



**Auslandpreisvergleich von Generika und
patentabgelaufenen Originalmedikamenten:
Weiterhin stark überhöhte Schweizer Preise –
Geplante Kostendämpfungsmassnahmen
sind konsequent umzusetzen
und zusätzliche an die Hand zu nehmen**

Bern, November 2017



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Vorgehen	2
3. Generika	3
4. Patentabgelaufene Originalmedikamente	4
5. Fazit und notwendige Regulierungsmassnahmen zur Kostendämpfung	5
5.1. Einführung eines Referenzpreissystems	5
5.1.1. Situation heute	5
5.1.2. Mögliche Ausgestaltung eines Schweizer Referenzpreissystems	6
5.1.3. Begleitmassnahmen	7
5.1.4. Ausblick.....	7
5.2. Anpassung der Vertriebsmargen.....	8
5.3. Regelmässige Überprüfung der Medikamentenpreise verbessern	8
5.3.1. Situation heute	8
5.3.2. Jährliche Überprüfung aller Medikamente.....	9
5.3.3. Basis des TQV muss der aktuellste Preis sein.....	9
5.3.4. Tieferer Wert aus APV und TQV soll neuen FAP bestimmen (Kostengünstigkeitsprinzip).....	10
5.3.5. Länderkorb erweitern.....	11
5.4. Antrags- und Beschwerderecht für Krankenversicherer.....	11
5.5. Aufhebung des Territorialitätsprinzips	11
5.6. Weitere Massnahmen	12
6. Schlussfolgerungen	13

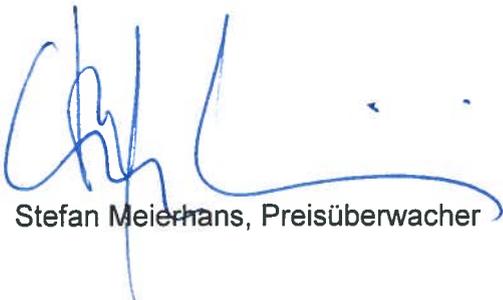


1. Einleitung

Auch 2018 werden die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) wieder deutlich stärker ansteigen als die Löhne oder das Bruttoinlandprodukt. Wie jeden Herbst hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) den durchschnittlichen Prämienanstieg der Standardprämie¹ in der Grundversicherung für das nächste Jahr bekannt gegeben. Sie steigt 2018 um durchschnittlich 4.0%, wie das BAG am 28. September 2017 bekannt gab². Grund für die Prämienenerhöhung sind die stetig steigenden Ausgaben für die Grundversicherung. Dazu tragen auch die kassenpflichtigen Medikamente bei. Sie machten 2016 mit knapp 6.6 Mia. Fr. mehr als 20% der Totalkosten der Grundversicherung (fast 31.5 Mia. Fr.)³ aus.

Während das Kostenwachstum in der Grundversicherung letztes Jahr 4.5% betrug (Vorjahr: 5.2%), sind die **Kosten der kassenpflichtigen Medikamente** mit 6.2% (Vorjahr: 5.7%) **überproportional stark angestiegen**. Diese hohe Kostensteigerung hat viele Gründe und zeigt einmal mehr deutlich, dass grosser Handlungsbedarf besteht. Es kommen immer mehr **neue, unglaublich teure Medikamente** auf den Markt, aber auch das **Aussetzen der regelmässigen Überprüfung** der Medikamentenpreise sowohl 2015 als auch 2016 hat zur Kostensteigerung beigetragen. In den Jahren 2012 bis 2014 hat die Überprüfung zu Preissenkungen und somit Kostensparungen im Umfang von insgesamt 600 Mio. Fr. geführt, was mithalf, dass die Medikamentenkosten weniger stark gestiegen sind. Sie werden voraussichtlich auch 2017 wieder stark ansteigen, denn erst per Anfang 2018 ist dank der Wiederaufnahme der regelmässigen Preisüberprüfung bei einem Drittel der Medikamente mit Preissenkungen zu rechnen.

Die vorliegende Studie präsentiert einen **Auslandpreisvergleich von patentabgelaufenen Originalarzneimitteln und den zugehörigen günstigsten Generika**. Die Resultate zeigen, dass die angekündigten Massnahmen wie die Einführung eines **Referenzpreissystems**⁴ sowie die Senkung der **Vertriebsmargen** zügig vorangetrieben werden müssen und ausserdem **weitere kostendämpfende Massnahmen** zu ergreifen sind, wie die **jährliche Überprüfung** aller Medikamentenpreise, der Vergleich mit den **aktuellsten Preisen beim therapeutischen Quervergleich**, die Anwendung des **Kostengünstigkeitsprinzips** bei der Preisfestsetzung, die **Aufhebung des Territorialitätsprinzips** sowie ein **Antrags- und Beschwerderecht** für die Krankenversicherer und Patientenorganisationen bei allen Entscheiden zu den kassenpflichtigen Medikamenten.



Stefan Meierhans, Preisüberwacher

¹ Die durchschnittliche Prämienenerhöhung gilt jeweils nur für die Standardprämie, d.h. für die Prämie einer erwachsenen Person mit 300 Franken Franchise inkl. Unfalldeckung.

² Der Internet-Vergleichsdienst rechnet über alle Policenarten sogar mit einem durchschnittlichen Anstieg von 4.9%, vgl. <https://www.comparis.ch/krankenkassen/pramien/aktuelles/praemien-2018>.

³ Vgl. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016, Bundesamt für Gesundheit, T 2.17 Bruttoleistungen in Franken nach Kostengruppe, abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>.

⁴ „Referenzpreissystem“ ist ein Synonym zum bisher meistens verwendeten „Festbetragsystem“. Weil der Bundesrat den Begriff „Referenzpreissystem“ verwendet, brauchen wir ihn in dieser Studie ebenfalls. Für eine Beschreibung dieses Systems vgl. Kapitel 5.1.



2. Vorgehen

Beim diesjährigen Auslandpreisvergleich wurden von 20 umsatzstarken Wirkstoffen⁵ sowohl die Preise von Originalmedikamenten als auch die des jeweils günstigsten Generika erhoben. Dabei wurden nur Wirkstoffe berücksichtigt, bei denen der Grossteil der zugehörigen Medikamente auf der Spezialitätenliste (SL) als Original oder Generikum (mit O bzw. G) gekennzeichnet ist. Die Preise wurden jeweils für die umsatzstärkste Packung des letzten Jahres erhoben. Falls diese Packungsgrösse im Ausland nicht erhältlich ist, wurde die nächstähnliche Packungsgrösse linear umgerechnet⁶. Es wurden jeweils die Publikumspreise (PP) erhoben. Darin enthalten ist der Fabrikabgabepreis (FAP), welchen die Hersteller erhalten und auf dessen Basis das Bundesamt für Gesundheit die Preise festlegt, die Vertriebsmarge, welche in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) in Art. 38 definiert ist und die reduzierte Mehrwertsteuer von 2.5%, jedoch nicht die Pauschalen für pharmazeutische Leistungen, was in der Schweiz der leistungsorientierten Abgeltung (LOA) entspricht. Die Preise wurden im August erhoben und mit dem offiziellen Wechselkurs der Schweizerischen Nationalbank vom August 2017⁷ umgerechnet. Wie in den letzten Medikamenten-Auslandpreisvergleichen wurde mit folgenden 15 wichtigen europäischen Ländern verglichen:

- *BAG-Länder:* Deutschland, Österreich, Frankreich, Dänemark, Niederlande, Grossbritannien, Schweden, Finnland und Belgien. Diese neun Länder berücksichtigt das Bundesamt für Gesundheit gemäss Art. 34a^{bis} KLV für den regelmässigen Auslandpreisvergleich (APV).

