

Vierzehnte Sitzung – Quatorzième séance

Donnerstag, 7. Oktober 1993, Vormittag
Jeudi 7 octobre 1993, matin

08.00 h

Vorsitz – Présidence: Herr Schmidhalter

91.071

Krankenversicherung. Revision Assurance-maladie. Révision

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1883 hiervor – Voir page 1883 ci-devant

Art. 88 Abs. 3 Art. 88a, 88b, 97 Abs. 1

Antrag der Kommission
Mehrheit

Art. 88a Randtitel

Krankenversicherung

a. Verbot der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts; Prämiengleichheit

Art. 88a Abs. 1

Bei Zusatzversicherungen zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom und bei den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen ist es untersagt, die Versicherten oder die Antragstellenden aufgrund ihres Geschlechtes direkt oder indirekt zu benachteiligen. Insbesondere darf aus solchen Gründen kein Versicherungsantrag zurückgewiesen und kein Versicherungsvertrag gekündigt werden.

Art. 88a Abs. 2

Die Prämien dürfen nicht nach dem Geschlecht abgestuft werden.

Art. 88a Abs. 3

Im Falle einer Diskriminierung kann nach Artikel 28a des Zivilgesetzbuches geklagt werden.

Art. 88b Randtitel

b. Leistungen bei Mutterschaft

Art. 88b Wortlaut

Bei Zusatzversicherungen zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom und bei den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen sind die Leistungen auch bei Schwangerschaft und Niederkunft zu gewähren. Es dürfen keine zusätzlichen Prämien erhoben werden.

Art. 97 Abs. 1

.... 71 Absatz 1, 73, 74 Absatz 1, 88a und 88b dieses Gesetzes.

Minderheit

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Gysin, Heberlein, Keller Rudolf, Philipona, Pidoux, Seiler Hanspeter)

Ablehnung des Antrages der Mehrheit

Art. 88 al. 3 art. 88a, 88b, 97 al. 1

Proposition de la commission

Majorité

Art. 88a titre marginal

Assurance-maladie

a. Interdiction de discriminer en fonction du sexe; égalité des primes

Art. 88a al. 1

Dans les assurances complémentaires à l'assurance-maladie selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du et dans les assurances facultatives privées d'indemnités journalières, il est interdit de discriminer un preneur d'assurance ou un proposant en se fondant directement ou indirectement sur le sexe, notamment en refusant la proposition d'assurance ou en résiliant le contrat d'assurance.

Art. 88a al. 2

Les primes ne peuvent être échelonnées selon le sexe.

Art. 88a al. 3

En cas de discrimination, les actions de l'article 28a du Code civil s'appliquent.

Art. 88b titre marginal

b. Prestations en cas de maternité

Art. 88b texte

Dans les assurances complémentaires à l'assurance-maladie selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du ainsi que dans les assurances facultatives privées d'indemnités journalières, les prestations en cas de grossesse et d'accouchement doivent être garanties. Aucun supplément de prime ne peut être exigé à cet effet.

Art. 97 al. 1

.... 71 alinéa premier, 73, 74 alinéa premier, 88a et 88b de la présente loi.

Minorité

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Gysin, Heberlein, Keller Rudolf, Philipona, Pidoux, Seiler Hanspeter)

Rejeter la proposition de la majorité

Rychen, Sprecher der Minderheit: Ich nehme vorweg und halte deutlich fest, dass mit dieser Vorlage in der Grundversicherung ein grosser Fortschritt für die Frauen erzielt wird: Gleiche Prämien für Mann und Frau; die Leistungen in der Mutterschaft sind in der Grundversicherung voll abgedeckt.

In der Zusatzversicherung sieht die Minderheit keine Notwendigkeit, sozial einzugreifen, denn die Zusatzversicherung – das müssen wir lernen – ist keine soziale Einrichtung, sondern ist das, was die Bürgerinnen und Bürger zusätzlich wünschen. Ich wage die Behauptung: Es sind Luxusversicherungen. Jeder muss selber entscheiden, ob er sie will oder nicht. Mit der Grundversicherung ist jedermann bestens versichert.

Im übrigen gibt es ein weiteres Argument, das sehr wichtig ist: das Verhältnis zu den privaten Versicherungen. Ich zitiere, Frau Bundesrätin, aus dem Kommentar zu Artikel 1 in der Botschaft des Bundesrates (S. 48): «Das Gesetz regelt die soziale Krankenversicherung, nicht aber die Zusatzversicherungen; diese unterliegen dem Privatrecht Es wird klar unterschieden zwischen der sozialen Versicherung mit einem umfassenden Leistungsangebot und der Zusatzversicherung für besondere Wünsche wie Unterkunft in der privaten oder halbprivaten Abteilung. Daher gibt es keinen Grund, die Zusatzversicherungen der Sozialgesetzgebung zu unterstellen.»

Der Bundesrat sagt klipp und klar, worum es geht. Wer sich auf einer Privatabteilung pflegen lassen will, muss das entsprechend risikogerecht bezahlen. Dieses Konzept des Bundesrates ist an und für sich gar nicht exotisch. Es ist sehr logisch, wenn man im europäischen Umfeld nach Vergleichen sucht. Sämtliche EG-Staaten zum Beispiel respektieren die Tatsache, dass die zwei völlig verschiedenen Versicherungssysteme, die durch Gesetz geordneten Versicherungen und die auf Verträgen beruhenden privaten Versicherungen, nicht miteinander vermischt werden können.

Diese klare Trennung von obligatorischer Grundversicherung und freiwilliger privater Zusatzversicherung kennen wir heute nicht nur im Bereich der Krankenversicherung, sondern auch in anderen Bereichen, zum Beispiel im Bereich der Unfallversicherung. Wenn Sie sich dort über das Obligatorium hinaus vermehrt – für mehr Leistungen – versichern wollen, müssen Sie auch Risikoprämien zahlen. In diesem Fall möchte ich darauf aufmerksam machen, dass Sie, wenn Sie dem Antrag der Mehrheit zustimmen, etwas Exotisches beschliessen, etwas,

das nicht in unser Versicherungssystem passt und das ungerrecht ist, auch gegenüber anderen Versicherungszweigen. Ich möchte Sie noch auf etwas aufmerksam machen: 70 Prozent aller medizinischen Leistungen zur Behandlung einer Krankheit sind durch die Grundversicherung abgedeckt; das müssen wir beachten. In dieser Grundversicherung haben wir sehr stark sozial ausgeglichen: Wir haben gleiche Prämien für Mann und Frau, wir haben die Solidarität verstärkt, wir haben einen abgeschlossenen Leistungskatalog, wir haben auch die entsprechenden Subventionen für ärmere Leute. Das ist das, was wir brauchen, und alles andere soll dem freien Markt überlassen werden.

Ich bitte Sie, auch zu bedenken, dass wir im Rahmen der EWR-Vorlage ohne Bedenken einem solchen Konzept klar zugestimmt haben. Daher bin ich etwas erstaunt, dass es jetzt plötzlich ganz anders tönt.

Ich bitte Sie, das Thema nicht allzusehr im Gegenüberstellen von Mann und Frau zu beurteilen, sondern den Grundsatz der Aufteilung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung zu sehen – oder deutlicher gesagt: zwischen der notwendigen sozialen Versicherung und der Luxusversicherung.

Ich bitte Sie aus diesen Gründen, die Minderheit zu unterstützen und den Antrag der Kommissionsmehrheit abzulehnen.

Frau Heberlein: Die Kommissionsmehrheit hat beschlossen, sich auch in den Regelungsbereich der Privatversicherungen einzuschalten und gleichzeitig mit der sozialen Krankenversicherung auch der privaten Versicherung im Bereich der Zusatzversicherungen Auflagen zu machen.

Für mich steht heute nicht allein die Frage der Prämienungleichheit in der Zusatzversicherung im Vordergrund, sondern die mit dieser Regelung verbundenen Konsequenzen bezüglich Unfallversicherung, Lebensversicherung, zweiter Säule sowie die damit ebenfalls verbundene Aufnahmepflicht und weitere Eingriffe in das Privatrecht. Richtig ist, dass mit dem Weglassen dieser Artikel für diejenigen Frauen, welche heute bei einer Krankenkasse Zusatzversichert sind, eine Schlechterstellung erfolgen kann. Denn mit dem dringlichen Bundesbeschluss wurde den Krankenkassen die Prämienungleichheit auch in diesem Bereich auferlegt, da sie heute auch im Zusatzversicherungsbereich dem Sozialversicherungsrecht unterstehen, dies im Gegensatz zu den privaten Versicherungen.

Vielleicht müssen wir die Zahlen etwas in Relation setzen. Wir haben rund 20 Prozent halbprivat Zusatzversicherte und 8 Prozent rein privat Versicherte. Davon sind maximal 60 Prozent Frauen.

Die klare Trennung von Grund- und Zusatzversicherung – finanziell, aufsichtsmässig und gesetzlich – hat zur Konsequenz, dass Kassen und Versicherungen gleichgestellt werden. Die Prämienungleichheit im dringlichen Bundesbeschluss für die Zusatzversicherungen ist ausserdem zeitlich auf die Dauer dieses Bundesbeschlusses begrenzt; nachher wäre sie wieder aufgehoben. Den privaten Versicherungen ist freigestellt, auf solche Prämien differenzierungen ebenfalls zu verzichten. Die Kassen können sie beibehalten, wenn sie dies wollen.

Mit einem klaren Ja ist auch die Frage zu beantworten, ob differenzierte Prämien für Frauen und Männer in der privaten Krankenversicherung mit dem geltenden EG-Recht vereinbar seien. Im März 1993 fand im Deutschen Bundestag eine Diskussion statt. Interessant bei dieser Diskussion ist für uns die Antwort der Bundesregierung auf die Frage von Abgeordneten zur unterschiedlichen Prämiengestaltung bei Männern und Frauen in der Privatversicherung. Darin kommt klar zum Ausdruck, dass die deutsche Bundesregierung in keiner Art und Weise systemfremde Elemente aus dem Bereich der Sozialversicherung, wie zum Beispiel Beitragsfreiheit während Erziehungsurlaub, in die private Krankenversicherung einführen möchte. Dazu gehört auch die Prämienungleichheit, welche «höchstens zu einer Beitragsmehrbelastung der übrigen Versicherten führen würde». Ebenso ist die Bundesregierung der Meinung, dass schwangerschafts- und geburtsbezogene Prämien für Frauen berechtigt seien. Auch die Richtlinie zur schrittweisen Verwirklichung des Grundsatzes zur Gleichbehandlung sei nicht auf die privaten Krankenversicherungen

anwendbar, sondern auf den Bereich der sozialen Sicherheit begrenzt. Wagnisgerechte und damit auch geschlechtsspezifische Prämien müssten verlangt werden; es heisst in der Antwort der deutschen Regierung, es liege weder eine Verletzung einer EG-Richtlinie noch eine Verletzung des Gleichbehandlungsgrundsatzes vor; die Prämien seien wegen des unterschiedlichen Krankheitsrisikos unterschiedlich und nicht wegen des Geschlechts. Gelten diese klaren Aussagen der deutschen Bundesregierung für die Schweiz etwa nicht?

Ein Einbezug des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) in diese Gesetzesrevision hätte fatale Konsequenzen für die gesamte Vorlage. Denn weder wurden die Versicherer konsultiert, noch ist die Gleichbehandlung zwingend. Wir verletzen mit der Aufnahmepflicht die Vertragsfreiheit. Die Abwägung der Rechtsgüter, wie sie übrigens auch im Gutachten des Bundesamtes für Justiz klar postuliert wird, wird völlig vernachlässigt. Die rechts- und verfassungspolitischen Bedenken gegen einen derartigen Eingriff werden nicht berücksichtigt. Meiner Meinung nach müssen sie aber mindestens gleich hoch zu gewichten sein.

Weshalb denn sonst hätte der Bundesrat entsprechend dem Verfassungsauftrag die notwendige Gesetzgebung nicht bereits in die Wege geleitet? Nicht zuletzt wahrscheinlich deshalb, weil er sich dieser Aspekte auch bewusst ist. Die Folge wäre höchstens, dass nun – um auf eine risikogerechte gleiche Prämie zu gelangen – die Zusatzversicherung für die Männer erhöht werden müsste. Ein Ausweichen auf ausländische Versicherungen wäre vorgegeben.

Nehmen wir uns Zeit, diese Frage in all ihren Aspekten zu behandeln und die Konsequenzen zu erwägen. Wir gefährden mit dem Schnellschuss, der in der Kommission abgegeben wurde, die gesamte Revision, die dringende Revision der Grundversicherung. Ich möchte darauf verzichten, jetzt einen Brief von Raymond Spira, SP, Mitglied des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes, zu zitieren, der sich vehement gegen den Einbezug von Elementen des Sozialversicherungsrechts in das Privatrecht wehrt.

Ich ersuche Sie aus diesen Gründen im Namen der einstimmigen FDP-Fraktion, den Minderheitsantrag zu unterstützen.

Gysin: Die Kommissionsmehrheit scheint sich über die Tragweite ihres Antrages nicht im klaren zu sein. Die vorgeschlagene Aenderung des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) beinhaltet nämlich keinesfalls nur die Einführung gleicher Prämien für Frauen und Männer in der freiwilligen, privaten Krankenversicherung. Wer sich die Mühe macht und die auslegungsbedürftigen Bestimmungen genauer studiert, stellt fest, dass sie einen schwerwiegenden Eingriff in die von Artikel 31 der Bundesverfassung garantierte Handels- und Gewerbefreiheit zur Folge haben. Dieses Grundrecht setzt das Institut des Vertrags voraus und schützt damit das für die Privatversicherung charakteristische Merkmal, nämlich die Vertragsfreiheit. Nach geltendem Recht bedeutet Vertragsfreiheit, dass die Versicherer keinem Kontrahierungszwang unterworfen sind, dass sie frei entscheiden können, mit wem sie einen Vertrag abschliessen wollen, dass sie den Vertragsinhalt frei gestalten und die Prämien festsetzen können. Die Vertragsfreiheit erklärt die grosse Vielfalt der Angebote, die, nicht zuletzt im Interesse der Versicherungsnehmer, auf dem Markt bestehen.

Sicher, die Handels- und Gewerbefreiheit kann wie andere Grundrechte auch beschränkt werden; Voraussetzung dafür ist jedoch ein überwiegendes öffentliches Interesse und die Achtung des Kerngehaltes dieses Grundrechts. Es kann wohl niemand im Ernst behaupten, im vorliegenden Falle liege ein öffentliches Interesse vor – es sei denn, es liege im öffentlichen Interesse, wenn die freiwillige, private Krankenversicherung praktisch nicht mehr durchführbar ist und wenn sie für alle, aufgrund des enormen administrativen Aufwandes, viel teurer wird!

Von einer Achtung des Kerngehaltes der Handels- und Gewerbefreiheit kann bei den gravierenden Auswirkungen der vorgeschlagenen Bestimmungen auch nicht gesprochen werden, denn die von der Kommissionsmehrheit vorgeschlagenen VVG-Bestimmungen schränken die Vertragsfreiheit nicht nur

ein, sie heben sie praktisch vollständig auf. Die Versicherer könnten nicht nur keine bedarfsgerechten Lösungen mehr anbieten, die versicherten Ereignisse wären infolge des Aufnahmezwangs bei gleichzeitigem Verbot geschlechtsspezifischer Vorbehalte nicht mehr zufallsbedingt. Das Hauptmerkmal der Privatversicherung würde somit eliminiert und die Prämienkalkulation praktisch verunmöglicht.

Das Bundesgericht hat wiederholt festgehalten, dass die Handels- und Gewerbefreiheit vor staatlichen Eingriffen schützt, welche das Gewerbe in seiner Gesamtheit betreffen. Im vorliegenden Fall wäre die gesamte schweizerische Versicherungswirtschaft betroffen, da praktisch keine Zusatzversicherungen und keine Taggeldversicherungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz mehr angeboten werden könnten.

Wir dürfen nicht vergessen, dass die Vertragsfreiheit im Versicherungsvertragsgesetz zum Schutze der Versicherungsnehmer durch die Aufstellung von zwingenden und zur Hälfte zwingenden Vorschriften bereits relativ stark eingeschränkt wird.

Der Gesetzgeber hat sich jedoch bis heute Zurückhaltung aufgelegt und bewusst davon abgesehen, die Ausgestaltung der einzelnen Versicherungszweige durch gesetzliche Begriffsbestimmungen unnötig zu begrenzen. Auf das Ganze gesehen hat das heute geltende Versicherungsvertragsgesetz das richtige Mass gefunden, indem es den notwendigen Schutz der versicherten Personen gewährleistet, ohne der Versicherungswirtschaft unnötige Fesseln anzulegen. Das Versicherungsvertragsgesetz darf aus heutiger Sicht als eigentliches Konsumentenschutzgesetz bezeichnet werden.

Wir dürfen auch die Entwicklung in den EG-Ländern nicht aus den Augen verlieren. Ein koordiniertes Versicherungsvertragsrecht der EG wird den Inhalt des VVG in Zukunft wesentlich beeinflussen. Tatsache ist, dass die Versicherungsvertragsgesetze sämtlicher europäischer Staaten ebenso wie das geltende schweizerische Versicherungsvertragsgesetz keine sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen enthalten. Tatsache ist auch, dass die EG nicht beabsichtigt, den Versicherten in der freiwilligen, privaten Krankenversicherung derartige Beschränkungen aufzuerlegen, wie sie von der Kommissionmehrheit für das schweizerische Versicherungsvertragsgesetz gefordert werden.

Es gilt deshalb, frühzeitig dieser Tendenz – weg vom wirtschaftlichen System der freien Konkurrenz, hin zur Staatswirtschaft – zu begegnen. Ich ersuche Sie deshalb im Namen der grossen Mehrheit der freisinnigen Fraktion, den Mehrheitsantrag abzulehnen.

Baumberger: Die Nationalratskommission hat beschlossen, für Zusatzversicherungen wesentliche Vorschriften des Sozialversicherungsrechts ins private Versicherungsvertragsrecht zu übertragen, insbesondere auch die Prämienungleichheit für Mann und Frau.

