

93.110

**Folgeprogramm  
nach der Ablehnung  
des EWR-Abkommens  
(Swisslex)  
Konsumkredit. Bundesgesetz  
Programme consécutif  
au rejet de l'Accord EEE  
(Swisslex)  
Crédit à la consommation. Loi fédérale**

*Différences – Divergences*

Siehe Seite 786 hiervoor – Voir page 786 ci-devant  
Beschluss des Ständerates vom 29. September 1993  
Décision du Conseil des Etats du 29 septembre 1993

**Art. 18bis, 20**

*Antrag der Kommission*  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 18bis, 20**

*Proposition de la commission*  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

M. **Theubet**, rapporteur: Il s'agit ici de reprendre la loi sur le crédit à la consommation adoptée dans le cadre du programme Swisslex, le 28 avril 1993. Notre conseil avait créé une divergence avec le Conseil des Etats en introduisant dans les dispositions finales un article 20 prévoyant que la Confédération règle les contrats de crédit à la consommation de manière définitive et que l'article 73 alinéa 2 du Code des obligations demeure réservé.

Hier matin, le Conseil des Etats a examiné cette adjonction. Il l'a acceptée en en faisant une disposition de droit impératif, l'article 18bis (nouveau), et en biffant l'article 20.

Deux modifications ont toutefois été apportées à notre proposition: la première ne concerne que le texte français, l'adjectif «définitive» ayant été remplacé par «exhaustive».

La seconde est une adjonction par laquelle on étend la réserve au droit public cantonal. En effet, trois cantons connaissent déjà des mesures de protection sociale dans ce domaine et d'autres sont en passe de légiférer en la matière. Les mesures introduites ou en discussion à ce niveau concernent la limitation de la durée des petits crédits, l'interdiction des doubles crédits, et l'interdiction d'accorder des crédits qui conduiraient les consommateurs au surendettement. Selon le Conseil fédéral, une forte limitation, voire une suppression complète des compétences cantonales en matière de crédit à la consommation, ne peut se faire qu'après avoir entendu les cantons; elle devrait ensuite être examinée une fois la réglementation fédérale prévue à l'article 18bis établie de manière exhaustive. De toute manière, la complexité de la matière ainsi que l'aspect politique évident de cet objet exigent que la loi soit soumise à une procédure ordinaire de consultation.

Rappelons enfin que le 28 avril dernier, notre conseil a décidé de ne pas donner suite à l'initiative du canton de Lucerne sur la création d'une loi sur le crédit à la consommation étant donné que, les objectifs de cette initiative, avaient déjà été atteints grâce au présent projet Swisslex et à la motion Affolter (89.501) qui avait été transmise.

Vu ce qui précède, la Commission de l'économie et des redevances, réunie hier matin également, s'est ralliée par 14 voix sans opposition et avec 3 abstentions à la nouvelle formulation adoptée par le Conseil des Etats et vous demande d'en faire de même afin de ne pas retarder l'entrée en vigueur de cette loi.

Frau **Danuser**, Berichterstatterin: Sie haben für die heutige Differenzbereinigung eine definitive Fassung des neuen Artikels 18bis – ehemals Artikel 20 – der Swisslex-Vorlage über den Konsumkredit erhalten. Daraus ersehen Sie, dass der Ständerat gestern einen Zusatz zur Fassung des Nationalrates vom 28. April 1993 beschlossen hat.

Eine Mehrheit unseres Rates war der Meinung, dass der Bund die Konsumkreditverträge abschliessend regeln solle. Mit dem Zusatz des Ständerates bleibt nun – neben Artikel 73 Absatz 2 OR, das ist der Bereich der Höchstzinssätze – auch das kantonale öffentliche Recht vorbehalten. Der Ständerat wollte sichergehen, dass jene Konsum- und Kreditgesetze, die in den Kantonen bis heute erlassen wurden und die bezüglich Sozialschutz weiter gehen, durch diese Swisslex-Vorlage nicht ausser Kraft treten. Der Bundesrat seinerseits ist der Auffassung, dass mit dieser Vorlage die Konsumkreditverträge noch keinesfalls abschliessend geregelt seien. Er wird noch in der laufenden Legislaturperiode ein umfassendes Konsumkreditgesetz in die Vernehmlassung schicken.

Die Kommission für Wirtschaft und Abgaben beantragt Ihnen mit 14 zu 0 Stimmen bei 3 Enthaltungen, dem Ständerat zu folgen.

*Angenommen – Adopté*

*An den Ständerat – Au Conseil des Etats*

91.071

**Krankenversicherung. Revision  
Assurance-maladie. Révision**

Botschaft und Gesetzentwurf vom 6. November 1991 (BBI 1992 I 93)  
Message et projet de loi du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 77)

Beschluss des Ständerates vom 17. Dezember 1992  
Décision du Conseil des Etats du 17 décembre 1992

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

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

Nachdem der Ständerat als Erstrat am 17. Dezember 1992 die Revisionsvorlage verabschiedet hatte, nahm die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Nationalrates am 7. Januar 1993 die Beratung auf. Im Verlauf von 23 Sitzungstagen wurde das Krankenversicherungsgesetz in zwei Lesungen behandelt. Insgesamt lagen der Kommission 287 Einzelanträge zum Entscheid vor.

Am 3. September hat die Kommission ihre Beratungen abgeschlossen und empfiehlt die bereinigte Vorlage mit einem Stimmenverhältnis von 13 zu 3 Stimmen bei 6 Enthaltungen dem Nationalrat zur Annahme.

*Der folgende Bericht will einen Ueberblick vermitteln über die wesentlichen Merkmale der Revision, und er will insbesondere darlegen, in welchen Punkten die nationalrätliche Kommission Änderungen gegenüber der Fassung von Bundesrat und Ständerat vorschlägt.*

1. Bestätigung der wesentlichen Elemente der Revision  
Die soziale Krankenversicherung umfasst die Krankenpflegeversicherung und die Krankengeld- bzw. Taggeldversicherung. Dies ist heute schon so und soll auch in Zukunft so bleiben (Art. 1). Die Revision konzentriert sich auf die Krankenpflegeversicherung. Hier sind die Mängel heute am stärksten und der Reformbedarf ist am grössten (vgl. Botschaft S. 11–13). Für die Taggeldversicherung soll im grossen und ganzen die heutige Ordnung beibehalten werden (vgl. Botschaft

S. 46–48). Sie bleibt freiwillig. Der Ständerat und die Mehrheit der Kommission des Nationalrates sind diesem Konzept gefolgt.

Bei der Revision der Krankenpflegeversicherung stehen zwei Ziele im Vordergrund: die Stärkung der Solidarität und die Eindämmung des Kosten- und damit des Prämienanstiegs. Ergänzend dazu geht es darum, ein zeitgemässes Leistungsangebot in der Grundversicherung abzudecken. Die Zielsetzung der Revision lässt sich auch wie folgt zusammenfassen: Die gesamte Bevölkerung soll Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung haben, und dies zu finanziellen Bedingungen, die für jeden tragbar sind.

#### 1.1 Stärkung der Solidarität

In der Krankenpflegeversicherung geht es hauptsächlich um eine Solidarität zwischen Gesunden und Kranken (sie schliesst eine Solidarität zwischen Jung und Alt ein), um eine Solidarität zwischen Mann und Frau und um eine Solidarität zwischen Arm und Reich. Alle drei Solidaritäten sind heute mangelhaft verwirklicht (vgl. Botschaft S. 11–12).

Bundesrat und Ständerat schlagen in der Revisionsvorlage folgende Massnahmen zur Stärkung der Solidarität vor:

1.1.1 Die Solidarität erfordert eine Aenderung des Finanzierungssystems. Der Bund soll nicht mehr wie heute Gelder direkt an die Krankenkassen überweisen zur Abgeltung von sozialen Auflagen (Giesskannensystem), sondern die Gelder sollen gezielt den unteren Einkommensschichten zugute kommen. Dies erfordert zunächst

1.1.2 die Einführung eines Obligatoriums, damit:

- sich niemand der Solidarität entziehen kann (Art. 1, 3–6);
- gesundheitliche Vorbehalte und die Prämienabstufung nach dem Eintrittsalter wegfallen können (Art. 4, 53);
- für alle Versicherten (auch Betagte und Kranke) volle Freizügigkeit besteht, so dass die Abspaltung der guten Risiken in Billigkassen verhindert wird und ein fairer Wettbewerb zwischen den Versicherern stattfindet; an der Versicherung sollen sich neben Krankenkassen auch Privatversicherer beteiligen können (Art. 7, 8ff.).

1.1.3 Gleiche Prämien für Frauen und Männer (Art. 53).

1.1.4 Gleiche Prämien für erwachsene Versicherte beim gleichen Versicherer und in der gleichen Region; dies gilt in Zukunft unterschiedslos für die Einzel- wie für die Kollektivversicherung; für Kinder sind die Prämien niedriger (Art. 53).

1.1.5 Einen Risikoausgleich zwischen Versicherern mit günstiger Risikostruktur (überdurchschnittlich viele jüngere Versicherte und Männer) und solchen mit ungünstiger Risikostruktur (überdurchschnittlich viele ältere Versicherte und Frauen) (Art. 97).

1.1.6 Beiträge des Bundes und der Kantone zur Verbilligung der Prämien für wirtschaftlich weniger gut situierte Versicherte (Art. 57, 58, 98).

Die Mehrheit der Kommission des Nationalrates stimmt diesen Massnahmen zu. Beim Risikoausgleich will sie sogar noch etwas weiter gehen als Bundesrat und Ständerat (vgl. Ziff. 2.1 hiernach).

#### 1.2 Kosteneindämmung

Das Problem liegt darin, dass die Kosten der Krankenpflegeversicherung deutlich stärker ansteigen als die Löhne und die Preise (mittlerer jährlicher Anstieg im Zeitraum 1966–1991 bei den Krankenpflegekosten 9,8 Prozent, bei den Konsumentenpreisen 4,1 Prozent, bei den Löhnen 5,9 Prozent). Das Ziel der Kosteneindämmung ist es, die Kostenentwicklung soweit wie möglich der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung anzunähern.

Die Vorlage enthält zahlreiche Rahmenvorgaben und Massnahmen, deren Zusammenwirken die Kosteneindämmung sicherstellen soll. Dabei wird der Eigenverantwortung und dem Wettbewerb grosse Bedeutung beigemessen. Ausserdem soll die Kontrolle im Tarif- und Leistungsbereich verstärkt werden. Wenn die Kosten trotzdem davonlaufen, soll die zuständige Behörde befugt sein, ausserordentliche und befristete Dämpfungsmassnahmen zu ergreifen (vgl. Botschaft S. 34–38, 44). Bundesrat, Ständerat und Kommission des Nationalrates sind mit der Philosophie sowie Freiheit wie möglich, soviel Kontrolle und Eingriff wie nötig einverstanden. Auch hinsichtlich des normalen Instrumentariums besteht weitgehend Einig-

keit. Stärkere Divergenzen bestehen lediglich bei den ausserordentlichen Massnahmen zur Kosteneindämmung (Art. 46 und 47; vgl. Ziff. 2.2 hiernach).

Die für die Kosteneindämmung relevanten Bestimmungen sind über viele Artikel der Vorlage verteilt. Um einen Ueberblick zu geben, werden sie wie folgt gruppiert:

#### 1.2.1 Vorkehren zur Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins der Versicherten

– Kostenbeteiligung bei ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen (Art. 56);

– Möglichkeit der Wahl alternativer Versicherungsformen (höhere Kostenbeteiligung wie z. B. höhere Jahresfranchise, Bonusversicherung, HMO) mit entsprechenden Prämieinsparungen (Art. 54 Abs. 2 und 3; Art. 35 Abs. 4);

– Prinzip des Tiers garant; Pflicht zu detaillierter und verständlicher Rechnungsstellung (Art. 36);

– freie Wahl des Versicherers und volle Freizügigkeit (Art. 4, 7). Hier zeigt sich, dass die gleiche Massnahme sowohl der Stärkung der Solidarität (s. hiervor Ziff. 1.1) als auch der Kosteneindämmung dienen kann;

– freie Wahl des Leistungserbringers (Art. 35).

#### 1.2.2 Stärkung der Vertragsfreiheit und des Wettbewerbs zwischen den Tarifpartnern

– Verbandsverträge sind nur für Tarifpartner verbindlich, die dem Vertrag beitreten. Es können auch abweichende Verträge geschlossen werden (Art. 39). Versicherer mit günstigeren Tarifverträgen sind in der Lage, niedrigere Prämien anzubieten. Aufgrund der Freizügigkeit können die Versicherten in Zukunft ohne weiteres zu ihnen überwechseln;

– grosse Ausgestaltungsfreiheit bei den Tarifverträgen: Einzelleistungs-, Zeit-, Pauschaltarife oder andere Varianten (Art. 37).

#### 1.2.3 Kontrollmassnahmen

– Genehmigung der Tarifverträge; die Kantonsregierung prüft insbesondere die Wirtschaftlichkeit des Tarifs (Art. 39 Abs. 3);

– Möglichkeit der Tarifbeschwerde an den Bundesrat (Art. 45). Bundesrat und Kommission des Nationalrates wollen, dass auch die Versicherten als Betroffene – genau wie heute – diese Beschwerde erheben können (Art. 45 Abs. 2; Botschaft S. 96f.). Der Ständerat will nur die Vertragsparteien zur Beschwerde zulassen;

– Stärkung der Stellung der Vertrauensärzte (Art. 49);

– bei unwirtschaftlicher Behandlung kann die Vergütung der Leistung verweigert oder zurückverlangt werden (Art. 48);

– Leistungserbringer, die grob gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstossen, können von der Tätigkeit für die Krankenversicherung ausgeschlossen werden (Art. 51).

#### 1.2.4 Besondere Vorkehren im Spitalbereich

– Die Krankenversicherung vergütet nur die Leistungen von Spitälern, die der kantonalen oder einer interkantonalen Planung für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung entsprechen (Art. 33 Abs. 1).

– Die Vergütung an öffentliche Spitäler deckt höchstens 50 Prozent der Betriebskosten (Art. 42 Abs. 1 und 2). Dies bedeutet, dass die Spitalträger die Kosten ihrer Planungsentscheide nicht zu mehr als 50 Prozent auf die Krankenkassen überwälzen können. Die Beteiligung der öffentlichen Hand an die Finanzierung stellt auch eine soziale Komponente dar, sind doch die Prämien in der Krankenversicherung Kopfprämien.

– Verstärkung der Kostentransparenz durch einheitliche Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik. Es können Betriebsvergleiche zwischen Spitälern durchgeführt und überzogene Vergütungsansätze herabgesetzt werden (Art. 42 Abs. 6 und 7).

#### 1.2.5 Ausserordentliche Massnahmen zur Kosteneindämmung (Art. 46 und 47; vgl. Ziff. 2.2 hiernach).

#### 1.3 Leistungsangebot in der «Grundversicherung»

Bundesrat, Ständerat und Kommission des Nationalrates sind sich einig, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen abschliessenden, einheitlichen Leistungskatalog bedingt (Art. 18a und 28). Dieser wird durch Gesetz und Verordnung definiert (Art. 27). Im Vergleich zum geltenden Recht sind noch vereinzelte Lücken zu schliessen. Der heutige Leistungskatalog wird daher wie folgt ergänzt (vgl. Art. 19–27):

- keine Aussteuerung mehr bei stationärer Behandlung (heute: Begrenzung der Leistungspflicht auf 720 innerhalb von 900 Tagen) (Art. 19);
- Ausbau der Leistungen bei Aufenthalt in Pflegeheimen und bei Krankenpflege zu Hause (Spitex) (Art. 19);
- Vergütung der teilstationären Behandlung (Art. 19);
- Berücksichtigung der medizinischen Prävention und Rehabilitation (Art. 19 und 20);
- Berücksichtigung der Komplementärmedizin, soweit sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist (Art. 26);
- eng begrenzte Uebernahme von zahnärztlichen Behandlungen (Art. 25);
- subsidiäre Deckung bei Unfällen (Art. 1 Abs. 2 Bst. b und Art. 22). Hier schlägt die Kommission des Nationalrates eine Neuerung vor (vgl. Ziff. 2.3 hiernach);
- kleine Ergänzungen bei den Mutterschafts-Pflegeleistungen (Art. 23).

Die Vorlage hält fest, dass die Medizintechnologie periodisch zu evaluieren ist (Art. 26 Abs. 2); veraltete, unweckmässige oder unnötig kostspielige Methoden oder Massnahmen sollen ausgemustert werden. Umgekehrt soll neuen und nützlichen Technologien der Weg geöffnet werden, auch wenn sie sich noch in der abschliessenden Evaluationsphase befinden (Art. 27 Abs. 3).

## 2. Die hauptsächlich von der Kommission beantragten Neuerungen

### 2.1 Im Bereich Solidarität

#### a. Risikoausgleich (Art. 97)

Artikel 97 sieht vor, dass Versicherer mit einem unterdurchschnittlichen Bestand an Frauen oder älteren Personen Ausgleichsbeiträge zugunsten von Versicherern mit einem überdurchschnittlichen Bestand dieser Versichertenkategorien zu entrichten haben. Der Ausgleich erfolgt über die gemeinsame Einrichtung (Art. 15). Bundesrat und Ständerat wollen diesen Risikoausgleich auf die Dauer von zehn Jahren seit Inkrafttreten des Gesetzes begrenzen. Sie sind der Meinung, dass sich die Risikostrukturen der Versicherer bis dahin aufgrund der vollen Freizügigkeit so weit angeglichen haben werden, dass ein Risikoausgleich nicht mehr nötig ist. Eine Mehrheit der Kommission des Nationalrates bezweifelt dies. Sie hat daher die Befristung auf zehn Jahre gestrichen. Sollte der Risikoausgleich eines Tages obsolet werden, kann Artikel 97 gestrichen werden.

#### b. Subsidiäre Deckung des Unfallrisikos (Art. 1 Abs. 2, Art. 7a–7c, Art. 22)

Nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b in Verbindung mit Artikel 22 deckt die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch das Unfallrisiko, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt. Hiermit sollen vor allem Nicht- oder Teilerwerbstätige lückenlos geschützt werden, die der obligatorischen Unfallversicherung nicht oder nur teilweise (z. B. keine Nichtberufsunfallversicherung) unterstehen. Die Kommission des Nationalrates will es aber den Arbeitnehmern ermöglichen, auf die subsidiäre Unfalldeckung nach dem Krankenversicherungsgesetz zu verzichten, solange sie voll d. h. für Berufs- und Nichtberufsunfälle nach dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) gedeckt sind (Art. 7a–7c). In diesem Fall reduzieren sich ihre Prämien leicht. Die subsidiäre Deckung der Unfälle durch die Krankenversicherung lebt wieder auf, sobald keine volle Deckung mehr nach dem UVG besteht, selbst wenn der Prämienzuschlag noch nicht bezahlt worden ist.

### 2.2 Im Bereich Kosteneindämmung

Kurz nach der Beratung der Vorlage im Ständerat veröffentlichte die Kartellkommission ihren Bericht «Krankenkassen und Tarifverträge» (Heft 2/1993 der «Veröffentlichungen der Schweizerischen Kartellkommission und des Preisüberwachers»). Die bundesrätliche Vorlage wird darin grundsätzlich positiv beurteilt (S. 86f. des Berichts). Darüber hinaus werden zuhaden des Gesetzgebers verschiedene Empfehlungen ausgesprochen (S. 92–94 des Berichts). Der Bericht löste zunächst einige Unruhe aus. Er wurde sogar als Gefährdung der Vorlage bezeichnet. Dies dürfte u. a. auf den Zeitpunkt des Erscheinens des Berichtes mitten in den gesetzgeberischen Beratungen zurückzuführen zu sein und darauf, dass man nicht

wahrnahm, dass ein grosser Teil der Forderungen durch die Vorlage bereits erfüllt war. Die Empfehlungen des Berichtes zielen in drei Richtungen: Verstärkung der Vertragsfreiheit; Verstärkung von Kontrolle und Eingriffsmöglichkeiten; Einführung von Planungskompetenzen des Bundes im Gesundheitswesen. Der zuletzt genannte Punkt fand beim Bundesrat und bei der Kommission des Nationalrates schon aus verfassungsrechtlichen Ueberlegungen keine Unterstützung. In den anderen beiden Bereichen liessen sich Bundesrat und Kommission von den Empfehlungen der Kartellkommission leiten (vgl. hiernach die Erläuterungen in Bst. a und b).

#### a. Verstärkung des Wettbewerbs

##### Verbot von Kartellabsprachen (Art. 39 Abs. 2bis)

Wettbewerbsverhindernde Bestimmungen in Verbandsstatuten, Ständeregeln und Tarifverträgen sind inskünftig verboten. Die Kommission des Nationalrates folgt hier wie der Bundesrat den Empfehlungen der Kartellkommission. Die heute gegebene Zentralisierung des Vertragsschlussrechts bei den Verbänden, der Verbandszwang, die starre Vereinheitlichung der Vertragsbedingungen und die damit verbundene Blockierung des Wettbewerbs fallen somit dahin. Von der Stärkung des Wettbewerbs verspricht man sich eine kosteneindämmende Wirkung.

Verbandsverträge werden auch weiterhin die Regel bleiben. Sie sind aber nur für diejenigen Verbandsmitglieder wirksam, die diesen Verträgen beigetreten sind. Auch Nichtmitglieder können solchen Verträgen beitreten. Artikel 39 lässt darüber hinaus ausdrücklich Einzelverträge sowie Verträge zwischen mehreren Versicherern und Leistungserbringern zu (Abs. 1). Der Grundsatz der Vertragsfreiheit ist somit abgesichert.

##### Förderung von Generika (Art. 44 Abs. 1 und 3)

Generika sind preisgünstigere Nachahmerprodukte von Originalpräparaten mit gleichem Wirkstoff und gleicher Dosierung. Ihre Verwendung soll gefördert werden, soweit ihre Wirkung derjenigen des Originalpräparates entspricht. Zu diesem Zweck hat das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) eine Generikaliste zu erstellen.

#### b. Verstärkung der Kontrolle

##### Anhörung der Patientenorganisationen vor Vertragsschluss (Art. 37 Abs. 4)

In den Tarifverträgen wird der Preis für die Leistungen festgesetzt. Die als Prämienzahler und Leistungsbenützer davon Mitbetroffenen sollen deshalb bei den Vertragsverhandlungen angehört werden.

##### Vertragsloser Zustand mit öffentlichen Spitälern (Art. 40 Abs. 4)

Die Kartellkommission empfiehlt, den Tarif im vertragslosen Zustand durch eine besondere Instanz (Vertreter der Leistungserbringer, der Versicherer, der Konsumenten-, Patienten- oder Versichertenorganisationen und Tarifsachverständige) festlegen zu lassen. Nach den Vorstellungen von Bundesrat und Ständerat ist der Tarif im vertragslosen Zustand durch die Kantonsregierung festzusetzen. Die Kommission des Nationalrates schliesst sich dieser Haltung grundsätzlich an. Beim vertragslosen Zustand mit öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern ist die Kantonsregierung indes bis zu einem gewissen Grad Partei und Richter. Daher nimmt die Kommission für diesen Fall die Empfehlung der Kartellkommission teilweise auf und beantragt, dass ein von der Kantonsregierung eingesetzter Ausschuss von Tarifsachverständigen den Tarif festzulegen hat.

##### Beschwerde an den Bundesrat bei planungsrelevanten Entscheidungen der Kantonsregierung (Art. 45 Abs. 1)

Die Kartellkommission empfiehlt, dem Bund Planungskompetenzen insbesondere im Bereich der Spitzenmedizin und der Spitäler einzuräumen. Wie der Bundesrat möchte die Kommission des Nationalrates aus verfassungsrechtlichen Erwägungen nicht so weit gehen. Sie sieht aber das Recht zur Beschwerde an den Bundesrat gegen Entscheide der Kantonsregierung nach Artikel 33 vor (Art. 45 Abs. 1). Wenn also ein Versicherer der Auffassung ist, ein in der kantonalen Spitalliste genanntes Spital sei nicht planungskonform oder die zugrundeliegende Spitalplanung sei nicht bedarfsgerecht, sondern schaffe Ueberkapazitäten, kann er die erwähnte Beschwerde ergreifen.

c. Ausserordentliche Massnahme der Kosteneindämmung  
Hier gehen die Vorstellungen des Bundesrates und des Ständerates ziemlich weit auseinander.

Bundesrat:

Bei überbordender Kostenentwicklung soll der Bundesrat die Kompetenz haben:

Globalbudgets in den betreffenden Leistungsbereichen für eine befristete Zeit vorzuschreiben (Art. 46);

– die Zulassung von Leistungserbringern vorübergehend einzuschränken (Art. 47).

Ständerat:

Das Globalbudget soll nur im stationären Bereich als ordentliches Steuerinstrument oder als ausserordentliche Kostenbremse zugelassen sein (Art. 46). Ansonst kommt als ausserordentliche Massnahme nur ein Tarif- oder Preisstopp im ambulanten oder stationären Bereich in Frage. Zuständig für den Erlass eines Tarif- oder Preisstopps ist die Behörde, welche Tarife genehmigt oder festsetzt, also in der Regel die Kantonsregierung; bei Medikamenten, Analysen, Mitteln und Gegenständen das EDI; bei landesweiten Tarifverträgen der Bundesrat. Voraussetzung für einen Tarif- oder Preisstopp ist, dass die durchschnittlichen Krankenpflegekosten mindestens doppelt so stark ansteigen wie die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung. Der Stopp fällt dahin, sobald der Kostenanstieg nicht mehr als 50 Prozent über der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung liegt (Art. 47). Das Vorgehen ist ähnlich wie beim dringlichen Bundesbeschluss, die Massnahme ist jedoch etwas weniger streng.

Eine Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer lehnt der Ständerat ab.

Die Kommission des Nationalrates:

Auch sie lehnt eine Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer ab. Im Tarifbereich entschied sich die Kommission in der ersten Lesung für ein Konzept, das einen Mittelweg zwischen Bundesrat und Ständerat darstellte. Die Voraussetzungen für und die Befugnis zum Ergreifen von ausserordentlichen Massnahmen waren gleich wie beim Vorschlag des Ständerates. Anders als beim Ständerat sollten aber sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nicht nur ein Tarif- und Preisstopp, sondern auch die Festsetzung von Globalbudgets möglich sein (Art. 46). Der Bundesrat sollte befugt sein, kantonale Massnahmen der Globalbudgetierung zu koordinieren, wenn Versicherer, die zusammen mindestens einen Drittel der Versicherten umfassen, dies beantragen (Art. 47).

In der zweiten Lesung obsiegten dann aber die Bedenken gegenüber einem Globalbudget im ambulanten Bereich, und die Mehrheit der Kommission entschied sich für die Lösung des Ständerates.

2.3 Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand  
Vorbemerkung: Der Ständerat hat die Reihenfolge der Artikel 57 und 58 der bundesrätlichen Fassung vertauscht. Artikel 57 SR entspricht somit Artikel 58 BR, und Artikel 58 SR entspricht Artikel 57 BR. Die Kommission des Nationalrates ist der Systematik des Ständerates gefolgt.

Gleich dem Bundesrat und dem Ständerat sieht die Kommission des Nationalrates die folgenden bindenden Grundsätze vor:

– Die Kantone haben den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren (Art. 58 Abs. 1 BR, Art. 57 Abs. 1 SR und SGK-NR).

– Bund und Kantone stellen zu diesem Zweck Beiträge zur Verfügung (Art. 57 BR, Art. 58 SR und SGK-NR).

– Der Bundesbeitrag wird durch einfachen Bundesbeschluss für jeweils vier Jahre festgesetzt (Art. 57 Abs. 2 BR, Art. 58 Abs. 2 SR und SGK-NR).

– Für die ersten vier Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes wird der Bundesbeitrag in den Uebergangsbestimmungen des Gesetzes festgelegt. Er beläuft sich für diese Zeit auf insgesamt 8 Milliarden Franken (Art. 98).

– Der Beitrag der Kantone muss insgesamt mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen (Art. 57 Abs. 4 BR, Art. 58 Abs. 4 SR und SGK-NR).

Anders als Bundesrat (Art. 58) und Ständerat (Art. 57) will jedoch die Mehrheit der Kommission des Nationalrates den

Kantonen das System, nach dem die Prämienverbilligung vorzunehmen ist, nicht vorschreiben. Sie lässt den Kantonen hier freie Hand und kommt damit einem nachdrücklich geäusserten Wunsch der Kantone entgegen. Kantone mit einem heute bereits gut ausgebauten System der Prämienverbilligung werden dieses beibehalten können. Den anderen Kantonen wird weitestgehend freie Hand bei der Ausgestaltung gelassen. Es wird aber vorgeschrieben, dass der jährliche Beitrag von Bund und Kantonen grundsätzlich voll für die Prämienverbilligung zugunsten der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen auszugeben ist (Art. 57 Abs. 2 SGK-NR).

Bemessung der Bundesbeiträge

Die Bundesbeiträge pro Kanton richten sich nach Finanzkraft, Versichererzahl und den Gesundheitskosten im betreffenden Kanton.

In Artikel 98 sieht die Kommission des Nationalrates, anders als Bundesrat und Ständerat, nicht einen für die ersten vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes jeweils gleichen, sondern einen von Jahr zu Jahr ansteigenden Beitrag des Bundes an die Prämienverbilligung vor. Die Gesamtsumme für die ersten vier Jahre bleibt aber gleich hoch (8 Milliarden Franken). Mit dem Anstieg des jährlichen Bundesbeitrages wird dem auch bei verstärkten Anstrengungen zur Kosteneindämmung unvermeidlichen Anstieg der Kosten und Prämien besser Rechnung getragen, und es wird einer frühzeitigen Entwertung der Prämienverbilligung entgegengewirkt.

2.4 Bereich der Leistungen

Die Kommission des Nationalrates beantragt in Artikel 32, dass der Bundesrat:

– eine Zulassungsverordnung für freischaffende Psychotherapeuten erlässt;

– die Zulassungsvoraussetzungen für angestellte Psychotherapeuten und Physiotherapeuten regelt.

Damit wird auf Gesetzesstufe festgehalten, dass die Psychotherapeuten zu Lasten der Krankenversicherung tätig werden können. Die Versicherung vergütet die von ihnen auf ärztliche Anordnung hin erbrachten Leistungen (Art. 19 Abs. 2 Bst a und Art. 27 Abs. 2).

2.5 Förderung der Gesundheit, Förderung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Hier betritt die nationalrätliche Kommission Neuland, indem sie die Artikel 15a–15c und den Artikel 58a in die Vorlage einfügt.

Förderung der Gesundheit (Art. 15a–15c)

Die Versicherer sollen sich nunmehr auch in diesem Bereich engagieren, und zwar in Zusammenarbeit mit den Kantonen, den interessierten Organisationen, der Suva, den Ärzten, der Wissenschaft und dem Bund. Die Koordination wird durch eine vom Bundesrat bestellte Kommission sichergestellt. Die Versicherer haben je obligatorisch versicherte Personen einen vom Bundesrat festgesetzten jährlichen Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung aufzubringen.

Förderung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens (Art. 58a)

Der Bundesrat gewährt gesamtschweizerischen Organisationen, welche diesem Ziel dienen, Beiträge. Der Schwerpunkt liegt dabei in der Information der Versicherten und in der Beratung von Selbsthilfegruppen.

2.6 Aenderungen im Bereich der Taggeldversicherung

Der Taggeldanspruch entsteht nach der Fassung von Bundesrat und Ständerat bei voller Arbeitsunfähigkeit; nach dem Vorschlag der nationalrätlichen Kommission soll eine 50prozentige Arbeitsunfähigkeit für das Entstehen des Anspruchs genügen (Art. 64 Abs. 2).

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der gesetzlichen Mindestdauer ausgerichtet (720 innerhalb von 900 Tagen). Der Versicherungsschutz für die verbliebene Arbeitsfähigkeit wird aufrechterhalten.

2.7 Prämienungleichheit und Einschluss der Leistungen bei Mutterschaft in den Zusatzversicherungen und in den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen

Für den Bereich der sozialen Krankenversicherung (obligatorische Krankenpflege- und freiwillige Taggeldversicherung) ist der Grundsatz der Prämienungleichheit im KVG vorgesehen

(Art. 53, 68). Er ist von den mitwirkenden Privatversicherern ebenso zu beachten wie von den Krankenkassen. Für die Zusatzversicherungen soll nach der bundesrätlichen Fassung (Art. 16 Abs. 2bis) dagegen das Recht der privaten Versicherungseinrichtungen gelten. Das heisst: Die Krankenkassen könnten in diesem Bereich genau wie die Privatversicherer risikogerechte Prämien und damit für Frauen, zumindest in gewissen Altersstufen, höhere Prämien als für Männer festsetzen. Von der Mehrheit der Kommission wird eine solche Prämienungleichheit als Diskriminierung der Frauen bewertet, die gegen das Gleichstellungsgebot von Artikel 4 Absatz 2 der Bundesverfassung verstösst. Mit Bezug auf die Krankenkassen wäre es sogar ein Rückschritt im Vergleich zum heutigen Recht gemäss dringlichem Bundesbeschluss. Die Kommissionmehrheit verlangt daher, dass der Grundsatz der Prämienungleichheit auch im Bereich der Zusatzversicherungen gilt. Das gleiche verlangt sie für den Bereich der freiwilligen privaten Taggeldversicherungen. Zusätzlich will sie verbieten, die Mutterschaftsleistungen bei den Zusatzversicherungen oder bei den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen auszu-schliessen. Auf diese Weise soll jegliche Diskriminierung von Frauen auch in der privaten Krankenversicherung ausgeschlossen werden.

3. Uebersicht über die von der nationalrätlichen Kommission beantragten Detailänderungen

**Artikel 6 Absatz 2**

Das Gesetz schreibt nicht mehr vor, dass die Kantone die Verteilung der zugewiesenen Versicherten auf die Versicherer zu regeln und die Versicherer zuvor anzuhören haben. Es wird den Kantonen überlassen, dies zu regeln.

**Artikel 7**

Der Inhalt von Absatz 4 wird in die Absätze 2a (neu) und 2b (neu) übernommen. Absatz 4 wird gestrichen.

In Absatz 3 wird die Pflicht des bisherigen Versicherers eingeführt, dem ausgetretenen Versicherten die Beendigung des Versicherungsverhältnisses mitzuteilen.

**Artikel 7a–7c**

Es wird die Möglichkeit geschaffen, die subsidiäre Unfalldeckung ruhen zu lassen, solange der volle Versicherungsschutz nach UVG besteht (vgl. auch Ziff. 2.1 Bst. b hiervor).

**Artikel 9 Absatz 1**

Neue Definition der Krankenkassen (Erweiterung im Vergleich zur Fassung BR).

**Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe d**

Präzisierung: Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen wollen, müssen auch die Einzeltaggeldversicherung (Art. 59–69) anbieten. Es bleibt ihnen dagegen freigestellt, ob sie auch die Kollektivtaggeldversicherung (Art. 59 Abs. 2) anbieten wollen.

