hängt zum einen mit der Kostenentwicklung zusammen, zum anderen aber auch mit dem unsozialen System der Kopfprämien, welche die unteren und mittleren Einkommen der privaten Haushalte über Gebühr belasten. Die durchschnittliche Prämie ist heute um vieles mehr als die Hälfte höher als bei der Einführung des KVG. Die Kosten für die obligatorische Krankenversicherung stellen für einen wachsenden Teil der Bevölkerung eine immer grössere Belastung dar. Für viele ist die Höhe der Prämien unterdessen das grösste finanzielle Problem, das grössere als die direkten Steuern.

Die hier zur Diskussion stehende Volksinitiative sagt, sie gehe die Prämienfrage an. Der Titel klingt verführerisch: «Tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung». Wer möchte das nicht? Trotzdem lehnen wir Grünen diese Initiative ganz klar ab, denn sie schütet das Kind mit dem Bad aus. Sie könnte ihr Ziel nur über einen Abbau von notwendigen Leistungen erreichen, die für die Grundversicherung zwingend sind. Zwar sagt die Initiative nicht, welche Leistungen gemeint sind. Aber wenn das Ziel von merklich tieferen Prämien in der Grundversicherung via Leistungskatalog erreicht werden soll, müssten die Einschnitte massiv sein. In der Folge müssten die Versicherten im Krankheitsfall entweder selbst tiefer in die Tasche greifen oder teure Zusatzversicherungen eingehen. Auf jeden Fall ginge die soziale Krankenversicherung kaputt. Das liegt nicht im Interesse der grossen Mehrheit der Bevölkerung, und deshalb wollen auch wir Grünen das nicht.

Dass die Krankenkassenprämien steigen, hat verschiedene Gründe. Klar ist, dass die Kosten im Gesundheitswesen seit Jahren stärker steigen als die Teuerung. Tatsache ist aber

auch, dass in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein immer grösser werdender Kostenanteil von der Bevölkerung getragen wird und sich der Anteil des Staates, das heisst von Bund und Kantonen, laufend verringert. Das trifft untere und mittlere Einkommen und Familien bis weit in den Mittelstand hinein sehr hart. Die Prämienverbilligung, die als Korrektiv zu den Einheitsprämien eingeführt wurde, wird in vielen Kantonen nur ungenügend umgesetzt und vermag die vorgegebenen Ziele nicht zu erfüllen. Sie ist aber schon als System ungenügend, weil sie den nötigen sozialen Ausgleich nicht schaffen kann.

Laut Bundesrat werden Lücken des geltenden Systems laufend analysiert und korrigiert. Dass die Lücken analysiert werden, bezweifeln wir nicht, aber die bis heute beschlossenen und auch die vorgeschlagenen Korrekturmassnahmen genügen nicht. Die Entwicklung der Prämien, inklusive Prämienverbilligung, wirkt sich seit Jahren regelmässig negativ auf die verfügbaren Einkommen aus. Sie fressen die bescheidenen Lohnerhöhungen auf.

Zurück zur Initiative: Daran, dass die bescheidenen Lohnerhöhungen aufgefressen werden, ändert die SVP-Initiative aber auch nichts, im Gegenteil, sie würde alles noch verschlimmern. Statt in die Grundversicherungsprämien müssten die Gelder in die Zusatzversicherungen fliessen, denn wichtige Leistungen müssten dorthin verschoben werden. Das käme die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler noch teurer zu stehen, weil ja auch noch private Gewinne mitfinanziert werden müssten.

Noch kurz zum Gegenvorschlag: Er ist sehr allgemein, unbestimmt formuliert, schwammig. Was könnte er den Prämienzahlenden bringen? Wir wissen es nicht. So, wie wir ihn verstehen, hat er gar nicht in erster Linie die Prämien im Auge, es geht vielmehr um eine Neuformulierung eines gesundheitspolitischen Konzepts, wie das auch Ruth Humbel vorhin gesagt hat. Wir ziehen aber daraus einen anderen Schluss als sie. Als Gegenvorschlag zur Initiative halten wir ihn für nicht geeignet und lehnen ihn deshalb ab.

Ich bitte Sie, unseren Anträgen zuzustimmen.

**Meyer Thérèse (C, FR):** L'initiative populaire de l'UDC «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» ne porte pas le titre qui lui convient. Elle devrait s'intituler «pour la baisse de la prise en charge des prestations dans l'assurance de base», et cela s'appelle malheureusement un démantèlement. Si le peuple acceptait cette initiative, l'accouchement, toute la prévention et certainement encore d'autres prestations non énoncées – puisque les initiants ont annoncé des coupes de 20 pour cent: 20 pour cent, c'est 4 milliards de francs! – ne seraient plus couverts par l'assurance de base.

Cette initiative propose un transfert direct de l'assurance de base vers les assurances complémentaires pour instaurer, de fait, une médecine à deux vitesses qui pourrait s'accompagner de l'expression bien connue: «Mieux vaut être riche et en bonne santé que pauvre et malade». Mais ce n'est pas rigolo et je le déplore. Les buts premiers de notre assurance-maladie – accès pour tous à des soins de qualité et solidarité entre jeunes et moins jeunes, entre malades et bien portants – ne seraient plus atteints. Donc, nous devons clairement dire non à cette initiative.

En ce qui concerne le contre-projet direct – qui, soyons francs, tire une épine du pied de l'UDC qui propose un projet indéfendable –, avec le Conseil fédéral, la majorité de la commission et les Latins de mon groupe, j'estime qu'il ne faut pas élever au niveau de la Constitution fédérale des éléments déjà présents dans la LAMal, et surtout je ne trouve pas judicieux de mettre dans notre charte fondamentale des principes de garantie de concurrence et de liberté de contracter, qui blesseraient le libre choix des patients, et de monisme, avec le versement des participations des pouvoirs publics directement aux assureurs. Ces éléments n'ont rien à faire dans notre charte fondamentale qu'est la Constitution. Ce sont ces deux éléments très controversés et auxquels je ne souscris point à titre personnel qui seraient introduits dans la Constitution, et je ne l'estime pas judicieux.

Par contre, la réforme de la LAMal qui est en cours doit se poursuivre et il faut mettre en oeuvre les nouvelles façons de voir les choses, comme par exemple le nouveau financement des hôpitaux. Il faut toujours chercher à atteindre notre but: garantir la qualité en matière de santé, la qualité au juste prix avec un accès aux prestations pour tout le monde. Je voterai donc comme la majorité de la commission et le Conseil fédéral: non à l'initiative populaire et non aux contre-projets. Je vous engage à en faire de même.

**Heim Bea (S, SO):** Diese Initiative ist die Wegbereiterin der Rationierung. Die Initianten wissen es, aber stehen nicht dazu. Die Grundversorgung einschränken, Risikoprämien einführen: Das bringt massive Einschnitte, auch bei medizinisch notwendigen Leistungen – vor allem, wenn die Verheissungen der Initiative erfüllt werden sollen.

Die Initiative nennt als Erstes die Linderung der Schmerzen und erst in zweiter Linie die Heilung von Krankheiten. Schon das muss Ihnen zu denken geben. Nennen wir es beim Namen: Die Initiative will eine Rationierung in der Grundversicherung, damit das gewinnbringende Zusatzversicherungsgeschäft besser läuft. Die Initiative will mit der Einführung der Risikoprämien kranke und ältere Menschen diskriminieren. Sie will das Prinzip der Solidarität im Gesundheitsbereich aushöhlen. Damit widerspricht sie dem Grundgedanken von Verfassung und Gesetz. Sie bestraft all jene, die aus finanziellen Nöten aus der Zusatzversicherung ausgetreten sind, ihre Eigenverantwortung also wahrgenommen haben – im Vertrauen auf Gesetz und Politik, im Vertrauen darauf, dass eine gute medizinische Versorgung auch in der Grundversicherung garantiert ist.

Ich sage Ihnen: Eine Schweiz, die rationiert, verscherzt das Vertrauen der Bevölkerung; eine Schweiz, die rationiert, riskiert, ihren guten Ruf zu verlieren und die Chance, sich auf dem internationalen Gesundheitsmarkt positiv zu profilieren. Schade um die Chancen der Zukunft: Gerade der Gesundheitsbereich wäre für die Schweiz ein Wachstumsmarkt mit internationaler Ausstrahlung.

Initiative und Gegenvorschlag sind schwergewichtig oder einseitig auf den Kostenwettbewerb fokussiert. Die Bevölkerung erwartet von uns aber etwas anderes: eine gute Behandlungs- und Ergebnisqualität, den Wettbewerb um die beste Qualität – doch noch immer hat die Schweiz keine nationale Qualitätsstrategie. Dass die Kassen die vom Bundesrat einstmals an sie und die Leistungserbringer delegierte Aufgabe nicht wahrgenommen haben, ist nur logisch; schliesslich konzentrieren sie sich als rein ökonomische Unternehmen auf die Prämienentwicklung.

Dass politische Kräfte nun im Schnellverfahren die Gelegenheit nutzen, die diese Initiative bietet, um mit dem Monismus das Primat der Politik den Kasseninteressen zu opfern, ist nicht im Interesse der Versicherten, schon gar nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten und auch nicht im Interesse der älteren Generation. Darum lehnt die SP-Fraktion auch den Gegenvorschlag ab. Aus Sicht der Kantone ist er unannehmbar, und ich sage: Er ist gefährlich. Mit dem riskanten Begriff der Mindestversorgung gefährdet er den Kernpunkt der Gesundheitspolitik: eine gute Gesundheitsversorgung für alle. Ich bin über dieses Vorgehen enttäuscht.

Diese Initiative verdient nicht einmal einen Gegenvorschlag. Wenn Sie ernsthaft Kosten sparen und hohe Qualität sichern wollen, dann verkennen Sie nicht länger das Potenzial der Wirtschaftlichkeit dank einer konsequenten Qualitätsstrategie. Dann machen Sie pragmatisch das Naheliegende, nutzen Sie endlich das enorme Potenzial! Ich sage Ihnen, schon rein in der Medikationssicherheit liegt ein Sparpotenzial von einer Milliarde Franken. Nutzen wir es!

Mit der Initiative und dem Gegenvorschlag geraten wir auf die schiefe Bahn der Rationierung. Es ist eine Kapitulation vor den profitorientierten Interessen – auf Kosten der Patientinnen und Patienten. Dass die Minimierung von Patientensrisiken Milliardenersparungen ermöglichen würde, wissen Sie eigentlich alle. Offenbar ist es weniger interessant, die Risiken zu minimieren als das Geschäft mit den Zusatzversi-

cherungen wieder zum Blühen zu bringen. Eine solche Gesundheitspolitik muss sich den Vorwurf gefallen lassen, das Hauptziel, zum Wohl der Kranken zu handeln, zu verraten – auf Kosten jener, die die Leistungsbeschränkung, die Rationierung, mit Sicherheit treffen würde, nämlich Menschen mit tieferen Einkommen, Familien, Mütter, Väter, Chronischkranke und ältere Menschen.

Noch nie haben sich in diesem Land die Patientinnen und Patienten mit einem Gang auf die Strasse zur Wehr gesetzt. Diese Initiative und der Gegenvorschlag haben aber alles Zeug dazu, den gesundheitspolitischen Frieden und auch das Image der Schweiz als Gesundheitsland infrage zu stellen. Sagen Sie Nein zur Initiative und Nein zum Gegenvorschlag.

**Borer Roland F. (V, SO):** Vorab eine persönliche Erklärung: Neben der Tatsache, dass ich Mitglied des Initiativkomitees und der SVP bin, gehöre ich auch der «Groupe de réflexion santé» der Krankenkasse «Groupe Mutuel» an. Es ist schade, dass nicht alle Rednerinnen und Redner ihre Interessenbindungen gegenüber dem Publikum öffentlich gemacht haben. Ich bin lange nicht der Einzige, der Interessenbindungen hat.

Wenn Sie sich heute Morgen die Mühe genommen haben, ein wenig die Zeitungen hier drin durchzublättern – und das ist ja eine der Haupttätigkeiten am frühen Morgen –, konnten Sie unschwer feststellen, dass den Prämien ab dem Jahr 2009 eine massive Erhöhung vorausgesagt wird. Die Prämien werden steigen, um das werden wir höchstwahrscheinlich nicht herumkommen.

Es ist genau die Situation, wie wir sie heute wieder erleben, die zu diesen Prämien erhöhungen führen wird. Es ist der Umstand, dass wir seit 1996 Verdrängungspolitik und Umverteilungspolitik betreiben. Dies führt eben dazu, dass trotzdem irgendeinmal die Rechnung bezahlt werden muss, weil wir nicht im Bereich der Kosten ansetzen, sondern immer primär versuchen, Geldmittel von einem Ort zum andern umzuverteilen. Ich verstehe natürlich, dass nun angesichts dieses Umstandes gegen diese Initiative der Zweihänder hervorgeholt wird.

Uns wird heute laufend gesagt, warum diese Initiative nicht funktionieren könne, nicht funktionieren werde, warum sie schlecht sei. Das wird uns von den Kreisen erzählt, die vor der Volksabstimmung über das KVG – das seit 1. Januar 1996 in Kraft ist – versprochen haben, dass mit der Einführung dieses KVG die Prämien sinken würden, dass die Leistungen für alle besser würden. Nun, die Realität sieht ein wenig anders aus: Wir haben seit 1996 massiv gestiegene Prämien, mit gewissen Dämpfungseffekten in den letzten zwei Jahren – das gestehe ich Herrn Bundesrat Couchepin zu. Aber sonst haben wir massive Prämiensteigerungen trotz den Umverteilungen, die in jedem Jahr gemacht werden; mittlerweile verteilen wir pro Jahr mehr als eine Milliarde Franken von einer Stelle an die andere um. Die Mehrheit in der SGK hat uns auch immer wieder gesagt, was alles schlecht sei an dieser Initiative. Leider hat sie uns nie eine Erklärung abgeben können, wo man ansetzen müsste, damit die Gesundheitskosten eben nicht wie im bisherigen Masse laufend zunehmen.

Noch zwei, drei Sätze an einige Vorrednerinnen:

Frau Fehr, wir wollen öffentliche Gelder nicht an die Krankenkassen transferieren, aber wir möchten endlich, dass öffentliche Gelder nicht weiter im Sumpf der öffentlichen Verwaltung versinken, sondern tatsächlich den Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern zugutekommen.

Frau Goll, ich verstehe ein wenig Ihren Frust: Nachdem Ihre Initiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» vom Volk abgelehnt wurde, auf Grund gefahren ist, muss man natürlich verstehen, dass Sie hier ein wenig Probleme mit unserer Initiative haben.

An Herrn Schelbert nur soviel: Obwohl Sie das immer negieren, haben wir einen sozialen Aspekt im Bereich der Kopfrämien. Was glauben Sie denn, woher kommen die Gelder für die Prämienverbilligung sonst? Sie kommen doch aus der Steuerkasse, und dort bezahlen – das wissen wir alle –

die Gutverdienenden einiges mehr als die Schlechtverdienenden.

Gesamthaft gesehen kann diese Initiative dafür sorgen, dass der Mittelstand – dort ist es am nötigsten – endlich entlastet wird.

**Müller Geri (G, AG):** Ich möchte ganz kurz meine Interessenbindung bekanntgeben: Ich bin Präsident des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner und Präsident der regionalen Sektion Aargau-Solothurn, also eines der sogenannten Dienstleister. Ich möchte aber auch bekanntgeben – das zu Herrn Borer –: Ich habe keinen Zweihänder da, ich bin völlig unbewaffnet, und ich habe auch keinen Geheimplan, die Verteilungspolitik und die Politik des Geld-hin-und-her-Schiebens weiter zu unterstützen.

Sie stellen die Frage: Warum sind die Prämien gestiegen? Und Sie möchten eine Medizin abgeben, um die Prämiensteigerung zu bremsen. Da müssen Sie zuerst einmal zur Kenntnis nehmen, dass in den letzten elf Jahren – Sie nehmen das Jahr 1996 als Referenzpunkt – neue Leistungen konsumiert und gebraucht worden sind. Das waren nicht irgendwelche Wünschbarkeiten. Die Altersstruktur hat sich verändert, aber auch die gesamte Medizin hat sich verändert. Heute gibt es im Strassenverkehr weniger Todesfälle – nicht weil es weniger Autounfälle gibt, sondern weil man mehr Leute retten und, zum Teil sehr aufwendig, am Leben erhalten kann. Das sind die Realitäten, das sind die Fakten. Sicherlich gibt es irgendwo noch ein Kapitel «Missbrauch» – dieses Wort ist heute nicht oft gefallen –, sicherlich gibt es das irgendwo auch noch im grauen Bereich drin. Grundsätzlich muss man sagen: Der Aufwand ist gestiegen, die gesamte Bevölkerung hat diese Leistungen konsumiert und gebraucht. Das ist eine Realität, an der können wir nichts ändern.

Ihre Initiative ist nicht schlecht, sie ist eigentlich sehr gut. Der Titel klingt wahnsinnig gut: Sie wollen mit Ihrer Initiative tiefere Krankenkassenprämien. Das ist ein Lockvogel. Sie müssen der Bevölkerung aber auch ganz offen und ehrlich sagen, was das bedeutet. Das heisst: weniger Leistungen. Es geht eigentlich – das kommt im Text nicht vor, es wäre aber einfach schön gewesen, man hätte das noch gesagt – um eine Volksinitiative zur Leistungsreduktion, zum Leistungsabbau. Das ist der Hintergrund dieser Initiative. Sie wissen – Sie sind ja gut im Campaigning –: Kein Mensch würde Ihnen zustimmen. Aber eigentlich geht es um Leistungsabbau.

Ihre Initiative ist also nicht schlecht; sie ist einfach gut verpackt, aber sie gibt überhaupt keine Antwort auf unser Problem. Denn die Frage, die sich stellt, lautet in allererster Linie: Wie gehen wir damit um, dass wir steigende Gesundheitskosten haben? Ich habe es bei der Beratung des Berichtes des Bundesrates in der letzten Sommersession gesagt: Wir haben ein steigendes Wirtschaftswachstum, aber wir haben parallel dazu auch steigende Gesundheitskosten. Vermutlich besteht hier auch ein gewisser Zusammenhang, wenn die Leute immer mehr arbeiten, immer mehr Geld generieren, aber irgendwann einfach ausgepumpt sind. Es gibt einen Zusammenhang: Wenn wir die gesamte Wirtschaftspolitik auf Verkehr, auf Umweltverschmutzung, auf CO<sub>2</sub>-Produktion auslegen, dann hat das irgendwann einmal einen Impact, und der ist hier anhand der steigenden Gesundheitskosten feststellbar. Der Hebel müsste also anderswo angesetzt werden.

Es gibt aber im Gesundheitswesen auch Erfolgsgeschichten: Es gibt Leute, die immer länger leben, das ist ein Benefit, und das ist für diese Leute etwas Schönes. Aber es gibt auch Schattenseiten. Dass sich die Leute bei den Leistungen des Gesundheitswesens nicht wahllos bedienen, stellt beispielsweise ein Bericht der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften dar. Es ist in Untersuchungen festgestellt worden, dass in der Schweiz die Rationierung nicht nur droht, sondern dass sie schon Fakt ist. Das ist etwas, worüber unser Personal Ihnen sehr viel sagen könnte. Es ist so, dass jenen Patientinnen und Patienten, die sich nicht melden bzw. nicht reklamieren können, ganz ein-

fach weniger Gesundheitsleistungen geboten werden. Dies nicht etwa, weil das Pflegepersonal und die Ärzte böse sind, sondern weil sie schlicht und ergreifend nicht genügend Ressourcen haben, um allen Leuten eine gute Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen. Gehen Sie einmal in diese Institutionen, und schauen Sie sich das an; gehen Sie in die Kantonsspitäler, und schauen Sie sich die Warnungen auf den Notfallstationen an, wonach die Leute warten müssen, bis sie effektiv behandelt werden können.

Das Problem besteht also nicht etwa darin, die Prämien zu reduzieren, sondern die Frage lautet, wie wir die steigenden Gesundheitskosten bewältigen können, in einem System übrigens, das ein wachsender Markt ist. Immerhin verdienen 22 Prozent der Bevölkerung auch ihr Geld im Gesundheitswesen; auch dort entsteht wieder ein Benefit.

Ich bitte Sie also, diese Initiative, deren Titel eigentlich korrekt «für Leistungsabbau im Gesundheitswesen» heissen müsste, und auch die Gegenvorschläge ganz klar abzulehnen. Wir brauchen hier ganz andere Rezepte.

**Rennwald** Jean-Claude (S, JU): Il y a au fond deux manières d'aborder ce débat, qui ne sont pas d'ailleurs totalement contradictoires. Il y a une approche que je qualifierai de technico-juridique, qui consiste à s'interroger sur quelques aspects de l'assurance-maladie et des primes, et puis il y a une façon plus politique de voir les choses, en inscrivant cette initiative dans une réflexion plus profonde et dans une perspective historique. J'ai choisi la deuxième façon de voir, d'une part parce qu'au sein du groupe socialiste, il y a des collègues nettement plus qualifiés que moi sur les questions de santé, et d'autre part parce que, sur le plan politique, il est temps de dire un certain nombre de choses.

En effet, cette initiative est l'expression même de la rhétorique permanente de l'UDC, une rhétorique qui vise à faire croire que l'UDC est le parti des personnes de condition modeste, des retraités, des petites gens. Et parfois, ça marche, malheureusement! Mais la vérité est bien plus profonde. La vérité, c'est que l'UDC a certes une certaine assise populaire, mais qu'elle est avant tout le parti qui défend les intérêts des couches les plus fortunées de la population, des millionnaires et des milliardaires, dont l'un d'eux siège au Conseil fédéral. Et l'initiative de l'UDC que nous examinons aujourd'hui s'inscrit parfaitement dans cette stratégie, car ce que veut fondamentalement l'UDC, ce n'est pas la baisse du montant des primes d'assurance-maladie, mais une réduction massive des prestations de l'assurance obligatoire des soins, ainsi que la revalorisation des assurances complémentaires. Autrement dit, l'acceptation de cette initiative aurait des conséquences dramatiques pour les personnes à petit et à moyen revenu, qui aujourd'hui déjà peinent à payer leurs primes.

Cette initiative révèle ainsi ce que j'appelle la vraie nature de classe de l'UDC qui à mon sens, Monsieur le conseiller fédéral, n'est pas un parti fasciste, mais un parti national-populiste à direction bourgeoise, proche du sarkozysme, et encore plus du berlusconisme. Et l'UDC applique cette stratégie dans tous les domaines de la protection sociale, avec ses attaques multiples contre l'assurance-invalidité, contre l'assurance-vieillesse et survivants, contre l'assurance-chômage. Chaque fois, ce sont les handicapés, les retraités, les chômeurs, les malades qui seraient les principaux responsables de la situation financière difficile de nos assurances sociales, ou du moins d'un certain nombre d'entre elles. Ce serait la responsabilité de ceux qui «commettent des abus».

Et cela, comme s'il n'existait pas une réalité collective, celle des inégalités sociales, de l'augmentation des cadences, du stress et de la volonté du patronat, ou du moins d'une partie d'entre lui, d'avoir à sa disposition une main-d'oeuvre toujours plus flexible, comme dans le secteur de la construction. Tout cela m'invite évidemment à rejeter cette initiative.

Mais comme je peux aussi être constructif, j'ajoute une note positive. Je reste, malgré notre échec, un partisan des primes fixées en fonction du revenu ou du moins de la capacité économique des assurés. Mais il existe aussi des solutions très pragmatiques pour répondre à cette question des coûts

et du financement de l'assurance-maladie. Je suis aujourd'hui très fier de vous dire que notre syndicat Unia a reconduit, à partir du 1er janvier dernier, la convention collective de travail de l'horlogerie, avec notamment une participation patronale aux primes d'assurance-maladie de 130 francs pour les travailleurs et de 60 francs pour les enfants. Je crois que l'on pourrait aussi réfléchir à l'extension de ce système à d'autres branches, voire à l'ensemble de l'économie.

Pour terminer, j'aimerais souligner, et c'est tout à fait intéressant, que depuis quelques semaines, la Convention patronale de l'industrie horlogère suisse est présidée par une représentante de l'UDC, Madame Elisabeth Zölch. Il est vrai que Madame Zölch appartient à l'aile bernoise de l'UDC et que, malheureusement, cette aile n'est plus très présente dans la salle!

**Brunner** Toni (V, SG): Die Krankenkassenprämien steigen dieses Jahr nur moderat oder sinken sogar leicht. Daraus abzuleiten, das Gesundheitswesen sei auf dem Weg der Genesung, wäre jedoch völlig falsch, denn das Gegenteil ist der Fall: Die Gesundheitskosten steigen weiter, und ohne die Auflösung von Reserven der Krankenversicherung müssten die Versicherten auch 2008 wiederum tiefer in die Tasche greifen.

Wir befinden uns jetzt fast am Ende der laufenden Legislatur, und die Probleme im Gesundheitswesen sind immer noch die gleichen wie am Anfang, ja, sie haben sich sogar noch verschärft. Die Gesundheitskosten steigen insgesamt weiterhin stark an, erreicht wurde praktisch nichts. Man steht weiter auf der Bremse, wenn es um wirkliche Lösungen geht, und man lehnt aktuelle Reformbestrebungen ab, obwohl einige davon auf ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitssystem abzielen würden. So sprechen sich der Bundesrat und eben auch Herr Bundesrat Couchepin gegen die Prämiensenkungs-Initiative der SVP und auch gegen den Gegenvorschlag aus; dafür senkt man die Mindestreservesätze der Krankenversicherer, und mit dem dadurch ausgelösten einmaligen Effekt wird der Bevölkerung eigentlich vorgaukelt, die Gesundheitskosten seien eingedämmt. Dass dem nicht so ist, zeigen die steigenden Kosten, und eine weitere Steigerung wird lediglich hinausgezögert.

Die SVP-Fraktion hofft, dass der Bundesrat nun endlich seinen Teil dazu beiträgt, die Gesundheitskosten nachhaltig in den Griff zu bekommen. Instrumente sind zum Beispiel diese Prämiensenkungs-Initiative der SVP oder der von der Minderheit unterstützte Gegenvorschlag oder auch die Reform der Spitalfinanzierung. Mit diesen Lösungen wäre eine spürbare Reduktion der Prämien möglich. Es braucht jetzt nur noch eine Volksabstimmung respektive die entsprechende Umsetzung. Doch der Bundesrat steht weiterhin auf der Bremse. Damit leistet er höchstens der politischen Linken Vorschub, die ein völlig verstaatlichtes Gesundheitswesen anstrebt, und ein verstaatlichtes Gesundheitswesen wäre die schlechteste aller Lösungen für die Steuerzahler, für die Prämienzahler, aber vor allem auch für die Patienten.

**Huguenin** Marianne (–, VD): L'initiative populaire de l'UDC est un train accéléré vers une médecine à deux vitesses, changement par ailleurs déjà en cours dans notre pays. Baisse des primes? Baisse des prestations surtout, car miracle il n'y a pas: on ne peut économiser 3 milliards de francs dans les soins, ne me le mentionnait Monsieur Fasel, sans coupe massive des prestations. Il s'agit là, ni plus ni moins, de transférer tout un pan de l'assurance de base, sociale, obligatoire, dans laquelle les réserves sont interdites, vers les assurances privées. Il s'agit, ni plus ni moins, de transférer un marché, un profit possible, vers le secteur des assurances complémentaires, soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance, géré selon une logique d'assurance privée, sélectionnant les bons risques, éliminant les autres.

Le marché des complémentaires représente déjà 5,4 milliards de francs de chiffre d'affaires – le quart des montants de l'assurance de base! Les appétits des assureurs privés sont grands, et tout affaiblissement de l'assurance de base fait leur beurre, toute rupture de la solidarité aussi. Monsieur

Britt, directeur de Santéuisse, annonce lui aussi clairement la couleur quand il invite à «en finir avec la solidarité avec les aînés», ces aînés qui seraient les premiers à pâtir d'un affaiblissement de l'assurance de base puisque, dès la cinquantaine, et même avant, il devient difficile de contracter une assurance complémentaire, ou alors elle devient hors de prix. Dans ce pays déjà, nos aînés se sentent exclus et coupables de coûter cher. Une récente enquête menée auprès de 200 patients hospitalisés, âgés en moyenne de 78 ans, donnait des chiffres qui faisaient réfléchir: ils étaient 58 pour cent à trouver que les soins pour leur groupe d'âge coûtaient trop cher à la collectivité; 15 pour cent hésitaient avant de consulter; 7,5 pour cent renonçaient à le faire à cause des coûts engendrés. Dans un des pays les plus riches du monde, ces chiffres devraient nous faire honte, démontrant avec brutalité la pression énorme exercée sur les personnes âgées, les culpabilisant de coûter cher, et aggravant finalement leur état de santé.

