

88.014

## Krankenkassen-Initiative

### Initiative des caisses-maladie

Botschaft und Beschlussentwurf vom 24. Februar 1988 (BBI II, 247)  
 Message et projet d'arrêté du 24 février 1988 (FF II, 256)

Bericht der Kommission des Ständerates über einen Gegenentwurf vom  
 17. Oktober 1988 (BBI III, 1323)  
 Rapport de la Commission du Conseil des Etats sur un contre-projet du  
 17 octobre 1988 (FF III, 1262)

Beschluss des Ständerates vom 14. Dezember 1988  
 Décision du Conseil des Etats du 14 décembre 1988

**Müller-Aargau, Berichterstatter:** Am 8. Dezember 1987 wurde das Sofortprogramm samt Mutterschaftsversicherung vom Souverän abgelehnt. Wie immer wir das Ergebnis auch interpretieren – ob die Mutterschaftsversicherung schuld an der Ablehnung sei oder die Revisionsvorschläge zum Gesetz –, eines steht fest: Wir sind damals weit hinter die vor der Abstimmung bestehende Situation zurückgeworfen worden. Schliesslich glaubten wir, uns damals auf dem grössten gemeinschaftlichen Nenner, eben dem Mini-Programm der Revisionsvorschläge, gefunden zu haben.

Was blieb zurück? Einmal ein Bundesgesetz über die Krankenversicherung von 1911; dazu die seit 1987 bestehenden Massnahmen zur Sanierung des Bundeshaushaltes, also die Plafonierung der Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen, und die Aufhebung der Subventionsordnung aus dem Jahre 1974 – und damit all jene Probleme, die uns das Sofortprogramm als äusserst dringlich erscheinen liessen, nämlich:

1. die Teuerung im Krankenwesen durch das grössere Angebot an medizinischen Leistungen, die Technisierung der Behandlungsmethoden, den Spitalausbau;
2. die demographischen Veränderungen, die bei gewissen Krankenkassen mit hohem Altersdurchschnitt der Mitglieder sehr hohe Leistungen fordern, ohne dass die Kassen über entsprechende Einnahmen verfügen, und die daraus resultierende Desolidarisierung, die zu Neugründungen und Kollektivkrankenkassen führt und die guten Risiken durch tiefe Prämien honoriert, ungeachtet dessen, dass in einigen Jahrzehnten genau dieselben Kassen an Auszehrung leiden werden. Inzwischen ist die Lage auf dem Kosten- und auf dem Prämien Sektor noch prekärer geworden. Gerade für grosse Familien und sozial Schwächere sind die laufenden Erhöhungen auf die Dauer nicht mehr tragbar.

Genau in diese Situation hinein fällt nun die Behandlung der Krankenkassen-Initiative des Konkordats Schweizerischer Krankenkassen. Lanciert wurde sie zwecks Pressuren auf den Gesetzgeber, der 1945 mit der Revision nicht vom Fleck gekommen war. Am 30. April 1985 wurde sie in der Form des ausgearbeiteten Entwurfs eingereicht. Nach kurzer Sammelzeit waren 390 273 gültige Unterschriften beigebracht worden. Diese Zahl darf bei allen unseren Ueberlegungen und Beschlüssen nie vergessen werden.

Vom Inhalt her bringt der ausformulierte Verfassungstext nichts, was nicht aufgrund der heutigen Grundlage im Gesetz verwirklicht werden könnte. So lautete schon die Meinung des Bundesrates in der Botschaft. Das Herzstück der Initiative stellen die Uebergangsbestimmungen dar: die Aufhebung der Plafonierung von 1987 und damit die Erhöhung der heutigen Bundesbeiträge von 958 Millionen auf knapp 2,5 Milliarden Franken, das heisst das Zweieinhalbfache.

Der Sprecher französischer Sprache wird noch weiteres zum Initiativtext sagen; wir haben eine Arbeitsteilung nach Ratsreglement durchgeführt. Selbstverständlich bestreiten die Initianten, dass es sich bloss um eine Subventionsvorlage handelt. Die Pressemeldungen des Konkordates in letzter Zeit sprechen da eine andere Sprache, wurde doch als Lockvogel eine 20prozentige Reduktion der Prämien versprochen, sofern der Initiative zugestimmt würde. Damit ist ja wohl skizziert,

dass die Lösung anderer Fragen als sekundär angesehen wird.

Nachdem der Ständerat einstimmig mit 37 Stimmen die Initiative abgelehnt hatte, wurde sie auch von unserer vorberatenden Kommission mit 20 Stimmen bei nur einer Enthaltung verworfen. Warum diese Einhelligkeit?

1. Die zusätzlichen 1,7 Milliarden sind schlicht und einfach nicht vorhanden. Von den Initianten müssten zumindest auch die neuen Finanzquellen aufgezeigt werden.
2. Es ist wenig sinnvoll, Bundesbeiträge in solcher Höhe auszurichten und den Krankenkassen fast pleins pouvoirs in der Verteilung der Mittel zu geben.
3. Es gibt wenig Sinn, wenn der Verfassungsartikel mit Bestimmungen angereichert wird, die bereits eine verfassungsmässige Grundlage haben und alleine ins Gesetz gehören.

Dennoch darf die Initiative nicht unterschätzt werden, fast 400 000 Unterschriften sind kein Pappenstiel. Wenn gar solche Methoden der Werbung von den Initianten angewandt werden, wie vor zehn Tagen vorgeführt, so lässt das für den Abstimmungskampf nichts Gutes ahnen. Auch aus diesem Grunde hat der Ständerat der Initiative einen indirekten Gegenvorschlag auf Gesetzesesebene gegenübergestellt. Die vom Präsidenten der vorberatenden ständerätlichen Kommission, Herrn Huber, vorgeschlagene Revision könnte – kurz gefasst – als Sofortprogramm vom 8. Dezember 1987 minus Mutterschaftsversicherung umschrieben werden.

Davon ausgehend, dass diese Revisionsvorlage nur oder vor allem wegen der Mutterschaftsversicherung abgelehnt worden sei, fanden 26 Ständeräte, eine sogenannte Anstandsfrist sei nach dem Sofortprogramm-Scherbenhaufen nicht einzuhalten; 14 waren anderer Meinung. Dieser indirekte Gegenvorschlag wurde schliesslich mit 24 zu 4 Stimmen vom Ständerat verabschiedet, nicht zuletzt auch in der Meinung, dadurch eine Möglichkeit geschaffen zu haben, dass das Konkordat seine überrissene Initiative zurückziehen könnte. Damit komme ich zur Behandlung der Doppelvorlage in der erweiterten Kommission für Soziale Sicherheit. In fünf zum Teil ganztägigen Sitzungen haben wir die Vorberatung durchgeführt. Die Ablehnung der Initiative erfolgte am Schlusse der Gesamtberatung, als der Gegenvorschlag bereits konzipiert war.

In der Beratung richtete sich das Augenmerk voll und ganz auf die ständerätliche Gegenvorlage. Die Kommission zerfiel in zwei Hälften mit nur kleinem Mittelfeld mit wechselnden Stellungnahmen. Auf der einen Seite war das Hauptanliegen eine soziale Krankenkasse, und alles wurde an dieser Forderung gemessen. Auf der Gegenseite stand die Kostenreduktion im Zentrum, eine soziale Kasse wäre nur das Resultat entsprechender Massnahmen. Beide Seiten wünschten auf die ständerätliche Vorlage einzutreten, in der Hoffnung, sie würde in ihrem Sinne noch angereichert. Und so setzte eine intensive Antragstätigkeit ein. Mit wechselnden knappen Entscheidungen, einmal im Sinne des einen, dann wieder im Sinne des anderen Lagers, wuchs der Gegenvorschlag langsam zu einem Monstrum heran, dem Ihr Präsident kaum mehr eine tragfähige Mehrheit bei der Gesamtabstimmung prophezeien konnte, weder in der Kommission noch im Plenum.

So wurde zum Beispiel, zusätzlich zum Ausgleich zwischen den Alterskategorien, der Prämienausgleich zwischen Mann und Frau eingeführt, andererseits hatte das Bonus-Malus-System Eingang gefunden. Daneben standen Änderungen bezüglich Zahnarztkosten, Planung der Heilanstalten, Praxisbewilligung; hier ging es vor allem um Kantonalisierungselemente. Die Pressecommuniqués nach den diversen Sitzungen geben Zeugnis von den etwas zweifelhaften Fortschritten unserer Bemühungen, die ständerätliche Vorlage zu verbessern.

Ich muss Ihnen die dramatische Entwicklung in der Kommission noch etwas ausmalen. Ich nehme nämlich an, dass noch kaum ein Präsident ähnliche Bedingungen vorgefunden hat. Da stand also eine Revision mit verschiedensten Artikeln zur Debatte, aber kein Experte war anwesend, um diese Vorlage zu präsentieren und die Erwägungen des Ständerates kämpferisch einzubringen. Das Zweikammersystem steht solchen Uebergriffen im Wege, es ist in solchen Fällen doch

eher unzulänglich. Das ist eine Erfahrung, die wir gemacht haben.