**Artikel 13 Absatz 2**

Rückkehr zur Fassung BR: Grundsatz der unentgeltlichen Beratung.

**Artikel 15 Absatz 1**

Es wird eine angemessene Vertretung der Versicherten in den Organen der gemeinsamen Einrichtung verlangt.

**Artikel 15a–15c**

Förderung der Gesundheit als Aufgabe der Versicherer in Zusammenarbeit mit den Kantonen, der Suva, den Aerzten, der Wissenschaft, dem Bund und den in der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbänden. Bestellung einer Koordinationskommission, Erhebung eines jährlichen Beitrages je Versicherten.

**Artikel 16 Absatz 2bis**

Präzisierung: Es wird ausdrücklich gesagt, dass das BPV seine Aufsicht über die von den Krankenkassen betriebenen Zusatzversicherungen nach dem VAG durchführt.

**Artikel 16 Absatz 3**

Präzisierung: Die Weisungen des BSV an die Versicherer dienen der einheitlichen Anwendung des Bundesrechts.

**Artikel 17 Absatz 2**

Die Kompetenz des BR zur Begrenzung der Verwaltungskosten der Versicherer wird etwas allgemeiner geregelt. Die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung (nicht nur die Lohnentwicklung) ist dabei zu berücksichtigen. Die Kompetenz kann nicht mehr an das BSV delegiert werden.

**Artikel 19 Absatz 2 Buchstabe e**

Redaktionelle Aufteilung:

e: Aufenthalt im Spital;

e bis: Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung.

**Artikel 20**

Etwas restriktivere Regelung der medizinischen Prävention; Uebernahme der Formulierung aus der Vorlage von 1987.

**Artikel 23 Absatz 2 Buchstabe a**

Von einer Hebamme durchgeführte Kontrolluntersuchungen werden in die Pflichtleistung aufgenommen.

**Artikel 26 Absatz 1**

Rückkehr zur Fassung BR (Verzicht auf Satz 2 der Fassung Ständerat, wonach im Gesetz ausdrücklich gesagt wird, dass die Wirksamkeit einer Leistung nach wissenschaftlichen Methoden nachzuweisen ist).

**Artikel 27 Absatz 4**

«Fachkommissionen» wird durch «Kommissionen» ersetzt. Damit wird klargestellt, dass nicht nur Fachleute, sondern auch andere Betroffene, z. B. Patienten- oder Konsumentenvertreter, in die Kommissionen berufen werden können.

**Artikel 31 Absatz 3**

Zurück zur Fassung BR. Der Bundesrat (und nicht – wie gemäss Fassung SR und nach heutigem Recht – die Kantone) regelt die Medikamentenabgabe durch Aerzte (Selbstdispensation).

**Artikel 32**

– Für freischaffende Psychotherapeuten ist eine eidgenössische Zulassungsverordnung zu erlassen.

– Die Zulassung der von Aerzten angestellten Psychotherapeuten und Physiotherapeuten ist auf Verordnungsstufe zu regeln.

**Artikel 33 Absatz 2**

Teilstationäre Einrichtungen müssen nicht einer kantonalen Planung entsprechen und nicht auf einer besonderen Liste aufgeführt sein.

**Artikel 33 Absatz 3**

Für Pflegeheime gelten nach wie vor gleich strenge Zulassungsvoraussetzungen wie für Spitäler (keine materielle Aenderung gegenüber BR und SR).

**Artikel 34 Absatz 2**

Heilbäder müssen auch über das nötige Fachpersonal verfügen.

**Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe b**

Bei einer medizinisch notwendigen ausserkantonalen Hospitalisation sind in erster Linie jene ausserkantonalen Spitäler aufzusuchen, die auch auf der Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten aufgeführt sind.

**Artikel 35 Absatz 3**

Wenn der Wohnkanton die höheren Kosten der notwendigen ausserkantonalen Spitalbehandlung eines Versicherten trägt, steht ihm das Rückgriffsrecht gegen haftpflichtige Dritte nach Artikel 71 zu.

**Artikel 36 Absatz 2**

Bei stationären Leistungen gilt ausschliesslich das System des Tiers payant.

**Artikel 36 Absatz 3**

Auch im System des Tiers payant muss der Versicherte eine Kopie der Rechnung erhalten.

**Artikel 37 Absatz 4**

Beim Abschluss von Tarifverträgen sind die Patientenorganisationen anzuhören.

**Artikel 38a**

Redaktionelle Aenderung der Fassung SR (statt von einem «angemessenen» Tarifschutz ist nur noch von «einem Tarifschutz» die Rede, der auch in der Ausnahmesituation gilt).

**Artikel 39 Absatz 2**

Satz 3: Nichtmitglieder, die einem Verbandsvertrag beitreten, können zu einem Beitrag an die Kosten nicht nur des Abschlusses, sondern auch der Durchführung des Vertrages verpflichtet werden.

**Artikel 39 Absatz 2bis**

Verbot von Kartellabsprachen (vgl. auch Ziff. 2.2 hiervor).

**Artikel 40 Absatz 4**

Im vertragslosen Zustand mit einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital legt ein Ausschuss von Tarifsachverständigen den Tarif fest (vgl. auch Ziff. 2.2 hiervor).

**Artikel 42 Absatz 5**

Der Tarif für ambulante und für teilstationäre Behandlung im Spital wird durch die Vertragspartner festgesetzt.

**Artikel 42 Absatz 6**

Vorletzter Satz der Fassung SR wie folgt geändert: «Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen [‘aller Kantone’: gestrichen] einsehen.» Entspricht dem letzten Satz in der Fassung BR.

**Artikel 42 Absatz 7**

Redaktionelle Anpassung an Artikel 40 Absatz 4 (Ausschuss von Tarifsachverständigen).

**Artikel 43a**

Globalbudgetierung durch den Kanton als mögliches dauerhaftes finanzielles Steuerungselement für Spitäler oder Pflegeheime. Entspricht materiell der Regelung gemäss Artikel 46 Absatz 1 Buchstabe a in der Fassung SR.

**Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe b**

Aufstellung einer Generikalistik durch das BSV.

**Artikel 44 Absatz 3**

Die Leistungserbringer haben die Verwendung von Generika zu fördern.

**Artikel 45 Absatz 1**

Beschlüsse der Kantone über die Zulassung von Spitälern oder Pflegeheimen (Planungskonformität) können vor dem BR angefochten werden (vgl. auch Ziff. 2.2 hiervor). Im weiteren: redaktionelle Anpassung an verschiedene von der SGK-NR geänderte oder neu eingeführte Bestimmungen.

**Artikel 45 Absatz 2**

Rückkehr zur Fassung BR: Die Tarifbeschwerde steht auch den Versicherten zu. Den Verbänden, die gemäss ihren Statuten die Interessen der Versicherten in Tarifrügen vertreten, steht das Beschwerderecht ebenfalls zu.

**Artikel 46**

Globalbudgetierung durch den Kanton als mögliche befristete ausserordentliche Massnahme zur Kosteneindämmung bei Spitälern oder Pflegeheimen. Entspricht materiell der Regelung gemäss Artikel 46 Absatz 1 Buchstabe b in der Fassung SR.

**Artikel 49 Absatz 1**

Vertrauensärzte werden nach Rücksprache mit den kantonalen Aerztegesellschaften bestellt (Rückkehr zur Fassung BR); die notwendige Erfahrung in der Arztpraxis wird auf fünf Jahre erhöht; die Erfahrung als leitender Spitalarzt gilt, im Gegensatz zur Fassung SR, nicht als gleichwertig.

**Artikel 49 Absatz 3**

Redaktionelle Aenderung (betr. die Ablehnung eines Vertrauensarztes).

**Artikel 52 Absatz 3**

Prämien und Leistungen für Krankheit und Unfälle sind getrennt auszuweisen (vgl. Art. 7a–7c).

**Artikel 53 Absatz 3**

Für junge Erwachsene (18–25 Jahre), die sich noch in der Ausbildung befinden, dürfen niedrigere Prämien festgesetzt werden als für Erwachsene.

**Artikel 54 Absatz 3**

Bei der Festsetzung von Höchstgrenzen für Prämienermässigungen und von Mindestgrenzen für Prämienzuschläge hat der BR insbesondere versicherungsmässige Erfordernisse zu berücksichtigen (Präzisierung mit Bezug auf die Regelung besonderer Versicherungsformen).

**Artikel 55 Absatz 1**

Entschädigung für die Mitwirkung bei der Durchführung der Krankenversicherung: aus der Kann- wird eine Muss-Vorschrift.

**Artikel 56 Absatz 4**

Keine Franchise und halber Höchstbetrag des Selbstbehaltes für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr.

**Artikel 57**

Starke Vereinfachung der Bestimmung (vgl. Ziff. 2.3 hiervor). Administrative Freiheit der Kantone. Den Kantonen wird nur noch vorgeschrieben, dass sie Prämienverbilligungen für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu gewähren (Abs. 1) und dafür den gesamten Beitrag des Bundes und des Kantons zu verwenden haben (Abs. 2). Abgesehen von ihrer Auskunftspflicht (Art. 74 Abs. 3) dürfen die Versiche-

rer nur mit ihrer Einwilligung zur Durchführung der Prämienverbilligung herangezogen werden.

**Artikel 58 Absatz 2**

Auf die Finanzlage des Bundes wird nicht mehr ausdrücklich Bezug genommen. Materiell hat dies keine Konsequenzen, weil die Finanzlage des Bundes bei der Festsetzung des Bundesbeitrags ohnehin berücksichtigt werden muss. Es ist jedoch nicht einzusehen, dass man dies im KVG speziell erwähnt, in ausgabenrelevanten Bestimmungen anderer Gesetze hingegen nicht.

**Artikel 58 Absatz 3**

Bei der Verteilung des Bundesbeitrages auf die Kantone soll der Bundesrat nicht nur die Wohnbevölkerung und die Finanzkraft der Kantone berücksichtigen müssen, sondern auch ihre Gesundheitskosten berücksichtigen können.

**Artikel 58a**

Der Bund gewährt Beiträge zur Unterstützung von Organisationen, welche die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens fördern.

**Artikel 62 Absatz 3**

Der bisherige Versicherer hat für die Information des Versicherten über sein Freizügigkeitsrecht zu sorgen (er muss die Information nicht unbedingt selber durchführen).

**Artikel 63 Absatz 2**

Analoge Regelung wie bei Artikel 62 Absatz 3 für den Uebertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung.

**Artikel 64 Absatz 1**

Das Unfallrisiko kann bei der Taggeldversicherung ausgeschlossen werden.

**Artikel 64 Absatz 2**

– Der Taggeldanspruch entsteht, wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist.

– Wird eine Wartefrist vereinbart, darf sie auf die Mindestbezugsdauer des Taggeldes angerechnet werden.

**Artikel 64 Absatz 4**

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein gekürztes Taggeld ausgerichtet; der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.

**Artikel 64 Absatz 5**

Bei einer Taggeldkürzung wegen Ueberentschädigung verlängert sich die Bezugsdauer für das gekürzte Taggeld entsprechend (entspricht Art. 12bis Abs. 4 im geltenden KUVG).

**Artikel 66 Absatz 3**

Gestrichen; Wegfall der Bestimmung, dass es kein Mutterchaftstaggeld gibt, wenn eine gesundheitsgefährdende Arbeit ausgeführt wird.

**Artikel 69**

Letzter Satz gestrichen; Wegfall der Kompetenz des Bundesrates zur Begrenzung der Prämienabweichungen in der Kollektiv-Taggeldversicherung.

**Artikel 74 Absatz 3**

Die Versicherer müssen den Kantonsbehörden kostenlos die für die Prämienverbilligung notwendigen Auskünfte geben.

**Artikel 87**

Bei der Vorbereitung der Ordnungsbestimmungen sind die Kantone, die interessierten Organisationen sowie Fachleute aus dem betreffenden Fachgebiet anzuhören.

**Artikel 88 Absatz 2**

Aenderung des VAG:

– Artikel 5 VAG kann dank der Präzisierung in Artikel 16 Absatz 2bis KVG gestrichen werden.

– Artikel 47 Absatz 2 (neu) und 3 (neu) VAG: Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen wird ein einfaches, rasches und in der Regel kostenloses Verfahren vorgesehen.

**Artikel 88 Absatz 3**

Aenderung des VVG:

– Artikel 88a VVG: Prämienungleichheit in den Zusatzversicherungen und den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen.

– Artikel 88b VVG: Einschluss der Mutterschaftsleistungen in den Zusatzversicherungen und in den freiwilligen privaten Taggeldversicherungen.

**Artikel 88 Absatz 5**

Als Ersatz für den Wegfall des Abzugs der Krankenkassenprämien gibt es eine einmalige Erhöhung der für den EL-Bezug massgebenden Einkommensgrenzen bzw. eine entspre-

chende Erhöhung des Betrages für die persönlichen Auslagen von Heimbewohnern.

#### Artikel 93 Absatz 4

Unter dem geltenden Recht bereits tätige Vertrauensärzte können unter dem neuen Recht weitermachen; dessen Bestimmungen sind, mit Ausnahme der Zulassungsvoraussetzungen, auf sie anwendbar.

#### Artikel 94 Absatz 5

Redaktionelle Klarstellung: Diese Bestimmung bezieht sich nur auf private Versicherungseinrichtungen, welche die soziale Krankenversicherung durchführen.

#### Artikel 97 Absatz 4

Gestrichen. Die Beschränkung des Risikoausgleiches auf zehn Jahre wird aufgehoben. Der Risikoausgleich wird damit zu einem dauernden Instrument (vgl. auch Ziff. 2.1 Bst. a hier vor).

#### Artikel 98

Staffelung des Bundesbeitrags für die Prämienverbilligung während der ersten vier Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes.

M<sup>me</sup> **Segmüller** présente au nom de la commission le rapport écrit suivant:

A la suite de l'adoption, le 17 décembre 1992, par le Conseil des Etats, en sa qualité de Chambre prioritaire, du projet de révision, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil national a entrepris l'examen du même projet, le 7 janvier 1993. La loi sur l'assurance-maladie a fait l'objet de deux lectures au cours de 23 jours de séances. En tout, 287 propositions individuelles ont été soumises aux décisions de la commission.

Le 3 septembre 1993, la commission mettait un terme à ses délibérations. Par 13 voix contre 3 et avec 6 abstentions, elle recommande au Conseil national d'adopter le projet.

Le présent rapport vise à procurer un aperçu des éléments essentiels de la révision et en particulier à mettre en lumière les modifications entreprises par la commission du conseil national par rapport à la version du Conseil fédéral et à celle du Conseil des Etats.

### 1. Confirmation des éléments essentiels de la révision

L'assurance-maladie sociale englobe l'assurance des soins et l'assurance d'indemnités journalières. C'est le cas aujourd'hui déjà et cela doit le rester (art. premier). La révision est concentrée sur l'assurance des soins. C'est dans ce domaine que l'on décèle les lacunes les plus importantes et donc que le besoin de réformes se fait le plus fortement sentir (cf. message p. 11 et 12). S'agissant de l'assurance d'indemnités journalières, les dispositions actuelles doivent en gros subsister (cf. message p. 45 et 46). Elle demeure facultative. Le Conseil des Etats et la commission du Conseil national se sont ralliés à ce concept.

Deux objectifs essentiels caractérisent la révision de l'assurance des soins: le renforcement de la solidarité et la maîtrise des coûts et, ce faisant, de l'augmentation des primes. Pour compléter ces mesures, il s'agit de couvrir une offre de prestations adaptée dans le domaine de l'assurance de base. On résumera succinctement les buts de la révision comme suit: l'ensemble de la population doit pouvoir accéder à des soins médicaux qualitativement élevés, et ce, à des conditions financières supportables pour tous.

#### 1.1 Renforcement de la solidarité

L'assurance des soins consiste avant tout en une solidarité entre les personnes saines et les malades (elle inclut une solidarité entre jeunes et personnes âgées, entre hommes et femmes et entre riches et pauvres. Actuellement, ces trois types de solidarité présentent des lacunes (cf. message, p. 11–13). Le Conseil fédéral et le Conseil des Etats proposent, dans le projet de révision, les mesures de renforcement de solidarité suivantes:

1.1.1 Le principe de solidarité exige une modification du système de financement. L'argent ne doit plus être versé par la Confédération directement aux caisses-maladie au titre de dédommagement des charges sociales (principe dit de l'arro-

soir), mais il doit être dirigé de telle manière à faire bénéficier les couches de population à revenus inférieurs. Cela implique tout d'abord:

#### 1.1.2 La création d'une obligation afin:

– que personne ne puisse se soustraire au principe de solidarité (art. premier, 3–6);

– d'abolir les réserves médicales et l'échelonnement des primes en fonction de l'âge d'entrée (art. 4, 53);

– que le libre passage intégral pour tous les assurés (personnes âgées et malades compris) entre dans les faits afin d'éviter la dissociation des «bons risques» des caisses bon marché et qu'une concurrence équitable puisse s'établir entre les assureurs; à côté des caisses d'assurance, les institutions d'assurance privées doivent aussi avoir la possibilité de participer à l'assurance (art. 7 et 8ss.).

#### 1.1.3 Primes égales pour hommes et femmes (art. 53).

1.1.4 Primes égales pour les adultes assurés auprès du même assureur et dans la même région; à l'avenir, cela vaudra aussi pour l'assurance individuelle et l'assurance collective; les primes sont plus basses pour les enfants (art. 53).

1.1.5 Compensation des risques entre les assureurs disposant d'une structure de risque favorable (un nombre supérieur d'assurés masculins et jeunes) et ceux disposant d'une structure de risque défavorable (un nombre supérieur d'assurés féminins et âgés) (art. 97).

1.1.6 Subsides de la Confédération et des cantons pour réduire les primes des assurés moins bien situés du point de vue économique (art. 57, 58 et 98).

La majorité de la commission du Conseil national approuve ces mesures. Elle entend même aller plus loin que le Conseil fédéral et le Conseil des Etats dans le domaine de la compensation des risques (cf. ch. 2.1 ci-dessous).

#### 1.2 Maîtrise des coûts

Le problème réside dans le fait que les coûts de l'assurance des soins augmente nettement plus fortement que les salaires et les prix (croissance moyenne annuelle entre 1966 et 1991, de l'assurance des soins: 9,8 pour cent, des prix à la consommation: 4,1 pour cent, des salaires: 5,9 pour cent). L'objectif de la maîtrise des coûts consiste à rapprocher le plus possible l'évolution des coûts de l'évolution générale des salaires et des prix.

Le projet contient nombre de directives-cadres et de mesures dont l'action conjointe doit assurer la maîtrise des coûts. A cet égard, le principe de responsabilité personnelle et les lois de la concurrence revêtent une grande signification. En outre, les contrôles dans le domaine des tarifs et des prestations seront renforcés. Si malgré tout, les coûts devaient échapper à ces contraintes, l'autorité compétente serait habilitée à prendre des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts (cf. message p. 32–37 et 42).

Le Conseil fédéral, le Conseil des Etats et la commission du Conseil national adhèrent à cette philosophie – une liberté aussi grande que possible, autant de contrôles et d'interventions qu'il est nécessaire. L'outillage ordinaire réunit également un large consensus. On ne décèle d'importantes divergences qu'à propos des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts (art. 46 et 47; cf. ch. 2.2 ci-dessous).

Les dispositions significatives en matière de maîtrise des coûts sont réparties dans nombre d'articles du projet. Ils ont été rassemblés dans l'aperçu ci-dessous:

#### 1.2.1 Dispositions destinées à renforcer la responsabilité personnelle de l'assuré et son sens de la réalité des coûts:

– Participations aux coûts en cas de prestations ambulatoires, semi-hospitalières et stationnaires (art. 56).

– Choix de diverses formes d'assurance (participation aux coûts plus élevée comme une franchise annuelle plus importante, par exemple, assurance-bonus, HMO) assorties des économies de primes correspondantes (art. 54 al. 2 et 3, 35 al. 4).

– Principe du tiers garant; obligation de présenter une facture détaillée et compréhensible (art. 36).

– Libre choix de l'assureur et libre passage intégral (art. 4, 7). Il apparaît en l'occurrence que la même mesure peut servir aussi bien le renforcement de la solidarité (cf. ci-dessus ch. 1.1.) que la maîtrise des coûts.

– Libre choix du fournisseur de prestations (art. 35).

1.2.2 Renforcement de la liberté contractuelle et de la concurrence entre les partenaires tarifaires

– Les conventions passées par les fédérations ne sont impératives que pour les partenaires tarifaires qui adhèrent à la convention. Il est également possible de conclure des contrats dérogatoires (art. 39). Les assureurs qui adhèrent à des conventions tarifaires avantageuses peuvent offrir des primes plus basses et les assurés ont la possibilité, en vertu du libre passage, de passer sans autre auprès de ces assureurs.

– Grande liberté d'aménagement des conventions tarifaires: tarif à la prestation, tarif au temps consacré, tarif forfaitaire ou autres variantes (art. 37).

1.2.3 Mesures de contrôle

– Approbation des conventions tarifaires; le gouvernement cantonal vérifie en particulier que le tarif satisfait au principe d'économie (art. 39 al. 3).

– Possibilité de recours tarifaire au Conseil fédéral (art. 45). Le Conseil fédéral et la commission du Conseil national veulent que l'assuré, en tant que personne concernée, ait aussi qualité pour recourir – comme c'est le cas aujourd'hui – (art. 45 al. 2; cf. message p. 94). Le Conseil des Etats ne veut accorder la qualité pour recourir qu'aux seules parties à la convention.

– Renforcement de la position des médecins-conseils (art. 49).

– En cas de traitement qui contrevient au principe d'économie de la prestation, la rémunération de la prestation peut être refusée ou la restitution des montants versés exigée (art. 48).

– Les fournisseurs de prestations qui contreviennent gravement au principe d'économie peuvent être exclus du cadre des activités de l'assurance-maladie (art. 51).

1.2.4 Dispositions particulières dans le domaine hospitalier

– L'assurance-maladie ne rémunère que les prestations des hôpitaux qui se conforment à la planification cantonale ou intercantonale destinée à couvrir les besoins en soins hospitaliers (art. 33 al. premier).

– La rémunération des hôpitaux publics couvre 50 pour cent des frais d'exploitation au plus (art. 42 al. premier et 2). Cela signifie que les pouvoirs publics ne peuvent pas répercuter sur les caisses-maladie plus de 50 pour cent des conséquences financières des décisions qu'ils ont prises en matière de planification. La participation des pouvoirs publics confère de surcroît au financement un élément social; dans le domaine de l'assurance-maladie, les primes se calculent par tête. Encore une fois, on constate que la même disposition peut servir aussi bien la maîtrise des prix que le principe de solidarité.

– Renforcement de la transparence grâce à une comptabilité analytique uniforme ainsi qu'une statistique des prestations. Il est possible de mener des études comparées d'exploitation entre les hôpitaux et de réduire les crédits de rémunération démesurés (art. 42 al. 6 et 7).

1.2.5 Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts (art. 46 et 47; cf. ch. 2.2 ci-dessous).

1.3 Offre de prestation dans le domaine de l'«assurance de base»

Le Conseil fédéral, le Conseil des Etats et la commission du Conseil national partagent l'avis que l'assurance des soins obligatoire suppose un catalogue de prestations exhaustif et harmonisé. (art. 18a et 28).

Celui-ci est défini dans la loi et l'ordonnance (art. 27). En regard du droit en vigueur, il y a encore lieu de combler diverses lacunes. Ainsi convient-il de compléter le catalogue actuel comme suit (cf. art. 19–27):

– Suppression de l'épuisement de la durée du traitement stationnaire (aujourd'hui limitée à 720 jours dans une période de 900 jours) (art. 19).

– Amélioration des prestations lors du séjour en établissement médico-social ou en cas de soins à domicile (Spitex) (art. 19).

– Rémunération des soins semi-hospitaliers (art. 19).

– Prise en considération de la prévention et de la réhabilitation médicales (art. 19 et 20).

– Prise en considération des médecines complémentaires pour autant qu'elles soient efficaces, appropriées et économiques (art. 26).

– Prise en charge étroitement limitée des soins dentaires (art. 25).

– Couverture subsidiaire en cas d'accident (art. premier al. 2 let. b, 22). La commission du Conseil national propose des innovations dans ce domaine (cf. ch. 2.3 ci-dessous).

– Petit complément aux prestations de maternité (art. 23).

Le projet retient la nécessité de réexaminer périodiquement la technologie médicale (art. 26 al. 2); les méthodes ou mesures archaïques, inadaptées ou inutilement onéreuses doivent être rejetées. En revanche, il y a lieu d'ouvrir la voie aux technologies nouvelles et utiles même si elles sont encore en phase finale d'évaluation (art. 27 al. 3).

## 2. Innovations importantes proposées par la commission

### 2.1 Domaine de la solidarité

#### a. Compensation des risques (art. 97)

L'article 97 dispose que les assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 15) en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées dépassent cette moyenne. Le Conseil fédéral et le Conseil des Etats entendent limiter la durée de cette compensation des risques à dix ans dès l'entrée en vigueur de la loi. Ils sont de l'avis que jusque-là le libre passage intégral aura mis les structures de risque à égalité, au point qu'une compensation des risques ne sera plus nécessaire. Une majorité de la commission du Conseil national exprime des doutes à ce sujet. Elle a donc biffé l'échéance à dix ans. Si la compensation des risques devait être obsolète, l'article 97 pourrait être abrogé.

#### b. Couverture subsidiaire du risque d'accident (art. premier al. 2, 7a–7c, 22)

L'article premier alinéa 2, lié à l'article 22, dispose que l'assurance-maladie obligatoire couvre aussi le risque d'accident, dans la mesure où il n'est pris en charge par aucune assurance-accidents. Ce faisant, devraient avant tout être couvertes, les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative ou exerçant une activité lucrative partielle et qui ne sont pas soumises à l'assurance-accidents obligatoire ou qui ne le sont que partiellement (et n'ont par exemple pas contracté d'assurance-accidents non professionnels).

### 2.2 Domaine de la maîtrise des coûts

Peu de temps après l'examen du projet au conseil des Etats, la Commission des cartels publiait son rapport «Caisses-maladie et conventions tarifaires» (édition 2/1993 des «Publications de la Commission suisse des cartels et du préposé à la surveillance des prix») qui contient un avis fondamentalement positif sur le projet du Conseil fédéral et adresse en outre diverses recommandations au législateur (cf. p. 92–94 du rapport). Ce rapport a tout d'abord suscité un mouvement d'inquiétude. On l'a même accusé de mettre le projet en danger. Sans doute convient-il de faire remonter cette réaction, entre autres choses, lorsqu'à l'époque de la parution du rapport – au plus fort des délibérations législatives – on a manqué de s'apercevoir qu'il satisfaisait d'ores et déjà à une grande part des exigences formulées en la matière. Les recommandations du rapport sont de trois ordres: renforcement de la liberté contractuelle, renforcement du contrôle et des possibilités d'intervention, introduction d'une compétence fédérale en matière de planification dans le domaine de la santé publique. Or, ne serait-ce que pour des raisons de droit constitutionnel, le Conseil fédéral et la commission du Conseil national n'ont pas apporté leur appui à ce dernier élément. Pour ce qui a trait aux deux autres ordres de recommandations, le Conseil fédéral et la commission se sont inspirés des recommandations de la Commission des cartels (cf. ci-dessous, lettres a et b).

#### a. Renforcement de la concurrence

##### Interdiction des ententes cartellaires (Art. 39 al. 2bis)

Les dispositions en vue d'entraver la concurrence, prévues dans les statuts de fédération, les règles de déontologie et les conventions tarifaires sont, à l'avenir, interdites. La commission du Conseil national, comme le Conseil fédéral, suit les recommandations de la Commission des cartels. La centralisation actuelle du droit de conclure des conventions auprès des

fédérations, de l'obligation de s'affilier à une fédération, la stricte uniformisation des conditions conventionnelles et le blocage de la concurrence qui lui est lié, sont ainsi supprimés. On compte que le renforcement de la concurrence aura un effet sur la maîtrise des coûts.

Les conventions tarifaires demeureront la règle. Elles n'auront cependant d'effet que pour les membres de fédérations qui y ont adhéré. De telles conventions sont également ouvertes aux non-membres. L'article 39 prévoit expressément les conventions individuelles ainsi que les conventions entre plusieurs assureurs et fournisseurs de prestations (al. premier). Le principe de la liberté conventionnelle est ainsi garanti.

Promotion des génériques (Art. 44 al. premier et 3)

Par génériques on entend des produits d'imitation de préparations originales plus avantageux, composés de substances actives identiques et de même dosage. Il y a lieu d'encourager leur utilisation pour autant qu'ils agissent de façon analogue à la préparation originale. L'Office fédéral des assurances sociales (Ofas) est chargé d'établir une liste à cette fin.

b. Renforcement des contrôles

Audition des organisations de patients avant l'établissement de la convention (Art. 37 al. 4)

Le prix des prestations est fixé dans les conventions tarifaires. C'est la raison pour laquelle on entendra les payeurs et les preneurs de prestations concernés à l'occasion des négociations conventionnelles.

Absence de convention tarifaire avec les hôpitaux publics (Art. 40 al. 4)

La Commission des cartels recommande de charger une instance particulière (représentants des fournisseurs de prestations, des assureurs, des consommateurs, des patients ou des organisations d'assurés et de spécialistes des tarifs) de fixer les tarifs en l'absence de convention tarifaire avec les hôpitaux publics. Le Conseil fédéral et le Conseil des Etats sont de l'avis qu'il appartient aux gouvernements cantonaux de fixer les tarifs en l'absence de convention. La commission du Conseil national adhère fondamentalement à cette attitude. En l'absence de convention tarifaire avec les hôpitaux publics ou subventionnés, le gouvernement cantonal est dans une certaine mesure, juge et partie. C'est pourquoi la commission fait sienne, en partie du moins, la recommandation de la Commission des cartels et propose que le gouvernement cantonal institue un comité de spécialistes chargé de fixer les tarifs.

Décisions cantonales en matière de conformité à la planification. Recours au Conseil fédéral (Art. 45 al. premier)

La Commission des cartels recommande de réserver à la Confédération la compétence de planifier, en particulier dans le domaine de la médecine de pointe et des hôpitaux. Le Conseil fédéral et la commission du Conseil national ne souhaitent pas aller aussi loin pour des considérations de droit constitutionnel. La commission prévoit cependant le droit de recourir au Conseil fédéral contre les décisions des gouvernements cantonaux, conformément à l'article 33 (art. 45 al. premier). Ainsi, lorsqu'un assureur considère qu'un hôpital figurant sur la liste cantonale ne répond pas aux conditions de planification ou que la planification hospitalière de base n'est pas conforme aux besoins, mais provoque une surcapacité, il peut emprunter les voies de recours mentionnées.

c. Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts

Les conceptions du Conseil fédéral et du Conseil des Etats divergent en l'occurrence largement.

Conseil fédéral:

En cas de développement excessif des coûts, compétence doit être donnée au Conseil fédéral de:

- prescrire, pour une durée limitée, un budget global dans les domaines de prestations concernés (art. 46);
- restreindre provisoirement l'admission des fournisseurs de prestations (art. 47).

Conseil des Etats:

On ne saurait admettre le budget global que dans le domaine stationnaire, en tant qu'instrument d'intervention ordinaire ou frein extraordinaire à la croissance des coûts (art. 46). A part cela, seul un blocage des tarifs ou des prix dans les domaines ambulatoires ou stationnaires entre en ligne de compte. La

compétence de promulguer les tarifs incombe à l'autorité qui approuve ou établit les conventions tarifaires, soit en règle générale le gouvernement cantonal; s'il s'agit de médicaments, d'analyses, de moyens diagnostiques et thérapeutiques, le DFI; en cas de conventions tarifaires applicables sur l'ensemble du territoire, le Conseil fédéral. La condition d'un blocage des tarifs et des prix est que les coûts de la santé atteignent au moins le double de l'évolution générale des salaires et des prix. Le blocage est interrompu dès que la croissance des coûts n'atteint pas plus de 50 pour cent de l'évolution générale des salaires et des prix (art. 47). La procédure est analogue à celle des arrêtés fédéraux urgents, mais la mesure est un peu moins sévère.

Le Conseil des Etats rejette une clause de restriction d'admission pour les fournisseurs de prestations.

Commission du Conseil national:

Elle rejette également une clause de restriction d'admission pour les fournisseurs de prestations. Dans le domaine des tarifs, la commission s'est décidée, en première lecture, en faveur d'une conception située entre le Conseil fédéral et le Conseil des Etats. Les conditions d'exercice d'une prérogative ou celles de prendre des mesures extraordinaires étaient identiques à celles proposées par le Conseil des Etats. Mais à la différence de ce dernier, la commission est favorable, non seulement à un blocage des tarifs et des prix dans les domaines ambulatoires et stationnaires, mais encore à l'établissement d'un budget global (cf. art. 46). Le Conseil fédéral devrait être habilité à coordonner les mesures d'établissement d'un budget global lorsque les assureurs, qui représentent ensemble un volume d'au moins un tiers des assurés, le demandent (art. 47).

Au cours de la deuxième lecture cependant, des réserves ont prévalu envers l'idée de budget global pour le domaine ambulatoire et la majorité de la commission s'est ralliée à la solution du Conseil des Etats.

2.3 Réduction des primes par des contributions publiques

Remarque préliminaire: le Conseil des Etats (CE) a permuté les articles 57 et 58 du projet du Conseil fédéral (CF). Ainsi, l'article 57 CE correspond à l'article 58 CF et l'article 58 CE correspond à l'article 57 CF. La commission du Conseil national suit la méthode du Conseil des Etats.

A l'instar du Conseil fédéral et du Conseil des Etats, la commission du Conseil national prévoit les principes impératifs suivants:

- les cantons accordent des réductions de primes aux assurés connaissant une situation économique modeste (art. 58 al. premier, CF, art. 57 al. premier, CE et CSSS-CN);
- la Confédération et les cantons débloquent des subsides dans ce but (art. 57 CF, art. 58 CE et CSSS-CN);
- un arrêté fédéral simple fixe le montant de la contribution fédérale à chaque fois pour une durée de quatre ans (art. 57 al. 2 CF, art. 58 al. 2 CE et CSSS-CN);
- les dispositions transitoires de la loi fixent, à compter de son entrée en vigueur, le montant de la contribution fédérale pour les quatre premières années, contribution qui s'élève, pour cette période, à 8 milliards de francs (art. 98);
- l'ensemble de la contribution des cantons doit atteindre au moins la moitié de l'ensemble de la contribution fédérale (art. 57 al. 4 CF, art. 58 al. 4 CE et CSSS-CN).

