

monopole qui ont augmenté de plus 10 pour cent. Les charges de 193,3 millions de francs sont de 0,6 million plus élevées qu'en 1989/1990. Le budget tablait sur des charges de 181,4 millions de francs (non compris les crédits supplémentaires de 27 millions de francs). L'utilisation des produits de pommes de terre a, en particulier, occasionné des frais plus élevés alors que les dépenses pour les fruits n'ont pas atteint le montant inscrit au budget.

Le bénéfice net de 210,7 millions de francs est réparti conformément à la Constitution fédérale et à la loi sur l'alcool. 189,6 millions de francs reviennent à la Confédération en faveur de l'AVS et l'Al. La somme de 21,1 millions de francs est attribuée aux cantons pour combattre les causes et les effets de l'alcoolisme, de l'abus des stupéfiants et autres substances engendrant la dépendance ainsi que de l'abus des médicaments.

Anträge der Kommissionen

Die Finanzkommission beantragt dem Rat einstimmig Zustimmung zur Rechnung der Eidgenössischen Alkoholverwaltung für das Geschäftsjahr 1990/1991.

Die Geschäftsprüfungskommission hat anlässlich der Prüfung des Geschäftsberichts der Alkoholverwaltung verschiedene Fragen über die Ziele und Massnahmen der geltenden Alkoholordnung gestellt. Sie wird sich im kommenden Jahr vertieft mit diesen Themen befassen.

Die Geschäftsprüfungskommission beantragt dem Rat einstimmig Zustimmung zum Geschäftsbericht der Eidgenössischen Alkoholverwaltung für das Geschäftsjahr 1990/1991.

Propositions des commissions

La Commission des finances propose au Conseil national à l'unanimité d'approuver le compte 1990/1991.

La Commission de gestion, lors de l'examen de la gestion de la Régie, a soulevé des questions concernant les objectifs et les moyens de l'actuel régime de l'alcool. Elle approfondira ce thème au cours de l'année prochaine.

La Commission de gestion propose au Conseil national à l'unanimité d'approuver le rapport de gestion 1990/1991.

Eintreten ist obligatorisch

L'entrée en matière est acquise de plein droit

Detailberatung – Discussion par articles

Titel und Ingress, Art. 1, 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule, art. 1, 2

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes

126 Stimmen
(Einstimmigkeit)

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

91.069

Krankenversicherung. Kosten- und Prämiensteigerung. Dringliche Massnahmen

Assurance-maladie. Augmentation des coûts et des primes. Mesures d'urgence

Botschaft und Beschlussentwurf vom 6. November 1991 (BBI IV 917)

Message et projet d'arrêté du 6 novembre 1991 (FF IV 901)

Kategorie II/III, Art. 68 GRN – Catégorie II/III, art. 68 RCN

Antrag der Kommission

Mehrheit

Eintreten

Minderheit

(Gysin, Allenspach, Massy, Mauch Rolf, Pidoux, Widrig)

Nichteintreten

Proposition de la commission

Majorité

Entrer en matière

Minorité

(Gysin, Allenspach, Massy, Mauch Rolf, Pidoux, Widrig)

Ne pas entrer en matière

Allenspach, Berichterstatter: Das Schweizer Volk hat am 16. Februar des nächsten Jahres über die Volksinitiative für eine finanziell tragbare Krankenversicherung zu entscheiden. Auf dem Tisch des Parlaments liegt sodann eine weitere Volksinitiative, jene für eine gesunde Krankenversicherung. Der Bundesrat hat zudem mit Botschaft vom 8. November 1991 Vorschläge für eine Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes unterbreitet. Wir werden uns also in den kommenden Monaten und Jahren noch intensiv mit der Frage der Krankenversicherung auseinanderzusetzen haben.

Was wir heute zu erörtern haben, ist gewissermassen ein Vorläufer der späteren Diskussionen. Der heute vorliegende dringliche Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und Entsolidarisierung in der Krankenversicherung wird vom Bundesrat als eine Sofortaktion charakterisiert.

Aufgeschreckt durch die von den Krankenkassen auf Jahresbeginn in Aussicht genommenen Prämien erhöhungen und vom zunehmenden Werbeerfolg der Krankenkassen, die nur gute Risiken aufnehmen und dementsprechend billige Prämien anbieten können, will der Bundesrat gewissermassen die Notbremse ziehen. Er hat am 6. November 1991 den vorliegenden dringlichen Bundesbeschluss verabschiedet.

Dieser dringliche Bundesbeschluss enthält im Grunde genommen zwei verschiedene, voneinander unabhängige Teile. Er sieht erstens Massnahmen zur Kostendämpfung vor, indem den Leistungserbringern im Gesundheitswesen – also den Spitälern und Heilanstalten, den Ärzten, den Heilmittelherstellern usw. – ein relativer Preisstopp auferlegt wird und im Gegenzug die Krankenkassen zu einem relativen Prämienstopp verpflichtet werden. Die Kosten der von den Krankenkassen durchgeführten Krankenpflegeversicherungen stiegen in den vergangenen Jahren regelmässig stärker als die Löhne oder der Landesindex der Konsumentenpreise. So haben sich die jährlichen Krankenpflegekosten pro Versicherten von 1980 bis 1989 um 89 Prozent erhöht. Im gleichen Zeitraum sind die Löhne im Durchschnitt um 42 Prozent gestiegen, der Landesindex der Konsumentenpreise um 32 Prozent.

Die Kosten sind das Produkt der Preise mal die konsumierte Menge. Etwa zwei Drittel der Kostensteigerung sind auf die Ausweitung der konsumierten Menge und nur etwa ein Drittel auf die Preissteigerungen zurückzuführen.

Im Bereiche der Heilanstaltbehandlung sind vor allem die Preise, d. h. die Spitaltarife, gestiegen, nämlich um nicht weniger als 79 Prozent innert neun Jahren.

Bei den ambulanten Leistungen hingegen waren die Preissteigerungen geringer als die allgemeine Teuerung. Sie stiegen nur um 27 Prozent gegenüber 32 Prozent der Zunahme des Landesindex der Konsumentenpreise. Die Kostensteigerungen im ambulanten Sektor sind also vor allem darauf zurückzuführen, dass die Bevölkerung immer mehr ambulante ärztliche Leistungen beansprucht.

Auch bei den Heilmitteln lag die Preissteigerung mit 19 Prozent wesentlich unter der Zunahme der Konsumentenpreisindexe. Die Arzneimittelkosten sind im genannten Zeitpunkt aber dennoch um 70 Prozent gestiegen, weil die Versicherten immer mehr und teurere Heilmittel konsumiert haben.

Es liegt auf der Hand, dass die Krankenkassen diese Kostensteigerungen auf die Versicherten überwälzen mussten. Auch wenn noch einige andere Gründe mitgespielt haben, die Krankenkassen mussten die Prämien vor allem wegen dieser Kostensteigerungen entsprechend erhöhen. Es hat wenig Sinn, die in Aussicht gestellten Prämienhöhungen zu verurteilen. Ursache waren in den letzten Jahren, vereinfacht ausgedrückt, vor allem die Zunahme der Spitaltaxen und der von den Versicherten beanspruchte Mehrkonsum an ambulanten Leistungen der Aerzte sowie der Mehrkonsum von Arznei- und Heilmitteln. Aufgrund der bisherigen und der für die nächsten Jahre erwarteten Kostensteigerungen haben die Krankenkassen Prämienhöhungen von 20 und mehr Prozent in Aussicht gestellt. Inwieweit diese Ankündigungen durch die bevorstehende Abstimmung über die Krankenkassen-Initiative beeinflusst worden sind, konnte von der Kommission nicht untersucht werden. Die in Aussicht gestellten Prämienhöhungen würden eine durchschnittliche Belastung der Haushalte von bisher 7,6 Prozent des steuerbaren Einkommens auf 8,5 Prozent bringen.

Der Bundesrat ist der Ansicht, dass damit die Prämienhöhungen ein Ausmass erreicht haben, das zum Handeln zwingt. Er schlägt – wir werden bei den Artikeln 1 und 3 darauf zurückkommen – einen indexierten Tarif- und Preisstopp für die Leistungen des Gesundheitswesens vor.

Der vorliegende dringliche Bundesbeschluss erhält eine zweites Bündel von Massnahmen, nämlich Vorschriften, die der sogenannten Entsolidarisierung in der Krankenversicherung entgegenzutreten sollen. Das heutige System der Krankenversicherung, das die Prämien nach Eintrittsalter und nicht nach Kosten und Risikofaktoren abstuft, begünstigt jene Kassen, die einen grossen Bestand an jungen und gesunden – und damit kostengünstigen – Versicherten aufweisen. In jüngster Zeit sind Krankenkassen dazu übergegangen, mit günstigen Prämien vor allem diese rentablen Versicherten anzuwerben. Zu diesem Zweck wurden auch neue Kassen gegründet, die die etablierten Krankenkassen konkurrenzieren. Die etablierten Krankenkassen selbst nahmen auch die Neugründung von sogenannten Billigkassen in Aussicht mit der Folge, dass Krankenkassen mit einem überalterten Versichertenbestand mit der Zeit notleidend werden.

Der Bundesrat beantragt, die Neugründung derartiger Billigkassen zu verbieten. Bestehende Billigkassen können aber nicht aufgehoben werden. Mit dem Verbot der Neugründung von Billigkassen soll es den Krankenkassen auch untersagt werden, ihren bisherigen Tätigkeitsbereich auszuweiten. Krankenkassen mit regionalem oder kantonalem Tätigkeitsbereich dürfen sich nicht in weiteren Regionen oder Kantonen installieren.

Von wesentlicherer Bedeutung als das Verbot der Neugründung von Billigkassen dürfte der vorgeschlagene Risikoausgleich sein. Krankenkassen mit einer günstigen Altersstruktur und überwiegend kostengünstigeren männlichen Versicherten hätten die Kostenvorteile, die sie daraus ziehen, gegenüber einer noch zu schaffenden Einrichtung abzugelten. Kassen mit ungünstigen Verhältnissen erhielten von dieser Einrichtung kompensatorische Ausgleichszahlungen. Damit soll erreicht werden, dass für die Kassen nicht mehr das kassen-spezifische Risiko massgebend ist, sondern das gesamtschweizerische oder kantonale Durchschnittsrisiko. Wie die-

ser Risikoausgleich durchgeführt werden soll, welche Geldströme damit in Bewegung gesetzt werden und welche Einrichtungen hierzu geschaffen werden müssten, konnte der Kommission nicht erläutert werden. Wir können nur hoffen, es werde keine grosse und keine neue Bürokratie dadurch entstehen. Der Risikoausgleich wird aus technischen Gründen erst im Jahre 1993 in Kraft treten können.

Als Sozialmassnahme will der Bundesrat sodann einen Kostenbeitrag von jährlich 100 Millionen Franken jenen Kantonen zukommen lassen, die die Krankenkassenprämien Minderbemittelter durch kantonale Zuschüsse verbilligen. Der Bund würde sich damit jenen Kantonen gegenüber erkenntlich zeigen, die dies heute ohne Bundesmillionen bereits tun. Der Bundesrat hofft aber, dass die in Aussicht gestellten Bundesbeiträge weitere Kantone zu solchem Handeln veranlassen könnten.

Es sei daran erinnert, dass vor allem die grosse Kostenbelastung der wenig begüterten Haushalte durch die Krankenkassenprämien den Bundesrat veranlasst hat, diesen dringlichen Bundesbeschluss vorzuschlagen. Die Kosten von 100 Millionen Franken müssten, falls das Parlament diesem Bundesbeschluss zustimmt, noch in das Budget 1992 einbezogen werden. Wir überlassen es der Finanzkommission, sich mit dieser zusätzlichen Ausgabe auseinanderzusetzen. Möglicherweise provozieren wir durch die heutigen Beschlüsse bereits den ersten Teil eines Nachtragskredits für 1992.

Der Bundesbeschluss soll auf drei Jahre befristet werden, also nur bis Ende 1994 gelten. In der Kommission verbargen aber die Fachleute der Bundesverwaltung keineswegs die Ansicht, der Bundesbeschluss solle so lange in Kraft bleiben, bis er durch das neue, totalrevidierte Krankenversicherungsgesetz abgelöst werden könnte, das heisst, gegebenenfalls müssten Verlängerungen dieses dringlichen Bundesbeschlusses in Aussicht gestellt werden.

Angesichts der skeptischen Aufnahme der bundesrätlichen Vorschläge im mündlichen Vernehmlassungsverfahren und der nach wie vor mehrheitlichen Ablehnung dieser Vorlage durch die Kantone und durch verschiedene Gruppen der Leistungserbringer überraschte es nicht, dass in der Kommission ein Nichteintretensantrag gestellt worden ist.

Die Kommissionsmehrheit beantragt indessen (15 zu 6 Stimmen) Eintreten auf die Vorlage, in der Meinung, es müsse angesichts der Entwicklung gehandelt werden, auch wenn den vorgeschlagenen Massnahmen Unzulänglichkeiten und Härten anhaften. Eine Erhöhung der Krankenkassenprämien auf Jahresbeginn um mehr als 10 Prozent könne nicht hingenommen werden. Vor allem aber gelte es, Massnahmen gegen die Entsolidarisierung zu treffen.

In diesem Sinn beantragt die Kommissionsmehrheit bei einem Stimmenverhältnis von 15 zu 6 Eintreten auf die Vorlage; die Minderheit, welcher auch der Sprechende angehört, lehnt Eintreten auf diese Vorlage ab.

M. Aguet, rapporteur: La Commission de la sécurité sociale s'est réunie le 19 novembre dernier. Elle n'avait à son ordre du jour que le projet sur les mesures temporaires contre l'augmentation des coûts et la désolidarisation dans l'assurance-maladie. J'ai participé à ses travaux en remplacement de M. Longet. La désignation du rapporteur de langue française s'est faite un peu dans la confusion entre les deux seuls Romands qui appartenaient à la majorité, et surtout dont le mandat a été reconduit – il s'agissait de Mme Jeanprêtre ou de votre serviteur: j'assumerai cette tâche.

La détermination du Conseil fédéral est maintenant connue. Il rejette les deux initiatives populaires: celle des caisses-maladie et celle du Parti socialiste et de l'Union syndicale suisse. Il construit son projet de réforme sur les propositions de la commission d'experts, à quelques nuances près. La situation s'étant cependant tellement aggravée, le Conseil fédéral propose un arrêté urgent dont la validité s'étendra au plus tard jusqu'au 31 décembre 1994. Cette décision date du 6 novembre. Nous parlerons aujourd'hui de l'arrêté urgent; les autres propositions feront l'objet d'autres débats. Votre commission est entrée en matière par 15 voix contre 6 et, au vote final, le projet a recueilli 11 voix, avec 4 oppositions et 3 abstentions.

On se souvient que le patron de la médecine, Hippocrate, avait un bâton le long duquel s'enroulait un serpent. A suivre la longue histoire de l'assurance-maladie en Suisse, il semble que ce serpent ait fait des petits et que nous nous trouvions dans un véritable nid de vipères. La facture de la santé approche des 30 milliards de francs. Cela fait beaucoup de groupes d'intérêts qui n'ont pas trop envie que les choses changent. La maladie permet à un nombre important de personnes et d'entreprises de se porter particulièrement bien. Il est tout de même utile de se souvenir que plusieurs projets ont été proposés au peuple suisse. Il les a refusés les uns après les autres. Nous nous souvenons du fait que les mesures restrictives sont intervenues après le refus de la proposition de la TVA en 1977 déjà, que l'initiative socialiste a été refusée en 1974, que les propositions des Chambres de 1987 ont également été repoussées. Ceux qui ont de gros intérêts à préserver savent et surtout se donnent les moyens de convaincre l'opinion publique. Il suffit de dessiner un huissier fédéral avec un képi et l'affaire est dans la poche; il n'est même pas besoin de lui dessiner des cornes.

L'arrêté urgent que M. Cotti, conseiller fédéral, a présenté à la commission le 19 novembre, sera de courte durée. Il vise trois objectifs principaux: freiner l'évolution des coûts, renforcer la solidarité entre les caisses et réunir un certain nombre d'éléments statistiques. Tout d'abord, devant les annonces d'augmentation des primes de 15 à 20 pour cent, et même de 30 pour cent dans certaines régions, le Conseil fédéral propose de freiner cette spirale infernale et, dès que possible, de n'admettre des augmentations de tarif et de prix des prestations que si leur influence sur les frais annuels moyens de traitement par assuré ne dépassent pas de plus d'un tiers celles des prix à la consommation. Il se donne de plus les moyens légaux d'interdire les augmentations de tarif ou de primes si ce tiers est dépassé. Cette disposition découle de l'article premier, alinéa premier, *in fine*.

Il faut se souvenir que les coûts annuels par assuré ont augmenté de 89 pour cent entre 1980 et 1989. Ce chiffre doit être comparé au renchérissement général de 32,4 pour cent, une progression trois fois plus rapide. L'article 3 fait pression sur l'augmentation des cotisations et précise que les caisses peuvent les augmenter en se basant sur l'augmentation des prix à la consommation, majorée de trois quart. L'arrêté fédéral urgent s'attaque à un autre problème considérable. Il s'agit de la désolidarisation. Le phénomène est bien connu, il se crée sans cesse de nouvelles caisses qui ne regroupent que les hommes jeunes et en bonne santé. Ainsi, les caisses chargées d'assurer les femmes et les personnes âgées exigent des cotisations beaucoup trop élevées. Pour l'article 2, le Conseil fédéral veut rétablir un système de vases communicants entre elles. Il espère que les modalités de calcul seront trouvées par les caisses elles-mêmes et il n'interviendra que si elles ne s'entendent pas avant le 30 avril 1992. L'entrée en vigueur de cet article est fixée au 1er janvier 1993.

A l'article 4, le Conseil fédéral veut faire pression sur les frais d'administration dont on sait qu'une part est consacrée à la publicité et à la chasse aux bons risques. L'article 5 stipule que de nouvelles caisses ne seront plus reconnues d'ici la fin 1994. L'article 6 met à disposition 100 millions de francs pour participer à l'effort des cantons qui abaissent les cotisations des assurances-maladie. Enfin, l'article 7 vise à réunir les statistiques valables et l'article 8 déclare cet arrêté urgent. La discussion sur ce point a été assez vive: 11 membres ont admis l'urgence alors que 8 s'opposaient pour des raisons qui vont à nouveau être évoquées en plénum bien sûr.

A la fin de ses travaux, la commission a évoqué la possibilité de scinder en deux ce projet qui ne compte pourtant que huit articles. Le premier groupe aurait visé à lutter contre l'augmentation des coûts et des cotisations, il s'agit essentiellement des articles 1, 3 et 4. Le deuxième groupe aurait regroupé les articles 2, 5, 6 et 7 en particulier, visant à lutter contre la désolidarisation, projet que tout le monde admet. Cet artifice aurait permis aux opposants minoritaires de faire couler, sur la base d'un raisonnement que l'on peut comprendre, une partie au moins de ces dispositions. Cette proposition a été repoussée à une courte majorité. Une autre proposition refusée tendait à

ajouter un article 5bis, visant à garantir le libre-passage aux assurés dont la caisse cesse son activité, et cela aux mêmes conditions que précédemment.

Il ne faut pas conférer la qualité d'urgence à cet arrêté, disaient un certain nombre de collègues: l'assurance-maladie étant malade depuis si longtemps, pourquoi adopter l'urgence? Tous les indicateurs montrent pourtant que la situation actuelle et à venir se détériore à un tel rythme, que les autorités fédérales ne peuvent rester sans donner un très sérieux coup de frein.

Bien sûr, les porte-parole attirés des deux initiatives, actuellement montrées du doigt par le Conseil fédéral qui s'y oppose, n'ont pas désarmé. Les uns veulent très vite que la Caisse fédérale verse environ 3 milliards aux caisses actuellement reconnues, les autres veulent établir une vraie solidarité en finançant la santé sur la base des revenus de la famille, selon le modèle AVS – je suis d'ailleurs de ceux-là. Mais s'ils ne désarment pas, ils reconnaissent à la stratégie du Conseil fédéral le pragmatisme, un certain courage, la recherche d'une solution beaucoup plus solidaire. Que le «Un pour tous, tous pour un» de 1991, si souvent proclamé à l'occasion du 700e anniversaire inspire nos débats!

Nous reprendrons les articles les uns après les autres dans la discussion de détail. Pour l'heure, il semble utile de dire que tous les membres de la commission se sont félicités de la proposition courageuse et intelligente du Conseil fédéral. Cette volonté de sortir de l'ornière mérite un grand coup de chapeau; la presse, presque unanime, a aussi dit sa satisfaction, cela me fait plaisir de le souligner. Seuls quatre commissaires – je vous le rappelle – se sont opposés à ce projet. Bien sûr, les critiques ne manquent pas. Comme toujours, la charge probable sur les cantons fait problème. Cette charge que les cantons pourront maîtriser à très court terme n'en sera plus une. Elle a été évaluée à environ 490 millions sur la base des chiffres de 1987 à 1989. Précisons ici que ces 490 millions – c'est le chiffre formulé – est une charge répartie sur trois ans.