Der Bundesrat, in allen Sitzungen anwesend, hatte diese Teilrevision im Ständerat bekämpft und war bei unserer Arbeit alleweil ein interessierter Zuhörer. Ich hätte es in seiner Situation ebenso gemacht. Die Krankenkassenexperten aus dem Bundesamt für Sozialversicherung haben getreulich jeden Auftrag der Kommission erfüllt und jede gewünschte Auskunft erteilt. Ich danke ihnen für die gute Arbeit. Es war aber nicht zu übersehen, dass sie eine gewisse Loyalität zu ihrem Departementsvorsteher einhalten wollten, und ich habe auch für diese Haltung Verständnis.

Dann erfolgte am 28. August 1989 die Pressekonferenz des Bundesrates mit der Präsentation des Projektes der grossen Revision und der Ernennung der Expertenkommission Schoch. Dieser Gang in die Öffentlichkeit erfolgte – Zufälle gibt es – genau vor der letzten Sitzung unserer Kommission. In dieser war dann Herr Bundesrat Cotti auch voll im Element und voller Optimismus hinsichtlich einer grossen Revision. Alle angesprochenen und schon vorbehandelten Probleme einbeziehend, selbst bei den Terminen voller guter Hoffnung, steckte er die ganze Kommission an, um nicht zu sagen: er steckte uns in den Sack.

Von der einen wie von der anderen Seite waren schon Anträge vorbereitet, unser Monstrum vorläufig einzusperren, das heisst, die Arbeit an der Teilrevision zu sistieren, um mit einem reinen Finanzbeschluss der Initiative den Wind aus den Segeln zu nehmen. Die Wiederaufnahme des ständerätlichen Vorschlages fand ebensowenig Gnade wie der Antrag von Frau Segmüller – er war eine reduzierte Version davon und figuriert auf der Fahne noch als Minderheitsantrag. In orakelhaften Formulierungen wurde angedeutet, dass bei 1,3 Milliarden Bundesbeiträgen das Konkordat eventuell seine Initiative zurückziehen würde, und an der Konsensfähigkeit unseres Antrages mit dem Ständerat zweifelten damals nur wenige.

Diese 1,3 Milliarden, von Herrn Früh postuliert und dann in einem Antrag von Herrn Früh und Herrn Longet übernommen oder zusammengefügt – das stand auch in der Presse und darf daher verkündet werden –, liegen etwa im Durchschnitt des Finanzbeschlusses des Ständerates bezüglich der Subventionshöhe. Es bedeutet natürlich mit der Zeit auch einen gewissen Druck auf die Krankenkassen, wenn die Ausschüttung linear und nicht steigend erfolgt.

So wurde der Sistierungsbeschluss mit 16 zu 5 Stimmen, bei zwei Enthaltungen, gefasst. Der reine Finanzantrag als Gegenvorschlag wurde mit 18 zu 3 Stimmen beschlossen. Das ist der allgemeinverbindliche Bundesbeschluss zur befristeten Anhebung der Subventionen an die Krankenkassen für fünf Jahre, der auf der Fahne steht.

Aber schon in der Grundsatzfrage, ob in den Finanzbeschluss nachträglich noch Konditionen eingefügt werden sollen, fiel der Konsens bei 13 zu 9 Stimmen wieder auseinander. Immerhin blieb es so beim reinen Finanzbeschluss. Der Präsident hätte nun heute diese Mehrheit zu vertreten. Die eigenartige Fahne, die Sie in Händen haben, beweist Ihnen augenfällig, wie verzwickelt die Sachlage sich präsentiert, benötigen Sie doch zur heutigen Arbeit zwei Fahnen, da in der Fahne der nationalrätlichen Kommission der ständerätliche Vorschlag und das geltende Recht nicht enthalten sind.

In der Zwischenzeit haben verschiedene Echos – eines Konkordates und aus den Reihen des Ständerates – eine gewisse Ernüchterung gebracht. In den meisten Fraktionen wurden Varianten mit minimalen Konditionen diskutiert, und in der letzten Woche – ja selbst in den letzten Tagen, selbst gestern noch – wurde laufend der interfraktionelle Konsens gesucht und, wie Sie auf Ihrem Pult sehen, schliesslich gefunden.

Heute liegt ein Antrag Früh/Haller/Rychen/Segmüller vor, der den Minderheitsantrag auf der Fahne wahrscheinlich ersetzen wird und die Kanalisierung der Gelder auf den Ausgleich zwischen den Alterskategorien und – wie man so hässlich sagt – der guten und der schlechten Risiken konzentriert. Dass in diesem Sektor eindeutig die eigentliche Ursache für die Desolidarisierung liegt, wird wohl von niemandem bestritten. Aber man wollte ein politisches Signal setzen und auch in den Finanzbeschluss den Ausgleich zwischen den Geschlechtern einfü-

gen. Damit wird die politische Richtung mit dem Ziel des Ausgleichs der Prämien zwischen Mann und Frau angegeben.

Es ist nicht meine Aufgabe, nun auf diese Angelegenheit einzugehen. Dieser Antrag wird von anderer Seite begründet werden. Ich kann zusätzlich als Vertreter der LdU/EVP-Fraktion noch beifügen, dass wir uns diesem Verständigungsantrag ebenfalls anschliessen würden, und damit fällt der von mir hier zu vertretende, von der Kommission beschlossene Mehrheitsantrag faktisch dahin.

Ich habe noch zwei Bemerkungen anzufügen. Einmal zur Fahne: Sie haben auf der alten ständerätlichen Fahne Artikel 35 und Artikel 38 Absatz 1 zu beachten. Dann wäre der Artikel 38bis Buchstaben a und b aus dieser alten Fahne anzuschauen. Anschliessend an diesen Artikel 38bis Absatz 1 Buchstaben a und b käme Buchstabe c vom neuen Antrag zu stehen.

Die weiteren Dinge werden Ihnen von Herrn Früh und den anderen Initianten des Antrages erklärt werden.

Zu den Terminen habe ich noch etwas zu sagen. Sie alle wissen, dass wir im Frühjahr die Initiative um ein Jahr verschoben haben. Ihre Behandlung muss im März erledigt sein. Wir haben unsere Kommissionsarbeit vor der Herbstsession beendet. Sie ist aber in der Herbstsession nicht traktandiert worden. Damit kommen wir in Termenschwierigkeiten, und zwar nicht mit der Initiative, sondern mit dem Gegenvorschlag. Wir müssen die Bereinigung mit dem Ständerat im März durchführen können. Andernfalls geht diese Initiative ohne Gegenvorschlag in die Abstimmung.

Ich bitte Sie, sich das immer vor Augen zu halten, wenn wir jetzt den Konsens in bezug auf einen Gegenvorschlag suchen.

**M. Couchepin**, rapporteur: Tout d'abord, pour éclairer ce débat, il faut rappeler quelques dates importantes pour la compréhension de l'ensemble du problème. Le 30 avril 1985, a été déposée l'initiative du concordat, dite «pour une assurance-maladie financièrement supportable», sur laquelle nous aurons à nous prononcer. Le 17 mars 1986, était déposée une autre initiative du Parti socialiste et de l'Union syndicale suisse, «pour une saine assurance-maladie». Puis, enfin, à l'occasion d'une grande date, celle du 7 décembre 1987, le peuple suisse a refusé à une très forte majorité la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie et maternité – le programme d'urgence. Il n'y a naturellement pas lieu d'épiloguer longtemps sur le résultat de cette votation, sinon pour constater que, d'une manière très claire, une partie de la loi sur l'assurance-maladie a fait l'objet d'un refus net du peuple suisse alors que l'autre partie de la révision de l'assurance-maladie semblait pouvoir recueillir davantage d'approbation.

Aujourd'hui, notre conseil doit se prononcer sur trois points: la première décision concerne la réponse à donner à l'initiative populaire du concordat, dite «pour une assurance-maladie financièrement supportable»; la seconde décision concerne notre attitude à l'égard du contre-projet du Conseil des Etats sous forme d'une modification de la loi sur l'assurance-maladie; la troisième décision concerne la proposition de votre commission qui suggère d'augmenter temporairement les subventions aux caisses-maladie. Par cette troisième décision, nous créons une divergence avec le Conseil des Etats.

Tout d'abord, l'initiative des caisses-maladie a été déposée – comme je vous l'ai dit – il y a un peu plus de quatre ans, au mois d'avril 1985. Elle avait recueilli l'approbation de près de 400 000 citoyens, 390 000 plus exactement. C'est dire qu'il s'agit d'une initiative qui a un large écho dans l'opinion publique, qui est soutenue par une organisation ayant les moyens de mobiliser l'électorat d'une manière très puissante. Il faut ajouter que cette initiative est aussi munie d'une clause de retrait ce qui, dans les circonstances actuelles, pourrait avoir un certain intérêt bien que, semble-t-il, on n'ait pas de signes du côté des auteurs de l'initiative que cette dernière puisse être retirée, même si l'on accepte la partie C des propositions faites aujourd'hui. Mais, dans le domaine politique, les choses peuvent évoluer rapidement.

