

Antrag Maspoli

Vom Bericht in ablehnendem Sinne Kenntnis nehmen

Schriftliche Begründung

Durch die Einführung der im Bericht vorgesehenen Neuerungen wird die Gesetzessprache undeutlicher und dadurch – für den Normalbürger – um einiges unverständlicher, als dies heute der Fall ist. In diesem Sinne haben die im Bericht aufgeführten Beispiele eine äusserst abschreckende Wirkung erzielt. Die Gleichberechtigung der Geschlechter ist durchaus anzustreben, doch wage ich es zu bezweifeln, dass solch sinnlose Übungen zum Erfolg führen werden.

Proposition de la commission

Prendre acte du rapport en l'approuvant

Proposition Maspoli

Prendre acte du rapport en le désapprouvant

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission

65 Stimmen

Für den Antrag Maspoli

37 Stimmen

An den Ständerat – Au Conseil des Etats

92.022

Schweizerische Landesbibliothek. Reorganisation

Bibliothèque nationale suisse. Réorganisation

Differenzen – Divergences

Siehe Seite 812 hiervoor – Voir page 812 ci-devant
Beschluss des Ständerates vom 1. Oktober 1992
Décision du Conseil des Etats du 1er octobre 1992

Herr **Etique** unterbreitet im Namen der Kommission den folgenden schriftlichen Bericht:

Am 4. Juni 1992 hat der Nationalrat als Erstrat der Vorlage des Bundesrates zur Revision des Bundesgesetzes über die Schweizerische Landesbibliothek zugestimmt. Am 1. Oktober 1992 ist ihm der Ständerat gefolgt, hat jedoch verschiedene Änderungen vorgenommen; sie betreffen die Artikel 2 bis 4 und 11 und 12 (siehe Fahne).

Artikel 2: Die Version des Ständerates beinhaltet eine sprachliche Neufassung des deutschen Textes, d. h. eine Angleichung der deutschen an die französische Fassung.

Artikel 3 und 4: Der Ständerat hat auch hier keine materielle Änderung vorgenommen, diese beiden Artikel jedoch aufgliedert und entflochten: Artikel 3 enthält die Definition des Sammelauftrages, Artikel 4 dessen Umschreibung.

Die Kommission des Nationalrates stimmt dieser Neufassung zu, hält jedoch fest, dass in Artikel 4 nur der Sammelauftrag neu umschrieben wird, dass jedoch keine Kompetenzverschiebung vorgenommen wird.

Die Redaktionskommission wird ersucht, diesen Bedenken Rechnung zu tragen und u. a. den Titel von Artikel 4 besser auf den Inhalt abzustimmen.

Bei Artikel 11 und 12 handelt es sich wiederum um Änderungen redaktioneller Art.

M. **Etique** présente au nom de la commission le rapport écrit suivant:

Le Conseil national, qui avait la priorité, a approuvé le projet du Conseil fédéral concernant la révision de la loi fédérale sur la

Bibliothèque nationale le 4 juin 1992. En date du 1er octobre 1992, le Conseil des Etats l'a suivi, mais a cependant apporté quelques modifications, qui touchent les articles 2 à 4 et 11 et 12 (voir dépliant).

Article 2: la version du Conseil des Etats comporte une nouvelle formulation du texte allemand, à savoir une adaptation du texte allemand au texte français.

Articles 3 et 4: le Conseil des Etats n'a ici pas non plus apporté de modifications matérielles, mais a divisé et réordonné les deux articles: l'article 3 contient la définition du mandat de collection et l'article 4 sa définition.

La commission du Conseil national approuve cette formulation. Cependant, elle précise que dans l'article 4, seul le mandat de collection est à nouveau défini et que cela n'aura pas pour conséquence un transfert de compétences.

La Commission de rédaction sera priée de prendre en compte cette réserve et d'adapter, entre autres, le titre de l'article 4 à son contenu.

Dans les articles 11 et 12, il s'agit à nouveau de modifications de nature rédactionnelle.

Art. 2–4, 11, 12**Antrag der Kommission**

Die Kommission beantragt einstimmig, den Beschlüssen des Ständerates zuzustimmen – unter Vorbehalt der redaktionellen Bereinigung von Artikel 4.

Art. 2–4, 11, 12**Proposition de la commission**

La commission propose, à l'unanimité, d'adhérer aux décisions du Conseil des Etats – sous réserve de l'amélioration rédactionnelle de l'article 4.

Angenommen – Adopté

92.067

Krankenversicherung. Massnahmen gegen die Kostensteigerung 1993–1994. Bundesbeschluss

Assurance-maladie. Mesures contre l'augmentation des coûts 1993–1994. Arrêté fédéral

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1961 hiervoor – Voir page 1961 ci-devant

Sieber: Beim Thema Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung steht immer ein Wort im Zentrum: Dieses Wort heisst Kostenbremse. Bei diesem Wort entstehen bei mir ganz bestimmte Assoziationen. Ich denke an einen Bauern, bei dem ich vor dreissig, vierzig Jahren arbeitete, der jeweils vom Hirzel steil bergab gegen den Sihlsprung fuhrwerke und mich mit dem Bremsmanöver betraute. Ich überlegte mir damals als Junge verantwortungsbewusst: Bremsen rechtsherum drehen oder linksherum? Rechtsherum drehen heisst: Die Bremsklötze pressen sich an die Kufen. Linksherum bedeutet: Die Bremse wird gelöst.

Das soll keine politische Anspielung sein, sondern eine Anspielung auf die Situation in unserem Gesundheitswesen. Wenn wir jetzt nämlich nicht bremsen, geht der Karren böse nebenaus, dann gibt es, wie wir Zürcher sagen, «es Lumpenfueder».

Es gibt auch andere Bremsen als die Bremsen an den Brückenwagen: es gibt Trommelbremsen. Sie sind sehr zentralistisch; es gibt den Rücktritt, z. B. bei den Militärfahrrädern; es gibt auch die Felgenbremse, sie funktioniert an der Peripherie. Und diese Peripherie, das sind für mich jene Bevölke-

rungskreise der weniger Bemittelten, der Armen, die unter der Prämienbelastung je länger, je mehr leiden und die die Schmerzengrenze erreicht haben. Es geht hier um die neue oder alte Armut; um eine halbe Million Menschen, die aufgrund ihrer sozialen Situation unter dem Prämienruck ganz ordentlich leiden. Ich denke auch an die Arbeitslosen, die je länger, je weniger diese Prämien zu zahlen imstande sind. Deshalb stimmt die LdU/EVP-Fraktion diesem Massnahmenpaket zu und ist für Eintreten.

Wir sind vor allem auch für den Artikel 1, in dem deutlich von einem generellen Preisstopp die Rede ist, mit Ausnahmebedingungen z. B. für Aerzte, die ihre Behandlungskosten 1990–1992 nicht um mehr als den Landesindex plus ein Drittel anheben, ebenso für junge Aerzte, die möglicherweise eine eigene Praxis eröffnen wollen.

Noch einmal: Die EVP/LdU-Fraktion stimmt für Eintreten.

Lassen Sie mich noch einige Gedanken anfügen. Es ist uns selbstverständlich klar, dass die Kostenbremse den Leistungserbringern Härtefälle bringen kann. Aber ich nehme an, dass dies verkraftet werden sollte. Wir müssen uns jedoch bewusst sein, dass es hier um eine Uebergangslösung geht und dass nach wie vor das KVG, das revidierte Krankenversicherungsgesetz, Priorität haben wird.

Ein Zweites: Es muss uns auch klar sein, dass ohne die Verantwortung verschiedenster Kreise ein solches Gesetz nicht greifen wird. Ich denke an die Aerzteschaft und an die Spitäler, die sich nicht noch weiter in Mengenerweiterung üben sollten. Es ist bekannt, dass es z. B. – das wurde gestern hier gesagt – Spitäler gibt, die ihre Patienten statt am Freitag erst am Montag entlassen – sicher nicht, um den Spitalpfarrern eine Chance zu geben oder wegen der Sabbat- oder der Sonntagsruhe.

Ich denke auch an die Tatsache, dass in vergangener Zeit tatsächlich Mandeloperationen, Gebärmutteroperationen durchgeführt wurden, die gar nicht nötig gewesen wären, also im Grunde genommen nur aus Profitgründen durchgeführt wurden. Ich denke in diesem Zusammenhang auch an die schweizerischen Patientenorganisationen, die in ihrer beratenden Funktion unterstützt und finanziell getragen werden sollten. Ich denke aber auch an unsere Bevölkerung. Es müsste doch nicht sein, dass man wegen jedem Schnupfen zum Arzt rennt!

Für mich ist hier noch ein brisantes Thema wichtig: das Verhältnis des modernen Menschen zum Tod. Wir sind uns gewohnt, Leben zu verlängern, endlos zu verlängern, technisch, biologisch, medizinisch, mit wissenschaftlicher Perfektion; Leben um jeden Preis. Sterben will heute niemand. Auch das hat bestimmt mit den zur Diskussion stehenden Themen zu tun. Man müsste sich darüber noch mehr Gedanken machen.

Ich denke auch daran, dass in den nächsten Jahren der Anteil der Rentnerinnen und Rentner in unserem Land 20 Prozent erreichen wird. Das würde doch nach mehr Ausbau von Spitex und mehr Unterstützung der sanften Medizin rufen.

Zum Thema der Prävention: Muss es wirklich sein, dass wir alle Fragen der Gesundheit immer und auf jeden Fall an Aerzte delegieren? Müsste nicht unsere Bevölkerung neu die Selbstverantwortung für ein gesundes Dasein übernehmen? Prävention würde für mich auch bedeuten, dass z. B. in den Schulen Gesundheitserziehung betrieben wird. Spassig gesagt: Im Religionsunterricht könnten Lektionen über ökumenische Heilkräuterkunde gehalten werden. Spass beiseite: Gesundheitserziehung sollte schon in der Schule beginnen.

Ich komme zurück auf die Assoziation Bremsen, Felgenbremsen, Felgen und damit auf jene Bevölkerung, die diese Massnahmen dringend nötig hat: Die Bevölkerung, die auf den Felgen ist, braucht Luft. Luft können wir der Bevölkerung geben, wenn wir Eintreten beschliessen und diesen Massnahmen zustimmen. Wenn wir das nicht tun, haben wir uns möglicherweise doch noch den falschen Finger verbunden.

Keller Rudolf: Einmal mehr müssen wir über die Krankenkassenprämien diskutieren. Wir haben im letzten Dezember für ein Jahr dringliche Massnahmen beschlossen, müssen aber feststellen, dass trotz dieser sogenannten Massnahmen nach wie vor alle Grundübel vorhanden sind. Den Prämienzahlern gaukeln wir vor, dass wir die Prämienzunahme mit der im letz-

ten Dezember beschlossenen Prämienbegrenzung etwas gebremst hätten. Das stimmt gar nicht. Die Kosten laufen uns weiter davon. Die Spitäler sind mit ihren Tarifen viel zu teuer und führen gar – wie in den Kantonen Baselland und Basel-Stadt – einen Spitalkrieg auf Kosten der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler, kündigen Spitalabkommen usw.

Die Arzttarife sind auch nicht günstiger geworden – im Gegenteil. Wer Tabletten, Spritzen, Antibiotika usw. braucht, stellt fest, dass die Teuerung munter weitergeht. Zu guter Letzt jamern auch noch die Krankenkassen. Das ganze Gesundheitswesen ist ein Aergernis, ist eine einzige Krise, und bezahlt wird dieses Aergernis nach wie vor vor allem von den vielen Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern. Diese sind unzufrieden mit uns.

Nationalrat und Ständerat laborieren nun am zweiten dringlichen Bundesbeschluss herum. Der Bundesrat hat – das möchten wir betonen – sein Möglichstes getan. Er konnte nicht viel mehr als den vorliegenden dringlichen Bundesbeschluss lancieren und die KVG-Gesetzesrevision vorlegen.

Der Ständerat hat nun noch am bundesrätlichen Vorschlag herumgedoktert. Ich sehe das gar nicht gerne. Unsere Fraktion tritt zwar grundsätzlich auf diese ständerätliche Variante ein, doch wollen wir bei Artikel 1 zur klareren bundesrätlichen Fassung zurückkehren. Sie ist effizienter und besser formuliert.

Im grossen und ganzen sollten wir diesen Bundesbeschluss – sehr schweren Herzens allerdings – verabschieden, auch wenn er uns ganz und gar nicht gefällt, auch wenn er in sehr vielen Punkten verbesserungswürdig ist und wir gerne noch diese oder jene Frage darin behandelt gehabt hätten. Das geht jetzt bei diesem Bundesbeschluss einfach nicht. Dringliche Massnahmen sind vonnöten, um wenigstens ein klein wenig kostenbremsend zu wirken.