Un autre reproche a été formulé de manière générale, qui peut être traduit par un certain flou laissé autour de l'application de ces mesures de courte durée. Si votre commission s'est tout de même laissée convaincre, c'est sur la base de l'argumentation assez cohérente suivante: on ne peut pas laisser toutes leurs prérogatives aux caisses d'assurances, aux cantons et aux divers acteurs de ce jeu complexe, et prétendre pouvoir dire: voilà la solution qu'ils choisiront. Soit on demande au bailli fédéral de fixer des prix et des directives très précis et le flou artistique s'estompe. Mais qui veut vraiment cette solution? Personne, je crois, dans cette enceinte. Soit on se contente de cadres généraux et de règles générales pour ce jeu, et c'est bien là la proposition du Conseil fédéral. Je suis sûr que ce principe rencontre en tout cas largement votre appui et l'approbation de ce conseil. Il faut se souvenir que, comme cela arrive souvent, c'est l'avant-projet mis en circulation qui a «allumé» une sorte de petite fronde. Mais le projet que nous avons à discuter aujourd'hui a beaucoup tenu compte des remarques formulées. J'en veux pour preuve la réaction positive du chef du DPSA vaudois, auprès duquel je me suis informé, et de beaucoup d'autres qui étaient fort opposés au premier projet mis en circulation. Ils se sont ralliés par la suite au projet que nous avons à discuter aujourd'hui.

Certains ont déjà distribué des tracts, comme si la votation populaire était prévue pour aujourd'hui. Ils accusent le bailli fédéral de toutes les tares, comme d'habitude; ils regrettent que les frais administratifs soient montrés du doigt. Or, ces derniers représentent des sommes fabuleuses, essentiellement utiles à la compétition entre les caisses et à la course aux meilleurs cas. On parle de 7,5 pour cent depuis près de dix ans. Un chiffre constant. Ces 7,5 pour cent sur 8 milliards en 1980, ou encore ces 7,5 pour cent sur les 12 milliards actuels méritent tout de même le détour. Cela vaut la peine de pouvoir dépenser des sommes de cette importance et surtout de pouvoir continuer à les maîtriser en refusant l'effort demandé par le Conseil fédéral. Ces frais administratifs et de publicité représentent environ 900 millions en chiffre rond. L'article 4 qui traite de cette question a été admis à l'unanimité, j'espère que vous ferez de même. Il en va de même de certaines modifications rédaction-

nelles touchant à la référence à l'index des prix ou à la compétence des cantons. Devant les promesses d'augmentation de 15 à 30 pour cent qui nous sont faites par les assurances-maladie, nous ne pouvons pas rester les bras ballants. Le Conseil fédéral a su en tirer les conséquences et faire des propositions avec courage. J'espère que, de concert avec la majorité de la commission, vous aurez ce courage, les citoyens attendent cela de vous.

Gysin, Sprecher der Minderheit: Namens der Kommissionsminderheit beantrage ich, auf die Vorlage nicht einzutreten.

Die Schwierigkeiten in der Krankenversicherung beseitigen wir mit Dringlichkeitsrecht nicht. Das muss mit einer ordentlichen Gesetzesrevision geschehen. Die Dringlichkeitsvorlage will überstürzt gesetzliche Regelungen zum Teil vorwegnehmen, und das ist fragwürdig. Der Bundesrat schlägt eine Notmassnahme vor. Die Meldungen über die Prämien erhöhungen für 1992 haben ihn alarmiert. Aber dass die Krankheitskosten weit über die Teuerung hinauswachsen, ist schon seit Jahren bekannt. Nach all diesen Jahren sollen auf einmal Massnahmen dringlich sein, das überzeugt nicht. Wenn man Notmassnahmen ergreifen wollte, müsste man sich schon auf das Unerlässliche beschränken. Ferner müssten die Notmassnahmen ohne Komplikationen durchführbar sein und sofort voll wirken. Unter der Überschrift der Dringlichkeit würde nach Vorlage der Risikoausgleich zwischen den Kassen erst in einem Jahr in Kraft treten; eine merkwürdige Dringlichkeit.

Die Vorschriften über Preise und Prämien bereiten Kopfzerbrechen. Wie steht es mit Tarifen, die mit den Kantonen schon vereinbart wurden, die schon Rechnungsgrundlage geworden sind? Wie richten sich die Kassen ein, die bereits alles für 1992 vorbereitet haben? Wie soll das auf den 1. Januar 1992 funktionieren? Herr Bundespräsident, die Kriterien für die Preisbegrenzung sind nicht eindeutig. Wie bemessen sich die «durchschnittlichen Behandlungskosten je Versicherten»? Das ist keineswegs klar und könnte Verwirrung stiften.

Persönlich habe ich mir die Antwort auf die Frage, ob Notmassnahmen zu ergreifen seien, nicht leicht gemacht. Aber ich lese im Titel des Bundesbeschlusses die Worte «Massnahmen gegen die Kostensteigerung», und in der Botschaft steht, die Preisbegrenzung sei das zentrale Element der Vorlage, das fordert Widerspruch heraus.

1. Der mengenmässige Aufwand im Gesundheitswesen wäre zwar reduzierbar, aber die Vorlage bringt keine Reduktion, kann sie gar nicht im Schnellzugtempo realisieren. Man ist sich einig, dass der Umfang der Leistungen sogar weiter zunimmt. Hier schaut mit dieser Vorlage kaum etwas heraus.

2. Die Vorlage nimmt nicht auf die Kosten als solche Einfluss, sondern auf Preise und Prämien. Das sind zweierlei Dinge. An den effektiven Kosten von Medizin und Spitälern kann die Vorlage ja nichts ändern. Entgegen ihrem Titel dämpft sie die Kostensteigerung nicht.

3. Zu den Preisen, die vom mengenmässigen Aufwand zu unterscheiden sind: Die Botschaft informiert, die Arzttarife und Heilmittelpreise seien zwischen 1980 und 1989 unter der Teuerung geblieben. Offenbar war das auch in der letzten Zeit so. Da will man staatlich Preise begrenzen, die unter dem Teuerungsverlauf liegen. Voraussichtlich bringt das ausser Schereisen wenig bis nichts. Es betrifft immerhin mehr als die Hälfte der Pflegeleistungen der Kassen. In diesem Ausmass ist die angestrebte Preisbegrenzung weitgehend eine Illusion.

4. Die Begrenzung der Spitaltarife ändert nichts an den Spitalkosten. Sie läuft einzig auf eine Kostenverlagerung hinaus. Die Kantone erhalten Mehrkosten zugeschoben, müssen mehr Subventionen zahlen, was wiederum die Steuerzahler zu begleichen haben. Es geht unnütz im Kreis herum. Es ist zu hoffen, dass mindestens der Ständerat die nötige Korrektur anbringt. Würde man die Preisbegrenzung streichen – mit allem Grund –, so würde auch die Prämienbegrenzung in der Luft hängen, es sei denn, man würde für die drei Jahre zum Beispiel den Reservezuschlag streichen und wenigstens dadurch den Prämienanstieg mässigen. Die Begrenzung der Verwaltungskosten spart nicht viel Geld, doch ist sie unangebracht gegenüber Kassen, die ihre Effizienz steigern und unnötige Pflegekosten vermeiden wollen.

Soviel zu Preisen und Prämien, deren Regelung nach Bundesrat das Herzstück der Vorlage ist. Eben in diesen Punkten ist ein Nein am Platz, damit ein Nein zur ganzen Vorlage. Positiv beurteile ich einen Risikoausgleich zwischen den Kassen, eine bessere Solidarisierung. Es gäbe mehr als eine Lösung, und die Vorlage nennt nicht eine Lösung, die Vorlage nennt nur das Ziel. Das ist nicht annehmbar, abgesehen davon ist der Risikoausgleich kein Thema für einen Dringlichkeitsbeschluss. Die zu korrigierende Situation besteht nicht erst seit heute. Auch die Prämienverbilligung an sich ist zu bejahen. Allein hierfür hätte der Bundesrat keinen dringlichen Bundesbeschluss beantragt, das hat er einfach mitlaufen lassen.

Sie sehen, ich bin nicht grundsätzlich gegen alles, was der Bundesrat beantragt. Wer aber in der anschliessenden Detaildebatte das Herzstück dieser Vorlage bekämpfen wird, nämlich die Artikel 1 und 3, wirkt ungläubwürdig, wenn er vorher nicht gegen Eintreten stimmt. Dem Hauptanliegen der Vorlage – dem Herzstück – kann ich persönlich nicht zustimmen. Der Rest rechtfertigt keinen dringlichen Bundesbeschluss; deshalb ist es angezeigt, auf den Entwurf nicht einzutreten.

M. Phillipona: L'augmentation constante du coût de la santé est devenue un problème politique dans tous les pays industrialisés. «La santé pour tous», tel était l'objectif de l'Organisation mondiale de la santé pour l'an 2000. Pourtant, il faut bien reconnaître que le secteur de la santé publique ne dispose que de moyens limités alors que la demande de ce qui est techniquement possible est pratiquement infinie. Etant donné que les dépenses de santé représentent une part de plus en plus importante dans le revenu national, il faut impérativement en arriver à une répartition plus efficace des ressources.

Le groupe radical est d'avis que la réforme profonde de l'assurance-maladie telle que le Conseil fédéral l'a présentée le 8 novembre dernier est une bonne perspective pour trouver enfin une solution à long terme. Il y aura lieu de faire avancer assez rapidement cette révision tant attendue. Notre groupe s'opposera aux articles 1 et 3 car les mesures proposées ne sont guère de nature à contribuer à endiguer la hausse des coûts. En effet, elles favoriseraient notamment les transferts de coûts en matière de financement et ne serviraient ainsi qu'à s'attaquer aux symptômes. Ceci est particulièrement vrai dans le secteur hospitalier. De telles mesures ne feraient qu'alourdir encore considérablement les déficits des hôpitaux, déficits qui se reportent sur les cantons et les communes. Ce report n'est pas acceptable dans la situation actuelle des finances publiques. Des répercussions particulièrement négatives se feraient sentir dans les établissements disposant d'une infrastructure de recherche et pratiquant une médecine de pointe. Ceux-ci jouent pourtant un rôle très important sur un plan régional et supracantonal, mais leur particularité est un faible taux de couverture des frais. Il faut bien constater que la hausse des coûts de la santé est due essentiellement à l'augmentation du nombre des interventions et à leur qualité. Pensons au développement assez récent tout de même des technologies de pointe telles que la chirurgie des transplantations, la technique au laser, les implantations, certaines formes de traitement de la stérilité, la chirurgie réparatrice, etc. En limitant globalement les dépenses, on ne tient pas compte de ces aspects, et on se trouvera très rapidement devant des situations sans issue.

Il faut aussi refuser l'article 3 car il aura pour effet d'inciter les caisses-maladie à procéder à des examens plus économiques que médicaux des soins qu'elles remboursent. Non seulement les caisses décideront arbitrairement du bien-fondé d'un traitement, mais peut-être faudra-t-il encore un médecin contrôleur derrière chaque médecin pratiquant. Il en résulterait des coûts supplémentaires importants, qui iraient à l'encontre du but recherché. Nous devons pourtant éviter d'aller vers une médecine plus administrative et plus étatique, qui ne correspond pas aux intérêts des patients.

Le groupe radical s'oppose à l'urgence. Le problème de l'assurance-maladie n'est pas nouveau, il a fait l'objet de nombreuses études et projets depuis vingt ou trente ans. L'expérience démontre que les arrêtés urgents se révèlent très souvent inadéquats dans leur application. Une majorité du groupe

radical votera l'entrée en matière pour que les mesures contre la désolidarisation puissent être prises rapidement mais sans urgence, c'est-à-dire au 1er janvier 1993, comme prévu dans le message. La compensation des risques entre jeunes et vieux et entre hommes et femmes nous semble être un moyen propre à briser le cercle vicieux actuel de la désolidarisation. Du même coup, le problème des cotisations trop hautes pour beaucoup de personnes se dédramatisera quelque peu. La différence des cotisations entre les caisses, due à la structure d'âges, s'élève actuellement à près de 100 pour cent. Cette différence prendra ainsi une allure plus soutenable. La concurrence entre les caisses se normalisera à un degré raisonnable, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui.

Je vois encore un autre avantage à la compensation des risques, à savoir la possibilité de résoudre un problème essentiel concernant la structure de notre système d'assurance-maladie. En effet, la réduction des différences de cotisations déchargera quelque peu les fonds publics car les cotisations des personnes âgées seront moins élevées et certaines d'entre elles auront moins besoin de prestations complémentaires. Avec ces considérations, le groupe radical, dans sa majorité, votera l'entrée en matière.

Frau Fankhauser: Die Schmerzgrenze ist bereits überschritten. Ohne Prämienverbilligung der Kantone müssen schon jetzt über 10 Prozent der Haushalte mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern mehr als 10 Prozent ihres steuerbaren Einkommens für die Prämien der Krankenversicherung bezahlen. Bei der angekündigten Prämiensteigerung um 20 Prozent wären es im nächsten Jahr bereits 33 Prozent dieser Familien. Sollten in nächster Zeit die Kosten und die Preissteigerungen noch zunehmen, würde dieser Faktor um einiges grösser. *Pro memoria:* Das Durchschnittseinkommen in der Schweiz beträgt rund 35 000 Franken pro Jahr; in Basel verdienen 50 Prozent der Familien weniger als 3000 Franken im Monat.

Der Bundesrat hat die Not erkannt – lieber spät als nie – und dem Patienten Gesundheitswesen als letzte Chance eine Radikalkur verschrieben, um ein Abserbeln der sozialen Krankenversicherungen abzuwenden.

Unsere Fraktion anerkennt die Notwendigkeit der Radikalkur und stimmt den Massnahmen, besonders denjenigen zur Kostendämpfung und gegen die Entsolidarisierung, in ihrer Dringlichkeit vollumfänglich zu, und zwar als Ueberbrückungsmassnahmen bis zur Gesamtrevision der Gesetzgebung oder bis zur Behandlung der Initiative der Sozialdemokratischen Partei und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes.

Es wird nicht einfach sein, die Kosten wirklich in den Griff zu bekommen, weil beispielsweise die Ursache der Kostensteigerung für ärztliche Behandlung nicht nur bei den Arzttarifen, sondern vor allem auch bei der zunehmenden Behandlungshäufigkeit zu suchen ist. Wir sollten uns jedoch nicht durch Schwierigkeiten davon abhalten lassen, etwas zu tun. Ebenso dringlich wie die Massnahmen für die Kostendämpfung sind die Massnahmen gegen die Entsolidarisierungstendenzen. Was sich zurzeit auf diesem Gebiet abspielt, ist ein Skandal. Die soziale Krankenversicherung basiert auf dem Prinzip, dass zwischen Gesunden und Kranken ein Lastenausgleich geschaffen wird. Dieser Ausgleich muss zwischen mehr und weniger krankheitsanfälligen Versicherten spielen, also zwischen jungen und alten Menschen, zwischen Männern und Frauen.

Von den vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen versprechen wir uns eine Signalwirkung. Die Tarifpartner im Gesundheitswesen werden somit hoffentlich künftig die schon geltende gesetzliche Bestimmung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Massnahmen endlich anwenden. Die Notmassnahmen müssen sofort greifen. Sie dürfen aber nicht dazu führen, dass die eingeleiteten Revisionsarbeiten am Krankenversicherungsgesetz verzögert werden, im Gegenteil: Sie sollen auch hier eine Signalwirkung zur Beschleunigung haben.

Sehr viele Leute sind auf unsere heutige Entscheidung gespannt. Die Versicherten sind darauf angewiesen, dass wir handeln, sofort handeln.

Ich bitte Sie deshalb, auf die Vorlage einzutreten, alle Strei-

chungsanträge abzulehnen und den Ergänzungsantrag der Minderheit Jeanprêtre – Artikel 5bis (neu) – anzunehmen.

Seiler Rolf: Die CVP-Fraktion stimmt geschlossen für Eintreten. Ebenso geschlossen befürwortet sie die Massnahmen gegen die Entsolidarisierung, insbesondere für den Risikoausgleich und das Verbot der Anerkennung weiterer Krankenkassen. Ebenso geschlossen befürwortet sie die Beschränkung des Anstieges der Verwaltungskosten der Krankenkassen und die vorgesehenen Prämienverbilligungen. Sie wird auch geschlossen für die Dringlichkeit der Vorlage stimmen. Mehrheitlich werden auch die Massnahmen im Bereich der Tarife und Preise sowie der Prämien gutgeheissen, d. h. die Artikel 1 und 3. Abgelehnt wird von uns der von der Minderheit Jeanprêtre beantragte neue Artikel 5bis.

Zu dieser Stellungnahme führten folgende Ueberlegungen: Mit den vorgeschlagenen Massnahmen antwortet der Bundesrat auf die Sorgen eines grossen Teiles unserer Bevölkerung. Wenn Sie in den letzten Wochen vor den Wahlen Ihr Ohr auch nur einigermaßen beim Volk und dessen Sorgen hatten, sollten Sie wissen – Sie wissen es sicher –, wo der Schuh in bezug auf die Krankenversicherung drückt. Die laufende Erhöhung der Krankenkassenprämien der letzten Jahre hat dazu geführt, dass für viele Familien die Krankenversicherung finanziell nicht mehr tragbar ist. Für viele dieser Familien ist eine eigentliche Notsituation entstanden.

Mit Recht wurde in der Vernehmlassung darauf hingewiesen, dass die durch diese Prämien erhöhungen entstandenen sozialen Probleme immer mehr auf die Fürsorge verlagert wurden. Die CVP begrüsst es daher, dass der Bundesrat – nach den Ankündigungen der Krankenkassen, dass sie 1992 die Beiträge um weitere 15 bis 20 Prozent, zum Teil auch, je nach Region, über 30 Prozent erhöhen würden – gehandelt hat und uns einen dringlichen Bundesbeschluss vorlegt.

Wir beurteilen das Ziel, nämlich die Dämpfung der Kosten- und der Prämienentwicklung, als richtig, und wir beurteilen auch die Instrumente, die vorgeschlagen sind, um dieses Ziel zu erreichen, als geeignet, selbst wenn einige Kolleginnen und Kollegen Bedenken zu den Artikeln 1 und 3 äussern.

Die Entwicklung der Kosten zeigt deutlich, wie revisionsbedürftig unser Gesundheitswesen ist. Verschiedene Versuche hierzu wurden schon unternommen. Sie sind allesamt gescheitert. Nun wird ein weiterer Anlauf genommen. Wir haben die Botschaft für eine Totalrevision der Krankenversicherung im Sinne der Vorschläge der Kommission Schoch auf dem Tisch. Es wäre jedoch unverantwortlich, der Kosten- und Prämienentwicklung bis zum Inkrafttreten der neuen Ordnung freien Lauf zu lassen. Das würde weiterhin zu unzumutbaren Prämien erhöhungen führen, weitere Familien in wirtschaftliche Not stürzen und von der Fürsorge abhängig machen: ein wirklich unwürdiger Zustand.

Zudem wissen wir, dass es Krankenversicherungsvorlagen auch im Parlament sehr schwer haben und erfahrungsgemäss viel Zeit beanspruchen. Das wird auch bei den neuen Vorschlägen für die Totalrevision der Fall sein. Das zeigt sich übrigens auch heute. Auch dieser einfache und wirkungsvolle Bundesbeschluss hat es hier sehr schwer.

Aber nicht nur die Kosten- und Prämienentwicklung ruft nach dringlichen Massnahmen. Die ständige Erhöhung der Prämien hat dazu geführt, dass sich immer mehr Leute aus der Solidarität der sozialen Krankenversicherung davonschleichen. Ueberhandnehmende Entsolidarisierung, insbesondere gefördert durch die sogenannten Billigkassen, führt längerfristig zum Ruin der sozialen Krankenversicherung. Die Leidtragenden wären einmal mehr die älteren und kranken Menschen. Eigentlich wäre ein Verbot dieser Billigkassen auch rückwirkend angebracht. Der Bundesrat will aber nicht so weit gehen. Seine vorgeschlagenen Massnahmen, insbesondere der Risikoausgleich unter den Kassen und das Verbot der Anerkennung neuer Kassen, sind dringend notwendig.

Zum Schluss begrüssen wir auch den Beitrag des Bundes in der Höhe von 100 Millionen Franken für Prämienverbilligungen an die dafür zuständigen Kantone.

Zusammenfassend: Die vorgeschlagenen Massnahmen sind

dringend notwendig. Niemand erhebt allerdings Anspruch darauf, damit alle Probleme der Krankenversicherung zu lösen. Aber mit den Massnahmen ermöglichen wir es, den Trend der ständig massiv steigenden Prämien wenigstens zu stoppen. Wir betrachten sie als taugliche Uebergangslösung, allenfalls bis zum Inkrafttreten der definitiven Neuordnung. Hier ist primär das Parlament gefordert, mit welchem Tempo es diese Neuordnung beraten will.

Wir stimmen daher für Eintreten und unterstützen bei allen Bestimmungen die Mehrheit der Kommission.