A la différence du Conseil fédéral (art. 58) et du Conseil des Etats (art. 57), la majorité de la commission du Conseil national, n'entend cependant pas dicter aux cantons le système à adopter, du moment qu'il y a lieu de procéder à une baisse des primes. Elle laisse en l'espèce aux cantons toute liberté d'agir et, ce faisant, répond à un vœu qu'ils ont exprimé avec insistance. Les cantons d'ores et déjà dotés d'un système de réduction des primes bien structuré pourront le conserver. Les autres cantons disposent de la plus large marge de manoeuvre dans ce domaine. Mais, on prescrira que la contribution annuelle de la Confédération et des cantons devra être, par principe, intégralement versée au titre de la réduction des primes, au bénéfice des assurés connaissant une situation économique modeste (art. 57 al. 2 CSSS-CN).

Estimation de la contribution fédérale

Les subsides par canton se calculent en fonction de la capa-

cité financière, du nombre d'assurés et des coûts de la santé dans le canton concerné.

A la différence du Conseil fédéral et du Conseil des Etats, la commission du Conseil national ne prévoit pas, à l'article 98, de fixer, à compter de l'entrée en vigueur de la loi, des subsides fédéraux constants pour une durée de quatre ans chaque fois, mais une contribution fédérale au titre de la réduction des primes, qui varie en fonction d'une progression annuelle. La somme globale pour les quatre premières années reste cependant fixée à 8 milliards de francs. L'augmentation de la contribution fédérale annuelle permettra de mieux prendre en compte la croissance inévitable des coûts et des primes également lorsque des efforts supplémentaires seront nécessaires pour maîtriser ces mêmes coûts, et, ainsi, de contrecarrer à temps une dévaluation de la réduction des primes.

#### 2.4 Domaine des prestations

A l'article 32, la commission du Conseil national propose que le Conseil fédéral:

- arrête une ordonnance d'admission pour les psychothérapeutes indépendants;
- règle les conditions d'admission pour les psychothérapeutes et les physiothérapeutes dépendants.

Ainsi, les activités que les psychothérapeutes peuvent accomplir à la charge des caisses-maladie sont fixées dans la loi. L'assurance les indemnise pour les prestations qu'ils ont fournies sur ordonnances médicales (art. 19 al. 2 let. a, 27 al. 2).

#### 2.5 Promotion de la santé, de l'efficacité et de la rentabilité dans le domaine de la santé

La commission du Conseil national ouvre un domaine nouveau et ajoute au projet les articles 15a-15c et 58a (nouveaux). Promotion de la santé (Art. 15a-15c)

Les assureurs devront désormais s'engager aussi dans ce domaine et plus précisément dans la coopération avec les cantons, les organisations intéressées, la CNA, le corps médical, les milieux scientifiques et la Confédération. Une commission instituée par le Conseil fédéral assurera cette coordination. Pour chaque assuré obligatoire, les assureurs sont tenus de fournir une contribution annuelle fixée par le Conseil fédéral pour la prévention générale des maladies.

Promotion de l'efficacité et de la rentabilité dans le domaine de la santé (Art. 58a)

Le Conseil fédéral accorde des subsides aux organisations actives sur l'ensemble du territoire, qui servent cet objectif. L'accent porte essentiellement sur l'information des assurés et le conseil aux groupes d'entraide.

#### 2.6 Modifications dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières

Selon le Conseil fédéral et le Conseil des Etats, le droit aux indemnités journalières prend naissance en cas d'incapacité de travail intégrale; selon la commission du Conseil national une incapacité de 50 pour cent suffit pour la naissance du droit (art. 64 al. 2).

En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée minimale légale (720 jours dans une période de 900 jours). La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

#### 2.7 Egalité des primes et inclusion des prestations de maternité dans les assurances supplémentaires et les assurances d'indemnités journalières privées facultatives

Le principe de l'égalité des primes dans la Lamal est prévu (art. 53 et 68) pour le domaine de l'assurance-maladie sociale (assurance obligatoire des soins, assurance facultative d'indemnités journalières). Les coassureurs privés aussi bien que les caisses-maladie doivent observer ce principe. En revanche, les assurances complémentaires devraient être réglées par le droit des institutions d'assurance privées conformément à la version du Conseil fédéral (art. 16 al. 2bis). Autrement dit, dans ce domaine, les caisses-maladie pourraient, tout comme les assureurs privés, fixer des primes adaptées au risque et ainsi prévoir pour les femmes au moins d'un certain âge, des primes plus élevées que les hommes. La majorité de la commission considère une telle inégalité des primes comme une discrimination envers les femmes contraire au principe de l'égalité des droits prévu à l'article 4 alinéa 2 de la

constitution. Une telle pratique constituerait même, s'agissant des caisses-maladie, une régression par rapport au droit actuel conformément à l'arrêté fédéral urgent. C'est pourquoi la majorité de la commission demande que le principe de l'égalité des primes s'applique également à l'assurance complémentaire ainsi qu'à l'assurance d'indemnités journalières privée facultative. De plus, elle veut interdire l'exclusion des prestations de maternité de l'assurance complémentaire ou de l'assurance d'indemnités journalières privée facultative. Ainsi, toute discrimination des femmes doit être exclue de l'assurance-maladie privée.

#### 3. Modifications article par article, proposées par la commission du Conseil national

##### Article 6 alinéa 2

Suppression de la compétence des cantons de régler la répartition des assurés entre assureurs et d'entendre les assureurs auparavant.

##### Article 7

Le contenu de l'alinéa 4 figure à l'alinéa 2a (nouveau) et 2b (nouveau). Alinéa 3: introduction de l'obligation pour l'ancien assureur de communiquer à l'assuré la date à partir de laquelle il ne l'assure plus. L'alinéa 4 est biffé.

##### Article 7a-7c

Introduction de la possibilité d'exclure la couverture de l'accident à titre subsidiaire lorsqu'il est complètement couvert par la LAA (voir aussi ch. 2.1 let. b).

##### Article 9 alinéa premier

Nouvelle définition des caisses-maladie (version CF élargie).

##### Article 10 alinéa 2 lettre d

Précision: les assureurs qui veulent pratiquer l'assurance-maladie obligatoire des soins doivent aussi offrir l'assurance d'indemnités journalières individuelle (art. 59-69). Ils sont libre d'offrir ou non une assurance d'indemnités journalières collective.

##### Article 13 alinéa 2

Principe de la gratuité des renseignements (retour à la version du CF)

##### Article 15 alinéa premier

Introduction d'une représentation des assurés dans les organes de l'institution commune.

##### Article 15a-15c

Promotion de la santé: nouvelle tâche des assureurs en collaboration avec les cantons, la CNA, les médecins, les milieux scientifiques, la Confédération, les organisations spécialisées dans le domaine de la prévention. Désignation d'une commission de coordination. Perception d'une contribution annuelle par assuré.

##### Article 16 alinéa 2bis

Précision: il est expressément dit que l'Ofap exerce la surveillance des caisses-maladie qui pratiquent l'assurance complémentaire en application de la LSA.

##### Article 16 alinéa 3

Précision: les instructions adressées par l'Ofas aux assureurs ont pour but une application uniforme du droit fédéral.

##### Article 17 alinéa 2

Compétence pour le Conseil fédéral d'édicter des dispositions de limitation des frais administratifs définie de manière plus générale. L'évolution des prix et des salaires et non plus uniquement celle des salaires doit servir de référence. Compétence ne peut plus être déléguée à l'Ofas.

##### Article 19 alinéa 2 lettre e

Distinction rédactionnelle:

e: séjour à l'hôpital;

ebis: séjour dans un établissement semi-hospitalier.

##### Article 20

Définition un peu plus restrictive des mesures préventives; reprise de la formulation du projet de 1987.

##### Article 23 alinéa 2 lettre a

Introduction des examens de contrôle effectués par une sage-femme comme prestations en cas de maternité.

##### Article 26 alinéa premier

Retour à la version du Conseil fédéral (suppression dans la 2ème phrase - version du Conseil des Etats - de la manière dont l'efficacité doit être prouvée).

**Article 27 alinéa 4**

«Commissions de spécialistes» est remplacé par «commissions». Ainsi il est clairement dit que peuvent faire partie des commissions non seulement des spécialistes, mais aussi des représentants des patients ou des consommateurs.

**Article 31 alinéa 3**

Retour à la version du Conseil fédéral. Le Conseil fédéral (et non les cantons – comme dans la version du Conseil des Etats et dans le droit actuellement en vigueur) règle la distribution des médicaments par les médecins (propharmacie).

**Article 32**

– L'admission des psychothérapeutes indépendants est réglée dans une ordonnance fédérale.

– L'admission des physiothérapeutes et des psychothérapeutes employés par des médecins est réglée par ordonnance.

**Article 33 alinéa 2**

Les établissements semi-hospitaliers ne doivent pas correspondre à une planification cantonale et n'ont pas à figurer sur la liste cantonale.

**Article 33 alinéa 3**

Les conditions pour l'admission des établissements médico-sociaux sont les mêmes que pour les hôpitaux (pas de modification matérielle).

**Article 34 alinéa 2**

Les établissements de cure balnéaire doivent aussi remplir des conditions concernant le personnel nécessaire.

**Article 35 alinéa 2 lettre b**

Une hospitalisation nécessaire hors du canton de domicile de l'assuré doit être faite dans un hôpital qui figure sur la liste dressée par le canton où réside l'assuré.

**Article 35 alinéa 3**

Lorsque le canton de domicile prend en charge les coûts nécessaires d'une hospitalisation hors du canton il a un droit de recours contre le tiers responsable en application de l'article 71.

**Article 36 alinéa 2**

Obligation de prévoir le système du tiers payant pour les prestations hospitalières.

**Article 36 alinéa 3**

Dans le système du tiers payant l'assuré reçoit aussi une copie de la facture.

**Article 37 alinéa 4**

Les organisations de patients doivent être entendues lors de l'établissement des conventions tarifaires.

**Article 38a**

Modification rédactionnelle de la version du Conseil des Etats (une «protection tarifaire adéquate» est remplacé par une «protection tarifaire» valable dans une situation d'exception).

**Article 39 alinéa 2**

3e phrase: les non-membres à une convention tarifaire peuvent être contraints à verser une contribution non seulement aux frais de conclusion de la convention, mais aussi aux frais de son application.

**Article 39 alinéa 2bis**

Interdiction des ententes cartellaires (voir ch. 2.2).

**Article 40 alinéa 4**

Une commission de spécialistes de la tarification fixe le tarif en l'absence de convention tarifaire avec un hôpital public ou subventionné (voir ch. 2.2).

**Article 42 alinéa 5**

Les tarifs des soins semi-hospitaliers et ambulatoires à l'hôpital sont aussi fixés par les partenaires tarifaires.

**Article 42 alinéa 6**

L'avant-dernière phrase de la version du Conseil des Etats est modifiée ainsi: «Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces» («établies dans tous les cantons»: supprimé). Correspond à la dernière phrase de la version du Conseil fédéral.

**Article 42 alinéa 7**

Adaptation rédactionnelle à l'article 40 alinéa 4.

**Article 43a**

Budgétisation globale: introduction possible par les cantons en tant que mesure durable, pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. Correspond à l'article 46 alinéa premier lettre a de la version du Conseil des Etats

**Article 44 alinéa premier lettre b**

Etablissement d'une liste des génériques par l'Ofas.

**Article 44 alinéa 3**

Devoir des prestataires de développer l'utilisation des génériques.

**Article 45 alinéa premier**

Les décisions cantonales d'admission des hôpitaux et des établissements médico-sociaux (conformité à la planification) sont susceptibles d'un recours au Conseil fédéral. Plus loin: adaptation rédactionnelle.

**Article 45 alinéa 2**

Retour à la version Conseil fédéral: la qualité pour recourir en matière de tarifs est élargie aux assurés. Les organisations dont les statuts comprennent la défense des intérêts des assurés en matière de tarifs ont aussi qualité pour recourir.

**Article 46**

Budgétisation globale: introduction possible par les cantons, en tant que mesure temporaire de lutte contre le renchérissement, pour les hôpitaux ou les établissements médico-sociaux. Correspond à l'article 46 alinéa premier lettre b de la version du Conseil des Etats.

**Article 49 alinéa premier**

Désignation des médecins-conseils par les assureurs après consultation de la société médicale (retour à la version du CF) et durée de pratique portée à cinq ans. L'expérience acquise en tant que médecin hospitalier n'est plus jugée équivalente au contraire de ce que prévoyait la version du Conseil des Etats.

**Article 49 alinéa 3**

Modification rédactionnelle (concerne la récusation d'un médecin-conseil).

**Article 52 alinéa 3**

Primes et prestations pour maladie et accident doivent être désignées séparément (cf. art. 7a–7c).

**Article 53 alinéa 3**

Une prime plus basse que celle des adultes peut être fixée pour les jeunes adultes (18–25 ans) qui sont encore en formation.

**Article 54 alinéa 3**

Pour fixer les limites maximales des réductions de primes et les limites minimales des suppléments de primes, le Conseil fédéral doit se fonder sur les besoins de l'assurance (précision et rapport avec la réglementation des formes particulières d'assurances).

**Article 55 alinéa premier**

L'indemnisation des tiers qui participent à l'exécution de l'assurance-maladie devient une obligation pour l'assureur, alors qu'il ne s'agissait que d'une possibilité.

**Article 56 alinéa 4**

Suppression de la franchise et réduction du montant maximal de la quote-part à la moitié pour enfants jusqu'à dix-huit ans révolus.

**Article 57**

Simplification importante de la disposition: liberté administrative accordée aux cantons (cf. ci-dessus ch. 2.3). N'est imposée aux cantons que l'obligation d'accorder des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste et de verser à cet effet l'entier de la subvention fédérale et cantonale. Hormis le devoir de renseigner, prévu à l'article 74 alinéa 3, les assureurs ne seront tenus de participer à la réduction des primes qu'avec leur consentement.

**Article 58 alinéa 2**

Il n'est plus fait référence de manière expresse à l'état des finances fédérales.

Cette suppression n'entraîne pas de modification de fond, car la détermination du montant de la subvention fédérale devra en tenir compte. Il n'était d'ailleurs pas nécessaire de le mentionner dans la Lamal spécialement alors que cette précision n'est pas contenue dans d'autres lois

**Article 58 alinéa 3**

Lors de la répartition des subsides fédéraux entre les cantons le Conseil fédéral pourra prendre en compte, non seulement la population résidente et la capacité financière des cantons, mais encore les frais de santé de chaque canton.

**Article 58a**

Subsides fédéraux attribués aux organisations qui contribuent à promouvoir l'efficacité et la rentabilité dans le domaine de la santé.

**Article 62 alinéa 3**

L'ancien assureur doit veiller à ce que l'assuré soit informé de son droit de libre passage (il ne doit pas forcément donner lui-même cette information).

**Article 63 alinéa 2**

Même règle qu'à l'article 62 alinéa 3 pour le passage d'une collective à l'individuelle.

**Article 64 alinéa premier**

Le risque accident peut être exclu de l'assurance d'indemnités journalières.

**Article 64 alinéa 2**

– L'assuré a droit à une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail d'au moins 50 pour cent.

– Le délai d'attente convenu peut être déduit de la durée maximale du versement de l'indemnité journalière.

**Article 64 alinéa 4**

En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité réduite est versée; la couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

**Article 64 alinéa 5**

En cas de réduction de l'indemnité journalière à cause de la surindemnisation, la durée du versement des prestations est allongée en conséquence (correspond à l'art. 12bis al. 4 de la Lama actuelle).

**Article 66 alinéa 3**

Biffé; suppression d'une disposition qui prévoyait que le droit à l'indemnité en cas de maternité tombait si la mère accomplissait des travaux nuisibles à sa santé.

**Article 69**

Dernière phrase biffée; suppression de la compétence du Conseil fédéral de limiter les différences de primes dans les assurances collectives d'indemnités journalières.

**Article 74 alinéa 3**

Les assureurs doivent fournir aux autorités cantonales compétentes les renseignements nécessaires à la réduction des primes, et ceci gratuitement.

**Article 87**

Lors de la préparation des ordonnances d'exécution, les cantons, les organisations intéressées ainsi que des spécialistes des domaines concernés doivent être entendus.

**Article 88 alinéa 2**

Modifications de la LSA:

– L'article 5 LSA peut être biffé grâce à la précision apportée à l'article 16 alinéa 2bis du projet.

– Article 47 alinéa 2 (nouveau) et alinéa 3 (nouveau) de la LSA: la procédure en cas de contestations relatives aux assurances complémentaires doit être simple, rapide et en règle générale gratuite.

**Article 88 alinéa 3**

Modifications de la LCA:

– Article 88a LCA: égalité des primes dans les assurances complémentaires et dans les assurances privées facultatives d'indemnités journalières.

– Article 88b: inclusion des prestations en cas de maternité dans les assurances complémentaires et les assurances facultatives privées d'indemnités journalières.

**Article 88 alinéa 5**

Les primes de l'assurance-maladie étant exclues du calcul du droit aux prestations complémentaires une augmentation de la limite du revenu est prévue; pour les pensionnaires une augmentation correspondante du montant laissé à leur disposition est prévue.

**Article 93 alinéa 4**

Les médecins-conseils qui exerçaient déjà sous l'ancien droit peuvent poursuivre leur activité; les dispositions régissant les médecins-conseils leur sont applicables à l'exception de celles sur l'admission.

**Article 94 alinéa 5**

Précision rédactionnelle: cette disposition ne s'applique qu'aux institutions d'assurance privées qui pratiquent l'assurance-maladie sociale.

**Article 97 alinéa 4**

Biffé. La limitation de la compensation des risques à dix ans est supprimée. La compensation des risques devient ainsi un instrument permanent (cf. ci-dessus ch. 2.1 let. a).

**Article 98**

Echelonnement des subventions de la Confédération pour la réduction des primes pendant les quatre années qui suivront l'entrée en vigueur de la loi.

**Antrag der Kommission**

Eintreten

**Antrag Zisyadis**

Nichteintreten

**Antrag Keller Rudolf**

Rückweisung an die Kommission

mit dem Auftrag, eine Vorlage auszuarbeiten, die:

- eine obligatorische soziale Grundversicherung mit Prämienverbilligungen für Minderbemittelte vorsieht;
- Spitex und Prävention fördert;
- die Mengenausweitung von Medikamenten begrenzt;
- höchstens 10 Prozent zusätzliche Krankenkassenprämien bringt;
- keinen Eingriff in den Bereich der privaten Krankenversicherung vornimmt.

**Antrag Maspoli**

Rückweisung an den Bundesrat

mit dem Auftrag, eine obligatorische soziale Bundeskrankenkasse, welche alle medizinischen Grundbedürfnisse abdeckt, zu errichten.

**Proposition de la commission**

Entrer en matière

**Proposition Zisyadis**

Ne pas entrer en matière

**Proposition Keller Rudolf**

Renvoi à la commission

avec mandat de présenter un projet qui:

- prévoit une assurance sociale de base avec une diminution des primes pour les personnes économiquement faibles;
- encourage la prévention et les soins à domicile;
- limite la croissance de l'usage de médicaments;
- occasionne une augmentation maximum de 10 pour cent des primes des caisses-maladie;
- ne porte pas atteinte au domaine des assurances-maladie privées.

**Proposition Maspoli**

Renvoi au Conseil fédéral

avec le mandat d'instituer une caisse-maladie fédérale qui couvre les besoins médicaux de base.

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Wir befinden uns heute gewissermassen zwischen zwei historischen Daten: dem letzten Abstimmungssonntag vom 26. September 1993 und dem kommenden Dienstag, dem 5. Oktober 1993, an welchem wir mit der Detailberatung des Krankenversicherungsgesetzes beginnen werden.

Wieso ist der 5. Oktober ein historischer Tag? Vor 94 Jahren, am 5. Oktober 1899, hat das Parlament die Lex Forrer verabschiedet; sie wurde hernach in der Referendumsabstimmung verworfen. Die Lex Forrer beinhaltete ein Obligatorium für Krankenpflege und Krankengeld bis zu einem bestimmten Einkommen, finanziert durch Lohnprozente.

Kommen Ihnen diese Forderungen etwa bekannt vor? Es dauerte Jahre, nämlich bis 1912, bis das Volk zu einem Bundesgesetz über die Krankenversicherung ja sagen konnte. Es war ein auf Freiwilligkeit beruhendes Bundesgesetz, im Grunde ein Subventionsrahmengesetz für die Krankenversicherung, und es gilt noch heute. Während gut fünfzig Jahren blieb dieses Gesetz unverändert. 1964 erfolgte die bisher einzige wirkli-

che Revision, notabene ohne Referendum. Sie brachte keine Aenderung der Struktur der Krankenversicherung, dafür erleichterten Zutritt, verbesserte Leistungen und als Wichtigstes die Erhöhung der Bundesbeiträge und ihre Koppelung an die Krankenpflegekosten. Dieser letzte Punkt wurde 1977 mit der Plafonierung der Bundesbeiträge an die Krankenkassen abrupt rückgängig gemacht. Ueberwälzung der Kostensteigerung auf die Prämien war die logische Folge. Und die hohen Kopfprämien sind ja eine der Hauptursachen des gegenwärtigen Malaises in der Krankenversicherung.

Die Entwicklung seit 1964 ist nur noch eine Kette der gescheiterten Reformen und Reformversuche. Zum letzten Mal erfuhr das Krankenversicherungs-Sofortprogramm 1987 in der Volksabstimmung eine wuchtige Abfuhr. Dabei wären die Krankenpflege- und Taggeldversicherung weiterhin freiwillig geblieben, die Subventionen wären aber gezielter verwendet worden; obligatorisch wäre neu ein Mutterschaftstaggeld für alle Frauen gewesen.

Erstes Fazit: Bis heute sind sämtliche Versuche, die ganze Krankenpflegeversicherung bzw. Teile davon oder die Taggeldversicherung obligatorisch zu erklären, zwar nicht im Parlament, aber vor dem Volk gescheitert.

Mit dem Nein von 1987 waren aber die Probleme nicht gelöst. Reformen sind unerlässlich und dringlich wegen der Entsolidarisierung, wegen der Kostensteigerung und wegen der Finanzierung. Die 1985 eingereichte Krankenkassen-Initiative blieb beim Konzept der freiwilligen Versicherung, verlangte aber viel mehr Subventionen und wurde 1992 wuchtig verworfen. Die 1986 von den Sozialdemokraten eingereichte Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» verlangt ein Obligatorium für Krankenpflege und Taggeld, finanziert mit Lohnprozenten, fast wie die Lex Forrer vor 94 Jahren. Bundesrat und Parlament lehnen sie ab, der Volksentscheid steht noch aus.

Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen, kombiniert mit einer echten Giesskannensubvention, hat es nicht zugelassen, dass wir den Dingen bis zum Inkrafttreten einer Totalrevision einfach ihren Lauf lassen. 1991 trat der erste dringliche Bundesbeschluss in Kraft, mit Tarif- und Preisstopp und einem Risikoausgleich unter den Kassen. 1993 trat der zweite dringliche Bundesbeschluss in Kraft. Neben Tarif- und Preisstopp brachte er auch die Prämienungleichheit für Mann und Frau und eine Beteiligung an den Spalkosten, die zum Referendum führte.

Damit sind wir beim zweiten historischen Tag, von welchem ich eingangs gesprochen habe, dem Abstimmungssonntag vom 26. September 1993. Das mit 80,5 Prozent überwältigende Ja des Volkes zum dringlichen Bundesbeschluss ist in der Tat ein historisches Ereignis, ist es doch nach 1912 und 1964 erst das dritte Mal in bald hundert Jahren, dass das Volk zu einer Vorlage über die Krankenversicherung überhaupt ja gesagt hat. Vor diesem historischen Hintergrund haben wir die Arbeit an der Totalrevision zu sehen. Das vom Volk am Sonntag eindrücklich bestätigte Notrecht mit starken staatlichen Eingriffen ist nicht mehr und nicht weniger als eine Ueberbrückungshilfe bis zum Inkrafttreten der Totalrevision, deren Notwendigkeit und Dringlichkeit nur um so deutlicher zutage tritt. Das Ja ist aber auch die Bestätigung für die Zielrichtung unserer Arbeit: Solidarität mit mehr Eigenverantwortung und Kosteneindämmung.

Bei der Behandlung der Vorlage im Ständerat im Dezember 1992 wurde an die Adresse unserer Kommission von Ständerat Schoch, dem Präsidenten der Expertenkommission, der dringliche Appell gerichtet: «Eile tut not!» Dieses Motto hat sich Ihre Kommission für die Organisation und Terminierung ihrer Arbeiten zu eigen gemacht. Wir haben die Vorlage an 23 Sitzungstagen beraten, mit Beginn am 7. Januar 1993 und bis zum 3. September 1993. Allgemeine Hearings führten wir keine durch, da die Kommission an den Hearings der ständerätlichen Kommission hatte teilnehmen können. Zu einem Hearing eingeladen wurde hingegen die Kartellkommission zur Erläuterung ihres erst Anfang 1993 publizierten Berichts. Zur Vorlage wurden zwei Lesungen durchgeführt und insgesamt 287 Anträge beraten. Auf der Fahne finden Sie zwei Dutzend Minderheitsanträge.

Mit ihrer zügigen, aber intensiven Arbeitsweise wollte die Kommission der politischen Erwartung Rechnung tragen und eine Behandlung in der Herbstsession ermöglichen. Aus Zeitgründen, um Ihnen die Arbeit zu erleichtern, wurde Ihnen gleichzeitig mit der Fahne ein erläuternder Bericht vorgelegt. Auch vom Parlament ist eine etwas schnellere Gangart zu erwarten, wenn Not am Mann oder an der Frau ist, denn dass wir dazu fähig sind, haben wir bei der Behandlung der EWR-Vorlage bewiesen. An jener Sonderanstrengung werden wir jetzt bei der Behandlung der Krankenversicherung von der Bevölkerung auch gemessen.

In meinen Ausführungen werde ich mich auf einige Akzente unserer Kommissionsberatung beschränken. Im übrigen verweise ich auf unseren schriftlichen Bericht.

Vorerst möchte ich denjenigen meinen besten Dank aussprechen, welche die Voraussetzungen geschaffen haben, dass die Kommission das ihr gesteckte Ziel der Behandlung der Vorlage in der Herbstsession erreichen konnte. Der Dank geht allen voran an unseren Kommissionssekretär, Herrn Daniel Zehnder vom Fachdienst IV der Parlamentsdienste. Der Dank geht auch an Herrn Direktor Seiler vom BSV und seine Mitarbeiter, Herrn Moser und Herrn Schürer, die wir mit unseren Wünschen nach Information und Zusatzberichten oft genug strapaziert haben.

Zu den Grundzügen der Vorlage: Die beiden Hauptziele, Solidarität und Kosteneindämmung, werden von der Kommission vollumfänglich geteilt. Die 287 Anträge haben uns nicht vom Pfad der Tugend der vom Bundesrat und Ständerat gelegten Grundlinie der Vorlage abweichen lassen. Auch finanziell haben wir den vorgegebenen Rahmen nicht gesprengt. Was wir Ihnen vorlegen, ist ein sozialverträglicher Kompromiss im guten Sinne. Er enthält soviel Staat wie nötig und soviel Markt wie möglich. Die Krankenversicherung wird damit nicht revolutioniert, aber doch auf einen neuen Weg gebracht, der «festgefahrene Karren der Krankenversicherung endlich aus dem Dreck» gezogen, wie es Josi Meier im Ständerat formulierte (AB 1992 S 1280). Es ist gewissermassen eine behutsame Totalrevision. Warum nicht mutiger? können Sie fragen.

Die Kommission war sich darüber einig, dass die Einführung des Obligatoriums in der Krankenpflegeversicherung der eigentliche Angelpunkt für die Wiederherstellung der Solidarität ist. Es ist eine absolut unumgängliche Notwendigkeit, die Grundlage, auf welcher die neue Art der Subventionierung eingeführt werden kann, die Prämienverbilligung nach sozialen Kriterien statt der bisherigen Abgeltung gesetzlicher Auflagen. Nur das Obligatorium erlaubt auch die volle Freizügigkeit als wichtiges Element des Wettbewerbs.

Mein historischer Exkurs wollte Ihnen in Erinnerung rufen, wie schwierig es in unserem Lande ist, irgend etwas in der Krankenversicherung obligatorisch zu erklären. Sämtliche Versuche hierzu sind bisher gescheitert, deshalb beschränkten Bundesrat, Ständerat und Ihre Kommission die Einführung des Obligatoriums auf die Krankenpflegeversicherung. Dort ist es in der Tat in der heutigen Zeit unerlässlich, nicht als Ziel an sich, sondern als Mittel zum Zweck der Wiederherstellung der Solidarität.

Zum Leistungsausbau: Wenn der Staat eine obligatorische Krankenpflegeversicherung vorschreibt, so hat er auch die Pflicht, dafür zu sorgen, dass diese Sozialversicherung den Zugang aller zur medizinischen Grundversorgung wirklich sicherstellt. Zusatzversicherungen haben also nur noch die Aufgabe, Komfortleistungen abzudecken. Aus diesem Grunde war ein beschränkter Ausbau der Leistungen in der Grundversicherung unabdingbar. Als Beispiel sei die unbeschränkte Leistungspflicht im Spital genannt.

Ein weiterer Eckpunkt der Vorlage, die Prämienverbilligung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit: Sie ist um so notwendiger, als es keine Kollektivversicherungen mit günstigeren Prämien mehr geben wird.

Kritik war zu hören: Ueber die Hälfte der Bevölkerung würde durch die neue Form der Prämienverbilligung zu Subventionsempfängern. Das Gegenteil ist wahr. Heute, unter dem geltenden Gesetz, haben wir eine echte Giesskannensubvention, von welcher 100 Prozent der Bevölkerung profitieren. Unser Kopfprämiensystem mit der Freiwilligkeit der Versicherung,

kombiniert mit Subventionen des Bundes an die Krankenkassen zur Abgeltung der gesetzlichen Auflagen, bringt das mit sich. Das ist spätestens im Jahre 1993 ein volkswirtschaftlicher Unsinn. Es trägt den sozialpolitischen Erfordernissen überhaupt nicht Rechnung und muss geändert werden, wie das auch eine von beiden Räten bereits 1986 überwiesene Motion verlangt. Erst auf der Grundlage des Obligatoriums kann die volle Freizügigkeit eingeführt werden. Sie ist ein Element des Wettbewerbs, das auch zur Kosteneindämmung beitragen soll.

Mehr Wettbewerb ist auch das Stichwort bei der Uebernahme des Kartellverbotes bei Aerzten und Krankenkassen. Die Kommission folgt hier einstimmig dem Vorschlag, wie er vom Bundesrat in die Kommission eingebracht wurde. Der Markt im Gesundheitswesen ist kein gewöhnlicher Markt. Die Ausgewogenheit der Vorlage verlangt deshalb, dass neben den Elementen des Wettbewerbs auch staatliche Eingriffsmöglichkeiten zur Verfügung stehen für den Fall, dass die Kostenentwicklung wieder aus dem Ruder läuft. Der Weg über Notrecht ist tunlichst zu vermeiden. Es braucht reguläre Instrumente.

In der Frage über das Wie war die Kommission gespalten. In der ersten Lesung hat sie mit einer Stimme Differenz einer Neufassung des Bundesrates zugestimmt. Sie entspricht dem Eventualantrag der Minderheit auf der Fahne mit der Möglichkeit von Globalbudgets auch im ambulanten Bereich. In der zweiten Lesung schloss sich die Kommission ebenfalls mit einer Stimme Differenz dem Konzept des Ständerates an, das sich auf die Instrumente Tarif- und Prämienstopp beschränkt, wie sie im dringlichen Bundesbeschluss enthalten sind. Es waren dies die am heissesten umstrittenen Punkte der Vorlage.

Zum Stichwort Kosteneindämmung: Es gibt kein Patentrezept! Die Vorlage enthält eine ganze Anzahl von Bestimmungen, deren Zusammenwirken zur Kosteneindämmung beitragen soll. Die Kommission hat diesem Konzept zugestimmt. Viele der von Ihrer Kommission eingebrachten Aenderungen mögen Ihnen als Ziselierungen erscheinen. Sie sind in der Tat Zeugnis von Feinarbeit, die nach unserer Meinung die Qualität der Vorlage erhöht. Dabei sind zu erwähnen: bei den Leistungen: beschränkter Einbezug der Tätigkeit der Psychotherapeuten, Einführung der Förderung der Gesundheit und Verpflichtung der Versicherer, an der Gesundheitsförderung mitzuwirken; bei der Kostenbeteiligung: familienfreundlichere Ausgestaltung von Prämien und Kostenbeteiligung für Kinder und Jugendliche sowie Ausdehnung der Kostenbeteiligung auf den stationären Bereich, um gleich lange Spiesse zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich zu schaffen. Das Volk hat letzterem am Sonntag zugestimmt.

Beim Taggeld sind wir angesichts des mehrmaligen Scheiterns jeglicher weiter gehenden Lösung beim Konzept des Bundesrates mit der freiwilligen Taggeldversicherung geblieben. Neu eingeführt hat die Kommission die Prämienungleichheit von Mann und Frau, auch im Bereich der Zusatzversicherung und im Bereich der privaten Taggeldversicherung mit Aufnahmepflicht und Verbot des Ausschlusses von Leistungen bei Mutterschaft. Ueber diese Aenderung des Versicherungsvertragsrechtes wurde heftig diskutiert. Auf sie wird in der Detailberatung vertieft einzugehen sein.

Zu den finanziellen Auswirkungen haben Sie ein Papier erhalten, das zeigt, dass wir keine Schleusen geöffnet haben. Auch hier haben wir Feinarbeit geleistet, indem bei der Organisation der Prämienverbilligung auf die Kantone vermehrt Rücksicht genommen wird. Aber finanziell werden die Vorgaben vom Bundesrat gegeben. Die Verteilung der Bundessubventionen über die ersten vier Jahre soll gemäss Kommission gestaffelt erfolgen, um eine vorzeitige Entwertung der Prämienverbilligung wegen ansteigender Kosten und Teuerung zu vermeiden.

Die im Vergleich zu heute erhöhten Bundessubventionen – von rund 1,3 Milliarden Franken auf 8 Milliarden Franken pro Jahr, verteilt auf vier Jahre – passen natürlich schlecht in den Bundeshaushalt, dessen Löcher immer grösser werden. Die Kommission war sich dessen durchaus bewusst. Sie hat aber der Notwendigkeit dieser Erhöhung ohne Gegenanträge zugestimmt. Amputationen sind nicht nur medizinisch eine ge-

fährliche Sache. Bei dieser Vorlage könnte der Amputationsversuch an der Subvention ins Auge gehen. Der Wechsel zu einer sozialverträglichen, umfassenden obligatorischen Krankenpflegeversicherung kostet Geld. Aber wir haben die Pflicht, dafür zu sorgen, dass die Leistungen unseres hochstehenden Gesundheitswesens für jeden Bürger und jede Bürgerin zu sozialverträglichen Bedingungen verfügbar sind. Dabei ist auf die Eigenverantwortung durchaus mehr Gewicht zu legen, wie es die Vorlage ja tut.

