

**Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) zur Vergütung im Einzelfall im Zusammenhang mit den Änderungen der KVV und KLV per 1. Januar 2024
[Stand 28. Februar 2025]**

Inhaltsübersicht

- Übergang von Verträgen zu fixen Preisabschlägen (FAQ 1)
- Erhebung und Überprüfung des Auslandpreisvergleichs (APV) bei Arzneimitteln, die über Art. 71b KVV vergütet werden (FAQ 2 ff.)
- Berücksichtigung von Preismodellen und Auflagen bei Arzneimitteln, die über Art. 71a KVV vergütet werden (FAQ 10 ff.)
- Vergütung nach Therapieversuchen bei Nutzenkategorie C (FAQ 12 ff.)
- Patentschutz (FAQ 20)
- Original- bzw. Referenzpräparate, Generika und Biosimilars (FAQ 21 ff.)
- Weiterer Preisabschlag 12 Monate nach Swissmedic-Zulassung (Art. 38d Abs. 5 KLV) (FAQ 23 ff.)
- Sehr tiefe Therapiekosten (FAQ 25 ff.)
- Allgemeine Fragen sowie weitere Fragen zur Wirtschaftlichkeit (FAQ 29 ff.)
- Nutzenbewertung (FAQ 37 ff.)
- Standardisierte Nutzenbewertungsmodelle (FAQ 42 ff.)
- Experteneinbezug (FAQ 45 ff.)
- Transparenz (FAQ 49 ff.)
- Stationärer Bereich (FAQ 52 ff.)
- Weitere Fragen (FAQ 55 ff.)

Frage	Antwort	Datum
<u>Übergang von Verträgen zu fixen Preisabschlägen</u>		
FAQ 1: Sind alle bestehenden vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Zulassungsinhaberinnen und den Krankenversicherern per 1. Januar 2024 ungültig?	Die in den bestehenden Verträgen zwischen Zulassungsinhaberinnen und Krankenversicherern festgelegten Inhalte, werden hinsichtlich der neu verbindlich in den Verordnungen geregelten Preisbestimmung und Nutzenbewertung hinfällig, soweit sie diesen rechtlichen Bestimmungen widersprechen. Zu beachten bleibt die Übergangsfrist von 3 Monaten gemäss der am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Übergangsbestimmung: <i>«Bei vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 22. September 2023 entschiedenen Kostengutsprachege-suchen nach den Art. 71a–71d gilt noch während drei Monaten nach Inkrafttreten dieser Änderung das bisherige Recht.»</i> Bei bis Ende 2023 beurteilten Kostengutsprachege-suchen sind somit die vertraglichen Regelungen zwischen der Zulassungsinhaber-in und dem Krankenversicherer (inklusive Nutzenbewertung und Preisbestimmung) gemäss der Übergangsbestimmung noch bis Ende März 2024 gültig. Grundsätzlich können die Krankenversicherer mit den Pharmaunternehmen weiterhin vertragliche Vereinbarungen treffen respektive die bestehenden Vereinbarungen entsprechend der angepassten Verordnungsbestimmungen anpassen. Bei häufig eingesetzten Arzneimitteln dürften entsprechende Verträge effizienzsteigernd sein.	24.11.2023

Erhebung und Überprüfung des Auslandpreisvergleichs (APV) bei Arzneimitteln, die über Art. 71b KVV vergütet werden

FAQ 2: Wie oft muss ein APV den Versicherern gemeldet werden?	<p>Die Verordnungsbestimmungen definieren nicht, in welcher Periodizität ein aktualisierter APV zu erheben ist. Bei den Gesprächen mit den Pharmaverbänden und Krankenversicherern hat sich gezeigt, dass aufgrund der hohen Anzahl an Gesuchen eine monatliche und für jedes Arzneimittel individuell vorzunehmende APV-Erhebung zu deutlichem Mehraufwand führen kann. Das BAG empfiehlt den Krankenversicherern den APV regelmässig, d.h. mindestens alle 3 Monate, zu aktualisieren und entsprechende Auflagen zu definieren. Insbesondere sollte die halbjährliche Anpassung der Wechselkurse (ersichtlich in den Mitteilungen des BAG zur Spezialitätenliste) beachtet werden. Kommt ein Arzneimittel neu auf den Markt, empfiehlt es sich, den APV häufiger zu aktualisieren, da die Preise im Ausland noch unvollständig sind und häufig innert relativ kurzer Frist gesenkt werden.</p> <p>Grundsätzlich obliegt es jedoch den Krankenversicherern zu entscheiden, in welchem Abstand sie den APV aktualisieren. Hierfür ist zu empfehlen, dass die Krankenversicherer eine einheitliche und umsetzbare Praxis definieren.</p> <p>Das BAG kann die Versicherer betreffend Quellen zur Prüfung des APV unterstützen. In erster Linie hat jedoch die ZulassungsinhaberIn auf Nachfrage des Krankenversicherers hin den APV Preis bekannt zu geben.</p> <p>Weiter hält FAQ 17 fest, dass der Preis des Behandlungsdatums massgebend für die Vergütung ist.</p>	05.11.2024
FAQ 2.1: Ist der APV verbindlich alle 3 Monate zu aktualisieren?	<p>Das BAG stützt sich hier auf die Aussage gemäss FAQ 2, möchte jedoch präzisieren, dass die Kontrolle des APV verhältnismässig sein sollte, d.h. bei einem neuen Arzneimittel mit unvollständigem Länderkorb ist eine vierteljährliche Kontrolle angezeigt.</p>	28.03.2024
FAQ 3: Wie kann die Gleichbehandlung gewährleistet werden, wenn jeder Versicherer den APV individuell berechnet?	<p>Die Durchführung des APV erfolgt grundsätzlich nach den existierenden rechtlichen Bestimmungen. Für den APV wird der Fabrikabgabepreis (FAP) eines Arzneimittels exkl. Mehrwertsteuer (MwSt) anhand des Durchschnitts der FAP dieses Arzneimittels in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich, Österreich, Belgien, Finnland und Schweden ermittelt (Art. 65b^{quater} KVV i.V.m. Art. 34a^{bis} – 34b KLV).</p> <p>Unterschiede können nur bestehen, wenn der APV zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt wird. Aufgrund der periodischen Überprüfung des APV dürften entsprechende Unterschiede jedoch nur vorübergehend auftreten.</p>	24.11.2023
FAQ 3.1: Kann das BAG mit den Zulassungsinhaberinnen eine Plattform zur Verfügung stellen, auf welcher die aktuellen APV der neuen nicht SL-	<p>Die Prüfung des APV im Rahmen der Einzelfallvergütung erfolgt durch den Versicherer. Die Zulassungsinhaberinnen und die Krankenversicherer können eine entsprechende Plattform ausarbeiten, um die Erhebung des APV effizienter zu gestalten. Grundsätzlich obliegt es den Krankenversicherern zu entscheiden, in welchem Abstand sie den APV aktualisieren. Insbesondere für neue Arzneimittel empfiehlt es sich, den APV häufig zu aktualisieren, da die Preise im Ausland</p>	20.12.2023

gelisteten Arzneimittel von den Versicherern abgerufen werden können?	noch unvollständig sind und innert relativ kurzer Frist angepasst werden könnten. Falls die Zulassungsinhaberinnen den Krankenversicherern keine, unvollständigen oder nicht korrekte Angaben machen, behält sich das BAG vor, den Krankenversicherern auf Anfrage hin, für hängige SL-Aufnahmegesuchen Auskunft zum APV zu geben.	
FAQ 4: Wenn in der Schweiz ein Produkt als Erstes gelauncht wird, welcher Ausgangspreis wird zu Grunde gelegt?	Aktuell ist dies eine absolute Ausnahme. Die Verordnungsbestimmungen regeln diese Situation nicht. Wichtig ist, dass wenn kein Preis in den neun Referenzländern verfügbar ist, die Versicherer mit den FAP aus weiteren Ländern mit wirtschaftlich vergleichbaren Strukturen im Pharmabereich vergleichen können (Art. 34a ^{bis} Abs. 1 KLV). Es muss berücksichtigt werden, dass in aller Regel die Durchführung eines APV zu einem späteren Zeitpunkt möglich sein wird. Das BAG empfiehlt, entsprechende Auflagen zu definieren und die Zulassungsinhaberin zu verpflichten, entsprechende Angaben nachzureichen. Wenn kein APV verfügbar sein sollte, obliegt es den Krankenversicherern, nach Absprache mit der Zulassungsinhaberin die Höhe der Vergütung zu bestimmen. Der Preis muss dabei in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen.	24.11.2023
FAQ 5: Darf der APV in der Kostengutsprache als Kostendach angegeben werden (Transparenz)?	Der APV kann in der Kostengutsprache, falls gewünscht, angegeben werden. Jedoch nicht in der Form eines Kostendachs. Denn gemäss Art. 71b KVV muss die Vergütung des Arzneimittels unterhalb des APV liegen (Preisabschläge), weshalb nicht der APV als Kostendach gelten kann, sondern der nach Vornahme der Preisabschläge eruierte wirtschaftliche Preis.	24.11.2023
FAQ 6: Wie viele Länderpreise müssen vorhanden sein, um einen validen APV zu berechnen?	Es müssen alle verfügbaren Preise berücksichtigt werden. Es gibt keine Mindestanzahl an Länderpreisen. Die Krankenversicherer haben die Möglichkeit, den APV aber zu einem späteren Zeitpunkt zu überprüfen und entsprechende Bedingungen und Auflagen können wie bisher festgelegt werden (z.B. Befristungsdauer mit Wirtschaftlichkeitsprüfung etc.).	24.11.2023
FAQ 7: Kommt ein APV auch zur Anwendung, wenn dieser höher wird?	Ja. Der APV kann aufgrund der Preisfestsetzung und Publikation in den Referenzländern ändern.	24.11.2023
FAQ 8: Sollte der Krankenversicherer sich mit der Zulassungsinhaberin bezüglich APV nicht einigen, muss dann das Gesuch abgelehnt werden?	Die Durchführung des APV erfolgt grundsätzlich nach klaren Regeln (Art. 65b ^{quater} KVV i.V.m. Art. 34a ^{bis} – 34b KLV). Es ist deshalb nicht davon auszugehen, dass keine Einigkeit besteht. Trotzdem würde es abschliessend den Krankenversicherern obliegen zu entscheiden, welcher APV zu berücksichtigen ist. Ist die Zulassungsinhaberin nicht bereit, das Arzneimittel zu dem von den Krankenversicherern anschliessend definierten wirtschaftlichen Preis anzubieten, kann das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nicht als erfüllt erachtet werden. Die Versicherer müssen in diesem Fall das Gesuch ablehnen.	24.11.2023
FAQ 9: Wer trägt die Kosten bei allfälligen Differenzen zwischen APV und dem schweizerischen FAP?	Solange das Arzneimittel nicht in der SL aufgeführt ist, ist der APV zu berücksichtigen, auch falls ein FAP für die Schweiz verfügbar wäre. Das BAG geht aufgrund der bisherigen Erfahrungen davon aus, dass die Zulassungsinhaberinnen ihre Arzneimittel in der Schweiz nicht zu günstigeren Preisen	24.11.2023