Quel est le contenu de cette initiative? L'initiative veut compléter la constitution en ajoutant cinq alinéas à l'actuel article 34bis qui donne compétence à la Confédération d'introduire

par voie législative l'assurance en cas d'accident et de maladie. Fondamentalement, les auteurs de l'initiative ne veulent pas modifier le système actuel d'assurance-maladie. Ils considèrent au contraire qu'il donne satisfaction. En revanche, comme nous tous, ils voient une menace contre le système dans l'augmentation considérable et continue du coût de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Ils voient aussi une menace dans la contribution, à leur avis trop faible, des pouvoirs publics au financement de l'assurance-maladie sociale. Dès lors, les auteurs de l'initiative veulent que soient inscrits dans la constitution, et ce point-là est important, les principes en termes généraux qui précisent le contenu et l'organisation de l'assurance-maladie sociale.

Selon cette proposition, la Confédération serait appelée à verser des subsides aux caisses-maladie pour compenser entièrement les charges que la constitution et la loi imposent aux caisses-maladie sur le plan social et politico-social. Il s'agit en particulier de compenser les charges supplémentaires dues à la solidarité entre les sexes et les générations. Les cantons recevraient aussi d'autres charges puisqu'ils devraient allouer des subventions ou réduire les cotisations et les participations aux frais dûs par les assurés à ressources modestes. Cette participation des cantons ne serait pas libre, mais fixée dans le cas de normes minimales définies par la Confédération.

Du point de vue des finances publiques, cette initiative a des conséquences importantes, entre autres, de nous obliger à revenir sur l'article 38bis de la loi actuelle qui a été introduit en 1977 lorsqu'on a décidé de plafonner les subsides fédéraux à l'assurance-maladie. Il deviendrait de ce fait caduc.

Du point de vue financier, la charge imposée à la Confédération par l'initiative, est énorme puisque l'on passerait de 900 millions de francs de subsides à 2,5 milliards de francs en 1991. La Confédération devrait donc dépenser plus d'un milliard et demi de francs supplémentaires, pour l'assurance-maladie. On ne voit pas comment cela pourrait être financé sans qu'il soit dit où la Confédération trouverait des ressources complémentaires.

A l'unanimité, la commission vous propose de repousser cette initiative. Son argumentation correspond à celle du Conseil fédéral, suivie aussi par le Conseil des Etats qui vous propose également de la repousser. En effet, une partie des propositions figurant dans le texte de l'initiative a déjà été réalisée. Par ailleurs, dans un domaine aussi mouvant, qui subit l'évolution d'une manière aussi claire que celui de l'assurance-maladie, il paraît inopportun d'introduire dans la constitution des principes qui ressortissent à l'échelon législatif. C'est pourtant ce que veut l'initiative du concordat. Ces dispositions appartiennent par nature à la loi, il s'agit de ne pas bloquer l'avenir et de permettre de s'adapter à l'environnement qui change très rapidement dans le domaine de la santé et des techniques de la santé publique, aussi bien sous l'angle du financement que sous celui des progrès médicaux.

Mais, c'est financièrement que l'initiative nous paraît poser les problèmes immédiats les plus graves.

Les subsides, je le répète, sont plafonnés aujourd'hui; ils exploseraient littéralement si l'initiative était acceptée par le peuple et les cantons. Or, les auteurs de l'initiative ne se sont pas prononcés sur les moyens de faire face à ces dépenses supplémentaires. Si l'on fait un rapide tour d'horizon des possibilités de la Confédération pour financer ces subsides supplémentaires, on ne voit qu'une seule possibilité: un endettement supplémentaire pour ce qui ressort clairement des frais de fonctionnement, et cela n'est pas tolérable au vu de l'ensemble de la politique financière que l'on entend mener en accord avec le gouvernement.

Autre argument, l'augmentation des subsides à l'assurance-maladie ne résout pas le problème de fond, qui est celui du contrôle des coûts. Cette initiative ne permet pas d'exercer une pression sur le contrôle des coûts. Or, une stratégie à long terme de l'assurance-maladie doit permettre de réduire les inégalités et les injustices du système actuel, tout en exerçant, en même temps, une pression sur les coûts ou, tout au moins, une pression pour éviter une évolution à la hausse des coûts aussi rapide que celle que l'on a connu ces dernières années. Finalement, c'est à l'unanimité avec une abstention que la

commission propose le rejet de l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable».

On arrive à la partie B du projet que nous devons discuter. Il s'agissait dans cette partie, pour le Conseil des Etats, de proposer une sorte de contre-projet indirect à l'initiative des caisses-maladie. Le Conseil des Etats a procédé à une analyse des résultats de la votation de 1987 et il veut reprendre, dans son contre-projet, les points qui n'étaient pas contestés. Il les introduirait sous forme d'un programme d'urgence, par le biais de la modification de la loi sur l'assurance-maladie. Dans un premier temps, comme l'a expliqué le président de la commission, la Commission de la sécurité sociale du Conseil national s'est engagée dans la même voie. Nous avons étudié le projet du Conseil des Etats et nous avons tenté de le modifier, mais nous avons rapidement été submergés par l'ampleur qualitative et quantitative du travail. Nous avons constaté que nous nous engageons dans une voie pratiquement sans issue, car le problème dépassait les capacités d'une commission qui travaillait sans avoir recours à des experts. Nous sommes arrivés à la conclusion que la solution la plus raisonnable est d'attendre la proposition du Conseil fédéral. Ce dernier a en effet, dans un premier temps, demandé à quatre sages d'élaborer un rapport sur la révision de l'assurance-maladie. Durant le premier semestre 1989, il a élaboré des principes qui devraient permettre une révision en profondeur de la loi sur l'assurance-maladie. En août 1989, nouvelle étape, le Conseil fédéral a chargé une commission de vingt-six experts, présidée par le conseiller aux Etats Otto Schoch, de préparer d'ici à septembre 1990 un avant-projet inspiré de ces principes. Il s'agit de principes relevant de l'organisation du domaine des prestations, du financement, et de la maîtrise des coûts.

En ce qui concerne le point B, nous vous proposons donc de suspendre nos délibérations au sujet du contre-projet indirect du Conseil des Etats jusqu'à ce que nous ayons obtenu les résultats des travaux de la commission d'experts Schoch.

En ce qui concerne le point C, ce sont nos propres propositions. Nous considérons que, dans le domaine de l'assurance-maladie, même si les problèmes sont extrêmement complexes, il y a quand même urgence, au vu des difficultés pour beaucoup d'assurés de faire face aux coûts de l'assurance. Nous souhaitons qu'une aide puisse être apportée aux assurances-maladie pour diminuer cette charge qui devient insupportable pour certains assurés, plus précisément les assurés modestes.

C'est la raison pour laquelle nous vous proposons, dans un arrêté fédéral limité à cinq ans, de porter le subside maximal de la Confédération de 900 millions à 1,3 milliard de francs. La question complémentaire est de savoir si cette augmentation de subsides doit être accompagnée de précisions quand à l'utilisation de l'argent mis ainsi à disposition des caisses-maladie.

Deux écoles se sont manifestées dans la commission: une école majoritaire qui pensait qu'il ne fallait pas fixer de principes et laisser formellement libres – tout en ayant des souhaits – les sociétés d'assurance et les caisses d'assurance de répartir ce montant comme elles l'entendaient, et une autre école qui pensait que, déjà maintenant, il fallait indiquer la manière d'utiliser cet argent, tout au moins pour donner un signal politique à la commission Schoch et au Conseil fédéral.

Pour cette raison, le tableau synoptique fait apparaître deux propositions: une de majorité et une de minorité. Entre-temps, il est survenu un de ces petits miracles parlementaires si rares et qui a vu se constituer un front qui dépasse ce qu'historiquement on aurait pu appeler un front populaire, puisqu'il va de M. Früh, l'auteur de la proposition, à Mme Haller en passant par Mme Segmüller et M. Rychen. Minorité et majorité se sont mises d'accord pour fixer quelques principes, mais pour s'en tenir au montant maximum prévu de 1,3 milliard de francs. Agir ensemble c'est, semble-t-il, le slogan que nos collègues ont voulu appliquer et je crois, sans violer la volonté de la commission, que l'on peut dire que majorité et minorité sont d'accord pour vous recommander d'accepter la proposition de Mmes et MM. Früh, Haller, Rychen, Segmüller et de repousser les autres propositions.

**Früh:** Ich spreche im Namen der FDP-Fraktion, vertrete aber auch den Antrag Früh/Haller/Rychen/Segmüller, um nur einmal zu sprechen.

Ich beschränke mich auf drei Punkte: die Volksinitiative für eine finanziell tragbare Krankenversicherung, die Fragen: «Warum ein Gegenvorschlag in Form eines befristeten allgemeinverbindlichen Bundesbeschlusses?» und: «Warum noch eine Aenderung in letzter Minute?».