Während der ganzen Beratung der Vorlage war sich die Kommission bewusst, dass die Totalrevision einen indirekten Gegenvorschlag zur Initiative der Sozialdemokraten darstellt. Alle Kommissionsmitglieder haben mitgeholfen, einen ausgewogenen Kompromiss zu erarbeiten. Das ist uns mit dieser Vorlage weitgehend gelungen. Die Alternative heisst Lohnprozente, und das Volk hat darüber noch nicht entschieden. Eintreten auf die Vorlage war in der Kommission unbestritten.

Ich bitte namens der Kommission auch Sie, dem Eintreten zuzustimmen und die beiden Rückweisungsanträge abzulehnen – oder auf französisch mit einem «diction» ausgedrückt: Un tiens vaut mieux que deux tu l'auras.

Unser Gesundheitswesen ist anerkanntermassen hochstehend und ausgezeichnet. Darum wollen wir es so erhalten. Seine Kosten sind laut OECD im internationalen Vergleich im Mittelfeld. Am Ende seiner Möglichkeiten angelangt ist das gute alte, aus dem Jahr 1911 stammende Krankenversicherungsgesetz. Die geltende Ordnung taugt nicht mehr zur Lösung der Probleme. Diese Totalrevision will Abhilfe schaffen. Sie tut es – wie eingangs erwähnt – auf behutsame Art als ausgewogener Kompromiss. Maximallösungen sind bis jetzt immer gescheitert. Diese Revision will das Optimum, nicht das Maximum!

Ich bitte Sie eindringlich, in der Detailberatung daran zu denken.

**M. Philipona**, rapporteur: Le plus ancien exemple d'assurance-maladie et accidents connu dans le monde remonte, semble-t-il, à l'an 470 avant Jésus-Christ. Sur une tablette de bronze, on découvre un contrat passé entre la cité grecque d'Idalion et le médecin Onasikypros et ses frères concernant les soins aux personnes blessées et malades au cours du siège de la ville par les Perses. Aux termes du contrat, les patients n'auraient à payer aucun honoraire, mais, en revanche, la ville s'engageait à régler le docteur et ses frères en espèces sonnantes et rébuchantes ou en terres cultivables. La gratuité des soins, c'est donc très ancien, c'est aussi d'un autre âge.

En Suisse, les premières bases de l'assurance-maladie ont été jetées en 1890, lors de l'acceptation en votation populaire, le 26 octobre 1890, de l'article constitutionnel 34bis. L'assurance-maladie que le Conseil fédéral a alors élaborée s'inspirait des modèles allemand et autrichien de l'époque. Le 5 octobre 1899, la première loi d'application fut acceptée par le Parlement sans réelle opposition. Pourtant, un référendum est lancé et le peuple rejette la loi le 20 mai 1900, déjà! Le 4 février 1912, une nouvelle loi est acceptée par le peuple et les cantons, à une très faible majorité, qui est encore en vigueur aujourd'hui. Elle a pourtant été très rapidement jugée insatisfaisante et a été l'objet, à partir de 1921, de nombreuses tentatives de révision ainsi que d'innombrables travaux de commissions d'experts afin d'en améliorer le contenu. Une seule révision partielle importante a pu être adoptée, c'était le 13 mars 1964. Mais, à l'époque, on était déjà fort conscient qu'il ne pouvait s'agir que d'un aboutissement éphémère. On percevait cette révision comme une étape en attendant d'autres révisions, nécessairement plus approfondies.

De nombreuses possibilités de réforme ont été envisagées et mises sur pied depuis lors, mais toujours sans succès. Des lacunes toujours plus profondes ont cependant été mises au jour avec le temps, de même que des propositions pertinentes ont été faites pour les combler. Il est frappant de constater l'impossibilité, ou même l'incapacité à mettre en oeuvre la moindre des réformes, pourtant si urgentes, qui ont été proposées. Il est vrai qu'en dehors du problème des coûts, notre pays peut être fier de son système de santé. Si l'on considère son espérance de vie, l'une des plus élevées du monde, on peut

affirmer que la population de la Suisse est en bonne santé. Actuellement, une fille qui naît dans notre pays peut espérer dépasser 81 ans, et un garçon atteindre presque 75 ans, sous réserve que les conditions relatives à la mortalité ne se dégradent pas pendant leur vie. D'après l'évolution actuelle, on peut estimer que l'espérance de vie va encore augmenter légèrement au cours des prochaines décennies.

Le réjouissant accroissement de l'espérance de vie est la conséquence logique de l'amélioration massive de l'offre de prestations, tant en qualité qu'en quantité. Mais ce phénomène est aussi à l'origine de l'envolée des dépenses de santé. Nous devons maintenant tenter de maîtriser ces coûts, tout en sachant que leur progression ne peut pas être stoppée sans entraver gravement notre qualité de vie. Entre 1985 et 1990, les coûts du système suisse de santé ont augmenté de 43,1 pour cent environ, soit environ 6 points de plus que le produit intérieur brut, passant ainsi de 8,1 à 8,4 pour cent. La somme ainsi atteinte dépasse les 26 milliards de francs par année. Le projet de refonte complète de l'assurance-maladie que nous sommes appelés à examiner aujourd'hui prend naissance au lendemain du résultat négatif du 6 décembre 1987.

Convaincu de la nécessité d'une révision rapide, le Conseil fédéral souhaitait toutefois repartir sur de nouvelles bases. Il a alors choisi la formule du concours d'idées et fait appel à quatre experts: MM. Gianneta, Gilliland, Hauser et Zweifel. A la fin septembre 1988, ces quatre penseurs déposaient leurs travaux qui traitaient de l'organisation de l'assurance, de son financement, du mode de taxation des primes, de l'affectation des subsides des pouvoirs publics et de la maîtrise des coûts. C'est après l'examen de ces quatre rapports que le Conseil fédéral a décidé de poursuivre ses travaux de révision. Il a constitué une commission de 26 membres comprenant des représentants des milieux intéressés ainsi que des experts indépendants. Elle était présidée par M. Schoch, conseiller aux Etats. Le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 tient largement compte des propositions de cette commission Schoch.

Après le formidable consensus que s'est offert le Conseil des Etats, lors de la session d'hiver 1992, en approuvant cette révision à l'unanimité au vote sur l'ensemble, notre commission a débattu de l'entrée en matière le 7 janvier dernier. Celle-ci a été acceptée à l'unanimité. Nous avions tout juste commencé cet examen quand la Commission des cartels a présenté son rapport sur les conditions de concurrence entre caisses-maladie et sur les conventions tarifaires entre prestataires de soins et caisses-maladie. Notre commission a alors invité le président de la Commission des cartels à une séance afin de nous commenter toutes les subtilités de ce rapport. Celui-ci contient en effet une série de réflexions et de recommandations qui nous ont beaucoup intéressés. Comme nous le verrons par la suite, certaines propositions de la Commission des cartels ont donné lieu à des modifications d'articles.

Les deux objectifs fondamentaux de cette révision sont le renforcement de la solidarité et la maîtrise des coûts qui occasionnent des augmentations de prime. Nous pouvons aussi résumer les buts de cette loi en disant que l'ensemble de la population doit pouvoir accéder à des soins médicaux qualitativement élevés, ceci à des conditions financières qui peuvent être supportées par tous.

Pour aboutir à un renforcement de la solidarité, l'assurance des soins exige avant tout une solidarité entre personnes saines et personnes malades, bien sûr, mais aussi entre jeunes et personnes âgées, entre hommes et femmes, et entre riches et pauvres.

Quant au problème de la maîtrise des coûts, il réside dans le fait que les coûts de l'assurance des soins augmentent nettement plus fortement que les salaires et les prix. Ainsi, de 1986 à 1991, la croissance moyenne annuelle a été la suivante: 4,1 pour cent pour les prix à la consommation; 5,9 pour cent pour les salaires et 9,8 pour cent pour l'assurance des soins.

Le projet que nous avons la lourde tâche d'examiner aujourd'hui contient toute une série de mesures dont l'action conjointe doit améliorer cette maîtrise des coûts. A cet égard, le principe de responsabilité personnelle et celui des lois de la concurrence revêtent une grande signification. En outre, les

contrôles dans le domaine des tarifs et des prestations seront renforcés. Si, malgré tout, les coûts devaient échapper à ces contraintes, l'autorité compétente serait habilitée à prendre des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts.

Par rapport au projet tel qu'il est sorti des travaux du Conseil des Etats, quelques innovations importantes sont proposées par notre commission. Elles concernent avant tout le renforcement de la concurrence par l'interdiction des ententes cartellaires. Ainsi, les dispositions en vue d'entraver la concurrence, prévues dans les statuts de fédérations, les règles de déontologie et les conventions tarifaires sont à l'avenir interdites. La commission suit en cela en bonne partie les recommandations de la Commission des cartels. Le Conseil fédéral avait, entre temps, fait siennes aussi les conclusions sur ce point-là. La centralisation actuelle du droit de conclure des conventions auprès des fédérations, de l'obligation de s'affilier à une fédération, la stricte uniformisation des conditions conventionnelles et le blocage de la concurrence qui lui sont liés, sont ainsi supprimés. Le renforcement de la concurrence devrait avoir un effet bénéfique sur la maîtrise des coûts. Il faut cependant préciser que les conventions tarifaires demeureront la règle. Elles n'auront cependant d'effet que pour les membres de fédérations qui y ont adhéré. De telles conventions sont également ouvertes aux non-membres. Le principe de liberté conventionnelle est ainsi garanti.

Dans les mesures extraordinaires de maîtrise des coûts, la commission s'est finalement ralliée à la solution du Conseil des Etats. Cela signifie qu'en cas de développement excessif des coûts le canton a la compétence pour fixer un montant global pour le financement des hôpitaux et autres établissements similaires. Dans les domaines ambulatoires ou stationnaires, il y aura possibilité de bloquer les tarifs et les prix. La procédure prévue est analogue à celle des arrêtés fédéraux urgents, mais la mesure est moins sévère.

Un chapitre très important traite de la réduction des primes par des contributions publiques. Celles-ci ne seront plus versées aux caisses-maladie comme jusqu'ici, selon le système de l'arrosoir, mais devront être accordées aux assurés économiquement les plus modestes. Notre commission n'entend cependant pas dicter aux cantons les systèmes à adopter quant à la procédure de la baisse des primes. Nous laissons en l'espèce aux cantons toute liberté d'agir, répondant ainsi à un vœu qu'ils ont exprimé avec insistance. Ainsi, les cantons qui sont d'ores et déjà dotés d'un système de réduction de primes bien structuré pourront le conserver.

Votre commission propose un domaine nouveau qui traite de la promotion de la santé, de l'efficacité et de la rentabilité dans le domaine de la santé. Les assureurs devront désormais s'engager aussi dans le domaine de la promotion de la santé et, plus précisément, dans la coopération avec les cantons, les organisations intéressées, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, le corps médical, les milieux scientifiques et la Confédération. Une commission, instituée par le Conseil fédéral, assurera cette coordination.

La tâche est de toute première importance. Il est de moins en moins acceptable d'engager des moyens très coûteux pour soigner les maladies si l'on n'engage pas simultanément des actions importantes permettant d'éviter d'être malade. De nombreux médecins sont d'avis que, par exemple, un service diététique pourrait faire un tabac quant à la valeur correctrice et préventive. Dans de tels cas, beaucoup d'argent pourrait être économisé par un simple traitement ambulatoire remplaçant une hospitalisation devenue caduque. Il s'agira donc de rendre complémentaires le préventif et le curatif en corrigeant le retard pris par la prévention et en l'amenant vers le même niveau de qualité et d'efficacité que le système de soins.

En ce qui concerne l'égalité des primes entre hommes et femmes, aussi bien le Conseil fédéral que le Conseil des Etats en avaient accepté le principe pour l'assurance-maladie sociale, c'est-à-dire l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières. La majorité de la commission est d'avis qu'il faut étendre le principe de l'égalité des primes également à l'assurance complémentaire ainsi qu'à l'assurance d'indemnités journalières privée facultative. Dans son

élan de générosité, la majorité de la commission propose d'interdire l'exclusion des prestations maternité de l'assurance complémentaire ou de l'assurance d'indemnités journalières privée facultative.

La loi que nous examinons aujourd'hui a fait l'objet de deux lectures en commission. Au cours de 23 jours de séance, nous avons examiné 287 propositions individuelles, les 99 articles de la loi ainsi que plusieurs rapports complémentaires que l'Ofas nous a fournis avec compétence et dans des délais parfois assez courts. Au nom de la commission, je tiens à les en remercier.

La révision totale de la loi sur l'assurance-maladie est un exercice périlleux. Elle nécessite une ferme volonté de trouver des solutions raisonnables, afin de maîtriser le difficile problème de financement de notre système de santé, tout en maintenant son haut niveau de qualité. Si la tâche est difficile, elle n'est pourtant pas insurmontable. C'est d'ailleurs le sort de toute autorité politique de trouver de temps à autre, sur le chemin de la banalité quotidienne, un os plus dur, un obstacle plus élevé, qui requiert toute la force du cheval et le savoir-faire du cavalier.

Au nom de la commission, je vous mets en garde contre la tentation de reculer devant l'obstacle et de remettre à demain ce qui doit être fait aujourd'hui. Il faut rejeter les propositions de renvoi et de non-entrée en matière. La situation est telle qu'il y a urgence à décider et à agir. Tout retard serait préjudiciable aux gens de ce pays, pas seulement aux malades ailleurs. Le docteur Knock ne disait-il pas: «Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent.»

Au vote sur l'ensemble, la commission a accepté la loi par 13 voix contre 3 et avec 6 abstentions. Elle vous propose maintenant d'entrer en matière sur l'examen de cette loi qui se présente comme un nouveau-né qui vient au monde après une grossesse particulièrement difficile. L'enfant est encore bien frêle et fragile. Il nous incombe, dès à présent, de nous pencher sur le berceau afin de lui donner la vigueur nécessaire pour la vie. Il devra être fort pour répondre aux espoirs légitimement placés en lui.

**M. Zisyadis:** Vous avez décidé à une très large majorité de mettre aux soins intensifs une loi qui, à notre avis, ne tiendra pas le coup dans l'avenir sanitaire de notre pays. La merveille du consensus helvétique est que l'acharnement thérapeutique devient peu à peu la règle dans tous les domaines, alors qu'il conviendrait peut-être, parfois, de s'interroger sur la base même du financement de notre assurance-maladie. Il y a pourtant des refus d'entrevoir l'avenir avec un peu de courage, qui risquent de coûter cher, peut-être très cher, à la population, à la société toute entière, par un risque extrême de bureaucratisation du système.

Certains d'entre vous ont l'air tout euphoriques d'avoir trouvé les bons compromis, le compromis du siècle, alors que vous êtes tout simplement en train de pousser jusqu'à l'extrême limite la logique de cette loi que, dans le fond, vous ne voulez pas voir changer, et ceci, malgré la crise économique qui frappe les plus démunis du pays, et malgré la démesure des cotisations d'assurance dans les budgets familiaux.

Sous prétexte de lutte contre les coûts de la santé – ces fameux coûts de la santé, qui sont la tarte à la crème idéologique et le fourre-tout alibi bien commode – vous escamotez le problème réel des citoyens face à l'assurance-maladie. Le problème, c'est le désengagement massif depuis 1975 des pouvoirs publics du subventionnement aux assurances sociales – phénomène invraisemblable du transfert des charges sur le dos des assurés – par le biais d'une défiscalisation délibérée avec ses conséquences antisociales, ces 20 milliards de désengagement, chiffre que personne ne conteste plus depuis longtemps. Cette évolution s'est répercutée sur la part des assurances sociales dans le financement, qui a augmenté de 40 pour cent en quinze ans.

Notre assurance-maladie est malade – cela, tout le monde le dit –, mais elle est malade du profit parce qu'on perdure à vouloir la considérer comme une marchandise alors qu'elle devrait répondre à des critères de bien-être public en dérogeant au principe de la liberté du commerce, s'il le faut.

La culpabilisation insensée des citoyens sous couvert de coûts de la santé n'arrivera pas à obscurcir le fait que notre pays, avec environ 8 pour cent de dépenses de santé en pour cent du produit intérieur brut, se situe tout simplement dans la toute bonne moyenne des pays de l'OCDE et en tout cas loin derrière les Etats-Unis et le Canada. Vous n'arriverez pas à faire oublier que ce qui coûte cher, c'est le poids des trusts médico-pharmaceutiques dans la fixation des prix; c'est l'incurie du manque de coordination hospitalière sous le poids de l'expansion incontrôlée des techniques médicales; c'est l'augmentation constante des frais administratifs des caisses; c'est enfin aussi la disparité inadmissible à l'intérieur du corps des médecins entre une minorité, le quart, qui se partage la moitié des honoraires alors que les trois autres quarts se partagent le reste. Ces réalités pèsent autrement plus lourd sur l'avenir de notre système de santé que la personne âgée du coin de la rue, qui va trop souvent chez son médecin et que vous voulez encore ponctionner de manière supplémentaire. Vous avez institué un système de self-service du profit et vous vous étonnez qu'il s'emballerait aujourd'hui.

Avec ce projet de loi vous persistez à garder la clé de voûte d'un système dépassé. Il se dégrade devant vos yeux et vous continuez à le garder sous perfusion. Ce principe clé que vous voulez est un financement en fonction de primes individuelles. Dans le projet, les disparités de cotisation selon le revenu et selon la composition du ménage sont atténuées, certes, par des subsides accordés aux ménages à revenu modeste. L'aide sociale va ainsi intervenir au-delà des dépenses de maladie supérieures à un certain pourcentage – bien; pour une même dépense, la limite proportionnelle est atteinte plus rapidement pour un ménage modeste que pour un ménage aisé – très bien –, et pour un même revenu, plus vite pour une famille comprenant parents et enfants.

Mais ce système porte en lui le germe d'une bureaucratisation extrême. En effet, avec un seuil de 8 pour cent en 1993, cela signifie que plus de la moitié des ménages, 53 pour cent, et trois cinquièmes des personnes, exactement 61 pour cent, auraient droit à des subsides. Les propositions sont énormes et confinent parfois l'absurdité. Nous allons tout droit à un retour au XIXe siècle avec ce recours à l'assistance qui sera la source d'un contrôle social accru et de démarches que de nombreux ménages jugent aujourd'hui encore humiliantes. Il n'y a aucun germe dans ce projet de proposition de solidarité familiale. De plus, nous avons beau retourner le projet dans tous les sens, nous ne trouvons aucune trace de propositions pour empêcher la poursuite des transferts de charges qui se sont produits ces quinze dernières années sur le dos des assurés.

Je ne m'étendrai pas outre mesure sur la pénalisation des malades – en rupture avec nos habitudes hospitalières –, avec l'introduction définitive de la participation des frais hospitaliers, accompagnée d'une taxe hospitalière, taxe hospitalière que vous avez seulement obtenue dans l'arrêté urgent parce qu'il était compris dans un multipack. Nous vous demandons de ne pas entrer en matière sur ce projet qui n'est qu'une re-fonte alibi, ou plutôt un arrêté fédéral urgent bis.

Nous vous demandons de ne pas entrer en matière sur ce projet avant que l'initiative socialiste et syndicale, déposée en 1986 et encore pendante, soit soumise au peuple. Nous ne pouvons pas avancer sérieusement dans la réflexion sur l'assurance-maladie tant que nous ne connaissons pas la volonté populaire sur le financement de l'assurance en fonction de la capacité financière de l'assuré. Ce système est largement employé en Europe. Il est en passe d'être au centre des débats aux Etats-Unis avec le projet Clinton en matière de santé. Cette initiative socialiste et syndicale, que certains ici considèrent comme une épée de Damoclès ne devant agir que comme un petit aiguillon par-ci, par-là, afin d'obtenir la meilleure révision, doit être soumise au vote le plus rapidement possible.

Madame la Conseillère fédérale, vous avez été promotrice, parmi d'autres, de cette initiative socialiste et syndicale. Permettez-moi de vous dire en toute franchise que la population ne comprendrait pas qu'on escamote le débat sur cette initiative capitale pour l'avenir sanitaire du pays en la renvoyant aux calendes grecques. Certes, vous avez repris le dossier actuel des mains de votre prédécesseur. Il reste que nous attendons

de votre part un engagement véritable autour d'un projet qui est seul à répondre aux injustices sociales en matière de santé; c'est de plus le système le plus simple; c'est le système le plus économique et le plus solidaire. Ne pas entrer en matière aujourd'hui, c'est exiger que l'initiative pour une saine assurance-maladie soit mise au vote dans les plus brefs délais. Ensuite, il sera bien assez temps de rafistoler des projets tels que ceux que nous avons en main.

**Keller Rudolf:** Anfänglich habe ich im Rahmen der Kommission aktiv an der Revision des Krankenversicherungsgesetzes mitgearbeitet. Doch hat es sich schon nach einiger Zeit gezeigt, dass neben einigen sehr guten Revisionspunkten auch einige schwerwiegend negative Vorschläge ins Gesetz Eingang gefunden haben.

Zuerst zum Positiven, wie es weitgehend von unserer Kommission vorgeschlagen wird und wie ich es in einem modernen, neu zu schaffenden Gesetz auch sehe: Ich bin ganz klar dafür, dass die soziale Grundversicherung obligatorisch erklärt wird. Es ist für mich auch einsichtig, dass Prämienverbilligungen gewährt werden müssen. Allerdings sehe ich überhaupt noch nicht, wie diese Prämienverbilligungen konkret in den Kantonen vonstatten gehen sollen. Der Verwaltungsaufwand scheint mir unglaublich hoch zu sein. Aber eine solche Prämienverbilligung erachte ich in diesem Gesetz aus sozialen Gründen als absolut notwendig. Mit Spitex können wir, wie es im Gesetz vorgesehen wird, kostensenkend wirken. Gerade im Zeitalter der zunehmenden Entfremdung der Leute, der immer stärker werdenden Vereinsamung der Menschen ist es wichtig, dass die kranken Menschen solange wie möglich dort gepflegt werden können, wo sie auch zu Hause sind. Auch die Prävention wird von mir so unterstützt, wie sie im Gesetz von unserer Kommission geplant ist. Das Gesetz beinhaltet nach der Kommissionsberatung auch Massnahmen gegen die Mengenausweitung der Medikamente, was unabdingbar notwendig ist.

All diese Punkte, die ich in meinem Rückweisungsantrag mit den Buchstaben a bis c umschrieben habe, sollen also nach meiner Meinung ins Krankenversicherungsgesetz übernommen werden.

Zur finanziellen Seite: Was erwarten die Leute von dieser Krankenversicherungsrevision? Ich würde sagen, dass der durchschnittliche Prämienzahler, die durchschnittliche Prämienzahlerin von uns erwartet, dass eine Revision gemacht wird, die es fertigbringt, den Prämienanstieg zu begrenzen. Das und nichts anderes erwarten die Leute draussen vom Parlament und von dieser Gesetzrevision.

Was hat die Nationalratskommission daraus gemacht? Sie hat die ständerätliche Vorlage dermassen ausgebaut, sie hat so viele Zusatzanträge ins Gesetz aufgenommen, dass mir nichts anderes übrigbleibt, als Halt zu sagen: Halt, stopp zu solchen Prämiensteigerungen, wie sie nun als Folge der verschiedensten Anträge vorgesehen sind. Wir müssen uns gerade in der heutigen Zeit überlegen, wieviel wir uns in einer solchen Versicherung noch leisten können und wieviel nicht. Es ist klar: Die medizinische Grundversorgung muss in dieser Versicherung sichergestellt bleiben. Aber weder die Kommission noch die Verwaltung konnten nach meiner Auffassung genau beziffern, wie teuer die Versicherung effektiv neu zu stehen kommt. Man weiss nur, dass die Steigerungen bei den Prämien irgendwo um die 25 Prozent liegen dürften.

Ich verlange hier jetzt eine Revision, die zwar immer noch Steigerungen bringt, aber solche, die für die Prämienzahlerinnen und -zahler noch knapp erträglich sind. Allein die Zulassung der Psychotherapeuten soll um die 110 Millionen Franken kosten. 1,5 Millionen Leute sind heute in Kollektivkassen versichert. Das wird künftig nicht mehr so ausgedehnt möglich sein wie bisher. Es gibt Versicherte in diesen Kollektivkassen, die mit einer Prämiensteigerung von 30 bis 100 Prozent rechnen müssen. Stellen Sie sich einmal vor, was es für Sie persönlich heissen würde, z. B. 50 Prozent mehr Krankenkassenprämien bezahlen zu müssen. Das kann man doch nicht einfach so mit einem Federstrich beschliessen. Die Nationalratskommission ist auch beim Taggeld weiter gegangen als der Ständerat. All diese Punkte sind kostentreibend.

Fast 60 Prozent der Versicherten erhalten Prämienvergünstigungen. Das ist ja soweit gut und recht. Aber es geht hier um Einkommen bis zu 88 000 Franken bei Familien mit Kindern. Solche Preisvergünstigungen sind in manchen Fällen absolut unangebracht, in einigen Fällen würde ich gar sagen: Es ist eine unverschämte Frechheit, Leuten mit Einkommen über 75 000 Franken noch einen Zuschuss in der Krankenversicherung zu geben. Ich würde die Obergrenze der Vergünstigungen bei 65 000 Franken festlegen, was auch wieder ein Sparpotential brächte. Was ich also verlange, ist nicht illusionär, sondern realistisch.

Nun kommt zu allem noch hinzu, was ich in Punkt e meines Rückweisungsantrages bemängle. Es geht um den Eingriff in den Bereich der privaten Krankenversicherung, oder, höflicher umschrieben, um die gleichen Prämien für Männer und Frauen auch ausserhalb des Obligatoriums. Das tönt auf den ersten Blick gesehen positiv. Aber auch dies wird uns etwas kosten. Allerdings ist diese Auswirkung nicht einmal genau zu beziffern. Wir kaufen also mit dieser Revision ganz klar die Katze im Sack. Der Eingriff ins Privatversicherungsrecht schafft ein gefährliches Präjudiz für andere Versicherungen. Zudem ist diese Regelung dem Versicherungsrecht, wie es heute in allen anderen europäischen Ländern besteht, diametral entgegengesetzt. Mit diesem Eingriff ins Privatversicherungsrecht bestrafen wir unter dem Deckmantel der gleichen Prämien für Männer und Frauen in Tat und Wahrheit die Frauen, die wohl noch in anderen Versicherungssparten künftig mehr Prämien bezahlen müssten, nämlich überall dort, wo sie bisher bei den Prämien besser gefahren sind als die Männer. Mit diesem Vorschlag hat die Mehrheit der Kommission die Vorlage ins Wanken gebracht.

Ich rate Ihnen, die entsprechenden Referendumsdrohungen ernst zu nehmen. Sie müssen sich darüber Rechenschaft geben, was Sie wollen: Wollen Sie ein Gesetz, das trägt, oder eines, das nach einem solchen Beschluss referendumsträchtig ist? Der Widerstand könnte sich in einer Volksabstimmung erst recht kumulieren! Nicht nur die Versicherer, die ich hier verrete, sondern auch die Aerzte, einige Krankenkassen und weitere namhafte Kreise sind sehr skeptisch und hellhörig geworden. So geht das nicht!

Ich empfehle Ihnen, meinem Antrag auf Rückweisung an die Kommission zuzustimmen. Das ist auf jeden Fall der kürzere Weg, und sicherer als der Weg der Volksabstimmung mit dem Risiko eines Scherbenhaufens. Es liegt im Interesse der Versicherten, ein Gesetz zu machen, hinter dem weite Kreise stehen können: die Versicherten, die Aerzte, die Krankenkassen, die Versicherer, die Apotheker, die Arbeitgeber und -nehmer und auch die Kantone, über die ich im Fraktionsvotum zum Eintreten noch reden werde. Die Kantone sind auch sehr stark tangiert und beunruhigt über einige Aenderungen, die vorgenommen werden sollen.

Es wird nur etwas aus diesem Gesetz, wenn es uns gelingt, ein Gesetz zu verabschieden, das die volle Unterstützung all dieser Kreise erhält. Es ist mir klar, dass alle Abstriche machen müssen. Es haben bereits alle im Rahmen der Revisionsarbeiten, wie sie in der Kommission gelaufen sind, an irgendwelchen Punkten Abstriche machen müssen, und es waren auch alle bereit dazu. Wir sollten jetzt den Bogen nicht überspannen. Helfen Sie mit, aus diesem Gesetz ein echtes Kompromisswerk zu machen, eine soziale Grundversicherung, zu der wir alle stehen können.

**Maspoli:** Die Krankenkassen, besser gesagt, ihre Prämien sind in der Schweiz – vor allem in den letzten Jahren – zu einem grossen Problem angewachsen. Für viele Schweizerinnen und Schweizer bedeutet das Berappen der Prämien eine kaum mehr zu bewältigende Belastung. Betroffen sind nicht nur die unteren Bevölkerungsschichten, sondern auch – und immer mehr – der sogenannte Mittelstand.

Vor ungefähr 18 Monaten äusserte sich der Präsident der grössten Schweizer Krankenkasse – die ich hier nicht mit Namen nennen will, oder doch: Helvetia – wie folgt: «Wir sind uns bewusst, dass die vorgesehenen Erhöhungen der Prämien zirka 40 Prozent aller Schweizerinnen und Schweizer in finanzielle Schwierigkeiten bringen werden.»

Seitdem sind besagte Prämien bereits zweimal gestiegen, und zwar in verschiedenen Fällen um mehr als 40 Prozent. Also muss ich jetzt annehmen, dass 40 Prozent aller Schweizerinnen und Schweizer in finanziellen Schwierigkeiten stecken.

Es muss noch gesagt werden, dass die Ansätze von Kanton zu Kanton verschieden sind und dass der gleiche Bürger, die gleiche Bürgerin für ein und dieselbe Leistung zum Beispiel in St. Gallen 25 bis 30 Prozent weniger zu berappen hat als im Tessin. Diese Tatsache steht in keinem Verhältnis zur praktizierten Lohn-Kosten-Politik der beiden Kantone.

Dies bedeutet ungleiche Behandlung von Bürgerinnen und Bürgern in ein und demselben Land und führt zu reeller Entsolidarisierung zwischen den Versicherten der gleichen oder verschiedener Krankenkassen, zwischen den Regionen, den Risikogruppen und zwischen Männern und Frauen.

Die Krankenversicherung ist aber, neben der AHV und der Unfallversicherung, sicher die «sozialste» aller nur denkbar möglichen Versicherungsformen, welche in diesem Rechtsstaat praktiziert werden. Deshalb sollte eine Revision auch unter sozialen Voraussetzungen angepackt werden.

Die Revision, die wir heute zu behandeln haben, tut das nicht. Das Ziel, eine wirkliche Solidarität – das wohl wichtigste Kettenglied des sozialen Denkens – zwischen allen Versicherten unseres Landes zu erreichen, streben Sie mit der heute zur Debatte stehenden Vorlage nicht an. Die Krankenkassen sprechen sehr wohl von dieser Solidarität. Ihnen geht es jedoch vor allem – und nur mit Worten – um eine Form von Solidarität unter den einzelnen Kassen. Der Verdacht, dass die Krankenkassen aber vorwiegend – um nicht zu sagen: nur – darauf bedacht sind, möglichst viele Mitglieder anzuwerben, ist durchaus gerechtfertigt. Wie könnte man sich sonst erklären, dass die Krankenkasse Helvetia kürzlich die Krankenkasse Progress aufgekauft hat, und zwar nur darum, um junge Menschen zu günstigeren Preisen versichern zu können.

Die Krankenkassen, welche dem sogenannten Konkordat angehören, benehmen sich also genau gleich wie jene Krankenkasse, die sie laufend kritisieren. «Die Prämienbestimmungen des Bundes» – das schreiben die Krankenkassen, nicht ich – «führen innerhalb der Krankenkassen zu einer starken Solidarität der Männer gegenüber den Frauen und der jüngeren Versicherten gegenüber der älteren Generation. Die weiblichen und die älteren Versicherten sind jedoch ungleich auf die einzelnen Krankenkassen verteilt, was mit steigenden Kosten zu immer massiveren Prämienunterschieden unter den Krankenkassen geführt hat. Durch die Abwanderung in risikogünstigere Krankenkassen ist eine Entsolidarisierung eingetreten, welche einen Teil der Versicherten bevorteilt, die Versicherten anderer Krankenkassen jedoch benachteiligt.» In welchem Verhältnis stehen diese an und für sich korrekten Aussagen zum Verhalten eben dieser Kassen? Doch solange die Krankenkassen sich frei auf dem Gesundheitsmarkt bewegen können – ich brauche diesen scheusslichen Ausdruck «Gesundheitsmarkt» bewusst –, werden diese Diskrepanzen nicht aus der Welt zu schaffen sein; denn es werden bei ansteigender Bevölkerungszahl immer wieder neue Krankenkassen entstehen, welche junge Leute anwerben und so das Prinzip des Teufelskreises aufrechterhalten werden.

Können Sie sich vorstellen, dass die AHV nach diesem Prinzip aufgebaut werden könnte? Die Krankenkassen beklagen sich, dass die Abwanderung von Versicherten in risikogünstigere Krankenkassen die Entsolidarisierung bewirke. Frage: Wohin könnten Versicherte abwandern, wenn nur eine einzige Krankenkasse bestünde, und zwar eine, welche für alle Versicherten gleiche Leistungen garantieren würde? Der Vorteil eines solchen Vorgehens bestünde darin, dass zwar alle die gleichen Leistungen bezögen, dafür aber je nach finanziellen Möglichkeiten bezahlen würden.

Beispiele: Bei einem monatlichen Einkommen von 3000 Franken und einem Ansatz von 5 Prozent würde die monatliche Krankenkassenprämie 150 Franken betragen; bei einem monatlichen Einkommen von 10 000 Franken und einem Ansatz von 5 Prozent würde der gleiche Mann 500 Franken bezahlen. Bund und Kantone bräuchten niemandem mehr – ich unterstreiche: niemandem mehr, vor allem keiner Krankenkasse –

Subventionen abzugeben. Sie hätten zudem eine genaue Kontrolle über Ein- und Ausgaben, Spital- und Aertztekosten usw. Kollege Zisyadis, der vor mir an diesem Rednerpult stand, hat das sehr eindrücklich und sehr gut geschildert.

Wir brauchen eine Bundeskrankenkasse. Das ist alles, was wir heute brauchen. Es gibt keine andere Lösung mehr. Die Lösungen, die Sie heute anstreben, sind ungefähr das gleiche, was wir gestern im Theater von Genf gesehen haben: Man hat versucht, aus einem alten Meisterwerk wie der «Carmen» etwas Neues zu machen; das Resultat haben Sie gesehen. Das gleiche tun Sie hier heute: Sie versuchen, mit alten Mitteln alte Gesetze einfach neu zu überarbeiten, aber Sie ändern nichts an der Tatsache, dass diese Gesetze alt sind. Kollege Keller Rudolf hat es gesagt: So geht das nicht.