Bei den Detailfragen ist die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi ganz klar dagegen, dass man im Artikel 3 die kleinen Leute noch mit einem Beitrag von 10 Franken pro Tag an die Behandlungskosten im Spital bestrafen möchte. Wir sind froh, dass die Kommission – u. a. auch auf unseren Antrag hin – die Streichung dieser unsozialen Massnahme vorschlägt.

Den Tarif- und Preisstopp im ambulanten Bereich unterstützen wir. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb der Ständerat von diesem Beschluss mit einem Rückkommensantrag wieder abgewichen ist.

Es wurde auch darüber diskutiert, die Naturheilmittel salonfähiger zu machen. Dem stimmen wir grundsätzlich zu; aber dies kann nicht im Rahmen dieses Beschlusses, sondern erst in der Gesetzesrevision erfolgen.

Im übrigen sollten wir in diesem Beschluss nicht allzu viele Sondermassnahmen – auch Ausnahmen für Prämienbegrenzungen – zulassen, wie das von einigen gefordert wurde. Die SD/Lega-Fraktion unterstützt deshalb die Forderung in Artikel 5 Absatz 2, dass das Departement über die Ausnahmen bei der Festlegung der Prämienätze beschliessen kann. Da es sich hier um Massnahmen mit einer Geltungsdauer von nur zwei Jahren handelt, muss schnell gehandelt werden können, und auch der Instanzenweg muss möglichst kurz sein. Das ist nur via Departement überhaupt möglich; sonst geraten wir in eine unmögliche Bürokratie.

Auch wenn die Verlockung sehr gross ist, noch einige weitere Artikel oder gar einzelne Massnahmen aus diesem Bundesbeschluss herauszunehmen oder auch, was einige von Ihnen wollen, nicht auf diesen Bundesbeschluss einzutreten, so sollten wir das mit Blick auf die Prämienzahlerinnen und -zahler doch heute nicht tun. Wir sollten eintreten.

Wir dürfen uns auch nicht von den Referendumsdrohungen der Kantone und anderer Kreise beeindrucken lassen. Gerade die Kantone haben mit ihren Spitalpolitiken oder den sehr hohen Arzttelöhen usw. in den vergangenen Jahren nicht eben kostendämpfend gewirkt. Unterstützen wir deshalb jetzt den Bundesrat in seinen Bemühungen, etwas beruhigend einzuwirken. Die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi wird dies tun, auch wenn es ihr sehr schwerfällt.

Erlauben Sie mir zum Schluss eine persönliche Bemerkung: Es ist zwar nicht populär, aber vielleicht wäre es längerfristig

doch vernünftig, den Numerus clausus für Aerzte einzuführen, um so die Aerztedichte wieder etwas zu verringern, was sehr weitgehend kostendämpfend wirken würde. Ich überlege mir dies sehr ernsthaft. Tun Sie dies doch auch!

On. Maspoli: Leggendo gli articoli apparsi sulla stampa confederata negli ultimi giorni mi sono chiesto se non fosse il caso di organizzare una colletta per sostenere le povere casse ammalati. Nello stesso tempo però mi sono chiesto: dove vanno a prendere i soldi le casse ammalati per la loro pubblicità? Dove vanno a prendere i soldi per le faraoniche costruzioni che riempiono l'intero Paese? Dove vanno a prendere i soldi i «cassamalatari» per invitare i parlamentari allo «Schweizerhof» con il solo scopo di indottrinarli?

Da troppo tempo i «cassamalatari» prendono in giro i loro assicurati e sperperano allegramente, senza ritegno alcuno, i soldi dei loro assicurati e i soldi pubblici.

Se volete alcuni esempi ve ne faccio soprattutto uno: la «Helvetia», la cassa che oggi piange più di tutte le altre, nel solo Cantone Ticino intrattiene qualcosa come 103 uffici – 103 uffici nel Cantone Ticino! A tutt'oggi le casse ammalati non sono state in grado di presentare i loro conti in modo pulito, ad esempio non sanno ancora distinguere tra soldi spesi per prestazioni di base e soldi spesi per prestazioni cosiddette complementari. Ebbene, nell'era del computer ciò non è e non può essere possibile. E dunque qui lo dico e lo ridico: i «cassamalatari» sono in perfetta malafede; non meritano dunque nessun appoggio, nessun sussidio e soprattutto nessuna pietà.

La nostra frazione si impegnerà a fondo per evitare che queste persone possano continuare a terrorizzare le cittadine ed i cittadini del nostro Paese con le loro continue minacce di aumentare i prezzi. Ed ecco perché noi appoggeremo il Consiglio federale fino in fondo e, come ha sottolineato il collega Keller Rudolf, entrerebbe in materia e faremo di tutto per evitare che alle cittadine ed ai cittadini del nostro Paese verrà imposto un ulteriore aumento dei premi delle casse ammalati. Questa, egregia, esimia e gentile collega Heberlein, è la conditio sine qua non, e non un'altra.

Eymann Christoph: Die liberale Fraktion ist nicht glücklich darüber, dass ein weiteres Mal Symptombekämpfung betrieben wird. Unter dem grossen Kostendruck müssten sich Regierung und Parlament zusammen mit den Betroffenen um die Ursachen kümmern.

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich müssen die Gründe für den starken Kostenanstieg ermittelt werden: es sind dies u. a. der Konsum von Dienstleistungen im medizinischen und paramedizinischen Bereich in zu grossen Mengen, fehlende oder schlechte Koordination in der kantonalen Spitalpolitik, zu wenig Information der Patientinnen und Patienten über die Gründe der Kostensteigerung und über kostenerhöhendes Verhalten, die Altersstruktur der Bevölkerung usw.

Für uns als Liberale sind Selbstbeschränkung und Eigenverantwortung sehr wichtig. Wir sind überzeugt, dass Aertztinnen und Aerzte, Physiotherapie-Institute und weitere Leistungserbringer im Gesundheitswesen aktiv mitwirken und selbst noch Vorstellungen haben werden, wie Kosten gespart werden könnten – dass sie also Eigenverantwortung zeigen werden. Auch Patientinnen und Patienten könnten mit geeigneten Mitteln motiviert werden, sich kostenbewusst zu verhalten.

Wenn wir heute mehr Sympathien für die Fassung des Ständerates haben, so deshalb, weil dies die weniger starre Lösung ist. Wir stimmen auch einer separaten Lösung für Tarife und Preise im teilstationären Bereich zu. Die Einführung eines nicht versicherbaren Beitrags an die Behandlungskosten ist ein Schritt in die richtige Richtung. Das Kostenbewusstsein kann so gefördert werden.

Sehr wichtig ist für uns Artikel 8 in der Fassung des Ständerates. Hier werden Ansätze der Ursachenbekämpfung aufgezeigt. Wir werden der Linie folgen, die der Ständerat vorgezeichnet hat.

Frau Gonseth: Das Problem, dass viele Bürgerinnen und Bürger in unserem Land durch zu hohe und noch steigende Krankenkassenprämien zu arg belastet und bedrängt werden, ist

nicht gelöst. Die grüne Fraktion begrüsst und unterstützt deshalb die Absicht des Bundesrates, gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung eine konsequente Sparpolitik fortzusetzen, und votiert deshalb für Eintreten auf die Vorlage.

Heute zeigt sich, dass der dringliche Bundesbeschluss vom Dezember 1991 die massive Entsolidarisierung durch die Billigkassen gestoppt hat. Mit dem heutigen Bundesbeschluss werden wir endlich auch die Diskriminierung der Frauen aufheben, indem nach Artikel 4 die Prämiengleichheit für Frauen und Männer eingeführt wird. Es zeigt sich jedoch, dass mit den Beschlüssen vom Dezember 1991 die anvisierte Kostenbremse noch nicht eingetreten ist. Dies war auch nicht zu erwarten, da die durch die Beschlüsse eingeleiteten Massnahmen erst nach etwa ein bis drei Jahren Auswirkungen zeigen werden. Der voreilige Schluss von Frau Heberlein und von Herrn Borer Roland, die bisher eingeleiteten Massnahmen seien schlecht, weil sie nicht schon in den ersten sechs Monaten das erwünschte Resultat erbracht hätten, ist deshalb völlig irrig und unsachlich.

Die grüne Fraktion erachtet es als richtig und nötig, die eingeleitete Sparpolitik mit einem erneuten dringlichen Bundesbeschluss konsequent fortzusetzen, damit die Auswirkungen der Kostenbremse jetzt tatsächlich zum Tragen kommen können und dieses Ziel nicht auf die Revision der Krankenversicherung verschoben wird.

Es ist sowieso zu befürchten, dass jene, die heute zu diesen Beschlüssen nicht ja sagen können, auch bei der Totalrevision der Krankenversicherung nicht ja sagen werden, wenn es im Interesse des Ganzen darum geht, vom eigenen grossen Kuchenstück etwas abzugeben.

Was bedeutet die von Frau Heberlein und Herrn Borer Roland vielbeschworene Systemumkehr denn anderes, als dass alle Leistungserbringer sparen und rationalisieren müssen? Woher soll denn bei der Totalrevision die Kosteneinsparung sonst kommen? Ein Patentrezept für die Lösung der horrenden Krankenversicherungskosten gibt es in der heutigen Lage nicht, auch mit der Totalrevision nicht. Die von der Mehrheit der Kommission verabschiedete Variante ist zumindest die sozial verträglichste und als vorübergehende Massnahme gut vertretbar.

Die grüne Fraktion unterstützt bei allen Beschlüssen die Mehrheit der Kommission, ausser bei Artikel 8a (neu).

Insbesondere bekämpfen wir bei diesem Bundesbeschluss die Einführung der Kostenbeteiligung im Spital, wie dies die Minderheit wünscht. Anstelle von wirklichen Sparmassnahmen werden damit durch die bürgerliche Minderheit aus Vertretern von FDP und Liberalen die Kosten einfach auf die Kranken abgewälzt. Anstelle der bisherigen Entsolidarisierung zwischen Jungen und Alten und zwischen Männern und Frauen soll damit die Entsolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken eintreten. Gewiss, auch wir Grüne wenden uns nicht grundsätzlich gegen eine Kostenbeteiligung im Spital, doch soll diese im Rahmen der Totalrevision und sozial abgefedert erfolgen.

Wir werden bei der Detailberatung unsere Argumente gegen die vielen Minderheitsanträge der Bürgerlichen noch ausführen. Wir wenden uns gegen jede Aushöhlung der sozialen Massnahmen. Zudem lehnen wir den Nichteintretensantrag von Herrn Rychen ganz entschieden ab. Herr Rychen will nämlich die bedrängten Prämienzahlerinnen und Prämienzahler noch für einige Jahre im Regen stehen lassen. Dies ist für uns Grüne nicht akzeptabel.

Wir votieren deshalb für Eintreten.

M. Zisyadis: Dans quel monde vivent donc les conseillers aux Etats? Nous avons été agréablement surpris ces derniers temps de leur prise de position que nous trouvions moins réactionnaire qu'à l'accoutumée. Mais, décidément, il semble que la Chambre des cantons, comme l'année passée, au moment de l'arrêté fédéral urgent sur la même question, a une sorte d'abcès de fixation antipopulaire sur l'assurance-maladie, à moins que les conseillers aux Etats ne soient tout simplement trop sensibles au lobby des grands médecins et des trusts pharmaceutiques.

Il n'est pas question d'accepter les modifications apportées par le Conseil des Etats. Si c'était le cas, M. Cotti, conseiller fédéral, pourrait «remballer» son projet, à tel point que l'arrêté soit vidé de toute sa substance. Nous sommes une nouvelle fois en présence d'une modification qui a un caractère d'aus-térité à sens unique. Il n'y a décidément que les assurés et les malades qui sont dans le collimateur de la proposition du Conseil des Etats.

Le problème est que, en attendant la révision de la LAMA, l'on court au plus pressé et l'on décide des mesures temporaires, sans réfléchir à plus long terme pour savoir de quelle médecine notre pays a besoin. A force de courir comme des lièvres, on aboutit à des mesures hybrides qui mécontentent tout le monde, et les assurés, et les médecins, et les caisses-maladie. Décidément, certains pensent que la meilleure politique est de ne pas faire de choix politique net, de mécontenter à gauche et à droite: le consensus par le mécontentement, en quelque sorte!