Die Kommissionmehrheit hat sich wesentlich vom Bericht des Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann leiten lassen. Nach eingehender Prüfung komme ich zum Schluss, dass es sich bei jenem Bericht zwar um eine sozial- und gleichstellungspolitische Streitschrift handelt – das ist durchaus verständlich –, aber kaum um ein juristisches Gutachten. Vorwürfe wären auch im Zusammenhang mit dem – immerhin wesentlich differenzierteren – Gutachten des EJPD zu erheben.

Es muss davon ausgegangen werden, dass die verfassungsmässigen Rechte gemäss Bundesverfassung zunächst Rechte des Bürgers, des Einwohners, gegenüber dem Staat sind und dass die Drittwirkung solcher Rechte, also die unmittelbare Anwendung zwischen Personen des Privatrechts, nach Lehre und Gesetzgebung nur eingeschränkt gilt.

Insbesondere in zwei Fällen gilt die Drittwirkung: nämlich dann, wenn die Bundesverfassung dies selbst vorschreibt (so gemäss Artikel 4 Absatz 2, Anspruch auf gleichen Lohn bei gleicher Arbeit), oder dann, wenn ein soziales Machtgefälle besteht. Dies ist gerade beim Versicherungsvertrag nicht der Fall, weil dieser durch versicherungstechnische Aspekte geprägt ist. Werden diese Ueberlegungen auf den konkreten Fall angewendet, so sieht man, dass es sich bei Artikel 88a höchstens vordergründig um ein Mann-Frau-Problem handelt.

In Tat und Wahrheit geht es um die Umsetzung einer Drittwirkungsdoktrin, welche letztlich auf alle Aspekte unseres Lebens ausstrahlen müsste und im Ergebnis – überspitzt gesagt – auf eine materielle Totalrevision unserer Verfassung hinausläufe, und zwar ohne Zustimmung von Volk und Ständen, was nicht denkbar ist.

Es liegt auf der Hand, dass diese Drittwirkung nicht auf die freiwillige Zusatzversicherung beschränkt wäre. Warum sie nicht auch auf Risikolebensversicherungen, auf Unfallversicherungen und dergleichen ausdehnen, wo die Risikoverhältnisse anders sind, wo dann die Männer gleiche Prämien verlangen müssten? Und wenn schon alle Schweizer nach Artikel 4 Absatz 1 BV gleich sind, warum diese Drittwirkung nicht auch auf das Alter beziehen? Die Jungen und die Alten, warum haben denn diese nicht auch gleiche Prämien? Auch sie müssten es haben, wenn wir die Drittwirkung konsequent weiterführen wollten!

Die Handels- und Gewerbefreiheit schützt eben den Kerngehalt unserer freien Wirtschaft und des Wettbewerbes; darin enthalten ist ein Verbot der Staatslenkung unserer Wirtschaft. Selbstverständlich lassen sich einzelne Prämienbeispiele auflisten, welche für betroffene Frauen belastend sein können. Indessen ist das nicht etwas, das geschlechtsspezifisch wäre; solche Beispiele lassen sich mit umgekehrten Risikoverhältnissen auch für andere Fälle – für Männer, für alte Leute, für junge Leute und dergleichen – auflisten.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass mit dem Antrag der Kommissionmehrheit das Prinzip der Verhältnismässigkeit nicht eingehalten wird. Es ist klar, dass wir mit diesem Mittel das Ziel gar nicht erreichen können. Die Prämien der Frauen in der Zusatzversicherung werden allein schon deshalb nicht sinken, weil Sie dann die Männer zwingen müssten, ebenfalls solche Zusatzversicherungen abzuschliessen, und zwar in der Schweiz. Das können Sie nicht.

Will man das erklärte Ziel vieler Frauenverbände erreichen, so müsste man diese Zusatzversicherung als Teil der Sozialversicherung erfassen. Das ist indessen weder finanzierbar noch sozial sinnvoll. Sozial abzusichern sind die Grundleistungen, wie sie im entsprechenden Katalog des Gesetzes enthalten sind, nicht aber der individuell verschiedene Zusatzbedarf, welcher ja bis zum Luxus reichen kann.

Zusammenfassend empfehle ich Ihnen namens einer grossen CVP-Mehrheit, den, zwar gutgemeinten, «Kurzschluss» der Kommissionmehrheit zu korrigieren und den entsprechenden Antrag für die Artikel 88a und 88b zu streichen.

M. Deiss: L'égalité des primes entre hommes et femmes en matière d'assurance-maladie sociale est acquise. Cette assurance couvre les soins de base, en quelque sorte le minimum vital médico-sanitaire. Elle repose sur une large solidarité qui consiste en une redistribution entre les âges et entre les sexes. L'assurance complémentaire, quant à elle, couvre des prestations supplémentaires. On peut parler de confort. Là, l'application du principe de l'égalité des primes entre les sexes peut paraître politiquement souhaitable; mais une telle décision politique, vous l'avez déjà prise en grande partie en attribuant les assurances complémentaires au domaine des assurances privées. Pour pouvoir fonctionner, ces institutions doivent pouvoir appliquer un barème des primes fondé sur le risque. La solidarité s'exprime donc par rapport à un même risque, mais ne tolère pas de redistribution entre les catégories d'assurés.

Si la volonté politique d'éliminer les discriminations basées sur le sexe dans les assurances complémentaires devait exister, il faudrait aller beaucoup plus loin et réintroduire ce domaine dans celui des assurances sociales. En effet, conçue comme telle, cette solution empêche les assurances privées de fonctionner selon les règles du marché. Il faut introduire l'obligation d'assurer, et cela n'empêche pas les assureurs de tenter une sélection des risques, d'où la nécessité peut-être même d'étendre la compensation des risques à ce secteur, et on ne voit pas pourquoi on maintiendrait des différences, par exemple pour des assurés en fonction de leur âge.

Enfin, il est évident que cette décision aurait des répercussions dans les autres assurances privées, là aussi où le rap-

port des primes entre les deux sexes est inversé en raison des risques différents.

Il faut donc bien distinguer entre une solidarité qui consiste en une péréquation, c'est-à-dire une redistribution des revenus, qui est propre aux assurances sociales et qui garantit l'égalité à toute la population dans l'accès aux prestations de base, et entre la solidarité dans le sens actuariel, qui est propre au domaine des assurances privées et qui garantit l'égalité face à un même risque.

Pour ces raisons, la majorité du groupe démocrate-chrétien vous invite à suivre la minorité.

Keller Rudolf: Solidarität in der sozialen Grundversicherung ist zu befürworten, nicht aber in der privaten Zusatzversicherung, die oft einer Luxusversicherung gleichkommt. Da sollen die effektiven Risiken zum Tragen kommen. Dieser Grundsatz gilt in allen westeuropäischen Ländern. Darauf hat der Bundesrat ja bereits in der EWR-Botschaft hingewiesen, und das wurde von unserem Rat noch vor einem Jahr einstimmig genehmigt.

Vor kurzem hat die deutsche Regierung im Bundestag festgestellt, dass die geschlechtsspezifische Prämienkalkulation in der privaten Krankenversicherung verfassungskonform sei und dem Gleichheitsartikel nicht widerspreche. Genauso ist es von der verfassungsmässigen Seite her gesehen auch in der Schweiz.

Wir müssen achtgeben, dass wir den Frauen keinen Schaden zufügen, Schaden in dem Sinne, dass wir heute ein Präjudiz schaffen, welches auch für andere Versicherungen Auswirkungen zeitigt. Es gibt im Lebensversicherungsbereich Versicherungen, wo die Frauen prämiengünstiger fahren als die Männer. Beschliessen wir heute in der überobligatorischen Krankenversicherung eine Aenderung, so wird ein neuer Weg eingeschlagen. Der neue Weg bedeutet, dass Frauen künftig bei jenen Versicherungen, bei denen sie prämiemässig günstiger fahren, auch die höheren Männerprämien bezahlen werden. Denn es ist ja wohl nicht anzunehmen, dass in diesen Fällen die Männerprämien- auf die Frauenprämienhöhe gesenkt würden. Der Kommissionsbeschluss führt – bezogen auf alle Versicherungen, welche jede einzelne Person abgeschlossen hat – unweigerlich zu einer noch grösseren Belastung der Versicherten. Wollen wir das wirklich?

Ich frage mich: Müssen wir denn da nicht konsequenterweise auch beim BVG, der Pensionskasse also, und in anderen Versicherungsbereichen gleiche Prämien, dann aber zum Nachteil der Frauen, einführen? Auf jeden Fall ist klar: Wenn Sie dem Antrag der Kommissionsmehrheit zustimmen wollen, müssen Sie die Vertragsabschlussfreiheit der Versicherer aufheben. Dadurch würden die Grundlagen im Versicherungsbereich massgebend umgekrempelt, in Richtung Verstaatlichung gelenkt. Man bräuchte über weite Gebiete neue versicherungstechnische Grundlagen. Ich nehme an, Sie sehen, dass dies nicht einfach so geschluckt würde, dass es eben die Vorlage erheblich belasten dürfte. Mit dem vorliegenden Antrag heben Sie die Vorlage auf den Prüfstand und riskieren ein Referendum der Privatversicherer.

Ich bitte Sie nochmals eindringlich, die Einwände der Privatversicherer ernst zu nehmen. Wenn Sie im überobligatorischen Bereich die gleichen Prämien einführen, führt das unweigerlich zu einem Missbrauch der privaten Versicherung; es führt auch zur Abwanderung von Versicherten ins Ausland, weil sie dort die günstigeren Prämien haben können. Seien Sie sich der Tragweite dieses Antrags bewusst. Stimmen Sie gegen die knappe Kommissionsmehrheit!

Frau Gonseth: Umfassende Solidarität soll mit diesem Gesetz hergestellt werden. Mit den Artikeln 88a und 88b führen wir nichts Neues ein, im Gegenteil: Wir verhindern damit, dass Frauen bei Zusatzversicherungen in Zukunft massiv schlechter gestellt werden als heute. Etwa 30 Prozent aller Frauen haben Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung. Sie bezahlen heute gleiche Prämien wie Männer, und das muss so bleiben. Andernfalls hätten junge Frauen, zum Beispiel Frauen zwischen 20 und 25 Jahren, den massivsten Aufschlag zu zahlen. Bei der Zürich Versicherungs-Gesell-

schaft zahlen Männer dieser Altersgruppe jährlich 1078 Franken, Frauen dagegen 2583 Franken, also 140 Prozent mehr. Doch was bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft gilt, gilt nicht für andere Privatversicherungen.

Auf meine Anfrage bei der PKU erhielt ich nicht die gewünschten Zahlen, sondern die skandalöse Antwort, wonach Prämienvergleiche nicht möglich seien, da sie nur momentanen, örtlichen, punktuellen Charakter, wenig Aussagekraft hätten und zudem schlecht miteinander verglichen werden könnten, da Umfang, Leistungen und Vertragsbestimmungen der einzelnen Versicherer von jeher stark voneinander abweichen würden.

Ich frage Sie: Wie sollen Frauen bei diesem Dschungel, ohne Offenlegung der Vergleichszahlen, in Zukunft herausfinden, bei welchen Zusatzversicherungen sie am wenigsten diskriminiert würden? Wo bleibt da die vielgerühmte Transparenz der freien Marktwirtschaft? Herr Deiss, Sie als Preisüberwacher wären hier einmal zu Taten aufgefordert, auch zum Schutz der Männer.

Bei meinen Recherchen habe ich schliesslich anonymisierte Vergleichszahlen vom Bundesamt für Privatversicherungswesen erhalten. Die grösste angegebene Prämien Differenz für Zusatzversicherungen beträgt 148 Prozent bei Krankheit und 186 Prozent bei der Taggeldversicherung. Durchschnittlich sind in der Privatassekuranz gemäss BPV die Prämien für Frauen 62,8 Prozent höher.

Es ist ein Hohn, wenn die Privatversicherer nun behaupten, mit den Artikeln 88a und 88b würde die Zusatzversicherung undurchführbar. Die Krankenkassen konnten es bisher auch, und sie schreiben sogar, dass ihnen die erneute Kehrtwendung wieder administrativen Zusatzaufwand bringen würde. Wenn sich in Zukunft nicht nur die Krankenkassen, sondern auch die Privatassekuranz an das Prinzip der Prämien Gleichheit halten müssen, kann nicht von einem Verzerren der Wettbewerbsfreiheit gesprochen werden, sondern es gelten endlich gleich lange Spiesse für alle.

Der Entscheid der Kommissionsmehrheit gründet sich auf zwei unabhängige Gutachten des Bundesamtes für Justiz und des Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann. Wir brauchen doch keine Gutachten zu bestellen, wenn nachher andere Herren hier drinnen dies alles bezweifeln wollen. Beide Gutachten kommen zum Schluss, dass der Auftrag von Artikel 4 BV den Gesetzgeber verpflichtet, geschlechtsspezifische Ungleichbehandlungen in allen Rechtsgebieten und Lebensbereichen zu beseitigen. Dieser verfassungsrechtliche Grundsatz sei höher zu werten als das Recht auf Vertragsfreiheit; höhere Prämien für Frauen bei Zusatzversicherungen für Krankheit und für Taggeld seien mit Artikel 4 BV nicht vereinbar, und der Eingriff in die Handels- und Gewerbefreiheit sei verhältnismässig.

Einschränkungen der Vertragsfreiheit sind übrigens nichts Neues in unserer Gesetzgebung. Wir haben gerade letzte Woche bei der Behandlung des Konsumkreditgesetzes zahlreiche Einschränkungen der Vertragsfreiheit verankert.

Dass Männer in Zukunft ihre Zusatzversicherungen im Ausland abschliessen würden, ist nach geltendem Recht nicht erlaubt. Es ist also nicht akzeptabel, dass solche Drohungen gemacht werden.

Besonders diskriminierend wäre vor allem die Möglichkeit des Leistungsausschlusses bei Mutterschaft in der freiwilligen Taggeldversicherung. Arbeitgeber könnten bei Kollektivtaggeldversicherungen Mutterschaftsleistungen ausklammern, um Prämien zu sparen. Eine junge Frau, welche in einem Betrieb gezwungen würde, einer Kollektivtaggeldversicherung beizutreten, bekäme dann ausgerechnet bei Mutterschaft keine Leistungen. Die Prämienunterschiede beruhen zu einem grossen Teil auf Kosten für Mutterschaft, denn diese Unterschiede sind bei Frauen zwischen 20 und 30 Jahren am höchsten.

Es geht aber nicht an, dass Mutterschaft immer noch allein den Frauen angelastet wird. Es ist an der Zeit, dass diese solidarisch von allen Versicherten getragen wird. Nur so werden auch wir EG-tauglich, denn in der EG ist eine solidarische Mutterschaftsversicherung mit mindestens 14 Wochen bezahltem Mutterschaftsurlaub längst Pflicht, ebenso die Taggeldversi-

cherung bei Krankheit. Aus diesem Grund lässt sich heute unser Versicherungssystem nicht mit demjenigen der EG vergleichen. Mit der Zustimmung zu den Artikeln 88a und 88b können wir unseren Rückstand in der Versicherungsdeckung gegenüber der EG wenigstens um einen kleinen Schritt verringern.

Im übrigen finde ich es skandalös, wenn die Herren Rychen, Keller Rudolf, Gysin, Baumberger usw. den Frauen im Zeitalter der Gleichstellung zumuten, sie sollten sich mit dritter Klasse begnügen, während Männer zu viel günstigeren Prämien alle Zusatzversicherungen haben können. Die vorgenommene Korrektur ist unerlässlich, wenn Frauen mit dem neuen Gesetz nicht ein böses Erwachen haben sollen.

Die grüne Fraktion bittet Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

M^{me} Brunner Christiane: Nous avons un mandat constitutionnel très clair, c'est celui de réaliser l'égalité entre hommes et femmes dans toute la législation fédérale. Ce mandat ne date pas d'aujourd'hui. Vous le savez, il date de 1981, mais chaque fois qu'il s'agit de le réaliser, voilà qu'il se pose à nouveau des problèmes. Le principe de l'égalité entre hommes et femmes n'est accepté dans notre pays que si cela reste un principe bien enfermé dans la Constitution fédérale, dont on ne parle pas et, surtout, qu'il ne faut bien sûr pas mettre en pratique.

On a sorti les assurances complémentaires de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Dans l'assurance-maladie actuelle, le principe de l'égalité des cotisations entre hommes et femmes est applicable via nos décisions prises dans l'arrêté fédéral urgent. Si on n'applique pas l'égalité des cotisations dans l'assurance complémentaire, on fait un pas en arrière par rapport à la situation actuelle. Je ne vois donc pas ce qu'il y aurait d'exotique à accepter que l'égalité des cotisations soit également applicable pour les assurances complémentaires.

Monsieur Rychen, si pour une fois ce Parlement adoptait quelque chose d'exotique en faveur des femmes, voilà qui serait beau!

Il n'y a pas seulement la question de l'assurance de base et des assurances complémentaires, mais aussi celle des indemnités journalières. Nous avons essayé d'introduire des règles de concurrence dans la loi pour qu'elles fonctionnent également sur le marché de la santé. Immédiatement et dans la même loi, on introduit des règles différentes, qui faussent la concurrence, entre les assurances qui doivent appliquer l'égalité des cotisations – parce qu'elles couvrent l'indemnité journalière conformément à la loi – et les assurances qui peuvent le faire d'après les règles du contrat d'assurance de droit privé. Ce n'est pas ainsi que j'entends la liberté de commerce et d'industrie.

Ce que nous contestons, c'est que les hommes et les femmes constituent des classes de risque particulières. Il est arbitraire de choisir le critère du sexe pour déterminer à quelle catégorie de risque on appartient et quelles sont les catégories de risque déterminantes. On pourrait tout aussi bien prendre les brunes ou les blondes ou les porteurs de lunettes.

