

Grünliberale Partei Schweiz
Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Per E-Mail an: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

17. November 2020

Ihr Kontakt: Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion, Tel. +41 31 311 33 03, E-Mail: schweiz@grunliberale.ch

Stellungnahme der Grünliberalen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Vorlage und den erläuternden Bericht zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2).

Unsere Stellungnahme können sie dem ausgefüllten Fragebogen auf den folgenden Seiten entnehmen.

Wir danken ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Prüfung unserer Anmerkungen und Vorschläge.

Bei Fragen dazu stehen ihnen die Unterzeichnenden sowie unser zuständiges Fraktionsmitglied, Nationalrat Jörg Mäder, gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Jürg Grossen
Parteipräsident



Ahmet Kut
Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Grünliberale Partei Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : glp

Adresse : Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Kontaktperson : Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

Telefon : 079 560 56 63

E-Mail : ahmet.kut@parl.ch

Datum : 17. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	5
Weitere Vorschläge	14

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
glp	<p>Die Kosten im Gesundheitswesen steigen konstant an. In den letzten 20 Jahren im Schnitt um rund 4.5 Prozent pro Jahr, fast doppelt so stark wie das Bruttoinlandprodukt. Dieser starke Anstieg belastet die Prämienzahlenden sowie das öffentliche Budget. Die Steigerung der Gesundheitskosten kann nicht mit dem Bevölkerungswachstum oder mit dem technischen Fortschritt allein erklärt werden. Auch die Krankheitsrate der Schweizer Bevölkerung genügt nicht als Erklärung. Woran liegt es dann? Die Schweiz bewegt sich in einem Angebots- und Nachfrageorientierten Versorgungssystem, in dem medizinisch nicht begründete Mengenausweitungen stattfinden, unwirksame medizinische Leistungen von der Solidargemeinschaft getragen werden müssen und vielfach zu hohe Preise für Ärzte, Leistungen und Produkte bezahlt werden. 16–19 % der Gesamtkosten fallen an, ohne dass sie wirklich notwendig oder fair berechnet gewesen wären (vgl. die Studie «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen» der ZHAW und Infras).</p> <p>Vor diesem Hintergrund ist die Politik gefordert, Massnahmen zu einem effizienteren Einsatz der obligatorischen Prämienfelder und der Steuern zu ergreifen. Das vorgelegte zweite Massnahmenpaket versucht dem mit einigen wirksamen Ansätzen Rechnung zu tragen. Die Grünliberalen unterstützen die Einführung von gut begründeten Zielvorgaben für die Kostenentwicklung (ohne Rationierung), die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung, die Einführung von fairen Referenztarifen in der Spitallandschaft und die einheitliche elektronische Rechnungsübermittlung für mehr digitale Transparenz. Die Grünliberalen befürworten ausserdem eine Flexibilisierung der Preisgestaltung von innovativen, hochpreisigen Arzneimitteln durch neue Preis-Modelle. Nicht einverstanden sind sie hingegen mit der Einführung von obligatorischen Erstberatungsstellen.</p>
glp	<p>Zielvorgabe für die Kostenentwicklung</p> <p>Der Weg, eine konkrete Zielvorgabe für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen anzusteuern, ist nachvollziehbar und richtig. Dies funktioniert allerdings nur, wenn die Steuerung der Kosten tatsächlich dazu führt, dass medizinisch nicht notwendige oder zu teure Leistungen nicht mehr erbracht werden und insgesamt effizienter gearbeitet wird. Wenn auch die Leistungserbringer Kostenverantwortung übernehmen, so kann dieser Ansatz vernünftig sein, zumal alle Beteiligten angehört werden können.</p> <p>Als zentrales Element dieser Vorlage begrüssen die Grünliberalen, dass die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung regelmässig überprüft werden müssen, um negative Folgen für die Versorgung orten zu können. Eine Rationierung von Leistungen oder Qualitätseinbussen unter einem fehlgeleiteten Kostenspardruck lehnen die Grünliberalen jedoch entschieden ab.</p>
glp	<p>Erstberatungsstelle</p> <p>Schon heute werden Kostenvorteile für günstigere Versicherungsformen bereitgestellt. Jeder und jede Versicherte kann dadurch von Rabatten</p>

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

profitieren. Diese Herangehensweise hat sich bewährt, nutzen sie doch bereits 70 % der Bevölkerung freiwillig.