Le Parti suisse du travail (POP) n'entend pas participer à cette anesthésie générale, face à une crise évidente des coûts de la santé. Le problème principal est le fabuleux transfert des charges, décidé il y a une quinzaine d'années avec le blocage des subventions aux caisses-maladie. Vous savez que la participation des pouvoirs publics aux frais médicaux et hospitaliers était de 45 pour cent en 1975. Elle n'est plus que du tiers aujourd'hui: 20 milliards d'économies en 15 ans. Il n'y a pas l'ombre d'une réponse urgente à cette réalité incontournable, à la base de la crise qui frappe les assurés.

Le Parti suisse du travail avait accepté, en décembre dernier, les mesures minimalistes urgentes, selon le principe: qui veut le plus, prend le moins. Mais aujourd'hui, tout ce magma que l'on nous présente manque de cohérence. Bloquer les tarifs de la médecine ambulatoire est encore une mesure de type linéaire, qui respire la facilité et le manque d'imagination. D'une part, le gel des tarifs sera facilement contourné et, par ailleurs, il y aura des effets pervers évidents avec la mise en place d'une médecine à deux vitesses. Il y aura la médecine de la pauvreté qui restera proche des gens, une médecine généraliste qui a été une des fiertés de notre pays et qui, globalement, est sous-payée, face à une médecine de la richesse, ultratechnologisée, spécialisée et surpayée à cause de la survalorisation des actes techniques.

Je vous présente deux chiffres éloquentes: savez-vous qu'un quart des médecins se partage la moitié des honoraires en Suisse et, inversement bien sûr, les trois quarts des autres se partagent l'autre moitié? Savez-vous que dix pour cent des revenus les plus élevés des médecins se partagent un quart des honoraires? Face à ces chiffres, que propose le Conseil fédéral? Rien, strictement rien, si ce n'est des gels linéaires, sans distinction, sans intervention sur les inégalités évidentes à l'intérieur de cette profession. Si vous refusez la pression sélective sur les médecins, si vous refusez de sanctionner les revenus inadmissibles de 800 000 francs ou un million par an de cette profession, qui sont pourtant connus des caisses-maladie ainsi que de la Confédération, vous aboutissez à des effets pervers qui sont déjà en place. Ils sont le fait de l'impunité dont jouit une médecine ultrariche, qui entraîne plus d'actes médicaux techniques, afin de maintenir le pouvoir d'achat des médecins ainsi que – osons le dire – de leurs assistants ou assistantes.

La seule solution temporaire urgente consisterait à différencier le gel. Il faut le refuser pour les actes de base, les actes intellectuels de relation avec les patients, et l'imposer pour les actes techniques. Mais de cela, il n'y a pas trace dans le projet du Conseil fédéral ni dans celui du Conseil des Etats. De même, l'introduction d'une taxe hospitalière de 10 francs, puis certainement de 20 francs, en attendant peut-être de 30 francs et plus, est un bouleversement fondamental de nos habitudes en matière hospitalière. On ne peut l'accepter, en l'état, dans des mesures temporaires urgentes, sans l'entourer pour le moins de filets de sécurité sociaux. Personne ne va à l'hôpital pour le plaisir et, à cet égard, c'est le médecin qui fixe la durée des séjours hospitaliers, rappelons-le. En décidant de pénaliser l'ensemble des malades, ce sont les plus démunis que vous allez toucher, en leur faisant perdre leur dignité et en les repoussant vers l'assistance.

Nous ne mettrons pas, pour notre part, le doigt dans cet engrenage qui ressemble à un marchandage de mauvais aloi: ou la taxe hospitalière est exclue de cet arrêté et nous voterons sur la pointe des pieds ces quelques mesures, ou elle est maintenue et nous rejeterons alors l'ensemble de cet arrêté. Je puis d'ores et déjà vous annoncer que le Parti suisse du travail lancera un référendum, si c'est le cas, sur cette taxe hospitalière.

Bortoluzzi: Ich kann mich vom ersten Eindruck, den dieser Bundesbeschluss auf mich gemacht hat, nicht lösen. Es ist – ob in der Version des Bundesrates, des Ständerates oder der Mehrheit der Kommission unseres Rates – eine fragwürdige staatliche Intervention, die in jedem Fall eine weitere Flucht in die Ueberversorgung möglich macht. Die negative Entwicklung der vergangenen Jahre wird also nicht gestoppt.

Alle Staatsgläubigen übertreffen einander gegenseitig mit Ideen und Vorschlägen, die in diesem Bundesbeschluss ihren Niederschlag finden. Die grundsätzlichen Schwächen allerdings bleiben uns erhalten. Man harmonisiert und solidarisiert fröhlich weiter, bis demnächst der Letzte, der noch nicht allzusehr von der angebotenen ärztlichen Versorgung Gebrauch gemacht hat, das Gefühl bekommt, aufgrund seines immer grösser werdenden finanziellen Beitrages müsse er nun auch endlich einmal zum Doktor gehen. Für alle Beteiligten, ob Aerzte, Patienten oder Krankenkassen, ist eine solche Entwicklung demotivierend.

Wirksame Massnahmen müssen auf die Gesetzesrevision vertagt werden, das ist klar. Die Krankenkassen als Vertreter der Benützer sollten, wie die Leistungserbringer auch, marktwirtschaftlichen Spielraum erhalten; so etwas ist möglich. Ein dringlicher Bundesbeschluss ist ein ungeeignetes Mittel, um dieses Anliegen unterzubringen. Den Schwarzen Peter nun teilweise den Patienten zuzuschieben, indem man neue Selbstbehalte festlegt, dürfte auch nicht allzuviel bringen. Es ist ja nach wie vor so, dass der Stellenwert von ärztlichen Anordnungen in der Bevölkerung hoch ist. Sie werden nach wie vor als eine von Gott gegebene Weisheit empfunden, mindestens bei einem grossen Teil der Patienten. Dieser Umstand ist bei jeder gesetzlichen Bestimmung in diesem Bereich miteinzubeziehen. Es dürfte somit die Ausnahme bleiben, wenn sich künftig Patienten wegen persönlichen Beiträgen im stationären Bereich nicht in Spitalpflege begeben.

Schnellschüsse erreichen ihr Ziel selten. Wirklich tiefgreifende Massnahmen enthält dieser Bundesbeschluss nicht. Wenn man die Ablehnung der Kantone miteinbezieht, die verschiedenen Stossrichtungen und Philosophien von Bundesrat, Ständerat und unserer Kommission betrachtet, wäre es besser, sich zum Ziel zu setzen, die Totalrevision der Krankenversicherung nun wirklich anzugehen. Es ist möglich, dass diese innert einem Jahr verabschiedet werden könnte, wenn man wollte. Manchmal denke ich, man wolle gar nicht recht. Es bringt nichts, wenn wir uns hier über mehr oder weniger Nutzen von oberflächlichen Massnahmen streiten.

Die SVP-Fraktion wird den Nichteintretensantrag unterstützen.

Jöri: Die SP-Fraktion ist für Eintreten auf das Geschäft. Das Gesundheitswesen und die darin eingeschlossene Krankenversicherung stellen ein weitverzweigtes Netz von Beteiligten und Betroffenen dar. Wenn wir nur das kaum durchschaubare Finanzierungsgeflecht betrachten, so wissen wir sofort, warum eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes seit Jahren blockiert ist. Keineswegs blockiert ist dagegen die ungebremste Kostenentwicklung, die viele Gründe hat. Ich erwähne die massive Zunahme von Arztpraxen, den Ausbau der Spitalmedizin auf hohem Niveau, die demographische Entwicklung in der Bevölkerung und, last but not least, unsere konsumorientierte Lebenseinstellung, die logischerweise vor dem Medizinalangebot nicht haltmacht.

Die Kosten sind aber nicht das Hauptproblem, sondern deren sozial ungerechte Verteilung: immer einseitiger auf die Schultern der Versicherten. Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz bei den Kosten den 10. Rang von 17 untersuchten Industrieländern. Dagegen haben die Schweizer Versicherten den mit Abstand grössten Anteil an Gesundheitskosten selber zu berappen. Die sozial gerechte Aufteilung der Kosten ist das

Problem in unserem Gesundheitswesen, und diese ist mit einem Krankenversicherungsgesetz sage und schreibe aus dem Jahr 1911 nicht mehr im geringsten sichergestellt.

Das KVG ist nach Aussage von Herrn Bundesrat Cotti das mit Abstand unsozialste in unserem gesamten Sozialversicherungsnetz. Unsozial deshalb, weil alle, unabhängig vom Einkommen, die genau gleich hohe Kopfprämie zu bezahlen haben. Die Lage an der «Kopfprämienfront» hat sich in den letzten Jahren derart zugespitzt, dass immer mehr Menschen bis weit in die Mittelschicht unserer Bevölkerung hinein die Prämien nicht mehr aus eigenerwirtschafteten Mitteln berappen können. Sie können sich also die Absicherung gegen die Folgen von Krankheit nicht mehr leisten. Nach Prognosen des Bundesamtes für Sozialversicherung sind es bis zum Jahr 2000 über 50 Prozent der Bevölkerung; von 1992 bis 1995 ist eine Verdoppelung der Prämien angesagt.

Ein Eckpfeiler unseres Sozialversicherungssystems gerät dadurch in arge Schiefelage. Eine weitere Mehrbelastung ist angesichts dieser Tatsache nicht mehr zu verantworten und muss bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG abgedefert werden.

Das ist das Hauptanliegen, das wir heute diskutieren, nicht die Partikularinteressen verschiedenster Kreise, die den Tanz der hochentwickelten Egoisten im Gesundheitswesen mitmachen. Heute stehen endlich die Versicherten im Zentrum der Diskussion, nachdem sie in den letzten Jahrzehnten die Kostenentwicklung fast voll und ganz zu tragen hatten, mit hohen, unsozialen Kopfprämien, mit Franchisen und Selbstbehalten. Eine Kostenbeteiligung im Spitalbereich steht für uns ausserhalb jedes Verhandlungsspielraums; das möchten wir ganz klar festhalten. Wir werden den Kantonen und den Krankenkassen entgegenkommen. Die Kantone dürfen zur finanziellen Entlastung im stationären Bereich Tarif und Preise beschränkt erhöhen. Sie haben aber nichtgelöste Hausaufgaben im Bereich der überregionalen, interkantonalen Spitalplanung, bei der Definition der Leistungsaufträge der einzelnen Spitäler, beim Abbau der überzähligen Akutbetten und bei der Reduktion der Spitalaufenthalte auf das absolut Notwendige nachzuholen.

Es wäre der Sache mehr gedient, wenn die Kantone in diesem Bereich die hoch eingestuftes Hoheitsrechte wahrnehmen, als dauernd ihren Verlust zu beklagen. Auch im Verbund mit der Sanitätsdirektorenkonferenz besteht ein grosser Handlungsbedarf; ein dringendes Kostenproblem stellt allein die unsinnige und kostspielige Ueberflutung mit Medizin-High-Tech dar.

Wir kommen begrenzt auch den Krankenkassen entgegen. Beim Tarifstopp bleiben wir aber hart. Der kostenintensive und professionelle Lobbyismus der FMH hat im Ständerat in einer Mehrheit seine Wirkung gezeigt. Sie sind aufgerufen, diesen zeitlich befristeten Tarifstopp wieder einzubauen. Dies auch im Hinblick auf 100 000 arbeitslose Menschen in diesem Staat und im Hinblick auf eine halbe Million Menschen in unserem Staat, die zur neuen Armut zu zählen sind.

Mme Brunner Christiane: Le groupe socialiste vous propose d'entrer en matière sur le projet du Conseil fédéral, non pas dans sa version telle qu'elle est issue du Conseil des Etats mais dans la version résultant des travaux de la commission du Conseil national.

Nous arrivons à un moment crucial de la discussion sur l'assurance-maladie. Il s'agit de définir les priorités, tant pour les assurés que pour l'évolution des coûts, avant d'entreprendre une révision générale de la loi sur l'assurance-maladie et ce n'est pas aujourd'hui que nous allons pouvoir discuter et accepter toutes les modifications que l'on aimerait voir adopter dans ce domaine. Jusqu'à présent, ce sont exclusivement les assurés qui ont fait les frais du gel des subventions publiques. L'équilibre doit être maintenant réparti entre tous les agents de l'assurance-maladie, non seulement les assurés mais aussi les fournisseurs de prestations et les caisses-maladie.

