

au cours de l'établissement des projets et l'examiner sous tous ses aspects.»

Par conséquent, l'étude demandée dans mon postulat n'étant pas réalisée, et puisque le message du Conseil fédéral préconise la continuation des études en faveur d'un tunnel sous le Montoz, je vous prie d'agir logiquement et de ne pas classer un postulat qui n'est pas encore réalisé.

Bundespräsident **Schlumpf**: Herr Gehler hat sich nur auf einen Satz beschränkt, der auf Seite 12 der Botschaft steht. Man sollte weiterlesen. Dort wird nämlich gesagt, weshalb diese Tunnellösung nicht in Betracht kommt: weil damit das Val de Tavannes nicht erschlossen würde. Man kann nicht beide Varianten in Erwägung ziehen. Ich habe das dargelegt, ich verlasse mich auf Ihr gutes Gedächtnis. Ich bitte Sie, der Abschreibung dieses Postulates ebenfalls zuzustimmen.

Le président: Le Conseil fédéral propose le classement du postulat; M. Gehler s'y oppose.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag des Bundesrates	43 Stimmen
Für den Antrag Gehler	16 Stimmen

Le président: Le Conseil fédéral propose le classement des motions suivantes:

Motion 10.018 Raccordement du Jura au réseau des routes nationales (N 12 décembre 1973, Kohler Raoul; E 18 mars 1969)

Motion 11.698 Transjurane (N 20. septembre 1973, Kohler Raoul; E 12 décembre 1973)

Motion 80.919 Routes nationales (N 19 juin 1981, Houmard; E 17 décembre 1981)

Zustimmung – Adhésion

83.061

Schuljahresbeginn. Volksinitiative Début de l'année scolaire. Initiative populaire

Siehe Seite 284 hiervor – Voir page 284 ci-devant

Beschluss des Ständerates vom 20. September 1984

Décision du Conseil des Etats du 20 septembre 1984

Différences – Divergences

Art. 2 Abs. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 2 al. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Keller, Berichterstatter: Sie wissen, dass der Ständerat in dieser Session die Volksinitiative behandelt hat. Er kommt mit klarer Mehrheit – wie der Nationalrat und der Bundesrat – zum Beschluss, dass ein Gegenvorschlag ausgearbeitet werden soll: das Schuljahr soll zwischen Mitte August und Mitte September beginnen. Damit sind National- und Ständerat inhaltlich in Übereinstimmung. Dennoch ist eine kleine Differenz formeller Art entstanden.

Worum geht es? Der Bundesrat und der Nationalrat fügen Artikel 27 Absatz 2 der Bundesverfassung den Satz an: «Das

Schuljahr beginnt zwischen Mitte August und Mitte September.» Der Ständerat hat demgegenüber einen neuen Artikel 27 Absatz 3bis geschaffen, und seine Formulierung lautet: «Für die Zeit des obligatorischen Schulunterrichts beginnt das Schuljahr zwischen Mitte August und Mitte September.» Mit dem Ausdruck «obligatorischer Schulunterricht» ging es dem Ständerat darum, für die Volksabstimmung völlige Klarheit zu schaffen. Auch wollte er damit zum Ausdruck bringen, dass weiterführende Schulen, wie Gymnasien, nicht unter diese Koordinierung fallen.

Die Kommission hat den Vorschlag des Ständerates geprüft und ihn als eine Verdeutlichung gewürdigt. Wir kommen zum Schluss, dass wir der Formulierung zustimmen können. Die einstimmige Kommission beantragt Ihnen, dem Ständerat zuzustimmen.

M. Borel, rapporteur: La divergence qui subsiste sur l'objet en cause est une question de détail. Si l'on peut admettre que notre conseil est fort divers, on peut reconnaître aussi que le Conseil des Etats crée parfois des divergences d'ordre mineur.

La compétence fédérale dans le domaine scolaire, stipulée dans l'article 27 de la constitution, concerne la formation en matière de scolarité obligatoire. Le Conseil des Etats a tenu, pour des raisons d'harmonisation, à ce que l'aspect de scolarité obligatoire soit également mentionné dans le contre-projet de l'Assemblée fédérale à l'alinéa 3^{bis} nouveau que nous vous proposons. En cas d'acceptation par le peuple de cette initiative, les cantons seraient donc contraints de coordonner leur scolarité obligatoire et de la faire débiter entre la mi-août et la mi-septembre.

Par contre, ils seraient libres de ne pas faire coordonner l'enseignement obligatoire avec l'enseignement secondaire ou la formation professionnelle, mais cela est fort peu probable.

Dès lors sur le fond, notre position ne change pas. C'est la raison pour laquelle la commission unanime vous prie de vous rallier à la proposition du Conseil des Etats.

Bundesrat **Egli**: Der Bundesrat schliesst sich dem neuen Antrag, wie er vom Ständerat formuliert und von der nationalrätlichen Kommission übernommen worden ist, an.

Le président: La commission vous propose de vous rallier à la décision du Conseil des Etats. La parole n'est plus demandée et aucune autre proposition n'est faite.

Angenommen – Adopté

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision Assurance-maladie. Révision partielle

Botschaft und Gesetzentwurf vom 19. August 1981 (BBl II, 1117)

Message et projet de loi du 19 août 1981 (FF II, 1069)

Herr **Gautier** unterbreitet die folgenden schriftlichen Bemerkungen über das Vorgehen:

1. Die Kommission unterbreitet ein Sofortprogramm. Ein Eintretensbeschluss bedeutet, dass der Rat auf das Sofortprogramm eintritt. Die nicht im Sofortprogramm enthaltenen Artikel stehen damit nicht zur Diskussion, ausser bei Vorliegen von Anträgen.

Die Behandlung der ganzen bundesrätlichen Vorlage müsste mit einem Rückweisungsantrag an die Kommission verlangsamt werden.

2. Die Kommissionmehrheit beantragt die Aufteilung in zwei Bundesgesetze:

A Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung inklusive Erweiterung der Leistungen bei Mutterschaft.

B Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft

Die Kommissionsminderheit und der Bundesrat stellen den Antrag, die revidierten Bestimmungen in einer Vorlage dem Parlament zu unterbreiten.

Bei Teilung der Vorlage entscheidet der Rat nach der Eintretensdebatte zum Bundesgesetz B über die Frage einer obligatorischen Krankengeldversicherung; wird die Gesetzesrevision in einer Vorlage beraten, wird dieser Entscheid grundsätzlich bei Artikel 1 Absatz 4 getroffen.

3. Der Ratspräsident schlägt Ihnen vor, wie folgt vorzugehen:

Nach der Eintretensdebatte finden folgende Abstimmungen statt:

1. Abstimmung über eine eventuelle Teilung der Vorlage.
2. Abstimmung über Eintreten auf eine Vorlage oder auf das Bundesgesetz A.