Der Bundesrat führt aus, dass er nicht weiss, wie sich die übrigen 30 % der Bevölkerung verhalten werden, wenn sie in eine fixe Erstberatungsstelle gezwungen werden. Vermutlich wird sich der «Moral Hazard»-Effekt (z.B. durch «Ärzte-Hopping») mit der Einführung der Erstberatungsstelle nicht wirklich verringern. Es ist möglich, dass durch den verordneten zusätzlichen Arztbesuch eher Zusatzkosten entstehen.

Störend ist ausserdem, dass die erstberatende Instanz eine Pauschale für Koordinationsleistungen erhält, die gar nicht erbracht wurden. Wie grenzen sich diejenigen Leistungen, die in der Pauschale inbegriffen sind, von denen ab, die andere behandelnde oder beratende Leistungen beinhalten? Damit wird Tür und Tor geöffnet für doppelte Verrechnungen, wie sie bereits heute durch die Kombination von Pauschale mit Einzelleistungstarifen möglich sind. Diese Massnahme kann die Kosten langfristig nicht senken und dabei gleichzeitig einen unnötigen Regulierungsapparat in Gang setzen, der auch für die Patienten mühsam ist.

Zur Förderung von koordiniertem zentralem Vorgehen ist nicht flächendeckend die Wahlfreiheit bezgl. des Erstversorgers einzuschränken, sondern es sind griffigere, aber freiwillige Modelle anzubieten, die grössere Prämienrabatte anbieten (z.B. bei höherer Selbstbeteiligung).

Die Grünliberale stützen den weiteren Ausbau von alternativen Versicherungsmodellen mit attraktiveren Prämien, die im Gesundheitswesen mehr bewirken können als ein Gruppenzwang in ein neues bürokratisches System, dessen finanzielle Langzeitfolgen auf falschen Annahmen beruhen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen						
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)	
glp	21	2		<p>Datenweitergabe der Versicherer an das BAG:</p> <p>Die Ergänzung bezüglich der Aufteilung der Kosten ist im Zusammenhang mit der Analyse von Leistungsarten und deren Kosten als auch der konkreten Anwendung durch die behandelnden Leistungserbringer nachvollziehbar.</p> <p>Es ist allerdings zu bedenken, dass Daten von versicherten Personen besonders schützenswert sind. Sie sollten nur im Ausnahmefall anstelle von aggregierten Daten verwendet werden. Aufgrund der Sensibilität der Daten ist es notwendig, dass der EDÖB konsultiert wird, um die Verhältnismässigkeit der Verwendung von Individualdaten im Ausnahmefall überprüfen zu können.</p>	<p>² Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann nach Konsultation des Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) vorsehen, ...</p>	
glp	33	3 ^{bis}		<p>Leistungen im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen («Programme der Patientenversorgung»):</p> <p>Die begrüssenswerte Öffnung für erweiterte Kompetenzen der Apotheker und Apothekerinnen (vgl. Art. 25 Abs. 2 Bst. h) bedingt richtigerweise eine konkrete Leistungsbezeichnung innerhalb dieser Programme durch den Bund und nicht nur deren Genehmigung. Eine tarifpartnerschaftliche Einigung ist unwahrscheinlich, da die einen neue – früher den Medizinern vorbehaltene – Leistungen abrechnen dürfen und die anderen in der Folge weniger Patienten haben.</p>		