En ce qui concerne les femmes, nous acceptons de faire vivre celles-ci dans une société en trompe-l'oeil. Nous inscrivons l'égalité des cotisations dans la loi, mais en même temps, elle n'est pas applicable à tout le monde; nous inscrivons un congé maternité de 16 semaines dans la loi, mais en même temps, on peut l'exclure. Nous les femmes, nous voulons vivre dans une société bien réelle et nous n'acceptons pas de vivre dans une société en trompe-l'oeil.

Je vous invite à suivre la proposition de la majorité de la commission au nom du groupe socialiste.

Sieber: Ich habe vorhin meditiert und mich gefragt, was privat bedeutet. Es ist vom Wort «privare» abgeleitet, und das heisst «rauben». In diesem Zusammenhang habe ich an die Privatversicherer gedacht, denn ich habe das Gefühl, diese wollen den Fünfer und das Weggli. Der Gesetzgeber ermöglicht ihnen neu, im Bereich Grundversicherung einzusteigen. Nicht dass sie hier mit der Gesundheit das grosse Geschäft machen könnten, aber sie bieten neben der Grundversicherung natürlich noch vieles andere an, vor allem um die Kunden an sich zu

binden. Die Privatversicherer ziehen deshalb einen Zusatznutzen aus dem Einstieg in die soziale Grundversicherung.

Es ist daher ernsthaft die Frage zu stellen, ob die Zusatzversicherung erst recht ein reines Geschäft sein soll oder ob den Privatversicherern nicht auch ein Beitrag an die Opfersymmetrie im Gesundheitswesen zuzumuten wäre. Die gleichen Prämien für Mann und Frau sowie die höheren Ansprüche an die Mutterschaftsleistungen sind unserer Ansicht nach ein kleines Opfer innerhalb des attraktiven Tauschhandels, den die Privatversicherer machen können.

Im Bereich der Prämienungleichheit ist es zudem nicht das Parlament, sondern es sind Souverän und Frauenpower, welche dieses Opfer vehement fordern.

Das Parlament hat viele, aber wohl lange nicht alle Wünsche der Patienten erfüllt. Vieles wurde aus Kostengründen in die Zusatzversicherung verschoben. Die Kosten der sozialen Krankenversicherung wurden sozusagen externalisiert. Die Zusatzversicherungen werden somit nicht nur Luxusbedürfnisse abdecken. Bei diesen Zusatzversicherungen müssen Frauen genauso wie Männer mit lebenslänglichen Vorbehalten rechnen. Nach einem Schadenfall können sie genauso wie Männer aus der Zusatzversicherung ausgeschlossen werden. Aber es geht doch nicht an, den Frauen für all diese Risiken noch höhere Prämien aufzubürden.

Deshalb ersucht Sie die LDU/EVP-Fraktion dringend, grünes Licht zu geben – ich könnte es einmal so andeuten (*legt sein grünes Béret über die rote Lampe am Rednerpult*) – und dem Antrag der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Bortoluzzi: Sie haben in der Beratung bisher die Philosophie, die diesem Gesetz zugrunde liegt, weitgehend mitgetragen. Es gibt sicher im Detail sowohl Enttäuschungen wie auch Lichtblicke für die Beteiligten, und alle haben möglicherweise irgendwo Abstriche machen müssen. Ich habe sogar eine gewisse Hoffnung, dass dieses Gesetz das in Kraft stehende ablösen könnte, sofern die wesentlichen Kräfte bereit sind, sich sachbezogen dafür einzusetzen. Sie haben in Artikel 88a und 88b eine Art Schicksalsparagrafen und können hier den letzten gravierenden Fehler der Kommissionsmehrheit korrigieren.

Ich gehe davon aus, dass wir eine Volksabstimmung zu bestehen haben; nur fragt sich, wer hinter der Vorlage stehen wird. In dieser Frage und in einem solchen Abstimmungskampf sind die Privatversicherer ein sehr bedeutender Partner. Die Forderung nach gleichen Prämien für Mann und Frau kann in der sozialen Grundversicherung vertreten werden; sie ist dort angebracht; die Frage der Solidarität ist gelöst.

Wenn Sie nun aber glauben, das gelte auch für den Zusatzversicherungsbereich, haben Sie dieses Gesetz nicht richtig verstanden. Es gibt keine Solidarität im Bereich der Zusatzversicherung. Das Verhältnis der Prämienbeträge von Mann und Frau ist etwa – das ist Ihnen vielleicht bekannt – 1 zu 1,5; das Verhältnis von Jung und Alt – dort gibt es auch keine Solidarität im Zusatzversicherungsbereich – ist etwa 1 zu 8. Dort will man nichts tun. Es kann die Solidarität im Zusatzversicherungsbereich nicht geben.

Um den notwendigen Bedarf abzudecken, brauchen wir in unserem Gesundheitswesen keine Zusatzversicherung. Die Leistungen in der Grundversicherung, welche wir hier in diesem Gesetz geregelt haben – mit Solidarität und sozialem Ausgleich –, genügen vollauf.

Aus diesem Grunde bitte ich Sie, den Mehrheitsbeschluss der Kommission als Sündenfall anzusehen und diesen zu korrigieren. Das werden übrigens auch die Mitglieder der SVP-Fraktion tun.

Eymann Christoph: Im Namen der liberalen Fraktion bitte ich Sie, der Minderheit zuzustimmen.

In der Grundversicherung stimmen wir dem Grundsatz gleicher Prämien für Frau und Mann zu. In der Zusatzversicherung liegen die Dinge, wie wir jetzt mehrfach gehört haben, anders. Das Versicherungsprinzip basiert auf der Beurteilung der Risiken. Es ist nicht diskriminierend, wenn im privaten Versicherungsbereich die Risiken für die Prämienbemessung ausschlaggebend sind. Auf die Frage, ob Privatversicherer nicht

mehr vom Risiko ausgehen dürfen, antworten wir klar: Doch! Solch dirigistische Eingriffe lehnen wir ab. Es ist gefährlich, die Akzeptanz des Gesetzes wegen dieser einen Bestimmung in Frage zu stellen.

Wir bitten Sie auch deshalb um Zustimmung zur Minderheit.

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Eine Priorität haben wir bei der Behandlung dieses Gesetzes: Wir wollen der Krankenpflegeversicherung eine neue Basis geben. Der Bereich Krankenpflegeversicherung ist dabei im Vordergrund, und angehängt daran ist der Bereich der freiwilligen Taggeldversicherung.

Was haben wir erreicht? Wir haben in diesen beiden Bereichen die Prämienungleichheit verankert: für die Krankenpflegeversicherung in Artikel 53 und für die freiwillige Taggeldversicherung in Artikel 68. Das war unbestritten. Jetzt dreht sich der Streit um die privaten Zusatzversicherungen und die privaten Taggeldversicherungen.

Was kann man zur Entstehung sagen? Der ganze Streit resultiert ja daraus, dass heute die freiwillige Zusatzversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz geregelt sind. Also galt bis zum Inkrafttreten des dringlichen Bundesbeschlusses die 10prozentige Prämienendifferenz für Krankenpflegeversicherung und freiwillige Zusatz- und Taggeldversicherung. Der dringliche Bundesbeschluss hat für diese Bereiche die gleichen Prämien für Mann und Frau vorgesehen. Das zeigt die Wirkung des Sozialversicherungsrechtes auf die freiwillige Taggeldversicherung. Dieser Zusatz galt nicht für die private Taggeldversicherung, dort haben wir weiterhin die Prämienendifferenz.

Und jetzt zum neuen KVG: Es will trennen, klar trennen zwischen der Grundversicherung und den Zusatzversicherungen, die neu dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) unterstellt werden sollen. Diese Trennung wird natürlich von den Krankenkassen gewünscht, weil sie gleich lange Spiesse wollen, damit nicht die Krankenkassen allein über die freiwilligen Taggeldversicherungen und die Zusatzversicherung an die Prämienungleichheit gebunden sind, die privaten Versicherer aber nicht.

Der Bundesrat hat diese Trennung in der Botschaft vorgeschlagen, der Ständerat hat ihr zugestimmt, und Sie, als Rat, haben dem auch zugestimmt. Artikel 9 Absatz 3 war unbestritten.

Dem Artikel 88 Absatz 2, in dem die Streitigkeiten bezüglich der Zusatzversicherungen neu dem Versicherungsaufsichtsgesetz gemäss Artikel 47 Absatz 2 und 3 unterstellt werden, haben Sie gestern auch unwidersprochen zugestimmt.

Erstes Fazit: Die neue Unterstellung der Zusatzversicherungen und der privaten Taggeldversicherungen unter das Versicherungsvertragsgesetz ist beschlossen und war nie bestritten. Der generelle Grundsatz gilt also, dass diese Versicherungszweige dem Privatrecht zu unterstellen sind, eben dem Versicherungsvertragsrecht, und das bedeutet Vertragsfreiheit und risikogerechte Prämienbemessung. Aus diesen Beschlüssen, aus dieser Trennung, ergibt sich nun auch die risikogerechte Prämienbemessung für die private Zusatzversicherung und die private Taggeldversicherung. Das Resultat davon sind höhere Prämien in diesen Bereichen für die Frauen. Und daraus leitet sich die Forderung ab, dass wir jetzt in Artikel 88a die Vorschrift für Prämienungleichheit und den Aufnahmezwang auch in diesen privaten Zusatzbereichen festlegen und explizit die Bestimmung in Artikel 88b aufnehmen, dass Leistungen bei Mutterschaft nicht ausgeschlossen werden dürfen und dass Schwangerschaft kein Grund für eine Prämienhöhung sein darf.

Wie hat sich nun Ihre Kommission entschieden? Wir haben Berichte eingefordert vom Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, vom Bundesamt für Privatversicherungswesen und vom Bundesamt für Justiz; wir haben danach auch die Vertreter dieser Bundesstellen in die Kommission gebeten und sie angehört. Für die Kommission galt es abzuwägen zwischen den Forderungen nach Verwirklichung von Artikel 4 Absatz 2 Bundesverfassung bezüglich der Gleichstellung auch in den Bereichen der Zusatzversicherung und der privaten Taggeldversicherung – damit die Frauen

nicht schlechter gestellt sind, als sie es aufgrund der heutigen Rechtslage sind – und den Argumenten von der anderen Seite, die Konsequenzen für weitere Privatversicherungszweige befürchtet, namentlich für private Unfallversicherung, Lebensversicherung und andere.

Es galt auch, das Argument der Priorität einzubeziehen: Das neue Krankenversicherungsgesetz soll über die Hürden gebracht und nicht zusätzlich gefährden werden. In Abwägung all dieser Pro- und Kontra-Argumente hat die Kommission die Argumente zugunsten der Frauen deutlich schwerer gewichtet, und sie hat mit 14 zu 8 Stimmen beschlossen, die neue Bestimmung in den Artikel 88a und 88b, also Prämienungleichheit und Aufnahmezwang, zugunsten der Frauen einzuführen. Namens der Kommissionsmehrheit ersuche ich Sie, ein Gleiches zu tun.

M. **Philippona**, rapporteur: A l'article 53, nous avons décidé de l'égalité des primes entre hommes et femmes. Cette égalité a d'ailleurs déjà été introduite dans l'arrêté fédéral urgent que le peuple a accepté le 26 septembre dernier à une très large majorité. Mais tant le projet du Conseil fédéral que la version du Conseil des Etats ne prévoient l'application du principe qu'à l'assurance sociale de base et non aux assurances complémentaires soumises au droit privé et à la liberté contractuelle. La majorité de la commission, une large majorité – elle n'est pas aussi «knapp» que nous l'a dit M. Keller Rudolf tout à l'heure, il s'agit de 14 voix contre 8 et avec 1 abstention –, vous propose maintenant d'étendre cette égalité aux assurances complémentaires en modifiant la loi fédérale sur le contrat d'assurance. La commission a été sensible à l'argument que les femmes ne comprendraient pas pourquoi les primes sont identiques dans l'assurance de base, alors qu'elles ne le seraient plus dans l'assurance complémentaire.

D'autre part, le mandat constitutionnel concernant l'interdiction de discriminer en fonction du sexe est aussi une solide base qui plaide en faveur de cette disposition, même si l'application de cette base constitutionnelle demande encore bien d'autres modifications et dans de nombreux domaines.

Je vous demande donc de voter pour la majorité de la commission. Personnellement, je voterai pour la minorité.

M^{me} **Dreifuss**, conseillère fédérale: L'égalité des primes entre femmes et hommes en matière d'assurance-maladie sociale est devenue une évidence. Ça n'était pas encore le cas il y a quelques années. Aujourd'hui, plus personne ne la remet en question. Je crois que nous pouvons tous nous en réjouir, il y a des progrès dans ce pays.

La même égalité dans les assurances complémentaires et les assurances facultatives privées d'indemnités journalières – ne les oublions pas, c'est peut-être le point essentiel du problème qui nous occupe maintenant – est présentée comme la pierre d'achoppement de toute la révision. On parle d'un «Schicksalsartikel». Je vous en conjure, sachons raison garder de part et d'autre d'ailleurs. Cette disposition n'est pas la pierre d'achoppement de toute la révision. La façon dont vous répondez à cette question ne peut pas signifier la grâce ou l'arrêt de mort d'une révision que toute la population de ce pays appelle de ses vœux.

Il y a dans nos travaux la recherche d'une symétrie des sacrifices à faire. Je vous rappelle que nombreux sont ceux – au point que cela englobe tous les partenaires de notre système de santé – qui font des sacrifices dans cette nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Essayons de voir si les assurances privées ont vraiment le droit de dire que cette symétrie des sacrifices serait compromise si vous acceptiez cette proposition de la majorité de la commission. Les assurances privées ont accès à la pratique de l'assurance de base, et, surtout – ce qui est nouveau –, leurs assurés bénéficieront du même système de subventionnement que les assurés des caisses-maladie. Cette entrée dans ce système leur donne aussi la chance de conclure davantage d'assurances complémentaires. J'affirme ici qu'elles ne souffriront pas d'une façon disproportionnée par rapport à d'autres partenaires du système de santé si elles sont obligées de prévoir l'égalité des primes.

On a beaucoup discuté à cette tribune pour savoir si l'assurance complémentaire est une assurance de luxe. Je dirai que ça n'est pas forcément une assurance de luxe. C'est une assurance de confort. Lorsqu'il s'agit de pouvoir choisir entre la salle commune ou le traitement commun à l'hôpital ou certains éléments de confort, il ne s'agit pas forcément de luxe. Et nous devons veiller à rendre accessible aux femmes comme aux hommes ces éléments de confort.

J'aimerais aussi vous rappeler les raisons – certaines en particulier – pour lesquelles les coûts d'assurance sont plus élevés pour les femmes, pour montrer que parler uniquement du risque dans ce domaine, et donner ainsi l'impression qu'on renvoie à la biologie, me paraît abusif. En fait, on renvoie aussi à notre système d'assurance sociale en général.

Les coûts que les femmes occasionnent à l'assurance-maladie sont plus élevés, non seulement pour des raisons biologiques comme la maternité – mais cette raison biologique ne concerne pas seulement les femmes; elle concerne tout autant les hommes et l'ensemble de notre société –, mais également à cause de la structure même de nos assurances sociales. Combien de maladies générales sont à la charge de l'assurance militaire parce qu'elles ont été déclenchées durant l'accomplissement du service militaire, alors qu'elles restent à la charge de l'assurance-maladie lorsqu'elles touchent des femmes? Combien d'accidents restent à la charge de l'assurance-accidents non professionnels dont les hommes bénéficient parce qu'ils sont intégrés dans le monde du travail, alors que pour les femmes c'est à l'assurance-maladie qu'il incombe de les prendre en charge? Cette inégalité des coûts n'est pas une inégalité des risques purs, mais également une inégalité face à l'intégration dans notre système d'assurances sociales.

J'aimerais vous rappeler encore une fois qu'il s'agit tout autant, et peut-être même davantage, du problème de l'assurance facultative privée d'indemnités journalières que du problème de l'exclusion de la maternité, qui peut être pratiquée par des employeurs qui font des assurances dans ce domaine garantissant aux femmes, à l'occasion de la maternité, des prestations moindres que celles garanties aux hommes. Dans la mesure où ces assurances facultatives privées d'indemnités journalières sont des éléments du salaire, j'ai les plus grands doutes qu'un tribunal couvrirait une telle inégalité des primes et une telle exclusion si un tel cas devait être porté à sa connaissance.

Mais, il est vrai que nous sommes face à un conflit entre les principes d'égalité et ceux de liberté du commerce et de l'industrie. Mais ce conflit n'est pas nouveau, surtout pas dans le domaine de l'assurance-maladie. La loi actuelle est, encore bien plus que la loi que nous préparons, à la charnière entre la liberté contractuelle et l'intervention de l'Etat pour réaliser un but social.

On l'a dit à cette tribune, la législation actuelle a déjà été confrontée à ce problème, puisque nous avons, jusqu'à l'arrêté fédéral urgent du 9 octobre 1992, une différence de primes entre les hommes et les femmes, cette différence étant tout simplement limitée à 10 pour cent. Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances qui considérait que ce maximum de différence de 10 pour cent était un principe fondamental, aussi fondamental que celui de la mutualité, il a toujours régi aussi les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie.

Avec l'arrêté fédéral urgent du 9 octobre 1992, le Parlement a introduit l'égalité des cotisations entre hommes et femmes dans l'assurance-maladie. Là encore, en appliquant la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, cette égalité devait être réalisée aussi dans les assurances complémentaires. Les caisses-maladie ont donc adapté leurs tarifs de cotisations dès le 1er janvier de cette année, de façon à garantir l'égalité des primes entre hommes et femmes dans les assurances complémentaires aussi. J'aimerais vous rappeler à ce propos que la grande majorité des assurances complémentaires sont le fait des caisses-maladie, contrairement à ce qui est le cas dans l'assurance d'indemnités journalières qui, encore une fois, doit nous préoccuper tout autant et pour laquelle la décision que nous devons prendre est une décision lourde de

conséquences sociales et non pas une décision touchant au luxe ou au confort.