3. Abstimmung über die Frage, ob die Bestimmungen über die Mutterschaft in einem gesonderten Gesetz zu regeln sind (Minderheitsantrag II Günter). Wird dieser Antrag angenommen, hat der Bundesrat eine entsprechende Vorlage zu unterbreiten.

4. Das Sofortprogramm wird im übrigen wie jede andere Vorlage beraten.

5. Nach Beratung im Erstrat geht das Sofortprogramm an den Ständerat. Die nicht im Sofortprogramm enthaltenen Vorschläge des Bundesrates werden zu einem späteren Zeitpunkt beraten, frühestens aber nach Verabschiedung des Sofortprogramms im Ständerat.

M. **Gautier** soumet la note écrite suivante sur la procédure à suivre:

1. La commission vous soumet un programme d'urgence. Une décision d'entrer en matière signifie que le conseil entre en matière sur le programme d'urgence. Les articles ne figurant pas dans le programme d'urgence ne sont donc pas mis en discussion, sauf si des propositions sont présentées. L'examen de l'ensemble du projet du Conseil fédéral ne peut être demandé que par une proposition de renvoi à la commission.

2. La majorité de la commission propose de diviser le programme d'urgence en deux lois:

A Loi fédérale sur l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, y compris l'extension des prestations en cas de maternité, et

B Loi fédérale sur l'assurance d'une indemnité journalière, y compris l'indemnité journalière en cas de maternité.

Le Conseil fédéral et la minorité de la commission proposent que le programme d'urgence soit traité en une seule et même loi.

Si le conseil décide de traiter le programme d'urgence en deux lois, la décision concernant l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire aura lieu en principe en relation avec l'entrée en matière sur la loi B. Si le programme d'urgence est traité en une seule loi, cette décision sera prise au moment de l'examen de l'article 1^{er}, 4^e alinéa.

3. Le président du conseil vous propose de procéder de la manière suivante:

Après la discussion sur l'entrée en matière, le conseil votera

1. Sur la question d'une éventuelle division du programme d'urgence en deux lois.

2. Sur l'entrée en matière sur le programme d'urgence entier ou sur la loi A.

3. Sur la proposition de la minorité II (Günter) qui veut biffer tous les articles concernant l'assurance en cas de maternité et les présenter dans une loi séparée. Si la proposition est acceptée, le Conseil fédéral devra soumettre une telle loi au conseil.

4. Le programme d'urgence est traité comme les autres projets de loi.

5. Après avoir été adopté par le Conseil national, le programme d'urgence sera transmis au Conseil des Etats. Les dispositions du projet du Conseil fédéral qui ne se trouvent pas dans le programme d'urgence seront traitées le plus tôt possible, après l'acceptation du programme d'urgence par le Conseil des Etats.

Antrag der Kommission

Mehrheit

Aufteilung in zwei Bundesgesetze

Minderheit I

(Zehnder, Borel, Bratschi, Butty, Columberg, Darbellay, Egli-Winterthur, Gloor, Meyer-Bern, Neukomm, Seiler, Segmüller, Vannay)

Die Vorlage (Sofortprogramm) ist in *einem* Gesetzesbeschluss zu behandeln und zu genehmigen.

Minderheit II

(Günter)

– Alle Artikel, welche die Mutterschaftsversicherung betreffen, sind aus dem Gesetz zu streichen (z. B. Art. 1 Abs. 2, Art. 14 Abs. 2, Ziff. 3 Bst. c und Ziff. 4, Art. 14 Abs. 4 bis 6 und 7 neu, Art. 36 und allenfalls weitere, die Mutterschaftsversicherung betreffende Artikel. Sinngemäss wären z. B. zu ändern: Art. 3 Abs. 4bis und 14bis Abs. 2).

– Diese Bestimmungen sind in einem eigenen Gesetz vorzulegen.

– Die Finanzierung dieser Versicherung hat aus allgemeinen Bundesmitteln zu erfolgen.

Antrag Seiler

Rückweisung an den Bundesrat mit dem Auftrag, dem Parlament die folgenden neuen Vorlagen zu unterbreiten:

1. Einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss mit insbesondere dem folgenden Inhalt:

a. ein Paket von wirkungsvollen Massnahmen zur Eindämmung der Kosten in allen Bereichen der Krankenversicherung;

b. eine Regelung der Beiträge der öffentlichen Hand mit dem Ziel, den sozialen Ausgleich besser zu berücksichtigen und die Prämien für alle Bevölkerungsschichten tragbar zu halten.

Dieser Bundesbeschluss ist allenfalls im Sinne von Artikel 89bis der Bundesverfassung dringlich zu erklären, in jedem Fall aber zu befristen.

2. Einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss (evtl. Bundesgesetz) über die Mutterschaftsversicherung.

3. Ein Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Totalrevision).

Ordnungsantrag Günter

Die Abstimmung über die Aufteilung der Vorlage findet erst nach der Detailberatung statt.

Proposition de la commission

Majorité

Diviser le programme d'urgence en deux lois

Minorité I

(Zehnder, Borel, Bratschi, Butty, Columberg, Darbellay, Egli-Winterthur, Gloor, Meyer-Berne, Neukomm, Seiler, Segmüller, Vannay)

Le projet (programme d'urgence) doit être traité et adopté en une seule et même loi.

Minorité II

(Günter)

– Tout les articles qui concernent l'assurance en cas de maternité doivent être biffés de la loi (p.ex. les art. 1^{er} 2^e al., 14 2^e al., ch. 3 let. c et ch. 4, 14 4^e au 6^e al., 14 7^e

al. nouveau et 36; le cas échéant, les autres articles relatifs à cette assurance doivent également être biffés de la loi). Sont par analogie à modifier les articles 3 alinéa 4^{bis} et 14^{bis} 2^e alinéa.

– Ces dispositions doivent être présentées dans une loi séparée.

– Le financement doit se faire au moyen de subsides fédéraux généraux.

Proposition Seiler

Renvoi au Conseil fédéral en l'invitant à soumettre au Parlement les nouveaux projets suivants:

1. Un arrêté fédéral de portée générale comprenant notamment:

a. Un train de mesures propres à enrayer la hausse des coûts dans les divers secteurs de l'assurance-maladie;

b. Une réglementation des contributions des pouvoirs publics qui assure une meilleure égalité sociale et permette de fixer les primes à un niveau supportable pour toutes les couches de la population.

Cet arrêté, qui pourrait être déclaré urgent au sens de l'article 89^{bis} de la constitution, aurait de toute manière un caractère temporaire.