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

glp	35	2	o	<p>Die Schaffung einer neuen Leistungserbringer-Kategorie zur Förderung von Netzwerken der koordinierten Versorgung ist begrüssenswert.</p> <p>Zur schweizweiten Einhaltung der Qualitätsstandards ist ein Top-down-Ansatz bei den Zulassungsvoraussetzungen sinnvoll. Letztlich entscheidet jedoch das tarifpartnerschaftliche Miteinander über das Zustandekommen solcher Netzwerke. Da mit guter koordinierter Versorgung die Patienten nicht nur bei akuten Symptomen versorgt werden, sondern auch präventive Ansätze verfolgt werden können, sind diese Modelle unbedingt zu fördern. Langfristig können – neben der besseren Qualität der Behandlung – sogar Kosten eingespart werden. Deshalb wurde im Expertenbericht Diener richtigerweise zur Förderung vorgeschlagen finanzielle Anreize zu setzen, z.B. in Form von leicht höheren Taxpunktwerten im Rahmen der Vergütung von Netzwerken.</p>	
glp	36b	3	a	<p>Zulassungsvoraussetzungen:</p> <p>Es ist nicht zwingend notwendig, dass ein Arzt oder eine Ärztin ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung leitet, um ein qualitativ gutes und effizientes Ergebnis zu erzielen. Eine solche Einschränkung ist nicht notwendig und führt weniger zu einer besseren Behandlung als zu höheren Kosten.</p>	a. die Anforderungen an den Leiter oder die Leiterin des Netzwerks Arzt oder die Ärztin, der oder die das Netzwerk leitet;
glp	40a			<p>Die Einführung einer Erstberatungsstelle wird abgelehnt:</p> <p>Schon heute werden Kostenvorteile für günstigere Versicherungsformen bereitgestellt. Jeder und jede</p>	Ganzen Artikel streichen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>Versicherte kann dadurch von Rabatten profitieren und sich damit frei entscheiden.</p> <p>Zur Förderung eines koordinierten Vorgehens ist nicht die Wahlfreiheit bezüglich des Erstversorgers einzuschränken, sondern es sind griffigere Modelle anzubieten, die grössere Prämienrabatte anbieten, z.B. bei höherer Selbstbeteiligungen an den Kosten.</p> <p>Eventualiter: Das vorliegende Konzept der Erstberatungsstelle erzeugt Fehlanreize. Eine Anlaufstelle im Sinne eines telefonischen oder telemedizinischen First-level-Supports ist aber unter folgenden Rahmenbedingungen sinnvoll und denkbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Die Entgeltung erfolgt nach Aufwand (und nicht pauschal pro angemeldete Person). b) Die Erstberatungsstellen sind von den späteren Leistungserbringern unabhängig, da sonst finanzielle Anreize entstehen, unnötige Behandlungen auszulösen. c) Die Erstberatungsstelle kann keine abschliessenden Entschiede fällen. Der Betroffene darf sich immer auch anders entscheiden. d) Die Krankenkassen bleiben unverändert frei, im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen einschränkendere telemedizinische Angebote anzubieten (mit entsprechendem Prämienrabatt). <p>Ziel der Beratung wäre es, die Arztpraxen zu entlasten, indem eine erste telefonische Auskunft und Beratung stattfindet, ohne dass man die darauf folgende Entscheidungsfreiheit, ob und wo die Patientin oder der Patient eine Behandlung nachsucht, einschränkt. Die Einsparungen sollen also erfolgen, indem man die Anrufer</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