Seiler Hanspeter: Dass die Krankenversicherung und die Kostenentwicklung aus den Fugen geraten sind und man eher von Kostenexplosion als von Kostensteigerung sprechen muss, ist weiss Gott nichts Neues.

Das ist uns allen, inklusive Bundesrat und Verwaltung, ja längst bekannt. Und ebenso bekannt ist auch die immer mehr zunehmende Entsolidarisierung. Wir haben ja bereits gehört, immer mehr jüngere Versicherte begegnen den massiven Prämien erhöhungen mit einem Wechsel zu den sogenannten Billigkassen. Und jemand – es sind vorab die älteren Menschen – hat dann jeweils die Zeche zu bezahlen. Deshalb haben wir ein gewisses Verständnis dafür, dass der Bundesrat versucht – ich betone: versucht –, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten. Ob jedoch die vorgeschlagenen Massnahmen, insbesondere diejenigen zur Kostendämpfung, und der Weg via Dringlichkeitsrecht geeignet sind, die anvisierte Zielsetzung zu erreichen, daran hegen wir einige Zweifel. Wir sind auch sehr skeptisch, ob das Boot «Krankenversicherung» mit dem Staat als Steuermann wieder auf den richtigen Kurs gebracht werden kann.

Unser Eintreten und unsere Bereitschaft zum Eintreten auf die Vorlage knüpfen deshalb an die Erwartung an, dass gerade die erwähnten Bereiche Kostendämpfung und Dringlichkeit aus dem Bundesbeschluss amputiert werden.

Problem Kostendämpfung: Es ist doch so, solange ein Versicherter gesund ist, will er bei den Kosten sparen, um seine Prämienleistung möglichst tief halten zu können. Ist er aber krank, dann fordert derselbe maximale Leistungen. Dieses Anspruchsverhalten, das wesentlich zur Kostensteigerung beiträgt, ändern wir mit dieser Vorlage überhaupt nicht. Die Kostensteigerung im Krankheitswesen wird trotzdem stattfinden, ob wir nun einen solchen Beschluss fassen oder nicht. Das möglicherweise vorübergehende leichte Abbremsen könnte bloss einen Stau bewirken, der irgendwann wieder losbricht, wenn der Druck zu stark wird.

Die Ursachen der Kostensteigerung werden aber kaum beseitigt beziehungsweise bekämpft. Diese Massnahmen könnte man mit schmerzstillenden Spritzen vergleichen, die ein Fussballer bekommt, um weiterspielen zu können. Dadurch wird aber die Ursache des Schmerzes eher noch verschlimmert. So bleibt es eben bei blosser Symptombekämpfung.

Tatsächlich wirksames Bekämpfen der Kostenexplosion setzt erstens Bereitschaft zur Selbstverantwortung durch den Patienten beziehungsweise Versicherten und zweitens ein mutiges Entscheiden der Krankenkassen, was bezahlt beziehungsweise nicht bezahlt wird, welche Leistungen die Kasse übernehmen bzw. nicht übernehmen will, und drittens ein Beschränken auf Notwendiges durch Aerzteschaft und Spitäler voraus.

Solange alle Direktbeteiligten den Willen dazu nicht aufbringen, Konkretes gegen die Kostensteigerung zu tun, die Ansprüche auf das Notwendige zu beschränken, so lange werden die Kosten munter nach oben klettern. Selbst ein faktisch gesetzlich verordneter Preisstopp wird diesen Kostensteigerungsprozess nicht aufhalten können. Ein Begrenzen der Spitaltarife z. B. könnte bloss zu einer Kostenumverteilung, nicht zu einer effektiven Kostensenkung, bloss zu einer Umverteilung zu Lasten der Kantone und Gemeinden, führen. Und das macht wirklich wenig Sinn.

Zum Verfahren: Der Bundesrat schlägt Dringlichkeit vor. Neben verfassungsrechtlichen Bedenken gesellen sich dazu noch andere Aspekte, die ein Verzichten auf die Dringlichkeit angezeigt erscheinen lassen. Das Anwenden des Dringlichkeitsrechts soll auf ausserordentliche, auf neue Situationen

beschränkt bleiben. Mit einem Handlungsbedarf allein, der schon lange besteht, lässt sich Dringlichkeit einfach nicht rechtfertigen. Die Problematik ist uns allen ja bestens bekannt. Hüten wir uns vor Schnellschüssen, die Trefferquote ist erfahrungsgemäss klein. Beschlüsse von solcher Tragweite erfordern Gründlichkeit, erfordern ein Ausdiskutieren, erfordern Zeit, um der parlamentarischen Sorgfaltspflicht genügen zu können.

Unsere Fraktion lehnt deshalb Dringlichkeit ab und wird in der Detailberatung verschiedene Aenderungs- bzw. Streichungsanträge im Sinne der geäusserten Bedenken unterstützen oder noch stellen.

Frau Diener: Die Missstände im Gesundheitswesen sind an sich ja nicht neu. Seit Jahren sind sie ein Gesprächsthema, seit Jahren werden Entscheide verschoben. Die Stufe des leichten Unwohlseins ist längst vorbei, und der Patient Gesundheitswesen ist heute schwer krank, eine Sofortbehandlung ist unumgänglich. Wir hatten zwei Symptombilder in dieser Krankheit: das eine – das hat der Kommissionspräsident klar dargelegt – ist die Frage der Entsolidarisierung, das zweite ist die Kostenexplosion. Diese beiden Problemkreise zwingen uns heute einmal mehr zu einer Feuerwehrrübung in Form eines weiteren dringlichen Bundesbeschlusses. Das stört an sich die grüne Fraktion. Politik via dringliche Bundesbeschlüsse soll und darf nicht zur Alltagspolitik verkommen. Doch die Schuld dafür heute allein dem Bundesrat zuzuschieben scheint uns unfair. Krankenversicherungsvorlagen haben im Volk und in den Parteien einen sehr schweren Stand und bleiben nur allzuoft in den Partikularinteressen hängen.

Ich möchte nun auf die beiden Hauptprobleme der heutigen Vorlage näher eingehen. Zuerst auf die Frage der Entsolidarisierung via Billigkassen und die Forderung nach einem Risikoausgleich unter diesen Kassen. Die Billigkassen sind ein typisches Beispiel für die sogenannte Marktwirtschaft ohne soziale Verantwortung. Da haben einige geschäftstüchtige Leute auf dem Gebiet der sozialen Krankenversicherung eine Marktlücke entdeckt und auch ganz tüchtig genutzt. Gesund, jung und möglichst männlichen Geschlechts – und schon sind Discountpreise möglich: ein einseitiger Gewinn für eine spezielle Gruppe und im Gegenzug eine Untergrabung der Grundidee dieses Sozialwerkes, das im wesentlichen auf einer Solidarität zwischen Jungen und Alten, Gesunden und Kranken beruht. Wer die Folgen dieser Entsolidarisierung schmerzlich spürt, das sind die Alten, die Kranken und einmal mehr die Frauen. Denn je mehr Junge abwandern, desto höher steigen die Prämien, und die Konkurrenzfähigkeit der alten Kassen nimmt stetig ab. Das führt zu zwei sehr gravierenden Ereignissen: das eine ist das Kassensterben, das haben wir in den letzten Jahren sehr stark erlebt, das zweite ist das Ansteigen der Sozialfälle. Dies ist einmal mehr ein Beispiel dafür, wie der sogenannte freie Markt missbraucht wird und letztlich wieder zu staatlichen Interventionen führen muss. «Mehr Freiheit – weniger Staat» geht auch hier nicht auf. Ohne rasche Gegenmassnahmen des Bundes wird sich die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung weiter fortsetzen und zu irreparablen Schäden führen.

Der vom Bundesrat vorgeschlagene Risikoausgleich in Artikel 2 und das Anerkennungsverbot in Artikel 5 sind taugliche Mittel, dem entgegenzutreten. Ich möchte Sie daran erinnern, dass Prämien für gleiche Leistungen altersbedingt bis um 100 Prozent differieren können. Auch der Wettbewerb zwischen den Kassen wird durch den Risikoausgleich wieder in einen erträglichen Rahmen gelenkt, weil sich das alleinige Abwerben günstiger Risiken nicht mehr auszahlt. Sympathisch an dieser Massnahme ist auch, dass mit der Reduktion unsinniger Prämienunterschieden auch die öffentliche Hand entlastet werden kann. Ich denke da vor allem an die Prämienbeiträge der Kantone und die Ergänzungsleistungen. Diese Massnahmen bedeuten also einen ersten Schritt in Richtung Resozialisierung der Krankenversicherung, wie sie bei der Totalrevision noch weitergeführt werden muss.

Ich möchte auch noch einige Gedanken zur Kosten- und Prämienentwicklung und zu den kostendämpfenden Massnahmen äussern: Krankenkassenprämien können heute für Fami-

lien mit Kindern, für Rentnerinnen und für Rentner zur Existenzfrage werden. Ein Ende ist nicht abzusehen. Prämienhöhen bis zu 30 Prozent sind zum Teil für 1992 angekündigt. Eine nicht verkraftbare Zusatzbelastung für viele knappe Budgets! Wenn wir in unserem Saal die politische Verantwortung heute nicht wahrnehmen wollen, dann verlagern wir die Probleme ganz klar auf die Fürsorge.

Da die Totalrevision der Krankenversicherung noch nicht stattgefunden hat und ihre Realisierung auch noch einige Zeit dauern wird, stimmt die grüne Fraktion den der Kostendämpfung dienenden Artikeln 1, 3 und 4 ebenfalls zu. Wohlwissend, dass damit nicht die Wurzeln der Tarifgestaltung erreicht werden, doch im Wissen, dass ein Handlungsbedarf heute dringlich ist. Denn wenn wir heute diesem dringlichen Bundesbeschluss nicht zustimmen, werden schon Anfang nächsten Jahres neue Tarifierhöhungen eingeläutet, und es geht nicht an, dass die Bundeskasse einfach bedingungslos weiter ausgebeutet wird, wie es die Krankenkassen-Initiative anstrebt. Auch die vorgesehenen Prämienverbilligungen für die am stärksten belasteten Versicherten gemäss Artikel 6 kann darum unterstützt werden.

Ich möchte noch eine Warnung aussprechen. Wir haben in der Kommission den Antrag gehabt, diese Vorlage in zwei Teile aufzuteilen: in den einen Teil den Bereich der Entsolidarisierung, in den anderen Teil die Frage der Kostendämpfung. Aber eine Aufteilung der Vorlage, wie sie mit diesen Minderheitsanträgen angestrebt wird, führt zu einem unerwünschten Ziel, denn der Grund, dass diese Vorlage überhaupt hier im Saal liegt, sind die extremen Prämiensteigerungen. Wenn wir nun genau diese Massnahmen zur Dämpfung der Kosten ablehnen, werden wir die Vorlage ganz entscheidend schwächen.

Ich möchte nicht verhehlen, dass die grüne Fraktion bei dieser Vorlage auch einige Bedenken hat:

Dazu gehört zum Beispiel das Bedenken, dass die Behandlungshäufigkeit und der Umfang der Leistungen, die einen wesentlichen Teil der Kostensteigerung im Gesundheitswesen verursachen, von diesem Bundesbeschluss nicht tangiert werden.

Es gibt noch einen Punkt: Viele im Gesundheitswesen tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befürchten einen massiven Druck auf ihre Löhne. Die Lohnkosten machen zum Beispiel bei den Spalkosten 70 bis 80 Prozent aus. Es geht nach der Meinung der grünen Fraktion natürlich nicht an, kostendämpfende Massnahmen ausgerechnet auf dem Buckel dieser, sonst schon unter einer grossen Anspannung tätigen Berufsleute auszutragen, die tendenziell schlechter bezahlt und kräftemässig oft bis aufs äusserste strapaziert sind.

Ein drittes Bedenken, das die grüne Fraktion hegt, ist, dass mit diesem dringlichen Bundesbeschluss eine Totalrevision der Krankenversicherung weiter hinausgezögert werden könnte. Trotz diesen Bedenken stimmt die grüne Fraktion für Eintreten, stimmt der Mehrheit zu und unterstützt die Dringlichkeit.

M. Leuba: Le groupe libéral est conscient des problèmes posés par l'augmentation continue des primes de l'assurance-maladie, problèmes qui ont des conséquences graves sur les budgets modestes. Il ne conteste pas non plus que, pour un certain nombre d'assurés, le montant actuel et le montant prévisible des cotisations ne sont plus guère supportables et qu'ils impliquent, pour ces assurés, mais pour ces assurés seulement, une aide de la collectivité.

M. Friderici traitera ici des questions de fond concernant cet arrêté; je me contenterai de remarques générales sur la forme proposée.

Ce que nous soumet le Conseil fédéral est une solution parfaitement inadéquate. Je vous renvoie d'ailleurs au message lui-même qui indique sous chiffre 2: «La mesure la plus efficace consisterait en fait à exercer une influence directe sur la quantité des prestations médicales au sens large»; et plus loin: «Il est plus simple et plus rapide d'intervenir sur les augmentations des tarifs et des prix des prestations». Cela signifie qu'on renonce à la mesure adéquate pour la poudre aux yeux.

Comment en est-on venu à un arrêté urgent? Tout d'abord, la fixation de la votation sur l'initiative des caisses-maladie à fé-

vrier 1992; peu après, l'annonce par les caisses d'une hausse de 20 pour cent de leurs cotisations. Tout le monde, sauf le Conseil fédéral, a bien compris qu'il s'agissait d'une mise sous condition avant la votation, de manière à attirer les électeurs. Mais il était couru d'avance que le Conseil fédéral tomberait dans le piège, d'où un arrêté urgent, bâclé, qui agit sur les coûts alors qu'il devrait le faire sur la quantité des soins. Les arrêtés urgents, qui devraient rester l'exception, sont la honte des législateurs. Dans le cas présent, où est l'urgence? Les caisses, qui ont revu leurs calculs, annoncent des augmentations de 10 à 12 pour cent. Compte tenu de toute la machine administrative que l'on mettra en place et d'un taux d'inflation raisonnable de 5 pour cent environ, nous aurons donc des augmentations autorisées variant de 8,75 à 9 pour cent.

En interdisant la création de nouvelles caisses, l'arrêté fédéral viole non seulement la sécurité du droit, mais aussi la liberté du commerce et de l'industrie. Pourtant, on ne soumet pas l'arrêté au référendum obligatoire. Sans vergogne, on reporte sur les cantons les coûts supplémentaires qui ne manqueront pas de résulter de cet arrêté, car Mesdames et Messieurs qui le soutenez, vous devrez véritablement défendre le personnel hospitalier lorsqu'il réclamera des augmentations de traitement et que la marge restant à cet effet sera de 1,5 à 2 pour cent.

On nous a répété que l'obligation d'assurance et le libre passage étaient nécessaires afin de lutter contre la désolidarisation, mais on a omis ces deux principes dans l'arrêté. On a bâclé aussi la procédure de consultation, avec le résultat que tous les cantons sont opposés à l'arrêté. Le seul intérêt de ce dernier, c'est la lutte justifiée contre la désolidarisation. Or, c'est précisément sur ce point que l'arrêté n'entrera en vigueur que le 1er janvier 1993. Nous le répétons, nous en avons assez de ces arrêtés urgents qui s'attaquent toujours aux symptômes et jamais aux causes des problèmes. La législation ordinaire existe et doit donc être utilisée.

Le groupe libéral ne peut se défaire de l'idée que ces mesures de caractère populiste – le mot a beaucoup été utilisé ces derniers temps – annoncées à la veille des élections fédérales, avaient d'abord pour objectif de sauver quelques sièges et ensuite de couper l'herbe sous les pieds à l'initiative des caisses-maladie. Nous constatons que c'est raté sur le premier point et que cela risque d'en être de même sur le second. Il faut légiférer et mener à chef le projet de réforme de l'assurance-maladie, mais il ne faut pas le faire sous le coup de l'émotion et de la précipitation.

Le groupe libéral vous recommande de ne pas entrer en matière sur cet arrêté urgent.

Meier Samuel: Die Fraktion des Landesrings und der EVP begnügt den dringlichen, befristeten Massnahmen in der Krankenversicherung, wie sie uns der Bundesrat hier vorlegt und die auf 1992 in Kraft treten sollen, mit grösster Skepsis und mit grossen Bedenken und setzt dazu einige Fragezeichen.

Unsere Fraktion ist der Auffassung, dass auf dieses Paket von dringlichen Massnahmen eigentlich gar nicht erst eingetreten werden dürfte, jedenfalls so lange nicht, als die Vorstellungen des Bundesrates über die Neuordnung der Krankenversicherung nicht klar umrissen auf dem Tisch liegen. Ideal wäre gewesen, wenn wir zum jetzigen Zeitpunkt im Besitz der bundesrätlichen Botschaft zur Revision der Krankenversicherung gewesen wären. Sogar mir selber – als Arzt und einem der rund 215 000 Beschäftigten im Wirtschaftszweig Gesundheitswesen mit 25 Milliarden Franken Umsatz pro Jahr – wird es ob dieser rasanten Kostenentwicklung immer ungemütlicher.

Die heutigen Verhältnisse im Gesundheitswesen mahnen einen an ein kaltes Buffet: Ein jeder versucht, sich möglichst viel davon zu ergattern, und beim Betrachten dieses reichhaltigen Angebots steigen der Appetit, damit auch der Hunger und somit auch die Kosten. Damit nicht genug, zu guter Letzt macht sich auch noch das Servicepersonal ans Buffet heran – damit meine ich im übertragenen Sinn auch andere im Gesundheitswesen Tätige, nicht zuletzt auch die Versicherer – und schneidet sich ein gutes Stück davon ab. Beinahe jedes Angebot an Gesundheitsgütern schafft sofort eine Nachfrage, wobei infolge der Ausgestaltung des Versicherungswesens der Preis

kaum eine regulierende Funktion ausübt. Der Markt ist verzerrt, weil die finanziellen Anreize falsch gesetzt sind. Belohnt wird hier, wer die Möglichkeiten des Systems ausnützt – wer sie schont, wird dagegen stärker belastet.

Wo liegen denn die Gründe für die enorme Kostensteigerung in unserem Gesundheitswesen, in welchem der Aufwand von 9,81 Milliarden Franken im Jahre 1975 auf 20,87 Milliarden Franken im Jahr 1988 gestiegen ist? Heute, im Jahre 1991, mag der Aufwand bei über 25 Milliarden Franken pro Jahr liegen. Die Ursachen stehen – Sie wissen das – im Zusammenhang damit, dass im geltenden Finanzierungssystem des schweizerischen Gesundheitswesens der Anreiz für ein kostengünstiges Verhalten auch unsererseits fehlt. Der Ursachen sind viele.

In den letzten Jahren wurden wir konfrontiert mit der Mengenausweitung, mit der Leistungsausweitung, mit den Leistungsverbesserungen, mit der gesellschaftlichen Entwicklung, mit der Kostenumlagerung, der allgemeinen Teuerung und der Kostenentwicklung. Das sind nur ein paar wenige Ursachen, die diesen Trend verstärkt haben.

Eine Mengenausweitung bzw. eine Ausweitung des Leistungsangebotes im Sinne einer erhöhten Aertzehzahl oder im Sinne eines erweiterten Angebotes an Spitalbetten und Spitalleistungen wirkt kostenerhöhend, kostensteigernd, weil in einem sozialen Gesundheitswesen fixierte Medizinalleistungsstarife gelten. In einem marktwirtschaftlichen System würde die Zunahme des Leistungsangebotes die Preise tendenziell nach unten korrigieren. Es haben überdies Leistungsverbesserungen erreicht werden können. Die Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitswesens – und das sei hiermit ausdrücklich anerkannt – hat sich dank enormer Fortschritte bei Diagnose- und Therapiemöglichkeiten kontinuierlich verbessert.

Diese Tatsache kostet auch ihren Preis: Die gesellschaftliche Entwicklung ist mit eine Ursache der Kostensteigerung. Auch der Hang zur Konsum-Mentalität und die verbreitete Einstellung, dass Gesundheit eben machbar und für die Wiederherstellung der Gesundheit nichts zu teuer sei, tragen zur Kostensteigerung bei. Die Kostenfrage wird aber oft gar nicht gestellt. Das hohe Mass an materieller Sicherheit bei uns, in unserem Land, fördert die Anspruchsmentalität und mindert die Selbstverantwortlichkeit.