Toute baisse des prestations dans l'assurance de base, clairement indiquée de fait par cette initiative, ne fera que renforcer cette tendance, nous menant tout droit à la dérive de la médecine américaine, la plus chère du monde, mais aussi la plus inégalitaire.

L'excellent film «Sicko» de Michael Moore démontre ce qui se passe lorsque les personnes n'ont pas accès aux soins de base, parce qu'elles ne sont pas assurées ou parce que les assurances privées font payer les jeunes en bonne santé mais les rejettent une fois qu'ils sont devenus vieux et malades; de plus, les assurances discutent pied à pied tout remboursement.

La prévention pâtira elle aussi de la mise en oeuvre de cette initiative, ainsi que l'a dénoncé Monsieur le conseiller fédéral Couchepin. Déjà actuellement, elle est le parent pauvre de notre système de santé. J'attends par exemple la prise de position du Conseil fédéral au sujet de ma motion 07.3473 demandant le remboursement des vaccins contre le virus responsable de presque tous les cas de cancer du col de l'utérus (HPV), qui cause 100 décès par année en Suisse et qui infecte chaque mois près de 400 jeunes filles.

«A gauche toute!/Links!» refuse tout rationnement dans l'assurance de base, rationnement qui induit une stigmatisation des malades qui n'appartiennent pas au bon groupe, celui des jeunes consommateurs riches et en bonne santé. Dans un monde où la consommation, la tendance au «toujours plus» sont si fortes, tout affaiblissement de l'assurance de base ne peut que créer à la fois un marché juteux pour certains et des inégalités massives pour les autres. Nous disons donc clairement non à cette médecine à deux vitesses, qui est de fait le seul but de cette initiative.

**Graf-Litscher** Edith (S, TG): Auch ich bin für Transparenz wie Kollege Borer, deshalb lege ich wie gewohnt meine Interessenbindungen offen. Ich bin nicht Mitglied einer «Gruppe de réflexion», sondern angestellt bei der ÖKK Krankenversicherung und Präsidentin der Patientenstelle Ostschweiz.

Die Initiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» ist eine Mogelpackung par excellence. «Leistungskürzungs-Initiative» wäre eigentlich, wenn man auch da mit offenen Karten spielte, der präzise Ausdruck dafür. Hinter dem verführerischen Titel «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» – seien wir ehrlich: Wer würde nicht gerne tiefere Krankenkassenprämien bezahlen und dabei die gleichen Leistungen beziehen? – versteckt sich nämlich, wenn man genauer hinschaut, eine drastische Kürzung des Leistungskatalogs, ohne dass die Initianten aber klar Farbe bekennen und sagen würden, was genau sie streichen wollen. Tatsache ist – darauf wies auch bereits Bundesrat Couchepin hin –, dass bei den anvisierten Leistungskürzungen unter anderem auch der Bereich der Prävention und der Vorsorgeuntersuchungen gestrichen werden soll.

Die SP will keine solchen Abstriche in der Grundversicherung, die zudem kaum kostendämpfend sind, im Gegenteil: Durch fehlende Vorsorge können zusätzlich viel menschliches Leid und höhere Gesundheitskosten verursacht wer-

den. Eine Stabilisierung der Gesundheitskosten ist auch in unserem Sinn. Dafür braucht es aber nicht mehr Wettbewerb und Abbau der Grundversicherung, sondern zum Beispiel ganzheitliche Behandlungsprozesse, die Förderung von Hausarztmodellen, weniger Doppelbehandlungen und eine Konzentration der Spitzenmedizin. Ein neuer Verfassungsartikel ist überflüssig, weil das Obligatorium bereits im geltenden Krankenversicherungsgesetz geregelt wird.

Der Gegenvorschlag des Ständerates hat eine stärkere finanzielle Beteiligung der Patientinnen und Patienten zur Folge. Durch höhere Selbstbehalte und Franchisen sollen sie nämlich zukünftig noch stärker zur Kasse gebeten werden. Diesen unsozialen Vorschlag lehnen wir ab.

Als Präsidentin der Patientenstelle Ostschweiz bitte ich Sie deshalb, die Leistungskürzungs-Initiative, über die wir jetzt diskutieren, und auch den Gegenvorschlag des Ständerates abzulehnen.

**Schenk** Simon (V, BE): Auch ich lege vorweg meine Interessenbindungen offen. Ich bin Mitglied des Verwaltungsrates der KPT-Versicherung und auch Präsident der Stiftung «Schwiizer hälfed Schwiizer». Gerade in dieser zweiten Funktion bin ich sehr oft mit den Folgen der stets ansteigenden Gesundheitskosten konfrontiert. Die immer höheren Krankenkassenprämien sind für viele Familien ein gravierendes Problem. Unsere Stiftung hat schon in vielen Fällen Notlagen lindern können.

Das Thema Gesundheitswesen steht in der Schweiz weit oben auf der Skala des Sorgenbarometers und beschäftigt die Bürger. Die Einführung des Krankenversicherungsgesetzes hat nicht das gehalten, was man versprochen hat. Qualitätssteigerung, Solidarität und Kosteneinsparungen in der Gesundheitsversorgung waren die wichtigsten Ziele des KVG. Inzwischen hat kaum noch jemand Hoffnung, dass diese Ziele mit dem geltenden Recht und allfälligen KVG-Revisionen erreicht werden können. Die neusten Trends, die gestern von Santéuisse veröffentlicht worden sind, zeigen es deutlich. Die Gesundheitskosten steigen weiter rasant an, und Prognosen für den Jahresabschluss des laufenden Jahres sind wenig erfreulich: plus 13,4 Prozent im Bereich «Spital ambulant», plus 12,8 Prozent bei der Spitex und plus 8,2 Prozent im Bereich «Spital stationär» sprechen eine deutliche Sprache und kündigen für das nächste Jahr eine grössere Prämienhöhung an.

Kurzfristig können die Prämienhöhungen bei einigen Kassen durch das Auflösen von Reserven etwas aufgefangen werden, aber der Reservenabbau ist eine wirtschaftlich riskante Massnahme, die nicht beliebig angewendet werden kann. Es braucht andere Massnahmen, und da kommt die Prämienkürzungs-Initiative der SVP oder der daraus entstandene Gegenvorschlag gerade recht.

Es gibt Studien, die aufzeigen, dass jährlich gegen 3 Milliarden Franken für unnötige Leistungen ausgegeben werden. Das KVG hat die Gesundheitsleistungen zur Konsumware werden lassen. Die Grundversicherung wurde auf Kosten aller Prämienzahler ständig ausgebaut. Heute zahlen viele den Luxus von wenigen. Die Mengenausweitung in der Grundversicherung hat ein Mass angenommen, das die Solidarität arg strapaziert. Der soziale Charakter der Grundversicherung ist ins Gegenteil umgeschlagen. Ein grosser Teil der Bevölkerung ist zwangsweise überversichert; es werden Leistungen abgedeckt, die viele Versicherte gar nie in Anspruch nehmen wollen.

Nicht nur die Ausweitung der Pflichtleistungen und der medizinischen Produkte, sondern auch die wachsende Zahl von Ärzten steht hinter der Kostenentwicklung. Die Ärztedichte ist sehr unterschiedlich: Während im Kanton Nidwalden für mehr als 1000 Personen ein praktizierender Arzt vorhanden ist, kommen im Kanton Basel-Stadt auf einen Arzt weniger als 300 Personen. Der Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Gesundheitskosten wird mittlerweile selbst von den Ärzten nicht mehr bestritten. Die jetzige Regelung, wonach die Leistungserbringer automatisch zulasten der Grundversicherung tätig sein dürfen, führt zwangsläufig zu Überkapazitäten. Erfahrungen der letzten Jahre zeigen deut-

lich, wie steigende Ärztezahlen und der ausgeweitete Leistungskatalog zu mehr Konsultationen und aufwendigen Behandlungen führen. Jede neue Arztpraxis wirkt kostentreibend. Die Mehrkosten, welche durch die Eröffnung einer Arztpraxis für die Krankenversicherung entstehen, schlagen bei der Grundversicherung mit durchschnittlich einer halben Million Franken zu Buche.

Mit der Prämiensenkungs-Initiative der SVP würde man im Gesundheitswesen einen mutigen Schritt in Richtung Markt und Wettbewerb vollziehen. Ich bitte Sie, die Initiative oder zumindest den Gegenvorschlag zu unterstützen.

Zum Schluss noch eine hypothetische Frage an Herrn Rennwald: Können Sie sich vorstellen, wie die Medien reagieren würden, wenn jemand von unserer Seite mit ähnlichen Worten über Sie herfallen würde?

**Keller Robert (V, ZH):** Warum engagiere ich mich für die Prämiensenkungs-Initiative der SVP? Ich habe keine Interessenbindungen, bin also nur Konsument. Aber das Gesundheitswesen belastet unsere Budgets immer mehr. Das ist Ihnen bekannt. Als einer der älteren im Saal werde ich vor allem die Demografie ansprechen. Einerseits ist es schön, dass wir immer älter werden. Genau genommen haben wir Schweizer jedes Jahr, statistisch gesehen, eine um zwei Monate längere Lebenserwartung. Die Lebenserwartung steigt innerhalb von sechs Jahren also um ein Jahr.

Auch die Kosten steigen, das ist doch allen klar, wenn das Medianalter laufend ansteigt, von heute 39 Jahren auf 47 Jahre bis 2050. Das Medianalter scheidet diejenigen, die in Bezug auf diese Altersgrenze jünger sind, von denjenigen, die älter sind. Vom späteren 19. Jahrhundert bis heute hat sich die Lebenserwartung mehr als verdoppelt. Der Anteil der 65-jährigen und älteren Menschen war im Jahr 2000 bei 16 Prozent, und im Jahr 2030 liegt dieser Anteil bei rund 25 Prozent.

Gesundheit ist ein kostbares Gut, aber auch ein kostspieliges Gut. 2005 kostete es ungefähr 53 Milliarden Franken. Zum Vergleich: Die AHV kostete 30,6 Milliarden Franken. Das sind 11,6 Prozent des Bruttoinlandproduktes. 1995 lag das noch bei 9,8 Prozent. Das sind also plus 20 Prozent in zehn Jahren. Und eine Trendwende ist nicht in Sicht. Der Blick in die Zukunft beunruhigt, Stichwort Gesundheitskosten im Alter. Ich meine den demografischen Alterungseffekt.

Es gibt mehr ältere Menschen, und diese leben länger als früher. Es ist also eine Binsenwahrheit, dass die Kosten steigen. Das hat auch nichts mit den Akteuren des Gesundheitswesens zu tun. Die Kosten der Krankenversicherungen für 19- bis 25-Jährige lagen 1996 durchschnittlich bei je 900 Franken und 2005 bei je 1200 Franken – also eine Steigerung von 33 Prozent. Ich muss nun etwas überzeichnen: Die Kosten für Menschen ab 91 Jahren stiegen durchschnittlich von je 9700 Franken im Jahre 1995 auf 16 400 Franken – also plus 70 Prozent. Das ist fast das 14-fache der Kosten für die 19- bis 25-Jährigen. Das ist systembedingt ein fulminanter Kostenanstieg. Das müssen wir sehen.

Da der Preis für die Produkte für Patienten kaum von Belang ist, müssen wir mit weiteren grossen Kostenschüben rechnen. Fragwürdig sind auch Kosten, die durch den Jugendwahn ausgelöst werden. Man muss die Notwendigkeit für kosmetische Eingriffe usw. wirklich hinterfragen. Aber das Sparpotenzial liegt vor allem bei den älteren Menschen, zu denen ich und Ältere gehören. Dieses sollte auch ausgeschöpft werden. Prämienrabatte wären vonnöten oder andere Massnahmen, um die Sache ins Gleichgewicht zu bringen.

Aus diesen Gründen werde ich der Prämiensenkungs-Initiative zustimmen. Also: kein übertriebener Luxus in der Grundversicherung. Das Gesundheitswesen muss dringend durchforstet, überarbeitet und entschlackt werden.

Also: Erste Priorität hat der Antrag der Minderheit II (Bortoluzzi), und zweite Priorität hat jener der Minderheit I (Gutzwiller).

**Steiert Jean-François (S, FR):** En tant que vice-président de la Fédération suisse des patients, je constate que le projet que nous soumet l'UDC est avant tout une vaste tromperie. L'UDC dit défendre les assurés de condition modeste et elle fait exactement le contraire, avec le projet de transférer un montant de plus 3 milliards de francs par année de l'actuelle assurance-maladie de base vers un régime de financement qui ne tient absolument pas compte des capacités financières des assurés et qui chargerait massivement les personnes âgées, les malades, les femmes, sans parler des nombreuses personnes âgées qui seraient exclues d'une partie des prestations de l'assurance. Je vois bien au quotidien, dans notre association, dans nos services de consultation, comme il est difficile pour une personne âgée de plus de 45 ou 50 ans de s'assurer encore dans l'assurance privée pour des prestations qui pourtant peuvent parfois être importantes.

L'UDC offre avec son assurance, ou donne l'impression d'offrir, d'une main des baisses de primes, tout en les confiscant de l'autre, à double ou à triple, auprès d'assurés qu'elle dit pourtant défendre. Je constate aussi que l'UDC a une propension pour les plans secrets. Son plan officiel qu'elle déclare publiquement, c'est: «Vous paierez moins de primes.» Son plan secret est complètement différent, il dit: «Nous allons faire payer les petites gens et notamment notre propre électorat.» Evidemment que quelques semaines avant les élections ce message passe assez mal.

On comprend votre propension aux plans secrets aussi dans le domaine de la santé. D'ailleurs, vous aimez manifestement les secrets, puisque depuis le lancement de votre initiative, il y a quelques années déjà, lors de la conférence de presse que vous avez tenue à la salle 86 du Palais du Parlement, vous donniez des listes de montants à couper qui correspondaient à 2 ou 3 pour mille des coûts de l'assurance de base, alors que vous prétendez à une réduction de 20 pour cent de ces coûts.

J'aimerais entendre – cela fait des années que je le souhaite mais je ne l'ai jamais entendu – comment et dans quels domaines vous comptez couper les 20 pour cent que vous nous annoncez. Serait-ce peut-être en augmentant la participation des assurés aux coûts hospitaliers? Serait-ce peut-être en abandonnant une partie du financement des soins des EMS? Il y a d'autres exemples qui sont grossiers, mais si l'on veut vraiment atteindre l'objectif de 20 pour cent, c'est bien dans le grossier qu'il faut commencer à couper. Vous ne nous dites pas où vous voulez couper. J'aimerais prendre connaissance enfin de votre plan secret.

Enfin, et paradoxalement pour un parti qui défend le marché dans l'ensemble des domaines de l'économie, je constate que Monsieur Keller, qui vient de parler, s'irrite avant tout de l'augmentation des coûts. En tant que bon défenseur d'une logique de marché, il devrait dire: «Nous avons le marché de la santé qui se développe et qui est en excellente forme, profitons-en!» Je suis un peu surpris de son attitude contradictoire à l'égard de la logique de marché.

Outre le transfert de charges antisocial et contraire aux promesses qui ont été tenues, tant à gauche qu'à droite, dans le cadre de la campagne sur la caisse unique, l'initiative prévoit un deuxième changement qui est fondamentalement contraire aux intérêts des assurés et des patients en Suisse. Avec l'introduction du financement moniste dans le domaine hospitalier au bénéfice des assureurs, le projet que vous défendez renforce le rôle de pilotes du système qu'endossent aujourd'hui les assureurs au détriment des collectivités publiques. Dans le cadre de son explication relative au contre-projet, Monsieur Gutzwiller a fait les louanges du système moniste qui, avec la nouvelle coordination prévue par le contre-projet, serait similaire au système de pilotage de notre système de formation, accepté à une forte majorité il y a un peu plus d'une année par le peuple.

Or, on constate qu'il y a deux différences fondamentales avec notre système de formation: d'une part, ce dernier prévoit, certes, une coordination entre cantons et Confédération, mais il n'a pas, au centre, et dans un rôle prédominant, un acteur privé dont l'intérêt premier est d'augmenter les bé-

néfices qu'il peut réaliser. D'autre part, on nous parle d'effets incitatifs négatifs ou positifs de la mise en oeuvre de l'initiative. Je constate que, lorsque le président de l'un des grands groupes d'assurance romands dit publiquement vouloir transférer 20 pour cent du volume de l'assurance obligatoire des soins vers l'assurance privée en justifiant ce choix par la nécessité de rester concurrentiel vis-à-vis du marché européen de l'assurance publique, manifestement les incitations du financement moniste proposé vont dans un sens qui n'est pas dans l'intérêt des patients et des assurés en Suisse. Si l'initiative va dans la fausse direction, le contre-projet de la minorité limite l'erreur, mais il va néanmoins également dans la fausse direction.

Les associations de patients ne s'opposent pas à une meilleure coordination des compétences, à des compétences plus centralisées, mais elles constatent que les exemples étrangers idoines montrent les effets néfastes de systèmes de santé marqués unilatéralement par l'apologie idéologique du marché plutôt que par la responsabilité de l'Etat qu'incarne ici Monsieur le conseiller fédéral Couchepin, même si nous n'approuvons pas toujours tous ses choix.

Les propositions qui nous sont soumises aujourd'hui sont un véritable hold-up sur le dos des assurés, des patients; c'est un hold-up sur notre assurance sociale au détriment des assurés, des bénéficiaires de notre assurance-maladie sociale, sans parler de la baisse de la qualité qui découlera notamment du démantèlement de la prévention ou encore de la suppression de l'obligation de contracter dans le domaine médical, au bénéfice, toujours, des assureurs.

A titre anecdotique, j'aimerais rappeler à Monsieur Brunner que c'est son parti qui, dans le canton de Fribourg, a lancé et fait aboutir une initiative hyperétatique puisqu'elle demandait que chaque district ait à disposition un hôpital public avec toute une série de services.

**Couchepin Pascal**, conseiller fédéral: L'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» semble promettre une baisse des primes de l'assurance obligatoire des soins. Comme on l'a vu au cours des débats, les moyens pour atteindre cet objectif ne sont pas clairs. On affirme souvent, sans apporter de preuves, que de nombreuses prestations peuvent être supprimées sans diminuer la qualité de l'offre de base à disposition de l'ensemble de la population. Aucun exemple concret réellement significatif n'a été donné.

Sous l'angle des coûts, cette initiative n'apporte pas non plus de solutions. Certes, elle ne dit pas explicitement qu'on doit réduire les prestations. Mais les dispositions transitoires montrent bien que les auteurs de l'initiative attendent une baisse des primes et des coûts par la suppression de prestations. Lorsqu'il s'agit de supprimer des prestations qui se chiffrent en milliards de francs, il y a des effets concrets sur le système, sur son aspect social et sur l'égalité de traitement des citoyens de ce pays. Il y a aussi des prestations actuellement couvertes par l'assurance de base qui ne le seraient plus si l'initiative était acceptée, notamment la couverture des prestations de maternité et les mesures de prévention qui ont une importance certaine et qui en auront encore davantage à l'avenir.

Bien sûr, on peut couvrir les prestations supprimées par des assurances complémentaires régies par le droit privé. Mais on sait que c'est un domaine où les coûts augmentent très rapidement et où l'aspect social, la solidarité ne sont pas pris en compte. Enfin, que deviennent les assurances d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail? Il semble qu'on irait vers leurs suppressions si l'initiative était acceptée.

Le Conseil fédéral recommande le rejet de l'initiative. Tout d'abord parce qu'il pense que la réduction du catalogue des prestations n'est pas la solution. Le problème n'est pas l'étendue des prestations, mais son volume. La multiplication de certains actes, c'est là que se trouve le problème.

Ensuite, l'initiative ne contient pas de mesures susceptibles de réduire les coûts. Bien sûr, une mesure comme la liberté

de contracter peut être avantageuse et pourrait avoir une certaine influence dans ce domaine. Je crois surtout qu'elle favoriserait une meilleure qualité des soins, mais qu'elle ne permettrait pas automatiquement de réduire les coûts. Par ailleurs, l'initiative veut introduire de nombreux principes qui n'ont pas vraiment leur place dans la Constitution. Ils devraient plutôt être intégrés au niveau de la loi.

Dans cette initiative, il y a aussi des éléments positifs, mais on peut les reprendre dans les réformes qui sont en cours. D'une manière générale, et je dirai cela aussi des deux contre-projets, le problème en Suisse, à propos de l'assurance-maladie, n'est pas de se battre sur les grands principes, en tout cas ce n'est pas très efficace. En effet, lorsqu'on a fini de se battre sur les grands principes, on n'a pratiquement encore rien fait. Il faut faire des lois d'application de ces grands principes, et c'est au moment où l'on s'attelle à rédiger les lois d'application des grands principes que commencent les difficultés. Chaque fois que le législateur perd courage devant la difficulté du travail quotidien, qui, comme le disait un de mes prédécesseurs, nécessite une ténacité d'insecte pour avancer, il dit: «Revenons-en aux principes et discutons d'un article constitutionnel qui va apporter une solution.»

Un article constitutionnel en soi définit au mieux des principes. Et vous savez bien qu'en Suisse, vous ne pouvez pas avoir des principes absolus: ni le marché pur, ni le système étatique pur. Les articles constitutionnels qui obtiennent une majorité ne peuvent être que modérés et ils doivent tenir compte à la fois du marché et de l'intervention de l'Etat. Par conséquent, toutes les batailles que vous allez livrer au sujet de l'article constitutionnel ne changeront rien à la situation actuelle où l'on cherche en permanence l'équilibre entre plus de marché et quand même une solidarité qui passe par l'intervention des Etats cantonaux et de l'Etat fédéral. Je ne dis pas que réfléchir sur un article constitutionnel est une perte de temps, mais je ne suis pas loin de le penser. Je crois que, dans la pratique, c'est quelque chose qui est bon pour des combats idéologiques mais n'amène rien du point de vue pratique.

On dit aussi, et on l'a répété dans les journaux ces derniers jours, que les coûts de la santé augmenteront en 2009. Je note qu'il y a quelques mois, on disait: «En 2008, les coûts de la santé augmenteront beaucoup plus que ne le prétend le ministre de l'intérieur.» Or on constate que ce qui avait été promis au début de l'année pour 2008 sera tenu.

Dès lors, tous ceux qui sont extrêmement malheureux qu'une fois il y ait un succès disent: «Mais en 2009, ça va reprendre!» Et lorsque, au mois de janvier dernier, je faisais des prévisions pour 2008, ils disaient: «Il est absolument impossible de faire des prévisions à neuf mois de distance! Il faut attendre l'automne pour faire des prévisions.» Or tout d'un coup, les mêmes milieux font des prévisions pour 2009, des prévisions pessimistes, comme si, à la fin, Santé-suisse – et là, je m'adresse à cet organisme – n'avait qu'un seul bonheur: pouvoir annoncer de mauvaises nouvelles – c'est-à-dire peut-être de bonnes nouvelles pour elle, à savoir une augmentation du chiffre d'affaires et une augmentation des primes!

J'aurais espéré que Santé-suisse, en même temps qu'elle annonçait des mauvaises nouvelles pour 2009, lance au moins quelques pistes pour agir immédiatement. Nous avons quant à nous un certain nombre d'idées et nous ne laisserons pas aller la situation dans le sens des souhaits de Santé-suisse – c'est-à-dire une hausse massive des primes pour 2009. On en reparlera ultérieurement.

Par contre, je soutiens Santé-suisse, Monsieur Steiert, lorsque ses porte-parole disent que les débats qui auront lieu dans ce Parlement dans les prochains jours au sujet du financement des hôpitaux et des soins, auront une incidence certaine sur les primes dans les années prochaines, que les solutions préconisées par la majorité de la commission vont dans le sens d'un accroissement massif des coûts et des primes et qu'il faudra avoir la volonté de revenir en arrière sur certaines propositions.

Revenons à l'objet du débat d'aujourd'hui: l'initiative populaire de l'UDC, malgré son beau titre, ne répond pas par son contenu à l'étiquette. Le contre-projet du Conseil des Etats cimente la situation actuelle, et par conséquent n'amène rien d'extraordinaire et surtout ne justifie pas un débat, n'ouvre pas de perspectives pour le futur en essayant de mettre certains accents.

Le contre-projet de la minorité de la commission, qui a été défendu par Monsieur Wehrli et quelques autres personnes, a plus de chair. Il est naturellement plus consistant, mais on ne peut pas voter un article constitutionnel comme celui-là, avec un changement de système quasiment complet – du moins dans l'esprit des professeurs qui l'ont élaboré –, sans avoir un débat préalable qui permette d'en mesurer les conséquences. Dans ce pays, un article constitutionnel ne s'improvise pas, même avec de bonnes intentions. Il est bâti sur un débat politique et il finit par aboutir à un texte: on ne peut pas commencer par adopter un texte et ensuite mener le débat politique. Or, c'est un peu ce que nous propose la minorité qui soutient cette proposition. Elle dit: «Votez le texte, et après on fera le débat politique.» Je crois que c'est le contraire qu'il faut faire, au niveau du Parlement.

Une initiative populaire est quelque chose de différent. Au niveau du Parlement, on ne peut pas se lancer dans une aventure sans avoir pris un certain nombre de précautions préalables.

C'est la raison pour laquelle je vous invite à dire «non, non et non», trois fois non! Pour une fois, je parle un peu le langage de l'UDC: ayez le courage de dire «non, non et non» et vous ferez de la bonne politique!

**Fehr** Jacqueline (S, ZH), für die Kommission: Interessant ist, was in dieser Debatte von den Befürwortern der Initiative und des Gegenvorschlages nicht gesagt wurde. Es wurde viel über Transparenz, Qualität, Koordination und Eigenverantwortung gesprochen. Weniger wurde von den Befürwortern gesagt, was das ausgedeutet heisst. Deshalb möchte ich es im Namen der Mehrheit, die eben die Initiative ablehnt, wiederholen.

Ausgedeutet heisst es, dass nach dem Willen der SVP künftig Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft nicht mehr von der Grundversicherung übernommen würden. Die Geburt würde also zu einem finanziellen Risiko für ein Paar. Prävention wie Impfungen und Krebsvorsorge würden ebenfalls nicht mehr von der Grundversicherung übernommen. Die Vertragsfreiheit würde aufgelöst, wir könnten also den Arzt nicht mehr frei wählen. Die öffentlichen Gelder, die Steuergelder, würden in die Kassen der Krankenversicherungen fliessen. Sie würden zu Kassenstellen des Staates, ohne dass sie dabei kontrolliert werden könnten.

Beim Leistungskatalog würden die Mittel gemäss Zusagen oder Versprechen der SVP um mindestens 3 Milliarden Franken gekürzt. Sie sagt aber bis heute nicht, wo das passieren soll, welche Leistungen im Umfang von 3 Milliarden Franken von der Grundversicherung in die Privatversicherung verschoben würden und was das für welche Bevölkerungsgruppen hiesse. Was insbesondere nicht gesagt wird, ist, wer von der Initiative profitieren würde, und vor allem, wer unter dem Strich deutlich mehr zahlen müsste.

Interessant ist auch, was gesagt wurde. Ganz zum Schluss der Debatte wurde wieder einmal ein ziemliches Durcheinander zwischen den verschiedenen Kostenblöcken gemacht, den Kosten der Grundversicherung, die rund 17 Milliarden Franken betragen, und den Kosten des Totals, also den gesamten Gesundheitskosten in unserem Land, die rund 50 Milliarden betragen. 50 Milliarden Franken umfasst der Gesundheitsmarkt. In diesem Gesundheitsmarkt geht es um Wachstum, um Profite, um Arbeitsplätze, um Innovationen, um Entwicklungen. In diesem Markt ist die Grundversicherung, ist diese Sozialversicherung integriert, wo eben ganz andere Prinzipien wie Solidarität, Ausgleich und soziale Finanzierung das Thema sind.

Daneben wurde auch behauptet – ich glaube, das muss hier richtiggestellt werden –, dass die Versorgung der Bevölkerung seit Einführung des KVG schlechter geworden sei. Ich

glaube, man kann mit Fug und Recht politisch über die Kosten und über die Kostenverteilung streiten; was aber einfach nicht stimmt, ist die Behauptung, dass die Bevölkerung schlechter versorgt sei als vor Einführung des KVG. Und, Herr Keller, gerade mit Blick auf die alternde Gesellschaft ist ein solidarisches Gesundheitssystem wohl von unschätzbarem Wert.