	<p>anbieten als im Ausland. Da vom APV noch die Preisabschläge zu subtrahieren sind, ist es noch unwahrscheinlicher, dass ein Preis in der Schweiz unter diesem für die Einzelfallvergütung wirtschaftlichen Preisniveau liegt.</p>													
<p>FAQ 9.1: Wer übernimmt die Differenz FAP – APV wenn der FAP (Preis zu welchem das Produkt in der Schweiz bezogen werden kann) höher liegt als der APV?</p>	<p>Bei Gesuchen gemäss Art. 71b KVV, bei denen ein von der Swissmedic zugelassenes Arzneimittel noch nicht in die SL aufgenommen ist, ist einzig der APV für die Preisbestimmung zu berücksichtigen. Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer die effektiven Kosten in Rechnung (Art. 71d KVV). Der Versicherer fordert die Differenz vom FAP zum wirtschaftlichen Preis (gem. Kostengutsprache) bei der ZulassungsinhaberIn zurück.</p> <p>Beispiel:</p> <table border="1" data-bbox="712 507 1350 758"> <tr> <td>FAP (Exfactory Preis CH)</td> <td>Fr. 250.00</td> </tr> <tr> <td>APV (FAP):</td> <td>Fr. 50.00</td> </tr> <tr> <td>Rating:</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>Preisabschlag</td> <td>30% auf APV</td> </tr> <tr> <td>Wirtschaftlicher Preis (APV minus Preisabschlag)</td> <td>Fr. 35.00</td> </tr> <tr> <td>Publikumspreis</td> <td>Fr. 300.00</td> </tr> </table> <p>Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer die effektiven Kosten in Rechnung (Fr. 300.-). Der Versicherer fordert bei der ZulassungsinhaberIn die Differenz FAP zum wirtschaftlichen Preis zurück (Fr. 250.- minus Fr. 35.- = Fr. 215.- [=Kostenbeteiligung ZulassungsinhaberIn]). Zusätzlich zum wirtschaftlichen Preis (Fr. 35.-) ist eine allfällige Differenz zwischen dem FAP (Fr. 250.-) und dem effektiven Preis (Fr. 300.-) vom Versicherer zu tragen. Der Versicherer und damit die OKP bezahlt in diesem Beispiel insgesamt Fr. 85.-.</p> <p>Ist die ZulassungsinhaberIn nicht bereit, das Arzneimittel zu dem vom Krankenversicherer definierten wirtschaftlichen Preis (APV minus Preisabschlag) anzubieten, kann das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nicht als erfüllt erachtet werden. In diesem Fall müsste das Gesuch abgelehnt werden. Siehe dazu auch FAQ 8.</p>	FAP (Exfactory Preis CH)	Fr. 250.00	APV (FAP):	Fr. 50.00	Rating:	A	Preisabschlag	30% auf APV	Wirtschaftlicher Preis (APV minus Preisabschlag)	Fr. 35.00	Publikumspreis	Fr. 300.00	<p>03.07.2024</p>
FAP (Exfactory Preis CH)	Fr. 250.00													
APV (FAP):	Fr. 50.00													
Rating:	A													
Preisabschlag	30% auf APV													
Wirtschaftlicher Preis (APV minus Preisabschlag)	Fr. 35.00													
Publikumspreis	Fr. 300.00													
<p>FAQ 9.2: Wie ist die Berechnung der Abschläge für nicht gelistete Medikamente gemäss Art. 71b KVV zu interpretieren? Wenn es zum Beispiel einen durchschnittlichen APV-Preis in den 9 Vergleichsländern von Fr. 250 gibt und das Rating B gilt, dann müsste der</p>	<p>Geschildert ist ein Fall mit folgenden Eckdaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 71b KVV: Übernahme der Kosten eines von der Swissmedic zugelassenen nicht in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels. • APV = Fr. 250.00. • Nutzenkategorie B. • Preisabschlag für patentgeschützte Arzneimittel = 35%. 	<p>28.03.2024</p>												

Preisabschlag 35% betragen, also Fr. 87.50, korrekt?

Der Preisabschlag im geschilderten Fall beträgt Fr. 87.50 und berechnet sich wie folgt:

	Betrag [Fr.]	[%]
APV	250.00	100
Preisabschlag	87.50	35
APV minus Preisabschlag (= wirtschaftlicher Preis)	162.50	65

Solange das Arzneimittel im geschilderten Fall nicht in der SL aufgeführt ist, ist der APV als Basispreis zur Berechnung des Preisabstandes zu berücksichtigen; Dies gilt auch für Fälle, in denen ein Einkaufspreis für die Schweiz verfügbar ist (FAQ 9 und 9.1).

Berücksichtigung von Preismodellen und Auflagen bei Arzneimitteln, die über Art. 71 a KVV vergütet werden

FAQ 10: Wie sind bei Arzneimitteln, welche in der Spezialitätenliste mit einem Preismodell gelistet sind, die Auflagen und Bedingungen zu berücksichtigen?

Preismodelle können von den Krankenversicherern für die Preisfestsetzung berücksichtigt werden. Grundsätzlich sollen Arzneimittel mit Preismodellen und Arzneimittel ohne Preismodelle gleichbehandelt werden. Deshalb ist der effektiv vergütete, wirtschaftliche SL-Preis die Basis für die Preisabschläge nach Art. 71 a KVV. Das heisst: Entspricht der effektiv vergütete Preis nicht dem SL-Preis, sind die Abschläge ausgehend vom effektiv vergüteten bzw. wirtschaftlichen Preis festzulegen. Die Abschläge können auch mehr als 50% betragen (entgegen einem Beitrag in der juristischen Zeitschrift für Pharma, Biotech und Medtech «Life Science Recht»: Revision der KVV und KLV: WZW-Prüfung von Arzneimitteln und Einzelfallvergütung, Vogt/ Aebischer/Helmle/Wildi, in: Life Science Recht LSR, 2024, S. 33, 42). In der Regel bildet der wirtschaftliche Preis der Hauptindikation, d.h. der höchste effektiv vergütete wirtschaftliche Preis die Basis für den Preisabschlag nach Nutzenbewertung. (siehe jedoch Beispiel unten)

Beispiel: Entspricht der vergütete Preis dem SL-Preis und werden in anderen Indikationen Preismodelle umgesetzt, werden die Preisabschläge vom SL-Preis der Hauptindikation berechnet. Wird ein Arzneimittel ausserhalb der SL-Limitierung einer bereits vergüteten Indikation vergütet, darf dieser indikationsspezifische Preis zudem nicht überschritten werden. Sollte der wirtschaftliche Preis nicht in der Limitierung ersichtlich sein, hat die ZulassungsinhaberIn auf Nachfrage des Krankenversicherers hin den wirtschaftlichen Preis bekannt zu geben. Auch das BAG kann in der Regel den wirtschaftlichen Preis für die Bestimmung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Vergütung im Einzelfall (Art. 71 a-d KVV) an die anfragenden Krankenversicherer weitergeben. In erster Linie hat jedoch die ZulassungsinhaberIn auf Nachfrage des Krankenversicherers hin den wirtschaftlichen Preis

05.11.2024

bekannt zu geben.
Die Kennzeichnung der Hauptindikation im SL Datenstamm ist nicht vorgesehen, jedoch handelt es sich immer um den höchsten effektiv vergüteten wirtschaftlichen Preis des Arzneimittels.

Mögliche Situationen	Ausgangspreis für die Preisabschläge
Anwendung in einer Indikation, welche von Swissmedic nicht zugelassen ist.	Preis der Hauptindikation
Anwendung in einer Indikation, welche von Swissmedic zugelassen ist, jedoch gemäss der Limitierung nicht vergütet wird.	Preis der Hauptindikation
Anwendung in einer Indikation, welche von Swissmedic zugelassen ist und gemäss der Limitierung auch grundsätzlich vergütet wird, die Bedingungen der Limitierung jedoch nicht vollständig erfüllt sind.	Preis der Hauptindikation, sofern das Preisniveau der Nebenindikation nicht tiefer liegt. Falls das Preisniveau tiefer liegt, wäre diese Preisniveau ohne weiteren Preisabstand wirtschaftlich.

Bei Preismodellen mit einem einheitlichen Abrechnungspreis gilt der wirtschaftliche Preis der jeweiligen Indikation und nicht der einheitliche Abrechnungspreis als Basis für die Abschläge. Der einheitliche Abrechnungspreis setzt sich aus den unterschiedlichen wirtschaftlichen Preisen der jeweiligen Indikationen zusammen und zeigt somit nicht das wirtschaftliche Preisniveau einer spezifischen Indikation auf.

FAQ 10.1: Gemäss Art. 71a Abs. 3 KVV ist ein maximaler Preisabschlag von 30 Prozent, respektive 50 Prozent vorgeschrieben. Wird dieser Abschlag in jedem Fall vom wirtschaftlichen SL-Preis aus abgezogen, d.h. bei einem Produkt mit Preismodell der Netto-Preis (SL-Preis minus Preismodell)?

Ja (siehe auch FAQ 10).

20.12.2023

FAQ 11: Sind auch Auflagen wie Vorleistungsmodelle bzw. Pay for

Grundsätzlich sind bei der Vergütung nach Art. 71a KVV die in der SL definierten Auflagen zu berücksichtigen. Cappings sind zu berücksichtigen, wenn sie sich auf eine maximal vergütete

24.11.2023

Performance und Cappings zu berücksichtigen?	Therapiedauer für eine versicherte Person beziehen (z.B. max. 30 Vials pro Jahr und Patient bzw. Patientin). Die ZulassungsinhaberIn und das BAG geben im Rahmen der Vergütung im Einzelfall (Art. 71a-d KVV) den Krankenversicherern bei Bedarf bekannt, welche Preismodelle gelten. Bezüglich Vorleistungsmodelle siehe FAQ 11.1.	
FAQ 11.1: Wie findet das Vorleistungsmodell im Rahmen der Art. 71a KVV Anwendung?	Das BAG ist der Ansicht, dass bei einer Nutzenbewertung A oder B keine Vorleistung erforderlich ist, auch wenn die SL-Indikation aufgrund von einer befristeten Zulassung seitens Swissmedic von einer Vorleistung betroffen ist. Hintergrund hierfür ist, dass aufgrund der Nutzenbewertung A oder B für die über Art. 71a KVV zu vergütende Indikation bessere Studiendaten zur Verfügung stehen, als dies bei der SL-Indikation der Fall ist. Bei einer Nutzenbewertung C, ist die Vorleistung mit dem Therapieversuch über 2 Monate bereits abgedeckt.	28.03.2024
FAQ 11.2: Wie sind Preismodelle zu berücksichtigen, die ab einem bestimmten Zeitpunkt eine Teilrückvergütung pro Packung verlangen? Beispiel: 50% Rückvergütung pro Packung ab dem 25. Monat?	Arzneimittel mit Preismodellen sollen gleich behandelt werden wie Arzneimittel ohne Preismodelle. D.h. die Abschläge sind grundsätzlich auf dem effektiv vergüteten, wirtschaftlichen SL-Preis zu tätigen. Im genannten Beispiel, (Rückerstattung von 50% nach 24 Monaten) handelt es sich um ein Capping. Da die Rückerstattung von 50% bereits über dem regulären Abschlag liegt, soll hier der Preis mit 50% Rückvergütung nicht als Ausgangsbasis für die Berechnung des wirtschaftlichen Preises dienen. Somit soll im vorliegenden Beispiel für die ersten 24 Monate der reguläre Abschlag und ab dem 25. Monat die Rückerstattung von 50% angewendet werden d.h. es ist kein zusätzlicher Abschlag anzuwenden. Falls die Rückerstattung aber unter dem Abschlag liegt, kommt der festgelegte Abschlag zur Anwendung.	28.03.2024
<u>Vergütung nach Therapieversuchen bei Nutzenkategorie C</u>		
FAQ 12: Wer muss die Kosten für den Therapieversuch tragen?	Bis zum Ansprechen auf die Therapie sind die Kosten von der ZulassungsinhaberIn zu tragen. Dieses Vorgehen entspricht auch der bisherigen Praxis in der Einzelfallvergütung. Die Krankenversicherer übernehmen die Kosten bei erfolgreichem Therapieversuch ab dem 3. Monat. Eine Vergütung erfolgt erst, wenn das Ansprechen nachgewiesen ist. Betreffend Umsetzung des Therapieversuchs empfiehlt das BAG die Fortsetzung der bisherigen Praxis. D.h. die Umsetzung kann mittels Rückerstattung in Absprache mit der ZulassungsinhaberIn erfolgen oder es ist auch möglich, dass durch die ZulassungsinhaberIn Gratispackungen zur Verfügung gestellt werden. Die Leistungserbringer sollen aufgrund der gewählten Prozesse keinen Zusatzaufwand und keinen Nachteil haben und der korrekte Umgang mit den Arzneimitteln (Lieferung, Lagerung) muss gewährleistet sein.	24.11.2023
FAQ 12.1: Wenn im Falle von Art. 71c KVV bei einem Rating C die ZulassungsinhaberIn nicht in Vorleistung geht, müssen dann die	Eine Vergütung kann bei einem Arzneimittel mit erwartetem grossem therapeutischem Nutzen (Nutzenkategorie C) auch im Falle von Art. 71c KVV erst erfolgen, wenn der Nachweis der Wirksamkeit erbracht wurde. Bleibt dieser Nachweis aus (z.B. weil kein Therapieversuch durchgeführt wird), können von der OKP keine Kosten übernommen werden.	20.12.2023

