

## **CH\_VB 20023215 vom 7. Oktober 1993**

Bundesverwaltung, 1993-10-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ch\\_vb\\_\\_td\\_class\\_\\_metadataCell\\_\\_20023215\\_\\_td\\_](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ch_vb__td_class__metadataCell__20023215__td_)

FR: CH\_VB 20023215 du 7 octobre 1993

IT: CH\_VB 20023215 del 7 ottobre 1993

### **Erwägungen**

#### **E. 7**

octobre 1993 das nicht in unser Versicherungssystem passt und das un- recht ist, auch gegenüber anderen Versicherungszweigen. Ich möchte Sie noch auf etwas aufmerksam machen: 70 Pro- zent aller medizinischen Leistungen zur Behandlung einer Krankheit sind durch die Grundversicherung abgedeckt; das müssen wir beachten. In dieser Grundversicherung haben wir sehr stark sozial ausgeglichen: Wir haben gleiche Prämien für Mann und Frau, wir haben die Solidarität verstärkt, wir haben einen abgeschlossenen Leistungskatalog, wir haben auch die entsprechenden Subventionen für ärmere Leute. Das ist das, was wir brauchen, und alles andere soll dem freien Markt über- lassen werden. Ich bitte Sie, auch zu bedenken, dass wir im Rahmen der EWR-Vorlage ohne Bedenken einem solchen Konzept klar zu- gestimmt haben. Daher bin ich etwas erstaunt, dass es jetzt plötzlich ganz anders tönt Ich bitte Sie, das Thema nicht allzusehr im Gegenüberstellen von Mann und Frau zu beurteilen, sondern den Grundsatz der Aufteilung zwischen Grundversicherung und Zusatzversiche- rung zu sehen - oder deutlicher gesagt: zwischen der notwen- digen sozialen Versicherung und der Luxusversicherung. Ich bitte Sie aus diesen Gründen, die Minderheit zu unterstüt- zen und den Antrag der Kommissionsmehrheit abzulehnen. Frau Heberlein: Die Kommissionsmehrheit hat beschlossen, sich auch in den Regelungsbereich der Privatversicherungen einzuschalten und gleichzeitig mit der sozialen Krankenversi- cherung auch der privaten Versicherung im Bereich der Zu- satzversicherungen Auflagen zu machen. Für mich steht heute nicht allein die Frage der Prämiengleich- heit in der Zusatzversicherung im Vordergrund, sondern die mit dieser Regelung verbundenen Konsequenzen bezüglich Unfallversicherung, Lebensversicherung, zweiter Säule sowie die damit ebenfalls verbundene Aufnahmepflicht und weitere Eingriffe in das Privatrecht Richtig ist, dass mit dem Weglas- sen dieser Artikel für diejenigen Frauen, welche heute bei ei- ner Krankenkasse zusatzversichert sind, eine Schlechterstel- lung erfolgen kann. Denn mit dem dringlichen Bundesbe- schluss wurde den Krankenkassen die Prämiengleichheit auch in diesem Bereich auferlegt, da sie heute auch im Zusatz- versicherungsbereich dem Sozialversicherungsrecht unter- stehen, dies im Gegensatz zu den privaten Versicherungen. Vielleicht müssen wir die Zahlen etwas in Relation setzen. Wir haben rund 20 Prozent halbprivat Zusatzversicherte und

#### **E. 8**

Wochen zu arbeiten, und es sorgt nicht dafür, dass die jun- gen Mütter in dieser Zeit ein Ein-oder ein Auskommen haben; 2. 1987 ist eine Vorlage - Mutterschaftstaggeld und Kranken- pflegeversicherung gekoppelt - in der Volksabstimmung wuchtig gescheitert. Ueber beide Tatsachen können wir nicht hinwegsehen, und auch die Kommission hatte beide Tatsachen zu würdigen. In der ganzen Diskussion in der Kommission wurde in keinem einzigen Votum die Notwendigkeit bestritten, dass diese Lücke gefüllt werden

muss; eine Mehrheit war aber dafür, dass man das nicht jetzt im Anhang an die Krankenversicherung tun darf - aus Gründen der Priorität, um nicht die Krankenversicherung zu belasten, wie das bereits 1987 der Fall gewesen ist. Ich betone also: Inhaltlich, gegen die Notwendigkeit, fiel nicht ein einziges Votum. Die Abstimmung in der Kommission hat dann ergeben: 10 zu 7 Stimmen gegen die Aufnahme dieser Verpflichtung im OR, jetzt im Anhang zum Krankenversicherungsgesetz. Namens der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, dieser Mehrheit zu folgen.

Assurance-maladie. Révision 1906 N 7 octobre 1993 Abstimmung - Vote Für den Antrag der Mehrheit Für den Antrag der Minderheit 97 Stimmen 55 Stimmen Art. 88 Abs. 8 (neu) Antrag der Kommission Mehrheit Ablehnung des Antrages der Minderheit Minderheit (Allenspach, Borer Roland, Gonseth, Gysin) Das Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 wird wie folgt geändert: Art. 1 Abs. 1 Bst. b; 2 Streichen Art. 88 al. 8 (nouveau) Proposition de la commission Majorité Rejeter la proposition de la minorité Minorité (Allenspach, Borer Roland, Gonseth, Gysin) La loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire est modifiée comme il suit: Art. 1 al. 1 let. b; 2 Biffer Allenspach, Sprecher der Minderheit: Der Rat hat bei den bisherigen Entscheidungen Ausnahmen vom Krankenversicherungspflichtigkeitsgesetz konsequent abgelehnt. Er hat die Solidarität in den Vordergrund gestellt: niemand solle sich als gutes Risiko der allgemeinen Solidarität entziehen können; niemand solle, ohne zum Risikoausgleich beizutragen, später vom Risikoausgleich anderer profitieren können. Der Rat hat diese Linie konsequent durchgezogen. Es geht bei meinem Antrag darum, die Konsequenz weiterhin durchzuhalten, konsequent zu bleiben. Gemäss Militärversicherungsgesetz sind die Angehörigen des Instrukteurskorps der Armee, des Festungswachkorps und des Ueberwachungsgeschwaders, sind Waffenkontrollleute, Schiessplatzwarte usw. nicht nur bei der Erfüllung ihrer militärischen Dienstpflicht, sondern auch in Erfüllung ihrer beruflichen Funktion und in ihrer Freizeit dem Militärversicherungsgesetz unterstellt. Sie werden deshalb vom Obligatorium der Krankenpflegeversicherung ausgenommen. Sie müssen nicht wie alle anderen Einwohner dieses Landes obligatorisch einer Krankenversicherung beitreten. Das widerspricht dem Grundsatz der Gleichbehandlung und der Gleichstellung des Bürgers vor dem Gesetz. Bei den Instrukteuren, Festungswächtern, Piloten usw. und anderen militärisch Berufstätigen handelt es sich zur Hauptsache um jüngere Männer und damit um gute Risiken. Es ist nicht einzusehen, weshalb sich diese guten Risiken der allgemeinen Solidarität und der Beiträge an den Risikoausgleich entziehen können. Die blosser Anstellung beim Militärdepartement ist kein ausreichender Grund. Der Beruf des Instrukteurs, des Festungswächters, des Militärpiloten usw. ist ein Beruf wie jeder andere und vermag meines Erachtens weder eine Sonderstellung noch besondere Privilegien zu begründen. Diese Entsolidarisierung ist um so stossender, als die gleichen Personen, wenn sie allenfalls ihre berufliche Tätigkeit wechseln, also aus dem privilegierten Beruf ausscheiden, ohne weiteres die Solidarität der anderen in Anspruch nehmen. Wenn sie also beispielsweise wegen Uebernahme einer anderen Funktion im Bundesdienst oder wegen Uebertritt in die Privatwirtschaft wie jeder andere Bürger dem Krankenversicherungspflichtigkeitsgesetz unterstellt werden, profitieren sie ganz massiv von der Solidarität anderer. Wir haben vor kurzem das neue Militärversicherungsgesetz in diesem Rat verabschiedet. Ich habe schon damals auf die Systemwidrigkeit aufmerksam gemacht, die darin besteht, der Militärversicherung auch berufliche Funktionen zu unterstellen. Weil damals aber noch kein Obligatorium der Krankenpflegeversicherung bestand, hat der Rat diese

Systemwidrigkeit akzeptiert Mit diesem Gesetz, das wir nun heute behandeln und beschliessen, wird dieses Obligatorium geschaffen. Deshalb sollten wir angesichts der neuen Situation die damaligen Beschlüsse anpassen. Mit der Unterstellung der privilegierten Berufe des Militärdepartementes unter das Krankenversicherungsobligatorium wird auch keine soziale Verschlechterung vorgenommen. Systemgemäss müssten die Vergütungen des Bundes an diese Berufskategorien angepasst werden. Damit würde auch eine bessere Vergleichbarkeit unter den Bundesbediensteten hergestellt, denn diese Vergleichbarkeit ist nicht gegeben, wenn privilegierte Bundesbedienstete weder Prämien noch Solidaritätsbeiträge an die Krankenkassen zu leisten haben, wie es die anderen tun müssen. Ich bitte Sie, grundsätzlichen Überlegungen zugänglich zu sein. Gewerkschaftliche Gesichtspunkte, wonach es auch überholte Beamtenprivilegien zu verteidigen gilt, sollten angesichts der Neuordnung der Krankenversicherung zurückgestellt werden. Wenn wir ein Obligatorium einführen - und das wollen wir mit diesem Gesetz -, wenn wir Solidarität verlangen - und das wollen wir mit diesem Gesetz -, dann soll das Obligatorium, dann soll die Solidarität für alle in gleicher Weise gelten. Das ist der Sinn meines Minderheitsantrages. Ich bitte Sie, ihm zuzustimmen.