- *Übrige Länder:* Norwegen, Italien, Spanien, Portugal, Irland und Tschechien.

In Deutschland gibt es gesetzliche Rabatte, welche öffentlich bekannt sind und deshalb bei diesem Preisvergleich berücksichtigt wurden⁸. Weitere Rabatte auch in anderen Ländern, welche direkt zwischen den Pharmafirmen und Krankenversicherern ausgehandelt werden, sind nicht öffentlich bekannt und können deshalb nicht miteinbezogen werden. Die von den Krankenversicherern und Patienten bezahlten Preise können deshalb oftmals *unter* den offiziell publizierten Preisen liegen.

Es konnte nicht für jedes Medikament in jedem Land ein offizieller Preis ermittelt werden, da nicht alle Arzneimittel in allen Ländern vertrieben werden (oder manchmal nicht in der jeweiligen Wirkstoffstärke). Deshalb sind nicht in allen Länder-Samples die 20 Vergleichsmedikamente enthalten. Es wurden nur Wirkstoffe in den Vergleich aufgenommen, welche in mindestens der Hälfte der Länder sowohl als Generikum als auch als Originalarzneimittel erhältlich sind.

⁵ Die 20 verglichenen Wirkstoffe bzw. Wirkstoffkombinationen mit ATC-Code* sind: Pantoprazol (A02BC02), Atorvastatin (C10AA05), Quetiapin (N05AH04), Esomeprazol (A02BC05), Escitalopram (N06AB10), Pregabalin (N03AX16), Amlodipin (C08CA01), Amoxicillin und Clavulansäure (J01CR02), Omeprazol (A02BC01), Imatinib (L01XE01), Ibuprofen (M01AE01), Olanzapin (N05AH03), Duloxetine (N06AX21), Venlafaxin (N06AX16), Clopidogrel (B01AC04), Simvastatin (C10AA01), Aripiprazol (N05AX12), Tacrolimus (L04AD02), Lamotrigin (N03AX09) und Mycophenolatmofetil (L04AA06). Die Informationen dazu stammen aus dem SASIS Tarifpool 2016.

* ATC-Code: Das Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikationssystem besteht aus 5 Ebenen. Der Wirkstoff bzw. die Wirkstoffkombinationen erhalten aufgrund ihrer anatomischen (1. Ebene), therapeutischen (2. und 3. Ebene) und chemischen (4. und 5. Ebene) Eigenschaften einen eindeutigen Code.

⁶ Dabei wurden Packungsgrössen von +/- rund 2% als gleichwertig betrachtet, jedoch ebenfalls linear umgerechnet. (Beispiel: Wenn der Vergleich mit einem Medikament mit Packungsgrösse 100 Stk. durchgeführt wurde, wurde grundsätzlich das im Verhältnis günstigste Medikament mit Packungsgrösse 98 bis 102 Stk. als Vergleichspräparat genommen und allenfalls linear umgerechnet.)

⁷ EUR/CHF 1.1396, GPB/CHF 1.2513, DKK/CHF 0.153209, SEK/CHF 0.119322, NOK/CHF 0.122257, CZK/CHF 0.043639, abrufbar unter <https://data.snb.ch/de/topics/ziredev#!/cube/devkum>.

⁸ Für Arzneimittel, deren Patentschutz abgelaufen ist, und für Generika gilt neben dem Herstellerabschlag von 6% zusätzlich ein Generikaabschlag von 10%, vgl. §130a Abs. 1 sowie Abs. 3b des Sozialgesetzbuches (SGB) Fünftes Buch (V). Für Arzneimittel, deren Fabrikabgabepreis (ohne Mehrwertsteuer) mindestens 30% unter dem jeweiligen Festbetrag liegt, gibt es keinen Generikaabschlag. Für Arzneimittel ohne Festbetrag gilt ein Herstellerabschlag von 7%. Zusätzlich müssen die Apotheker den Krankenkassen einen Abschlag von 1.77 Euro pro Arzneimittel gewähren (§130 SGB V).



3. Generika

Die Resultate des Auslandpreisvergleichs der Generika sind in Abbildung 1 dargestellt. Die Schweizer Preise wurden auf 100% normiert. Die Preisrelationen der BAG-Länder sind grau, die der übrigen Länder sind weiss abgebildet:

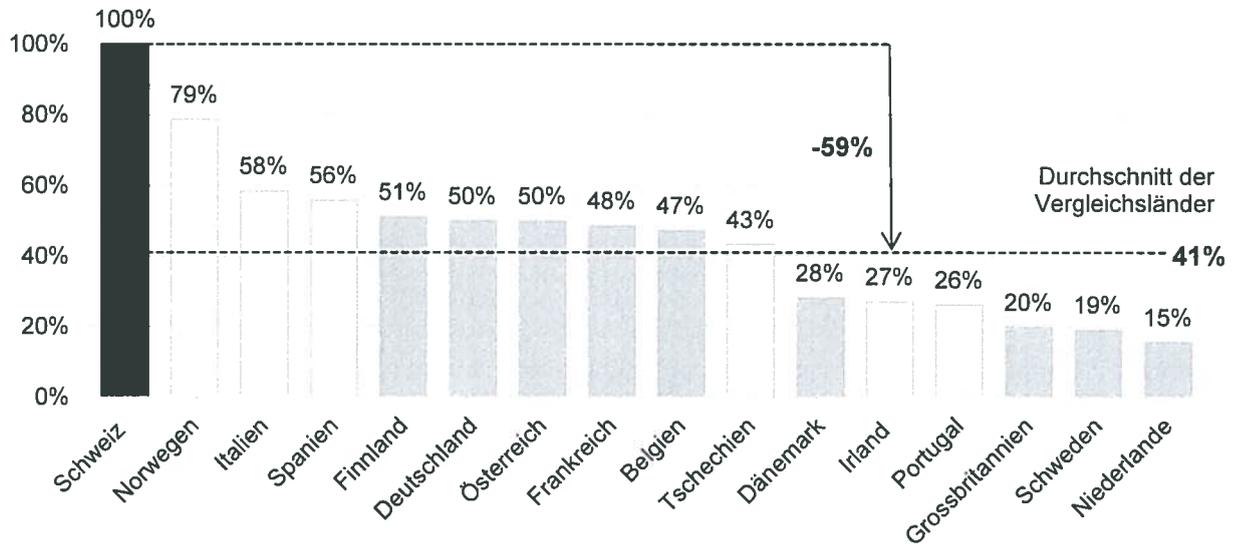


Abbildung 1: Auslandpreisvergleich Generika mit 15 europäischen Vergleichsländern

Das günstigste Generikum in der Schweiz ist im Durchschnitt deutlich teurer als das günstigste Nachahmerpräparat im europäischen Ausland. Kein anderes Land hat im Durchschnitt höhere Generikapreise. Dabei ist Norwegen als zweit teuerstes Generikaland bereits um durchschnittlich 21% günstiger. In allen anderen Ländern ist das günstigste Generikum nochmals deutlich preiswerter. So kostet es in den 15 Vergleichsländern im Durchschnitt nur 41% des Schweizer Preises und somit 59% weniger. Vergleicht man nur mit den BAG-Ländern, ist der Unterschied nochmals grösser. Das günstigste Nachahmerpräparat kostet durchschnittlich nur 36% des Schweizer Preises. Gegenüber einzelnen Ländern, wie beispielsweise Schweden (81% günstiger, d.h. die Schweiz ist durchschnittlich mehr als fünfmal so teuer) oder den Niederlanden (85% günstiger, d.h. die Schweiz ist durchschnittlich mehr als sechsmal so teuer) ist der Unterschied noch viel gravierender.