Avec le projet de révision auquel nous travaillons actuellement, il est vrai que les assurances complémentaires seront nettement distinctes de l'assurance de base, soumises qu'elles sont à la législation fédérale sur les institutions d'assurance privées. Si nous laissons dans ce domaine la liberté des primes sans tenir compte du principe d'égalité, toutes les primes, celles des caisses-maladie comme celles des assurances privées, pourront être fixées en fonction du risque. Il est fort à craindre dans ce cas que les primes des femmes pourront subir une augmentation par rapport à celles des hommes allant jusqu'à 50 pour cent, péjorant très clairement la situation tant par rapport à ce qu'elle était avant l'arrêté fédéral urgent de 1992 que par rapport à ce qu'elle est actuellement.

Comme vous le savez, votre commission s'est entourée d'avis autorisés et nombreux pour prendre sa décision.

D'un côté, une prise de position de l'Office fédéral de la justice détermine clairement que le législateur fédéral a mandat de pourvoir à l'égalité, y compris dans les rapports entre particuliers, pour autant qu'il dispose d'une compétence en la matière. Cette compétence est donnée par l'article 34 alinéa 2 et par l'article 64 de la constitution, dans la matière qui nous occupe aujourd'hui. De même, le Bureau de l'égalité entre femmes et hommes s'est également prononcé en faveur de cette proposition, soulignant que le Conseil fédéral en avait déjà fait un des buts de son programme de réalisation de l'égalité hommes/femmes en 1986, dans le programme dont vous aviez eu connaissance et que vous aviez traité à l'époque.

D'un autre côté, la commission a eu deux avis négatifs, celui de l'Office fédéral des assurances privées et celui de l'Association suisse des assureurs privés.

C'est en toute connaissance de ces différents avis que la majorité de la commission a accepté la proposition de modification de la législation sur les institutions d'assurance privées, établissant l'obligation d'égalité des primes et l'interdiction de l'exclusion de la maternité, également pour les assurances complémentaires et les assurances facultatives d'indemnités journalières.

Le Conseil fédéral n'avait pas fait cette proposition dans son projet. Entre temps, le fait nouveau est la décision que vous avez prise vous-mêmes par l'arrêté fédéral urgent de 1992, qui a introduit l'égalité. C'est devenu une réalité pour les caisses-maladie, un état de fait qui devrait être prolongé afin de ne pas péjorer la situation des assurés. Péjorer ne signifie pas revenir à la situation d'avant 1992, mais cela signifie, encore une fois, des augmentations beaucoup plus massives, pouvant aller jusqu'à 50 pour cent des cotisations, pour les femmes.

Une modification de la loi fédérale sur le contrat d'assurance est donc nécessaire également pour que toutes les assurances complémentaires soient soumises à ce principe et que les prestations en cas de maternité soient garanties sans supplément de prime.

Le Conseil fédéral ne s'oppose pas à la proposition de la majorité de votre commission parce qu'il considère que la concrétisation du principe de l'égalité est une tâche importante du législateur et que l'atteinte à la liberté du commerce et de l'industrie répond au principe de proportionnalité.

Namentliche Abstimmung – Vote par appel nominal

Für den Antrag der Minderheit stimmen:

Votent pour la proposition de la minorité:

Allenspach, Aregger, Aubry, Baumberger, Berger, Bezzola, Binder, Bircher Peter, Bischof, Blatter, Bonny, Borer Roland, Borradori, Bortoluzzi, Bühler Simeon, Bühler Gerold, Bürgi, Camponovo, Cavadini Adriano, Chevallaz, Columberg, Comby, Couchepin, Deiss, Dettling, Dreher, Ducret, Eggly, Engler, Epiney, Etique, Eymann Christoph, Fehr, Fischer-Häggingen, Fischer-Seengen, Fischer-Sursee, Frey Claude, Frey Walter, Friderici Charles, Fritschi Oscar, Früh, Giezen-danner, Giger, Gobet, Graber, Gros Jean-Michel, Gysin, Hari, Heberlein, Hegetschweiler, Hess Peter, Hildbrand, Iten Joseph, Jäggi Paul, Jenni Peter, Keller Anton, Keller Rudolf, Kern, Leu Josef, Leuba, Loeb François, Maitre, Marnie, Mauch

Rolf, Miesch, Moser, Mühlemann, Müller, Narbel, Nebiker, Neuenschwander, Oehler, Perey, Philipona, Pidoux, Pini, Poncet, Raggenbass, Reimann Maximilian, Rohrbasser, Ruckstuhl, Rutishauser, Rychen, Sandoz, Savary, Scherrer Jürg, Scherrer Werner, Scheurer Rémy, Schmied Walter, Schnider, Schwab, Seiler Hanspeter, Spoerry, Stalder, Stamm Luzi, Stefan, Steinegger, Steinemann, Steiner Rudolf, Stucky, Suter, Theubet, Tschopp, Tschuppert Karl, Vetterli, Wanner, Wick, Wittenwiler, Wyss Paul, Wyss William, Zölch, Zwahlen (112)

Für den Antrag der Mehrheit stimmen:

Votent pour la proposition de la majorité:

Aguet, Bär, Baumann, Bäumlín, Bodenmann, Borel François, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühlmann, Bundi, Caccia, Carobbio, Caspar-Hutter, Daepf, Danuser, Darbellay, de Dardel, David, Diener, Dormann, Dünki, Duvoisin, Eggenberger, Fankhauser, Fasel, von Felten, Gardiol, Gonseth, Grendelmeier, Grossenbacher, Haering Binder, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Haller, Hämmerle, Herczog, Hollenstein, Hubacher, Jeanprêtre, Jöri, Ledergerber, Leemann, Leuenberger Ernst, Leuenberger Moritz, Maeder, Marti Werner, Matthey, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Rebeaud, Rechsteiner, Robert, Schmid Peter, Sieber, Spielmann, Stamm Judith, Steiger Hans, Strahm Rudolf, Thür, Tschäppät Alexander, Vollmer, Weder Hansjürg, Wiederkehr, Zbinden, Ziegler Jean, Zisyadis, Züger, Zwiygart (70)

Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent:

Segmüller (1)

Abwesend sind – Sont absents:

Béguelin, Blocher, Cincera, Cotti, Goll, Gross Andreas, Hess Otto, Jaeger, Kühne, Maspoli, Maurer, Meier Samuel, Nabholz, Ruf, Ruffy, Seiler Rolf (16)

Präsident Schmidhalter stimmt nicht

M. Schmidhalter, président, ne vote pas

Art. 88 Abs. 3 Art. 100 Abs. 2; 101 Abs. 1 Ziff. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 88 al. 3 art. 100 al. 2; 101 al. 1 ch. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 88 Abs. 4

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 88 al. 4

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 88 Abs. 5

Antrag der Kommission

Art. 3 Abs. 4 Bst. d; 4bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Uebergangsbestimmung Abs. 1

.... erhöht. Die Kantone haben den Betrag für die persönlichen Auslagen für Heimbewohner nach Artikel 2 Absatz 1bis um denselben Betrag zu erhöhen.

Uebergangsbestimmung Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 88 al. 5

Proposition de la commission

Art. 3 al. 4 let. d; 4bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Disposition transitoire al. 1

.... le Conseil fédéral. Les cantons doivent augmenter dans la même mesure le montant qui est laissé à la disposition des pensionnaires pour leurs dépenses personnelles conformément à l'article 2 alinéa 1 bis LPC.

Disposition transitoire al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 88 Abs. 6

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 88 al. 6

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 88 Abs. 7 (neu)

Antrag der Kommission

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Hafner Ursula, Brunner Christiane, Goll, Hafner Rudolf, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

Der Zehnte Titel des Obligationenrechts wird wie folgt geändert:

Art. 324a Abs. 3

Bei Niederkunft hat der Arbeitgeber der Arbeitnehmerin den Lohn für 16 aufeinanderfolgende Wochen zu entrichten.

Art. 88 al. 7 (nouveau)

Proposition de la commission

Majorité

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Hafner Ursula, Brunner Christiane, Goll, Hafner Rudolf, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

Le Titre dixième du Code des obligations est modifié comme il suit:

Art. 324a al. 3

En cas d'accouchement l'employeur verse à la travailleuse le salaire pour une période de 16 semaines consécutives.

Frau **Hafner** Ursula, Sprecherin der Minderheit: Es genügt uns Frauen nicht, dass Sie uns zwar – wenn Sie nicht mehr anders können – eine Bundesrätin wählen, dann aber nicht auf sie hören, wenn es um die Verwirklichung der Verfassungsartikel geht, die uns Frauen die Gleichheit versprechen. Um die Realisierung des Verfassungsartikels, der uns seit 50 Jahren eine Mutterschaftsversicherung verspricht, steht es noch schlechter als um die Realisierung des Gleichstellungsartikels. Mutterschaft ist in unserem Land ein Armutrisiko. Es kommt mir vor, als wären nur die Frauen beteiligt, wenn es darum geht, Kinder auf die Welt zu bringen. Als einziges Land in Europa gewährleistet die Schweiz kein Einkommen bei Mutterschaft. Das Arbeitsgesetz verbietet den Frauen zwar für acht Wochen die Arbeit; wovon Mutter und Kind in dieser Zeit leben sollen, ist aber eine offene Frage. Es ist ein Skandal, dass wir darauf bis heute keine gültige Antwort gegeben haben.

Seit Jahren schlummert in den Schubladen ein Postulat Segmüller, das genau dasselbe verlangt wie unser Minderheitsantrag: Arbeitnehmerinnen, die ein Kind gebären, sollen während 16 Wochen von ihrem Arbeitgeber bezahlt werden, auch wenn sie in dieser Zeit nicht an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können. Seit 50 Jahren warten wir auf die Mutterschaftsversicherung; doch wenn es konkret werden soll, gibt es auch hier Einwände, entweder gegen die vorgeschlagene Form oder gegen den Zeitpunkt oder gegen beides.

Warum wollen wir jetzt – zu diesem Zeitpunkt und bei der Revision dieses Gesetzes – eine finanzielle Absicherung der Mutterschaft? Wird nicht zu Recht gesagt, Mutterschaft sei keine Krankheit und der Bundesrat plane einen von der Krankenver-

...

sicherung unabhängigen Entwurf für eine Mutterschaftsversicherung? Auf die Frage, wie weit die Vorarbeiten für diesen Entwurf geraten seien und wann er uns vorgelegt werden sollte, sagte Frau Bundesrätin Dreifuss Anfang September 1993, dieses Gesetz könne wahrscheinlich erst 1998 in Kraft treten. Sie erklärte wörtlich: «Les travaux sont encore à un stade embryonnaire.»

Bis dieses verheissene Kind geboren wird, geht es also noch fünf Jahre. Unterdessen werden Zehntausende weiterer Mütter ohne finanzielle Absicherung Kinder zur Welt bringen, wenn wir heute nichts für sie tun. Ich meine, 50 Jahre warten sind genug. Zum 50-Jahr-Jubiläum des Verfassungsartikels wollen wir wenigstens für alle Arbeitnehmerinnen einen bezahlten Mutterschaftsurlaub.

Noch ein paar Worte zur vorgeschlagenen Form: Im Obligationenrecht sollen die Arbeitgeber dazu verpflichtet werden, den Arbeitnehmerinnen, welche ein Kind gebären, während 16 Wochen den Lohn zu bezahlen. Mutterschaft soll also nicht länger einfach wie Krankheit behandelt werden, sondern als etwas Besonderes. Die meisten Arbeitgeber werden den Mutterschaftsurlaub nicht selber bezahlen. Sie werden für ihre Arbeitnehmerinnen eine Taggeldversicherung abschliessen. Damit käme Artikel 66 dieses Gesetzes erst recht zum Tragen und würde erst wirklich sinnvoll.

Sieht der Bundesrat für seine Mutterschaftsversicherung dann eine andere Finanzierung vor, so haben wir mit der Aenderung des Artikels im Obligationenrecht kein ungünstiges Präjudiz geschaffen. Im Gegenteil: Die Arbeitgeber, die bisher die Einführung der Mutterschaftsversicherung sabotiert haben, werden sich als die eifrigsten Geburtshelfer für das neue Gesetz erweisen.

Gehen Sie deshalb jetzt diesen bescheidenen Schritt in Richtung Mutterschaftsversicherung und stimmen Sie unserem Minderheitsantrag zu.

Allenspach: Ich gestatte mir, über eine persönliche Erklärung hinauszugehen und einige grundsätzliche Bemerkungen zum gestellten Minderheitsantrag einzubringen, weil ich es als nicht zumutbar erachte, dass man ohne Diskussion eine derart schwerwiegende Frage einem Gesetz anfügt.

Wir behandeln zurzeit ein Bundesgesetz über eine soziale Krankenversicherung. Wir behandeln nicht eine Revision des Obligationenrechtes. Wir befassen uns mit dem Verhältnis der Versicherten, der Versicherer und der Leistungserbringer. Wir befassen uns aber in dieser Gesetzesvorlage nicht mit dem Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Der Antrag der Minderheit Hafner Ursula durchbricht die Einheit der Materie und die Systematik dieses Gesetzes.

Diesem Gesetz soll nämlich noch eine Aenderung des Arbeitsvertragsrechtes angehängt werden, die mit der Krankenversicherung überhaupt nichts zu tun hat. Es soll im Arbeitsvertragsrecht die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers für 16 aufeinanderfolgende Wochen nach Niederkunft der Arbeitnehmerin verfügt werden.

Wenn diese Praxis Schule macht, jedem Gesetz noch irgendein politisches Anliegen aus einem völlig anderen Rechtsgebiet anzuhängen, dann wird die politische Willensbildung in unserem Lande chaotisch und die Rechtsordnung unübersichtlich. Schon das ist ein Grund, den Antrag der Minderheit Hafner Ursula abzulehnen. Dazu kommt, dass bei der Vorbereitung des Krankenversicherungsgesetzes weder in der Expertenkommission noch im Vernehmlassungsverfahren die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers während 16 Wochen nach Niederkunft je zur Diskussion gestanden hat.

Es sollte nicht geschehen, dass durch einen Zusatz zum Krankenversicherungsgesetz dem Arbeitgeber plötzlich neue Belastungen auferlegt werden, die die Arbeitskosten erhöhen und die Produktion verteuern. Wollen wir eigentlich die Wettbewerbsfähigkeit der Schweiz erhalten oder vermindern? Auch diese Frage muss bei diesem Minderheitsantrag gestellt werden.

Wird die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers während 16 Wochen nach der Niederkunft der Arbeitnehmerin verfügt, hat dies keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung der Situation der jungen Frauen auf dem Arbeitsmarkt zur

Frage. Der Arbeitgeber wird dann – wenn möglich – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einstellen, bei denen er weniger mit derartigen Belastungen rechnen muss. Es besteht ein klarer Widerspruch zwischen der Förderung der Beschäftigung junger Frauen und ihrer Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess einerseits und den Vorstössen, welche darauf abzielen, den Arbeitgebern, die junge Frauen beschäftigen, zusätzliche Soziallasten aufzuerlegen.

Ein Bundesgesetz über die Mutterschaftsversicherung ist in Vorbereitung. Frau Bundesrätin Dreifuss hat versprochen, dieses Gesetz noch in dieser Legislaturperiode einzubringen. Dort wird es dann möglich sein, die Lasten des Einkommensersatzes bei Mutterschaft nicht einseitig zu verteilen.

Aufgrund dieser Ueberlegungen bitte ich Sie, diesen Antrag der Minderheit Hafner Ursula, der mit der sozialen Krankenversicherung nichts zu tun hat, abzulehnen.

M^{me} Brunner Christiane: Le contenu de l'intervention de M. Allenspach a évidemment soulevé un tollé dans nos rangs, parce que s'il prend la liberté de s'exprimer sur une proposition aussi fondamentale, il n'y a pas de raison que les autres groupes n'en fassent pas de même.

Sur le contenu de l'intervention de M. Allenspach, je tiens à dire, d'une part, que la modification, proposée par la minorité Hafner Ursula, du Code des obligations a un lien direct avec l'assurance-maladie – et maternité d'ailleurs –, dont nous nous occupons maintenant, dans la mesure où le Conseil des Etats a déjà introduit, après le Conseil fédéral qui proposait des prestations pendant 10 semaines, des prestations en indemnités journalières de 16 semaines en cas de maternité.

Il y a donc un lien direct, à savoir non pas seulement combien de prestations sont versées par l'assurance d'indemnités journalières, mais si les travailleuses ont, oui ou non, un congé maternité. Nous sommes d'avis qu'il faut fixer le congé maternité dans le Code des obligations et dire une fois clairement que ce congé est de 16 semaines, et ensuite en prévoir le paiement, d'une part par l'employeur en tant qu'obligation de sa part dans le Code des obligations, d'autre part, bien sûr, par le biais de l'assurance d'indemnités journalières, étant entendu que l'employeur peut se libérer de l'obligation de payer le salaire pendant 16 semaines s'il a conclu, pour les travailleurs et les travailleuses de son entreprise, une assurance d'indemnités journalières.

Il y a donc un lien direct, et si nous voulons être logiques avec les décisions que nous prenons, nous devons aussi modifier le Code des obligations et introduire, à son article 324a, un congé payé de 16 semaines, ce qui serait enfin clair pour toutes les travailleuses de ce pays.

Je vous prie par conséquent de bien vouloir donner suite à la proposition de minorité Hafner Ursula.

Frau Segmüller, Berichterstatterin: Zwei Dinge lassen sich nicht wegdiskutieren:

1. Die Lücke ist da: Das Arbeitsgesetz verbietet, während 8 Wochen zu arbeiten, und es sorgt nicht dafür, dass die jungen Mütter in dieser Zeit ein Ein- oder ein Auskommen haben;
2. 1987 ist eine Vorlage – Mutterschaftstaggeld und Krankenpflegeversicherung gekoppelt – in der Volksabstimmung wuchtig gescheitert.