Krankenversicherer die Kosten trotzdem übernehmen?		
FAQ 12.2: Kann unter der neuen Regelung die Vorleistung beim Rating C auch mit Gratisware abgedeckt werden?	Ja. Betreffend Umsetzung des Therapieversuchs empfiehlt das BAG die Fortsetzung der bisherigen Praxis. D.h. die Umsetzung kann mittels Rückerstattung in Absprache mit der ZulassungsinhaberIn erfolgen oder letztere stellt Gratispackungen zur Verfügung. Die Leistungserbringer sollen aufgrund der gewählten Prozesse keinen Zusatzaufwand und keinen Nachteil haben und der korrekte Umgang mit den Arzneimitteln (Lieferung, Lagerung) muss gewährleistet sein.	20.12.2023
FAQ 13: Wie ist der Therapieversuch bei Nutzenkategorie C definiert?	<p>Bei Arzneimitteln der Nutzenkategorie C erfolgt eine Vergütung erst, wenn im Rahmen eines Therapieversuches ein klinisch relevantes Ansprechen auf die Therapie nachgewiesen wurde. In der Regel ist von einem Ansprechen auszugehen, wenn die Therapie länger als zwei Monate verabreicht wird. Es ist somit anzunehmen, dass ein Therapieversuch zwei Monate dauert. Diese Annahme dient ebenfalls dazu, Verzögerungen und lange Verhandlungen zwischen Pharmaunternehmen und Krankenversicherer zu verhindern. Danach gelten die festgelegten Preisabschläge.</p> <p><u>Mögliche Ausnahmesituationen sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapien, welche nur einmalig eingesetzt werden (z.B. Gentherapien) • Therapien, die weniger als zwei Monate eingesetzt werden (z.B. Antibiotikatherapien) • Therapien, bei denen die zwei Monate einen grossen Anteil im Vergleich zur Therapiedauer in der klinischen Studien ausmachen • Therapien mit beispielsweise halbjährlichem Therapieschema • Therapien, bei denen das Ansprechen länger als 2 Monate dauert. Bei diesen kann der Therapieversuch verlängert werden. <p><u>Umsetzung in Ausnahmesituationen:</u></p> <p>Es sind ab Therapiebeginn die nach Art. 38d Abs. 1 und 2 KLV oder Art. 38e Abs. 1 KLV definierten Preisabschläge zu berücksichtigen. Die Krankenversicherer beurteilen das Ansprechen individuell anhand von Therapieabbrüchen, vom Bedarf an Folgetherapien und des Therapieerfolgs und legen entsprechende Auflagen fest.</p>	28.02.2025
FAQ 14: Bleiben das Rating C und die damit verbundenen Zwangsabschläge nach einem erfolgreichen Therapieversuch bestehen?	Ja, das Rating C bleibt auch nach einem erfolgreichen Therapieversuch bestehen, da die gewonnene Evidenz empirisch, auf den Einzelfall bezogen ist und trotz erfolgreichem Therapieversuch gering bleibt. Die Vergütung von Arzneimitteln durch die OKP erfordert grundsätzlich einen Nachweis des grossen therapeutischen Nutzens vor Therapiebeginn.	24.11.2023
FAQ 15: Was ist, wenn beim Therapieversuch vor Ablauf der 2 Monate klar ist, dass die Therapie erfolgreich ist?	Auch wenn das Ansprechen der Therapie vor Ablauf der 2 Monate nachweisbar ist, ist anzunehmen, dass der Therapieversuch zwei Monate dauert, auch wenn in einem Fall das Ansprechen früher in einem anderen Fall das Ansprechen auf die Therapie erst später bestimmt werden könnte. Das BAG empfiehlt eine einheitliche Handhabung, damit der administrative Aufwand möglichst gering bleibt.	24.11.2023

FAQ 16: Was ist die Basis der Rückvergütung bei einem Therapieversuch?	Die Basis bildet der FAP.	24.11.2023
FAQ 17: Zählt als Ankerpreis für die Vergütung der Preis zum Zeitpunkt des Bezuges oder zum Zeitpunkt der Kostengutsprache?	Neu ist der Preis des Behandlungsdatums massgebend, wobei der Ankerpreis (APV oder wirtschaftlicher SL-Preis) vom Versicherer in angemessenen Abständen zu prüfen ist. Entsprechende Auflagen sind zu definieren.	14.11.2024
FAQ 18: Braucht es per 1. Januar 2024 für alle vergüteten Arzneimittel ein neues Rating?	Grundsätzlich sind die Nutzenbewertung und das entsprechende Rating für alle Vergütungen im Einzelfall durchzuführen. Falls das bestehende Rating mit einem standardisierten Nutzenbewertungstool (OLU-Tool) erstellt wurde, braucht es kein neues Rating. Es gilt eine Übergangsfrist von 3 Monaten. Allfällige Verträge und Kostengutsprachen sind bis dann entsprechend der neuen Bestimmungen anzupassen.	24.11.2023
FAQ 19: Bei einem vor Inkrafttreten der KVV/KLV Revision beurteilten Kostengutsprachege such, bei dem ursprünglich ein Rating C resultierte, wurde nach positiv durchgeführtem Therapieversuch ein Rating B erteilt. Bleibt dies auch ab 1. Januar 2024 ein Rating B?	<p>Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zu den Änderungen vom 22. September 2023 der KVV regelt, dass bezüglich bereits entschiedener Kostengutsprache gesuche nach den Art. 71 a ff. KVV noch während drei Monaten das bisherige Recht gilt, d.h. ab dem 1. April 2024 gelten die neuen Bestimmungen für alle Kostengutsprache gesuche bzw. Therapien. Somit ist ab dem 1. April 2024 das Rating zum Beurteilungszeitpunkt der Kostengutsprache ausschlaggebend für die Anwendung der Preisabschläge. Im Falle eines Rating C bleibt das Rating für die Dauer der gesamten Therapie (d.h. auch nach positiv abgeschlossenem Therapieversuch) bestehen.</p> <p>Wurde im vorliegenden Falle die Beurteilung des therapeutischen Nutzens der Therapie ursprünglich mit einem geeigneten Nutzenbewertungsmodell durchgeführt, ist ab dem 1. April 2024 ein C-Rating und die entsprechenden Preisabschläge zu berücksichtigen.</p> <p>Wurde die Beurteilung des therapeutischen Nutzens der Therapie nicht mittels geeignetem Nutzenbewertungstool beurteilt, ist dies innerhalb der Übergangsfrist nachzuholen (vgl. FAQ 39). Aber auch in diesem Fall ist das für die Preisabschläge relevante Rating, dasjenige zum Beurteilungszeitpunkt (welches unabhängig vom Ansprechen des Therapieversuchs resultiert). Somit gilt unabhängig vom Zeitpunkt der Erstbeurteilung eines Arzneimittels in die Nutzenkategorie C, ab dem 1. April 2024 die Vergütung gemäss Nutzenbewertung C. Diese Regelung ist im Sinne einer Gleichbehandlung aller Versicherten.</p>	05.11.2024
<u>Patentschutz</u>		
FAQ 20: Wie erhalten die Krankenversicherer die Information	Die Krankenversicherer haben den Patentschutzstatus selbstständig zu prüfen.	24.11.2023

bezüglich des Patentschutzes eines Arzneimittels?	<p>Grundsätzlich kann angenommen werden, dass ein Arzneimittel nicht mehr patentgeschützt ist, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generika oder Biosimilars in der Spezialitätenliste aufgeführt sind; • Präparate/Indikationen länger als 15 Jahre in der Spezialitätenliste aufgeführt sind; • ein bezüglich Indikation(en), Darreichungsform(en) und Wirkstoff vergleichbares Arzneimittel (BWS) in der Spezialitätenliste aufgeführt ist. <p>Die Zulassungsinhaberin kann bei Unklarheiten zum Patentschutz angefragt werden. Bei zusätzlichem Bedarf kann das BAG angefragt werden, ob eine Überprüfung nach Ablauf des Patentschutzes stattgefunden hat (Art. 65e Abs. 1 KVV) resp. ob das Arzneimittel noch als patentgeschützt erachtet wird.</p>	
Original- bzw. Referenzpräparate, Generika und Biosimilars		
FAQ 21: Ist es korrekt, dass ein Originalpräparat höhere Abschläge tätigen muss, wenn bereits Generika oder Biosimilars in der SL gelistet sind?	<p>Ja, falls das durchschnittliche Generikapreisniveau oder das durchschnittliche Biosimilarpreisniveau unter dem wirtschaftlichen Preis des entsprechenden Originalpräparats oder des entsprechende Referenzpräparats nach den definierten Abschlägen liegt. In diesen Fällen gilt das durchschnittliche Preisniveau der Generika bzw. Biosimilars auch für das entsprechende Originalpräparat oder das entsprechende Referenzpräparat.</p>	24.11.2023
FAQ 22: Sind die Biosimilars oder Generika von den Preisabschlägen ausgenommen?	<p>Biosimilars und Generika müssen den Preis ebenfalls mindestens bis zum wirtschaftlichen Preis des Original- bzw. Referenzpräparates nach den definierten Abschlägen reduzieren, sofern sie nicht bereits tiefere Preise haben. Liegen die Preise von Biosimilars und Generika unter dem wirtschaftlichen Preis des Original- bzw. Referenzpräparates nach den definierten Abschlägen, sind sie von weiteren Preisabschlägen ausgenommen.</p>	24.11.2023
FAQ 22.1: Das Original hat einen SL-FAP von CHF 1'000.--. Nach der Anwendung der definierten Preisabschläge aufgrund der Nutzenbeurteilung ist das Original im Rahmen der Einzelfallvergütung zu CHF 800.-- zu vergüten. Zu welchen Preisen ist das Generikum/Biosimilar wirtschaftlich? Fall 1: Das Generikum/Biosimilar kostet CHF 850.-- Fall 2: Das Generikum/Biosimilar kostet CHF 780.--	<p>Fall 1: Das Generikum/Biosimilar hat einen höheren SL-FAP als das wirtschaftliche Niveau des Originals. In diesem Fall muss für eine Vergütung des Generikums/Biosimilars im Rahmen der Einzelfallvergütung der Preis auf maximal CHF 800.-- gesenkt werden, d.h. auf das Niveau des Originals. Siehe dazu auch das Beispiel im Kommentar zu den am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Anpassungen der KVV und KLV (S. 23, letzter Absatz, 2. Beispiel).</p> <p>Fall 2: Das Generikum/Biosimilar hat einen tieferen SL-FAP als das wirtschaftliche Niveau des Originals. Hier ist das Generikum/Biosimilar auch im Rahmen der Einzelfallvergütung zum SL-FAP wirtschaftlich (Niveau liegt unterhalb von CHF 800.--). Es kommt zu keinem zusätzlichen Preisabschlag. Siehe dazu auch das Beispiel im Kommentar zu den am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Anpassungen der KVV und KLV (S. 23, letzter Absatz, 1. Beispiel).</p>	20.12.2023