Der Krankenkassen-Initiative kommt das unbestrittene Verdienst zu, weiten Kreisen die drohenden Finanzierungsschwierigkeiten erstmals vor Augen geführt zu haben. Damit allerdings erschöpfen sich die positiven Aspekte auch schon. Die Initiative verlangt nicht nur eine massive Erhöhung der Bundessubventionen auf über 2,5 Milliarden Franken gegenüber 900 Millionen Franken heute, sondern auch die Monopolisierung der gesamten Krankenversicherung. Zuletzt öffnet die Initiative der Staatsmedizin Tür und Tor.

Dem wohlklingenden Titel «Für eine finanziell tragbare Krankenversicherung» zum Trotz leistet sie keinerlei Beitrag zur Lösung der Finanzierungsprobleme in der sozialen Krankenversicherung. Die über die erhöhten Subventionen erkaufte mögliche Stabilisierung der Prämien wird mit erhöhten Steuern zu bezahlen sein. Es darf also bezweifelt werden, ob die gegen 400 000 Unterzeichner der Initiative sich dieser Konsequenzen einer Annahme bewusst waren. Die FDP-Fraktion lehnt diese Initiative einstimmig ab.

Wozu ein befristeter Bundesbeschluss? Zum ersten Mal seit Jahren besteht die berechtigte Hoffnung, dass die verfahrenere Situation in der Diskussion um die künftige Ausgestaltung der sozialen Krankenversicherung überwunden werden kann. Mit den vom Bundesrat vorgelegten und im einzelnen noch detailliert zu analysierenden Grundsätzen für eine Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes scheint die Basis für eine grundlegende und dringend erforderliche zeitgemässe Neuordnung der sozialen Krankenversicherung gegeben.

Herr Bundesrat Cotti hat mit seinem zielstrebigem Vorgehen bereits Bewegung in die Diskussion gebracht. Von der Zweckmässigkeit der Absichten des Bundesrates liess sich inzwischen auch die mit der Behandlung der in jeder Hinsicht verfehlten Krankenkassen-Initiative betraute nationalrätliche Kommission überzeugen. Sie nahm Abstand von der vom Ständerat vorgelegten übereilten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes. Statt dessen beschränkte sie sich auf meinen Antrag, den anerkannten Bedarf der Krankenkassen nach zusätzlichen Bundesmitteln bis zum Abschluss der Totalrevision über einen zeitlich befristeten Bundesbeschluss abzudecken.

Sollte nun diesem Antrag von beiden Räten zugestimmt werden, wäre der Weg frei für eine zügige, umfassende und ausgewogene Regelung im Rahmen der vom Bundesrat eingeleiteten Totalrevision. Nachdem die vom Bundesrat vorgelegten Grundsätze für eine Totalrevision auf ein vorsichtig positives Echo gestossen sind, stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit eines zeitlich befristeten Bundesbeschlusses zur Erhöhung der Bundessubvention an die Krankenkassen. Dieses Vorgehen ist nur vor dem Hintergrund der ständig steigenden Krankenversicherungsprämien und der vom Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen lancierten Volksinitiative für eine finanziell tragbare Krankenversicherung verständlich.

Im Gegensatz zu den Initianten ist der Bundesrat und mit ihm der Ständerat sowie die Kommission des Nationalrates der Meinung, dass die Probleme in der sozialen Krankenversicherung nicht auf Verfassungsebene gelöst werden müssen. Die heute gültigen Artikel lassen uns, dem Gesetzgeber, einen maximalen Spielraum. Nachdem im Dezember 1987 ein weiterer Revisionsversuch kläglich am deutlichen Nein des Souveräns gescheitert war, beschloss der Bundesrat, eine grundlegende Reform der sozialen Krankenversicherung einzuleiten und der Initiative der Krankenkassen keinen Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Dagegen versuchte der Ständerat in einem Kraftakt mittels Aufnahme der angeblich unbestrittenen Teile des letzten Reformversuches eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes. Damit sollte der Initiative ein indirekter Gegenvorschlag entgegengestellt werden.

Einmal abgesehen davon, dass dieses Vorgehen mit Blick auf

einen erst wenige Monate vorher gefällten Volksentscheid äusserst problematisch ist, zeigte sich in unserer vorberatenden Kommission sehr schnell, dass mit dieser Teilrevision die vom Bundesrat seinerseits zügig vorangetriebene Totalrevision wenn nicht massiv verzögert, so doch in wesentlichen Teilen präjudiziert würde. Diesen Argumenten konnten wir uns in der nationalrätlichen Kommission, die sich intensiv mit den Möglichkeiten einer Teilrevision befasst hatte, nicht entziehen. Zugleich wollten wir uns im politischen Kampf gegen die fast einstimmig abgelehnte Krankenkassen-Initiative nicht allein auf die sich erst im Stadium der Expertenarbeit befindliche Totalrevision verlassen und beantragen nun dem Plenum des Nationalrates eine befristete Erhöhung der Subventionen an die Krankenkassen. Diese zeitlich befristete Subventionserhöhung steckt damit zugleich den Rahmen bis zum Abschluss der Totalrevision ab.

Nun, warum eigentlich? In einem Communiqué des Konkordats Schweizerischer Krankenkassen vom 25. Juni 1988 ist zu lesen: «Eine ausreichende Beteiligung des Bundes an der unausweichlich aufwendigeren Krankenversicherung für die Frauen und für die Betagten. Verstärkter Einsatz der Bundesbeiträge zugunsten der betagten Versicherten der Gegenwart und der Zukunft.» Weiter lese ich da auch: «Die Krankenkassen sind bereit, diesen Ausgleich der Lasten unter den Generationen durch einen eigenen Beitrag im Rahmen dieses Programms zu erleichtern.»

Die Frage der Alterskostenfinanzierung in der sozialen Krankenversicherung geht an Bedeutung jedoch weit über die Frage von Ausnahmefällen hinaus. Sie ist bereits heute zu einem Finanzierungsproblem für alle Krankenkassen geworden. Die Solidarität gegenüber den Altersrentnern ist bereits heute in Gefahr und droht binnen wenigen Jahren zu zerfallen, wenn keine Gegenmassnahmen getroffen werden.

Die im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 8 durchgeführte Strukturanalyse der Kosten der Krankenpflegeversicherung hat unter anderem die starke Abhängigkeit der Versicherungsausgaben vom Alter der Versicherten aufgezeigt. Die Rufe der Krankenkassen habe ich verstanden und deshalb in der Kommission die Idee des befristeten Bundesbeschlusses vertreten. Selbstverständlich lösen wir mit dem befristeten Bundesbeschluss das Problem nicht; was wir können, ist nicht heilen, sondern in diesem Fall eben nur lindern, aber auch das ist schon erstrebenswert.

Das führt mich zum dritten Punkt. Weshalb noch ein Zusatz, mitunterzeichnet durch die Kolleginnen Haller und Segmüller und Kollege Rychen, den auch die grüne Fraktion und die Liberalen – Herr Präsident Müller hat ja namens der LdU/EVP-Fraktion den Applaus bereits abgestattet – zu unterstützen gewillt sind? Zwei Argumente verdienen noch Erwähnung.

1. Der Rat sollte Herrn Bundesrat Cotti signalisieren, zu welchem Zweck die zusätzlichen Subventionen verwendet werden. Im vorgeschlagenen Absatz 2 soll der Entsolidarisierung zwischen den Altersgruppen entgegengewirkt werden und ein kleines, bescheidenes Signal zugunsten der Gleichbehandlung beider Geschlechter ertönen. Wieder einmal tönt die französische Sprache schöner als die deutsche; nicht nur schöner, auch eleganter und positiver. Wir meinen auf deutsch aber dasselbe; lesen Sie den französischen Text.

2. Dem Argument, es werde Geld in die alten Kanäle geleitet, möchten die Antragsteller mit Litera c neu entgegentreten – ein Anliegen von Kollegin Segmüller –, indem der Bundesrat die Möglichkeit bekommt, dem Altersproblem Rechnung zu tragen, das heisst, die Kopfbeiträge nur an die älteren Männer und Frauen auszurichten.

Die FDP-Fraktion stimmt diesem gemeinsamen Antrag einstimmig zu. Ich möchte Sie bitten, diesem aufgezeigten Weg auch zu folgen. Die vorgesehene Erhöhung der Subventionen auf maximal 1,3 Milliarden Franken für eine befristete Zeit darf nicht als Kniefall vor einer verfehlten Initiative verstanden werden. Sie sichert aber den Fortbestand des Systems bis zum Abschluss der Totalrevision, in deren Rahmen die heutigen Finanzierungs- und Subventionsprinzipien grundsätzlich zur Debatte stehen werden.

Dass damit der politische Kampf gegen eine in jeder Hinsicht überrissene Initiative, die völlig schief in der politischen Land-

schaft steht, wesentlich erleichtert wird, ist nicht mehr als ein positiver Nebeneffekt.