Ueber beide Tatsachen können wir nicht hinwegsehen, und auch die Kommission hatte beide Tatsachen zu würdigen. In der ganzen Diskussion in der Kommission wurde in keinem einzigen Votum die Notwendigkeit bestritten, dass diese Lücke gefüllt werden muss; eine Mehrheit war aber dafür, dass man das nicht jetzt im Anhang an die Krankenversicherung tun darf – aus Gründen der Priorität, um nicht die Krankenversicherung zu belasten, wie das bereits 1987 der Fall gewesen ist.

Ich betone also: Inhaltlich, gegen die Notwendigkeit, fiel nicht ein einziges Votum. Die Abstimmung in der Kommission hat dann ergeben: 10 zu 7 Stimmen gegen die Aufnahme dieser Verpflichtung im OR, jetzt im Anhang zum Krankenversicherungsgesetz.

Namens der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, dieser Mehrheit zu folgen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	97 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	55 Stimmen

Art. 88 Abs. 8 (neu)**Antrag der Kommission****Mehrheit**

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Allenspach, Borer Roland, Gonseth, Gysin)

Das Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 wird wie folgt geändert:

Art. 1 Abs. 1 Bst. b; 2

Streichen

Art. 88 al. 8 (nouveau)**Proposition de la commission****Majorité**

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Allenspach, Borer Roland, Gonseth, Gysin)

La loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire est modifiée comme il suit:

Art. 1 al. 1 let. b; 2

Biffer

Allenspach, Sprecher der Minderheit: Der Rat hat bei den bisherigen Entscheidungen Ausnahmen vom Krankenversicherungsobligatorium konsequent abgelehnt. Er hat die Solidarität in den Vordergrund gestellt: niemand solle sich als gutes Risiko der allgemeinen Solidarität entziehen können; niemand solle, ohne zum Risikoausgleich beizutragen, später vom Risikoausgleich anderer profitieren können. Der Rat hat diese Linie konsequent durchgezogen. Es geht bei meinem Antrag darum, die Konsequenz weiterhin durchzuhalten, konsequent zu bleiben.

Gemäss Militärversicherungsgesetz sind die Angehörigen des Instruktorikors der Armee, des Festungswachtkorps und des Ueberwachungsgeschwaders, sind Waffenkontrolleure, Schiessplatzwarte usw. nicht nur bei der Erfüllung ihrer militärischen Dienstpflicht, sondern auch in Erfüllung ihrer beruflichen Funktion und in ihrer Freizeit dem Militärversicherungsgesetz unterstellt. Sie werden deshalb vom Obligatorium der Krankenpflegeversicherung ausgenommen. Sie müssen nicht wie alle anderen Einwohner dieses Landes obligatorisch einer Krankenversicherung beitreten. Das widerspricht dem Grundsatz der Gleichbehandlung und der Gleichstellung des Bürgers vor dem Gesetz. Bei den Instruktoren, Festungswächtern, Piloten usw. und anderen militärisch Berufstätigen handelt es sich zur Hauptsache um jüngere Männer und damit um gute Risiken.

Es ist nicht einzusehen, weshalb sich diese guten Risiken der allgemeinen Solidarität und der Beiträge an den Risikoausgleich entziehen können. Die blosser Anstellung beim Militärdepartement ist kein ausreichender Grund. Der Beruf des Instruktors, des Festungswächters, des Militärpiloten usw. ist ein Beruf wie jeder andere und vermag meines Erachtens weder eine Sonderstellung noch besondere Privilegien zu begründen. Diese Entsolidarisierung ist um so stossender, als die gleichen Personen, wenn sie allenfalls ihre berufliche Tätigkeit wechseln, also aus dem privilegierten Beruf ausscheiden, ohne weiteres die Solidarität der anderen in Anspruch nehmen. Wenn sie also beispielsweise wegen Uebernahme einer anderen Funktion im Bundesdienst oder wegen Uebertritt in die Privatwirtschaft wie jeder andere Bürger dem Krankenversicherungsobligatorium unterstellt werden, profitieren sie ganz massiv von der Solidarität anderer.

Wir haben vor kurzem das neue Militärversicherungsgesetz in diesem Rat verabschiedet. Ich habe schon damals auf die Systemwidrigkeit aufmerksam gemacht, die darin besteht, der Militärversicherung auch berufliche Funktionen zu unterstellen. Weil damals aber noch kein Obligatorium der Krankenpflegeversicherung bestand, hat der Rat diese Systemwidrigkeit akzeptiert. Mit diesem Gesetz, das wir nun heute behandeln und beschliessen, wird dieses Obligatorium geschaffen.

Deshalb sollten wir angesichts der neuen Situation die damaligen Beschlüsse anpassen.

Mit der Unterstellung der privilegierten Berufe des Militärdepartementes unter das Krankenversicherungsobligatorium wird auch keine soziale Verschlechterung vorgenommen. Systemgemäss müssten die Vergütungen des Bundes an diese Berufskategorien angepasst werden. Damit würde auch eine bessere Vergleichbarkeit unter den Bundesbediensteten hergestellt, denn diese Vergleichbarkeit ist nicht gegeben, wenn privilegierte Bundesbedienstete weder Prämien noch Solidaritätsbeiträge an die Krankenkassen zu leisten haben, wie es die anderen tun müssen.

Ich bitte Sie, grundsätzlichen Ueberlegungen zugänglich zu sein. Gewerkschaftliche Gesichtspunkte, wonach es auch überholte Beamtenprivilegien zu verteidigen gilt, sollt angesichts der Neuordnung der Krankenversicherung zurückgestellt werden. Wenn wir ein Obligatorium einführen – und das wollen wir mit diesem Gesetz –, wenn wir Solidarität verlangen – und das wollen wir mit diesem Gesetz –, dann soll das Obligatorium, dann soll die Solidarität für alle in gleicher Weise gelten.

Das ist der Sinn meines Minderheitsantrages. Ich bitte Sie, ihm zuzustimmen.

M. Philipona, rapporteur: La minorité Allenspach veut donc modifier les conditions de l'assurance militaire. Une large majorité de la commission ne suit pas cette proposition pour la raison principale que la nouvelle loi fédérale sur l'assurance militaire n'est pas encore entrée en vigueur; elle entrera en vigueur le 1er janvier 1994 et la minorité Allenspach nous propose déjà de la modifier avant qu'elle entre en vigueur. C'est là une première qui ne serait probablement pas très heureuse!

M. Allenspach nous a fait un développement sur les conditions d'assurance; eh bien, nous venons de définir les conditions de l'assurance militaire lors de l'examen de cette loi, et nous vous proposons de ne pas les modifier.

Il faut préciser aussi que les retraités paient des primes équivalentes aux caisses, ce qui ne donne lieu ni à des discriminations ni à des avantages non justifiés. Il reste donc très peu de monde touché et il nous a paru très peu judicieux de modifier déjà cette loi pour ces raisons-là.

M^{me} Dreifuss, conseillère fédérale: Je vous invite également à repousser la proposition de minorité Allenspach à l'article 88 alinéa 8 (nouveau), compte tenu tout simplement du travail que vous avez fait l'année passée.

Je crois qu'il ne serait pas raisonnable, alors que vous avez traité à fond le problème que M. Allenspach remet en discussion aujourd'hui, d'accepter la proposition de la minorité qui consisterait à supprimer une partie substantielle d'une loi que vous avez votée à l'unanimité il y a un an.

Je vous rappelle aussi que le délai référendaire n'a pas été utilisé, que rien ne s'oppose à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance militaire dans trois mois, soit le 1er janvier 1994, entrée en vigueur que nous avons passé toute l'année à préparer.

La solidité et la cohérence de vos décisions devraient vous inspirer un rejet de la proposition de minorité Allenspach.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	56 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	55 Stimmen

Art. 89–92**Antrag der Kommission**

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté**Art. 93****Antrag der Kommission****Titel**

Leistungserbringer und Vertrauensärzte

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4 (neu)

Vertrauensärzte, die unter dem bisherigen Recht für einen Versicherer (Art. 8 bis 10) tätig waren, dürfen von den Versicherern oder ihren Verbänden auch nach neuem Recht mit den Aufgaben nach Artikel 49 betraut werden. Die Absätze 3 bis 8 von Artikel 49 sind auch in diesen Fällen anwendbar.

Art. 93*Proposition de la commission**Titre*

Fournisseurs de prestations et médecins-conseils

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 4 (nouveau)

Les médecins-conseils qui sous l'ancien droit exerçaient pour un assureur (art. 8 à 10) peuvent, sous le nouveau droit, être chargés par les assureurs ou leurs fédérations des tâches définies à l'article 49. Les alinéas 3 à 8 de l'article 49 sont aussi applicables dans ces cas.

Angenommen – Adopté

Art. 94*Antrag der Kommission**Abs. 1–4*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5

... angepasst werden, wenn der Versicherer die freiwillige Taggeldversicherung nach diesem Gesetz durchführt.

Art. 94*Proposition de la commission**Al. 1–4*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5

... le demande et si l'assureur pratique l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la présente loi.

Angenommen – Adopté

Art. 95, 96*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 97*Antrag der Kommission**Mehrheit**Abs. 1–3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4

Streichen

Minderheit I

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Philipona, Pidoux)

Abs. 1–4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit II

(Gysin, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph)

Streichen

*Antrag Tschopp**Abs. 1–3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4

Der Risikoausgleich ist auf die Dauer von fünf Jahren ab Inkrafttreten dieses Gesetzes befristet.

Art. 97*Proposition de la commission**Majorité**Al. 1–3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 4

Biffer

Minorité I

(Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Philipona, Pidoux)

Al. 1–4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité II

(Gysin, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph)

*Biffer**Al. 2, 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Tschopp**Al. 1–3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 4

La compensation des risques est limitée à une durée de cinq ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

Gysin, Sprecher der Minderheit II: Ich spreche zum Minderheitsantrag zu Artikel 97 und damit zum Antrag, den Artikel über den Risikozwangsausgleich ersatzlos zu streichen.

Der Risikoausgleich ist eine strukturerhaltende Massnahme; er trägt darum nicht zur wünschbaren Verbesserung der Durchmischung der Risiken unter den Kassen bei, sondern er bewirkt, dass an sich nicht überlebensfähige Kassen mit einem schlechten Risiko-Mix künstlich am Leben erhalten werden. Diese Feststellung hat übrigens bereits die Kartellkommission in ihrer Stellungnahme zur Revisionsvorlage gemacht. Man kann nicht einerseits den Wettbewerb zwischen den Kassen fördern wollen und andererseits Strukturerhaltung betreiben. Die im neuen KVG vorgesehene Freizügigkeit und der fortschreitende Konzentrationsprozess im Krankenkassenwesen – ich verweise auf das Swisscare-Projekt – werden von selbst eine bessere Risikodurchmischung herbeiführen.

Artikel 97 ist nicht nur überflüssig, im Gegenteil: Er durchkreuzt die übergeordneten Zielsetzungen der Revisionsvorlage. Neben diesen grundsätzlichen Bedenken gegen Artikel 97 zeigt bereits die heutige praktische Anwendung des Risikoausgleichs gemäss dringlichem Bundesbeschluss, dass dessen Auswirkungen den hauptsächlich Zielsetzungen der KVG-Revision geradezu zuwiderlaufen.

Erste Zwischenergebnisse einer laufenden ökonomischen Analyse der Auswirkungen des Risikoausgleichs führen zu folgenden Erkenntnissen:

1. Durch das Abstellen auf die durchschnittlichen Bruttokosten entfallen für den einzelnen Versicherer praktisch alle Anreize, für die jeweiligen Risikogruppen eine günstigere Kostenentwicklung als den Durchschnitt aller Versicherer zu erreichen. Damit wird dem zentralen Ziel der Revision, der Kostendämpfung im Gesundheitswesen, entgegengewirkt.

2. Die heute verwendete Umlageformel benachteiligt ausserdem Versicherer mit relativ wenig Versicherten gegenüber solchen mit grossen Versichertenbeständen, und zwar unabhängig von der jeweiligen Risikoverteilung. Damit wird in die Struktur der Entwicklung der Versicherung eingegriffen. Der Risikoausgleich entpuppt sich als wettbewerbsverzerrende Regulierungsmassnahme.

Schliesslich genügt Artikel 97 auch den Anforderungen an die Gesetzgebung im Abgaberecht nicht. Wesentliche Punkte wie die Festlegung der Risikogruppen, die Bemessungsgrundlagen und die Grundsätze des Abrechnungsverfahrens sind nicht geregelt und bleiben der Regelung auf Verordnungsebene überlassen. Gerade auf Stufe des Verordnungsgebers scheint aber grosse Unsicherheit zu herrschen. Bereits ein gutes halbes Jahr nach Einführung des Risikoausgleichs wurde die Verordnung IX zum Bundesbeschluss im Juni 1993 revidiert, und dies mit rückwirkenden Änderungen der Bemessungsgrundlagen für das Jahr 1993.

Insgesamt ist die vorgeschlagene Regelung in Artikel 97 weder nötig noch zielkonform, noch in ihrer konkreten Auswirkung genügend durchdacht.

Ich beantrage deshalb in Namen der Minderheit II (Gysin) die Streichung von Artikel 97 KVG.

Frau Heberlein, Sprecherin der Minderheit I: Artikel 97 ist im Kapitel Uebergangsbestimmungen aufgeführt und nicht etwa im normalen Gesetzestext; es ist also schon rein gesetzestechnisch nicht als Dauerinstrument vorgesehen. So waren denn die Krankenkassen in der Expertenkommission Schoch auch mit einer Begrenzung auf fünf Jahre einverstanden. Jetzt wollen sie – aus begreiflichen Gründen – einen gänzlich unbefristeten Risikoausgleich.

Wozu dient der Risikoausgleich? Wir führen mit dem Krankenversicherungsgesetz die volle Freizügigkeit und damit den Wettbewerb unter den Kassen ein. Heute bestehen unterschiedliche Risikodurchmischungen: Es bestehen Kollektivversicherungen mit überaltertem Mitgliederbestand und Kassen mit ausschliesslich sehr jungen Mitgliedern. Um während einer Uebergangszeit – ich betone das Wort «Uebergangszeit» – die Durchmischung zu ermöglichen, ist ein Risikoausgleich nach Einführung der Freizügigkeit sinnvoll. Der Risikofonds darf aber nicht zu einer Strukturhaltung schlecht geführter Kassen verwendet werden. Er darf auch nicht die angestrebte Durchmischung verhindern. Ausgeglichen werden dürfen einzig und allein die Risiken «Frau» und «Alter», ohne Einbezug irgendwelcher Verwaltungskosten, Kosten pro Versicherten oder Bruttokosten. Dies im Gegensatz zu dem, wie es heute beim dringlichen Bundesbeschluss gehandhabt wird. Es muss ein klarer Zeitpunkt festgelegt werden, z. B. Gegenwartsbemessung. Diesen Grundsätzen widerspricht die heutige Verordnung IX.

Auch wenn der Risikoausgleich wettbewerbspolitisch fragwürdig ist – wir haben es von Herrn Gysin gehört – und von der Kartellkommission abgelehnt wird, soll er während dieser Uebergangsfrist ermöglichen, dass bei einer neuen Ausgangssituation, wie beim Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes, für alle Kassen ähnliche Ausgangslagen gegeben sind.

Ob die Frist fünf oder zehn Jahre ist, darüber kann man sich mit Fug und Recht streiten. Persönlich meine ich, wir sollten den Beschluss des Ständerates für die Begrenzung auf zehn Jahre übernehmen und nur unter den erwähnten Rahmenbedingungen diesem zeitlich begrenzten Risikoausgleich zustimmen.

Wir haben den Antrag Tschopp anlässlich der Fraktionssitzung noch nicht behandeln können, weil er erst jetzt eingereicht wurde. Damals war die Fraktion mehrheitlich der Meinung, dass wir dem Antrag der Minderheit I, der Begrenzung auf zehn Jahre, zustimmen sollten.

M. Tschopp: Nous sommes dans les dispositions transitoires et j'ai l'impression qu'il faut que nous fassions attention de ne pas instaurer un provisoire qui dure, et qui nous amène dans un cul-de-sac. Il est question de compensation des risques entre caisses d'assurance-maladie. Et ce que l'on nous propose, du côté de la minorité I (Heberlein) et du Conseil fédéral, c'est de limiter cette transition à dix ans. A l'autre extrême, vous avez la proposition de minorité II (Gysin), qui ne veut pas de régime transitoire du tout.

Personnellement, je cherche un moyen terme et j'essaie de vous expliquer pourquoi c'est un anachronisme de vouloir, avec un système de compensation compliqué, ponctionner

les caisses saines pour distribuer de l'argent à des caisses qui gèrent ou essaient de gérer de mauvais risques, et qui sont de toute façon condamnées à disparaître.

En effet, qu'est-ce que c'est qu'une mauvaise caisse à la lumière de la loi que nous sommes en train de parachever? C'est une caisse qui recèle de mauvais risques, au sens de l'assurance-maladie, c'est à dire une caisse qui a une structure d'âge trop lourde, avec seulement des personnes âgées, ou – et nous venons d'en parler à l'enseigne de l'article 88 – une caisse qui n'aurait que des femmes en âge d'avoir des enfants.

A long terme, j'ai l'impression que, compte tenu des phénomènes et du vieillissement de la population lié au nombre croissant des personnes très âgées, et de la maternité, nous devrions, probablement encore durant ce siècle, extraire du contexte de la caisse-maladie, telle que nous l'avons définie maintenant, tant le risque lié au grand âge que le risque lié à la maternité.

Mais, pour le moment, nous en sommes à cette disposition transitoire, où la question qui se pose est de savoir si on veut faire durer la transition à l'infini, c'est-à-dire subventionner des caisses qui sont de toute façon condamnées, ou si on veut leur imposer un délai.

En imposant un délai de dix ans, ou comme je le propose de cinq ans, il faut être conscient que de toute façon, en réalité, nous ne parlons pas de dix ans ni de cinq ans. Simplement, puisque le 13 décembre 1991 nous avons voté un arrêté fédéral urgent qui prévoit cette compensation entre bons et mauvais risques, cela fait qu'en réalité nous avons déjà de douze à treize ans de délai de grâce pour ces caisses condamnées, ou cinq à sept ans. Et je trouve que c'est exagérément long.