Noch ein paar Worte zum Gegenvorschlag: Auch nach der heutigen Debatte bleibt offen, ob der Gegenvorschlag im Grundsatz nur ein Mittel war, um Zeit zu gewinnen, um die SVP-Initiative nicht mehr vor den Wahlen zur Abstimmung zu bringen. Die heutige Debatte hat erneut klargemacht, dass es kein reifes Projekt ist. Im Gegenteil, es wurde noch einmal klar, dass dieses Projekt unausgegoren ist, dass es eben auf einem Projekt basiert, das von aussen an die Kommission herangetragen worden ist. Ich bin nach wie vor nicht der Meinung, dass der Rat die Gesundheitspolitik machen sollte, die von Economiesuisse formuliert worden ist.

Käme der Gegenvorschlag zur Abstimmung – und darüber werden wir jetzt dann gerade entscheiden –, müssten sich die Stimmberechtigten folgende Fragen stellen: Wollen wir, dass die Krankenversicherungen künftig auch im Bereich der Grundversicherung Gewinne machen können und damit die Prämien nicht allein aufgrund der zu erbringenden Leistungen, sondern auch aufgrund der zu erwartenden Gewinne festlegen? Wollen wir, dass die Kassen gestärkt werden, indem sie eben in der monistischen Finanzierung auch noch die Steuergelder verwalten und hier zur Kassenstelle des Staates werden? Wollen wir – oder wollen wir eben nicht mehr – unsere Ärztinnen und Ärzte frei wählen können? Wollen wir die soziale Krankenversicherung, wie wir sie seit zehn Jahren haben, aushöhlen und zu einem System zurückkehren, in dem Kranke mehr zahlen als Gesunde, Alte mehr zahlen als Junge und Frauen mehr zahlen als Männer? Wollen wir also mit diesem Gegenvorschlag die Türe zur Privatisierung des Gesundheitssystems öffnen?

Die Mehrheit der Kommission will das nicht und empfiehlt deshalb den Gegenvorschlag zur Ablehnung; das heisst, die Mehrheit empfiehlt, dem Volk die SVP-Initiative zur Ablehnung zu empfehlen, und das ohne Gegenvorschlag.

**Guisan** Yves (RL, VD), pour la commission: Je ne vais pas reprendre tous les éléments et tous les arguments qui parlent pour le rejet de cette initiative. Son titre est trompeur, elle aboutirait à un changement à 180 degrés de la philosophie de l'assurance sociale si elle était acceptée. Cette initiative déboucherait sur une libéralisation à l'américaine, c'est-à-dire sur le système de santé le plus cher du monde, et le plus asocial de l'OCDE. Le titre est trompeur, parce que la réduction des prestations devrait prendre une ampleur irréalisable pour parvenir aux effets escomptés. Une réduction des dépenses d'un milliard de francs permettrait d'obtenir une réduction des primes de 5 pour cent seulement, soit de 10 à 20 francs selon les cantons et les assureurs.

Si l'on suit Monsieur Scherer dans sa volonté de supprimer les prestations de luxe – je signale en passant, nota bene, que la chirurgie esthétique n'est actuellement pas à charge des caisses-maladie –, si l'on supprime la prescription d'héroïne, on parviendra difficilement à dépasser les 100 à 200 millions de francs d'économie. La suppression des prestations de maternité est simplement inacceptable. Et lorsque l'on demande aux intéressés quelles prestations devraient être concrètement supprimées, a fortiori pour réaliser les 2,5 milliards de francs évoqués par Monsieur Parmelin, ils restent bouche bée.

Lorsque la commission vous demande de rejeter cette initiative, par 18 voix contre 7, ce n'est pas la gauche qui le demande, mais l'UDC est bien seule en la matière.

Un contre-projet signifie normalement que l'on fait un pas dans la direction des initiants. Or, dans le cas particulier il n'en est rien et on prend prétexte de l'initiative pour proposer un nouveau projet constitutionnel, mais dépourvu de la préparation approfondie et des contacts qui découlent des consultations préalables, nécessaires pour garantir son

succès – Monsieur le conseiller fédéral vient de le mentionner tout à l'heure.

Ce contre-projet s'appuie, non sans ambigüités, sur la notion de concurrence. Comment, en effet, préconiser la liberté de contracter dans un contexte de concurrence régulée, comme le postule Monsieur Gutzwiller? La concurrence économique a ses limites dans un système d'assurance sociale solidaire et obligatoire, aux ressources, par définition, limitées.

Pour faire baisser les prix, la concurrence économique s'appuie sur une expansion libre du marché, ce qui n'est pas le cas dans le cadre de l'assurance-maladie, et, qui plus est, n'est pas souhaitée. La concurrence dans le domaine de l'assurance-maladie ne peut donc se limiter qu'à l'efficacité et à la qualité de la prise en charge pour assurer l'économicité du traitement.

Enfin, la liberté de contracter peut aboutir au transfert dans la sélection des risques sur les fournisseurs de prestations, ce qui est éthiquement inacceptable.

Par 12 voix contre 8, la commission vous prie donc de refuser le contre-projet de la minorité Gutzwiller.

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Wir haben einen Zeitvorsprung. In Absprache mit den beiden Berichterstattern würde ich nach diesem Geschäft noch gerne die Beratung der Volksinitiative 06.066, «Ja zur Komplementärmedizin», beginnen, die für morgen traktandiert ist. Es würden noch die beiden Berichterstatter sprechen. Morgen früh werden wir dann mit dem Geschäft weiterfahren. – Sie sind damit einverstanden.

*Eintreten ist obligatorisch*

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

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung»  
Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base»**

*Detailberatung – Discussion par article*

**Titel und Ingress, Art. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Titre et préambule, art. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 1a**

*Antrag der Mehrheit*

Streichen

*Antrag der Minderheit I*

(Gutzwiller, Bortoluzzi, Egerszegi-Obrist, Hassler, Humbel Näf, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl, Triponez, Wehrli)

*Abs. 1*

Gleichzeitig wird Volk und Ständen ein Gegenentwurf der Bundesversammlung «Mit Wettbewerb für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen» zur Abstimmung unterbreitet.

*Abs. 2 Einleitung*

Der Gegenentwurf lautet:

*Abs. 2 Art. 117*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 1*

Der Bund erlässt Vorschriften über die Krankenversicherung. Die Krankenversicherung umfasst die Krankenpflegeversicherung, die Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft vorsieht und auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und

Unfall festlegen kann. Sie kann eine Taggeldversicherung umfassen.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 1bis*

Bund und Kantone sorgen gemeinsam im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine Gesundheitsversorgung von hoher medizinischer Qualität und Wirtschaftlichkeit. Sie koordinieren ihre Anstrengungen und stellen ihre Zusammenarbeit durch gemeinsame Organe und andere Vorkehrungen sicher.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 2*

Sie beachten dabei folgende Grundsätze:

a. Der Bund kann die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen frei wählen unter den Leistungserbringern, die zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen sind, sowie unter den zugelassenen Krankenversicherern.

b. Der Bund legt die Leistungen der Krankenpflegeversicherung fest und stellt die Grundsätze auf für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen.

c. Die Durchführung der Krankenversicherung richtet sich nach den Kriterien der Effizienz, der Effektivität und der Transparenz. Der Qualitäts- und Preiswettbewerb bei Leistungserbringern und Versicherern ist gewährleistet. Die Eigenverantwortung der Versicherten wird gefördert.

d. Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

e. Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenpflegeversicherung tätig sind, berücksichtigen die Mindestversorgung der Bevölkerung und richten sich nach Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsnachweisen. Die nationale Freizügigkeit auf Seiten der Versicherten sowie der Binnenmarkt aufseiten der Leistungserbringer sind zu gewährleisten.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 3*

Die Krankenpflegeversicherung wird finanziert über die Prämien und die Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über öffentliche Beiträge, welche den Versicherern ausgerichtet werden.

**Art. 1a**

*Proposition de la majorité*

Biffer

*Proposition de la minorité I*

(Gutzwiller, Bortoluzzi, Egerszegi-Obrist, Hassler, Humbel Näf, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl, Triponez, Wehrli)

*Al. 1*

En même temps que l'initiative, un contre-projet de l'Assemblée fédérale «Pour un système de soins plus efficace et de meilleure qualité grâce à une concurrence accrue» sera soumis au vote du peuple et des cantons.

*Al. 2 introduction*

Le contre-projet a la teneur suivante:

*Al. 2 art. 117*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2 art. 117a al. 1*

La Confédération légifère sur l'assurance-maladie. L'assurance-maladie comprend l'assurance des soins, laquelle prévoit des prestations en cas de maladie et de maternité, et peut également fixer des prestations en cas d'accident et de dépendance. Elle peut comprendre une assurance d'indemnités journalières.

*Al. 2 art. 117a al. 1bis*

La Confédération et les cantons veillent conjointement, dans le cadre de leurs compétences, à garantir un système de soins rentable et de grande qualité. Ils coordonnent leur action et assurent leur collaboration par le recours à des organes communs et la prise de mesures complémentaires.

*Al. 2 art. 117a al. 2*

Ce faisant, ils respectent les principes suivants:

a. la Confédération peut déclarer l'assurance-maladie obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories

de personnes; dans l'assurance obligatoire des soins, les personnes tenues de s'assurer peuvent librement choisir parmi les fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance-maladie qui sont autorisés à pratiquer et parmi les assureurs-maladie qui sont autorisés;

b. la Confédération définit les prestations de l'assurance des soins et fixe les principes d'un approvisionnement de la population en prestations médicales qui soit efficace, approprié et économique;

c. la mise en oeuvre de l'assurance-maladie répond aux critères d'efficacité, d'efficacités et de transparence; la concurrence au niveau de la qualité et des prix entre fournisseurs de prestations et entre assureurs est garantie; la responsabilité individuelle des assurés est encouragée;

d. adhérer à la décision du Conseil des Etats;

e. les conditions posées à l'activité des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance-maladie tiennent compte de l'approvisionnement minimal de la population et sont définies en fonction de certificats de qualité et d'efficacité. Le libre passage des assurés au niveau national et le marché intérieur pour les fournisseurs de prestations sont garantis.

*Al. 2 art. 117a al. 3*

L'assurance des soins est financée par les primes et les participations aux coûts à la charge des assurés ainsi que par des contributions publiques, qui sont versées aux assureurs.

## **Art. 2**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit I*

(Gutzwiller, Bortoluzzi, Egerszegi-Obrist, Hassler, Humbel Näf, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl, Triponez, Wehrli)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit II*

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl)

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Initiative anzunehmen.

## **Art. 2**

*Proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité I*

(Gutzwiller, Bortoluzzi, Egerszegi-Obrist, Hassler, Humbel Näf, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl, Triponez, Wehrli)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité II*

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Miesch, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl)

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

*Erste Abstimmung – Premier vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 05.055/4613)

Für den Antrag der Minderheit I .... 62 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II .... 53 Stimmen

**siehe Seite / voir page 50**

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 05.055/4614)

Für den Antrag der Minderheit I .... 109 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit .... 74 Stimmen

**siehe Seite / voir page 51**

**Präsidentin** (Egerszegi-Obrist Christine, Präsidentin): Weil Eintreten obligatorisch ist, findet keine Gesamtabstimmung statt. Das Geschäft geht an den Ständerat zurück.

05.055

**Für tiefere  
Krankenkassenprämien  
in der Grundversicherung.  
Volksinitiative  
Pour la baisse  
des primes d'assurance-maladie  
dans l'assurance de base.  
Initiative populaire**

*Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBI 2005 4315)  
Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4095)

Bericht SGK-SR 12.09.06  
Rapport CSSS-CE 12.09.06

Ständerat/Conseil des Etats 25.09.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Bericht SGK-NR 02.11.06  
Rapport CSSS-CN 02.11.06

Nationalrat/Conseil national 14.12.06 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 18.09.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2008 3)  
Texte de l'acte législatif (FF 2008 3)

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für tiefere  
Krankenkassenprämien in der Grundversicherung»  
Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour la  
baisse des primes d'assurance-maladie dans l'as-  
surance de base»**

**Präsident** (Brändli Christoffel, Präsident): Es liegt eine aktualisierte Fassung der Fahne vor.

**Art. 1a***Antrag der Mehrheit**Abs. 1*

... Bundesversammlung «Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung» zur ...

*Abs. 2 Art. 117 Titel*

Unfallversicherung

*Abs. 2 Art. 117a Titel*

Krankenversicherung

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 1*

Der Bund erlässt Vorschriften über die Krankenversicherung.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 1bis*

Streichen

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 2*

Die Krankenversicherung beinhaltet eine Krankenpflegeversicherung; sie kann auch eine Taggeldversicherung beinhalten. Die Krankenpflegeversicherung sieht Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft vor; sie kann auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Unfall vorsehen.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 3*

Beim Erlass der Vorschriften beachtet der Bund folgende Grundsätze:

- Die Leistungen der Krankenpflege müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.
- Die Krankenversicherung richtet sich nach den Prinzipien des Wettbewerbes und der Transparenz. Die Eigenverantwortung der Versicherten wird gefördert.
- Versicherer, die im Rahmen der Krankenversicherung tätig sein wollen, bedürfen einer Zulassung.
- Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zu Lasten der Krankenpflegeversicherung tätig sein können, werden so festgelegt, dass eine qualitativ hochstehende

Leistungserbringung und der Wettbewerb gewährleistet sind.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 4*

Der Bund kann die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Im Falle einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen frei wählen unter den zugelassenen Krankenversicherern und den Leistungserbringern, die zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen sind.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 5*

Bund und Kantone sorgen bei der Durchführung der Krankenversicherung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten gemeinsam für eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität und Wirtschaftlichkeit und koordinieren ihre Massnahmen.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 6*

Die Krankenpflegeversicherung wird finanziert über die Prämien und die Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über öffentliche Beiträge, die demjenigen Träger ausgerechnet werden, der die Leistungen vergütet. Bund und Kantone sehen Prämienverbilligungen vor; dabei tragen sie der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung.

*Antrag der Minderheit*

(Ory, Leuenberger-Solothurn)

Streichen

**Art. 1a***Proposition de la majorité**Al. 1*

... fédérale «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie» sera soumis ...

*Al. 2 art. 117 titre*

Assurance-accidents

*Al. 2 art. 117a titre*

Assurance-maladie

*Al. 2 art. 117a al. 1*

La Confédération légifère sur l'assurance-maladie.

*Al. 2 art. 117a al. 1bis*

Biffer

*Al. 2 art. 117a al. 2*

L'assurance-maladie propose une assurance des soins; elle peut aussi proposer une assurance d'indemnités journalières. L'assurance des soins prévoit des prestations en cas de maladie et de maternité et peut prévoir des prestations en cas d'accident et de besoin en soins réguliers.

*Al. 2 art. 117a al. 3*

Lorsqu'elle légifère, la Confédération respecte les principes suivants:

- les prestations relevant de l'assurance des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques;
- l'assurance-maladie est mise en oeuvre conformément aux principes de la concurrence et de la transparence; la responsabilité individuelle des assurés est encouragée;
- les assureurs désirant exercer une activité dans le domaine de l'assurance-maladie sont soumis à une autorisation;
- les conditions posées à l'activité des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance-maladie sont fixées de manière à garantir la qualité et la concurrence.

*Al. 2 art. 117a al. 4*

La Confédération peut déclarer l'assurance-maladie obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes; les personnes assujetties à l'assurance obligatoire des soins peuvent choisir librement un des assureurs-maladie reconnus ainsi que les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie.

*Al. 2 art. 117a al. 5*

La Confédération et les cantons veillent, dans le cadre de leurs compétences, à garantir un système de santé publique rationnel et de qualité; ils coordonnent leur action.

*Al. 2 art. 117a al. 6*

L'assurance des soins est financée par les primes et les participations aux coûts à la charge des assurés ainsi que par des contributions publiques versées à l'organisme qui fi-

nance les prestations. La Confédération et les cantons prévoient des réductions de primes en fonction de la situation financière des assurés.

*Proposition de la minorité*  
(Ory, Leuenberger-Solothurn)  
Biffer

**Altherr** Hans (RL, AR), für die Kommission: Zum besseren Verständnis der Vorlage und auch im Hinblick auf die Materialien muss ich bei diesem Geschäft etwas weiter ausholen, als Sie es von mir gewohnt sind. Ich werde mich im Folgenden zur Entstehungsgeschichte, zur Vernehmlassung und dann auch zum Inhalt äussern.

1. Zur Entstehungsgeschichte bzw. zum Stand des Geschäfts: Beide Räte haben beschlossen, die Initiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» den Stimmberechtigten zur Ablehnung zu empfehlen. Beide Räte haben beschlossen, der Initiative einen direkten Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Beide Räte haben dies auf Antrag einer Minderheit ihrer jeweiligen SGK getan. Ich sage das hier deshalb, um einigermaßen verständlich zu machen, dass erst in den letzten Monaten überhaupt eine Vernehmlassung zum Verfassungsartikel durchgeführt werden konnte. Wir hatten ja keinen Entwurf des Bundesrates, und die Mehrheiten der beiden SGK hatten keinen Anlass, einen Minderheitsantrag in die Vernehmlassung zu geben. Die Vernehmlassungsfrist musste – das ist ein weiterer Schönheitsfehler – sehr kurz gehalten werden, damit die Ergebnisse noch diskutiert und berücksichtigt werden konnten. Wir müssen ja in der laufenden Session zu einem Antrag kommen, ansonsten würde die wegen des Gegenvorschlags bereits verlängerte Behandlungsfrist ablaufen und die Vorlage den Stimmberechtigten ohne einen Antrag des Parlamentes vorgelegt werden.

Der Stand nach der Behandlung in beiden Räten war, ganz kurz zusammengefasst, der, dass beide Räte den bestehenden Zustand in der Verfassung festschreiben und zusätzlich drei deutliche Zeichen setzen wollten: dass wir nämlich erstens einen zwar regulierten Wettbewerb, aber doch einen Wettbewerb im Gesundheitswesen bzw. im Bereich der Krankenversicherung wollen; dass wir zweitens ein Gesundheitswesen wollen, das sich an der Qualität orientiert, und drittens eines, das sich an der Wirtschaftlichkeit orientiert. Diese Instrumente sind zum grössten Teil nicht neu, sondern stehen bereits im KVG oder sollen in den laufenden Revisionen ins KVG geschrieben werden. Zwei Eckzähne hat die Vorlage aber doch: Sie heissen Vertragsfreiheit und Monismus; ich komme darauf zurück.

2. Zur Vernehmlassung: Die meisten Teilnehmer an der Vernehmlassung bedauerten die kurze Frist und kritisierten sie mehr oder weniger scharf, was ich bereits zu erklären versucht habe. Inhaltlich sind die Kantone grösstenteils gegen die Vorlage. Die meisten sind gegen die Vertragsfreiheit und gegen den Monismus; im Übrigen, so finden sie, bringe die Vorlage nichts Neues. Selbstverständlich kann man Vertragsfreiheit und Monismus bekämpfen. Die Behauptung aber, die Vorlage bringe nichts Neues, geht von einem merkwürdigen Verfassungsverständnis aus. Aufgrund der geltenden Verfassung kann der Bund nur in den Bereichen Unfallversicherung, Krankenversicherung und in einigen Spezialbereichen Vorschriften erlassen. Verschiedene Bestimmungen im geltenden KVG sind verfassungswidrig. Mit dem Gegenvorschlag würden wir eine klare Verfassungsgrundlage schaffen. Die Parteien und die Sozialpartner waren in der Vernehmlassung geteilter Auffassung.

3. Zum Inhalt: Die Subkommission und danach die SGK haben die Ergebnisse der Vernehmlassung diskutiert, und sie haben die Kritik in zwei wesentlichen Punkten aufgenommen: So wurde das paritätische Organ fallengelassen. Es steht demnach nicht mehr in der Verfassung, auf welche Weise Bund und Kantone Konflikte lösen müssen. Wir sind uns aber einig, dass es solche Konflikte auch weiterhin geben wird oder geben würde. Das ergibt sich aus der Aufgabenteilung im Gesundheitswesen.

Heute und auch weiterhin ist das Gesundheitswesen primär Sache der Kantone. Ihre Kompetenzen sind aber eingeschränkt, z. B. dadurch, dass es eine eidgenössische und für alle obligatorische Krankenversicherung gibt und dass auch die Prämienverbilligung in den Grundzügen eidgenössisch geregelt ist. Es ist und bleibt damit im System angelegt, dass es verschiedene Zahlungsströme gibt. Wenn wir von den Selbstzahlern absehen, sind es die Kantone einerseits und die Versicherer, also die Kassen, andererseits.

Diese Stromsysteme sind grundverschieden, wenn wir einerseits den ambulanten und andererseits den stationären Bereich anschauen. Das schafft Anreize, die zu unerwünschten Konsequenzen führen. Solange wir diese verschiedenen Zahlungsströme haben, wird es so bleiben. Abhilfe kann nur ein monistisches System schaffen. Entgegenkommen sind wir in diesem Bereich mit einer offeneren Formulierung, indem wir nicht mehr sagen, wer der Monist ist. Ich verweise Sie dazu auf Absatz 6 auf Seite 7 der Fahne in der aktualisierten Fassung – dans la version actualisée –, die wir heute Morgen auf dem Tisch vorgefunden haben. Es heisst dort, die Beiträge würden demjenigen ausgerichtet, «der die Leistungen vergütet». Das können, ausser aber nicht, die Versicherer sein. Möglich ist auch ein Clearingsystem, in welchem die Kantone aktiv mitwirken. Der Gesetzgeber wird dies festlegen müssen.

Schliesslich noch ein Wort zur Vertragsfreiheit. Die Mehrheit Ihrer SGK ist nach wie vor der Überzeugung, dass sie einzuführen sei. Wann und vor allem in welcher Form ist aber auf Verfassungsstufe nicht geregelt; die Formulierung ist auch relativ offen. Schauen Sie sich Absatz 3 Buchstabe d an: Die Zulassungsvoraussetzungen sind so zu gestalten, «dass eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung und der Wettbewerb gewährleistet sind». Wettbewerb ist damit wohl ein wichtiges, aber nicht das einzige Kriterium. Auf Einzelheiten werde ich in der Detailberatung eingehen, wobei ich von einer absatzweisen Beratung ausgehe.

Die Fahne sieht etwas merkwürdig aus. Zurückzuführen ist das darauf, dass es keine direkte Gegenüberstellung der Version des Nationalrates und unserer Version gibt; das ist darauf zurückzuführen, dass die Redaktionskommission nach der Beratung in Ihrer SGK einen neuen Formulierungsvorschlag unterbreitet hat. Diesen haben wir in einer soeben abgehaltenen Kommissionssitzung übernommen. Er stimmt inhaltlich mit unserem ursprünglichen Vorschlag auf der ersten Fahne, die Sie im Vorfeld der Session erhalten haben, überein. Er ist aber kürzer und eleganter formuliert, womit er nun auch sprachlich unserer Verfassung würdig ist.

Die Kommission empfiehlt mit 7 zu 3 Stimmen die Annahme der Vorlage.

**Präsident** (Brändli Christoffel, Präsident): Zum Verfahren: Wir sind im Differenzbereinungsverfahren daran, einen Gegenvorschlag zu erarbeiten, den man in der Schlussabstimmung – sofern das Produkt vorliegt – annehmen oder ablehnen kann. Wir werden heute zuerst den Gegentwurf bereinigen und ihn am Schluss dem Antrag der Minderheit auf Streichung gegenüberstellen – also über die Grundsatzfrage ja oder nein entscheiden. Ich werde jetzt die Bestimmungen gemäss dem Antrag der Mehrheit aufrufen.

*Abs. 1, Abs. 2 Art. 117 Titel – Al. 1, al. 2 art. 117 titre*

**Altherr** Hans (RL, AR), für die Kommission: Ich möchte Sie auf den Titel des Gegentwurfes hinweisen, den wir formuliert haben: «Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung.» Dazu folgende Bemerkungen: Ein Titel ist für Gegenvorschläge zwingend. Unser Vorschlag will zum Ausdruck bringen, dass es um die Krankenversicherung geht und dass Qualität und Wirtschaftlichkeit im Vordergrund stehen. Den Wettbewerb haben wir nicht erwähnt, weil wir ihn nur als ein Mittel betrachten und weil auch niemand einen unbeschränkten Wettbewerb will.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 1 – Al. 2 art. 117a al. 1*

**Altherr** Hans (RL, AR), für die Kommission: Der bisherige Absatz 1 wurde der Klarheit wegen in zwei Absätze aufgeteilt. Absatz 1 in der neuen Fassung ist die Grundlage des gesamten Artikels. Die Formulierung folgt einem gängigen Muster der Bundesverfassung, wie z. B. in den Artikeln 108, 109, 110 und 112.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 2 – Al. 2 art. 117a al. 2*

**Altherr** Hans (RL, AR), für die Kommission: Absatz 1bis werden wir nachher behandeln; er ist zu Absatz 5 geworden.

Zu Absatz 2: Zuhanden des Amtlichen Bulletins sei betont, dass damit keine Leistungseinschränkung beabsichtigt ist. Namentlich in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Schwangerschaftsabbruch, aber auch bei den Transporten und Rettungen gibt es Leistungen, die heute zumindest teilweise von den Kassen übernommen werden. Das soll grundsätzlich so bleiben. Der Verfassungstext ist so gemeint, dass auch diese Leistungen mit erfasst sind.

Wir haben diese Fragen lange diskutiert und auch die folgende Formulierung besprochen: «Die Krankenpflegeversicherung umfasst insbesondere Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft.» Das würde dann aber alles ermöglichen; und es scheint uns besser, auf Verfassungsebene eine relativ strikte Formulierung zu wählen und die Leistungsbereiche dann auf Gesetzesebene zu benennen. Jedenfalls ist mit der vorliegenden Formulierung keine Einschränkung der derzeit geltenden Leistungen beabsichtigt; ich halte dies hier nochmals ausdrücklich fest.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 3 – Al. 2 art. 117a al. 3*

**Altherr** Hans (RL, AR), für die Kommission: Absatz 3 ist der bisherige Absatz 2. Die Bestimmung enthält den Kern dessen, was der Gesetzgeber auf welche Weise im KVG zu regeln hat. Sie richtet sich an den Bund, weshalb die Kantone im Ingress im Unterschied zur Fassung des Nationalrates nicht erwähnt werden. Ähnliche Vorgaben für den Gesetzgeber finden sich in den Artikeln 112, 113 und 114 der Bundesverfassung. Der bisherige Buchstabe a findet sich neu in Absatz 4, ich werde diese Bestimmung dort kurz kommentieren. Der Grund, sie zu verschieben, ist, dass eine Kann-Bestimmung kein zwingender Grundsatz sein kann, und in Absatz 3 behandeln wir lediglich die Grundsätze.

Die vorgeschlagenen Grundsätze in den Buchstaben a bis d regeln je einen klar umschriebenen Bereich: Buchstabe a die Leistungen, Buchstabe b die Krankenversicherung als Ganzes, Buchstabe c die Krankenversicherer und Buchstabe d die Voraussetzungen, unter denen die Leistungserbringer, also die Spitäler, Heime, Ärzte, Hebammen usw., zugelassen werden. Ich behandle alle Buchstaben, wenn Sie einverstanden sind.

Absatz 3 Buchstabe a entspricht der bisherigen Formulierung des Ständerates. Dass die Leistungen in Listen gefasst werden können, wurde aber weggelassen, in der Meinung, dass dies eine Möglichkeit ist, aber keine zwingende. Die Fassung des Nationalrates will im Grunde dasselbe aussagen wie die Fassung der SGK Ihres Rates. Sie ist aber unglücklich formuliert und daher abzulehnen. So stören wir uns am Begriff «Versorgung der Bevölkerung» und vor allem an demjenigen der «medizinischen Leistungen». «Versorgung» ist zu passiv, und neben den medizinischen würden die pflegerischen Leistungen hier fehlen, wenn man die Fassung des Nationalrates übernehme.

Buchstabe b wurde vereinfacht. Der Begriff des Wettbewerbs enthält auch diejenigen Begriffe der Effizienz und der Effektivität. Die Transparenz soll klare und einfache Vergleiche unter den Kassen ermöglichen. Die Eigenverantwortung kann im Rahmen der bisherigen Selbstbehalte und Franchisen, aber auch mit Aufklärung gefördert werden. Hier liegt auch die verfassungsrechtliche Grundlage für die Prävention und die Gesundheitsförderung.

Auch Buchstabe c wurde vereinfacht: Wenn es eine Zulassung der Krankenversicherung braucht, wie wir sie hier stipulieren, dann ist es selbstverständlich, dass die Kriterien für diese Zulassung bundesrechtlich geregelt werden müssen. Wer diese Kriterien erfüllt, hat einen Anspruch auf Zulassung.