Tout d'abord, l'industrie pharmaceutique qui, actuellement, ne se trouve pas en situation de libre concurrence en Suisse et pratique des prix surfaits pour les médicaments mis sur le marché suisse, se doit aussi de développer des médicaments

moins chers et tout aussi efficaces que ceux qu'elle entend vendre et qui lui rapportent le plus de bénéfices. Certes, L'Etat n'a pas à intervenir à terme dans la fixation des prix des médicaments, mais l'industrie pharmaceutique doit se soumettre, elle aussi, aux lois du marché, ce qui entraînera nécessairement une baisse du prix de ses produits.

Quant aux médecins, il s'agit de les mettre sur pied d'égalité de sacrifices. Jusqu'à présent, ils ont pu s'installer librement, amortir leurs investissements et se servir de confortables revenus. Il est grand temps qu'ils participent également aux économies et qu'ils acceptent les restrictions modérées proposées par le Conseil fédéral et amendées par le Conseil des Etats. Dans un esprit consensuel, nous nous sommes d'ailleurs ralliés aux modulations introduites par le Conseil des Etats pour tenir compte des inégalités tarifaires entre les différents cantons. Là encore, les médecins et leurs représentants entendent briser le consensus et imposer à nouveau leur loi. Ils s'insurgent contre l'entrave à leur autonomie en matière de tarification. Mais quelle est donc l'autonomie du patient face au coût des traitements médicaux? Le nombre de médecins, sans cesse croissant, contribue également à l'élévation des coûts de la santé. Des mesures doivent être envisagées pour limiter l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux dans les régions où leur nombre dépasse les besoins.

Nous nous prononçons clairement en faveur du gel des prix et des tarifs, tel que voulu par le Conseil fédéral. C'est un effort limité dans le temps, effort indispensable pour marquer notre volonté politique de freiner par tous les moyens les coûts de la santé. Si nous n'acceptons pas cet arrêté fédéral aujourd'hui, nous désavouons les décisions que nous avons prises à la fin de l'année dernière et le mandat que nous avons donné au Conseil fédéral en même temps. Nous avons donné des espoirs aux assurés qui se sont prononcés contre l'initiative du concordat des caisses-maladie parce qu'ils nous ont fait confiance. Nous mettons donc en jeu notre propre crédibilité si nous ne donnons pas suite aux décisions prises il y a moins d'une année.

On nous annonce, à l'unanimité, des augmentations de l'ordre de 25 à 30 pour cent, au 1er janvier 1993, si nous ne prenons pas des décisions raisonnables pendant cette session. Pour que les mesures actuelles de limitation des coûts et des cotisations puissent être remplacées de la manière la plus harmonieuse possible, nous vous demandons d'accélérer le processus législatif comme nous l'avons fait dans le cadre de l'Eurolex, d'entrer en matière sur ce projet d'arrêté fédéral, de ne pas le surcharger d'objets qui auront leur place dans le cadre de la révision générale et de l'accepter assorti de la clause d'urgence, au cours de cette session encore.

M. Deiss: Tout d'abord, j'aimerais dire un mot à MM. Rychen, Borer Roland, Bortoluzzi et à Mme Heberlein qui, au nom de leurs groupes, s'opposent à l'entrée en matière. Voilà en somme le message que vous adressez aux assurés et aux patients les plus touchés – je pense aux personnes âgées qui ploient sous le poids de leurs cotisations: la situation est très grave, si grave que nous demandons même une révision radicale du système (Borer dixit), mais dans l'immédiat, nous ne voulons rien faire pour vous soulager. La maison brûle, nous dit M. Philipona, et certains se réunissent dans la chambre du premier étage pour chipoter à propos de la couleur des rideaux. Même chanson pour les caisses: on reconnaît leur situation difficile – n'est-ce pas, Monsieur Rychen? – on soutiendra même la version la plus draconienne proposée par le Conseil fédéral pour le blocage des tarifs et des prix mais, initialement, on refuse l'entrée en matière. Vraiment, on était habitué à plus de cohérence!

Le groupe démocrate-chrétien appuie pleinement les propositions de notre Commission de la sécurité sociale et de la santé publique. Il a été choqué par le revirement du Conseil des Etats qui dénature le projet du gouvernement. Alors que celui-ci voulait prendre des mesures urgentes pour soulager quelque peu les assurés et les patients, ceux-ci se retrouvent maintenant les principales victimes des mesures prises par le Conseil des Etats. C'est un comble: les prestataires des services médicaux qui ont jusqu'à présent fourni la part la plus mo-

deste dans l'effort de maîtrise des coûts seraient – et c'est bien le cas de le dire – épargnés, alors même que les coûts ont progressé cette année encore de plus de 10 pour cent en l'espace des six premiers mois.

Pour le PDC, il n'est donc pas question de grever plus lourdement les assurés tant que le Conseil des Etats persiste à maintenir sa version actuelle quant à l'article premier de l'arrêté. Ce n'est qu'à partir du moment où cette question sera réglée que nous pourrions céder éventuellement sur la question des franchises et des autres participations accrues des assurés.

Parlons tout d'abord des médecins. Pourquoi toucher les médecins et bloquer les tarifs des soins ambulatoires? Il n'est pas question pour nous de les accabler, ni d'insinuer par ces mesures que leur comportement serait abusif. En revanche, il faut se rappeler que les assurés et les patients font aujourd'hui des efforts énormes, que les caisses sont dans une situation critique et qu'il est normal de demander, par conséquent, une contribution de la part des prestataires. Un fait doit en tout cas être souligné: c'est le médecin qui décide du traitement. Par là, il ne supporte pas seulement une lourde responsabilité quant au bien-être de ses clients, mais il se trouve aussi au point stratégique de la question des coûts et de l'«économique» des soins. En somme, ce que nous demandons aux médecins c'est de prouver par l'acte qu'ils savent pratiquer une médecine libre de tout gaspillage. Le blocage ne devrait durer qu'une année, car on oublie habituellement de citer la deuxième partie ou, plus précisément, l'alinéa 3 de l'article premier qui prévoit que des augmentations pourront être accordées à partir de 1994, pour autant que les coûts de la santé aient pu être maintenus dans des limites définies. De plus, la version de la commission du Conseil national ménage des exceptions. Il est donc tout à fait soutenable de demander aux médecins de supporter aussi une part des coûts de l'exercice. Un mot sur les patients et les assurés: il est vrai que les assurés sont coresponsables de la surconsommation. Il est vrai aussi qu'il y a actuellement une divergence entre les coûts des traitements ambulatoires et ceux des traitements hospitaliers. Néanmoins, il n'est pas question pour nous de charger davantage les assurés tant que la question touchant les médecins n'est pas réglée. Mais il y a une deuxième raison, moins tactique et plus fondamentale, qui, de toute façon, nous incitera à la retenue quant aux franchises et participations supplémentaires à imposer aux patients. En effet, dans le projet de révision de la loi sur l'assurance-maladie, il est prévu de régler cette question allant dans cette direction. Toutefois, n'oublions pas que ce projet prévoit aussi des mesures d'accompagnement au niveau social pour éviter des cas de rigueur. Cela prouve aussi qu'il serait vain de vouloir maintenant anticiper sur des points précis de cette révision totale sans créer de la confusion.

Un mot encore sur les caisses: leur situation est difficile et cela pour deux raisons. Tout d'abord, par les arrêts urgents que nous avons votés l'année passée, nous avons stipulé une limitation pour les primes, mais nous avons peu fait du côté des coûts. Inévitablement, les deux éléments – les recettes et les charges des caisses – se développent de manière divergente, ce qui a amené les caisses à puiser dans leurs réserves. Mais les caisses sont en partie elles-mêmes fautives, en particulier par la concurrence effrénée qu'elles se sont livrée: on paie tout, ou encore, on a fait des reprises téméraires uniquement pour accroître le nombre des assurés – du dumping en quelque sorte – ou encore, les sous-caisses ou les caisses bon marché – des caisses «discount» en quelque sorte – sont parfois même subventionnées par les autres caisses regroupant les anciens assurés.

Enfin, les contrôles pourraient être plus rigoureux. Le gigantisme est souvent non rentable car ce ne sont pas forcément les petites caisses qui se trouvent dans la situation la plus déplorable. La cotisation de référence sera un allègement pour les caisses – ou en tout cas un assouplissement – par rapport au statu quo, car cet arrêté prévoit justement – mais cela est la condition – de limiter les coûts.

En conclusion, un mot encore quant à la révision totale: tout le monde est en train de courir à son secours et nous avons bien noté tous ceux qui, aujourd'hui, veulent enfin cette révision to-

tales pour que, le moment venu, ils se mettent de notre côté pour la défendre.

Peut-être un mot encore, pour convaincre les récalcitrants face à l'entrée en matière, en ce qui concerne ma position personnelle: vous êtes peut-être étonnés qu'un économiste qui défend généralement le marché puisse appuyer une mesure de blocage des prix. Vous avez raison lorsque vous dites que cela ne résoud pas le problème et aucun manuel d'économie ne vous contredira. Mais, en général, on admet aussi que cet outil peut servir, à titre temporaire, à gagner du temps avant de pouvoir mettre en vigueur une stratégie qui s'attaque aux véritables causes du mal. Le cessez-le-feu que nous vous demandons de décréter n'élimine pas encore les sources du conflit, mais il permet de diminuer le nombre des victimes, de panser les plaies, et il empêche les belligérants les plus téméraires d'étendre encore leur occupation du terrain.

Frau Dormann, Berichtstatterin: Aus den vielen Fraktionsvoten haben Sie gehört, dass an den hohen Kosten im Gesundheitswesen alle Schuld tragen, sich aber niemand schuldig fühlt. Für die einen sind es die Leistungserbringer, die Aertze, die statt optimaler Behandlungen maximale Leistungen erbringen. Für die anderen sind es die Krankenkassen, die zu wenig wirtschaftlich haushalten und die Kosten einfach auf die Prämienzahler überwälzen. Für Dritte sind es die Kranken und Versicherten, die zu hohe Erwartungen an die Medizin haben. Für die Auto-Partei, für Herrn Borer Roland, ist das ganze System unseres Gesundheitswesens falsch. Herr Borer meint, dass der beste Bundesbeschluss nichts bringe, solange die Aertze ihr Honorar von den Kranken erhalten und nicht von den Gesunden. Herr Borer ist nicht im Saal; ich hätte ihn gerne gefragt, ob er als Gesunder bereit ist, die Rechnung für die Behandlung von Herrn Philiponas Heiserkeit zu bezahlen. Schliesslich werden die Autos auch nicht von den Fussgängern bezahlt.

Für Frau Heberlein sind es die fehlenden Bundessubventionen, die die ganze Kostenexplosion im Gesundheitswesen verursacht haben. Mich überrascht diese Aeusserung der FDP, da diese Fraktion bis jetzt ganz entschieden gegen eine Staatsmedizin war.

Wenn Sie für die Spitäler einen Kostendeckungsgrad von 50 Prozent erreichen wollen, dann dürfen Sie bei Artikel 3 niemals dem Ständerat zustimmen, der mit einem Selbstbehalt bei der stationären Behandlung einen Rückgang der Bettenbelegung bewirken will, damit die Ausgaben für die Krankenkassen kleiner werden.

Herr Rychen behauptet, dass der letzte Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung nichts gebracht, sondern im Gegenteil sogar Kosten von 12,4 Prozent verursacht habe. Wissen wir aber, wie hoch der Prozentsatz an Mehrkosten ohne den dringlichen Bundesbeschluss wäre?

Zur Behauptung, dass die Vorlage zur Fusion von Krankenkassen führe, muss ich erwähnen, dass dies vielleicht gerade nicht der Fall ist, weil sich die Anzahl der Krankenkassen seit 1985 von 550 auf 200 reduziert hat, und dies ohne den Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991. Sie sehen: Die Schuld wird wie ein Virus vom einen zum anderen weitergegeben.

Gegen dieses Virus legt der Bundesrat den Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vor. Er ist sich bewusst, dass diese Massnahmen nur für zwei Jahre in der Uebergangszeit bis zum Inkrafttreten der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes Gültigkeit haben muss.

In der nationalrätlichen Kommission haben wir mit 17 zu 5 Stimmen Eintreten beschlossen. Die Kommission ist der Meinung des Bundesrates gefolgt und hat in diesem Bundesbeschluss vermehrt die Leistungserbringer in die Pflicht genommen. Die Spitäler werden weniger hart zur Kasse gebeten, als dies im letzten Bundesbeschluss der Fall war. Somit wird den Kantonen vermehrt Rechnung getragen, die durch den Tarifstopp im Spitalbereich grössere Defizite zu tragen hatten. Mit einbezogen in die Sparübungen werden aber auch die Versicherten, da die Krankenkassen auf ihre Pflichtleistungen in der Grundversicherung zurückgeholt werden. Hier allerdings mit einer wichtigen Ausnahme im Medikamentenbereich. Die

Pharmaindustrie wird insofern vom Bundesbeschluss betroffen, als ihre pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel einen Preisstopp auf der Basis vom 15. September 1992 erfahren.