M. Philipona, rapporteur: La minorité Allenspach veut donc modifier les conditions de l'assurance militaire. Une large majorité de la commission ne suit pas cette proposition pour la raison principale que la nouvelle loi fédérale sur l'assurance militaire n'est pas encore entrée en vigueur; elle entrera en vigueur le 1er janvier 1994 et la minorité Allenspach nous propose déjà de la modifier avant qu'elle entre en vigueur. C'est là une première qui ne serait probablement pas très heureuse!

M. Allenspach nous a fait un développement sur les conditions d'assurance; eh bien, nous venons de définir les conditions de l'assurance militaire lors de l'examen de cette loi, et nous vous proposons de ne pas les modifier. Il faut préciser aussi que les retraités paient des primes équivalentes aux caisses, ce qui ne donne lieu ni à des discriminations ni à des avantages non justifiés. Il reste donc très peu de monde touché et il nous a paru très peu judicieux de modifier déjà cette loi pour ces raisons-là

M<sup>TM</sup> Dreifuss, conseillère fédérale: Je vous invite également à repousser la proposition de minorité Allenspach à l'article 88 alinéas (nouveau), compte tenu tout simplement du travail que vous avez fait l'année passée. Je crois qu'il ne serait pas raisonnable, alors que vous avez traité à fond le problème que M. Allenspach remet en discussion aujourd'hui, d'accepter la proposition de la minorité qui consisterait à supprimer une partie substantielle d'une loi que vous avez votée à l'unanimité il y a un an. Je vous rappelle aussi que le délai référendaire n'a pas été utilisé, que rien ne s'oppose à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance militaire dans trois mois, soit le 1er janvier 1994, entrée en vigueur que nous avons passé toute l'année à préparer. La solidité et la cohérence de vos décisions devraient vous inspirer un rejet de la proposition de minorité Allenspach.

Abstimmung - Vote Für den Antrag der Mehrheit Für den Antrag der Minderheit Art. 89-92 Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats Angenommen - Adopté Art. 93 Antrag der Kommission Titel Leistungserbringer und Vertrauensärzte 56 Stimmen 55 Stimmen

7. Oktober 1993 N 1907 Krankenversicherung. Revision Abs. 1 Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Abs. 2 Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates Abs. 3 Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Abs. 4 (neu) Vertrauensärzte, die unter dem bisherigen Recht für einen Versicherten (Art. 8 bis 10) tätig waren, dürfen von den Versicherern oder ihren Verbänden auch nach neuem Recht mit den Aufgaben nach

Artikel 49 betraut werden. Die Absätze 3 bis 8 von Artikel 49 sind auch in diesen Fällen anwendbar. Art. 93 Proposition de la commission Titre Fournisseurs de prestations et médecins-conseils Al. 1 Adhérer à la décision du Conseil des Etats Al. 2 Adhérer au projet du Conseil fédéral Al. 3 Adhérer à la décision du Conseil des Etats Al. 4 (nouveau) Les médecins-conseils qui sous l'ancien droit exerçaient pour un assureur (art. 8 à 10) peuvent, sous le nouveau droit, être chargés par les assureurs ou leurs fédérations des tâches définies à l'article 49. Les alinéas 3 à 8 de l'article 49 sont aussi applicables dans ces cas. Angenommen -Adopté Art. 94 Antrag der Kommission Abs. 1-4 Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Abs. 5 .... angepasst werden, wenn der Versicherer die freiwillige Taggeldversicherung nach diesem Gesetz durchführt. Art. 94 Proposition de la commission Al. 1 Adhérer à la décision du Conseil des Etats Al. 5 .... le demande et si l'assureur pratique l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la présente loi. Angenommen -Adopté Art. 95,96 Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats Angenommen -Adopté Art. 97 Antrag der Kommission Mehrheit Abs. 1-3 Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Abs. 4 Streichen Minderheit I (Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Philipona, Pidoux) Abs. 1-4 Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Minderheit II (Gysin, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph) Streichen Antrag Tschopp Abs. 1-3 Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Abs. 4 Der Risikoausgleich ist auf die Dauer von fünf Jahren ab Inkrafttreten dieses Gesetzes befristet. Art. 97 Proposition de la commission Majorité Al. 1-3 Adhérer à la décision du Conseil des Etats Al. 4 Biffer Minorité I (Heberlein, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Philipona, Pidoux) Al. 1-4 Adhérer à la décision du Conseil des Etats Minorité II (Gysin, Allenspach, Borer Roland, Eymann Christoph) Biffer Al. 2, 3 Adhérer à la décision du Conseil des Etats Proposition Tschopp Al. 1-3 Adhérer à la décision du Conseil des Etats Al. 4 La compensation des risques est limitée à une durée de cinq ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi. Gysin, Sprecher der Minderheit II: Ich spreche zum Minderheitsantrag zu Artikel 97 und damit zum Antrag, den Artikel über den Risikozwangsausgleich ersatzlos zu streichen. Der Risikoausgleich ist eine strukturerhaltende Massnahme; er trägt darum nicht zur wünschbaren Verbesserung der Durchmischung der Risiken unter den Kassen bei, sondern er bewirkt, dass an sich nicht überlebensfähige Kassen mit einem schlechten Risiko-Mix künstlich am Leben erhalten werden. Diese Feststellung hat übrigens bereits die Kartellkommission in ihrer Stellungnahme zur Revisionsvorlage gemacht. Man kann nicht einerseits den Wettbewerb zwischen den Kassen fördern wollen und andererseits Strukturerhaltung betreiben. Die im neuen KVG vorgesehene Freizügigkeit und der fortschreitende Konzentrationsprozess im Krankenkassenwesen - ich verweise auf das Swisscare-Projekt - werden von selbst eine bessere Risikodurchmischung herbeiführen. Artikel 97 ist nicht nur überflüssig, im Gegenteil: Er durchkreuzt die übergeordneten Zielsetzungen der Revisionsvorlage. Neben diesen grundsätzlichen Bedenken gegen Artikel 97 zeigt bereits die heutige praktische Anwendung des Risikoausgleichs gemäss dringlichem Bundesbeschluss, dass dessen Auswirkungen den hauptsächlichen Zielsetzungen der KVG-Revision geradezu zuwiderlaufen. Erste Zwischenergebnisse einer laufenden ökonomischen Analyse der Auswirkungen des Risikoausgleichs führen zu folgenden Erkenntnissen: 1. Durch das Abstellen auf die durchschnittlichen Bruttokosten entfallen für den einzelnen Versicherer praktisch alle Anreize, für die jeweiligen Risikogruppen eine günstigere Kostenentwicklung als den Durchschnitt aller Versicherer

zu erreichen. Damit wird dem zentralen Ziel der Revision, der Kostendämpfung im Gesundheitswesen, entgegengewirkt. 2. Die heute verwendete Umlageformel benachteiligt ausserdem den Versicherer mit relativ wenig Versicherten gegenüber solchen mit grossen Versichertenbeständen, und zwar unabhängig von der jeweiligen Risikoverteilung. Damit wird in die Struktur der Entwicklung der Versicherung eingegriffen. Der Risikoausgleich entpuppt sich als wettbewerbsverzerrende Regulierungsmassnahme.

Assurance-maladie. Révision 1908 N 7 octobre 1993 Schliesslich genügt Artikel 97 auch den Anforderungen an die Gesetzgebung im Abgaberecht nicht Wesentliche Punkte wie die Festlegung der Risikogruppen, die Bemessungsgrundlagen und die Grundsätze des Abrechnungsverfahrens sind nicht geregelt und bleiben der Regelung auf Verordnungsstufe überlassen. Gerade auf Stufe des Ordnungsgebers scheint aber grosse Unsicherheit zu herrschen. Bereits ein gutes halbes Jahr nach Einführung des Risikoausgleichs wurde die Verordnung IX zum Bundesbeschluss im Juni 1993 revidiert, und dies mit rückwirkenden Änderungen der Bemessungsgrundlagen für das Jahr 1993. Insgesamt ist die vorgeschlagene Regelung in Artikel 97 weder nötig noch zielkonform, noch in ihrer konkreten Auswirkung genügend durchdacht. Ich beantrage deshalb in Namen der Minderheit II (Gysin) die Streichung von Artikel 97 KVG. Frau Heberlein, Sprecherin der Minderheit I: Artikel 97 ist im Kapitel Uebergangsbestimmungen aufgeführt und nicht etwa im normalen Gesetzestext; es ist also schon rein gesetzestechnisch nicht als Dauerinstrument vorgesehen. So waren denn die Krankenkassen in der Expertenkommission Schoch auch mit einer Begrenzung auf fünf Jahre einverstanden. Jetzt wollen sie - aus begreiflichen Gründen - einen gänzlich unfristeten Risikoausgleich. Wozu dient der Risikoausgleich? Wir führen mit dem Krankenversicherungsgesetz die volle Freizügigkeit und damit den Wettbewerb unter den Kassen ein. Heute bestehen unterschiedliche Risikodurchmischungen: Es bestehen Kollektivversicherungen mit überaltertem Mitgliederbestand und Kassen mit ausschliesslich sehr jungen Mitgliedern. Um während einer Uebergangszeit - ich betone das Wort «Uebergangszeit» - die Durchmischung zu ermöglichen, ist ein Risikoausgleich nach Einführung der Freizügigkeit sinnvoll. Der Risikofonds darf aber nicht zu einer Strukturhaltung schlecht geführter Kassen verwendet werden. Er darf auch nicht die angestrebte Durchmischung verhindern. Ausgeglichen werden dürfen einzig und allein die Risiken «Frau» und «Alter», ohne Einbezug irgendwelcher Verwaltungskosten, Kosten pro Versicherten oder Bruttokosten. Dies im Gegensatz zu dem, wie es heute beim dringlichen Bundesbeschluss gehandhabt wird. Es muss ein klarer Zeitpunkt festgelegt werden, z. B. Gegenwartsbemessung. Diesen Grundsätzen widerspricht die heutige Verordnung IX Auch wenn der Risikoausgleich wettbewerbspolitisch fragwürdig ist - wir haben es von Herrn Gysin gehört - und von der Kartellkommission abgelehnt wird, soll er während dieser Uebergangsfrist ermöglichen, dass bei einer neuen Ausgangssituation, wie beim Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes, für alle Kassen ähnliche Ausgangslagen gegeben sind. Ob die Frist fünf oder zehn Jahre ist, darüber kann man sich mit Fug und Recht streiten. Persönlich meine ich, wir sollten den Beschluss des Ständerates für die Begrenzung auf zehn Jahre übernehmen und nur unter den erwähnten Rahmenbedingungen diesem zeitlich begrenzten Risikoausgleich zustimmen. Wir haben den Antrag Tschopp anlässlich der Fraktionssitzung noch nicht behandeln können, weil er erst jetzt eingereicht wurde. Damals war die Fraktion mehrheitlich der Meinung, dass wir dem Antrag der Minderheit I, der Begrenzung auf zehn Jahre, zustimmen sollten. M. Tschopp: Nous sommes dans les dispositions transitoires et j'ai l'impression qu'il faut que nous