Zu Buchstabe d: Die bisherigen Fassungen sind nach Auffassung der Redaktionskommission sprachlich nicht korrekt. Die Voraussetzungen können keine Ziele gewährleisten. Inhaltlich weicht der Ihnen unterbreitete Vorschlag vom Beschluss des Nationalrates ab, indem wir die schwerfällige Formulierung über die nationale Freizügigkeit und über den Binnenmarkt weglassen. Diese Formulierung stammt von der Weko, gehört aber nach Auffassung von Verfassungsjuristen nicht hierhin. Die SGK hält aber fest, dass es nicht ihr Wille ist, auf diese Freizügigkeit oder auf den Binnenmarkt zu verzichten. Die Ausgestaltung ist aber auf jeden Fall auf Gesetzesstufe vorzunehmen, und eine verfassungsrechtliche Grundlage ist nicht zwingend notwendig. Dies sind meine Ausführungen zu Absatz 3.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 4 – Al. 2 art. 117a al. 4*

**Altherr** Hans (RL, AR), für die Kommission: Hier wird der ehemalige Absatz 2 Buchstabe a wieder aufgenommen. Es wird dem Bund die Befugnis eingeräumt, die Krankenversicherung für alle oder auch nur für einzelne Bevölkerungsgruppen für obligatorisch zu erklären. In diesem Fall, und nur in diesem, wird dem Versicherten die Möglichkeit gegeben, unter den Versicherern, also unter den zugelassenen Kassen, und auch unter den Leistungserbringern, also unter den Spitälern, Ärzten usw., frei zu wählen. Das schliesst selbstverständlich nicht aus, dass der Versicherte seine Wahlfreiheit selbst einschränken kann, indem er z. B. in einem Managed-Care-Modell bestimmte Pflichten auf sich nimmt und sich damit reduzierte Prämien einhandelt.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 5 – Al. 2 art. 117a al. 5*

**Altherr** Hans (RL, AR), für die Kommission: Absatz 5 ist der bisherige Absatz 1bis. Durch die Präzisierung bei der Durchführung der Krankenversicherung haben wir den Anwendungsbereich, um den es im ganzen Artikel ja geht, auf eben dieses KVG eingeschränkt.

Dem kritischen Leser fällt auf, dass die Begriffe «Grundversorgung» oder «flächendeckende Grundversorgung» vermieden werden. Dies geschieht aus zwei Überlegungen heraus. Zum einen soll vermieden werden, dass es in diesem dynamischen Bereich so etwas wie eine Besitzstandsgarantie gibt. Niemand weiss genau, wie die Medizin in zehn oder in zwanzig Jahren aussieht. Anpassungen an die Entwicklung müssen möglich bleiben. Zum zweiten – und das ist zumindest für mich das entscheidende Argument – ist und bleibt das Gesundheitswesen Sache der Kantone. Es darf deshalb keine eidgenössische Umschreibung dessen geben, was Grundversorgung ist und was flächendeckend heisst; das ist und bleibt Sache der Kantone und ist von diesen in einem politischen Prozess zu entscheiden. Die Ergebnisse dieses Prozesses können von Kanton zu Kanton und von Region zu Region durchaus unterschiedlich ausfallen. Aus der Sicht des KVG muss die Gesundheitsversorgung einzig von hoher Qualität und wirtschaftlich sein. Mehr ist den Kantonen nicht vorzuschreiben.

*Abs. 2 Art. 117a Abs. 6 – Al. 2 art. 117a al. 6*

**Altherr** Hans (RL, AR), für die Kommission: Zum Monismus, der in diesem Absatz postuliert wird, habe ich mich bereits geäußert. Zentral ist ein zweckmässiges Anreizsystem. Das wird hier einheitlich, für den stationären wie für den ambulanten Bereich, vorgeschrieben. Wie es technisch umgesetzt wird, ist offen. Möglich und realistischerweise vorstellbar erscheinen die Versicherer oder eine Clearing-Stelle. Der Entscheid darüber ist auf Gesetzesstufe zu fällen, womit die Kantone angemessen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden.

gen werden können. Die Formulierung erlaubt übrigens sowohl das System des Tiers payant als auch des Tiers garant. Wenn der Patient selbst die Rechnung bezahlt, erhält er einen Teil dessen oder alles, was der Träger vergütet. Der Begriff «Träger» tönt etwas ungewohnt; weil der Systementscheid darüber, wer der Monist ist, offenbleiben musste, mussten wir einen neutralen Begriff finden. Im Unterschied zum Nationalrat, der das offenbar vergessen hat, wird in diesem Absatz der Prämienverbilligung eine verfassungsrechtliche Grundlage gegeben.

**Präsident** (Brändli Christoffel, Präsident): Wir haben den Gegenentwurf jetzt bereinigt. Nun diskutieren wir den Antrag der Minderheit Ory. Es geht um die Grundsatzfrage, ob wir einen Gegenentwurf wollen oder nicht.

**Ory** Gisèle (S, NE): L'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» a pour but d'ajouter dans la Constitution des articles qui concernent l'assurance-maladie. Or, il n'est pas nécessaire de modifier la Constitution pour les raisons évoquées dans l'initiative. Celle-ci n'est donc pas utile; elle n'est même pas bienvenue. L'initiative populaire comme le contre-projet introduisent dans la Constitution des principes discutables qui n'apportent rien à l'organisation actuelle performante de notre assurance-maladie sociale et solidaire. Le peuple suisse et ses élus tiennent à une assurance performante et solidaire qui fournisse des soins de qualité accessibles à tous. Nous vous proposons donc de recommander au peuple et aux cantons de rejeter cette initiative, de même que son contre-projet, suivant en cela le Conseil fédéral.

Aucun des postulats de base de cette initiative ne peut être accepté. Limiter les prestations médicales et les soins aux mesures destinées à atténuer la douleur, à guérir et à réintégrer le patient serait une restriction considérable, pour la majorité de la population, de l'accès aux soins, et introduirait une médecine à deux vitesses, ce qui remettrait fondamentalement en question le principe de l'assurance-maladie solidaire actuelle.

Il en va de même de la volonté de diminuer les prestations du catalogue de base. La liberté de contracter, limitée aux prestations jugées comme nécessaires et dont l'efficacité est reconnue par la science, laisse un pouvoir d'appréciation considérable à des experts qui devraient déterminer ce qui est efficace. Or, la médecine n'est pas une science exacte, et ce qui est efficace pour les uns ne l'est pas forcément pour les autres.

Avec cette initiative populaire, il n'y aurait plus de prise en charge et de couverture complète des besoins en matière de traitements et de maternité. Il n'y aurait plus non plus de mesures de prévention qui puissent être prises en charge, comme la vaccination ou le dépistage du cancer.

Verser les contributions de la Confédération et des cantons directement aux assureurs, comme semble le proposer l'initiative populaire, donne à ceux-ci trop de responsabilité dans le financement. Le système actuel de financement de l'assurance-maladie est fondé sur une coresponsabilité de la Confédération, des cantons et des assureurs, qui paraît tout à fait souhaitable. Les cantons sont bien sûr totalement opposés à ce modèle de financement moniste. Les assureurs sont des acteurs privés, ils ne peuvent gérer des fonds publics. Il serait faux de leur donner un pouvoir aussi disproportionné dans un domaine aussi important pour la population. Aucune modification des compétences et de la répartition entre la Confédération, les cantons et les assureurs ne se justifie en l'état actuel.

En ce qui concerne la volonté de favoriser la concurrence sur le marché de la santé, c'est une vue de l'esprit. De toute évidence, la santé n'est pas un marché libre et la concurrence n'y joue pas vraiment. Le client n'est pas libre d'acheter ou non une prestation, il doit l'acheter si sa santé est atteinte. En outre, les prestataires de soins peuvent avoir une influence déterminante sur le patient et peuvent le convaincre qu'il a besoin de tel ou tel traitement, de tel ou tel médicament, sans que celui-ci puisse juger de la pertinence du

conseil qui lui est donné. A cela s'ajoute que ce n'est pas le patient qui paiera la prestation qu'il a achetée, mais un tiers. Le patient n'est donc pas un client susceptible de choisir la meilleure prestation au meilleur prix. Souvent même, il ne sait pas ce qui lui est facturé et n'est pas en mesure de contrôler les factures qui lui sont adressées.

En outre, les différents prestataires sont à la fois des indépendants et des acteurs du service public. Ils font des affaires en vendant des prestations et, en même temps, ils sont investis de responsabilité collective quand ils doivent assumer une permanence, un approvisionnement régulier, participer à des actions de promotion de la santé, etc. On ne peut donc partir de l'idée qu'ils sont totalement indépendants et que la concurrence entre eux les obligera à baisser leurs prix jusqu'à un niveau plancher considéré comme d'équilibre entre l'offre et la demande.

On a d'ailleurs reconnu expressément cette dualité pour les pharmaciens, puisque l'on a séparé le prix du médicament de la rétribution du service du pharmacien. D'ailleurs, ce marché ne fonctionnant pas selon les lois du marché, l'Etat doit intervenir pour le réguler et l'organiser, garantir la qualité, éviter les doublons, lutter contre la hausse des prix, permettre une offre équilibrée de soins de santé dans toutes les régions, etc. La libéralisation totale de ce secteur et la concurrence pourraient tout à fait aboutir, comme pour les autres services publics comme la Poste, à la désertion des régions périphériques et à la concentration des services dans les régions centrées et rentables. Or, dans le domaine de la santé, cela aurait des conséquences encore plus graves que pour la Poste.

Ces modifications de la Constitution fédérale n'amènent donc rien de plus à l'assurance-maladie que nous ne connaissions maintenant. Le titre est trompeur: il promet une baisse des primes. Ce qu'il propose en réalité, c'est une baisse des prestations et une diminution de la solidarité. Le texte est peu clair, il ouvre la boîte de Pandore.

Je vous prie donc de ne pas donner suite à l'initiative populaire. Nous pouvons être fiers de notre système de santé, ne le détruisons pas. Le contre-projet apporte quelques améliorations aux défauts les plus criants de l'initiative, comme par exemple la prise en compte de réductions de primes pour les assurés les plus modestes, mais ne la transforme pas fondamentalement. La commission a fait de louables efforts pour rendre ce texte un peu plus acceptable. Il ne l'est toujours pas, ni pour la population, ni pour les cantons.

Je vous propose donc de rejeter aussi le contre-projet.

**Schwaller** Urs (CEg, FR): Meine Haltung in dieser Frage bleibt unverändert. Im Sinne einer Vorbemerkung sei gesagt, dass ich von Anfang an für die Ablehnung der Initiative plädiert habe, die inhaltlich grosse Schwächen aufweist. Ich denke an die Unklarheiten in Sachen Übernahme der Kosten der Geburtshilfe, der Prävention, der Weiterführung der individuellen Prämienverbilligung usw. Ich bleibe dabei, dass die Initiative keine taugliche Grundlage für die Lösung des Problems der sich im Gesundheitsbereich abzeichnenden weiter steigenden Leistungsnachfrage mit entsprechenden Kostenfolgen ist.

Ich stand auch dem Gegenvorschlag immer ablehnend gegenüber und habe das in der Flimser Session ausführlich begründet. Viele der vorgesehenen Bestimmungen sind insofern überflüssig, als sie ja bereits auf Gesetzesebene definiert sind oder im Rahmen der KVG-Revision derzeit diskutiert werden. Viele Teile des Gegenvorschlages sind bloss Deklamation oder Repetition von längst Bekanntem. Das ginge noch an und könnte die Bestimmungen in der Verfassungsabstimmung vielleicht sogar annehmbar machen; wir haben da ja entsprechende Beispiele. Der Gegenvorschlag dürfte aber daran scheitern, dass er nun auf einmal auch die freie Wahl der Leistungserbringer und die monistische Finanzierung einführen will. Ich erinnere Sie an die Diskussion über die Einheitskasse. Ebenfalls steckt im Gegenvorschlag, zumindest verklausuliert, die Vertragsfreiheit. Auch dieses Thema hatten wir in der Kommission aus politischen Überlegungen immer auf die Seite gerückt. Was den Leistungska-

talog anbelangt – wir haben das heute Morgen gehört –, so zeichnet er sich dadurch aus, dass er ebenfalls nichts Neues und keine Klarstellung bringt.

Die im Schnellverfahren durchgeführte Vernehmlassung hat gezeigt, dass sich – meines Wissens – alle Kantone, oder zumindest die Gesundheitsdirektoren, und auch die Ärzte gegen einen solchen Vorschlag ausgesprochen haben. Von den Parteien bekennt sich einzig die FPD einigermaßen klar zu einem solchen Verfassungsartikel. Die Initianten der SVP-Initiative halten im Übrigen fest – ich habe das in den Vernehmlassungsunterlagen gefunden –, dass die Initiative das einzige Konzept bleibe, um das Gesundheitswesen konsequent umzugestalten. Mir wäre es wichtig, vor der Schlussabstimmung in vierzehn Tagen zu wissen, ob es bei dieser Initiative bleibt oder ob nur der Gegenvorschlag aufrechterhalten bleibt.

Ich werde am Schluss, wenn es bei der Initiative und dem Gegenvorschlag bleibt, fast sicher einem Komitee für ein zweifaches Nein angehören. In den nun anstehenden Abstimmungen werde ich konsequent auf meiner Linie bleiben und gegen neue, überflüssige Verfassungsbestimmungen stimmen.

**Frick Bruno (CEg, SZ):** Die Initiative hat in der Tat Mängel, und wir können sie nicht unterstützen. Indessen hat ein Gegenvorschlag den Vorteil – darum haben wir ihn bisher mit grosser Mehrheit auch unterstützt –, für das ganze Gesundheitswesen eine klarere und bessere Grundlage auf Stufe Bundesverfassung zu schaffen. Er hat auch den Vorteil, dass wir auf Verfassungsebene regeln, was heute eine sehr schmale oder teilweise keine Grundlage hat, aber doch in den Gesetzen Realität ist. Hinzu kommen die vom Rapporteur erwähnten beiden Eckzähne der freien Leistungswahl – aber nur im Rahmen des Gesetzes – und des Monismus als unser Ziel. Dies allein ist an sich Grundlage genug, eine neue Verfassungsgrundlage für das Gesundheitswesen zu schaffen.

Hinzu kommen bei Initiativen selbstverständlich immer auch abstimmungstaktische Überlegungen. Ein Gegenvorschlag indessen macht in dieser Art und in der heutigen politischen Realität nur einen Sinn, wenn die Initianten auch bereit sind, ihre Initiative zugunsten dieses Gegenvorschlages zurückzuziehen. Eine Zustimmung erfolgt natürlich unter dem Vorbehalt, sie auf die Schlussabstimmung hin nochmals zu überdenken, wenn die Initianten bis dahin nicht erklären, die Initiative bei Annahme des Gegenvorschlages zurückzuziehen. Das sei zuhanden der weiteren Beratung und Meinungsbildung angefügt.

**Stähelin Philipp (CEg, TG):** Diese Diskussion, die wir jetzt noch einmal aufnehmen, haben wir eigentlich schon geführt. Ich wundere mich etwas, dass wir hierzu im Prinzip mehr oder weniger ein zweites Mal gar über Eintreten diskutieren. Nachdem man offenbar auf die Meinungen, die man auch schon geäussert hat, zurückkommt, möchte ich sagen, dass ich meine Meinung nicht geändert habe; ich habe sie nie geändert. Diese Geschichte reicht ja schon sehr lange zurück. Ich habe immer die Meinung vertreten, dass der Mangel, den wir eben heute auf Verfassungsebene haben, darin besteht, dass wir einen Verfassungstext in Artikel 117 Absatz 1 haben, welcher eigentlich keine Lenkungs kraft hat; er ist völlig offen: «Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung» – Punkt, fertig. Diese Bestimmung setzt auch keine Grenzen im Sinne der Abgrenzung zwischen den Kompetenzen von Bund und Kantonen. Die Kompetenzverteilung ist sehr locker umschrieben mit dieser sehr offenen Formulierung in der Verfassung. Das wiederum führt dazu, dass natürlich bei der Gesetzgebung auch kräftig unter dem Hag durch gefressen wird. Ich wundere mich deshalb, dass die Kantone hier so locker sagen, es gehe ja alles wunderbar, sie hätten ja auf Gesetzesebene alles im Griff; was hier im neuen Verfassungstext komme, sei ja zu einem guten Teil schon im Gesetz abgebildet. Aber: Schauen Sie das Gesetz an. Dort hat es Bestimmungen – es kommen laufend neue dazu –, welche schlicht und einfach in der Ver-

fassung als Kompetenz des Bundes nicht abgestützt sind. Ich erinnere beispielsweise an die Prävention. Da gibt es keine Verfassungsgrundlage. Das spricht nicht gegen die Prävention, aber ich hätte gerne eine Verfassungsgrundlage.

Wir werden heute noch über die Spitalfinanzierung diskutieren. In der Fassung des Nationalrates hat es darin Bestimmungen über die Versorgungssicherheit. Da wird auf Gesetzebene ja direkt in die Domäne der Kantone hinein legiferiert. Wir haben eine Verfassungsbestimmung, welche der Funktion unserer Bundesverfassung eigentlich nicht gerecht wird; das ist das Problem. Deshalb meine ich, dass wir hier eben tatsächlich aktiv werden und einen Verfassungstext vorlegen müssen, der die Richtung für die nächste Zukunft angibt und die Kompetenzen wieder abgrenzt. Darum geht es mir bei dieser Übung.

Frau Ory: Wenn es um die Kompetenzabgrenzungen geht, ist der Text, den wir jetzt haben, weit klarer als das, was heute in der Verfassung steht. Ich bin im Übrigen auch der Auffassung – das ist beinahe selbstverständlich –, dass wir mit diesem Gegenvorschlag klarerweise auch den Rückzug der Volksinitiative beabsichtigen. Ich gehe davon aus, dass dieser vor der Schlussabstimmung zu erfolgen hat, sonst halte ich meine Stimmabgabe am Schluss auch offen, so frei bin ich selbstverständlich auch. Aber wir sind auf dem Weg jetzt so weit gekommen, dass wir dem Verfassungstext klar zustimmen können. Ich bitte Sie darum.

**Fetz Anita (S, BS):** Es stimmt, Kollege Stähelin, wir haben diese Diskussion hier drin schon einmal geführt. Trotzdem bleibt es so, dass dieser Gegenvorschlag erstens unnötig und zweitens ungeschickt formuliert ist, und drittens wissen wir nicht einmal, ob die Initianten nachher die Initiative zurückziehen würden. Ich bitte Sie deshalb, dem Minderheitsantrag Ory zuzustimmen.

Ich weise vor allem jene Kolleginnen und Kollegen, die sich nicht so intensiv mit dem Gesundheitswesen beschäftigen – ich kann es verstehen, dass man sich hier nicht in jedes Detail reinknien will –, auf ein paar Probleme hin. Denn je nachdem, wie Sie jetzt stimmen, werden Sie nachher bei einer Volksabstimmung hinstehen müssen, und da frage ich mich, womit.

Erstens muss ich Ihnen sagen: Das Vorgehen, wie dieser Gegenvorschlag zustande gekommen ist, darf man schon als sehr ungewöhnlich bezeichnen. Ich darf feststellen: Da existiert eine Volksinitiative, die niemand ausser einer bestimmten Partei will; niemand sonst in diesem Land will sie. Es wäre kein Problem, gemeinsam öffentlich dagegen anzutreten. Aber nein, offenbar wollte man das nicht und hat jetzt in letzter Minute in aller Eile einen Gegenvorschlag gezimert. Wie eilig das war, wird sicher die Redaktionskommission hier noch darstellen und darauf hinweisen, wie viele Veränderungen und Verbesserungen sie noch vornehmen musste, damit die Formulierungen einigermaßen konsistent sind.

1. Was Sie hier als Gegenvorschlag vorliegen haben, ist aus meiner Sicht ein Wunschzettel, den Sie besser ablehnen, ebenso wie die Kantone das tun. Wie gesagt: Er ist unnötig, er macht nichts anderes, als den Status quo, der gesetzlich geregelt ist, auf die Verfassungsebene zu heben. Jetzt haben gewisse meiner Vorredner richtigerweise gesagt, diese Verfassungsgrundlagen fehlten teilweise. Das gebe ich zu. Aber ich muss Sie einfach daran erinnern: Wir haben mehrere Verfassungsgrundlagen, die über Jahre und Jahrzehnte gesetzlich nicht umgesetzt worden sind; ich erinnere zum Beispiel an die Mutterschaftsversicherung. Es besteht also noch keine Garantie dafür, dass nachher die Gesetzesarbeit einfacher wird.

2. Ob mit oder ohne Verfassungsgrundlage bleibt es ein mühsamer Gesetzgebungsprozess – nicht wahr, Herr Bundesrat Couchepin. Er wird weiterhin mühsam bleiben, weil es nicht nur um Kompetenzstreitigkeiten, sondern schlicht und einfach um Verteilungskämpfe geht. Es ist ein Riesemarkt, es hat sehr viele Akteure auf diesem Markt und selbstverständlich – das ist normal – wird in jedem Bereich,

in jeder Branche darum gekämpft, wer wie viele Anteile an diesem Markt hat. Mit dem Gegenvorschlag werden gar keine Probleme für uns als Gesetzgeber gelöst. Es wird zwar bei den unbestrittenen Punkten eine gewisse Klarheit geben. Aber die Umsetzungsarbeit nachher, also die nötigen KVG-Reformen, an denen wir jetzt während der letzten Legislatur genagt haben und bei denen wir Stückchen für Stückchen vorangegangen sind – meiner Meinung nach eher zu langsam als zu schnell –, diese Umsetzungsarbeit wird weiterhin so bleiben. Also wird Ihnen dieser Gegenvorschlag nichts nützen. Er ist unnötig.

3. Dazu kommt, dass der Gegenvorschlag hochumstrittene Punkte beinhaltet. Der Kommissionsprecher hat sie «Eckzähne» genannt. Da ist einerseits der Monismus; natürlich ist der Vorschlag des Ständerates leicht – ich sage jetzt einmal – liberaler als der des Nationalrates. Aber letztendlich handelt es sich um einen Monismus der Kassen. Das wird – übrigens berechtigterweise – die Abstimmungsparole sein, das darf ich Ihnen jetzt schon sagen. Woher soll die Bevölkerung bei einer Abstimmung die Sicherheit nehmen, dass danach nicht alle Macht den Kassen gehört, da die Clearingstelle in diesem Rat schon einmal abgelehnt worden ist? Das können Sie der Bevölkerung gegenüber nicht garantieren. Der zweite kranke Eckzahn ist, dass die potenzielle Aufhebung des Vertragszwangs auf kaltem Weg eingeführt wird – ohne eine entsprechende öffentliche Debatte, ohne Einbezug der entsprechenden Akteure.

Ich persönlich bin weder prinzipiell gegen die Aufhebung oder Lockerung des Vertragszwangs noch prinzipiell gegen jede Form des Monismus, aber in dieser unverbindlichen Form werde ich mich auch dagegen wehren müssen, weil völlig offen ist, wie das umgesetzt wird.

4. Ein weiterer Punkt richtet sich vor allem an jene, die hier so flott und vertrauensvoll darauf setzen, dass dieser Gegenvorschlag die entsprechende Gruppierung dazu bringt, die Initiative zurückzuziehen. Gut, wir werden das sehen, wir haben die Möglichkeit der Schlussabstimmung. Ich bin gespannt, ob das tatsächlich erfolgen wird. Aber sogar wenn die Initiative zurückgezogen wird, bleibt trotzdem die Frage: Mit wem und für was wollen Sie den Aufwand einer Volksabstimmung über diesen Gegenvorschlag betreiben? Die GDK ist dagegen, die ganze Ärzteschaft wird dagegen sein, von unserer Seite haben Sie ganz sicher keine Unterstützung zu erwarten und – davon gehe ich mal aus – von der Seite der Initianten auch nicht. Von mir aus dürfen Sie gerne antreten, aber ich möchte vor allem jene, die das Dossier nicht à fond kennen, davor warnen; da werden Sie einiges an Argumentation aufbringen müssen. Ich wäre glücklich, wenn wir diese Zeit nutzen würden, um die notwendigen Reformen endlich voranzutreiben.

Die Konzeption dieses Gegenvorschlages hat uns jetzt schon wieder viel Zeit gekostet, und er überzeugt aus den vier genannten Gründen nicht. Er ist unnötig, weil er nur den Status quo festhält; dort, wo er weiter geht – Stichworte: Monismus und Vertragszwang –, ist er total umstritten, und die Initiative ist, wie gesagt, noch nicht zurückgezogen.

Ich würde Ihnen nahelegen, im Zweifelsfall den Gegenvorschlag abzulehnen.

**David Eugen (CEg, SG):** Ich schliesse mich den Ausführungen von Kollege Stähelin an, wonach das heutige Verfassungsrecht keine Lenkungs kraft beinhaltet. Man kann sich erstens fragen, ob wir überhaupt eine Lenkung oder eine Vorgabe auf Verfassungsstufe brauchen. Brauchen wir das? Ich finde, grundsätzlich brauchen wir es, ohne jetzt die Stufe festzulegen. Warum? Weil die Steigerung der Gesundheitskosten die Bevölkerung stark belastet. Ich glaube, wir können das nicht einfach hinnehmen. Sie werden sehen, auch im kommenden Jahr werden wir wieder mit erheblichen Steigerungen zu kämpfen haben, die Ziffern erreichen, die weit über dem sind, was die Leute in der Lohnhüte als Wachstum haben.

Wir wissen: Die Lohnsteigerungen in diesem Jahr liegen im Bereich von 2 bis 3 Prozent für den durchschnittlichen Salär empfänger in diesem Lande. Wir werden erleben, dass die

Prämien wieder im Bereich von 5 bis 6 oder 7 Prozent steigen werden. Das steht uns bevor. Daher glaube ich, dass wir uns mit der Steuerung des Gesundheitswesens auseinandersetzen und auch nach Wegen suchen müssen, wie wir am besten erreichen, dass sich diese Schere – einerseits die Löhne der Versicherten und andererseits die obligatorischen Prämien –, schliesst oder auf jeden Fall nicht weiter öffnet.

Ich denke jetzt, dass der Gegenvorschlag den Vorzug für sich hat, dass er zwei wichtige Prinzipien aufstellt, die nach meiner Meinung in dieser Auseinandersetzung richtig sind und die dazu beitragen können, die Ineffizienz des heutigen Systems abzubauen. Es ist darüber in der Politik auch eine Auseinandersetzung im Gang; und es ist auch richtig, dass man sich irgendwann einmal entscheidet, welchen Weg man gehen will. Dieser Vorschlag steht dafür, dass wir vermehrt eine marktorientierte Steuerung des Angebotes über Preise, Qualität der Leistungen und Wahlfreiheit wollen. Das ist eine klare Deklaration, dass das der richtige Ansatz ist gegenüber dem anderen Ansatz, wonach wir die Leistungen staatlich steuern, staatliche Leistungszuweisungen machen, die Leistungsangebote staatlich definieren und bis zum Schluss dann den Kunden oder Patienten auch sagen, welche Leistungen ihnen zugewiesen werden.

Das ist der Ansatz, der jetzt noch immer dominant ist und bei dem zum Teil auch genügend Kräfte da sind, ihn zu verstärken. Ich glaube aber nicht an diesen Ansatz, er führt nicht zum Ziel. Wir müssen hier klar sagen, dass wir in die andere Richtung gehen wollen. Das ist ein Vorteil dieses Vorschlages, denn er sagt das, er legt es auf den Tisch.

Die zweite wichtige Frage ist die: Wie bringen wir die öffentlichen Mittel ins Gesundheitswesen? Hier gibt es auch zwei Ansätze: Entweder gehen wir über die traditionelle Objektfinanzierung, wir finanzieren mit Steuergeldern bestimmte Einrichtungen oder Leistungsangebote, oder wir gehen mehr in Richtung Subjektfinanzierung; wir finanzieren also den Leistungsbezüger, indem wir ihm die Mittel zur Verfügung stellen, sein Wahlrecht auszuüben. Wir haben mit dem Prämienverbilligungssystem einen grossen Schritt in diese Richtung getan. Ich erinnere Sie daran: Da gab es schon damals eine grosse Auseinandersetzung um die Frage, ob wir in Richtung einer Lösung mit Subjektfinanzierung gehen wollen – d. h., die Prämien der Versicherten werden verbilligt, und es wird kein Leistungsangebot quasi objektmässig zugeordnet. Das war ein guter Schritt. Jetzt geht es darum, dass wir noch einen Schritt weiter tun und das auch in der Verfassung sagen.

Mir sind es diese zwei erwähnten Prinzipien wert, mich für den Gegenvorschlag auszusprechen.

Aber, und das ist mein dritter Punkt – Vorredner haben es erwähnt –: Es ist nur zu machen und aus politischer Sicht nur dann sinnvoll, wenn die Initianten hier klar und deutlich erklären, dass sie ihre Initiative zurückziehen und wir uns gemeinsam für den Gegenvorschlag entscheiden.

