

digkeit für die Tarifrträge nicht bei unserem Rat liegt, sondern bei den Organen der Bundesbahnen, beim Amt für Verkehr, beim Departement.

Wir haben wohl die Budgetgenehmigungskompetenz. Die haben wir ja heute wahrgenommen, aber wir haben sicher nicht die Kompetenz, Tariferhöhungen zu beantragen oder direkt zu beeinflussen.

Das war damals mein Grund, nein zu stimmen, aber ich möchte es Ihnen überlassen, wie Sie hier stimmen wollen. Die Kommissionsmehrheit beantragt Ihnen, dieses Postulat anzunehmen. Ich möchte immerhin zu bedenken geben, dass das Gewicht eines Postulates natürlich dadurch auch etwas abgemindert wird, wenn wir Postulate auch dort einreichen, wo die Zuständigkeit nicht gegeben oder nicht eindeutig abgeklärt ist.

M. Massy, rapporteur: Cette proposition est le fait d'une majorité d'occasion qui s'est dégagée en fin de journée et à laquelle je n'appartenais pas. Ce postulat entraîne un dépassement de nos compétences, il n'appartient pas à notre conseil de décider des propositions tarifaires. Je vous prie donc de repousser ce postulat.

Bundespräsident Schlumpf: Herr Aregger hat dargelegt, weshalb auch der Bundesrat nicht in der Lage wäre, einen Auftrag im Sinne des formulierten Postulates entgegenzunehmen, nämlich dafür zu sorgen, dass diese und jene Wünsche bei den Tariferhöhungen berücksichtigt werden. Der Bundesrat ist in dieser Sache gar nicht kompetent. Die Empfehlung, Zurückhaltung zu üben, werden wir jedoch den SBB durchaus zukommen lassen. Aber wir können das nicht im Sinne eines verbindlichen Auftrages entgegennehmen, weil uns dafür die Kompetenz fehlt.

Ich muss Sie also bitten, das Postulat in dieser Formulierung abzulehnen.

Abstimmung – Vote

Für Überweisung des Postulats	64 Stimmen
Dagegen	73 Stimmen

83.056

PTT. Voranschlag 1984. Nachtrag II **PTT. Budget 1984. Supplément II**

Botschaft und Beschlussentwurf vom 31. Oktober 1984
Message et projet d'arrêté du 31 octobre 1984

Bezug bei der Generaldirektion PTT, Viktoriastrasse 21, Bern
S'obtiennent auprès de la Direction générale des PTT,
Viktoriastrasse 21, Berne

Beschluss des Ständerates vom 27. November 1984
Décision du Conseil des Etats du 27 novembre 1984

Bremi, Berichterstatter: Der vorliegende Nachtrag II wurde von der Sektion der PTT und von der Finanzkommission durchberaten. Ich kann Ihnen von der Finanzkommission aus wie auch von unserer Fraktion aus mitteilen, dass er zu keinen zusätzlichen Bemerkungen Anlass gibt. Wir beantragen Ihnen Zustimmung zu diesem Nachtrag.

M. Bonnard, rapporteur: Les crédits supplémentaires dont il s'agit n'ont donné lieu à aucune remarque ni dans la section compétente de la Commission des finances, ni dans la commission plénière. Celle-ci vous en recommande donc l'adoption.

Eintreten ist obligatorisch

L'entrée en matière est acquise de plein droit

Titel und Ingress, Art. 1–3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule, art. 1 à 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Beschlussentwurfes	89 Stimmen
	(Einstimmigkeit)

An den Bundesrat – Au Conseil fédéral

81.004

Schulen für soziale Arbeit. Unterstützung **Ecoles de service social. Aide**

Siehe Seite 1497 hiavor – Voir page 1497 ci-devant
Beschluss des Ständerates vom 6. Dezember 1984
Décision du Conseil des Etats du 6 décembre 1984

Differenzen – Divergences

Präsident: Es ist bei Artikel 2 Absatz 3 erster Satz eine einzige Differenz geblieben. Herr Darbellay, Kommissionspräsident, lässt mitteilen, dass die Kommission beantragt, dem Ständerat zuzustimmen.

Art. 2 Abs. 3 erster Satz

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 2 al. 3 1^{re} phrase

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

81.044

Krankenversicherung. Teilrevision **Assurance-maladie. Révision partielle**

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1372 hiavor – Voir page 1372 ci-devant

Präsident: Bei der Beratung dieses Geschäftes sind wir in der letzten Session bei Artikel 35 stehengeblieben. Damit kommt das Problem der Finanzierung zur Diskussion. Die Kommissionsberichterstatter werden eine kurze Einführung geben.

Eggl-Winterthur, Berichterstatter: Die heutige Regelung der Bundesbeiträge an die Krankenversicherung sieht wie folgt aus: Es wurden jährlich Grundbeiträge pro Kind in der Höhe von Fr. 55.48 ausgerichtet, das sind 68 Millionen Franken.

Pro Frau waren es Fr. 220.69 oder gesamthaft 584 Millionen Franken und pro Mann Fr. 41.23 oder total 102 Millionen Franken. Für das Jahr 1983 waren es also total 754 Millionen Franken. Dazu kommen die Pauschalbeiträge für die TB-Versicherung (5 Millionen Franken), für Krankenpflege von Invaliden (90 Millionen Franken), für Mutterschaft, inklusive Stillgeld (38 Millionen Franken) und der Bergzuschlag (21 Millionen Franken). Das ergibt eine Summe von total 908 Millionen Franken.

Die Neuordnung, die Ihnen der Bundesrat und die Kommission vorschlagen, bringt hier Änderungen und sieht folgendermassen aus: Gemäss Artikel 35 werden die Sozialhypotheken der Krankenkassen abgegolten. Danach vergütet der Bund den einzelnen Kassen für Versicherte, die eine AHV- oder eine IV-Rente beziehen, zur Abgeltung der hohen Kosten einen zusätzlichen Beitrag, wobei der Beitrag an Invalidenrentner doppelt so hoch ist wie bei den AHV-Rentnern. Diese Abgeltung soll erfolgen, um die Kassen bzw. die Prämienzahler solcher Kassen zu entlasten, die viele AHV- oder IV-Rentner als Mitglieder haben. Bekanntlich sind die Kosten der Betagten im Durchschnitt ungefähr fünfmal höher als diejenigen der 20- bis 30jährigen. Gerade bei den AHV- und IV-Rentnern macht sich nämlich die Auflage des Gesetzes an die Krankenkassen besonders stark bemerkbar, nämlich die Aufnahmepflicht und der Grundsatz, dass die Prämien nach dem Eintrittsalter zu bezahlen sind und nicht nach den effektiven Alterskosten abgestuft werden dürfen. Für diesen Ausgleich sind 120 Millionen Franken vorgesehen. Gemäss Artikel 36 übernimmt der Bund die vollen Leistungen an die Mutterschaft nach Artikel 14. Bis jetzt wurden nur Beiträge an die Kosten der Mutterschaft ausgerichtet, wie bereits erwähnt nach geltender Ordnung 38 Millionen Franken oder pro Fall rund 1200 Franken. Neu wird vom Bund alles bezahlt. Es wird dabei mit Kosten von 198 Millionen Franken gerechnet.

In Artikel 6 haben wir beschlossen, dass die Prämien für die Frauen höchstens 10 Prozent höher sein dürfen als diejenigen der Männer. Da die Durchschnittskosten der Frauen um etwa 50 Prozent höher sind als diejenigen der Männer und dies nach Abzug der Kosten, die im Zusammenhang mit der Mutterschaft anfallen, müssen wir diese ausgleichen. Darum ist gemäss Artikel 36bis neu der teilweise Ausgleich vorgesehen. Mit den 440 Millionen Franken, die hier eingesetzt sind, erfolgt dieser Ausgleich nur zu ungefähr zwei Dritteln. Dazu ist festzustellen, dass aufgrund der heutigen Situation die Männerprämien bereits etwas über 10 Prozent höher sind, als sie nach den effektiven Kosten für die Männer notwendig wären, weil die höheren Frauenkosten auch über die Männerprämien ausgeglichen werden.

In Artikel 37 vergütet der Bund den Krankenkassen 90 Millionen Franken für die Verbilligung der Kinderprämien. Damit sollen die Kinderprämien generell verbilligt werden, um so die Nachteile, die das Kopfprämiensystem für Familien hat, etwas zu mildern. Ferner übernimmt der Bund im Sinne einer Entlastung für kinderreiche Familien die Prämie ab drittem Kind. Hier sind nach Artikel 37 Absatz 2 55 Millionen Franken berechnet worden.

Gemäss Antrag der Kommission werden die Beiträge des Bundes in Artikel 35 bis 38 durch einfachen Bundesbeschluss jeweils für drei Jahre festgesetzt. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Beiträge nach Artikel 36 die Leistungen bei Mutterschaft, jene nach Artikel 37 Absatz 2 für das dritte und die folgenden Kinder sowie jene nach Artikel 37bis nach den Aufwendungen und Prämienausfällen im Vorjahr, d. h. den effektiven Kosten, gerechnet werden.

Die Beiträge nach Artikel 35, also die Abgeltung der Sozialhypotheken, jene nach Artikel 37 Absatz 1, Entschädigung der Prämienausfälle für Kinder, und nach Artikel 38 Absatz 3, Beiträge an die Kantone mit geringer Finanzkraft, werden im Bundesbeschluss festgelegt. Das bedeutet, dass die Beiträge nach Artikel 36bis, also der Ausgleich für die Verbilligung der Frauenprämien von 440 Millionen Franken, der einzige variable Bundesbeitrag sind. Wenn also beispielsweise die Geburtenzahlen und damit die Kosten des Bundes für die Mutterschaft steigen, reduziert sich einfach der Bei-

trag für den Ausgleich der Frauenprämien. Das gleiche gilt natürlich bei höheren Aufwendungen für die Prämienbefreiung ab drittem Kind usw.

In diesem Zusammenhang muss die Summe von 923 Millionen Franken betrachtet werden; sie ist absolut verbindlich. Zu beachten ist weiterhin, dass gemäss Artikel 38ter die Kantone an diesen Beiträgen mit 50 Prozent beteiligt sind.

Art. 35, 36 und 36bis

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 35, 36 et 36^{bis}

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 37

Antrag der Kommission

Abs. 1

... der Kinder. Als Kinder gelten Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

Streichen

Art. 37

Proposition de la commission

Al. 1

... cotisations des enfants. Sont réputés enfants les assurés jusqu'à l'âge de seize ans révolus.

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Biffer

Angenommen – Adopté

Art. 37bis (neu)

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 37^{bis} (nouveau)

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 38

Antrag der Kommission

Abs. 1

Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit

(Günter)

... der Mitgliederbeiträge. Kantone, welche kein Zentrums-
spital oder Universitätsspital führen, übernehmen die zu-
sätzlichen, über die Tarife der eigenen Spitäler hinausge-
henden Kosten, wenn einer ihrer Kantonseinwohner aus
medizinischen Gründen in ein ausserkantonales Zentrums-
oder Universitätsspital verbracht werden muss.

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

... einen Teil der Beiträge nach Absatz 1. Der Bundesrat bezeichnet ...

Art. 38*Proposition de la commission***Al. 1***Majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Minorité

(Günter)

... de la réduction. Les cantons, qui ne disposent pas d'un hôpital universitaire, prennent en charge les frais supplémentaires dépassant les tarifs de leurs propres hôpitaux, si un de leurs ressortissants doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé dans un hôpital central ou universitaire hors du canton de domicile.

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

... une partie des subsides prévus au 1^{er} alinéa. Le Conseil fédéral désigne...

*Antrag Seiler***Abs. 3**

Nach Entwurf des Bundesrates

*Proposition Seiler***Al. 3**

Selon projet du Conseil fédéral

Abs. 1 – Al. 1

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Hier möchte die Minderheit, angeführt von Herrn Günter, dass Kantone ohne Zentrums- oder Universitätsspital die zusätzlichen Kosten, die aus einer ausserkantonalen Spitalbehandlung entstehen, übernehmen. Wenn ein Kantonseinwohner in einem ausserkantonalen Spital behandelt werden muss, weil sein Kanton kein Zentrums- oder Universitätsspital hat, muss der Kanton die höherliegenden Spitaltarife übernehmen. Die Kommissionmehrheit hat festgestellt, dass heute schon fast alle Kantone solche Verträge haben. Dieser Antrag ist deshalb nicht nötig. Er kann also abgelehnt werden, weil die heutige Praxis dies bereits regelt.

Günter, Sprecher der Minderheit: Ich glaube, der Präsident der Kommission hat Ihnen das Wesentliche gesagt. Er hat Ihnen nämlich erklärt, es gebe ein Problem, das fast gelöst sei. Das kleine Wort «fast» ist aber das Entscheidende.

Es gibt einige Kantone, die Kantons- und Universitätsspitäler führen. Wir alle wissen, dass diese «Paläste» sehr teure Einrichtungen sind, die die Kantone stark belasten. Es ist infolgedessen begreiflich, dass diese Kantone ausserkantonalen Patienten höhere Beiträge verrechnen als den eigenen Kantonsbürgern. Soweit ist das richtig.

Das Problem besteht nur darin, dass, wenn ein ausserkantonaler Bürger in gewissen Kantonen in ein solches Spital kommt, nicht sein Kanton den höheren Beitrag bezahlt, sondern die Krankenkasse. Das ist etwas, was ich nicht begreife. Der Kanton, der kein Kantonsspital hat, spart sich Kosten, und die Krankenkasse bezahlt.

Es ist vernünftig, wenn man auf diesem Gebiet zusammenarbeitet. Es ist auch richtig, dass viele Kantone, zum Beispiel der Kanton Aargau mit Zürich, Verträge abgeschlossen haben, die das regeln. Aber es gibt einige Kantone, die das nicht machen, und in diesen Kantonen bezahlt die Krankenkasse den Preis dafür, dass die Kantone sich nicht untereinander organisieren konnten. Da stimmt etwas nicht. Das heisst, es ist eigentlich sehr konform mit unserem Gesundheitswesen. Dort ist es auch in vielen anderen Bereichen so,

dass zwei eine Übereinkunft treffen und der dritte bezahlt. Hier haben wir diese Situation wieder! Es gibt nicht viel zu tun, diesen Artikel ins Gesetz aufzunehmen; wenn er in zwei, drei Jahren überflüssig geworden ist, stört er niemanden im Gesetz. Aber er wird diejenigen Kantone, die diese Verträge noch nicht haben, dazu anhalten, sie endlich abzuschliessen. Meines Erachtens stört eine Vereinheitlichung in diesem Bereich niemanden. Aber die Krankenkassen werden von einer völlig unnötigen Ausgabe entlastet, die Sache der Kantone ist. Es ist also durchaus gerechtfertigt, wenn wir die wenigen Kantone, die jetzt noch nicht Hand dazu geboten haben, mit diesem Artikel im entsprechenden Sinn etwas animieren.

Ich stimme im übrigen, wie gesagt, dem Kommissionspräsidenten zu. In vielen Bereichen ist die Frage gelöst, aber nicht in allen. Daher sollten wir diesen Artikel jetzt verabschieden, sonst dauert der unbefriedigende Zustand noch einige Jahre an.

Ich habe mich in der Kommission zuerst überzeugen lassen, dass mein Antrag nicht nötig sei, worauf ich ihn zurückgezogen habe. Hinterher musste ich leider feststellen, dass das Problem in einigen Regionen der Schweiz doch noch besteht. Deshalb habe ich mir erlaubt, den Antrag hier erneut zu stellen. Es ist keine grosse Sache, aber damit können wir mit Leichtigkeit eine störende Ungerechtigkeit korrigieren.

Zehnder: Ich möchte noch etwas unterstreichen, verdeutlichen und damit auch den Antrag von Kollege Günter unterstützen.

Die Problematik der ausserkantonalen Spitalbehandlung und vor allem deren Finanzierung ist nämlich auch den Sanitätsdirektoren wohlbekannt. Die Sanitätsdirektorenkonferenz ist aber einmal mehr nicht in der Lage, eine einvernehmliche Regelung zu treffen, an die sich jedermann zu halten hätte. Andererseits muss man auch ein gewisses Verständnis für die Universitätskantone aufbringen, wenn sie von den ausserkantonalen Patienten eine volle Kostendeckung anstreben. Der Antrag Günter bringt nun hier eine für alle vertretbare Beteiligung und eine sozialpolitisch gute Lösung. Ausserdem kann es nichts schaden, wenn sich auch die Kantone ohne Grossspitäler mit den Kosten der Spitzenmedizin näher befassen müssen.