fassions attention de ne pas instaurer un provisoire qui dure, et qui nous amène dans un cul-de-sac. Il est question de compensation des risques entre caisses d'assurance-maladie. Et ce que l'on nous propose, du côté de la minorité I (Heberlein) et du Conseil fédéral, c'est de limiter cette transition à dix ans. A l'autre extrême, vous avez la proposition de minorité II (Gysin), qui ne veut pas de régime transitoire du tout. Personnellement, je cherche un moyen terme et j'essaie de vous expliquer pourquoi c'est un anachronisme de vouloir, avec un système de compensation compliqué, ponctionner les caisses saines pour distribuer de l'argent à des caisses qui gèrent ou essaient de gérer de mauvais risques, et qui sont de toute façon condamnées à disparaître. En effet, qu'est-ce que c'est qu'une mauvaise caisse à la lumière de la loi que nous sommes en train de parachever? C'est une caisse qui recèle de mauvais risques, au sens de l'assurance-maladie, c'est à dire une caisse qui a une structure d'âge trop lourde, avec seulement des personnes âgées, ou - et nous venons d'en parler à l'enseigne de l'article 88 - une caisse qui n'aurait que des femmes en âge d'avoir des enfants. A long terme, j'ai l'impression que, compte tenu des phénomènes et du vieillissement de la population lié au nombre croissant des personnes très âgées, et de la maternité, nous devons, probablement encore durant ce siècle, extraire du contexte de la caisse-maladie, telle que nous l'avons définie maintenant, tant le risque lié au grand âge que le risque lié à la maternité. Mais, pour le moment, nous en sommes à cette disposition transitoire, où la question qui se pose est de savoir si on veut faire durer la transition à l'infini, c'est-à-dire subventionner des caisses qui sont de toute façon condamnées, ou si on veut leur imposer un délai. En imposant un délai de dix ans, ou comme je le propose de cinq ans, il faut être conscient que de toute façon, en réalité, nous ne parlons pas de dix ans ni de cinq ans. Simplement, puisque le 13 décembre 1991 nous avons voté un arrêté fédéral urgent qui prévoit cette compensation entre bons et mauvais risques, cela fait qu'en réalité nous avons déjà de douze à treize ans de délai de grâce pour ces caisses condamnées, ou cinq à sept ans. Et je trouve que c'est exagérément long. Je vous prie donc de suivre ma proposition et de limiter cette période de transition à cinq ans seulement, en sachant qu'en réalité ces caisses ont maintenant entre sept et huit ans pour tirer les conséquences inéluctables, à savoir fusionner avec des caisses qui ont une structure quant à l'âge et au sexe des assurés qui leur permet véritablement de faire leur travail de pérennisation des risques en tant qu'assureurs soumis à la concurrence. Eymann Christoph: Der Risikoausgleich ist im Zusammenhang mit der Freizügigkeit beim Kassenwechsel zu betrachten. Dieser Risikoausgleich stellt aber einen staatlichen Eingriff in die Autonomie der Versicherungseinrichtungen dar. Mit Blick auf die Fusionen, die in diesem Zusammenhang bereits erfolgt sind, ist offen, ob ein Teil der mit dem Risikoausgleich beabsichtigten Wirkung nicht bereits erzielt ist. Auch besteht mit dieser Regelung die Gefahr, den Versicherungseinrichtungen den Anreiz zu nehmen, wirtschaftlich gut zu arbeiten. Deshalb sollte Artikel 97 gestrichen werden, eventualiter wäre aber die Geltungsdauer zu befristen. Einem unbefristeten Ausgleich könnten wir nicht zustimmen. Die liberale Fraktion unterstützt den Antrag der Minderheit II (Gysin) auf Streichen und die Anträge auf Befristung gemäss den Vorschlägen der Minderheit I (Heberlein) und dem Antrag Tschopp. Präsident: Die SD/Lega-Fraktion lässt mitteilen, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützt und den Antrag Tschopp ablehnt. Allenspach: Das neue Krankenversicherungssystem garantiert in der Grundversicherung die volle Freizügigkeit. Jede Krankenkasse muss jede Person, die ihr beitreten will, aufnehmen. Gemäss ökonomischen Überlegungen wird der Versicherungssuchende jener Kasse beitreten, die ihm die günstigsten Prämien bietet. Weil Transparenz und Vergleichbarkeit bestehen, führt diese

Freizügigkeit auch zum Risikoausgleich. Dort, wo günstige Risiken bestehen, werden günstige Prämien angeboten, und dann werden diese Kassen von allen Seiten her mit Beitrittsgesuchen überschwemmt. Das führt dann wieder zur Egalisierung der Prämien. Damit wird ein Risikoausgleich ohne bürokratischen Apparat erreicht und ohne dass Millionen von Franken mit grossem administrativem Aufwand hin- und hergeschoben werden müssen.

7. Oktober 1993 N 1909 Krankenversicherung. Revision Der Risikoausgleichsfonds ist systemwidrig. Wer ihn permanent verlangt, zweifelt daran, dass dieses System die Freizügigkeit überhaupt verwirklichen kann oder dass das System der Freizügigkeit funktioniert. Wenn wir ein Gesetz beschliessen, dürfen wir doch nicht von Anfang an daran zweifeln, dass einer der Hauptpunkte dieses Gesetzes, die Freizügigkeit, spielen wird. Gemäss Bericht der Kartellkommission soll mehr Wettbewerb unter den Kassen herrschen. Mehr Wettbewerb gibt es aber nicht, wenn jene Kassen, die hohe Prämien haben, diese dann über einen Risikoausgleichsfonds abdecken können; damit würden geradezu die trägen und bürokratischen Kassen prämiert. Deshalb muss man grundsätzlich gegen diesen Fonds antreten. Wenn man ihn für eine kurze Uebergangsdauer noch bestehen lassen will, um das System einzuführen, hat die freisinnige Fraktion nichts gegen einen solchen Fonds. Wir plädieren aber dafür, dass es eine möglichst kurze Uebergangsfrist sein soll. In diesem Sinne bitte ich Sie um Verständnis für das Anliegen der Minderheit II (Gysin). Wenn Sie den Risikoausgleichsfonds aber für eine möglichst kurze Zeit institutionalisieren wollen, sollten Sie dem Antrag Tschoop oder dem Antrag der Minderheit I (Heberlein) zustimmen. Dieser Antrag wäre gemäss FDP-Fraktion eine vertretbare Kompromisslösung. Hubacher: Es ist nicht ganz richtig, einfach davon auszugehen, Herr Allenspach, dass der Wettbewerb alles regle. Wir haben ja bei der Marktwirtschaft auch eine Zusatzbezeichnung: Damit diese Marktwirtschaft auch sozial verträglich ist, nennen wir sie soziale Marktwirtschaft. Marktwirtschaft allein ist unter Umständen wilder Westen, Starke gegen die Schwachen, Grosse gegen die Kleinen, und da haben die Schwächeren und Kleineren null Chancen! Deshalb sprechen wir von der sozialen Marktwirtschaft, und dieser Risikoausgleich hat eine soziale Funktion. Natürlich haben wir jetzt das Obligatorium und damit die Freizügigkeit, aber sehr viele Versicherte haben Zusatzversicherungen, und da spielt dann die Freizügigkeit schon nicht mehr; sie sind mehr oder weniger doch an ihre Kasse gebunden. Es gibt eben nicht nur Kassen, die Artisanen heissen und in den letzten Jahren nur junge Mitglieder mit noch relativ wenig Risiken aufgenommen haben, sondern es gibt eben Kassen, die immer Frauen und ältere Menschen versichert haben; diese sind heute, trotz dieser Revision, nach wie vor benachteiligt. Daher ist dieser Risikoausgleich die Sozialkomponente in diesem gesamten Solidarpakt, den wir hier mit der Revision der Krankenversicherung aufbauen und konstruieren wollen. Ich möchte Sie daher bitten, der Mehrheit zuzustimmen. Auch die Befristung ist keine Lösung. Eine Geschäftspolitik, eine Geschäftsstrategie auf Befristung zu betreiben ist schlicht fast nicht möglich; das hiesse fast, dass es diesen Risikoausgleich gar nicht gibt. Aber sicher ist der Antrag Tschoop mit einer Befristung auf fünf Jahre unmöglich, denn keine Kasse kann dieses Ziel, innert fünf Jahren ein demographisches Gleichgewicht zu bekommen, erreichen. Das ist nicht möglich! Dann müssen Sie ehrlicherweise gegen jeden Risikoausgleich sein. Fünf Jahre ist als Frist nicht zumutbar; aber wir sind der Meinung, die Mehrheit der Kommission habe den richtigen Entschluss getroffen, damit auch die Kassen, die schon immer sozial und verantwortungsbewusst Politik betrieben haben, in diesem Markt im Rahmen einer sozialen Abgrenzung ihre Chance haben können. Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Präsident: Die Fraktion der Auto-Partei lässt mitteilen, dass sie die Minderheit II unterstützt. Die grüne Fraktion sowie die LdU/EVP-Fraktion unterstützen den Antrag der Mehrheit.