Für die Mitgliederbeiträge der Krankenkassen werden Richtprämien eingeführt, die den Vorgaben des Bundesamts für Sozialversicherung entsprechen und nur in begründeten Ausnahmefällen über den Höchstpreis hinausgehen dürfen. Unsere Kommission hat im Gegensatz zum Ständerat darauf verzichtet, auch die Kranken in die Sparmassnahmen einzubeziehen, indem sie einen Beitrag von 10 Franken pro Aufenthaltstag bezahlen. Wir haben in der Kommission auf die Ausgewogenheit der Vorlage sehr grossen Wert gelegt. Jede der im Gesundheitswesen beteiligten Personen oder Institutionen soll in den nächsten zwei Jahren einen Beitrag an die Kostendämpfung im Gesundheitswesen leisten.

Weder der Bundesrat noch die Kommissionsmitglieder, die hinter dieser Vorlage stehen, haben an diesem Beschluss Freude. Weshalb? Weil er eben Zähne hat, die beissen; und das tut weh. Keiner fügt dem anderen mit Freuden Schmerzen zu. Wir sind uns bewusst, dass wir eines der besten Systeme im Gesundheitswesen haben. Unser freier Markt bedarf aber auch in dieser Beziehung der Grenzen, niemals jedoch der Aufhebung.

Ich muss Sie sehr bitten, den Nichteintretensantrag von Herrn Rychen abzulehnen. Wir können und dürfen uns der Verantwortung in der Kassenfrage unseres Gesundheitswesens nicht entziehen.

Deshalb bitte ich Sie namens der Kommission, auf die Vorlage einzutreten und den Beschlüssen Ihrer Kommission zu folgen.

M. Philipona, rapporteur: J'espère que ma santé ira en s'améliorant, même sans l'aide de la médecine!

En ce qui concerne la non-entrée en matière, deux arguments principaux ont été développés ici pour la soutenir. Il a été dit que les primes et non les coûts étaient plafonnés et que la situation des caisses-maladie ne supportait pas l'arrêté actuel. Qu'en est-il? C'était vrai pour le plafonnement des primes et non des coûts dans l'arrêté de 1991; cela l'est beaucoup moins pour l'arrêté de 1992. Je vous rappelle qu'il touche les tarifs médicaux ainsi que ceux des médicaments. Il implique éventuellement – si vous acceptez l'article – une participation des malades hospitalisés et, en ce qui concerne les caisses-maladie, une augmentation contrôlée est tout de même prévue.

Qu'en est-il de l'autre argument se référant à la situation des caisses-maladie? Tout d'abord, une péréquation entre caisses-maladie a été accordée, ce qui assure à peu près la survie aux 250 caisses existantes. En ce qui concerne la situation actuelle de ces caisses-maladie, l'Office fédéral des assurances sociales nous a donné des précisions à ce sujet. La situation financière des caisses porte sur les 14 caisses les plus importantes, qui comptent plus de 100 000 membres. Leurs réserves minimales légales se montent à 20 pour cent des dépenses annuelles: seule une caisse sur les 14 laisse apparaître clairement un pourcentage en dessous de 20 pour cent, une seule frise les 20 pour cent – 19,9 pour cent exactement – alors que la moyenne des 14 caisses présente des réserves de 22,2 pour cent à la fin de 1991. Il est vrai qu'à la fin 1990 ces réserves se chiffraient à 25,3 pour cent; après l'arrêté de 1991, il est tout à fait normal qu'elles aient baissé.

Les articles 5 et 6 du présent arrêté permettent une certaine souplesse dans l'application, puisqu'il est précisé à l'article 5 que le département autorise une caisse à fixer des cotisations au-dessus de la cotisation maximale si les réserves étaient mises en danger.

La commission ayant accepté l'entrée en matière par 17 voix contre 5, je vous propose, en son nom, d'en faire de même.

M. Cotti, conseiller fédéral: Tout d'abord, je me dois de vous rappeler que le système de nos caisses-maladie est fondé sur une loi de 1911. Au cours des décennies, des nombreuses tentatives de modification de cette loi, d'adaptation à l'évolution de la santé et de la médecine, une seule a réussi, celle de 1964. Depuis 1911, la médecine, les thérapies et les bases

hospitalières ont évolué de façon spectaculaire. L'état de santé de notre population n'est plus la même qu'en 1911, alors que nous gardons grosso modo le même système, d'où les difficultés insurmontables pour changer quoi que ce soit à ce dernier.

Si vous me demandez si le Conseil fédéral arrive aux mêmes conclusions que M. Borer Roland qui voulait bouleverser tout le système, le révolutionner parce qu'il est pourri à la base, je vous répondrai – ce sera le raisonnement de base d'aujourd'hui et, bientôt, de la révision totale – que la position du Conseil fédéral va tout à fait à l'opposé. Nous disposons malgré tout d'un système de caisses-maladie, d'un système de santé valable, qui réalise des équilibres difficiles à établir, mais indispensables, entre tous les participants de ce système. De plus, en comparaison avec l'étranger, notre système de santé est valable. Je cite en exemple quelques pays proches du nôtre: l'Italie et la Grande-Bretagne ont un système par classe très développé. Aux Etats-Unis d'Amérique, une partie non négligeable de la population est en dehors de toute couverture du système. Dans d'autres pays, plus comparables au nôtre, les coûts de la santé se sont développés d'une manière très supérieure à la nôtre. De plus – cela n'est pas suffisamment répété, à mon avis – si vous comparez les coûts de la santé en Suisse par rapport au produit intérieur brut, vous constaterez qu'ils sont de 7,8 pour cent, alors que, pour les pays de l'OCDE, ils sont en moyenne de 7,6 pour cent. Donc, par rapport aux autres pays industrialisés, notre situation est tout à fait comparable et notre offre de santé est, dans la plus grande partie des cas, même supérieure.

Cela étant, si vous me demandez ce que le Conseil fédéral désire encore changer, je vous répondrai que le système reste, sur la base de ces chiffres, un système qu'il faut défendre. Ma réponse va dans deux directions. D'un côté, les tendances à l'évolution des coûts de notre système dépassent les taux de croissance de la plupart des autres pays. Nous constatons donc, ces derniers temps, que les coûts ont évolué d'une façon anormale et surtout – je le répète ici parce que M. Jöri a rappelé une citation qui m'appartient – que notre système est le moins social que l'on puisse imaginer et que, de toute manière, parmi toutes les assurances sociales du pays, l'assurance-maladie est la moins sociale. La preuve en est qu'un millionnaire et un simple ouvrier paient pour la même prestation la même prime. C'est une situation qu'il faut modifier parce que – et j'en arrive immédiatement à une première conclusion – si nous voulons sauver ce système, il faut en corriger les quelques éléments négatifs que j'ai énumérés. L'élément principal est le poids des coûts de la santé qui deviennent de plus en plus insupportables pour une partie toujours croissante de notre population. Mme Dormann a cité l'Office fédéral des assurances sociales, selon lequel «à courte échéance, pour plus de la moitié de la population suisse, les cotisations aux caisses-maladie deviendront effectivement insupportables».

Pour terminer cette introduction, je relève que si le Conseil fédéral fait maintenant appel au Parlement, afin de trouver des solutions en la matière, ce n'est pas pour bouleverser ce système, Monsieur Borer Roland, c'est plutôt pour le sauver. En effet, si ce système devient de plus en plus pesant, le peuple suisse le bouleversera avec toutes les conséquences que devront également supporter ceux qui prodiguent leurs soins, qui jouent un rôle défendable, et que je ne voudrais pas mettre en cause.

Or, le Conseil fédéral se permet de présenter une révision totale de ce système. Au moment où nous avons proposé cette révision, combien d'applaudissements et de louanges avons-nous entendus! Cela semblait la panacée, et ce n'était pas le cas. Mais les caisses-maladie avaient lancé une initiative, et il fallait proposer une solution, encore à définir par le Parlement, afin de persuader le peuple suisse de refuser cette initiative. Maintenant, le Parti socialiste et les syndicats présentent également une initiative qui pèse comme une sorte d'épée de Damoclès, et l'on répète que la révision totale est la panacée.

Or, nous le savons, il existe deux conditions pour que cette révision réponde aux objectifs du Conseil fédéral. D'une part, elle doit se faire le plus rapidement possible. Je reconnais que la commission du Conseil des Etats travaille très vite, mais la

tâche est rude et compliquée, et votre commission s'y attellera prochainement. D'autre part et surtout, il faudra que le Parlement ne vide pas cette révision de toute substance et ne la réduise pas à quelque chose d'inutilisable. Certaines tentatives d'édulcorer, voire de neutraliser la révision apparaissent déjà. C'est pourquoi le Conseil fédéral donnera son avis, sur la base des éléments forts de la révision. Cela peut contrecarrer certains intérêts qui se manifestent justement au moment où l'on tente d'y toucher. La philosophie de la révision totale est unique. Etant donné que l'argent ne tombera pas du ciel, il faudra que tous les prestataires de soins acceptent de faire certains sacrifices par le biais de modérations des coûts, d'engagements, afin de sauver le système.

J'en arrive à une révision partielle et à courte échéance, qui vous est proposée. La même philosophie lui est appliquée. Il n'y aura pas d'arrêté fédéral dans quelques jours si tous les participants, je dis bien tous, ne font pas un petit effort, un sacrifice tout à fait supportable, pour une année, éventuellement pour deux ans si l'on n'obtient pas la première année des résultats suffisants. Sans ces sacrifices supportables, il n'y aura ni révision partielle ni arrêté fédéral urgent, et l'assuré pourra en constater, dans quelques mois déjà, les conséquences. Si le Conseil fédéral vous propose maintenant l'arrêté fédéral urgent, ce n'est certainement pas pour son bon plaisir. Je peux vous assurer que l'on préférerait éviter de devoir prendre des mesures, parfois fâcheuses, qui ne sont sympathiques pour personne.

Pourquoi nous engager sur une voie aussi impopulaire à première vue? Parce que nous constatons, sur la base des données dont nous disposons, que l'évolution des cotisations, au cours des prochaines années, prendra des dimensions terrifiantes. Je tiens à le dire ici, afin que vous puissiez trancher sur la base du bon sens qui doit être sous-entendu. L'Office fédéral des assurances sociales estime que, d'ici la fin de 1994, l'évolution des cotisations se soldera par une augmentation de pratiquement 100 pour cent en moyenne en Suisse. Croyez-vous vraiment pouvoir donner un appui et sauvegarder ce système si telle est l'évolution? Il ne fait aucun doute qu'une initiative populaire bien plus dangereuse que celles qui sont en discussion ou qui ont déjà été votées par le peuple viennois alors bouleverser le système. Vous devez donner vous-mêmes la réponse à ces prévisions, que j'essaie de ne pas dessiner plus pessimistes qu'elles ne le sont.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral vous a proposé, l'année passée, un projet permettant d'établir un pont jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision totale. Nous savons très bien que ce projet est discutable, qu'il n'est pas parfait. On affirme à juste titre qu'il touche souvent seulement aux symptômes et aux causes fondamentales, je dis bien souvent. Je vous laisse le soin de déterminer si vous acceptez de bonne foi l'évolution qui se dessine ou si vous ne croyez pas qu'avant l'entrée en vigueur de la révision totale certaines mesures transitoires s'imposent absolument.

Permettez-moi un exemple concernant la maladie. S'il s'agit d'une maladie grave, on s'attaque aux causes, on le sait, les médecins le disent, mais s'il y a une fièvre trop élevée, il faudra commencer par essayer de la juguler, d'une certaine manière. Ce que nous vous proposons, c'est une entorse de deux années à une systématique que nous essayons de sauvegarder tout entière dans la révision totale.

Quels sont les objectifs du Conseil fédéral? Je le répète, créer un pont et, ensuite, remplir le mandat que vous lui avez donné l'année passée, au Parlement, lorsque vous lui avez demandé, à l'article 4 de l'arrêté de décembre 1991, de trouver une solution plus favorable aux cantons. Voilà donc une solution qui, à l'article 2, essaie effectivement de favoriser les cantons. C'est plutôt sur la base du mandat que vous avez donné que nous avons suivi cette ligne, car si je devais être réaliste dans l'évaluation de la responsabilité de l'évolution des coûts de la santé hors normes, je devrais dire que les cantons ont joué ici un rôle très négatif. Il faut parfois avoir le courage de diminuer les capacités, de les concentrer, même si, nous le savons, surtout dans les grands cantons, la tendance et la force de l'opinion publique vont dans la direction de créer des éta- blissements toujours plus dispersés sur le territoire.