**Basler:** Ueber seine Krankenkasse gehört praktisch jeder Schweizer dem Konkordat der Krankenkassen an. Ihre Initiative mit rund 400 000 Unterschriften erstaunt daher nicht, zumal der Titel verführerisch «Für eine finanziell tragbare Krankenversicherung» lautet. Im Vorfeld der Abstimmungen werden wir aber jeden Versicherten daran erinnern müssen, dass er nicht nur Kassenmitglied, sondern auch Bürger und Steuerzahler ist. Wir werden ihm die Schwäche dieser Initiative so gründlich darlegen, dass das Konkordat nicht ohne Blessuren aus dem Abstimmungskampf hervorgehen wird; daher würde es die Initiative besser zurückziehen.

Die Einwände der SVP gegen diese Krankenkassen-Initiative sind folgende:

1. Diese Konkordatsinitiative verlangt: «Die Krankenversicherung ist durch die vom Bund anerkannten Krankenkassen durchzuführen.» Das sind die dem Konkordat zugehörigen Kassen, die zwar Auflagen zu erfüllen haben, aber auch Bundesmittel erhalten, im Gegensatz zu den Privatversicherungen. Und obwohl heute das Verhältnis der Krankenversicherungen 98 zu 2 zugunsten der vom Bund anerkannten Kassen ist, will der Riese den Zwerg mit seiner Initiative vom Feld schlagen.

Dass Wettbewerb alleweil zu gerechteren Prämien führt, als Monopole dies tun würden, zeigt das sinnvolle Nebeneinander bei den Unfallversicherungen. Neben der staatlichen schweizerischen Unfallversicherung, der Suva, dürfen die Privatversicherer im gesamten Bereich der Unfallversicherung tätig sein.

2. Das Kranken- und Mutterschaftsgesetz wurde vor zwei Jahren nicht zuletzt wegen des Taggeldes bei Mutterschaft abgelehnt. Die vorliegende Initiative verlangt erneut eine Krankenversicherung, welche bei Mutterschaft neben den Behandlungskosten Geldleistungen umfasst.

Wir fragen uns: Sind sich die Initianten bewusst, welche Hypothek sie seit dieser denkwürdigen Abstimmung über die Kranken- und Mutterschaftsversicherung in ihrem Initiativtext haben?

3. Es ist nicht in Ordnung, dass die Bundesverfassung den Krankenkassen für alle Zeiten vorschreibt, sie müssten die Behandlungskosten und Geldleistungen für jene tragen, die keine Unfallversicherung abschliessen. Das hebt die Prämien der Krankenversicherten an – ihre Kasse muss die Kosten der Schlaumeier tragen, die sich eine Unfallversicherung ersparen. Diese Doppelversicherung müssen auch jene Mitglieder bezahlen, die schon zufolge Berufstätigkeit zwangsweise gegen Unfall versichert sind.

4. Die Initiative verlangt in ihrem Absatz 5 vom Bund die Abgeltung dieser im vorangehenden Absatz aufgezählten selbstdeklarierten Verpflichtungen. Das ist wohl das Perfideste. Die Auflagen des Bundes seien den Kassen voll zu vergüten, war noch die Auffassung der letzten Gesetzesrevision im Jahre 1964. Die Grundidee war damals die, dass sich die vom Bund anerkannten Kassen nicht schlechter stellen als die privaten; welche nicht alle Auflagen übernehmen. Seither nehmen aber die privaten Krankenversicherungen ab. Das zeigt doch an, dass die Bundessubventionen aus Wettbewerbsgründen nicht erhöht werden müssten.

5. Die Dachorganisation der Krankenkassen negiert in Absatz 6 die Hoheit der Kantone. Ihnen – den Kantonen – obliegt noch immer das Gesundheitswesen. Die Kassen verlangen nun, dass der Bund den Kantonen auch vorschreibe, Beiträge an die Kassen auszurichten. Nach der Logik des vorangehenden Abschnittes müsste, wer befiehlt, auch zahlen. Das würde bedeuten, dass die Kantone vom Bund auch wieder die Abgeltung ihrer vom Bund auferlegten Verpflichtungen verlangen könnten, wie dies die Kassen tun.

Unser Gesundheitswesen gilt als eines der besten der Welt. Es beansprucht mit nur 8 Prozent unseres Bruttosozialproduktes einen mit unseren Nachbarländern vergleichbaren Anteil. Natürlich ist dieser Anteil heute doppelt so hoch wie Anfang der sechziger Jahre, als Kranken- und Unfallversicherungsgesetz zum letztenmal revidiert wurden. Aber für diesen Aufpreis gibt

es auch Erklärungen: Die mittlere Lebenserwartung konnte seither um vier Jahre gesteigert werden; die Erkrankungen an Tuberkulose und Kinderlähmung sind überwunden.

Der Bürger finanziert unser Gesundheitswesen schon heute zur Hälfte über Steuern. Wir dürfen nicht nur an die Milliarde denken, die der Bund beiträgt. Die Gemeinden tragen das Dreifache dessen bei, was wir an Bundesgeldern einschiessen, und die Kantone sogar das Fünffache. Nun reicht es dem Steuerzahler. Den Rest müssen wir über Krankenkassenprämien aufbringen.

Die Prämiensumme unserer Grundversicherung, welche das Konkordat der Krankenkasse vertritt, ist etwa gleich gross wie die Summe, die in der Schweiz jährlich für Alkohol ausgegeben wird. Sie ist auch nicht höher als die jährlichen Auslagen der Schweizer für Auslandsreisen und Auslandsferien. Unsere Krankenkassenprämien sind daher weder untragbar noch ungerechtfertigt, denn Gesundheit ist unser höchstes Gut. Sie sind eine sinnvolle Auslage, die ungefähr 5 Prozent der privaten Haushaltausgaben betragen.

Zugegeben, Durchschnittszahlen charakterisieren die Gröszenordnung. Es gibt auch sozial schwache Glieder unserer Gemeinschaft. Für diese können auch Durchschnittsprämien untragbar werden; ihnen sollen die Bundessubventionen zukommen. Die eidgenössischen Räte haben in diesem Sinne motioniert. Das bedarf aber einer Gesamtrevision der Krankenversicherungsgesetze. Daran wird nun in einer Expertenkommission gearbeitet. Dazu braucht es den Ueberblick über das schweizerische Gesundheitswesen und nicht die Sonderinteressen jener Versicherer, die sich ein Monopol für die Krankenversicherung und einen verfassungsrechtlichen Anspruch auf mehr Subventionen sichern wollen. Diese plumpe, protektionistische Initiative des – zwar mächtigsten – Interessenverbandes lehnt die Fraktion der SVP einhellig ab.

Noch kurz zum gescheiterten Versuch des Gegenvorschlages: Um nur das als «Sofortprogramm» bezeichnete Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetz durchzuberaten, benötigten wir – unter den Bundesräten Hürlimann, Egli und Cotti – über vierzig Kommissionssitzungstage. Ich habe aus dieser Erfahrung heraus am Tage nach dem Scheitern der KVMG-Vorlage die Motion eingereicht, die Vorlage sei ohne den Kündigungsschutz und das Mutterschaftstaggeld sofort und ohne Aenderung nochmals als Bundesbeschluss zu unterbreiten.

Nun ist das damals konsensfähige Restpaket durch den Ständerat wieder geöffnet und durch unsere Kommission angereichert worden. Es fehlte nicht nur die Vernehmlassung zu diesen neu eingebrachten Vorschlägen – auch der Bundesrat wollte und konnte sich dazu nicht äussern, denn wir hatten ihn schon vorher mit einer Gesamtrevision beauftragt. Aus diesen Gründen ist die Tragfähigkeit des Gegenvorschlages zur Volksinitiative verlorengegangen. Wenn unser Entwurf der nun arbeitenden Expertenkommission einzelne Hinweise geben kann, ist nicht alle Arbeit umsonst gewesen.

Was die noch zu beschliessende Finanzierung anbetrifft, ist es unklug, voreilig Geld zu verteilen. Wir müssen der Kommission doch noch Spielraum lassen. Wenn schon eine Vorschussleistung erbracht werden soll, so muss sie auch an Bedingungen geknüpft werden. Seitens der SVP wird Kollege Rychen noch dazu Stellung nehmen.

**Frau Haller:** Wir haben es hier und heute mit dem unsozialsten aller schweizerischen Sozialwerke zu tun. Sagen wir es im Klartext, was die sozialdemokratische Fraktion ohne Zögern tut: Die Gesundheitspolitik liegt im argen.

Bisher sind alle Revisionsgesuche an den Interessengegensätzen der verschiedenen Akteure gescheitert. Das Sofortprogramm wurde in einem kleinlichen Abstimmungskampf gebodigt, einerseits durch Aerzte-Interessen und andererseits durch bürgerliche Komitees. Diese hielten den Zeitpunkt immer noch nicht für richtig, den Verfassungsauftrag für eine Mutterschaftsversicherung zu erfüllen, obschon dieser Verfassungsauftrag bekanntlich aus den vierziger Jahren datiert. Das ist politisch – aber schon verfassungsrechtlich – skandalös.