Der durchschnittliche Preis im Ausland ist 59% tiefer als derjenige in der Schweiz. Die Schweiz ist jedoch nicht „nur“ 59% teurer als der Durchschnitt der Vergleichsländer, sondern 143%. Grund dafür ist, dass bei dieser Betrachtungsweise das tiefere Auslandpreisniveau auf 100% normiert wird, d.h. ein tieferer Wert ist Basis für den Vergleich. Die Schweizer Preise liegen dann bei 243% und somit 143% höher als das durchschnittliche Auslandpreisniveau⁹ (vgl. Abbildung 2). Das günstigste Generikum in der Schweiz kostet somit fast zweieinhalbmal so viel wie in den Vergleichsländern.

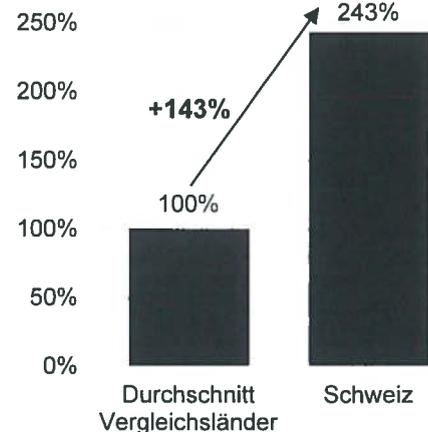


Abbildung 2: Schweizer Generikapreise im Vergleich zum Durchschnitt der Vergleichsländer

Insgesamt wurden 284 ausländische Generikapreise erhoben. Nur in 13 Fällen (4.6%) war das günstigste Generikum im jeweiligen Land teurer als in der Schweiz.

⁹ Berechnung mittels Dreisatz: $100\% (\text{Schweizer Preisniveau}) : 41.1\% (\text{ausländisches Preisniveau}) * 100\% (\text{neues ausländisches Niveau}) = 243\%$ (neues Schweizer Preisniveau), $243\% - 100\% = 143\%$ (um so viel ist die Schweiz teurer).



4. Patentabgelaufene Originalmedikamente

Die Resultate des Auslandpreisvergleichs der patentabgelaufenen Originalmedikamente sind in Abbildung 3 dargestellt. Die Schweizer Preise wurden auf 100% normiert. Die Preisrelationen der BAG-Länder sind grau, die der übrigen Länder sind weiss abgebildet:

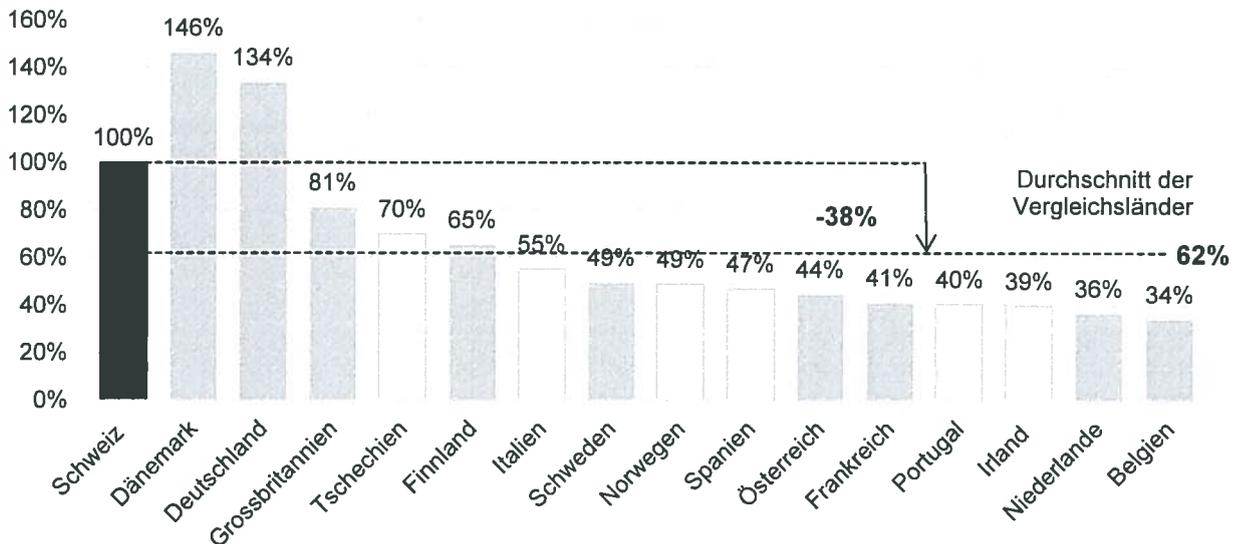


Abbildung 3: Auslandpreisvergleich patentabgelaufener Originalmedikamente mit 15 europäischen Vergleichsländern

Auch die Preise der Originalmedikamente von 20 umsatzstarken patentabgelaufenen Wirkstoffen sind in der Schweiz deutlich teurer als im Durchschnitt der 15 Vergleichsländer. Dort kosten sie nur 62% des Schweizer Preises, d.h. 38% weniger. Der Durchschnittspreis der BAG-Länder liegt bei 70% des Schweizer Preises. Sie gehören also zu den eher teureren Ländern in Europa.

Die ausländischen Preise der patentabgelaufenen Originalmedikamente sind durchschnittlich 38% günstiger als in der Schweiz. Die Schweiz ist jedoch nicht „nur“ 38% teurer. Wenn das durchschnittliche Auslandpreisniveau als Ausgangslage gilt, muss es auf 100% normiert werden. *Demgegenüber liegen die Schweizer Preise bei 161%, d.h. die Preise sind in der Schweiz 61% höher¹⁰* (vgl. Abbildung 4).

Insgesamt wurden 249 ausländische Originalpreise erhoben (in jedem Land mindestens 14). Das Preisniveau ist sehr unterschiedlich. In 40 Fällen (16.1%) war der Preis des Originals im jeweiligen Land höher als in der Schweiz. Am meisten war dies in Deutschland (15-mal) und Dänemark (14-mal) der Fall, welche bei den Originalpräparaten auch durchschnittlich das höhere Preisniveau als die Schweizer haben. Jedoch werden in diesen Ländern die sozialen Krankenversicherungen durch die hohen Preise nur wenig belastet, da beide Länder ein Referenzpreissystem¹¹ kennen. Die Krankenversicherer müssen deshalb in der Regel (ausser bei medizinischen Ausnahmefällen) nur den Referenzpreis (auch Festbetrag genannt) vergüten. Wie diese beiden Länder zeigen, kann es sich für die Hersteller der Originalmedikamente unter Umständen lohnen, den Preis hoch zu halten,

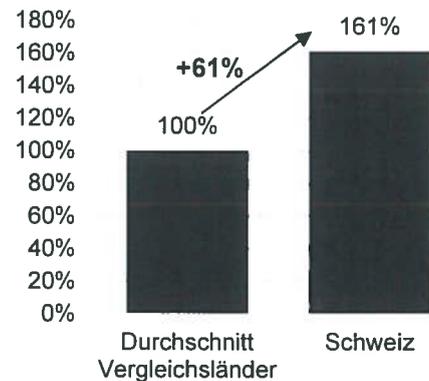


Abbildung 4: Schweizer Preise der patentabgelaufenen Originalmedikamente im Vergleich zum Durchschnitt der Vergleichsländer

¹⁰ Berechnung mittels Dreisatz: $100\% \text{ (Schweizer Preisniveau)} : 62.0\% \text{ (ausländisches Preisniveau)} * 100\% \text{ (neues ausländisches Niveau)} = 161\% \text{ (neues Schweizer Preisniveau)}$, $161\% - 100\% = 61\%$ (um so viel ist die Schweiz teurer).