In Kantonen mit einem Universitäts- oder Zentrumsspital werden die hohen Betriebskosten höchstens zu 60 Prozent aus Krankenkassentaxen finanziert. Das ist der Beschluss, den wir in der Herbstsession gefasst haben. Für 40 Prozent der Kosten der allgemeinen Abteilung werden somit Steuermittel eingesetzt. Krankenkassenmitglieder in Kantonen ohne solche Spitäler sind nicht weniger auf die Möglichkeit hochspezialisierter Medizin angewiesen, sollen diese aber voll aus den Krankenkassenprämien finanzieren. Das ist aus sozialpolitischer Sicht nicht sonderlich gerecht.

Ich bitte Sie daher, dem Antrag Günter zuzustimmen.

Früh: Wir beschäftigen uns hier mit einem sogenannten Minderheitsantrag; man hätte eigentlich eher schreiben müssen: Einzelantrag. Ich habe erst jetzt bemerkt, dass es in dieser 31köpfigen Kommission doch noch eine Minderheit gibt.

Es geht also darum, dass nebst der Verbilligung der Mitgliederbeiträge durch die Kantone bei wirtschaftlich schwächeren Versicherten (wofür ich übrigens volles Verständnis habe) die Kantone, welche kein Zentrums- oder Universitätsspital führen, die zusätzlichen Kosten übernehmen, die über die Tarife der eigenen Spitäler hinausgehen. Voraussetzung dafür ist, dass medizinische Gründe vorliegen. Ich gehe davon aus, dass ein Zentrumsspital ein Kantonsspital ohne Lehr- und Forschungsauftrag ist, wie zum Beispiel St. Gallen oder Münsterlingen. Nach dem Vorschlag Günter müsste also der Kanton, der nicht über eine solche Spitaleinrichtung verfügt, der Krankenkasse die Differenz zwischen dem eigenen kantonalen Tarif und den Kosten im benachbarten Kanton mit einem Universitäts- oder Zentrumsspital ausgleichen.

Eine Frage stellt sich noch: Welche Kosten sind gemeint? Die Vollkosten? Was aber die Kantone ohne Spitzenspitäler interessieren muss, ist eben die Tarifgestaltung. Diese Kantone sind dem Verhandlungsgeschick des Spitals im anderen Kanton völlig ausgeliefert. Diese Kantone müssen also darauf beharren, bei den Tarifverhandlungen mitzusprechen und dabei zu sein, und ich glaube, das kann nicht unser Ernst sein. Ich bin der Meinung, dass der Artikel 19bis, vor allem sein Absatz 2, genügend klar ist.

Wir wollen doch nicht Gesetze schaffen, die Artikel enthalten, die in ein, zwei oder drei Jahren veraltet sind. Zudem erinnere ich Sie daran, dass solche Patientenaustausche über die Kantonsgrenzen ja existieren: Grundlagen dieser Kostenübernahme in bezug auf die Zentrums- und Universitätsspitäler sind Verwaltungsverträge oder Vereinbarungen. Sogar der kleine Kanton Appenzell-Ausserrhododien und St. Gallen arbeiten bestens zusammen. Eine gesetzliche Regelung auf Zeit, Herr Günter, ist unnötig; wir wollen doch nicht unnötige Gesetzesartikel schaffen. Ich bitte Sie im Sinne der Mehrheit, diesen Minderheitsantrag abzulehnen.

M. Dupont, rapporteur: Je pense que M. Günter part d'un bon sentiment mais je voudrais rappeler qu'en vertu de l'article 19bis, 2^e alinéa, le traitement qui s'effectue hors du canton de domicile pour des raisons médicales doit être intégralement pris en charge par la caisse-maladie. Déjà aujourd'hui, des caisses-maladie, surtout pour les assurés habitant les cantons n'ayant pas d'hôpital universitaire, ont des conventions avec ces hôpitaux garantissant que lorsqu'ils doivent être transférés pour des raisons médicales dans un hôpital universitaire, la totalité des frais est prise en charge par ces caisses-maladie qui, bien entendu, ont fixé auparavant un prix conventionnel entre la caisse et ces hôpitaux universitaires. C'est le cas par exemple pour mon canton qui a passé un tel accord avec l'hôpital universitaire de Lausanne ou de Genève et qui prend en charge la totalité des frais lorsque les malades sont transférés pour des raisons médicales.

La proposition de M. Günter me paraît malgré tout dangereuse car elle entraînerait une forme de tourisme hospitalier où les malades finiraient par choisir les hôpitaux qui leur plaisent le plus, entraînant par là à nouveau une surcharge financière, non seulement pour les caisses-maladie mais aussi pour les assurés ou leurs familles. Nous vous proposons donc d'en rester à la proposition de la majorité et de rejeter la proposition de M. Günter.

Bundesrat Egli: Der Bundesrat schliesst sich der Kommissionmehrheit an, und zwar aus der Überlegung, dass das hier aufgeworfene Problem im bereits beschlossenen Gesetztext hinreichend gelöst ist. Ich darf zusammen mit Herrn Früh auf Artikel 19bis Absatz 2 hinweisen. Nach dieser Gesetzesbestimmung haben die Kassen volle Leistungspflicht, wenn ein Kassenmitglied aus medizinischen Gründen – wie es heisst – «anderswo», also ausserhalb seines Kantons, behandelt werden muss. Also ist das Problem von der Sicht der Krankenkasse aus an sich gelöst. Nach Artikel 22quinquies Absatz 4 hat die Heilanstalt andererseits das Recht, für ausserkantonale Versicherte eine höhere Behandlungspauschale zu verlangen.

Es bleibt den Kantonen überlassen, ob sie die ausserkantonale Behandlung ihrer Einwohner mitfinanzieren wollen. In der Praxis kommt dies häufig vor, und zwar bestehen hierfür in vielen Fällen auch Spitalabkommen zwischen den Kantonen. In diesen Abkommen gibt es natürlich verschiedenste Lösungen und nicht nur die Lösung, die den Vertretern des Minderheitsantrages vorschwebt.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	65 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	39 Stimmen

Abs. 2 – Al. 2

Angenommen – Adopté

Abs. 3 – Al. 3

Präsident: Hier liegt ein Antrag von Herrn Seiler vor. Er schlägt Ihnen im Einverständnis mit den Kommissionsbe-richterstattem vor, diesen erst nach Artikel 38bis zu behandeln. Sie sind damit einverstanden.

Art. 38bis

Antrag der Kommission

Abs. 1

Mehrheit

Die jährlichen Beiträge des Bundes nach den Artikeln 35 bis 38 werden durch einfachen Bundesbeschluss jeweils für drei Jahre festgesetzt.

Minderheit

(Bratschi, Borel, Egli-Winterthur, Gloor, Meyer-Bern, Neukomm, Zehnder)

... werden durch einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss jeweils für drei Jahre festgesetzt.

Abs. 2

Vom jährlichen Gesamtbetrag werden die Beiträge nach den Artikeln 36, 37 Absatz 2 und 37bis nach den Aufwendungen und Prämienausfällen im vorangegangenen Kalenderjahr ausgerichtet.

Abs. 3

Die Höhe der jährlichen Beiträge nach den Artikeln 35, 37 Absatz 1 und 38 Absatz 3 wird im Bundesbeschluss festgesetzt.

Abs. 4

Der Beitrag nach Artikel 36bis bestimmt sich aus der Differenz zwischen dem jährlichen Gesamtbetrag und den übrigen Beiträgen des Bundes nach den Artikeln 35 bis 38.

Antrag Seiler

Abs. 1

Nach Entwurf des Bundesrates

Abs. 2

Die jährlichen Beiträge des Bundes nach den Artikeln 35, 36bis und 37 Absatz 1 betragen insgesamt 18 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen in der Grundversicherung für Krankenpflege im Vorjahr unter Abzug der Verwaltungskosten und der Einnahmen aus Kostenbeteiligungen. Die auf die einzelnen Beitragsarten entfallenden Beträge werden vom Bundesrat nach Anhören der Kassen festgelegt. Der Beitrag nach Artikel 36bis hat mindestens zwei Drittel der nach den gleichen Grundsätzen berechneten und um die Kosten der Mutterschaftsleistungen verminderten Mehrkosten der Frauen zu decken.

Abs. 3

Streichen

Abs. 4

Streichen

Art. 38^{bis}

Proposition de la commission

Al. 1

Majorité

Les subsides annuels alloués par la Confédération en vertu des articles 35 à 38 sont fixés par arrêté fédéral simple valable trois ans.

Minorité

(Bratschi, Borel, Egli-Winterthur, Gloor, Meyer-Berne, Neukomm, Zehnder)

... par un arrêté fédéral de portée générale valable trois ans.

Al. 2

Les subsides alloués sur la base du montant global annuel et en vertu des articles 36, 37, 2^e alinéa, et 37^{bis} sont fixés d'après les dépenses et les cotisations manquantes de l'année civile précédente.

Al. 3

Le montant des subsides annuels alloués en vertu des articles 35, 37, 1^{er} alinéa, et 38, 3^e alinéa, sont fixés dans l'arrêté fédéral.

Al. 4

Le subside alloué en vertu de l'article 36^{bis} est déterminé par la différence entre le montant global annuel et les autres subsides de la Confédération, en vertu des articles 35 à 38.

*Proposition Seiler**Al. 1*

Selon projet du Conseil fédéral

Al. 2

Les subsides annuels alloués par la Confédération en vertu des articles 35, 36^{bis} et 37, 1^{er} alinéa, s'élèvent au total à 18 pour cent des dépenses engagées l'année précédente par les caisses-maladie au titre de l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques, sous déduction des frais administratifs et des participations aux frais. Les montants affectés aux divers types de subsides sont fixés par le Conseil fédéral après consultation des caisses. Le subside alloué en vertu de l'article 36^{bis} devra couvrir au moins deux tiers des dépenses supplémentaires des assurées calculées selon les mêmes principes et diminuées des frais afférents aux prestations en cas de maternité.

Al. 3

Biffer

Al. 4

Biffer

Zehnder, Sprecher der Minderheit: Für die Minderheit wird in diesem Artikel eine staatspolitisch bedeutungsvolle Frage aufgeworfen. Es geht um den einfachen oder allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss beziehungsweise um die abschliessende Kompetenz der eidgenössischen Räte oder die Referendumsmöglichkeit und damit allenfalls die Mitsprache des Stimmvolkes.

Nach dem Geschäftsverkehrsgesetz Artikel 6 sind befristete Erlasse, die rechtssetzende Normen enthalten, in Form des allgemeinverbindlichen Bundesbeschlusses zu kleiden. Die Praxis der Räte bezüglich dieser Rechtsform war in den letzten Jahren schwankend; ich erwähne nur zwei Beispiele: Im Bundesbeschluss über die fünfte Beitragsperiode nach dem Hochschulförderungsgesetz vom 23. März 1984, in Artikel 7, ist festgelegt: «Dieser Bundesbeschluss ist allgemeinverbindlich, er untersteht dem fakultativen Referendum.» Rechtsgrundlage dafür ist das Bundesgesetz vom 28. Juni 1968 über die Hochschulförderung. Der befristete Erlass des Bundesbeschlusses enthält also kaum eine rechtssetzende Norm. Die Räte entschieden sich trotzdem für einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss.

Zweites Beispiel: Der Beschluss über eine vorübergehende Erhöhung der Zahl der Ersatzrichter und Urteilsredaktoren am Bundesgericht vom 27. März 1984 enthält ebenfalls die Möglichkeit des Referendums. Er wurde auch in einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss gekleidet.

Diese beiden Beispiele – vermutlich zusammen mit noch anderen – zeigen, dass unsere Praxis schwankend, vielleicht sogar unsicher ist, dass die Beitragsbeschlüsse des Bundes aber von grosser politischer Wichtigkeit und Reichweite sind.

In unseren Krankenkassen oder Versicherungen sind heute rund 97 Prozent der Bevölkerung eingegliedert. Sie sind von den Entscheiden über die Bundesbeiträge direkt betroffen. Sie sollen daher notfalls auch die Möglichkeit der Mitspra-

che haben. Die freiwillige Krankenversicherung steht und fällt mit der Abgeltung der sozial- und familienpolitischen Auflagen durch den Bund. Die Bundesbeiträge nach Artikel 35 bis 38 haben eine derart wichtige Funktion, dass man ihre Höhe nicht völlig unabhängig vom Volkswillen festsetzen darf, auch dann nicht, wenn die Finanzlage des Bundes noch schlechter als heute sein sollte. In Notsituationen hat sich unser Volk noch immer vernünftig gezeigt, so dass wir nicht mit einem einfachen Bundesbeschluss über die Köpfe hinweg regieren müssen.

Eine Notwendigkeit, dem Parlament die umfassende Kompetenz eines einfachen Bundesbeschlusses zu geben, besteht hier nicht. Hingegen gefährden wir die ganze Vorlage, wenn wir dem Volk die Mitsprache in dieser äusserst wichtigen Frage verweigern wollen. Der staatspolitische Schaden, der mit dem einfachen Bundesbeschluss angeordnet wird, ist ernst zu nehmen. Es heisst ja nicht umsonst: «Die in Bern oben machen sowieso, was sie wollen.» Stellen wir deshalb die Glaubwürdigkeit des Parlamentes unter Beweis und lassen wir dem Stimmbürger bei der Krankenversicherung die gleiche Mitsprache wie bei der AHV und der IV. Dort kann das Parlament den Anteil der öffentlichen Mittel auch nicht unter Ausschluss des Referendums festsetzen.

Noch ein Hinweis: Dass die Krankenkassen einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss als für sie unumgänglich betrachten, dürfte verständlich sein und ist vor allem ernst zu nehmen.

Ich bitte Sie daher, der Minderheit zuzustimmen.

Seller: Eine Vorbemerkung: Ich bin nicht der Meinung, dass man die Probleme der Gesundheitskosten damit lösen kann, dass man immer mehr Geld hineinbuttert. Ich bin aber ebenso wenig der Ansicht, dass der Versicherte den Schwarzen Peter behalten soll, nachdem der Gesetzgeber nicht in der Lage ist, die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen.

Der Patient als schwächstes Glied der Kette darf nicht der einzige Zahlmeister einer teuren und immer teurer werdenden Gesundheitsindustrie der Ärzte, Zahnärzte und Spitäler sein. Dies zu verhindern, ist der Zweck meines Antrages. Ich verrate Ihnen sicher nichts Neues, wenn ich sage, dass das weitere Schicksal dieser Vorlage weitgehend von einer befriedigenden Finanzierung, insbesondere von der Regelung der Beiträge der öffentlichen Hand für die sozialen Auflagen, abhängt.

Das Krankenversicherungsgesetz auferlegt den Krankenkassen Vorschriften zugunsten einzelner Versichertengruppen. Diese bewirken, dass die Versicherten geringere Prämien leisten, als es ihren tatsächlichen Kosten entspräche. Es müssen also Kosten innerhalb der Krankenkassen umverteilt werden, und dies ist in einer freiwilligen Krankenversicherung mit freier Wahl des Arztes und freier Wahl der Krankenkasse nur beschränkt möglich. Wenn der Gesetzgeber Bund den Krankenkassen sozial- und gesellschaftspolitische Auflagen macht, dann muss er einen wesentlichen Beitrag an die Kosten leisten. Tut er dies nicht oder eben in unzureichender Weise, dann wandern die guten Risiken ab und den sozialen Krankenkassen bleibt das Monopol der schlechten Risiken. Solche Erscheinungen kennen wir bereits heute. Sie wurden durch die Kürzung der Bundesbeiträge und die Kosteninflation ausgelöst.

Die Kosten für die Frauen – um nur ein Beispiel zu nennen – sind um rund 1 Milliarde höher als diejenigen für die Männer. Es liegt nun jenseits von Gut und Böse, die Frauen mit diesen Mehrkosten und entsprechenden Prämien belasten zu wollen. Den Frauen ihre Mehrkosten aufbürden, wollen wir nicht; die Männer entsprechend mehr zahlen lassen, können wir nicht. Eine Angleichung der Prämien von Frau und Mann bedingt deshalb, dass die Kostendifferenz durch öffentliche Mittel ausgeglichen wird, und zwar nicht nur zu ungefähr 40 Prozent, wie das die Kommission und der Bundesrat vorsehen.