Ich möchte auch der Redaktionskommission danken, dass sie die Texte verständlich formuliert hat – für mich jedenfalls. Wenn man das liest, weiss man, was man will. Ob sie es dann wollen, können die Bürger und Bürgerinnen natürlich an der Urne selber entscheiden. Aber der Text ist meiner Meinung nach klar.

In dem Sinne werde ich jetzt der Mehrheit zustimmen. Aber wenn die Initianten ihre Initiative nicht zurückziehen, werde ich diesem Gegenvorschlag in der Schlussabstimmung keine Folge leisten.

**Stadler Hansruedi (CEg, UR):** Erlauben Sie mir zwei Bemerkungen: Da Artikel 177a der Bundesverfassung sprachlich und strukturell von der Redaktionskommission erheblich überarbeitet wurde, wollten wir Ihnen diese Fassung nicht einfach am letzten Tag der Session anlässlich der Schlussabstimmung quasi unterjubeln. Wir haben den überarbeiteten Entwurf vielmehr der vorberatenden Kommission zugestellt, mit der Bitte um wohlwollende Prüfung. Ich danke der vorberatenden Kommission, dass sie unseren Vorschlag nun aufgenommen hat und ihn heute als Kommissionsantrag

einbringt. Als Redaktionskommission haben wir eine Vorlage nicht materiell zu beurteilen; wir betrachten es aber als unsere Aufgabe, Ihre materiellen Entscheide in eine verfassungswürdige Form zu giessen. So weit meine Vorbemerkung als Präsident der Redaktionskommission.

Jetzt erlaube ich mir noch einige wenige Bemerkungen als Nichtmitglied der vorberatenden Kommission des Rates. In dieser Funktion bin ich ja nicht ein Eunuch, der zu dieser Vorlage materiell keine Meinung haben darf. Ich möchte auch noch erwähnen, dass ich hier gemäss Ratsreglement keine Interessenbindungen bekanntgeben muss. Nachdem die Grundsatzfrage «Gegenvorschlag ja oder nein» heute immer noch zur Diskussion steht, habe ich die Fragen, die hier im Raum stehen, für mich persönlich beantwortet:

1. Braucht es auf Verfassungsstufe überhaupt gesundheitspolitische Bestimmungen in einem Detaillierungsgrad, wie er vorgeschlagen wird? Ich meine Nein. Auf Verfassungsstufe besteht meines Erachtens kein Regelungsbedarf. Entsprechende Regelungen können allenfalls im Rahmen der KVG-Revision diskutiert werden. Das wäre dann allenfalls ein indirekter Gegenvorschlag.

2. Können wir als Vertreter der Kantone eine solche Vorlage gegen den breiten Widerstand der Kantone durchboxen? Ich kann das nicht. Was herauskommt, wenn wir gegen den Willen der breiten Front der Kantone legiferieren, dürfte uns ja bekannt sein.

3. Es geht hier nun um äusserst umstrittene Bereiche wie beispielsweise die monistische Finanzierung oder die Vertragsfreiheit. Ist nun mit der äusserst kurzen Vernehmlassungsfrist der verfassungsrechtlich garantierten Mitwirkung der Kantone Genüge getan? Formal mag das sein; in der Sache, meine ich, aber nicht. Aber auch als Bürger wünsche ich bei diesen sensiblen Fragen eine breitere öffentliche Diskussion.

4. Man spricht gerade in Zusammenhang mit dieser Vorlage gerne von einer Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, ja, man will es jetzt in der Verfassung festschreiben. Das mag so richtig sein, das wünsche ich mir auch. Aber unser Gesundheitswesen ist auch stark von einem Tarifsystem geprägt. Ein Stichwort dazu ist Tarmed. Als Laie muss ich mich doch fragen: Widersprechen sich denn nun Wettbewerb einerseits und diese fixen Tarife auf der anderen Seite im Gesundheitswesen nicht? Darauf konnte mir bis heute noch keiner eine befriedigende Antwort geben. Ich meine, dass sich die beiden Dinge zumindest zum Teil widersprechen.

Ich komme zu meiner vorletzten Bemerkung: An unserem Gesundheitswesen operieren viele Spezialisten herum, von den Krankenkassen bis zu den Kantonen. Das Skalpell wird nicht immer in der gleichen Richtung geführt, die Meinungen über die richtige Therapie gehen häufig weit auseinander. Ab und zu frage ich mich: Wer vertritt denn überhaupt meine Interessen, die ich als potenzieller Patient habe? Darum prüfe ich als Nichtkommissionsmitglied die Vorlagen, die hier auf den Tisch kommen, immer auch unter dem Gesichtspunkt: Welche Interessen stehen denn überhaupt dahinter? Ich achte deshalb als Nichtkommissionsmitglied immer auch darauf, dass diese Interessen in etwa ausgewogen sind.

Die letzte Frage lautet deshalb für mich: Hand aufs Herz, ist diese Vorlage nicht zu einseitig krankenkassen- und somit versichererlastig? Das ist sie für mich eindeutig. Ich lehne deshalb diesen Gegenvorschlag ab und bin auch davon überzeugt, dass die Volksinitiative solch erhebliche Mängel aufweist, dass diese gegenüber der Bevölkerung auch ohne Gegenvorschlag kommuniziert werden können.

**Gutzwiller Felix (RL, ZH):** Ich gestatte mir deshalb einen Kommentar, weil ich das Vergnügen hatte, die nationalrätliche Subkommission in dieser Sache zu leiten. Ich möchte doch noch einmal kurz zurückblenden und darauf hinweisen, dass wir seit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes – also seit jetzt ungefähr zehn Jahren – eigentlich nie einen klaren Entscheid gefällt haben, in welche Richtung sich das Gesundheitswesen entwickeln sollte, mehr

in planwirtschaftlicher, staatlich regulierter oder mehr in wettbewerblicher Richtung.

Wir haben allerdings Fingerzeige erhalten: Das Volk hat sich zumindest zweimal, bei der Ablehnung von Volksinitiativen, die Einheitskassen oder andere zentralstaatliche Regulierungen wollten, sehr klar geäussert. Was die Richtung der SVP-Initiative betrifft, haben wir auch Fingerzeige erhalten, dass die Bevölkerung keinesfalls einen Leistungsabbau möchte, sicher mindestens nicht so massiv, wie ihn die SVP-Initiative vorsieht.

Es bleibt also die Frage: In welche Richtung soll sich das Gesundheitswesen entwickeln? Ich denke in der Tat, wie das verschiedene Vorredner gesagt haben, dass dieser Gegenvorschlag in seiner jetzigen Form eine geeignete Grundlage ist, um die Richtung anzugeben, in der sich das Gesundheitswesen weiterentwickeln soll. Diese Richtung ist das Modell des regulierten Wettbewerbes, das sich, auch im Licht der Volksabstimmungen, durchgesetzt hat. Für ein solches Modell des regulierten Wettbewerbes sind Eckdaten und Leitplanken vorgesehen, die sich in diesem Text finden. Wie der Kommissionssprecher gesagt hat, sind dies die Steuerung über Transparenz und Qualität – das wird ein ganz wichtiges Grundprinzip sein –, aber auch die Themen Vertragsfreiheit und Monismus.

Man kann sich selbstverständlich sehr lange darüber unterhalten, was nun politstrategisch geschickter ist. Ich bin aber überzeugt, dass wir nicht darum herumkommen, uns gelegentlich einmal zu diesen beiden Themen zu äussern, die ja schon länger auch die Gesetzesvorhaben mit einer Hypothek belasten. Sie werden ja im Übrigen gleich in einem Nachfolgegeschäft, wenn Sie nolens volens den Ärztestopp verlängern, genau mit dieser Frage konfrontiert sein. Nur wenn Sie Alternativen haben, zum Beispiel vertragliche Regulierungen, werden Sie mit der Zeit solch unsympathische planwirtschaftliche Instrumente abschaffen können. Vertragsfreiheit bleibt also ein Thema, ob Sie es in dieser Runde mit der Bevölkerung oder später einmal ausmehren; man wird nicht darum herumkommen, diese Leitplanken zu klären.

Ähnliches gilt für den Monismus. Es hat mich gefreut zu hören, dass Sie, Frau Kollegin Fetz, nicht «prinzipiell» – wie Sie das gesagt haben – gegen den Monismus und die Vertragsfreiheit sind. Wir haben immer festgehalten, dass selbstverständlich geklärt werden muss – man hätte das schon tun können –, unter welchen Bedingungen öffentliche Gelder an private Einrichtungen gehen. Aber hier gibt es ja im Bereich der Public Private Partnerships oder in anderen Bereichen verschiedene Modelle, die die Transparenz und die die entsprechenden demokratisch abgestützten Mechanismen sicherstellen, durch die dann die Gelder auch privaten Organisationen überantwortet werden können.

Aber ich denke, unter dem Strich kommen wir nicht darum herum, diese Eckpfeiler des wettbewerblichen Modells in der Gesundheitsversorgung einmal zu Ende zu diskutieren und festzulegen. Dieser Gegenvorschlag ist eine gute Gelegenheit dazu. Auch ich gehe allerdings davon aus, dass die Volksinitiative zurückgezogen sein muss. Dann gibt es eine klare Diskussion zwischen den Befürwortern der Eckpfeiler eines regulierten Wettbewerbsmodells, das die Steuerung in Richtung Kosten und Qualität will, und den Befürwortern von mehr staatlichen Eingriffen.

Ich werde mich deshalb für diesen Gegenvorschlag einsetzen.

**Diener Verena (CEg, ZH):** Es war nicht meine Absicht, an meinem ersten Tag im Ständerat zu sprechen. Aber das Schicksal bringt jetzt die Gesundheitsgeschäfte auf die Tagesordnung. Ich habe sehr aufmerksam zugehört. Ich höre schon einen Zwischenruf bezüglich Interessenbindung: Ich war bis Ende Mai zwölf Jahre lang für das Gesundheitswesen im Kanton Zürich zuständig, und ich bin heute Präsidentin der Solothurner Spitäler AG. Ich spreche hier aber, denke ich, primär im Namen der Kantone generell, weil wir vonseiten der Kantone – ich erlaube mir diesen Ausdruck jetzt noch, weil ich wirklich zwölf Jahre lang die Interessenlage

der Kantone vertreten habe – tief, tief darüber besorgt sind, dass in einer so schnellen Art und Weise eine Verfassungsgrundlage erarbeitet wurde, die ganz zentrale Punkte betrifft. Sie stärkt die Rolle der Kassen massiv, schwächt die Rolle der Kantone und bringt für die Bevölkerung eine Möglichkeit der Entsolidarisierung. Ich denke da primär an Artikel 117 Absatz 2.

Zur Stärkung der Kassen: Ich habe dem Kommissionssprecher gut zugehört; er hat wohl gesagt, die Monistik sei nicht mehr primär auf die Kassen fokussiert, dann aber eigentlich festgehalten, dass sie sich entweder auf die Kassen oder auf eine Clearingstelle bezieht. Das heisst, dieses monistische System – dies auch zuhanden der Materialien – ist ganz klar auf die Kassen fokussiert. Woher haben aber die Kassen eine demokratische Legitimation, die Politik im Gesundheitswesen dermassen zu steuern?

Die Gesundheitsdirektorinnen und die Gesundheitsdirektoren, die Regierungen, die Parlamente müssen sich alle vier Jahre einer öffentlichen Wahl stellen. Die Kassenvertreter werden nie von der Bevölkerung bestätigt oder müssen dieser nie Red und Antwort stehen. Wir wissen, um wie viel Geld und um was für ein kostbares Gut es bei der ganzen Auseinandersetzung um die Gesundheitsversorgung geht. Da muss ich sagen: Wo so viel Geld hinfließt, wo so viel öffentliches Interesse ist, da gehört auch eine demokratische Legitimation dazu. Ich habe es sehr bedauert, nur zu hören, dass die Kassen nicht allein im Fokus sind, aber ich habe nirgends, ausser bei der Clearingstelle, eine Öffnung gesehen, und auch da eigentlich nur eine partielle.

Was die Schwächung der Kantone anbelangt: Mit der vollen Spitalwahlfreiheit, wie sie jetzt in diesem Verfassungsartikel festgelegt wird, kommen wir in einen Widerspruch zur Legifizierung, wie wir sie jetzt bei der KVG-Revision machen. Dort hat man jetzt ja, mindestens was die Tarife anbelangt, eine gewisse Einschränkung gemacht. Aber wenn hier in diesem Verfassungsartikel die volle Wahlfreiheit garantiert ist, dann wird es eine Frage der Zeit sein, bis auch dort die volle Wahlfreiheit ermöglicht wird, und zwar durch politischen Druck. Das geht nicht nur über die Kantonsgrenzen hinweg so, sondern das geht dann, auch die volle Wahlfreiheit, in die Richtung der Privatanbieter. Damit werden die Kantone ganz massiv geschwächt. Sie haben nämlich einerseits die Verantwortung für die Versorgungssicherheit, und andererseits haben die Patientinnen und Patienten die volle Wahlfreiheit. Was das an Fehlinvestitionen bei den Infrastrukturen zur Folge hat, was das für finanzielle Folgen hat, darüber haben Sie sich, denke ich, vielleicht auch schon Gedanken gemacht.

Noch ein weiterer Punkt: Ich mag mich noch erinnern, als ich vor zwölf Jahren in der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich begann, kam die Umsetzung des KVG. Eine zentrale Errungenschaft war das Obligatorium. Dieses Obligatorium in der Grundversicherung ist mit der Kann-Formulierung geöffnet. Damit haben wir eine Öffnung in Bezug auf die Entsolidarisierung bei der Grundversicherung. Auf diesen Säulen wird die Opposition den Abstimmungskampf führen. Es nimmt mich wunder, wer sich dann ganz am Schluss noch für diesen Gegenvorschlag einsetzen wird. Ich persönlich bin bereit für mehr Wettbewerb. Ich bin auch bereit, über eine Vertragsfreiheit eine Lösung zu finden. Das sind Wettbewerbselemente, die wahrscheinlich auch in der Bevölkerung mehrheitsfähig werden. Aber diesen Verfassungsartikel mit so zentralen Weichenstellungen in einer so schnellen Zeit ohne die Mitarbeit der Kantone und anderer wichtiger Gruppierungen in eine Volksabstimmung zu führen, ist abzulehnen. Meine Unterstützung kann ein solcher Gegenvorschlag nicht haben.

**Altherr** Hans (RL, AR), für die Kommission: Ich danke Ihnen für diese engagierte Diskussion. Ich weiss nicht, ob sie uns weiterbringt, aber sie war zumindest von verschiedener Seite her sehr interessant anzuhören.

Zu Frau Ory möchte ich sagen, dass wir wahrscheinlich ein unterschiedliches Verständnis von Markt und Wettbewerb haben. Davon ausgehend werden wir vermutlich immer ver-

schiedener Meinung sein, aber ich möchte ganz klar betonen, dass der Gegenvorschlag keine Einschränkung der Leistungen beabsichtigt; beabsichtigt ist nur eine Stärkung des Marktes bzw. der marktwirtschaftlichen Elemente. Es geht also nicht darum, einfach einen freien Markt im Sinne des Kannibalismus einzuführen. Deshalb wird der Wettbewerb immer auch im Kontext der Qualität und einer hochstehenden medizinischen Versorgung genannt. Es geht also nicht darum, den Wettbewerb querbeet einzuführen.

Ich denke auch, dass Sie den mündigen Bürger etwas unterschätzen, der durchaus heute schon in einem gewissen Wettbewerb steht und eine gewisse Wahlfreiheit hat. Er kann wählen, ob er zum Arzt geht oder nicht, er kann auch wählen, zu welchem Arzt er geht usw. Es gibt durchaus schon viele wettbewerbliche Elemente, und wir wollen diesen Bereich stärken.

Die volle Wahlfreiheit sehe ich nicht, Frau Diener. Ich sehe nicht, dass wir mit diesem Text zwingend über das hinausgehen, was jetzt in der KVG-Revision diskutiert wird, und dass es dann eine unbeschränkte Wahlfreiheit gäbe. Ich hätte übrigens auch nicht eine so grosse Angst wie Frau Diener. Obwohl ich aus einem kleinen Kanton komme, befürchte ich nicht, dass zum Beispiel unsere Patienten alle nach St. Gallen abwandern. Ich erinnere mich: Als die Kantonsgrenzen noch offener waren, hatten wir durchaus auch Zulauf. Eine gewisse Wahlfreiheit würde also den Wettbewerb sicher befruchten und stärken.

Die Kann-Formulierung bei der Grundversicherung, Frau Diener, haben wir aus der bisherigen Fassung übernommen; sie stand schon so drin. Auch da ist keine Änderung beabsichtigt. Wir haben sie so übernommen, weil wir gerade keine Änderungen am bisherigen System wollten.

Zur Frage von Herrn Stadler betreffend die Stärkung der Kassen: Das ist nicht ganz zu bestreiten. Ich denke, es wird übertrieben, aber eine gewisse Stärkung des Bundes – im Grunde genommen – in diesem System ist nicht zu bestreiten. Es ist aber auch nicht zu bestreiten, dass wir jetzt ein Schwarz-Peter-Spiel haben. Die Kantone sagen: Ja, der Bund steuert nicht. Der Bund sagt: Die Kantone machen nichts; die Kosten steigen. Es stellt sich tatsächlich die Grundfrage, die Herr David aufgeworfen hat: Wer steuert dieses System? Da gäbe es natürlich auch andere Modelle. Es gäbe planwirtschaftliche; darüber haben wir schon wiederholt entschieden. Auch das Volk hat entschieden, dass es das nicht will. Es gäbe aber auch die Möglichkeit, die Kantone zu stärken, indem wir sagen würden: Die Kosten auf Bundesebene dürfen nicht mehr wachsen als z. B. das BIP oder irgendeine andere Zahl – Kantone, «arrangez-vous». Das wäre das andere Extrem. Ich weiss nicht, ob die Kantone damit mittel- oder langfristig zufrieden wären.

Dann wurde sehr stark argumentiert, das gehe zu schnell. Ich muss schon sagen: Wenn ich die ganzen Diskussionen erlebe, kann ich mich eher der anderen Aussage von Frau Fetz anschliessen – Sie haben den Gesetzgebungsprozess angesprochen –: Mir geht es auch zu langsam.

Wir können vielleicht folgende Feststellung machen: Wir sprechen jetzt über einen Bereich, in dem wir laufend Initiativen haben. Wir benötigen eine bessere verfassungsrechtliche Grundlage. Ich glaube, darin sind wir uns weitgehend einig. Die Frage stellt sich: Jetzt oder später? Natürlich können Sie diesen Gegenvorschlag ablehnen, und dann beginnen wir irgendwann in den nächsten Jahren mal wieder und sprechen während vier oder sechs Jahren darüber und fassen dann vielleicht einen Entschluss. Ich persönlich bin der Meinung, dass diese Verfassungsbestimmung durchaus Chancen hat, in einer Volksabstimmung zu bestehen.

Ich möchte Sie auch darauf hinweisen, dass die beiden Eckzähne – der Monismus, die Vertragsfreiheit – in einem Gesetz geregelt werden müssen, das seinerseits auch wieder referendumpflichtig ist. Man kann dann durchaus über Lösungen sprechen. Wenn Sie heute so sagen, die Kassen dominierten den Ständerat, würde ich das für die Gesamtheit doch bestreiten. Ich gehöre jedenfalls nicht zu denen, die sich als Kassenvertreter fühlen. Ich bin einfach obligatorisch versichert.

**Couchepin** Pascal, conseiller fédéral: Quiconque observe la politique depuis un certain nombre d'années constate que le peuple ne souhaite pas voir certains sujets aboutir à une décision définitive. Je vous rappelle les deux initiatives qui concernaient la politique européenne: celle qui voulait forcer rapidement l'adhésion à l'Union européenne, qui a été rejetée par plus de 60 pour cent de voix et, quelques mois plus tard, celle qui voulait bloquer toute démarche allant dans le sens d'un rapprochement avec l'Union européenne et qui a été rejetée avec pratiquement la même majorité.

Je crois qu'il y a là quelque chose de très sage. Le peuple n'accepte pas de voter sur des grands principes sans en connaître les conséquences pratiques. Et ici, j'ai le sentiment qu'on est en train de prendre le même chemin – c'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles le Conseil fédéral pense qu'il n'est pas opportun d'opposer un contre-projet à l'initiative.

Pour pouvoir demander au peuple de se prononcer sur le principe de plus ou de moins de concurrence – plus de concurrence, par exemple en introduisant le monisme –, il faudrait déjà qu'il ait fait quelques études pour comprendre la signification de ce mot – j'entends des études pratiques, politiques. Le peuple a du bon sens, mais voir quelle est la portée du monisme nécessite des efforts sur une longue durée. Et puis, au fur et à mesure qu'on étudie le problème, on constate que le terme signifie plusieurs choses, vous l'avez dit ce matin encore: le monisme, cela ne signifie pas nécessairement le paiement par les caisses, ce qui était le cas jusqu'à maintenant; cela peut aussi signifier le paiement par un système de clearing. Ensuite, il faut gentiment expliquer aux gens ce qu'est un système de clearing et comment cela fonctionne et à la fin les gens disent: «Dans le doute, je dis non, pas parce que c'est faux, mais tout cela me paraît bien compliqué. J'aimerais voir le détail et savoir comment cela fonctionne pour moi, comment cela fonctionne pour mon canton.»

La liberté de contracter dont je suis un ardent partisan a été régulièrement descendue en flammes par des groupes d'intérêts qui ont exprimé des angoisses qui n'ont pas lieu d'être, parce que je suis convaincu que la liberté de contracter, c'est l'avenir! Mais comment voulez-vous casser des inquiétudes qui ont été entretenues pendant des années, en faisant croire qu'à cause de la liberté de contracter, on ne pourra plus aller chez le médecin avec qui on a noué un contact et que, du jour au lendemain, on supprimera telle ou telle possibilité de choisir son prestataire de soins?

Ce genre de chose ne peut être réglé que dans le détail. Ensuite, il y a un référendum: les votants disent oui ou non. Le peuple, très certainement, refuse de se prononcer sur les grands principes.

J'ai bien entendu Monsieur Gutzwiller qui a dit qu'après tout, ce sera un moyen de faire avancer la discussion – un moyen un peu coûteux! Et je ne suis pas sûr que cela n'aura pas pour effet de durcir les positions, parce que cela pousse les gens à se prononcer sur des principes alors que, peut-être, si on leur montrait dans le détail ce qu'est la liberté de contracter dans la pratique, par exemple avec les systèmes de «managed care» – liberté de contracter entre les assurances et les systèmes de «managed care» –, et comment cela fonctionne en pratique – ce qui est une possibilité qu'on étudie –, ils choisiraient naturellement cela. D'une certaine manière, on fait un pas dans la direction de la liberté de contracter en autorisant le libre choix de l'hôpital par le patient qui voit que la liberté est accompagnée par des ouvertures. Or, ce seul petit pas, la liberté de choix de l'hôpital, est discuté émotionnellement et contesté fondamentalement. Finalement, la solution qui résulte de vos travaux – et que j'approuve parce que c'est mieux que rien –, ne provoquera pas des émotions chez les gens qui ont une vision générale du système de santé de l'avenir; la solution sera vraiment très pragmatique.

Dans un domaine comme la politique à l'égard de l'Union européenne, le peuple suisse a dit: «Je veux avancer de manière pragmatique.» Or, si l'on ne fait pas jouer les grandes émotions, c'est quand même un domaine moins proche du

citoyen que celui de la santé où il se sent concerné, où il ne votera pas en fonction de grands principes, mais en fonction de choses très concrètes.

On a dit à plusieurs reprises – Messieurs Stähelin, Stadler, Schwaller l'ont dit; ils sont tous du même camp, celui du bon sens – que la norme constitutionnelle en vigueur laisse une assez grande marge de manoeuvre. La preuve en est, si je m'en souviens bien, qu'au début des travaux parlementaires sur les divers dossiers de l'assurance-maladie, vous aviez fait sur la base de la norme constitutionnelle en vigueur une véritable révolution – je crois qu'il s'agissait d'une norme légale –, ce que la «NZZ» avait appelé une révolution qui a échoué en cours de route – comme toutes les révolutions en Suisse, heureusement! (*Hilarité*) C'est dire que la norme constitutionnelle permet aujourd'hui de faire des propositions concrètes, pratiques, qui vont très loin et qui permettent d'avancer.

Je partage le point de vue de Monsieur Altherr selon lequel ce serait mieux si l'on pouvait faire, en bonne logique cartésienne, un article constitutionnel dans le ciel étoilé de la Constitution fédérale et puis, régulièrement, on se dirigerait en fonction de l'étoile du matin en consultant la Constitution qui nous indiquerait où l'on doit aller. Ce n'est pas comme ça, la politique réelle! La politique réelle est beaucoup plus pragmatique et peut-être qu'on ne peut pas se diriger d'après l'étoile du berger ou l'étoile du matin qui nous conduisent vers le port, sûr, du salut. Il faut commencer parfois par régler les problèmes concrets et, petit à petit, les opinions avancent. Et puis, dans un rapport dialectique, on fait de temps en temps une avancée constitutionnelle et le reste du temps on avance de façon pratique.

Mais vouloir commencer par l'étoile du matin sans savoir exactement où l'on va, c'est quelque chose qui ne marche pas en Suisse. On perd du temps, et j'ai des craintes, si l'on part dans cette direction. Car une norme constitutionnelle implique quand même une année ou deux de travaux parlementaires avant qu'elle ne passe devant le peuple: en effet, il n'y a pas de message sur cette norme constitutionnelle; alors, il faut faire un message ou en tout cas donner des explications. Or qui va donner ces explications? Il faut en outre tâcher de réunir des majorités.

Or, maintenant que les compagnies d'assurance-maladie ont été invitées à ne plus participer aussi activement aux campagnes de votation qui les concernent et qu'un des principaux acteurs ou agents dans ces campagnes est paralysé ou du moins limité dans son activité, qui se battra pour ce texte? Je crains que, pendant deux ans, on nous dise, chaque fois qu'on fera un pas dans la même direction – parce que je partage la volonté d'aller dans la direction du contre-projet –, et avec une certaine légitimité: «Halte! Attendons d'abord la discussion de principe avant de faire un pas dans ce sens.» Et, au lieu de donner une impulsion à la réforme, on va donner un prétexte pour être encore plus prudent et encore plus lent qu'on ne l'est aujourd'hui, parce qu'on nous dira: «Attendez la votation populaire pour savoir dans quel sens on va!» Et moi j'ai la conviction que la votation populaire nous dira: «Nous ne voulons pas nous prononcer sur de grands principes, nous aimerions savoir de manière beaucoup plus détaillée comment fonctionnera le système de santé auquel nous avons tous recours depuis des années.»

Vient s'ajouter à cela un problème auquel le Conseil des Etats doit quand même être sensible: c'est celui du respect des cantons. Les cantons, dont la compétence en matière sanitaire est importante – en fonction de tous les articles constitutionnels y relatifs –, n'ont pas été longuement entendus, n'ont pas eu l'occasion de se prononcer, n'ont pas eu l'occasion de débattre la question. Et tout à coup, on leur propose un article constitutionnel, certes intellectuellement bien fait – je suis le premier à le reconnaître, et l'on peut féliciter les auteurs de la mouture initiale, puis les auteurs de la mouture définitive –, mais qui n'est pas le résultat d'une série d'avis de partenaires importants, notamment les cantons. C'est le résultat du travail de personnes compétentes et efficaces du point de vue de la rédaction du texte, mais cela ne

suffit pas pour faire d'un texte quelque chose qui soit accepté par tous.

Au fond, nous savons bien pourquoi ce contre-projet est né: parce qu'on ne voulait pas un affrontement avec l'initiative dont tout le monde voyait les faiblesses. Mais nous espérons, et nous espérons toujours – en tout cas ceux qui conditionnent leur oui au contre-projet au retrait de l'initiative – éviter une votation sur l'initiative, qui contient des éléments que beaucoup apprécient, mais qui, dans l'ensemble, n'est pas acceptable et qu'il faudra repousser. Quoique, si l'on se décide aujourd'hui, ce qui est possible, en faveur du contre-projet, on recommence quelque chose qu'on a fait faux – je crois pouvoir le dire – à Flims: au lieu d'oser trancher et de dire clairement non à l'initiative – qui a ses qualités, mais qui n'est pas suffisante –, on a cherché à échapper à la difficulté de dire oui ou non. Et aujourd'hui, on risque de faire la même chose, parce que les chances de succès de cette initiative sont extrêmement faibles.