Inzwischen schreitet die Kostenexplosion im Gesundheitswesen munter weiter. Die Aerzte wollen ihre Einkommen von jähr-

lich hundert- oder mehreren hunderttausend Franken haben; das gehört in unseren Breitengraden offenbar zum gesellschaftlichen Berufsbild. Wenige sehr löbliche Ausnahmen bestätigen dieses Bild, bzw. sie zeigen uns, dass es nicht so sein müsste. Deshalb spielt in der medizinischen Versorgung das Prinzip von Angebot und Nachfrage anerkanntermassen nicht. Wenn die Grundnachfrage der Bevölkerung nach medizinischer Versorgung eigentlich gedeckt wäre, sinkt nicht das Angebot der ärztlichen Versorgung bzw. bleibt die Summe der Aertzeinkommens nicht konstant, sondern die Summe der Aertzeinkommen steigt munter weiter und zieht die Nachfrage nach ärztlicher Versorgung nach oben. Es wäre sehr interessant, die gesellschaftspolitischen Hintergründe dieser Kostenexplosion im Gesundheitswesen auch ein wenig unter die Lupe zu nehmen.

Ich gebe zu: Nicht alle Krankheiten sind gesellschaftspolitisch verursacht, aber sicher einige davon sind es. Wäre die Intensität des Arbeitsstress im Erwerbsleben geringer, hätten wir weniger Krankheitskosten. Würden wir nicht etliche Leute aus diesem Erwerbsleben ausschliessen – aus welchen Gründen auch immer –, müssten weniger Leute zur Krankheit als Ersatzdroge greifen. Der Umstand, dass unsere Gesellschaft immer noch weitgehend eine totale «Entweder-oder-Gesellschaft» ist, dass man nur in der Mühle drinnen oder draussen sein kann, produziert auch Krankheit. Der Umstand, dass die Freiheit der persönlichen Lebensgestaltung in unserem sogenannten freiheitlichen Land gering ist, abgesehen von einigen privilegierten Berufen, dass das Wort «Zeitautonomie» für viele ein Fremdwort ist – dies alles produziert auch Krankheit und trägt zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen bei.

Schliesslich ein Letztes zum Grundsatz: Die aus dem Boden schiessenden Ami-Kliniken haben nun auch einer breiten Bevölkerung deutlich gemacht, dass es verschiedene politische Konzeptionen der Gesundheitsversorgung gibt: die nur marktwirtschaftlich orientierte einerseits und die solidarische andererseits, welche übrigens marktwirtschaftliche Elemente nicht völlig ausschliesst. Die diesbezügliche Haltung der sozialdemokratischen Fraktion ist sehr klar: Gesundheit ist ein Menschenrecht – übrigens ein Menschenrecht aller Menschen auf unserem Planeten, nicht nur jener auf der Nordhalbkugel –, und das rein marktwirtschaftliche Konzept der Gesundheitsversorgung stellt weltweit eine ganz einfache Gleichung auf. Diese Gleichung lautet: «Gesundheit für die Reichen, Krankheit für die Armen.»

Das Menschenrecht auf Gesundheit kann nur dann konkretisiert werden, wenn es auf der Grundlage der Solidarität beruht, ergänzt durch marktwirtschaftliche Elemente, die aber sehr besonnen und sparsam eingebaut werden müssten.

Die Sozialdemokratische Partei und der Schweizerische Gewerkschaftsbund haben ihre eidgenössische «Volksinitiative für eine gesunde Krankenversicherung» schon längst eingereicht. Diese Initiative steht heute nicht zur Diskussion, sie wird hier jedoch bald zu diskutieren sein.

Die Initiative der Krankenkassen, die heute zur Diskussion steht, hat eine andere Stossrichtung als unsere Initiative. Sie will die Bundesbeiträge an die Krankenkassen massiv für 1991 auf das Zweieinhalbfache und für 1994 auf das Dreifache von heute erhöhen. Dies soll aber geschehen, ohne dass mit der Ausrichtung der erhöhten Beiträge durch den Bund neue Bedingungen geschaffen werden könnten, die nötig wären, um die eingangs erwähnten Missstände im Gesundheitswesen zu beheben.

Damit ist schon ein Grund dargelegt, warum die SP-Fraktion der Krankenkassen-Initiative nicht zustimmen kann. Wenn wir mehr Bundesbeiträge ausrichten – dafür sind wir angesichts der Missstände durchaus zu haben; wir verlangen dies sogar –, so wollen wir mit diesen Beiträgen auch auf eine Verbesserung der Verhältnisse abzielen.

Ich bin mit dem Sprecher der SVP-Fraktion nicht einverstanden: Die Krankenkassenbeiträge sind zu hoch; aber die SP-Fraktion setzt auf ihre eigene Volksinitiative, die eingereicht ist, sowie – darauf werde ich noch kommen – auf die Totalrevision. Sie haben vom Kommissionspräsidenten gehört, wie die Kommission gearbeitet hat. Zunächst ist man auf den indirekten Gegenvorschlag eingetreten, der teilweise auf dem seinerzeiti-

gen Sofortprogramm beruht. An diesem ständerätlichen Gegenvorschlag wurde einiges geändert. So wurde zum Beispiel erfreulicherweise die Prämienungleichheit für Frauen und Männer statuiert. Der Gegenvorschlag erlitt in unserer Kommission aber auch Verschlechterungen. Insbesondere sollte das Bonus-System darin verankert werden.

Einem solche Element in einer Krankenversicherungsgesetzgebung, die sich sozial nennen will, könnten wir nie zustimmen. Es ist letztlich und genau gesehen ein Schlag ins Gesicht der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, also genau jener Solidarität, die Grundlage der Krankenversicherung sein muss. Dass die Kommission die Beratung des ständerätlichen Gegenvorschlages schliesslich ausgesetzt hat, bis der Bericht der Expertenkommission für die Totalrevision vorliegt, hat aber noch einen anderen Grund:

Hier muss ich nun unserem Befremden darüber Ausdruck geben, wie sich der Bundesrat und Verwaltungsvertreter in dieser Parlamentskommission verhalten haben. Es war durchaus bekannt, dass der Bundesrat dem indirekten Gegenvorschlag des Ständerates nicht sehr positiv gegenüberstand. Aber dieser Gesetzestext ist uns vom Ständerat nun einmal unterbreitet worden, und schliesslich hatten wir die Freiheit, darauf einzutreten oder nicht. Nachdem wir – ohne grosse Begeisterung – darauf eingetreten waren, mussten wir feststellen – der Kommissionspräsident hat es erwähnt –, dass Bundesrat und Verwaltung jegliche Mitarbeit schlicht verweigerten. Wenn Exekutive und Verwaltung gegenüber dem Parlament zu solchen Methoden des passiven Widerstandes greifen, dann stimmt etwas nicht; vor allem ist es dem gegenseitigen Vertrauen, von dem in den letzten Tagen so viel die Rede war, nicht förderlich. Herr Bundesrat Cotti, Sie sind ja nicht gerade als uncharmanter Mensch bekannt. Das ist erfreulich. Charmante Politikerinnen und vor allem auch charmante Politiker sind immer etwas Erfreuliches. Sie hätten es doch sicher in der Hand gehabt, Ihre politischen Ziele auf etwas charmantere Art durchzusetzen.

Die Kommission hat also die Beratung des ständerätlichen Gegenvorschlages ausgesetzt, bis der Bericht der Expertenkommission für die Totalrevision vorliegt. Die SP-Fraktion stellt hohe Anforderungen an diese Totalrevision. Wir verlangen das Obligatorium im Sinne der Solidarität zwischen alt und jung, der Solidarität zwischen Frauen und Männern, der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Wir verlangen aber auch die Solidarität zwischen arm und reich, wie es unsere Initiative mit der Forderung nach Beiträgen gemäss wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit vorsieht.

Sollte dieses Ziel auf anderem Weg als über Lohnprozente erreicht werden, so werden wir die Lösung sehr genau ansehen. Beim Festhalten an Kopfprämien werden wir insbesondere keine zivilstandsabhängigen Lösungen akzeptieren. Hingegen erachten wir die Privilegierung von Haushalten mit Kindern als richtig und unbedingt nötig, zum Beispiel durch eine völlige Prämienbefreiung für Kinder, wie es unsere Initiative übrigens vorsieht.

Es ging – ich will nicht wiederholen, was der Berichterstatter erläutert hat – in der Kommission darum, den kleinsten gemeinsamen Nenner zu finden. Dieser Nenner liegt bei 1,3 Milliarden Franken Bundesbeiträgen, die bis Ende 1994 beschränkt sind. Die Höhe dieses Betrages orientiert sich am ständerätlichen Gegenvorschlag. Aber die Kommissionsmehrheit will ganz bewusst keine anderen Artikel in das Gesetz aufnehmen oder modifizieren. Sie will für die Beiträge lediglich eine generelle Zielsetzung.