¹¹ Referenzpreissysteme gibt es in über 20 europäischen Ländern in unterschiedlichen Ausgestaltungen, vgl. dazu Kapitel 5.1.



anstatt in einen Preiswettbewerb mit den günstigen Generika zu treten. So bedienen sie die preisunsensiblen Nachfrager mit ausgesprochen starker Markenpräferenz, welche die Differenz zum Referenzpreis selber bezahlen, sowie die wenigen Patienten, welche aus medizinischen Gründen das Originalmedikament beziehen müssen. Dies wird auch als Generikaparadox bezeichnet.

5. Fazit und notwendige Regulierungsmassnahmen zur Kostendämpfung

Der diesjährige Preisvergleich zeigt die starke Überhöhung der Schweizer Preise einmal mehr deutlich auf. Die Resultate ähneln denjenigen der Auslandpreisvergleiche der letzten Jahre. Dies zeigt, dass bisher zu wenig gegen die zu hohen Schweizer Medikamentenpreise unternommen wurde. Gründe für die hohen Preise gibt es viele, Lösungsvorschläge ebenso. Sie müssen nur konsequent umgesetzt werden.

Ein Teil des grossen Preisunterschieds liegt auch am Wechselkurs. Während der durchschnittliche Euro-Wechselkurs im August 2017 bei knapp 1.14 EUR/CHF lag (und mit diesem Kurs wurden die Preise in dieser Studie umgerechnet), sind die allermeisten Medikamente auf der Spezialitätenliste nach wie vor zu einem Kurs von durchschnittlich 1.28 EUR/CHF bewertet. Andere europäische Währungen haben seit dem 15. Januar 2015 eine ähnliche Entwicklung gegenüber dem Schweizer Franken hinter sich wie der Euro. So profitieren die Anbieter kassenpflichtiger Medikamente seit Jahren von einem überhöhten Wechselkurs, was die Krankenversicherer bzw. die Prämienzahler mit hohen Preisen bezahlen müssen.

Der Preisvergleich wurde mit Publikumspreisen durchgeführt. Diese enthalten den Fabrikabgabepreis, aber auch die Vertriebsmarge und die Mehrwertsteuer. Die Mehrwertsteuer ist in der Schweiz mit 2.5% relativ tief. Die Mehrwertsteuersätze der Vergleichsländer liegen zwischen 0% und 25%. Die Vertriebsmarge hingegen ist in der Schweiz zu hoch (vgl. Kapitel 5.2.).

Man sollte sich ausserdem bewusst sein, dass die ausländischen Preise oft nicht die effektiv bezahlten Preise sind, sondern „Schaufensterpreise“. Weil viele Länder für die Preisbildung auch ausländische Preise miteinbeziehen, ist es für die Hersteller vorteilhaft, einen hohen öffentlichen Preis zu erhalten und im Gegenzug geheime Preisverhandlungen zu führen. So führt ein tiefer Preis in einem Land (da er geheim ist) nicht automatisch zu tieferen Preisen in anderen Ländern. Weil die ausgehandelten Preise nicht öffentlich zugänglich sind, muss sich auch die Schweiz für den Auslandpreisvergleich auf die offiziellen und publizierten Preise abstützen. Umso wichtiger ist es, die anderen Parameter der Überprüfung streng auszugestalten und anzuwenden, um diese Problematik etwas abzuschwächen.

Es gibt viele mögliche Regulierungsmassnahmen zur Erzielung einer Kostendämpfung. Teilweise wurden sie bereits vor mehreren Jahren angekündigt, auf deren konkrete Umsetzung warten wir jedoch noch immer. Dazu gehören insbesondere die Einführung eines Referenzpreissystems (vgl. dazu Kapitel 5.1.) sowie die Anpassung der Vertriebsmargen (Kapitel 5.2.). Andere Massnahmen (vgl. Kapitel 5.3.ff) sind schnellstmöglich an die Hand zu nehmen, so dass der Grundversicherung und den Prämienzahlern endlich die möglichen Einsparungen zu Gute kommen.

5.1. Einführung eines Referenzpreissystems

5.1.1. Situation heute

Die massiven Preisunterschiede der Generika zum Ausland (die Schweiz ist durchschnittlich 143% teurer) haben insbesondere mit der Preisfestsetzungsregel in der Schweiz zu tun. Anders als bei den Originalmedikamenten wird der Preis nicht mit einem Auslandpreisvergleich ermittelt, sondern es ist der Schweizer Preis des wirkstoffgleichen Originalpräparats massge-



bend. Je nach Umsatz des Originals müssen die Generika bei Neuaufnahme einen Mindestabstand von 20-70% zum Original bzw. von 10-35% bei der regelmässigen Überprüfung einhalten. Diese Mindestabstände wurden mit den Verordnungsanpassungen per 1. März 2017 (Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)) erhöht¹², reichen aber als Kostensenkungsmassnahme bei Weitem nicht aus. Der Mindestabstand kann als implizite Preisempfehlung verstanden werden, so dass sich kein echter Preiswettbewerb unter den Generikaherstellern etabliert.

Im Vergleich zum Ausland ist der Generikaanteil in der Schweiz immer noch sehr tief. Erfreulicherweise steigt er in den letzten Jahren, wenn auch nur langsam. Im kassenpflichtigen Medikamentenmarkt (Anteil verkaufter Packungen) lag er in der Schweiz 2015 bei 27% (2014: 24.5%) während in vielen OECD-Ländern der Anteil im Jahre 2014 bei weit über 50% lag (z.B. Niederlande 71.4%, Deutschland 81%, Grossbritannien 84.3%, Daten 2015 noch nicht publiziert)¹³. Ein wichtiger Grund für den tiefen mengenmässigen Anteil in der Schweiz ist sicherlich, dass die Grundversicherung alle Medikamente auf der Spezialitätenliste vergüten muss, auch wenn eine kostengünstigere Alternative in Form eines Generikums verfügbar wäre. Die Patienten müssen allenfalls einen höheren Selbstbehalt von 20% statt 10% bezahlen (differenzierter Selbstbehalt). Der Grossteil des Kostenunterschieds übernimmt aber die Grundversicherung. Deshalb ist der Anreiz der Patienten zum Bezug von günstigen Medikamenten klar zu gering.

Generika helfen schon heute, Kosten bei patentabgelaufenen Wirkstoffen zu sparen, jedoch in einem zu geringen Ausmass. Dies liegt einerseits am tiefen Anteil, andererseits an den zu hohen Preisen. Die Einführung eines Referenzpreissystems könnte zu erheblichen Einsparungen beitragen, was die Preisüberwachung bereits im August 2013 aufzeigte¹⁴.

5.1.2. Mögliche Ausgestaltung eines Schweizer Referenzpreissystems

Viele Länder (darunter über 20 europäische) kennen ein Referenzpreissystem, welches sich jedoch von Land zu Land unterscheidet. Mit Blick ins Ausland kann auch ein für die Schweiz sinnvolles System ermittelt werden. So sollen in einem Schweizer Referenzpreissystem vorerst alle Medikamente mit demselben patentabgelaufenen Wirkstoff (sowohl Original wie auch Generika) in dieselbe Gruppe eingeteilt werden. Von der Grundversicherung wird dann für jedes Medikament einer Gruppe nur noch ein fixer Betrag (sogenannter Referenzpreis oder Festbetrag) vergütet, der sich an den günstigsten Generika orientieren soll (nicht zwingend am Günstigsten) und regelmässig anzupassen ist. Um das hohe Schweizer Generikapreisniveau möglichst schnell auf ein vernünftiges Niveau zu bringen, soll ein Auslandpreisvergleich die Obergrenze des Referenzpreises bilden.

Für die Patienten lohnt sich in einem solchen System die Nachfrage nach günstigen Produkten, welche Ihnen vollständig vergütet werden. Für die Hersteller lohnt sich eine Preisreduktion auf oder unter den Referenzpreis, da die Nachfrage nach günstigen Produkten steigen wird.