Rychen: Was ist eigentlich der Sinn des Risikoausgleichs? Damit werden die Folgen von Kostenfaktoren ausgeglichen, die ausserhalb des Einflussbereiches der einzelnen Kassen liegen, z. B. eben das Alter und das Geschlecht. Es soll also so sein, dass die Versicherten unter sich Ausgleichszahlungen für Dinge leisten, die nicht dem Wettbewerb unterworfen sind. Wenn man also einen gesunden Wettbewerb erhalten will, braucht es eben diesen Risikoausgleich. Da jedoch der Gesetzentwurf gemäss den Anträgen der bei- den Minderheiten keinerlei beziehungsweise nur beschränkt gültige Mechanismen enthält, die eine Annäherung der Risiko- strukturen beinhalten, werden spätestens nach Ablauf dervor- gesehener Frist die verdeckten Strukturprobleme wieder auf- brechen und zum Tragen kommen. Es braucht den Risikoausgleich, weil wir zur Solidarität zwi- schen Jung und Alt innerhalb der Grundversicherung klar ja gesagt haben. Der Risikoausgleich sorgt dafür, dass einzelne Versicherer im Wettbewerb nicht schon von vornherein auf ver- lorenem Posten stehen, weil sie einen grösseren Beitrag als andere zur Erfüllung der Solidaritätsaufgaben leisten; es sind also jene Versicherer, die viele alte Versicherte haben. Der Risi- koausgleich sorgt nicht nur für gleiche Chancen im Kassen- wettbewerb, indem er bestehende Wettbewerbsverzerrungen beseitigt, sondern er nimmt den Versicherern auch den uner- wünschten Anreiz, sich durch gezielte Selektion günstiger Ri- siken neue Wettbewerbsvorteile zu schaffen, die eigentlich keine echten Wettbewerbsvorteile sind. Der unbefristete Risikoausgleich ist aus meiner persönlichen Sicht notwendig. Wer eine zeitliche Befristung des Risikoaus- gleichs befürwortet, hat in erster Linie die Startchancen der einzelnen Versicherer im Blickfeld, die im Interesse eines funk- tionierenden Wettbewerbs möglichst ausgewogen, d. h. frei von risikostrukturbedingten Verzerrungen sein sollten. Da- nach aber-so ist die Meinung der hier vorgetragenen Voten- soll sich der Wettbewerb möglichst frei von jeglicher Regle- mentierung entfalten können. Das ist ein grosser Irrtum. Ich prophezeie Ihnen: Wenn Sie hier einen befristeten Risi- koausgleich beschliessen, wird zwei, drei Jahre vor Ablauf die- ser zeitlichen Befristung die Jagd auf billige Risiken wieder ein- setzen. Ich glaube nicht daran, dass sich das wirklich einspielt. Wo sollen dann die Kassen untereinander Wettbewerb betrei- ben? Ich kann es Ihnen sagen: Sie können den Wettbewerb wirklich spielen lassen, indem sie bei den Zusatzversicherun- gen verschiedene Pakete anbieten, in Verbindung mit den Grundversicherungen. Sie können im Bereich der Verwal- tungskosten besser sein als die anderen Kassen. Es gibt na- türlicher auch - vor allem mit diesem Gesetz - die Möglichkeit, dass die Kassen in diesem neuen Wettbewerbsmodell günsti- gere Preise aushandeln - da soll der Wettbewerb unter den Kassen eben spielen. Glauben Sie ja nicht, dass das Leben draussen das mitmacht! Die Geprellten werden die Alten sein; denn die älteren Leute wandern nicht jährlich von Kasse zu Kasse, dorthin, wo es ge- rade am günstigsten ist. Die Erfahrung des Lebens zeigt, dass die jungen Leute hin und her wandern. Die machen das spie- lend und leicht. Die älteren Leute bleiben eher ihrer Kasse treu und haben dann die Zeche zu bezahlen. Hier spielt der Wett- bewerb bestimmt nicht so, wie sich das viele Leute vorstellen. Ich bitte Sie dringend, den Risikoausgleich als wesentlichen Bestandteil unseres Versicherungsmodells, das wir beschlos- sen haben, aufrechtzuerhalten.

Seiler Rolf: Nach der fundierten Argumentation von Herrn Ry- chen habe ich eigentlich nichts mehr beizufügen. Ich kann mich darauf beschränken, Ihnen die Stellungnahme der CVP- Fraktion bekanntzugeben. Die CVP-Fraktion wird in ihrer Mehrheit der Kommissions- mehrheit zustimmen. Eine Minderheit der Fraktion schliesst sich der Argumentation der Minderheit I (Heberlein) an

und will damit gleichzeitig die Differenz zum Ständerat ausräumen. Die CVP-Fraktion lehnt den Antrag der Minderheit II (Gysin) und auch den Antrag Tschopp (Befristung auf fünf Jahre) ab. M. Tschopp: Pour ce qui est de l'intervention de M. Hubacher, je veux être un peu plus clair. D'abord, j'ai l'impression que, mentalement, nous habitons encore l'ancienne loi, et que nous n'avons pas encore assimilé la logique de la loi que nous sommes en train de réviser. S'il est vrai qu'il y avait un problème d'«Abwerbung», de chasse aux jeunes, sous l'ancienne loi, ce qui a justifié l'arrêté fédéral urgent du 13 décembre 1991, il faut maintenant quand

Assurance-maladie. Révision 1910 N 7 octobre 1993 même se rendre compte qu'avec la nouvelle loi, avec la véritable possibilité de passer d'une caisse à l'autre, et l'élimination du problème que le libre passage allait de pair avec un reclassement des personnes concernées non pas dans leur âge caisse-maladie - comme ce sera le cas à l'heure actuelle -, mais leur âge au moment du libre passage, nous avons fait des progrès. Pour la clarté de ce que je préconise, je précise que je veux que les caisses qui gèrent des risques impossibles à gérer disparaissent, et je veux leur donner, grâce aux doubles limites: arrêté fédéral urgent et nouvelles dispositions transitoires, sept ans pour accepter l'inéluctable, c'est-à-dire la fusion avec des caisses qui gèrent un ensemble de risques gérables, au sens de l'assurance. Frau Segmüller, Berichterstatterin: Der Risikoausgleich wurde mit dem ersten dringlichen Bundesbeschluss eingeführt; er ist seit Januar 1993 in Kraft. Er wurde wegen der Entsolidarisierung, insbesondere durch die Gründung von Billigkassen, unumgänglich; solche Neugründungen sind inzwischen verboten. Beides hat im Wettbewerb um die guten Risiken zu einer gewissen Beruhigung geführt. Unser neues Krankenversicherungsgesetz, wie wir es beraten und bis hierhin beschlossen haben, ist durch die Suche nach Verkleinerung der Bandbreite, welche die Prämienbeträge beanspruchen, gekennzeichnet. Dies will man unter anderem mit der Freizügigkeit als Mittel des Wettbewerbes erreichen. Wegen der Kassenstruktur, der Entsolidarisierung, wie wir sie heute haben, genügt Freizügigkeit allein am Anfang nicht. Deshalb braucht es den Risikoausgleich -wenn Sie so wollen, als Starthilfe für den sauberen Wettbewerb. Die Kommission hat daher einen Streichungsantrag, den Sie als Antrag der Minderheit II (Gysin) auf der Fahne wieder finden, mit 15 zu 3 Stimmen abgelehnt. Aber im Abwägen, ob man nun dem Bundesrat folgen und diesen Risikoausgleich für 10 Jahre festsetzen soll, wie das die Minderheit I (Heberlein) will - der Antrag Tschopp lag nicht vor -, oder ob man diesen Risikoausgleich unbeschränkt will, war die Kommission gespalten. Mit

## **E. 11**

zu 10 Stimmen hat folgende Meinung obsiegt: Da wir nicht wissen, wie das herauskommt, wollen wir einen zeitlich unbeschränkten Risikoausgleich. Sollten die Wettbewerbsverhältnisse wirklich so spielen, wie wir uns das wünschen, können wir ihn dann aufheben. Namens der Kommissionsmehrheit, die mit 11 zu 10 Stimmen so beschlossen hat, bitte ich Sie, dem unbeschränkten Risikoausgleich zuzustimmen. M. Philipona, rapporteur: Si nous avons besoin de cet article 97, c'est certainement suite à la chasse aux bons risques à laquelle se sont livrées les caisses-maladie, ce qui est certainement un des aspects les moins glorieux de ces dernières années. Nous avons introduit le régime des primes égales et du libre passage. On a besoin d'une certaine compensation pour donner, au départ, des chances égales aux assureurs, puisqu'on ne part pas de zéro, mais d'une situation où les plus habiles, mais aussi ceux qui sont en même temps les moins corrects vis-à-vis de l'ensemble des assureurs, ceux qui ont le plus mal

travaillé vis-à-vis de l'ensemble des assurés, pour la chasse aux bons risques, seraient avantagés sans cet article 97. Nous en avons donc besoin. La majorité de la commission l'accepte très nettement par