Weitere enorme Kostenverlagerungen bewirkt auch die Bestimmung des Gesetzes, dass jedes Krankenkassenmit-

glied in der Prämiengruppe seines Eintrittsalters, allenfalls in der untersten Gruppe für Erwachsene verbleibt, sofern es die Kasse nicht wechselt. Etwa 60 Prozent der Krankenkassenmitglieder leisten die gleiche Prämie wie Personen, die der Kasse im Alter zwischen 20 und 35 Jahren beitreten. Je nach Kasse kann dieser Anteil noch erheblich höher sein. Ein 20jähriger Mann kostet die Kasse im Durchschnitt etwa 220 Franken, ein 70jähriger aber gegen 1800 Franken, und beide bezahlen die gleiche Prämie. Folglich muss die Prämie für den Jungen wesentlich höher als effektiv notwendig angesetzt werden. Auch hier sind also Umverteilungen nicht in beliebigem Ausmass möglich, kann man die Solidarität nicht überstrapazieren. Daher muss sich der Bund auch an diesem Kostenausgleich beteiligen. Es ist aber praktisch unmöglich, die Auswirkung dieser Prämienbestimmung zu ermitteln, weil die Verhältnisse bei jeder Kasse wieder anders sind. Abschätzen kann man jedoch, wie hoch etwa die Mehrkosten der älteren Versicherten sind. Wenn wir annehmen, dass von den über 65jährigen etwa 85 Prozent versichert sind, dann betragen die Mehrkosten gegenüber den 16- bis 65jährigen rund 850 Millionen Franken pro Jahr. Daran leistet heute der Bund etwa 120 Millionen Franken; der Rest muss – wie gesagt – umverteilt werden. Nach dem Beschluss der Mehrheit der Kommission soll vom Parlament in eigener abschliessender Kompetenz ein Globalbetrag zur Finanzierung aller gesetzlichen Auflagen, die weitestgehend den sozialen Gehalt dieses Gesetzes überhaupt erst ausmachen, festgesetzt werden. Massgebend wird dabei nicht sein, was diese Auflagen kosten, sondern was man dafür aus der Bundeskasse opfern will. Das geht an der gesetzlichen Bestimmung der sozialen Ausgestaltung dieser freiwilligen Krankenkassen vollständig vorbei und führt früher oder später zum Ruin dieses Systems. Die ansonsten hochgepriesene private Vorsorge wird mit der Revision der Krankenversicherung torpediert, wenn bei den Bundesbeiträgen keine vernünftige Lösung gefunden werden kann. Ausserdem – ich bitte das zu beachten – ist der Vorlage das Referendum der Krankenkassen sicher. Es ist doch ganz klar, dass die Krankenkassen nicht auf ein Gesetz einschwenken können, das in keiner Weise eine Garantie dafür bietet, dass die aus den gesetzlichen Auflagen entstehenden Kosten vom Bund angemessen mitfinanziert werden.

Ich ersuche Sie daher, die Beiträge des Bundes, die ja gemäss Artikel 38ter hälftig von den Kantonen aufgebracht werden sollen, für den Ausgleich der Mehrkosten der Betagten und der Behinderten (gemäss Art. 35), für den Ausgleich der Mehrkosten der Frauen (Art. 36bis) und für die Prämienreduktionen bei Familien mit ein bis zwei Kindern (gemäss Art. 37 Abs. 1) in einem Prozentsatz der Pflegekosten im Gesetz zu verankern. Dieser Prozentsatz soll sich auf die effektiven Ausgaben der Krankenkassen für Pflegekosten beziehen, also die Verwaltungskosten nicht berücksichtigen und nur die gesetzlichen Pflichtleistungen umfassen. Ausserdem sind die Einnahmen der Krankenkassen aus der Kostenbeteiligung zu berücksichtigen. Auf dieser Basis erscheint ein Beitrag von 18 Prozent der Kosten – das ist mein Vorschlag – zur Finanzierung dieser Auflagen in einem tragbaren Mass knapp genügend.

Wie wirkt sich das aus? Ein Betrag von 18 Prozent der bereinigten Kosten des Vorjahres, siehe Tabellen 8 und 9, ergibt für 1986 einen Betrag von 809 Millionen Franken. Davon werden 666 Millionen Franken gebraucht, um eben diese zwei Drittel der Mehrkosten der Frauen auszugleichen. Der Rest ist für die Beiträge zum Ausgleich der Alters- und Behindertenmehrkosten sowie für die Kinder zu verwenden. Zu diesen 809 Millionen kommen dann die 198 Millionen für die Mutterschaftsleistungen und 55 Millionen für den Prämienersatz bei kinderreichen Familien hinzu. Insgesamt müsste der Bund damit im zweiten Jahr des Inkrafttretens 1062 Millionen Franken leisten.

Nach den Ausführungen des Bundesrates bei der Beantwortung der Motion Zehnder hätten die Krankenkassen aufgrund der heute geltenden Regelung mit Subventionsansätzen, die aus dem Jahre 1976 datieren, für 1986 Anspruch auf

942 Millionen Franken, bei Wegfall der linearen Kürzung sogar auf 992 Millionen Franken. Sie können sicher sein, dass sich die Krankenkassen mit den 903 Millionen Franken der Kommission nicht werden einverstanden erklären. Von den 20 Millionen Franken zugunsten der einzelnen Kantone haben die Krankenkassen zudem nichts.

Für den Bundeshaushalt bedeutet mein Antrag einen Mehraufwand von 70 Millionen Franken gegenüber der geltenden Regelung und von 139 Millionen gegenüber der unakzeptierbaren Lösung der Kommissionsmehrheit.

Ich bitte Sie, bei Absatz 1 dieses Artikels 38bis dem Antrag des Bundesrates zu folgen und in bezug auf Absatz 2 meinen Antrag zu unterstützen. Damit wäre eine Voraussetzung geschaffen, um diese sozialen Auflagen, die wir mit diesem Gesetz den Krankenkassen machen, auf eine vernünftige und von den Krankenkassen akzeptierbare Grundlage zu bringen.

Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

Ziegler: Wir haben bei der Beurteilung der Finanzierungsfrage davon auszugehen, dass das Krankenversicherungsgesetz am System der freiwilligen, individuellen Krankheitsvorsorge die notwendigen sozial- und gesellschaftspolitischen Korrekturen anbringt, d. h. Frauen sollen nicht wesentlich höhere Prämien leisten müssen als Männer. Bei Familien werden die Beiträge zusätzlich durch die Ermässigung der Kinderprämien reduziert. Die ältere Generation soll ihre erhöhten Krankenkosten nicht selbst voll finanzieren müssen, und bei den Behinderten gilt Prämienungleichheit mit den Nichtbehinderten. Diese Korrekturen sind unerlässlich, sie kosten jedoch zwangsläufig viel Geld. Diese Sozialkosten können aber nicht beliebig auf die Kassenmitglieder überwälzt werden, woraus folgt, dass der Bund mindestens einen wesentlichen Teil der Kosten der Sozialauflagen mittragen muss. Nun stellen wir aber fest, dass der Bund seine Verpflichtungen gegenüber den Krankenkassen seit 1974 progressiv abgebaut hat. Heute sind wir bereits soweit, dass wir die Beiträge im Voranschlag mehr oder weniger willkürlich, ohne Rechtsgrundlage, festsetzen. Es sei darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen einer Festsetzung der Bundesbeiträge durch einfachen Bundesbeschluss nicht zustimmen werden.

Die Krankenkassen beharren auf ihrer Forderung nach einem anteilmässig konstanten und angemessenen Mittragen der Sozialauflagen durch den Bund. Diese Forderung wird von weiten Volkskreisen nachhaltig unterstützt. Das beweisen die weit über 300 000 Unterschriften, mit denen die Krankenkasseninitiative alle bisherigen Unterschriftenrekorde gebrochen hat. Diese eindruckliche Willenskundgebung zeigt mit aller Deutlichkeit, dass es so wie bisher nicht weitergehen kann, auch nicht in Sachen Bundesbeiträge. Die Krankenkassen tragen übrigens ganz wesentlich dazu bei, dass auf freiwilliger Basis Soziallasten in Milliardenhöhe von den Versicherten selbst getragen werden. Die Kassen und die Versicherten bewahren den Bund davor, dass er für die Deckung von Defiziten in der Krankenversicherung aufkommen muss. Artikel 38bis der Revisionsvorlage muss Gewähr bieten, dass nicht abgebaut, sondern solidarisch mitgetragen wird. In dieser Richtung bringt der Antrag Seiler eine gewisse Garantie für die Krankenkassen, dass das Gleichgewicht zwischen Solidaritätsleistungen der Versicherten und Lastenausgleichsbeiträgen des Bundes konstant bleibt.

Wenn schon die Kostenbeteiligung indexiert wird, dann müssen auch die Bundesbeiträge zur Abgeltung der Sozialauflagen in einem Prozentsatz der Ausgaben der Krankenkassen verbindlich fixiert werden.

Ich ersuche Sie, den Antrag der Mehrheit abzulehnen und den Anträgen Seiler zuzustimmen.

Basler: Wir machen nun denselben Fehler, den die Kommission schon einmal gemacht hat, nämlich dass sie Anträge gehört und ihnen zugestimmt hat, ohne genau zu wissen, welches die Kostenfolgen sind. Wir haben das in der Kommission nicht besprochen.

Ich habe mir überlegt, was das kostet. Ich komme auf andere Zahlen als diejenigen, die ich eben von Kollege Seiler gehört habe, denn der Kommissionspräsident, Kollege Eggli, hat einleitend die Posten bekanntgegeben, die wir gemäss Sofortprogramm für Artikel 35, 36bis und 37 Absatz 1 vorgesehen haben: Das wären 650 Millionen Franken. Gemäss Tabelle 9 sind die Nettokosten der Krankenkassen, von denen Herr Seiler nun ausgeht, 5122 Millionen Franken, wovon gemäss seinem Antrag 432 Millionen Verwaltungskosten abgehen; 18 Prozent davon sind bereits 850 Millionen, also rund 200 Millionen mehr als die dafür im Sofortprogramm vorgesehenen 650 Millionen. Das geht einfach finanzpolitisch nicht mehr. Es ist in einem gewissen Sinne auch unsozial, bei unserer hohen Staatsverschuldung pro Jahr derart viel mehr zu verlangen – samt einem Automatismus zur Steigerung der Bundesbeiträge. Wir müssen bei den Investitionen für die Zukunft ja auch zurückstecken. Wir sorgen uns um die Mehrausgaben zur Stärkung der schweizerischen Wirtschaft; Paket II verlangt nur einen Fünftel des jährlichen Mehrbedarfs an Bundesmitteln, und da sollte der Konsum – und das sind eben auch Konsumbereiche – nicht derart aufgestockt werden.

Für Auslandferien bezahlen die Schweizer offenbar gleich viel wie für die Krankenkassen, nämlich 6,3 Milliarden Franken pro Jahr. Also ist es nicht in Ordnung, hier weiter zu entlasten, ausgenommen die wirtschaftlich Schwächeren und die wirklich Bedürftigen. Dazu dienen die Beiträge der Kantone gemäss Artikel 38.

Offenbar scheiden sich hier die Geister an der Finanzierung, wie ich eben aus dieser Referendumsdrohung gehört habe. Kollege Seiler hat bereits die Ausführungsgesetzgebung zu einem Verfassungsartikel hier verpackt, wie ihn die Krankenkasseninitiative vorsieht. Es heisst dort: «Der Bund richtet den Krankenkassen Beiträge aus zur Abgeltung der ihnen durch Verfassung und Gesetz auferlegten sozial- und gesellschaftspolitischen Verpflichtungen.» Wir sind der Ansicht, dass der Bund nicht länger seine für das Krankenversicherungswesen zur Verfügung gestellten Steuergelder derart einsetzen soll, wie bis anhin, sondern gezielter für die wirtschaftlich Schwachen. Diesbezügliche Finanzierungsmodelle sind von den Privatversicherten und von Dr. Gygi einmal vorgeschlagen worden. Nur mit Stichtenscheid des Präsidenten wurde in der Kommission eine Rückweisung der gesamten Teilrevision an den Bundesrat verhindert, der einen sozialpolitisch noch wirksameren und sparsameren Mitteleinsatz vorzusehen hätte, als wir ihn sogar im Sofortprogramm vorlegen.

Zu dieser Krankenkasseninitiative wird das letzte Wort der Bürger haben. Er ist nicht nur Mitglied einer Krankenversicherung. Viele sind auch Erwerbstätige, die um so mehr Steuern zu entrichten haben, je mehr der Bund eben Beiträge ausschütten muss.

Ich ersuche Sie, den Antrag Seiler aus diesen Gründen abzulehnen.

Bonny: Ich möchte zum Antrag der Minderheit zu Artikel 38bis Stellung nehmen, dem Antrag, der von Kollege Zehnder vertreten wurde. Ich beantrage Ihnen, diesen Antrag abzulehnen und der Mehrheit zuzustimmen. Dabei möchte ich weniger mit krankenversicherungsbezogenen Gründen argumentieren, sondern mehr aus einer allgemeinpolitischen Sicht.

Die Minderheit schlägt uns bekanntlich vor, die jährlichen Beiträge des Bundes sollten nicht durch einfachen Bundesbeschluss jeweils für drei Jahre, sondern durch einen allgemeinverbindlichen Bundesbeschluss festgesetzt werden. Dazu hätte ich drei Bemerkungen:

1. Eine Zustimmung zu diesem Minderheitsantrag würde einen Schritt in Richtung eines allgemeinen Ausgabenreferendums bedeuten. Eine solche Politik wollen wir – jedenfalls aus meiner Sicht – nicht. Wir haben eine entsprechende Regelung zwar im Hochschulbereich, die ich eigentlich als einen Sündenfall betrachte. Am Horizont zeichnet sich zudem bereits das Rüstungsreferendum ab, das von der SP Schweiz durch eine Initiative postuliert wird. Ich glaube, wir

– jedenfalls jene, die ein solches Rüstungsreferendum nicht wollen – müssen aufpassen, dass hier nicht ein Präjudiz statuiert wird.

2. Ich glaube, dass eine Zustimmung zum Minderheitsantrag auch einen neuen Schritt in Richtung einer weiteren Politisierung des schwierigen Problems Krankenversicherung bedeuten würde. Die Möglichkeit, ein solches Referendum anzudrohen und zu ergreifen, wenn wir die jährlichen Beiträge des Bundes nach den Artikeln 35 bis 38 festlegen, würde selbstverständlich auch schon auf die Beratungen im Parlament abfärben. Nachdem wir ja alle miterleben, wie schwierig es ist, eben hier zu einem Konsens zu kommen, würde eben diese Konsensfindung dadurch noch schwieriger gemacht. Ich gestatte mir hier die Anschlussbemerkung, dass ich an sich bedaure, dass jetzt auch noch parallel eine sozialdemokratische Initiative und die Initiative der Krankenkassen laufen. Ich bin überzeugt, dass uns durch diese beiden Initiativen der Ausweg aus unserer verzwickten Situation nicht leichter gemacht wird.

3. Theoretisch bestünde bei einer Annahme dieses Minderheitsantrages die Möglichkeit, alle drei Jahre ein Referendum zu ergreifen, und wir müssten auch theoretisch alle drei Jahre mit einer entsprechenden Volksabstimmung rechnen. Nun wissen wir genau, wie sehr der Fahrplan heute überlastet ist. Der Bundesrat hat alle Mühe, überhaupt die Volksabstimmungen, die wir durchführen müssen, terminlich zu placieren. Meines Wissens ist bereits das Jahr 1985 vollkommen ausgelastet. Man steckt schon in den Terminen von 1986. Generell müssen wir achtgeben, dass wir unsere Referendumsdemokratie, zu der wir alle stehen, nicht strapazieren. Auch der Bürger selber will in dieser Beziehung nicht überfordert werden. Aus dieser staatspolitischen Sicht meine ich, dass wir durch eine Zustimmung zum Minderheitsantrag der Referendumsdemokratie einen schlechten Dienst leisten. Ich sage deshalb: Wehret den Anfängen! Ich bitte Sie, den Minderheitsantrag abzulehnen.

M. Gautler: En raison des circonstances que vous connaissez, je n'ai pu m'exprimer sur les trente-quatre premiers articles de cette loi. Vous n'aurez pas la même chance pour la seconde partie de ce débat. Je voudrais intervenir à propos de l'article 38^{bis} qui, si je comprends bien, fait l'objet de trois propositions: celle de M. Seiler qui voudrait que l'on fixe dans la loi en pourcentage les contributions des pouvoirs publics de manière définitive, ou à peu près; celle de la majorité qui voudrait que ces contributions soient fixées en nombre de millions tous les trois ans par un arrêté fédéral simple et enfin la proposition de la minorité qui souhaiterait la même chose mais au moyen d'un arrêté de portée générale soumis au référendum.