Bei diesen dringlichen Massnahmen handelt es sich um einen Staatsinterventionismus, der auch unserer Fraktion sehr unsympathisch ist. Die Beweggründe unserer Fraktion für ein Nichteintreten auf die Vorlage sind andere als die von der Minderheit der Kommission geäusserten und hier dargelegten. Bei uns entscheiden über Eintreten oder Nichteintreten auf die Vorlage nicht die Kriterien, die von der Minderheit genannt wurden – sei das die Frage, ob das Dringlichkeitsrecht hier angewendet werden muss oder nicht, oder seien es andere Kriterien –; sondern die Kriterien über die Eintretensfrage unserer Fraktion hängen von Aussagen des Bundesrats zu folgenden Punkten der Gesamtrevision der Krankenversicherung ab:

1. Warum war es nicht möglich, zur gleichen Zeit eine Vorlage zur Revision der Krankenversicherung mit greifenden Massnahmen gegen die Kostensteigerung vorzulegen? Greifende Massnahmen, die nach Ablauf des dringlichen Bundesbeschlusses betreffend die Sofortmassnahmen – also nach drei Jahren – unverzüglich in Kraft hätten gesetzt werden können. Eine Weiterführung dieser dringlichen Massnahmen über drei Jahre hinaus kommt unseres Erachtens gar nicht in Frage, und die grösste Kostensteigerung bzw. gar eine Kostenexplosion ist genau dann, in drei Jahren, zu erwarten, wenn die vorliegenden dringlichen Massnahmen ersatzlos aufgehoben würden.

2. Welche Vorstellungen hat der Bundesrat für die Krankenversicherung der Zukunft? Diese Frage stellt sich darum, weil es unseres Erachtens notwendig ist, hier grundlegende Aenderungen vorzunehmen. Eine effektive Kostendämpfung ist nur dadurch zu erreichen, dass entweder Leistungen kostengünstiger oder weniger Leistungen erbracht werden. Lösungsansätze sehen wir in Modellen der Krankenversicherung, die einen freien Markt versprechen. Seit Jahren schon kämpft unsere Partei für die Errichtung von sogenannten Krankheitskassen.

Es gibt im Grunde genommen kaum etwas anderes, als das heutige Krankenversicherungssystem komplett zu erneuern, auf den Kopf zu stellen. Auch ich bin mir bewusst, dass die Ursachen der heutigen, misslichen Situation sehr komplex und vielschichtig sind. Vorschläge sind zwar vorhanden, aber manchmal habe ich den Eindruck, dass deren Realisierung an Interessengegensätzen zu scheitern droht.

Ich fasse zusammen: Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen und insbesondere die Versicherungsprämien erhöhungen sind für uns alle zu einem grossen Problem geworden, wenn wir bedenken, dass wir schon heute bis zu 10 Lohnprozenten allein für die Krankenversicherung ausgeben müssen. Geeignete dringliche Massnahmen müssen unbedingt ergriffen werden. Das sind wir auch unserer Bevölkerung schuldig. Deshalb steht unsere Fraktion den vorliegenden dringlichen Massnahmen sehr skeptisch und mit Vorbehalten gegenüber. Wir sind der Auffassung, dass Sofortmassnahmen ohne konkrete und radikale Aenderungen des bisherigen Systems nichts taugen und dass ein nahtloser Uebergang nach Ablauf der dreijährigen dringlichen Massnahmen in eine Neuordnung vollzogen werden muss.

Wir schliessen uns dem Nichteintretensantrag von Herrn Kollege Gysin nicht an. Wir haben andere Gründe. Wir entscheiden über das Eintreten oder Nichteintreten, wenn uns der Bundesrat seine Vorstellungen über die künftigen Lösungen in der Krankenversicherung dargelegt hat.

Borer Roland: Die Fraktion der Auto-Partei attestiert dem Bundesrat den Willen, den für einen Grossteil der Bevölkerung unhaltbaren Zustand der Prämienexplosion im Krankenversicherungswesen bekämpfen zu wollen.

Ich persönlich komme im Zusammenhang mit den Krankenkassenprämien auf andere Zahlen als die Vorredner. Meines Erachtens reichen für einen Grossteil der Bevölkerung 10 Prozent des Lohnes für die Krankenversicherung nicht mehr, wenn man die Einkommen betrachtet, wie sie in der Schweiz heute üblich sind.

Leider müssen wir aber auch feststellen, dass die vorgeschlagenen dringlichen Massnahmen ein untaugliches Mittel zur Lösung der anstehenden Probleme sind. Sie ergeben im grossen und ganzen keine Kostenreduktion – das ist ja das, was wir erreichen wollen –, sondern es gibt nur Kostenverlagerungen, die sich teilweise sogar kontraproduktiv erweisen und am Schluss zu Kostensteigerungen führen.

Wie werden jetzt die verlangten dringlichen Massnahmen begründet? Es ist nicht so, dass diese Massnahmen aufgrund einer komplett neuen, kurzfristig entstandenen Situation verlangt werden. Vielmehr ist das das Resultat jahrelanger Untätigkeit von politisch Verantwortlichen. Nun soll also das Parlament rasch, mit einer dringlichen Massnahme, eine komplett ausser Kontrolle geratene Situation korrigieren. Man hat jahrelang die Gelegenheit verpasst, zu agieren – heute sollte man nun wieder schnell reagieren.

Einige grundsätzliche Feststellungen zum Gesundheitswesen. Wir können es nicht wegdiskutieren: Auch das Gesundheitswesen funktioniert nach dem altbekannten Prinzip von Angebot und Nachfrage. Betrachten wir die Angebotsseite, stellen wir fest, dass – um nur einige Zahlen zu nennen – zwischen 1979 und 1990 die Zahl der Aerzte um rund einen Drittel auf die stolze Zahl von 20 030 Aerzten angestiegen ist.

Wie sieht es bei den Spitälern aus, auf die die öffentliche Hand – sprich Kantone – direkt Einfluss nehmen kann? Die Schweiz hat die Rekordzahl von 13,2 Spitalbetten auf 1000 Einwohner. Im Vergleich zu einem anderen modernen Industriestaat in Europa, den Niederlanden: Dort entfallen 6,14 Betten auf die gleiche Einwohnerzahl. Zur Situation, wie wir sie in der Schweiz vorfinden, hat die International Hospital Federation ganz klare Aussagen gemacht: Wir haben in der Schweiz auf der Spitalseite ein Ueberangebot, das unverhältnismässig ist.

Was sagen die Gesundheitsökonomien zur Situation, wie sie im gesamten Gesundheitsbereich in der Schweiz im Moment ist? Wir produzieren eine riesige Menge überflüssige Leistungen, die infolge des hohen Niveaus unseres Gesundheitswesens zusätzlich produziert werden.

Zur Nachfrageseite: Die Nachfrageseite erhöht sich zum Teil

aufgrund unvorhergesehener Situationen, zum Teil aber auch aus absolut berechenbaren Gründen. Berechenbar ist unseres Erachtens die demographische Struktur unserer Bevölkerung. Wir haben in zunehmendem Mass ältere Mitbewohner in der Schweiz, und die brauchen eine vermehrte medizinische Versorgung. Wie sieht es bei der Gesamtbevölkerung aus? Dort werden zunehmend mehr Leistungen verlangt, die absolut nicht zu begründen sind. Man fühlt sich heute schneller krank, man rennt schneller zum Arzt, man macht von diesem Ueberangebot Gebrauch; das ist auch ein wesentlicher Faktor, der unsere Kosten massiv erhöht.

Wenn wir die wesentlichste Kostenstelle in unserem Gesundheitswesen näher betrachten, so sehen wir, dass ungefähr 12 Milliarden Franken – also fast 50 Prozent der Kosten des Gesundheitswesens – auf Spitäler entfallen; Spitäler, auf die die Kantone direkt Einfluss nehmen können. Prestigegedenken beim Bau und Betrieb dieser Infrastrukturen führt dazu, dass man gerade in diesem Bereich nicht bereit ist, Kosten einzusparen. Die Arztkosten fallen im Vergleich zu den Spitalkosten nur unwesentlich ins Gewicht.

Nun zu den Massnahmen des Bundesrates: Die Koppelung der Spital- und Arzttarife an den Landesindex führt nicht zur Kostenreduktion. Es gibt das Problem der Mengenausweitung, und – meine lieben Anwesenden, machen Sie sich keine Illusionen: Aerzte sind Unternehmer – über die Mengenausweitung ist es absolut möglich, die Kosten statt zu reduzieren noch zu erhöhen. Wie wollen Sie als Gesetzgeber diese Mengenausweitung – ich spreche hier von der überflüssigen Mengenausweitung – ohne einen immensen Verwaltungsapparat kontrollieren lassen? Auch hier sollte der Grundsatz gelten: Man soll nur vorschreiben, was man auch kontrollieren kann.

Zum Risikoausgleich: Ein Risikoausgleich zwischen den Kassen in der vorgeschlagenen Form ist unverhältnismässig, wenn man den Kontroll- und Verwaltungsaufwand, um den Risikoausgleich auch durchzusetzen, anschaut. Wir sind gegen zusätzliche Kostenerhöhungen im Gesundheitswesen, die aufgrund eines aufgeblähten Verwaltungsstaates, einer aufgeblähten zusätzlichen Verwaltung, entstehen. Der Risikoausgleich führt zudem zuerst in kleinen, dann in immer grösseren Schritten zum Einheitskassensystem, am Schluss zur staatlichen Krankenkasse, und als Abschluss finanziert man den ganzen Betrieb, der neu entsteht, über Lohnprozente.

Zum Bereich Prämienstopp: Der Prämienstopp für Krankenversicherungen ist für viele Kassen der Weg, der direkt in den Bankrott führt. Es ist eine spezielle Form der Planwirtschaft, die man hier anwenden will. Krankenkassen als wesentliche Stützen unseres sozialen Netzes sollen auch in Zukunft die Möglichkeit haben, ihre Kosten abzuwälzen. Es geht nicht an, dass man die Kassen zwingt, Defizite zu produzieren. Es ist zudem einfach, von der Regierung her die Kassen auch im Administrativbereich zu beschränken. Wenn man in den Spitälern – ich wiederhole, dass das zum grössten Teil öffentliche Institutionen sind – die Steigerung im Administrativbereich zwischen 1973 und 1983 anschaut, sieht man, dass gerade in dem Bereich eine Steigerung von 54,8 Prozent stattgefunden hat. Die Fraktion der Auto-Partei wird aufgrund dieser Feststellungen den Antrag Gysin auf Nichteintreten unterstützen.

Keller Rudolf: Die immer höheren Krankenkassenprämien sind wohl eines der grössten Aergernisse unserer heutigen Zeit. Auch die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi ist der Meinung, dass etwas geschehen muss. Was wir nun im Parlament vorliegen haben, ist allerdings lediglich der Versuch, schnell mit diesen befristeten Massnahmen die Fieberkurve zu senken, indem ein Aspirin und dazu gleich noch ein weiteres Dutzend Medikamente verabreicht werden.

Viele Leute haben grosse Hoffnungen in diese Massnahmen. Unserer Fraktion fehlt aber der Glaube, dass diese «Medikamente» viel bewirken. Der dringliche Bundesbeschluss wird vielleicht kurzfristig etwas zur Beruhigung der Lage beitragen. Aber das Grundproblem bleibt bestehen.

Nach unserer Meinung muss das gesamte Gesundheitswesen schnellstens unter die Lupe genommen werden, von den

Spitälern über die Aerzte bis hin zu den Krankenkassen. Ich behaupte, dass überall Sparmassnahmen möglich sind. Muss denn zum Beispiel jedes Spital für alles, aber auch wirklich für alles, eingerichtet und ausgerüstet sein? Können nicht einzelne Spitäler, wie das schon an einigen Orten praktiziert wird, gewisse Leistungen vermehrt an ein anderes, dafür spezialisiertes Spital in derselben Stadt oder Region abtreten? Und müssen denn Aerzte allzuoft zu viele Medikamente verabreichen? Wäre weniger manchmal nicht auch mehr? Und muss jeder Chemiekonzern in jedem Falle seine eigene Grundlagenforschung betreiben, weil jeder sein eigenes Züglein fahren will oder glaubt, fahren zu müssen? Wir sind davon überzeugt, dass auf all diesen Gebieten noch effiziente Sparpotentiale brachliegen. Ganz abgesehen davon, dass die Bürokratie in den Kassen auch vermehrt abgebaut werden kann und muss.

Nach diesem kurzen Exkurs gebe ich Ihnen die grundsätzliche Zustimmung der Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi zu den befristeten Massnahmen bekannt.

Zu den umstrittenen Artikeln: Die Artikel 1 und 3 unterstützen wir in der bundesrätlichen Form.

Zu Artikel 5: Wir sind nicht davon überzeugt, dass mit einem Anerkennungsverbot für neue Krankenkassen etwas erreicht werden kann. Ich frage Sie: Was passiert zum Beispiel mit Krankenkassen, die sich aus Rentabilitätsgründen zusammenschliessen wollen? Artikel 5 lässt dies nicht zu. Ist dieser Artikel wirklich das Gelbe vom Ei? Ich bitte Sie, Herr Bundespräsident, uns diese Frage zu beantworten.

Zu Artikel 8: Hier beantragen wir, dass der gesamte Bundesbeschluss erst auf den 1. Januar 1993 in Kraft tritt. Wir müssen realistische Politik machen. Als Praktiker, der in der Versicherungsbranche tätig ist, muss ich Sie auf folgendes aufmerksam machen: Schon vor einigen Monaten hat der Bund die Tarife für 1992 genehmigt, und organisatorisch musste bei den Krankenkassen bereits vor einiger Zeit alles vorgekehrt werden, um die Prämienformulare für 1992 zu erstellen und zu versenden. Dies alles wieder rückgängig zu machen wird zu erheblichen Problemen führen, und manche Versicherte werden falsche Prämien-Rechnungen zugeschickt erhalten, die widerrufen werden müssen oder wo man komplizierte Verrechnungen machen muss. Ich gehe wohl nicht fehl in der Annahme, dass niemand an diese gewaltigen administrativen Probleme gedacht hat. Bitte ändern Sie das, beschliessen wir praktikable Fristen. Stimmen Sie diesem Antrag zu!

Insgesamt werden wir also den Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung – wenn auch schweren Herzens, weil es eine halbhatzige Sache und ein Schnellschuss ist – dennoch zustimmen. Hoffentlich entlastet das die Versicherten wenigstens ein bisschen.

M. Pidoux: Si on appelle les choses par leur nom, cet arrêté fédéral urgent prend des mesures contre la désolidarisation des assurés, transfère directement aux cantons les coûts qui ne seront plus payés par les assurés et bloque indirectement le tarif des soignants. Toutes ces mesures ne sont donc pas mauvaises, en particulier celles qui tendent au budget global – ce qu'on appelle aussi l'enveloppe budgétaire – et surtout celles qui s'attaquent aux problèmes créés par les caisses-maladie qui pourchassent les bons risques. Oserai-je dire respectueusement, Monsieur le Conseiller fédéral, que cette mesure-là est intelligente. Mais les inconvénients du texte me paraissent l'emporter sur ses avantages, ce qui me conduit à refuser l'entrée en matière.

J'ai été frappé par le fait que les rapporteurs n'ont évoqué qu'en passant les montants que l'arrêté transfèrera de l'assuré sur le contribuable. Le coût de la journée d'hôpital augmentera en Suisse, dans tous les hôpitaux, l'année prochaine, notamment parce que les salaires représentent 80 pour cent des charges, et je me refuse à baisser le salaire d'une infirmière. Si donc la participation des caisses-maladie – et non des assurances privées qui ne sont pas touchées par cet arrêté – est bloquée au 1er janvier 1992, ce seront les cantons ou les communes, propriétaires d'hôpitaux, qui devront payer la différence, car il n'est pas question de ne pas payer le salaire des infirmières ou des médecins.

Or, selon des estimations disponibles – c'est quand même fantastique! on n'a pas de chiffres officiels et cet aspect n'est pas traité dans le message – ce ne seront pas moins de 491 millions de francs qui seront mis à la charge des cantons sur trois ans par l'arrêté qui nous est proposé. Pour mon canton, ce serait un montant supplémentaire de l'ordre de 15 millions de francs que l'on devra porter au budget de 1992, qui est adopté ces jours, et ce problème se pose de manière semblable dans toute la Suisse. Il est donc compréhensible que tous les cantons se soient prononcés, par l'intermédiaire de leurs conseillers d'Etat chargés de la santé publique, la semaine dernière, contre ce projet.

Je sais que dans cette salle on n'a que peu de respect pour les cantons, et que l'on pense mieux savoir, alors que ce sont eux qui sont au front, puisqu'en charge de la santé de la population. Ce que le Conseil fédéral impose aujourd'hui aux cantons, il n'aurait pas osé le proposer à ses partenaires sociaux: mettre à leur charge 491 millions sur trois ans, alors que ces derniers n'ont même pas pu s'exprimer par écrit lors d'une consultation! Si au moins ces mesures soulageaient les finances fédérales, mais elles ne font que transférer le coût payé par l'assuré sur le contribuable cantonal. Au point que plusieurs directeurs de la santé cantonaux, dont celui du plus grand canton suisse et qui appartient à votre parti, Monsieur le Conseiller fédéral, ont préféré à cet arrêté, l'initiative des caisses-maladie qui figera la situation, mais obligera la Confédération à augmenter ses subsides. Nous voilà au point central: cet arrêté fédéral urgent n'est pas une «mesure pont» jusqu'à la révision de la loi, comme le soutient la doctrine officielle. Il est un instrument de lutte contre l'initiative sur laquelle peuple et cantons voteront le 16 février prochain. Certes, ce n'est quand même pas la faute à M. Cotti si la situation est pourrie dans le domaine de l'assurance-maladie, et qui ne sont en réalité qu'un sa bre de bois qu'on agite pour se rassurer.

Je vous invite donc à ne pas voter l'entrée en matière.

Rychen: Es sind die beiden Hauptthemen, die heute diskutiert werden: einerseits die ungehörige Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und andererseits der Zerfall der Solidarität. Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass das Problem der Entsolidarisierung nicht erst jetzt ein Thema in diesem Parlament ist. Ohne rechthaberisch sein zu wollen: Vor fast zwei Jahren habe ich hier an diesem Pult bereits vor dieser Entwicklung gewarnt und den Bundesrat gebeten, die entsprechenden Massnahmen zu treffen. Ich mache Sie weiter darauf aufmerksam, dass ich in der letzten Session, am 17. September, eine dringliche Interpellation eingereicht und vom Bundesrat das gefordert habe, was er jetzt in den Artikeln 2 und 5 endlich vorschlägt. Aber ich muss meinem grossen Bedauern darüber Ausdruck geben, dass die damalige Fraktionspräsidentenkonferenz dieses Thema nicht als dringlich anerkannt hat. Ich bin froh, dass man innert kurzer Zeit so lernfähig geworden ist.

Ich muss Ihnen sagen, dass mir die Entsolidarisierung grosse Sorgen bereitet. Laufend sind neue Kassen gegründet worden mit nur einem Ziel: Jagd auf «gute Risiken». Die «besten Risiken» sind junge Männer, und die «schlechtesten Risiken» sind alte Frauen. Es ist billig, wirklich billig, einfach die Jungen zu verführen, zu sagen, du kannst eine Prämie für 60 Franken pro Monat haben, du bist ein gutes Risiko, und dafür müssen dann die alten Menschen und die kinderreichen Familien die Zeche bezahlen. Das sage ich hier als mittelständischer Politiker: Das ist eine billige Politik, und die akzeptieren wir nicht. Da sollte doch Einigkeit bestehen. Diese Entsolidarisierung muss endlich gestoppt werden. Wer sagt es diesen jungen Leuten? Wenn sie 60- und 70jährig sind, sollten sie auch eine Risikoprämie zahlen. Die kostet dann vielleicht das Zehnfache. Wer sagt ihnen dann hier in diesem Saal später, wenn niemand mehr von uns da ist, sie sollen jetzt nach Hause gehen und auch die Risikoprämie bezahlen? Wer sagt dann das? Nie-

mand. Sie kommen dann zum Staat und halten die Hand hin und wollen dann eben auch Solidaritätsprämien.

So geht es doch nicht in diesem Land! Ich bin enttäuscht darüber, dass der Bundesrat erst jetzt merkt, was es geschlagen hat. Ich bin sehr enttäuscht darüber. Ich muss es Ihnen sagen. Im weiteren möchte ich zum Kostenproblem etwas sagen. Ich mache Sie darauf aufmerksam: Seit über 30 Jahren steigen die Kosten im Gesundheitswesen stärker als der Landesindex für Konsumentenpreise, ununterbrochen, es ist jetzt noch so. Das Ausmass wird trotz der schönen Worte hier in diesem Saal immer noch unterschätzt, ich meine die sozialen Auswirkungen. Der Kampf gegen diese Kostensteigerung muss geführt werden.

Aber ich muss Ihnen in aller Offenheit sagen: Was in den Artikeln 1 und 3 dieses Vorschlages, der hier als dringliche Sofortmassnahme vorliegt, vorgeschlagen wird, ist nun wirklich falsch. Das kann man so nicht machen. Warum nicht? Darf ich Ihnen Beispiele geben?