In der Kommission wurde – Sie haben es bereits verschiedentlich gehört – aufgrund der aussergewöhnlichen Situation die richtige Lösung noch nicht gefunden. Die Kommissionsmehrheit beantragt in der Fahne noch die Subventionserhöhung ohne Bedingungen. In der Zwischenzeit – Sie haben es auch schon wiederholt gehört – hat die Kommissionsmehrheit ihren Antrag gemäss diesem Antrag von vier Ratsmitgliedern, der Ihnen vorliegt, modifiziert. Für die zusätzlichen 300 Millionen Franken soll eine klare Zielsetzung aufgenommen werden. Die zusätzlichen Mittel sind zu verwenden, um der Desolidarisierung zwischen den Versicherten verschiedener Altersgruppen und Geschlechter entgegenzuwirken.

Die SP-Fraktion hätte diesem Abänderungsantrag nicht zugestimmt, wenn darin die Solidarität zwischen den Geschlechtern nicht ausdrücklich erwähnt worden wäre.

Neu ist die Möglichkeit der Beitragsdifferenzierung nach Altersstufen vorgesehen innerhalb der bereits heute ausgerichteten Beiträge für versicherte Erwachsene. Das ist der neue Buchstabe c in Absatz 1 von Artikel 38bis. Der Bundesrat soll die Ausführungsbestimmungen erlassen. Das Parlament bestimmt eine klare Zielrichtung.

Sollte gesagt werden, das Parlament kapituliere damit, so sind wir nicht einverstanden. Es ist eine klassische und richtige Aufgabenteilung zwischen Parlament und Bundesrat, dass das Parlament die Zielsetzungen definiert und der Bundesrat die entsprechenden Ausführungsbestimmungen erlässt.

Die SP-Fraktion stimmt der Kommissionsmehrheit, modifiziert durch den Antrag der vier Ratsmitglieder, den Sie auf Ihren Tischen finden, zu und bittet Sie, dasselbe zu tun.

**Hildbrand:** Die CVP-Fraktion lehnt die Volksinitiative «Für eine finanziell tragbare Krankenversicherung» – Krankenkassen-Initiative – ab. Gleichzeitig will sie es aber nicht bei einem blanken Nein bewenden lassen.

Im Sinne eines Uebergangs zu einer grundlegenden Neuordnung möchte sie den Krankenkassen und ihren Versicherten einen erhöhten Beitrag des Bundes sprechen und diesen Beitrag an minimale Bedingungen knüpfen, welche der verkümmerten Solidarität im Bereich der Sozialversicherung entgegenwirken.

Die CVP-Fraktion bedauert, dass auf dem zentralen Gebiet der sozialen Krankenversicherung der Durchbruch zu einer notwendigen Neuordnung trotz bald jahrzehntelangem Ringen nicht erfolgt ist.

Die Notwendigkeit einer Revision ist nicht kleiner geworden, im Gegenteil. Dass in der politischen Landschaft keine Ruhe eingekehrt ist, bezeugen auch zwei einschlägige Volksinitiativen. Die eine von ihnen steht heute zur Diskussion. Die CVP-Fraktion lehnt die Volksinitiative ab und bestätigt damit die Haltung, welche ihre Mitglieder bereits im Ständerat eingenommen haben.

Die am 30. April 1985 eingereichte Volksinitiative mit ihren rund 390 000 Unterzeichnern zeigt deutlich, dass dieses Problem ungelöst ist. Es wäre äusserst kurzfristig, wollte man dieses ungewöhnlich hohe Ergebnis nicht ernst nehmen. Dennoch lehnt die CVP-Fraktion die Initiative ab.

Vorerst halten wir fest: Eine neue Verfassungsgrundlage brauchen wir nicht. Die bestehende Verfassungsgrundlage reicht völlig aus, um das Gesetz wunschgemäß, auch im Sinne der Initianten auszugestalten. Die Initianten fügen dem bestehenden Artikel 34bis einige weitere Abschnitte an.

Es zeigt sich rasch – da teilen wir die Auffassung des Bundesrates –, dass die Uebergangsbestimmungen das eigentliche Kernstück der Initiative sind: Im Klartext verlangt sie, dass wir ab 1991 wiederum zum Zustand der unplanmäßigen Bundesbeiträge zurückkehren sollten. In Zahlen ausgedrückt: Wir würden 1991 etwa 2,475 Milliarden Franken ausbezahlen, Budget 1990: 995 Millionen Franken, und in fünf Jahren wäre wohl die 3-Milliarden-Grenze erreicht. Zwar könnte diese Regelung dann durch ein neues Gesetz auf der Grundlage des Volksinitiativtextes abgelöst werden. Es ist aber schwerlich denkbar, dann die Bundesbeiträge wiederum zu kürzen.

Aus der Sicht des Bundeshaushalts kann man den Weg in dieser Richtung nicht freigeben. Zwar müssen wir zugeben, dass der Bund auf dem Rücken der sozialen Krankenversicherung bedeutende Einsparungen – und zwar wie sonst nirgends – vornehmen konnte. Wären die Bundesbeiträge an die Krankenkassen weiterhin so geflossen, wie das bis zur Plafonierung 1974 der Fall war, dann hätte dies den Bund bis heute mehrere Milliarden mehr gekostet. Eine solche Argumentation dürfte bei den Versicherten, welche in den vergangenen Jahren Prämienhöhungen empfindlich zu spüren bekommen haben, nicht unpopulär sein.

Der Antrag des Bundesrates, die Initiative abzulehnen und es dabei bleiben zu lassen, konnte die CVP-Fraktion nicht überzeugen. Die CVP-Fraktion hat sich daher überzeugt hinter einen Gegenvorschlag auf Gesetzesstufe gestellt, wie er von un-

serem Ständerat Huber in der Kleinen Kammer erfolgreich vertreten wurde.

Die ständerätliche Fassung hat gegenüber der Volksinitiative den grossen Vorteil, dass sie konkret vorschreibt, wie die Bundessubventionen zu verwenden sind. Sie begegnet dem Problem der Desolidarisierung, das sich ja deshalb vergrössert, weil zunehmend ältere Menschen die Leistungen beanspruchen und damit die Kosten steigern.

Einige Punkte seien noch erwähnt, auch wenn wir heute annehmen müssen, dass sich das ständerätliche Projekt in unserem Rat nicht durchsetzt: die Ausdehnung der Pflichtleistung im ambulanten Bereich bei Spitex und Prävention; die Aufhebung der Aussteuerung; ein neues System für die Vergütung im stationären Bereich; bei der Subventionierung sollen Personen im AHV-Alter besser berücksichtigt werden.

Die CVP-Mitglieder gingen mit der Absicht an die Kommissionsarbeit, dem zweckmässigen Vorschlag des Ständerates zum Durchbruch zu verhelfen. Es erwies sich jedoch rasch, was wir bedauern, dass die nationalrätliche Kommission nicht bereit war, sich im Rahmen des ständerätlichen Vorschlages zu bewegen. Die Kommission griff praktisch alle offenen Fragen auf und schlitterte in eine Totalrevision hinein, für die sie nicht vorbereitet war.

Als Bundesrat Cotti die Expertenkommission Schoch auf die Reise schickte, brach der von allem Anfang an bescheidene Wille, den ständerätlichen Vorschlag durchzuziehen, zusammen. Auf der Fahne sehen Sie den Antrag der Mehrheit. Er bedeutet einen auf rein finanzielle Erhöhung beschränkten Gegenvorschlag. Das ist für uns nicht annehmbar, weil er die erhöhte Subvention in alle alten Kanäle fliessen lässt. Demgegenüber enthält der Minderheitsantrag eine klare Anweisung im Sinne des Ständerates und nach sozialpolitischen Gesichtspunkten.

Unsere Fraktion ist heute bereit, den Vorschlag Früh/Haller/Rychen/Segmüller zu unterstützen und so Hand zu bieten für eine breit abgestützte Verständigung. Der Verständigungsvorschlag setzt immerhin Akzente, welche als Anweisungen für das Handeln des Bundesrates wegweisend sind. Aus unserer Sicht enthält er das Minimum, dem wir noch zustimmen können.

Zum Schluss: Nach den neuesten Äusserungen wird die Initiative offenbar nicht zurückgezogen. Wir sind daher froh, dass unlängst eine Expertenkommission ans Werk gegangen ist, um überzeugende Leitplanken für eine Gesamtrevision der Krankenversicherungsgesetze zu setzen. Wir hoffen, dass die Aussicht auf ein gutes, neues Gesetz, das in absehbarer Zeit vorliegen soll, und der kleine Gegenvorschlag, den wir heute unterstützen, das Vertrauen des Volkes finden – und dass dies zur Ablehnung der Volksinitiative führen wird.