2. Un arrêté fédéral de portée générale (évent. une loi) sur l'assurance-maternité.

3. Une loi sur l'assurance-maladie (révision totale).

Motion d'ordre Günter

Le vote sur une éventuelle division du programme d'urgence aura lieu après la discussion de détail.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Mit Datum vom 19. August 1981 veröffentlichte der Bundesrat die Botschaft über die Teilrevision der Krankenversicherung. Der Entwurf enthielt vier zentrale Elemente, nämlich ein gesundheitspolitisches, ein sozialpolitisches, ein staatspolitisches und ein gesellschaftspolitisches Element.

Das gesundheitspolitische Element bezog sich auf die Leistungen der Krankenpflege (Spitalaufenthalt ohne zeitliche Begrenzung von bisher 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen und die Möglichkeit der Versicherung von Vorsorgeuntersuchung und Zahnbehandlung) sowie auf Massnahmen zur Kostendämmung.

Der sozialpolitische Aspekt ergibt sich aus der gezielten Ermässigung der Prämienlast für kinderreiche Familien und wirtschaftlich Schwache und aus dem Obligatorium der Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer, weil dadurch die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers gesichert ist.

Das staatspolitische Element liegt darin, dass die Tarifautonomie der Kantone beibehalten bleibt, sie dafür aber zur Hälfte bei den Subventionen und der Prämienverbilligung für wirtschaftlich Schwache verpflichtet werden. Hier spielt die Neuordnung der Aufgabenteilung, wie sie in diesem Rat bereits beschlossen wurde, hinein.

Das gesellschaftspolitische Element des Entwurfes ist die Neuordnung der Mutterschaftsversicherung innerhalb der Krankenversicherung als materieller Gegenentwurf zur Volksinitiative «für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft».

Bei ihrer Arbeit musste die Kommission davon ausgehen, dass sich auf dem Gebiet die vielfältigsten Interessen, ja gegensätzliche Interessen, gegenüberstehen. Selbst unter den Versicherten sind Gegensätze vorhanden, so zum Beispiel zwischen jung und alt, reich und arm, Frau und Mann, die alle einen möglichst guten, aber auch einen möglichst preisgünstigen Versicherungsschutz möchten. Die Krankenkassen vertreten verständlicherweise den Standpunkt, dass die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Sozialhypotheken durch Bundesbeiträge voll abgegolten werden müssen; sie bestehen auf der Autonomie ihrer Tätigkeit.

Daneben gibt es die Interessen der Kantone, der Ärzte, der Apotheken, der pharmazeutischen Industrie, der Krankenschwestern, der Therapeuten, der Kurorte, der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer usw., die alle an einer gut funktionierenden

den Versicherung interessiert sind, jedoch keine Beschränkung ihrer Tätigkeit dulden, sondern im Gegenteil sehr oft an der Krankenversicherung noch mehr verdienen wollen. Kurz zusammengefasst kann man feststellen, dass die Krankenversicherung ausgebaut werden soll. Alle Beteiligten sollen wie bisher auf Kosten der Sozialversicherung ihr Schäfchen ins Trockene bringen, zusätzliche Berufe wollen ebenfalls auf Kosten der Sozialversicherung eine garantierte Stelle und Einkommen, aber es darf weder für den Bund noch für die Krankenkassen bzw. den Versicherten mehr kosten, sondern sollte billiger werden. In Kenntnis dieser schwierigen Aufgabe ging die Kommission an die Arbeit.

Infolge eines zweitägigen Hearings mit den Organisationen, Sanitätsdirektorenkonferenz, Krankenkassenkonkordat, Federatio Medicorum Helveticorum (FMH), Privatassekuranz, VESKA, Arbeitgeberorganisationen, Gewerbeverband, Bauernverband, Verband Schweizerischer Angestellter (VSA), Christlichnationaler Gewerkschaftsbund (CNG), Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) zeigte es sich erneut, wie weit die Meinungen auseinander gingen. Alle Teilnehmer waren sich indessen darüber einig, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Kostendämpfungsmaßnahmen ungenügend seien, doch fanden Gegenvorschläge keine Gegenliebe bei den anderen Gruppierungen.

In der dreitägigen Eintretensdebatte zeigte es sich dann nochmals, wie weit die Meinungen auseinander gingen. Man war sich zwar einig, dass das zurzeit gültige Gesetz zu revidieren sei. Zahlreiche Anträge wurden angekündigt, die sich aber auch wieder widersprachen. Trotzdem, und das erstaunt noch im Rückblick, wurde einstimmig und ohne Enthaltung Eintreten auf die Vorlage beschlossen. Dieser einstimmige Beschluss musste bereits damals relativiert werden, denn fast jedermann macht Vorbehalte und erklärte, an diesem Gesetz zwar zu arbeiten, aber wenn notwendig am Schluss doch noch frei in der Entscheidung sein zu wollen. Gleichzeitig wurde beschlossen, die Vorlage in drei Teilen, nämlich erstens die obligatorische Taggeldversicherung, zweitens die Mutterschaftsversicherung und drittens die Krankenpflegeversicherung zu behandeln.

Diese Reihenfolge wurde nicht willkürlich gewählt, sondern ganz bewusst, denn im November 1981 war durch den Bundesrat die Sparkonferenz einberufen worden. Wir wollten für die Krankenpflegeversicherung die Sparvorschläge abwarten und nach Möglichkeit in die Gesetzesvorlage einbauen. Weiter lagen neue Finanzierungsmodelle vor, so unter anderem eines von der Privatassekuranz. Auch beauftragten wir den Bundesrat, die Stellungnahme der Finanzdirektoren einzuholen und anderes mehr.

Zur Behandlung der Taggeldversicherung wurde eine Subkommission, die eine Verständigungslösung mit den Sozialpartnern erarbeitete, eingesetzt. Die ganze Teilrevision wurde in insgesamt 36 Sitzungstagen in erster Lesung behandelt. Dabei darf ganz klar festgestellt werden, dass sehr oft um Entscheide gerungen wurde. Innerhalb der Kommission fanden harte Auseinandersetzungen statt, und die Interessengegensätze prallen hart aufeinander. Das führte auch dazu, dass viele Entscheide durch den Stichtscheid des Präsidenten erfolgten. So konnte endlich im Herbst 1983 die erste Lesung der Teilrevision abgeschlossen werden. Das Ergebnis der ersten Lesung kann wie folgt zusammengefasst werden:

1. Die Leistungen: Die erste Lesung führte zu keinen grundlegenden Änderungen im Leistungskatalog, mit Ausnahme betreffend Klimakuren und einer Ausdehnung des «Zahnbehandlungsbegriffes», wobei dem Bundesrat aber die Verordnungskompetenz zugewiesen wurde.