Deuxième objectif: privilégier les cantons. C'est vous qui en avez décidé ainsi l'année dernière.

Le troisième objectif se fonde sur l'expérience de l'année dernière, Monsieur Rychen. En 1991, l'arrêté fédéral a donné des résultats excellents pour les cotisants, les assurés et les patients. Ceux qui affirment le contraire ignorent que, vraisemblablement, le 95 pour cent des assurés aura bénéficié de cet arrêté qui a permis de bloquer l'augmentation des cotisations à 10 pour cent, alors que les caisses envisageaient 20 à 30 pour cent. Il faudra dire cela à la population suisse, afin qu'elle sache que, si le Parlement n'avait pas approuvé l'arrêté de 1991, elle aurait parfois payé des cotisations deux ou trois fois plus élevées que celles acquittées. Mme Dormann a raison, on n'a peut-être pas suffisamment informé le peuple suisse à propos de ce danger auquel il a échappé l'année dernière.

On a tout de même relevé les défauts de l'arrêté de 1991. Il n'y a pas de doute que celui-ci ayant été limité – à mon avis à tort – à une année par le Parlement, il n'a pas pu déployer sur les coûts toutes les conséquences attendues, de telle manière que les caisses-maladie ont porté le poids principal des fa- veurs dont ont bénéficié les assurés. M. Rychen n'a pas tort de déplorer à cette tribune le poids trop lourd supporté par les caisses-maladie l'année dernière. Ainsi, le troisième objectif de l'arrêté du Conseil fédéral (cf. art. 5) est de tenter de soulager les caisses-maladie par rapport à 1991.

Naturellement, il y a encore d'autres objectifs. Le suivant, dans le cadre de la symétrie des sacrifices, concerne finalement aussi les prestataires de soins. Je ne fais pas seulement allusion aux médecins, même si ceux-ci sont toujours cités en premier lieu. Nous devons reconnaître une chose très clairement: S'il y a une catégorie qui a bénéficié largement du système, dans les années passées, c'est bien celle des prestataires de soins. Je pourrais vous indiquer l'évolution des bénéfices, par exemple pour la catégorie des médecins, au cours de ces dernières années. Vous auriez de la peine à trouver les raisons de la répercussion de l'augmentation des coûts sur cette catégorie. On est plutôt tenté d'affirmer qu'elle a bénéficié de l'évolution des coûts.

Par conséquent, le Conseil fédéral demande à ces catégories, par une mesure limitée à une année, peut-être reconductible pour encore une année, de faire plafonner l'évolution de leurs tarifs et d'éviter de les faire progresser. Bien sûr, on nous répond: «Mais les médecins vont pouvoir remédier à ces limitations par l'augmentation du nombre des actes médicaux». Quand j'entends de telles affirmations, je dois dire que je suis particulièrement frappé parce que je prétends que, dans une profession libérale de ce type, on sait assumer sa fonction avec toute la responsabilité professionnelle nécessaire. L'augmentation des bénéfices ne découle pas de l'accroissement de la quantité des actes médicaux. Je veux donc exclure cette éventualité. D'ailleurs, j'ajoute tout de suite que la réaction des intéressés a été telle, face aux propositions du Conseil fédéral, lequel doit, dans un arrêté d'aussi brève durée, se limiter aux tarifs, qu'elle prouve largement que la mesure du gouvernement va tout de même avoir un certain effet.

Je cite un exemple qui nous vient d'un pays comparable au nôtre, l'Allemagne fédérale voisine, où la situation, au niveau de l'évolution des coûts, est tout aussi frappante que chez nous et où, ces temps-ci, le Parlement est en train de décider de mesures d'urgence bien plus dures et bien plus rudes que les nôtres. Nous discutons d'un blocage des coûts et des tarifs pendant quelques années. Or, je cite maintenant la chimie, et même la très forte chimie de la République fédérale allemande qui a proposé elle-même de bloquer pendant encore deux ans les coûts de ses produits. Ceci vous fait dire que probablement, si on avait eu davantage de disponibilités de la part des prêteurs de services, le Conseil fédéral aurait pu éviter de vous accabler avec une proposition comme celle qui est contenue ici.

Pour terminer, le but essentiel de notre proposition est bien d'aller à la rencontre des assurés et des patients qui ont, ces dernières années, clairement porté le poids principal, parfois le poids unique de l'évolution des coûts. Et donc, nous nous battons clairement pour une solution qui aille dans la direction d'une protection des assurés et des patients, nous voulons ré-

tablir en leur faveur l'équilibre des sacrifices. Voilà le but fondamental de la proposition du Conseil fédéral.

Or, que constatons-nous? Le Conseil des Etats a carrément bouleversé les propositions du Conseil fédéral. L'axe du Conseil fédéral a été révolutionné: on a déplacé le poids financier de l'arrêté sur les assurés et sur les patients et on a dispensé totalement les prestataires de soins d'un minimum de poids. Le Conseil fédéral ne pourra jamais se satisfaire de la proposition du Conseil des Etats; si le Parlement fait ce choix, ce sera à lui de le faire, bien sûr, en pleine indépendance, mais le Conseil fédéral ne voudra pas être mêlé à cette proposition. Je tiens à le dire de manière claire et nette, afin qu'il n'y ait pas de malentendus dans cette salle. Il sera facile à l'opinion publique – les cotisations de l'année prochaine seront très bientôt arrêtées – si les propositions du Conseil des Etats devaient être approuvées par le Parlement, de vérifier si elles l'ont été dans son intérêt ou non. Heureusement, je constate que la commission du Conseil national a modifié de manière importante les propositions du Conseil des Etats. Je ne dirai pas qu'elle est revenue complètement sur les propositions du Conseil fédéral – on verra dans les articles spécifiques et particuliers que des divergences subsistent entre le Conseil fédéral et votre commission – mais je reconnais que la commission a fait un effort important en vue de rétablir les équilibres de notre projet. C'est la raison pour laquelle la proposition du Conseil national représente une bonne base de discussion pour nous mettre maintenant au travail et délibérer sur les différents articles.

J'ai entendu qu'il y a face à cette situation plusieurs propositions de non-entrée en matière. Je cite ici une phrase que le président de la commission du Conseil des Etats a prononcée, il y a quelques jours, concernant l'idée de la non-entrée en matière: «Wer von Nichteintreten spricht, der hat den Puls der Gesellschaft nicht verstanden.» Je partage intégralement ce que le président de la commission a affirmé. Nous nous approchons, dans le système des caisses-maladie, d'un point de rupture qui sera dramatique pour tout le monde. Si le Conseil fédéral vous propose d'établir un pont pour éviter cette issue insupportable, c'est parce qu'il croit que c'est la seule voie pour arriver plus ou moins indemne à la révision totale qui est votre objectif, mais qui est bien sûr l'objectif essentiel du Conseil fédéral qui vous a présenté ces propositions.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission (Eintreten)	115 Stimmen
Für den Antrag Rychen (Nichteintreten)	47 Stimmen

Detailberatung – Discussion par articles

Titel und Ingress

Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule

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

Angenommen – Adopté

Art. 1

Antrag der Kommission
Mehrheit

Abs. 1

Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im ambulanten Bereich werden für das Jahr 1993 auf der am 30. Juni 1992 geltenden Höhe begrenzt. Für die Spezialitätenliste der zur Rezeptur für die Krankenkassen empfohlenen pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel gilt der 15. September 1992 als Stichdatum.

Abs. 2

Wurde der Taxpunktwert in den Jahren 1990–1992 nicht angepasst und ist nachgewiesen, dass die Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr bei den betreffenden Leistungser-

bringern gleichzeitig um nicht mehr als den Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel angestiegen sind, so gestattet der Bundesrat für 1993 in Abweichung von Absatz 1 bei diesen Leistungserbringern eine Erhöhung des Taxpunktwertes. Der Taxpunktwert darf jedoch nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahre 1993 liegt.

Abs. 3

Liegt der Anstieg 1994 liegt. (gemäss Text des Bundesrates)

Abs. 4 (neu)

Vereinbaren Krankenkassen und Leistungserbringer während der Geltungsdauer dieses Beschlusses auf überkantonaler Ebene erstmals einen Tarifvertrag, ist dieser Beschluss nicht anwendbar. Spätere Tarifierhöhungen richten sich nach Absatz 1.

Minderheit I

(Rychen, Bortoluzzi, Borer Roland, Daepf)
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit II

(Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Gysin, Heberlein, Philipona)
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Maspoli

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 1

Proposition de la commission

Majorité

Al. 1

Les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie dans le domaine ambulatoire sont limités pour 1993 au niveau des tarifs et des prix en vigueur le 30 juin 1992. Pour la liste des spécialités pharmaceutiques et des médicaments confectionnés admis pour la prescription dont la prise en charge est recommandée aux caisses-maladie, la date de référence est le 15 septembre 1992.

Al. 2

Lorsque la valeur du point n'a pas été adaptée lors des années 1990 à 1992 et qu'il est établi que durant cette période l'augmentation des coûts de traitement, par assuré et par année, de certains fournisseurs de prestations, n'a pas dépassé de plus d'un tiers celle de l'indice suisse des prix à la consommation, le Conseil fédéral autorisera, en dérogation à l'alinéa 1, une augmentation de la valeur du point pour les fournisseurs concernés. La valeur du point ne pourra cependant être augmentée que dans la mesure où l'augmentation des frais de traitement par assuré ne dépassera probablement pas de plus d'un tiers, pour 1993, l'augmentation de l'indice suisse des prix à la consommation.

Al. 3

Si, en 1992, à la consommation. (selon la version du Conseil fédéral)

Al. 4 (nouveau)

Lorsque des caisses-maladie et des fournisseurs de prestations concluent, pendant la durée de validité de cet arrêté, pour la première fois une convention tarifaire sur le plan intercantonal, le présent arrêté n'est pas applicable. Les augmentations tarifaires subséquentes se calculent selon le premier alinéa.

Minorité I

(Rychen, Bortoluzzi, Borer Roland, Daepf)
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Minorité II

(Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph, Gysin, Heberlein, Philipona)
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Maspoli

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Rychen, Sprecher der Minderheit I: In Artikel 1 müssen unserer Auffassung nach die Leistungserbringer im ambulanten Bereich härter angefasst werden; sonst brauchen wir diesen dringlichen Bundesbeschluss wirklich nicht.

Die bundesrätliche Fassung in Artikel 1 ist die härteste von allen drei vorliegenden Varianten. Im Klartext heisst die Bundesratsvariante für 1993: Preis- und Tarifstopp. Für 1994 ist ein Ventil offen, eine Möglichkeit, dann doch nachzugeben, wenn es die Verhältnisse erlauben.

Wenn wir ernst machen und den Leuten nicht nur sagen wollen, wir hätten etwas unternommen, aber nichts getan, dann müssen wir die Linie des Bundesrats unterstützen. Es genügt nicht, die Prämien einzufrieren, bei den Patienten den Selbstbehalt zu erhöhen und dort, wo die Kosten wirklich entstehen, wo wir eingreifen können, nichts oder fast nichts zu unternehmen.

Die Lösung, die der Ständerat vorschlägt, ist aus meiner Sicht unbrauchbar; die Lösung, die die Kommissionsmehrheit vorschlägt, ist nicht weit daneben. Warum? Ich wiederhole hier, was ich beim Nichteintretensantrag schon gesagt habe: Wir haben ein Riesenproblem der Mengenausweitung, und wir haben keinen freien Markt auf der Seite der Leistungserbringer. Ich kann es noch deutlicher sagen: Wenn ein Neuabgänger von der Universität kommt und ein oder zwei Lehr- und Wanderjahre gemacht hat, kann er eine Praxis eröffnen und seine Tätigkeit aufgrund von genehmigten Tarifen beginnen. Die Kassen sind nach dem Leistungskatalog des Bundes verpflichtet, zu zahlen.