FAQ 22.2: Wie ist der wirtschaftliche Preis eines Generikums/Biosimilars zu bestimmen, wenn kein Originalpräparat mehr in der SL gelistet ist?	Handelt es sich um ein Generikum/Biosimilar mit entsprechender Kennzeichnung in der SL und ist kein Originalpräparat mehr gelistet, sind bei einer Vergütung nach Art. 71a Abs. 1 Bst. b keine Abschläge vorzunehmen.	20.12.2023
FAQ 22.3: Wie ist ein Therapieversuch bei Generika geregelt?	Für Generika/Biosimilars gelten die gleichen Bestimmungen bezüglich Therapieversuchen wie bei Originalpräparaten. Der erwartete therapeutische Fortschritt von Arzneimitteln der Nutzenkategorie C wird erst dann als bedeutend anerkannt, wenn der grosse therapeutische Nutzen durch ein Ansprechen auf die Therapie nachgewiesen wurde. Entsprechend werden die Kosten für die Therapie bis zum Ansprechen vom Pharmaunternehmen getragen. Ein Ansprechen liegt in der Regel vor, wenn die Therapie länger als zwei Monate eingesetzt wird (Ausnahmen vgl. FAQ 13). Im Falle eines positiven Therapieversuchs übernimmt die OKP die Vergütung gemäss den Ausführungen unter FAQ 22.1.	28.03.2024
FAQ 22.4: Welche Regelung gilt zur Berechnung des wirtschaftlichen Preises für ein Generikum oder Biosimilar, wenn es für die entsprechende Dosisstärken bzw. Packungsgrössen keinen SL-Preis des Original- bzw. Referenzpräparates gibt?	<p>Bei Generika und Biosimilars, die zusätzliche und/oder von den Original- bzw. Referenzpräparaten abweichende Dosisstärken und/oder Packungsgrössen anbieten, ist der «theoretische» SL-Preis des entsprechenden Original- bzw. Referenz-Präparates linear hoch- oder runterzurechnen vom SL-Preis aus der am ehesten vergleichbaren Packungsgrösse und Dosisstärke des Original- bzw. Referenz-Präparates. Generika und Biosimilars müssen den Preis mindestens bis zum somit berechneten wirtschaftlichen Preis des Original- bzw. Referenzpräparates nach den definierten Abschlägen reduzieren, sofern sie nicht bereits tiefere Preise haben (siehe auch FAQ 22 und 22.5).</p> <p>Durchschnittliche prozentuale Abschläge, die gleichermassen auf den FAP aller Dosisstärken und/oder Packungsgrössen desselben Arzneimittels angewendet werden, sind ausnahmsweise zulässig und gelten einzig im Rahmen der Prozessvereinfachung von Intergenerika für teilnehmende Zulassungsinhaberinnen und unter Voraussetzung der Zustimmung des Krankenversicherungsverbandes prio.swiss sowie unter Anwendung für alle Krankenkassen.</p>	28.02.2025
FAQ 22.5: Bei Generika oder Biosimilars kann es vorkommen, dass bei verschiedenen Dosisstärken eines in der SL gelisteten Arzneimittels prozentual jeweils unterschiedliche Abschläge auf den FAP vorgenommen werden müssen, um den wirtschaftlichen Preis gemäss Art. 38d KLV zu erreichen. Können die Krankenversicherer und	<p>Nein. Biosimilars und Generika müssen den Preis mindestens bis zum wirtschaftlichen Preis des Original- bzw. Referenzpräparates nach den definierten Abschlägen reduzieren, sofern sie nicht bereits tiefere Preise haben. Der wirtschaftliche Preis ist für jede Dosisstärke und/oder Packungsgrösse einzeln festzulegen.</p> <p>Durchschnittliche prozentuale Abschläge, die gleichermassen auf den FAP aller Dosisstärken und/oder Packungsgrössen desselben Arzneimittels angewendet werden, sind ausnahmsweise zulässig und gelten einzig im Rahmen der Prozessvereinfachung von Intergenerika für teilnehmende</p>	28.02.2025

<p>Pharmaunternehmen in solchen Fällen vertraglich einen durchschnittlichen prozentualen Abschlag vereinbaren, welcher gleichermassen auf den FAP aller Dosisstärken desselben Arzneimittels angewendet wird?</p>	<p>Zulassungsinhaberinnen und unter Voraussetzung der Zustimmung des Krankenversicherungsverbandes prio.swiss sowie unter Anwendung für alle Krankenkassen.</p>	
<p><u>Weiterer Preisabschlag 12 Monate nach Swissmedic-Zulassung (Art. 38d Abs. 5 KLV)</u></p>		
<p>FAQ 23: Ab wann wird der um 10% höhere Abschlag (nach 12 Monaten) für bereits zugelassene Produkte angewendet?</p>	<p>Der Abschlag erhöht sich 12 Monate nach der Zulassung durch die Swissmedic um weitere 10 Prozent. Dabei ist zu beachten, dass die zusätzlichen 10 Prozent nur bei von Swissmedic zugelassenen, in-label Indikationen angewendet werden. Für Arzneimittel, welche In-Label (Swissmedic Zulassung) aber in einer vergüteten Indikation off-Limitation (SL-Limitierung) angewendet werden, finden die zusätzlichen 10 Prozent keine Anwendung. Wird das SL-Arzneimittel jedoch in einer von Swissmedic zugelassenen Indikation eingesetzt, die nicht vergütet wird, finden die zusätzlichen 10 Prozent Anwendung.</p> <p>Die Frist der 12 Monate beginnt mit der definitiven Zulassung des Arzneimittels und/oder der Indikation durch Swissmedic. Bei Arzneimitteln und Indikationen, die vor dem Inkrafttreten der neuen Bestimmung eine Zulassung erhalten haben, beginnt die Frist der 12 Monate erst mit dem Inkrafttreten der betreffenden Bestimmung von Art. 38d Abs. 5 KLV (1. Januar 2024). Somit kommt der zusätzliche Abschlag für bereits vor dem 1. Januar 2024 zugelassene, nicht in der SL aufgeführte Arzneimittel und Indikationen zum ersten Mal per 1. Januar 2025 zur Anwendung.</p> <p>Folgende Informationsquellen dienen für die Bestimmung des Zulassungsdatums:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Swissmedic publiziert auf ihrer Webseite das Zulassungsdatum von Arzneimitteln: <u>Listen und Verzeichnisse (swissmedic.ch)</u>. • Das Zulassungsdatum von neuen Indikationen wird im Swissmedic Journal publiziert: <u>Swissmedic Journal</u>. • Die Zulassungsinhaberin hat auf Anfrage des Krankenversicherer das Zulassungsdatum bekannt zu geben. <p>Diese Regelung gilt sowohl für patentgeschützte Originalpräparate als auch für patentabgelaufene Originalpräparate, für Generika und Biosimilars und kommt nur bei einer von Swissmedic zugelassenen Indikation (in-Label) zur Anwendung.</p>	<p>05.11.2024</p>
<p>FAQ 23.1: Was ist mit «definitiver Zulassung durch die Swissmedic» gemeint? Reduziert sich der vergütete</p>	<p>Der zusätzliche 10% Abschlag findet bei ordentlichen wie auch bei befristeten Swissmedic Zulassungen Anwendung. Mit dem Ausdruck «definitive Zulassung» wird klargestellt, dass die 12-monatige Frist nicht schon mit dem von Swissmedic erlassenen «Vorbescheid» (mit dem beim BAG</p>	<p>28.03.2024</p>

<p>Preis auch bei Vorliegen einer befristeten Zulassung durch die Swissmedic nach 12 Monaten Zulassung um 10%?</p>	<p>bereits ein Gesuch um Aufnahme in die SL gestellt werden kann) zu laufen beginnt, sondern erst mit dem definitiven Zulassungsentscheid. Der weitere Abschlag von 10 Prozent, kommt somit auch bei befristet zugelassenen Arzneimitteln zum Tragen. Mit der Regelung soll vermieden werden, dass der ordentliche Weg der Aufnahme in die SL durch Einzelfallbeurteilungen ersetzt wird.</p>	
<p>FAQ 23.2: Weiterer Preisabschlag 12 Monate nach Swissmedic-Zulassung (Art. 38d Abs. 5 KLV): Ist es richtig, dass der zusätzliche Abschlag von 10% nach 12 Monaten einmalig ist und sich nicht jedes weitere Jahr kumuliert?</p>	<p>Der zusätzliche Abschlag nach 12 Monaten ist einmalig (wird nicht kumuliert).</p>	<p>28.03.2024</p>
<p>FAQ 24: Von welcher Basis wird der um 10% höhere Abschlag (nach 12 Monaten) abgezogen?</p>	<p>Basis bildet für zugelassene Arzneimittel, die nicht in der SL aufgeführt sind, der APV und für zugelassen Indikationen, die nicht in der SL aufgeführt sind, der wirtschaftliche SL-Preis. Der vergütete Preis wird 12 Monate ab dem Datum der definitiven Zulassung durch Swissmedic zusätzlich zu den Preisabschlägen nach Art. 38d Abs. 1 oder Abs. 2 KLV um weitere 10 Prozent reduziert. <u>Beispiel:</u> Der SL-Höchstpreis mit Berücksichtigung der Auflagen und Bedingungen des Arzneimittel X beträgt 5'300 Fr. Gemäss Nutzenbewertungsmodell und Einzelfallrating resultiert eine Nutzenkategorie A. Somit resultiert ein Abschlag von 30% und ein wirtschaftlicher Preis von Fr. 3'710.00 für die ersten 12 Monate. Der vergütete Preis wird 12 Monate nach der definitiven Zulassung durch Swissmedic um weitere 10 Prozent reduziert, d.h. es resultiert ein insgesamt Abschlag von 40%, womit ein wirtschaftlicher Preis von Fr. 3'180.00 resultiert.</p>	<p>24.11.2023</p>
<p><u>Sehr tiefe Therapiekosten</u></p>		
<p>FAQ 25: Müssen bei sehr tiefen Therapiekosten die Bedingungen, um auf einen Rabatt zu verzichten (Art. 71a Abs. 5 KVV i.V.m. Art. 38d Abs. 6 KLV), kumulativ oder alternativ erfüllt sein?</p>	<p>Die Bedingungen müssen alternativ auf Basis des Publikumspreises (PP) erfüllt sein.</p>	<p>24.11.2023</p>
<p>FAQ 26: Was ist die Basis für die sehr tiefen Therapiekosten, bei denen auf einen Rabatt verzichtet wird, der PP oder der FAP?</p>	<p>Basis stellt der PP dar.</p>	<p>24.11.2023</p>