Quelles sont les forces derrière le contre-projet? Ce ne sont pas les cantons. Le Conseil fédéral fera ce que vous souhaitez, mais tout le monde sait qu'il est contre. Les caisses-maladie sont dorénavant invitées à la discrétion; les médecins sont contre; les patients aimeraient bien savoir dans le détail en quoi consistent le monisme et la liberté de contracter. Qui sera pour cette Economiesuisse? Comme dirait Staline: «Combien de divisions Economiesuisse a-t-elle?» Ce n'est pas énorme lorsqu'il s'agit de soumettre une question au vote populaire. Je crois qu'il faut être pratique, et je vous invite à arrêter cet exercice en rendant hommage à l'intelligence des auteurs de cet article et en reconnaissant que certainement, intellectuellement, ils ont beaucoup de mérite et ont en grande partie raison. Mais ce n'est pas une voie praticable pour les prochaines années.

Je vous invite donc à confirmer l'opposition à l'initiative populaire, à rejeter le contre-projet et à vous adonner avec nous au travail pénible, mesquin, d'insectes tenaces, qui constitue notre labeur actuellement en essayant, comme on va le faire dans quelques minutes, d'améliorer le système, au risque d'être accusés de temps en temps de manquer de conception générale. Mais c'est ainsi que les choses se passent en Suisse.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit ... 20 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 20 Stimmen

*Mit Stichentscheid des Präsidenten  
wird der Antrag der Mehrheit angenommen  
Avec la voix prépondérante du président  
la proposition de la majorité est adoptée*

#### **Art. 2**

##### *Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

##### *Antrag der Minderheit*

(Ory, Leuenberger-Solothurn)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

#### **Art. 2**

##### *Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national

##### *Proposition de la minorité*

(Ory, Leuenberger-Solothurn)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Präsident** (Brändli Christoffel, Präsident): Frau Ory, ist es richtig, dass der Antrag der Minderheit entfällt?

**Ory** Gisèle (S, NE): Oui, Monsieur le président, je suis d'accord et je crois qu'effectivement, ça n'a plus de sens de voter sur cet article.

**Präsident** (Brändli Christoffel, Präsident): Ich stelle fest, dass der Antrag der Minderheit Ory entfällt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit  
Adopté selon la proposition de la majorité*

05.055

**Für tiefere  
Krankenkassenprämien  
in der Grundversicherung.  
Volksinitiative**

**Pour la baisse  
des primes d'assurance-maladie  
dans l'assurance de base.  
Initiative populaire**

*Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBI 2005 4315)

Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4095)

Bericht SGK-SR 12.09.06

Rapport CSSS-CE 12.09.06

Ständerat/Conseil des Etats 25.09.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Bericht SGK-NR 02.11.06

Rapport CSSS-CN 02.11.06

Nationalrat/Conseil national 14.12.06 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 18.09.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2008 3)

Texte de l'acte législatif (FF 2008 3)

---

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für tiefere  
Krankenkassenprämien in der Grundversicherung»  
Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour la  
baisse des primes d'assurance-maladie dans l'as-  
surance de base»**

**Art. 1a**

*Antrag der Mehrheit*  
Streichen

*Antrag der Minderheit*

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Humbel Näf, Parmelin, Triponez, Wehrl)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 1a**

*Proposition de la majorité*  
Biffer

*Proposition de la minorité*

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Humbel Näf, Parmelin, Triponez, Wehrl)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 2**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit*

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Humbel Näf, Parmelin, Triponez, Wehrl)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 2**

*Proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité*

(Bortoluzzi, Borer, Hassler, Humbel Näf, Parmelin, Triponez, Wehrl)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Le président** (Bugnon André, président): Un seul débat a lieu sur les articles 1a et 2 puisqu'il s'agit d'un concept.

**Fehr** Jacqueline (S, ZH), für die Kommission: Bei dieser Differenzvereinbarung lohnt es sich, von hinten zu beginnen. Es handelt sich um einen Gegenvorschlag zu einer Initiative, der über mehrere Monate und Sitzungen ausgearbeitet worden ist. Jetzt, nach Prüfung aller Details, aller Stellungnahmen, ist die Mehrheit der Kommission zum Schluss gekommen, dass der Gegenvorschlag nicht unterstützt und also dem Entwurf des Bundesrates zugestimmt werden soll, nämlich die SVP-Initiative abzulehnen, und dies ohne Gegenvorschlag.

Bevor wir zu diesem endgültigen Entscheid kommen, haben wir noch eine Differenz auszuräumen. Diese Differenz betrifft den Titel. Sollte die Meinung der Mehrheit hier im Saal eine andere sein als in der Kommission, müssten wir über die Frage, wie dieser Gegenvorschlag denn effektiv heissen soll, noch beraten. Aber ich denke, die Meinungen im Saal sind gemacht, und wir können relativ rasch zur Abstimmung schreiten.

**Robbiani** Meinrado (CEg, TI), pour la commission: Dans le cadre de l'examen des divergences entre les deux conseils sur le texte de contre-projet opposé à cette initiative populaire, la commission s'est penchée une nouvelle fois sur la question de fond, à savoir s'il est justifié et opportun de formuler et de présenter un contre-projet. Au terme de cette discussion, la majorité de la commission a décidé de renoncer à cette option-là. Pourquoi?

D'abord, bien plus que d'une modification de la Constitution, le domaine de la santé et de l'assurance-maladie a besoin d'une révision de la loi qui, en raison de la difficulté d'atteindre un équilibre entre les différents intérêts en jeu, devrait permettre d'apporter pas à pas les adaptations nécessaires. Il est donc bien plus productif de canaliser les énergies vers la recherche de solutions de compromis plutôt que d'aller vers une confrontation sur les grands principes. Dans ce cas, on irait inévitablement vers une dispute acharnée sur

des questions de fond telles que la concurrence, la liberté de contracter ou le monisme, ce qui déboucherait sur une opposition radicale entre des visions tout à fait antagonistes. On finirait par amplifier les oppositions au moment même où l'on a au contraire besoin d'une capacité accrue de dialogue et de recherche de compromis.

L'article constitutionnel actuel laisse d'ailleurs une marge de manoeuvre suffisante pour avancer dans l'adaptation de l'assurance-maladie. On pourrait même avoir des doutes quant à la question de savoir si le moment est opportun pour réviser un article constitutionnel, du fait que l'on est juste au milieu d'un processus de révision en plusieurs étapes.

L'élaboration d'un nouvel article constitutionnel impliquerait en plus un travail très approfondi auquel il faudrait associer les principaux acteurs du domaine de la santé. Mais c'est le contraire qui s'est produit parce que, suite aux délais imposés par l'initiative, on a été obligé d'accélérer le processus, ce qui n'a pas permis de procéder à une consultation ordinaire.

Dernier point: parmi ces interlocuteurs, ce sont les cantons qui occupent évidemment la place la plus décisive si l'on considère la responsabilité qu'ils exercent dans le domaine de la santé. On est d'avis que toute révision d'un article constitutionnel concernant ce domaine devrait forcément se faire en étroite collaboration avec les cantons. Mais on doit constater que les cantons se sont prononcés largement contre les propositions de modification de la Constitution formulées dans les deux versions du Conseil des Etats et du Conseil national.

Pour la majorité de la commission, il vaut donc mieux renoncer à l'élaboration d'un contre-projet et laisser le peuple se prononcer sur l'initiative populaire dont les lacunes ont été soulignées exhaustivement dans le message du Conseil fédéral.

A l'opposé, la minorité de la commission propose de se rallier à la décision du Conseil des Etats; elle est d'avis qu'il est opportun de mener l'exercice à sa fin en adoptant un article constitutionnel qui puisse constituer un contre-projet à l'initiative.

La majorité, comme je vous l'ai expliqué, vous invite, pour les raisons déjà mentionnées, à suivre sa décision de renoncer à élaborer et présenter un contre-projet.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Ich beantrage Ihnen, hier grundsätzlich am Gegenentwurf festzuhalten und der Version des Ständerates zu folgen.

Der Nationalrat hat in der ersten Lesung einen guten Vorschlag verabschiedet. Der Ständerat ist nun in einigen Teilen dem Nationalrat gefolgt. Er ist – aus meiner Sicht –, wenn man konsequent ist, in einigen Punkten im Unverbindlichen geblieben. Das ist der Nachteil. Wenn man sagt, die Krankenversicherung sollte nach den Prinzipien des Wettbewerbs und der Transparenz organisiert sein, dann verstehen die Leute oftmals etwas anderes oder Widersprüchliches darunter. Die Zulassung der Leistungserbringer wird aufgrund der Qualität festgelegt. Dann wird die genaue Ausrichtung durch das Gesetz festgelegt. Wir sehen heute, dass sich das Parlament in diesem Bereich hin und wieder ausserordentlich schwertut, sich von den staatlich-planwirtschaftlichen Abläufen wirklich zu trennen und die Sache im Interesse der Versicherten in geordnetem Rahmen, durch Transparenz sichtbar zu machen und diese Vergleichbarkeit herzustellen. Das fällt allein schon in der laufenden Debatte über die Spitalfinanzierung ja sehr schwer. Ich möchte Sie hier aber auffordern, mit der Minderheit den Schritt zu diesem Verfassungsgrundsatz zu tun, um die notwendigen Korrekturen im Gesundheitswesen einzuleiten, das seit Jahren aus dem Ruder läuft.

Dass die Linke hier im Rat den Gegenentwurf ablehnt, ist verständlich. Allerdings sollten Sie nicht damit argumentieren, dass Sie nun die Hüterin des Föderalismus seien. Wenn Sie ehrlich sind, sagen Sie, dass es Ihnen darum geht, das staatlich-planwirtschaftliche Verhalten im Gesundheitswesen auszudehnen und im Wesentlichen an den bestehenden Strukturen festzuhalten.

Nicht wahr: Eine Verfassungsgrundlage ist ein Ziel; es besteht die Möglichkeit, sich zügig im Gesetzgebungsverfahren in Schritten auf dieses Ziel hinzubewegen, ohne zeitlichen Druck, aber in einem stetigen Vorwärtsgen. Das ist ein grosser Mangel in unserer heutigen Diskussion um das Gesundheitswesen: Wohin die Reise gehen soll, ist nicht klar, und der Streit darüber, ob mehr staatliche Einflussnahme stattfinden soll oder ob klar wettbewerbliche Elemente die Grundlage des Gesundheitswesens sein sollen, findet schon seit einigen Jahren statt. Das führt dann schliesslich dazu, dass wir uns im Kreise drehen und keine entscheidenden Schritte zugunsten der Prämienzahlenden machen. Das ist die Situation.

Obwohl man weiss, dass eine wirksame Koordination der 26 kantonalen Hoheiten im Gesundheitswesen nur über eine Verfassungsbestimmung auf eidgenössischer Ebene Erfolg verspricht, tut man sich schwer damit. Der Ständerat hat nur mit dem Stichentscheid des Präsidenten an seiner Fassung festgehalten, obwohl es eigentlich keine grundlegenden Argumente gegen eine Verfassungsbestimmung gibt. Im Gegenteil: Dass eine Grundlage notwendig wäre, ersieht man am besten aus der parallel dazu diskutierten Spitalfinanzierungsvorlage. Man ist nicht in der Lage, schweizweit gültige, einheitliche Grundsätze durchzusetzen, welche dann irgendwann zu vergleichbaren Daten führen. Die Gefahr, dass wir auch da zu einem zahnlosen Gesetz kommen, ist relativ gross. Es ist ja jetzt verabschiedet, und es gilt dann, es später zu beurteilen.

Man kann auch das Beispiel der Spitzenmedizin heranziehen: Seit Jahren sind die Kantone nicht in der Lage, eine für die Bevölkerung zweckmässige Lösung zu finden. Alles geht immer zulasten der Prämien- und Steuerzahler – Überkapazitäten, Fehlinvestitionen usw. Es würde alles auf dem Tisch liegen, aber man ist nicht fähig, es wirksam zu korrigieren. Ich glaube, es ist an der Zeit, eine Verfassungsgrundlage zu schaffen, die eine klare Zielsetzung in Aussicht stellt. Wenn man eine wirksame Koordination will, braucht es eine Verfassungsgrundlage.

Ich bitte Sie deshalb, der Minderheit zu folgen, um die Ausgangslage für eine Volksabstimmung offenzuhalten.

**Rossini Stéphane (S, VS):** Au risque de me répéter, et puisque sur ce sujet, on va de tergiversation en tergiversation, je referai une ixième fois l'exercice pour m'opposer à la proposition de la minorité Bortoluzzi et pour vous inviter à rejeter le contre-projet.

Première remarque: pour élaborer un contre-projet, il y a au moins une condition qu'il faudrait remplir, celle de la cohérence entre le contre-projet et le texte de l'initiative populaire. Or vous pouvez bien chercher et longtemps, il y a très peu de cohérence entre le contre-projet et le texte de l'initiative populaire. Ce dernier prévoit de baisser les primes par une réduction drastique du catalogue des prestations; le contre-projet modifie l'article de la Constitution relatif à la santé en introduisant d'abord le principe de la concurrence. Par conséquent, je crois que la démarche est incohérente et incorrecte. Le contre-projet n'est pas en lien direct avec le texte de l'initiative populaire.

Deuxième remarque: elle concerne, cette fois-ci, des éléments de fond. Tout au long de la révision de la loi sur l'assurance-maladie, nous avons eu cette discussion sur le principe de la concurrence: la concurrence intégrale, comme on l'a nommée du côté du groupe UDC et de certains membres du groupe radical-libéral, le libre marché magique, le libre marché intégral, ce libre marché qui va nous garantir à la fois la qualité et la maîtrise des coûts. Cela n'est pas très raisonnable. On l'a vu, il faut une part de régulation, une intervention qui permette, dans un domaine aussi sensible que celui-là, de garantir les équilibres. Par conséquent, de notre point de vue, ce «tout-à-la-concurrence» est totalement inadéquat d'une part, et dangereux d'autre part.

Troisième remarque: elle concerne la question du financement moniste, le financement qui ne transiterait plus par les cantons, mais qui serait versé directement aux assureurs-maladie. Je crois que nous en avons abondamment discuté

dans le cadre de la révision de la loi sur l'assurance-maladie: aujourd'hui cette proposition est totalement inacceptable pour nous. Pour la gauche très clairement, mais aussi pour les cantons. Les cantons l'ont dit: «Il n'est pas question que nous versions notre contribution directement aux assureurs, mais qu'en contrepartie, nous n'ayons quasiment rien à dire.» Donc cet élément est inacceptable parce que si nous devions travailler avec l'opposition des cantons, cela ne permettrait pas au système de santé de fonctionner.

Par ailleurs, si ce contre-projet devait aboutir, il y aurait, en plus de l'opposition des cantons, celle des médecins, des autres catégories professionnelles de la santé. Ces oppositions, additionnées vraisemblablement aussi à celles des patients, ferait que cet article constitutionnel n'aurait aucune chance de passer devant le peuple.

Je crois qu'il faut être très clair, la chose est relativement simple. Toutes ces tergiversations n'avaient qu'un seul but: éviter que l'on vote sur l'initiative populaire de l'UDC en 2007, c'est-à-dire avant les élections fédérales. Alors, vous avez atteint votre but. Avec toutes ces navettes, ces heures et ces jours de commission, vous avez pu faire en sorte que nous ne nous prononcions pas sur ce texte avant les élections. Maintenant que vous avez atteint votre but et que les chances de votre initiative sont quasiment nulles devant le peuple, évitez s'il vous plaît de continuer un exercice aberrant et inutile.

Je vous invite donc à rejeter la proposition de la minorité Bortoluzzi.

**Wehrli Reto (CEg, SZ):** 1. Die CVP-Fraktion lehnt die Volksinitiative der SVP ab; das haben wir bereits vor zwei Wochen an dieser Stelle festgehalten.

2. Die Mehrheit der CVP-Fraktion unterstützt die Minderheit der Kommission. Wir unterstützen also den Gegenvorschlag gemäss Ständerat. Dieser entspricht dem nationalrätlichen Beschluss, mit gewissen Abstrichen in den Bereichen Vertragsfreiheit und Binnenmarkt, wobei gerade Letzterer nun trotzdem Eingang in unser Gesetzeswerk, in die KVG-Vorlage zur Spitalfinanzierung, findet. Die CVP-Fraktion stimmt also mehrheitlich dem Antrag der Minderheit zu; wir finden ihn inhaltlich richtig und erachten auch das politische Vorgehen als richtig. Wir haben das an dieser Stelle bereits vor zwei Wochen einlässlich dargelegt.

3. Die Zustimmung zu diesem Gegenvorschlag – ich betone es noch einmal – erfolgt unter der Bedingung, dass die SVP den Rückzug ihrer Initiative erklärt oder mindestens verbindlich in Aussicht stellt; ansonsten wird bei der Schlussabstimmung am nächsten Freitag die ganze Angelegenheit beendet werden müssen. Man kann es sozusagen als Lackmustest für das weitere Zusammenarbeiten in diesem Parlament betrachten.

Die CVP-Fraktion unterstützt also mehrheitlich die Minderheit.

**Couchepin Pascal, conseiller fédéral:** Je crois que la situation s'est clarifiée au cours des discussions de ces dernières semaines. La majorité aux Chambres fédérales recommande de rejeter l'initiative populaire.

Nous proposons, comme la majorité de la commission, le rejet du contre-projet pour les raisons suivantes. Tout d'abord, comme vient de le dire Monsieur Wehrli, rien ne nous permet de penser que l'initiative elle-même serait retirée si le contre-projet était accepté. A ce jour, aucun signal dans ce sens n'a d'ailleurs été donné. Monsieur Bortoluzzi, qui est l'un des initiants, s'est prononcé il y a quelques instants: il n'a pas évoqué la possibilité d'un retrait de l'initiative. Mais c'est un aspect secondaire.

Je crois que l'aspect principal est ailleurs. Le contre-projet a été préparé dans la hâte. Il n'a pas fait l'objet d'une consultation ordinaire pour un article constitutionnel. En particulier, ni les cantons, ni les organisations syndicales ou économiques n'ont été consultés. Se mettre à élaborer un article constitutionnel en suivant cette méthode est dangereux et finalement non conforme à la tradition politique de ce pays. Le contre-projet contient des propositions qui sont nouvelles,

mais qui peuvent être interprétées de manière très différente suivant l'angle de vue. Il aurait été essentiel, en envoyant le texte en consultation, de pouvoir définir et comprendre ce que signifient les différents alinéas de cet article. Voter un article constitutionnel sans avoir fait tout le travail de préparation qui permet de voir où il conduit revient à se prononcer sur une disposition qui n'est pas encore mûre et qui risque en cas d'échec de bloquer le développement du système.

Monsieur Bortoluzzi a dit qu'il manquait actuellement dans la Constitution un article qui permette de voir où conduit tout le voyage réformateur que nous avons entrepris depuis quelques années. Encore faut-il qu'on soit bien d'accord sur les termes et les concepts utilisés et que l'article constitutionnel n'introduise pas des inconnues supplémentaires dans un domaine où les choses sont déjà assez compliquées!

C'est la raison pour laquelle, même si j'approuve plusieurs voire la plupart de ce que je suppose être les objectifs du contre-projet, je vous demande de le rejeter, de laisser aller l'initiative seule devant le peuple, d'avoir un premier débat à l'occasion de la votation sur cette initiative et, le cas échéant, de préparer un contre-projet qui suivrait le cursus normal des articles constitutionnels et qui permettrait un jour de présenter au Parlement et au peuple un texte dont chacun pourrait comprendre la portée, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

**Fehr** Jacqueline (S, ZH), für die Kommission: Diese kurze Debatte hat es noch einmal gezeigt: Dieses Projekt Gegenvorschlag muss für Ziele hinhalten, die nichts mit der Gesundheitspolitik zu tun haben. Zuerst musste es hinhalten, um die Zeit zu verzögern, damit die SVP-Initiative nicht vor den Wahlen zur Abstimmung kam; jetzt muss es offenbar hinhalten, um die politische «Getreuenshaft» unter Beweis zu stellen, mit der Drohung, dass man das Projekt dann doch nicht unterstütze, wenn die Initiative nicht zurückgezogen werde.

Die Kommissionsmehrheit ist der Meinung, dass dieser Gegenvorschlag nicht als Instrument für irgendwelche anderen Ziele genutzt werden soll, sondern in der Sache beurteilt werden muss. Wenn man den Gegenvorschlag in der Sache beurteilt, kommt man zum Schluss, dass hier ein Totalumbau des schweizerischen Gesundheitswesens, für das die Hauptzuständigkeit bei den Kantonen liegt, vorgenommen werden soll, ohne dass die Kantone auch nur einmal in diese Arbeit ernsthaft mit einbezogen würden. Wir stellen fest, dass hier handstreichartig quasi alle gesundheitspolitischen Provokationen kumulativ umgesetzt werden sollen.

Wenn man den Gegenvorschlag also in der Sache und nicht als Instrument beurteilt, muss man, glaube ich, wie die Mehrheit zum Schluss kommen, dass jetzt der Zeitpunkt gekommen ist, die Übung abzubrechen, wirklich Bilanz zu ziehen und den Gegenvorschlag abzulehnen.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 05.055/145)

Für den Antrag der Minderheit ... 108 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 67 Stimmen

**siehe Seite / voir page 52**

**Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base»**

**Kuprecht Alex (V, SZ):** Die langen Diskussionen zu dieser Initiative und die nachfolgenden Diskussionen zu einem Gegenvorschlag sind beendet. Beide Räte haben dem Gegenvorschlag zugestimmt. Wichtige Bereiche der Initiative sind im Gegenvorschlag enthalten, wie beispielsweise die Schaffung von mehr Transparenz oder die Förderung des Wettbewerbes. Ich bin überzeugt, dass diese Abstimmung auch gewonnen werden kann. Sie geht ja in die richtige Richtung. Ich bin von den Initianten autorisiert worden, Ihnen heute mitzuteilen, dass bei Zustimmung beider Räte zum Gegenvorschlag die Initiative zurückgezogen wird. Ich bitte Sie deshalb, diesem Bundesbeschluss zuzustimmen. Er ist ein bisschen verwirlich, weil im letzten Teil unter Artikel 3 steht: «Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Initiative abzulehnen und den Gegenentwurf anzunehmen.» Es ist nicht ganz klar; der Gegenentwurf ist im Beschluss versteckt. Wenn Sie also heute dem Gegenentwurf zustimmen möchten, dann bitte ich Sie, diesem Bundesbeschluss zuzustimmen.

*Abstimmung – Vote*  
Für Annahme des Entwurfes ... 29 Stimmen  
Dagegen ... 13 Stimmen  
(1 Enthaltung)

05.055

**Für tiefere  
Krankenkassenprämien  
in der Grundversicherung.  
Volksinitiative  
Pour la baisse  
des primes d'assurance-maladie  
dans l'assurance de base.  
Initiative populaire**

*Schlussabstimmung – Vote final*

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBI 2005 4315)  
Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4095)

Bericht SGK-SR 12.09.06  
Rapport CSSS-CE 12.09.06

Ständerat/Conseil des Etats 25.09.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Bericht SGK-NR 02.11.06  
Rapport CSSS-CN 02.11.06

Nationalrat/Conseil national 14.12.06 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 18.09.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2008 3)  
Texte de l'acte législatif (FF 2008 3)

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für tiefere  
Krankenkassenprämien in der Grundversicherung»**



05.055

**Für tiefere  
Krankenkassenprämien  
in der Grundversicherung.  
Volksinitiative**

**Pour la baisse  
des primes d'assurance-maladie  
dans l'assurance de base.  
Initiative populaire**

*Schlussabstimmung – Vote final*

Botschaft des Bundesrates 22.06.05 (BBI 2005 4315)  
Message du Conseil fédéral 22.06.05 (FF 2005 4095)

Bericht SGK-SR 12.09.06  
Rapport CSSS-CE 12.09.06

Ständerat/Conseil des Etats 25.09.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Bericht SGK-NR 02.11.06  
Rapport CSSS-CN 02.11.06

Nationalrat/Conseil national 14.12.06 (Frist – Délai)

Nationalrat/Conseil national 18.09.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 06.12.07 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 17.12.07 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.12.07 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2008 3)  
Texte de l'acte législatif (FF 2008 3)

**Rossini Stéphane** (S, VS): Entreprendre une révision constitutionnelle à la hussarde, à la hâte, sans fondement sérieux, sans finalité objective, et la conduire à travers un processus fait d'approximations et de bricolages, cela n'est pas acceptable. On ne s'attèle pas à modifier la Constitution de ce pays uniquement pour des motifs tactiques et de gestion de l'agenda politique, plus précisément électoral; ce n'est pas crédible.

Proposer au peuple suisse un article constitutionnel qui ne récolte que des oppositions parmi les principaux acteurs concernés, à savoir les cantons – qui sont le maillon central du système de santé suisse –, les médecins ou le personnel soignant, c'est provoquer de nouveaux affrontements stériles, néfastes au bon fonctionnement des autorités et des institutions sanitaires.

Parce que le travail a été bâclé, parce que le «tout-au-marché», «le tout-à-la-concurrence» et le «tout-à-la-rentabilité» sont des absurdités dans la politique publique de la santé, le groupe socialiste rejettera l'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» et le contre-projet.

**Bortoluzzi Toni** (V, ZH): Wir freuen uns hier für einmal. Mit dem Gegenvorschlag sind die Anliegen unserer Prämiensenkungs-Initiative in wesentlichen Teilen aufgenommen worden. Wir sind überzeugt, dass es damit möglich ist, unser Gesundheitswesen – endlich, möchte ich sagen – im Interesse mündiger Bürger weiterzuentwickeln. Damit ist auch der jahrzehntelange Streit um Wettbewerbstransparenz beziehungsweise unüberschaubare staatliche Planwirtschaft entschieden. Ich habe Verständnis dafür, dass Herr Rossini an dieser Entwicklung keine Freude hat, weil sie nicht dem gesundheitspolitischen Weg der Sozialisten entspricht. Wir sind aber sehr zuversichtlich, dass sich die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung für diesen Weg im Gesundheitswesen ausspricht.

Wir werden den Gegenvorschlag unterstützen und unsere Prämiensenkungs-Initiative zurückziehen, sofern sich beide Räte in der Schlussabstimmung für ihn aussprechen. Im Sinne einer konstruktiven Opposition, wenn Sie so wollen, werden wir unsere Initiative zurückziehen und dem Gegenvorschlag zustimmen.

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung»  
Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base»**

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 05.055/242)

Für Annahme des Entwurfes ... 133 Stimmen

Dagegen ... 63 Stimmen

**siehe Seite / voir page 53**

**Le président** (Bugnon André, président): Une motion d'ordre a été déposée par Monsieur von Graffenried. Il propose d'effectuer une nouvelle fois le vote précédent.

