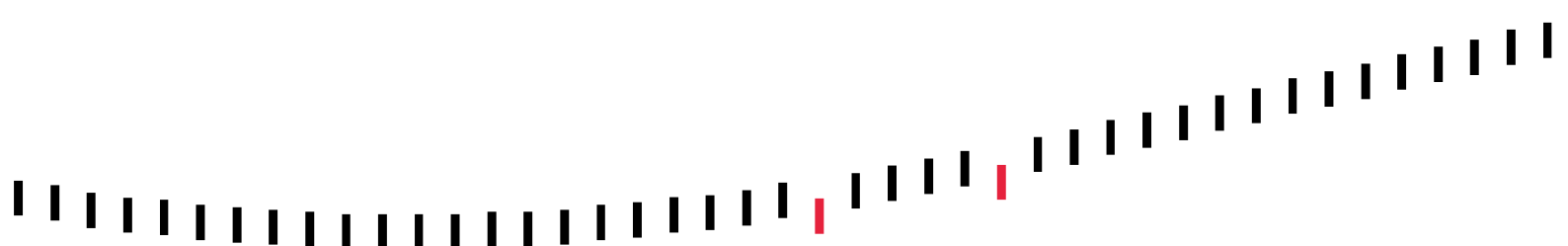


**Schlussbericht**

# Monitoring-Konzept zum Vertriebsanteil bei Arzneimitteln

**Basel , 07.05.2025**

# Impressum

## **Konzept für ein regelmässiges Monitoring zum Vertriebsanteil bei Arzneimitteln**

Schlussbericht

07.05.2025

**Auftraggeber:** Bundesamt für Gesundheit (BAG)

**Autoren:** Boris Kaiser, Tino Schönleitner

Verantwortlich seitens Auftraggeber: Bruno Fuhrer, Christine Lerch

Projektleitung seitens Auftragnehmer: Boris Kaiser

Projektbearbeitung: Boris Kaiser, Tino Schönleitner

BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Aeschengraben 9

CH-4051 Basel

T +41 61 262 05 55

contact@bss-basel.ch

[www.bss-basel.ch](http://www.bss-basel.ch)

© 2025 BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

# Inhalt

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Zusammenfassung .....</b>                         | <b>1</b>  |
| <b>Einleitung .....</b>                              | <b>3</b>  |
| 1.1 Ausgangslage .....                               | 3         |
| 1.2 Ziele.....                                       | 4         |
| 1.3 Vorgehen und Struktur des Berichts .....         | 5         |
| <b>2. Konzepte und Definitionen.....</b>             | <b>5</b>  |
| 2.1 Statistische Einheit (Arzneimittelprodukt) ..... | 5         |
| 2.2 Abgrenzung der Grundgesamtheit .....             | 5         |
| 2.3 Einteilung der Arzneimittel.....                 | 6         |
| 2.4 Mengen, Preise und Kosten .....                  | 8         |
| <b>3. Wahl der Datenquelle .....</b>                 | <b>9</b>  |
| 3.1 Beschreibung der Datenquellen .....              | 10        |
| 3.2 Bewertung und Auswahl der Datenquelle.....       | 12        |
| <b>4. Methodisches Vorgehen.....</b>                 | <b>15</b> |
| 4.1 Zu analysierende Wirkungen.....                  | 15        |
| 4.2 Kennzahlen .....                                 | 16        |
| 4.3 Schätzung dynamischer Effekte.....               | 21        |
| 4.4 Zeitliche Dimension .....                        | 22        |
| 4.5 Differenzierungsmerkmale.....                    | 23        |
| <b>5. Umsetzung.....</b>                             | <b>23</b> |
| 5.1 Berechnungs- und Aktualisierungszeitpunkte ..... | 24        |
| 5.2 Darstellung und Diffusion der Ergebnisse .....   | 25        |
| 5.3 Durchführende Stelle .....                       | 25        |
| 5.4 Einbezug der Stakeholder .....                   | 25        |
| <b>6. Proof of Concept .....</b>                     | <b>26</b> |
| 6.1 Datenquellen und Datenaufbereitung .....         | 27        |
| 6.2 Ergebnisse .....                                 | 30        |
| <b>7. Fazit.....</b>                                 | <b>40</b> |
| <b>A. Anhang.....</b>                                | <b>42</b> |
| A.1 Ergänzungen zur Methodik.....                    | 42        |
| A.2 Weitere Ergebnisse .....                         | 42        |