Je vous prie donc de suivre ma proposition et de limiter cette période de transition à cinq ans seulement, en sachant qu'en réalité ces caisses ont maintenant entre sept et huit ans pour tirer les conséquences inéluctables, à savoir fusionner avec des caisses qui ont une structure quant à l'âge et au sexe des assurés qui leur permet véritablement de faire leur travail de péréquation des risques en tant qu'assureurs soumis à la concurrence.

Eymann Christoph: Der Risikoausgleich ist im Zusammenhang mit der Freizügigkeit beim Kassenwechsel zu betrachten. Dieser Risikoausgleich stellt aber einen staatlichen Eingriff in die Autonomie der Versicherungseinrichtungen dar. Mit Blick auf die Fusionen, die in diesem Zusammenhang bereits erfolgt sind, ist offen, ob ein Teil der mit dem Risikoausgleich beabsichtigten Wirkung nicht bereits erzielt ist. Auch besteht mit dieser Regelung die Gefahr, den Versicherungseinrichtungen den Anreiz zu nehmen, wirtschaftlich gut zu arbeiten. Deshalb sollte Artikel 97 gestrichen werden, eventualiter wäre aber die Geltungsdauer zu befristen. Einem unbefristeten Ausgleich könnten wir nicht zustimmen.

Die liberale Fraktion unterstützt den Antrag der Minderheit II (Gysin) auf Streichen und die Anträge auf Befristung gemäss den Vorschlägen der Minderheit I (Heberlein) und dem Antrag Tschopp.

Präsident: Die SD/Lega-Fraktion lässt mitteilen, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützt und den Antrag Tschopp ablehnt.

Allenspach: Das neue Krankenversicherungssystem garantiert in der Grundversicherung die volle Freizügigkeit. Jede Krankenkasse muss jede Person, die ihr beitreten will, aufnehmen. Gemäss ökonomischen Ueberlegungen wird der Versicherte jener Kasse beitreten, die ihm die günstigsten Prämien bietet. Weil Transparenz und Vergleichbarkeit bestehen, führt diese Freizügigkeit auch zum Risikoausgleich. Dort, wo günstige Risiken bestehen, werden günstige Prämien angeboten, und dann werden diese Kassen von allen Seiten her mit Beitrittsgesuchen überschwemmt. Das führt dann wieder zur Egalisierung der Prämien. Damit wird ein Risikoausgleich ohne bürokratischen Apparat erreicht und ohne dass Millionen von Franken mit grossem administrativem Aufwand hin- und hergeschoben werden müssen.

Der Risikoausgleichsfonds ist systemwidrig. Wer ihn permanent verlangt, zweifelt daran, dass dieses System die Freizügigkeit überhaupt verwirklichen kann oder dass das System der Freizügigkeit funktioniert. Wenn wir ein Gesetz beschliessen, dürfen wir doch nicht von Anfang an daran zweifeln, dass einer der Hauptpunkte dieses Gesetzes, die Freizügigkeit, spielen wird.

Gemäss Bericht der Kartellkommission soll mehr Wettbewerb unter den Kassen herrschen. Mehr Wettbewerb gibt es aber nicht, wenn jene Kassen, die hohe Prämien haben, diese dann über einen Risikoausgleichsfonds abdecken können; damit würden geradezu die trägen und bürokratischen Kassen prämiert. Deshalb muss man grundsätzlich gegen diesen Fonds antreten. Wenn man ihn für eine kurze Uebergangsdauer noch bestehen lassen will, um das System einzuführen, hat die freisinnige Fraktion nichts gegen einen solchen Fonds. Wir plädieren aber dafür, dass es eine möglichst kurze Uebergangsfrist sein soll.

In diesem Sinne bitte ich Sie um Verständnis für das Anliegen der Minderheit II (Gysin). Wenn Sie den Risikoausgleichsfonds aber für eine möglichst kurze Zeit institutionalisieren wollen, sollten Sie dem Antrag Tschopp oder dem Antrag der Minderheit I (Heberlein) zustimmen. Dieser Antrag wäre gemäss FDP-Fraktion eine vertretbare Kompromisslösung.

Hubacher: Es ist nicht ganz richtig, einfach davon auszugehen, Herr Allenspach, dass der Wettbewerb alles regle. Wir haben ja bei der Marktwirtschaft auch eine Zusatzbezeichnung: Damit diese Marktwirtschaft auch sozial verträglich ist, nennen wir sie soziale Marktwirtschaft. Marktwirtschaft allein ist unter Umständen wilder Westen, Starke gegen die Schwachen, Grosse gegen die Kleinen, und da haben die Schwächeren und Kleineren null Chancen! Deshalb sprechen wir von der sozialen Marktwirtschaft, und dieser Risikoausgleich hat eine soziale Funktion.

Natürlich haben wir jetzt das Obligatorium und damit die Freizügigkeit, aber sehr viele Versicherte haben Zusatzversicherungen, und da spielt dann die Freizügigkeit schon nicht mehr; sie sind mehr oder weniger doch an ihre Kasse gebunden. Es gibt eben nicht nur Kassen, die Artisaner heissen und in den letzten Jahren nur junge Mitglieder mit noch relativ wenig Risiken aufgenommen haben, sondern es gibt eben Kassen, die immer Frauen und ältere Menschen versichert haben; diese sind heute, trotz dieser Revision, nach wie vor benachteiligt. Daher ist dieser Risikoausgleich die Sozialkomponente in diesem gesamten Solidarpakt, den wir hier mit der Revision der Krankenversicherung aufbauen und konstruieren wollen. Ich möchte Sie daher bitten, der Mehrheit zuzustimmen.

Auch die Befristung ist keine Lösung. Eine Geschäftsstrategie auf Befristung zu betreiben ist schlicht fast nicht möglich; das hiesse fast, dass es diesen Risikoausgleich gar nicht gibt.

Aber sicher ist der Antrag Tschopp mit einer Befristung auf fünf Jahre unmöglich, denn keine Kasse kann dieses Ziel, innert fünf Jahren ein demographisches Gleichgewicht zu bekommen, erreichen. Das ist nicht möglich! Dann müssen Sie ehrlicherweise gegen jeden Risikoausgleich sein.

Fünf Jahre ist als Frist nicht zumutbar; aber wir sind der Meinung, die Mehrheit der Kommission habe den richtigen Entscheid getroffen, damit auch die Kassen, die schon immer sozial und verantwortungsbewusst Politik betrieben haben, in diesem Markt im Rahmen einer sozialen Abgrenzung ihre Chance haben können.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Präsident: Die Fraktion der Auto-Partei lässt mitteilen, dass sie die Minderheit II unterstützt. Die grüne Fraktion sowie die LdU/EVP-Fraktion unterstützen den Antrag der Mehrheit.

Rychen: Was ist eigentlich der Sinn des Risikoausgleichs? Damit werden die Folgen von Kostenfaktoren ausgeglichen, die ausserhalb des Einflussbereiches der einzelnen Kassen liegen, z. B. eben das Alter und das Geschlecht. Es soll also so sein, dass die Versicherten unter sich Ausgleichszahlungen für Dinge leisten, die nicht dem Wettbewerb unterworfen sind.

Wenn man also einen gesunden Wettbewerb erhalten will, braucht es eben diesen Risikoausgleich.

Da jedoch der Gesetzentwurf gemäss den Anträgen der beiden Minderheiten keinerlei beziehungsweise nur beschränkt gültige Mechanismen enthält, die eine Annäherung der Risikostrukturen beinhalten, werden spätestens nach Ablauf der vorgesehenen Frist die verdeckten Strukturprobleme wieder aufbrechen und zum Tragen kommen.

Es braucht den Risikoausgleich, weil wir zur Solidarität zwischen Jung und Alt innerhalb der Grundversicherung klar ja gesagt haben. Der Risikoausgleich sorgt dafür, dass einzelne Versicherer im Wettbewerb nicht schon von vornherein auf verlorenem Posten stehen, weil sie einen grösseren Beitrag als andere zur Erfüllung der Solidaritätsaufgaben leisten; es sind also jene Versicherer, die viele alte Versicherte haben. Der Risikoausgleich sorgt nicht nur für gleiche Chancen im Kassenwettbewerb, indem er bestehende Wettbewerbsverzerrungen beseitigt, sondern er nimmt den Versicherern auch den unerwünschten Anreiz, sich durch gezielte Selektion günstiger Risiken neue Wettbewerbsvorteile zu schaffen, die eigentlich keine echten Wettbewerbsvorteile sind.

Der unbefristete Risikoausgleich ist aus meiner persönlichen Sicht notwendig. Wer eine zeitliche Befristung des Risikoausgleichs befürwortet, hat in erster Linie die Startchancen der einzelnen Versicherer im Blickfeld, die im Interesse eines funktionierenden Wettbewerbs möglichst ausgewogen, d. h. frei von risikostrukturbedingten Verzerrungen sein sollten. Danach aber – so ist die Meinung der hier vorgetragenen Voten – soll sich der Wettbewerb möglichst frei von jeglicher Reglementierung entfalten können. Das ist ein grosser Irrtum.

Ich prophezeie Ihnen: Wenn Sie hier einen befristeten Risikoausgleich beschliessen, wird zwei, drei Jahre vor Ablauf dieser zeitlichen Befristung die Jagd auf billige Risiken wieder einsetzen. Ich glaube nicht daran, dass sich das wirklich einspielt. Wo sollen dann die Kassen untereinander Wettbewerb betreiben? Ich kann es Ihnen sagen: Sie können den Wettbewerb wirklich spielen lassen, indem sie bei den Zusatzversicherungen verschiedene Pakete anbieten, in Verbindung mit den Grundversicherungen. Sie können im Bereich der Verwaltungskosten besser sein als die anderen Kassen. Es gibt natürlich auch – vor allem mit diesem Gesetz – die Möglichkeit, dass die Kassen in diesem neuen Wettbewerbsmodell günstigere Preise aushandeln – da soll der Wettbewerb unter den Kassen eben spielen.

Glauben Sie ja nicht, dass das Leben draussen das mitmacht! Die Geprellten werden die Alten sein; denn die älteren Leute wandern nicht jährlich von Kasse zu Kasse, dorthin, wo es gerade am günstigsten ist. Die Erfahrung des Lebens zeigt, dass die jungen Leute hin und her wandern. Die machen das spielend und leicht. Die älteren Leute bleiben eher ihrer Kasse treu und haben dann die Zeche zu bezahlen. Hier spielt der Wettbewerb bestimmt nicht so, wie sich das viele Leute vorstellen. Ich bitte Sie dringend, den Risikoausgleich als wesentlichen Bestandteil unseres Versicherungsmodells, das wir beschlossen haben, aufrechtzuerhalten.

Seiler Rolf: Nach der fundierten Argumentation von Herrn Rychen habe ich eigentlich nichts mehr beizufügen. Ich kann mich darauf beschränken, Ihnen die Stellungnahme der CVP-Fraktion bekanntzugeben.

Die CVP-Fraktion wird in ihrer Mehrheit der Kommissionen zustimmen. Eine Minderheit der Fraktion schliesst sich der Argumentation der Minderheit I (Heberlein) an und will damit gleichzeitig die Differenz zum Ständerat ausräumen. Die CVP-Fraktion lehnt den Antrag der Minderheit II (Gysin) und auch den Antrag Tschopp (Befristung auf fünf Jahre) ab.

M. Tschopp: Pour ce qui est de l'intervention de M. Hubacher, je veux être un peu plus clair. D'abord, j'ai l'impression que, mentalement, nous habitons encore l'ancienne loi, et que nous n'avons pas encore assimilé la logique de la loi que nous sommes en train de réviser.

S'il est vrai qu'il y avait un problème d'«Abwerbung», de chasse aux jeunes, sous l'ancienne loi, ce qui a justifié l'arrêt fédéral urgent du 13 décembre 1991, il faut maintenant quand

même se rendre compte qu'avec la nouvelle loi, avec la véritable possibilité de passer d'une caisse à l'autre, et l'élimination du problème que le libre passage allait de pair avec un reclassement des personnes concernées non pas dans leur âge caisse-maladie – comme ce sera le cas à l'heure actuelle –, mais leur âge au moment du libre passage, nous avons fait des progrès.

Pour la clarté de ce que je préconise, je précise que je veux que les caisses qui gèrent des risques impossibles à gérer disparaissent, et je veux leur donner, grâce aux doubles limites: arrêté fédéral urgent et nouvelles dispositions transitoires, sept ans pour accepter l'inéluctable, c'est-à-dire la fusion avec des caisses qui gèrent un ensemble de risques gérables, au sens de l'assurance.

Frau Segmüller, Berichterstatterin: Der Risikoausgleich wurde mit dem ersten dringlichen Bundesbeschluss eingeführt; er ist seit Januar 1993 in Kraft. Er wurde wegen der Entsolidarisierung, insbesondere durch die Gründung von Billigkassen, unumgänglich; solche Neugründungen sind inzwischen verboten. Beides hat im Wettbewerb um die guten Risiken zu einer gewissen Beruhigung geführt. Unser neues Krankenversicherungsgesetz, wie wir es beraten und bis hierhin beschlossen haben, ist durch die Suche nach Verkleinerung der Bandbreite, welche die Prämienbeträge beanspruchen, gekennzeichnet. Dies will man unter anderem mit der Freizügigkeit als Mittel des Wettbewerbes erreichen.

Wegen der Kassenstruktur, der Entsolidarisierung, wie wir sie heute haben, genügt Freizügigkeit allein am Anfang nicht. Deshalb braucht es den Risikoausgleich – wenn Sie so wollen, als Starthilfe für den sauberen Wettbewerb. Die Kommission hat daher einen Streichungsantrag, den Sie als Antrag der Minderheit II (Gysin) auf der Fahne wieder finden, mit 15 zu 3 Stimmen abgelehnt. Aber im Abwägen, ob man nun dem Bundesrat folgen und diesen Risikoausgleich für 10 Jahre festsetzen soll, wie das die Minderheit I (Heberlein) will – der Antrag Tschopp lag nicht vor –, oder ob man diesen Risikoausgleich unbeschränkt will, war die Kommission gespalten. Mit 11 zu 10 Stimmen hat folgende Meinung obsiegt: Da wir nicht wissen, wie das herauskommt, wollen wir einen zeitlich unbeschränkten Risikoausgleich. Sollten die Wettbewerbsverhältnisse wirklich so spielen, wie wir uns das wünschen, können wir ihn dann aufheben.

Namens der Kommissionsmehrheit, die mit 11 zu 10 Stimmen so beschlossen hat, bitte ich Sie, dem unbeschränkten Risikoausgleich zuzustimmen.

M. Philipona, rapporteur: Si nous avons besoin de cet article 97, c'est certainement suite à la chasse aux bons risques à laquelle se sont livrées les caisses-maladie, ce qui est certainement un des aspects les moins glorieux de ces dernières années.

Nous avons introduit le régime des primes égales et du libre passage. On a besoin d'une certaine compensation pour donner, au départ, des chances égales aux assureurs, puisqu'on ne part pas de zéro, mais d'une situation où les plus habiles, mais aussi ceux qui sont en même temps les moins corrects vis-à-vis de l'ensemble des assureurs, ceux qui ont le plus mal travaillé vis-à-vis de l'ensemble des assurés, pour la chasse aux bons risques, seraient avantagés sans cet article 97. Nous en avons donc besoin.

La majorité de la commission l'accepte très nettement par 15 voix contre 3, et rejette la proposition de minorité II (Gysin). A l'alinéa 4, on a trois possibilités: la majorité de la commission qui ne veut pas de limitation dans le temps, c'est-à-dire que la disposition transitoire durerait sans limite. Avec l'argumentation qui a déjà été établie, on croit ou on ne croit pas à la concurrence à long terme dans l'assurance-maladie vis-à-vis des groupes d'âge et des groupes de risques. La minorité I (Heberlein) veut limiter la compensation des risques à dix ans, et M. Tschopp à cinq ans.

C'est par 11 voix contre 10 que la majorité de la commission vous propose de ne pas limiter dans le temps cette disposition.

M^{me} Dreifuss, conseillère fédérale: L'essentiel a été dit et je m'efforcerais de ne pas trop le répéter.

Nous avons aujourd'hui cette compensation; elle a été absolument indispensable et si nous ne la prévoyons pas dans la loi révisée, l'entrée en vigueur de cette loi provoquerait une explosion des primes dans les caisses à mauvaise structure de risques et avantagerait considérablement les caisses à bons risques. Vous me permettez de les appeler ainsi et non pas «bonnes et mauvaises caisses», comme l'a fait tout à l'heure M. Tschopp, qui a pris la peine ensuite de définir ce qu'il appelait les bonnes et les mauvaises caisses, en disant justement que cela dépendait de la structure de risques qu'elles avaient à assurer.

Un autre orateur a immédiatement parlé du risque de subventionner des caisses qui ne seraient pas efficaces ou qui ne seraient pas gérées de façon efficace. Cela n'a bien sûr rien à voir et la question est de savoir pourquoi il y a des caisses à bons risques et d'autres à mauvais risques. C'est certainement parce qu'il y a une chasse effrénée aux bons risques et non pas uniquement par une espèce de loi de la nature qui voudrait que les unes se soient spécialisées dans les mauvais risques.

Prenons les choses non plus du point de vue des caisses, mais du point de vue des assurés. On nous dit qu'avec la nouvelle loi les mauvais risques, c'est-à-dire les personnes âgées, les femmes, etc. – puisque aux yeux des assurances, c'est ainsi que ces personnes sont considérées –, devraient et pourraient passer immédiatement dans les caisses bon marché, ce qui est théoriquement possible grâce au libre passage intégral et à la prime unique par caisse. Tant qu'elles ne l'auront pas fait, elles subiront une prime très élevée et seront plus nombreuses, d'ailleurs, à être subventionnées, ce qui coûtera plus cher à l'Etat. Or, si nous habitons encore l'ancienne loi, comme vous l'avez dit Monsieur Tschopp, ne croyez-vous pas que beaucoup d'assurés continueront à habiter dans leur tête encore très longtemps le mauvais système dans lequel nous vivons actuellement, et qui est un système qui fait craindre tout changement, notamment à cause des réserves et à cause de la règle qui prévaut de la prime en fonction de l'âge d'entrée dans une nouvelle caisse?