Mit einer medizinischen Begründung eines Arztes soll ausnahmsweise auch ein teureres Generikum oder das Original von der Grundversicherung vergütet werden. In allen anderen Fällen steht es dem Patienten natürlich frei, trotzdem ein teureres Medikament zu beziehen und die Differenz zum Referenzpreis selber zu bezahlen. Die Wahlfreiheit bleibt bestehen. Geändert

¹² Bisher betrug der Mindestabstand 10-60% (bei der Neuaufnahme) bzw. 10-20% (bei der regelmässigen Überprüfung). Vgl. Art. 65c Abs. 2 KVV sowie Art. 34g KLV.

¹³ Abrufbar unter http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT -> Health -> Pharmaceutical Market -> Generic market.

¹⁴ Die Preisüberwachung erwartet, dass mit einem Referenzpreissystem jährliche Einsparungen für die Grundversicherung in dreistelliger Millionenhöhe erzielt werden können, vgl. dazu die Studie der Preisüberwachung vom August 2013, abrufbar unter https://www.preisueberwacher.admin.ch/dam/pue/de/dokumente/studien/schweizer_medikamentenmarktinternationalevergleich-handlungsb.pdf.



wird nur, wer welchen Anteil bezahlt. Für medizinisch nicht angezeigte Sonderwünsche hat künftig nicht mehr die Allgemeinheit aufzukommen.

5.1.3. Begleitmassnahmen

Im Zusammenhang mit der Einführung des Referenzpreissystems ist auf eine Förderung der Generika zu achten und deren Markteintritt sowie deren Parallelimport zu vereinfachen. So ist z.B. die Vorschrift, dass alle Packungen des Originalherstellers angeboten werden müssen (und somit allenfalls auch unrentable Packungen), abzuschaffen. Ein Medikament mit demselben Wirkstoff soll den Status als Generikum erhalten, unabhängig davon, welche Packungen es gibt. Biosimilars¹⁵ sollen mit Generika gleichgestellt werden, d.h. dass alle Regelungen der Generika auch für Biosimilars gelten. Diese sollen zusammen mit den zugehörigen Originalen (den Biologika) ebenso in das Referenzpreissystem integriert werden. Um den Fokus vermehrt auf den Wirkstoff anstatt den Markennamen zu legen, wäre eine Verschreibung des Wirkstoffes (INN¹⁶) wünschenswert. Wichtig ist zudem, dass das Bewusstsein, dass Generika gleichwertig sind zum Original sowohl bei Patienten, als auch bei Ärzten und Apothekern gefördert wird.

Heute gibt es finanzielle Fehlanreize, welche zur Abgabe von teureren Medikamenten verleiten. Diese müssen mit der Neuregelung der Margenverordnung (vgl. Kapitel 5.2.) eliminiert werden. Alle Medikamente einer Referenzpreisgruppe sollen unabhängig von ihrem individuellen Preis denselben Margenbetrag in Franken (Vertriebsmarge) erhalten. Damit zudem nicht der Fehlanreiz zum Verschreiben von teuren, *patentgeschützten* Arzneimitteln anstatt günstigeren Referenzpreisarzneimitteln entsteht, muss der preisabhängige Teil der Vertriebsmarge stark reduziert und durch eine preisunabhängige Abgeltung ersetzt werden.

Theoretisch braucht es in einem Referenzpreissystem keinen Auslandpreisvergleich mehr. Da in der Schweiz jedoch die Generikapreise sehr hoch sind und um zu vermeiden, dass sich der Referenzpreis auf diesem hohen Niveau einpendelt, soll ein Auslandpreisvergleich die maximale Höhe des Referenzpreises bestimmen.

Ausserdem soll weiterhin ein Auslandpreisvergleich für die patentabgelaufenen Originale durchgeführt werden. Dieser gilt als Höchstpreis. So kann der Problematik des Generikaparadoxes, wie es z.B. in Dänemark oder Deutschland auftritt (vgl. Kapitel 4.), entgegengewirkt werden.

5.1.4. Ausblick

Bereits im Juni 2014 hat der Bundesrat beschlossen, für den patentabgelaufenen Medikamentenbereich ein Referenzpreissystem einführen zu wollen¹⁷. Dafür ist eine Anpassung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) notwendig. Die Vernehmlassung zur KVG-Änderung sollte ursprünglich im 2016 eröffnet werden und die Änderungen per 2019 in Kraft treten. Beides wurde um ein Jahr nach hinten verschoben¹⁸.

¹⁵ Biosimilars sind Nachahmerpräparate von Biologika. Diese werden mithilfe biologischer Organismen (d.h. lebenden Zellen) hergestellt. Im Gegensatz dazu sind Generika Nachahmerpräparate von chemisch hergestellten Arzneimitteln.

¹⁶ INN ist die Abkürzung von „International Nonproprietary Name“, was auf Deutsch „Internationaler Freiname“ oder „Generischer Name“ bedeutet. Dies ist eine international einheitliche Bezeichnung für den Wirkstoff. Generikanamen setzen sich meistens aus dem INN und dem Namen des Herstellers zusammen.

¹⁷ Vgl. Medienmitteilung des Bundesrates, „Die Preisfestsetzung bei Arzneimitteln soll angepasst werden“, 19. Juni 2014, abrufbar unter <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-53397.html>.

¹⁸ Vgl. Faktenblatt „Einführung Referenzpreissystem bei patentabgelaufenen Arzneimitteln“, Aktualisierung: Mai 2016, abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheit2020/faktenblaetter-alle/factsheet-referenzpreissystem-medikamente.pdf.download.pdf/221-4-factsheet-einfuehrung-referenzpreissystem-d.pdf> sowie „Faktenblatt vom 1. Februar 2017: Generika“ vom Bundesamt für Gesundheit, abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/rev-preisfestsetzung-arzneimittel-einzelfall/faktenblatt-01.02.2017-generika.pdf.download.pdf/Faktenblatt%20vom%2001.02.2017%20Generika.pdf>.



Es bleibt zu hoffen, dass zumindest dieser Fahrplan eingehalten werden kann, denn mit einem Referenzpreissystem erwarten wir jährliche Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe zugunsten der Prämienzahler.

5.2. Anpassung der Vertriebsmargen

Im Mai 2015 hat der Bundesrat angekündigt, dass das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) prüfen wird, wie unerwünschte Anreize bei der Medikamentenabgabe und beim Medikamentenverkauf verringert werden können, so dass mehr preisgünstige Medikamente abgegeben werden. Ausserdem sollen gewisse Parameter zur Berechnung des Vertriebsanteils aktualisiert werden, so dass zugunsten der Grundversicherung Einsparungen erzielt werden können. Geplant war ursprünglich, dass die entsprechende Verordnung (KLV) Anfang 2017 angepasst wird¹⁹. Doch auch jetzt, im Herbst 2017, ist weiterhin die alte Vertriebsmargenregelung in Kraft. Dass bei den Vertriebsmargen ein hohes Einsparpotential besteht, hat die Preisüberwachung bereits im Juni 2010 mit ihrer Empfehlung an das Bundesamt für Gesundheit aufgezeigt²⁰, wo ein Einsparpotential von jährlich mindestens 370 Mio. Fr. berechnet wurde. Der von Santésuisse regelmässig durchgeführte Vergleich der Vertriebsmargen mit den neun BAG-Ländern hat letztmals im November 2016 ein Einsparpotential von 458 Mio. Fr. ergeben²¹.