# Tabellen

|   |    |
|---|----|
| Tabelle 1: Bewertung der Datenquellen.....  | 12 |
| Tabelle 2: Übersicht über die Kennzahlen .....                                      | 20 |
| Tabelle 3: Liste mit den verfügbaren Merkmalen pro Arzneimittelprodukt (GTIN) ..... | 29 |

# **Abbildungen**

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: Anpassung Vertriebsanteil – preisbezogener Zuschlag .....                      | 3  |
| Abbildung 2: Anpassung Vertriebsanteil – packungsbezogener Zuschlag .....                   | 4  |
| Abbildung 3: Schematische Darstellung der Preisbestandteile .....                           | 9  |
| Abbildung 4: Vertriebsanteil-Kosten nach Jahr, Berechnungsmodell und Quelle .....           | 31 |
| Abbildung 5: Simulierte Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen nach Jahr und Quelle .....       | 33 |
| Abbildung 6: Anzahl Packungen pro Versicherter nach Quartal und Quelle.....                 | 34 |
| Abbildung 7: Preis- und Packungszuschlags-Kosten nach Jahr und Berechnungsmodell.....       | 35 |
| Abbildung 8: Simulierte Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen nach Jahr und Abgabekanal .....  | 36 |
| Abbildung 9: Anteil Generika-Packungen nach Quartal und Abgabekanal.....                    | 38 |
| Abbildung 10: Anteil Generika gemessen in DDD nach Abgabekanal .....                        | 39 |
| Abbildung 11: Anteil Vertriebsanteil-Kosten nach Quartal und Berechnungsmodell.....         | 43 |
| Abbildung 12: Anzahl Packungen pro Versicherter nach Quartal und Abgabekanal .....          | 44 |
| Abbildung 13: Anzahl Packungen pro Versicherter nach Quartal und Grossregion.....           | 45 |
| Abbildung 14: Gesamtkosten Arzneimittel pro Versicherter nach Quartal und Quelle .....      | 46 |
| Abbildung 15: Preis- und Packungszuschlags-Kosten nach Quartal und Berechnungsmodell ..     | 47 |
| Abbildung 16: Gesamtkosten Arzneimittel pro Versicherter nach Quartal und Abgabekanal ..... | 48 |
| Abbildung 17: Simulierte Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen nach Jahr und Grossregion ..... | 49 |
| Abbildung 18: Anteil kleinster Packungen nach Quartal und Abgabekanal .....                 | 50 |
| Abbildung 19: Anteil kleinster Generika-Packungen nach Quartal und Abgabekanal.....         | 51 |

# Zusammenfassung

Per 1. Juli 2024 traten Anpassungen beim Vertriebsanteil von rezeptpflichtigen Arzneimitteln in Kraft. Zum einen gilt neu ein *einheitlicher* Vertriebsanteil bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln. Zum anderen wurden die Anzahl Preisklassen bei den Preis- und Packungszuschlägen vereinheitlicht bzw. reduziert. Das Ziel der Reform bestand zum einen darin, durch die Angleichung der Vertriebsanteile zwischen günstigen und teuren wirkstoffgleichen Arzneimitteln einen Anreiz zu schaffen, dass Leistungserbringer vermehrt Generika und Biosimilars abgeben. Zum anderen war das Ziel, die Vertriebsanteil-Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu senken.

Im vorliegenden Bericht erarbeiten wir ein Konzept für ein regelmässiges, datenbasiertes *Monitoring*. Das Monitoring hat einerseits zum Ziel, anhand geeigneter Kennzahlen und statistischer Analysen zu untersuchen, wie sich die Reform auf die Vertriebsanteil-Kosten und die Arzneimittelabgabe auswirkt. Das zweite Ziel des Monitoring ist es, ein langfristiges Kostenmonitoring im Vertriebsanteil durchzuführen. Das Konzept umfasst (i) die Beschreibung und Beurteilung der geeigneten Datenquellen; (ii) die Erarbeitung des methodischen Vorgehens, welche insbesondere die Spezifikation von geeigneten Kennzahlen beinhaltet; sowie (iii) ein Test-Monitoring («Proof of Concept») anhand von Daten zum Zeitraum *vor* der Reform.