Beispiel 1: Im Kanton Bern, wo ich zu Hause bin und politisiere, sind 1989 und 1990 die Tarife für die Aerzte nicht erhöht worden. Das entspricht Artikel 1. Die Tarife sind eingefroren. Das heisst, die Verhandlungspartner haben sich geeinigt, keine Tarifierhöhungen vorzunehmen. Aber die Aufwendungen für die Krankenkassen sind in diesen beiden Jahren je um 7 Prozent gestiegen. Warum? Weil eine Mengenausweitung stattgefunden hat. Und dafür möchte ich nicht dem einzelnen Arzt die Schuld geben, daran sind wir alle miteinander schuld. So sind beispielsweise in unserem Kanton in den letzten zehn Jahren praktisch jedes Jahr im Durchschnitt 25 neue Arztpraxen eröffnet worden. Es werden nicht nur alte Aerzte ersetzt, sondern es werden zusätzliche Arztpraxen eröffnet bei etwa gleichbleibender Bevölkerungszahl. Dort findet die Kostenexplosion statt. Aber es ist zu billig, nur den Aerzten die Schuld zu geben. Wir alle sind daran schuld. Die Strukturen sind falsch. Die Strukturen stimmen nicht mehr. Man kann dieses Problem nicht einfach mit einem Tarifstopp lösen. Das ist falsch.

Beispiel 2: Da spreche ich nun Herrn Bundespräsident Cotti an, weil er direkt betroffen ist. Die Krankenkassen im Kanton Bern haben vor einem Jahr den Aufruf von Herrn Bundesrat Cotti, die Kassen sollten sich endlich wehren, ernst genommen. Wir haben bei den Verhandlungen mit den Spitälern gesagt: Es gibt nur noch die Teuerung plus 1 bis 2 Prozent Innovationszuschlag; mehr gibt es nicht. Diese Verhandlungen sind gescheitert; die Spitäler müssen notgedrungen viel mehr haben, weil die Kosten so enorm steigen. Herr Bundespräsident Cotti, die Beschwerde, die wir gegen diese Tarifansetzungen bei der kantonalen Regierung gemacht haben, liegt jetzt beim Bundesrat, und wir warten seit elf Monaten auf einen Entscheid.

Sie haben nur eine Möglichkeit, um einen Beitrag gegen die Kostenexplosion zu leisten, nämlich die Tarife wirklich tiefer anzusetzen. Aber wenn Sie das tun, verschieben Sie damit nur die Kosten. Dann muss es nämlich der Steuerzahler im Kanton Bern bezahlen. Deshalb ist auch Artikel 3 nur ein Kampf zwischen Steuer- und Prämienzahler. Damit klage ich hier an, dass niemand das Uebel an der Wurzel packen will, nämlich die Kosten wirklich sparen, beim Gesundheitssystem etwas einsparen. Dafür müssen wir strukturell etwas ändern, und das können wir nicht mit einem Prämienstopp tun.

Uebrigens bewirken Sie, wenn Sie diesem Prämienstopp zustimmen, nur eines: Gute Kassen mit einem recht guten Vermögen werden ausgeblutet, sonst erreichen Sie gar nichts. Das ist eine unehrliche Politik. Sie stimmt nicht; sie geht nicht auf. Deshalb fordere ich Sie auf, gut zu überlegen, ob Sie den Artikeln 1 und 3 wirklich zustimmen wollen. Es ist nur ein Scheingefecht. Man hat dann etwas getan und geht zur Tagesordnung über. Aber es ist eine völlig untaugliche Massnahme. Ich hoffe hier auf die Totalrevision gemäss Vorlage Schoch. Dort müssen wir strukturelle Aenderungen anpacken, und das können wir nicht im Galopp machen. Hingegen lassen sich die Artikel 2 und 5 sofort realisieren, weil sie keine Strukturänderung bringen, sondern nur einen Damm gegen etwas völlig Unsoziales aufbauen.

Zum Schluss: Wer meint, man könne die Kassenprämien ein-

fach einfrieren, soll sich doch bitte als Beispiel einmal die Hagelversicherung vornehmen. Die Hagelversicherung setzt die Prämien auf dem Grundsatz fest: Wenn es viel gehagelt hat, gibt es höhere Prämien, und wenn es wenig gehagelt hat, sind die Prämien tiefer. Oder nehmen Sie die Haftpflichtversicherung für Motorradfahrer: Wenn diese viele Unfälle «bauen», macht die Haftpflichtversicherung eine Pressekonferenz und teilt dem Volk mit, es habe viele Unfälle und deshalb viele Kosten gegeben, also würden die Prämien steigen. Und wer reklamiert, die Haftpflichtversicherung sei unverschämt? Niemand. Jeder sieht ein, dass es so sein muss. Und hier will man die Prämien kaltstellen, und die Kosten steigen trotzdem. Wir plündern nur die Kassen aus. So geht es nicht. Sparen wir endlich dort, wo es geht. Bei der Totalrevision und in Ihren Kantonen haben Sie Gelegenheit, die Spitalstrukturen zu überprüfen und das Uebel endlich an der Wurzel zu packen. Ich bitte Sie also einzutreten, aber nur jenen Artikeln zuzustimmen, die die Entsolidarisierung stoppen. Alles übrige ist untauglich.

On. Carobbio: Sulla gravità della situazione, in particolare per gli assicurati in fatto di costi e premi dell'assicurazione malattia, sembra che siamo tutti d'accordo. Non fosse che per questo, la decisione del Consiglio federale di agire non può – per quanto mi riguarda – che essere accolta positivamente, come un segnale, che indica che la situazione ormai è diventata intollerabile. E' un dato di fatto che oggi ammalarsi, in particolare nelle famiglie a redditi modesti, sta diventando sempre più un lusso. Va anzi detto che questa decisione di agire del Consiglio federale arriva alquanto tardi, troppo tardi. Ma meglio tardi che mai!

Da questo punto di vista la proposta del collega Gysin e cofirmatari di non entrare in materia e la posizione di chi vuole entrare in materia, ma sostanzialmente svuotare questo decreto dei due articoli principali 1 e 3 è, per molti versi, incomprensibile. Le obiezioni avanzate non bastano a giustificare una scelta di ritardare ancora delle iniziative concrete.

Ho ascoltato con interesse il discorso del collega Pidoux, che non è in sala in questo momento, che formalmente è molto logico. Ma per finire questa sua posizione lascia le cose come sono, quando invece dice che comunque la situazione domanda delle misure rapide.

Sarà bene ricordare, il Consiglio federale lo dice, che proprio per le continue opposizioni, un po' del tipo di quelle che incontriamo oggi, la necessaria revisione, che nessuno contesta, della legge sull'assicurazione malattia, ormai si trascina da troppi anni. Ora è evidente che scegliere la strada, come è proposto qui, di puntare solo sulla revisione generale, sulla revisione delle strutture, strada sulla quale siamo completamente d'accordo, vorrebbe dire lasciare per altri tre o quattro anni – per non dire di più, non si dimentichi la possibilità di ricorrere allo strumento del referendum – gli assicurati in balia ai continui aumenti dei costi e dei premi.

Condivido perciò la manovra del Governo di proporre subito un decreto urgente limitato nel tempo, finalizzato a contenere costi e aumenti dei premi e di procedere parallelamente ad affrontare la revisione generale della legge.

Naturalmente è evidente, e spero che venga qui ribadito chiaramente dal Presidente della Confederazione, che dev'essere preso l'impegno ad agire rapidamente sulle questioni di fondo.

Il decreto, a mio parere, se presenta punti discutibili, come quello che riguarda le possibili ripercussioni sui cantoni delle misure di blocco o di freno dei costi e dei premi, presenta però misure positive importanti. Altri l'hanno già detto, ma penso che vadano richiamate. La compensazione dei rischi fra casse malati mi sembra una misura da prendere subito; già troppo è stato fatto in senso negativo verso la desolidarizzazione all'interno delle casse malati. Quindi ristabilire al più presto questo principio di solidarietà mi sembra una prima misura concreta che può avere effetti benefici sui premi. Non riconoscere la creazione di nuove casse malati è pure una misura concreta che impedisce di trasformare la malattia e l'assicurazione malattia sostanzialmente in operazioni finanziarie per non dire speculative da parte di qualcuno. E chiedere norme per avere

dati statistici sulla situazione reale, mi sembra addirittura una necessità urgente.

Restano, lo ripeto, le due misure sul contenimento dei costi e sul contenimento dei premi. E' vero quanto è stato detto che queste misure possono avere percussioni sui Cantoni, ed è pure vero che i cantoni si sono opposti. Però credo che, a questo punto, proprio per la gravità della situazione, è importante adottare misure che spingano anche i Cantoni ad affrontare seriamente il problema di una razionalizzazione, ad esempio, delle spese ospedaliere. E' evidente, a questa proposta, che ci deve essere un dialogo più intenso tra Confederazione e Cantoni, ma noi non possiamo rinunciare ad agire. Gli assicurati si attendono delle misure, si attendono che finalmente si agisca e non possono più assistere impassibili al fatto che ogni anno, prima di Natale, le casse malati annuncino dei nuovi aumenti dei premi.

Ecco perché credo – nonostante alcune riserve che verranno precisate magari nella discussione di dettaglio – occorra entrare in materia e sostenere il progetto del Consiglio federale compresi i due articoli più discussi: l'articolo 1 e l'articolo 3.

M. Darbellay: Je crois qu'il est bon, à ce stade du débat, de rappeler pourquoi nous sommes aujourd'hui devant un arrêté urgent. En mai et juin derniers, les caisses-maladie ont annoncé, pour 1992, des augmentations de cotisations de 10, 20 ou 30 pour cent. A ce moment-là, de nombreux citoyens, assurés de ces caisses-maladie, ont demandé aux autorités politiques, et en particulier au Conseil fédéral, d'intervenir.

Aujourd'hui, le Conseil fédéral nous présente un projet auquel nous trouvons beaucoup de défauts. Si, d'une manière générale, on accueille assez favorablement le fait d'instaurer une péréquation entre les diverses caisses qui ont des structures d'âges différentes ou de renoncer à reconnaître, pendant les trois prochaines années, de nouvelles caisses-maladie qui essaient d'attirer les bons risques, en revanche on accueille beaucoup moins favorablement la première partie de l'arrêté, les articles 1 et 3 qui prévoient de mettre un frein à la hausse des coûts et des cotisations. Lorsque j'ai entendu tout à l'heure MM. Pidoux et Rychen, j'ai eu l'impression qu'ils argumentaient comme si on interdisait toute augmentation de cotisations. On parle du salaire des infirmières qui doivent être réadaptés à la fin de chaque année, ce qui est juste, mais ces salaires pourront être réadaptés puisqu'on admet des augmentations de cotisations de l'ordre de 10 pour cent. Il ne s'agit donc pas de bloquer les hausses, il s'agit simplement de les maintenir à un degré raisonnable.

On s'attaque aux effets, certes, mais on a aussi la possibilité de s'attaquer aux causes. Je pense qu'au moment où les caisses-maladie ne peuvent pas augmenter leurs cotisations de manière inconsidérée, les cantons ayant la responsabilité essentielle de l'assurance-maladie, les principaux intéressés – autorités cantonales, caisses-maladie, hôpitaux, médecins – doivent se réunir autour d'une table et trouver des solutions pour prévoir une meilleure organisation, une certaine rationalisation, et dans beaucoup de domaines cela est possible. Ce n'est pas le chef du Département de la santé du canton de Vaud qui devrait pouvoir me contredire, puisque dans son canton précisément, on a adopté l'enveloppe budgétaire qui permet de freiner les hausses de coûts d'une année à l'autre. Les résultats ainsi obtenus ont été bons jusqu'à présent. Je ne vois pas pourquoi ce qu'a réussi le canton de Vaud ne pourrait pas se faire dans les autres cantons, de manière à mieux dominer la situation. Plusieurs d'entre vous ont proposé de refuser les articles 1 et 3, mais cela équivaldrait à vider cet arrêté urgent de sa substance et à lui «enlever les dents» que les assurés souhaitent.

Je vous remercie de bien vouloir voter l'entrée en matière, ainsi que les articles 1 et 3.

Frau Heberlein: Wenn die Mietzinse hoch sind, verlangen wir einen Mietpreisstopp. Wenn die Hypothekarzinsen steigen, fordern wir ein Einfrieren, und wenn die Krankenkassenprämien steigen, wollen wir einen Prämienstopp. Wir betreiben laufend Symptomtherapie, statt den Ursachen nachzugehen. Seit Jahren beklagt man die Kostensteigerung im Gesund-

heitswesen. In Umfragen aber stellen wir fest, dass der Schweizer mit der Gesundheitsversorgung recht zufrieden ist. Unsere Ansprüche sind hoch; entsprechend hoch sind auch die Kosten.

Seit Jahren nehmen wir Anläufe zur Revision der Krankenversicherung. Vom Volk wird sie dann verworfen. Wie gross ist der Leidensdruck da wirklich? Jetzt, drei Monate vor der Abstimmung über die Krankenkassen-Initiative, ist für den Bundesrat plötzlich Dringlichkeit geboten. Verfassungsrechtlich ist das für mich recht fragwürdig.

Richtig ist, dass der Anteil, den die Versicherten übernehmen müssen, in den letzten Jahren ständig angestiegen ist und dass sich die öffentliche Hand von ihren Verpflichtungen entlastet hat. Falsch aber ist es, deswegen im Schnellverfahren ordnungspolitisch fragwürdige Entscheide zu fällen, die schwerwiegend in die Vertrags-, Handels- und Gewerbebefreiheit und vor allem in die Kompetenzen der Kantone eingreifen. Die Kosten werden auf die Kantone verlagert und nicht etwa gedämpft.

Entsprechend harsch waren auch die Reaktionen aller Beteiligten auf diese Vorlage. Welche Folgen hätte denn ein solcher Tarif- und Preisstopp? Verschiedene Kantone haben Taxmodelle erarbeitet, und zwar auf betriebswirtschaftlicher Basis. Die Spitaltaxen werden aufgrund dieser berechneten Grundlagen durch vertragliche Verhandlungen zwischen Kassen, kantonalen Behörden und Spitälern festgesetzt.

Der Entscheid über den Kostendeckungsgrad ist letztlich ein politischer, der in den verschiedenen Kantonen entsprechend gefällt werden muss. Spitaltaxen, Arzttarife, Medikamentenkosten und Kassenprämien, die Entscheide sind für 1992 gefällt. Vollzugsschwierigkeiten bei einem Preisstopp sind vorprogrammiert. Der Verwaltungsaufwand, insbesondere der Kassen, wäre nach deren eigenen Aussagen gravierend und – was mir mindestens so wichtig scheint – die Rechtsunsicherheit der Versicherten entsprechend gross.

Einzig diskussionswürdig ist für mich das Vorziehen des Risikoausgleiches. Hier hat sich die Entwicklung in den letzten Jahren beschleunigt, Austritte, Neugründungen – wir haben es gehört – führen zu echten Problemen. Mit der Schaffung des notwendigen Risikoausgleiches wird aber – und hier sind meine Bedenken – ein wesentliches Element der Gesamtrevision vorgezogen. Wir geben damit einen Verhandlungsspielraum aus der Hand, ohne dass wir die Rahmenbedingungen für diesen Fonds oder die finanziellen Folgen kennen. Wenn dieser Fonds aus administrativen Gründen erst 1993 greifen kann, so kann er jetzt im ordentlichen Verfahren vorbereitet und muss nicht heute im Dringlichkeitsverfahren beschlossen werden.

Mit diesem Bundesbeschluss mit dem Titel «Massnahmen gegen die Kostensteigerung» wecken wir falsche Hoffnungen. Wir geben einmal mehr der Bevölkerung Versprechungen ab, die wir in drei Jahren nicht halten können, denn ohne erhebliche Systemkorrekturen und gezielte Subventionen für Ältere, für Frauen, für sozial Schwache wird sich in drei Jahren ein Nachholbedarf ergeben, der uns alle viel stärker treffen wird. Verwenden wir unsere Energien und die jetzt überall gezeigte Sympathie für die Gesamtrevision darauf, diese wertvolle Revision auch durchzuziehen und nachher nicht wieder aus irgendwelchen Partikularinteressen auszusteigen. Wir brauchen Anreize und echte Reformen, die wir jetzt raschmöglichst realisieren müssen. Ich habe Bedenken, dass wir die Gesamtrevision gefährden, wenn wir jetzt ein einzelnes Element vorziehen.

Wenn wir die für den Bundesrat notwendigen Elemente des Bundesbeschlusses ablehnen – wie dies unsere Fraktion beschlossen hat –, gleichzeitig aber Dringlichkeit, Tarif- und Preisstopp ablehnen, so bleibt nur der Risikoausgleich. Da er ohnehin erst 1993 in Kraft tritt, kann er auf dem ordentlichen Weg beschlossen und muss jetzt in die Wege geleitet werden.

Mme **Jeanprêtre**: En premier lieu, il faut se poser la question de savoir pourquoi l'on a recours de plus en plus souvent à des arrêtés urgents. N'est-ce pas le signe que des problèmes politiques importants n'ont pas trouvé de solution, qu'il y a un blocage ou, si l'on veut trouver une justification plus positive,

que l'arrêté fédéral urgent marque enfin le courage politique d'en découdre avec un sujet important avant qu'il y ait crise, car socialement, en ce qui concerne l'assurance-maladie notamment, nous nous trouvons dans cette situation?

Un des plus graves problèmes de politique intérieure du pays, actuellement, c'est l'augmentation des coûts de la santé. L'assurance-maladie est de plus en plus antisociale. Des familles, des personnes seules ou âgées économiquement faibles consacrent une part toujours plus importante et disproportionnée de leur revenu à payer des primes d'assurance-maladie qui ne font qu'augmenter. La situation va devenir, pour certaines d'entre elles, intolérable. Et l'on peut se demander où ont fait leur campagne électorale ceux qui prétendent qu'il n'y a pas d'urgence, qu'en fait, chaque fois qu'on lui a proposé en votation une modification de la loi, le peuple suisse l'a refusée, ce qui tendrait à prouver que ce peuple suisse ne vit pas si mal de la situation qui s'est établie depuis une vingtaine d'années. C'est méconnaître, voire mépriser la situation d'une grande partie de nos concitoyennes et concitoyens. Alors que, durant la campagne électorale, nous évoquions de grands thèmes comme l'Europe ou l'entrée au FMI, nos interlocuteurs étaient bien plus préoccupés par l'augmentation de leur loyer ou des primes de leur assurance-maladie. Ils sont ainsi allés offrir leurs suffrages à ceux qui ont essayé, souvent de façon simpliste, de répondre à leurs attentes quotidiennes mais légitimes.

L'assurance-maladie est de plus en plus antisociale, un des aspects étant que les cotisations sont indépendantes de la situation économique des personnes concernées. Cet arrêté urgent constitue un ensemble de mesures, certes provisoires, mais dans une situation grave et qui est appelé à avoir avant tout un effet psychologique. Il s'agit de montrer aux différentes parties en cause: les assurés, les assureurs et les fournisseurs de soins, que l'autorité politique n'est pas disposée à ce que la dérive se poursuive. Certes, la politique de la santé mérite une vision plus globale et il paraît indispensable qu'on examine aussi la question des prestations médicales et hospitalières qui ont fortement augmenté, l'augmentation des tarifs étant une résultante arithmétiquement plus ou moins en rapport d'ailleurs.

C'est ainsi que cet arrêté urgent ne va pas traiter le problème en profondeur; il faudra attendre la présentation du projet de révision de la loi, qui ne sera pas adopté avant trois ou quatre ans. La question se pose alors de savoir ce qui va se passer dans l'intervalle assez long précédant l'approbation finale. Cet arrêté urgent est appelé à créer enfin un pont de conscientisation et non pas une simple stratégie.

Pour l'instant, nous assistons à une explosion des coûts de la santé et en particulier des cotisations aux caisses-maladie. D'autre part, nous voyons se renforcer une tendance néfaste à la désolidarisation, des caisses étant à la recherche de bons risques, chaque jeune assuré qui quitte sa caisse avant l'âge de 30 ans provoquant une perte de solidarité de 500 francs par an pour les assurés qui restent. Les grandes caisses déclarent ainsi qu'elles devront bientôt créer des succursales bon marché pour conserver par ce biais les jeunes assurés qui les désertent. Une telle situation devient intolérable et risque d'être irrémédiablement dommageable si l'on attend la révision de la loi.

A ceux qui invoquent la liberté du commerce pour refuser cet arrêté, on peut répondre que le débauchage d'assurés est une pratique intolérable qui mérite l'intervention des pouvoirs publics. Si des familles ou des personnes âgées économiquement faibles doivent consacrer de façon excessive une part toujours plus importante de leur revenu à leurs frais d'assurance, il s'ensuit des situations de prise en charge de cas qui tombent dans le domaine de l'assistance. Cela coûte aussi à la collectivité.

Le projet d'arrêté fédéral urgent vise à freiner l'évolution galopante des coûts et des primes ainsi que la concurrence néfaste pour la solidarité entre les caisses anciennes et nouvelles. Devons-nous accepter le danger de voir disparaître toute solidarité avec les conséquences intolérables que cela aura sur une partie de la population? Le Conseil fédéral a répondu par la négative.

Nous ne pouvons que nous en réjouir et le groupe socialiste vous propose d'entrer en matière, de reconnaître l'urgence en éliminant toutes les propositions de biffage qui vous sont soumises et qui représentent une manière beaucoup moins honnête, pour certains, de dire que l'on ne veut de cet arrêté fédéral urgent.