Entscheidend ist, dass der Leistungskatalog an sich nicht viel über die Kosten aussagt. Den Ausschlag gibt die Inanspruchnahme der gesetzlichen Leistungspflichten wie die von den Kassen freiwillig aufgrund ihrer Statuten erweiterten Leistungen. Dass dies nicht bloss Theorie ist, lehrt die Erfahrung der letzten 20 Jahre, welche eine massgebliche Erweiterung des Leistungsspektrums der Kassen zeigt, ohne dass der Gesetzgeber vermehrte Pflichten vorgeschrieben hätte!

2. Die Kosteneindämmung: Diese wurde von der Kommission auf der Grundlage der Arbeiten der Sparkonferenz in wesentlichen Punkten verstärkt. Kritik der Krankenkassen «am fehlenden politischen Willen» muss man zurückweisen! Eine Ausnahme ist allerdings zu erwähnen: Verzicht auf die Preisbindung bei pharmazeutischen Spezialitäten. Dieser Beschluss geht hinter den Status quo zurück. Der Bundesrat will am ursprünglichen Entwurf festhalten.

Die wichtigsten Verstärkungen im Sinne einer Kosteneindämmung sind

die Höchstsätze (Spitäler, Art. 22septies Abs. 2), die Grundsätze für Tarifanpassungen (Art. 22septies Abs. 4), die Behandlungspauschale, höchstens 60 Prozent der Betriebskosten der Spitäler (Art. 22quinquies Abs. 1), die Betriebsvergleiche und eventuell Sanktionen (Art. 22septies Abs. 3).

Mit diesen Massnahmen sollte es gelingen – wie die gute Erfahrung bei den Medikamentenpreisen zeigt –, von der Tarifseite her dem Kostenauftrieb zu wehren.

3. Die Finanzierung: Wie erwähnt, hält die nationalrätliche Kommission am geltenden Finanzierungsmodus über Mitgliederbeiträge, Kostenbeteiligung und Subventionen fest. Immerhin sei nochmals betont, dass die Subventionierung im Vergleich zur geltenden Regelung sozial gezielter und familienfreundlicher erfolgt, wie die Tabellen 9 und 10 der Botschaft belegen.

Mit der wichtigen Ausnahme der Kostenbeteiligung sind daher keine wesentlichen Änderungen gegenüber dem Entwurf beschlossen worden.

Die Einführung einer Jahresfranchise und die Ausdehnung der Kostenbeteiligung auf die stationäre Behandlung führt zu einer stärkeren Belastung der Versicherten. Der Umfang ist noch offen, weil die Jahresfranchise und der Höchstbetrag der Kostenbeteiligung durch Verordnung festzulegen sein werden, nach ursprünglicher Fassung des Entwurfes eine Mehrbelastung gegenüber der geltenden Ordnung von rund 15 Prozent, nach Beschluss der Kommission und entsprechender Variante (Franchise 100 Franken, Höchstbetrag 400 Franken) rund 55 Prozent mehr.

Diese markante Selbstbeteiligung führt zu einer Entlastung der Kassen und zu entsprechender Prämienreduktion und stärkt das Kosten- und Verantwortungsbewusstsein der Versicherten.

Relativ knapp abgelehnt wurde das Privatassekuranz-Modell einer schematischen Berücksichtigung der Belastung der Versicherten gemessen am steuerbaren Einkommen. Es ist dies ein Zeichen für die Vorbehalte der vorgeschlagenen Subventionierungsordnung. Man möchte vermehrt Subventionen zur Prämienverbilligung für wirtschaftlich Schwache. Diese Absicht ist zwar richtig. Man muss aber folgendes beachten: Die heutigen Subventionen sind sachlich begründet und verlangen die Abgeltung von gesetzlichen Auflagen in einer freiwilligen Versicherung, die von privatrechtlich organisierten Institutionen durchgeführt wird. Eine Aufhebung dieses Subventionssystems bedingt deshalb auch Änderungen in anderen Bereichen: Entweder die Aufhebung bestimmter gesetzlicher Auflagen, zum Beispiel «Freigabe» der Frauenprämie, was zu einer Prämien Differenz zwischen Männern und Frauen von rund 60 Prozent führen würde!

Oder dann die Einführung des allgemeinen Versicherungsobligatoriums. In diesem Fall müssten die gesetzlichen Auflagen nicht unbedingt durch Subventionen abgegolten werden, wenn gleichzeitig noch sichergestellt würde, dass es innerhalb und zwischen den Kassen nicht zu extremen Aufspaltungen in gute und schlechte Risiken kommt (z. B. Aufnahmepflicht für Familienangehörige).

Oder die Erschliessung neuer Finanzierungsquellen, um eine gezielte Prämienverbilligung für wirtschaftlich Schwache durchzuführen, ohne die bestehenden Subventionen aufzuheben.

Solange zwischen den wichtigsten politischen Gruppierungen keine Einigung auf der Basis einer der drei erwähnten Möglichkeiten stattfindet, erachtet die Mehrheit der Kommission ein Abgehen von der heutigen, im Entwurf immer-

hin modifizierten Subventionsordnung nicht für realisierbar. Zum Privatassekuranz-Modell wurde ein besonderer Bericht verfasst. Der Haupteinwand lautet, dass das Modell auf die Dauer finanziell nicht tragbar sei. Bei gleichbleibendem Verbilligungssatz, d. h. Übernahme der Prämien, die einen bestimmten Anteil des Einkommens überschreiten, und einer Teuerung in der Krankenversicherung, die über der Lohnsteigerung liegt – was in der Vergangenheit regelmässig der Fall war –, steigen die Subventionen wesentlich stärker als die Kosten! Eine spätere Erhöhung des Verbilligungssatzes dürfte politisch schwer realisierbar sein. Das Privatassekuranz-Modell wäre daher wahrscheinlich der Einstieg zu einer allgemeinen lohnprozentualen Finanzierung der Krankenversicherung, was von seinen Urhebern sicher nicht gewollt ist.

Bei der Krankengeldversicherung ist eine Erweiterung gegenüber dem Entwurf des Bundesrates erfolgt:

- Beginn ab dem dritten Tag,
- Höhere Leistungsdauer (720 Tage volles Taggeld; Entwurf 540 Tage volles Taggeld, 180 Tage vermindertes Taggeld),
- Einbezug von erwerbstätigen AHV-Rentnern.

Diese Lösung beruht auf dem Konsens der Sozialpartner. Aber der Beginn ab dem dritten Tag ist etwas problematisch, da höhere Prämien erforderlich und höhere Kosten zu erwarten sind, weil bei kurzen Krankheiten der Arbeitgeber auch nicht mehr unbedingt an einer strengen Kontrolle der krankheitsbedingten Absenzen interessiert ist.