Als mögliche Datenquellen berücksichtigen wir den Tarifpool der SASIS AG sowie die IQVIA-Daten; unseres Wissens handelt es sich um die beiden einzigen Quellen, die umfangreiche Analysen auf Produktebene (GTIN-Ebene) erlauben. Entsprechend lassen sich Leistungsdaten mit den Informationen der Spezialitätenliste (SL) verknüpfen. Ein systematischer Vergleich anhand einer Reihe von Kriterien zeigt, dass beide Quellen gewisse Vor- und Nachteile haben. Der Vorteil des Tarifpools liegt bspw. darin, dass sich Arzneimittel gut nach dem relevanten Kostenträger (OKP) abgrenzen lassen. Ein Vorteil der IQVIA-Daten ist zum Beispiel, dass die Daten schneller verfügbar sind. Insgesamt schneidet der Tarifpool in unserer Wertung leicht besser ab; beide Daten erscheinen uns für das Monitoring jedoch grundsätzlich geeignet.

Ein wichtiger Bestandteil des methodischen Konzepts ist die Definition der Untersuchungseinheit und der Grundgesamtheit. Die Untersuchungseinheit ist das einzelne Arzneimittelprodukt (GTIN). Die relevante Grundgesamtheit des Monitorings bezieht sich auf alle abgegebenen, rezeptpflichtigen Arzneimittel (Abgabekategorien A und B), die im Betrachtungszeitraum auf der SL aufgeführt waren und als ambulante Leistung zulasten der OKP fakturiert wurden. Für Analysen der Generika-Substitution definieren wir das Konzept des *substitutionsfähigen* Markts. Dieser umfasst Arzneimittel aller Wirkstoffe, für die mindestens ein Generikum oder Biosimilar verfügbar ist. Zu erwähnen ist, dass *Lieferengpässe* die Substitutionsfähigkeit einschränken können.

Die Reform des Vertriebsanteils hat einerseits einen *statischen* Effekt durch direkte Kosteneinsparungen infolge des angepassten Berechnungsmodells. Andererseits werden auch *dynamische* Effekte («Verhaltenseffekte») erwartet, insbesondere die vermehrte Abgabe günstiger Generika (intendierter Effekt) sowie mögliche Verschiebungen zwischen den Packungsgrössen (nicht intendierter Effekt). Der statische Effekt lässt sich «simulieren», indem für eine bestimmte Referenzperiode die Vertriebsanteil-Kosten sowohl mit dem alten wie auch mit dem neuen Berechnungsmodell berechnet werden. Die dynamischen Effekte lassen sich nicht direkt beobachten.

oder simulieren; Rückschlüsse können aber aus der zeitlichen Entwicklung verschiedener Kennzahlen gewonnen werden, wie etwa dem Generika-Anteil oder dem Anteil kleiner Packungen. Insgesamt schlagen wir vor, im Rahmen des Monitorings 17 verschiedene Kennzahlen zu berechnen. Diese beziehen sich auf Mengengrößen, Kostengrößen und relative Anteile. Nebst der Anzahl Packungen schlagen wir als Mengengröße auch die Wirkstoffmenge, ausgedrückt in definierten Tagesdosen (DDD), vor.

Im Rahmen eines «Proof of Concept» berechnen wir mittels Tarifpool und IQVIA-Daten die vorgeschlagenen Kennzahlen für den Zeitraum *vor* der Reform und stellen die Ergebnisse grafisch dar. Für eine Schätzung des statischen Effekts der Reform wenden wir das neue Berechnungsmodell des Vertriebsanteils somit *rückwirkend* auf die Daten vor der Reform an. Für das Jahr 2023 erhalten wir so simulierte Einsparungen von rund 60 Mio. Franken (Tarifpool) bzw. 53 Mio. Franken (IQVIA). Die Einsparungen kommen zustande, weil der Packungszuschlag um 112 Mio. Franken steigt, während der Preiszuschlag um 172 Mio. Franken sinkt (Tarifpool). Die grössten Einsparungen sind bei den Spitälern zu erwarten. Insgesamt ist die zeitliche Entwicklung der Kennzahlen basierend auf den beiden Datenquellen sehr ähnlich, wenngleich das Niveau im Tarifpool leicht tiefer ist als in den IQVIA-Daten.

