



**Medikamentenpreisregulierung:
Referenzpreissysteme in Europa und
Empfehlung für die Ausgestaltung eines
derartigen Systems für die Schweiz**

Bern, Mai 2018



Inhaltsverzeichnis

1. Einführung.....	1
2. Systeme im patentabgelaufenen Bereich	2
2.1. Aktuelle Preisfestsetzungs- und Vergütungsregeln in der Schweiz.....	2
2.2. Referenzpreissystem.....	3
3. Referenzpreissysteme in verschiedenen Ländern kurz erklärt.....	4
3.1. Deutschland	4
3.2. Niederlande.....	4
3.3. Dänemark	5
3.4. Frankreich	5
3.5. Finnland	5
3.6. Referenzpreissystem-ähnliche Modelle in Schweden und Norwegen.....	6
4. Sinnvolle Parameter für ein Schweizer Referenzpreissystem	6
4.1. Gruppeneinteilung	6
4.2. Referenzpreishöhe	7
4.3. Anpassungshäufigkeit	8
4.4. Zuständigkeit.....	8
5. Notwendige Begleitmassnahmen für ein Schweizer Referenzpreissystem	9
5.1. INN-Verschreibung und Generikasubstitution.....	9
5.2. Ausnahmen der Substitution	9
5.3. Auslandpreisvergleich	10
5.4. Abbau von Zulassungshürden und Vereinfachung des Parallelimports	10
5.5. Selbstbehalt	10
5.6. Vertriebsmargen.....	11
5.7. Information der Patienten	11
5.8. Übergangsregelung.....	11
5.9. Einbindung aller Akteure	12
6. Argumente für ein Referenzpreissystem.....	12
6.1. Argumente gegen mögliche Kritik an einem Referenzpreissystem	12
6.2. Argumente für ein Referenzpreissystem.....	15
7. Zusammenfassung eines sinnvollen Schweizer Referenzpreissystems.....	16
8. Fazit	17



1. Einführung

Die Gesundheitskosten und mit ihnen auch die Krankenkassenprämien steigen jedes Jahr deutlich stärker als die Teuerung und das Bruttoinlandprodukt (BIP). Die kassenpflichtigen Medikamente sind ein wichtiger Kostenblock in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mit Jahreskosten von mehr als 6 Milliarden Franken (rund 20% der OKP-Kosten). Vergleiche mit dem Ausland zeigen regelmässig, dass die Medikamentenpreise in der Schweiz sehr hoch sind. Dies gilt insbesondere auch für Generika und patentabgelaufene Originalpräparate, wie zuletzt der Auslandpreisvergleich der Preisüberwachung vom November 2017¹ gezeigt hat.

Ausserdem ist der Anteil der Generika an der insgesamt abgegebenen Menge in der Schweiz tief. Im kassenpflichtigen Medikamentenmarkt lag er 2015 bei 27% (Anteil verkaufter Packungen). Der Generikaanteil ist beispielsweise in Dänemark mit 60.8%, in den Niederlanden mit 72.4% und in Deutschland mit sogar 81.4%² deutlich höher.

Die Gründe für den tiefen Anteil der Generika und deren hohe Preise liegen insbesondere bei der Preisfestsetzungsregel der Generika (Abstandsregel) und der Vergütungspraxis (vgl. Ausführungen unter 2.1.). Helfen würde ein Systemwechsel zu einem Referenzpreissystem, das auch Festbetragssystem genannt wird. Bei einem derartigen System würde die Grundversicherung nur noch einen fixen Betrag pro Wirkstoff vergüten. Viele Länder kennen bereits ein solches Vergütungssystem, welches sich jedoch von Land zu Land leicht unterscheidet.

In Kapitel 2 werden das heutige Schweizer Vergütungssystem im patentabgelaufenen Bereich beschrieben und dessen Probleme aufgezeigt. Es folgt eine allgemeine Beschreibung eines Referenzpreissystems. In Kapitel 3 werden verschiedene Ausgestaltungen des Referenzpreissystems in anderen europäischen Ländern beschrieben.

In den Kapiteln 4 und 5 wird ein sinnvolles Referenzpreissystem für die Schweiz skizziert, und zwar sowohl bezüglich sinnvoller Systemparameter (Kapitel 4) als auch notwendiger Begleitmassnahmen (Kapitel 5). Kapitel 6 zeigt die wichtigsten Argumente, welche für ein Referenzpreissystem sprechen und zum Schluss werden die wichtigsten Parameter für ein sinnvolles Schweizer Referenzpreissystem nochmals zusammengefasst.

¹ Die Studie ist abrufbar auf der Webseite des Preisüberwachers oder direkt unter www.preisueberwacher.admin.ch/pue/de/home/dokumentation/publikationen/studien---analysen/2017.html

² Die Informationen zum Generikaanteil auch von anderen Ländern ist abrufbar unter <http://stats.oecd.org> -> Health -> Pharmaceutical Market -> Generic market.



2. Systeme im patentabgelaufenen Bereich

2.1. Aktuelle Preisfestsetzungs- und Vergütungsregeln in der Schweiz

Die Preise der patentabgelaufenen (wie auch der patentgeschützten) Originalpräparate werden über einen Auslandpreisvergleich (APV) und einen therapeutischen Quervergleich (TQV, Vergleich mit ähnlichen bereits zugelassenen Medikamenten in der Schweiz) bestimmt. Für die Generika hingegen gilt die sogenannte Abstandsregel, d.h. sie müssen einen bestimmten Mindestabstand zum Preis des zugehörigen wirkstoffgleichen Originalpräparats einhalten. Je nach Umsatz des Originals beträgt er 20-70% bei Neuaufnahme und 10-35% bei der Überprüfung alle drei Jahre³. Dieser Mindestabstand kann jedoch von den Herstellern als implizite Preisempfehlung verstanden werden, so dass unter den Generika kein wirksamer Preiswettbewerb entsteht.

Dies ist besonders im Zusammenhang mit der Vergütungsregel problematisch, welche falsche Anreize schafft: Die Grundversicherung muss alle auf der Spezialitätenliste (SL) stehenden Medikamente vergüten, auch wenn günstigere Alternativen vorhanden sind. Allenfalls beträgt der Selbstbehalt bei teuren patentfreien Medikamenten (Original und Generika) mit einer günstigeren Alternative 20% statt 10% (differenzierter Selbstbehalt). Der Anreiz der Patienten zum Bezug günstiger Medikamente ist dadurch jedoch zu gering. Dies erklärt auch den in der Schweiz tiefen Generikaanteil im internationalen Vergleich.