FAQ 27: Sehr tiefe Therapiekosten: Im Falle einer Kombinationstherapie (Onkologie: teures Biologikum + günstigere Arzneimittel in Kombination): Gelten dann die Therapiekosten der gesamten Kombinationstherapie oder der einzelnen Arzneimittel in der Kombination?	<p>Grundsätzlich gilt, dass jedes einzelne vergütete Arzneimittel wirtschaftlich sein muss, damit es von der OKP vergütet wird. Somit ist auch gewährleistet, dass im Falle einer Kombination die gesamte Therapie wirtschaftlich ist. Günstigere Arzneimittel können deshalb von den Preisabschlägen ausgenommen werden, wenn sie die Bedingungen gemäss Art. 38d Abs. 6 KLV erfüllen oder wenn es sich um Generika oder Biosimilars handelt, deren Preise bereits unter den Preisabschlägen für Originalpräparate liegen.</p>	24.11.2023
FAQ 28: Sehr tiefe Therapiekosten: Wer berechnet diese Kosten? Die Krankenversicherung oder die Zulassungsinhaberin? Oder gibt es eine Liste für gewisse Präparate in gewissen Indikationen?	<p>Art. 38d Abs. 6 KLV regelt die Arzneimittel, welche von den festgelegten Preisabschlägen ausgenommen werden können. Ziel dieser Ausnahme ist, dass diese Arzneimittel im Rahmen der Vergütung im Einzelfall verfügbar sind und bleiben. Gemäss der Bestimmung dürfen Jahrestherapiekosten (JTK) von CHF 730.00 (Bst. a) oder Tagestherapiekosten (TTK) von CHF 2.00 (Bst. b) nicht überschritten werden.</p> <p>Ob die Kriterien erfüllt sind und somit die Preisabschläge in der beschriebenen Situation wegfallen können, entscheidet der Krankenversicherer im spezifischen Einzelfall. Es gibt bisher keine Liste mit Arzneimitteln, welche diese Kriterien erfüllen. Es steht aber den Krankenversicherern frei, entsprechende Listen zu erstellen.</p>	24.11.2023
FAQ 28.1: Könnten in Situationen, bei welchen die Therapiekosten knapp höher als die festgelegten Jahrestherapiekosten / Tagestherapiekosten ausfallen, allenfalls individuelle Preisabschläge seitens der Zulassungsinhaberin akzeptiert werden oder muss sie die festgelegten Preisabschläge in jedem Fall gewähren?	<p>Es steht der Zulassungsinhaberin frei, den Preis des Arzneimittels freiwillig zu senken, so dass es die Bedingungen der Verordnungen für sehr tiefe Therapiekosten nach Art. 71b Abs. 3 KVV erfüllt. Die Preissenkung muss sich allerdings über alle vergüteten Indikationen erstrecken (nicht nur im Rahmen der Vergütung im Einzelfall).</p> <p>Bsp: Bei SL-gelisteten Arzneimittel müsste der FAP/PP auf das entsprechende Preis-Niveau gesenkt werden. Die Pharmafirmen müssen die festgelegten Preisabschläge stets gewähren.</p>	28.03.2024
<u>Allgemeine Fragen sowie weitere Fragen zur Wirtschaftlichkeit</u>		
FAQ 29: Wenn die Preisabschläge nicht gewährt werden können – muss der Patient bzw. die Patientin die Behandlung stoppen?	<p>Ist die Zulassungsinhaberin nicht bereit, das Arzneimittel zu dem von den Krankenversicherern definierten wirtschaftlichen Preis anzubieten, kann das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nicht als erfüllt erachtet werden. Die Arzneimittelkosten gelten in diesem Fall als nicht wirtschaftlich und können deshalb nicht von der OKP vergütet werden. Die Bestimmungen regeln ausschliesslich die Vergütung durch die OKP und verlangen keinen Therapieabbruch.</p>	24.11.2023

<p>FAQ 30: Art. 71c KVV: Ist es korrekt, dass die Versicherer direkt mit den ausländischen Zulassungsinhaberinnen Kontakt aufnehmen?</p>	<p>Ja, es sollen Verhandlungen bezüglich der Preisfestsetzung zwischen den Krankenversicherern und der entsprechenden Zulassungsinhaberinnen stattfinden können. Das Gespräch mit der ausländischen Zulassungsinhaberinnen ist in jedem Fall zuerst zu suchen. Allenfalls kann die Niederlassung in der Schweiz kontaktiert werden.</p>	<p>05.11.2024</p>
<p>FAQ 31: Die heutigen und die neuen Vorgaben nach Art. 71a ff. KVV geben keine Untergrenze für Preisabschläge an. Im Gegenteil, es sind Preisabschläge bereits im Rappenbereich fällig. Um im Rahmen des Prozesses die wirtschaftliche Sinnhaftigkeit zu bewahren, wäre es nicht sinnvoll, einen Grenzbetrag zu definieren unter welchem kein Preisabschlag fällig ist?</p>	<p>Grundsätzlich war es bereits mit den alten Verordnungsbestimmungen nicht möglich, Grenzbeträge festzulegen. Es war ein Preis unterhalb des SL-Preises zu definieren. Es ist korrekt, dass auch in den Verordnungsbestimmungen keine solche Ausnahmeregelung mit Untergrenzen definiert ist, weshalb das BAG keine andere Empfehlung abgeben kann. In der Regel handelt es sich jedoch in der Vergütung im Einzelfall um teure Arzneimittel mit relevanten Rückerstattungsbeträgen. Neu wurden Ausnahmeregelungen für sehr kostengünstige Arzneimittel sowie Generika und Biosimilars festgelegt, damit sehr geringe Preisabschläge und entsprechende Preisfestsetzungsverfahren minimiert werden.</p>	<p>24.11.2023</p>
<p>FAQ 32: Sollte der Krankenversicherer sich mit der Zulassungsinhaberinnen bezüglich des wirtschaftlichen Preises nicht einigen bzw. die Zulassungsinhaberinnen nicht bereit sein den Preisabschlag zu gewähren, muss dann das Kostengutsprachege such abgelehnt werden?</p>	<p>Ist die Zulassungsinhaberinnen nicht bereit, das Arzneimittel zu dem von den Krankenversicherern definierten wirtschaftlichen Preis anzubieten, kann das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nicht als erfüllt erachtet werden. Die Preisabschläge sind verbindlich (entgegen einem Beitrag in der juristischen Zeitschrift für Pharma, Biotech und Medtech «Life Science Recht»: Revision der KVV und KLV: WZW-Prüfung von Arzneimitteln und Einzelfallvergütung, Vogt/ Aebischer/Helmle/Wildi, in: Life Science Recht LSR, 2024, S. 33, 42). Die Arzneimittelkosten gelten folglich als unwirtschaftlich und können deshalb nicht von der OKP vergütet werden. Der Krankenversicherer darf nur wirtschaftliche Preise / Kosten vergüten. Das Kostengutsprachege such muss folglich abgelehnt werden.</p>	<p>03.07.2024</p>
<p>FAQ 32.1: Wenn die Zulassungsinhaberinnen nicht bereit ist, den vorgegebenen Preisabschlag zu gewähren, ist das Kostengutsprachege such zu 100% abzulehnen oder bestünde die Möglichkeit, dass die Preisdifferenz durch die versicherte Person übernommen werden könnte?</p>	<p>Das Kostengutsprachege such ist abzulehnen. Auch die Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall unterliegt dem Tarifschutz nach Art. 44 Abs. 1 KVG. Entsprechend darf eine allfällige Differenz nicht der versicherten Person berechnet werden. So könnten sich Patienten, die finanziell bessergestellt sind, die Therapien leisten, andere Patienten hingegen nicht. Dies entspricht nicht den gesetzlichen Voraussetzungen des schweizerischen Krankenversicherungssystems.</p>	<p>28.03.2024</p>
<p>FAQ 33: Wie ist das Vorgehen, wenn Therapien ohne Gesuch bereits gestartet wurden und die Zulassungsinhaberinnen</p>	<p>Grundsätzlich benötigt es vor Therapiebeginn ein Kostengutsprachege such. Wenn die Therapie bereits begonnen wurde, ist der Nutzen der Therapie bei Therapiebeginn zu beurteilen, unabhängig von dem Therapieerfolg. Ist die Zulassungsinhaberinnen nicht bereit, das Arzneimittel zu dem von den</p>	<p>24.11.2023</p>

nachträglich nicht bereit ist, den Preisabschlag zu gewähren?	Krankenversichererem definierten wirtschaftlichen Preis anzubieten, kann das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nicht als erfüllt erachtet werden. Die Arzneimittelkosten gelten folglich als unwirtschaftlich und können deshalb nicht von der OKP vergütet werden.	
FAQ 34: Handelt es sich um eine Einzelfallvergütung, wenn eine Kombinationstherapie bestehend aus zwei Arzneimitteln nur für das eine Arzneimittel zugelassen und in der Limitierung aufgeführt ist?	Aus Sicht des BAG handelt es sich hier nicht um eine Einzelfallvergütung. Es kommt sehr oft vor, dass Swissmedic eine Kombinationstherapie nur für ein Arzneimittel zulässt und die Fachinformation des Kombinationspartners nicht angepasst wird. Es handelt sich in solchen Fällen in der Regel um neue Arzneimittel, die mit älteren Arzneimitteln kombiniert werden. Die Fachinformation des älteren Arzneimittels wird in solchen Fällen selten ergänzt. Insbesondere bei einer Aufnahme in die Spezialitätenliste prüft das BAG das Kriterium der Wirtschaftlichkeit der Kombination und regelt entsprechend die Vergütung aller als Kombination eingesetzten Arzneimittel.	24.11.2023
FAQ 35: Beträgt der Preisabschlag bei einem Behandlungskomplex und Präventionsmassnahmen gemäss Art. 38f und 38g KLV immer 30% unabhängig vom Rating?	Ja.	24.11.2023
FAQ 35.1 Preisabschlag bei einem Behandlungskomplex und Präventionsmassnahmen (Art. 38f und 38g KLV): Gemäss FAQ 35 beträgt der Preisabschlag immer 30%; dies unabhängig des Ratings. Und spielt der Patentstatus des Produkts eine Rolle?	Der Preisabschlag beträgt immer 30%; sowohl für patentgeschützte als auch für patentabgelaufene Produkte.	28.03.2024
FAQ 35.2: Finden beim Behandlungskomplex und Präventionsmassnahmen gemäss Art. 38f und 38g KLV die Ausnahmeregelungen für günstige Generika und Biosimilars (Art. 38d Abs. 4 und Art. 38e Abs. 2 KLV) sowie bei sehr tiefen Therapiekosten (Art. 38d Abs. 6 und Art. 38e Abs. 4 KLV) Anwendung?	Beim Behandlungskomplex und Präventionsmassnahmen findet (unabhängig vom Patentstatus) ein einheitlicher Preisabschlag von 30% Anwendung. Ausnahmeregelungen sind keine vorgesehen.	05.11.2024

<p>FAQ 36: Die gemäss Bruttokosten berechnete und zu viel bezahlte MWST kann nicht mehr zurückgefordert werden und geht zu Lasten der Prämienzahler. Wie rechtfertigt das das BAG diesen Umstand?</p>	<p>Dieser Umstand ist der aktuellen und neuen Praxis mit Rückerstattungen geschuldet und kann im Rahmen der Vergütung im Einzelfall noch nicht angepasst werden. Das BAG prüft Anpassungen im Rahmen der Ausführungsbestimmungen des Kostendämpfungspakets 2.</p>	<p>20.12.2023</p>
<p><u>Nutzenbewertung</u></p>		
<p>FAQ 37: Was ist unter einem grossen therapeutischen Nutzen zu verstehen?</p>	<p>Ein grosser therapeutischer Nutzen liegt vor, wenn unter Berücksichtigung der Evidenzlage und der Einzelfallbeurteilung anhand klinisch relevanter Endpunkte ein bedeutender therapeutischer Fortschritt aufgezeigt wurde oder erwartet werden kann, d.h. wenn im Vergleich zur Standardarzneimitteltherapie beziehungsweise zu Placebo ein bedeutender therapeutischer Fortschritt gemäss Nutzenbewertungsmodell aufgezeigt wurde oder erwartet werden kann. Beim Fehlen eines solchen Vergleiches (z.B. bei sehr seltenen Erkrankungen) kann der bedeutende therapeutische Fortschritt gemäss Nutzenbewertungsmodell auch nur anhand klinisch relevanter Endpunkte (ohne Vergleich) aufgezeigt oder erwartet werden.</p> <p>Der bedeutende therapeutische Fortschritt ist von der Vertrauensärzteschaft und Versicherern unter Einbezug der Experten in den Nutzenbewertungstools zu definieren. Es müssen international anerkannte Standards zur Beurteilung des Ausmasses der klinischen Wirksamkeit und deren klinisch relevanter Endpunkte berücksichtigt werden. Als klinisch relevant gelten Endpunkte, die einen unmittelbaren und anerkannten relevanten therapeutischen Einfluss auf den Krankheitszustand und/oder die Sterblichkeit aufzeigen.</p> <p>Eine Einzelfallvergütung ist somit nicht zulässig, wenn nur ein moderater, geringer oder kein klinischer Fortschritt gemäss Nutzenbewertungsmodell (d.h. kein bedeutender therapeutischer Fortschritt) gezeigt werden konnte.</p>	<p>20.12.2023</p>
<p>FAQ 38: Kann es vorkommen, dass Therapien, welche vor dem 1. Januar 2024 vergütet worden sind, aufgrund der neuen Bestimmungen zur Nutzenbewertung nicht mehr vergütet werden?</p>	<p>Die in der Verordnung festgelegte Nutzenbewertung entspricht der heutigen Praxis (Bewertung mit dem off-label-use-Tool [OLU-Tool]). Aus diesem Grund sollte es bei der Nutzenbewertung keine wesentliche Veränderung zum Status Quo geben, d.h. die neuen Bestimmungen zur Nutzenbewertung sollten an der bisherigen Vergütung nichts ändern, sofern eine rechtmässige Beurteilung des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit stattfand.</p>	<p>20.12.2023</p>
<p>FAQ 39: Kann die bisherige Beurteilung der Nutzenbewertung übernommen werden?</p>	<p>Das Rating mittels Studien- und Einzelfallbeurteilung der bisher vergüteten Therapien bleibt bestehen, sofern es mit einem geeigneten Nutzenbewertungstool vorgenommen wurde. Bei Therapien, die noch kein Rating mittels geeignetem Nutzenbewertungstool erhalten haben, ist dies innerhalb der Übergangsfrist von drei Monaten gemäss Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur</p>	<p>20.12.2023</p>