Der Bericht enthält schliesslich konkrete Empfehlungen zur Umsetzung des Monitorings in der Praxis. Diese umfassen methodische Aspekte wie die zeitliche Dimension (Startpunkt, Zeitraum, Periodizität), die Differenzierungsebene der Kennzahlen (Abgabekanäle, Regionen, Betroffenheit von Lieferengpässen), das Aktualisierungsintervall sowie die Darstellung und Diffusion der Ergebnisse. Weiter enthält der Bericht eine gemeinsame Stellungnahme der involvierten Stakeholder, die im Rahmen von Fachgesprächen und einer gemeinsamen Sitzung einbezogen wurden.

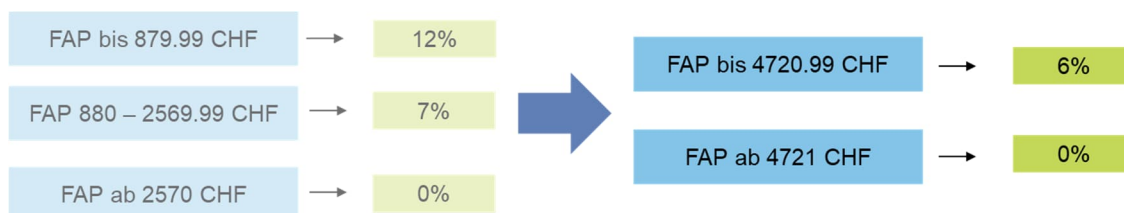
# Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Der Bundesrat hat am 8. Dezember 2023 beschlossen, Anpassungen beim Vertriebsanteil von Arzneimitteln vorzunehmen.<sup>1</sup> Der Vertriebsanteil entschädigt die logistischen Leistungen der Leistungserbringer in Bezug auf Arzneimittel. Er setzt sich aus einem *preisbezogenen* Zuschlag (variabler Teil) und einem *packungsbezogenen* Zuschlag (fixer Teil) zusammen. Zusammen mit der Mehrwertsteuer bildet der Vertriebsanteil die Differenz zwischen dem *Fabrikabgabepreis* (FAP) und dem *Publikumspreis* (PP) von Arzneimitteln. Folgende Änderungen sind per 1. Juli 2024 in Kraft getreten:

1. Für wirkstoffgleiche Arzneimittel gilt neu ein *einheitlicher* Vertriebsanteil (Art. 67 KVV und Art. 38 Abs. 4 und 5 KLV). Dieser wird basierend auf dem durchschnittlichen FAP der Generika bzw. Biosimilars berechnet. Das heisst konkret, dass die Leistungserbringer zukünftig durch die Abgabe von Originalpräparaten/Referenzprodukten sowie Generika/Biosimilars jeweils gleich viel verdienen werden.
2. Das Abgeltungsmodell zum Vertriebsanteil bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wird angepasst. Zum einen wird der preisbezogene Zuschlag von bisher 12% auf 6% gesenkt und die Anzahl Preisklassen reduziert sich von 3 auf 2 (Art. 38 Abs. 1 KLV). Abbildung 1 stellt diese Anpassung schematisch dar.

**Abbildung 1: Anpassung Vertriebsanteil – preisbezogener Zuschlag**



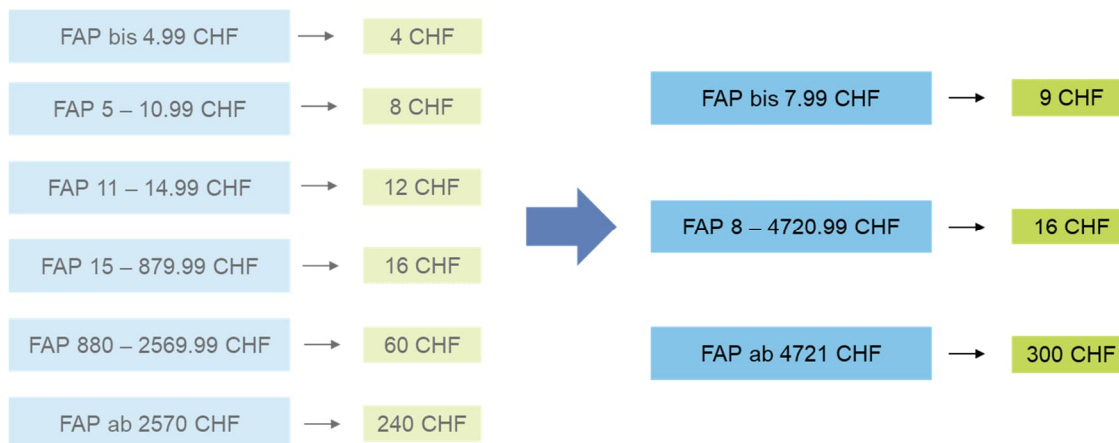
Anmerkungen: FAP steht Fabrikabgabepreis. Quelle: Darstellung BSS.