Diese Vergütungsregel widerspricht dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). In Art. 43 Abs. 6 KVG steht: „Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung **zu möglichst günstigen Kosten** erreicht wird.“ Eine „hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung“ wäre auch zu günstigeren Kosten möglich, wenn nur die günstigsten Generika vergütet würden und nicht mehr teure Generika und Originalpräparate. Die Wirtschaftlichkeit ist auch eine der Bedingungen zur Kostenübernahme (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG). In der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), heisst es zudem in Art. 65b Abs. 1: „Ein Arzneimittel gilt als wirtschaftlich, wenn es die indizierte Heilwirkung mit möglichst geringem finanziellem Aufwand gewährleistet.“

Die heutige Vergütungsregel im patentabgelaufenen Bereich stimmt somit nicht mit den Vorgaben des KVG überein. Diesen Widerspruch hat auch der Bericht der parlamentarischen Verwaltungskontrolle zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerats vom 13. Juni 2013 kritisiert und die Preisregulierung bei den Generika deshalb als rechtlich widersprüchlich bezeichnet.

Laut Expertenbericht „Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ vom 24. August 2017 gehört die Einführung eines Referenzpreissystems zu den Massnahmen mit inhaltlich und zeitlich oberster Priorität. Mittlerweile hat der

³ Diese Abstände sind in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) Art. 65c sowie in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) Art. 34g geregelt und wurden letztmals per 1. März 2017 angepasst.



Bundesrat am 29. März 2018 angekündigt, im Herbst 2018 einen Vorschlag in die Vernehmlassung zu schicken.

2.2. Referenzpreissystem

In mehr als 20 europäischen Ländern gibt es bereits ein Referenzpreissystem. Dessen Ausgestaltung unterscheidet sich je nach Land, doch es lässt sich allgemein wie folgt beschreiben:

In einem Referenzpreissystem werden die Medikamente in Gruppen eingeteilt (je nach Land sind Medikamente mit gleichen oder ähnlichen Wirkstoffen in derselben Gruppe) und die Krankenversicherer vergüten nur noch einen fixen Maximalbetrag pro Gruppe (sogenannter Referenzpreis oder Festbetrag), der sich in der Regel an den günstigsten Generika orientiert. Dessen Höhe wird regelmässig überprüft. Für die Hersteller von Generika und von patentabgelaufenen Originalpräparaten kann es sich lohnen, ihre Preise auf oder unter den Referenzpreis zu reduzieren, da so der Bezug für die Patienten attraktiv ist (da sie keine weitere Zuzahlung mehr leisten müssen). Die Patienten beziehen nun die Höhe des Medikamentenpreises (oder zumindest die Differenz zum Referenzpreis) in ihre Entscheidung mit ein. Die Wahlfreiheit für die Patienten bleibt aber bestehen, da sie weiterhin eine Auswahl haben und entscheiden können, welches Medikament sie beziehen möchten. Es ändert sich nur, wer wieviel bezahlt. In Ausnahmefällen, welche von einem Arzt medizinischen begründet werden müssen, wird ein teures Generikum oder das Originalpräparat in der Regel weiterhin vergütet.

Ein Referenzpreissystem wird insbesondere durch folgende Parameter (vgl. Kapitel 4) charakterisiert:

- *Gruppeneinteilung*: selbe oder ähnliche Wirkstoffe, Dosierungen, Packungsgrössen und Darreichungsformen in derselben Gruppe.
- *Referenzpreishöhe*
- *Anpassungshäufigkeit*

Ausserdem beeinflussen diverse Begleitmassnahmen (vgl. Kapitel 5) die Wirkung eines Referenzpreissystems.

Folgende europäischen Länder haben bereits ein Referenzpreissystem eingeführt: Deutschland, Frankreich, Niederlande, Dänemark, Finnland, Belgien, Italien, Spanien, Portugal, Tschechien, Polen, Bulgarien, Rumänien, Ungarn, Slowenien, Slowakei, Kroatien, Estland, Lettland, Litauen und Griechenland. Auch ausserhalb Europas gibt es einige Länder mit einem Referenzpreissystem, beispielsweise Australien, Neuseeland und Südafrika. Daneben gibt es Länder, die zwar offiziell kein Referenzpreissystem haben, aber deren Vergütung der Medikamentenkosten im patentabgelaufenen Bereich sehr stark an ein Referenzpreissystem erinnern, beispielsweise Schweden und Norwegen.



3. Referenzpreissysteme in verschiedenen Ländern kurz erklärt

In diesem Kapitel werden die Referenzpreissysteme in Deutschland, den Niederlanden, Dänemark, Frankreich und Finnland sowie die Referenzpreissystem-ähnlichen Modelle in Schweden und Norwegen kurz beschrieben.

3.1. Deutschland

Einführung: Bereits im Jahr 1989 erfolgte die Einführung des Referenzpreissystems in Deutschland (dort „Festbetragssystem“ genannt). In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten wurde es laufend weiterentwickelt.

Gruppenbildung: Neben patentabgelaufenen Originalpräparaten und Generika mit demselben Wirkstoff können auch Arzneimittel mit vergleichbaren Wirkstoffen oder sogar mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in derselben Referenzpreisgruppe enthalten sein. Auch patentgeschützte Originalpräparate ohne therapeutische Verbesserung (wie besserer Wirksamkeit oder weniger Nebenwirkungen) können in Referenzpreisgruppen eingeteilt werden.

Anpassungshäufigkeit: Die Referenzpreise müssen mindestens einmal pro Jahr überprüft werden.

Referenzpreishöhe: Die Festlegung des Referenzpreises ist etwas kompliziert: Der Festbetrag wird für die Standardpackung⁴ bestimmt. Er soll im untersten Drittel der Preise der entsprechenden Gruppe liegen. Gleichzeitig müssen weitere Bedingungen erfüllt sein, z.B. müssen mindestens ein Fünftel aller Verordnungen und mindestens ein Fünftel aller Packungen zum Referenzpreis verfügbar sein. Die Festbeträge für alle von der Standardpackung abweichenden Wirkstoffstärken-Packungsgrößen-Kombinationen werden mit Hilfe eines regressionsanalytischen Verfahrens auf der Basis der Standardpackung berechnet.

Besonderes: Ein Arzneimittel, dessen Fabrikabgabepreis mindestens 30% unter dem Referenzpreis liegt, kann von der Zuzahlung (normalerweise € 5 – 10) befreit werden. Dies fördert den Preiswettbewerb auch unter dem Niveau des Referenzpreises.