Ce sont justement les personnes âgées, les étrangers, les personnes qui n'ont peut-être pas la formation suffisante pour se rendre compte des changements qu'apporte cette loi, toutes celles qui ne connaissent pas les subtilités de l'assurance-maladie – subtilités il y a actuellement, subtilités il y aura aussi demain dans le régime révisé –, qui, en raison de ces vieux réflexes, ne changeront pas immédiatement de caisse. Croire que tout le monde raisonne en termes de marché et que l'humanité se réduit à une collection d'«homo oeconomicus» est également faux. Il y a des notions de fidélité à la caisse qui joueront aussi et freineront le passage d'une caisse à l'autre. Pour ces assurés, il est sans doute exagéré de croire qu'ils réagiront d'emblée comme s'ils étaient les êtres abstraits de la théorie économique. Nous avons donc absolument besoin de poursuivre cette compensation pendant une période relativement longue.

Je vous invite avec toute ma détermination à vous opposer à la proposition de minorité II (Gysin). Entre la proposition de la majorité, la proposition de minorité I (Heberlein) et la proposition Tschopp, j'en appelle, là encore, à la sagesse de votre conseil pour choisir. Je me dois tout simplement de dire que la proposition de minorité I correspond à la version initiale du Conseil fédéral.

Abstimmung – Vote

Erste Eventualabstimmung – Premier vote préliminaire

Für den Antrag der Minderheit I	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Tschopp	Minderheit

Zweite Eventualabstimmung – Deuxième vote préliminaire

Für den Antrag der Mehrheit	81 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I	77 Stimmen

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Mehrheit 100 Stimmen
 Für den Antrag der Minderheit II 60 Stimmen

Art. 98*Antrag der Kommission*

Für die ersten vier Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes, höchstens aber bis zum Jahre 1999, betragen die jährlichen Beiträge des Bundes nach Artikel 58:

- für 1996: 1830 Millionen Franken
- für 1997: 1940 Millionen Franken
- für 1998: 2050 Millionen Franken
- für 1999: 2180 Millionen Franken.

Art. 98*Proposition de la commission*

Pour les quatre premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, mais tout au plus jusqu'en 1999, les subsides fédéraux selon l'article 58 s'élèvent à:

- pour 1996: 1830 millions de francs
- pour 1997: 1940 millions de francs
- pour 1998: 2050 millions de francs
- pour 1999: 2180 millions de francs.

*Angenommen – Adopté***Art. 99***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté**Persönliche Erklärung – Déclaration personnelle*

Bortoluzzi: Ich möchte zu einer Aussage von gestern, von Frau Kollegin Sandoz, Stellung nehmen. Sie hat zum Streichungsantrag zu Artikel 58a gesagt, dass es lächerlich sei, Patientenorganisationen zu unterstützen. Darum meine persönliche Erklärung.

Als Stiftungsrat der SPO, der Schweizerischen Patientenorganisation, möchte ich hier festhalten, dass in dieser Organisation – ich spreche nur für diese, weil ich andere nicht kenne – ausserordentlich seriös gearbeitet wird. Seit ihrem Bestehen wurden rund 17 000 Beratungen durchgeführt: mit bescheidener oder gar keiner Entschädigung für die Leute, die in der Stiftung sind, und – was wichtig ist – unabhängig von den Mächtigen in unserem Gesundheitswesen, den Kassen und den Leistungserbringern. Die SPO kommt einem Bedürfnis nach; das beweisen die Zahlen, die ich Ihnen, Frau Sandoz, gerne einmal übergeben werde.

Präsident: Herr Sieber stellt den Ordnungsantrag auf Rückkommen zu Artikel 58a.

Sieber: Warum dieser Rückkommensantrag? Ich möchte es so formulieren: Ordnungspolitisch wird das wohl nicht so klar sein, aber ich möchte jetzt mein Herz sprechen lassen. Da müssten wir vom Salatkopflernen, denke ich: Der hat das Herz im Kopf.

Ich kenne viele Leute, die seit Jahren freiwillig im Einsatz sind als Vertreter oder Vertreterinnen von Patienten, die nicht zu Wort kommen, weil sie nicht wagen, sich an diese öffentlichen Einrichtungen zu wenden. Ich bin überzeugt, dass viel weniger Menschen der Fürsorge zugeführt werden müssen, wenn wir hier ein Ja geben, weil diese Gefässe Menschen auffangen können, um sie weiterzuführen.

Entscheidend ist für mich: Es ist keine ideelle Angelegenheit; ich persönlich habe keine Interessen, aber ich möchte diese Menschen, die schon seit Jahren freiwillig einen Einsatz leisten, wirklich unterstützen. Wenn wir das von dieser Warte aus tun können, wird das Goodwill schaffen.

Es ist eine Selbsthilfeorganisation. In diesem Zusammenhang muss ich auch darauf hinweisen, dass es viele vergleichbare

Organisationen gibt, die Unterstützung erhalten; ich denke hier z. B. an die Konsumentenschutzorganisationen. Dort ist es selbstverständlich. Und es ist im Grunde genommen auch hier ein kleiner Teil.

Also noch einmal: Geben Sie, nachdem Sie das rote Licht so lange angeschaut haben, jetzt ein wenig grünes Licht für die Patientenorganisationen. Ich glaube, sie verdienen es. Ich möchte von Herzen sagen: Danke!

M^{me} Sandoz: Le vote d'hier a été pris par 58 voix contre 54, soit par 112 personnes, ce qui implique que le quorum était largement réalisé. L'objet du vote avait été annoncé parce que nous avions déjà reçu l'indication qu'il y avait une demande de biffer l'article 58a. Par conséquent, chacun savait que la question serait posée.

La question a été posée alors que nous étions tous en train de siéger, puisqu'il avait été annoncé, d'une part, que c'était «open end», d'autre part, que nous siégerions jusqu'à l'article 88. Nous en étions à l'article 58a. Il n'y a donc aucun motif quelconque de revenir sur un article qui, en tant que tel, ne représente absolument pas une atteinte à la logique de la loi. Nous avons supprimé cet article parce que, précisément, il n'est pas dans la logique de la loi.

Je tiens à préciser que ce qui paraissait un peu étonnant, c'était de prévoir, dans le cadre d'une loi dont la révision tend à maîtriser les coûts, d'accorder des subventions à des organisations faitières qui conseillent les organisations actives sur le terrain, alors que, de surcroît, personne n'avait pu établir que l'activité de ces organisations entraîne une diminution des coûts.

Si nous donnons suite à la motion d'ordre de revenir sur un tel point, je crois que nous créons un précédent dans une procédure qui permettra une fois pour toutes à une minorité de contester un résultat chaque fois qu'il ne conviendra pas, après une nuit de réflexion!

Nous ne pouvons pas donner suite à cette motion d'ordre sans faire courir un risque ultérieur à l'équilibre et à la santé de nos procédures. Ce ne serait pas dans l'intérêt de ce Parlement.

Frau Heberlein: In Ergänzung zum Votum von Frau Sandoz möchte ich beifügen: Wenn wir jedesmal nach einer Abstimmung mit einer Mehrheit von zwei oder drei Stimmen Rückkommen beschliessen, werden wir mit unseren Verhandlungen überhaupt nie fertig. Wir haben bei Artikel 36 mit 60 zu 60 Stimmen und mit Stichentscheid des Präsidenten entschieden. Wir haben gestern bei Artikel 46 den Eventualantrag mit drei Stimmen Unterschied gutgeheissen. Wir haben immer die absolute Mehrheit im Saal gehabt. Wenn wir unsere Verantwortung nicht wahrnehmen und bei einer Abstimmung, die entscheidend ist, nicht anwesend sind, dann können wir auch darauf verzichten, hier zu sein!

Ich beantrage Ihnen daher, den Rückkommensantrag abzulehnen.

Abstimmung – Vote

Für den Ordnungsantrag Sieber 62 Stimmen
 Dagegen 100 Stimmen

Persönliche Erklärung – Déclaration personnelle

Borer Roland: Vor der Gesamt Abstimmung ist es angebracht, Bilanz zu ziehen aus dem, was wir beschlossen haben. Wir haben Mehrausgaben um dreistellige Millionenbeträge beschlossen; es kann auch über eine Milliarde Franken sein. Wir haben sehr wenig zur Kostendämpfung beigetragen.

Einmal mehr wird die ganz normale Familie zur Kasse gebeten: Mutter, Vater, zwei bis drei Kinder in einer mittleren Einkommensklasse. Diese an und für sich heute noch als normal geltenden Familien werden mit dieser Revision des Gesetzes massiv zur Kasse gebeten. Daran ändern auch die Direktsubventionierungen, die vielleicht gut gemeint sind, in der Praxis aber nicht realisiert werden können, nichts.

Solidarität ja! Ja auch zur Solidarität unter den verschiedenen Altersgruppen, zur Solidarität zugunsten der älteren Mitbürger

in unserem Land, die für unsere Volkswirtschaft ihr Leben lang gearbeitet haben – aber nicht für Leute, die es sich leisten wollen, alternative Lebensformen in unserem Land zu leben! Wir haben schon zu viele, die sich ihre vielleicht angenehmeren Lebensformen mit Halbtagsarbeit, 10-Prozent-Jobs usw. durch die öffentliche Hand mitfinanzieren lassen. Zur Ausdehnung dieser Tendenzen sagen wir eindeutig nein.

Das gleiche Vorgehen wie bei der KVG-Revision können wir bei der AHV-Revision erleben. Sie müssen damit rechnen, dass sich irgendwann der Mittelstand aus der Solidarität, die wir hier so grosszügig beschliessen, abmeldet. Damit müssen Sie rechnen. Ich glaube, dass das nicht im Sinn von uns allen ist.

Die Fraktion der Auto-Partei wird geschlossen der Revision des KVG-Gesetzes nicht zustimmen, und wir behalten uns vor, mit interessierten Organisationen das Referendum gegen diese Gesetzesvorlage zu ergreifen.

Persönliche Erklärung – Déclaration personnelle

On. Pini: E' una dichiarazione personale, positiva, al termine di questo galoppo – se volete – che non a caso si è svolto a Ginevra.

Io, come membro iniziale sotto la presidenza dell'on. Egli, anni or sono, ho vissuto questo tentativo di revisione dell'assicurazione malattia. Devo oggi rendere omaggio, signora Consigliere federale, allo sforzo che è stato sviluppato da parte degli attuali commissari, da questo Parlamento che ha voluto anche onorare – citandolo – il Cantone Ticino per le sue ripetute esperienze, non sempre confortate dal ritegno da parte della Confederazione. Apprezzo la sensibilità dell'on. Dreifuss che ci ha onorato nel citare qui, in quest'aula di Ginevra, le esperienze del Cantone Ticino.

Io voterò questa revisione, dando ragione a un mio giovane collega di servizio quando diceva: «Malgrado gli anni che sono passati, abbiamo fatto un buon lavoro in uno spazio breve – un lavoro duro, tecnico, specifico, professionale» Diamo omaggio, qui a Ginevra, città per antonomasia sensibile alle questioni sociali, diamo la nostra fiducia al varo di questa revisione, la quale, se non tocca su delle origini nuove di sostegno del concetto e della filosofia portante dell'assicurazione malattia, è comunque uno sforzo e un approdo notevole per quanto concerne le attese della nostra collettività.

Gli Stati con la loro pacata saggezza, arriveranno ad equilibrare meglio forse le nostre impennate. Tuttavia, il lavoro del Consiglio nazionale è stato un grosso lavoro.

Desideravo esprimere la mia soddisfazione a Lei, signora Consigliere federale, ai miei colleghi, un omaggio ai commissari, al caro Philipona, alla signora Eva Segmüller, la presidente, ed al relatore che di questa commissione sono i depositari, e vi prego di dare l'adesione.

Frau Heberlein: Ich gebe nicht eine persönliche Erklärung ab, sondern spreche im Namen einer Mehrheit der Fraktion.

Ich habe im Eintreten erklärt, dass wir uns bewusst sind, eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes erreichen zu wollen, dass wir aber nicht unter allen Bedingungen bereit sind, dieser zuzustimmen. Zwei der Rahmenbedingungen, die wir gestellt haben, wurden im Sinne unserer Fraktion entschieden. Zwei andere wesentliche Rahmenbedingungen, die Globalbudgetierung im ambulanten Bereich und die Begrenzung des Risikoausgleiches, wurden anders beschliessen. Wir hoffen auf entsprechende Korrekturen im Ständerat, und wir hoffen, dass dort die Entscheide in diesem Sinne fallen werden. Unsere mehrheitliche Ablehnung in der Gesamtabstimmung beruht nicht auf einer völligen Ablehnung der Vorlage, sondern darauf, dass Rahmenbedingungen fehlen, die wir bei der Eintretensdebatte als unerlässlich bezeichnet haben.

In diesem Sinne möchte ich nicht mit einem radikalen Rundumschlag wie Herr Borer die Vorlage ablehnen, sondern die Kompromissbereitschaft aufzeigen; denn wir sind uns bewusst, dass eine Gesetzesrevision erfolgen muss – aber nicht um jeden Preis.

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes 113 Stimmen
Dagegen 40 Stimmen

Abschreibung – Classement

Antrag des Bundesrates

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse gemäss den Seiten 1 und 2 der Botschaft.

Antrag der Kommission

Das Postulat 89.538 nicht abschreiben.

Proposition du Conseil fédéral

Classer les interventions parlementaires selon les pages 1 et 2 du message.

Proposition de la commission

Ne pas classer le postulat 89.538.

Angenommen gemäss Antrag der Kommission

Adopté selon la proposition de la commission

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

Präsident: Wir haben nach einer 18stündigen Debatte diese Revision zu Ende geführt. Ich entschuldige mich, wenn ich hie und da das Reglement strapaziert habe, aber es war notwendig, sonst hätten wir 28 Stunden debattiert.

92.2023

Petition Weltbund zum Schutze des Lebens Für eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes

Pétition Weltbund zum Schutze des Lebens Pour une révision de l'assurance-maladie

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

1. Der Weltbund zum Schutze des Lebens hat im Mai 1991 der Bundesversammlung eine Petition mit 96 Unterschriften eingereicht, das Gesetz über die Krankenversicherung zu revidieren. Der Tierschutzbund Basel hat die Petition mitunterzeichnet. Zusammen mit der Petition wurden eine achtseitige Begründung und zwei Beschwerden abgegeben, die eine über die Verschwendung von Steuergeldern und die andere über die Irreführung der Bevölkerung im Bereich des Gesundheitswesens. Die Urheber der Petition liessen der Kommission im laufenden Jahr drei Briefe zukommen, mit denen sie die Behandlung der Petition verlangen.

2. Die Petition enthält drei Hauptforderungen. Das Krankenversicherungsgesetz soll so revidiert werden, dass:

- die Kosten des Gesundheitswesens nicht auf die Versicherten abgewälzt werden;
- die Hauptverantwortlichen für die Techniken, die die Gesundheit beeinträchtigen (Medizin, Chemie, Lebensmittelindustrie und Atomindustrie), nach dem Verursacherprinzip zur Kasse gebeten werden;
- die ganzheitliche biologische Medizin und ihre Medikamente anerkannt werden, d. h., dass die gegenwärtige medizinische Ausbildung mit einer Ausbildung in biologischer Medizin ergänzt wird.

Die Urheber der Petition begründen ihre Hauptforderung – Finanzierung des Gesundheitswesens durch diejenigen, die zur Beeinträchtigung der Gesundheit beitragen – damit, dass die Zunahme der Krankheiten auf der Verwendung von Pestizi-

den, Insektiziden, Fungiziden usw., auf der radioaktiven Strahlung von Atomkraftwerken, auf der Medizin selbst, die anstelle von Ursachenerfassung lediglich Symptombekämpfung betreibt, und auf den Medikamenten, die in Tierversuchen erprobt wurden (und die für 30 Prozent der stationär behandelten Krankheiten verantwortlich sein sollen), beruhe.

3. Die Petition wurde der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit nach Artikel 45 des Reglementes des Nationalrates zur Vorprüfung unterbreitet. Die Kommission hat diese Petition in ihrer Sitzung vom 2. Juli 1993 behandelt.

Erwägungen der Kommission

Die Kommission stellt fest, dass den Forderungen in den Punkten a und b der Petition nicht Folge gegeben werden kann und dass die Petition selbst keine konkreten Massnahmen vorschlägt. Sie betont zudem, dass die in der Petition vertretenen Thesen – Anwendung des Verursacherprinzips für die Finanzierung der Krankenversicherung und die angegebenen Krankheitsgründe – umstritten sind und kaum der landläufigen Meinung entsprechen. Gegenwärtig zeichnet sich bei der Revision der Krankenversicherung eine Lösung ab, die auf eine grössere Solidarität unter den Versicherten abzielt. Zudem werden Massnahmen zur Kosteneindämmung getroffen. Was die dritte Forderung anbelangt, so ruft die Kommission in Erinnerung, dass die Schaffung eines neuen Lehrstuhls nicht im Kompetenzbereich des Bundes liegt, sondern Sache der Kantone ist. Die Kommission unterstreicht indessen, dass sie der Forderung nach einer ganzheitlichen Medizin bei der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, namentlich im Artikel 26, Rechnung getragen hat. Dieser Artikel umschreibt die im Rahmen der Grundversicherung vergüteten Leistungen und legt fest, dass diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen.