Bei der Mutterschaftsversicherung wurden die Vorschläge des Entwurfes unverändert übernommen. Dies ist besonders wichtig, da es sich um den materiellen Gegenentwurf zur Volksinitiative «für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft» handelt.

Nachdem das Resultat der ersten Lesung bekannt war, kamen von verschiedenen Seiten Stellungnahmen, die einer allgemeinen Unzufriedenheit Ausdruck gaben. Ich erinnere mich an folgende Bemerkung von Herrn Dr. Kocher, den die Kommission als wissenschaftlichen Experten angehört hatte:

«Vorbemerkend möchte ich festhalten, dass im schweizerischen Gesundheitswesen bekanntlich ein gravierender Mangel an wissenschaftlichen Studien und an aussagekräftigen Statistiken besteht. Es herrschen «meinen» und «glauben» statt «wissen». Es gibt kaum einen anderen Politikbereich, in dem dermassen oberflächlich und ohne wirklich fundiertes Wissen diskutiert und entschieden wird. Entsprechend mangelhaft ist auch die Vorbereitung dieser Teilrevision. Dabei geht es hier um die Verwendung von Dutzenden von Milliarden Franken, von den humanitären Aspekten ganz zu schweigen. Zur gründlichen Vorbereitung einer solchen Gesetzesrevision, die ja Jahre, wahrscheinlich sogar Jahrzehnte gelten wird, sollte man einige Millionen Franken investieren (das schweizerische Gesundheitswesen kostet ja auch 1,6 Millionen Franken pro Stunde). Diese Kritik richtet sich nicht nur an das Departement oder das Bundesamt, die ja unter dem Personalstopp leiden, sondern auch an Sie (die Kommissionsmitglieder) als Parlamentarier. Für die Qualität unserer Gesetzgebung sind ja weitgehend Sie verantwortlich.» Soweit Dr. Kocher.

In diese Bemerkung einschliessen möchte ich aber auch alle am Gesundheitswesen Beteiligten. Allerdings ist es dort etwas anders, geht es doch in vielen Fällen um reine Interessenvertretung. Dabei sieht man nur seine Position und nicht das Ganze. Man vergisst, dass in das Gesundheitswesen und insbesondere in die Kostenentwicklung Momente hineinspielen, die auch in ganz anderen Bereichen der Politik mitspielen. Ich verweise als Beispiel auf die Bildungspolitik. Hier ist der Einfluss auf die Kostenentwicklung enorm.

Denken wir nur an die Ausbildung der Ärzte. Noch 1966 erklärte die Kommission Gsell, dass die Schweiz zuwenig Ärzte habe und für die Zukunft zuwenig ausbilde. Zwischen 1960 und 1981 aber ist die totale Ärztezahl von 7708 auf über 17 000, d. h. um 122 Prozent, gestiegen, während die Bevölkerung nur um 18 Prozent zugenommen hat. 1981 hatten wir somit einen Arzt auf 401 Einwohner. Die prospektive Studie

von Gilliland und Eichenberger sieht vor, dass bei konstanter Studentenzahl die Dichte im Jahr 1990 bei 320 Einwohnern liegt und im Jahr 2000 sogar bei 280 Einwohnern pro Arzt. Diese Ärzte haben wir im Jahre 1990 oder 2000, selbst dann, wenn wir ab sofort das Arztstudium verbieten würden. Aber wir werden auch dann die entsprechende Kostenentwicklung nicht verhindern können.

Wenn man in einer ruhigen Stunde vor der zweiten Lesung die Situation überdachte, so machte man sich folgende Überlegungen:

Wir wurden im Zusammenhang mit dieser Vorlage von den verschiedensten Kreisen mit Unterlagen und Anträgen überschwemmt. Danach hat man nicht mehr den Eindruck, dass nach der ersten Lesung ein breiter Konsens hinter der Vorlage steht. Insbesondere die Direktinteressierten stehen nicht unbedingt hinter dem Gesamtkonzept. Dieses verdient aber nach Ansicht der Kommission volle Unterstützung gegenüber den Partikularinteressen, denn wir sind überzeugt, dass es *per saldo* doch das trifft, was wir tun sollen. Wenn wir auf das abstellen wollen, was die Mehrheit des Volkes will, so ist dies leicht zusammengefasst, nämlich die maximale ärztliche Versorgung, die Kosteneindämmung, neue Leistungen, weniger Subventionen, kurz alles, was bereits zur Diskussion gestellt wurde. Aber das wäre die Quadratur des Zirkels. Deshalb müssen wir uns, wohl oder übel, zu einem Kompromiss zusammenraufen.

Dafür dürfte die Vorlage aber die nunmehr beste Basis sein. Das soll nicht heissen, dass sie nicht noch geändert oder im Sinne eines guteidgenössischen Kompromisses verbessert werden könnte.

Diese Überlegungen führten zu Beginn der zweiten Lesung zum Antrag, eine Subkommission einzusetzen, die ein Sofortprogramm auszuarbeiten habe, das die wichtigsten Revisionsbestimmungen aufnehme, aber alle Punkte, die zu keiner Verständigung führen würden, weglassen sollte.

In der Sitzung vom 5. April 1984 beschloss die Gesamtkommission, dem Ordnungsantrag zuzustimmen, um die Arbeiten für die Teilrevision der Krankenversicherung möglichst wirksam zu straffen. Sie setzte zu diesem Zwecke eine wie folgt zusammengesetzte Subkommission «Sofortprogramm» ein: Allenspach, Basler, Dupont, Egli (Vorsitz), Gautier, Segmüller, Zehnder. Diese hatten den Auftrag, bis zur nächsten Sitzung der Gesamtkommission vom 4. bis 6. (evtl. 7.) Juli 1984 für die dringendsten Revisionspostulate, insbesondere Kostendämpfung, Selbstbeteiligung der Versicherten, Finanzierung der Krankenpflegeversicherung, Definition der unerlässlichen Leistungsverbesserungen in der Krankenpflegeversicherung, Mutterschaftsversicherung, Krankengeldobligatorium für Arbeitnehmer, Lösungsvorschläge zu unterbreiten. Diese sollten einer gewissen «Opfersymmetrie» gerecht werden, dadurch die Chance des politischen Konsens auf sich vereinigen und eine möglichst speditive Verabschiedung durch die eidgenössischen Räte und somit eine rasche Verwirklichung ermöglichen.