Je voudrais d'abord m'élever contre la proposition de M. Seiler, et ceci pour plusieurs raisons, la première étant une question de principe: je crois que le Parlement doit rester maître de ses décisions, trois ans après trois ans, plutôt que de fixer une fois pour toutes dans la loi un pourcentage de contributions. Seconde raison: je comprends fort bien que les caisses-maladie désirent avoir l'assurance de toucher un certain pourcentage de leurs dépenses, chaque année. Il faut, cependant, aussi penser à l'autre extrémité de la chaîne, c'est-à-dire à la caisse fédérale et aux caisses cantonales, puisque les cantons seront aimablement invités à payer la moitié de ces subventions. C'est pourquoi à mon avis, s'il faut tenir compte de l'état financier des caisses-maladie, il faut aussi tenir compte de l'état des finances publiques: nous ne pouvons pas savoir si dans trois ans, ou dans neuf ans, les finances de la Confédération et celles des cantons permettront de payer 18 pour cent dans une partie des cas, les deux tiers des frais dans une autre.

Enfin, je ne suis pas persuadé que si nous acceptons la proposition de M. Seiler, nous ne provoquerions pas un renchérissement des coûts de la santé. En effet, je crois que lorsque les caisses-maladie, d'une part, les malades de l'autre, ont le sentiment que, quoi qu'il en soit, la Confédération et les cantons sont derrière pour payer une bonne partie

des frais, ils ont tendance à moins freiner les coûts. Or, qui peut freiner les coûts? Ce sont les malades ou les patients – parce que souvent ce ne sont pas des malades, ce sont des gens qui se croient malades – qui peuvent apporter une importante contribution à la diminution des coûts de la santé. S'ils ont l'impression que ce sont les pouvoirs publics qui paient, ils auront beaucoup moins tendance à s'abstenir. En ce qui concerne la proposition de la minorité de la commission, M. Bonny a dit d'excellentes choses tout à l'heure sur le principe qui veut que les crédits d'engagement soient votés par la voie de l'arrêté fédéral simple et non par un arrêté de portée générale. Je ne reviens pas sur les propos de M. Bonny mais je voudrais ajouter cette question: que se passerait-il sur le plan pratique si un référendum était lancé contre un arrêté de portée générale fixant pour trois ans la contribution fédérale et cantonale aux dépenses des caisses-maladie? Comment feraient les caisses-maladie – et là je serais heureux de savoir ce qu'en pensent leurs représentants – en n'étant plus fixées pendant de nombreux mois, probablement, sur les subventions qu'elles peuvent recevoir de la Confédération? Il n'y aurait plus de base légale pour leur accorder des subventions. Si le référendum lancé aboutissait au refus par le peuple de l'arrêté de portée générale, l'on arriverait à une solution de vide total de subventions pour les caisses-maladie. Je ne crois pas que ce soit là le désir de la minorité de la commission, à voir les honorables collègues dont elle est composée!

Telles sont les raisons pour lesquelles, au nom du groupe libéral, je vous invite à voter la proposition de la majorité et repousser celle de la minorité et celle de M. Seiler.

Spälti: Ich will nicht direkt zur Frage einfacher Bundesbeschluss allgemeinverbindlicher Bundesbeschluss Stellung nehmen, möchte aber auf ein Problem zu sprechen kommen, das mit den Bundesbeiträgen zusammenhängt und damit eben doch indirekt den Minderheitsantrag betrifft. Meines Erachtens geht die Frage, ob hier die Referendumsmöglichkeit geschaffen werden soll oder nicht, eben doch am Ziel vorbei. Die Subventionierung der sozialen Krankenversicherung bezweckt ja letztlich, dass die Krankenpflege-Grundversicherung für jedermann finanziell tragbar bleibt. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen alle Mittel der öffentlichen Hand, also auch die Bundessubventionen, gezielt eingesetzt werden, d. h. jenen Krankenkassenmitgliedern zugute kommen, die sie auch tatsächlich brauchen. Heute funktioniert das anders. Die Bundessubventionen an die Krankenkassen werden nicht sozial verwendet. Daran sind aber nicht die Krankenkassen schuld, sondern dies ist die Folge der gesetzlichen Grundlagen. Die Verwendung der Bundesmittel ist deshalb nicht sozial, weil sie unbesehen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherten eingesetzt werden. Zwar sollen die Kassen künftig nicht mehr nur wie bisher reine Kopfbeiträge, sondern auch gezielte Mittel zur Abgeltung der Mutterschaftsleistungen, zur Prämienbefreiung für das dritte und die folgenden Kinder einer Familie, zur Verbilligung der Frauen- und Kinderprämien sowie zum generellen Lastenausgleich erhalten. Doch auch diese gezielten Mittel kommen allen Versicherten zugute, unbesehen, ob es sich um Begüterte oder weniger Begüterte handelt. Dies darf mit Fug als verfehltes Giesskannenprinzip bezeichnet werden.

Eine soziale Verteilung dieser Bundesbeiträge sähe anders aus: Die wirtschaftlich Schwächeren müssten die Mittel der öffentlichen Hand erhalten und nicht diejenigen, die darauf verzichten können. Konkrete Vorschläge, wie dies gehandhabt werden könnte, liegen bekanntlich vor. Sie müssen nicht der Weisheit letzter Schluss sein, aber sie bilden eine Basis. Wenn diese Änderung im Sinne einer wirklich sozialen Finanzierung aufgrund der Bundesbeiträge einmal realisiert ist, was ja bekanntlich auch mit einer Motion angestrebt wird, dann ist eine der verschiedenen notwendigen Grundlagen geschaffen, damit der ständige Druck nach immer höheren Subventionen nachlässt.

Es ist nötig, die Umgestaltung des Finanzierungssystems sofort an die Hand zu nehmen, um bei Ablauf der Über-

gangsfrist eine praktische, nicht diskriminierende soziale Finanzierungslösung zur Verfügung zu haben. Nach der bereits beschlossenen Änderung des Artikels 33 des KVMVG sind die formellen Voraussetzungen in der Rechnungslegung der Krankenkassen bereits vorhanden. Damit will ich sagen, der entscheidende Punkt ist eine rasche Realisierung einer wirklich sozialen Finanzierung der Krankenkassenprämien. Die Schaffung einer Referendumsmöglichkeit löst hier das eigentliche Problem überhaupt nicht, und man kann sich sogar fragen, ob es nicht für die Subventionsempfänger, nämlich die Krankenkassen, letztlich auch kontraproduktiv sein könnte.

Allenspach: Ich spreche zum Antrag Seiler, der auf den ersten Blick harmlos tönt, aber von grosser Tragweite ist. Es sind vor allem drei Punkte hervorzuheben:

1. Dieser Antrag Seiler schafft erneut einen Ausgabenmechanismus. In den Debatten über das Budget oder die Rechnung wird immer wieder Klage geführt, das Parlament habe finanzpolitisch wenig zu sagen, weil der grösste Teil der Bundesausgaben gesetzlich gebunden sei. In den Anträgen des Bundesrates und der Kommissionsmehrheit wird dem Parlament wieder ein grösserer Freiraum für finanzpolitische Entscheidungen geschaffen und damit dem Parlament auch wieder eine grössere finanzpolitische Verantwortung zuerkannt. Wir sollten bereit sein, diese grössere finanzpolitische Verantwortung zu übernehmen und uns nicht hinter einem Ausgabenmechanismus verkriechen.

2. Im Antrag Seiler wird der Grundsatz, je höher die Kosten, desto höher die Subventionen, verankert. Dieser Grundsatz widerspricht Sinn und Geist des Sofortprogrammes, das ja die Kosten dämpfen will. Wenn die Subventionen mit steigenden Kosten automatisch auch immer höher werden, dann wird der Anreiz, Kosten zu sparen, geringer. Unser Hauptproblem ist die Eindämmung der Kostenexplosion. Das sollten inzwischen alle, die sich mit der Krankenversicherung befassen haben, erkannt haben. Aber diese Kostenexplosion bekommen wir nicht in den Griff, wenn wir die Kosten einfach vermehrt auf den Bund umverteilen.

3. Der Antrag Seiler hätte momentan rund 150 Millionen Franken höhere Subventionen zur Folge. 150 Millionen Franken mehr Bundesausgaben sind kein Pappentier, besonders wenn man die leere Bundeskasse ansieht. Es ist natürlich zu einfach zu sagen, der Bund könne gemäss Artikel 38ter die Hälfte dieser Mehrausgaben auf die Kantone überwälzen. Hier stellt sich erstens die Frage, ob die Kantone bereit sind, diese zusätzlichen Ausgaben zu übernehmen, und zweitens ist daran zu erinnern, dass Artikel 38ter erst in Kraft tritt, wenn durch die Neuverteilung der Aufgaben von Bund und Kantonen ein angemessener Ausgleich für die Mehraufwendungen der Kantone auf dem Gebiet der Krankenversicherung erfolgt ist. Wird dem Antrag Seiler zugestimmt, werden die Bemühungen um eine Neuverteilung der Aufgaben von Bund und Kantonen erschwert.

Ich bitte Sie, in diesem Sinne den Antrag Seiler abzulehnen und der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Gestatten Sie mir vorerst noch einige Bemerkungen, auch an Herrn Spälti beispielsweise: Es ist falsch, beim gegenwärtigen System von «Giesskannensubventionen» zu sprechen. Schon anlässlich der Revision 1964, die 1966 in Kraft getreten ist, hat das Parlament ganz bewusst beschlossen, die Beiträge der Frauen dürften bei den Prämien nicht mehr als 10 Prozent betragen. Das übrige habe der Bund abzugelten. Man kann heute sagen – aber ich würde auch diese Aussage falsch finden –, es sei damals ein politischer Fehlentscheid gewesen. Der Entscheid entsprach der politischen Meinungsbildung. Man spricht heute davon, dass die Frauen die gleichen Prämien wie die Männer bezahlen sollten. Wenn man solche politischen Entscheide fällt, muss man auch dazu stehen. Der Vorschlag der PKU war sicher nicht der Weisheit letzter Schluss. Herr Spälti hat das richtig gesehen.

Zu den Anträgen: Herr Zehnder beantragt namens der Minderheit, dass die Beiträge dem fakultativen Referendum unterstellt werden. Ich verstehe die Vertreter, die das beantragen, denn gebrannte Kinder fürchten das Feuer! Unser Parlament hat seit einigen Jahren die faktischen Beitragsverzögerungen beschlossen: Man erhält das Geld ein Jahr später, und es fehlen ständig etwa 700 bis 800 Millionen in den Kassen, für die die Krankenkasse die Bank spielt. Das wird auch in Zukunft befürchtet. Deshalb möchte man diesen Bestandteil dem Referendum unterstellen. Es ist zwar richtig, dass die Mehrheit das durch einen einfachen Bundesbeschluss regeln will, ohne die Möglichkeit des Referendums. Wir tragen die Verantwortung in diesem Parlament, um diesen Entscheid zu ringen. Es wurde sogar noch dargelegt, die Referendumsmöglichkeit könnte sich auch negativ auswirken, wenn einmal die berühmten «Sparonkel» in unserem Rat das Referendum ergreifen, um eine Reduktion des Beitrages zu erwirken. Diese Gefahr besteht natürlich auch. Das sind die Gründe, die die Kommissionsmehrheit dazu geführt haben, diesen Antrag abzulehnen.

Zum Antrag von Herrn Seiler: Hier möchte ich Herrn Basler bitten, seine Zahlen etwas zu korrigieren. Er hat etwas vergessen. Die Gesamtkosten, gerechnet auf 1985, betragen 5 568 000 000 Franken. Von diesen gehen in Abzug: 432 Millionen Franken Verwaltungskosten. Wenn eine 20prozentige Kostenbeteiligung besteht, müssen wir diese auch in Abzug bringen, das beläuft sich auf 836 Millionen Franken. Erst wenn diese beiden Abzüge erfolgt sind, kämen die 18 Prozent von Herrn Seiler; das würde dann noch 809 Millionen machen. Man müsste nämlich die Mutterschaftskosten auch noch in Abzug bringen, dann kommt man auf den Betrag von 4 492 000 000. 18 Prozent davon sind 809 Millionen, und dann kommen die 198 und die 55 Millionen wieder hinzu. Die Schlusssumme beläuft sich auf 1062 Millionen. Das sind die richtigen Zahlen. Herr Seiler will einfach, dass der Prozentsatz gleich bleibt, den die Krankenkassen bzw. die Versicherten erhalten, so dass man immer mit dem gleichen Prozentsatz rechnen kann.

Das hätte verschiedene Vorteile. Das ist zuzugeben. Ein Vorteil wäre: der Bund müsste laufend mehr bezahlen, ebenso die Kantone. Das wäre einerseits ein Vorteil, indem die Kantone und der Bund gezwungen würden, vermehrt zu sparen, insbesondere die Kantone, die bis heute in dieser Beziehung teilweise nicht sehr viel getan haben. Nachteilig wäre, wie das auch hier gesagt worden ist, dass es laufend schwieriger würde, die Kosten im Griff zu behalten, und dass das Parlament seine Budgetfreiheit einschränken würde und den Beitrag nicht mehr alle Jahre anpassen könnte; es wären einfach die 18 Prozent. Damit würden wahrscheinlich die Kantone weniger zum Ergreifen von Sparmassnahmen gezwungen. Dieser indirekte Vorteil läge dem Antrag Seiler zugrunde. Wir sind uns ja einig, dass man bei den Kostenverursachern sparen muss. Aber einer von diesen Kostenverursachern ist der Kanton, und wenn Herr Gautier von eingebildeten Kranken spricht, dann ist einfach festzustellen, dass es auch Ärzte gibt, die eingebildete Kranke sehr gerne behandeln, weil sie nicht viel zu tun geben, aber die Tarife eben unverändert bleiben. Es gibt beides. Wenn die Ärzte alle eingebildeten Kranken nicht mehr behandeln würden, müsste Herr Gautier nicht davon sprechen.

Die Kommission möchte – um nochmals auf den Antrag von Herrn Zehnder zurückzukommen – ganz klar festhalten: Es gibt überall feste Ansätze mit Ausnahme des Prämienausgleichsbeitrages von 440 Millionen. Nur das ist eine Pufferzone, bei der man mehr oder weniger geben kann. Bei den übrigen Beiträgen besteht so oder so keine Referendumsmöglichkeit, sondern wie gesagt nur für diese 440 Millionen, weil diese im Gesetz festgelegt sind. Einzig diese 440 Millionen sind also letztlich noch referendumsfähig, und auch diesen Betrag kann das Parlament schliesslich noch ändern. Das übrige ist im Gesetz geregelt, wie ich es eingangs bereits gesagt habe.

Ich möchte Sie also im Namen der Kommissionsmehrheit bitten, ihren Anträgen zuzustimmen.

M. Dupont, rapporteur: Je vous rappelle qu'avec l'arrêté fédéral simple le référendum n'est pas possible, alors qu'il l'est avec l'arrêté fédéral de portée générale. Les caisses-maladie revendiquent très fermement – elles en font leur cheval de bataille – l'arrêté fédéral de portée générale. Un certain nombre de cantons en font de même, car ils craignent que la Confédération ne restreigne de plus en plus ses subventions en se déchargeant sur les caisses-maladie, c'est-à-dire indirectement sur les assurés et par conséquent sur les cantons.

Ceux qui présentent la proposition de minorité – je ne le sais pas, mais j'interprète – ont vu la possibilité de faire pression, sous la menace du référendum, sur le Parlement et le Conseil fédéral de manière à ne pas abaisser le montant des subventions. Mais, il faut le dire encore une fois, cela vaut aussi dans l'autre sens. Certains se souviennent que M. Otto Fischer avait proposé d'introduire le référendum de portée générale dans l'aide aux universités, non par crainte d'une augmentation des subventions, mais pour les diminuer si le Parlement ou le Conseil fédéral était trop généreux.