### **E. 15**

voix contre 3, et rejette la proposition de minorité II (Gysin). A l'alinéa 4, on a trois possibilités: la majorité de la commission qui ne veut pas de limitation dans le temps, c'est-à-dire que la disposition transitoire durerait sans limite. Avec l'argumentation qui a déjà été établie, on croit ou on ne croit pas à la concurrence à long terme dans l'assurance-maladie vis-à-vis des groupes d'âge et des groupes de risques. La minorité I (Heberlein) veut limiter la compensation des risques à dix ans, et M. Tschopp à cinq ans. C'est par 11 voix contre 10 que la majorité de la commission vous propose de ne pas limiter dans le temps cette disposition. Mme Dreifuss, conseillère fédérale: L'essentiel a été dit et je m'efforcerai de ne pas trop le répéter. Nous avons aujourd'hui cette compensation; elle a été absolument indispensable et si nous ne la prévoyons pas dans la loi révisée, l'entrée en vigueur de cette loi provoquerait une explosion des primes dans les caisses à mauvaise structure de risques et avantagerait considérablement les caisses à bons risques. Vous me permettrez de les appeler ainsi et non pas «bonnes et mauvaises caisses», comme l'a fait tout à l'heure M. Tschopp, qui a pris la peine ensuite de définir ce qu'il appelait les bonnes et les mauvaises caisses, en disant justement que cela dépendait de la structure de risques qu'elles avaient à assurer. Un autre orateur a immédiatement parlé du risque de subventionner des caisses qui ne seraient pas efficaces ou qui ne seraient pas gérées de façon efficace. Cela n'a bien sûr rien à voir et la question est de savoir pourquoi il y a des caisses à bons risques et d'autres à mauvais risques. C'est certainement parce qu'il y a une chasse effrénée aux bons risques et non pas uniquement par une espèce de loi de la nature qui voudrait que les unes se soient spécialisées dans les mauvais risques. Prenons les choses non plus du point de vue des caisses, mais du point de vue des assurés. On nous dit qu'avec la nouvelle loi les mauvais risques, c'est-à-dire les personnes âgées, les femmes, etc. - puisque aux yeux des assurances, c'est ainsi que ces personnes sont considérées -, devraient et pourraient passer immédiatement dans les caisses bon marché, ce qui est théoriquement possible grâce au libre passage intégral et à la prime unique par caisse. Tant qu'elles ne l'auront pas fait, elles subiront une prime très élevée et seront plus nombreuses, d'ailleurs, à être subventionnées, ce qui coûtera plus cher à l'Etat Or, si nous habitons encore l'ancienne loi, comme vous l'avez dit Monsieur Tschopp, ne croyez-vous pas que beaucoup d'assurés continueront à habiter dans leur tête encore très longtemps le mauvais système dans lequel nous vivons actuellement, et qui est un système qui fait craindre tout changement, notamment à cause des réserves et à cause de la règle qui prévaut de la prime en fonction de l'âge d'entrée dans une nouvelle caisse? Ce sont justement les personnes âgées, les étrangers, les personnes qui n'ont peut-être pas la formation suffisante pour se rendre compte des changements qu'apportée cette loi, toutes celles qui ne connaissent pas les subtilités de l'assurance-maladie - subtilités il y a actuellement, subtilités il y aura aussi demain dans le régime révisé -, qui, en raison de ces vieux réflexes, ne changeront pas immédiatement de caisse. Croire que tout le monde raisonne en termes de marché et que l'humanité se réduit à une collection d'«homo oeconomicus» est également faux. Il y a des notions de fidélité à la caisse qui joueront aussi et freineront le passage d'une caisse à l'autre. Pour ces assurés, il est sans doute exagéré de croire qu'ils réagiront d'emblée comme s'ils étaient les êtres abstraits de la théorie économique. Nous avons donc absolument besoin de poursuivre cette compensation pendant une période relativement

longue. Je vous invite avec toute ma détermination à vous opposer à la proposition de minorité II (Gysin). Entre la proposition de la majorité, la proposition de minorité I (Heberlein) et la proposition Tschoopp, j'en appelle, là encore, à la sagesse de votre conseil pour choisir. Je me dois tout simplement de dire que la proposition de minorité I correspond à la version initiale du Conseil fédéral. Abstimmung - Vote Erste Eventualabstimmung - Premier vote préliminaire Für den Antrag der Minderheit I offensichtliche Mehrheit Für den Antrag Tschoopp Minderheit Zweite Eventualabstimmung - Deuxième vote préliminaire Für den Antrag der Mehrheit 81 Stimmen Für den Antrag der Minderheit I 77 Stimmen

7. Oktober 1993 N 1911 Krankenversicherung. Revision Definitiv - Définitivement Für den Antrag der Mehrheit Für den Antrag der Minderheit II 100 Stimmen 60 Stimmen Art. 98 Antrag der Kommission Für die ersten vier Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes, höchstens aber bis zum Jahre 1999, betragen die jährlichen Beiträge des Bundes nach Artikel 58: - für 1996:1830 Millionen Franken -für 1997:1940 Millionen Franken -für 1998:2050 Millionen Franken -für 1999:2180 Millionen Franken. Art. 98 Proposition de la commission Pour les quatre premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, mais tout au plus jusqu'en 1999, les subsides fédéraux selon l'article 58 s'élèvent à: -pour 1996:1830 millions de francs - pour 1997:1940 millions de francs -pour 1998:2050 millions de francs - pour 1999:2180 millions de francs. Angenommen -Adopté Art. 99 Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats Angenommen -Adopté Persönliche Erklärung - Déclaration personnelle Bortoluzzi: Ich möchte zu einer Aussage von gestern, von Frau Kollegin Sandoz, Stellung nehmen. Sie hat zum Streichungsantrag zu Artikel 58a gesagt, dass es lächerlich sei, Patientenorganisationen zu unterstützen. Darum meine persönliche Erklärung. Als Stiftungsrat der SPO, der Schweizerischen Patientenorganisation, möchte ich hier festhalten, dass in dieser Organisation - ich spreche nur für diese, weil ich andere nicht kenne - ausserordentlich seriös gearbeitet wird. Seit ihrem Bestehen wurden rund 17 000 Beratungen durchgeführt: mit bescheidener oder gar keiner Entschädigung für die Leute, die in der Stiftung sind, und - was wichtig ist - unabhängig von den Mächten in unserem Gesundheitswesen, den Kassen und den Leistungserbringern. Die SPO kommt einem Bedürfnis nach; das beweisen die Zahlen, die ich Ihnen, Frau Sandoz, gerne einmal übergeben werde. Präsident: Herr Sieber stellt den Ordnungsantrag auf Rückkommen zu Artikel 58a Sieber: Warum dieser Rückkommensantrag? Ich möchte es so formulieren: Ordnungspolitisch wird das wohl nicht so klar sein, aber ich möchte jetzt mein Herz sprechen lassen. Da müssten wir vom Salatkopf lernen, denke ich: Der hat das Herz im Kopf. Ich kenne viele Leute, die seit Jahren freiwillig im Einsatz sind als Vertreter oder Vertreterinnen von Patienten, die nicht zu Wort kommen, weil sie nicht wagen, sich an diese öffentlichen Einrichtungen zu wenden. Ich bin überzeugt, dass viel weniger Menschen der Fürsorge zugeführt werden müssen, wenn wir hier ein Ja geben, weil diese Gefässe Menschen auffangen können, um sie weiterzuführen. Entscheidend ist für mich: Es ist keine ideelle Angelegenheit; ich persönlich habe keine Interessen, aber ich möchte diese Menschen, die schon seit Jahren freiwillig einen Einsatz leisten, wirklich unterstützen. Wenn wir das von dieser Warte aus tun können, wird das Goodwill schaffen. Es ist eine Selbsthilfeorganisation. In diesem Zusammenhang muss ich auch darauf hinweisen, dass es viele vergleichbare Organisationen gibt, die Unterstützung erhalten; ich denke hier z. B. an die Konsumentenschutzorganisationen. Dort ist es selbstverständlich. Und es ist im Grunde genommen auch hier ein kleiner Teil. Also noch einmal: Geben Sie, nachdem Sie das rote

Licht so lange angeschaut haben, jetzt ein wenig grünes Licht für die Patientenorganisationen. Ich glaube, sie verdienen es. Ich möchte von Herzen sagen: Danke!

Mme Sandoz: Le vote d'hier a été pris par 58 voix contre 54, soit par 112 personnes, ce qui implique que le quorum était largement réalisé. L'objet du vote avait été annoncé parce que nous avions déjà reçu l'indication qu'il y avait une demande de biffer l'article 58a. Par conséquent, chacun savait que la question serait posée. La question a été posée alors que nous étions tous en train de siéger, puisqu'il avait été annoncé, d'une part, que c'était «open end», d'autre part, que nous siégerions jusqu'à l'article 88. Nous en étions à l'article 58a II n'y a donc aucun motif quelconque de revenir sur un article qui, en tant que tel, ne représente absolument pas une atteinte à la logique de la loi. Nous avons supprimé cet article parce que, précisément, il n'est pas dans la logique de la loi. Je tiens à préciser que ce qui paraissait un peu étonnant, c'était de prévoir, dans le cadre d'une loi dont la révision tend à maîtriser les coûts, d'accorder des subventions à des organisations faïtières qui conseillent les organisations actives sur le terrain, alors que, de surcroît, personne n'avait pu établir que l'activité de ces organisations entraîne une diminution des coûts. Si nous donnons suite à la motion d'ordre de revenir sur un tel point, je crois que nous créons un précédent dans une procédure qui permettra une fois pour toutes à une minorité de contester un résultat chaque fois qu'il ne conviendra pas, après une nuit de réflexion! Nous ne pouvons pas donner suite à cette motion d'ordre sans faire courir un risque ultérieur à l'équilibre et à la santé de nos procédures. Ce ne serait pas dans l'intérêt de ce Parlement.