3.2. Niederlande

Einführung: Auch die Niederlande gehören zu den Ländern, welche schon früh ein Referenzpreissystem (1991) eingeführt haben.

Gruppenbildung: In derselben Referenzpreisgruppe können sowohl Medikamente mit identischen als auch mit ähnlichen Wirkstoffen eingeteilt werden.

Referenzpreishöhe: Die Versicherer haben seit einigen Jahren die Möglichkeit, nur noch ein Medikament pro Gruppe zu bezahlen, ausser es sprechen medizinische Gründe dagegen. Es wird deshalb oft nur das günstigste Medikament einer Referenzpreisgruppe vergütet. Dies

⁴ Die Standardpackung ist die von unterschiedlichen Herstellern am häufigsten angebotene Wirkstoffstärken-Packungsgrößen-Kombination. Falls es mehrere davon gibt, ist es die am häufigsten verordnete Packung.



fürhte zu starken Preisreduktionen. Im europäischen Vergleich haben die Niederlande sehr tiefe Generikapreise.

3.3. Dänemark

Einführung: Dänemark hat das Referenzpreissystem 1993 eingeführt.

Gruppenbildung: Medikamente müssen denselben Wirkstoff haben, um in dieselbe Referenzpreisgruppe eingeteilt zu werden.

Referenzpreishöhe: Jeweils das günstigste Medikament bestimmt den Referenzpreis, zuzüglich einer Toleranzmarge. Diese ist abhängig vom Medikamentenpreis und beträgt DKK 5 – 20 (ca. Fr. 0.80 – 3.20 Fr.).

Anpassungshäufigkeit: Der Referenzpreis wird alle zwei Wochen überprüft.

Besonderes: In Dänemark sind die Generikapreise tief, die Preise für patentabgelaufene Originalpräparate jedoch hoch, oft sogar höher als in der Schweiz. Da die Hersteller in der Preisgestaltung frei sind, kann es für die Originalhersteller unter Umständen lukrativer sein, den Preis hoch anzusetzen und so die preisunsensiblen Nachfrager mit Markenpräferenz sowie die wenigen Patienten, welche aus medizinischen Gründen das Originalmedikament beziehen müssen, zu bedienen anstatt mit den günstigen Generika einen Preiswettbewerb zu führen. Dieses Phänomen wird als Generikaparadox bezeichnet.

3.4. Frankreich

Einführung: Frankreich hat seit 2003 ein Referenzpreissystem.

Besonderes: Das Referenzpreissystem kommt für einen bestimmten Wirkstoff erst zum Zug, wenn die Generikasubstitution ungenügend hoch ist.

Gruppenbildung: Nur Medikamente mit demselben Wirkstoff werden in dieselbe Referenzpreisgruppe eingeteilt.

Preisniveau/Referenzpreishöhe: Der Fabrikabgabepreis des Originals bei Patentablauf bestimmt die neuen Preise. Die Preise der Generika sind um 60% tiefer, der Preis des Originals wird um 20% reduziert. Nach 18 Monate folgen weitere Preissenkungen. Falls für einen Wirkstoff eine Referenzpreisgruppe eröffnet wird, bestimmt in der Regel das Generikapreisniveau den Referenzpreis.

3.5. Finnland

Einführung: Finnland hat das Referenzpreissystem 2009 eingeführt.

Gruppenbildung: Medikamente müssen denselben Wirkstoff haben, um in dieselbe Referenzpreisgruppe eingeteilt zu werden.

Anpassungshäufigkeit/Referenzpreishöhe: Der Referenzpreis wird vierteljährlich überprüft. Vor jeder Periode müssen die Hersteller den Preis sowie die Information, ob das jeweilige Produkt grundsätzlich während dem gesamten Quartal erhältlich ist, melden. Der Referenzpreis wird aufgrund des tiefsten Preises zuzüglich einer Toleranzmarge von € 0.50 bestimmt.



3.6. Referenzpreissystem-ähnliche Modelle in Schweden und Norwegen

Offiziell hat Schweden das 1993 eingeführte Referenzpreissystem 2002 wieder abgeschafft. Seither findet einmal pro Monat eine Auktion statt, in der das günstigste Medikament pro Gruppe (welche Medikamente mit demselben Wirkstoff enthalten) ermittelt wird. Dieses gilt als präferiertes Arzneimittel für einen Monat („Produkt des Monats“), das in der Regel abgegeben wird.

In Norwegen gibt es seit 2005 das „Trinnprismodellen“, das mit Stufen-Preismodell übersetzt werden kann. Die maximale Vergütung reduziert sich stufenweise, das erste Mal nach Patentablauf bzw. wenn Generika in den Markt eintreten. Sie bemisst sich am Preis des Originals bei Patentablauf und ist abhängig von dessen Umsatz. Die zweite Reduktion ist 6 Monate später, die dritte (und letzte) frühestens 12 Monate nach der zweiten Reduktion.

4. Sinnvolle Parameter für ein Schweizer Referenzpreissystem

4.1. Gruppeneinteilung

Medikamente unterscheiden sich anhand verschiedener Merkmale wie beispielsweise Wirkstoff(e), Patentstatus, Dosierung, Packungsgrösse und Darreichungsform. Es stellt sich deshalb die Frage, wie und wann die Referenzpreisgruppen gebildet werden sollen.

A. Ausgestaltung in den verschiedenen europäischen Ländern

In den meisten europäischen Ländern werden nur Medikamente mit patentabgelaufenem Wirkstoff (sowohl Originale als auch Generika) in Referenzpreisgruppen eingeteilt. In Deutschland hingegen werden auch patentgeschützte Originalpräparate in Referenzpreisgruppen aufgenommen, falls sie keine Verbesserung zu anderen Medikamenten darstellen (Scheininnovationen).

Um die Medikamente anhand ihrer Wirkstoffe in Gruppen einteilen zu können, eignet sich das ATC⁵ Klassifikationssystem. In vielen Ländern sind Medikamente mit demselben Wirkstoff bzw. derselben Wirkstoffkombination (ATC-Level 5) in derselben Referenzpreisgruppe. Dazu gehören u.a. Dänemark, Belgien, Finnland und Frankreich. Andere Länder, wie beispielsweise die Niederlande oder einige osteuropäische Länder fassen die Gruppen weiter, so dass auch Medikamente mit ähnlicher Wirkung in derselben Gruppe sind. Deutschland hat relativ weitgefasste Gruppen. So können auch Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in dieselbe Referenzpreisgruppe eingeteilt werden (entspricht ATC-Level 3).