En fait, si la majorité de la commission a choisi la formule de l'arrêté simple, c'est en raison d'un principe. Il faut rappeler que les dépenses fédérales sont toujours déterminées par un tel arrêté, sans quoi il faudrait l'introduire dans toute une série de dispositions entraînant des subventions de la Confédération, comme par exemple l'aide au tiers monde. Il faut également souligner que la situation financière de la Confédération doit toujours être examinée et prise en considération lors de la fixation de subsides fédéraux. Mais – le message le fait très largement – il faut aussi rappeler que les participations provenant de la Confédération en faveur des caisses-maladie sont nécessaires au bon fonctionnement de notre système. Or, ces caisses ne peuvent remplir leurs fonctions que si les subventions sont régulièrement versées et périodiquement adaptées à la situation. Cela ne doit pas être automatique, mais examiné compte tenu de l'état financier de la Confédération et de la nécessité de maintenir le critère de solidarité. Je crois qu'il fallait le rappeler. C'est donc pour des raisons strictement de principe appliquées généralement par le Parlement et le Conseil fédéral dans ce domaine que nous vous suggérons de rejeter la proposition de la minorité.

La proposition de M. Seiler est inacceptable, car elle entraînerait une véritable explosion des coûts puisqu'elle élimine pratiquement l'autodiscipline demandée à l'ensemble du secteur médical et des assurés. Ils n'auraient plus aucune raison de s'y astreindre puisqu'on leur garantirait d'avance le pourcentage des dépenses consacrées à la santé. Il s'agit donc dans ce cas d'une atteinte directe à la volonté de recherche d'un frein au coût de la santé du Parlement et du Conseil fédéral. Nous vous proposons, à titre personnel, puisque la commission ne s'est pas réunie, de rejeter la proposition de M. Seiler.

Bundesrat Egli: Der Standpunkt der Regierung: Sie lehnt beide Anträge ab, sowohl den Antrag der Kommissionsminderheit, der von Herrn Zehnder begründet worden ist, wie auch den Antrag Seiler. Die Gründe sind von den Votanten dieser Debatte schon weitgehend dargelegt worden. Ich darf sie kurz zusammenfassen:

Zum Antrag Seiler: Erstens einmal schafft dieser Antrag einen Mechanismus in dem Sinne, dass Subventionen automatisch durch die Ausgaben der Krankenversicherung bestimmt werden. Andere Votanten haben bereits darauf hingewiesen: Bei Budget- oder Rechnungsdebatten beklagt sich das Parlament regelmässig darüber, dass seine Budgetfreiheit durch solche Automatismen eingeschränkt sei. Hier sind Sie nun im Begriff, einen solchen neuen zu schaffen. Zweitens: Die Lösung von Herrn Seiler ist wenig flexibel. Das Parlament entbindet sich seiner Budgethoheit und Budgetfreiheit, und es gibt sie ab an das Gesetz. Das Parlament wird die Ausgaben des Staates nicht mehr nach den momentanen Bedürfnissen bemessen können, sondern ist an das Gesetz gebunden, an die 18 Prozent, die Herr Seiler hier einführen möchte.

Ein drittes Moment: Eine solche Lösung trägt nicht zum Sparen bei, dies ist wiederholt in der Debatte bemerkt worden.

Schliesslich darf ich noch die von uns berechneten Zahlen wiedergeben, zu welchen der Antrag Seiler im Jahre 1985 führen würde. Die Zahlen, wie sie Ihnen vom Herrn Kommissionsreferenten Eggli gegeben worden sind, stimmen annähernd. Der Betrag würde beispielsweise für das Jahr 1985 über eine Milliarde ausmachen. Sie werden mir recht geben, dass für das nächste Jahr eine solche Ausgabe für den Bund unzumutbar ist. Das zum Antrag Seiler.

Nun zum Minderheitsantrag der Kommission, wie von Herrn Zehnder begründet: Hier haben Sie nun die politische Option zu treffen, ob Sie ein fakultatives Finanzreferendum einführen wollen oder nicht. Es gibt für beide Möglichkeiten natürlich Gründe. Aber der Bundesrat lehnt ein solches fakultatives Finanzreferendum ab, weil es als erratic Block in unserer finanzpolitischen Situation stehen würde. Wir kennen einen einzigen Fall – Herr Bonny hat ihn genannt und ihn auch als «Sündenfall» bezeichnet – im Bereiche der Hochschulsubventionen, es ist dies noch ein Andenken an Herrn Otto Fischer, das hier in diesem Rate «durchgeboxt» worden ist. Sonst finden Sie im ganzen finanzpolitischen Bereich der Eidgenossenschaft kein fakultatives Finanzreferendum. Wir möchten auch diese Gelegenheit nicht benutzen, ein solches einzuführen. Sie aber haben die Wahl zu treffen. Der Bundesrat empfiehlt Ihnen, davon abzusehen.

Ein zweiter Grund: Sie wissen, dass das Konkordat auch mit dem Gedanken liebäugelt, ein fakultatives Finanzreferendum zu ergreifen. Demgegenüber ist folgendes zu bemerken: Nach meiner Erfahrung findet bei fakultativen Finanzreferenden, wie sie gelegentlich bei Kantonen rechtens sind, eher das Gegenteil dessen statt, was sich das Konkordat der Krankenkassen davon verspricht. Das Finanzreferendum wird nämlich in der Regel dann ergriffen, wenn der Souverän der Auffassung ist, dass das Parlament seine Budgethoheit strapaziert und übertrieben hat. Es könnte also dieses Finanzreferendum ebensogut in das Gegenteil dessen umschlagen, was sich Herr Zehnder und seine Mitstreiter für diesen Minderheitsantrag vorstellen. Ausserdem wissen Sie auch, wie schwer es ist, das Ergebnis einer Volksabstimmung über ein Finanzreferendum, wenn eine vom Parlament beantragte Ausgabe vom Souverän überprüft werden muss, zu beurteilen, ob nun die Meinung besteht, das Parlament habe zuviel oder zuwenig beschlossen. Auch dieser Grund spricht gegen ein solches Finanzreferendum.

Ich bitte Sie, beide Anträge abzulehnen und der Kommission zuzustimmen.

Abs. 1 – Al. 1

Abstimmung – Vote

Eventuell – A titre préliminaire

Für den Antrag der Mehrheit	109 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	53 Stimmen

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Mehrheit	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Seiler	Minderheit

Abs. 2, 3 und 4 – Al. 2, 3 et 4

Für den Antrag der Kommission	115 Stimmen
Für den Antrag Seiler	54 Stimmen

Präsident: Damit entfällt der Antrag Seiler zu Artikel 38 Absatz 3.

Art. 38ter

Antrag der Kommission

Abs. 1 und Abs. 2 Bst. a und b

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2 Bst. c

... für das Spitalwesen, für die spitalexterne Krankenpflege und für die Verbilligung ...

Abs. 2 Bst. d

Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit

(Meyer-Bern, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthur, Gloor, Neukomm, Vannay, Zehnder)

d. dem Vorhandensein einer bedarfsgerechten verbindlichen Spitalplanung gemäss Artikel 19bis Absatz 6.

Abs. 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 38^{ter}

Proposition de la commission

Al. 1 et al. 2 let. a et b

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2 let. c

... pour les hôpitaux, pour les soins prodigués hors de l'hôpital et pour la réduction...

Al. 2 let. d

Majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Minorité

(Meyer-Berne, Borel, Bratschi, Eggli-Winterthour, Gloor, Neukomm, Vannay, Zehnder)

d. L'éventuelle planification hospitalière, obligatoire et conforme aux besoins, selon l'article 19^{bis}, 6^e alinéa.

Al. 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Abs. 1 und 2 Bst. a, b, c

Al. 1 et 2 let. a, b, c

Angenommen – Adopté

Abs. 2 Bst. d – Al. 2 let. d

Meyer-Bern, Sprecher der Minderheit: Das Gesundheitswesen ist im Bereich der medizinischen Versorgung kantonale geregelt. Die Kranken- und Unfallversicherungen hingegen verfügen, wie die Sozialversicherungs-Gesetzgebung allgemein, über eine gesamtschweizerische Regelung. Wir müssen somit Massnahmen, insbesondere im Bereich der Kostendämpfung, gemeinsam ergreifen. Die beiden Räder-systeme müssen auf Bundes- und Kantonsebene synchron miteinander verzahnt werden, wenn sie nicht leerlaufen sollen.

Artikel 19bis Abs. 6 weist auf die Kompetenz der Kantone hin, die Spitalplanungen zu verwirklichen und verbindlich zu erklären. Gleichzeitig werden die Krankenkassen dann von der Leistungspflicht entbunden, wenn Spitäler stationäre Leistungen anbieten, die aufgrund der jeweiligen kantonalen Spitalplanungen eben bereits abgedeckt sind. Die Kantone können jedoch über das KVMG nicht verbindlich zur Erstellung von Spitalplanungen verpflichtet werden, sie sind aus föderalistischen und verfassungsrechtlichen Gründen dazu nur berechtigt. Es besteht deshalb sowohl für Bund und Kanton als auch für die Krankenkassen und die Patienten ein eminentes öffentliches Interesse, dass die Kantone tatsächlich auch über bedarfsgerechte Spitalplanungen verfügen und solche einreichen und ausweiten. Nur so kann nämlich der beantragte Artikel 19bis Absatz 6 des KVMG seine Wirkung voll entfalten. Wir haben somit ein Junktum zwischen dem erwähnten Artikel 19bis Absatz 6 und dem hier zur Diskussion vorliegenden Artikel 38ter Absatz 2

Buchstabe d vor uns, das im unmittelbaren Interesse von Bund, Kantonen, Krankenkassen und mittel- und längerfristig auch von den Patienten und Spitalern ist.

Man kann nun den Einwand erheben, dass diese Erleichterung, diese Anreizprämie für die Kantone, nicht quantifizierbar sei oder dass es für den Bund schwierig sei, die Bedarfsgerechtigkeit dieser kantonalen Spitalplanungen zu beurteilen. Wenn Sie Artikel 38ter, so wie er nun vor uns liegt, betrachten, stellen Sie jedoch fest, dass nach Absatz 3 der Bundesrat die Einzelheiten nach Anhören der Kantone zu regeln hat. Er ist also verpflichtet, das im Verein mit den Kantonen zu regeln.

Die Bestimmungen in den Buchstaben a, b und c müssen quantifiziert werden. Deshalb glaube ich, dass es auch richtig ist, wenn man bei Buchstabe d quantifiziert.

Die Frage der Spitem-Quantifizierung wird keine leichte Aufgabe sein. Die Kantone haben Planungswerke, die sie verbindlich erklären. Es wird Kennziffern geben. Es wird Durchschnittswerte geben. Die Sanitätsdirektorenkonferenz ist selbstverständlich bereit, hier ebenfalls zur Lösung beizusteuern. Wir haben schliesslich ein (übrigens auch vom Bund mitsubventioniertes) schweizerisches Krankenhausinstitut, das absolut in der Lage ist, derartige Vorstellungen zu quantifizieren.

Wenn wir wirklich wollen, dass diese Kantone bedarfsgerechte und verbindliche Planungen durchführen und durchsetzen, so ist der Hinweis, dass man, wenn die Planung nicht zustande kommt, der Vorzugsprämien verlustig geht, immer wieder eine wirksame Waffe.

In diesem Sinne bitte ich Sie, Artikel 38ter Absatz 2 Buchstabe d zuzustimmen, wie es Ihnen die Minderheit beantragt.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Den Minderheitsantrag, wie er hier vorliegt, müssen wir in Zusammenhang mit einem früheren Artikel betrachten, der den Kantonen die Möglichkeit gibt, verbindliche Spitalplanungen zu erstellen und damit mitzuhelfen, Kosten einzusparen.

Die Mehrheit der Kommission lehnt diesen Minderheitsantrag ab mit der Begründung, die verbindliche Spitalplanung sei ja sowieso geregelt, und es sei nicht nötig, nun noch eine solche Bestimmung aufzunehmen. Für grössere Kantone sind solche Planungen selbstverständlich. Dass aber kleine Kantone solche Spitalplanungen machen, glaube ich eben nicht. Wenn der Minderheitsantrag angenommen wird, müsste man diese Sonderfälle extra berücksichtigen. Aus diesen Überlegungen heraus muss ich Sie bitten, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

M. Dupont, rapporteur: A l'article 19^{bis}, 6^e alinéa, il est stipulé que «les cantons peuvent fixer, sur leur territoire, des planifications obligatoires», et vous avez adopté cette clause le 4 octobre 1984.

Si vous acceptez la proposition de la minorité de fixer un critère supplémentaire pour l'obtention des subventions, cela revient à dire que vous obligez les cantons à faire une planification hospitalière, autrement dit vous transformez le «peuvent» en «doivent». En fait, les cantons n'ont aucune raison de renoncer à une planification hospitalière, mais il faut leur laisser la liberté de l'interpréter et de la faire dans le sens qu'ils le souhaitent car ils doivent – je tiens à le rappeler – participer à raison de 50 pour cent aux subventions à l'assurance-maladie.

Par conséquent, je vous invite à rejeter la proposition de la minorité.

Bundesrat Egli: Es geht hier in diesem Artikel um die Frage der Bemessung der Anteile der Kantone an den Leistungen des Bundes. Sie wissen, dass die Kantone gemäss Aufgabenteilung Bund-Kantone 50 Prozent der Bundessubvention übernehmen sollen, wobei diese 50 Prozent unterschiedlich auf die einzelnen Kantone zu verteilen sind. In diesem Artikel geht es nun darum, die Kriterien festzulegen, nach welchen diese Verteilung vorzunehmen ist. Hierfür benötigt der Bundesrat ganz klare zahlenmässige Kriterien.

In Litera a finden Sie beispielsweise die Leistungen für Krankenpflege als Kriterium, bei Litera b die Abweichung der Leistungen je Versicherten vom schweizerischen Durchschnitt, in Litera c seine Aufwendungen für das Spitalwesen. Diese Zahlen lassen sich alle genau errechnen. Nicht errechnen lässt sich aber, was die Minderheit, angeführt von Herrn Meyer, uns vorschlägt, nämlich die Existenz einer bedarfsgerechten verbindlichen Spitalplanung. Hieraus lässt sich keine Zahl ableiten, und der Bundesrat wüsste auch nicht, wie das Vorhandensein dieser Spitalplanung bei der Berechnung der Kantonsanteile gewichtet werden müsste. Ausserdem verurteilen Sie den Bundesrat dazu, darüber zu befinden, welche Kantone eine bedarfsgerechte Spitalplanung haben und welche nicht. Dieses Urteil möchten wir uns ersparen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	47 Stimmen
Dagegen	82 Stimmen

Abs. 3 – Al. 3

Angenommen – Adopté

Antrag Eggly-Genf

Art. 38quater (neu)

Vor der Festsetzung der Beiträge nach Artikel 39bis Absatz 1 und der entsprechenden Beteiligung der Kantone nach Artikel 38ter Absatz 2 werden die Kantone angehört.

Proposition Eggly-Genève

Art. 38quater (nouveau)

Avant la fixation des subsides selon l'article 38^{bis}, 1^{er} alinéa, et la fixation des participations cantonales respectives selon l'article 38^{ter}, 2^e alinéa, les cantons sont consultés.

M. Eggly-Genève: La raison de mon amendement est très simple. Dès lors que, d'après le projet de loi, les cantons participent obligatoirement, à raison de 50 pour cent aux subsides fédéraux, il n'est que logique et normal qu'ils soient consultés lors de la fixation du montant de ces subsides. Il en va de même lors de la fixation, dans cette enveloppe générale, de la participation de chaque canton. Pour tous les cantons, l'incidence est évidente sur les budgets, sur leur planification financière. Si le financement de l'assurance-maladie commande cette participation des cantons, alors qu'ils soient consultés.

Nous venons d'adopter – peut-être vous en souvenez-vous – ce même principe de consultation des cantons dans le projet de loi réglant l'affectation des droits sur les carburants. En votant mon amendement, vous ne seriez que fidèles à ce que vous avez décidé il y a peu de temps dans une autre loi. Vous ne devriez donc pas avoir de réticence à donner ici ce même droit de consultation aux cantons. Si jamais, aux yeux de certains, cela allait sans dire, cela irait mieux en le disant.

D'ailleurs, Monsieur le Conseiller fédéral, le projet du gouvernement contient à son article 38^{ter} nouveau, chiffre 3, la phrase «Le Conseil fédéral règle les détails, après avoir consulté les cantons». Il s'agit toutefois des détails par rapport aux critères figurant au chiffre 2 de l'article 38^{ter} nouveau. Or, mon amendement vise à établir le principe de la consultation pour tout, y compris pour la fixation du montant global des subsides durant une période de trois ans, puisque celle-ci aura déjà des incidences sur les cantons.