Problematisch ist bei der heutigen Vertriebsmarge insbesondere der hohe preisabhängige Anteil. Dadurch verdienen selbstdispensierende Ärzte und Apotheker mehr, wenn sie ein teureres Medikament abgeben. Die heutige Margenregelung soll durch eine mehrheitlich preisunabhängige Abgeltung ersetzt werden und für das künftige Referenzpreissystem einheitliche Margen, d.h. denselben Frankenbetrag pro Gruppe, vorsehen.

Wir erwarten, dass die Verordnungsanpassung vorangetrieben, die Fehlanreize eingedämmt und das Kosteneinsparpotential ausgeschöpft wird.

5.3. Regelmässige Überprüfung der Medikamentenpreise verbessern

5.3.1. Situation heute

Mit der KVV- und KLV-Anpassung per 1. März 2017 wird neu bei jeder Überprüfung der Medikamentenpreise neben dem Auslandpreisvergleich auch ein therapeutischer Quervergleich (TQV) durchgeführt und der Durchschnitt der beiden ermittelten Preise ergibt den neuen Fabrikabgabepreis (FAP). Beim TQV werden ähnliche Medikamente in der Schweiz miteinander verglichen, welche auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind und zur Behandlung derselben Krankheit eingesetzt werden. Oftmals gibt es mehrere ähnliche Medikamente. Deshalb ist es wichtig, dass auch das Wirtschaftlichkeitskriterium im KVG berücksichtigt wird und nur mit wirtschaftlichen Alternativen verglichen wird.

Theoretisch werden jedes Jahr ein Drittel der kassenpflichtigen Medikamente überprüft. Die letzte Überprüfung der Medikamente fand jedoch zwischen 2012 und 2014 statt. Damals war der Eurokurs noch über 1.20 EUR/CHF (und es gab zusätzlich eine Toleranzmarge von

¹⁹ Vgl. Medienmitteilung des Bundesrates, „Anreize bei Abgabe und Vertrieb von Medikamenten werden überprüft“, 20. Mai 2015, abrufbar unter <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-57318.html>.

²⁰ Vgl. Empfehlung des Preisüberwachers z.H. des BAG zur kanalspezifischen Senkung der Medikamenten-Vertriebsmargen für verschreibungspflichtige Arzneimittel gemäss Art. 35a Abs. 1 und 2 KLV, 3. Juni 2010, abrufbar unter https://www.preisueberwacher.admin.ch/dam/pue/de/dokumente/empfehlungen/empfehlung_vertriebsmargen.pdf.download.pdf/empfehlung_vertriebsmargen.pdf.

²¹ Vgl. „Schweizer Medikamenten-Margen 458 Millionen Franken höher als im Ausland“, Santésuisse, 25. November 2016, abrufbar unter http://www.santesuisse.ch/de/details/content/schweizer_medikamenten_margen_458_millionen_franken_hoher_als_im_ausland.



5%). Auch andere europäische Währungen haben sich seither deutlich verändert. Nun wird dieses Jahr ein Drittel der Medikamente überprüft und allenfalls per 1. Dezember im Preis gesenkt. Nächstes Jahr folgt der zweite Drittel; der letzte Drittel profitiert sogar bis Dezember 2019, d.h. fast 5 Jahre nach der Aufhebung der Euro-Untergrenze vom 15. Januar 2015, von einem durchschnittlichen Wechselkurs von 1.28 EUR/CHF.

Die regelmässige Überprüfung ist richtig und wichtig. Jedoch könnte mit einer anderen Ausgestaltung ein erheblich grösseres Sparpotential ausgeschöpft werden. Viele der nachfolgend aufgeführten Verbesserungsmöglichkeiten gelten grundsätzlich auch bei der Aufnahme auf die Spezialitätenliste (und somit für die erstmalige Preisfestsetzung) sowie bei weiteren Preisüberprüfungen, beispielsweise bei Patentablauf.

5.3.2. Jährliche Überprüfung aller Medikamente

Alle Medikamente, welche zur selben therapeutischen Gruppe gehören, werden neu gleichzeitig (alle drei Jahre) überprüft. Der Entscheid, welche Gruppe wann an der Reihe ist, erfolgte per Los. Glück hatten diejenigen, welche erst 2019 überprüft werden und somit noch zwei Jahre länger vom hohen Wechselkurs profitieren können. Für die Gleichbehandlung aller Medikamente bzw. deren Hersteller wäre eine gleichzeitige Überprüfung aller Medikamente erforderlich. Je nach Entwicklung der Wechselkurse profitieren einige Medikamente von einem vorteilhafteren Kurs für insgesamt drei Jahre, während bei Präparaten, welche zu einem anderen Zeitpunkt überprüft werden, drei Jahre lang ein schlechterer Kurs gilt. Bei einer jährlichen Überprüfung aller Medikamente würden allen Arzneimitteln gleichzeitig dieselben Parameter zugrunde liegen. Dies würde auch die Gefahr von Rekursen reduzieren.

Ausserdem würden die Vorgaben des Bundesgerichts besser eingehalten. In einem Urteil vom 14. Dezember 2015 (9C_417/2015) steht, dass aufgrund von Art. 32 Abs. 2 KVG sichergestellt werden muss, „dass die Arzneimittel der SL die Kriterien von Abs. 1 (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) **jederzeit** erfüllen“ (Erwägung 5.4.). Dies wäre bei einer jährlichen Überprüfung viel besser erreicht als mit einer Überprüfung alle drei Jahre, welche jetzt sogar zwei Jahre lang ausgesetzt wurde. Auch der Bundesrat geht davon aus, „dass die aktuellen SL-Preise im Vergleich zu den Referenzländern zu hoch sind“²². Das Einsparpotential ist sehr hoch. Für die Grundversicherung und die Prämienzahler würden mit einer jährlichen Überprüfung Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe resultieren.²³

5.3.3. Basis des TQV muss der aktuellste Preis sein

Beim TQV werden ähnliche Medikamente miteinander verglichen. Dabei ist unverständlicherweise der *alte* Preis eines ähnlichen Präparats relevant. So wird mit einem Preis verglichen, welcher zum Zeitpunkt der Preisänderung (per 1. Dezember) höchstwahrscheinlich nicht mehr aktuell ist. Dies trifft zurzeit wohl bei den meisten Medikamenten zu, da sie grösstenteils noch mit einem Wechselkurs von durchschnittlich 1.28 EUR/CHF bewertet sind. Diese Preise wurden vor Jahren (mehrheitlich zwischen 2012 und 2014) letztmals überprüft und allenfalls angepasst. So basiert der TQV auf mehrere Jahre alten Preisen, während der APV im jeweiligen Überprüfungsjahr durchgeführt wird und deshalb aktuell ist. Um dieses Problem zu umgehen,

²² Vgl. Antwort des Bundesrates vom 31. August 2016 auf die Interpellation Weibel (16.3513), abrufbar unter <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=20163513>.

²³ In der Medienmitteilung vom 1. Februar 2017 zur „Wiederaufnahme der periodischen Überprüfung der Arzneimittel“, abrufbar unter www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-65469.html geht der Bundesrat von Preissenkungen von insgesamt 180 Mio. Fr. bei den Überprüfungen 2017 bis 2019 aus, d.h. durchschnittlich 60 Mio. Fr. pro Jahr. Wenn alle Medikamente bereits im 2017 überprüft würden, könnten nur schon wegen dieser Überprüfung zusätzlich 180 Mio. Fr. zugunsten der Grundversicherung gespart werden (60 Mio. Fr. für die Tranche von 2018, da sie ein Jahr früher überprüft würde und 2 x 60 Mio. Fr. für die Tranche von 2019, da sie zwei Jahre früher überprüft würde).



sollte immer zuerst der APV gemacht werden. Dann kann der TQV auf dem aktuellen APV-Niveau durchgeführt werden.