In der Regel sind nur Arzneimittel mit identischer Wirkstoffstärke in der gleichen Gruppe.

⁵ 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, den siebenstelligen ATC-Code. Medikamente mit demselben ATC-Code enthalten denselben Wirkstoff bzw. dieselbe Wirkstoffkombination. Dies entspricht ATC-Level 5.



Bei den Packungsgrössen ist es unterschiedlich. Einige Länder verlangen dieselbe Packungsgrösse, in anderen Ländern sollen die Packungen ähnlich gross sein, beispielsweise in Finnland oder Portugal.

Auch bei der Darreichungsform verzichten einige Länder darauf, nur die exakt gleiche Form in eine Gruppe einzuteilen. So sind beispielsweise in Dänemark und Portugal ähnliche Darreichungsformen wie Tabletten und Kapseln in derselben Gruppe enthalten.

B. Empfehlung für die Schweiz

Für die Einführung eines Referenzpreissystems in der Schweiz ist eine Gruppenbildung auf ATC-Level 5 sinnvoll. Das bedeutet, dass nur Medikamente mit dem identischen Wirkstoff bzw. der identischen Wirkstoffkombination in dieselbe Gruppe eingeteilt werden.

Mittelfristig können die Gruppen erweitert werden, sodass zumindest vergleichbare Wirkstoffe (ATC-Level 4) in derselben Gruppe enthalten sind. Ausserdem sollen dann analog zu Deutschland auch patentgeschützte Medikamente, welche keinen grossen Mehrnutzen aufweisen (Scheininnovationen), in Referenzpreisgruppen eingeteilt werden können.

Sobald eine Alternative mit demselben Wirkstoff (Generikum oder Co-Marketing Produkt) erhältlich ist, soll eine Referenzpreisgruppe gebildet werden.

Auch für die Schweiz ist es sinnvoll, wenn nur Medikamente mit derselben Dosierung in dieselbe Gruppe eingeteilt werden. Bei den Packungsgrössen soll es jedoch eine gewisse Spannweite geben, so dass z.B. Packungen mit 28 und 30 Einheiten (oder 90, 98 und 100 Einheiten) in derselben Gruppe enthalten sein können. In derselben Referenzpreisgruppe sind deshalb Packungsgrössen mit einer Spannweite von +/- 10% denkbar. Der Referenzpreis soll dabei linear auf die jeweilige Packungsgrösse umgerechnet werden.

Die Darreichungsform soll eine untergeordnete Rolle spielen und ähnliche Verabreichungsformen in derselben Gruppe enthalten sein. So könnten z.B. orale Darreichungsformen wie Tabletten und Kapseln eine Gruppe bilden.

4.2. Referenzpreishöhe

A. Ausgestaltung in den verschiedenen europäischen Ländern

Ein entscheidender Punkt bezüglich möglichem Einsparpotential in einem Referenzpreissystem ist die Höhe des Referenzpreises. In vielen Ländern wie beispielsweise in Dänemark, Finnland und Italien bestimmt der tiefste Preis den Referenzpreis pro Gruppe, wobei in Dänemark und Finnland eine geringe Toleranzmarge addiert wird (in Dänemark ist sie preisabhängig und beträgt DKK 5 – 20 (entspricht ca. Fr. 0.80 – 3.20), in Finnland ist sie fix € 0.50). In anderen Ländern bestimmt der Durchschnitt der drei (Spanien) bzw. fünf (Portugal) günstigsten Medikamente die maximale Vergütungshöhe. In Deutschland liegt er in der Regel im günstigsten Drittel (vgl. Ausführungen unter 3.1.).

In einigen Ländern bestimmt ein gewisser Preisabstand zum Original das Generikapreisniveau bzw. den Referenzpreis. Dies erinnert an die heutige Schweizer Abstandsregel.



B. Empfehlung für die Schweiz

Es ist wichtig, dass der Referenzpreis auf einem tiefen Niveau festgesetzt wird, so dass ein möglichst hohes Einsparpotential ausgeschöpft werden kann. Auf jeden Fall sollen die günstigsten Generika das Niveau bestimmen. Die Lösung in Finnland und Dänemark, bei der zum günstigsten Generikapreis eine geringe Toleranzmarge addiert wird, ist sinnvoll. So scheint für die Schweiz eine Toleranzmarge von 5% bis maximal Fr. 5.- denkbar.

Die heutige Abstandsregel soll abgeschafft werden. Die Preise der Generika sowie der Referenzpreis sollen nicht vom Preis des Originals abhängen, da so der Preiswettbewerb eingeschränkt sein kann.

Das Preisniveau der Generika ist heute in der Schweiz sehr hoch und wird kaum allein durch die Einführung eines Referenzpreissystems sinken. Um zu vermeiden, dass sich der Referenzpreis auf dem heutigen hohen Niveau einpendelt, soll ein Auslandpreisvergleich die maximale Höhe des Referenzpreises bestimmen. Der durchschnittliche Preis pro Wirkstoff der neun Vergleichsländer soll den maximalen Referenzpreis für die Schweiz bestimmen. Dabei spielt es keine Rolle, ob im jeweiligen Land ein Referenzpreissystem implementiert ist oder nicht.

Biosimilars (Nachahmerpräparate von Biologika, welche mithilfe biologischer Organismen (d.h. lebenden Zellen) hergestellt werden) sind den Generika (Nachahmerpräparate von chemisch hergestellten Arzneimitteln) gleichzustellen und ebenfalls in ein Referenzpreissystem zu integrieren.

4.3. Anpassungshäufigkeit

Eine häufige Anpassung des Referenzpreises hat den Vorteil, dass schneller von Einsparungen profitiert werden kann, wenn der Referenzpreis reduziert wird. Der administrative Aufwand wird allerdings bei einer häufigeren Anpassung grösser.

A. Ausgestaltung in den verschiedenen europäischen Ländern

Der Referenzpreis wird in den europäischen Ländern unterschiedlich häufig überprüft. Am häufigsten wird er in Dänemark angepasst (alle zwei Wochen), es gibt aber auch monatliche (Italien) oder vierteljährliche (Finnland und Portugal) Anpassungsintervalle. In Deutschland wird er mindestens einmal pro Jahr angepasst.

B. Empfehlung für die Schweiz

Damit genügend rasch von tieferen Preisen profitiert werden kann, der administrative Aufwand aber nicht zu hoch wird, ist eine halbjährliche Neubeurteilung sinnvoll.