	Änderung der KVV vom 22. September 2023 nachzuholen. Das Gleiche gilt für Nutzenbewertungen, die nicht entsprechend der in den Verordnungsbestimmungen vorgesehenen Kategorien durchgeführt wurde.	
FAQ 40: Ordnet das BAG den Nutzen von einem Einzelfall mit Rating C als Pflichtleistung ein?	Ja, es handelt sich grundsätzlich um eine Pflichtleistung. Jedoch erst, sobald im Rahmen eines Therapieversuchs ein klinisch relevantes Ansprechen auf die Therapie nachgewiesen wurde. Weitere Informationen siehe weitere FAQ zum Thema «Vergütung nach Therapieversuch bei Nutzenkategorie C».	20.12.2023
FAQ 41: Gibt es Fälle, in denen eine Vergütung ausserhalb der festgelegten SL-Limitierung (off-limitatio) im Einzelfall zulässig ist?	Ausnahmsweise können die Kosten eines Arzneimittels off-limitatio (Anwendung in einer in der Spezialitätenliste aufgeführten Indikation ausserhalb der festgelegten Limitierung) unter den Voraussetzungen von Art. 71a KVV übernommen werden. Wenn in Limitierungen der SL eine spezifische Patientenpopulation aufgrund des Nutzens der Therapie definiert wurde, wie z.B. , ab welchem Schweregrad der Erkrankung resp. welchem medizinischen Bedarf eine Vergütung stattfinden kann oder eine Patientengruppe aufgrund fehlender oder ungenügender Wirksamkeit ausgeschlossen ist, entspricht eine Vergütung ausserhalb der Limitation nicht den WZW-Kriterien. In diesen Fällen empfiehlt das BAG daher grundsätzlich keine Kostengutsprache. Es obliegt jedoch dem Krankenversicherer abschliessend zu entscheiden, ob die Voraussetzungen für eine Vergütung im Bereich off-limitatio in derselben Indikation im Einzelfall gegeben sind. Krankenversicherer haben hier bereits eine Praxis entwickelt, welche aufgrund der neuen Nutzenbewertung angepasst bzw. weiterentwickelt werden muss.	20.12.2023
<u>Standardisierte Nutzenbewertungsmodelle</u>		
FAQ 42: Weshalb sollen Nutzenbewertungsmodelle angewendet werden und welche sind geeignet?	Die Einführung von standardisierten und für die jeweiligen Krankheitsbilder geeigneten Nutzenbewertungsmodelle soll zu einer einheitlicheren Nutzenbewertung beitragen. Das BAG empfiehlt die Verwendung und Weiterentwicklung des von der Schweizerischen Gesellschaft für Vertrauens- und Versicherungsärzte entwickelten OLU-Tools, da es auf Basis internationaler Empfehlungen basiert und breit eingesetzt wird. Die Nutzenbewertungsmodelle sollen weiterhin von der Vertrauensärzteschaft ausgearbeitet und weiterentwickelt werden. Für die Entwicklung der standardisierten Nutzenbewertungsmodelle und deren Weiterentwicklung hören die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen klinische Fachexperten und -expertinnen an, welche jeweils Empfehlungen abgeben. Das BAG begleitet den Prozess im Rahmen einer Arbeitsgruppe.	20.12.2023
FAQ 43: Welches Nutzenbewertungsmodell soll bei seltenen Krankheiten verwendet werden?	Bereits heute werden verschiedene Nutzenbewertungsmodelle (OLU-Tools) zur Verfügung gestellt, welche auf Basis internationaler Empfehlungen entwickelt wurden. Die bestehenden OLU-Tools müssen weiterentwickelt werden, um möglichst allen Indikationen bzw. Krankheiten gerecht zu werden. Denn die Beurteilung des Nutzens eines Arzneimittels bei einer häufigen Krankheit kann	20.12.2023

	nicht nach demselben Massstab erfolgen, wie die Beurteilung der Anwendung bei einer seltenen Erkrankung. Zudem haben die verschiedenen Krankheiten unterschiedliche klinisch relevante Endpunkte, die zur Beurteilung des Nutzens eines Arzneimittels relevant sind. Deshalb soll jeweils das am besten geeignete und verfügbare Nutzenbewertungsmodell verwendet werden.	
FAQ 44: Bei einem in einer bestimmten Indikation häufig vergüteten Arzneimittel können die Versicherer die Bewertung des therapeutischen Nutzens anhand der vorliegenden Evidenz gemeinsam durchführen. Was ist damit gemeint?	<p>Die Bewertung des therapeutischen Nutzens erfolgt in zwei Schritten. Im ersten Schritt erfolgt die Beurteilung der Evidenz in der beantragten Indikation (sog. Studienrating) mit Einteilung in eine der vier Nutzenkategorien (A, B, C oder D). Im zweiten Schritt erfolgt die Beurteilung im Einzelfall (für jeden Patienten bzw. für jede Patientin individuell) basierend auf der Studienbeurteilung. Aufgrund dieser Einzelfallbeurteilung ist ein Up/Downgrading in eine höhere oder tiefere Nutzenkategorie möglich.</p> <p>Durch diese neue Regelung kann eine gemeinsame Beurteilung des Nutzens anhand der vorliegenden Evidenz (Studienrating) erfolgen, was eine Gleichbehandlung der Versicherten gewährleistet. Denn diese gemeinsame evidenzbasierte Nutzenbewertung muss gegenüber allen Krankenversicherern sowie medizinischen Fachgesellschaften in einem vertraulichen Rahmen publiziert werden.</p>	20.12.2023
<u>Experteneinbezug</u>		
FAQ 45: Wie ist die Entlohnung der Experten vorgesehen?	<p>Die Kosten für den Experteneinbezug im Rahmen der Vergütung im Einzelfall entstehen wie bisher auf Seiten der Krankenversicherungen.</p> <p>Die Entlohnung der Experten und Expertinnen, welche für die (Weiter)-Entwicklung des Nutzenbewertungsmodells einbezogen werden müssen, fällt ebenfalls auf Seiten der Krankenversicherungen an. Da die Arbeiten im Zusammenhang mit dem Nutzenbewertungstool jedoch nicht einer Krankenversicherung zugeordnet werden können, sind die Fachgesellschaften, Krankenversicherer und die Vertrauensärzteschaft angehalten, - wie bisher bei entsprechenden Anfragen - gemeinsame, tragbare Lösungen zu finden. Somit soll nicht nur eine minimale, sondern eine fundierte Expertise bei der Weiterentwicklung der Nutzenbewertung berücksichtigt werden können.</p>	20.12.2023
FAQ 46: Unter welchen Bedingungen ist ein Experteneinbezug im Einzelfall zwingend?	<p>Der Experteneinbezug im Einzelfall hat zu erfolgen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • es sich um eine seltene Erkrankung nach Art. 4 Abs. 1 Bst. a^{decies} Ziffer 1 des Heilmittelgesetzes (HMG; SR 812.21) handelt und • keine klinischen Studien in der betreffenden Indikation vorliegen und • eine Ablehnung aufgrund der Nutzenbewertung vorgesehen ist. 	03.07.2024

	<p>In diesem Fall muss eine klinische Fachexpertin oder ein klinischer Fachexperte aus dem relevanten Indikationsbereich angehört werden.</p> <p>Nicht als klinische Studien sollen grundsätzlich retrospektive Studien (z.B. Fall-Kontroll-Studien, Fallberichte, Kohorten-Studie etc.) zählen. Die Definition von 'klinischen Studien' resp. der Evidenzlage ist jedoch mit den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen sowie Fachexperten und Fachexpertinnen bei der Weiterentwicklung der Nutzenbewertungstools zu definieren.</p> <p>Die medizinischen Fachgesellschaften und Krankenversicherer stellen Listen mit geeigneten klinischen Experten und Expertinnen (inkl. allfälliger Interessenkonflikte) zur Verfügung, welche von den Vertrauensärzten bzw. Vertrauensärztinnen bei einem Experteneinbezug konsultiert werden können. Die Konsultation der Listen wird im Sinne der Gleichbehandlung empfohlen, ist aber nicht verpflichtend. Für die Führung der entsprechenden Listen sind die Krankenversicherer und Fachgesellschaften gemeinsam zuständig. Das BAG wird diesen Prozess im Rahmen einer Arbeitsgruppe begleiten.</p>	
FAQ 47: Kann jemand als Experte/Expertin gelten, wenn er/sie gleichzeitig Beratungsverträge mit Pharmaunternehmen hat?	Experten und Expertinnen müssen grundsätzlich unabhängig sein. Dies sollte von den Fachgesellschaften bei der Erstellung der Expertenlisten entsprechend berücksichtigt werden. Sollten Interessenkonflikte bestehen, sind diese zu deklarieren und je nach Schwere müssen Experten und Expertinnen in den Ausstand treten. Die Interessenkonflikte sind bei der Einschätzung der Empfehlung zu berücksichtigen.	20.12.2023
FAQ 48: Wie kann ein zeitgerechter Beizug von sachkundigen, unabhängigen Expertinnen und Experten sichergestellt werden?	Die auf den genannten Listen aufgeführten klinischen Experten und Expertinnen müssen sich bewusst sein, dass im Rahmen der Einzelfallbeurteilung eine rasche Einschätzung zu erfolgen hat. Ist dies nicht möglich, ist ein anderer Experte bzw. eine andere Expertin anzufragen. Der Experteneinbezug war ein grosses Anliegen der Fachgesellschaften. Das BAG geht deshalb davon aus, dass der Experteneinbezug nicht zu Verzögerungen führt.	20.12.2023
<u>Transparenz</u>		
FAQ 49: Muss bei einer befürwortenden Kostengutsprache die Nutzenbeurteilung beigelegt werden?	Nein.	20.12.2023
FAQ 50: Muss bei einer ablehnenden Kostengutsprache die Nutzenbeurteilung beigelegt werden?	<p>Erfolgt die Ablehnung aufgrund des fehlenden oder ungenügenden therapeutischen Nutzens, muss die Nutzenbeurteilung beigelegt werden. Diese Transparenz erhöht die Qualität und verhindert zusätzliche Schriftenwechsel.</p> <p>Wenn die Ablehnung aufgrund der fehlenden Wirtschaftlichkeit erfolgt, muss die Nutzenbewertung nicht beigelegt werden. Das BAG empfiehlt aber auch in diesen Fällen den Ablehnungsgrund zu deklarieren sowie die Nutzenkategorie bekannt zu geben.</p>	28.02.2025