Auch das Bundesgericht (BG) hält dieses Vorgehen für richtig. In einem BG-Urteil vom 23. Mai 2017 (9C_305/2016) ging es um die dreijährliche Überprüfung eines Arzneimittels²⁴. Für den TQV hat das BAG den neuen, ab 1. November gültigen Fabrikabgabepreis des Vergleichspräparats verwendet. Gegen den Entscheid des BAG wurde vom Hersteller Rekurs eingelegt. Strittig war insbesondere, ob es rechtmässig ist, auf den zum Verfügungszeitpunkt noch nicht rechtskräftigen Fabrikabgabepreis des Vergleichspräparats abzustellen.

Das Bundesgericht stimmte dem Bundesverwaltungsgericht als Vorinstanz²⁵ zu: „nur eine Berücksichtigung des ab 1. November des Überprüfungsjahres geltenden Preises des parallel überprüften Vergleichsartzeimittels stehe im Einklang mit Sinn und Zweck der dreijährlichen Überprüfung der Aufnahmebedingungen.“ Ansonsten würden den beiden verglichenen Arzneimitteln zeitlich mehrere Jahre auseinander liegende Parameter zugrunde gelegt. Somit bestätigen sowohl das Bundesverwaltungsgericht wie auch das Bundesgericht das Abstützen auf noch nicht rechtsverbindliche Preise als korrekt.

Alle drei Instanzen (BAG, Bundesverwaltungsgericht und Bundesgericht) sprechen sich für die Berücksichtigung der aktuellsten Preise aus (d.h. bisher per 1. November, neu per 1. Dezember). Jedoch wurde unverständlicherweise bei der letzten Anpassung der KLV, trotz Kritik der Preisüberwachung, in Art. 34f Abs. 2 und 3 festgelegt, dass für den TQV die am 1. Januar geltenden Fabrikabgabepreise massgebend sind. Preisänderungen werden bis am 1. Juli berücksichtigt. Somit werden für den TQV (im Gegensatz zum APV) in der Regel Preise verglichen, welche mehrere Jahre zuvor ermittelt wurden.

Art. 34f Abs. 2 und 3 KLV sind nun schnellstmöglich dahingehend anzupassen, dass der TQV auf möglichst aktuellen Preisen zu ermitteln ist. Das ist möglich, indem jeweils zuerst der APV und danach der TQV durchgeführt wird.

5.3.4. Tieferer Wert aus APV und TQV soll neuen FAP bestimmen (Kostengünstigkeitsprinzip)

Im KVG wird sowohl das Kriterium der Wirtschaftlichkeit betont (Art. 32 Abs. 1), als auch die Notwendigkeit, dass Vertragspartner und die zuständigen Behörden darauf achten, „dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird“ (Art. 43 Abs. 6). Wirtschaftlichkeit und Kostengünstigkeit sind also zwei wichtige Kriterien des KVG, die auch bei der Ermittlung eines neuen Fabrikabgabepreises berücksichtigt werden müssen. Aus den beiden Vergleichen APV und TQV muss somit jeweils der tiefere ermittelte Wert den neuen Fabrikabgabepreis bestimmen und nicht wie heute der Durchschnitt der beiden ermittelten Werte.

Es soll nun direkt im KVG verankert werden, dass jeweils der tiefere Wert aus APV und TQV den neuen FAP bestimmt. Da für die Einführung des Referenzpreissystems das KVG sowieso angepasst wird, kann diese Bestimmung gleichzeitig ins KVG aufgenommen werden.

²⁴ Die Beurteilung erfolgte gemäss der ab 1. Juni bzw. 1. Juli 2013 bis 31. Mai 2015 gültigen Fassung der KVV und KLV. Damals war (im Gegensatz zu heute) noch nicht explizit geregelt, welcher Stichtag für den TQV massgeblich sein soll. Weil das Arzneimittel im Ausland nicht im Handel war, wurde die Wirtschaftlichkeit nur anhand des TQV geprüft. Das verglichene Medikament wurde im selben Jahr ebenfalls überprüft und per 1. November im Preis gesenkt. Damals galten die Preisänderungen per 1. November, ab 2017 gelten sie per 1. Dezember.

²⁵ Das Bundesverwaltungsgericht sprach sich im Urteil vom 14. März 2016 (C-5570/2013) dafür aus, beim TQV „auf möglichst aktuelle Daten abzustellen“. Ausserdem wird angemerkt, dass „ein konsequentes Abstellen auf die per 1. November des Überprüfungsjahres geltenden Preise zu einer grösseren Gleichbehandlung“ führe, als wenn beim TQV auf die vor dem 1. November geltenden Preise und damit auf mehrere Jahre alte APV-Basiswerte abgestellt werde.



5.3.5. Länderkorb erweitern

Wie der Vergleich bei den Originalmedikamenten gezeigt hat, gehören die neun BAG-Länder zu den eher teureren Vergleichsländern. Eine Ausweitung des Länderkorbs wäre deshalb sinnvoll. Beispielsweise Italien als unser Nachbarland, aber auch Spanien und Portugal sollten in den Länderkorb integriert werden.

5.4. Antrags- und Beschwerderecht für Krankenversicherer

Bei der Festlegung der Medikamentenpreise durch das Bundesamt für Gesundheit haben die Hersteller ein Beschwerderecht. Die Krankenversicherer als Vertreter der Prämienzahler jedoch müssen die festgelegten Preise akzeptieren und müssen sich auch mit anderen Entscheidungen des BAG (z.B. Aufnahme in die Kassenpflicht, Erweiterung oder Einschränkung der Limitierung oder Indikation) abfinden. Obwohl sie als Zahler von den Entscheidungen des BAG stark betroffen sind, haben sie keine Beschwerdemöglichkeit.

Durch das einseitige Beschwerderecht besteht die Gefahr, dass Entscheidungen tendenziell stärker zugunsten der Hersteller getroffen werden. Mindestens ein Indiz hierfür sieht man in Kapitel 5.3.3.: Anstatt den Stichtag per 1. Dezember wurde bei den Verordnungsanpassungen (KVV und KLV) per 1. März 2017 bestimmt, dass für den Vergleichspreis des TQV der 1. Januar bzw. spätestens der 1. Juli als Stichtag gilt. Dies ist für die Hersteller vorteilhaft, da die alten Preise grösstenteils höher sind, insbesondere wegen den höheren zugrundeliegenden Wechselkursen. Wenig später erklärte das Bundesgericht (Urteil vom 23. Mai 2017, 9C_305/2016), das Abstützen auf den noch nicht rechtskräftigen Preis des Vergleichspräparats (früher per 1. November, heute per 1. Dezember) als zulässig und bestätigte, dass mit einem möglichst aktuellen Preis verglichen werden sollte.

Auch bei einzelnen Entscheidungen bezüglich der Spezialitätenliste (z.B. Aufnahme in die Kassenpflicht, Preis, Erweiterung oder Einschränkung der Limitierung oder Indikation) besteht die Gefahr, dass Entscheidungen getroffen werden, welche tendenziell stärker zugunsten der Hersteller ausfallen, um somit Rekurse zu vermeiden. Deshalb braucht es ein Gleichgewicht, so dass auch die Vertreter der Prämienzahler, d.h. die Krankenversicherer, eine Beschwerdemöglichkeit besitzen. Auch nur schon bei drohender Beschwerde durch die Krankenversicherer ist es möglich, dass die Hersteller eher bereit sind, tiefere Arzneimittelpreise zu akzeptieren, damit die Vergütung nicht wegen eines Beschwerdeverfahrens verzögert wird.

Gleichzeitig mit dem Beschwerderecht braucht es auch ein Antragsrecht für die Krankenversicherer. So haben sie die Möglichkeit, auch aktiv an der Gestaltung der SL mitzuwirken und beispielsweise die Streichung von unwirksamen Medikamenten zu verlangen.