4.4. Zuständigkeit

In den meisten europäischen Ländern sind die Behörden für die Gruppenbildung und die Referenzpreisbestimmung zuständig. Teilweise sind auch die Versicherer involviert. Für die Schweiz übernimmt sinnvollerweise das Bundesamt für Gesundheit (BAG) diese Aufgaben. Mit den von den Herstellern gemeldeten Fabrikabgabepreisen (FAP) sowie dem Auslandpreisvergleich sollte zweimal jährlich der Referenzpreis ermittelt werden. Dieser soll dann auch auf



der Spezialitätenliste (SL) publiziert werden. Innerhalb eines Referenzpreisintervalls dürfen die Preise nicht erhöht werden. Eine freiwillige Preissenkung durch einen Hersteller sollte monatlich möglich sein.

5. Notwendige Begleitmassnahmen für ein Schweizer Referenzpreissystem

Neben den Parametern, welche ein Referenzpreissystem charakterisieren, sind verschiedene Begleitmassnahmen sehr wichtig, damit sich das System möglichst gut entfalten kann und die Einsparungen zu Gunsten der Grundversicherung möglichst hoch ausfallen, ohne dass für die Patienten grosse Einschränkungen entstehen.

5.1. INN⁶-Verschreibung und Generikasubstitution

Bei der INN-Verschreibung wird ein bestimmter Wirkstoff verschrieben und nicht ein bestimmtes Medikament. In der Apotheke kann dann jeweils das passende bzw. kostengünstigste Arzneimittel ausgewählt werden. Einen ähnlichen Effekt wie die INN-Verschreibung hat die obligatorische Generikasubstitution. Der Apotheker muss, unabhängig davon ob der Arzt den Wirkstoff, ein bestimmtes Generikum oder Original verschrieben hat, zwingend das günstigste Generikum abgeben, ausser wenn der Arzt dies ausdrücklich untersagt.

In vielen Ländern Europas mit einem Referenzpreissystem ist die INN-Verschreibung freiwillig. In einigen Ländern wie beispielsweise Frankreich und Portugal ist sie jedoch obligatorisch. In den Niederlanden ist die INN-Verschreibung zwar freiwillig, sie wird aber stark propagiert und eine Verordnungssoftware, welche von den meisten Ärzten benutzt wird, wandelt den Medikamentennamen automatisch in den Wirkstoffnamen um.

Viele Länder kennen, wie die Schweiz, die freiwillige Generikasubstitution. In einigen Ländern ist die Generikasubstitution für die Apotheker aber obligatorisch, falls der Arzt die Substitution nicht ausdrücklich ausschliesst.

Für die Schweiz wäre die INN-Verschreibung wünschenswert. So wird der Fokus weniger auf einen Markennamen, sondern vielmehr auf den Wirkstoff eines Medikaments gelegt. Eine Verordnungssoftware analog zu den Niederlanden, welche den Medikamentennamen direkt in die Verschreibung des Wirkstoffs umwandelt, könnte dies unterstützen.

5.2. Ausnahmen der Substitution

Falls ein Patient ein bestimmtes Medikament aus medizinischen Gründen nicht wechseln sollte, soll dies der Arzt medizinisch begründen können und die Grundversicherung würde die Kosten übernehmen, auch wenn der Preis über dem Referenzpreis liegt.

⁶ INN ist die Abkürzung von „International Nonproprietary Name“, was auf Deutsch „Internationaler Freiname“ oder „Generischer Name“ bedeutet. Dies ist eine international einheitliche Bezeichnung für einen Wirkstoff. Generikanamen setzen sich meistens aus dem INN und dem Namen des Herstellers zusammen.



Die Häufigkeit des Substitutionsausschlusses soll beobachtet werden, da dieser nur in begründeten Ausnahmefällen angewandt werden soll. Die Quote lässt sich auch international vergleichen. In Dänemark beispielsweise schliessen nur 5% der Verordnungen eine Generikasubstitution aus.

5.3. Auslandpreisvergleich

Theoretisch braucht es in einem Referenzpreissystem keinen Auslandpreisvergleich mehr. Doch wie bereits unter 4.2. dargestellt, muss ein Auslandpreisvergleich den maximalen Referenzpreis in der Schweiz bestimmen, um das hohe Schweizer Generikapreisniveau möglichst rasch zu senken.

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 auftritt (vgl. 3.3.), entgegengewirkt werden.

5.4. Abbau von Zulassungshürden und Vereinfachung des Parallelimports

Zusammen mit der Einführung des Referenzpreissystems sollen die Zulassungshürden für die Generika abgebaut und Auflagen zur Aufnahme in die Kassenpflicht reduziert werden (z.B. Vorgabe, alle Packungen des Originals anbieten zu müssen). Es ist dann auch möglich, dass es Referenzpreisgruppen vom gleichen Wirkstoff mit einer unterschiedlichen Anzahl Packungen je nach Wirkstoffstärken-Packungsgrössen-Kombination gibt.

Sehr wichtig ist auch, dass der Parallelimport vereinfacht und gefördert wird. Bei patentabgelaufenen Wirkstoffen ist er bereits heute erlaubt, wird aber noch viel zu wenig genutzt. Deshalb sollen die Hürden abgebaut werden. Wichtig ist insbesondere, dass der Parallelimport ohne aufwändiges Umpacken erfolgen kann. Es soll beispielsweise zukünftig ausreichend sein, wenn die Packung und der Beipackzettel in der Sprache des jeweiligen Landesteils vorhanden sind, d.h. sie müssen nicht mehr generell dreisprachig sein. Insbesondere wenn keine Generika zum Referenzpreis erhältlich sind, soll der Parallelimport zusätzlich vereinfacht sein.

Ausserdem soll bei allen Medikamenten (d.h. auch für die patentgeschützten) das Territorialitätsprinzip abgeschafft werden. So können Patienten direkt im Ausland ihre kassenpflichtigen Medikamente einkaufen, falls sie über ein Arztrezept verfügen und ein Medikament mit demselben Wirkstoff auf der SL steht, und die Grundversicherung würde die Kosten übernehmen (sofern das Medikament im Ausland günstiger ist bzw. der Preis max. dem Referenzpreis entspricht). Dies würde zusätzlichen Druck auf die überhöhten Schweizer Preise ausüben.