Frau Heberlein: In Ergänzung zum Votum von Frau Sandoz möchte ich beifügen: Wenn wir jedesmal nach einer Abstimmung mit einer Mehrheit von zwei oder drei Stimmen Rückkommen beschliessen, werden wir mit unseren Verhandlungen überhaupt nie fertig. Wir haben bei Artikel 36 mit 60 zu 60 Stimmen und mit Stichentscheid des Präsidenten entschieden. Wir haben gestern bei Artikel 46 den Eventualantrag mit drei Stimmen Unterschied gutgeheissen. Wir haben immer die absolute Mehrheit im Saal gehabt. Wenn wir unsere Verantwortung nicht wahrnehmen und bei einer Abstimmung, die entscheidend ist, nicht anwesend sind, dann können wir auch darauf verzichten, hier zu sein! Ich beantrage Ihnen daher, den Rückkommensantrag abzulehnen.

Abstimmung - Vote Für den Ordnungsantrag Sieber 62 Stimmen Dagegen 100 Stimmen Persönliche Erklärung - Déclaration personnelle Borer Roland: Vor der Gesamtabstimmung ist es angebracht, Bilanz zu ziehen aus dem, was wir beschlossen haben. Wir haben Mehrausgaben um dreistellige Millionenbeträge beschlossen; es kann auch über eine Milliarde Franken sein. Wir haben sehr wenig zur Kostendämpfung beigetragen. Einmal mehr wird die ganz normale Familie zur Kasse gebeten: Mutter, Vater, zwei bis drei Kinder in einer mittleren Einkommensklasse. Diese an und für sich heute noch als normal geltenden Familien werden mit dieser Revision des Gesetzes massiv zur Kasse gebeten. Daran ändern auch die Direktsubventionierungen, die vielleicht gut gemeint sind, in der Praxis aber nicht realisiert werden können, nichts. Solidarität ja! Ja auch zur Solidarität unter den verschiedenen Altersgruppen, zur Solidarität zugunsten der älteren Mitbürger

Pétitions 1912 N 7 octobre 1993 in unserem Land, die für unsere Volkswirtschaft ihr Leben lang gearbeitet haben - aber nicht für Leute, die es sich leisten wollen, alternative Lebensformen in unserem Land zu leben! Wir haben schon zu viele, die sich ihre vielleicht angenehmeren Lebensformen mit Halbtagsarbeit, 10-Prozent-Jobs usw. durch die öffentliche Hand mitfinanzieren lassen. Zur Ausdehnung dieser Tendenzen sagen wir eindeutig nein. Das gleiche Vorgehen wie bei der KVG-Revision können wir bei der AHV-Revision erleben. Sie müssen damit rechnen, dass sich irgendwann der Mittelstand

aus der Solidarität, die wir hier so grosszügig beschliessen, abmeldet Damit müssen Sie rechnen. Ich glaube, dass das nicht im Sinn von uns allen ist. Die Fraktion der Auto-Partei wird geschlossen der Revision des KVG-Gesetzes nicht zustimmen, und wir behalten uns vor, mit interessierten Organisationen das Referendum gegen diese Gesetzesvorlage zu ergreifen. Persönliche Erklärung - Déclaration personnelle On. Pini: E'una dichiarazione personale, positiva, al termine di questo galoppo - se volete - che non a caso si è svolto a Ginevra lo, come membro iniziale sotto la presidenza dell'on. Egli, anni or sono, ho vissuto questo tentativo di revisione dell'assicurazione malattia Devo oggi rendere omaggio, signora Consigliere federale, allo sforzo che è stato sviluppato da parte degli attuali commissari, da questo Parlamento che ha voluto anche onorare - citandolo - il Cantone Ticino per le sue ripetute esperienze, non sempre confortate dal ritegno da parte della Confederazione. Apprezzo la sensibilità dell'on. Dreifuss che ci ha onorato nel citare qui, in quest'aula di Ginevra, le esperienze del Cantone Ticino. Io voterò questa revisione, dando ragione a un mio giovane collega di servizio quando diceva: «Malgrado gli anni che sono passati, abbiamo fatto un buon lavoro in uno spazio breve-un lavoro duro, tecnico, specifico, professionale...» Diamo omaggio, qui a Ginevra, città per antonomasia sensibile alle questioni sociali, diamo la nostra fiducia al varo di questa revisione, la quale, se non tocca su delle origini nuove di sostegno del concetto e della filosofia portante dell'assicurazione malattia, è comunque uno sforzo e un approdo notevole per quanto concerne le attese della nostra collettività Gli Stati con la loro pacata saggezza, arriveranno ad equilibrare meglio forse le nostre impennate. Tuttavia, il lavoro del Consiglio nazionale è stato un grosso lavoro. Desideravo esprimere la mia soddisfazione a Lei, signora Consigliere federale, ai miei colleghi, un omaggio ai commissari, al caro Philipona, alla signora Eva Segmüller, la presidente, ed al relatore che di questa commissione sono i depositari, e vi prego di dare l'adesione. Frau Heberlein: Ich gebe nichteine persönliche Erklärung ab, sondern spreche im Namen einer Mehrheit der Fraktion. Ich habe im Eintreten erklärt, dass wir uns bewusst sind, eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes erreichen zu wollen, dass wir aber nicht unter allen Bedingungen bereit sind, dieser zuzustimmen. Zwei der Rahmenbedingungen, die wir gestellt haben, wurden im Sinne unserer Fraktion entschieden. Zwei andere wesentliche Rahmenbedingungen, die Globalbudgetierung im ambulanten Bereich und die Begrenzung des Risikoausgleiches, wurden anders beschlossen. Wir hoffen auf entsprechende Korrekturen im Ständerat, und wir hoffen, dass dort die Entscheide in diesem Sinne fallen werden. Unsere mehrheitliche Ablehnung in der Gesamtabstimmung beruht nicht auf einer völligen Ablehnung der Vorlage, sondern darauf, dass Rahmenbedingungen fehlen, die wir bei der Eintretensdebatte als unerlässlich bezeichnet haben. In diesem Sinne möchte ich nicht mit einem radikalen Rundumschlag wie Herr Borer die Vorlage ablehnen, sondern die Kompromissbereitschaft aufzeigen; denn wir sind uns bewusst, dass eine Gesetzesrevision erfolgen muss - aber nicht um jeden Preis. Gesamtabstimmung - Vote sur l'ensemble Für Annahme des Entwurfes 113 Stimmen Dagegen 40 Stimmen Abschreibung - Classement Antrag des Bundesrates Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse gemäss den Seiten 1 und 2 der Botschaft Antrag der Kommission Das Postulat 89.538 nicht abschreiben. Proposition du Conseil fédéral Classer les interventions parlementaires selon les pages 1 et 2 du message. Proposition de la commission Ne pas classer le postulat 89.538. Angenommen gemäss Antrag der Kommission Adopté selon la proposition de la commission An den Ständerat -Au Conseil des Etats Präsident: Wir haben nach einer 18stündigen Debatte diese Revision zu Ende geführt Ich entschuldige mich, wenn ich hie und da das Reglement strapaziert habe, aber es

war notwendig, sonst hätten wir 28 Stunden debattiert 92.2023 Petition Weltbund zum Schütze des Lebens Für eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes Pétition Weltbund zum Schütze des Lebens Pour une révision de l'assurance-maladie Frau Segmüller unterbreitet im Namen der Kommission den folgenden schriftlichen Bericht: 1. Der Weltbund zum Schütze des Lebens hat im Mai 1991 der Bundesversammlung eine Petition mit 96 Unterschriften eingereicht, das Gesetz über die Krankenversicherung zu revidieren. Der Tierschutzbund Basel hat die Petition mitunterzeichnet. Zusammen mit der Petition wurden eine achtseitige Begründung und zwei Beschwerden abgegeben, die eine über die Verschwendung von Steuergeldern und die andere über die Irreführung der Bevölkerung im Bereich des Gesundheitswesens. Die Urheber der Petition Hessen der Kommission im laufenden Jahr drei Briefe zukommen, mit denen sie die Behandlung der Petition verlangen. 2. Die Petition enthält drei Hauptforderungen. Das Krankenversicherungsgesetz soll so revidiert werden, dass: a die Kosten des Gesundheitswesens nicht auf die Versicherten abgewälzt werden; b. die Hauptverantwortlichen für die Techniken, die die Gesundheit beeinträchtigen (Medizin, Chemie, Lebensmittelindustrie und Atomindustrie), nach dem Verursacherprinzip zur Kasse gebeten werden; c. die ganzheitliche biologische Medizin und ihre Medikamente anerkannt werden, d. h., dass die gegenwärtige medizinische Ausbildung mit einer Ausbildung in biologischer Medizin ergänzt wird. Die Urheber der Petition begründen ihre Hauptforderung - Finanzierung des Gesundheitswesens durch diejenigen, die zur Beeinträchtigung der Gesundheit beitragen - damit, dass die Zunahme der Krankheiten auf der Verwendung von Pestizi-