Neben den Krankenversicherern und Ihren Verbänden soll auch den Patientenorganisationen ein Antrags- und Beschwerderecht zugesprochen werden. Dafür muss im KVG eine entsprechende Ergänzung gemacht werden. Wegen der geplanten Einführung eines Referenzpreissystems wird das KVG zurzeit sowieso angepasst, so dass gleichzeitig diese Ergänzung eingefügt werden kann.

5.5. Aufhebung des Territorialitätsprinzips

Heute werden von der Grundversicherung nur Leistungen vergütet, welche in der Schweiz erbracht werden (Ausnahmen sind Notfälle). Dies gilt auch für den Bezug von Medikamenten. Viele Patienten wären bereit, ihre Medikamente günstiger im Ausland zu beziehen und damit zugunsten der Grundversicherung Geld zu sparen. Grundsätzlich ist es auch schon heute erlaubt, eigene Medikamente für einen Monatsbedarf im Ausland zu kaufen und zu importieren. Aber die Grundversicherung darf diese Medikamente nicht vergüten.



Sinnvoll wäre, die Vergütung zu erlauben, wenn ein Patient über ein Arztrezept verfügt, das Medikament (bzw. ein Medikament mit demselben Wirkstoff) auf der Spezialitätenliste steht und es im Ausland günstiger ist. Wichtig ist, dass der Bezug im Ausland freiwillig ist. Jedoch sollen Patienten, welche zugunsten der Grundversicherung Kosten sparen wollen, unterstützt werden. Neben den direkten Einsparungen dank dem Bezug günstigerer Medikamente könnten die Schweizer Preise durch die preiswerte Konkurrenz unter Druck geraten. Schliesslich handelt es sich bei Medikamenten um handelbare Güter, die jedoch aufgrund des Territorialitätsprinzips eine Marktabschottung erfahren.

Bedenken, dass die Patientensicherheit durch eine Aufhebung des Territorialitätsprinzips gefährdet ist, sind unbegründet, weil nur die Vergütung der im Ausland gekauften Medikamente geändert wird. Die Vergütung hat jedoch nichts mit der Patientensicherheit zu tun. Schliesslich ändert sich am Medikament ja nichts, wenn es anstatt vom Patienten selber von der Krankenkasse bezahlt wird. *Würde grundsätzlich die Patientensicherheit angezweifelt, müsste der Import der Medikamente verboten werden und nicht die Kostenübernahme durch die Grundversicherung.*

Im National- und Ständerat sind zwei Motionen zu diesem Thema eingereicht worden²⁶. Diese Motionen haben eine Vergütungspflicht von im Ausland freiwillig bezogenen Leistungen der OKP (Obligatorische Krankenpflegeversicherung) zum Ziel. So sollen auch im Ausland gekaufte Medikamente von der Grundversicherung bezahlt werden, falls das Medikament im Ausland günstiger ist und es von einem Arzt verschrieben wurde. Der Bundesrat beantragt zwar, die beiden Motionen abzulehnen, zeigt sich aber bereit zu prüfen, „ob eine Vergütung von bestimmten im Ausland gekauften Arzneimitteln unter gewissen Voraussetzungen sinnvoll sein könnte“. Die Motionen wurden bisher in den Räten noch nicht behandelt. National- und Ständeräte haben es nun in der Hand, das Territorialitätsprinzip zugunsten der Prämienzahler aufzuheben.

5.6. Weitere Massnahmen

Selbstverständlich müssen nicht nur im patentabgelaufenen Bereich Massnahmen zur Kostensenkung ergriffen werden. Viele der vorgenannten Forderungen, wie beispielsweise die jährliche Überprüfung aller Medikamente, der Vergleich mit dem aktuellsten Preis (per 1. Dezember) beim TQV sowie die konsequente Umsetzung des Kostengünstigkeitsprinzips betreffen auch die patentgeschützten Arzneimittel. Bei neuen Medikamenten muss ausserdem der Innovationszuschlag abgeschafft werden. Neue Medikamente dürfen keine höheren Preise erhalten als die bisherigen. Ist ein neues Medikament wirklich besser als ein altes, wird es oft nachgefragt werden und der Umsatz ist hoch dank der hohen Verkaufsmenge. Es braucht deshalb nicht noch einen zusätzlich hohen Preis. In anderen Branchen gibt es auch keinen Innovationszuschlag und es wird trotzdem investiert. Die Preisspirale gegen oben muss unterbrochen werden. Forschung und Entwicklung neuer Medikamente soll sich lohnen, doch die Preise vieler neuer Medikamente stehen in keinem Verhältnis zum Aufwand. Ausserdem sollten neue Medikamente nur befristet (z.B. für 3 oder 5 Jahre) in die Spezialitätenliste aufgenommen werden. Denn zum Zeitpunkt der Aufnahme ist häufig noch unklar, ob die versprochene Wirkung wirklich erzielt werden kann. Oftmals werden die neuen Medikamente auch als Kombinationstherapien angewendet und es braucht neue Lösungen, um die damit verbundenen sehr hohen Kosten eindämmen zu können.

²⁶ Mo 16.3948 Lohr (CVP/TG), Einführung einer Vergütungspflicht bei im Ausland freiwillig bezogenen OKP-Leistungen <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20163948> sowie Mo 16.3988 Ettlín (CVP/OW), Einführung einer Vergütungspflicht bei im Ausland freiwillig bezogenen OKP-Leistungen <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20163988>.



6. Schlussfolgerungen

In dieser Studie wurden die Preise von 20 umsatzstarken patentabgelaufenen Wirkstoffen verglichen. Der Preisvergleich mit 15 europäischen Ländern zeigt, dass die Schweizer Preise sehr hoch sind. Die Preise der günstigsten Generika sind in den Vergleichsländern durchschnittlich 59% günstiger, d.h. die Schweiz muss mehr als doppelt so viel (143% mehr) für die günstigsten Generika bezahlen als in diesen Vergleichsländern. Bei den patentabgelaufenen Originalarzneimitteln ist das Ausland durchschnittlich 38% günstiger, d.h. die Schweizer Preise sind durchschnittlich 61% höher.

Um den Preisunterschied zum Ausland zu verringern und das hohe Sparpotential zugunsten der Grundversicherung im Sinne der Kostendämpfung auszunutzen, sind insbesondere folgende Regulierungsmassnahmen dringend zu ergreifen:

- Rasche Einführung eines griffigen Referenzpreissystems (Kap. 5.1.)
- Vertriebsmargen senken und Fehlanreize korrigieren (Kap. 5.2.)
- Jährliche Überprüfung aller Medikamentenpreise (Kap. 5.3.2)
- TQV auf Basis von aktuellen Preisen gültig per 1. Dezember (Kap. 5.3.3)
- Kostengünstigkeitsprinzip einhalten: tieferer Wert aus APV und TQV bestimmt den neuen Fabrikabgabepreis (Kap. 5.3.4)
- Länderkorb erweitern (Kap. 5.3.5)
- Antrags- und Beschwerderecht für Krankenversicherer und Patientenorganisationen (Kap. 5.4.)
- Abschaffung des Territorialitätsprinzips und Vergütung von im Ausland gekauften Medikamenten durch die soziale Krankenversicherung (Kap. 5.5.)

Diese Massnahmen können mithelfen, die Medikamentenkosten zu senken und Fehlanreize im System zu reduzieren. Damit würden die Gesundheitskosten und somit auch die Krankenversicherungsprämien in den nächsten Jahren weniger stark ansteigen. Es ist wichtig, dass in allen Bereichen, und somit auch bei den kassenpflichtigen Medikamenten, das mögliche Einsparpotential zugunsten der Grundversicherung bzw. der Prämienzahlenden konsequent genutzt wird.