Die Subkommission «Sofortprogramm» tagte an zwei zweitägigen (5./6. April 1984 und 12./13. April 1984) und drei eintägigen Sitzungen (30. April 1984, 18. Mai und 1. Juni 1984) in Bern. Sie konzentrierte sich bei ihrer Arbeit auf die erwähnten sechs hauptsächlichsten Revisionsanliegen, suchte nach einvernehmlichen, politisch tragfähigen und praktisch rasch zu verwirklichenden Regelungen, klammerte ganz bewusst Bestimmungen aus, die sich nach eingehender Aussprache als politisch nicht konsensfähig erwiesen und verzichtete ebenso bewusst darauf, Bestimmungen aufzunehmen, deren sofortige Einführung sich als nicht unbedingt notwendig erwies. Derartige Bestimmungen sollen zusammen mit anderen Revisionspunkten in einer zweiten Etappe unter weniger grossem Zeitdruck durchberaten werden können.

Ich werde später bei der Detailberatung der Vorlage anlässlich der Behandlung der einzelnen Subkommissionsanträge jeweils nochmals eingehend darlegen, warum die betreffenden Bestimmungen entweder aus dem Sofortprogramm herausgehalten wurden oder – in der Fassung der Nationalratskommission erster Lesung, eventuell in der wiederaufge-

nommenen Version des Bundesrates oder auch in einer Neufassung der Subkommission – in das Sofortprogramm Eingang fanden. Dort, wo Bestimmungen nicht ins Sofortprogramm aufgenommen wurden, soll das bisherige Recht nach KUVG samt der dazugehörigen Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts fortbestehen. Diesen Weg hat die Subkommission insbesondere bei Artikel 1 Absatz 3 (subsidiäre Unfallversicherung), Artikel 5 (Aufnahmebedingungen für die Pflegeversicherung), Artikel 6bis (Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung), Artikel 11 (Ausschluss aus der Pflegeversicherung), Artikel 22quater Abschnitt 1 (Vergütungen für Arzneimittel), Artikel 30ter (Rechtspflege) sowie bei den Artikeln 12 und 31 Absatz 1 IVG (Übernahme von Leistungen der IV durch die Krankenversicherung) eingeschlagen.

Als erster Gesamteindruck darf festgehalten werden, dass das Sofortprogramm im Vergleich zum Teilrevisionskonzept von Bundesrat und Nationalratskommission (erste Lesung) zwar rein äusserlich keine sensationelle umfangmässige Verminderung erfahren hat. Das war allein schon deshalb nicht möglich, weil die bundesrätliche Teilrevisionsvorlage nach der 1974 erfolgten Ablehnung einer Volksinitiative und eines Gegenvorschlages für eine Neuordnung der Krankenversicherung im Grunde genommen selber ein Sofortprogramm darstellte. Daraus mussten gemäss Ihrem Beschluss immerhin die sechs allerdingendsten Revisionspostulate übernommen werden. Die Vorlage wurde aber durch die Arbeit der Subkommission ganz eindeutig verwesentlich und konnte auf einen, so will mir scheinen, solideren politischen Konsens abgestützt werden.

Nun zu den wichtigsten Anträgen: Ohne hier die Detailberatung vorwegnehmen zu wollen, sei es mir gestattet, kurz auf einige zentrale Beschlüsse einzugehen.

Revisionsanliegen, auf die in einem Sofortprogramm verzichtet werden könnte:

Artikel 1 Absatz 3: Hier geht es um die subsidiäre Pflicht der Krankenkassen, Pflegeleistungen auch bei Unfällen zu erbringen, soweit hierfür keine andere Versicherung aufkommt; trotz der in Artikel 6bis (Absatz 2 zweiter Satz) vorgesehenen Möglichkeit, von den Betroffenen Prämienzuschläge zu erheben, fand sich für diese sozial eigentlich wünschenswerte Lückenschliessung kein Konsens, weshalb die Subkommission auf diesen Revisionspunkt verzichtet hat. Es bleibt somit bei der heutigen Ordnung (Verordnung III über die Krankenversicherung Art. 14 Abs. 2), d. h. die Kassen bestimmen selber, in welchem Umfang sie die Unfallkosten decken. Immerhin gewähren heute bereits etwa 90 Prozent der Kassen Leistungen auch bei Unfall.

Artikel 3 Absatz 4bis (neu): Mit dieser Bestimmung sollte den Kassen im Bereich der Zusatzversicherungen etwas mehr Spielraum verschafft werden, als unter der heutigen, durch die Rechtsprechung geprägten Ordnung besteht. Dies stellt jedoch kein vordringliches Revisionsanliegen dar, weshalb im Sofortprogramm darauf verzichtet werden kann.

Artikel 5 und Artikel 11: Bei Aufnahme in die und im Gegenzug auch bei Ausschluss aus der Krankenkasse sollte im Vergleich zu heute eine etwas sozialere und fortschrittlichere Regelung eingeführt werden. Ich erwähne nur Aufnahmepflicht bis zum Erreichen des Rentenalters, erleichterte Aufnahmebedingungen für Kinder, Wegfall von Diskriminierungen bei Freiheitsentzug, Kontaktnahme mit der Fürsorgebehörde vor dem Ausschluss eines mit der Prämienzahlung säumigen Mitgliedes. Auch hier wird auf sozial durchaus Wünschbares verzichtet, weil die Kassen unter dem heutigen Recht von sich aus die nötigen Verbesserungen einführen können und dies zu einem grossen Teil auch schon getan haben.

Artikel 6bis: Bei den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Bemessung der Mitgliederbeiträge waren in der bundesrätlichen Vorlage kleinere Retuschen und Verbesserungen vorgesehen: die von den Sozialpartnern begrüßte Möglichkeit, die Prämien nach dem Lohn abzustufen, wenn die Versicherung, wie in den Betriebskassen, mit einem Arbeitsverhältnis in Verbindung steht. Da die vorgeschlagenen Ver-

besserungen aber nicht Dringlichkeitscharakter haben, wurde darauf verzichtet. Was in Absatz 4 der bundesrätlichen Vorlage als Korrelat zu Artikel 37 Absatz 1 vorgesehen ist – Nettoprämien für Kinder wegen des speziellen Bundesbeitrages –, kann auch auf dem Verordnungswege aufgrund des heutigen Artikels 6bis Absatz 3 KUVG vorgesehen werden.

Artikel 12quater (Artikel 12ter in der Bundesratsvorlage): Auf den Einbezug einer freiwilligen Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen wird verzichtet, weil dieser Punkt gegenwärtig politisch zu stark umstritten ist. Gleichzeitig hat die Subkommission in Artikel 12 Absatz 2 durch einen neuen Formulierungsvorschlag dafür Sorge getragen, dass bereits im Gesetz eine klare Grenze gezogen wird für die in der Verordnung konkret aufzuzählenden zahnärztlichen Behandlungen, die zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen gehören. Die im Bereich Zahnpflege von der Subkommission eingeschlagene Richtung wird nunmehr auch von den Vertretern der Zahnärzte als sachgemäss anerkannt, schliesst sie doch einerseits im gesetzlich bisher ungenügend geregelten Bereich der Pflichtleistungen Lücken, welche auch die Rechtsprechung nicht in befriedigender Weise zu überbrücken vermochte. Sie lässt sie andererseits bei den freiwilligen Leistungen den Kassen und Zahnärzten vollen Spielraum.