Ich glaube, dass wir zum Schluss kommen müssen, dass mein Rückweisungsantrag das einzig Richtige ist. Ich möchte dabei nicht unfreundlich sein oder lediglich auffallen, ich habe Hochschätzung vor der Arbeit der Kommission; aber dieser Weg, den wir heute gemeinsam zu begehen im Begriff sind, führt nicht zum Ziel.

Ich bitte Sie deshalb: Unterstützen Sie meinen Antrag auf Rückweisung an den Bundesrat verbunden mit dem Auftrag, eine wirklich soziale Krankenkasse, eine Einheitskrankenkasse, eine Bundeskrankenkasse, die für alle gleich ist, zu organisieren.

**Frau Heberlein:** In der gesundheitspolitischen Diskussion der letzten Jahre wurden vor allem die Kostensteigerungen beklagt und immer wieder vergeblich nach Massnahmen gesucht, diese zu bekämpfen. Die Diskussion war geprägt vom Ruf nach Prämien-, Tarif- und Taxstopp, nach staatlicher Planung, aber auch – und vor allem – von gegenseitigen Schuldzuweisungen. Weitgehend in diese Richtung zielt ja auch der dringliche Bundesbeschluss, der wohl momentan eine Situation entschärft, aber effektiv nur einen Stau bewirkt. Alle Beteiligten sind zwar seit Jahren überzeugt, dass die Kostensteigerungen nicht mehr so weitergehen können, da wir die Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung bei gleichbleibender Qualität so nicht mehr bezahlen können. Dabei ist es uns auch kein Trost, dass wir mit den Kosten gesamteuropäisch nicht an der Spitze stehen und dass alle Länder mit denselben Problemen kämpfen.

Zwei Fragen stehen im Vordergrund:

1. Welches sind die hauptsächlichen Probleme im Gesundheitswesen?
2. Was trägt die heute vorliegende Vorlage zur Verbesserung dieser Situation bei?

An diesen beiden Fragen muss die Revision gemessen werden. Das heutige System krankt – in der Diagnose sind sich die meisten einig – an mangelnden Anreizen. Alle an der Gesundheitsversorgung Beteiligten sind daran interessiert, möglichst viele Leistungen zu erbringen, da sie entweder daran gemessen werden, wie zum Beispiel die Spitäler an der Bettenbelegung, oder daran verdienen. Auch die Versicherten werden als Patienten nicht belohnt, wenn sie sich sparsam verhalten. Sie zahlen die steigenden Prämien und wollen daher auch die offerierten Leistungen benutzen.

Fest steht aber auch – und dessen müssen wir uns bewusst sein –, dass wir über eines der besten Gesundheitswesen Europas verfügen, das eine qualitativ gute Versorgung für alle sicherstellt, ohne Rücksicht auf die finanziellen Verhältnisse. Bei der Versorgungsdichte, das heisst der Anzahl Aertze, Spitalbetten, Apotheken usw. pro Einwohner stehen wir ebenfalls an der Spitze.

Weiter wären noch andere Krankheitssymptome aufzuzählen wie mangelnde Transparenz der Kosten, der Finanzierung, wenig Koordination und sehr viel Prestigedenken.

Was trägt nun die Vorlage zur Verbesserung dieser Situation bei? Die Zielvorgaben waren hoch, und sie werden nur zum Teil erreicht. Doch die Geschichte der gescheiterten Revisionen zeigt, wie schwierig es ist, auf diesem Gebiet einen Konsens zu finden. Den angestrebten Kosteneinsparungen stehen Ausdehnungen der Leistungen gegenüber, so in der Prävention, bei der Zahnmedizin, durch die Aufhebung der zeitlichen Begrenzung der Leistungspflicht in den Spitälern, die

Uebernahme der Transportkosten usw. Die Krankenkassen beziffern diese Leistungsausdehnungen auf eine Prämien-erhöhung von 5 bis 10 Prozent.

Positiv hervorzuheben sind die Gleichstellung von ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen durch Einführung einer gleich hohen Selbstbeteiligung, die Möglichkeit der Tageskliniken und die Gleichbehandlung der spitalexternen und spitalinternen Krankenpflege. Ebenfalls positiv sind die freie Wahlmöglichkeit der Versicherten und die Aufnahme-pflicht ohne Vorbehalte. Sie ist gegenüber den heute eingeschränkten Möglichkeiten des Kassenwechsels, insbesondere für ältere Menschen, ein klarer Vorteil. Sie ist allerdings mit dem Obligatorium zu erkaufen, das aber kaum Auswirkungen hat, da heute ja bereits über 95 Prozent der Bevölkerung versichert sind. Damit aber wird die Solidarität zwischen Alt und Jung, zwischen Gesunden und Kranken gewährleistet.

Die teilweise Aufnahme der Vorschläge der Kartellkommission ist ein erster Schritt in Richtung mehr Wettbewerb. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die Freiheit nicht zu Lasten der Qualität der Leistungen und der Wahlfreiheit der Patienten geht respektive dass eine Wahlfreiheit nur noch mit erheblichen Prämien-erhöhungen erkaufte werden kann. Die neue Konzentration der Kassen kann durchaus auch zu Lasten der Patienten zu mächtig werden.

Positiv ist auch die gezielte Prämienverbilligung für Versicherte entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit. Diese tritt an die Stelle der Subventionierung der Kassen. Damit ist allerdings ein administrativer Aufwand für Kantone und Gemeinden in Kauf zu nehmen, und damit verbunden sind auch Mehrkosten.

Gerade aus diesem Grund darf den Kantonen nicht vorgeschrieben werden, wie sie diese Prämienverbilligungen zu vollziehen haben, sondern nur dass sie sie zu vollziehen haben und in welchem Umfang.

Für unsere Fraktion sind die folgenden Punkte für eine Zustimmung zur Vorlage entscheidend: Die Leistungspflicht im Obligatorium für die Krankenpflege muss eng begrenzt und klar umschrieben sein. Der Leistungskatalog darf keinesfalls ausgedehnt werden. Die Taggeldversicherung ist entsprechend ihrer heutigen Regelung freiwillig beizubehalten. Eine OR-Aenderung für Lohnfortzahlungspflicht bei Mutterschaft gehört nicht in diese Vorlage. Der Risikoausgleich ist entweder ganz zu streichen oder aber zumindest zeitlich zu begrenzen. Er verfälscht einzig die Wettbewerbssituation unter den Kassen.

Den Kantonen ist bei der administrativen Ausgestaltung der Prämienverbilligung gemäss dem Antrag der Kommissionsmehrheit grösstmögliche Freiheit zu belassen. Die mögliche Anordnung einer Globalbudgetierung für sämtliche ambulanten und stationären Leistungen (Art. 46) kann nicht akzeptiert werden. Die Lösung von Ständerat und der Mehrheit der Kommission widerspricht zwar auch der Regel, dass dem Bundesrat ohne Mitsprachemöglichkeit des Parlamentes keine Kompetenzen für ausserordentliche Massnahmen zugestanden werden sollen. Doch sind die Hürden für die Einführung dieser Massnahmen im Beschluss des Ständerates und im Antrag der Mehrheit klarer umschrieben als im heutigen Dringlichkeitsrecht. Weiter gehende ausserordentliche Massnahmen gehören nicht in ein Gesetz, sondern in die Kompetenz von Parlament und Volk.

Ein letzter Punkt, der für unsere Zustimmung entscheidend ist: Die Aenderung des Versicherungsvertragsgesetzes, das heisst der Einbezug des Privatversicherungsrechtes in die Regelung der sozialen Krankenversicherung, gehört nicht in diese Revision. Die Statuierung der Prämienungleichheit, verbunden mit einer Aufnahme-pflicht ausserhalb der Sozialversicherung im Zusatzversicherungsbereich, ist für die FDP-Fraktion ein inakzeptabler Eingriff in das private Versicherungsrecht.

Persönlich möchte ich noch ergänzen, dass ich mich – nicht zuletzt aufgrund meines Engagements im Abstimmungs-kampf über die Krankenkassen-Initiativen – immer für diese Vorlage eingesetzt habe und sie trotz vieler einzelner Bedenken auch gegen andere Artikel (sie sind teilweise bereits genannt worden) mitgetragen habe.

Ich bin nach wie vor davon überzeugt, dass es uns gelingen muss, heute Lösungen zu finden, auch wenn sie – dies ist zuzugeben – vom anzustrebenden Ideal noch weit entfernt sind. Wir können nicht mit Dringlichkeitsrecht noch weitere Jahre weiterwursteln und die Probleme einfach zudecken. Vielleicht sind die Politiker dabei überfordert, wie dies Professor Sommer anlässlich der Abstimmungssendung meinte. Doch bis jetzt haben auch die Ökonomen kaum tragfähige Lösungen vorgeschlagen, die in einer politischen Diskussion dann den Realitäten standhalten könnten.

Der SP möchte ich die Gewissensfrage stellen, wie es denn mit ihrer Initiative bei Unterstützung dieser Vorlage steht. Die Initiative sucht ja allein einen Weg zur Finanzierung der Kostenlawine, macht aber keinen einzigen Schritt zur Bremsung der Kosten. Wenn Frau Hafner Ursula sagte, die Initiative sei ein weiterer Schritt in diese Richtung, so muss ich sagen, dass damit im Gegenteil sämtliche Anstrengungen der KVG-Revision in Frage gestellt würden. Lohnprozente waren noch nie ein Anreiz zu sparsamem Verhalten, sondern sie führen – wie das Beispiel Deutschland deutlich zeigt – zu extremen Kostensteigerungen. Wenn Sie diese Revision unterstützen, so können Sie nicht gleichzeitig die Initiative propagieren.

Wir alle wollen unser gutes Gesundheitswesen erhalten und sind auch bereit, dafür etwas aufzuwenden. Wir müssen Anreize zu kostengünstigerem Verhalten schaffen. Der Gesetzentwurf macht einige Schritte in die richtige Richtung, vielleicht halbherzige, aber – und dies ist wesentlich – auch fast keine falschen. Wir müssen wieder vermehrt an die Selbstverantwortung jedes einzelnen appellieren, sei es die Selbstverantwortung als Versicherter, als kritischer, kostenbewusster Patient, als Leistungserbringer und nicht zuletzt als Bürger und Steuerzahler.

Im Namen der FDP-Fraktion beantrage ich Ihnen daher, auf die Vorlage einzutreten und den Nichteintretensantrag Zisyadis, der wahrscheinlich das Abstimmungsergebnis vom vergangenen Wochenende noch nicht ganz verdaut hat, abzulehnen. Ebenso abzulehnen sind die Rückweisungsanträge Keller Rudolf und Maspoli, denn ihre Vorschläge tragen überhaupt nichts dazu bei, die Probleme zu lösen, wie wir das jetzt in dieser, wahrscheinlich nicht ganz perfekten, Revisionsvorlage vorschlagen. Ich denke aber, dass das Androhen von Referenden von ganz links bis ganz rechts beweist, dass wir mit unserem Vorschlag nicht ganz falsch liegen.

**Rychen:** Jedermann weiss es: Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist krank. Es sind zwei Hauptprobleme, die uns beschäftigen müssen:

1. Die Kostensteigerungen: Seit Jahrzehnten steigen die Kosten im Gesundheitswesen stärker als der Index für Konsumentenpreise. Diese Entwicklung kann so nicht ewig weitergehen; wir müssen eingreifen.
2. Die zunehmende Entsolidarisierung in unserer Gesellschaft, die sich auch im Gesundheits- und Krankenversicherungswesen stark bemerkbar gemacht hat. Die Gründe für die Schwächen in unserem Gesundheitssystem sind vielfältig. Wir dürfen folgende Punkte nicht vergessen:
  1. Unsere Gesellschaft ist überaltert.
  2. Die Medizin macht Fortschritte, und damit nehmen die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, vor allem der technischen und apparativen Medizin, zu.
  3. Auch wir Bürgerinnen und Bürger, wir Patientinnen und Patienten müssen uns am Ohr nehmen. Wir stellen heute weit höhere Ansprüche als noch vor einigen Jahren. Wir haben eine Anspruchsinflation entwickelt.
  4. Wir haben zu viele Aerzte; wir haben eine Aerzteplethora.
  5. Wir haben leider zu wenig Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Die Situation ist ernst, denn es wurde hier schon richtig festgestellt: Es gibt zu viele Leute in diesem Land, die die Versicherungsprämien nicht mehr bezahlen können oder grosse Mühe damit bekunden. Wir hier im Parlament müssen uns zusammenraufen. Wir können nicht von einem dringlichen Bundesbeschluss zum anderen torkeln; wir sind bei dieser Totalrevision des KVG zum Erfolg verpflichtet.

Jeder muss Haare lassen. Niemand hier drin kann seine Idealvorstellung des Gesetzes durchbringen. Jeder muss zum nicht immer beliebten Kompromiss bereit sein. Und wer schon anfänglich mit dem Referendum droht, ist nicht bereit, die Probleme anzugehen.

Die SVP-Fraktion begrüsst es, dass die Grundversicherung klar, abgegrenzt, sozial ausgestaltet geregelt wird. Das Obligatorium ist uns nicht sympathisch. Wir hätten es gerne ohne dieses Obligatorium gemacht. Aber wir stehen dazu; wir sehen keinen anderen Ausweg, um die Solidarität erhalten zu können.

Viele meinen immer noch, das Obligatorium sei dazu da, den Versichertenbestand der Bevölkerung von 98 auf 100 Prozent zu erhöhen; das ist ein Irrtum. Durch das Obligatorium muss die Solidarität erzwungen werden; darum geht es.

Wir stimmen also dem eher unsympathischen Obligatorium aus einer Zwangssituation heraus zu. Und Kernstück ist natürlich in der Grundversicherung der Risikoausgleich. Wir begrüssen es, dass dann neu keine Prämienberechnung mehr nach dem Eintrittsalter vorgenommen werden muss.

Wir von der SVP-Fraktion begrüssen insbesondere auch, dass die Taggeldversicherung freiwillig bleibt. Wir würden jegliche Anträge für ein Obligatorium der Taggeldversicherung ablehnen und bekämpfen. Die Zusatzversicherungen müssen, wie in der Vorlage vorgesehen, von der Grundversicherung klar getrennt und frei von sozialen Auflagen sein. Sie müssen in dem Sinne auch frei bleiben, damit diese Zusatzversicherungen nach Risikoprämien gestaltet werden können.

Die SVP-Fraktion wird den Minderheitsantrag unterstützen, der sich gegen gleiche Prämien für Mann und Frau in der Zusatzversicherung wendet. Hier sind wir mit der Kommissionsmehrheit nicht einverstanden. Wir sehen das auch als sehr wichtigen Angelpunkt der Vorlage an.

Die Sparmassnahmen begrüssen wir, obschon sie noch weiter gehen könnten. Wir begrüssen vor allem die im stationären Bereich neue Kostenbeteiligung. Ich bin sehr erstaunt, dass ein Herr Zisyadis – nach dem deutlichen Votum des Schweizer Volkes vom letzten Sonntag – hier einen Nichteintretensantrag stellen kann und praktisch nicht zur Kenntnis genommen hat, wozu das Schweizervolk eigentlich bereit ist: Er hat die Einsicht, dass es auch gewisse eigene Opfer bringen muss.

Der Möglichkeit der Wahl alternativer Versicherungsmöglichkeiten stimmen wir zu. Das Prinzip des Tiers garant ist für uns richtig. Die volle Freizügigkeit für alle Versicherten – ein neues, wichtiges Anliegen im Gesetz – ist richtig, wird von uns unterstützt, ebenso die verstärkten Kontrollmassnahmen und -möglichkeiten bei den Leistungserbringern.

Die Krankenkassen müssen nach Vorlage höchstens 50 Prozent der Betriebskosten öffentlicher Spitäler übernehmen. Wir sind damit einverstanden. Damit werden jene, die diese öffentlichen Spitäler betreiben, an klare Bedingungen gebunden, und es gibt hoffentlich vermehrt Anreiz, im Spitalbereich zu sparen.

Der Leistungsausbau ist eine Schwäche dieser Gesetzesvorlage. Der Leistungsausbau ist zu stark geraten, er ist zu gross. Wir sind zwar auch für Einführung des Spitex-Bereichs und für bessere Berücksichtigung der Komplementärmedizin. Insbesondere sind wir der Meinung, dass die teilstationären Behandlungen besser berücksichtigt werden sollen. Aber die SVP-Fraktion wendet sich ganz klar gegen die neu aufgenommene Verpflichtung der medizinischen Präventionsmassnahmen. Wir betrachten das als Fass ohne Boden. Hier werden Hunderte von Millionen Franken neue Kosten, die schier unkontrollierbar sind, auf uns zukommen. Diese Kostenexplosion dürfen und wollen wir im Gesetz nicht neu postulieren. Wir werden also die medizinische Prävention, die ins Gesetz aufgenommen worden ist, bekämpfen.

Positiv steht die SVP-Fraktion aber zur neuen Subventionsordnung. Sie wissen: Bisher erhielten die Krankenkassen die Subventionen. Neu sollen sie jene bekommen, die es wirklich nötig haben: die wirtschaftlich Schwächeren. Das ist richtig. Wir von der SVP-Fraktion haben immer gesagt: Weg vom Giesskannensystem; jenen geben, die es wirklich nötig haben. Aber wir wollen auch sagen, dass der Mittelstand – und den vertritt unsere Partei – hier ein grosses Opfer bringt. Das

wollen wir Ihnen auch bewusstmachen, vor allem jenen, die immer noch mehr fordern. Wir wollen Ihnen bewusstmachen, dass das einkommensmässig obere Drittel der Bevölkerung Prämien erhöhungen ohne jegliche Mehrleistung haben wird. Das muss hier deutlich gesagt werden: Das obere Drittel der Bevölkerung bringt weitere Opfer bezüglich der sozialen Solidarität. Wir sagen ja dazu, aber man muss es wissen – wir wehren uns dagegen, dass dann immer noch neue und noch mehr Forderungen kommen –: Die soziale Tragfähigkeit hat ihre Grenzen.

Wir sagen ja zu allen Bestimmungen, die mehr Wettbewerb bringen. Der Mittelweg, den die Kommission gewählt hat, ist vertretbar. Ich mache aber darauf aufmerksam, dass dies ein Gebiet ist, wo soziale Anliegen und gesunder Wettbewerb verknüpft werden müssen, und das ist nicht so einfach. Den totalen Wettbewerb wird es in diesem Gebiet nie geben können.

Ich warne meine Kolleginnen und Kollegen hier in diesem Saal davor, falsche Hoffnungen zu wecken, und ich warne die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger davor, falsche Hoffnungen zu haben. Selbst wenn diese Gesetzesrevision zustandekommt – vielleicht noch mit gewissen Aenderungen –, werden die Prämien nicht sinken, wie sich das der Mann oder die Frau auf der Strasse vorstellt. Das ist nicht möglich. Es könnte höchstens sein, dass mittelfristig die Prämien- und Kostenentwicklung vielleicht weniger rasant vorwärtsgeht. Sichergestellt ist hingegen, dass die Solidarität zwischen Jung und Alt wieder in Ordnung kommt und dass die ärmeren Leute tatsächlich vom Gesundheitssystem nicht abgeschlossen werden. In diesem Sinne muss man es sehen und keine falschen Versprechungen machen.

Die Gesamtbeurteilung ergibt, dass diese Vorlage Chancen bietet. Wir sind nicht mit allem zufrieden. Wir bieten aber Hand zu einer konstruktiven Diskussion und möchten mit Ihnen zusammen das ganze Gesundheits- und Krankenversicherungswesen in den Griff bekommen. Ohne Kompromisse – ich wiederhole es – geht es nicht.

Aus diesen Gründen lehnen wir von der SVP-Fraktion die Anträge der Herren Zisyadis, Keller Rudolf und Maspoli ab, und wir bitten Sie, Eintreten zu beschliessen.

**Jöri:** Zum Gesundheitswesen in der Schweiz und zur Krankenversicherung im speziellen: Jeder macht, was er will, keiner tut, was er sollte, und alle machen mit, besonders wenn es um die Verteidigung der eigenen Position geht.

Bundesrat Cotti sagte einmal im Ständerat, unter allen Elementen unseres sozialen Versicherungssystems sei die Krankenversicherung dasjenige, welches bei weitem am wenigsten sozial ausgeprägt sei. In einer Art Selbstbedienungsladen versuchen sich die Beteiligten seit Jahrzehnten schadlos zu halten, und es öffnet sich ein immer weiterer Graben zwischen Gewinnern und Verlierern. Besonders wirtschaftlich Gutgestellte profitieren seit Jahrzehnten von äusserst günstigen Kopfprämien, was ihnen eine Grundversicherung zu äusserst günstigen Bedingungen ermöglicht. Auf der Verliererseite stehen die Versicherten, die mit einer 24prozentigen Selbstbeteiligungsquote in Europa einsam an der Spitze stehen. Bis weit in die Mittelschicht hinein sind diese Belastungen schlicht und einfach nicht mehr tragbar.

In der Ausmarchung um das neue Krankenversicherungsgesetz haben insbesondere die Versicherten kaum Gehör erhalten. Schwarzmalerei, werden Sie sagen. Aber wie erklären Sie sich beispielsweise die bemerkenswerte Zusammensetzung eines Hearings zur Krankenversicherung, wo von insgesamt 14 Angehörten sieben aus dem Bereich der Medikamentenproduzenten und Anbieter stammten und die Versicherten schlichtweg vergessen wurden? So wird es naturgemäss schwierig, einen Ausgleich zwischen den Gewinnern und Verlierern dieses Systems herzustellen und die Krankenversicherung von der nicht eben schmeichelhaften Umschreibung, die uns sozialste unter allen sozialen Versicherungen zu sein, zu befreien.

Was die Beeinflussung der Kommissionsarbeit von aussen betrifft, kann ich festhalten, dass sie von bestandenen Kommissionsmitgliedern als sehr massiv empfunden wurde. Unsere Sprecher werden in der Detailberatung klar ihre Inter-

essenlage und die Interessenlage der Betroffenen im Dreiecksverhältnis Versicherte, Anbieter und Versicherer offenlegen.

Mit der Stärkung der Solidarität hat der Bundesrat die Zielvorgabe definiert. 170 000 Arbeitslose, über 500 000 Menschen, die unter den soziotechnischen Begriff neue Armut fallen, sollten uns Mahnung sein, diese Zielvorgabe nicht aus den Augen zu verlieren. Wir tragen die politische Verantwortung, wenn sich unsere Gesellschaft in zwei Klassen spaltet, beispielsweise in eine, die die Krankenkassenprämien aus eigener wirtschafteten Mitteln noch bestreiten kann, und eine andere, die sich die soziale Absicherung nicht mehr leisten kann und staatlich unterstützt werden muss.

Verstärkung der Solidarität heisst, deren rasanten Zerfall aufhalten. Eine umfassende Solidarität ist zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Jungen und Alten und zwischen Männern und Frauen nur mit einem Versicherungsobligatorium gewährleistet. Wer das Obligatorium bekämpft, bekämpft die Vorlage und wichtige Fortschritte, die die Vorlage beinhaltet, z. B. die uneingeschränkte Freizügigkeit der Versicherten.

Daraus abgeleitet: Wir müssen einen Risikoausgleich schaffen zwischen Versicherern mit günstiger und ungünstiger Risikostruktur. Wir fordern als unerlässliche Dauermassnahme diesen Risikoausgleich und sind gegen eine Befristung. Die Ausgestaltung der Solidarität zwischen wirtschaftlich Besser- und Schlechtergestellten ist unseres Erachtens ungenügend, weil am grundsätzlich unsozialen Kopfprämienystem festgehalten wird und man versucht, dieses Auslaufmodell mit Prämienverbilligung über die Runden zu bringen. Echte Solidarität wäre erst erreicht, wenn die Prämiengestaltung nach der wirtschaftlichen Stärke erfolgen würde, wie dies unsere Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» klar fordert und wie es übrigens in allen europäischen Ländern geltendes Recht ist.

Wie ernst die Lage an der Prämienfront in der Schweiz wirklich ist, beweist schon die Tatsache, dass wir alle Bundes- und Kantongelder an die Krankenversicherung für diese Prämienverbilligung aufwenden müssen. Für die weitere Zukunft des KVG müssen wir uns aber ernsthaft fragen, ob das Kopfprämienystem noch tauglich ist, wenn über 50 Prozent der Versicherten zu Subventionsbezügern werden und in eine unerwünschte Abhängigkeit vom Staat geraten.

Im Bereich der Prämienverbilligung hat die Kommission einen grossen Sündenfall begangen. Sie hat in der administrativen Durchführung den Kantonen weitgehend freie Hand gelassen und fordert in einer Minivariante das absolute Minimum, nämlich die Verbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Man überlässt die Regelung des Ausmasses der Anspruchsberechtigung und die Regelung der Anspruchsberechtigung an und für sich den Kantonen und kommt damit zu 26 verschiedenen Prämienverbilligungssystemen in der Schweiz. Das führt zu einer totalen Unübersichtlichkeit für die Versicherten, die erst noch die zusätzlichen Verwaltungskosten der Kassen zu tragen haben.

Wir treten bei Artikel 57 mit einer starken Minderheit für die Fassung des Ständerates ein, noch ergänzt mit Anliegen der Finanz- und der Sanitätsdirektorenkonferenz. Wir sind im weiteren nur bereit, das System Prämienverbilligung zu schlucken, wenn deren Finanzierbarkeit gesichert ist. Hier wünschen wir von Ihnen, Frau Bundesrätin Dreifuss, ein klärendes Wort zur Finanzierung der Prämienverbilligung in Abhängigkeit zu den Sparmassnahmen, die zur Sanierung des Bundeshaushaltes eingeführt werden müssen. Wir finden es richtig, dass die Bundesgelder gemäss der Entwicklung der Kosten in der sozialen Krankenversicherung gesprochen werden. Wir sind aber dagegen, dass diese Gelder in Abhängigkeit von der Finanzlage des Bundes gesprochen werden. Wir werden den entsprechenden Minderheitsantrag und die Anträge, die gestellt wurden, entschieden ablehnen.

Was die Kosteneindämmung betrifft, beurteilen wir die Zielsetzung der Vorlage, nämlich die Angleichung der Kosten an die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung, als illusorisch. Warum? Alle griffigen Massnahmen, insbesondere wenn es um notwendige Einschränkungen bei den Leistungsanbietern ging, wurden von einer übermächtigen Lobby verwässert.

Weniger zimperlich ging man da mit den Versicherten um, die durch eine noch stärkere Ueberwälzung der Kosten zur Kasse gebeten werden. Die Erschliessung dieser scheinbar nie versiegenden Finanzierungsquelle – wie lange noch? – wird uns unter dem Titel «Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins der Versicherten» schmackhaft gemacht. Ich stelle fest, dass nicht grundsätzlich die Höhe der Kosten – gemessen an dem, was geboten wird, oder gemessen am Bruttosozialprodukt – unser Problem ist, sondern die sozial verträgliche Verteilung dieser Kosten.

Die Referendumsabstimmung vom letzten Wochenende hat klar gezeigt, wo das Volk diese maximale Kostenbeteiligung angesetzt haben will, nämlich bei 500 Franken insgesamt; es möchte nicht, wie ein Antrag dies verlangt, dass allein die Jahresfranchise auf 500 Franken angesetzt wird.

Ich habe von griffigen Instrumenten zur Kosteneindämmung gesprochen, die ausschliesslich mit dem Argument des drohenden Referendums in der Kommission verwässert oder abgelehnt wurden. Es geht in erster Linie darum, die gesetzlichen Grundlagen für solche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu schaffen, damit wir nicht – wie Herr Rychen gesagt hat – von einer Feuerwehrübung zur anderen torkeln.

In zweiter Linie geht es um Massnahmen, die das Ziel der Kostendämpfung erreichen könnten. Gesundheitsökonominnen sagen uns unablässig, dass griffige Steuerungsinstrumente vorhanden seien – wie etwa die Globalbudgetierung –, die wir aber nicht nur auf den stationären Bereich beschränkt haben möchten, sondern die man selbstverständlich auch im ambulanten Bereich anwenden können sollte.

Die Kommission hat dem mit einer Kann-Formulierung in der ersten Lesung noch zugestimmt. Aber auch diese abgeschwächte Form hat dann leider die zweite Lesung nicht überlebt. So wird Artikel 46 – die Globalbudgetierung – in der Detailberatung sicher noch zu reden geben. Da werden wir unsere Anträge noch einbringen.

Ein grosses Kostendämpfungspotential liegt bei den Medikamenten. Hier nur zwei Bemerkungen:

1. Wir unterstützen den Antrag, dass der Bundesrat endlich das leidige Problem der Selbstdispensation in die Hand nehmen und endgültig regeln soll.

2. Im Bereich der Generika möchten wir einen verbindlichen Artikel formuliert haben, der die kostengünstigeren Nachahmerprodukte mehr fördert, indem nur noch diese von der sozialen Krankenversicherung übernommen werden.

Was haben die Frauen vom neuen KVG zu erwarten? Vordergründig wird suggeriert, dass mit der Einführung der Prämienungleichheit in der Grundversicherung eine wesentliche Verbesserung erreicht wurde. Dies ist aber nur die halbe Wahrheit. Heute haben sich gemäss dringlichem Bundesbeschluss die Krankenkassen im Bereich Zusatzversicherungen an die Prämienungleichheit zu halten. Weil in Zukunft die Zusatzversicherungen unter das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag gestellt werden, wird in diesem Punkt eine gravierende Verschlechterung für die Frauen resultieren – im Gesetz festgeschrieben –, und das widerspricht dem Gleichstellungsartikel in der Bundesverfassung. Der Gleichstellungsartikel wurde immerhin von einer Mehrheit von Volk und Ständen angenommen, und dessen Umsetzung ist unsere gesetzgeberische Pflicht. Dieser Pflicht ist die Kommission nachgekommen.

Wer behauptet, der Kommission sei – Zitat «NZZ» – «ein ideologischer Floh ins Ohr gesetzt worden», diskreditiert nicht nur die staatsrechtlich korrekte Arbeit einer parlamentarischen Kommission, sondern dokumentiert damit auch ein fragwürdiges Politverständnis. Es macht auch wenig Sinn, wenn im gleichen «NZZ»-Artikel vor Beginn einer Gesetzesberatung schon die Frage eines Scheiterns gestellt wird.

Wir sollten uns die Tragweite einer Nulllösung vor Augen halten; dies hiesse, seit Jahren geforderte und unbestrittene Verbesserungen auf Jahre hinaus zu vertagen. Im weiteren müssten wir konsequenterweise hier im Parlament zugeben, dass wir kapitulieren, dass wir nicht fähig oder willens sind, ein auf Solidarität aufgebautes Krankenversicherungsgesetz zu verabschieden.

Ich persönlich – ebenso meine Fraktion – bin überzeugt, dass die von der Kommission verabschiedete Vorlage in die richtige Richtung weist; auch im Namen der SP-Fraktion bin ich für Eintreten.

Im weiteren lehnt die SP-Fraktion einstimmig den Nichteintretensantrag und die Rückweisungsanträge ab. Die PdA sollte aus der Abstimmungsniederlage des letzten Wochenendes doch etwas gelernt haben: Das Volk wollte die gleichen Prämien für Männer und Frauen in der sozialen Krankenversicherung. Das Volk hat ja gesagt zu einem Preis- und Tarifstopp. Das Volk hat zu weiteren griffigen Massnahmen – das erste Mal seit hundert Jahren, wie die Frau Präsidentin gesagt hat – ja gesagt, zu einem kleinen Schritt in die richtige Richtung. Das stellt die PdA mit diesem Nichteintretensantrag wieder vollständig in Frage.

**M. Deiss:** Pour la première fois, pratiquement depuis le début de ce siècle, nous tenons un projet de révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie assez incisif pour qu'il conduise à de véritables réformes du système de la santé et suffisamment équilibré pour qu'il possède de réelles chances de succès et d'être accepté.

Le groupe démocrate-chrétien soutient, de ce fait, le projet qui nous est soumis. Il votera l'entrée en matière et refusera les propositions de renvoi ou de non-entrée en matière.

Il est vrai qu'autant le Conseil des Etats que la commission de notre Chambre proposent de nombreuses modifications du projet initial. Notre groupe se rallie pourtant, dans le plus grand nombre des cas, aux propositions de la commission, saluant par là le travail en profondeur accompli par celle-ci, notamment au travers d'une deuxième lecture. Il interviendra pourtant dans les cas où il a le sentiment que l'on s'écarterait des objectifs fondamentaux de la révision ou lorsque l'équilibre du projet sera menacé.

Au départ, le Parti démocrate-chrétien rappelle, qu'à ses yeux, en matière de santé publique aussi, l'homme est au centre de ses préoccupations. La personne malade et nécessitant de l'aide est avant tout un être humain, c'est-à-dire un maillon de notre société. En matière de santé, le PDC estime que c'est le patient qui est au centre, et non l'intérêt des groupes dont la profession les amène à s'occuper de lui. Cela implique des exigences en matière de solidarité, mais n'exclut pas la responsabilité première de chaque personne pour sa propre santé. Cela revient aussi à émettre des exigences quant à la qualité des prestations et des soins, mais n'empêche pas la prise en compte de principes d'efficacité et d'économie.

La principale difficulté résulte du fait que le secteur de la santé est formé par un système complexe de relations entre quatre types d'agents: les assurés, les prestataires, les assureurs, les pouvoirs publics. Cette complexité nuit à la transparence, elle engendre des injustices parfois et favorise la hausse des coûts, surtout lorsque les incitations sont mal orientées. Nous saluons, de ce fait, qu'en de nombreux points des efforts soient entrepris pour ramener les quatre partenaires vers des comportements davantage fondés sur les principes de la rationalité économique. L'équilibre des sacrifices demandés à chacun d'eux semble garanti, et le succès du projet dépend de la capacité de chacun des partenaires à surmonter l'optique étroite de ces seuls avantages immédiats, et de voir l'intérêt du système qui forme un tout. Mais il est vrai aussi, qu'en la matière, les vertus du marché ont leurs limites. Jamais il ne sera possible de réduire la relation qui lie le médecin et le patient qui cherche de l'aide à une simple transaction commerciale. C'est la raison qui justifie l'intervention de l'Etat qui doit suppléer à ces carences en fixant les règles de fonctionnement de cet appareil aux implications éminemment sociales.

Cela m'amène à évaluer brièvement les deux objectifs essentiels que vise cette révision. Le premier objectif est, à nos yeux, le renforcement, de manière fondamentale, du caractère social de l'assurance-maladie pour lui donner l'expression d'une véritable communauté solidaire nationale, face au risque crucial que représente une atteinte grave dans la santé des individus. Cela suppose l'introduction de l'obligation de s'assurer et la garantie du libre passage auquel nous souscrivons. Cela implique aussi l'extension des solidarités entre jeunes et

vieux, hommes et femmes, bien portants et malades, riches et pauvres, et entre les caisses.