7. Oktober 1993 N 1913 Petitionen den, Insektiziden, Fungiziden usw., auf der radioaktiven Strahlung von Atomkraftwerken, auf der Medizin selbst, die anstelle von Ursachenerfassung lediglich Symptom bekämpft und auf den Medikamenten, die in Tierversuchen erprobt wurden (und die für 30 Prozent der stationär behandelten Krankheiten verantwortlich sein sollen), beruhe. 3. Die Petition wurde der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit nach Artikel 45 des Règlementes des Nationalrates zur Vorprüfung unterbreitet Die Kommission hat diese Petition in ihrer Sitzung vom 2. Juli 1993 behandelt. Erwägungen der Kommission Die Kommission stellt fest, dass den Forderungen in den Punkten a und b der Petition nicht Folge gegeben werden kann und dass die Petition selbst keine konkreten Massnahmen vorschlägt. Sie betont zudem, dass die in der Petition vertretenen Thesen - Anwendung des Verursacherprinzips für die Finanzierung der Krankenversicherung und die angegebenen Krankheitsgründe - umstritten sind und kaum der landläufigen Meinung entsprechen. Gegenwärtig zeichnet sich bei der Revision der Krankenversicherung eine Lösung ab, die auf eine grössere Solidarität unter den Versicherten abzielt. Zudem werden Massnahmen zur Kosteneindämmung getroffen. Was die dritte Forderung anbelangt, so ruft die Kommission in Erinnerung, dass die Schaffung eines neuen Lehrstuhls nicht im Kompetenzbereich des Bundes liegt, sondern Sache der Kantone ist. Die Kommission unterstreicht indessen, dass sie der Forderung nach einer ganzheitlichen Medizin bei der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, namentlich im Artikel 26, Rechnung getragen hat. Dieser Artikel umschreibt die im Rahmen der Grundversicherung vergüteten Leistungen und legt fest, dass diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Mme Segmüller présente au nom de la commission le rapport écrit suivant: 1. En mai 1991, le «Weltbund zum Schütze des Lebens»-soutenu par le «Tierschutzbund Basel» - a adressé une pétition à l'Assemblée fédérale, munie de 96 signatures, pour l'inviter à réviser la loi sur l'assurance-maladie. La pétition est accompagnée d'un développement de huit pages et de

deux plaintes, notamment pour gaspillage de l'argent des contribuables et pour tromperie de la population dans le domaine de la santé. Dans le courant de l'année, les pétitionnaires ont fait parvenir trois lettres à la commission pour réclamer le traitement de la pétition qu'ils avaient déposée. 2. La pétition présente trois requêtes principales, à savoir une révision de l'assurance-maladie de telle sorte que: a. l'on ne se décharge pas des coûts de la santé sur les assurés; b. les principaux responsables des techniques qui portent atteinte à la santé (la médecine, la chimie et les industries agro-alimentaires et nucléaires) passent à la caisse selon le principe de causalité; c. la médecine biologique globale et ses médicaments soit reconnue, c'est-à-dire que le système actuel d'enseignement soit complété par un enseignement de médecine biologique. Les pétitionnaires motivent leur argument principal - le financement des coûts de la santé par ceux qui contribuent à sa détérioration - par le fait que les raisons de l'augmentation des maladies proviennent de l'utilisation de pesticides, d'insecticides, de fongicides, etc., du rayonnement radioactif des centrales atomiques, de la médecine elle-même qui s'occupe davantage des symptômes plutôt que des causes de la maladie et des médicaments qui sont essayés sur les animaux (cette dernière cause serait responsable de 30 pour cent des maladies dans le milieu hospitalier). 3. Cette pétition a été transmise à la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique pour examen préalable selon l'article 45 du Règlement du Conseil national. La commission a traité cette pétition lors de sa séance du 2 juillet 1993. Considérations de la commission La commission constate qu'il ne serait pas possible de donner suite aux exigences des points a et b de la pétition et que même la pétition ne propose pas de telles mesures concrètes. Elle souligne en outre que les thèses soutenues dans celle-ci - application du principe de causalité pour le financement de l'assurance-maladie et les causes données des maladies - sont contestables et ne représentent en tout cas pas une opinion communément admise. La solution qui se dessine pour l'instant dans la révision de l'assurance-maladie est celle d'une plus grande solidarité entre les assurés et des mesures sont prises pour limiter l'augmentation des coûts. Quant au dernier point, la commission rappelle que la création d'une chaire universitaire n'est pas du domaine de la compétence de la Confédération, mais relève bien plutôt de la souveraineté cantonale. La commission souligne cependant qu'elle a tenu compte de la requête de la pétition concernant une médecine globale dans ses travaux sur la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, à l'article 26 notamment qui décrit les prestations remboursées dans le cadre de l'assurance de base et précise qu'elles doivent être efficaces, appropriées et économiques. Antrag der Kommission Die Kommission beantragt, von der Petition Kenntnis zu nehmen, ihr aber keine Folge zu geben. Proposition de la commission La commission propose de prendre connaissance de la pétition sans y donner suite. Angenommen -Adopté 92.2024 Pétition Mouvement populaire des familles Für eine soziale und familienfreundliche Krankenversicherung Pétition Mouvement populaire des familles Pour une assurance-maladie sociale et familiale Frau Segmüller unterbreitet im Namen der Kommission den folgenden schriftlichen Bericht: 1. Ausgangslage Das Mouvement populaire des familles hat am 3. Oktober 1991 der Bundesversammlung eine von 8134 Personen unterzeichnete Petition mit dem Titel «Für eine soziale und familienfreundliche Krankenversicherung» eingereicht. 2. Anliegen der Petition Diese Petition verlangt ganz allgemein eine grössere Solidarität in der Krankenversicherung zugunsten der Familien und im besonderen die Realisierung folgender drei Punkte: a Familienfreundliche Prämien und Franchisen: Kinder und Jugendliche, die sich in der Ausbildung befinden, sollen von der Bezahlung von Beiträgen, von der Beteiligung an den Arzt- und Arzneimittelkosten und von den Franchisen befreit

werden; b. Uebernahme der Zahnarztkosten für die Grundbehandlung (d. h. eine jährliche Kontrolle, die für den Erhalt des Gebisses unerlässlichen Behandlungen und die für den Kauvorgang unabdingbaren Prothesen); c. eine Verteilung der Bundesbeiträge, die sicherstellt, dass diese die Kosten der Unterstützung der einkommensschwachen Personen, der Mutterschaftsleistungen und der Befreiung der Kinder und Jugendlichen von den Prämien und von der Kostenbeteiligung decken.

Pétitions 1914 N 7 octobre 1993 Die Urheber der Petition begründen ihre Forderungen, indem sie auf die ständig steigenden Krankenversicherungsbeiträge hinweisen, die die Budgets der Familien, insbesondere der einkommensschwachen Familien, immer mehr und in besorgniserregender Weise belasten. Damit verlangen sie nicht, dass die Gesellschaft für die Familie aufkommt, sondern vielmehr, dass die Familie nicht für Kosten bestraft wird, für die sie nicht allein verantwortlich ist. Erwägungen der Kommission Die Kommission hält allgemein fest, dass sie die meisten Ziele der Petition unterstützt. Sie betont aber, dass die Lösung, die bei der Revision des Gesetzes über die Krankenversicherung gewählt wurde, die Anliegen der Urheber der Petition nicht ganz erfüllt und in einigen Punkten davon abweicht, jedoch einen Schritt in die gleiche Richtung darstellt. Was die Kinder und ihre Beiträge anbelangt, so sieht der Entwurf zwar nicht ihre völlige Befreiung vor. Aber immerhin legt er eine Verringerung der Prämien der Kinder bis zum 18. Altersjahr fest (Art 53 Abs. 3). Dasselbe gilt für die Kostenbeteiligung: Der Entwurf gemäss Antrag der nationalrätlichen Kommission sieht vor, dass für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr keine Franchise erhoben wird und nur die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes gilt (Art. 56 Abs. 4). Er sieht ebenfalls vor, dass mehrere Kinder einer Familie, die beim gleichen Versicherer versichert sind, zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes eines Erwachsenen entrichten müssen. Zu den Zahnarztkosten hat die Kommission in zweiter Lesung einer Formulierung zugestimmt, die vorsieht, dass die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen nur übernommen werden, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Krankheit bedingt sind oder wenn die Behandlung im Zusammenhang mit einer solchen Krankheit notwendig ist (Art. 25). Die Zahnarztkosten sollen also nicht grundsätzlich, sondern nur in besonders schweren Fällen übernommen werden. Eine Unterstützung für einkommensschwache Personen wurde in den Gesetzentwurf aufgenommen: Die Bundesbeiträge in Höhe von etwa 2 Milliarden Franken jährlich sollen in den ersten vier Jahren ausschliesslich für diesen Zweck eingesetzt werden. Die Kantone werden verpflichtet, insgesamt 1 Milliarde Franken für den gleichen Zweck aufzuwenden (Art. 57 und 58). Die Kommission ruft in Erinnerung, dass der Bund aufgrund der dringlichen Bundesbeschlüsse, die im Dezember 1991 gutgeheissen wurden, den Kantonen 100 Millionen Franken zugesprochen hat, damit sie die einkommensschwachen Familien entlasten können. Was die Prävention betrifft, so schlägt die nationalrätliche Kommission vor, neu die Artikel 15a bis 15c ins Gesetz aufzunehmen. Danach sollen sich die Versicherer auch im Bereich der Gesundheitsförderung/Prävention engagieren, und zwar in Zusammenhang mit den Kantonen, den interessierten Organisationen, der Suva, den Ärzten, der Wissenschaft und dem Bund. Die Versicherer haben je obligatorisch versicherte Person einen vom Bundesrat festgesetzten jährlichen Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung aufzubringen. M<sup>TM</sup>Segmüller présente au nom de la commission le rapport écrit suivant: 1. Situation initiale Le Mouvement populaire des familles (MPF) a déposé, le 3 octobre 1991, une pétition à l'Assemblée fédérale munie de 8134 signatures dénommée «Pour une assurance-maladie sociale et familiale.» 2.