M^{me} **Segmüller** présente au nom de la commission le rapport écrit suivant:

1. En mai 1991, le «Weltbund zum Schutze des Lebens» – soutenu par le «Tierschutzbund Basel» – a adressé une pétition à l'Assemblée fédérale, munie de 96 signatures, pour l'inviter à réviser la loi sur l'assurance-maladie. La pétition est accompagnée d'un développement de huit pages et de deux plaintes, notamment pour gaspillage de l'argent des contribuables et pour tromperie de la population dans le domaine de la santé. Dans le courant de l'année, les pétitionnaires ont fait parvenir trois lettres à la commission pour réclamer le traitement de la pétition qu'ils avaient déposée.

2. La pétition présente trois requêtes principales, à savoir une révision de l'assurance-maladie de telle sorte que:

a. l'on ne se décharge pas des coûts de la santé sur les assurés;

b. les principaux responsables des techniques qui portent atteinte à la santé (la médecine, la chimie et les industries agro-alimentaires et nucléaires) passent à la caisse selon le principe de causalité;

c. la médecine biologique globale et ses médicaments soit reconnue, c'est-à-dire que le système actuel d'enseignement soit complété par un enseignement de médecine biologique. Les pétitionnaires motivent leur argument principal – le financement des coûts de la santé par ceux qui contribuent à sa détérioration – par le fait que les raisons de l'augmentation des maladies proviennent de l'utilisation de pesticides, d'insecticides, de fongicides, etc., du rayonnement radioactif des centrales atomiques, de la médecine elle-même qui s'occupe davantage des symptômes plutôt que des causes de la maladie et des médicaments qui sont essayés sur les animaux (cette dernière cause serait responsable de 30 pour cent des maladies dans le milieu hospitalier).

3. Cette pétition a été transmise à la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique pour examen préalable selon l'article 45 du Règlement du Conseil national. La commission a traité cette pétition lors de sa séance du 2 juillet 1993.

Considérations de la commission

La commission constate qu'il ne serait pas possible de donner suite aux exigences des points a et b de la pétition et que même la pétition ne propose pas de telles mesures concrètes. Elle souligne en outre que les thèses soutenues dans celle-ci – application du principe de causalité pour le financement de l'assurance-maladie et les causes données des maladies – sont contestables et ne représentent en tout cas pas une opinion communément admise. La solution qui se dessine pour l'instant dans la révision de l'assurance-maladie est celle d'une plus grande solidarité entre les assurés et des mesures sont prises pour limiter l'augmentation des coûts.

Quant au dernier point, la commission rappelle que la création d'une chaire universitaire n'est pas du domaine de la compétence de la Confédération, mais relève bien plutôt de la souveraineté cantonale. La commission souligne cependant qu'elle a tenu compte de la requête de la pétition concernant une médecine globale dans ses travaux sur la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'article 26 notamment qui décrit les prestations remboursées dans le cadre de l'assurance de base et précise qu'elles doivent être efficaces, appropriées et économiques.

Antrag der Kommission

Die Kommission beantragt, von der Petition Kenntnis zu nehmen, ihr aber keine Folge zu geben.

Proposition de la commission

La commission propose de prendre connaissance de la pétition sans y donner suite.

Angenommen – Adopté

92.2024

Pétition Mouvement populaire des familles Für eine soziale und familienfreundliche Krankenversicherung

Pétition Mouvement populaire des familles Pour une assurance-maladie sociale et familiale

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

1. Ausgangslage

Das Mouvement populaire des familles hat am 3. Oktober 1991 der Bundesversammlung eine von 8134 Personen unterzeichnete Petition mit dem Titel «Für eine soziale und familienfreundliche Krankenversicherung» eingereicht.

2. Anliegen der Petition

Diese Petition verlangt ganz allgemein eine grössere Solidarität in der Krankenversicherung zugunsten der Familien und im besonderen die Realisierung folgender drei Punkte:

a. Familienfreundliche Prämien und Franchisen: Kinder und Jugendliche, die sich in der Ausbildung befinden, sollen von der Bezahlung von Beiträgen, von der Beteiligung an den Arzt- und Arzneimittelkosten und von den Franchisen befreit werden;

b. Uebernahme der Zahnarztkosten für die Grundbehandlung (d. h. eine jährliche Kontrolle, die für den Erhalt des Gebisses unerlässlichen Behandlungen und die für den Kauvorgang unabdingbaren Prothesen);

c. eine Verteilung der Bundesbeiträge, die sicherstellt, dass diese die Kosten der Unterstützung der einkommensschwachen Personen, der Mutterschaftsleistungen und der Befreiung der Kinder und Jugendlichen von den Prämien und von der Kostenbeteiligung decken.

Die Urheber der Petition begründen ihre Forderungen, indem sie auf die ständig steigenden Krankenversicherungsbeiträge hinweisen, die die Budgets der Familien, insbesondere der einkommensschwachen Familien, immer mehr und in besorgniserregender Weise belasten. Damit verlangen sie nicht, dass die Gesellschaft für die Familie aufkommt, sondern vielmehr, dass die Familie nicht für Kosten bestraft wird, für die sie nicht allein verantwortlich ist.

Erwägungen der Kommission

Die Kommission hält allgemein fest, dass sie die meisten Ziele der Petition unterstützt. Sie betont aber, dass die Lösung, die bei der Revision des Gesetzes über die Krankenversicherung gewählt wurde, die Anliegen der Urheber der Petition nicht ganz erfüllt und in einigen Punkten davon abweicht, jedoch einen Schritt in die gleiche Richtung darstellt.

Was die Kinder und ihre Beiträge anbelangt, so sieht der Entwurf zwar nicht ihre völlige Befreiung vor. Aber immerhin legt er eine Verringerung der Prämien der Kinder bis zum 18. Altersjahr fest (Art. 53 Abs. 3).

Dasselbe gilt für die Kostenbeteiligung: Der Entwurf gemäss Antrag der nationalrätlichen Kommission sieht vor, dass für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr keine Franchise erhoben wird und nur die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes gilt (Art. 56 Abs. 4). Er sieht ebenfalls vor, dass mehrere Kinder einer Familie, die beim gleichen Versicherer versichert sind, zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes eines Erwachsenen entrichten müssen.

Zu den Zahnarztkosten hat die Kommission in zweiter Lesung einer Formulierung zugestimmt, die vorsieht, dass die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen nur übernommen werden, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Krankheit bedingt sind oder wenn die Behandlung im Zusammenhang mit einer solchen Krankheit notwendig ist (Art. 25). Die Zahnarztkosten sollen also nicht grundsätzlich, sondern nur in besonders schweren Fällen übernommen werden.

Eine Unterstützung für einkommensschwache Personen wurde in den Gesetzentwurf aufgenommen: Die Bundesbeiträge in Höhe von etwa 2 Milliarden Franken jährlich sollen in den ersten vier Jahren ausschliesslich für diesen Zweck eingesetzt werden. Die Kantone werden verpflichtet, insgesamt 1 Milliarde Franken für den gleichen Zweck aufzuwenden (Art. 57 und 58). Die Kommission ruft in Erinnerung, dass der Bund aufgrund der dringlichen Bundesbeschlüsse, die im Dezember 1991 gutgeheissen wurden, den Kantonen 100 Millionen Franken zugesprochen hat, damit sie die einkommensschwachen Familien entlasten können.

Was die Prävention betrifft, so schlägt die nationalrätliche Kommission vor, neu die Artikel 15a bis 15c ins Gesetz aufzunehmen. Danach sollen sich die Versicherer auch im Bereich der Gesundheitsförderung/Prävention engagieren, und zwar in Zusammenhang mit den Kantonen, den interessierten Organisationen, der Suva, den Ärzten, der Wissenschaft und dem Bund. Die Versicherer haben je obligatorisch versicherte Person einen vom Bundesrat festgesetzten jährlichen Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung aufzubringen.

M^{me} Segmüller présente au nom de la commission le rapport écrit suivant:

1. Situation initiale

Le Mouvement populaire des familles (MPF) a déposé, le 3 octobre 1991, une pétition à l'Assemblée fédérale munie de 8134 signatures dénommée «Pour une assurance-maladie sociale et familiale.»

2. Contenu de la pétition

Cette pétition revendique d'une façon générale une plus grande solidarité dans l'assurance-maladie en faveur des familles et, en particulier, souhaite voir se réaliser les trois points suivants:

a. la prime et franchise familiales: les enfants et adolescents aux études ou en apprentissage doivent être exonérés des cotisations, des participations aux frais médicaux et pharmaceutiques ainsi que des franchises;

b. la prise en charge des frais dentaires pour les soins de base (c'est-à-dire un contrôle annuel, les soins indispensables à l'entretien de la dentition et les prothèses indispensables à la mastication);

c. la répartition des subsides fédéraux de façon à ce qu'ils couvrent l'aide aux revenus modestes, les prestations de maternité et l'exonération des primes et participation des enfants et adolescents.

Les pétitionnaires motivent leur requête en mentionnant la constante augmentation des cotisations de l'assurance-maladie qui grèvent de plus en plus, et de façon préoccupante, le budget des familles et spécialement celles à revenu modeste. Ce faisant, ils ne demandent pas à ce que la famille soit prise en charge par la société, mais plutôt qu'elle ne soit pas pénalisée par des coûts dont elle n'est pas entièrement responsable.

Considérations de la commission

La commission constate d'une façon générale qu'elle soutient la plupart des buts de la pétition, mais que sur certains points, si la solution retenue dans la révision de la loi sur l'assurance-maladie va dans le sens des pétitionnaires, elle est différente et constitue un pas dans la direction des pétitionnaires, sans satisfaire totalement leurs vœux.

En ce qui concerne la cotisation des enfants, si le projet ne contient pas une exonération totale des enfants, il prévoit cependant une réduction de la prime pour les assurés jusqu'à 18 ans (art. 53 al. 3).

Il en va de même pour les participations aux frais (franchise et quote-part); le projet selon les propositions de la commission du Conseil national prévoit qu'aucune franchise ne sera exigée pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus et qu'ils ne devront s'acquitter que de la moitié du montant maximum de la quote-part (art. 56 al. 4). Il prévoit aussi que plusieurs enfants d'une même famille, assurés auprès du même assureur, paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.

La formulation approuvée par la commission dans la révision de l'assurance-maladie en deuxième lecture, concernant les soins dentaires, ne mentionne la prise en charge des coûts des soins dentaires que s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable ou s'ils sont nécessaires pour traiter une telle maladie (art. 25). Il n'est donc pas prévu de prendre en charge les soins dentaires de base, mais bien plutôt de rembourser les cas les plus douloureux.

L'aide au revenu modeste a été retenue dans le projet de révision de la loi: les contributions de la Confédération d'un montant approximatif de 2 milliards de francs par année dans les quatre premières années doivent être investies à cet effet. Les cantons seront également obligés de dépenser 1 milliard de francs dans le même but (art. 57 et 58). La commission rappelle que sur la base de l'arrêté urgent adopté en décembre 1991, 100 millions de francs ont été attribués aux cantons pour qu'ils puissent alléger la charge des familles avec revenu modeste.

Quant à la prévention, la commission du Conseil national propose d'ajouter au projet les articles 15a à 15c (nouveaux). Selon ces articles, les assureurs doivent s'engager aussi dans le domaine de la promotion de la santé/prévention – en coopération avec les cantons, les organisations intéressées, la CNA, le corps médical, les milieux scientifiques et la Confédération. Pour chaque assuré obligatoire, les assureurs sont tenus de fournir une contribution annuelle fixée par le Conseil fédéral pour la prévention générale des maladies.

Antrag der Kommission

Die Kommission beantragt,

– von den durch die laufende Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung aufgegriffenen Anliegen der Petition Kenntnis zu nehmen, sie aber abzuschreiben, da die aufgeworfenen Probleme bereits in Prüfung sind;

– von den übrigen Anliegen der Petition Kenntnis zu nehmen, ihnen aber keine Folge zu geben.

Proposition de la commission

La commission propose

- de prendre connaissance des requêtes des pétitionnaires traitées dans la révision actuelle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, mais de les classer, puisque les problèmes soulevés sont déjà à l'étude;
- de prendre connaissance des autres requêtes de la pétition sans y donner suite.

Angenommen – Adopté

92.3109

Interpellation Wick

**Kostenübernahme für die Behandlung angeborener Stoffwechselkrankheiten
Troubles congénitaux du métabolisme.
Prise en charge des frais de traitement**

Diskussion – Discussion

Siehe Jahrgang 1992, Seite 1247 – Voir année 1992, page 1247

Präsident: Da das Anliegen im Rahmen der Krankenversicherungsrevision erfüllt ist, verzichtet Herr Wick auf Diskussion. Die Interpellation ist damit erledigt.

93.3107

Postulat Comby

**Förderung der Spitex-Dienste
La promotion des services d'aide
et de soins à domicile (Spitex)**

Wortlaut des Postulates vom 16. März 1993

Wir ersuchen den Bundesrat, unter Berücksichtigung der kantonalen und kommunalen Kompetenzen, folgende konkreten Massnahmen zu treffen:

1. Harmonisierung der Verhältnisse in der Schweiz, damit die Kosten für die Hauspflege von den Krankenkassen besser abgedeckt werden.
2. Bessere Koordination mit allen interessierten Partnern unter der Leitung des Bundes (Multiplikatorfunktion, Erfahrungsaustausch).
3. Hilfen für den Verbleib behinderter Personen in ihrer Wohnung bereitstellen.
4. Förderung einer nichtstationären Infrastruktur, wie zum Beispiel Schaffung von Tagesstätten, durch die Gewährung von Betriebsbeiträgen.

Die Finanzierung dieser neuen Massnahmen sollte den Bundeshaushalt nicht belasten, sondern durch eine Neuverteilung der Bundeshilfe in den Bereichen Sozial- und Gesundheitspolitik sichergestellt werden. Zudem ist es erforderlich, dass die Krankenversicherungen einen grösseren Teil dieser Kosten übernehmen.

Texte du postulat du 16 mars 1993

Nous proposons au Conseil fédéral de prendre, entre autres, les mesures concrètes suivantes, dans le respect des compétences dévolues aux cantons et aux communes:

1. Réaliser une harmonisation fédérale pour une meilleure prise en charge de l'aide et des soins à domicile par l'assurance-maladie.
2. Instaurer une meilleure coordination, sous l'égide de la Confédération, avec tous les partenaires concernés (effets multiplicateurs, échanges d'expériences).
3. Favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées.
4. Encourager la création d'infrastructures légères, telles que des foyers de jour, par exemple, en accordant des subventions à l'exploitation.

Le financement de ces nouvelles mesures ne devrait pas grever les finances de la Confédération; il devrait être obtenu grâce à une nouvelle répartition de l'aide fédérale en matière de politique sociale et sanitaire. En outre, il faut que le secteur de l'assurance-maladie assume une part plus importante de ce financement.

Mitunterzeichner – Cosignataires: Berger, Blatter, Bühler Simoneon, Chevallaz, Cotti, Engler, Epiney, Etique, Fischer-Hägglingen, Frey Claude, Fritschi Oscar, Gysin, Hildbrand, Leuenberger Ernst, Mamie, Nabholz, Narbel, Perey, Philipona, Pidoux, Reimann Maximilian, Robert, Rohrbasser, Rutishauser, Scheidegger, Scheurer Rémy, Stamm Luzi, Suter, Theubet, Tschopp, Wanner, Wyss Paul, Zwahlen (33)

Schriftliche Begründung – Développement par écrit

Comme pour la prévention, il faut relever que l'aide et les soins à domicile ne représentent encore qu'une part infime des dépenses de santé. Les statistiques de répartition des dépenses de santé en Suisse révèlent en effet que les soins à domicile occupent toujours la dernière place avec 1,3 pour cent des dépenses totales qui ascendaient à 18,6 milliards de francs en 1986. Les dépenses des hôpitaux représentaient 51,9 pour cent et celles des médecins 20,1 pour cent. Quant aux pharmacies, elles absorbaient le 8,2 pour cent et les dentistes le 9,4 pour cent. Le solde de 9,1 pour cent se rapportait à d'autres dépenses. Durant les dernières années, la même tendance semble avoir été confirmée.

Cependant, il a été démontré clairement, nonobstant les polémiques provoquées par des études américaines, que le développement des aides et des soins à domicile présente des avantages financiers indéniables. Il a également été établi que les services d'aide et de soins à domicile sont grandement appréciés par les personnes qui se sentent plus à l'aise dans leur cadre de vie naturel.

La somme des avantages économiques, sociaux et humains aurait dû entraîner un développement beaucoup plus important de la politique de maintien à domicile. Pourquoi l'évolution ne s'est donc pas faite dans ce sens?

Plusieurs causes, déjà mises en évidence par la littérature spécialisée, sont à l'origine de cette situation, par exemple: la qualité du domicile, la surcharge de travail, les servitudes et l'insuffisance d'aide financière apportée aux familles concernées.

Mais la raison la plus importante réside certainement dans l'absence d'une politique d'ensemble qui englobe les domaines de la santé et de l'action sociale, politique qui reste encore à définir aux niveaux fédéral, cantonal et communal.

Toutefois, il faut signaler que des expériences intéressantes ont été menées dans ce sens en Suisse romande, telles que: – l'expérience pilote développe dans le canton de Vaud durant les années quatre-vingt;

– les centres médico-sociaux valaisans, créés progressivement à partir de 1975;

– les travaux des équipes genevoises et, tout récemment, l'adoption de la loi genevoise sur l'aide à domicile, entrée en vigueur en mars 1992;

– la loi valaisanne sur l'intégration de la personne handicapée, adoptée par le peuple en 1991, dont le but est précisément de réaliser une meilleure intégration économique, professionnelle, sociale et culturelle de ces personnes.

Cette dernière législation permettra notamment d'accorder une aide financière aux personnes handicapées en cas d'achat, de construction ou de simple transformation de leur logement. Une aide est en outre prévue pour un financement

Krankenversicherung. Revision

Assurance-maladie. Révision

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1993
Année	
Anno	
Band	IV
Volume	
Volume	
Session	Herbstsession
Session	Session d'automne
Sessione	Sessione autunnale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	14
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	91.071
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	07.10.1993 - 08:00
Date	
Data	
Seite	1897-1915
Page	
Pagina	
Ref. No	20 023 215

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

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

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