Frau Segmüller: Ich spreche mich in persönlichem Namen gegen die Plafonierung der Preise und Tarife aus. Dass die Kosten im Gesundheitswesen steigen, ist bekannt. Weniger klar und weniger bekannt scheint immer noch, dass dem eine Leistungssteigerung entgegensteht und dass diese zu 80 Prozent auf Löhnen beruht. Der Patient Gesundheitswesen hat Lähmungserscheinungen, er hat kein Fieber, sondern er leidet an Unbeweglichkeit, an verkalkten Strukturen. Was ist die Ursache? Die Tarifränge liegen komplett falsch. Begünstigt werden teure Spitalaufenthalte; der Patient, der sich ambulant behandeln lässt, zahlt Franchise und Selbstbehalt, hingegen kann er gratis ins Spital. Doch es besteht Hoffnung, es beginnt sich etwas zu regen. Strukturen werden aufgebrochen, und das Konzept der Kommission Schoch zeigt in die richtige Richtung mit der Schaffung der Kategorie «teilstationärer Bereich». Das bedeutet auch Förderung der ambulanten Chirurgie und Raum für innovative Strukturen. Alle Kassen und die Suva sprechen sich für diese Entwicklung aus.

Das Ziel ist das Vermeiden unnötiger, medizinisch nicht gerechtfertigter Spitalaufenthalte, das Umkehren der Tarifränge. Die Plafonierung der Tarife richtet in diesem Prozess Unheil an. Sie bremst und verunmöglicht einen Strukturwandel und verunmöglicht innovative Neuerungen. Die Teuerung frisst den Spielraum für neue Tarifpositionen grösstenteils auf, auch dort, wo es sich um volkswirtschaftlich kostengünstigere Behandlungsmethoden handeln würde. Plafonierung der Tarife bedeutet also: Statt zu deregulieren, neue Entwicklungen zu ermöglichen, verpasst man dem Patienten Gesundheitswesen ein Gipskorsett; dabei braucht er Bewegungstherapie und Systemkorrekturen.

Vergessen wir es nicht, es gibt zwei Kontrollmechanismen für alle Preise und Tarife im Gesundheitswesen: Erstens müssen die Verträge von den Kantonsregierungen genehmigt werden, und zweitens geht noch der Preisüberwacher darüber. Man kann also sagen, die Plafonierung der Preise und Tarife ist nicht nur unnötig, sie desavouiert zudem den Preisüberwacher.

Ich stimme für Eintreten. Ja zum Solidaritätsausgleich, Ja zu den Prämienverbilligungen mit den 100 Millionen Franken an die Kantone, Ja auch zur Dringlichkeit, aber ein klares Nein zu den Artikeln 1 und 3 bezüglich Preis- und Tarifplafonierung.

M. Rebeaud: Le groupe écologiste considère – Mme Diener vous l'a dit tout à l'heure – que les conditions de l'urgence sont présentes. Il faut être aveugle pour ne pas les voir. Evidemment, les problèmes dont nous parlons ne sont pas nouveaux; l'explosion des coûts de la santé est mentionnée depuis des années. Mais ce qui est nouveau, c'est l'intensité, l'accélération du phénomène, le fait qu'avec 20 pour cent d'augmentation – 30 pour cent dans certains cas – des primes des assurances on aggrave brutalement le problème, d'autant plus que des milliers de ménages de condition modeste de ce pays se voient privés de la compensation intégrale du renchérissement dans le cadre de leur salaire. Si nous ne prenons pas des mesures d'urgence, ces ménages-là vont se trouver au-dessous du seuil de leur autonomie financière et tomberont partiellement à la charge de la collectivité. C'est indigne de notre pays.

Aujourd'hui, le groupe écologiste soutient sans restrictions le projet du Conseil fédéral, sans pour autant se faire d'illusions sur la portée à long terme de cet arrêté urgent. Il s'agit d'un exercice de pompier avec toutes les limites que cela comporte et nous devons être conscients qu'immédiatement après la mise en place de cette mesure nous devons accomplir un travail urgent et approfondi de révision de la loi sur l'assurance-maladie selon le rapport Schoch.

Certains ont prétendu que cet arrêté urgent violait le principe de la liberté du commerce et de l'industrie. C'est possible,

mais s'il y a un domaine où nous devons accepter aujourd'hui que ce principe ne soit pas pleinement appliqué, c'est bien celui-là. Connaissant les situations de détresse matérielle dans lesquelles risqueraient d'être plongés un certain nombre de familles ou de ménages, on doit considérer, ici et maintenant, que les principes de solidarité doivent l'emporter sur ceux de la liberté du commerce et de l'industrie. Au fond, je doute d'ailleurs que la santé soit vraiment un objet typique de liberté du commerce et de l'industrie. On ne vend pas des soins comme on vend des automobiles, des savonnets ou des chaussettes.

Nous n'en serions d'ailleurs pas aujourd'hui à faire un exercice de pompier si, en 1987, le peuple avait accepté la loi sur l'assurance-maladie que nous avons refondue dans cette salle avec l'assurance-maternité. J'observe que les milieux qui maintenant ne veulent pas voir qu'il y a urgence et refusent de la prendre en considération en se réclamant du principe de la liberté du commerce et de l'industrie sont les mêmes qui, en 1987, ont combattu de manière véhémement le projet mis au point dans cette salle. Je suis d'accord avec M. Leuba pour admettre qu'il est désagréable de prendre des mesures d'urgence qui ne combattent, de par leur nature, que les symptômes et ne s'attaquent pas au fond des problèmes. Mais encore une fois, si en 1987 ceux qui nous tiennent ce discours aujourd'hui avaient expliqué au peuple, à leurs électeurs, qu'il fallait approuver la nouvelle loi, même si elle avait quelques défauts, nous n'en serions pas là. Nous n'avons plus le choix; nous devons intervenir et le Conseil fédéral a raison de vouloir le faire.

J'émettrai une dernière remarque relative aux cantons. Il est vrai que les mesures proposées par le Conseil fédéral ne plaisent pas aux directeurs cantonaux des finances. Il semble que certains directeurs cantonaux de la santé publique ne soient pas non plus contents, mais il faut savoir dans quel pays on veut vivre. Nous sommes un Etat fédératif dans lequel les cantons veulent avoir leur autonomie et leurs responsabilités. La santé est l'un des domaines où l'on doit demeurer fédéraliste, voire quelquefois cantonaliste, parce que c'est dans les cantons que doivent se négocier, entre les partenaires sociaux, entre les usagers et les responsables de la santé publique, les sacrifices que nous devons consentir par rapport aux espérances potentiellement infinies qu'offrent à chacun les progrès de la médecine. Le canton est le lieu adéquat pour tenir un dialogue constructif et réaliste sur ces nécessaires sacrifices, car chaque progrès en médecine coûte quelque chose. Je suis prêt à faire confiance aux cantons – même à celui de Vaud qui a déjà commencé, semble-t-il, à montrer l'exemple – pour réfléchir d'urgence à la restructuration de leurs propres services ainsi que pour mettre un frein à l'explosion des coûts dans un certain nombre de domaines de la médecine de pointe où la généralisation des exploits de la technique devient insoutenable pour la collectivité.

C'est avec une très bonne conscience fédéraliste que je vous recommande d'accepter toutes les propositions du Conseil fédéral.

On. Pini: Faccio parte della maggioranza del mio gruppo che ha deciso l'entrata in materia.

Ciò non mi toglie di esprimere all'attenzione del consigliere federale, del capo del Dipartimento federale dell'interno le mie perplessità, che sono preoccupazioni molto profonde su due aspetti che considero determinanti per la praticabilità, per dare vento alla vela di questo decreto urgente. Dapprima l'urgenza. Quest'urgenza, che si richiama a una realtà molto dura, molto acuta sulla pelle, sul portafoglio dell'utenza è quella dell'esplosione dei costi. Non soddisfa pienamente, a mio modo di vedere, questo urgente provvedimento per il contenimento dell'esplosione dei costi.

Mi sembra, infatti, che soprattutto gli articoli 3 e 4 siano un po' delle fisarmoniche che possono essere suonate da diverse mani, in diversi momenti e con dei risultati che non riflettono, alla fine, necessariamente le buoni intenzioni del Dipartimento che non voglio negare. Ma c'è di più, onorevoli colleghi. Dal dibattito di questa mattina, e mi concederà il Presidente della Confederazione di poterlo dire, traspare una grande voglia di

urgenza di revisione della legge. Tutti i colleghi che sono intervenuti, chi per l'entrata in materia, chi contro l'entrata in materia, chi per e contro questo decreto hanno fatto tutti «une avance» in più, un passo in avanti più significativo del contenuto medesimo del discorso attuale, cioè l'attesa della revisione. Ve lo dice un anziano deputato che ha vissuto per sette anni, c'era ancora alla presidenza l'onorevole Egli, il primo tentativo di revisione dell'assicurazione malattia e c'era alla testa del Dipartimento l'indimenticato consigliere federale on. Hürlimann.

Già allora abbiamo vissuto l'impossibilità di poter ribaltare una situazione che era già esplosiva nei costi. «Già esplosiva», perché la legge era superata dall'attualità evolutiva medesima di questo settore della previdenza sociale.

Io devo dire, colleghi, che la revisione è urgente, molto di più di questo decreto, che è un «decreto fisarmonica», lo voglio ripetere, perché noi continuiamo a mantenere, fra altro, contro tutti i criteri normativi europei, la maternità come una malattia! Ed è una vergogna, onorevoli colleghi, che un paese civile, sensibile socialmente abbia ancora in un testo di legge questo aspetto della maternità ritenuta una malattia. Ecco perché, on. signor Presidente della Confederazione, io con molta spontaneità non ho potuto esimermi dall'esprimere le mie preoccupazioni per l'urgenza richiesta, e soprattutto il mio desiderio di vedere finalmente giungere urgentemente la revisione dell'assicurazione malattia, affinché quest'ultima si adatti veramente alle condizioni nostre, ai bisogni nostri, affinché diventi effettivamente un'assicurazione sociale – l'on. Jeanprêtre l'ha detto un momento fa: «Ce n'est plus une assurance sociale, elle est anti-sociale» – cioè, deve essere fatto, on. signor consigliere federale, attraverso una revisione che non può altrimenti essere che urgente!

Togliendo, ripeto, quell'onta che rimane nella storia della nostra previdenza sociale che è di considerare la maternità una malattia. Per questo motivo io ascolterò il Capo del Dipartimento, ma mi riserverò il voto sull'urgenza di questo decreto, ritenendo che gli articoli 3 e 4, a mio parere sono delle fisarmoniche che possono creare equivoci e illusioni amare proprio riguardante l'esplosione dei costi assicurativi.

Frau Goll: Die Ausgangslage für den heute zu fällenden Entscheid ist ungünstig – sie ist auch verwirrend, und sie ist sogar ungesund. Es ist nicht nur zu befürchten, dass der Bluthochdruck mancher Kantonsvertreter und -vertreterinnen beängstigend in die Höhe schnellen wird, sondern auch, dass einem Grossteil der Versicherten angesichts der anstehenden Prämien erhöhungen die Galle hochkommen wird.

Die angekündigte Erhöhung der Krankenkassenprämien wird in erster Linie die älteren Menschen, die einkommensschwachen Bevölkerungsschichten und, einmal mehr, die Frauen treffen. Dass es dabei zu bedrohlichen finanziellen Belastungen und zu einschneidenden Engpässen für diese Menschen kommen wird, ist nicht einfach Nebensache, denn es geht dabei nicht nur um eine kleine Randgruppe, die einfach ignoriert werden kann.

Der vorliegende dringliche Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung fällt in eine ungünstige Zeit. Ungünstig deshalb, weil im Endeffekt die politischen Verantwortlichen von jedem Handeln entbunden werden könnten; denn im Moment lässt sich offenbar bestens immer wieder auf andere in Diskussion – aber eben nur in Diskussion – stehende Vorschläge verweisen. Wir haben es gehört: Die einen reden bei den vorgeschlagenen Massnahmen verächtlich von einem «Schnellschuss», von einer «Panikreaktion» oder sogar von einem «Verzweiflungsakt» und drohen gleichzeitig, dass eine allfällige Annahme dieser mehr als dringlichen Massnahmen das Klima für tiefgreifendere Reformen – damit ist vor allem die Totalrevision der Krankenversicherung gemeint – vergiften würde. Diese Argumentation ist falsch, denn es wird ja keine Politikerin und kein Politiker daran gehindert, sachliche Erklärungen gegen die Kostenexplosion und für sozial gerechte und solidarische Prämien auch bei weiteren Vorlagen in die Tat umzusetzen.

Der Bundesrat hat sich natürlich ebenso – und selbstgenügsam – ausgerechnet, dass eine allfällige Zustimmung zu seinen löblichen, wenn auch späten Sofortmassnahmen der Volksinitiative für eine gesunde Krankenversicherung den Wind aus den Segeln nehmen würde – insgesamt ein absurdes Spiel, das aber gleichzeitig nur Spiegel einer ewig gestrigen Verhinderungspolitik ist. Natürlich sind sich alle darin einig, dass das Gesundheitswesen krank und eine Gesetzesrevision unumgänglich ist, auch wenn bedauerlicherweise in der Praxis konkrete Handlungsanleitungen für grundlegende Veränderungen fehlen oder in der letzten Zeit eben immer wieder verhindert wurden. Natürlich wollen alle – zumindest verbal – das Problem grundsätzlich angehen und nach langfristigen Lösungen suchen. Nur passiert in der Realität bei vielen Grundsatzdebatten und langatmigem Suchen rein gar nichts. Die Krankenpflegekosten pro Versicherten und Versicherte haben in den letzten zehn Jahren im Vergleich zur Teuerung um das Dreifache zugenommen. Mit den durch die Krankenkassen angedrohten Prämien erhöhungen bis zu 20 Prozent, teilweise sogar bis zu 30 Prozent, bezahlen die Versicherten die Rechnung. Je nach Einkommen fällt das kaum ins Gewicht – oder was bezahlen Sie beispielsweise für Ihre Prämien der Krankenversicherung? Für die Rentnerin allerdings wird es einen erheblichen Unterschied machen, ob sie künftig 134 Franken statt wie bisher 120 Franken im Monat bezahlen wird. Ebenso für einen grossen Teil der Versicherten mit durchaus bescheidenen Leistungen, die mit Mehrkosten von 300 bis 400 Franken pro Jahr rechnen müssen. Die Zunahme der Zahl der Bezugsberechtigten von Sozialhilfeleistungen ist damit vorprogrammiert.

Der Inhalt des vorliegenden Massnahmenpaketes hindert Sie nicht daran, weitere Veränderungen ebenfalls an die Hand zu nehmen.

Ich bitte Sie aber, den dringlichen Massnahmen im Sinne einer Ueberbrückungsmassnahme zuzustimmen und eine Aufsplitterung der Vorlage abzulehnen.

M. Berger: Comme membre de la Commission pour la modification de l'assurance-maladie et maternité, en 1984, je relève qu'à l'époque déjà la nécessité urgente d'une réforme était évidente pour faire face à l'évolution des coûts. Vous connaissez l'issue de ce projet qui a été rejeté par le peuple en 1987. J'avais d'ailleurs soutenu cette réforme de l'assurance-maladie et maternité.

Depuis, que s'est-il passé? L'objet est fort complexe, je le reconnais, et délicat. Mais pourquoi, tout à coup, devoir maintenant se prononcer par le truchement de l'urgence pour régler toute une série de questions pendantes depuis plus de dix ans? L'augmentation des coûts de l'assurance y est certes pour quelque chose, mais dans quel domaine des augmentations de 10 à 20 pour cent ne sont pas actuellement chose courante? Le recours à l'urgence n'est pas admissible, et ce d'autant moins que l'évolution des coûts n'est pas un phénomène récent et était prévisible. Ce qui est vraiment urgent, et ceci depuis plus de dix ans, c'est la révision de la loi, et c'est dans cette direction que nous devrions orienter nos travaux.

Mis à part le caractère d'urgence, le projet est des plus discutables: s'attaquer aux tarifs et aux coûts sans s'attacher au préalable à analyser les causes de ces augmentations n'est ni efficace ni productif. S'engager dans cette voie, c'est inévitablement engendrer des charges supplémentaires pour les cantons, je le répète, et pour les contribuables. De plus, introduire le blocage des tarifs, dans une certaine mesure, sans se préoccuper des causes engendre inévitablement des incidences secondaires négatives.

L'une des grandes faiblesses de la loi actuelle est de ne pas être en mesure de prévoir une solidarité entre les bons et les mauvais risques. C'est l'aspect positif que nous offre cet arrêté. Mais cela ne suffit pas. La charge imposée aujourd'hui à l'assuré modeste et aux caisses publiques est telle que la seule réponse admissible est une réforme globale de l'assurance-maladie. Certains cantons pouvoient déjà avec efficacité à soutenir les revenus modestes, notamment par une aide aux cotisations. Il serait souhaitable de respecter l'engagement prévoyant de ces cantons.

Cet arrêté partiel et fragile n'apportera rien de positif aux questions posées actuellement. La situation est grave, certes, mais la seule réponse possible réside dans une refonte globale de l'assurance-maladie. Ma grande crainte est que l'arrêté ne fasse que retarder cette échéance.

C'est pourquoi je soutiendrai la non-entrée en matière.

Bircher Peter: Es ist wenig erfreulich, wenn zu Notrecht Zuflucht genommen werden muss. Aber die Sache drängt. Der Bundesrat verdient Anerkennung für seine mutigen und wegweisenden Entscheide. Es muss etwas geschehen. Es gibt Informationen, wonach gegen 150 000 Versicherte zu Billigkassen abgewandert sind und damit für das Solidaritätswerk Krankenversicherung Prämieinnahmen in der Höhe von rund 75 Millionen Franken pro Jahr verlorengegangen sind. Damit schreitet ein Erosionsprozess voran, der aus vier Gründen von niemandem verantwortet werden kann:

1. Die demographische Entwicklung ist wohlbekannt. Aber es ist noch nicht in unseren Köpfen, dass wir vor einer raschen, grossen Zunahme der Hochbetagten, der über 80jährigen, stehen.
2. Junge Familien geraten vorab wegen der Wohnkosten in finanzielle Nöte. Sie können Krankenkassenprämien nicht beliebig verkraften.
3. Die Gleichstellung von Mann und Frau sollte endlich auch in der Krankenversicherung mit der Prämienungleichheit verwirklicht werden.
4. In schwierigen Zeiten kann für den öffentlichen Haushalt nicht hingenommen werden, dass ein Sozialversicherungssystem letztlich zusammenbricht und dann am Ende der Kette der Staat oder die öffentliche Fürsorge – wer denn sonst? – für die Kosten aufzukommen hat.

Unser Alterspräsident hat in der Eröffnungsrede zu dieser neuen Legislaturperiode zutreffend von einem Wirrhaufen ungelöster Probleme gesprochen. Packen wir also die Dinge an, jetzt ist Gelegenheit dazu! Gewiss, wir müssen eine provisorische und befristete Regelung treffen. Aber das ist besser, als weiter zu zögern und zu jammern.

Ich trete voll für die Anträge der vorberatenden Kommission ein. Auch die offenbar am meisten umstrittene Begrenzung der Tarife und Preise sowie die Erhöhung der Mitgliederbeiträge der Kassen sind Massnahmen, die man auf Zeit durchaus verantworten kann. Wer redet denn hier von einem Stopp? Man wird sich doch noch am Index orientieren dürfen! Bei einer Teuerungsannahme von 6 Prozent läge der Grenzwert für die Tarife und Preise bei 8 Prozent, bei den Mitgliederbeiträgen der Kassen bei 10,5 Prozent. Es kann also keine Rede davon sein, man wolle einfach den Deckel auf den brodelnden Kostenauftriebskessel legen. Ich finde, es wird ein faires Limit gesetzt. Wir haben schwierige und unsichere Zeiten. Gerade in solchen Zeiten muss – nach alter Erfahrung – der Zusammenhalt und die Solidarität gefördert werden. Genau in diese Richtung zielt die Vorlage mit dem Risikoausgleich, mit dem Verbot zur Gründung von weiteren Billigkassen, mit dem Einbinden der Kassen in die Mitverantwortung bei den Verwaltungskosten, mit der Vorgabe von jährlich 100 Millionen Franken an die Kantone, damit die Prämienverbilligungen für Familien mit Kindern usw. Platz greifen.

Die Vorlage macht eine wohlgedachte Korrektur heute, die wohl die Volksinitiative noch nicht überflüssig macht, aber diese im Februar 1992 in ein anderes Licht stellen kann.

Der Handlungsbedarf ist gegeben. Der Bundesrat hat Führungskraft gezeigt. Lassen auch wir den schönen Wahlprogrammen dieses Herbstes konkrete Taten folgen!

M. Friderici Charles: L'article 3quinquies de la loi sur les rapports entre les conseils m'oblige à vous annoncer mes intérêts dans l'objet de ce débat. Je suis en effet, depuis peu, membre du comité de direction d'une caisse-maladie dont le siège est à Lausanne. C'est néanmoins en qualité de porte-parole du groupe libéral que je m'adresse à vous, remplaçant au pied levé notre ancien collègue Claude Massy, qui a fonctionné dans la commission durant l'intersession.