Cela justifie aussi une intervention mieux ciblée des pouvoirs publics dans leur fonction redistributive, et le PDC estime que le subventionnement individualisé des assurés, en fonction de leur situation économique et familiale, est un progrès central qu'apportera cette révision. Mais l'accentuation du caractère d'assurance sociale comporte aussi des sacrifices et demande des délimitations claires entre ce qui fait partie des prestations de base indispensables à chacun et le superflu laissé à l'appréciation de la responsabilité individuelle.

Les sacrifices toucheront, dans l'assurance de base, tous ceux qui, aujourd'hui, hommes, jeunes, bénéficiaires de contrats collectifs, mettent à profit les carences du système actuel et échappent partiellement au devoir de solidarité. Les frontières claires à tracer sont celles qui séparent l'assurance sociale – l'assurance de base donc, concernée par cette loi – et l'assurance privée qui se voit attribuer entièrement le domaine des assurances complémentaires et facultatives.

C'est cet exercice de clarification qui implique une juste pesée entre deux principes constitutionnels fondamentaux: l'égalité des droits entre hommes et femmes, d'une part, et la liberté du commerce et des contrats, d'autre part. Sur ce point, le PDC ne suit pas totalement l'avis de l'Office fédéral de la justice, selon lequel l'égalité des primes en matière d'assurance complémentaire représenterait un mandat constitutionnel, mais il estime que le moment pour une telle décision, il faut le rappeler, aurait un caractère précurseur même sur le plan européen, est une question de considération d'opportunité politique.

Le deuxième objectif de la révision est celui de la maîtrise des coûts. Il est difficile de parler de baisse des coûts, dans la mesure où l'assurance obligatoire suppose d'abord une extension de l'offre des prestations de base dans certains domaines et entraîne, au niveau individuel, des hausses de primes pour ceux qui sont touchés par la réorganisation des solidarités et du subventionnement. C'est aussi une deuxième pierre d'achoppement dans ce projet, et le PDC soutiendra les propositions permettant de faire des économies raisonnables et s'opposera à toute extension des prestations allant au-delà des propositions de la commission.

Le PDC salue le fait que la commission ait réussi à tenir compte d'une partie des recommandations de la Commission des cartels pour introduire davantage de concurrence dans le secteur. Il souscrit aussi à toutes les mesures de maîtrise des coûts, qu'elles concernent la responsabilisation des assurés, la production des prestations, la gestion des assurances ou l'action des collectivités publiques. Il estime toutefois que la commission et le Conseil des Etats ne sont pas encore allés au bout du raisonnement en la matière. Le PDC apportera son appui non seulement à toutes les mesures touchant la prévention, la participation aux coûts, la liberté de contrat des caisses, l'égalité de traitement entre soins ambulatoires et stationnaires, la limitation des frais d'administration des caisses, une solution fédérale en matière de vente directe des médicaments par les médecins, l'accès au marché des prestations, la planification hospitalière, etc., mais encore il estime qu'il faut aller au-delà et maintenir une attitude cohérente lorsqu'on veut introduire le contrôle ou le blocage temporaire des prix. Dans le domaine des mesures temporaires, le groupe démocrate-chrétien appuiera les propositions de la minorité qui estime que le blocage des prix implique aussi une maîtrise des quantités.

Pour conclure, je rappellerai aussi que le groupe démocrate-chrétien et son parti représentent des catégories d'assurés qui, pour une bonne part, supporteront, suite à cette révision de la loi, des sacrifices importants. Le vote du week-end passé démontre toutefois qu'il est possible d'expliquer à notre population les impératifs des révisions qui sont en cours et qu'un certain réalisme a fait son chemin dans le peuple. Dans la mesure où nous parvenons à démontrer qu'il faut additionner les points positifs plutôt que de cumuler les «non», nous aurons des chances de réussir avec l'entreprise de révision en cours.

**Eymann Christoph:** Die liberale Fraktion ist für Eintreten. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hat in den letzten

Jahren bedenkliche Ausmasse angenommen. Gipfelpunkt der Entwicklung sind die dringlichen Bundesbeschlüsse, die vor einem Jahr gefasst werden mussten und die vor wenigen Tagen vom Volk bestätigt worden sind.

Der Bundesrat hat in seinen Erläuterungen zur Volksabstimmung vom 26. September 1993 mitgeteilt, dass langfristig nur die Totalrevision der Krankenversicherung die Kostenexplosion eindämmen und eine ausreichende Solidarität unter den Versicherten herstellen könne. Die Zielsetzung der Gesamtrevision ist mit diesem Satz umschrieben.

Für die Liberalen stellt sich die Frage, ob der vorliegende Gesetzentwurf tauglich ist, um die Kosten zu bremsen, oder nicht. Die Zustimmung zum Gesetz hängt infolgedessen davon ab, ob in der Behandlung einige Bestimmungen, die eine Verteuerung bewirken, gestrichen oder abgeändert werden können. Es darf nicht sein, dass wir ein Gesetz verabschieden, welches die Gesundheitskosten drastisch erhöht. Der Zustand, dass ein markanter Anteil unserer Bevölkerung die Krankenversicherung nicht aus eigener Kraft abdecken kann, sondern in grösserem Ausmass staatliche Hilfe in Anspruch nehmen muss, deutet darauf hin, wie ungesund unser Gesundheitswesen ist.

Sorgen macht uns die Finanzierung: Wir beschliessen Massnahmen, deren Finanzierung nicht sichergestellt ist; dies nicht nur im Bereich der Krankenversicherung. Wir hoffen auf die Mehrwertsteuer, die mithelfen soll, die Finanzierung von Sozialversicherungsleistungen sicherzustellen. Damit begeben wir uns aber in einen spekulativen Bereich.

Mit grundlegenden Zielen der Revision können wir uns also einverstanden erklären. Die Stärkung der Solidarität in gewissen Grenzen wird von uns befürwortet. Jedoch betrachten wir die Solidarität als überstrapaziert, wenn im überobligatorischen Bereich Prämienungleichheit und Verbot zusätzlicher Prämien gefordert werden. Auch sollten junge Versicherte nicht übermässig an den Kosten für ältere Versicherte beteiligt werden.

Die Massnahmen zur Kosteneindämmung werden von uns ebenfalls begrüsst. Kostensenkungen dürfen aber nicht einseitig zu Lasten einzelner Leistungserbringer und Beteiligter erfolgen. So wäre es falsch, die Stellung der Apothekerinnen und Apotheker zu verschlechtern; die Folgen wären kontraproduktiv. Es wäre auch falsch, der Pharmaindustrie dirigistisch die Preise vorzuschreiben; dies hätte negative Auswirkungen auf den Forschungsplatz Schweiz und damit längerfristig auch auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Weiter wäre es falsch, die Aerztinnen und Aerzte schlechterzustellen; ihr Leistungsangebot muss gerecht entschädigt werden können.

Die Vorkehrungen zur Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins der Versicherten sind ein Schritt in die richtige Richtung. Optimiert werden kann diese Massnahme, indem die verantwortlichen Aerztinnen und Aerzte mit Hilfe, Spitalaufenthalte so kurz wie möglich zu gestalten. Aber auch die Mithilfe der Patientinnen und Patienten ist gefordert: In diesem Bereich könnte viel erreicht werden, indem z. B. darauf verzichtet würde, wegen der gleichen Beschwerden mehrere Aerzte zu konsultieren und sich verschiedene Medikamente verschreiben zu lassen.

Nicht einverstanden erklären können wir uns mit dem Obligatorium der Taggeldversicherung, wie es von einer Minderheit verlangt wird. Zusätzliche Versicherungsobligatorien behindern die Wirtschaft. Eine Verteuerung der Versicherung resultiert auch aus der Ausdehnung des Versicherungsschutzes bei Mutterschaft. Anstatt nach dem Giesskannenprinzip Leistungen zu verteilen, wäre es besser, gezielt vorzugehen und jenen gezielt zu helfen, die tatsächlich Hilfe brauchen.

Die Fassung des Bundesrates wird von uns bevorzugt. Den Sozialpartnern bleibt so genügend Spielraum für weiter gehende Lösungen. Die Prämienungleichheit im überobligatorischen Bereich lehnen wir ab. Diese Bestimmung ist systemwidrig, das KVG untersteht dem Sozialversicherungsrecht, die Zusatzversicherung ist aber dem Privatrecht unterstellt. Das Verbot in diesem Bereich, eine risikogerechte Tarifierung zu betreiben, stellt einen Eingriff in die Prämiengestaltung dar; dies dürfte negative Konsequenzen haben.

Der Risikoausgleich ist im Zusammenhang mit der Freizügigkeit des Kassenwechsels zu betrachten; er stellt einen staatlichen Eingriff in die Autonomie der Versicherungseinrichtungen dar. Mit Blick auf die Fusionen, die in diesem Zusammenhang bereits erfolgt sind, ist offen, ob ein Teil der mit dem Risikoausgleich beabsichtigten Wirkung nicht bereits erfüllt ist. Die Lösung des Bundesrates, die eine Befristung des Risikoausgleichs auf zehn Jahre vorsieht, wird deshalb von den Liberalen bevorzugt. Leistungen, die zu einer Ausweitung des Versicherungsschutzes führen, sind sehr kritisch auf ihre Folgekosten zu untersuchen. Wir werden dazu in der Detailberatung Stellung nehmen.

**Frau Gonseth:** Die vorliegende Revision der Krankenversicherung räumt zahlreiche brennende Probleme weg und bringt die vielen Interessen im Gesundheitswesen unter einen zeitgemässeren, typisch helvetischen Kompromiss. Die grüne Fraktion steht hinter diesem Kompromiss. Er bedeutet auf jeden Fall einen grossen Fortschritt, auch wenn nicht alle Probleme gelöst sind und einige Streitpunkte noch ausgeräumt werden müssen.

Gesundheit ist ein kostbares, immaterielles Gut. Eigenverantwortung für die Gesundheit ist wichtig, hat aber klar Grenzen. Wieviel Eigenverantwortung, wieviel Solidarität? Gerade in diesem Bereich liegt eines der schwierigsten Probleme. Im Gesundheitswesen muss im Zweifelsfalle zugunsten der Solidarität entschieden werden, denn Krankheit ist keine Schuld. Gesundheit ist nicht beliebig herstellbar oder kaufbar. Den meisten Menschen wird dies erst bewusst, wenn sie selber oder ihre Angehörigen krank werden. Dann will niemand von Sparen reden; wenn es um die eigene Gesundheit geht, ist nur das Beste gut genug. Es gilt vor allem, den Gesunden klarzumachen, dass für die mit diesem Gesetz angestrebte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken die Gesunden eben mehr in die Krankenversicherung hineingeben müssen, als sie herausholen. Als Parlament sind wir verpflichtet, dafür zu sorgen, dass alle in unserem Land ein Anrecht auf eine gute Grundversorgung haben, unabhängig von der eigenen finanziellen Leistungskraft. Die üblichen Marktmechanismen können deshalb im Gesundheitswesen nur mit grosser Einschränkung gelten.

Die grüne Fraktion unterstützt jedoch die auf Vorschlag der Kartellkommission neu aufgenommenen Verbote von wettbewerbsbeschränkenden Vereinbarungen. Weitere Deregulierungen, wie sie von einzelnen Gesundheitsökonomern – etwa von Herrn Professor Sommer – und bürgerlichen Ratsmitgliedern gefordert werden, lehnen wir zum Schutz der Kranken ab. Denn medizinische, ärztliche und pflegerische Dienstleistungen können keinesfalls einfach den Artikeln des täglichen Gebrauchs gleichgesetzt werden. Soziale Leitplanken, staatliche Kontrollen, aber auch Steuerungsmechanismen für eine ausreichende, flächendeckende Grundversorgung und zur Eindämmung der Kosten sind notwendig.

Ein Beispiel von sozial verheerenden und erst noch kostspieligen Auswirkungen von allzu forschen Deregulierungen demonstrierte uns Reagan in den USA; dabei wurde vor allem auf die Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung der Patienten gesetzt. Diesen Fehler brauchen wir nicht zu wiederholen.

Das Gesundheitswesen – oder besser: das Krankheitswesen – ist eine äusserst komplexe Sache mit vielfältigen, sich zum Teil widersprechenden Interessen. Im Zentrum steht der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf eine gute Versorgung, auf eine freie Arzt- und Behandlungswahl. Ihnen gegenüber stehen die Versicherer, die Krankenkassen, und die Leistungserbringer, also die Spitäler, Aerztinnen und Aerzte, Apothekerinnen, Physiotherapeutinnen usw.

Es verwundert also nicht, dass in diesem Interessen-Dreiecksverhältnis um einen fairen, für alle akzeptablen Kompromiss gerungen werden muss. Dies ist um so verständlicher, wenn man noch bedenkt, dass das Gesundheitswesen ein riesiger Markt mit einem Volumen von ungefähr 30 Milliarden Franken ist und dass es darin zwischen 200 000 und 300 000 Beschäftigte gibt.

Was sind nun die Pluspunkte des revidierten Krankenversicherungsgesetzes? Es räumt zahlreiche Diskriminierungen

weg und bringt für alle eine gute Grundversicherung, deren Prämien wieder bezahlbar werden. Der Entsolidarisierung wird ein Riegel geschoben. Die Solidarität wird umfassend hergestellt. Damit diese Solidarität spielt, ist das Obligatorium nötig, und für alle Versicherten gilt dann die volle Freizügigkeit. Der Bund wird endlich seine lange eingefrorenen Bundesbeiträge wieder ausbezahlen. Trotz vielen Massnahmen, die zur Kostendämmung eingebaut wurden, wird die Revision unter dem Strich nach Berechnungen des BSV Mehrkosten von etwa 300 bis 700 Millionen Franken verursachen; dies, weil notwendige Leistungsverbesserungen eingebaut worden sind wie etwa: Spitex, Aufenthalt in Pflegeheimen, verbesserte ambulante Leistungen und Förderung der Gesundheit. Neben diesen zahlreichen Pluspunkten gibt es, wie gesagt, etliche Streitpunkte, über die noch zu verhandeln ist, und zahlreiche Probleme, die in Zukunft noch angegangen werden müssten. Welche Medizin soll es denn überhaupt sein?

Viele Leute kritisieren heute zunehmend die technokratische Medizin, sie wünschen ein verstärktes Angebot alternativer, sanfterer Heilmethoden. Dazu wird mein Kollege Hafner Rudolf noch sprechen.

Ein wichtiger Streitpunkt sind die Kosten, welche es in den Griff zu kriegen gilt. Tatsache ist, dass der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttosozialprodukt in den letzten 15 Jahren nicht mehr gestiegen ist, sondern sich bei etwa 8 Prozent eingependelt hat. Dieser Anteil ist vergleichbar mit dem anderer europäischer Staaten und liegt weit unter demjenigen in den USA, der 13,4 Prozent beträgt. Wir können deshalb nicht unbedingt von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen sprechen, sondern sollten vielmehr von einer Prämienexplosion im Blick auf die wirtschaftlich Schwächeren sprechen. Dies, weil bisher das unsoziale Kopfprämiensystem gegolten hat und weil der Anteil der öffentlichen Hand an den gesamten Gesundheitskosten von 45 Prozent im Jahre 1975 auf heute nur noch 33 Prozent zurückgegangen ist. Allein der Bund sparte in den letzten Jahren jährlich 1,3 Milliarden Franken zu Lasten der Versicherten und Kranken.

Der Gesundheitsmarkt ist ein Wachstumsmarkt. Die zukünftige Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird auch mit der Revision steigend sein, sofern wir keine Qualitätseinbussen und keine Zweiklassenmedizin in Kauf nehmen wollen. Dafür gibt es verschiedene Ursachen. Viele Menschen werden heute zu Chronischkranken, nicht weil unsere Medizin schlecht wäre, sondern weil wir soviel für unsere Gesundheit tun können, weil die Medizin in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht hat. Viele Krankheiten haben früher zu vorzeitigem Tod geführt; heute überleben diese Menschen dank regelmässiger, oft teurer Behandlung viele Jahre bei relativer Gesundheit. Aber sie brauchen Betreuung und Mittel, z. B. für Blutdruck, gegen Herzinsuffizienz, gegen Asthma, gegen Diabetes, Rheuma und Augenleiden. Das alles kostet; diese gewonnenen Jahre haben eben ihren Preis.

Andererseits gibt es auch neue Krankheiten. Ich nenne das Beispiel Aids, welches sehr hohe Kosten verursacht. Es gibt mehr Krebskrankheiten, die wir auch über längere Jahre behandeln können. Zugegeben, auch die Ansprüche der Kranken und ihrer Umgebung steigen, weil unsere auf Konsum getrimmte Gesellschaft nicht ausgerechnet in der medizinischen Versorgung Verzicht leisten will.

Ich meine, die rund 30 Milliarden Franken, die wir zur Heilung von Krankheit und zur Linderung von Leiden ausgeben, sind recht gut investiert. Sparmöglichkeiten bestehen anderswo weit mehr.

Die grüne Fraktion wird ganz klar das Taggeldobligatorium unterstützen. Denn auch wenn man krank ist, braucht man eine Wohnung, Lebensmittel, Unterstützungsgeld für die Angehörigen usw.

Ganz wichtig für mich und für die grüne Fraktion ist die Prämienungleichheit bei den Zusatzversicherungen. Wir werden dafür einstehen, weil es nicht darum gehen kann, dass die Frauen mit der obligatorischen Krankenversicherung in den Zusatzversicherungen dann plötzlich wieder viel schlechter gestellt werden und bei den Taggeldversicherungen sogar die Mutterschaft ausgeschlossen werden könnte.

Wir fürchten uns nicht vor den massiven Drohungen und un-

haltbaren Argumenten der Privatversicherer. Auch im Konsumkreditgesetz, welches wir heute verabschiedet haben, haben wir zahlreiche, wesentliche Schutzklauseln eingebaut, die ebenfalls Eingriffe ins Privatrecht darstellen.

Die Vorlage bedeutet einen Fortschritt, und ein gutes Gesetz wird vor dem Volk bestehen. Geben wir also den zahlreichen Interessenvertretern keinen einseitigen Einfluss. Die zahlreichen Referendumsdrohungen, die wir in der Kommission bereits erhalten haben, haben auch beim dringlichen Bundesbeschluss nicht gegriffen. Die möglichen Alternativen sind schlechter, vor allem das geltende KVG oder auch die SP-Initiative, welche eine zeitgemässe Revision wieder um Jahre hinauszögern würde. Doch Eile tut jetzt not.

Wir Grünen lehnen die beiden Rückweisungsanträge als Profilerungsneurosen ab. Herr Keller Rudolf hätte ja weiss Gott in der Kommission genug Gelegenheit gehabt, seine Anträge einzubringen.

Die grüne Fraktion ist klar für Eintreten.

**Gysin:** Man hat sich allseits mit guten Absichten an diese Vorlage gemacht, aber das Ergebnis ist bedenklich. Bleibt es ungefähr bei dieser Vorlage, wie sie sich heute präsentiert, so werde ich sie in der Gesamt- und der Schlussabstimmung ablehnen.

Nach Entwurf müssen alle Kassen in der Pflegeversicherung genau die gleichen Leistungen erbringen. Die Prämien würden durch das Gesetz und durch ungefähr identische Kosten nivelliert. Es wären beinahe Einheitsprämien. Ein merklicher Wettbewerb zwischen den Kassen bestünde nicht mehr, ganz abgesehen davon, dass voraussichtlich ein paar Kassengiganten die meisten Versicherten bei sich haben würden und eine Superholding bilden könnten, einen Staat im Staat. Ferner würden die Interventionsbefugnisse des Bundes ausgedehnt, und für etwa die Hälfte der Versicherten würden dank der Prämienverbilligung die Prämien nach Einkommensprozenten bemessen.

Ich frage: Wieviel oder wie wenig fehlt denn noch zu einer rein staatlich durchgeführten Versicherung mit einer Bundesanstalt anstelle von Kassen? Ich befürworte die Etatisierung nicht. Aber es ist die politische Konsequenz dieser Vorlage. Man will die Kosten senken, doch das staatliche Dekret, die Leistungen dürften eine bestimmte Grenze nicht überschreiten, nützt einfach nichts, wenn die Nachfrage diese Grenze hinter sich lässt. Ein höherer Selbstbehalt würde die Kosten stärker dämpfen; dafür könnten die Prämien etwas niedriger sein. Diese will man mit der Prämienverbilligung zum Teil heruntersuchen. Ich gehe mit dem Ziel einig, nur ist die Verbilligung fragwürdig geregelt. Obwohl der Bund zwei Drittel der Verbilligung finanzieren soll, weiss man beim Antrag der Kommissionmehrheit nicht, wie die Verbilligung in den Kantonen erfolgen würde. Andererseits verpflichtet man aber die Kantone auf eine bestimmte Ausgabenhöhe, basierend auf dem schweizerischen Gesamtaufwand von durchschnittlich 3000 Millionen Franken pro Jahr. Man verpflichtet sie dazu, unbekümmert darum, ob und wieweit dies im Kanton einer sozialen Notwendigkeit entspricht. Wahrscheinlich wäre insgesamt ohne sozialen Nachteil mit wesentlich weniger Subventionen auszukommen.

Es gibt noch weitere schwere Mängel. Ich habe meine Vorstellungen, wie anders zu revidieren wäre. Allerdings: Erwarten Sie von mir nicht, dass ich Ihnen eine neue Lösung beantrage. Ich widersetze mich dem Eintreten nicht, denn wir müssen die Sache materiell zusammen diskutieren. Ich habe als Kommissionsmitglied auch keinen Rückweisungsantrag gestellt, der aussichtslos wäre, sosehr er sich eigentlich rechtfertigen liesse. Aber ich bin überzeugt, dass diese Vorlage, mindestens zurzeit noch, unter einem schlechten Stern steht.

**Sieber:** Ich spreche noch einmal französisch als Zeichen der Beziehung zu unseren welschen Kolleginnen und Kollegen; der Röstigraben ist nach unserer Erfahrung bis heute auch nicht so tief, weil meiner Meinung nach die Kartoffeln hüben und drüben ungefähr dieselben sind.

Permettez-moi de risquer dans la ville de Calvin de représenter par une expression figurée le thème «révision de la loi fédérale

sur l'assurance-maladie». Il est permis de mentionner Calvin non seulement parce qu'on connaît sa doctrine de la prédestination, mais aussi parce que l'on est conscient du fait que Zwingli et Calvin ont créé les conditions de base pour la souveraineté de notre peuple.

Voici par signes (*il montre un écriteau bleu avec un «H» qu'il transforme en croix*): Le «H» signifie «hôpital». En déplaçant le «H», on obtient une croix comme symbole de solidarité entre les malades et les bien portants, les riches et les pauvres, les jeunes et les vieux. La notion de solidarité doit être à la base de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. La raison d'être de l'assurance-maladie sociale est la protection qu'elle offre aux assurés en cas de maladie.

Chacun d'entre nous peut un jour avoir besoin d'un stimulateur cardiaque: l'opération coûtera 10 000 francs; les frais consécutifs seront de 1 600 francs par année; suivant le caractère de l'intervention chirurgicale, les frais peuvent monter jusqu'à 100 000 francs. Nous ne pouvons pas alléger la croix de la souffrance, mais, par notre solidarité, nous pouvons assurer les possibilités de traitement médical pour les riches comme pour les pauvres.

La protection offerte par notre assurance-maladie actuelle a beaucoup de lacunes. Nombre de personnes tombent jour après jour, à cause de ces lacunes, dans les oeuvres sociales. Les soins médicaux pour les affections consécutives à la consommation de drogue ne sont pas payés parce qu'on fait valoir des clauses restrictives. Le même genre de discrimination existe pour les malades atteints du virus HIV, et il y a d'autres lacunes encore. Nombre d'anciens drogués souffrent d'affections dentaires extrêmement graves. Les caisses d'assurance-maladie ne paient rien uniquement parce que ces cas ne figurent pas dans leur catalogue de prestations. C'est toujours et encore une autre institution qui doit assumer ces frais: l'assistance sociale. Cela prouve de façon évidente l'inaptitude de la loi actuelle sur l'assurance-maladie.

Heureusement, la nouvelle loi améliore la protection donnée par l'assurance. Les clauses restrictives sont éliminées, les prestations sont améliorées. La commission du Conseil national a fixé des prescriptions plus claires dans différents domaines, par exemple la psychothérapie, les soins dentaires, les mesures de prévention ou la distribution de médicaments.

Les frais de la santé publique sont un autre aspect important. Le 71 pour cent de la population pense que ces frais monstrueux sont inacceptables. C'est le résultat d'un sondage récent. On n'est plus disposé à accepter telle quelle l'explosion des frais dans le domaine de la santé publique. Par contre, on attend de la part du Parlement des mesures courageuses. Un point positif est certainement la prise en considération de l'idée de la Commission des cartels. Elle préconise que les assurés peuvent profiter d'offres plus avantageuses de la part des compagnies d'assurance, à condition de renoncer aux soins offerts par des médecins de luxe. En même temps, cela fera craquer les cartels très forts du côté de ceux qui offrent les prestations.

Nous faisons appel à la solidarité des médecins en faveur d'une assurance-maladie sociale économique. La gamme des primes se présentera d'une façon tout à fait différente dans la nouvelle assurance-maladie. Chaque section des assurances-maladie aura sa propre prime pour les adultes, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, de personnes jeunes ou âgées, de riches ou de pauvres. La vue sur l'éventail des primes sera plus claire et il sera plus facile de changer de caisse-maladie.

Un autre point positif: les organisations des patients, institutions de consultation neutres et compétentes, auront leur place dans la nouvelle législation. Nous trouvons cependant que leurs droits, en ce qui concerne la représentation des patients, devraient encore être étendus. Il est absolument nécessaire que ces organisations aient un droit de recours.

La nouvelle situation au sujet des primes fera naître un nouveau climat social et politique. Il est reconnu qu'il existe des personnes économiquement fortes et des personnes économiquement faibles. Il est grand temps que les subventions ne soient plus distribuées d'après le principe du saupoudrage, mais en fonction de la situation financière de chacun des assurés.

En principe, toutefois, nous pensons que la nouvelle loi représente un progrès considérable par rapport à l'assurance-maladie actuelle. Cela ne concerne pas seulement l'assurance obligatoire, cela se réfère aussi à l'attitude solidaire des médecins au sujet de soins médicaux coordonnés, qualifiés et économiques, et surtout, cela concerne les assurances-maladie en qualité d'élément essentiel dans l'assurance-maladie sociale. Dans les bâtiments de l'Académie genevoise se trouve le collège Calvin: espérons que la devise de Genève «post tenebras lux» illumine aussi l'avenir de l'assurance-maladie sociale.

Die LdU/EVP-Fraktion stimmt selbstverständlich für Eintreten.

Frau **Goll**: Auf die Dauer ist das ganze Krankenversicherungssystem nicht gesichert. Trotz den Verbesserungen, die in der Kommissionsarbeit durchgesetzt werden konnten, können wir uns nun nicht einfach zufrieden zurücklehnen.

Die statistischen Angaben über die rekordverdächtige Anzahl der Sitzungstage und Anträge während der Kommissionsberatungen haben Sie gehört. Nicht deutlich wurde dabei, dass die rund dreihundert Anträge zur Revision der Krankenversicherung ein Lehrstück in breitangelegten Deregulierungsversuchen darstellten. Damit manifestiert sich eine Tendenz, die derzeit in der Sozialpolitik generell zu beobachten ist. Ein unsoziales Deregulierungsprinzip hält auch hier Einzug.

Nachdem die Errungenschaften der Kommissionsverhandlungen genügend gefeiert sind, möchte ich auf einige grundsätzliche Mängel in dieser Revision hinweisen. Wir werden uns langfristig nicht mit diesem patchworkartigen Flickwerk abfinden, auch wenn wir die bisher erreichten, aber viel zu eng und kleinlich bemessenen Verbesserungen dieser Revision selbstverständlich verteidigen werden. Aber ein zukunftsgerichtetes System kann nur eine wirklich soziale Krankenversicherung sein.

Zu den drei wichtigsten Punkten in der Negativliste der heutigen Revision:

1. Der Mut für einen grundlegenden Systemwechsel war nicht vorhanden. Mit der Beibehaltung des unsozialen Kopfprämien-systems werden Benachteiligungen festgeschrieben. Es geht nicht an, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten nicht angemessen berücksichtigt wird. Die auch vom Bundesrat immer wieder in den Vordergrund geschobene Zielsetzung, nämlich die Wiederherstellung der Solidarität zwischen den Versicherten, bleibt damit ein reines Lippenbekenntnis.

2. Die Prämienlast wird nicht vermindert. Die vorliegende Revision gibt keine Antwort auf das Problem, das die Versicherten heute am meisten belastet, nämlich auf die unzumutbaren Prämienaufschläge. Die Kosten eines Krankenversicherungssystemes werden weiterhin einseitig auf die Kranken abgewälzt; das ist sozialpolitisch unverantwortlich. Steigende Krankenkassenprämien gehören heute nebst den steigenden Mietzinsen zu den grössten Armutsfallen. Die volkswirtschaftlichen Kosten dieses Missstandes, mit der Verlagerung des Problems auf das Sozialhilfesystem, sind auch hier einmal mehr nicht miteingerechnet worden.

3. Die Zweiklassenmedizin bedeutet konkret Entsolidarisierung. An der Frage der Prämien-gleichheit für Frau und Mann zeigt sich eine weitere grundsätzliche Schwäche der Revision. Die Zementierung einer Zweiklassenmedizin durch die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung entlarvt sich selbst. Die Gegner und Gegnerinnen eines verfassungsmässig garantierten Rechtes brauchen heute anscheinend auch keine Argumente mehr. Die heuchlerische Distanzierung von der Forderung nach Prämien-gleichheit auch im Bereich der Zusatzversicherungen, die zwar berechtigt sei, mit dem Hinweis auf die Gefahr des Ueberladens der Revision ist politisch genauso unsauber wie der erpresserische Ton, den die Lobby der Privatassekuranz in ihrem Schreiben an die Mitglieder von Kommission und Rat anschlägt.

Nichtsdestotrotz werden wir die minimalen sozialen Errungenschaften, wie gesagt, verteidigen. Um so mehr, als aufgrund der Schlussabstimmung in der Kommission und aufgrund von gewissen Anträgen, die hier vorliegen, nicht mit einer breiten Unterstützung für die wenigen sozialen Errungenschaften, al-

len voran das Versicherungsobligatorium, gerechnet werden kann.

Wir werden aber ebenso jeden weiteren Versuch der sozialen Demontage dieser Vorlage und der Deregulierung in einem der wichtigsten Versicherungsbereiche konsequent bekämpfen. Auf alle Fälle werden wir uns dafür einsetzen, dass die Krankenversicherung noch sozialer wird.

**M. Epiney:** L'assurance-maladie connaît ses maux, mais ignore en fait quels sont les remèdes adéquats pour les soigner. Le Parlement est aujourd'hui à son chevet avec l'ambition du chirurgien, la modestie du généraliste, mais aussi le scepticisme de l'oncologue. Le but essentiel d'une assurance-maladie consiste à offrir à chacun des soins médicaux qualitativement élevés et à des conditions financières supportables pour tous. S'il est vrai que l'ensemble de la population bénéficie aujourd'hui de prestations médicales appropriées, il n'en demeure pas moins que le coût des cotisations atteint des proportions insupportables pour des assurés de condition modeste. De 1986 à 1991, nous observons, en effet, une explosion des coûts de la maladie de l'ordre de 10 pour cent par an, soit le double de l'évolution moyenne des prix et des salaires. Les causes de cette inflation financière nous sont bien sûr connues et elles peuvent être ici rappelées en cinq volets: 1. existence d'un système favorisant la surconsommation et la déresponsabilisation à tous les niveaux de la chaîne; 2. vieillissement de la population; 3. sophistication accrue des prestations; 4. hausse disproportionnée des frais administratifs des caisses-maladie; 5. hygiène de vie déficiente.

La modification de la loi répond, dès lors, à une nécessité. Le projet issu des délibérations de notre commission n'a pas déçu globalement notre attente, dans la mesure où il s'attaque à la gangrène qui s'est introduite dans les maillons de la solidarité et de la responsabilisation. Le système actuel favorise en effet, à tous les échelons, la surconsommation parce que chaque acteur y trouve son intérêt et alimente de la sorte la spirale des coûts. Il ne convient toutefois pas de se tromper de cible en désignant le seul médecin comme le principal bouc émissaire. C'est ainsi que le secteur hospitalier absorbe, à lui seul, près de la moitié des dépenses de la maladie.

Le projet qui nous est soumis se caractérise par un certain courage politique qu'il faut relever. A titre d'exemple, et on l'a déjà dit, il renforce la solidarité entre les patients et les bien portants, entre les jeunes et les personnes âgées, entre les hommes et les femmes, entre les riches et les pauvres. Il impose, et cela est important, un équilibre dosé entre la liberté de manoeuvre des acteurs et l'intervention étatique, en prévoyant une épée de Damoclès. Il cible, enfin, l'aide de l'Etat en direction des seuls nécessiteux.

D'autre part, ce projet apporte des progrès légitimes dans la prise en charge des frais de traitement hospitalier après 720 jours, dans la prise en compte des frais préventifs ou médico-sociaux et enfin dans la couverture subsidiaire en cas d'accident.

Enfin, sur le plan administratif, nous constatons avec une grande satisfaction la nouvelle orientation de la politique fédérale consistant à accorder aux cantons une aide globale, à charge pour eux de fixer les critères de distribution. Cet instrument approprié sera de nature, nous en sommes certains, à rationaliser les démarches administratives, tout en veillant aux besoins spécifiques des assurés de condition modeste.

Il ne faut, toutefois, pas se leurrer sur l'efficacité de toutes les mesures envisagées. Il existe un prix à payer pour obtenir une médecine performante. La Confédération, qui s'est désengagée ces dernières années du secteur médical, devra dès lors consacrer à l'avenir des montants plus importants dans ce domaine. De même, l'assuré qui consacre 3 pour cent de son revenu à l'alcool et au tabac, 10 pour cent aux transports et aux communications, devra nécessairement augmenter sa participation qui est actuellement de l'ordre de 10 pour cent.

En résumé, la philosophie qui a dicté l'élaboration de ce projet nous satisfait globalement. Il ne reste plus qu'à espérer que tous les acteurs de la médecine gardent à l'esprit que la médecine ne doit plus être un objet de consommation courante, mais un recours en cas de nécessité.