Jene, die immer noch meinen, die Krankenkassen könnten im einen oder anderen Fall die Bezahlung verweigern, sind schlichtweg im Irrtum. Sonst lesen Sie mal die Reihen von Urteilen des Versicherungsgerichts in Luzern nach. Wir haben auf der Seite der Leistungsanbieter keinen Markt, der funktioniert. Er funktioniert selbst dann nicht, wenn beispielsweise kantonale Parlamente entscheiden, sie wollten keinen Computertomographen mehr, weil es genug habe. Dann gründen die Ärzte einfach ein privates Institut und betreiben diesen neuen Computertomographen; dann müssen die Kassen diese Rechnungen bezahlen. Das ist eine schlichte Tatsache. Nun können wir selbst in Kantonen, wo auf Anraten von Herrn Bundesrat Cotti – und schon früher – die Tarife eingefroren wurden, weil sich die Verhandlungspartner nicht einigen konnten und keine Tariferhöhung stattgefunden hat, eine sehr starke Kostenzunahme beobachten. Woher kommt denn das? Das kommt eben von der Mengenausweitung. Da komme ich nun nicht umhin, Sie mit einigen Zahlen zu konfrontieren.

Ich möchte Sie bitten, folgendes anzuhören: Im Kanton Bern beispielsweise hat die Anzahl Aerzte, die in einer freien Praxis praktizieren, innerhalb der letzten fünf Jahre um 16,5 Prozent zugenommen. Im Kanton Bern heisst das: es sind zusätzlich 232 Aerzte auf dem Markt tätig. Aber der Markt spielt bei den Aerzten nur bedingt, weil ja im Prinzip jeder tarifgeschützt Rechnung stellen kann. Das ist nicht ein Vorwurf an den einzelnen Arzt; das ist ein Vorwurf an das System, das nicht mehr funktionsfähig ist, das uns nur noch Kostensteigerungen ins Haus bringt.

Eine andere Zahl: Im Kanton Bern sind die Arztkosten bei gleichbleibenden Tarifen, also gemäss Bundesratsvorschlag, in einem Jahr – von 1990 bis 1991 – um 20 Millionen Franken gestiegen. Jetzt werden Sie sagen: Diese Zahl sagt uns nichts. Ich will das daher in Prozenten ausdrücken: Das ist eine gesamte Mengenausweitung von 6,6 Prozent. Das Tragische daran ist, dass der einzelne Landarzt – nehmen wir einen Arzt in einem durchschnittlichen bernischen Dorf, der sich Mühe gibt, korrekt zu sein, der nicht übertreibt, der auch anständig konsultiert, und solche Aerzte gibt es sehr viele – das Pech hat, keinen Teuerungsausgleich zu bekommen: Seine Praxiskosten steigen, und er soll keine höheren Tarife bekommen. Diesen Aerzten möchte ich den Teuerungsausgleich gönnen. Aber das Problem betrifft alle: Alle Aerzte zusammen, alle Leistungserbringer verursachen diese Mengenausweitung. Ich habe Ihnen vorhin gesagt: Im Kanton Bern sind 232 Aerzte mehr auf dem Markt tätig als vor fünf Jahren.

Nun können wir Politiker auf die Totalrevision warten. Dort müssen wir dieses Grundsatzproblem einmal diskutieren und nach einer Lösung suchen, aufgrund derer dieser Markt besser spielen könnte; der spielt heute nämlich nicht.

Aber wenn wir jetzt schon Notmassnahmen wollen, müssen wir den Mut haben, mindestens einen Tarifstopp zu verfügen. In der Lösung der Kommissionsmehrheit und des Ständerates ist noch die Möglichkeit einer Anpassung an die Teuerung eingebaut. Bei der ständerätlichen Lösung spielt noch der Kanton den Schiedsrichter. Auf Seite 2 der Fahne oben können Sie lesen, welche Behörden zuständig sind. Da komme ich mir vor wie ein Fussballspieler, der seinen Gegner vor sich hat und sieht: Der Gegner kommt zusammen mit dem Schiedsrichter aus der Kabine. Die Kantonsbehörden sind in diesen Fragen ja meistens Partei. Deshalb finde ich den Vorschlag des Ständerates unhaltbar.

Ich bitte Sie, ein Letztes zu bedenken: Wenn Sie bei diesem Bundesbeschluss wollen, dass die Versicherten auch an die Kasse kommen, wenn Sie also die Selbstbehalte erhöhen wollen – ich habe grundsätzlich nichts dagegen, dass der Selbstbehalt für den Spitalaufenthalt erhöht wird, damit die Selbstverantwortung wächst –, aber gleichzeitig keinen Tarifstopp verfügen, dann behaupten Sie bitte nicht, Sie hätten etwas zur Sanierung, zur Kostendämmung beigetragen. Dem ist nicht so.

Ich bitte Sie, beim Artikel 1 der bundesrätlichen Fassung zuzustimmen, damit mindestens ein Gleichgewicht zwischen Versicherten und Leistungserbringern geschaffen werden kann.

Allenspach, Sprecher der Minderheit II: Vor Jahresfrist hat das Parlament mittels dringlichen Bundesbeschlüssen versucht, den Anstieg der Krankenkassenprämien zu verhindern. Dieser Versuch hat sich – gestehen wir es offen – als Fehlschlag erwiesen. Die Kosten des Gesundheitswesens sind dennoch gestiegen, vor allem weil die Bundesbeschlüsse nur die Tarife, nicht aber die im Gesundheitswesen konsumierten Mengen beschränken konnten.

Das Parlament hat den dringlichen Bundesbeschluss betreffend Massnahmen gegen die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen auf ein Jahr befristet, weil es sich bewusst war, dass die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen Rosskuren à la Dr. Eisenbart beinhalteten. Es hat gleichzeitig den Bundesrat beauftragt, innerhalb eines Jahres zweckmässiger und den Eigenheiten der Krankenversicherung besser entsprechende Massnahmen vorzuschlagen.

Heute müssen wir feststellen, dass der Bundesrat diesem Auftrag in keiner Weise nachgekommen ist. Er potenziert mit seinem Antrag sogar noch die Dr.-Eisenbart-Methode, indem er im ambulanten Bereich der Krankenversicherung für 1993 jede Preiserhöhung verbieten will, gleichgültig ob und in welchem Umfang Tariferhöhungen vorgenommen worden sind. Für 1994 schlägt der Bundesrat eine Regelung vor, von der er genau weiss, dass sie einem Preis- und Tarifstopp gleichkommt.

Solches widerspricht allen vernünftigen wirtschaftlichen Überlegungen, ist kontraproduktiv und ich würde meinen im eigentlichen Sinne auch unmoralisch; denn es ist doch offenkundig, dass die Kosten der Arztpraxen gestiegen sind und auch weiterhin steigen werden. Die Mietzinse, die Investitionskosten für die Praxis, die Sachkosten und die Preise der Betriebsmittel steigen, sie werden teurer. Auch die Löhne der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen können nicht einfach während Jahren blockiert werden.

Es ist rechtsungleich, die Leistungserbringer im ambulanten Bereich anders zu behandeln als die Leistungserbringer im stationären Bereich. Warum, Herr Bundesrat, sollen die Spitäler ihre Tarife erhöhen können, die Aerzte aber nicht? Das ist meines Erachtens rechtsungleich.

Die Blockierung der Preise und Tarife im ambulanten Bereich ist zudem kontraproduktiv. Die Aerzte haben es in der Hand – Herr Rychen hat darauf hingewiesen –, den Patienten mehr Untersuchungen angedeihen zu lassen, mehr Therapien zu verschreiben, sie einige Male mehr zur Kontrolle kommen zu lassen. Sie können – fachtechnisch gesprochen – eine Mengenausweitung vornehmen. Sie werden diese Mengenaus-

weitung vornehmen, wenn ein Tarifstopp verfügt wird. Das hat zur Folge, dass die Kosten im ambulanten Bereich trotzdem steigen; das hat aber auch zur Folge, dass die Patienten länger krank geschrieben werden. Ist sich der Bundesrat bewusst, was es die Betriebe an Lohnfortzahlung kostet, wenn die Versicherten bei Krankheit und Unfall unnötigerweise auch nur einen einzigen Tag länger krank geschrieben werden? Das sind dann rasch nicht einige Dutzend, sondern einige hundert Millionen Franken. Und das provoziert der Bundesrat mit seinen Anträgen!

Der Antrag der Kommissionsmehrheit will die Erhöhung der Taxpunktwerte nur zulassen, wenn die durchschnittlichen Behandlungskosten je Versicherten 1990 bis 1992 nicht mehr als der Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel gestiegen sind.

Es lässt sich schon heute feststellen, dass diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Die Behandlungskosten der Versicherten sind von 1990 bis 1992 in den meisten Regionen stärker gestiegen als die Limite der Kommissionsmehrheit. Man soll deshalb nicht so tun, als ob man hier eine flexible Lösung vorschlagen wollte.

Das Ueberschreiten der Limiten ist Tatsache. Es erfolgte früher, in den Jahren 1990 bis 1992, als es noch keine Limiten gab; heute ist es von den Aerzten nicht mehr beeinflussbar. Deshalb unterscheidet sich der Vorschlag der Kommissionsmehrheit in den praktischen Auswirkungen kaum vom Vorschlag des Bundesrates. Beide bedeuten einen zweijährigen Preis- und Lohnstopp im ambulanten Bereich durch die Macht des Faktischen.

Mit dem Antrag der Kommissionsmehrheit werden die Systemfehler des Entwurfs des Bundesrates nicht behoben, auch nicht die rechtungleiche Behandlung der Aerzte gegenüber den Spitalern. Auch dieser Antrag steht im Widerspruch zu den von den Aerzten nicht zu verantwortenden Kostensteigerungen in den Arztpraxen. Wir nehmen nicht an, dass die Kommissionsmehrheit und insbesondere die SP gleichzeitig einen Lohnstopp für das ärztliche Hilfspersonal befürworten.

Die Vorschläge der Kommissionsmehrheit sind zudem in ihren Auswirkungen höchst gefährlich. Für jene Regionen, die Behandlungskosten unter den gesetzlichen Limiten aufweisen, müsste der Bundesrat in den nächsten Tagen das Ausmass der zulässigen Taxpunkterhöhungen bekanntgeben. Er müsste dabei die Teuerung des kommenden Jahres vorausschätzen. Es ist gefährlich, wenn unsere Regierung für das kommende Jahr eine offizielle Teuerungsschätzung vornimmt. Sie könnte Massstab für andere Preiserhöhungen werden. Zuwarten dürfte die Landesregierung aber nicht, weil diese erhöhten Taxpunktwerte ab 1. Januar 1993 gelten sollten und nicht rückwirkend in Kraft gesetzt werden könnten.

Die gleiche Situation würde sich im Oktober des nächsten Jahres ergeben. Wiederum müsste die Regierung die zukünftige Teuerung schätzen und als Grundlage für zulässige Tarifierhöhungen einsetzen. Derartige Eingriffe und Preiserhöhungsvorgaben kannten wir bis anhin nur in Planwirtschaften, deren Ineffizienz inzwischen von niemandem mehr bestritten wird. Wir steuern im Gesundheitswesen Schritt für Schritt auf eine solche Planwirtschaft zu; damit ist dann auch die Ineffizienz des Gesundheitswesens gegeben.

Der Beschluss des Ständerates ist auch nicht der Weisheit letzter Schluss. Er verursacht aber von allen bisherigen Vorschlägen am wenigsten Schäden. Er ist flexibler und stellt nicht auf vergangenes, sondern auf zukünftiges Handeln der Aerzte ab; er entspricht etwa dem, was der Bundesrat vor Jahresfrist vorgeschlagen hat.

Wenn wir die Chancen für die von allen gewünschte Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes intakt halten wollen, sollten wir als geringstem Uebel der Fassung des Ständerates zustimmen.

Ich bitte Sie deshalb, die Anträge der Kommissionsminderheit II gutzuheissen.

Fischer-Seengen: Nachdem Eintreten beschlossen ist, unterstützt die freisinnige Fraktion ohne Gegenstimme Artikel 1 in der vom Ständerat verabschiedeten Form, d. h., sie unterstützt den Minderheitsantrag II (Allenspach). So schlecht, Herr Bun-

desrat, wie diese Formulierung nun gemacht wird, kann sie auch wieder nicht sein. Sie entspricht dem, was der Bundesrat vor Jahresfrist vorgeschlagen und das Parlament beschlossen hat.

Wie Frau Heberlein in ihrem Votum zum Eintreten bereits einlässlich dargelegt hat, sind solche dirigistische Massnahmen ordnungspolitisch grundsätzlich von Uebel. Wenn sie gar im Dringlichkeitsverfahren beschlossen werden, sind sie auch demokratisch und rechtsstaatlich fragwürdig. Wenn aber schon eine solche Lösung getroffen werden soll, so soll sie moderat und unter diesen erwähnten Aspekten möglichst wenig schädlich ausgestaltet werden.