	Bei einer Ablehnung eines Gesuchs für seltene Krankheiten ohne Vorliegen von klinischen Studien ist zudem zu bestätigen, dass ein Experteneinbezug stattfand.	
FAQ 51: Müssen Informationen bezüglich Nutzenbeurteilung (Studien- und Einzelfallbeurteilung) der Zulassungsinhaberin mitgeteilt werden?	Nein. Es liegt in der Verantwortung des Krankenversicherer, die Nutzenbeurteilung korrekt durchzuführen. Der Zulassungsinhaberin muss einzig der im Rahmen der Einzelfallvergütung als wirtschaftlich erachtete Preis mitgeteilt werden. Die Zulassungsinhaberinnen sollen keinen Einfluss auf die Nutzenbewertung nehmen.	20.12.2023
<u>Stationärer Bereich</u>		
FAQ 52: Kommen im stationären Setting die Fix-Abschläge gemäss Art. 71a und 71b KVV (analog) zur Anwendung oder darf sich die generelle analoge Anwendbarkeit dieser Bestimmungen auf diese Produkte nicht erstrecken, wenn sie bereits über mehrere Jahre stationär eingesetzt werden und keine preisliche Unsicherheit besteht? Gelten dieselben Regeln bei Anwendung innerhalb eines Behandlungskomplexes und/oder existieren Ausnahmen in der Höhe des Rabatts (30%) innerhalb eines Behandlungskomplexes?	<p>Die stationäre Behandlung ist gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG grundsätzlich mittels Fallpauschalen abzugelten. In der Fallpauschale sind die Kosten für Operationen, Therapien, Pflege sowie der Aufenthalt während der stationären Behandlung enthalten. Die Kosten für Geräte, Materialien (inkl. Implantate und Prothesen), Arzneimittel im Zusammenhang mit der Behandlung sind ebenfalls in der Fallpauschale inbegriffen und können nicht zusätzlich geltend gemacht werden. Ausnahme bilden die definierten Zusatzentgelte.</p> <p>Grundsätzlich gilt, dass der Geltungsbereich der Einzelfallvergütung für den ambulanten Bereich konzipiert wurde und Arzneimittel im stationären Bereich wie erwähnt durch die DRG-Fallpauschalen abgedeckt sind. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass die SL sowie die Artikel 71a bis 71d KVV auch für die Überprüfung der Konformität der Vergütungen im stationären Bereich beachtet werden müssen. Die in Anlage 2 des SwissDRG-Fallpauschalenkatalogs geregelten bewerteten Zusatzentgelte für Arzneimittel müssen in der Schweiz zugelassen und in der SL gelistet sein, wobei die Vergütungshöhe den relevanten Höchstpreis der SL nicht übersteigen darf. Zudem gilt zu berücksichtigen, dass für eine Vergütung der Arzneimittel in Anlage 2 des SwissDRG-Fallpauschalenkatalogs die bewerteten Zusatzentgelte für Arzneimittel mit den Limitierungen der SL und der Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste (GGSL) übereinstimmen müssen, andernfalls gelten die Bestimmungen der Artikel 71a bis 71d der KVV. Hingegen bilden für die unbewerteten Zusatzentgelten in der Anlage 3 des SwissDRG-Fallpauschalenkatalogs die Bestimmungen der KVV zur Einzelfallvergütung die Grundlage für die Kostenübernahme resp. die Vergütung durch die OKP.</p> <p>Die sachgerechte Ausgestaltung der Tarifstruktur und somit auch die Höhe der Kostengewichte und die Etablierung von Zusatzentgelten obliegt der SwissDRG AG.</p> <p>Abschliessend ist festzuhalten, dass im Vergleich zum bisherigen Status quo keine Praxisänderung stattgefunden hat.</p>	28.02.2025

	Die obigen Ausführungen gelten auch für den sogenannten Behandlungskomplexe. Beim Behandlungskomplex (Art. 71 a Abs. 1 Bst. a KVV) muss der Versicherer sicherstellen, dass bei der Vergütung ein Preisabschlag von 30 Prozent in Bezug auf den FAP der Spezialitätenliste bzw. auf den mittels APV nach Art. 65b ^{quater} KVV ermittelten FAP vorgenommen wird. Ausnahmen sind keine vorgesehen.	
FAQ 53: Kommt Art. 71a-71d KVV auch für ATMPs im stationären Bereich zur Anwendung (im Hinblick auf Anpassung HMG)? Wenn ja, welche Rechtsgrundlage ist dafür massgebend?	Für ATMPs ohne umfangreichen ärztlichen Behandlungskomplex von weiteren Leistungen vgl. FAQ 52. Bei ATMPs, welche Teil eines umfangreichen ärztlichen Behandlungskomplexes sind (z. B. mit weiteren Leistungen wie vorhergehende Chemotherapie, Zellentnahme zur Herstellung des TpP, aufwendige stationäre Überwachung und Nachbehandlung), kommt Art. 71 a-71d KVV nicht zur Anwendung. Die Vergütung dieser ATMPs erfolgt grundsätzlich als ärztliche Leistung. Bei ärztlichen Leistungen gilt das Vertrauensprinzip ohne abschliessende Regelung der Leistungspflicht aller Leistungen.	28.02.2025
FAQ 54: Gelten die Rückforderungen nach Art. 71a ff. KVV auch im Rahmen des Art. 49 Abs. 1 KVG? Gewisse Pharmafirmen erachten das FAQ des BAG als für sie nicht gültig und verweisen auf Art. 49 Abs. 1 KVG. Da die Pharma-Firma kein tariflicher Partner sei, müsse sie nicht auf die Verhandlungen eintreten.	Bei unbewerteten Zusatzentgelten in der Anlage 3 des Fallpauschalenkataloges bilden die Bestimmungen der KVV zur Einzelfallvergütung die Grundlage für die Kostenübernahme resp. die Vergütung durch die OKP. Dennoch können die Zulassungsinhaberinnen nicht dazu verpflichtet werden, ein Arzneimittel zu einem bestimmten Preis zu liefern. Das heisst, dass das Kriterium der Wirtschaftlichkeit von den Krankenversicherern nicht als erfüllt erachtet werden kann, wenn eine Zulassungsinhaberin nicht bereit ist, das Arzneimittel zu dem von den Krankenversicherern auf Basis der Verordnungsbestimmungen definierten wirtschaftlichen Preis anzubieten. Die Arzneimittelkosten gelten in diesem Fall als nicht wirtschaftlich und können deshalb nicht durch die OKP vergütet werden.	28.03.2024
<u>Weitere Fragen</u>		
FAQ 55: Darf in Anwendung von Art. 71b KVV vergütet werden, wenn in keinem Land mit einem vergleichbaren Zulassungssystem, die zu vergütende Indikation zugelassen ist? Im Handbuch gültig per 01.05.2017 (bis 31.12.2024) stand Folgendes: «I.5.3 Compassionate use. Arzneimittel, die in keinem Land mit einem vergleichbaren Zulassungssystem für eine entsprechende Indikation zugelassen	Voraussetzung für eine Vergütung gemäss Art. 71b KVV ist die Zulassung des Arzneimittels durch Swissmedic. Ist dies der Fall, kann dieses Arzneimittel vergütet werden, auch wenn es in keinem anderen Land mit einem vergleichbaren Zulassungssystem in der zu vergütenden Indikation zugelassen ist.	22.12.2023

<p><i>sind, werden nie durch die OKP vergütet, da sie als Arzneimittel in Entwicklung gelten (compassionate use).»</i></p>		
<p>FAQ 56: Übergangsfrist: Die Versicherer sollen unterschiedlich hoch vergüten, je nachdem, ob es eine laufende oder neue Anfrage betrifft. Dies hat zur Folge, dass es nicht nur uneinheitlich ist, sondern, dass sich der Aufwand auch verdoppelt. Zudem wird das Gleichbehandlungsprinzip nicht gewährleistet. Die Übergangsfrist sollte deshalb nur dann zur Anwendung kommen, wenn der betroffene Versicherer damit einverstanden ist, ansonsten gelten die Preisabschläge der neuen Verordnung. Kann das BAG diese Interpretation teilen?</p>	<p>Nein. Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zu den Änderungen der KVV vom 22. September 2023 regelt explizit, dass bezüglich bereits entschiedener Kostengutsprache gesuche nach den Art. 71 a–71 d KVV noch während drei Monaten das bisherige Recht gilt. Damit soll der administrative Aufwand für die Krankenversicherer reduziert werden. Diese Übergangsbestimmung gilt nicht für hängige Verfahren, sondern lediglich für abgeschlossene Verfahren. Das BAG hat hier keinen Handlungsspielraum.</p>	<p>22.12.2023</p>
<p>FAQ 57: Welche Abschläge gelten für die Arzneimittel, die nie patentgeschützt waren z.B. für humane Immunglobulin-Präparate?</p>	<p>Arzneimittel, welche nie einen Wirkstoffpatentschutz gehabt haben sind grundsätzlich als nicht patentgeschützt zu betrachten, weshalb die Abzüge für patentabgelaufene Arzneimittel gelten sollen.</p>	<p>22.12.2023</p>
<p>FAQ 58: Gemäss Art. 28 Abs. 1^{bis} KVV müssen die Krankenversicherer dem BAG erneut Daten im Zusammenhang mit Einzelfallvergütungen liefern. Gibt es dafür bereits ein Musterdokument?</p>	<p>Die Daten sollen mittels einem standardisierten Excel Formular erfasst werden. Pro Kostengutsprache haben die Krankenversicherer dem BAG voraussichtlich folgende Informationen nach Art. 28 Abs. 1bis KVV bekanntzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entweder das Eingangsdatum (beim Versicherer) des Gesuchs um Kostengutsprache, oder das Datum des vollständigen Gesuchs um Kostengutsprache. Jene Krankenversicherer, die beide Daten zur Verfügung stellen können, sollen beide Daten einfügen. • Den Namen des Arzneimittels (keine Bekanntgabe der verwendeten Packung). • Den Namen der Zulassungsinhaberin (nach Möglichkeiten gemäss Refdata-Eintrag). • Die Indikation (gem. Angaben des Leistungserbringers). • Informationen über den Leistungsentscheid (Gutheissung/Ablehnung). 	<p>28.02.2025</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzenkategorie gemäss Leistungsentscheid (A – D). Falls es eine Therapiealternative gibt, kann «Keine» ausgewählt werden. Bei einem Behandlungskomplex kommt es zu keiner Einteilung in eine Nutzenkategorie, weshalb «Behandlungskomplex» ausgewählt werden kann. • Datum des Leistungsentscheids (Versanddatum Mitteilung/Kostengutsprache an Leistungserbringer bzw. Versicherten). • Im Falle einer Ablehnung; den Grund der Ablehnung (Wirtschaftlichkeit, unvollständiges Gesuch, Nutzenbewertung, Therapiealternativen, Ablehnung aufgrund fehlender Zulassung der Indikation im Ausland, Vergütung über SL, anderes). <ul style="list-style-type: none"> ○ Ablehnung aufgrund von Wirtschaftlichkeitsgründen: Diskussionen mit der ZulassungsinhaberIn (Rating, Rabatte usw.) ○ Ablehnung aufgrund unvollständigem Gesuch: Kostengutsprache gesuch wurde vom Leistungserbringer unvollständig eingereicht. ○ Ablehnung aufgrund der Nutzenbewertung: Der Vertrauensarzt kam zu einem Rating D. ○ Ablehnung aufgrund Therapiealternativen: Eine SL-Therapiealternative ist vorhanden und kann eingesetzt werden. ○ Vergütung über SL: Es handelt sich gar nicht um einen Einzelfallvergütungsfall, sondern die Vergütung kann regulär aufgrund der SL-Listung erfolgen. • Im Falle einer Gutheissung der Kostengutsprache sind folgende weitere Angaben zu machen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Höhe der Vergütung im Erhebungsjahr (effektiv bezahlter Betrag = Bruttokosten). ○ Bei einer Vergütung in der Nutzenkategorie C; Angabe, ob der Therapieversuch mittels Gratisware oder Rückerstattung zustande kam. • Der Anwendungsfall (SL-Arzneimittel, Nicht-SL-Arzneimittel oder importiertes Arzneimittel). <p>Dem BAG ist bewusst, dass nicht alle Versicherer dokumentieren, weshalb es zu einer Ablehnung kam. Daher sind die Angaben dieser Information erwünscht, sofern sie dem Versicherer aufgrund seiner Dokumentation bekannt sind.</p> <p>Die Versicherer werden bezüglich der Umsetzung der Datenerhebung zur Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall separat vom BAG informiert.</p>	
FAQ 58.1: Periode zur Datenerhebung.	Die Datenerhebung erfolgt für den Zeitrahmen 2025 bis und mit 2026.	03.07.2024
FAQ 59: Bei Einzelfällen nach Art. 71 c KVV werden gemäss Art. 38 d ff. KLV keine Preisabschläge anhand von Nutzenkategorien gefordert. Bedeutet dies, dass die Kosten in Fällen von	Die Vergütung eines importierten Arzneimittels richtet sich nach Art. 71 c Abs. 2 KVV, welcher festhält, dass die Höhe der Vergütung vom Versicherer nach Absprache mit der ZulassungsinhaberIn bestimmt wird. Demgemäss wird in FAQ 30 festgehalten, dass – wenn möglich – Verhandlungen bezüglich Preisfestsetzung zwischen Versicherer und ausländischer ZulassungsinhaberIn stattfinden	28.03.2024