**M. Leuba:** Comme l'a dit M. Eymann Christoph, le groupe libéral votera l'entrée en matière et s'opposera au renvoi au Conseil fédéral. Ça ne signifie cependant pas qu'il le fasse avec beaucoup d'enthousiasme. Il le fait parce qu'il croit que la situation actuelle est devenue intolérable et qu'il faut absolument entreprendre quelque chose dans deux directions. D'abord, pour lutter contre l'explosion des coûts et, ensuite – mais, il n'y a pas de priorité –, pour rendre les frais de santé supportables pour chacun. Nous sommes donc, Madame la Conseillère fédérale – nous le croyons –, tout à fait d'accord sur les objectifs. Nous avons quelques doutes parfois sur les moyens. J'aimerais citer ici quatre domaines.

Tout d'abord l'aspect financier. La contribution fédérale augmentera d'environ 700 millions de francs – si l'on prend les estimations de l'Office fédéral de la santé publique –, un peu moins en 1996/97, un peu plus en 1998/99. Or, force nous est de constater que nous n'avons pas le premier centime de ces 700 millions de francs. Sans doute, si la TVA est acceptée – et c'est un argument de poids –, nous devrions diminuer cette «augmentation de charge». Mais dans ce domaine, nous manquons totalement de vue d'ensemble sur le coût de notre sécurité sociale, sur le coût de notre prévoyance sociale.

Parallèlement à l'exercice santé, nous faisons un exercice AVS – qui est actuellement en cours au Conseil des Etats. Nous ne savons pas comment nous nous en sortirons financièrement, mais les deux opérations sont menées parallèlement, sans que nous puissions savoir quel est le coût général que nous leur consacrerons. Il nous paraît qu'il y a des gens, peut-être au Conseil fédéral, mais surtout au Parlement, qui n'ont pas encore pris parfaitement conscience de la situation des finances publiques et cela est inquiétant.

Deuxième élément: l'obligation d'assurance. Nous ne contestons pas l'obligation d'assurance. Nous n'aimons pas beaucoup les obligations légales. Nous préférons les obligations morales, mais il ne faut pas engager ici un débat idéologique. On doit simplement constater que l'obligation d'assurance est la conséquence du système de la prime unique, de l'absence de réserves et de prix d'entrée. Par conséquent, si l'on veut avoir ces éléments, on doit imposer l'obligation d'assurance. Il faut en quelque sorte «attraper» les jeunes, donc les bons risques, pour pouvoir assumer les coûts de la médecine totale ou de la médecine pour toute la population. Nous ne sommes pas opposés à ce système, mais nous voulons mettre en évidence deux conséquences négatives.

Tout d'abord, on va évidemment charger l'appareil administratif et judiciaire. Il y a des dispositions pénales qui sont prévues. Nous souhaitons qu'il y ait un maximum de flexibilité dans ce domaine, parce qu'il serait stupide de consacrer des sommes excessives à cet élément. Et puis, il faut bien le dire, c'est moralement discutable parce qu'on donne une prime à l'imprévoyance de ceux qui ne se sont pas assurés jusqu'à maintenant et qui pourront entrer, quel que soit leur âge, avec une prime unique et sans prix d'entrée. Cet élément n'est pas très favorable sur le plan de la morale civique.

Troisième élément: la prime unique. Alors là, nous devons vous dire que le groupe libéral n'est pas d'accord avec le système de la prime unique. Nous ne remettons pas du tout en cause l'égalité de prime – ainsi que cela résulte de notre proposition – entre hommes et femmes, mais nous disons qu'il est finalement injuste de faire tout payer à la jeune génération; c'est un racket sur les jeunes auquel on procède actuellement. Une solidarité entre les générations est possible et nous vous suggérerons dans notre proposition de faire un rapport de un à deux, à savoir que la prime maximum ne devrait pas être plus du double de la prime minimum. Mais, aller au-delà, c'est charger la jeune génération qui a aussi ses propres charges, qui a la mission d'élever ses enfants.

On s'est plaint cette semaine dans cette salle de la difficulté pour les jeunes ménages de trouver des appartements à des prix convenables. Eh bien, c'est à ceux-là qu'on va demander un effort supplémentaire dans le domaine de la santé pour permettre de payer des primes que les personnes plus âgées pourraient probablement mieux payer. C'est en effet une constatation évidente que dans le cours normal d'une carrière professionnelle les gains ont tendance à augmenter. Par consé-

quent, il n'est pas juste, à notre avis – c'est une solidarité à l'envers –, de faire payer des primes excessives aux jeunes de manière à permettre à des personnes plus âgées de ne pas payer les primes qu'elles provoquent.

Quatrième élément: la franchise. La franchise a pour but d'éviter les cas bagatelles qui chargent administrativement de manière absolument excessive les caisses-maladie qui, tout en déresponsabilisant le patient, couvrent souvent des situations qui pourraient être supportées par le patient lui-même.

Ici, plutôt que d'engager une guerre de religion – nous avons vu sur le dépliant les propositions de la majorité et de la minorité –, ne devrait-on pas chercher une solution de compromis? Il apparaît au groupe libéral que cette solution de compromis, qui correspond d'ailleurs à l'efficacité, devrait être telle que la franchise ne soit pas uniforme, mais qu'elle soit plus élevée lorsqu'on a un revenu élevé que lorsqu'on a un bas revenu. Pourquoi? Nous l'expliquerons dans notre proposition, mais nous disons qu'il est normal que la même pression s'exerce sur le patient, qu'il ait de gros ou de petits revenus. Cette pression, qui est la seule efficace, n'est possible que si l'on distingue les franchises entre ceux qui ont des revenus faibles et ceux qui ont des revenus élevés. Nous souhaitons vivement que cette solution, que nous considérons comme une solution de compromis, puisse être acceptée, non à l'unanimité – nous ne rêvons pas –, mais par une majorité de ce conseil.

**Bortoluzzi:** Eines der wesentlichsten Probleme in unserem Gesundheitswesen ist heute sicher der fehlende Markt. Es behaupten zwar alle Beteiligten – vom Patienten über die Krankenkassen bis zum Leistungserbringer –, sie würden sich besonders wirtschaftlich verhalten und sie seien – für die Patienten – zurückhaltend. Aus subjektiver Sicht ist das sicher richtig. Die Bestätigung aber, dass es nicht so ist, kann in den fast explodierenden Kosten der vergangenen Jahre gefunden werden. Alle drei beteiligten Kategorien sind nicht unschuldig daran.

Es ist allerdings müssig, hier zu fragen, wer nun dafür besonders verantwortlich sein soll. Wichtig ist die Erkenntnis, dass gewisse Marktelemente in dieser Vorlage Aufnahme gefunden haben. Es ist einerseits die Freizügigkeit für Versicherte, die freie Wahl einer Kasse, und damit verbunden auch die Möglichkeit, im klar abgegrenzten Zusatzversicherungsbereich das Angebot spielen zu lassen. Diese Möglichkeit sollte auf die Krankenkassen einen gewissen Leistungsdruck ausüben. Dazu gehört natürlich das Obligatorium, sonst könnte die gewünschte Solidarität umgangen werden. Das soziale Element, denke ich, darf nicht verlorengehen.

Die Kassen ihrerseits können von der Vertragsfreiheit Gebrauch machen. Hier hat unsere Kommission die Vorlage des Ständerates aufgrund der Berichte der Kartellkommission sicher verbessert. Bedingungen, die heute eine lähmende Wirkung haben und eine ökonomische Arbeitsweise in keiner Art und Weise belohnen, sondern eher das Gegenteil bewirken, sind, wenn auch nicht ganz, so doch zum Teil, beseitigt. Die Möglichkeit der Leistungserbringer, ausserhalb der Verbände Verträge abzuschliessen – in Artikel 39 wird ausdrücklich darauf hingewiesen –, eröffnet neue Perspektiven im Gesundheitswesen, wenn sie tatsächlich genutzt werden.

Ob vom vorhandenen Spielraum Gebrauch gemacht wird, muss die Praxis dann einmal zeigen. Ich hoffe nicht, dass sich die Verwaltung mit einem schwerfälligen Kontrollapparat oder was auch immer dem im Gesetz möglichen Spielraum widersetzt und Einschränkungen macht. Die unternehmerischen Elemente, die in diesem Gesetz sind, müssen aufrechterhalten werden.

Es ist klar, dass die mögliche Entwicklung bei den Betroffenen nicht nur Begeisterung auslösen wird. Unternehmer sein heisst ja nicht nur Vorteile zu haben, der Wettbewerb wird die Leistungserbringer auch mit den Nachteilen des Unternehmertums bekanntmachen. Ich denke, dass ein paar wirklich aktive Krankenkassen das Verbot der Tarifabsprachen nutzen könnten, den dringend notwendigen Markt auch im obligatorischen Bereich, wenn auch beschränkt – das möchte ich hier deutlich sagen –, aber eben doch im Rahmen des Möglichen, spielen zu lassen. Und wenn der Wettbewerb nicht spielen

wird, dann müsste die Revision meines Erachtens als gescheitert bezeichnet werden, unabhängig von allen andern Punkten.

Das vorliegende Gesetz ist ein Kompromiss. Natürlich, es ist gar nicht anders möglich. Für alle dürften irgendwelche Mängel zu finden sein, aber es ist in seiner Grundphilosophie sicher ein Schritt vorwärts und akzeptabel. Voraussetzung ist, dass verschiedene Elemente im Detail noch korrigiert werden. Ich werde mich dann wiederum zu Wort melden.

**Borer Roland:** Es überrascht mich eigentlich, dass in unserem Parlament während der Eintretensebatten zu einem Geschäft, das Milliarden von Franken kostet, weniger als sechzig Parlamentarier anwesend sind. Anscheinend haben gewisse Leute Wichtigeres zu tun.

Die AP-Fraktion ist für Eintreten, lehnt aber die Vorlage so, wie sie heute vorliegt, ab. Wir setzen in diesem Zusammenhang unsere Hoffnungen auf den Rat, dass er gewisse Korrekturen noch anbringen kann, damit wirklich auch die zweite Zielsetzung des Bundesrates, die in der Botschaft formuliert ist, nämlich die Kosteneindämmung, verwirklicht werden kann. Wir sind für Eintreten, weil wir am Schluss nicht noch die schlechtere Variante wollen. Die noch schlechtere Variante wäre, wenn dem Volk weisgemacht werden könnte, dass man jetzt die Initiative der Linken «für eine gesunde Krankenversicherung» unterstützen müsste.

Wenn man über ein Geschäft wie die Revision dieser Krankenversicherung diskutiert, wenn man dieses Geschäft bearbeitet, ist es wichtig, dass man ein wenig das Umfeld in Europa und anderswo anschaut. Es gibt x Staaten, die schon jahrzehntelang die Leistungen erbringen, die von der Kommission jetzt vorgeschlagen werden, Schweden zum Beispiel: Schweden hat sein Sozialversicherungsnetz bis zum Gehnichts mehr ausgebaut. Nun ist der schwedische Staat bankrott! Die können nicht einmal mehr so schnell Geldnoten drucken, wie sie sie ausgeben. Und diesem Beispiel folgen wir hier mit dieser Vorlage.

Es ist vielleicht auch notwendig, einen kurzen Rückblick auf das vergangene Wochenende zu machen. Am vergangenen Wochenende haben Volk und Stände zu den dringlichen Massnahmen ja gesagt. Und es wird alles und jedes in dieses Ja hineininterpretiert. Herr Rychen z. B. hat sich dahingehend geäussert, dass das Volk mit der Zustimmung zu diesen dringlichen Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung gezeigt habe, dass es Solidarität wolle. Das ist eine rein willkürliche Interpretation, Herr Rychen! Das Volk wollte nichts anderes als verhindern, dass die Prämien in der Krankenversicherung noch einmal ansteigen – Punkt! Alles andere sind Interpretationen.

Warum sagen wir nein zur Vorlage, wie sie sich heute präsentiert? Ich habe schon gesagt: Das zweite Ziel des Bundesrates war gemäss Botschaft die Kosteneindämmung – ich gebe zu; erste Zielsetzung war die Erhaltung oder die Schaffung von Solidarität –; leider ist es mit der Kosteneindämmung nun nicht mehr weit her. Man hat zwar gewisse Massnahmen eingeführt, die kostendämpfend wirken könnten, aber mit der gleichzeitigen Ausweitung des Leistungsangebotes, mit der Zulassung von neuen Leistungserbringern macht man diese wieder zunichte. Es gibt Fachleute – ich muss in diesem Bereich den Fachleuten Glauben schenken –, die sagen, dass der heute vorliegende Beschluss Mehrkosten in Milliardenhöhe verursacht wird. Man umgeht das einfach. Man sagt, man schafft die Subventionierung der Krankenversicherung ab, die ja jeden einzelnen indirekt subventioniert – ein Vorgehen, mit dem ich mich einverstanden erklären kann –, aber man sagt dann zugleich, dass mit der neuen Form 60 Prozent der Versicherten in unserem Land Subventionsempfänger oder Unterstützungsempfänger werden.

Ein Sozialwerk, das per Definition 60 Prozent der Bürger unseres Landes zu armen Leuten stempelt, ist doch kein tragbares Sozialwerk. 10 bis 20 Prozent wären vielleicht ein Mass, das akzeptierbar wäre. Vom administrativen Aufwand – sei es im Bereich der Krankenkassen, sei es im Bereich der Kantone –, den dieser «Subventionismus» nach sich zieht, möchte ich hier gar nicht sprechen.

Ein weiterer Punkt ist das Leistungsangebot. Wir versichern in dieser Grundversicherung alles und jedes. Jede Eventualität wird hier neu in der Grundversicherung angeboten. Sagen Sie mir: Wer soll sich bei diesem Leistungsangebot überhaupt noch für irgend etwas zusätzlich versichern? Mir ist trotz einigem Studieren nichts eingefallen, wofür ich mich noch zusätzlich versichern müsste. Alle Leistungserbringer sind praktisch eingeschlossen. Alle Krankenkassen müssen dieses Grundversicherungspaket anbieten. Wie soll denn da der Markt spielen? Markteinfluss kann eigentlich am Schluss nur noch im administrativen Bereich entstehen, indem Krankenkassen vielleicht ihre Administration noch einmal ein wenig reduzieren könnten. Sie müssen zwar mehr Leistungen erbringen, indem sie am Schluss die Subventionsberechtigten irgendwie berücksichtigen. Da kann der Markt noch spielen; aber bei einem gesetzlich vorgeschriebenen, umfangreichen Leistungsangebot wie dem vorliegenden kann der Markt gar nicht spielen. Es kann keine Konkurrenz zwischen den einzelnen Versicherungen mehr geben.

Ich sehe gewisse Folgen, die diese Revision nach sich zieht, immer in der Annahme, dass sie unverändert bleibt. Es wird uns schliesslich – jetzt bitte ich die paar Bürgerlichen, die es im Parlament noch hat, aufzupassen – nichts anderes übrigbleiben, als eine Versicherung in dieser Höhe über Lohnprozente zu finanzieren oder über zusätzliche Steuern wie CO<sub>2</sub>-Abgaben, Energiesteuern oder über einen um 1 bis 2 Prozent höheren Satz der Mehrwertsteuer. Wollen Sie, die Vertreter von Industrie und Gewerbe, dass das die Folge ist?

Auch zu den Arbeitnehmervertretern noch etwas: Sie haben eine relativ grosse Anzahl Kollektivversicherte – Leute, die jeden Tag zur Arbeit gehen und denen bei ihrem Arbeitgeber ein Kollektivvertrag mit einigermassen bezahlbaren Versicherungsprämien angeboten wird. Diesen Leuten müssen Sie, die Arbeitnehmervertreter, beibringen, dass ihnen nach dieser Revision mit der Abschaffung des Kollektivs, dem Verbot des Kollektivs, Prämien erhöhungen bis 400 Prozent ins Haus schneien werden. Wir haben die Rechnung gemacht mit der Versicherung der ABB im Waadtland: Heute haben wir dort eine Grundversicherungsprämie von 80 Franken für die Kollektivversicherten. Wenn wir annehmen, dass im Durchschnitt eine Steigerung von 30 Prozent für Leistungen dazu kommt, gibt es Prämien erhöhungen von 400 Prozent. Dieses Gesetz wollen Sie dem Volk schmackhaft machen! Sie wollten ursprünglich niemandem weh tun oder niemandem sehr weh tun. Sie tun allen ein wenig weh. Das wird zur Folge haben, dass das Referendum problemlos zustande kommt. Das wird – bei all den Referendumsdrohungen, die wir heute haben – zur Folge haben, dass das Referendum am Schluss noch angenommen wird, und einmal mehr – die Bürgerlichen haben es nicht bemerkt – werden Sie am Schluss gegen Ihr besseres Wissen keine andere Chance mehr haben, als der Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» zuzustimmen. Darauf wird es im Endeffekt herauskommen.

Wir sind für Eintreten. Wir unterstützen alle Anträge, die noch auf Sparen ausgerichtet sind. Nach meiner Information hat es der Rat fertiggebracht, schon wieder etwas über dreissig Aenderungsanträge einzubringen. Ich frage mich, was das Ganze eigentlich soll.

M<sup>me</sup> Brunner Christiane: Si au début de ce siècle, le patient et le médecin étaient à peu près les seuls acteurs de l'assurance-maladie, au fil du temps la palette de la santé s'est enrichie de nombreux partenaires. La santé est devenue un marché, l'un des plus importants de notre pays. Aujourd'hui, des milliards de francs sont en jeu et il s'avère bien difficile de priver un partenaire d'une ressource, même minime, sans provoquer de graves crispations politiques.

Lorsqu'en 1989, le Conseil fédéral a présenté ses intentions et les lignes du projet de révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, M. Cotti, conseiller fédéral, a dit qu'il ne fallait pas s'attendre à des miracles. Cela reste vrai aujourd'hui. La loi qui vous est présentée n'est pas révolutionnaire. Chacun peut trouver des motifs pour la contester. Mais s'il y a une chose qui ne peut pas être contestée, c'est la nécessité de la mise sous toit de cette révision et l'urgence de sa mise en ap-

plication. Il y a urgence, car les coûts de la santé suivent une courbe exponentielle intolérable. Il y a urgence, car l'absence de solidarité qui caractérise cette branche de notre sécurité sociale est la source de situations inacceptables. Mais il y a surtout urgence, car tous ces phénomènes accompagnés du désengagement financier de la Confédération ont entraîné des charges croissantes sur l'ensemble des assurés, et ce sont les assurés qui doivent être au centre de nos préoccupations. Ce sont leurs intérêts qui doivent, en premier lieu, guider nos décisions.

Le groupe socialiste est conscient que certaines des mesures avancées pour atteindre nos objectifs ne déploieront des effets qu'à long terme. Sur le plan strictement financier, seules certaines catégories d'assurés seront, dans un premier temps, soulagées. Mais à long terme, et c'est le long terme qui doit nous préoccuper, l'ensemble des assurés bénéficiera des avantages d'un système de santé solidaire dont nous aurons réussi à maîtriser les coûts. Pour ces raisons, nous soutenons particulièrement toutes les mesures visant, d'une part, une meilleure prise en considération des besoins actuels et, d'autre part, une gestion plus équilibrée de l'ensemble du système.

Trois aspects de cette révision doivent être particulièrement bien accueillis. Il s'agit de l'introduction de l'obligation de s'assurer, de l'amélioration du catalogue des prestations, et des mesures de maîtrise des coûts. Le postulat de l'obligation de s'assurer est un principe essentiel de la sécurité sociale et une revendication de longue date du Parti socialiste. Plusieurs cantons ont d'ailleurs déjà introduit l'obligation de s'assurer avec succès, c'est le cas du mien, du canton de Genève. L'obligation d'affiliation est la pièce maîtresse d'une assurance véritablement sociale et le moyen d'introduire la solidarité: la solidarité entre les assurés d'une même caisse, la solidarité importante, Monsieur Leuba, entre générations, la solidarité entre les assureurs par la compensation des risques.

L'extension du catalogue des prestations est nécessaire si l'on souhaite, d'une part, un équitable accès aux soins et, d'autre part, si l'on exclut les assurances complémentaires du champ d'application de la nouvelle loi. L'élargissement du catalogue des prestations constitue aussi une exigence absolue dans le cadre d'une assurance obligatoire puisque le caractère obligatoire entraîne des primes, en principe, uniformes, et garantit le même éventail de prestations pour tous les assurés.

La maîtrise des coûts est le volet le plus important de cette nouvelle loi. De nombreuses mesures sont proposées pour y parvenir. Elles ne se révéleront pleinement efficaces que combinées les unes avec les autres et si tous les partenaires du domaine de la santé y participent.

En dépit des nombreuses améliorations qu'apportera cette nouvelle loi, le groupe socialiste tient à en dénoncer une lacune fondamentale: il s'agit du caractère facultatif de l'assurance d'indemnités journalières. Il est scandaleux que ni le Conseil fédéral, ni le Conseil des Etats, ni notre propre commission, n'aient eu le courage de répondre à une attente et à un besoin incontestés. Comment parler d'une véritable assurance-maladie sociale sans introduire l'obligation d'une assurance perte de gain?

Le groupe socialiste regrette également que le système de financement reste celui d'une cotisation qui ne prend pas mieux en compte la capacité financière de chaque assuré. Ce système est dangereux dans la mesure où il dépend totalement de la somme que les pouvoirs publics sont prêts à consacrer pour la réduction des primes.

Chacun et chacune peut trouver dans cette loi des motifs pour la rejeter, je viens d'en énumérer quelques-uns. Il faut cependant que nous gardions tous et toutes à l'esprit que nous sommes entrés, en matière de santé publique, dans une ère de choix, et le groupe socialiste vous invite à faire le bon choix, c'est-à-dire à entrer en matière sur le projet de loi tel qu'il résulte des travaux de notre commission et à refuser toutes les propositions de renvoi.

Jäggi Paul: In Anbetracht der fortgeschrittenen Zeit wähle ich die Kurzfassung meines Votums. Die lange und schmerzliche Vorgeschichte der Revision des Krankenversicherungsgeset-

zes ist uns allen bekannt. Hoffnungen wurden geweckt, auch mit den klar angenommenen Bundesbeschlüssen am letzten Wochenende. Immer und immer wieder wurde auf die Revision des KVG hingewiesen. Auf kommende Revisionen zu verströhen, ist ja ein hinlänglich bekanntes und beliebtes Mittel der Politik.

Wird nun mit den Vorschlägen der Kommission das Ziel erreicht? In einem ersten Teil sicher. Die Stärkung der Solidarität durch das Obligatorium und die Freizügigkeit, der Risikoausgleich, die Stärkung der Rechte der Versicherten und Patienten, die Verstärkung des Wettbewerbs durch das Verbot von Kartellabsprachen, die abschliessende Aufzählung der Leistungen in den Grundversicherungen sind alles Punkte, die in ein modernes KVG gehören. So weit, so gut.

Nicht genügend sind die Bemühungen in der Kostendämmung, von der Kostensenkung gar nicht zu reden. Auch mir ist klar, dass all die gewünschten und nötigen Neuerungen nicht zum Nulltarif zu haben sind. Wenn aber als Folge der Revision für die Hälfte der Bevölkerung, vor allem der ländlichen, Prämienhöhungen bis zu 50 Prozent in Aussicht stehen, ist hier kaum mit grosser Akzeptanz zu rechnen, vor allem wenn durch die Aufhebung der Kollektivverträge ein zurückhaltender Konsum der angebotenen Gesundheitsleistungen noch bestraft wird. Es wird bestraft, was man mit teuren Umwegen, z. B. mit der Prävention, wieder erreichen will.

Zu viele Leute werden zudem im Gesundheitswesen weiterhin selber entscheiden, wieviel mehr sie bei staatlich garantierten Tarifen und Preisen und einem sicheren Zahler verdienen wollen. Zudem kommen die vorgesehenen Prämienverbilligungen bei den jetzigen Finanzaussichten von Bund und Kantonen in eine äusserst unsichere Lage. Seit der Entstehung der Vorlage und der Beratung im Ständerat hat sich die Lage in diesem Bereich leider dramatisch verändert. Der Kostendämmung ist darum in der Beratung erste Priorität einzuräumen.

Es ist ein gutes Gesetz. Machen wir es durch Selbstbeschränkung in der Grundversicherung und durch Kostendämmung im stationären und im ambulanten Bereich wieder akzeptierbar.

**Hafner Rudolf:** Beim KVG geht es um ein sehr wichtiges Gesetz. Betroffen davon ist die ganze Bevölkerung. Entsprechend gross ist wohl auch das Interesse seitens der Betroffenen. Das Gesundheitswesen stellt auch einen bedeutsamen Wirtschaftsfaktor dar, geht es doch um einen Umsatz von gegen 30 Milliarden Franken. Dessen Finanzierung wird zunehmend über Lenkung und entsprechende Planung geregelt. Dadurch wird also die Struktur geprägt.

Kollegin Gonseth hat für die grüne Fraktion die grossen Linien bereits dargestellt. Ich möchte nur noch die Schwerpunkte wiederholen: Verstärkung der Solidarität; gleiche Prämien für Frauen und Männer auch in der Zusatzversicherung; Vermeidung von Bürokratie; Wahrung der verfassungsmässigen Rechte, wie beispielsweise Schutz des Patientengeheimnisses, aber auch freie Wahl der Therapien; Kostendämpfung und Eigenverantwortung, soweit das möglich ist. Vor allem sollte aber die Errichtung einer Zweiklassenmedizin vermieden werden, weil sie sehr unsozial wäre.

Es kann anerkannt werden, dass sowohl durch den Bundesrat, durch Vertreter des Bundesamtes für Gesundheitswesen als auch in der Kommission versucht wurde, diese Kriterien einzubeziehen. In diesem Sinne kann man feststellen, dass im KVG Fortschritte erzielt worden sind.

Ich kann auch feststellen, dass Anträge unsererseits, zum Beispiel das Anhörungsrecht der Patientenorganisationen, von der Mehrheit der Kommission aufgenommen wurden. Die Patienten sind diejenigen, die bisher in den Strukturen neben den doch sehr potenten Lobbies – Pharmaindustrie, FMH usw. – die schwächste Stellung hatten.

Da die Zahlungen der Krankenkassen den Grossteil des Gesundheitswesens alimentieren, ist aber auch die Art der Leistungserbringung von grossem Interesse. Zweifelloser ist es so, dass die Schulmedizin sehr grosse Erfolge erzielt hat. Man denke nur an die Möglichkeiten der Mikrochirurgie bei Diskushernien und bei anderen chirurgischen Eingriffen. Es ist aber nicht zu bestreiten, dass die Schulmedizin auch Fehlleistungen erbringt. Ich erinnere Sie an die massenweisen Gebä-

mutterentfernungen. Im Kanton Tessin wurde im Rahmen einer Studie festgestellt, dass mit solchen Operationen, die entsprechende Folgekosten mit sich bringen, weit übertrieben wird. Ich erinnere Sie aber auch an die heutigen Möglichkeiten der Transplantation. Ist es nötig, dass bei jemandem, der sehr viel Alkohol konsumiert – Anwesende natürlich immer ausgeschlossen –, mehrere Lebertransplantationen durchgeführt werden, und das alles zu Lasten der Krankenversicherung? Oder ist es notwendig, dass sich Raucher die Lunge transplantieren lassen? Wenn man das durchdenkt, muss man sich die Grenzen der technischen Machbarkeit überlegen. Ich denke etwa an die Gentechnologie: Man spricht ja heute schon von künstlichen Geburten usw. Meines Erachtens gibt es gewisse Grenzen dafür, was alles von der Krankenversicherung zu finanzieren ist. Man erinnere sich auch an die milliarden-schwere Forschung in den Bereichen Krebstherapie oder Aids. Man konstatiert, dass die reine Schulmedizin hier an ihre Grenzen gestossen ist. Demgegenüber zeigt eine Studie der Universität Stuttgart, dass komplementäre Formen der Medizin nicht nur ursachengerecht, sondern auch kostengünstig sind: Es werden weniger Einweisungen in Spitäler und Ueberweisungen an Spezialisten vorgenommen.

Auf den ersten Blick kann man auch sagen, dass die komplementärmedizinischen Heilmittel viel kostengünstiger sind als allopathische Mittel. Die Kostengünstigkeit wurde auch von seiten der Krankenkassen ganz klar anerkannt. Es gab dort eine Pressemitteilung, die das so festgehalten hat.

Leider muss man feststellen, dass die zuständigen Arzneimittel- und Leistungskommissionen heute noch klar von der Schulmedizin dominiert werden, auch wenn man erkennen kann – und das ist verdankenswert –, dass die Komplementärmedizin auch Sitze erhalten hat. Ein jüngstes Beispiel in der Leistungskommission hat allerdings gezeigt, dass sehr gut belegte kneippsche Anwendungen, also Hydrotherapie, nicht anerkannt wurden, obwohl die Anwendung dieser Methoden nur 10 Prozent einer konventionellen Behandlung kostet. Ich wäre natürlich den Vertretern des Bundesamtes dankbar, wenn dieser Fehlentscheid der Kommission in irgendeiner Art und Weise korrigiert würde. Ich glaube, es kann nicht Sinn und Zweck von staatlichen Organen sein, eine sehr kostengünstige Methode, deren Wirksamkeit klar belegt ist, wegen irgendwelcher Machtverhältnisse abzuwürgen. Die grüne Fraktion ist der Auffassung, man sollte die Offenheit haben, seriöse – ich betone: seriöse – Methoden anzuerkennen. Ich habe die Hoffnung, dass auch die Departementschefin die Möglichkeiten einer Kostenreduktion erkennt.

Dieses Jahr war ein Jubiläumsjahr: 500 Jahre Paracelsus. Es ist doch irgendwie eine Ironie des Schicksals, dass die Universität Basel Paracelsus erst nach 500 Jahren rehabilitiert. Er musste ja bekanntlich bei Nacht und Nebel aus Basel flüchten. Heute gilt er als einer der grössten Aerzte Europas.

Es sollte in Zukunft möglich sein, Erkenntnisfortschritte in einem rascheren Tempo zu machen als die Universität Basel, die ihren Irrtum erst nach 500 Jahren – aber besser spät als nie – korrigiert hat.

Ich möchte noch dem SVP-Sprecher, Kollega Rychen, dafür danken, dass er sich für die Anerkennung der Komplementärmedizin ausgesprochen hat. Ich denke, das ist mal eine fortschrittliche Haltung von dieser Seite.

Von Frau Heberlein hätte ich gewünscht, dass sie, wenn sie schon Veska-Präsidentin ist und in diesem Sinne den staatlichen Kliniken vorsteht, auch im Sinne einer Selbstkritik etwas dazu gesagt hätte, wie man das Spitalwesen besser organisieren könnte. Es gäbe da zweifellos Möglichkeiten.

Aber ich bin auch – wie die übrigen Mitglieder der grünen Fraktion – für Eintreten auf dieses Gesetz.

**M. Spielmann:** Le débat qui s'ouvre aujourd'hui sur l'entrée en matière ou non pose toute une série de questions fondamentales auxquelles nous considérons qu'il nous faut répondre au préalable.

Nous sommes depuis longtemps à la croisée des chemins avec une initiative pendante et différentes propositions de modification de la législation sur les caisses-maladie, la politique des soins et la politique hospitalière, et nous ne pourrions pas

y rester continuellement. Ça signifierait se trouver face au vent constamment, alors qu'il s'agit de choisir un cap pour avancer. Aujourd'hui, ce cap doit être pris et nous considérons comme erroné de vouloir remettre en chantier un exercice de pompiers, tenter de répondre à une série de questions sans prendre en compte les options fondamentales et sans trancher véritablement sur les questions de fond.

Quelles sont donc les différentes possibilités? Il n'y en a pas des milliers, bien sûr, il y a en a deux fondamentales: la première consiste à considérer l'ensemble des développements politiques, idéologiques, de notre société, à savoir si, dans ce domaine de la santé, on peut organiser un système d'assurance de couverture des soins et des frais hospitaliers selon le principe d'une économie de marché, ou si nous devons, dans ce cadre-là, nous éloigner de la politique de marché et tenter de prendre quelques mesures qui permettent, d'une part, de planifier, de développer une politique plus solidaire, c'est-à-dire de parler d'assurances collectives, voire de mutuelles.

Poser ces questions fondamentales, c'est évidemment répondre aussi, dans le cadre de notre société, à une série de questions qui dominent le débat politique à tous les niveaux, celui du débat social, celui de la prédominance de l'argent et des affaires sur toute activité humaine, et surtout celui de savoir si ce domaine particulier de la santé, ou plutôt des soins et du maintien de la santé, peut participer et peut répondre à ce postulat de l'économie de marché, c'est-à-dire savoir si l'on peut, dans ce domaine comme dans d'autres, laisser agir la libre concurrence, si l'on a une chance de trouver des solutions en mettant en parallèle et sur pied d'égalité la santé et le marché.

Poser cette question, c'est bien sûr apporter déjà un élément de réponse. Politiquement et économiquement, il n'est pas possible de répondre à ce postulat. On le voit aujourd'hui déjà dans nos différentes assurances sociales et dans les caisses-maladie actuelles: il n'existe en fait pas de liberté de choix, pas de liberté individuelle de trouver sa propre couverture, et les solutions ne peuvent donc être que collectives, solidaires, et ne participer que d'une politique d'ensemble qui permette à l'ensemble de notre société de trouver les réponses.

Si l'on ne va pas dans cette direction, il y a alors deux alternatives: celle de la politique de prévoyance ou celle de la politique d'assistance. Si nos composantes sociales, nos lois et nos démarches ne permettent pas de mettre sur pied une véritable politique sociale de la santé, c'est alors vers le développement de l'assistance qu'on ira, et l'on sait déjà aujourd'hui – ces expériences sont tentées à de multiples endroits dans d'autres pays – qu'on va vers un échec et qu'en définitive, même pour les tenants de l'économie de marché, la politique économique et la politique qui vise à laisser jouer les règles du marché et à introduire l'assistance coûtent en définitive beaucoup plus cher, y compris dans le domaine financier, puisque c'est celui qui paraît être le paramètre principal d'une véritable politique de prévoyance; sans parler de tous les problèmes posés par la santé au niveau des individus, au niveau de l'homme. Les différents systèmes proposés aujourd'hui doivent donc tenir compte de ces réalités-là, et faute de vouloir véritablement choisir son cap, nous garderons ce bateau vent debout, c'est-à-dire que nous continuerons de reculer et de multiplier les exercices de pompiers pour tenter au moins de rester sur place et non pas de reculer.

Tout à l'heure, on a soulevé une série de questions et relevé des lacunes sur lesquelles il nous faut trancher. Je regrette pour ma part qu'on ne pose pas le problème de la manière dont on prévoit son assurance, notamment en fonction de la capacité contributive – cela a été dit à cette tribune. La plupart des pays européens ont adopté des systèmes, ont mis en place une véritable sécurité sociale. Il est temps que notre pays choisisse son cap. C'est ce que nous souhaitons faire. Si ça devait être refusé, à ce moment-là nous nous livrerons à un exercice de pompiers et ferons un maximum de propositions pour en arriver quand même à une solution finalement meilleure que celle que nous connaissons actuellement, tout en sachant que nous aurons évacué les problèmes de fond qui sont aussi têtus que les faits et que nous devons, un jour ou l'autre, remettre sur le métier.