Je pense que les rapporteurs ne s'opposeront pas à cet amendement, eux qui ont toujours soutenu, de la façon la plus large possible, le droit de participation des cantons dans la logique du projet. J'espère qu'il en ira de même du Conseil fédéral. En conclusion, je vous invite à soutenir cet amendement.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich möchte einfach darauf hinweisen, dass Sie bei Artikel 38ter Absatz 3 beschlos-

sen haben: «Der Bundesrat ordnet die Einzelheiten nach Anhören der Kantone.»

Im vorangehenden Artikel ist das enthalten, was Herr Egli-Genf möchte. Wir haben dort klar festgelegt, dass sich die Kantone mit 50 Prozent an den Kosten des Bundes beteiligen. Im Absatz 2 Buchstaben a bis c werden die Einzelheiten festgelegt.

Sollten Sie aber dem Antragsteller zustimmen, ist das überhaupt kein Unglück. Es steht dann einfach ein überflüssiger Artikel im Gesetz.

M. Dupont, rapporteur: J'ai répété à plusieurs reprises, il est vrai, que cette loi avait des chances, non seulement d'aboutir, mais de contribuer à réduire les coûts et à régulariser un certain nombre de problèmes, car elle associe les cantons et leur laisse pleinement leurs parts de responsabilités.

Lorsqu'on fait appel aux cantons pour payer le 50 pour cent des subsides, on ne peut, à mon avis, les consulter seulement pour des détails. Ils sont directement concernés, puisqu'ils paieront la moitié des subventions. Cela est peut-être aussi dans l'intérêt des caisses-maladie, car si les cantons n'obtiennent pas un accord correct avec la Confédération, ce seront en définitive les caisses-maladie et les assurés qui subiront le contrecoup de cette mésentente.

C'est à titre personnel – la commission n'ayant pas abordé cette question – que je vous propose d'accepter l'amendement présenté par M. Egly-Genève.

Bundesrat Egli: Es ist richtig, dass der Antrag Egly-Genf etwas weiter geht als unser Absatz 3 von Artikel 38ter, in dem es heisst: «Der Bundesrat ordnet die Einzelheiten nach Anhören der Kantone.»

Hier ist natürlich gemeint, dass der Bundesrat, bevor er «die Einzelheiten» zu Absatz 2 generell regelt, die Kantone anzuhören hätte. Nach der Auffassung von Herrn Egly-Genf wären indessen die Kantone in jedem einzelnen Fall bei der gesamthaften Festlegung der öffentlichen Beiträge anzuhören. Aber das ist meines Erachtens selbstverständlich. Die Kantone müssen in jedem Fall angehört werden, weil der Bund ja die Leistungen für Krankenpflege, die Abweichungen nach Litera b und dann die Aufwendungen für das Spitalwesen nach Litera c kennen muss. Und die kann er ja nur kennen, wenn er mit den Kantonen in Verbindung tritt und sie anhört.

Ich halte es mit dem Herrn Kommissionsreferenten, dass man dem Antrag von Herrn Egly-Genf an sich zustimmen kann, aber es ist auch meines Erachtens eine überflüssige Bestimmung.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Egly-Genf	43 Stimmen
Dagegen	45 Stimmen

Art. 39

Antrag der Kommission

Abs. 1

Streichen

Abs. 2

Der Bund kann im Bereich der Krankenversicherungen statistische Erhebungen durchführen oder durchführen lassen, insbesondere bei Kassen, Ärzten und Heilanstalten.

Art. 39

Proposition de la commission

Al. 1

Biffer

Al. 2

La Confédération peut procéder ou faire procéder à des enquêtes statistiques dans le domaine de l'assurance-mala-

die, en particulier auprès des caisses, des médecins et des établissements hospitaliers.

Angenommen – Adopté

Art. 39bis (neu)

Antrag der Kommission

Mehrheit

Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Minderheit

(Zehnder, Borel, Bratschi, Egli-Winterthur, Gloor, Neukomm, Vannay)

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2

... Gesundheitspolitik und der Kosteneindämmung. Der Bundesrat ...

Art. 39^{bis} (nouveau)

Proposition de la commission

Majorité

Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Minorité

(Zehnder, Borel, Bratschi, Egli-Winterthour, Gloor, Neukomm, Vannay)

Al. 1

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2

... qui s'y rapportent et sur les moyens permettant de réduire les coûts. Le Conseil fédéral ...

Zehnder, Sprecher der Minderheit: Zusammen mit dem Bundesrat beantragt Ihnen die Minderheit, eine «Eidgenössische Kommission für die Krankenversicherung» zu schaffen. Der Artikel 39bis (neu) gibt die rechtliche Grundlage dazu.

Die Mehrheit will nichts wissen von einer neuen Kommission; sie stellt sich auf den Standpunkt, es gebe genug Kommissionen. Diese Ansicht mag anderenorts eine gewisse Berechtigung haben, aber gerade hier trifft sie nicht zu und ist völlig fehl am Platz: Die Krankenversicherung ist nicht nur sehr breit gefächert, sie ist auch kompliziert. Sie hat sich mit laufenden Veränderungen, die in der Behandlungstechnik sowie im Anbietersektor stattfinden, auseinanderzusetzen, und vor allem trifft sie unsere ganze Bevölkerung. Die Krankenversicherung hat sich insbesondere mit der Kostenentwicklung zu befassen, die erschreckend ist und noch laufend weiter steigt. Die Krankenversicherung ist auch ein markanter Pfeiler in der gesamten Gesundheitspolitik. Sie ist so wichtig, dass eben die Zusammenarbeit innerhalb der interessierten Kreise unerlässlich ist und mit allen Mitteln gefördert werden muss. In diesem Sinne kann eine eidgenössische Kommission wertvolle Dienste leisten und vor allem auch dazu dienen, dass die Gesetzesmaschinerie allenfalls nicht unnötig in Bewegung gesetzt werden muss.

In Absatz 2 beantragt die Minderheit, im bundesrätlichen Text die Worte «und der Kosteneindämmung» einzufügen. Sie will damit unterstreichen, dass diese Kommission die spezielle Aufgabe erhält, kosteneindämmende Massnahmen zu studieren und den zuständigen Stellen zukommen zu lassen, etwa im Sinne der Sparkonferenz, die Bundesrat Hürlimann seinerzeit einberufen hat. Was hier mit grosser Berechtigung verlangt wird – ich nehme an, der Bundesrat hat auch nicht nichts studiert, als er diese Fassung angenommen hat –, ist nicht etwa neu, sondern hat sein gutes Beispiel in unserem grössten Sozialwerk, der AHV und IV, schon längst gefunden. Es darf mit Überzeugung gesagt

werden, diese Kommission habe sich bestens bewährt. Also: Warum nicht auch hier bei der Krankenversicherung? Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

Eggli-Winterthur, Berichterstatter: Ich stelle nur fest, dass die Kommissionsmehrheit diese «Eidgenössische Kommission für die Krankenversicherung» nicht grundsätzlich ablehnt, sondern gefunden hat, das müsse man nicht ins Sofortprogramm aufnehmen. Ich möchte einmal mehr darauf hinweisen, dass die Absicht besteht, nach der Beratung und Inkraftsetzung des Sofortprogramms unverzüglich an eine Totalrevision heranzugehen. Im Zusammenhang mit dieser Totalrevision wäre von dieser Kommission erneut die Rede.

Aus diesen Gründen beantragt Ihnen die Kommissionsmehrheit, diesen Antrag abzulehnen.

M. Dupont, rapporteur: Cette proposition est louable et même acceptable puisqu'elle vise à rechercher les moyens de réduire les coûts de la santé. Cependant la majorité de la commission a estimé que cet article 39^{bis} n'était pas urgent et ne devait donc pas figurer dans le programme que nous traitons actuellement. C'est pourquoi nous vous demandons de rejeter la proposition de la minorité.

Bundesrat Egli: Der Bundesrat stimmt der Kommissionsmehrheit zu, und zwar nicht etwa aus der Überlegung, dass wir diese Kommission nicht möchten. Wir haben sie ja selbst im ursprünglichen Text vorgesehen. Wir sind lediglich der Auffassung, dass es sich hier nicht um ein vordringliches Anliegen handelt, das im Sofortprogramm gelöst werden müsste.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit	42 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	83 Stimmen

Antrag Chopard

Art. 39ter (neu)

Abs. 1

Der Bund erlässt nach Anhören der Kantone, der Kassen und der interessierten Berufsverbände Vorschriften über die Erteilung eines Diploms an Personen, die in Kassen tätig sind.

Abs. 2

Die Durchführung der Prüfung erfolgt durch geeignete Organisationen der Kassen.

Abs. 3

Das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement beaufsichtigt die Prüfungen.

Proposition Chopard

Art. 39ter (nouveau)

Al. 1

La Confédération édicte, après avoir consulté les cantons, les caisses et les associations professionnelles concernées, des prescriptions ayant trait à la délivrance d'un diplôme aux employés des caisses.

Al. 2

L'organisation des examens est confiée aux organismes ad hoc représentant les caisses.

Al. 3

Le Département fédéral de l'économie publique assure la surveillance des examens.

Chopard: Die unerfreuliche Geschichte der eidgenössischen Anerkennung der beruflichen Aus- und Weiterbildung der Krankenkassenangestellten sollte beendet werden. Ich unterbreite Ihnen deshalb den Antrag zu einem Artikel 39ter (neu).

Ursprünglich glaubte man, die grundsätzlich dem Versicherungsaufsichtsgesetz unterstellten Krankenkassen gleich behandeln zu können wie die privaten Versicherungsgesellschaften. Deren Angestellte können aufgrund des Berufsbildungsgesetzes ein vom Bund erteiltes Diplom erwerben. Das Justizdepartement lehnte diese Regelung jedoch ab. Die gesetzliche Grundlage für die Anerkennung der Ausbildung im Krankenkassenwesen müsse sich vielmehr auf Artikel 34bis der Bundesverfassung abstützen. Bei der hängigen Revision des Krankenversicherungsgesetzes gelangte das Konkordat der Krankenkassen denn auch an die Kommission mit der Bitte, diese Angelegenheit endlich zu regeln und im Krankenversicherungsgesetz einen Bildungsartikel aufzunehmen. Wie mir aus den Reihen der Kommission bestätigt wurde, bestand die Bereitschaft hierzu durchaus. Die Verwaltung wurde beauftragt, das Bedürfnis eines Diploms für Krankenkassenangestellte und damit zusammenhängende Fragen abzuklären. Diese Abklärung ist sehr sorgfältig und in Zusammenarbeit mit dem Biga vorgenommen worden. Das Bundesamt für Sozialversicherung unterbreitete der Kommission nebst dem (neuen) Artikel 39ter, den ich Ihnen nun zur Annahme beantrage, einen umfassenden Bericht. Daraus geht hervor, dass die Ausbildungsgänge rund 600 Arbeitsstunden für die Grundausbildung und rund 500 Arbeitsstunden für die Weiterbildung leitender Angestellter der Krankenkassen umfassen. Dazu gehören neben den Bereichen Leistungen, Finanzierung und Tarife auch Kostenüberwachung, Statistik, Strukturanalyse, elektronische Datenverarbeitung und Informatik sowie Koordination mit den übrigen Sozialversicherungszweigen. Aus mir unbekanntem Gründen wurde dieser Bildungsartikel, der dem Bund lediglich die Pflicht zum Erlass von Ausführungsbestimmungen und zur Überwachung der Prüfungen auferlegt, nicht in das Sofortprogramm aufgenommen. Dringlich ist dieser Artikel jedoch offensichtlich, denn derzeit warten bereits über 700 Absolventen der Konkordatslehrgänge auf eine bundesrechtliche Anerkennung ihrer Ausbildung. Ich bitte Sie deshalb, meinem Antrag zuzustimmen, und danke Ihnen dafür.

Allenspach: Der Antrag Chopard betrifft nicht die Krankenversicherung, sondern die Berufsbildung. Es trifft zu, dass das Anliegen, das Herr Chopard vorgetragen hat, auch in der Kommission mehr oder weniger am Rande erörtert worden ist, ohne dass wir aber Gelegenheit hatten, die damit zusammenhängenden Probleme umfassend und endgültig klären zu können. Wir müssen dabei nämlich nicht nur die Frage der Verfassungsgrundlage stellen, wir müssen uns auch über den Sinn oder allenfalls den Unsinn der Zersplitterung unseres Berufsbildungssystems unterhalten. Wenn im Krankenversicherungsgesetz der Bundesrat die Kompetenz erhält, über die Erteilung von Berufs- und Ausbildungsdiplomen für Personen, die im Krankenkassenwesen tätig sind, zu befinden, dann wird er aus Gründen der Gleichbehandlung gleiches bei der nächsten Revision auch für Personen, die im Bereiche der Unfallversicherung tätig sind, tun müssen. Er wird dort den eidgenössisch diplomierten Unfallversicherungsbeamten in Aussicht nehmen müssen. Schliesslich werden wir auch noch den eidgenössisch diplomierten Arbeitslosenversicherungsbeamten und den AHV-Ausgleichsstellenangestellten mit eidgenössischem Fachausweis haben. Bei der übernächsten Steuergesetzrevision wird dann noch die Ausbildung der Steuerbeamten geregelt werden.

Ich unterstütze die Berufsbildung, ich unterstütze die berufliche Weiterbildung. Wenn aber in jedem Spezialgesetz die Grundlagen für spezielle Ausbildungsreglemente und spezielle Berufsdiplome gelegt werden, dann werten wir das umfassende Berufsbildungsgesetz ab, beeinträchtigen das unerlässliche Bemühen, die auseinanderstrebenden Spezialberufe wieder zusammenzufassen; dann vermindern wir auch die Durchlässigkeit zwischen den Berufen und schaffen neue berufliche Ungleichgewichte.

Damit ist die Tragweite des Antrages von Herrn Chopard angedeutet; wir müssen ihn in diesen umfassenden ausbil-

dungspolitischen Zusammenhang stellen. Wir müssen diesen Zusammenhang herstellen, um zu zeigen, was mit einer derartigen Zersplitterung aufgrund eines Präjudizes eintreten könnte. Man müsste darüber hinaus auch den Zusammenhang mit dem eidgenössischen Berufsbildungsgesetz herstellen. Er ist im Antrag von Herrn Chopard nicht enthalten. In der bisherigen Debatte in den Kommissionen hat es an Zeit gefehlt, dies zu erörtern, und dazu fehlt auch heute in diesem Rat die Möglichkeit.

Es wäre deshalb meines Erachtens nicht zu verantworten, quasi aus dem Handgelenk heraus einen solchen Antrag ins Sofortprogramm hineinzunehmen und dabei die von mir geschilderten Konsequenzen in bezug auf die Spezialdiplome und Ausbildungsrichtungen in Kauf zu nehmen. Aus diesen Erwägungen bitte ich Sie, den Antrag Chopard abzulehnen.

Eggl-Winterthur, Berichterstatter: Es ist richtig, dass wir in der Kommission über diesen Antrag nicht beschlossen haben. Aber ich möchte feststellen, dass Frau Ribi, unser damaliges Ratsmitglied, an der Sitzung vom 26. Januar 1983 einen entsprechenden Antrag stellte und sich Herr Bundesrat Egli bereit erklärte, diese Frage zusammen mit dem BIGA abzuklären. Das wurde gemacht, und auf die Sitzung vom 5./6. April 1984 lag ein entsprechender Bericht zuhanden der Kommission vor.

Darin kommt der Bundesrat bzw. das Bundesamt für Sozialversicherung zu folgenden Schlüssen: Bereits seit längerer Zeit sei das Konkordat der Krankenkassen darum bemüht, dass die von ihm durchgeführte Ausbildung durch Abgabe eines Fachausweises oder durch ein Diplom vom Bund anerkannt werde. Es waren bereits über 600 Kursteilnehmer, die jeweils rund 500 Arbeitsstunden für den ersten und für den zweiten Kurs aufgewendet hatten. Dann heisst es in diesem Bericht, das BIGA habe den Krankenkassen empfohlen, sie sollten auf eine entsprechende Ergänzung des KVMG drängen, damit dieser Wunsch erfüllt werden könne. Das BIGA unterstützt diese Bestrebungen des Konkordates und hat auch einen entsprechenden Vorschlag, den Herr Chopard aufgenommen hat, der Kommission unterbreitet. Die Kommission war also mindestens orientiert. In der Subkommission «Sofortprogramm» wurde dann aber beschlossen, nicht darauf einzutreten. Man sagte, man könne das der Totalrevision des KVMG überlassen.

Persönlich möchte ich Ihnen allerdings empfehlen, diesem Antrag zuzustimmen.