				von einem besseren Weg überzeugt, und nicht, indem man einen anderen Weg verweigert.	
glp	40b			Siehe Bemerkungen zu Art. 40a.	Ganzen Artikel streichen
glp	40c			<p>Der Bundesrat schlägt vor, dass Leistungserbringer für jede versicherte Person, für die sie als Erstberatungsstelle fungieren, eine jährliche Pauschale vergütet bekommen. Dies unabhängig davon, ob Beratungsleistungen erfolgt sind oder nicht. Dieser Mechanismus kann dazu führen, dass Leistungserbringer möglichst viele Patienten annehmen, obwohl sie eigentlich innerhalb ihrer Praxis keine Kapazitäten haben. Die Folgen sind Wartezeiten und Wettbewerb um möglichst gesunde Patienten.</p> <p>Generell: Die Vergütung von medizinischen Leistungen über die obligatorische Krankenversicherung, die konkret gar nicht erbracht werden, ist abzulehnen. Leistungen müssen im Zusammenhang mit einer Krankheit bezahlt werden und den WZW-Kriterien genügen.</p> <p>Es ist faktisch unmöglich, diejenigen medizinischen Leistungen, die in der neuen Koordinations-Pauschale inbegriffen sein sollen, von denen abzugrenzen, die gemäss dem Vertrauensprinzip im TARMED einzeln abgerechnet werden. Es wird dadurch Tür und Tor für doppelte Verrechnungen geöffnet, da bei der Abgrenzung der einzelnen Leistungen stets ein grosser Ermessensspielraum besteht, der im Sinne der Kostenoptimierung von den Leistungserbringern ausgenutzt werden und zu neuen Rechtsfällen führen kann. Ein ähnlicher Mechanismus ist bei den Pauschalverträgen der Versicherer mit Fachärzten überall dort beobachtbar, wo im ambulanten Bereich Kombinationen von Pauschalen mit</p>	Ganzen Artikel streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Einzelleistungstarifpositionen möglich sind.</p> <p>Die Einführung von Pauschalen für die neuen Erstberatungsleistungen würde die Kosten vermutlich sogar erhöhen und gleichzeitig einen unnötigen Administrations-Apparat in Gang setzen.</p>	
glp	40d			Siehe Bemerkungen zu Art. 40a.	Ganzen Artikel streichen
glp	41	1		«Erstberatungsstelle» streichen	¹ Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person Wird die versicherte Person für eine stationäre Leistung an ein Spital überwiesen, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale...
glp	41	1		<p>Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen zur Förderung des kantonsübergreifendes Wettbewerbs unter den Spitälern:</p> <p>Faire Referenztarife einzuführen fördert die Wahlfreiheit der Patienten, hinterfragt die kantonale Preispolitik und stärkt den interkantonalen Wettbewerb. Eine verbindlichere Formulierung wäre dabei im Gesetz zielführender.</p> <p>Diese Massnahme wurde nicht im Expertenbericht Diener vorgeschlagen. Grundsätzlich zementiert sie die heutige uneinheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und damit ein Preissystem, welches durch Fehlanreize bei den Kantonen in ihrer Doppelrolle in die falsche Richtung geht. Neue Lösungen mit freier Spitalwahl und einheitlicher Finanzierung (EFAS) wären der bessere</p>	¹ Der Referenztarif richtet orientiert sich nach an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				Weg. Die Grünliberalen setzen sich dafür ein, dass diese Lösungen auf der politischen Ebene vorangetrieben werden.	
glp	42	3ter		<p>Die Grünliberalen begrüssen diese Massnahme und nehmen erfreut zur Kenntnis, dass damit die Motion Grossen (18.3664) „Digitalisierung auch im Gesundheitswesen“ umgesetzt wird. Die Motion verlangt, dass sämtliche Leistungsabrechnungen, namentlich jene der Ärzte, Spitäler, Labors, Physiotherapeuten, Spitex und Apotheken, elektronisch zu den Krankenversicherungen gelangen.</p> <p>Die heute bereits bestehenden Standards des Forum Datenaustausch sollten weiterhin genutzt werden. Es braucht demzufolge keine neuen Vereinbarungen von Standards. Die bestehenden Standards müssen im Forum Datenaustausch tarifpartnerschaftlich (weiter-)entwickelt werden.</p> <p>Die Formulierung «in elektronischer Form» muss präzisiert werden, da Mail-Anhänge mit Scans von handgeschriebenen Rechnungen auch als «elektronisch» bezeichnet werden können. Das gilt es zu verhindern.</p>	<p>^{3ter} Der Leistungserbringer hat die Rechnungen und dem Schuldner in elektronischer und maschinell lesbarer Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen nutzen die gesamtschweizerisch einheitlichen Standards der dafür zuständigen Organisation für die elektronische Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.</p>
glp	48a			<p>Tarifverträge mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung:</p> <p>Die Abgeltung der Leistungen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung via Pauschalen ist ein richtiger Ansatz für die Tarifpartner, um ökonomische Gesamtverantwortung zu tragen.</p> <p>Siehe auch Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2 Bst. o.</p>	