**von Graffenried** Alec (G, BE): Ich stelle den Ordnungsantrag, dass wir die Abstimmung über die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» wiederholen. Wir haben über diese Vorlage abgestimmt, und es war uns nicht bewusst – wofür ich mich entschuldige –, dass wir auch gleichzeitig über den Gegenentwurf abgestimmt haben. Aus diesem Grund möchten wir, dass die Abstimmung wiederholt wird, damit unsere Fraktion sich entsprechend aussprechen kann. Herzlichen Dank, wenn Sie meinem Ordnungsantrag zustimmen.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 05.055/256)

Für den Ordnungsantrag von Graffenried ... 83 Stimmen

Dagegen ... 112 Stimmen

**siehe Seite / voir page 54**

**Geschäft / Objet:**  
 Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung"

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire "pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base"

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 2

**Abstimmung vom / Vote du:** 18.09.2007 12:31:57

Abate	+	R	TI
Aeschbacher	+	E	ZH
Allemann	0	S	BE
Amherd	+	C	VS
Amstutz	+	V	BE
Aubert Josiane	0	S	VD
Bader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Bangra	0	S	SO
Barthassat	+	C	GE
Baumann Alexander	+	V	TG
Baumle	+	-	ZH
Beck	+	R	VD
Berberat	0	S	NE
Berthardsgrütter	+	G	SG
Bigler	+	V	SG
Bignasca Attilio	+	V	TI
Binder	+	V	ZH
Borer	+	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bruderer	+	S	AG
Brun	0	C	LU
Brunner Toni	+	V	SG
Brunschwig Graf	+	R	GE
Buchler	+	C	SG
Bugnon	+	V	VD
Bühner	+	R	SH
Burkhalter	+	R	NE
Carobbio Guscellti	0	S	TI
Cassis Ignazio	+	R	TI
Calthomas	+	C	GR
Chavrier	0	C	VS
Daquell	0	S	BE
Darbellay	+	C	VS
De Buman	+	C	FR
Donzé	+	E	BE
Dormond Béguelin	0	S	VD
Dunant	+	V	BS
Dupraz	+	R	GE
Eger-szepl-Obrišt	+	R	AG
Eggly	+	R	GE
Engelbeiger	+	R	NW
Fasel	0	G	FR
Fässler-Ostenwalder	0	S	SG
Faltibert	+	V	VD
Favre	+	R	VD
Fehr Hans	+	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	0	S	SH
Fehr Jacqueline	0	S	ZH
Fehr Mario	0	S	ZH

Fürst	+	R	SO
Föhn	+	V	SZ
Freyinger	0	V	VS
Försch	0	G	BE
Frigolstaler	+	V	AG
Gadient	0	V	GR
Gallade	0	S	ZH
Garbani	+	S	NE
Gerner	+	G	ZH
Germannier	+	R	VS
Giezendanner	+	V	AG
Glanzmann	+	C	LU
Glasson	+	R	FR
Glur	+	V	AG
Göll	0	S	ZH
Graf Maya	+	G	BL
Graf-Litscher Edith	0	S	TG
Gross Andreas	0	S	ZH
Guisan	0	R	VD
Günler	0	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gysin Hans Rudolf	+	R	BL
Gysin Remo	0	S	BS
Häberli	+	C	TG
Haering	0	S	ZH
Haller	+	R	BE
Hammerle	0	S	GR
Hany Urs	+	C	ZH
Hassler	+	V	GR
Hegeschweiler	+	R	ZH
Heim Bea	0	S	SO
Hess Bernhard	+	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	0	S	AG
Huber	+	R	UR
Hübmann	0	S	ZH
Huguenin	0	-	VD
Humbel Nef	+	C	AG
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Imfeld	+	C	OW
Ineichen	+	R	LU
Jantik	0	S	BL
Jermann	+	C	BL
Joder	+	V	BE
John-Calamé	0	G	NE
Kaufmann	+	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Klemer Nellen	0	S	BE
Kleiner	+	R	AR

Köhler	+	C	JU
Kunz	+	V	LU
Lang	0	G	ZG
Laubacher	+	V	LU
Leuenberger Genève	0	G	GE
Leutenegger Filippo	+	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	0	S	BL
Levrat	0	S	FR
Loeple	+	C	AI
Lustenberger	+	C	LU
Markwalder Bär	+	R	BE
Marli Werner	0	S	GL
Marty Kälin	0	S	ZH
Mathys	+	V	AG
Maurer	+	V	ZH
Maury Pasquier	0	S	GE
Meier-Schätz	+	C	SG
Menétrey-Savary	0	G	VD
Messmer	+	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Michel	+	R	GR
Miesch	+	V	BL
Moret Isabelle	+	R	VD
Morgeli	+	V	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Thomas	+	C	SG
Müller Walter	+	R	SG
Müller-Hemmi	0	S	ZH
Muri	+	V	LU
Nordmann	0	S	VD
Noser	+	R	ZH
Oehrl	+	V	BE
Pagan	+	V	GE
Parnelín	+	V	VD
Pedrina	0	S	TI
Pell	+	R	TI
Perrin	+	V	NE
Pfister Gerhard	+	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Rechtssteiner Paul	0	S	SG
Rechtssteiner-Basel	0	S	BS
Recordon	0	G	VD
Remnald	0	S	JU
Rey	+	S	VS
Reymond	+	V	GE
Riklin	+	C	ZH
Rime	+	V	FR
Robbiani	+	C	TI
Rossini	0	S	VS

Rotli-Bernasconi	0	S	GE
Ruey	+	R	VD
Rutschmann	+	V	ZH
Savary	0	S	VD
Schelbert Louis	0	G	LU
Schenk	+	V	BE
Schenker	0	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli	+	V	ZH
Schlier	+	V	ZH
Schmid Walter	+	V	BE
Schneider	+	R	BE
Schwander	+	V	SZ
Schweizer Urs	+	R	BS
Siegrist	+	-	AG
Simoneschi-Cortesi	0	C	TI
Sommaruga Carlo	0	S	GE
Sutler	+	V	TG
Stahl	+	V	ZH
Stamm Luzi	+	V	AG
Steier Jean-Francois	0	S	FR
Steiner	0	R	SO
Stöckli	0	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Slump	0	S	AG
Suter	+	R	BE
Teuscher	0	G	BE
Thanel	0	S	ZH
Theiler	+	R	LU
Triponoz	+	R	BE
Tschumperlin Andy	0	S	SZ
Vanek	0	-	GE
Vaudroz René	0	R	VD
Vellion	+	V	VD
Vernot-Mangold	0	S	BE
Vischer	0	G	ZH
Vollmer	0	S	BE
Waber Christian	+	E	BE
Wähler	+	E	ZH
Walter Hansjörg	+	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wenli	+	C	SZ
Weyeneth	+	V	BE
Widmer	0	S	LU
Wobmann	+	V	SO
Wyss Ursula	0	S	BE
Zeller	+	R	SG
Zemp	+	C	AG
Zisyradis	+	-	VD
Zuppiger	+	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	23	4	30	0	3	0	2	62
nein / non / no	0	0	0	0	2	50	1	53
enth. / abst. / ast.	1	10	2	50	0	2	2	67
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / nont pas voté / non ha votato	4	0	7	2	0	3	1	17
Vakant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si  
 = nein / non / no  
 0 enth. / abst. / ast.  
 % entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4  
 \* excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4  
 # hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato  
 # Der Präsident stimmt nicht  
 Le président ne prend pas part aux votes  
 v Vakant / Vacante

Bedeutung Ja / Signification de oui: Antrag der Minderheit I Gutzwiller  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Antrag der Minderheit II Bortoluzzi

**Geschäft / Objet:**  
 Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung"

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire "pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base"

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 2

**Abstimmung vom / Vote du:** 18.09.2007 12:33:05

Abate	=	R	TI
Aeschbacher	+	E	ZH
Allemann	+	S	BE
Amherd	=	C	VS
Amstutz	=	V	BE
Auber Josiane	+	S	VD
Bader Caspar	=	V	BL
Bader Elvira	=	C	SO
Bangra	+	S	SO
Barthassal	=	C	GE
Baumann Alexander	=	V	TG
Baumle	+	-	ZH
Beck	=	R	VD
Berberat	+	S	NE
Berthardsgrütter	+	G	SG
Bignasca Attilio	=	V	SG
Binder	=	V	TI
Binder	=	V	ZH
Borer	=	V	SO
Bortoluzzi	=	V	ZH
Bruderer	+	S	AG
Brun	=	C	LU
Brunner Toni	=	V	SG
Brunschwig Graf	=	R	GE
Büchler	=	C	SG
Bugnon	=	V	VD
Bühner	*	R	SH
Burkhalter	=	R	NE
Carobbio Guscellti	+	S	TI
Cassis Ignazio	=	R	TI
Calthomas	=	C	GR
Chavrier	=	C	VS
Daquét	+	S	BE
Darbellay	*	C	VS
De Buman	=	C	FR
Donzé	+	E	BE
Dormond Béguelin	+	S	VD
Dunant	=	V	BS
Dupraz	=	R	GE
Eger-zeqj-Obrist	#	R	AG
Eggly	=	R	GE
Engelberger	=	R	NW
Fasel	+	G	FR
Fässler-Ostenwalder	+	S	SG
Faltibert	=	V	VD
Favre	=	R	VD
Fehr Hans	=	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	+	S	ZH
Fehr Mario	+	S	ZH

Fürst	*	R	SO
Föhn	=	V	SZ
Freyinger	=	V	VS
Försch	+	G	BE
Frigolstaler	=	V	AG
Gadient	=	V	GR
Gallade	+	S	ZH
Garbani	*	S	NE
Gerner	+	G	ZH
Germannier	=	R	VS
Giezendanner	=	V	AG
Glanzmann	=	C	LU
Glasson	=	R	FR
Glur	=	V	AG
Göll	+	S	ZH
Graf Maya	+	G	BL
Graf-Litscher Edith	+	S	TG
Gross Andreas	+	S	ZH
Guisan	+	R	VD
Günler	+	S	BE
Gutzwiller	=	R	ZH
Gysin Hans Rudolf	*	R	BL
Gysin Remo	+	S	BS
Häberli	=	C	TG
Haering	+	S	ZH
Haller	=	V	BE
Hammerle	+	S	GR
Hany Urs	=	C	ZH
Hassler	=	V	GR
Hegeschweiler	=	R	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hess Bernhard	=	-	BE
Hochreutener	=	C	BE
Hofmann Urs	+	S	AG
Hüber	=	R	UR
Hübmann	+	S	ZH
Huguenin	+	-	VD
Humbel Nef	=	C	AG
Hutter Jasmin	=	V	SG
Hutter Markus	=	R	ZH
Imfeld	=	C	OW
Ineichen	=	R	LU
Jantik	+	S	BL
Jermann	*	C	BL
Joder	*	V	BE
John-Calamé	+	G	NE
Kaufmann	=	V	ZH
Keller Robert	=	V	ZH
Klemer Nellen	+	S	BE
Kleiner	=	R	AR

Köhler	=	C	JU
Kunz	=	V	LU
Lang	+	G	ZG
Laubacher	+	V	LU
Leuenberger Genevè	+	G	GE
Leutenegger Filippo	*	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	+	S	BL
Levrat	+	S	FR
Loeple	=	C	AI
Lustenberger	=	C	LU
Markwalder Bär	=	R	BE
Marli Werner	+	S	GL
Marty Kälin	+	S	ZH
Mathys	=	V	AG
Maurer	=	V	ZH
Maury Pasquier	+	S	GE
Meier-Schätz	=	C	SG
Ménétrey-Savary	+	G	VD
Messmer	*	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Michel	=	R	GR
Miesch	=	V	BL
Moret Isabelle	=	R	VD
Morgeli	=	V	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	=	R	AG
Müller Thomas	*	C	SG
Müller Walter	=	R	SG
Müller-Hemmi	+	S	ZH
Muri	=	V	LU
Nordmann	+	S	VD
Noser	=	R	ZH
Oehrl	=	V	BE
Pagan	=	V	GE
Parnelin	=	V	VD
Pedrina	+	S	TI
Pell	=	R	TI
Perrin	=	V	NE
Pfister Gerhard	=	C	ZG
Pfister Theophil	=	V	SG
Rechtssteiner Paul	+	S	SG
Rechtssteiner-Basel	+	S	BS
Recordon	=	G	VD
Remnald	+	S	JU
Rey	*	S	VS
Reymond	=	V	GE
Riklin	=	C	ZH
Rime	=	V	FR
Robbiani	+	C	TI
Rossini	+	S	VS

Rotli-Bemascconi	+	S	GE
Ruey	=	R	VD
Rutschmann	=	V	ZH
Savary	+	S	VD
Savellet Louis	+	G	LU
Scherk	=	V	BE
Schenker	+	S	BS
Scherer Marcel	=	V	ZG
Schibli	=	V	ZH
Schlier	=	V	ZH
Schmid Walter	=	V	BE
Schneider	*	R	BE
Schwander	=	V	SZ
Schweizer Urs	=	R	BS
Siegrist	=	-	AG
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Sutler	=	V	TG
Stahl	=	V	ZH
Stamm Luzi	=	V	FR
Steier Jean-Francois	+	S	AG
Steiner	=	R	SO
Stöckli	+	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Slump	+	S	AG
Suter	*	R	BE
Teuscher	+	G	BE
Thanei	+	S	ZH
Theiler	=	R	LU
Triponoz	=	R	BE
Tschumperlin Andy	+	S	SZ
Vanek	+	-	GE
Vaudroz René	=	V	VD
Vellion	=	V	VD
Vernot-Mangold	+	S	BE
Vischer	+	G	ZH
Vollmer	+	S	BE
Waber Christian	=	E	BE
Wähler	=	E	ZH
Walter Hansjörg	=	V	TG
Wandfluh	=	V	BE
Weinli	=	C	SZ
Weyeneth	=	V	BE
Widmer	+	S	LU
Wobmann	=	V	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zeller	=	R	SG
Zemp	*	C	AG
Zisyradis	*	-	VD
Zuppiger	=	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	3	14	1	50	3	0	3	74
nein / non / no	21	0	31	0	2	53	2	109
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	0	0	0
entst. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / nont pas voté / non ha votato	4	0	7	2	0	2	1	16
Vakant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si  
 = nein / non / no  
 0 enth. / abst. / ast.  
 % entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4

\* excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4  
 # hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato  
 # Der Präsident stimmt nicht  
 Le président ne prend pas part aux votes

v Vakant / Vacante

Bedeutung Ja / Signification de oui: Antrag der Mehrheit  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Antrag der Minderheit | Gutzwiller

**Geschäft / Objet:**  
 Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung"

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire "pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base"

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 1a

**Abstimmung vom / Vote du:** 17.12.2007 18:56:21

Abale Fabio	*	R	TI
Aebi Andreas	=	V	BE
Aeschbacher Ruedi	*	C	ZH
Allemann Evi	+	S	BE
Amacker-Amann Kathrin	=	C	BL
Amherd Viola	=	C	VS
Amstutz Adrian	=	V	BE
Aubert Josiane	+	S	VD
Bader Caspar	=	V	BL
Bader Elvira	=	C	SO
Baeitig Dominique	=	V	JU
Banziger Marlies	+	G	ZH
Barthassat Luc	+	C	GE
Baumann J. Alexander	=	V	TG
Bäumle Martin	+	C	ZH
Berberat Didier	+	S	NE
Bigger Einar	=	V	SG
Bignasca Attilio	=	V	TI
Binder Max	=	V	ZH
Bischof Pirmin	=	C	SO
Borer Roland F.	=	V	SO
Bortoluzzi Toni	=	V	ZH
Bourgeois Jacques	=	R	FR
Bretiaz Daniel	+	G	VD
Bruderer Pascale	+	S	AG
Brunner Toni	=	V	SG
Brunschwig Graf Martine	=	R	GE
Bucher Jakob	=	C	SG
Bugnion André	#	V	VD
Carobbio Guscatelli	+	S	TI
Cassis Ignazio	=	R	TI
Callonnas Sep	=	C	GR
Caviezel Tarzissus	=	R	GR
Chevrier Maurice	*	C	VS
Daguel André	+	S	BE
Darbelkay Christophe	*	C	VS
de Buman Dominique	+	C	FR
Donze Walter	=	C	BE
Dunant Jean Henri	=	V	BS
Egger-Wyss Esther	=	C	AG
Eichenberger-Walther	=	R	AG
Engelberger Edi	=	R	NW
Estlinnann Yvette	=	V	LU
Fasel Hugo	+	G	FR
Fassler-Ostwaldler	+	S	SG
Favre Charles	=	R	VD
Favre Laurent	=	R	NE
Fehr Hans	=	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	+	S	ZH

Fehr Mario	+	S	ZH
Fiala Doris	=	R	ZH
Flückiger-Balmi Sylvia	=	V	AG
Furt Kurt	=	R	SO
Fohn Peter	=	V	SZ
Francais Olivier	=	R	VD
Freyinger Oskar	=	V	VS
Frosch Therese	+	G	BE
Fugistaller Lieni	=	V	AG
Gadient Brigitta M.	=	V	GR
Gallade Chantal	*	S	ZH
Geissbühler Andrea	=	V	BE
Gerner Ruth	+	G	ZH
Gemanter Jean-René	*	R	VS
Gezandanner Ulrich	*	V	AG
Gilli Yvonne	+	G	SG
Girod Bastien	+	G	ZH
Glanzmann-Hunkeler Ida	=	C	LU
Glausser-Zuffeney Alice	*	V	VD
Glur Walter	=	V	ZH
Goll Christine	+	S	ZH
Grabler Jean-Pierre	=	V	BE
Graf Maya	+	G	BL
Graf-Litscher Edith	+	S	TG
Gfin Jean-Pierre	*	V	VD
Gross Andreas	*	S	ZH
Grunder Hans	=	V	BE
Gysin Hans Rudolf	=	R	BL
Häberli-Koller Brigitte	=	C	TG
Haller Ursula	=	V	BE
Hammerle Andrea	+	S	GR
Hany Urs	=	C	ZH
Hassler Hansjörg	=	V	GR
Heer Alfred	*	V	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hiltpold Hugues	*	R	GE
Hochleutener Norbert	=	C	BE
Hodgers Antonio	+	G	GE
Holmann Urs	+	S	AG
Huber Gabi	=	R	UR
Humbel Ruth	=	C	AG
Hutter Thomas	=	V	SH
Hutter Jasmin	=	V	SG
Hutter Markus	=	R	ZH
Ineichen Otto	*	R	LU
Joder Rudolf	=	V	BE
John-Calamé Françoise	+	G	NE
Jostsch Daniel	+	S	ZH
Kaufmann Hans	=	V	ZH
Kleiner Nellen Margret	+	S	BE

Killer Hans	=	V	AG
Kleiner Marianne	=	R	AR
Kunz Josef	=	V	LU
Lachenmeier-Thuring	+	G	BS
Lang Josef	+	G	ZG
Leuenberger Ueli	+	G	GE
Leutenegger Filippo	*	R	ZH
Leutenegger Obenhofer	*	S	BL
Levral Christian	+	S	FR
Loepfe Arthur	=	C	AI
Lumengo Ricardo	+	S	BE
Lüscher Christian	=	R	GE
Lustenberger Ruedi	=	C	LU
Malama Peter	=	R	BS
Markwalder Bär Christa	=	R	BE
Marra Ada	+	S	VD
Marli Werner	+	S	GL
Maurer Ueli	=	V	ZH
Meier-Schatz Lucrezia	*	C	SG
Messmer Werner	*	R	TG
Miesch Christian	+	C	FR
Morel Isabelle	=	R	BL
Morel Christoph	=	R	VD
Morigel Christoph	=	V	ZH
Moser Tiana Angelina	+	C	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	=	R	AG
Müller Thomas	=	C	SG
Müller Walter	=	R	SG
Muri Felix	=	V	LU
Neyrick Jacques	=	C	VD
Niederger Yves	=	V	GE
Nordmann Roger	+	S	VD
Noser Ruedi	*	R	ZH
Nussbaumer Eric	+	S	BL
Parmelin Guy	=	V	VD
Pedrina Fabio	+	S	TI
Pelli Fulvio	=	R	TI
Perrin Yvan	=	V	NE
Perrinlaquet Sylvie	*	R	NE
Pisler Gerhard	=	C	ZG
Pisler Theophil	=	V	SG
Rechtsteiner Paul	+	S	SG
Rechtsteiner Rudolf	+	S	BS
Reimann Lukas	=	V	SG
Remmald Jean-Claude	+	S	JU
Reymond André	=	V	GE
Rickli Natalie	=	V	ZH
Rielle Jean-Charles	+	S	GE
Riklin Kallyo	=	C	ZH

Rime Jean-François	=	V	FR
Robbiani Meinrado	+	C	TI
Rossini Stéphane	+	S	VS
Roll-Bernasconi Maria	+	S	GE
Ruey Claude	=	R	VD
Ruischmann Hans	=	V	ZH
Schelbert Louis	+	G	LU
Schenk Simon	=	V	BE
Schenker Silvia	+	S	BS
Schenker Marcel	=	V	ZG
Schibli Ernst	=	V	ZH
Schmid-Federer Barbara	=	C	ZH
Schmidli Roberto	*	C	VS
Schneider Johann N.	*	R	BE
Schwander Pirmin	=	V	SZ
Segmüller Plus	=	C	LU
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Spühler Peter	=	V	TG
Stahl Jürg	=	V	ZH
Stamm Luzi	=	V	AG
Stier Jean-François	+	S	FR
Stöckli Hans	*	S	BE
Stump Doris	+	S	AG
Teuscher Franziska	+	G	BE
Thanei Anita	+	S	ZH
Theiler Georges	=	R	LU
Thorens Gounnaz Adele	+	G	VD
Tiponez Pierre	=	R	BE
Tschumperlin Andy	+	S	SZ
van Singer Christian	+	G	VD
Veillon Pierre-François	=	V	VD
Vischer Daniel	+	G	ZH
von Grafenried Alec	+	G	BE
von Rotz Christoph	=	V	OW
von Siebenhal Erich	=	V	BE
Voruz Eric	*	S	VD
Waber Christian	=	V	BE
Walter Hansjörg	=	V	TG
Wandlin Hansruedi	=	V	BE
Wasserfallen Christian	=	R	BE
Wehrli Reio	=	C	SZ
Weibel Thomas	+	C	ZH
Widmer Hans	+	S	LU
Wobmann Walter	=	V	SO
Wyss Brigit	+	G	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zemp Markus	=	C	AG
Ziswiler Josef	*	G	VD
Zuppiger Bruno	=	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	8	21	0	38	0	0	0	67
nein / non / no	23	0	26	0	0	59	0	108
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	0	0	0
entst. Art. 57.4 / excusé art. 57.4 / scusato Art. 57.4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / nont pas voté / non ha votato	5	1	9	5	0	4	0	24
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si  
 = nein / non / no  
 0 enth. / abst. / ast.  
 % entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4  
 \* excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4  
 # hat nicht teilgenommen / n/a pas voté / non ha votato  
 # Der Präsident stimmt nicht  
 Le président ne prend pas part aux votes  
 v Vakant / Vacant / Vacante

 Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Bortoluzzi

**Geschäft / Objet:**

Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung, Volksinitiative

Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. Initiative populaire

**Gegenstand / Objet du vote:**

Vote final

**Abstimmung vom / Vote du:** 21.12.2007 08:34:53

Abale Fabio	+	R	TI		
Aebi Andreas	+	V	BE		
Aeschbacher Ruedi	+	C	ZH		
Allemann Evi	=	S	BE		
Amacker-Amann Kathrin	=	C	BL		
Amherd Viola	+	C	VS		
Amsuliz Adrian	+	V	BE		
Aubert Josiane	=	S	VD		
Bader Caspar	+	V	BL		
Bader Elvira	+	C	SO		
Baeitig Dominique	+	V	JU		
Banziger Marlies	+	G	ZH		
Barthassat Luc	+	C	GE		
Baumann J. Alexander	+	V	TG		
Bäumle Martin	+	C	ZH		
Berberat Didier	=	S	NE		
Bigger Einar	o	V	SG		
Bignasca Attilio	+	V	TI		
Binder Max	+	V	ZH		
Bischof Pirmin	+	C	SO		
Borer Roland F.	+	V	SO		
Bortoluzzi Toni	+	V	ZH		
Bourgeois Jacques	+	R	FR		
Bretiaz Daniel	=	G	VD		
Bruderer Pascale	=	S	AG		
Brunner Toni	+	V	SG		
Brunschwig Graf Martine	+	R	GE		
Bucher Jakob	+	C	SG		
Bugnion André	#	V	VD		
Carobbio Guscatelli	=	S	TI		
Cassis Ignazio	+	R	TI		
Callonnas Sep	+	C	GR		
Caviezel Tarzissus	+	R	GR		
Chevrier Maurice	+	C	VS		
Daguel André	=	S	BE		
Darbelkay Christophe	+	C	VS		
de Burman Dominique	o	C	FR		
Donze Walter	+	C	BE		
Dunant Jean Henri	+	V	BS		
Egger-Wyss Esther	+	C	AG		
Eichenberger-Walther	+	R	AG		
Engelberger Edi	+	R	NW		
Esternann Yvette	+	V	LU		
Fasel Hugo	+	G	FR		
Fassler-Ostwaldler	=	S	SG		
Favre Charles	+	R	VD		
Favre Laurent	+	R	NE		
Fehr Hans	+	V	ZH		
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH		
Fehr Jacqueline	=	S	ZH		

Fehr Mario	=	S	ZH		
Fiala Doris	+	R	ZH		
Flückiger-Balmi Sylvia	+	V	AG		
Furt Kurt	+	R	SO		
Fohn Peter	+	V	SZ		
Francais Olivier	+	R	VD		
Freyinger Oskar	+	V	VS		
Frosch Therese	+	G	BE		
Fugistaler Lieni	+	V	AG		
Gadient Brigitta M.	+	V	GR		
Gallade Chantal	=	S	ZH		
Geissbühler Andrea	+	V	BE		
Gerner Ruth	=	G	ZH		
Gemanter Jean-René	+	R	VS		
Gezandanner Ulrich	+	V	AG		
Gilli Yvonne	=	G	SG		
Girod Bastien	+	G	ZH		
Glanzmann-Hunkeler Ida	+	C	LU		
Glausser-Zufferey Alice	+	V	VD		
Glor Walter	+	V	AG		
Göll Christine	=	S	ZH		
Grabler Jean-Pierre	+	V	BE		
Graf Maya	=	G	BL		
Graf-Lischer Edith	=	S	TG		
Gfin Jean-Pierre	+	V	VD		
Gross Andreas	=	S	ZH		
Grunder Hans	+	V	BE		
Gysin Hans Rudolf	+	R	BL		
Häberli-Koller Brigitte	+	C	TG		
Haller Ursula	+	V	BE		
Hammerle Andrea	=	S	GR		
Hanny Urs	+	C	ZH		
Hassler Hansjörg	+	V	GR		
Heer Alfred	+	V	ZH		
Heim Bea	=	S	SO		
Hiltpold Hugues	+	R	GE		
Hochleutener Norbert	+	C	BE		
Hodgers Antonio	=	G	GE		
Holmann Urs	=	S	AG		
Huber Gabi	+	R	UR		
Humbel Ruth	+	C	AG		
Hutter Thomas	+	V	SH		
Hutter Jasmin	+	R	SG		
Hutter Markus	+	V	ZH		
Ineichen Otto	+	R	LU		
Joder Rudolf	+	V	BE		
John-Calame Françoise	=	G	NE		
Jostsch Daniel	=	S	ZH		
Kaufmann Hans	+	V	ZH		
Kleiner Nellen Margret	=	S	BE		

Killer Hans	+	V	AG		
Kleiner Marianne	+	R	AR		
Kunz Josef	+	V	LU		
Lachenmeier-Thuring	=	G	BS		
Lang Josef	=	G	ZG		
Leuenberger Ueli	=	G	GE		
Leutenegger Filippo	+	R	ZH		
Leutenegger Obenholzer	=	S	BL		
Levrat Christian	=	S	FR		
Loepfe Arthur	+	C	AI		
Lumengo Ricardo	=	S	BE		
Lüscher Christian	+	R	GE		
Lustenberger Ruedi	+	C	LU		
Malama Peter	+	R	BS		
Markwalder Bär Christa	+	R	BE		
Marra Ada	=	S	VD		
Marli Werner	=	S	GL		
Maurer Ueli	+	V	ZH		
Meier-Schatz Lucrezia	+	C	SG		
Messmer Werner	+	R	TG		
Mesch Christian	+	C	FR		
Miesch Kaelin Thérèse	+	R	BL		
Morel Isabelle	+	R	VD		
Morgeli Christoph	+	V	ZH		
Moser Tiana Angelina	+	C	ZH		
Müller Geri	=	G	AG		
Müller Philipp	+	R	AG		
Müller Thomas	+	C	SG		
Müller Walter	+	R	SG		
Muri Felix	+	V	LU		
Neyrick Jacques	+	C	VD		
Nidegger Yves	+	V	GE		
Nordmann Roger	=	S	VD		
Noser Ruedi	+	R	ZH		
Nussbaumer Eric	=	S	BL		
Parmelin Guy	+	V	VD		
Pedrina Fabio	=	S	TI		
Pelli Fulvio	+	R	TI		
Perrin Yvan	+	V	NE		
Perrinaguel Sylvie	+	R	NE		
Pisler Gerhard	+	C	ZG		
Pisler Theophil	+	V	SG		
Rechtsteiner Paul	=	S	SG		
Rechtsteiner Rudolf	=	S	BS		
Reimann Lukas	+	V	SG		
Remwald Jean-Claude	=	S	JU		
Reymond André	+	V	GE		
Rickli Natalie	+	V	ZH		
Rielle Jean-Charles	=	S	GE		
Riklin Kallyo	=	C	ZH		