Artikel 14 Absatz 5 Satz 1: Hier soll auf das zu den Pflegeleistungen zählende bescheidene Mutterschaftstaggeld für Mütter, die nicht dem Krankengeldobligatorium unterstehen, verzichtet werden. Eine substantielle Leistungsverbesserung wäre damit nicht erreicht worden (die bundesrätliche Botschaft geht von einem Taggeld von 5 Franken aus), die Kosten wären dagegen wegen der vom Bedürfnis unabhängigen, breiten Ausschüttung relativ hoch gewesen, nämlich nach Schätzung in der Botschaft 23 Millionen Franken, und hätten zu Minimalleistungen auch an durchaus begüterte Frauen geführt. Der Verzicht auf diesen Revisionspunkt dürfte sich, trotz der Mutterschaftsinitiative, im Rahmen eines Sofortprogramms rechtfertigen lassen.

Artikel 22quinquies Absatz 5: Aus Gründen der Kosteneindämmung wollte man ursprünglich auch für die Tarifierung der Spitalbehandlungskosten in privaten Abteilungen und Kliniken gewisse Höchstgrenzen vorsehen. Dieser Punkt hat sich jedoch als politisch sehr heikel und damit momentan nicht konsensfähig erwiesen. Auch kommt ihm nicht eigentlich vorrangige Bedeutung zu, so dass er vom Dringlichkeitsgrad her nicht ins Sofortprogramm aufgenommen wurde. Er kann auf eine spätere Revisionsetappe verschoben werden.

Bei Artikel 22septies Absatz 2bis und Artikel 22quater Absatz 2 Satz 3 wollte man ganz speziell den übersetzten Tarifen für medizinisch-technische Untersuchungen und Behandlungen im ambulanten Sektor beikommen. Von Seiten der Spitäler wurde darauf hingewiesen, dass die praktische Durchführung vor allem unter dem zeitlichen Gesichtspunkt (rechtzeitige Untersuchung und Behandlung durch den richtigen Anbieter) Probleme stellen dürfte. Die auch von den Spitalern begrüßten Kostendämpfungsziele lassen sich aber auch durch strenge Tarifierungsgrundsätze von Artikel 22quinquies Absatz 1 einerseits und Artikel 22quater Absatz 2 andererseits erreichen. Aus diesem Grund kann man der durch den Fortfall von Artikel 22septies Absatz 2bis und Artikel 22quater Absatz 2 Satz 3 erreichten Vereinfachung der Vorlage ohne weiteres zustimmen.

Bei Artikel 25 Absatz 4bis (neu) und Artikel 30ter geht es um eher marginale Verbesserungen und vor allem redaktionelle Anpassungen an die modernere Terminologie im Prozessrecht des Bundes. Diesen Bestimmungen kommt kein dringlicher Charakter zu; sie müssen folglich im Sofortprogramm nicht enthalten sein.

Artikel 12, 31 Absatz 1 und 44bis (neu) IVG: Die bundesrätliche Vorlage bezweckt mit diesen Bestimmungen eine Überführung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen von der IV zur Krankenversicherung. Auch für dieses Anliegen

besteht keine absolute Dringlichkeit im Sinne einer Aufnahme in das Sofortprogramm; wir beantragen daher, diesen Punkt in einer späteren Revisionsetappe zu überprüfen.

Die im Sofortprogramm übernommenen Revisionsanliegen: Hier möchte ich mich ganz bewusst nur auf die stichwortartige Hervorhebung einiger Bestimmungen beschränken, werden wir doch bei der Detailberatung noch zur Genüge darauf eingehen. Die Hauptanliegen, welche unter allen Umständen auch in einem Sofortprogramm nicht fehlen dürfen, waren der Subkommission in ihrem Auftrag von seiten der Gesamtkommission sozusagen bereits ins Stammbuch geschrieben worden: Es galt, konsensfähige Lösungen zu erarbeiten für die Bereiche Kostendämpfung, Selbstbeteiligung der Versicherten, Finanzierung der Krankenpflegeversicherung, wichtigste Leistungsverbesserungen, Mutterschaftsversicherung und Krankengeldobligatorium.

Lassen Sie mich zu diesen Punkten, zur Vervollständigung meines einleitenden Überblicks, zusammenfassend noch folgendes festhalten:

Die Subkommission ist dem von der nationalen Sparkonferenz mit zahlreichen Einzelvorschlägen eingebrachten Konzept nicht nur treu geblieben, sondern hat es im Vergleich zu den Beschlüssen der Gesamtkommission (erste Lesung) teilweise sogar noch genauer beherzigt. Als Beispiel hierfür sei Artikel 14bis genannt: Selbstbeteiligung auch für Kinder, wobei die Beträge der Jahresfranchise und der jährlichen Gesamtgrenze für Franchise und Selbstbehalt im Vergleich zu den Erwachsenen halbiert werden. Einige weitere Beispiele für Verschärfungen im Bereich der Kostendämpfungsmaßnahmen:

Artikel 12 Absatz 4: Verzicht auf Beiträge an Klimakuren.

Artikel 12 Absatz 5 zweiter und dritter Satz: Die Subkommission macht aus der Kann- eine Muss-Vorschrift.

Unwirtschaftliche, unzweckmässige, unwissenschaftliche oder nicht mehr auf eine Krankheit gerichtete Untersuchungen oder Behandlungen sind durch Verordnung von den Leistungen der Krankenkassen auszuschliessen.

Artikel 12 Absatz 6 und Artikel 22quater Absatz 1: Die Subkommission legt grossen Wert darauf, dass im Bereich der Arzneimittel und ihrer Tarife nicht hinter den heutigen auch vom Bundesgericht geschützten Rechtszustand zurückgegangen wird. Angesichts der Vorbehalte, die in den Beratungen der Gesamtkommission zum Ausdruck gekommen waren, und der unglücklichen Formulierung, die im Laufe der ersten Lesung für Artikel 22quater Absatz 1 gefunden wurde, beantragt Ihnen die Subkommission, es für die genannte Bestimmung beim heutigen Text des KUVG bewenden zu lassen, redaktionell lediglich ergänzt um die in Artikel 12 Absatz 1 Ziffer 1 Buchstabe d erstmals erwähnten «Mittel und Gegenstände». Auf diese Weise wird bei den Heilmitteln der heutige Zustand gewahrt, mit welchem Anliegen sich schliesslich sogar die chemische Industrie einverstanden erklärt hat.