Après avoir examiné attentivement ce projet, le groupe libéral est persuadé que les mesures d'urgence proposées sèmeront

la confusion dans l'esprit du public qui s'imaginera que nous avons entrepris une véritable révision de la loi sur l'assurance-maladie, alors qu'il s'agit tout au plus d'un simple placebo, qui plus est d'une «réformette» inutile, qui va parfois à contresens des mesures qu'il faudrait effectivement prendre. Le 8 novembre, soit en pleine période de transition entre deux législatures, le Conseil fédéral annonçait l'approbation de trois textes législatifs, semant de la sorte le désordre et le doute dans certains cerveaux non initiés. Il s'agit des messages concernant l'initiative populaire pour une saine assurance-maladie, celui concernant la révision de l'assurance-maladie, celui concernant des mesures limitées dans le temps, contre l'augmentation des coûts et la désolidarisation de l'assurance-maladie.

Si l'on tient compte d'une autre initiative populaire, lancée par le concordat des caisses-maladie, qui sera soumise à votation au mois de février prochain, comment voulez-vous que l'assuré non averti y retrouve ses esprits? En fait, le groupe libéral s'étonne que le Conseil fédéral ait tenté une telle manoeuvre, annoncée à peine quinze jours après que le peuple suisse ait clairement désapprouvé une certaine forme de conduite, ou de méconduite, de la politique fédérale. Car il s'agit effectivement d'une manoeuvre politique destinée à contrecarrer le projet du concordat des caisses-maladie avant la votation sur celui-ci, qui n'apporte pas de solution à ce problème lancinant. L'arrêté fédéral urgent qu'on nous propose aujourd'hui ne s'attaque pas aux causes du mal, mais aux symptômes. Personne ne peut nier que les primes des assurances-maladie sont devenues insupportables pour un certain nombre de bourses familiales, et le groupe libéral a aussi appris avec surprise l'augmentation de 20, voire de 30 pour cent qui était projetée pour l'année prochaine.

Il n'est pas davantage possible de contester le manque de solidarité entre les différentes caisses et entre les différentes classes d'âge des assurés, qui provient de la multiplication de ces caisses chassant les bons risques. Pourtant, il faut se poser la question de savoir s'il est véritablement nécessaire de légiférer encore et toujours, et de renforcer le carcan des lois, alors qu'un certain nombre de mesures simples rétablirait les lois du marché et permettrait aux caisses-maladies les mieux gérées de faire preuve de leur compétitivité.

Le projet qui nous est soumis va nous faire passer d'une médecine libérale à une médecine fédérale. En agissant au moyen d'un arrêté provisoire limité dans le temps, le Conseil fédéral affaiblira notre volonté de révision de la loi sur l'assurance-maladie; il risque également de créer des problèmes supplémentaires qui seront mal appréciés par le peuple et qui risquent de faire échouer, lors d'une nouvelle votation populaire, la révision projetée et souhaitée, comme ce fut le cas de la dernière tentative, surchargée par l'assurance-maternité.

La solution proposée est dommageable sur au moins quatre points. Premièrement, elle bloque les tarifs, mais désresponsabilise encore plus les intervenants (patients, fournisseurs de prestations et assureurs). Deuxièmement, elle introduit une compensation des risques qui alourdira encore les charges administratives des caisses et créera inmanquablement une concentration de celles-ci. Troisièmement, elle bloque artificiellement les primes, ce qui ruinerait sans aucun doute un certain nombre de caisses qui sont, aujourd'hui déjà, en difficulté, du fait de la moyenne d'âge élevée de leurs assurés. Quatrièmement, elle reporte finalement sur les finances cantonales et communales une bonne part des charges que la Confédération ne veut plus assumer.

Existe-t-il une autre solution, plus logique, plus simple, qui fasse appel aux lois du marché? Sans hésiter, le groupe libéral répond par l'affirmative. Il s'agit tout d'abord d'introduire le libre passage intégral entre les caisses, pour toutes les personnes déjà assurées et de contraindre les personnes non encore assurées de contracter une assurance-maladie dans un délai raisonnable. Les caisses qui, actuellement, chassent les bons risques deviendraient très attractives dans un premier temps et, ne pouvant refuser les personnes plus âgées, intéressées à s'assurer à bon compte, devraient rapidement ajuster leurs primes pour pouvoir subsister. La solidarité entre les caisses serait ainsi réalisée, sans engager un appareil administratif disproportionné avec le but à atteindre. Une fois l'équilibre réa-

lisé, une véritable concurrence s'établirait entre les caisses, concurrence basée cette fois sur les réalités de l'offre, la responsabilité d'un compte d'exploitation et la transparence des prestations. Une mesure complémentaire consisterait à ne distribuer des subventions qu'aux personnes économiquement faibles, car celles-ci en ont un véritable besoin. On supprimerait ainsi le principe de l'arrosage généralisé qui est, comme chacun le sait, le plus dispendieux en moyens financiers. La Confédération et les cantons pourraient ainsi, sans augmenter leur participation, aider vraiment les personnes les plus défavorisées.

En dernier lieu, il faudrait donner la possibilité aux caisses de refuser certaines prestations visiblement disproportionnées. En responsabilisant les intervenants (patients, médecins, établissements hospitaliers), les caisses ne seraient plus en mesure de contrôler seulement leurs frais administratifs internes, mais également la qualité et la nécessité des prestations octroyées aux assurés, ainsi que les coûts engendrés par certains traitements.

Il ne fait de doute pour aucun d'entre nous que l'augmentation des coûts de la santé résulte de la croissance de la consommation de prestations hospitalières et de l'évolution des techniques médicales, bien plus que de l'augmentation des tarifs. Au lieu de cela, on nous propose une solution en trompe-l'oeil, car les coûts des soins ambulatoires et ceux des médicaments n'ont pas augmenté plus fortement que l'indice suisse des prix à la consommation au cours de ces dix dernières années. Il ne faut donc pas s'attendre à un gain dans ce domaine. Par contre, en limitant la part des coûts hospitaliers à la charge des assurances, le Conseil fédéral grèvera la gestion des hôpitaux, c'est-à-dire les finances cantonales.

Le groupe libéral vous recommande de ne pas entrer en matière sur les mesures urgentes destinées à combattre les coûts et les augmentations des primes, afin que nous puissions nous engager sans tarder dans une véritable révision de la loi sur l'assurance-maladie, avec toute la détermination nécessaire. Pour le cas où l'entrée en matière serait votée, le groupe libéral vous recommande, à l'article premier, de suivre la minorité représentée par M. Philipona; à l'article 3, il vous invite à voter proposition de minorité emmenée par M. Hans-Peter Seiler. Il vous suggère en outre de modifier l'article 5, de manière à incorporer le libre passage intégral pour les assurés entre les diverses caisses-maladie, et d'introduire un article 5bis nouveau qui faciliterait les fusions de caisses existantes, dans un esprit de libre concurrence et de respect des lois du marché.

Pour terminer, il vous propose de modifier l'article 8, alinéa 3, car compte tenu de l'inconstitutionnalité de l'article 5, cet arrêté fédéral, si l'urgence est admise, doit être soumis au référendum obligatoire.

Frau Grendelmeier: Sie werden zugeben: Es ist nicht ganz einfach, als – wenn ich richtig gezählt habe – Zweiundzwanzigste noch etwas Neues zu diesem Thema zu sagen, welches – ich gebe es offen zu – mich nachgerade zu Tränen langweilt: nicht weil es nicht wichtig wäre, sondern weil wir seit 15 Jahren von der sogenannten Kostenexplosion reden, seit 15 Jahren dieselbe Platte spielen und seit 15 Jahren nicht bereit sind einzusehen, dass auf diesem Gesundheitsmarkt, und darum handelt es sich und keineswegs um ein Gesundheitswesen, ganz offensichtlich viel zu viele Leute viel zu viel verdienen, als dass irgend jemand ernsthaft daran interessiert wäre, etwas zu ändern, und zwar à fond zu ändern.

Was heute vorliegt, ist wiederum eine Feuerwehrrübung gegen eine sich anbahnende Katastrophe, die man schon längst hätte kommen sehen können, wenn man sie hätte sehen wollen. Aber man will nicht. Im letzten Moment erkennt man dann ganz schwerwiegende Probleme, wie diese Entsolidarisierung, und schiesst nun – meines Erachtens und nach dem Ermessen der Fraktion des Landesrings und der EVP – zwar nicht über das Ziel hinaus, aber mit völlig falschem Gewehr auf falsche Ziele.

Ein Preisstopp führt zu einem Preisstau, ein Stau führt zu einem Dammbbruch. Dann haben wir vielleicht jene «Explosion», von der man nun seit 15 Jahren redet – übrigens ein sprachli-

cher Unsinn! Würde es doch endlich einmal explodieren, vielleicht würde uns das auf den Teppich herunterbringen; vielleicht würde uns das dazu bewegen, einmal zu überlegen, ob wir nicht das ganze System dergestalt auf den Kopf stellen müssten, damit Krankheit kein Geschäft mehr ist. Krankheit ist ein Zustand und gehört zu unserem Leben. Er bringt Schmerzen, Leid. Wir haben Möglichkeiten, diesen Zustand zu bekämpfen, zu mildern, zu heilen. Krankheit ist aber auch – und leider vor allem – ein Bombengeschäft. Bei unserem sogenannten «Gesundheitswesen» handelt es sich um ein höchst unmoralisches Dreiecksverhältnis: Arzt und Patient können miteinander in Handel treten, ohne Rücksicht auf Verluste: Ein Dritter bezahlt, und das ist die Krankenkasse, wobei man sich naiverweise nicht bewusst ist, dass es sich um einen Bumerang handelt, weil wir das alles im Prinzip selber bezahlen, über ständig steigende Prämien. Wir lassen uns beschummeln, aber wir sollten endlich den Mut haben, neue Wege zu gehen, was übrigens unsere Fraktion seit nunmehr zwölf Jahren vorschlägt; das Gesundsein soll sich lohnen und nicht das Kranksein. Wir sollten den Mut haben, ein Geschäft auf das Notwendige zu beschränken. Die Krankenkasse wurde notabene erfunden, um die sozial Schwächsten aufzufangen; das haben wir vollständig vergessen. Wenn wir nicht den Mut haben, die ursprüngliche Idee der Krankenversicherung wieder einmal genau anzusehen und uns zu überlegen, dass es nicht das Ziel ist, möglichst viel an diesen Krankheiten zu verdienen, dann werden wir weiterhin «Pflasterli-Politik» machen, wir werden weiterhin Vorlagen wie die heutige haben – ich habe nach diesem langen Morgen gemerkt, dass wir darüber alle nicht glücklich sind –, und wir werden weiterhin mit hängender Zunge hinter Scheinlösungen herrennen, bis das Gesundheitswesen dann wirklich «explodiert». Das wäre dann eine soziale Explosion, die wir hier drinnen zu verhüten haben.

Herr Bundespräsident, wenn Sie uns im Hinblick auf eine Totalrevision zusichern können, dass Sie nun endlich den Mut haben, das System nicht verbessern zu wollen – dieses System kann man nicht verbessern, nur verteuern –, sondern neu zu überdenken, neue Modelle anzubieten, alles Alte zu vergessen, wenn Sie uns das hier und jetzt und «zuhanden der Geschichte und des Protokolls» – wie ein Kollege von Ihnen zu sagen pflegt – zusichern können, dann sind wir bereit, auf den Nichteintretensantrag zu verzichten. Ansonsten werden wir nicht eintreten. Aber ich bitte Sie, zerstreuen Sie endlich unsere diesbezügliche Skepsis. Machen Sie Nägel mit Köpfen.

Blatter: Ich möchte meine Interessen offenlegen. Ich bin Leiter eines Kranken- und Altersheimes in Engelberg. Die Probleme des Gesundheitswesens sind mir daher seit Jahren bestens bekannt. Wir müssen endlich handeln. Darum bin ich für Eintreten, und ich danke dem Bundesrat für seine Initiative.

Die Vorlage hat jedoch in den Artikeln 1 und 3 einen gravierenden Mangel. Hier entsteht eine Verschiebung der Lasten an die Kantone. Warum? Das Gesundheitswesen ist Sache der Kantone. Es sind somit die Kantone, die in jedem Fall den verbleibenden Nettoaufwand bezahlen müssen; hier liegt das Problem. Wenn wir davon überzeugt wären, dass mit diesen Notmassnahmen tatsächlich die Kosten gesenkt würden, dann wären wir selbstverständlich einverstanden. Dies ist jedoch nicht der Fall. Der Schweizer will eine sehr gute Pflege, er will von freundlichem, qualifiziertem und dienstfertigen Pflegepersonal bedient werden. Die Bevölkerung wird immer älter, somit pflegebedürftiger. Man bemüht sich tagtäglich, diesen Dienst zu erfüllen. Aber das hat seinen Preis. Wir können nicht mit nackten Prozentzahlen operieren, das ist eine Illusion, sondern wir müssten die Dienstleistungen abbauen. Nur das wäre eine ehrliche Politik. Aber das will wohl niemand ernsthaft. Die logische Folgerung ist somit, dass von den Massnahmen, die in den Artikeln 1 und 3 vorgesehen sind, die Krankenkassen profitieren werden und der nicht gedeckte Mehraufwand, der so oder so entsteht, von den Kantonen zusätzlich getragen werden muss. Das ist nicht eine Verbesserung, sondern lediglich eine Verlagerung der Probleme. Man schiebt den Kantonen den Schwarzen Peter zu. Ausgerechnet denjenigen Institutionen, die sich seit Jahren intensiv um das

Gesundheitswesen in unserem Land bemühen und es auch bezahlen.

Ich bitte Sie aus diesem Grund, wohl auf die Vorlage einzutreten, aber die Artikel 1 und 3 zu streichen. Die übrigen Artikel sind in Ordnung.

M. Zisyadis: En acceptant en 1975 un blocage des subventions aux caisses-maladie, contre l'avis, je le rappelle, du groupe du Parti suisse du travail seul, le Conseil national a mis en route un fabuleux transfert des charges. Il y a quinze ans, la participation des pouvoirs publics aux frais médicaux et hospitaliers avoisinait 45 pour cent. Elle est actuellement aux alentours du tiers. Près de 10 milliards d'économies pour l'Etat, mais qui se sont reportées sur les assurés. Si l'on ajoute à cela la diminution des cantons aux dépenses hospitalières, on a tous les ingrédients de ce que l'on doit bien appeler aujourd'hui le «ras-le-bol des assurés».

Cet énorme déplacement des charges a rendu plus criante l'injustice de notre système d'assurance-maladie.

Vous savez que les plus pauvres, les salariés, ont été frappés au maximum toutes ces dernières années. Vous savez que le poste assurance-maladie empiète sur le minimum vital de nombreux budgets familiaux. Ce qui est fondamentalement en cause actuellement, c'est la base facultative de notre assurance-maladie. Voilà où mène un libéralisme irréflecti, que le seul mot «obligatoire» fait monter aux barricades: c'est à la pénalisation des malades et des personnes âgées.

Vous pourrez faire toutes les réformes possibles, elles seront vouées à l'échec si elles ne prennent pas pour base le critère essentiel du renforcement de la solidarité. Solidarité entre jeunes et vieux, entre hommes et femmes, cela devient acceptable pour beaucoup, mais il ne faut pas oublier aussi la solidarité entre riches et pauvres.

La Suisse a encore le triste privilège d'être le seul pays d'Europe où les employeurs ne participent pas au financement de l'assurance-maladie. Ce scandale n'a que trop duré. C'est un luxe que nous ne pouvons plus nous permettre. Les employeurs devront passer à la caisse, cela devient incontournable du point de vue économique. Tous les sondages confirment que les Suisses préfèrent le prélèvement d'un pourcentage du salaire, selon le modèle de l'AVS, au maintien du système archaïque actuel avec toutes ses monstruosités.

Il y a donc urgence. En effet, l'échec de la solution libérale est patent, non seulement chez nous mais partout où elle a été appliquée avec dogmatisme. Je pense au modèle américain, qui est le prototype de cette situation. Ce modèle est le plus cher du monde: 12 pour cent du produit national brut. De plus, il est la caricature d'un système à deux vitesses: 35 millions d'habitants n'ont aucune couverture médicale et 70 millions sont insuffisamment assurés, sans parler de la mortalité infantile qui est supérieure à celle de Singapour. Est-ce là le modèle que certains voudraient ici? Si c'est là ce que certains appellent la liberté du commerce et de l'industrie, quelle outrecuidance de l'appliquer à un domaine tel que la santé!

La seule urgence c'est de réclamer au plus vite un système national d'assurance-maladie qui intègre le nécessaire développement des soins à domicile, l'amélioration et la prise en charge de la prévention. Je ne vois pas en quoi le projet du Conseil fédéral est courageux. Sa seule urgence, c'est d'être encore une fois en retard. Avouons-le, ce n'est qu'un contre-projet à l'initiative syndicale et socialiste en la matière. Nous voulons bien vous laisser jouer aux pompiers, mais sachez simplement que la population n'est pas dupe: ce ne sont pas les soins intensifs que vous nous proposez pour l'assurance-maladie, mais un tout petit sparadrap!

Le Parti du travail acceptera, sans aucune illusion, les mesures tellement minimalistes proposées, partant du principe que qui veut le plus prend le moins. En définitive, c'est toujours bon pour quelques familles et pour les plus défavorisés de notre pays qui, espérons-le, ne devront pas payer des cotisations de 500 francs par mois ou plus. Tout cela peut être bienvenu, mais que nous sommes loin d'une vision cohérente à long terme de notre système de santé!

Früh: Zuerst vielleicht eine Vorbemerkung. Im Jahre 1989, bei der Behandlung der Krankenkassen-Initiative, haben meine Kolleginnen Haller und Segmüller, mein Kollege Albrecht Rychen und ich einen Antrag eingereicht, man solle im Hinblick auf die Entsolidarisierung 300 Millionen Franken mehr aufwenden. Dieser Antrag fand die Zustimmung dieses Rates. Es waren 300 Millionen Franken, die man zweckgebunden zur Verfügung stellen wollte. Diese Massnahme sollte beweisen, dass das Problem auch erkannt sei; sie sollte natürlich auch ein Zeichen setzen – nur ist es schon zwei Jahre her – für die Abstimmung über die Krankenkassen-Initiative. Man wollte auch etwas positive Stimmung machen. Von diesen 300 Millionen Franken, die damals zugunsten der Versicherten oder der Krankenkassen gesprochen wurden, spricht man natürlich nicht mehr. Es sind ja nur 300 Millionen Franken – in den Augen der Krankenkassen recht wenig Geld. Aber es zeigt doch auch ganz deutlich, dass eine solche «Pflasterli-Politik» keine Zukunft hat.

Ich habe eine Sorge in bezug auf den Risikoausgleich: ein Problem des Gesundheitsmarktes – so wie das Frau Grendelmeier vorhin gesagt hat – und nicht des Gesundheitswesens. Der Druck des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen hat zu diesem Notrecht geführt, zu diesem kassenübergreifenden Risikoausgleich. Das ist doch eine reine Strukturerehaltungsintervention zugunsten der Kassen. Grosse Unterschiede in den Mitgliederstrukturen datieren nicht erst von heute, sondern es sind gewachsene Strukturen, Strukturen, die man schon lange kennt. Sie haben sich mit der zunehmenden Lebenserwartung der Versicherten entsprechend akzentuiert. Anstatt nun ernsthaft nach Lösungen für die bestehenden Strukturprobleme zu suchen, wurde als Ausweg die Krankenkassen-Initiative lanciert, die vor allem ausreichende Bundessubventionen anstrebt. Mit diesem Notrecht soll nun das Parlament auf der einen Seite die günstig strukturierten Kassen in die Knie zwingen und auf der anderen Seite verkrustete Strukturen zementieren.

Ich bitte Sie, auf diesen millionenschweren Risikoausgleich zu verzichten, und ich bitte Sie, diese dringlichen Massnahmen abzulehnen und auf die Vorlage nicht einzutreten.

Allenspach, Berichterstatter: In der Diskussion in diesem Rate sind eigentlich alle Argumente, die schon in der Kommission geäussert wurden, wiederholt worden. Ich kann deshalb darauf verzichten, sie zu kommentieren.

Ich möchte es aber nicht unterlassen, Sie und die Bevölkerung vor Illusionen zu warnen, gleichgültig, ob Sie Eintreten beschliessen oder nicht, es werden Illusionen gehegt. Mit dem dringlichen Bundesbeschluss werden keine Kosten gespart. Die Kosten werden nur verschoben, beispielsweise von den Krankenkassen auf die Steuerzahler. Wir werden weiterhin Kostensteigerungen haben, die die Lohnerhöhungen und die Zunahme des Landesindex der Konsumentenpreise übersteigen, denn die Menge der von den Versicherten konsumierten ärztlichen Leistungen wird weiterhin zunehmen: wegen der Verschiebung der Altersstruktur, wegen der Zunahme der Zahl der Ärzte und wegen den zunehmenden Wünschen der Versicherten. Wenn die Kosten trotz Preisstopp-Vorschriften weiter ansteigen, ist es auf Dauer nicht möglich, die Prämien zu stabilisieren. Man kann zwar eine Zeitlang von den Reserven leben, aber die Reserven der Krankenkassen sind ohnehin schon eher zu klein.