5.5. Selbstbehalt

In einem Referenzpreissystem kann der differenzierte Selbstbehalt abgeschafft werden. Grundsätzlich soll weiterhin (nach Erreichen der Franchise) ein Selbstbehalt von 10% für alle Medikamente unter oder auf dem Niveau des Referenzpreises gelten. Für Medikamente, die teurer sind als der Referenzpreis müssen die Patienten zusätzlich zu den 10% des Referenzpreises die gesamte Differenz zwischen dem teuren Medikament und dem Referenzpreis bezahlen. An den maximal pro Jahr zu bezahlenden Selbstbehalt von 700 Franken sollen nur die



10% Selbstbehalt angerechnet werden, die zusätzlich zu bezahlende Differenz jedoch nicht. Dies gilt auch für die Anrechnung an die Franchise. Falls der Arzt eine Generikasubstitution aus medizinischen Gründen ausschliesst, muss der Patient für Arzneimittel hingegen nur 10% des Medikamentenpreises selber bezahlen, auch wenn der Preis über dem Referenzpreis liegt.

In Deutschland gilt für Medikamente, deren Preise 30% unter dem Referenzpreisniveau liegen, eine Zuzahlungsbefreiung. Eine solche Regelung könnte je nach Ausgestaltung des neuen Systems auch für die Schweiz interessant sein. Denn es setzt Anreize für die Hersteller, den Preis auch unter den Referenzpreis zu reduzieren, da es für Patienten attraktiv ist, ein sehr günstiges Medikament zu beziehen, bei dem sie keinen Selbstbehalt bezahlen müssen.

5.6. Vertriebsmargen

Bei allen Medikamenten in derselben Referenzpreisgruppe soll der Vertriebsanteil in Franken identisch hoch sein. So erleidet der abgebende Arzt oder Apotheker keine finanzielle Einbusse, wenn er ein günstiges Medikament abgibt.

Die Vertriebsmarge befindet sich derzeit in Überarbeitung. Wichtig ist, dass diese Chance genutzt wird, um eine möglichst anreizneutrale Margenordnung bereits vor Inkrafttreten des Referenzpreissystems implementieren zu können.

Die Vertriebsmarge soll allgemein weniger preisabhängig sein als heute. So könnte auch vermieden werden, dass im Referenzpreissystem insbesondere für die selbstdispensierenden Ärzte aufgrund von höheren Margen der Fehlanreiz entsteht, unnötig teure patentgeschützte Medikamente abzugeben anstatt ein günstiges Medikament in einer Referenzpreisgruppe.

5.7. Information der Patienten

Sowohl der verschreibende (und allenfalls auch abgebende) Arzt als auch der abgebende Apotheker müssen verpflichtet werden, den Patienten zu informieren, falls beim entsprechenden Medikament eine Zuzahlung geleistet werden muss. Diese Informationspflicht muss auch für die Spitäler gelten. Weil die Spitäler oft hohe Rabatte von den Originalherstellern erhalten und diese Medikamente dann häufig abgeben, sind die Patienten bei Spitalaustritt auf die teuren Produkte eingestellt. Deshalb müssen auch die Spitäler verpflichtet werden, grundsätzlich günstige Präparate abzugeben und die Patienten darüber zu informieren, wie hoch die Zuzahlung bei diesem Medikament sein wird.

Es ist ausserdem wichtig, dass die Bevölkerung das Referenzpreissystem versteht. Deshalb soll schon vor dessen Einführung eine öffentliche Informationskampagne durchgeführt werden.

5.8. Übergangsregelung

Um die Akzeptanz des Systems zu erhöhen und um die Umstellung insbesondere für chronisch Kranke zu erleichtern, sollen bei der Einführung des Systems Patienten, welche auf ein bestimmtes Medikament eingestellt sind, das Medikament nicht wechseln müssen und es wird ihnen trotzdem weiterhin von der Grundversicherung vergütet.



5.9. Einbindung aller Akteure

Erfahrungen aus anderen Ländern haben gezeigt, dass die möglichst frühzeitige Einbindung aller Akteure sehr wichtig ist, um die Akzeptanz eines Referenzpreissystems zu erhöhen. Insbesondere Ärzten und Apothekern, welche am nächsten beim Patienten sind, kommt eine wichtige Rolle zu.

6. Argumente für ein Referenzpreissystem

Es gibt gute Argumente für die Einführung eines Referenzpreissystems, die nachfolgend nochmals aufgelistet sind. Die Argumente der Gegner eines solchen Systems sind nachfolgend ebenfalls aufgeführt, jeweils direkt mit einem Gegenargument.

6.1. Argumente gegen mögliche Kritik an einem Referenzpreissystem

Für die Pharmaindustrie ist ein Referenzpreissystem nachteilig, da es zu tieferen Preisen führen wird. Obwohl der Anteil der Generika steigen wird, sind auch die Generikahersteller gegen die Einführung eines solchen Systems. Dies deutet darauf hin, dass auch die Generikahersteller mit sehr viel tieferen Preisen rechnen als heute und die daraus resultierenden Mindereinnahmen auch durch die voraussichtlich deutlich höheren Marktanteile nicht wettgemacht werden können. Sie führen deshalb zahlreiche Argumente gegen ein Referenzpreissystem ins Feld.

- *Das System mit dem differenzierten Selbstbehalt hat sich bewährt und soll weiterentwickelt werden.*

Das heutige System entspricht nicht den Vorgaben des KVG, da die Grundversicherung ein teures Original bezahlen muss, obwohl ein vergleichbares günstigeres Medikament vorhanden ist. Dieses Problem löst auch eine Anpassung der Mindestabstände nicht.

- *Generika helfen jetzt schon, Kosten einzusparen.*

Das ist richtig. Generika leisten einen wichtigen Beitrag um Kosten zu sparen. Jedoch sind die Preise in der Schweiz zu hoch und der Anteil der Generika am Gesamtabsatz zu tief. Mit einem Referenzpreissystem könnte beides korrigiert werden.

- *Es lohnt sich nicht, im patentabgelaufenen Bereich Kosten einzusparen; man würde besser bei den sehr teuren Medikamenten sparen.*

Angesichts der stetig steigenden Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien müssen in allen Bereichen die möglichen Einsparungen genutzt werden. Das Einsparpotential mit einem Referenzpreissystem liegt im dreistelligen Millionenbereich (die Höhe ist abhängig von der genauen Ausgestaltung). Dies schliesst jedoch Einsparungen in anderen Bereichen nicht aus.

- *Es ist ein Billigsystem. Die Versorgungssicherheit wird mit tieferen Preisen gefährdet.*

Die Preise sollen „nur“ dem europäischen Niveau angeglichen werden. Diese Preise verlangen die Pharmafirmen auch im Ausland und sie können damit trotzdem noch Gewinne erzielen. Dies muss auch für die Schweiz möglich sein. Ausserdem soll der Parallelimport vereinfacht werden, so dass die Medikamente auch leichter im Ausland beschafft werden können.