Bei Artikel 15 Absatz 3 (neu) besteht die Möglichkeit einer Schaffung von Gesundheitskassen (sogenannten HMO). Von solchen Kassen erhofft man sich Signalwirkung im Sinne der Kosteneindämmung.

Auch bei Artikel 18 Absatz 1 und 3 konnte in Übernahme der Formulierungsvorschläge der speziellen Subkommission, die im Januar dieses Jahres tagte, die Stellung der Vertrauensärzte geklärt werden, so dass sowohl den Anliegen des Persönlichkeitsschutzes des Patienten als auch der Kostenkontrolle Rechnung getragen wird.

Artikel 19bis in Verbindung mit Artikel 22octies: Bei der Definition der Heilanstalt, bei der Einteilung der Heilanstalten in Kategorien und bei der Vergütung für teilweisen Spitalaufenthalt und für Aufenthalt in Anstalten und Heimen mit medizinischer Betreuung, aber ohne Heilanstaltscharakter, schlägt die Subkommission klarere und besser praktikable Lösungen vor.

Artikel 22sexies: Die Subkommission beantragt eine die

heute weit verbreitete Praxis berücksichtigende Klärung dahingehend, dass die Aufenthaltspauschale rechnermässig einen Bestandteil der Behandlungspauschale bildet. Ansonsten ändert sie am Grundkonzept nichts, wonach die Aufenthaltspauschale vom Bundesrat betragsmässig festgesetzt wird und der Versicherte für ihre Deckung eine Zusatzversicherung abschliessen kann.

In Artikel 22 septies Absatz 3 wird der Kostenvergleich zwischen Heilanstalten und die Möglichkeit zur Reduzierung übersetzter oder ungenügender Behandlungspauschalen besser ausgestaltet. Es sollen betriebswirtschaftliche Überprüfungen der Heilanstalten angeordnet werden.

Finanzierung der Krankenpflegeversicherung: Hier sei auf die Änderung von Artikel 38bis und Artikel e Absatz 2 der Übergangsbestimmungen verwiesen. Wesentlich für die vorgeschlagene Änderung ist folgendes: Der Gesamtbetrag der Bundessubvention soll für jeweils drei Jahre durch einfachen Bundesbeschluss festgelegt werden (in der Übergangsbestimmung e Absatz 2 direkt im Gesetz für die ersten zwei Jahre nach Inkrafttreten des KSVG 923 Millionen). Davon kommen zunächst die direkt ausgaben- bzw. beitragsabhängigen Subventionen nach den Artikeln 36, 37 Absatz 2 und 37bis (Mutterschaftsleistungen, Prämien ab dem dritten Kind; hälftiger Beitrag an die Wartgelder für Ärzte in Berggebieten) in Abzug und anschliessend die betragsmässig zu beziffernden Subventionen nach Artikel 35, 37 Absatz 1 und 38 Absatz 3. (Lastenausgleich zugunsten der Betagten und Invaliden; Prämienermässigungen für die ersten beiden Kinder; Zuschuss an die Beiträge, welche finanzschwache Kantone zur Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen aufbringen). Der verbleibende Rest wird als Beitrag gemäss Artikel 36bis zum teilweisen Ausgleich der höheren Krankenpflegekosten der Frauen eingesetzt.

Nun zu den Leistungsverbesserungen der Mutterschaftsversicherung und dem Krankengeldobligatorium: Hier kann festgehalten werden, dass die Hauptziele der Vorlage, die weitherum als dringend und unabdingbar anerkannt werden – nämlich zeitlich unbegrenzter Leistungsanspruch bei Spitalpflege, ausreichender Mutterschaftsschutz –, als materieller Gegenvorschlag zur Volksinitiative, und Obligatorium der Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer – in das Sofortprogramm übernommen worden sind. Dies entspricht, wie bereits mehrfach erwähnt, dem Auftrag, der von der Gesamtkommission der Subkommission erteilt wurde. Die Gesamtkommission hat an ihrer Sitzung vom 4. bis 6. Juli 1984 die Vorschläge ihrer Subkommission geprüft und ihnen mit wenigen Ausnahmen zugestimmt. Zudem beantragte sie dem Rat zusätzlich in Artikel 19 einen neuen Absatz 6 aufzunehmen, nachdem die Kantone für ihr Gebiet verbindliche Spitalplanungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung sowie für die Versorgung von kostspieligen medizinisch-technischen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich festlegen können. Die Kassen sind nur leistungspflichtig, sofern die Leistungserbringer diesen Planungen entsprechen. Mit dieser Bestimmung sollen Privatspitäler weiterhin Platz in unserem Spitalwesen haben, sie müssen jedoch den Planungen entsprechen.

Weiter beschloss die Kommission, die Vorlage aufzuteilen und Krankenpflege und Taggeldversicherung in separaten Beschlüssen vorzulegen. Sie tat dies im Wissen, dass damit die Mutterschaftsversicherung auf zwei Beschlüsse verteilt ist, die Pflegeversicherung im Beschluss A und die Taggeldversicherung im Beschluss B.

Zum Schluss gestatte ich mir noch folgende Bemerkung: Die Gesamtkommission hatte 31 Mitglieder und führte Sitzungen mit insgesamt 36 Sitzungstagen durch. Dazu kamen 7 Sitzungstage der Subkommission Sofortprogramm und je ein Sitzungstag der Subkommission Taggeldversicherung und der Subkommission Vertrauensärzte. Im Grunde genommen ist eine Kommission von 31 Mitgliedern schon schwer zu führen, damit eine einigermaßen speditiv Arbeit geleistet werden kann. Erschwert wird dies noch durch den Umstand, dass laufend Mitglieder ersetzt wurden. So waren

total über 50 Ratsmitglieder in der Kommission tätig. Dabei war auch festzustellen, dass Mitglieder einzelner Fraktionen zum Teil das Gegenteil ihrer Vorgänger vertraten, was ebenfalls die Arbeit in die Länge zog. Hier könnte man sich überlegen, ob im Sinne einer speditiven Geschäftabwicklung kleinere Kommissionen zweckmässiger wären. Im Namen der Mehrheit der Kommission beantrage ich Ihnen, auf die Vorlage einzutreten, dürfte sie doch im jetzigen Zeitpunkt das Maximum dessen sein, was zu verwirklichen überhaupt möglich ist.

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

*Schluss der Sitzung um 19.30 Uhr
La séance est levée à 19 h 30*

Krankenversicherung. Teilrevision

Assurance-maladie. Révision partielle

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1984
Année	
Anno	
Band	IV
Volume	
Volume	
Session	Herbstsession
Session	Session d'automne
Sessione	Sessione autunnale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	10
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	81.044
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	01.10.1984 - 14:30
Date	
Data	
Seite	1303-1309
Page	
Pagina	
Ref. No	20 012 731

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.