Rime Jean-François	+	V	FR		
Robbiani Meinrado	=	C	TI		
Rossini Stéphane	=	S	VS		
Roll-Bernasconi Maria	=	S	GE		
Ruey Claude	+	R	VD		
Ruischmann Hans	+	V	ZH		
Schelbert Louis	=	G	LU		
Schenk Simon	+	V	BE		
Schenker Silvia	=	S	BS		
Schenker Marcel	+	V	ZG		
Schibli Ernst	+	V	ZH		
Schmid-Federer Barbara	+	C	ZH		
Schmidli Roberto	+	C	VS		
Schneider Johann N.	+	R	BE		
Schwander Pirmin	+	V	SZ		
Segmüller Plus	+	C	LU		
Simoneschi-Cortesi	=	C	TI		
Sommaruga Carlo	=	S	GE		
Spühler Peter	+	V	TG		
Stahl Jürg	+	V	ZH		
Stamm Luzi	+	V	AG		
Steier Jean-François	=	S	FR		
Stöckli Hans	*	S	BE		
Stump Doris	=	S	AG		
Teuscher Franziska	=	G	BE		
Thanei Anita	=	S	ZH		
Theiler Georges	+	R	LU		
Thorens Gounnaz Adele	=	G	VD		
Tiponez Pierre	+	R	BE		
Tschumperlin Andy	=	S	SZ		
van Singer Christian	=	G	VD		
Veillon Pierre-François	+	V	VD		
Vischer Daniel	=	G	ZH		
von Grafenried Alec	+	G	BE		
von Rotz Christoph	+	V	OW		
von Siebenhal Erich	+	V	BE		
Voruz Eric	=	S	VD		
Waber Christian	+	V	BE		
Walter Hansjörg	+	V	TG		
Wandlin Hansruedi	+	V	BE		
Wasserfallen Christian	+	R	BE		
Wehrli Reio	+	C	SZ		
Weibel Thomas	=	C	ZH		
Widmer Hans	+	S	LU		
Wobmann Walter	+	V	SO		
Wyss Brigit	=	G	SO		
Wyss Ursula	=	S	BE		
Zemp Markus	+	C	AG		
Ziswiler Josef	=	G	VD		
Zuppiger Bruno	+	V	ZH		

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	31	5	35	0	0	62	0	133
nein / non / no	4	17	0	42	0	0	0	63
enth. / abst. / ast.	1	0	0	0	1	0	0	2
entst. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / nont pas voté / non ha votato	0	0	0	1	0	0	0	1
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si  
 = nein / non / no  
 o enth. / abst. / ast.  
 % entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4

\* excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4  
 # hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato  
 # Der Präsident stimmt nicht  
 Le président ne prend pas part aux votes

v Vakant / Vacant / Vacante

Bedeutung Ja / Signification de oui:  
 Bedeutung Nein / Signification de non:

Nationalrat, Elektronisches Abstimmungssystem

Conseil national, Système de vote électronique

21.12.2007 08:35:22 /10

Identif.: 48.1 / 21.12.2007 08:34:53

Ref.: (Erfassung) Nr: 242

**Geschäft / Objet:**  
 Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung Volksinitiative

Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base. Initiative populaire

**Gegenstand / Objet du vote:**  
 Ordnungsantrag

Motion d'ordre

**Abstimmung vom / Vote du:** 21.12.2007 08:43:41

Abale Fabio	=	R	TI
Aebi Andreas	=	V	BE
Aeschbacher Ruedi	+	C	ZH
Allemann Evi	+	S	BE
Amacker-Amann Kathrin	=	C	BL
Amherd Viola	=	C	VS
Amstutz Adrian	=	V	BE
Aubert Josiane	+	S	VD
Bader Caspar	=	V	BL
Bader Elvira	=	C	SO
Baellig Dominique	=	V	JU
Banziger Marlies	+	G	ZH
Barthassat Luc	*	C	GE
Baumann J. Alexander	=	V	TG
Bäumle Martin	+	C	ZH
Berberat Didier	+	S	NE
Bigger Einar	=	V	SG
Bignasca Attilio	=	V	TI
Binder Max	=	V	ZH
Bischof Pirmin	=	C	SO
Borer Roland F.	=	V	SO
Bortoluzzi Toni	=	V	ZH
Bougeois Jacques	=	R	FR
Bretz Daniel	+	G	VD
Bruderer Pascale	+	S	AG
Brunner Toni	=	V	SG
Brunschwig Graf Martine	=	R	GE
Bucher Jakob	=	C	SG
Bugnion André	#	V	VD
Carobbio Guscatelli	+	S	TI
Cassis Ignazio	=	R	TI
Callonnas Sep	+	C	GR
Caviezzi Tarzisius	=	R	GR
Chevrier Maurice	+	C	VS
Daquet André	+	S	BE
Darbelley Christophe	=	C	VS
de Buman Dominique	*	C	FR
Donze Walter	+	C	BE
Dunant Jean Henri	=	V	BS
Egger-Wyss Esther	=	C	AG
Eichenberger-Walther	=	R	AG
Engelberger Edi	=	R	NW
Esternann Yvette	=	V	LU
Fasel Hugo	+	G	FR
Fassler-Ostwaldler	+	S	SG
Favre Charles	=	R	VD
Favre Laurent	=	R	NE
Fehr Hans	=	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	+	S	ZH

Fehr Mario	+	S	ZH
Fiala Doris	=	R	ZH
Flückiger-Balmi Sylvia	=	V	AG
Furt Kurt	=	R	SO
Fohn Peter	=	V	SZ
Francais Olivier	=	R	VD
Freyinger Oskar	=	V	VS
Frosch Therese	+	G	BE
Fugistaller Lieni	=	V	AG
Gadient Brigitta M.	0	V	GR
Gallade Chantal	+	S	ZH
Geissbühler Andrea	=	V	BE
Gerner Ruth	+	G	ZH
Gemanter Jean-René	=	R	VS
Gezandanner Ulrich	=	V	AG
Gilli Yvonne	+	G	SG
Girod Bastien	+	G	ZH
Glanzmann-Hunkeler Ida	+	C	LU
Glausser-Zufferey Alice	=	V	VD
Glor Walker	=	V	AG
Goll Christine	+	S	ZH
Grabler Jean-Pierre	=	V	BE
Graf Maya	+	G	BL
Graf-Elischer Edith	+	S	TG
Gfin Jean-Pierre	=	V	VD
Gross Andreas	+	S	ZH
Grunder Hans	=	V	BE
Gysin Hans Rudolf	=	R	BL
Häberli-Koller Brigitte	=	C	TG
Haller Ursula	=	V	BE
Hammerle Andrea	+	S	GR
Hany Urs	+	C	ZH
Hassler Hansjörg	=	V	GR
Heer Alfred	=	V	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hiltpold Hugues	=	R	GE
Hochleutener Norbert	+	C	BE
Hodgers Antonio	+	G	GE
Holmann Urs	+	S	AG
Huber Gabi	=	R	UR
Humbel Ruth	=	C	AG
Hutter Thomas	=	V	SH
Hutter Jasmin	=	V	SG
Hutter Markus	=	R	ZH
Ineichen Otto	=	R	LU
Joder Rudolf	=	V	BE
John-Calame Françoise	+	G	NE
Jostsch Daniel	+	S	ZH
Kaufmann Hans	=	V	ZH
Kleiner Nellen Margret	+	S	BE

Killer Hans	=	V	AG
Kleiner Marianne	=	R	AR
Kunz Josef	=	V	LU
Lachenmeier-Thuring	+	G	BS
Lang Josef	+	G	ZG
Leuenberger Ueli	+	G	GE
Leutenegger Filippo	=	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	+	S	BL
Levrat Christian	+	S	FR
Loepfe Arthur	=	C	AI
Lumengo Ricardo	+	S	BE
Lüscher Christian	=	R	GE
Lustenberger Ruedi	=	C	LU
Malama Peter	=	R	BS
Markwalder Bär Christa	=	R	BE
Marra Ada	+	S	VD
Marli Werner	+	S	GL
Maurer Ueli	=	V	ZH
Meier-Schatz Lucrezia	+	C	SG
Messmer Werner	=	R	TG
Mesch Christian	+	C	FR
Morel Isabelle	=	R	BL
Morgeli Christoph	=	V	VD
Moser Tiana Angelina	+	C	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	=	R	AG
Müller Thomas	=	C	SG
Müller Walter	=	R	SG
Muri Felix	=	V	LU
Neyrick Jacques	=	C	VD
Niedberger Yves	=	V	GE
Nordmann Roger	+	S	VD
Noser Ruedi	=	R	ZH
Nussbaumer Eric	+	S	BL
Parmelin Guy	=	V	VD
Pedrina Fabio	+	S	TI
Pelli Fulvio	=	R	TI
Perrin Yvan	=	V	NE
Perrinagliaquè Sylvie	=	R	NE
Pistler Gerhard	+	C	ZG
Pistler Theophil	=	V	SG
Rechtsteiner Paul	+	S	SG
Rechtsteiner Rudolf	+	S	BS
Reimann Lukas	=	V	SG
Remmald Jean-Claude	+	S	JU
Reymond André	=	V	GE
Rickli Natalie	=	V	ZH
Riello Jean-Charles	+	S	GE
Riklin Kally	+	C	ZH

Rime Jean-François	=	V	FR
Robbiani Meinrado	+	C	TI
Rossini Stéphane	+	S	VS
Roll-Bernasconi Maria	+	S	GE
Ruey Claude	=	R	VD
Ruischmann Hans	=	V	ZH
Schelbert Louis	+	G	LU
Schenk Simon	=	V	BE
Schenker Silvia	+	S	BS
Schenker Marcel	=	V	ZG
Schibli Ernst	=	V	ZH
Schmid-Federer Barbara	+	C	ZH
Schmidli Roberto	+	C	VS
Schneider Johann N.	=	R	BE
Schwander Pirmin	=	V	SZ
Segmüller Plus	=	C	LU
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Spühler Peter	=	V	TG
Stahl Jürg	=	V	ZH
Stamm Luzi	=	V	AG
Stier Jean-François	+	S	FR
Stöckli Hans	*	S	BE
Stump Doris	+	S	AG
Teuscher Franziska	+	G	BE
Thanei Anita	+	S	ZH
Theiler Georges	=	R	LU
Thorens Gounnaz Adele	+	G	VD
Tiponez Pierre	=	R	BE
Tschumperlin Andy	+	S	SZ
van Singer Christian	+	G	VD
Veillon Pierre-François	=	V	VD
Vischer Daniel	+	G	ZH
von Grafelfried Alec	+	G	BE
von Rotz Christoph	=	V	OW
von Siebenhal Erich	=	V	BE
Voruz Eric	+	S	VD
Waber Christian	=	V	BE
Walter Hansjörg	=	V	TG
Wandlin Hansruedi	=	V	BE
Wasserfallen Christian	=	R	BE
Wehrli Reio	=	C	SZ
Weibel Thomas	+	C	ZH
Widmer Hans	+	S	LU
Wobmann Walter	=	V	SO
Wyss Brigit	+	G	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zemp Markus	=	C	AG
Ziswiler Josef	+	G	VD
Zuppiger Bruno	=	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	19	22	0	42	0	0	0	83
nein / non / no	15	0	35	0	0	62	0	112
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	1	0	1	3
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / nont pas voté / non ha votato	2	0	0	1	0	0	0	3
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si  
 = nein / non / no  
 0 enth. / abst. / ast.  
 %entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4  
 \* excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4  
 # hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato  
 Der Präsident stimmt nicht  
 Le président ne prend pas part aux votes  
 v Vakant / Vacant / Vacante

Bedeutung Ja / Signification de oui: Zustimmung zur Motion / Approver la motion  
 Bedeutung Nein / Signification de non: Ablehnung der Motion / Rejeter la motion

# Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung»

vom 21. Dezember 2007

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
gestützt auf Artikel 139 Absatz 3 der Bundesverfassung<sup>1</sup>,  
nach Prüfung der am 28. Juli 2004 eingereichten Volksinitiative «Für tiefere  
Krankenkassenprämien in der Grundversicherung»<sup>2</sup>,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 22. Juni 2005<sup>3</sup>,  
beschliesst:*

## Art. 1

<sup>1</sup> Die Volksinitiative vom 28. Juli 2004 «Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» ist gültig und wird Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

<sup>2</sup> Sie lautet:

I

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

*Art. 117a* Krankenversicherung (*neu*)

<sup>1</sup> Die Krankenversicherung beruht auf:

- a. der Grundversicherung nach Sozialversicherungsrecht, welche die Kosten für medizinische und pflegerische Leistungen trägt, die der Schmerzlinde- rung, Heilung und Reintegration dienen, zweckmässig und wirtschaftlich sind, und deren Wirksamkeit von der Wissenschaft anerkannt ist;
- b. der Zusatzversicherung nach Privatversicherungsrecht.

<sup>2</sup> Grundversicherer und Leistungserbringer schliessen Leistungsverträge ab, die den Bedürfnissen der Versicherten entsprechen.

<sup>3</sup> Grundversicherer dürfen nicht an Leistungserbringern und Leistungserbringer nicht an Grundversicherern beteiligt sein.

<sup>4</sup> Die Grundversicherung wird finanziert durch Beiträge des Bundes und der Kanto- ne von zusammen höchstens 50 Prozent sowie durch Beiträge der Versicherten.

<sup>5</sup> Bund und Kantone leisten ihre Beiträge an die Grundversicherer.

<sup>1</sup> SR 101

<sup>2</sup> BBl 2004 4717

<sup>3</sup> BBl 2005 4315

## II

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt geändert:

*Art. 197 Ziff. 2 (neu)*

*2. Übergangsbestimmung zu Artikel 117a (Krankenversicherung)*

Die Bestimmungen des neuen Artikels 117a treten 3 Jahre nach ihrer Annahme durch Volk und Stände in Kraft. Der Bundesrat erlässt die nötigen Vollzugsbestimmungen auf dem Verordnungswege, bis sie durch die Gesetzgebung abgelöst werden. Bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens von Artikel 117a können die Versicherten bei ihrem Grundversicherer die Differenz zum bisherigen Leistungsumfang im Rahmen der Zusatzversicherung ohne Vorbehalte versichern.

**Art. 2**

<sup>1</sup> Gleichzeitig wird Volk und Ständen ein Gegenentwurf der Bundesversammlung «Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung» zur Abstimmung unterbreitet.

<sup>2</sup> Der Gegenentwurf ändert die Bundesverfassung wie folgt:

*Art. 117*            Unfallversicherung

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

<sup>2</sup> Er kann die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.

*Art. 117a*           Krankenversicherung (*neu*)

<sup>1</sup> Der Bund erlässt Vorschriften über die Krankenversicherung.

<sup>2</sup> Die Krankenversicherung beinhaltet eine Krankenpflegeversicherung; sie kann auch eine Taggeldversicherung beinhalten. Die Krankenpflegeversicherung sieht Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft vor; sie kann auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Unfall vorsehen.

<sup>3</sup> Beim Erlass der Vorschriften beachtet der Bund folgende Grundsätze:

- a. Die Leistungen der Krankenpflege müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.
- b. Die Krankenversicherung richtet sich nach den Prinzipien des Wettbewerbs und der Transparenz. Die Eigenverantwortung der Versicherten wird gefördert.
- c. Versicherer, die im Rahmen der Krankenversicherung tätig sein wollen, bedürfen einer Zulassung.
- d. Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenpflegeversicherung tätig sein können, werden so festgelegt, dass eine quali-

tativ hochstehende Leistungserbringung und der Wettbewerb gewährleistet sind.

<sup>4</sup> Der Bund kann die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Im Falle einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen frei wählen unter den zugelassenen Krankenversicherern und den Leistungserbringern, die zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen sind.

<sup>5</sup> Bund und Kantone sorgen bei der Durchführung der Krankenversicherung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten gemeinsam für eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität und Wirtschaftlichkeit und koordinieren ihre Massnahmen.

<sup>6</sup> Die Krankenpflegeversicherung wird finanziert über die Prämien und die Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über öffentliche Beiträge, die demjenigen Träger ausgerichtet werden, der die Leistungen vergütet. Bund und Kantone sehen Prämienverbilligungen vor; dabei tragen sie der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung.

### **Art. 3**

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Initiative abzulehnen und den Gegenentwurf anzunehmen.

Ständerat, 21. Dezember 2007

Der Präsident: Christoffel Brändli  
Der Sekretär: Christoph Lanz

Nationalrat, 21. Dezember 2007

Der Präsident: André Bugnon  
Der Protokollführer: Pierre-Hervé Freléchoz



## **Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base»**

du 21 décembre 2007

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*

vu l'art. 139, al. 3, de la Constitution<sup>1</sup>,

vu l'initiative populaire «Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» déposée le 28 juillet 2004<sup>2</sup>,

vu le message du Conseil fédéral du 22 juin 2005<sup>3</sup>,

*arrête:*

### **Art. 1**

<sup>1</sup> L'initiative populaire du 28 juillet 2004 «Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» est valable et sera soumise au vote du peuple et des cantons.

<sup>2</sup> L'initiative a la teneur suivante:

I

La Constitution est modifiée comme suit:

*Art. 117a* Assurance-maladie (*nouveau*)

<sup>1</sup> L'assurance-maladie repose sur:

- a. l'assurance de base, régie par le droit des assurances sociales: elle couvre les coûts des prestations médicales et des soins qui servent à atténuer la douleur et à guérir et réintégrer le patient, qui sont adéquats et économiques, et dont l'efficacité est reconnue par la science;
- b. l'assurance complémentaire, régie par le droit des assurances privées.

<sup>2</sup> Les assureurs proposant l'assurance de base et les fournisseurs de prestations médicales et de soins concluent des contrats de prestations qui répondent aux besoins des assurés.

<sup>3</sup> Les assureurs proposant l'assurance de base n'ont pas le droit de prendre de participations dans les institutions fournissant des prestations médicales et de soins, et les fournisseurs de prestations médicales et de soins n'ont pas le droit de prendre de participations dans les sociétés d'assurance proposant l'assurance de base.

<sup>1</sup> RS 101

<sup>2</sup> FF 2004 4437

<sup>3</sup> FF 2005 4095

Initiative populaire «Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base». AF

---

<sup>4</sup> L'assurance de base est financée par des contributions de la Confédération et des cantons, lesquelles couvrent au total 50 % des coûts au maximum, et par les cotisations des assurés.

<sup>5</sup> La Confédération et les cantons versent leurs contributions aux assureurs proposant l'assurance de base.

## II

Les dispositions transitoires de la Constitution sont modifiées comme suit:

*Art. 197, ch. 2 (nouveau)*

*2. Disposition transitoire ad art. 117a (Assurance-maladie)*

Les dispositions de l'art. 117a entrent en vigueur trois ans après l'acceptation de l'initiative par le peuple et les cantons. Le Conseil fédéral édicte par voie d'ordonnance les dispositions d'exécution nécessaires, qui sont valables jusqu'à ce que la loi les remplace. Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'art. 117a les assurés peuvent faire assurer par leur assureur de base, dans le cadre de l'assurance complémentaire et sans réserve, la différence entre les prestations assurées jusqu'alors par l'assurance de base et celles qui seront couvertes par la nouvelle assurance de base.

### Art. 2

<sup>1</sup> En même temps que l'initiative, un contre-projet de l'Assemblée fédérale intitulé «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie» sera soumis au vote du peuple et des cantons.

<sup>2</sup> Le contre-projet modifie la Constitution comme suit:

*Art. 117* Assurance-accidents

<sup>1</sup> La Confédération légifère sur l'assurance-accidents.

<sup>2</sup> Elle peut déclarer l'assurance-accidents obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes.

*Art. 117a* Assurance-maladie (*nouveau*)

<sup>1</sup> La Confédération légifère sur l'assurance-maladie.

<sup>2</sup> L'assurance-maladie propose une assurance des soins; elle peut aussi proposer une assurance d'indemnités journalières. L'assurance des soins prévoit des prestations en cas de maladie et de maternité et peut prévoir des prestations en cas d'accident et de besoin en soins réguliers.

<sup>3</sup> Lorsqu'elle légifère, la Confédération respecte les principes suivants:

- a. les prestations relevant de l'assurance des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques;

- b. l'assurance-maladie est mise en œuvre conformément aux principes de la concurrence et de la transparence; la responsabilité individuelle des assurés est encouragée;
- c. les assureurs désirant exercer une activité dans le domaine de l'assurance-maladie sont soumis à une autorisation;
- d. les conditions posées à l'activité des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance-maladie sont fixées de manière à garantir la qualité et la concurrence.

<sup>4</sup> La Confédération peut déclarer l'assurance-maladie obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes. Les personnes assujetties à l'assurance obligatoire des soins peuvent choisir librement un des assureurs-maladie reconnus ainsi que les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie.

<sup>5</sup> La Confédération et les cantons veillent, dans le cadre de leurs compétences, à garantir un système de santé publique rationnel et de qualité; ils coordonnent leur action.

<sup>6</sup> L'assurance des soins est financée par les primes et les participations aux coûts à la charge des assurés ainsi que par des contributions publiques versées à l'organisme qui finance les prestations. La Confédération et les cantons prévoient des réductions de primes en fonction de la situation financière des assurés.

### **Art. 3**

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative et d'accepter le contre-projet.

Conseil des Etats, 21 décembre 2007

Le président: Christoffel Brändli  
Le secrétaire: Christoph Lanz

Conseil national, 21 décembre 2007

Le président: André Bugnon  
Le secrétaire: Pierre-Hervé Freléchoz

Initiative populaire «Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base». AF

---

## Decreto federale concernente l'iniziativa popolare «Sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base»

del 21 dicembre 2007

---

*L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,*

visto l'articolo 139 capoverso 3 della Costituzione federale<sup>1</sup>;  
esaminata l'iniziativa popolare «Sì al ribasso dei premi delle casse malati  
nell'assicurazione di base», depositata il 28 luglio 2004<sup>2</sup>;  
visto il messaggio del Consiglio federale del 22 giugno 2005<sup>3</sup>,

*decreta:*

### Art. 1

<sup>1</sup> L'iniziativa popolare del 28 luglio 2004 «Sì al ribasso dei premi delle casse malati  
nell'assicurazione di base» è valida ed è sottoposta al voto del Popolo e dei Cantoni.

<sup>2</sup> L'iniziativa ha il tenore seguente:

I

La Costituzione federale è modificata come segue:

*Art. 117a* Assicurazione contro le malattie (*nuovo*)

<sup>1</sup> L'assicurazione contro le malattie poggia:

- a. sull'assicurazione di base secondo il diritto delle assicurazioni sociali, la quale assume i costi delle prestazioni medico-sanitarie destinate al lenimento del dolore, alla cura e alla reintegrazione, sempreché tali prestazioni siano appropriate ed economiche e la loro efficacia sia riconosciuta dalla scienza;
- b. sull'assicurazione complementare secondo il diritto in materia di assicurazioni private.

<sup>2</sup> Gli assicuratori di base e i fornitori di prestazioni stipulano contratti di prestazione conformi alle esigenze degli assicurati.

<sup>3</sup> Gli assicuratori di base non possono detenere partecipazioni negli enti fornitori di prestazioni e viceversa.

<sup>4</sup> L'assicurazione di base è finanziata dai contributi della Confederazione e dei Cantoni, che insieme non superano il 50 per cento, e dai contributi degli assicurati.

<sup>5</sup> La Confederazione e i Cantoni versano i contributi agli assicuratori di base.

<sup>1</sup> RS 101

<sup>2</sup> FF 2004 4195

<sup>3</sup> FF 2005 3895

Iniziativa popolare «Si al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base». DF

---

## II

Le disposizioni transitorie della Costituzione federale sono modificate come segue:

*Art. 197 n. 2 (nuovo)*

*2. Disposizione transitoria dell'articolo 117a (Assicurazione contro le malattie)*

Le disposizioni del nuovo articolo 117a entrano in vigore tre anni dopo la loro accettazione da parte del Popolo e dei Cantoni. Fino all'entrata in vigore della pertinente legislazione, il Consiglio federale emana mediante ordinanza le necessarie disposizioni esecutive. Fino all'entrata in vigore dell'articolo 117a gli assicurati possono assicurare presso il loro assicuratore di base, nell'ambito dell'assicurazione complementare e senza riserve, la differenza rispetto al precedente volume di prestazioni.

### Art. 2

<sup>1</sup> Contemporaneamente è sottoposto al voto del Popolo e dei Cantoni il controprogetto dell'Assemblea federale «Per qualità ed economicità nell'assicurazione malattie».

<sup>2</sup> Il controprogetto ha il tenore seguente:

*Art. 117* Assicurazione contro gli infortuni

<sup>1</sup> La Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro gli infortuni.

<sup>2</sup> Può dichiararne obbligatoria l'affiliazione, in generale o per singoli gruppi della popolazione.

*Art. 117a* Assicurazione contro le malattie (*nuovo*)

<sup>1</sup> La Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie.

<sup>2</sup> L'assicurazione contro le malattie comprende un'assicurazione delle cure medico-sanitarie; può altresì comprendere un'assicurazione d'indennità giornaliera. L'assicurazione delle cure medico-sanitarie prevede prestazioni in caso di malattia e di maternità; può prevedere anche prestazioni nei confronti delle persone bisognose d'essere assistite e prestazioni in caso di infortunio.

<sup>3</sup> Quando legifera la Confederazione osserva i principi seguenti:

- a. le cure medico-sanitarie assicurate devono essere efficaci, appropriate ed economiche;
- b. l'assicurazione contro le malattie s'impronta ai principi della concorrenza e della trasparenza; dev'essere promossa l'autoresponsabilità degli assicurati;
- c. gli assicuratori che intendono esercitare nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie sottostanno a una procedura di ammissione;

Iniziativa popolare «Si al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base». DF

---

- d. le condizioni alle quali i fornitori di prestazioni possono operare a carico dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie sono stabilite in modo da garantire la fornitura di prestazioni di elevata qualità nonché la concorrenza.

<sup>4</sup> La Confederazione può dichiarare obbligatoria l'affiliazione all'assicurazione contro le malattie, in generale o per singoli gruppi della popolazione. Nel caso dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, le persone tenute ad assicurarsi possono scegliere liberamente tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni ammessi a esercitare nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie.

<sup>5</sup> Nell'esecuzione dell'assicurazione contro le malattie, la Confederazione e i Cantoni, nell'ambito delle loro competenze, provvedono congiuntamente a garantire un sistema sanitario di elevate qualità ed economicità e coordinano le loro misure.

<sup>6</sup> L'assicurazione delle cure medico-sanitarie è finanziata con i premi e la partecipazione alle spese degli assicurati nonché con contributi dell'ente pubblico, versati all'organismo che finanzia le prestazioni. La Confederazione e i Cantoni prevedono riduzioni dei premi tenendo conto delle condizioni economiche degli assicurati.

### Art. 3

L'Assemblea federale raccomanda al Popolo e ai Cantoni di respingere l'iniziativa e di accettare il controprogetto.

Consiglio degli Stati, 21 dicembre 2007

Il presidente: Christoffel Brändli  
Il segretario: Christoph Lanz

Consiglio nazionale, 21 dicembre 2007

Il presidente: André Bugnon  
Il segretario: Pierre-Hervé Freléchoz

Iniziativa popolare «Sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base». DF

---

## **Bekanntmachungen der Departemente und der Ämter**

---

### **Eidgenössische Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung»**

#### **Rückzug**

---

Mit Rückzugserklärung vom 10. Januar 2008 gibt das Initiativkomitee der Bundeskanzlei davon Kenntnis, dass die eidgenössische Volksinitiative vom 28. Juli 2004 «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» (BBl 2004 4717) vom Initiativkomitee mit der nötigen Mehrheit seiner noch stimmberechtigten Mitglieder zurückgezogen worden ist.

Die 25 ursprünglichen Mitglieder des Initiativkomitees sind noch stimmberechtigt. Davon haben 18 Mitglieder fristgerecht die rechtsverbindliche Rückzugserklärung unterzeichnet.

Gestützt auf diese verbindliche Rückzugserklärung nimmt der Bundesrat von der Durchführung einer Volksabstimmung über die eidgenössische Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» Umgang.

16. Januar 2008

Bundeskanzlei



## **Publications des départements et des offices de la Confédération**

---

### **Initiative populaire fédérale «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base»**

#### **Retrait**

---

Par déclaration de retrait du 10 janvier 2008, le comité d'initiative a informé la Chancellerie fédérale que l'initiative populaire fédérale du 28 juillet 2004 «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» (FF 2004 4437) a été retirée par une décision prise à la majorité nécessaire des membres du comité d'initiative.

Les 25 membres fondateurs du comité d'initiative ont encore le droit de vote. 18 d'entre eux ont signé, dans le délai prescrit, la déclaration de retrait valable.

Vu cette déclaration de retrait valable, le Conseil fédéral renonce à soumettre l'initiative populaire fédérale «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» au vote du peuple et des cantons.

16 janvier 2008

Chancellerie fédérale



## **Pubblicazioni dei dipartimenti e degli uffici della Confederazione**

---

### **Iniziativa popolare federale «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base»**

#### **Ritiro**

---

Con la dichiarazione di ritiro del 10 gennaio 2008, il comitato d'iniziativa ha comunicato alla Cancelleria federale di aver ritirato, con decisione presa dalla maggioranza necessaria dei membri, l'iniziativa popolare federale del 28 luglio 2004 «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» (FF 2004 4195).

I 25 membri originari del comitato d'iniziativa mantengono ancora il diritto di voto. Di questi, 18 hanno firmato in tempo utile la dichiarazione di ritiro giuridicamente vincolante.

Sulla base di questa dichiarazione di ritiro, il Consiglio federale rinuncia a sottoporre l'iniziativa popolare federale «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» al voto di popolo e Cantoni.

16 gennaio 2008

Cancelleria federale