➤ *Medikamente sind mehr als ein weisses Pulver.*

Das Wichtigste bei einem Medikament ist der Wirkstoff, der bei Generikum und Original identisch sind. Ausserdem ist auch der Glaube daran, dass ein Medikament wirkt, entscheidend für die Wirkung. Deshalb ist es wichtig, dass Ärzte und Apotheker den Patienten bei einer allfälligen Umstellung unterstützen.

➤ *Die Wahlfreiheit wird eingeschränkt.*

Die Auswahl bleibt für den Patienten bestehen. Denn wenn er (ohne medizinischen Grund) ein teureres Generikum oder das Original haben möchte, bekommt er es, er muss einfach die Differenz zum Referenzpreis selber bezahlen.

➤ *Der Forschungsstandort Schweiz wird gefährdet.*

Die Sorge ist unbegründet. Die Standortattraktivität ist nicht vom Schweizer Preis abhängig, da die Preisfestsetzungs- bzw. Vergütungsregeln für alle Firmen gelten, unabhängig von ihrem Standort. Ausserdem soll das Referenzpreissystem vorerst nur im patentabgelaufenen Bereich eingeführt werden. Später sollen Scheininnovationen ebenfalls ins System aufgenommen werden. Patentgeschützte Arzneimittel mit wirklichen Verbesserungen werden erst nach Patentablauf (wenn die Kosten für Forschung und Entwicklung längst amortisiert sind) mit Eintritt der ersten Generika in eine Referenzpreisgruppe eingeteilt.

➤ *Es wird weniger Anbieter geben.*

Dies ist nicht klar. Bereits heute gibt es zwei Firmen (Sandoz und Mepha) mit einem Marktanteil von über 70%. Es ist wichtig, dass spätestens mit der Einführung des Referenzpreissystems die Zulassungshürden abgebaut und der Parallelimport gefördert werden.

➤ *Häufige Medikamentenwechsel überfordern vor allem ältere Patienten und wirken sich negativ auf das Therapieresultat aus.*

Falls ein Arzt gerade bei älteren Patienten einen begründeten Verdacht hat, dass ein Medikamentenwechsel den Patienten überfordert, kann er dies begründen und die Generikasubstitution ausdrücklich verbieten. Dem Patienten würde das teurere Medikament trotzdem vergütet werden.

➤ *Der Erklärungsbedarf wird grösser, was zu längeren Konsultationen führt.*

Es ist wichtig, dass die Patienten verstehen, was sie für ein Medikament bzw. Wirkstoff einnehmen. Dies gilt aber schon heute. Die Medikamente ändern sich nicht, so dass sich auch der zusätzliche Erklärungsbedarf voraussichtlich in Grenzen halten wird.

➤ *Es wird nur noch auf den Preis geachtet und nicht mehr auf was für den Patienten am besten ist. Qualitative Vorteile, Serviceleistungen und Lieferbereitschaft würden leiden. Es gibt keine Anreize zur Innovation bei der Verpackung, zur Entwicklung einer patientenfreundlicheren Darreichungsform etc.*

In einem Referenzpreissystem ziehen die Patienten den Preis des Medikaments (oder zumindest die Differenz zum Referenzpreis) in ihre Entscheidung mit ein und können somit für sich selbst bestimmen, ob für sie der angebotene Mehrwert tatsächlich den Aufpreis wert ist. Dass die Schweiz wegen einer „innovativen“ Verpackung den doppelten Preis zum Ausland zahlen muss, ist jedoch nicht gerechtfertigt. Ausserdem sind viele Firmen international tätig und die



Entwicklung einer neuen Darreichungsform wird deshalb nicht nur für den Schweizer Markt gemacht.

- *Ärzte könnten vermehrt teure, patentgeschützte Medikamente verkaufen, welche eine höhere Marge haben.*

Der Fehlanreiz, teure Medikamente abzugeben, da somit eine höhere Marge erzielt werden kann, existiert schon heute. Er muss mit der aktuell in Bearbeitung befindenden Margenverordnung korrigiert werden, indem die Preisabhängigkeit stark reduziert wird.

- *Es ist nicht sicher, dass das Preisniveau der Medikamente sinkt.*

Um sicherzustellen, dass das Niveau der Generikapreise sicher sinkt, sind zusätzliche Massnahmen zu ergreifen. Dazu gehören der Abbau von Zulassungshürden und insbesondere die Förderung des Parallelimports. Ausserdem soll ein Auslandpreisvergleich die maximale Höhe des Schweizer Referenzpreises bestimmen.



6.2. Argumente für ein Referenzpreissystem

➤ *Die heutige Regelung widerspricht dem KVG.*

Die heutige Vergütungspraxis widerspricht den Vorgaben des KVG nach Wirtschaftlichkeit und Kostengünstigkeit, da die Grundversicherung auch ein teures Original bezahlen muss, obwohl eine gleichwertige Alternative zu günstigeren Kosten zur Verfügung stehen würde (vgl. Ausführungen unter 2.1.).

➤ *Die hohen Generikapreise werden reduziert.*

Die Schweizer Generikapreise sind im europäischen Vergleich sehr hoch, dies zeigen Vergleiche mit dem Ausland regelmässig. Mit einem guten Referenzpreissystem würden die Preise sinken. Dies haben die Erfahrungen im Ausland gezeigt.

➤ *Die günstigen Generika werden gefördert.*

Im heutigen System ist der Anreiz zum Bezug von günstigen Generika zu gering, weil die Grundversicherung die Kosten von allen Generika und Originalen (allenfalls mit einem höheren Selbstbehalt) auf der Spezialitätenliste übernehmen muss. Mit einem Referenzpreissystem werden Generika gefördert und der Anteil der Generika wird sich erhöhen, da der Preisunterschied zwischen günstigen Generika und teuren Originalen für die Patienten direkt sicht- und spürbar ist und sie diesen Preisunterschied (bzw. den Unterschied zwischen Referenzpreis und dem Preis des präferierten Medikaments) in ihre Entscheidung miteinfließen lassen.

➤ *Es sind hohe Einsparungen zugunsten der Grundversicherung zu erwarten*

Wie die Preisüberwachung bereits 2013 berechnete, sind mit einem Referenzpreissystem Einsparungen im dreistelligen Millionenbereich zu erwarten⁷. Einsparungen für die Grundversicherung bedeuten aber auch Mindereinnahmen für die Pharmaindustrie (insbesondere durch tiefere Preise). Dies erklärt den grossen Widerstand dieser Branche.