glp	52b			<p>Rückerstattungen bei Arzneimittelpreisen:</p> <p>Die Grünliberalen befürworten eine Flexibilisierung der</p>	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Preisgestaltung von innovativen, hochpreisigen Arzneimitteln durch neue Preis-Modelle. International verhandeln die meisten Länder die effektiv zu bezahlenden Preise individuell auf vertraulicher Basis mit den Zulassungsinhabern. Publiziert werden nur die Bruttopreise (Schaufensterpreise). Leider führt dieser Mechanismus der Preisfindung häufig dazu, dass astronomische Ausgangspreise verlangt werden, nur um im Nachgang einen «hohen Rabatt» zu offerieren, der dann aber geheim bleiben soll. Im Alleingang wird die Schweiz dieses System allerdings nicht ändern können. Bei einer Aufhebung der Geheimhaltung haben die offerierenden Firmen erhöhtes Interesse daran, möglichst wenig Rabatt zu gewähren, da andere Kunden diese Preise dann auch erfahren. Deshalb stimmen die Grünliberalen der Aushebung des Öffentlichkeitsgesetzes in diesem speziellen Fall zu.</p>	
glp	54–55		<p>Zielvorgabe für die Kostenentwicklung:</p> <p>Konkrete Zielvorgaben für die massvollere Kostenentwicklung fördern den sparsameren Umgang mit den finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen. Die vorgeschlagenen Massnahmen sind sachlogisch mit der wirtschaftlichen Entwicklung, der Morbidität der Bevölkerung, der Demographie und dem medizinisch-technischen Fortschritt verknüpft.</p> <p>Die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen muss in jedem Fall sichergestellt bleiben, d.h. es darf keine Rationierungen geben. (Art. 54 Abs. 4). Die Auswirkungen auf die Kosten- und die Qualitätsentwicklung sind regelmässig zu überprüfen, um negative Folgen auszuschliessen (Art. 54 Abs. 5).</p> <p>Zentral ist auch die Aufteilung in einzelne Kostenblöcke,</p>	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				damit Leistungsbereiche, die keinen (negativen) Einfluss auf die Gesamtkostenentwicklung haben, von Regulierungen ausgenommen werden können. Damit die Zielvorgaben für die massvollere Kostenentwicklung ihre Wirkung auf die Prämien entfalten können, braucht es bezüglich der Korrekturmassnahmen, welche die Kantonsregierungen bzw. das EDI ergreifen würden, Muss- statt Kann-Bestimmungen.	
glp	54	5		Die Formulierung «regelmässig» ist in diesem Fall zu vage. Ausserdem fehlt die Zuordnung, wer dafür zuständig ist. Die Grünliberalen schlagen dafür das EDI vor, welches den Gesamtblick hat. Ausserdem sollte ein Bericht dazu veröffentlicht werden.	⁵ Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig jährlich vom EDI überprüft und öffentlich gemacht.
glp	54d	2		Variante 2: Muss- statt Kann-Bestimmung	
glp	54d	3		Variante 2: Muss- statt Kann-Bestimmung	
glp	54d	4		Variante 2: Muss- statt Kann-Bestimmung	
glp	54d	5		Variante 2: Muss- statt Kann-Bestimmung	
glp	64	7	c	Siehe Bemerkungen zu Art. 40a.	Buchstabe c streichen
glp	Übergangsbestimmungen	2		Siehe Bemerkungen zu Art. 40a.	Absatz 2 streichen
glp	Übergangsbestimmungen	6		Der Bundesrat schlägt vor, dass die zuständige Behörde verpflichtet sein soll, spätestens für das achte Jahr nach Inkrafttreten der vorliegenden Vorlage Korrekturmassnahmen bei Überschreitung der Kostenziele	⁶ Die zuständige Behörde ist verpflichtet, spätestens für das achte fünfte Jahr nach Inkrafttreten der Änderung vom ... bei Überschreitung der Kostenziele Massnahmen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				zu ergreifen. Eine Übergangszeit von acht Jahren ist zu lang und ist auf fünf Jahre zu verkürzen.	nach Artikel 54d zu treffen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
glp	53a (neu)	<p>Das Beschwerderecht der Krankenversicherer gegen Verfügungen des BAG in Bezug auf Beurteilungen der Arzneimittel der Spezialitätenliste wurde gemäss erläuterndem Bericht verworfen (M33). Dieses Beschwerderecht sollte in die Vorlage aufgenommen werden, allerdings als Beschwerde ohne aufschiebende Wirkung.</p> <p>Die Grünliberalen verweisen diesbezüglich auf die Anträge der Mehrheit der SGK-N zum Kostendämpfungspaket 1b (19.046, Entwurf 1) anlässlich der Sondersession im Oktober 2020, allerdings mit folgender Anpassung: Der Beschwerde der Versicherer soll generell keine aufschiebende Wirkung zukommen, d.h. auch nicht gegenüber Beschlüssen der Kantonsregierungen über die Spitallisten.</p>	<p>Art. 53a (neu) Beschwerderecht der Versicherer Krankenversicherer und deren Verbände, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Anwendung dieses Gesetzes widmen, steht das Beschwerderecht zu:</p> <p>a. gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39;</p> <p>b. gegen Verfügungen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe.</p> <p>Art. 53b (neu) Aufschiebende Wirkung Beschwerden nach Artikel 53a haben keine aufschiebende Wirkung.</p>