Die Erfahrung des vergangenen Jahres hat gezeigt, dass Begrenzungsbeschlüsse oder gar völlige Tarifstopps, wie sie der Bundesrat verlangt – dessen Vorschlag von der Minderheit I jetzt aufgenommen wurde –, die gegenteilige Wirkung zeitigen, wenn nicht gleichzeitig auf die Mengenentwicklung Einfluss genommen werden kann. Mit der Fassung des Ständerates wird diesem Kriterium wenigstens teilweise Rechnung getragen.

Im stationären Bereich ist eine Anpassung an die Teuerung vorgesehen. Im ambulanten Bereich soll dies nach Vorschlag des Bundesrates und desjenigen der Kommissionsmehrheit nicht möglich sein. Die Kosten für Personal, Mieten und Unterhalt steigen im ambulanten ebenso wie im stationären Bereich; sie betragen zwischen 50 und 60 Prozent des Umsatzes.

Der Preis- und Tarifstopp würde deshalb zu einer realen Einkommenseinbusse für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich führen. Eine solche Lösung ist ungerecht. Auf anderen Gebieten spricht man davon, ob man die Teuerung vielleicht nicht voll ausgleichen wolle, ob man 1 bis 2 Prozent weniger ausgleichen wolle, und hier spricht man davon, dass man ein Einkommen reduzieren will. Ich möchte hören, wie es tönen würde, wenn man bei den Lohnverhandlungen von Lohnreduktionen sprechen würde.

Dabei sind nicht etwa nur die Aerzte betroffen, wie viele irrtümlich annehmen. Die Regelung gilt auch für alle anderen ambulanten Leistungen in Spitälern, Kliniken, Praxen, für Physio- und Ergotherapeuten, für Psychiater, Hebammen – das Personal sämtlicher ambulanter Therapien. Dass vor allem junge Allgemeinpraktiker, wie Herr Rychen sie in verdienstvoller Weise erwähnt hat, betroffen wären und unter diesen Aspekten besonders leiden würden, während sich die schwarzen Schafe wohl wieder ungeschoren aus der Affäre zögen, sei nur nebenbei erwähnt. Herr Rychen tut dies allerdings mit dem lakonischen Ausdruck «tragisch» ab.

Der Antrag der Kommissionsmehrheit bringt zwar gegenüber demjenigen des Bundesrates ein paar Verbesserungen. Trotzdem wecken wir Illusionen, denn diese künstlich tiefgehaltenen Preise lösen die Probleme nicht, sondern sie schieben sie nur auf. Eine reale Einkommenseinbusse für Leistungserbringer im ambulanten Bereich verursacht einen Rückstau und einen Nachholbedarf. In der Eintretensdebatte wurde von einem Dampfkessel ohne Ventil gesprochen. Das ist keine gute Voraussetzung für die reguläre KVG-Revision. Ich bitte Sie, die moderate Lösung zu unterstützen, wie sie von der Minderheit II (Allenspach) vorgeschlagen wird.

Leuenberger Ernst: Ein mulmiges Gefühl kann einen beschleichen, wenn man daran denkt, dass wir uns diese ganze Diskussion hier hätten ersparen können, wenn wir vor einem Jahr dem Bundesrat gefolgt wären. Ich muss Ihnen auch offen gestehen: Wenn jetzt diagnostiziert wird, es sei ein Fehlschlag gewesen, dann haben Sie ganz offensichtlich die grosse Zahl der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler vergessen, die sehr wohl etwas von dieser einjährigen Uebung gespürt haben. Aber Sie würden ja normalerweise nie Hand dazu bieten, nach einer bloss einjährigen Wirkungsfrist eine Massnahme abschliessend in ihrer Wirkung zu beurteilen. Es braucht offensichtlich mehr Zeit.

Von diesem Gedanken lässt sich die sozialdemokratische Fraktion leiten, die in allen Punkten bei der Kommissionsmehrheit mitgewirkt hat mit dem grossen Ziel, im wesentlichen die einmal getroffenen Massnahmen jetzt noch für zwei Jahre

durchzuziehen. Ich erinnere mich daran, was sich hier vor einem Jahr abgespielt hat, und jetzt sehe ich, dass ein Grossteil – ich sage: ein Grossteil – derjenigen, die für Nichteintretenden votierten, versucht, die vorgeschlagenen Massnahmen, den Kurs der Kommissionsmehrheit, mit Vorschlägen zu unterlaufen, die zum Teil dazu geeignet sind, die ganzen Massnahmen ad absurdum zu führen.

Entschuldigung: Was uns hier die Minderheit II (Allenspach) in Anlehnung an den Minderheitsantrag im Ständerat vorschlägt – den Minderheitsantrag des Ständerates finden Sie auch auf der Fahne, das ist nämlich der heutige Antrag der Kommissionsmehrheit –, ist nichts anderes als der klar deklarierte Versuch, diese ganzen Massnahmen scheitern zu lassen.

Wir müssen uns hier der politischen Tragweite dieser Auseinandersetzung bewusst sein. Es geht darum, ob wir dazu stehen, dass wir vor einem Jahr etwas gemacht haben, das zwar alle Mängel hat, die es nur geben kann, das aber doch einer Grosszahl von Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern gezeigt hat, dass die Behörden nicht willens und bereit sind, dieser Prämienexplosion tatenlos zuzusehen.

Ein Zweites muss hier geschehen: Wir müssen das Feld für die Totalrevision bereiten. Ich bin nicht ganz sicher, ob alle, die jetzt davon reden, die Totalrevision vorzuziehen, dann auch tatsächlich noch dabei sind, wenn es darum geht, bei der Totalrevision harte Beschlüsse zu fassen. Wenn ich mir hier diese Partikularinteressenvertretung anhöre und ansehe, fürchte ich manchmal ein bisschen, die ganze Geschichte könnte uns nicht gelingen.

Ich möchte Ihnen auf jeden Fall dringend ans Herz legen, nicht nur bei Artikel 1 der Mehrheit zu folgen. Ich habe zwar persönlich sehr grosse Sympathien für die Minderheit I (Rychen); aber weil wir diese sich herauskristallisierende Kommissionsmehrheit jetzt einmal durchziehen wollen, wird die sozialdemokratische Fraktion bei Artikel 1 und dann auch bei den übrigen Artikeln der Mehrheit zustimmen. Dies tun wir – ich wiederhole dies – mit dem grossen Ziel, dass wir an Neujahr nicht mit leeren Händen dastehen und in dieser Session, in dieser Woche zu einem Schluss kommen. Das ist das mindeste, was die Krankenkassen von uns erwarten können: dass sie dieses Jahr nicht erst im Dezember eine Mitteilung erhalten, was ab Neujahr zu geschehen hat, sondern dass sie Ende dieser Woche klaren Wein eingeschenkt erhalten.

Ich bitte Sie also eindringlich – eingedenk des grossen Zieles –, jetzt in allen Punkten der Linie der Mehrheit zu folgen und damit einen Beitrag zu leisten, dass wir der Totalrevision überhaupt eine echte Startchance geben können.

Borer Roland: Die Fraktion der Auto-Partei wird geschlossen der Minderheit I (Rychen) zustimmen.

Wenn wir die Opfersymmetrie wollen, die der Bundesrat vorhin angesprochen hat, kommen wir nicht darum herum, auch bei den Tarifen und Preisen der Aerzte einmal einen Stopp zu verhängen. Alles andere wäre inkonsequent.

Ich habe mir heute morgen die Mühe gemacht, mit Vertretern der Krankenkassen des Kantons Solothurn ein paar Gespräche zu führen. Ich spreche jetzt vor allem die Damen und Herren hier an, die mit den Aerzten extrem Bedauern haben. Hören Sie bitte zu, welche Zahlen genannt werden. Diese können vielleicht auch für die paar Zuhörer auf der Tribüne interessant sein, denn auch sie bezahlen die Preise am Schluss.

1985 wurden im Kanton Solothurn pro Arzt durchschnittlich Leistungen von rund 320 000 Franken verrechnet; das sind nur die Kosten der Krankenkassen. Nicht einbezogen waren die Rechnungen, die an die Suva, an die Militärversicherung und an Privatpatienten gestellt wurden. 1989 – das sind leider die letzten verfügbaren Zahlen – wurden pro Arzt 390 000 Franken verrechnet, 70 000 Franken mehr. Mit Tarifabkommen usw. wurde dieser Betrag dann in zwei Stufen um 10 000 Franken reduziert.

Es gab also pro Arzt noch eine verrechnete Summe von 380 000 Franken. Man könnte ja sagen, das sei nicht so viel. Aber eine zweite Zahl ist interessant; sie entspricht etwa den Grössenverhältnissen, die Herr Rychen im Kanton Bern eruiert hat: In der gleichen Zeit haben im kleinen Kanton Solothurn

die praktizierenden Aerzte um dreissig Personen zugenommen, d. h. auch ungefähr um 10 Prozent. Also: Mit dreissig Aerzten mehr wurde eine Summe von 60 000 Franken pro Arzt mehr verrechnet.

Diese Zahlen muss man sehen, wenn man sagt, die Aerzte verdienen zuwenig. In unseren Augen ist der Antrag der Minderheit I (Rychen) tragbar.

Wir bedauern, dass der Bundesrat die gleichen Verfügungen nicht auch bei den öffentlichen Spitälern angeordnet hat. Auch die diesbezüglichen Zahlen sind sehr interessant. Ich werde darauf zurückkommen, wenn wir Artikel 3 und die eventuellen Selbstbehalte behandeln.

M. Deiss: M. Rychen a parfaitement raison lorsqu'il dit que le fait de refuser l'article premier qui vise à bloquer les tarifs et les prix reviendrait à torpiller carrément tout cet arrêté. C'est probablement ce qu'a voulu faire la majorité du Conseil des Etats lorsque, dans un deuxième vote, elle a décidé d'en revenir au statu quo et de laisser, en quelque sorte, les prix et les tarifs dans les normes actuelles. Pire encore, on peut dire que le fait de renoncer à cet article revient à faire exactement l'inverse de ce que l'on recherchait au départ, à savoir toucher essentiellement les assurés et non pas les prestataires de services ambulatoires.

Toutefois, le groupe démocrate-chrétien ne suivra pas M. Rychen jusqu'au bout puisqu'il appuie la version proposée par la commission du Conseil national, qui est aussi, à quelques détails près, celle que le Conseil des Etats avait adoptée dans un premier vote. Cette solution est également plus douce pour les médecins et les autres prestataires que le projet du Conseil fédéral, dans la mesure où certaines exceptions sont admises. En somme, il ne s'agit pas non plus d'aller trop loin.

Enfin, je voudrais dire un dernier mot à M. Allenspach, qui estime que le système va vers la planification et que le marché ne fonctionne plus. D'une part, il faut bien admettre qu'il s'agit là d'un domaine où le marché ne pourra jamais fonctionner véritablement. Le rapport patient/médecin n'est pas une simple transaction achat/vente. Il y a toujours une autre dimension, à savoir celle de la confiance que celui qui a besoin d'un secours aura envers son médecin. Mais, d'autre part, je suis tout à fait d'accord pour que l'on introduise dans le système des incitations allant dans le sens d'une médecine plus économique car, actuellement, il est vrai que toutes les incitations vont en sens contraire. C'est l'objectif de la révision de la loi sur l'assurance-maladie. Toutefois, dans l'immédiat, il faut marquer un temps d'arrêt et obliger les différents partenaires à rester sur leurs positions et à gagner du temps jusqu'à ce que la révision puisse entrer en vigueur. J'irai même plus loin et dirai à M. Allenspach que le refus de ces mesures est le meilleur moyen d'engager le système davantage encore dans la direction qu'il souhaiterait lui épargner, à savoir une étatisation de la médecine.

Pour toutes ces raisons, la grande majorité du groupe démocrate-chrétien ne suivra ni la minorité I (Rychen) ni la minorité II (Allenspach). Il vous demande d'appuyer la proposition de la majorité de la commission.

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

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

Krankenversicherung. Massnahmen gegen die Kostensteigerung 1993-1994.

Bundesbeschluss

Assurance-maladie. Mesures contre l'augmentation des coûts 1993-1994. Arrêté fédéral

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1992
Année	
Anno	
Band	V
Volume	
Volume	
Session	Herbstsession
Session	Session d'automne
Sessione	Sessione autunnale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	12
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	92.067
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	06.10.1992 - 08:00
Date	
Data	
Seite	1988-1999
Page	
Pagina	
Ref. No	20 021 646

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.