**Frau Stocker:** Verpasste Chancen kommen im Leben und manchmal auch in der Politik teuer zu stehen. Was auf dem Gebiet der Krankenversicherung in den Wachstumsjahren verpasst worden ist und durch gewisse Kreise bei der Abstimmung vom 6. Dezember 1987 einen Scherbenhaufen verursachte, hat dazu geführt, dass niemand so richtig Lust verspürt, diesen Scherbenhaufen aufzuwischen. Die einen holen zwar den Subventionsklebstoff im Bundeshaus – er funktioniert offensichtlich teilweise –, um notdürftig wieder etwas Ganzes herzustellen. Andere formen aus den Reststücken ein eigenes Schmuckkästchen, und wieder andere warten auf das grosse Geschenk, das Herr Cotti irgendeinmal unter den Weihnachtsbaum legen wird. So lässt sich soziale Gesundheitspolitik einfach nicht machen!

Die grüne Fraktion ist in einer komfortablen Lage. Es ist das erste Mal, dass wir zur Gesundheitspolitik sprechen. Wir haben also noch keine Alterslasten mitzutragen. Aber wir sind auch nicht in das Bundesratsparteienkartell eingebunden, welches in den letzten Tagen in einer Art permanenten Wandelhallenkommission getagt hat. Wir sind also Fundis, Herr Bundesrat, und befinden uns dabei in guter Gesellschaft mit Ihnen. Wir sind nämlich für eine Totalrevision der Krankenkassenversicherungen und hoffen auf eine speditive Arbeit der Kommission Schoch, wie es die ursprüngliche vorberatende Kommission für Soziale Sicherheit unseres Rates auch getan hat. Die

Beratungen haben wir nicht abgeschlossen, sondern lediglich sistiert.

Die Haltung der grünen Fraktion ist grossmehrheitlich die folgende: Nein zur Krankenkassen-Initiative, weil ein nicht mehr taugliches System noch mehr zu ölen und zu schmieren auch nicht viel hilft. Nein leider auch zum Vorschlag und zum Antrag unserer Kollegin Susanne Leutenegger Oberholzer, weil er in dieselbe Richtung geht. Nein zum Gegenvorschlag des Ständerates. Er entspringt der gutgemeinten Optik eines älteren Gesundheitsdirektors, was eben auch nur eine Optik ist. Ja hingegen zum Vierergespann der Bundesratsparteien. Es ist ein knurrendes Ja der Grünen, denn es besteht die Gefahr, dass mit der Subventionsaufstockung vielleicht doch die Motivation etwas abgebaut wird, wirklich an die Totalrevision heranzugehen. Aber wir bleiben bei der Fundi-Haltung.

Die Revision muss kommen. Sie hat sich für die grüne Fraktion an folgenden vier Kriterien zu orientieren:

1. Was Gesundheit ist, definieren die Patientinnen und Patienten selbst und niemand sonst. Die Definitionsmacht geben wir weder dem Aerztekartell noch dem Krankenkassenkonkordat ab.

2. Die Krankenkassen haben es verpasst, Konsumentinnen- und Konsumentenorganisationen zu sein. So kommt es, dass häufig die Patientinnen und Patienten vor ihren Kassen in Schutz genommen werden müssen. Elternorganisationen Behinderter, Patientenorganisationen und Angehörigenselbsthilfe sind dringlich. Die grüne Politik postuliert daher die Interessenvertretung der Betroffenen. Sie fordert den Krankenkassenfrühling.

3. Was medizinische Dienstleistungen sind, muss breiter diskutiert werden als bisher und nicht im Machtkartell der bisherigen Dienstleistungserbringer. Erfahrungsmedizin, spitalexterne Dienstleistungen, Leistungen an Langzeitpatientinnen und -patienten sind ebenso zu gewichten wie Chemie und klassische Medizin.

4. Unser Gesundheitssystem steht und fällt nicht mit dem Geld. Mittelfristig steht und fällt es mit der Personalfrage. Wenn die Personal- und Berufsverbände des Krankenpflegepersonals, wenn die dringlichen Anliegen der Pflegenden nicht ebenso ernstgenommen werden wie die Forderungen anderer, werden wir Mitte der neunziger Jahre leere Spitäler und leere Krankenhäuser haben, weil wir niemanden mehr finden, der für einen anständigen Lohn eine gute Pflege erbringen will.

Ich habe für diese Krankenschwestern und Krankenpfleger ein gewisses Verständnis. Im Arroganzmythos, der sich im Gesundheitswesen gebildet hat, sind sie in schwächster Position. Ohne sie geht aber letztlich nichts. Wenn Ihnen niemand mehr eine Tasse Tee ans Bett bringen wird, meine Damen und Herren, werden Sie auch Ihr Aspirin nicht mehr schlucken können.

Der Grünen Politik will, dass die Krankenversicherungsrevision speditiv an die Hand genommen wird. Die Grünen sind daher froh, dass nur eine Sistierung der Arbeit erfolgt ist.

Herr Bundesrat, wir bitten Sie, nehmen Sie uns Fundis diesmal ernst, auch wenn alte Kühe geschlachtet werden müssen und vielleicht ein paar Heiligenscheine angekratzt werden. Diesmal würde Ihnen die Grüne Partei helfen. Da wir aber ganz realistische und brave Parlamentarierinnen und Parlamentarier geworden sind, werden wir uns als die Kleinen selbstverständlich den Grossen anschliessen. Wir stimmen dem Bundesratsparteienkartell selbstverständlich zu.

**M. Massy:** Au vu du programme chargé, permettez-moi d'être bref.

L'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable» est plus connue sous le nom d'initiative des caisses-maladie et doit être considérée comme telle. Je pense que chacun d'entre nous est au courant du but que veut atteindre cette initiative déposée en 1985 et signée par 400 000 citoyennes et citoyens, qui ferait passer les charges de la Confédération de 985 millions à 2,5 milliards de francs. Rappelons aussi que l'initiative déposée par l'Union syndicale et le Parti socialiste suisses est encore en suspens.

Le «niet» populaire d'il y a juste deux ans avait balayé vingt ans

d'efforts pour tenter de remédier à une situation préoccupante en matière d'assurance-maladie. «Perseverare diabolicum» dit le proverbe, et les caisses-maladie n'ont pas compris que le peuple n'a pas voulu d'un projet de révision étatiste, et qu'il n'est pas prêt à céder.

Divers groupements réfléchissant à ses solutions fondées sur une conception plus libérale des soins et de l'assurance sont au travail. Un bref rappel s'impose. Le texte de 1987 prévoyait un accroissement des pouvoirs des caisses-maladie, un affaiblissement du secret médical et de la liberté de choix du médecin et des moyens thérapeutiques par un renforcement du contrôle dit économique, notamment des traitements. Il ouvrait en outre la voie à une étatisation progressive du secteur hospitalier, en octroyant par exemple aux cantons le droit de fixer des planifications obligatoires englobant aussi les cliniques privées. Il faut donc respecter la volonté populaire. Le texte du Conseil des Etats est censé servir de contre-projet direct à l'initiative des caisses-maladie et ces dernières n'ont pas manifesté leur intention de retirer cette initiative.

L'Union syndicale suisse juge, selon ses propres termes, de façon très critique cette version «réchauffée» et estime qu'elle fait fausse route. Quant aux opposants d'hier, leurs critiques restent évidemment de mise. Où est donc le prétendu consensus? La désignation par le Conseil fédéral d'une commission d'experts chargée de préparer la révision totale de l'assurance-maladie a quelque peu troublé la commission qui propose d'ajourner d'une année l'examen du contre-projet élaboré par le Conseil des Etats. L'initiative des caisses-maladie est clairement rejetée par les commissaires, par 20 voix contre zéro. La discussion a porté ensuite sur des variantes qui nécessitent chaque fois des calculs longs et difficiles de la part de l'administration.

La commission s'est donc concentrée sur un amendement qui propose l'augmentation des subventions fédérales qui passeraient ainsi à un 1,3 milliard de francs. C'est la proposition que nous avons reçue et qui est signée de Mmes et MM. Früh, Haller, Rychen et Segmüller. Un compromis temporaire, sage, et dans le juste milieu, qui permet de soigner la plaie mais probablement pas de guérir le mal.

Au nom du groupe libéral, je vous demande donc: premièrement, de repousser l'initiative dite des caisses-maladie et d'en proposer le rejet au peuple; deuxièmement, de permettre à la commission d'experts du Conseil fédéral de présenter son projet d'ici à septembre 1990; troisièmement, d'approuver la proposition Früh et consorts demandant de porter le subside de la Confédération limité à cinq ans de 945 millions à 1,3 milliard de francs, et, quatrièmement, de repousser la proposition Leutenegger Oberholzer, qui soutiendrait entièrement le projet dit «pour une assurance-maladie financièrement supportable».

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

*Schluss der Sitzung um 12.35 Uhr  
La séance est levée à 12 h 35*

## **Krankenkassen-Initiative**

### **Initiative des caisses-maladie**

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1989
Année	
Anno	
Band	V
Volume	
Volume	
Session	Wintersession
Session	Session d'hiver
Sessione	Sessione invernale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	11
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	88.014
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	13.12.1989 - 08:15
Date	
Data	
Seite	2113-2120
Page	
Pagina	
Ref. No	20 018 066

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.