Der vorliegende Entwurf lässt sodann eine Erhöhung der Krankenkassenprämien für halbprivate und private Spitalbehandlung über die Formel Indexanstieg plus ein Drittel zu. Wir werden trotz des dringlichen Bundesbeschlusses teilweise mit Prämienhöhungen von über 10 Prozent konfrontiert werden und dürfen deshalb nicht so tun, als ob alle Krankenkassenprämien nur im Rahmen der Plafonierungsregeln ansteigen werden.

Wir dürfen auch nicht die Illusion haben, dass diese Massnahmen zu einer Beruhigung führen werden, im Gegenteil. Die Unruhe wird weiterbestehen, aber an einem anderen Ort, beispielsweise bei den kantonalen Finanzdirektoren. Wir dürfen auch die administrativen Probleme nicht verschweigen.

Ich möchte auch vor der Illusion warnen, dass mit einem sol-

chen dringlichen Bundesbeschluss ein taktisches Instrument gegen die Krankenkassen-Initiative geschaffen werde, über die wir im Februar 1992 abzustimmen haben. Wer so argumentiert, missbraucht das Dringlichkeitsrecht. Die Kommission hat jedenfalls nicht wegen dieser Initiative und der kommenden Volksabstimmung Eintreten beschlossen. Es wäre meines Erachtens unklug, diese Probleme zu verschweigen. Es geht nur um kurzfristig mögliche Notmassnahmen, und es geht um nicht mehr. Das Parlament muss diese Probleme wägen und in Kenntnis dieser Probleme entscheiden. Das Parlament trägt die Verantwortung. Die Bevölkerung muss wissen, was mit einem solchen dringlichen Bundesbeschluss erreicht werden kann und was nicht.

Die Kommission hat in Kenntnis all dieser Probleme und Schwierigkeiten entschieden: Die Mehrheit empfiehlt Ihnen – bei einem deutlichen Stimmenverhältnis von 15 zu 6 – Eintreten auf die Vorlage.

M. Aguet, rapporteur: Nous vivons depuis quatre-vingts ans avec la même loi sur l'assurance-maladie. Il est tout de même temps de suivre le Conseil fédéral quand il nous présente un certain nombre de propositions, nous montrant, d'une part, sa politique à long terme et, d'autre part, sa politique à très court terme.

Toutes les modifications voulues ces dernières années ont échoué. Celle de 1964 a réussi mais celles de 1974 et de 1987 ont échoué. Nous nous trouvons dans une situation telle que nous ne pouvons pas rester inactifs. Nous devons maintenant prendre une décision compte tenu de l'intention – rappelée maintes fois ce matin – des caisses-maladie d'appliquer des augmentations substantielles pour le 1er janvier 1992, de l'ordre de 15 à 30 pour cent selon les cas. Nombre de nos concitoyens ont des charges absolument énormes, justement à cause de leur assurance-maladie. Un collaborateur des services sociaux à Vevey m'a cité le cas d'une petite grand-maman qui doit consacrer 50 pour cent de son revenu au paiement des cotisations de la caisse-maladie. Il est vrai – je tiens à le préciser – que les pouvoirs publics l'aident à subvenir à cette charge. On ne peut donc pas rester dans l'attente de ce qui va se passer, nous devons nous engager. C'est d'ailleurs l'avis de nombreux orateurs et je les en remercie au nom de la majorité de la commission.

Un des soucis que je voudrais évoquer, puisqu'il est exclu de traiter toutes les remarques faites ce matin, c'est celui des cantons. Il faudrait ajouter aux calculs fournis, en particulier par M. Pidoux, le fait que les cantons qui pratiquent une politique active et sérieuse dans le domaine de la santé – le canton de Vaud en fait heureusement partie – et ont engagé une aide conformément à la loi sur l'encouragement à l'assurance-maladie, auront la possibilité de récupérer un certain nombre de millions, en vertu de la proposition du Conseil fédéral de mettre à disposition, à cet effet, la somme de cent millions.

Les cantons assument environ 30 pour cent des coûts de la santé dans ce pays, si bien que l'effort qu'ils auront à fournir, à court terme je l'espère, serait de l'ordre de 5 pour cent. Cet effort n'est pas considérable, mais il représente tout de même plusieurs millions. Les cantons, comme les caisses-maladie, se donneront ainsi les moyens de lutter contre l'augmentation des coûts. Je me permets de vous donner un exemple: je préside un établissement médico-social; avec les collaborateurs de M. Pidoux, nous avons préparé un projet de 4,1 millions. Au printemps dernier, ces mêmes collaborateurs nous ont dit ne pouvant nous accorder que 3,1 millions. Nous avons alors refait nos dessins, et nous pouvons constater que cette somme nous permettra certainement de nous occuper de nos pensionnaires de manière parfaitement confortable. C'est dire que cela est possible et que les autorités cantonales peuvent effectivement faire pression sur les coûts de la santé.

En outre, vous avez été nombreux à nous présenter des propositions afin d'empêcher que cette assemblée vote l'entrée en matière. On nous a suggéré de procéder de la même manière qu'en ce qui concerne les primes d'assurance motos. Or, dans ce dernier domaine, le Conseil fédéral peut intervenir par des mesures de limitation de vitesse. Cela permet en effet de diminuer les accidents et les primes.

En conclusion je vous invite, avec la majorité de la commission, à voter l'entrée en matière.

Bundespräsident **Cotti:** Ich hatte vor kurzem Gelegenheit, zu unserem Krankenversicherungssystem Stellung zu nehmen. Da auf deutsch sehr oft von «sozialer Krankenversicherung» gesprochen wird, habe ich darauf hingewiesen, das Adjektiv «sozial» müsste vorherhand – ich unterstreiche: vorherhand – gestrichen werden. Es besteht kein Zweifel: Unter allen Elementen unseres sozialen Versicherungssystems ist die Krankenversicherung bei weitem diejenige, die am wenigsten sozial ausgeprägt ist. Die Folgen verspüren unsere Mitbürgerinnen und Mitbürger in zunehmenden Masse. Das ist eine Realität.

Frau Grendelmeier und Herr Meier Samuel möchte ich folgendes antworten: Wir wollen mit einer neuen Vorlage für eine vertiefte Revision die Krankenversicherung von Grund auf umwälzen. Alle Bundessubventionen, alle ohne Ausnahme, sollen unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Kraft der Versicherten verteilt werden. Heute ist dieses Kriterium überhaupt nicht erfüllt, heute bezahlen bei der gleichen Versicherung der Arme und der Reiche für die gleichen Leistungen die gleiche Prämie. Das soll geändert werden, und das ist eines der vielen – darf ich das Wort brauchen? – revolutionären Elemente unserer künftigen Revision.

Ich kann Ihnen die vor wenigen Tagen präsentierte Botschaft nicht schildern. Das zitierte Beispiel soll repräsentativ sein für die Zielsetzungen. Das heutige System ist ein unsoziales System, ein System, welches zu immer schwerwiegenderen Konsequenzen führt.

Noch ein Wort zu unserer Botschaft. Ich möchte Ihnen allen für Ihre Stellungnahme zur Botschaft des Bundesrats über die Revision der Krankenversicherung bestens danken. Ich kann nicht alle zitieren, von der rechten bis zur linken Seite dieses Parlamentes. Frau Segmüller, Herr Rychen, Herr Pidoux, Herr Seiler, Herr Pini, Herr Berger: alle haben dem Vorschlag des Bundesrates gute Fahrt, ich meine parlamentarische Fahrt, gewünscht, und alle haben gesagt: Packen wir das Thema schnell an, damit endlich die – nennen wir sie mal so – langersehnte Totalrevision durchkommt! Ich teile diese Auffassung und möchte Ihnen allen von Herzen beifügen.

Darf ich Ihnen aber aufgrund meiner Erfahrung mitteilen, dass ich nicht unbedingt mit letzter Sicherheit sagen kann, dass die Fahrt dann tatsächlich in beiden Kammern so schnell sein wird, wie es gewünscht wird? Die tiefgreifenden Reformen, die wir vorschlagen, werden ohne Zweifel in diesem Parlament auf vielseitige Interessen – ich werde Ihnen nachher zu diesen Interessen noch etwas sagen – prallen, die das wesentliche Element für das Nichtzustandekommen mancher früherer Versuche waren.

Herr Borer Roland hat von jahrelanger Untätigkeit gesprochen. In der Tat gelang diesem Lande innerhalb von achtzig Jahren nur eine einzige Revision in der Krankenversicherung. Alle anderen sind gescheitert. Ich möchte nicht zurückgehen bis in die siebziger Jahre. Es genügen mir die achtziger Jahre. Damals ist die Vorlage des Bundesrates – darf ich das einmal sagen und unterstreichen? – gleichsam im Parlament versandet. Sieben Jahre dauerten Ihre Beratungen, bis Sie – darf ich das Wort gebrauchen, ohne Sie zu beleidigen? – schliesslich eine relativ kleine Maus geboren haben, die Sie als Sofortprogramm bezeichnet haben und die dann letzten Endes keine Gnade beim Volk gefunden hat.

Wenn wir die Verantwortung für diese Untätigkeit, Herr Borer, aufteilen wollten, dann – würde ich meinen – wäre der Bundesrat sicher nicht unter den Hauptverantwortlichen. Wir kommen neuerdings hoffnungsvoll mit einer Vorlage vor das Parlament, aber ich habe Ihnen gesagt: Zur schnellen Fahrt im Parlament möchte ich im Moment keine Prognosen stellen. Ich werde, wenn es mir vergönnt ist, mitmachen, damit diese Fahrt so schnell wie möglich sein kann. Aber selbstverständlich, ohne dabei auf die wesentlichen Neuerungen, Frau Grendelmeier, zu verzichten. Denn wir kennen natürlich das Vorgehen in diesen Fragen: Man sagt ja zum Grundsatz und höhlt dann die Substanz im Detail aus.

Im Frühjahr erreichten das Land einige Mitteilungen von Kassen, welche wesentliche Erhöhungen der Prämien für das Jahr 1992 in Erwägung zogen. Diese Erhöhungen haben mich veranlasst, mit den Mitarbeitern im Bundesamt für Sozialversicherung gewisse Gedanken über mögliche Sofortmassnahmen im dringlichen Verfahren zu entwickeln. Wir haben das natürlich nicht leichten Herzens gemacht. Denn wer ist in diesem Land schon ein Liebhaber von Sofortmassnahmen? Niemand! Wir möchten doch dringliches Recht auf tatsächliche Notsituationen beschränken. Und deshalb hat sich niemand für diese Idee begeistert. Wir dachten, wir werden die Kassen anfragen, ob die Zahlen tatsächlich stimmen, ob die Entwicklung stimmt, von denen gewisse Medien sprachen. Und die Kassen haben uns im März und dann wieder im Juni geantwortet, sie seien nicht in der Lage, definitive Zahlen anzugeben. Das ist auch verständlich, so Mitte des Jahres. Aber die Kassen haben in sehr entgegenkommender Weise Ende September ihre definitiven Absichten mitgeteilt, und wir haben festgestellt, dass bei sehr vielen Kassen die schon im Frühjahr erschreckenden Zahlen noch übertroffen wurden.

Dann haben wir uns die Frage gestellt – die gleiche Frage, die Sie sich stellen müssen –: Sind wir nun tatsächlich in einer Notstandssituation oder nicht? Ich gebe Ihnen nur eine Zahl, damit Sie diese Frage – jeder für sich – gewissenhaft beantworten können. Die Steigerung der Prämien in den letzten vier Jahren betrug durchschnittlich 7,5 Prozent. Die Steigerungen der Prämien für das Jahr 1992, die nunmehr definitiv mitgeteilt worden sind, betragen zwischen 15 und mehr als 30 Prozent. Jetzt wende ich mich an Sie, zumindest an diejenigen, die gesagt haben, das Phänomen sei schon lange bekannt: Selbstverständlich war es schon lange bekannt; aber in diesem Ausmass, welches alleine dringliche Sofortmassnahmen rechtfertigt, ist das Phänomen absolut neu.

Wir müssen das dreimal unterstreichen, damit Sie mit Eintreten oder Nichteintreten beantworten können, ob hier tatsächlich ein Notzustand besteht. Es ist eine sehr dramatische Entwicklung, die sich laut Mitteilung der Krankenkassen im Jahr 1992 nicht aufhalten lässt. Die Krankenkassen haben zwar sofort nach Mitteilung der dringlichen Massnahmenvorschläge mitgeteilt – auch dieser kurzfristige Effekt wurde erreicht –, dass sie ihre hohen Prämiensteigerungen bis etwa an die Grenzen dessen, was wir gestatten würden, mässigen würden, falls der dringliche Bundesbeschluss durchkäme. Sie haben aber auch mitgeteilt, dass sie, wenn das dringliche Recht nicht durchkomme, die vorgesehenen Erhöhungen sehr schnell an die Hand nehmen werden. Von einigen, wichtigen Kassen ist der 1. Juli 1992 genannt worden. Das ist der Rahmen, in den wir unsere Vorschläge gestellt haben.

Kurz zu unseren Vorschlägen:

1. **Kampf gegen die Entsolidarisierung.** Es ist dramatisch, festzustellen, dass in den letzten Jahren 170 000 Jugendliche ihre angestammte Kasse verlassen haben, um in neue oder auf alle Fälle billigere Kassen überzutreten. Wissen Sie, was das für die verbleibenden Versicherten an Solidaritätsverlust pro Jahr ausmacht? Diese Rechnung ist auch gemacht worden. Es sind 500 Franken pro Versicherten und Jahr. Diesem Phänomen müssen wir entgegenreten. Wohlverstanden, Frau Grendelmeier, das ist auch in der Hauptbotschaft enthalten. Aber wir waren der Meinung, dass wir hier wir schnell entschlossen über dringliches Recht operieren müssen.

2. Der Bundesrat schlägt Ihnen in dieser finanziell schwierigen Zeit trotz Sparmassnahmen vor, 100 Millionen Franken für jene Kantone zu reservieren, die bereit sind, zur Ermässigung der Prämien für die ganz Armen beizutragen, für jene, die am meisten unter der Prämienentwicklung zu leiden haben. Der Beitrag geht also nicht in Richtung Kassen, sondern in Richtung arme, mittellose Versicherte, um den harten Druck der Prämiensteigerung zu dämpfen. Eine typisch soziale Massnahme, die wir verantworten können, damit besondere Härtefälle etwas gemildert werden können.

3. Die verpönten Artikel 1 und 3, die von einer gewissen Seite bekämpft worden sind: Hier geht es um die Frage einer gewissen Plafonierung der Entwicklung der Preise und der Tarife bzw. der Entwicklung der Prämien.

Zu diesem Thema möchte ich mich insbesondere ausspre-

chen: Es ist klar, Herr Kommissionspräsident, ich spreche mich genau so aus wie Sie: Wir sollten ohne Zweifel vor Illusionen warnen. Wir lösen die Probleme nicht damit. Es ist eine kurzfristige Massnahme, die nur zum Teil Ursachenbekämpfung ist, die aber doch das wesentliche Ziel erreicht, nämlich den Druck der unmöglichen Prämiensteigerung etwas zu mildern. Ich betone noch einmal: Wir möchten nicht etwas für Gold verkaufen, was nur eine sehr einfache und unter gewissen Gesichtspunkten auch kritisierbare Massnahme ist. Aber eines ist zu sagen: Es trifft nicht zu, dass über diese Massnahme der einzelne Versicherte nichts profitieren kann. Im Gegenteil, es werden gewisse Plafonierungen kommen, und diese Plafonierungen gehen zugunsten derjenigen, die das nötig haben.

Ich möchte noch auf die Einwände, die hier gemacht worden sind, eingehen: Man hat gesagt, alle Kantone seien dagegen. Mich wundert das ehrlich gesagt nicht, nachdem ohne Zweifel eine gewisse Verlagerung der Belastung von den Versicherten auf die Kantone stattfindet. Wer könnte das verschweigen? Es ist an sich verständlich, dass sich die Kantone in diesen Fragen wehren.

Ich erwähne einige Zahlen: Wissen Sie, wieviel es ausgemacht hätte, wenn wir diese Massnahmen in den letzten drei Jahren für alle Kantone getroffen hätten? Es sind etwa 160 Millionen Franken pro Jahr, die unter allen Kantonen hätten verteilt werden müssen. Ist es zumutbar, ist es nicht zumutbar? Wir werden nachher darauf zu sprechen kommen.

Mich wundert es keineswegs, dass sich die Leistungserbringer, insbesondere auch die Aerzte, für eine solche Lösung nicht begeistern können. Die Lösung geht auch zu ihren Lasten. Man kann sie wollen, man kann sie nicht wollen. Wir sprechen eine klare Sprache, und Sie haben zu entscheiden. Ich habe Verständnis für eine Opposition, muss aber sagen, dass Sie schliesslich selber entscheiden. Es ist einfach so, der Versicherte wird etwas befreit, und die Leistungserbringer haben etwas mehr Last zu tragen.

Kurz, um wieviel geht es? Ich beziehe mich dabei auf die letzten drei Jahre. Hätten wir vor drei Jahren eine solche Massnahme getroffen, hätte dies Kosten von 350 bis 400 Millionen Franken für die Leistungserbringer bedeutet, ohne Zweifel keine besonders harte Massnahme. Man kann sie aber wollen oder nicht wollen. Der Bund macht auch bei den 100 Millionen Franken mit, die wir für die Aermsten vorgeschlagen haben.

Zur Philosophie der kurzfristigen Massnahmen: Es geht darum, von allen Beteiligten ein kleines, nach meiner Auffassung durchaus zumutbares Opfer zu verlangen, um effektiv eine gewisse Ueberbrückung, eine gewisse Entlastung, zu erreichen. Wir wollen diese Entlastung allerdings nicht an die grosse Glocke hängen, es ist eine relativ kleine Massnahme. Sie müssen jetzt entscheiden, ob Sie dieses Gleichgewicht in der Opferebringung zwischen den verschiedenen Beteiligten wollen oder nicht, wobei selbstverständlich auch die Kassen – sozusagen – zur Kasse gebeten werden, indem man auch die Prämienentwicklung plafoniert. Da haben wir gleichsam das Gleichgewicht in der ganzen Runde erreicht.

Noch ein Wort zum Hauptantrag. Er kommt von der Kommission Schoch, und wir haben ihn abgeändert an Sie weitergeleitet: Auch dieser Antrag basiert auf der gleichen Philosophie. Wenn nicht alle Beteiligten bereit sind, gewisse Opfer zu bringen, werden wir nichts erreichen. Alles wird wieder versanden, wie es in der Vergangenheit schon geschehen ist.

Noch zwei, drei Hinweise: Wir sprechen nicht etwa vom Stopp der Preise und der Prämien, wir sprechen nur von einer angemessenen Plafonierung. Für die Kassen wäre – zum Beispiel bezogen auf das nächste Jahr – immerhin eine Prämienerrhöhung von etwa 10 Prozent möglich, aber eben nicht die unmöglichen 20 bis 30 Prozent.

Ich möchte Ihre Zeit nicht weiter beanspruchen. Ich plädiere ganz einfach für Eintreten. Wir versuchen Ihnen klaren Wein einzuschenken. Wir haben einen Hauptantrag gestellt, der Wesentliches bringt, und wir möchten hier versuchen, in einer dramatischen Situation einen Beitrag zur Ueberbrückung der Wartezeit zu leisten. Nun hängt es von Ihnen ab, ob Sie eintreten wollen oder nicht.

Frau **Grendelmeier**: Ich danke Ihnen für diese offenen Worte, und ich glaube Ihnen aufgrund Ihres Versprechens. Ob es gehalten wird oder nicht, wird sich dann tatsächlich im Parlament zeigen. Auch ich sehe die grösste Gefahr darin, dass die Sache nicht von Ihnen verwässert wird, sondern von uns hier in diesem Saale.

Aufgrund Ihrer Aussage ziehen wir unseren Antrag zurück und stimmen dieser Vorlage zu, wenn auch mit Zähneknirschen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit (Eintreten)	130 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit (Nichteintreten)	43 Stimmen

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

*Schluss der Sitzung um 13.00 Uhr
La séance est levée à 13 h 00*

Krankenversicherung. Kosten- und Prämiensteigerung. Dringliche Massnahmen

Assurance-maladie. Augmentation des coûts et des primes. Mesures d'urgence

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1991
Année	
Anno	
Band	V
Volume	
Volume	
Session	Wintersession
Session	Session d'hiver
Sessione	Sessione invernale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	03
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	91.069
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	27.11.1991 - 08:00
Date	
Data	
Seite	2139-2158
Page	
Pagina	
Ref. No	20 020 668

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.