M. Dupont, rapporteur: Cette proposition est bonne. Il s'agit en effet d'avoir dans ce secteur du personnel extrêmement bien formé. Malheureusement, je ne suis pas certain que cela corrige le fait qu'aujourd'hui, de plus en plus, les caisses-maladie emploient du personnel qui travaille avec l'informatique. Le reste du travail est fastidieux et ennuyeux et souvent on se contente de personnel qui n'a pas une formation professionnelle poussée. Je ne sais pas si la proposition de M. Chopard peut inverser le fait que de plus en plus ce sont les machines qui sont chargées de traiter l'ensemble des feuilles de maladie. Cet objet ne devrait pas s'inscrire dans le programme d'urgence mais être traité de façon plus approfondie avec les autres articles. Il serait navrant de le rejeter, car le but est louable, et personnellement je souhaiterais que M. Chopard retire sa proposition et qu'elle soit reprise avec les autres articles que nous avons laissés de côté, plutôt que de rejeter purement cette proposition.

Bundesrat Egli: Insbesondere das Votum von Herrn Allenspach bewegt mich zur Feststellung, dass offenbar dieses Anliegen von Herrn Chopard noch nicht nach allen Seiten hinreichend abgeklärt ist. Auf jeden Fall nicht so, dass es in einem Sofortprogramm Eingang finden kann. Sie sollten uns daher dieses Anliegen doch noch einmal überprüfen lassen und nicht jetzt darauf drängen, dass es schon hier im Sofortprogramm untergebracht wird. Ich möchte Ihnen daher eher empfehlen, davon abzusehen.

Chopard: Aufgrund der Zusicherung des Bundesrates, die Angelegenheit noch einmal zu überprüfen, erachte ich es als zweckmässiger, vorläufig auf diesen Antrag zu verzichten.

Ich ziehe ihn in diesem Sinne zurück.

Präsident: Wir kommen jetzt zum Rückkommensantrag, den Ihnen Herr Basler unterbreitet hat: Da je nach Ausgang der Abstimmung darüber die Reihenfolge der Beratungen eine unterschiedliche sein wird, beantrage ich Ihnen, diesen Rückkommensantrag jetzt zu behandeln. Er stützt sich auf Artikel 68 unseres Reglementes. – Sie sind damit einverstanden!

Antrag Basler

Rückkommen auf den Beschluss, die Vorlage in einem Gesetz zu behandeln (Seite 1 der Fahne), und Antrag, die Vorlage in zwei Gesetzesbeschlüsse (A und B) aufzuteilen.

Proposition Basler

Je propose que l'on reconsidère la décision de traiter le projet en une seule et même loi (page 1 du dépliant) et qu'on le divise en deux lois (A et B).

Basler: Ich beantrage Ihnen Rückkommen auf einen Grundsatzentscheid. Die Mehrheit der Kommission wollte die grosse Vorlage in zwei Gesetzesbeschlüsse aufteilen: in einen Teil A, den wir soeben durchberaten haben, und einen Teil B, zu dem wir nun kommen müssen. Eine starke Minderheit, aufgeführt auf Seite 1 unserer Fahne, hat das bekämpft und mit 88 zu 80 Stimmen obsiegt. Ich beantrage Ihnen nun, auf diesen Verschmelzungsentscheid zurückzukommen und die Vorlage in zwei Gesetzesbeschlüsse zu kleiden: Teil A würde dann zum Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung – einschliesslich Erweiterung der Leistungen bei Mutterschaft –, und Teil B wird zum neuen Bundesgesetz über die Krankengeldversicherung inklusive Taggeld bei Mutterschaft.

Teil A ist das eigentliche Sofortprogramm, Teil B hat mit zeitlicher Dringlichkeit nichts zu tun. Er ist jedoch ein neues Sozialversicherungswerk und hilft bestimmt nicht der Kostendämmung im Gesundheitswesen. Neu seit letzten Herbst ist zudem die Erfahrung, dass wir ein derart komplexes Gesamtwerk in einer Session nicht haben zu Ende beraten können. Die Beratung der Gesamtvorlage im Ständerat wird auch länger dauern, als wenn der Ständerat den Teil A allein verabschieden könnte. Auch die Differenzbereinigungen würden für das Multipack langwieriger als für das Sofortprogramm.

Indessen wartet man in den Kantonen auf einen raschen Abschluss dieser Teilrevision; denn die Kantone sind im Gesundheitswesen die Hauptträger. Wir haben die Sanitätsdirektoren mit einbezogen, indem wir uns von ihnen Sparvorschläge unterbreiten liessen. Nun herrschen dort Ratlosigkeit und Rechtsunsicherheiten, und in ähnlicher Lage befinden sich die Krankenkassen.

Deutlicher als letzten Herbst sollte aber auch die Stimmung bei den Bürgern einschätzbar sein. Ich habe sie Ihnen damals beim Artikel 1 Absatz 4 geschildert, als ich die obligatorische Krankentaggeldversicherung bekämpfte. Vom jüngsten Sozialversicherungswerk, der beruflichen Vorsorge, hat man nun genug an Sozialversicherungsbürokratie. Ein neues Versicherungsobligatorium würde wuchtig abgelehnt.

Viele von uns könnten dem Teil A zustimmen, lehnen das Versicherungsobligatorium im Teil B aber entschieden ab; sie sähen sich gezwungen, die Gesamtvorlage abzulehnen, wenn diese Aufteilung nicht doch zustande käme. Auch wenn Sie nun Rückkommen beschliessen, würde ich den Minderheitsantrag auf Nichteintreten beim Beschluss B nicht erneut stellen. Wir haben darüber befunden. Wir kämen somit direkt zum Antrag Allenspach, der eine obligationenrechtliche Lösung für die Lohnzahlung bei Mutterschaft sucht.

Aus all diesen Gründen ersuche ich Sie, Rückkommen zu beschliessen und dann die Aufteilung gutzuheissen.

Zehnder: In der Herbstsession haben wir die Teilung der Vorlage abgelehnt und mit 80 gegen 64 Stimmen das Krankentaggeldobligatorium bejaht. Ich bedaure zutiefst, dass wir kurze Zeit danach die Diskussion wieder von neuem beginnen müssen. Das ist eine bedauernswerte Angelegenheit und der Nachteil aus der unglücklichen und auch fragwürdigen Situation, Vorlagen mit Unterbruch in zwei Sessionen zu behandeln. Hinzu kommt jetzt bei dieser Gelegenheit das missliche Abstimmungsergebnis anlässlich der eidgenössischen Abstimmung im Zusammenhang mit der Mutterschaftsinitiative. Es gibt nun Leute in diesem Saal, die das Gefühl haben, das gebe ihnen das Recht oder sie seien sogar verpflichtet, auf die ganze Angelegenheit zurückzukommen. Hinter dem Rückweisungsantrag liegt nichts anderes als der Wille, das, was schon in der Herbstsession nicht gelungen ist (die Mutterschaftsversicherung bei den einen und die obligatorische Taggeldversicherung bei den anderen) beiseite zu schieben, nicht durchgehen zu lassen. Ich kann einem solchen Vorhaben nicht zustimmen. Es kommt einer Zwängerei gleich, wenn man vor kurzer Zeit eine Vorlage diskutiert und darüber befunden hat und sich nachher dem Beschluss nicht beugen will. Ich nehme ohne weiteres zur Kenntnis, dass Anträge von unserer Seite abgelehnt wurden; ich finde mich damit ab und meine, auch die bürgerliche Seite sollte sich damit abfinden, dass der Rat in der Herbstsession keine Teilung dieser Vorlage beschlossen hat. Der Rückkommensantrag ist meines Erachtens ein unfaires Vorgehen.

Ich erinnere auch an die Ausführungen in der Botschaft, an die klaren Feststellungen der beiden Bundesräte Hürlimann und Egli, ich erinnere aber auch an die zahlreichen parlamentarischen Vorstösse sowie an die Initiativen. Es gibt bei dieser Vorlage drei Hauptpunkte, die unbedingt durchgezogen werden sollten: erstens greifende Kosteneindämmungsmassnahmen, zweitens eine Neuordnung für die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung und drittens die Mutterschaftsversicherung in Verbindung mit der obligatorischen Krankengeldversicherung. Das sind die drei Punkte, die wir zu bereinigen haben, wenn wir einigermaßen auf die Stimme unseres Volkes hören wollen. Was jetzt von Kollege Basler beantragt worden ist, geht ganz genau dahin, dass man das verhindern will. Es gibt keinen stichhaltigen Grund, nur einen dieser Punkte beiseite zu lassen. Ich ersuche Sie daher dringend, diesen Rückkommensantrag nicht zuzustimmen.

Präsident: Artikel 68 des Reglementes sieht über die Frage des Rückkommens keine weitere Diskussion vor, aber wir werden selbstverständlich zwei Abstimmungen durchführen, jetzt dann zunächst über die Frage des Rückkommens und dann eine zweite Abstimmung über den Inhalt des Rückkommensantrages. Dazu ist die Diskussion dann wieder frei.

Wir stimmen über den Rückkommensantrag von Herrn Basler ab.

Abstimmung – Vote

Für den Rückkommensantrag Basler	94 Stimmen
Dagegen	73 Stimmen

Präsident: Nun erfolgt die Diskussion über den Inhalt des Rückkommensantrages. Das Wort hierzu hat Herr Gautier verlangt.

M. Gautier: Je serai très bref, car M. Basler a dit l'essentiel en justifiant sa proposition de revenir.

Il faut se rappeler que depuis que l'article constitutionnel donnant à la Confédération la compétence d'introduire l'assurance-maladie a été voté par le peuple à la fin du siècle dernier, chaque tentative de créer ou de réviser l'assurance-maladie a été difficile, un accouchement laborieux. Il a fallu deux ou trois tentatives pour la LAMA de 1911, et depuis lors

chaque révision s'est heurtée généralement à un référendum et presque toujours au refus du peuple suisse. Si nous voulons faire un travail utile, il faut le faire par petits paquets et non pas sous forme de multi-packs, comme l'a dit tout à l'heure M. Basler. Pour avancer, il faut présenter des petites doses à la fois. Il faut présenter des arrêtés ou des lois fédérales séparées, même si nous les proposons au peuple à la même date.

Il y a là aussi une question de principe et d'unité de la matière. Je sais bien qu'en ce qui concerne la révision d'une loi fédérale, l'unité de la matière n'est pas absolument indispensable. Mais si par hasard il y avait un référendum, si vous demandiez au peuple suisse de se prononcer à la fois sur l'amélioration des soins médico-pharmaceutiques et sur l'introduction d'une assurance indemnité journalière obligatoire en cas de maladie, vous agiriez en quelque sorte de la même manière que certain chef d'Etat d'un pays voisin lorsqu'il procédait à des référendums. C'est de nouveau le principe du multipack.

Il faut laisser au peuple suisse la possibilité de se prononcer séparément sur les deux lois. C'est dans l'avantage des droits du peuple, mais aussi de la loi elle-même, car certains sont opposés à la partie médico-pharmaceutique, d'autres à la partie indemnité journalière, de sorte que si un seul projet englobe le tout, vous cumulerez les oppositions, faisant échouer devant le peuple la loi tout entière. En présentant deux projets distincts, nous avons plus de chances de faire passer soit l'un, soit l'autre, soit les deux.

Pour toutes ces raisons, je vous recommande, comme le groupe libéral l'avait du reste déjà demandé au mois d'octobre et comme nous le redemande M. Basler, de voter deux lois séparées.

Günter: Ein bisschen freut mich ja der Antrag Basler, obwohl ich mit ihm gar nicht einverstanden bin. Ich habe Ihnen in der Eintretensdebatte gesagt, es sei falsch, zu diesem Zeitpunkt darüber abzustimmen, ob man die Vorlage aufteilen soll oder nicht, weil sicher ein Rückkommensantrag kommen werde. Der Rat hat damals mit offensichtlichem Mehr beschlossen, mir nicht recht zu geben. Die Entwicklung freut mich natürlich höchstens in dem Sinne, dass ich das richtig vorausgesehen habe.

Aber, ich glaube, der Zeitpunkt, darüber abzustimmen, ist noch einmal falsch. Zuerst haben wir ganz am Anfang der Beratung darüber abgestimmt, ob wir die Vorlage teilen wollen. Jetzt stimmen wir in der Mitte über das gleiche ab. Es würde mich nicht wundern, wenn am Schluss der Beratung noch einmal ein Rückkommensantrag gestellt würde, weil wichtige Dinge noch nicht behandelt sind. Für die Frage, ob es sinnvoll ist, die Vorlage zu teilen oder nicht, ist es von entscheidender Bedeutung, wie Sie beim Antrag Allenspach stimmen werden. Sollte der Antrag Allenspach durchgehen, was ich befürchte, sehe ich überhaupt nicht mehr ein, warum man noch teilen sollte, weil es keinen zweiten Teil mehr gibt.

Ich beantrage Ihnen, jetzt bei einer gesamtheitlichen Vorlage zu bleiben und erst am Schluss eventuell noch einmal darüber abzustimmen, ob wir sie teilen wollen. Sonst müssen wir sie womöglich am Schluss wieder zusammenlegen, weil es offensichtlich Unsinn ist, mit zwei Vorlagen – wovon die eine kaum mehr etwas enthält – vor das Volk zu treten. Das ist das eine.

Das zweite: Es sieht ganz danach aus, als ob man nach der Volksabstimmung, nach dem grossen Sieg, jetzt davon profitieren will und einige Dinge, die man dem Volk zu tun versprochen hat, nun trotzdem nicht machen will. Die Herren Basler und Allenspach werden hier möglicherweise sogar eine Mehrheit bekommen. Aber so dürfen wir nicht mit dem Volk umgehen. Ich bin auch bei der Minderheit gewesen, die an diesem Abstimmungswochenende schrecklich verlor. Das stört mich nicht. Aber es stört mich, dass Sie Leute dazu gebracht haben, Ihnen zuzustimmen und Sie jetzt versuchen, das auszunutzen, nachdem Sie den Sieg in der Tasche haben.

Es gibt also zwei Gründe, nicht jetzt über die Aufteilung zu

beschliessen. Der erste ist materieller Art: Ich glaube, wir müssen bei dem bleiben, was wir ursprünglich beschlossen haben, sonst täuschen wir das Volk. Zweitens: Auch wenn Sie das nicht tun wollen, wenn Sie teilen wollen, dann tun Sie das doch bitte am Ende der Vorlage, wenn Sie wissen, was wir beschlossen haben, und nicht jetzt wieder mitten in den Beratungen.

Ich bitte Sie, die Vorlage so zu lassen, wie sie jetzt ist, nämlich an einem Stück.

Frau Segmüller: Die CVP hält an den im Sofortprogramm enthaltenen Verbesserungen und Korrekturen fest. Wir schätzen diese nicht gering ein. Die Auffassung, die Herr Günter eben vertreten hat, es sei nichts mehr drin, können wir nicht teilen. In dem, was wir bis jetzt beschlossen haben, ist unter verschiedensten Aspekten einiges drin. Jedenfalls ist nirgendwo ein Konsens in Sicht, der etwas brächte, was darüber hinaus geht. Ob die Taggeldversicherung und das, was wir bis jetzt im Rahmen der Krankenpflegeversicherung beschlossen haben, in einer Vorlage oder in zwei Paketen weiterbehandelt wird, ist von sekundärer Bedeutung. Wir machen daraus keine Glaubensfrage. Wir möchten nämlich am Schluss nicht mit leeren Händen dastehen. Als Rettungsoperation können wir einer Aufteilung allenfalls etwas abgewinnen, respektive wir setzen uns nicht mit allen Mitteln zur Wehr. Entscheidend für uns ist nicht die Form dieser Vorlage, sondern der Inhalt, und vom Inhalt her stehen wir dazu, inklusive zu allen Verbesserungen, die die ganze Vorlage, insbesondere in bezug auf den Mutterschaftsschutz, bringt. Ich bitte Sie daher, den Antrag Basler in diesem Sinne zu interpretieren und nicht als Absage an den Mutterschaftsschutz, was er nämlich nicht primär ist.