Contenu de la pétition Cette pétition revendique d'une façon générale une plus grande solidarité dans l'assurance-maladie en faveur des familles et, en particulier, souhaite voir se réaliser les trois points suivants: a la prime et franchise familiales: les enfants et adolescents aux études ou en apprentissage doivent être exonérés des cotisations, des participations aux frais médicaux et pharmaceutiques ainsi que des franchises; b. la prise en charge des frais dentaires pour les soins de base (c'est-à-dire un contrôle annuel, les soins indispensables à l'entretien de la dentition et les prothèses indispensables à la mastication); c. la répartition des subsides fédéraux de façon à ce qu'ils couvrent l'aide aux revenus modestes, les prestations de maternité et l'exonération des primes et participation des enfants et adolescents. Les pétitionnaires motivent leur requête en mentionnant la constante augmentation des cotisations de l'assurance-maladie qui grèvent de plus en plus, et de façon préoccupante, le budget des familles et spécialement celles à revenu modeste. Ce faisant, ils ne demandent pas à ce que la famille soit prise en charge par la société, mais plutôt qu'elle ne soit pas pénalisée par des coûts dont elle n'est pas entièrement responsable. Considérations de la commission La commission constate d'une façon générale qu'elle soutient la plupart des buts de la pétition, mais que sur certains points, si la solution retenue dans la révision de la loi sur l'assurance-maladie va dans le sens des pétitionnaires, elle est différente et constitue un pas dans la direction des pétitionnaires, sans satisfaire totalement leurs vœux. En ce qui concerne la cotisation des enfants, si le projet ne contient pas une exonération totale des enfants, il prévoit cependant une réduction de la prime pour les assurés jusqu'à

#### **E. 18**

ans (art 53 al. 3). Il en va de même pour les participations aux frais (franchise et quote-part); le projet selon les propositions de la commission du Conseil national prévoit qu'aucune franchise ne sera exigée pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus et qu'ils ne devront s'acquitter que de la moitié du montant maximum de la quote-part (art. 56 al. 4). Il prévoit aussi que plusieurs enfants d'une même famille, assurés auprès du même assureur, paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte. La formulation approuvée par la commission dans la révision de l'assurance-maladie en deuxième lecture, concernant les soins dentaires, ne mentionne la prise en charge des coûts des soins dentaires que s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable ou s'ils sont nécessaires pour traiter une telle maladie (art. 25). Il n'est donc pas prévu de prendre en charge les soins dentaires de base, mais bien plutôt de rembourser les cas les plus douloureux. L'aide au revenu modeste a été retenue dans le projet de révision de la loi: les contributions de la Confédération d'un montant approximatif de 2 milliards de francs par année dans les quatre premières années doivent être investies à cet effet. Les cantons seront également obligés de dépenser 1 milliard de francs dans le même but (art. 57 et 58). La commission rappelle que sur la base de l'arrêté urgent adopté en décembre 1991, 100 millions de francs ont été attribués aux cantons pour qu'ils puissent alléger la charge des familles avec revenu modeste. Quant à la prévention, la commission du Conseil national propose d'ajouter au projet les articles 15a à 15c (nouveaux). Selon ces articles, les assureurs doivent s'engager aussi dans le domaine de la promotion de la santé/prévention - en coopération avec les cantons, les organisations intéressées, la CNA, le corps médical, les milieux scientifiques et la Confédération. Pour chaque assuré obligatoire, les assureurs sont tenus de fournir une contribution annuelle fixée par le Conseil fédéral pour la prévention générale des maladies. Antrag der Kommission Die Kommission beantragt, -von den durch die laufende Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

aufgegriffenen Anliegen der Petition Kenntnis zu nehmen, sie aber abzuschreiben, da die aufgeworfenen Probleme bereits in Prüfung sind; - von den übrigen Anliegen der Petition Kenntnis zu nehmen, ihnen aber keine Folge zu geben.

7. Oktober 1993 N 1915 Postulat Comby Proposition de la commission La commission propose - de prendre connaissance des requêtes des pétitionnaires traitées dans la révision actuelle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, mais de les classer, puisque les problèmes soulevés sont déjà à l'étude; - de prendre connaissance des autres requêtes de la pétition sans y donner suite. Angenommen -Adopté #ST# 92.3109 Interpellation Wick Kostenübernahme für die Behandlung angeborener Stoffwechselkrankheiten Troubles congénitaux du métabolisme. Prise en charge des frais de traitement Diskussion - Discussion Siehe Jahrgang 1992, Seite 1247-Voir année 1992, page 1247 Präsident: Da das Anliegen im Rahmen der Krankenversicherungsrevision erfüllt ist, verzichtet Herr Wick auf Diskussion. Die Interpellation ist damit erledigt. #ST# 93.3107 Postulat Comby Förderung der Spitex-Dienste La promotion des services d'aide et de soins à domicile (Spitex) Wortlaut des Postulates vom 16. März 1993 Wir ersuchen den Bundesrat, unter Berücksichtigung der kantonalen und kommunalen Kompetenzen, folgende konkreten Massnahmen zu treffen: 1. Harmonisierung der Verhältnisse in der Schweiz, damit die Kosten für die Hauspflege von den Krankenkassen besser abgedeckt werden. 2. Bessere Koordination mit allen interessierten Partnern unter der Leitung des Bundes (Multiplikatorfunktion, Erfahrungsaustausch). 3. Hilfen für den Verbleib behinderter Personen in ihrer Wohnung bereitstellen. 4. Förderung einer nichtstationären Infrastruktur, wie zum Beispiel Schaffung von Tagesstätten, durch die Gewährung von Betriebsbeiträgen. Die Finanzierung dieser neuen Massnahmen sollte den Bundeshaushalt nicht belasten, sondern durch eine Neuverteilung der Bundeshilfe in den Bereichen Sozial- und Gesundheitspolitik sichergestellt werden. Zudem ist es erforderlich, dass die Krankenversicherungen einen grösseren Teil dieser Kosten übernehmen. Texte du postulat du 16 mars 1993 Nous proposons au Conseil fédéral de prendre, entre autres, les mesures concrètes suivantes, dans le respect des compétences dévolues aux cantons et aux communes: 1. Réaliser une harmonisation fédérale pour une meilleure prise en charge de l'aide et des soins à domicile par l'assurance-maladie. 2. Instaurer une meilleure coordination, sous l'égide de la Confédération, avec tous les partenaires concernés (effets multiplicateurs, échanges d'expériences). 3. Favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées. 4. Encourager la création d'infrastructures légères, telles que des foyers de jour, par exemple, en accordant des subventions à l'exploitation. Le financement de ces nouvelles mesures ne devrait pas grever les finances de la Confédération; il devrait être obtenu grâce à une nouvelle répartition de l'aide fédérale en matière de politique sociale et sanitaire. En outre, il faut que le secteur de l'assurance-maladie assume une part plus importante de ce financement. Mitunterzeichner - Cosignataires: Berger, Blatter, Bühler Simeon, Chevallaz, Cotti, Engler, Epiney, Etique, Fischer-Hägglingen, Frey Claude, Fritschi Oscar, Gysin, Hildbrand, Leuenberger Ernst, Mamie, Nabholz, Narbel, Perey, Philipona, Pidou, Reimann Maximilian, Robert, Rohrbasser, Rutishauser, Scheidegger, Scheurer Rémy, Stamm Luzi, Suter, Theubet, Tschopp, Wanner, Wyss Paul, Zwahlen (33) Schriftliche Begründung - Développement par écrit Comme pour la prévention, il faut relever que l'aide et les soins à domicile ne représentent encore qu'une part infime des dépenses de santé. Les statistiques de répartition des dépenses de santé en Suisse révèlent en effet que les soins à domicile occupent toujours la dernière place avec 1,3 pour cent des dépenses totales qui ascendaient à 18,6 milliards de francs en 1986. Les dépenses des hôpitaux

représentaient 51,9 pour cent et celles des médecins 20,1 pour cent. Quant aux pharmacies, elles absorbaient le 8,2 pour cent et les dentistes le 9,4 pour cent. Le solde de 9,1 pour cent se rapportait à d'autres dépenses. Durant les dernières années, la même tendance semble avoir été confirmée. Cependant, il a été démontré clairement, nonobstant les polémiques provoquées par des études américaines, que le développement des aides et des soins à domicile présente des avantages financiers indéniables. Il a également été établi que les services d'aide et de soins à domicile sont grandement appréciés par les personnes qui se sentent plus à l'aise dans leur cadre de vie naturel. La somme des avantages économiques, sociaux et humains aurait dû entraîner un développement beaucoup plus important de la politique de maintien à domicile. Pourquoi l'évolution ne s'est donc pas faite dans ce sens? Plusieurs causes, déjà mises en évidence par la littérature spécialisée, sont à l'origine de cette situation, par exemple: la qualité du domicile, la surcharge de travail, les servitudes et l'insuffisance d'aide financière apportée aux familles concernées. Mais la raison la plus importante réside certainement dans l'absence d'une politique d'ensemble qui englobe les domaines de la santé et de l'action sociale, politique qui reste encore à définir aux niveaux fédéral, cantonal et communal. Toutefois, il faut signaler que des expériences intéressantes ont été menées dans ce sens en Suisse romande, telles que: - l'expérience pilote développée dans le canton de Vaud durant les années quatre-vingt; - les centres médico-sociaux valaisans, créés progressivement à partir de 1975; - les travaux des équipes genevoises et, tout récemment, l'adoption de la loi genevoise sur l'aide à domicile, entrée en vigueur en mars 1992; - la loi valaisanne sur l'intégration de la personne handicapée, adoptée par le peuple en 1991, dont le but est précisément de réaliser une meilleure intégration économique, professionnelle, sociale et culturelle de ces personnes. Cette dernière législation permettra notamment d'accorder une aide financière aux personnes handicapées en cas d'achat, de construction ou de simple transformation de leur logement. Une aide est en outre prévue pour un financement

Schweizerisches Bundesarchiv, Digitale Amtsdrukschriften Archives fédérales suisses, Publications officielles numérisées Archivio federale svizzero, Pubblicazioni ufficiali digitali Krankenversicherung. Revision Assurance-maladie. Révision In Amtliches Bulletin der Bundesversammlung Dans Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale In Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale Jahr 1993 Année Anno Band IV Volume Volume Session Herbstsession Session Session d'automne Sessione Sessione autunnale Rat Nationalrat Conseil Conseil national Consiglio Consiglio nazionale Sitzung 14 Séance Seduta Geschäftsnummer 91.071 Numéro d'objet Numero dell'oggetto Datum 07.10.1993 - 08:00 Date Data Seite 1897-1915 Page Pagina Ref. No

## **E. 20**

023 215 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.