<p>Art. 71 c KVV bei vorliegender positiver Nutzenbewertung (Rating A bis C) vollständig von der OKP übernommen werden, d.h. bei Rating A bis B ab Therapiebeginn und bei Rating C nach erfolgreichem Therapieversuch unter der Berücksichtigung, dass der Leistungserbringer das Medikament aus dem Land importiert mit den tiefsten Kosten der Vergütung?</p>	<p>sollen. Dabei soll aus dem Land importiert werden, bei dem die tiefsten Kosten für die Vergütung entstehen (Art. 71 c Abs. 2 KVV). Soll ein importiertes Arzneimittel gemäss Art. 71 c KVV vergütet werden, bei dem von einem grossen therapeutischen Nutzen ausgegangen wird (Art. 71 a Abs. 1 Bst. b KVV), muss analog zu Fällen nach Art. 71 a und 71 b KVV der therapeutische Nutzen beurteilt und eine Einteilung in die Nutzenkategorien vorgenommen werden (Art. 71 a Abs. 2 KVV i.V.m. Art. 38 b und 38 c KLV). Die in Art. 38 d – 38 g KLV definierten Preisabschläge finden jedoch auf eine Vergütung gemäss Art. 71 c KVV nicht Anwendung. Der wirtschaftliche Preis wird wie vor dem 1. Januar 2024 vom Versicherer – wenn möglich mittels Verhandlungen mit der ZulassungsinhaberIn – festgesetzt. Kann bezüglich des wirtschaftlichen Preises für den konkreten Einzelfall zwischen Versicherer und ZulassungsinhaberIn keine Einigung erzielt werden, muss der Versicherer das Gesuch ablehnen.</p>	
<p>FAQ 60: Art. 38 c KLV definiert Nutzenkategorie C als Pflichtleistung, wenn im Rahmen eines Therapieversuchs ein klinisch relevantes Ansprechen auf die Therapie nachgewiesen wurde, namentlich bei einer Therapiedauer von mehr als 2 Monaten. Wie steht das BAG dazu, dass Krankenversicherer folgendes Statement verwenden: «Eine Vergütung nach erfolgreichem Therapieversuch kann [Krankenversicherer X] zurzeit nicht garantieren.»? Widerspricht dies nicht dem Sinn von Art. 38 c KLV?</p>	<p>Offenbar liegt hier ein Missverständnis bei den Krankenversicherern vor. In den FAQ wurde bisher festgehalten, dass die Höhe der Vergütung und die damit verbundenen Auflagen zum Zeitpunkt der Kostengutsprache festzulegen sind. In den Arbeitsgruppensitzungen wurde jedoch zusammen mit den Versicherern festgehalten, dass neu der Preis des Behandlungsdatums massgebend ist, wobei der Ankerpreis (APV oder wirtschaftlicher SL-Preis) vom Versicherer in angemessenen Abständen zu prüfen ist. (FAQ 17). Das heisst, die Umsetzung des Therapieversuchs ist rasch zu regeln und somit auch die Frage, ob die ZulassungsinhaberIn bereit ist, das Arzneimittel zu dem eruierten wirtschaftlichen Preis nach dem Therapieversuch zu liefern. Eine ZulassungsinhaberIn kann aber grundsätzlich nicht gezwungen werden, ein Arzneimittel zu einem bestimmten Preis anzubieten. D.h. liefert die ZulassungsinhaberIn das Arzneimittel nicht zu dem als wirtschaftlich erachteten Preis und/oder ist sie nicht bereit, den Therapieversuch zu finanzieren, muss der Versicherer das Gesuch ablehnen.</p>	<p>28.03.2024</p>

<p>FAQ 61: Kann ein Versicherer auch nach Abzug der KLV-Rabatte eine Therapie als 'nicht wirtschaftlich' einstufen und die Kostenübernahme ablehnen? (Art. 32 KVG).</p>	<p>Mit der Revision der KVV und der KLV wird im Bereich der Einzelfallvergütung eine einheitliche Wirtschaftlichkeitsbeurteilung vorgesehen. Die neu vorgesehenen fixen Preisabschläge führen indirekt zu einem individuell festgelegten «Höchstpreis». Diesbezüglich können Analogien zum verfügbaren Höchstpreis der SL gezogen werden. Bei Arzneimitteln der SL kann und darf der Versicherer die dem Arzneimittel zuerkannte Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit im einzelnen Anwendungsfall nicht in Frage stellen, schon gar nicht hinsichtlich des festgelegten Höchstpreises (BGE 143 V 95 E. 3.3 ff.). Dagegen kann der Versicherer prüfen, ob der Einsatz eines bestimmten Medikamentes im konkreten Behandlungsfall auch aufgrund besonderer medizinischer Umstände beim Patienten oder der Patientin indiziert ist (BGE 143 V 95 E. 3.5).</p> <p>Aus diesem Grund ist eine Ablehnung durch die Versicherer aufgrund der Wirtschaftlichkeit, wenn die Preisabschläge gemäss Nutzenkategorie eingehalten werden, nicht erlaubt und würde einer gerichtlichen Kontrolle nicht standhalten.</p>	<p>28.03.2024</p>
<p>FAQ 62: Early Access Programm (EAP) vs. Einzelfallvergütung: Wenn das Pharmaunternehmen einen Patienten im EAP aufgenommen hat, muss es dann die Kosten nach Beenden des EAP weiterhin übernehmen (wenn das Arzneimittel nicht in der SL ist) oder kann es dann die Einzelfallvergütung geltend machen?</p>	<p>Die von der Swissmedic vorgesehenen speziellen Bewilligungen (Early Access oder Compassionate use) sind separate Instrumente mit eigenen Voraussetzungen. Wie lange ein Medikament gemäss EAP durch die ZulassungsinhaberIn vergütet werden muss, hängt von dessen Bedingungen ab. Die Bedingungen der Einzelfallvergütung sind unabhängig von den Bedingungen des EAP und richten sich einzig nach Art. 71a ff. KVV. Wird ein Gesuch um Einzelfallvergütung gestellt, müssen die Voraussetzungen in jedem Fall geprüft werden, unabhängig davon, ob zuvor ein EAP stattfand oder nicht.</p>	<p>28.03.2024</p>
<p>FAQ 63: Sind verhandelte Rabatte gemäss VITH in den in der KVV/KLV geforderten Preisabständen zu berücksichtigen?</p>	<p>Das BAG hält fest, dass die Preisabschläge gemäss Art. 38d KLV keine Vergünstigung im Sinne von Art. 56 Abs. 3 KVG darstellen. Die Preisabschläge werden nicht freiwillig von der ZulassungsinhaberIn gewährt, sondern stellen – bei einer Einzelfallvergütung – den von der Versicherung zu berücksichtigenden Preisabschlag beim festzusetzenden Preis dar.</p> <p>Die in den bestehenden Verträgen zwischen Zulassungsinhaberinnen und Krankenversicherer bzw. Leistungserbringer festgelegten Inhalte werden hinsichtlich der neu verbindlich in den Verordnungen geregelten Preisbestimmung und Nutzenbewertung hinfällig, soweit sie diesen rechtlichen Bestimmungen widersprechen. Grundsätzlich können die Krankenversicherer mit den Pharmaunternehmen weiterhin vertragliche Vereinbarungen treffen, respektive die bestehenden Vereinbarungen entsprechend den angepassten Verordnungsbestimmungen anpassen, solange sie den rechtlichen Bestimmungen nicht widersprechen (vgl. FAQ 1).</p>	<p>28.03.2024</p>

	Tatsächliche Rabatte der ZulassungsinhaberIn sind in jedem Fall und unabhängig von den hiervor genannten KLV-Preisabschlägen dem Versicherer gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG weiterzugeben.	
FAQ 64: Ist es zulässig, dass ein bestimmter Abgabekanal in der Kostengutsprache vorgeschrieben wird?	Es kann in Einzelfällen vorkommen, dass die ZulassungsinhaberInnen den Preisabstand nur gewähren, wenn über einen entsprechenden Kanal bestellt wird. Aus diesem Grund kann es vorkommen, dass die Versicherer im Kostengutsprachege such einen Bestellkanal vorschreiben, da ansonsten die ZulassungsinhaberInnen den Preisabstand nicht gewähren. Wenn der Leistungserbringer mit diesem Vorgehen nicht einverstanden ist, kommt es zur Ablehnung des Kostengutsprachege suchs aufgrund nicht erfüllter Wirtschaftlichkeit. Dies ist rechtens, da die Preisabstände und somit die Kosten zu Lasten der OKP ansonsten nicht eingehalten werden können. Es liegt somit im Ermessen des Versicherers, eine Kostengutsprache zu gewähren mit einer Verpflichtung, über welchen Vertrieb oder welche Apotheke ein Arzneimittel bezogen werden soll.	05.11.2024
FAQ 65: Erfüllung Therapiestartkriterien gemäss SL-Limitierung für Arzneimittel, welche vor der SL-Listung im Rahmen der Einzelfallvergütung zum Einsatz kamen: auf welchen Krankheitsparametern basiert die Prüfung der Therapiestartkriterien (ursprüngliche Krankheitsparameter bei Therapiestart Einzelfallvergütung vs. aktuelle Krankheitsparameter nach bereits erfolgter Therapie über die Einzelfallvergütung)?	Grundsätzlich gilt die Einhaltung der SL Limitierung. In Fällen mit definierten Startkriterien in der SL, gelten die ursprünglichen Krankheitsparameter zu Therapiebeginn im Einzelfall. Anderenfalls würde dies zu einer Ungleichbehandlung zwischen den Patienten/Patientinnen, welche eine Therapie vor der SL Aufnahme begonnen haben, und jenen, welche die Therapie nach SL Aufnahme beginnen, führen. Der Versicherer muss dabei prüfen können, ob die Kriterien zu Therapiebeginn erfüllt gewesen sind. In Fällen mit definierten Therapiebedingungen (bspw. mind. BMI 28), welche nicht als Startkriterien formuliert sind, gilt die Einhaltung dieser Bedingungen. Auch hier würde ansonsten eine Ungleichbehandlung entstehen, da die Patienten/Innen die Therapie auch im Rahmen der regulären Vergütung (d.h. ohne vorherige Einzelfallvergütung) nicht erstattet erhalten würden. So gilt auch bei einer in der Limitierung angegebenen maximalen Therapiedauer, dass die Therapie im Einzelfall anzurechnen ist.	28.02.2025
FAQ 66: Können Patienten/Innen, die bisher die Kosten für ein Arzneimittel selber bezahlt haben, rückwirkend bei der Krankenkasse zurückfordern, wenn es neu in der SL aufgeführt ist?	Nein, Patienten/Patientinnen, die bisher die Kosten für ein Arzneimittel selbst getragen haben, weil es nicht auf der SL aufgeführt war oder off-Limitation eingesetzt wurde und nicht im Rahmen der Einzelfallvergütung erstattet wurde, können diese Kosten nicht rückwirkend bei der Krankenkasse zurückfordern. Die Kostenübernahme durch die OKP ist ausschliesslich abhängig vom Datum der Aufnahme des Arzneimittels in die SL. Daher ist eine Rückforderung für Zeiträume vor diesem Datum nicht möglich.	28.02.2025