Zehnder: Es gibt plausible Gründe, die obligatorische Krankengeldversicherung zusammen mit dem revidierten Teil über die Krankenpflegeversicherung einzuführen und somit das Paket nicht zu teilen. Für viele ist die Revision der Krankenpflegeversicherung keineswegs attraktiv, weil sie kaum etwas von den neuen Leistungen haben, dafür aber eine Kostenbeteiligung um das Doppelte und höhere Prämien leisten müssen. Diesen bringt das Obligatorium der Krankengeldversicherung immerhin Vorteile. Es können bei einem Wechsel der Stelle keine Vorbehalte mehr angebracht werden, wenn damit ein Wechsel des Versicherungsträgers verbunden ist. Eine verlängerte Lohnzahlungspflicht kann nicht mehr dazu führen, dass danach nur noch 60 Prozent des Lohnes versichert sind. Selbständigerwerbende haben die Möglichkeit, sich zu den gleichen Bedingungen zu versichern. Es gibt keine Schwierigkeiten und Versicherungslücken mehr beim Wechsel in der Erwerbsform. Vor allem aber gibt es eine grosse Zahl von Frauen im Dienstleistungsbereich, die sich bei Krankheit und Mutterschaft nicht mehr mit der Lohnzahlungspflicht begnügen müssen.

Wenn das Obligatorium der Krankengeldversicherung torpediert wird, werden Kollektivverträge für die Krankengeldversicherung nur noch mit Krankenkassen abgeschlossen werden können, weil die 16 Wochen Mutterschaftsgeld dann nur für die Krankenkassen Gültigkeit haben, es sei denn, die privaten Gesellschaften ziehen freiwillig gleich, womit die Opposition gegen das Obligatorium und die Teilung dieses Paketes erst recht fragwürdig wird.

Ich sehe also für das Zustandekommen einer Revision der Krankenversicherung nur Vorteile, wenn sie gleichzeitig ein Krankengeldobligatorium beinhaltet. Ausserdem lassen sich die nicht wegdiskutierbaren Lücken und Härten nur so beseitigen.

Ich bitte Sie, lesen Sie doch die Botschaft noch einmal nach, vor allem das, was zu Beginn dieser Vorlage steht. Stimmen Sie also keiner Trennung zu!

Leuenberger Moritz: Es wurde von Herrn Günter und von Frau Segmüller richtig gesagt, dass dieser Antrag in einem engen Zusammenhang mit dem Antrag Allenspach steht. Anlässlich des Abstimmungskampfes um die Mutterschaftsinitiative war der bundesrätliche Vorschlag das grosse Argu-

ment gegen die Initiative. Mit diesem Antrag und demjenigen von Herrn Allenspach wird nun der bundesrätliche Vorschlag doch wieder in Zweifel gezogen. Wir sind nicht so dumm, um diese Strategie hier nicht zu begreifen.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit speziell Ihnen, Frau Segmüller, nochmals in Erinnerung rufen, was Sie hier an diesem Pult 1983 wörtlich gesagt haben: «Die CVP will in der Familienpolitik und besonders in der Frage des Mutterschaftsschutzes Prioritäten setzen. Unsere Priorität heisst, alles daran setzen, dass alle im Zuge der Revision des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes vorgesehenen Leistungen zugunsten der Familie und von Mutter und Kind im besonderen so rasch wie möglich verwirklicht werden.» Weiter wurde gesagt: «Als zentrale Punkte erachten wir auch den vorgesehenen Ausbau des Mutterschaftsurlaubes von 10 auf 16 Wochen und des Kündigungsschutzes auf die ganze Dauer des Schwangerschafts- und des Mutterschaftsurlaubes. Auch die weiteren vom Bundesrat vorgesehenen Leistungen finden unsere Zustimmung wie kleines Taggeld für nichterwerbstätige Frauen und Beiträge an Pflegekosten.» Und nun der Hauptsatz, den Frau Segmüller im Namen der CVP am 16. März 1983 hier ausgesprochen hat: «Dem Bundesrat gebührt Dank, dass er als materiellen Gegenvorschlag im Rahmen der Revision Vorschläge unterbreitet hat, die die Forderungen der Volksinitiative in all den Punkten erfüllen, bei welchen nach unserem Dafürhalten im gegenwärtigen Zeitpunkt überhaupt Chancen der Verwirklichung bestehen. Die CVP stellt sich daher voll und ganz hinter die in der Kranken- und Mutterschaftsversicherungsvorlage enthaltenen und von der vorbereitenden Kommission bereits gutgeheissenen und verabschiedeten Verbesserungen des Schutzes der Mutterschaft.»

Meine Damen und Herren von der CVP, ich erinnere Sie an den Satz, den ich – zwar als Protestant – gelernt habe und den Sie bestens kennen: «Deine Rede sei ja ja, nein nein!». Wir werden deshalb genau beobachten, wie Sie nun und beim Antrag Allenspach abstimmen werden.

Landolt: Herr Leuenberger hat eben gerade gesagt: «Ja ja, nein nein.» Bei der Eintretensdebatte habe ich mich für die Teilung der Vorlage hier ganz offiziell, klar und deutlich ausgedrückt. Ich habe Sie hier im Saal gebeten, mit einer Minderheit unserer Fraktion, dieser Teilung, wie sie die Mehrheit der Kommission Ihnen vorgelegt hat, zuzustimmen. Wir wissen ganz genau, und da stimme ich wieder Frau Segmüller zu, dass wir alle Punkte über die Runden bringen möchten.

Als Vertreter des Gewerbes und der Kleinbetriebe habe ich persönlich in der Kommission dem Krankentaggeldobligatorium zustimmen können, also genau jenem Punkt, zu dem Herr Zehnder jetzt gerade gesagt hat: «Wir haben die Möglichkeit, im Kleinbetrieb die Prämien so niedrig zu halten, indem wir die Frist auf 90 Tage oder vielleicht sogar in Ausnahmefällen mehr erstrecken, dass es nicht einmal ein halbes Prozent pro Arbeitgeber und Arbeitnehmer ausmacht.» Aber nach dem Resultat vom 2. Dezember wissen wir noch nicht, ob der Arbeitnehmer im allgemeinen bereit ist, diesen kleinen Lohnabzug von 0,5, 1,7 oder 2,9 Prozent über sich ergehen zu lassen.

Darum bitte ich Sie, an dieser Teilung festzuhalten, denn allenfalls würden wir das retten, was wir unseren Wählern am 2. Dezember versprochen haben, nämlich die Sicherung der Mutterschaft, und daran möchten wir festhalten. Wir möchten die Möglichkeit offenlassen, dass über Teil A und über Teil B getrennt abgestimmt werden kann. Und das ist nur der Fall, wenn wir diese Teilung, wie sie die Kommissionmehrheit beschlossen hat, aufrechterhalten.

Blocher: Es ist eigenartig, dass wir jetzt – ausgerechnet, weil die Mutterschutzinitiative so hoch verworfen wurde und wegen der Begründungen im Vorfelde dieser Abstimmung – einer neuen, fast gleichlautenden Vorlage zustimmen müssten. Ich weiss auch nicht, woher sich Politiker nach einer Volksabstimmung das Recht nehmen, das Resultat umzuinterpretieren. Herr Leuenberger, das Volk hat nicht nein nein

oder ja ja gesagt, sondern es hat nein gesagt; und zwar massiv.

Zum Antrag Basler: Wenn Sie die Vorlage nicht aufteilen, müssen wir die ganze Vorlage ablehnen, denn das Obligatorium können wir nicht akzeptieren. Wenn wir das Obligatorium nicht akzeptieren können, sind wir gezwungen, bei der Gesamtvorlage nein zu stimmen, und ein Referendum wird die Gesamtvorlage treffen, also auch die Verbesserungen des 1. Teils. Sie werden dann sehen, Herr Zehnder, ob das Schweizer Volk auch diesmal noch einem Obligatorium zustimmt. Dann fällt alles – der Teil A und B – dahin. Diese Verantwortung tragen wir nicht: Diese Verantwortung tragen diejenigen, welche die Vorlage koppeln wollen. Stimmen Sie dem Antrag Basler zu.

Zbinden: Ich möchte zwei Dinge richtigstellen:

1. Wir sind in unserer Fraktion grossmehrheitlich der Auffassung, dass wir diese Vorlage in einem geschlossenen Paket beschliessen sollen. Wir haben aber intern auch beigefügt, dass das nicht das Wesentliche der Vorlage sei. Ich fordere Sie trotzdem auf, diesem Einheitspaket als solchem zuzustimmen.

2. In der Sache sind wir nach wie vor der Auffassung, dass wir dem Sofortprogramm – so wie es vorliegt – zustimmen sollten.

Ich hoffe, dass damit die Position der CVP-Fraktion klargestellt ist.

Eggl-Winterthur, Berichterstatter: Wir befassen uns seit etwa 16.15 Uhr mit diesem Geschäft, und mindestens das zehnte Mal höre ich heute die Referendumsdrohung, sei es von Herrn Seiler oder von anderen Sprechern, wie jetzt von Herrn Blocher.

Herr Basler hat bereits in der Kommission den Antrag gestellt, die Vorlage zu teilen. Die Kommission hat ihn mit 2 Stimmen Mehrheit unterstützt. Ich habe hier die Kommission zu vertreten, und die Kommission hat mehrheitlich zugestimmt; der Hauptgrund war die Referendumsdrohung. Man wollte damit den übrigen Gesetzesteil retten. Darum bitte ich Sie im Namen der Kommissionmehrheit, diesem Antrag zuzustimmen.

Ich möchte aber auch noch meine persönliche Meinung anbringen: Herr Blocher, ich selbst bin nicht der Meinung, dass die Volksabstimmung vom letzten oder vorletzten Wochenende jetzt zu interpretieren sei. Aber was ich hier ganz deutlich sagen muss, ist, dass man sich nicht nur vor der Volksabstimmung auf Aussagen nicht verlassen kann, sondern dass sogar Fraktionserklärungen, die hier abgegeben wurden, wertlos sind. Ich erinnere an die Debatte, die wir hier über die Mutterschaftsinitiative führten. Ich hatte das Vergnügen, damals auch Präsident dieser Kommission zu sein und hier den Berichterstatter zu spielen bzw. die Kommissionmehrheit zu vertreten, manchmal «contre cœur», wie jetzt auch! Ich möchte Sie bitten, die Fraktionserklärung der FdP nachzulesen; auf Seite 443 des «Amtlichen Bulletins» der Sitzung vom 16. März 1983 heisst es unter anderem: «... Wir sehen deshalb die Verbesserung der Mutterschaftsversicherung auf dem Weg, wie er vom Bundesrat in seiner Botschaft vorgeschlagen wird: im Rahmen des in der parlamentarischen Vorberatung stehenden Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes. Damit können die wichtigsten Anliegen der Initianten (...) ohne neue Verfassungsbestimmung erfüllt werden.»

Weiter möchte ich Sie bitten, nachzulesen, was von seiten der SVP gesagt wurde; Herr Schnyder-Bern hat die Fraktionserklärung abgegeben und ausdrücklich erklärt, dass man mit dem Konzept des Bundesrates einverstanden sei. Wir müssen nicht Volksabstimmungen interpretieren, es genügen mir Fraktionserklärungen! Damit habe ich auch meine persönliche Meinung dargelegt.

M. Dupont, rapporteur: M. Basler répète une proposition qu'il avait déjà formulée au début de l'étude de ce projet ainsi qu'au sein de la commission.

J'avais affirmé alors que nous prenions un chemin dangereux avec notre habitude de fragmenter les lois en présentant le bon côté et le mauvais. Mais, à l'époque nous ne savions pas comment nous allions travailler ni quel était l'avis de la majorité de ce Parlement au sujet de la révision de cette loi.

Aujourd'hui, je ne sais pas si cette proposition tend à sauver la loi ou à faire un mauvais sort à une partie de celle-ci. On peut se poser la question selon le point de vue duquel on se place. A mon avis, vous avez tort, Monsieur Blocher, de préférer des menaces car, encore une fois – comme l'a dit le président – vous faites une interprétation abusive du vote populaire.

Personnellement, j'ai fait campagne partout en répétant qu'en l'état actuel de l'examen de la loi par le Conseil national, le peuple pouvait refuser l'assurance-maternité, car le projet donnait satisfaction à la plupart de ses revendications. Ceux qui, en grande partie, ont combattu cette loi ont utilisé comme argument le congé parental et non pas les questions liées à la séparation que M. Basler propose aujourd'hui.

Il est regrettable que nous manquions si fortement à la promesse faite ici, dès l'entrée en matière, de trouver un consensus rapide non seulement sur une partie des projets qui nous étaient présentés mais sur l'ensemble du programme d'urgence qui comprenait précisément le règlement correct de l'indemnité journalière obligatoire et surtout de l'indemnité journalière en cas d'assurance-maternité.

Präsident: Herr Allenspach wünscht das Wort für eine kurze sachliche Berichtigung.

Allenspach: Mein Antrag ist von verschiedenen bereits skizziert und kritisiert worden. Ich möchte, damit keine Unklarheit besteht, erklären, dass mein Antrag materiell sämtliche Leistungen bei Mutterschaft, wie sie bei der Versicherungslösung vorgesehen sind, enthält; dass also dieser Antrag keine Reduktion der «Mutterschafts»-Leistung bedeutet, kein Abweichen von den Erklärungen der freisinnig-demokratischen Fraktion im Rahmen der Behandlung der Mutterschaftsinitiative und keinen Bruch von Versprechen, die wir bei der Kampagne gegen die Mutterschaftsinitiative abgegeben haben.

Ich werde dies in der Abendsitzung im Detail begründen.

Bundesrat Egli: Was das letzte Votum von Herrn Allenspach anbelangt, muss darauf hingewiesen werden, dass natürlich schon ein Unterschied besteht: Seine Lösung ist keine Versicherungslösung. Denn wenn der Arbeitgeber den Lohnausfall zu bezahlen hat, so ist das keine Versicherung. Es ist also nicht ganz dasselbe, wenn es auch im Endeffekt bei Mutterschaft grundsätzlich auf dasselbe hinausläuft.

Ich möchte die Stellungnahme des Bundesrates hier noch einmal ganz klar skizzieren, wie ich es schon anlässlich der letzten Session getan habe, denn unsere Gedächtnisse sind ja – wie wir soeben gesehen haben – etwas schwach. Darum darf ich mich auch wiederholen.

Der Bundesrat opponiert einer Teilung der Vorlage. Die Befürworter der Teilung verfolgen die Absicht, die Taggeldversicherung zu Fall zu bringen, sei es mit oder ohne Mutterschaftsversicherung.

Der Bundesrat muss sich aus den folgenden vier Gründen einer solchen Absicht widersetzen.

1. Für den Bundesrat war von Anfang an die ganze Vorlage ein unteilbares Ganzes.
2. Die obligatorische Taggeldversicherung war für den Bundesrat sogar ein Motiv für die Gesetzesrevision.
3. Der Bundesrat hat dem Sofortprogramm unter der Bedingung zugestimmt, dass unter anderem auch die obligatorische Taggeldversicherung darin enthalten sei.
4. Es erscheint dem Bundesrat paradox, dass wir heute Tod, Alter, Invalidität, Militärdienst, Unfall obligatorisch versichert haben; aber ausgerechnet jenes Risiko, das am

grössten ist und also am ehesten eintritt, nämlich die Krankheit, muss nicht obligatorisch versichert werden.

Das sind die vier Gründe, weshalb der Bundesrat gegen eine Teilung ist und die ganze Vorlage in einem Paket behandeln möchte. Ich anerkenne natürlich durchaus, dass es auch Votanten geben mag, die einer Teilung nur zustimmen, weil sie sich allzusehr von den Referendumsdrohungen beeindrucken lassen oder von der Drohung, in der Schlussabstimmung die ganze Vorlage wegen der Taggeldversicherung zu verwerfen. Diese Votanten möchten damit erreichen, dass wenigstens der erste Teil der Vorlage unter Dach kommt. Ich anerkenne diese lautere Absicht durchaus; aber wir lassen uns nicht von solchen Drohungen – Referenden und Ablehnung der Vorlage in der Schlussabstimmung – beeindrucken.

Präsident: Das Sekretariat teilt mir mit, dass der Antrag, unter Namensaufruf abzustimmen, nur von 27 Ratsmitgliedern unterschrieben ist.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Basler	87 Stimmen
Dagegen	84 Stimmen

Hier wird die Beratung dieses Geschäfts unterbrochen

Le débat sur cet objet est interrompu

Schluss der Sitzung um 19.00 Uhr

La séance est levée à 19 h 00

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	V
Volume	
Volume	
Session	Wintersession
Session	Session d'hiver
Sessione	Sessione invernale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	13
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	81.044
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	12.12.1984 - 15:00
Date	
Data	
Seite	1802-1819
Page	
Pagina	
Ref. No	20 012 959

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.