➤ *Es gibt viel Erfahrung im Ausland.*

Viele europäische Länder haben ein Referenzpreissystem, so dass man von den dort gemachten Erfahrungen profitieren kann. Ausserdem zeigen diverse Studien⁸, dass ein Referenzpreissystem keinen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung hat.

⁷ Vgl. dazu die Studie der Preisüberwachung vom August 2013, abrufbar unter www.preisueberwacher.admin.ch/dam/pue/de/dokumente/studien/schweizer_medikamentenmarktinternationalenvergleich-handlungsb.pdf.

⁸ Vgl. z.B. Carone, G., Schwierz, C. und Xavier, A. (2012). „Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU“, European Economy, Economic Papers 461; Hahl, C., Vogler, S., Leopold, C. et al. (2008). „Referenzpreissysteme in Europa“, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft, im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger; oder Aaserud, M., Dahlgren, A. T., Kösters, J. P. et al. (2006). „Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies“, Cochrane Database Systematic Review, Vol. (2): CD005979.



7. Zusammenfassung eines sinnvollen Schweizer Referenzpreissystems

Abschliessend sind die Parameter und Begleitmassnahmen für ein sinnvolles Schweizer Referenzpreissystem nochmals zusammengefasst:

- In einer Referenzpreisgruppe sollen alle Medikamente mit demselben Wirkstoff bzw. derselben Wirkstoffkombination (ATC-Level 5) eingeteilt werden. Später sollen die Gruppen auf ähnliche Wirkstoffe (ATC-Level 4) und auch auf patentgeschützte Medikamente ohne Verbesserungen (Scheininnovationen) erweitert werden.
- Die Dosierung innerhalb einer Gruppe muss identisch sein.
- Packungsgrössen in einer Gruppe können +/- 10% abweichen. Der Referenzpreis wird linear auf die jeweilige Packungsgrösse umgerechnet.
- In einer Referenzpreisgruppe können ähnliche Darreichungsformen enthalten sein.
- Der Referenzpreis soll auf Basis des günstigsten Generikums berechnet werden. Zum Preis dieses Generikums kann eine geringe Toleranzmarge von 5% bis maximal Fr. 5.- addiert werden.
- Der Referenzpreis soll zweimal jährlich überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.
- Um das Niveau der Generikapreise möglichst rasch auf das europäische Niveau zu senken, soll ein Auslandpreisvergleich die maximale Referenzpreishöhe bestimmen.
- Weiterhin soll ein Auslandpreisvergleich den maximalen Preis der patentabgelaufenen Originalpräparate bestimmen.
- Zulassungshürden und Auflagen für Generika müssen abgebaut werden, beispielsweise die Vorgabe, alle Packungen des Originals anbieten zu müssen.
- Parallelimport soll stark vereinfacht werden.
- Das Territorialitätsprinzip soll für alle Medikamente abgeschafft werden.
- Die Vertriebsmargen müssen so angepasst werden, dass pro Medikament einer bestimmten Gruppe derselbe Betrag anfällt und kein Anreiz besteht anstatt eines günstigen Generikums ein ähnliches, aber teureres patentgeschütztes Originalmedikament abzugeben.
- Um den Fokus vermehrt auf den Wirkstoff zu legen, soll die Wirkstoff-Verschreibung (INN-Verschreibung) gefördert werden.
- Ärzte können in Ausnahmefällen medizinisch begründen, falls ein Patient unbedingt ein bestimmtes Medikament erhalten soll. Die Häufigkeit des Ausschlusses der Substitution soll beobachtet und mit internationalen Zahlen verglichen werden.
- Falls ein Patient ohne medizinischen Grund ein teures Medikament möchte, bekommt er dieses, er muss aber die Differenz zum Referenzpreis selber bezahlen. Dieser Betrag wird nicht an seine Franchise bzw. an den jährlich maximal zu bezahlenden Selbstbehalt angerechnet.
- Als Übergangslösung dürfen die Patienten, welche bereits auf ein Medikament eingestellt sind, dieses weiterhin beziehen und es wird ihnen trotzdem von der Grundversicherung vergütet.
- Alle Akteure sollen frühzeitig eingebunden werden.
- Sowohl der Arzt als auch der Apotheker und die Spitäler sind verpflichtet, den Patienten zu informieren, falls beim entsprechenden Medikament eine Zuzahlung geleistet werden muss.



8. Fazit

Die Einführung eines Referenzpreissystems ist dringend angezeigt. Dafür sprechen insbesondere die hohen Schweizer Generikapreise und deren relativ tiefer Anteil an der Gesamtmenge der in der Schweiz abgegebenen Medikamente. Ausserdem ist die heutige Vergütungspraxis nicht gesetzeskonform, weil die Grundversicherung teure Medikamente vergüten muss, obwohl gleichwertige Präparate zu tieferen Kosten zulasten der Grundversicherung erhältlich sind. Die Einführung eines Referenzpreissystems hat keinen nachteiligen Effekt auf die Gesundheit der Bevölkerung, wie verschiedene Studien zeigen konnten.

Bei der Einführung eines Schweizer Referenzpreissystems sollen alle Medikamente mit demselben Wirkstoff und derselben Dosierung in eine Gruppe eingeteilt werden. Die Packungsgrössen können um +/- 10% abweichen. Es können auch ähnliche Darreichungsformen in derselben Gruppe enthalten sein. Der tiefste Preis einer Gruppe plus eine geringe Toleranzmarge bestimmt den Referenzpreis, der zwei Mal pro Jahr angepasst wird. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kontrolliert gleichzeitig, ob der Referenzpreis im Vergleich zum Ausland nicht überhöht ist.

Sehr wichtig ist die Förderung des Parallelimports, damit mehr günstige Generika erhältlich sind. Dabei sollen insbesondere die Zulassungshürden und Vorschriften abgebaut und vereinfacht werden. Ausserdem soll das Territorialitätsprinzip (für alle Medikamente) abgeschafft werden, so dass die Patienten mit einem Arztrezept auch direkt im Ausland ihre kassenpflichtigen Medikamente einkaufen können. Diese werden ihnen dann von der Grundversicherung vergütet, falls sie im Ausland günstiger sind. Dies würde weiteren Druck auf die überhöhten Schweizer Generikapreise ausüben.

So könnte ein dreistelliger Millionenbetrag pro Jahr eingespart werden. Im Hinblick auf die stetig steigenden Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien ist dies dringend angezeigt.