**Frau Hollenstein:** Die Bevölkerungsprognosen sehen für die Schweiz ein stärkeres Wachstum der Altersgruppe der über Achtzigjährigen vor. Mit der Zunahme der Zahl der Betagten wird auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wachsen. Damit müssen wir rechnen, und wir müssen diese Tatsachen vermehrt in unsere Diskussion einbeziehen.

Zur Lösung zukünftiger Probleme der Gesundheitsversorgung müssen auch Möglichkeiten zur Verhaltensänderung im Sinne zunehmender Eigenverantwortung stärker gefördert werden. Es gilt, die Gesundheitsprävention stärker zu gewichten. Damit meine ich nicht primär vermehrte technische Abklärungen wie chemische und biotechnische Analysen usw., sondern vermehrte Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen. Die Grenzen der Leistungsexplosion sind zu erkennen. Alternativmethoden ausserhalb der Schulmedizin sind vermehrt zu fördern. Die ambulante Versorgung muss gegenüber der stationären aufgewertet werden, und die Grundversorgung ist allen, unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, zu ermöglichen.

Als Grundlage muss eine ganzheitliche Auffassung von Gesundheit und Krankheit, welche auch das seelische Wohlbefinden, die Seinsorientierung, berücksichtigt, gelten. Vor allem aber muss dem Aspekt der Solidarität, wie er im Gesetz integriert ist, grösstes Gewicht beigemessen werden.

Ich komme zu einigen Kritikpunkten: Als Krankenschwester und Berufsschullehrerin im Gesundheitswesen vertrete ich eine Berufsgruppe, deren Forderungen im Gesetz wenig berücksichtigt wurden, obwohl das Pflegepersonal mit rund 20 000 Beschäftigten die grösste Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens ausmacht.

Dem Gesetz liegen verschiedene Begriffsdefinitionen wie Krankheit und Unfall zugrunde. Was fehlt, ist eine Definition von Gesundheit. Wie wollen wir einer Krankheitsdefinition zustimmen, wenn nicht erst geklärt wird, was Gesundheit ist? Wir reden von Gesundheitskosten, Gesundheitssystem oder Gesundheitsversorgung, aber unser Gesundheitswesen ist ganz auf Krankheit ausgerichtet. Diese Haltung kommt auch im vorliegenden Gesetz zum Ausdruck, und sie ist ein falscher Ansatzpunkt für ein kostensparendes, gesundheitsförderndes Gesetz.

Das Gesetz ist so ausgerichtet, dass Aerztinnen und Aerzte weiterhin eine Monopolstellung haben. Das Angebot wird weitgehend durch sie bestimmt. Dies hat teilweise verheerende Auswirkungen auf die Kosten. Statt allen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach ihrer Qualifikation die entsprechenden Kompetenzen zuzugestehen, bestimmt weiterhin vorwiegend die Aerzteschaft, welche Leistungen andere Berufsgruppen zu übernehmen haben respektive was die Kasse zahlen soll. Eine Gleichbehandlung aller Leistungsanbieter im Gesundheitswesen würde zu einem sinnvollen Wettbewerb unter den Anbieterinnen und Anbietern führen. Dies würde die unsinnige Notwendigkeit, dass Patientinnen und Patienten zuerst zum Arzt gehen müssen, damit die notwendigen Leistungen der Krankenschwester von der Krankenkasse bezahlt werden, verhindern.

In der vorliegenden Gesetzesrevision wurde mit dem Unterlassen dieser Strukturänderung ein echtes Sparpotential im Gesundheitswesen verpasst. Damit eines Tages eine Aenderung in diesem Sinne möglich wird, bräuchte es ein mutiges Infrastellen der gegenwärtigen Strukturen.

Ein weiterer Kritikpunkt: Leider kommt im ganzen Gesetz der Pflege nicht jener Stellenwert zu, der ihr von der Bedeutung im gesamten Gesundheitswesen her zukommen müsste. So wird z. B. in Artikel 2 unter dem Begriff Behandlung auch Pflege mitgemeint. Dies widerspricht dem Berufsverständnis der Berufsangehörigen der Pflegeberufe. Damit diese Unkorrektheit noch gutgemacht werden kann, habe ich zu Artikel 2 einen entsprechenden Antrag eingereicht. Pflege definiert sich nicht einfach als Behandlung. Behandlung macht nur einen kleinen Teil der pflegerischen Tätigkeiten aus. Dass das Pflegepersonal im ganzen Gesetz im Verhältnis zu seiner Bedeutung im Gesundheitswesen viel zu kurz kommt, hat vielleicht damit zu tun, dass es sich bei den Pflegeberufen traditionell um Frauenberufe handelt und entsprechend den Löhnen oft auch das Prestige fehlt.

Gesamthaft beurteile ich das vorliegende Gesetz als einen gereiften Kompromiss, der zwar nicht alle Probleme zu lösen vermag, aber eindeutige Verbesserungen bringt. Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten.

**Allenspach:** Mit dem neuen Gesetz wird ein Obligatorium der Krankenpflegeversicherung verfügt, obwohl heute schon über 95 Prozent der Bevölkerung versichert sind. Bei der obligatorischen Versicherung werden – im Gegensatz zur freiwilligen Versicherung – staatliche Kontrollen notwendig. Jeder Bürger muss beaufsichtigt werden, um sicherzustellen, dass er versichert wird und auch versichert bleibt. Es fällt nicht leicht, einem neuen Obligatorium und damit der Einschränkung der Freiheitsbereiche der Bürger zuzustimmen.

Das neue Gesetz ist zudem nicht in der Lage, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen wirksam zu bremsen. Die Leistungen der Grundversicherung werden ausgeweitet, die vorgesehenen Sparanreize sind nicht überwältigend. Ziel des Gesetzes – so wurde es wenigstens in der Kommission unverblümt gesagt – sei weniger die Kosteneindämmung als die Umverteilung der Kosten. Umverteilung der Kosten bedeutet, dass einzelne Gruppen stärker belastet werden als heute: Stärker belastet werden mit Sicherheit die Steuerzahler. Stärker belastet wird der Mittelstand, der überproportional steigende Prämien in Kauf nehmen muss; stärker belastet werden auch die jüngeren Generationen. Wir dürfen dies nicht verschweigen.

Das neue Gesetz bedeutet zudem das faktische Ende der betrieblichen Krankenkassen. Wir beschwören zwar immer wieder die Kraft der betrieblichen Sozialpartnerschaft, entziehen ihr aber in der Praxis immer mehr Betätigungsfelder. Die Aufhebung der betrieblichen Krankenkassen führt in den meisten Fällen zu massiven Prämiensteigerungen bei den betroffenen Arbeitnehmern. Ich kenne Betriebskrankenkassen, die mit der Hälfte der Durchschnittsprämien anderer Kassen auskommen. Die Folgen der Eliminierung der betrieblichen Krankenkassen – eben diese massive Prämiensteigerung – können dann aber gegebenenfalls nicht dem Betrieb oder dem Arbeitgeber angelastet werden. Auch das dürfen wir nicht verschweigen.

Es fällt schwer, dem Gesetz zuzustimmen, und dennoch spreche ich mich für Eintreten aus, gewissermassen der Not gehorchend, weil die heutige Gesetzgebung mit zu vielen Mängeln behaftet ist. Eintreten bedeutet aber nicht Zustimmung um jeden Preis. Wenn sich das neue Gesetz auf den Kernbereich der sozialen Krankenpflegeversicherung konzentriert, hat dieses neue Gesetz Chancen, auch eine Volksabstimmung zu überstehen. Greift es aber über den engen Sozialversicherungsbereich hinaus und wird es mit systemfremden Elementen belastet, ist sein Scheitern vorprogrammiert.

Zu den systemfremden Elementen gehören:

1. das von einer Kommissionsminderheit beantragte Obligatorium der Taggeldversicherung;
2. die postulierte obligationenrechtliche Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers bei Mutterschaft während 16 Wochen;
3. das Uebergreifen des Sozialversicherungsrechtes in den Privatversicherungsbereich – wie dies präjudiziell mit einer völlig unzulässigen Interpretation des verfassungsmässigen Grundsatzes der Gleichberechtigung von Mann und Frau von der Kommissionsmehrheit beantragt wird –;
4. der unbeschränkt andauernde Risikoausgleich, der systemwidrig die Bemühungen um mehr Wettbewerb unter den Kassen wieder paralyisiert.

Es ist unerlässlich, sich auf das Grundanliegen der sozialen Krankenversicherung zu beschränken. Wir sollten den Fehler nicht wiederholen, den wir bei der letzten Gesamtrevision des Krankenversicherungsgesetzes gemacht haben. Wir sollten aus den gemachten Fehlern lernen und festhalten: Wer zuviel will, erreicht nichts – eine alte Erfahrungstatsache, die auch heute noch gilt!

Frau **Hafner** Ursula: Wir befinden uns hier im französischen Sprach- und Kulturgebiet; ich möchte deshalb zu Beginn dem grossen französischen Klassiker eine Reverenz erweisen, der sich schon vor mehr als dreihundert Jahren kritisch mit den Kosten im Gesundheitswesen auseinandergesetzt hat. Ich spre-

che von Molière, der sehr drastisch dargestellt hat, wie trefflich es Aerzte und Apotheker verstehen – ich wollte sagen: wie trefflich es Aerzte und Apotheker damals verstanden –, aus Krankheiten, auch eingebildeten, Kapital zu schlagen. Offenbar war das noch vor 70 Jahren nicht anders, als der berühmte Doktor Knock nicht weit von hier seine Praxis geführt haben soll.

Heute reden die Aerzte zwar nicht mehr so flüssend lateinisch, aber undurchschaubare Rechnungen schreiben sie trotzdem. Und viele von ihnen leben recht gut dabei. Eine grössere Transparenz bei den Arztrechnungen ist nur eine der Massnahmen, mit welchen der unaufhaltsame Kostenanstieg nun gebremst werden soll. Ich will nicht alles wiederholen, was meine Vorrednerinnen und Vorredner schon dazu gesagt haben, und nur noch Frau Heberlein antworten, die sich darüber gewundert hat, dass ich, obwohl ich die vorliegende Revision des Krankenversicherungsgesetzes befürworte, die Initiative von sozialdemokratischer Partei und Gewerkschaftsbund immer noch als aktuell bezeichne. Die Solidarität, welche das Obligatorium bei der Pflegeversicherung nun bringt, anerkenne ich durchaus. Aber damit ist das Problem für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eben erst zur Hälfte gelöst. Solange wir nicht auch eine obligatorische Taggeldversicherung haben, bleiben ältere krankheitsanfällige Menschen benachteiligt. So lange spielt die Solidarität nur bedingt! Und mit der obligatorischen Pflegeversicherung erreichen wir zwar eine Solidarität zwischen Jungen und Alten, Männern und Frauen; aber wir erreichen keine wirkliche Solidarität zwischen Reichen und Armen, solange wir Prämien und Selbstbehalt nicht nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit berechnen. Dies sind die zwei wichtigsten Gründe, weshalb unsere Ziele mit der vorliegenden Revision nicht erreicht werden. Aber wir stehen hinter dieser Kompromissvorlage.

**Fischer-Seengen:** Es ist zu begrüessen, dass es gelungen ist, diese schwierige, umstrittene Materie einigermassen auszuwogen zu lösen. Es besteht deshalb aus meiner Sicht kein Anlass, nicht auf die Revisionsvorlage einzutreten, weil sonst die Probleme ungelöst bleiben würden. Es besteht auch kein Anlass zur Rückweisung, weil in einem weiteren Anlauf kein besseres Gesetz zu erwarten wäre.

Dennoch erlaube ich mir ein paar kritische Bemerkungen:

1. Eines der wichtigsten Ziele dieser Gesetzesrevision ist die Kosteneindämmung; dieses Ziel wurde überhaupt nicht erreicht – im Gegenteil. Aufgrund von Leistungserweiterungen werden die Kosten bei diesem Gesetz massiv ansteigen, gemäss Vorlage des Bundesrates und aufgrund der Beratungen im Ständerat um 0,9 bis 1,3 Milliarden Franken und gemäss Vorlage der nationalrätlichen Kommission gleich noch um weitere 122 Millionen Franken. Wieweit sich diese Mehraufwendungen durch zusätzliche Erträge in der Praxis dann tatsächlich reduzieren lassen, ist völlig unsicher. Im übrigen ist es auch fraglich, ob die vorgeschlagenen Leistungserweiterungen nötig und sinnvoll sind. Ich nenne z. B. die von der nationalrätlichen Kommission eingebrachte Aufnahme von etwa 1000 selbständigen Psychotherapeuten als neue Leistungserbringer, mit geschätzten Mehrkosten von 110 Millionen Franken, welche die soziale Krankenversicherung belasten; dann die Aufnahme der Prävention mit Mehrkosten von etwa 90 Millionen Franken. Dabei sollte die soziale Krankenversicherung doch die Folgen unvorhersehbarer Schicksalsschläge auffangen. Die Prävention gehört eindeutig nicht dazu. Es ist meiner Auffassung nach zumutbar, dass jeder und jede selber das Nötige vorkehren. Es ist deshalb besonders wichtig, dass der Einsatz dieser Gelder im Bereich Prävention auf genau definierte und restriktiv interpretierte Massnahmen beschränkt wird, sonst wird die Prävention kostenmässig zum Fass ohne Boden. Ich wäre froh, wenn Frau Bundesrätin Dreifuss hier Ausführungen zu den konkreten Absichten des Bundesrates machen könnte.

2. Das Instrument der Globalbudgetierung gemäss Artikel 46 und Artikel 47 ist aus meiner Sicht Interventionismus übelster Art. Ich hatte bereits grösste Mühe, dies im Notrecht zu akzeptieren. Ins ordentliche Recht sollten solch undifferenzierte, grobschlächtige Massnahmen, die blosser Symptomtherapie darstellen, keinen Eingang finden.

Die Globalbudgetierung ist aus folgenden Gründen vor allem im ambulanten Bereich untauglich: Wer bereits Mengenausweitung betrieben hat, hätte bei der künftigen Verteilung die beste Ausgangslage; wer vorher Zurückhaltung geübt hat, würde bestraft. Die Vertreter technischer Disziplinen würden gegenüber den Allgemeinpraktikern weiter bevorzugt, und teure Fälle wie Aids- und Krebskranke würden mehr als nötig in den stationären Bereich abgeschoben. Schliesslich: Wer würde den zur Verfügung stehenden Kuchen verteilen? Die Strukturen hierzu fehlen, es wäre eine neue, grosse Bürokratie nötig, der Willkür wären Tür und Tor geöffnet. Man sollte von einer Globalbudgetierung absehen, vor allem im ambulanten Bereich. Dieser Artikel wird ein Schicksalsartikel sein.

3. Mit dem neuen Artikel 39 Absatz 2bis sollen der Gesundheitsmarkt liberalisiert und kartellmässige Absprachen verhindert werden. Grundsätzlich ist dagegen nichts einzuwenden, die Tendenz ist richtig. Der sogenannte Gesundheitsmarkt ist indessen kein freier Markt. Zahlreiche Einschränkungen und planwirtschaftliche Komponenten verhindern dies: beispielsweise das Obligatorium in der Krankenversicherung, die Behandlungspflicht und der Notfalldienst, die staatlichen Subventionen, die Tarifgenehmigung durch Behörden usw. Deshalb kann hier nicht der gleiche, für den privatwirtschaftlichen Bereich sonst sinnvolle Massstab angelegt werden. Vor allem sind die praktischen Auswirkungen kaum abzuschätzen.

Trotzdem bekämpfe ich die Bestimmung von Artikel 39 Absatz 2bis nicht, aber bei der Anwendung ist strikte darauf zu achten, dass die Krankenkassen ihre Marktmacht – besonders nach der kürzlichen Elefantenhochzeit – nicht gegen einzelne Leistungserbringer ausspielen, was faktisch bis zu Berufsverboten führen könnte, und dass die Grundversorgung und der Notfalldienst trotzdem gewährleistet bleiben.

In diesem Sinn bin ich für Eintreten und gegen Rückweisung.

**Bircher Peter:** Grundsätzlich stehe ich für dieses Gesetz ein, vor allem für den Grundsatz der Solidarität oder für die wichtigen Eckwerte, die schon durch die vorgezogene Teilrevision gesetzt worden sind. Das Schweizervolk hat diese in der letzten Abstimmung grossmehrheitlich gutgeheissen; ich befürworte vor allem auch die klare Abgrenzung in der Grundversicherung.

Meine kritischen Einwände, die mich sogar dazu geführt haben, einen Alternativvorschlag in der Form eines Antrages einzureichen, betreffen den Umverteilungsmechanismus bei der sogenannten Prämienverbilligung. In diese Kerbe haben bereits die Kollegen Jöri, Ryhen und Leuba gehauen. Es ist ein sehr gefährliches Unterfangen, wenn wir diese Vorschläge übernehmen, wie sie von der Mehrheit der Kommission beantragt werden. Rund 2 Milliarden Franken – wieviel es genau sein werden, wird das Ende dieser Beratung ergeben – sollen auf die Kantone verteilt werden. 26 verschiedene Anschlussgesetze sollen entstehen oder zumindest revidiert werden. Fünf Beteiligte gibt es dann bei diesem Verteilungssystem: den Bund, die Kantone, die Gemeinden, die Versicherer und die Versicherten. Dieser Verteilungsaufwand allein wird rund 30 Millionen Franken und 300 Vollstellen in den Kantonen kosten, denn die Kantone sind neu die Drehscheiben für diese Teilung.

Das ist eine Weichenstellung; heute erhalten ja die Versicherer die Subventionen. Wenn wir einmal diesen Subventionsregen auf die Kantone beschlossen haben, ist nichts mehr rückgängig zu machen. Ich frage mich, ob wir in Anbetracht der ganzen Haushaltsituation des Bundes diese Verantwortung übernehmen können. So ist z. B. vorgesehen – wir haben dazu ein sehr differenziertes Papier von seiten des Bundesamtes –, dass 45 Prozent der Einzelhaushalte Rückforderungen stellen können. Das wären etwa 870 000 mit durchschnittlichen Beträgen von 985 Franken. Dann gibt es natürlich zahlreiche Anträge, die abgewiesen werden müssen – mit entsprechenden Verfügungen, mit entsprechendem Weiterzugsrecht.

Worauf will ich hinaus? Meine Alternative wäre die: Wir schaffen Prämienungleichheit. Das heisst, bei den grossen Risiken, vor allem bei den ganz normalen Lebensrisiken wie beim Aelterwerden, beim Kinderhaben wird natürlich diese Gleichheit – wie es Herr Leuba schon gesagt hat – dadurch erreicht, dass

die Prämien steigen müssen. Wir haben keine risikogerechten Prämien mehr, sondern wir haben Einheitsprämien. Meine Meinung geht dahin, dass der Bund seine Mittel für die Milderung und Abdeckung der grossen Lebensrisiken Jugend, Mutterschaft und vor allem die Folgen der demographischen Entwicklung bei den über Siebzigjährigen einsetzen soll.

Das ist eine Entwicklung, die unseren Kollegen Tschopp sogar dazu geführt hat, vor einiger Zeit mit einer parlamentarischen Initiative eine Abkoppelung der älteren Menschen im ganzen Versicherungssystem zu fordern, weil das Ganze sonst nicht mehr bezahlbar werde. So weit will ich nicht gehen. Ich bin für die Solidarität, meine aber, der Bund solle seine Mittel für die Milderung dieser grossen durch die demographische Entwicklung verursachten Kostenprobleme einsetzen: er soll etwas tun für eine starke Verbilligung der Kinderprämien.

Die soziale Komponente ist damit zum Teil erfüllt, und sie kann weiterhin durch die Kantone und Gemeinden erfüllt werden, wie sie das heute schon tun. Sie leisten heute schon rund 600 Millionen Franken, und wir haben ein ausgeklügeltes Sozialbedarfssystem, nämlich die Ergänzungsleistungen, welche massgeblich von den Kantonen und den Gemeinden bezahlt werden und z. B. die Höhe der Krankenversicherungsprämien voll berücksichtigen. Wir haben also bereits ein ausgeklügeltes System der sozialen Absicherung.

Der Verwaltungsaufwand für die Rückforderungen wäre unverhältnismässig, kompliziert, schwer durchschaubar, eine zusätzliche administrative Belastung auf allen Stufen, und er würde den Vollzugsnotstand vor allem in den Gemeinden noch erhöhen. Diese Rückforderung müsste alle Jahre erfolgen; Sie können auf einer kleineren Schweizer Gemeinde einmal die Formulare zählen, es sind heute schon 200.

Mein Begehren ist: Mut zur Einfachheit. Ich werde mich bei den entsprechenden Paragraphen mit dem entsprechenden Antrag melden. Mut zur Einfachheit: Das, was der Bund an öffentlichen Mitteln einsetzen kann, soll er für die grossen Lebensrisiken – ich nenne das so – Alter, Mutterschaft, Kinder einsetzen. Das sind Kostenkomponenten, die man nicht wegdiskutieren kann, die Tatsache sind; aber im Sinn des Risikoausgleichs und damit die Prämien für alle tragbar bleiben, müssen sie durch die öffentliche Hand etwas vorfinanziert werden.

**On. Camponovo:** Una considerazione generale: grazie al lavoro preciso e puntuale del Consiglio degli Stati, grazie al lavoro della nostra commissione stiamo mantenendo una promessa fatta davanti al popolo quando gli abbiamo chiesto di non accettare la proposta delle casse malati. In due anni stiamo probabilmente formulando una nuova proposta di legge in un campo molto delicato, nel quale – lo vediamo anche questa mattina – ognuno di noi ha la propria formula ideale e ottimale, non sempre applicabile. Credo che la politica merita anche considerazioni di questo genere.

Sul particolare: Uno dei difetti che stiamo eliminando con la nuova legge è quello della distribuzione a inaffiatio dei contributi pubblici.

Io sosterrò a viva voce la proposta della commissione del Consiglio nazionale che lascia libertà ai Cantoni di stabilire in che modo distribuire questi fondi pubblici. Ho l'impressione che altre formule, in particolare quelle originarie dal Consiglio degli Stati, contengano in sé il pericolo di ricadere nel sistema dell'inaffiatio, come è capitato nella prima esperienza, nuova per la Svizzera, del Cantone Ticino che aveva legato il sussidio cantonale alla posizione fiscale, vecchia nel tempo. E da allora ci si è accorti – lo ha fatto un consigliere di Stato socialista – che i contributi pubblici andavano laddove non era necessario che andassero. Da allora si è fatto marcia indietro, e da quest'anno vi è il nuovo sistema che prevede che gli interessati abbiano a chiedere il sussidio. Circa il 40 per cento delle persone che avrebbero potuto ricevere questi sussidi con l'automatismo, non l'hanno chiesto. Con un risparmio non indifferente: su un budget di 75 milioni di franchi, ve ne saranno almeno 10 di risparmio.

Queste sono delle indicazioni chiare. Lasciamo ai Cantoni di stabilire in che modo vorranno distribuire il loro contributo e quello della Confederazione – avremo fatto un passo avanti notevole.

**Bischof:** Die Krankenkassenprämien sind wohl eines der grössten Probleme unserer Zeit. Seit Jahren müssen wir machtlos feststellen, wie die Prämien steigen und steigen. Zunehmend mehr Leute bekunden Mühe, ihre Prämien überhaupt noch bezahlen zu können. Schon allein aus dieser Tatsache heraus können wir ersehen, dass es sich hier um ein zentrales gesellschaftliches Problem handelt. Es ist denn auch die Meinung der SD/Lega-Fraktion, dass unser Gesundheitswesen krank ist; es bedarf einer grundlegenden Erneuerung. Das Krankenversicherungsgesetz muss revidiert werden.

Bei dieser Erneuerung sind folgende Punkte sehr wichtig und deshalb hervorzuheben:

Vorsorge, das heisst Prävention, ist eine Aufgabe, die zunehmend wichtiger wird. Mit einer vorausschauenden Gesundheitspolitik gilt es vorzusorgen, Krankheiten früh zu erkennen, um sie besser und mit mehr Erfolgsaussichten bekämpfen zu können und so längerfristig entscheidend Kosten einzusparen. Die Schweizer Demokraten und die Lega dei Ticinesi begrüessen es daher ausdrücklich, dass die Kommission die Artikel 15a bis 15c geschaffen hat, die das Schwergewicht auf die Krankheitsverhütung legen. Folgerichtig unterstützen wir bei Artikel 20 auch die fortschrittliche Mehrheit der Kommission. Wohl wird uns das vorerst einiges kosten; wir sind allerdings überzeugt, dass es sich längerfristig auszahlen wird – lohnen, weil wir weniger Menschen haben, die krank werden, und lohnen, weil wir echt Geld sparen können. Und das ist bei diesem Milliardengeschäft schon ein sehr zentrales Anliegen.

Wenn wir nur schon auf dem Gebiet der Vorsorge eine merkliche Verbesserung zustande bringen, haben wir viel getan.

Wir müssen das Gesundheitswesen öffnen, öffnen auch für sogenannte alternative Behandlungsmethoden. Die Mehrheit der Leute, welche heute krank sind, nehmen irgendwann einmal z. B. auch ein homöopathisches Mittel ein. In Artikel 26 stimmen wir deshalb mit der Kommissionsmehrheit, welche solche Leistungen in der sozialen Krankenversicherung zulassen will. Eine Beschränkung auf die nur von der chemischen Industrie angebotenen Medikamente und Heilmittel scheint uns heute nicht mehr zeitgemäss. Aber – das betonen wir – es braucht auch die chemischen Präparate. Unser Gesundheitswesen soll diesbezüglich ein Miteinander sein, und die Patientinnen und Patienten sollen aus dem breiten Angebot der chemischen Industrie und der sogenannten alternativen Methoden, also der Naturheilmittel, auswählen können.

Auch das entsprechende Fachpersonal müsste folglich zur sozialen Krankenversicherung zugelassen werden. Wir begrüessen es, dass Aerzte nur zugelassen werden sollen, wenn sie vor dem Medizinstudium ein Sozialjahr absolviert haben. Das ist eine der Massnahmen, mit denen vielleicht längerfristig ein Numerus clausus verhindert werden kann. Mit diesem Sozialjahr wird in manchen Fällen schon früh die Spreu vom Weizen getrennt.

In Artikel 31 sind uns die Apotheker wichtig, sind sie doch das Fachpersonal, das die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten und Heilmitteln kompetent und kostengünstig vornehmen kann.

Wir unterstützen deshalb vehement den bundesrätlichen Vorschlag, wonach der Bund über die Zulassung entscheidet. Sicher, es gibt nicht in jedem Dorf eine Apotheke. Da soll der Arzt vorhandene Lücken schliessen. Aber es wäre unverzeihlich, wenn wir hier einen föderalistischen Wirrwarr beschliessen würden, der zum Nachteil der Kranken wäre und für viele Apotheken den sicheren Tod bedeuten würde.

Die SD/Lega-Fraktion findet es nicht gerade geschickt, dass bei den privaten Zusatzversicherungen in Artikel 88a die Prämienungleichheit für Mann und Frau eingeführt werden soll. Hier hat man wohl über das Ziel hinausgeschossen. Der Vorschlag ist zwar gut gemeint, doch schaden wir damit nur den Frauen, weil wir für andere Versicherungssparten ein gefährliches Präjudiz schaffen.

Aus dem Schosse unserer Fraktion kommen zwei Rückweisungsanträge, welche aufzeigen, dass die soziale Grundversicherung eine heikle Gratwanderung ist zwischen dem, was machbar, und dem, was wünschbar ist. Sollten diese beiden Rückweisungsanträge nicht angenommen werden, würden

wir gleichwohl an dieser Revision mitarbeiten. Zu gross sind die Erwartungen der Versicherten. Tendenziell werden wir eher Anträge unterstützen, welche kostensenkend wirken. Es gilt, das unheilvolle Kostenwachstum im Gesundheitswesen einzudämmen und wo immer möglich zu stoppen.

**M. Comby:** Dans le cadre de cette révision indispensable de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, j'aimerais brièvement attirer votre attention sur un élément capital d'une politique plus efficace, moins coûteuse et plus humaine de la santé publique: les aides et les soins à domicile.

Je pense qu'une meilleure maîtrise des coûts de la santé publique s'impose absolument, mais elle implique nécessairement un certain redimensionnement de la chaîne de la santé, composée des trois éléments importants que l'on sait: les aides et soins à domicile, les foyers pour personnes âgées, et les hôpitaux. A cet effet, il faut revoir l'ordre des priorités, investir plus en amont et diminuer de façon significative le nombre de lits en soins aigus, en sachant que dans ce domaine comme dans d'autres l'offre crée souvent sa propre demande. Il est également souhaitable de développer les infrastructures légères telles que les foyers de jour, par exemple, qui répondent au souci du maintien à domicile. Actuellement, les familles qui veulent garder un proche parent à la maison sont pénalisées financièrement. Les personnes ont souvent intérêt à aller à l'hôpital, car les caisses-maladie ne prennent pas en charge toutes les prestations à domicile. De plus, il existe une grande disparité entre les cantons. Une harmonisation par l'intermédiaire de la Confédération s'avère indispensable.

C'est pourquoi je souhaite, Madame la Conseillère fédérale, que, dans un souci de complémentarité, on puisse accorder l'égalité de traitement entre tous les modes de prise en charge. J'attends, de la part du Conseil fédéral, une affirmation claire de sa volonté d'agir dans cette direction en donnant tous les moyens utiles à une politique plus active de maintien à domicile. D'ailleurs, le maintien à domicile n'est-il pas, humainement et économiquement, plus avantageux que le placement en institution? Il permet en effet d'éviter le déracinement des personnes âgées, en particulier. Etant donné le vieillissement, voire le survieillissement de la population – dont on a déjà parlé –, il faut absolument renforcer cet acte capital d'une nouvelle politique de la santé publique, au service de la personne et non de l'institution.

**Seiler Hanspeter:** Sarastro würde in seiner Arie nicht von heil'gen, sondern von leeren Hallen singen.

Man mag sich über Ursachen und ab nächster Woche vor allem auch über zu treffende Massnahmen streiten. In einem Punkt ist man sich in diesem Saal aber wohl einig: Das Gesundheitswesen – es ist schon mehrmals gesagt worden – wird von Tag zu Tag kränker, und die Kosten galoppieren in immer rasanerem Tempo davon. Höchste Zeit, dass den verschiedenen Feuerwehrrübungen nun eine grundlegendere Revision folgt.

Ich äussere mich zu zwei grundsätzlichen Aspekten:

1. Gesundheit als wohl kostbarstes Gut des Menschen ist ein ganz wesentlicher Teil persönlicher Lebensqualität. Der Stellenwert der Gesundheit hat in unserer Gesellschaft in dem Mass zugenommen, wie die Entwicklung in Wissenschaft und Technik ständig mehr zur Lebensverlängerung beigetragen hat und noch beitragen wird. Je mehr möglich ist, um so mehr Bedürfnisse quantitativer und auch qualitativer Art werden geschaffen; und das wiederum bedeutet, dass wir uns immer schneller dem Zeitpunkt nähern, in dem das Ganze nicht mehr bezahlbar wird.

Immer lauter und berechtigter wird deshalb die Frage in Anlehnung an einen Roman von Tolstoi: Wieviel Krankenversicherung braucht der Mensch? Wir kommen nicht mehr darum herum, auch in diesem Bereich zwischen dem, was nötig, und dem, was wünschbar ist, besser und deutlicher zu unterscheiden.

Auch in der Krankenversicherung gilt es, analog dem Warenkorb, bei der Bedürfnisabdeckung des einzelnen zwischen einem Grundbedarf und einem Wahlbedarf zu trennen. Der Grundbedarf, als der Teil der Krankenversicherung, den in Be-

antwortung der vorhin erwähnten Frage eben alle Menschen benötigen, soll nach dem Grundsatz sozialer Solidarität zwischen allen Gruppen, Jungen und Alten, Frauen und Männern, in der Grundversicherung abgedeckt werden; da bin ich einverstanden.

Die Kosten im Gesundheitswesen sind aber nicht zuletzt auch deshalb explodiert, weil man für das Gesundsein bzw. das Gesundbleiben immer mehr von der angebotenen, vielfältigen «Zusatzverarztung» im Sinne von Wahlbedürfnissen in Anspruch zu nehmen gewillt ist. Wer das will – niemand bestreitet das Anrecht darauf –, soll zur Finanzierung dieses Zusatzbedarfes selber mehr beitragen und sich Wahlbedürfnisse nicht auf dem Buckel anderer leisten; das überschreitet nämlich eindeutig die Grenzen des sozial Verträglichen und macht das Gesundheitswesen eben unbezahlbar. Zudem hat es sich in einem Staat noch nie positiv ausgewirkt – auch im Gesundheitsbereich nicht –, wenn man den einzelnen von jeder Verantwortung für sein eigenes Tun, sein Wunsch- oder Anspruchsverhalten entbunden hat. Das möchte ich für die Beratungen in der kommenden Woche zu bedenken geben.

2. Die Misere, in der unser Gesundheitswesen steckt, hat die Hoffnungen auf ein In-den-Griff-Bekommen und insbesondere die Erwartungen an unsere Arbeit entsprechend höhergeschraubt. Das Abstimmungsergebnis vom letzten Wochenende war ein Fingerzeig in dieser Richtung. Wenn das Parlament nicht an Glaubwürdigkeit verlieren will, so dürfen wir uns keinen Scherbenhaufen leisten. Verschieben bringt nichts, wirklich nichts. Das würde draussen im Volk berechtigterweise überhaupt nicht verstanden und ein weiteres Ausufer im Gesundheitswesen zur Folge haben. Wer möchte das auch verantworten?

Ich warne davor, den Bogen zu überspannen, und appelliere an alle, die die Zustimmung zur Gesamtrevision vom bedingungslosen Durchbringen ihres Minderheits- oder Einzelantrages abhängig machen. Das führt nämlich letztlich zur Manövrierunfähigkeit dieses Parlamentes, während Hunderttausende, ja Millionen von Bürgerinnen und Bürgern darauf warten, dass wirklich einmal etwas geschieht.

Ich bitte Sie deshalb, auf diese Vorlage einzutreten, den Nichteintretensantrag bzw. die Rückweisungsanträge bachab zu schicken, die Detailberatungen nächste Woche zügig voranzutreiben und am Montag nicht zu vergessen, den Sinn für Mach- und Bezahlbares ins Köfferchen einzupacken und nach Genf ins CIG mitzunehmen. Ein überladenes Fuder kommt nämlich selten ans Ziel.

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

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

## **Krankenversicherung. Revision**

### **Assurance-maladie. Révision**

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1993
Année	
Anno	
Band	IV
Volume	
Volume	
Session	Herbstsession
Session	Session d'automne
Sessione	Sessione autunnale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	09
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	91.071
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	30.09.1993 - 08:00
Date	
Data	
Seite	1725-1758
Page	
Pagina	
Ref. No	20 023 196