Beim packungsbezogenen Zuschlag wird zum anderen die Anzahl der Preisklassen von 6 auf 3 reduziert (Art. 38 Abs. 2 KLV). Abbildung 2 stellt die Anpassung schematisch dar.

<sup>1</sup> Siehe <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-99284.html>.



**Abbildung 2: Anpassung Vertriebsanteil – packungsbezogener Zuschlag**



Anmerkungen: FAP steht Fabrikabgabepreis. Quelle: Darstellung BSS.

Die Reform betrifft primär die rezeptpflichtigen Arzneimittel (Abgabekategorien A und B). Gemäss Angaben des BAG werden rund 36% der auf der Spezialitätenliste (SL) des BAG aufgeführten Arzneimittel teurer, während 64% günstiger werden.<sup>2</sup> Das Ziel der Anpassungen ist es, ökonomische Fehlanreize bei der Arzneimittelabgabe zu vermindern, indem Leistungserbringer für wirkstoffgleiche Arzneimittel neu dieselbe Vergütung erhalten. Zudem werden durch die Anpassungen im Abgeltungsmodell die Vertriebsanteile zwischen günstigen und teureren Arzneimitteln generell angeglichen, für verbesserte Anreize für die Abgabe von günstigen Präparaten. Auf diese Weise soll die Abgabe von günstigen Generika/Biosimilars gefördert werden. Dadurch soll eine Kosteneinsparung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ermöglicht werden.

## 1.2 Ziele

Das Ziel des Mandats ist es, ein *Monitoringkonzept* für ein regelmässiges Kostenmonitoring im Vertriebsanteil und die Überwachung der Auswirkungen der Anpassung des Vertriebsanteils bei Arzneimitteln zu erarbeiten. Die inhaltlichen Ziele des Mandats gliedern sich in drei Teile:

1. *Wahl der Datengrundlage*: Das erste Ziel besteht darin, die Datenquelle, die sich für die Durchführung des Monitorings am besten eignet, zu identifizieren.
2. *Methodik und Umsetzung*: Zweitens ist ein methodisches Konzept zu erarbeiten, das die Kennzahlen für das Monitoring definiert. Im Weiteren geht es darum, die Aspekte der späteren Umsetzung zu konkretisieren.
3. *Testmonitoring (Proof of Concept)*: Das dritte Ziel ist es, mit einem provisorischen Datensatz ein Test-Monitoring durchzuführen und dadurch die Umsetzbarkeit des Monitoringkonzepts empirisch zu prüfen.

<sup>2</sup> Quelle: Faktenblatt des BAG vom 14. Dezember 2023 «Anpassung beim Vertriebsanteil» ([Link](#), zuletzt abgerufen am 12.08.2024).

## 1.3 Vorgehen und Struktur des Berichts

In einem ersten Schritt erläutern wir in Kapitel 2 Konzepte und Definitionen, die für die weiteren Schritte als Grundlage dienen. Anschliessend widmen wir uns der Wahl der Datenquelle (Kapitel 3): Hier werden die beiden in Frage kommenden Datenquellen, IQVIA und der Tarifpool, anhand von Kriterien systematisch miteinander verglichen und bewertet. In Kapitel 4 legen wir das methodische Vorgehen dar: Im Zentrum steht dabei die Definition und Berechnung von Kennzahlen, welche Rückschlüsse auf die Auswirkungen der Reform erlauben sollen. In Kapitel 5 wird diskutiert, wie das Monitoring konkret umgesetzt werden kann. Hier geht es namentlich um die Aspekte Berechnungs- und Aktualisierungszeitpunkt, Darstellung und Diffusion der Ergebnisse, durchführende Stelle sowie den Einbezug der Akteure. In Kapitel 6 präsentieren wir die Resultate des Test-Monitorings. Der Bericht wird durch ein Fazit abgerundet, das die wichtigsten Erkenntnisse für das weitere Vorgehen zusammenfasst (Kapitel 7).

## 2. Konzepte und Definitionen

### 2.1 Statistische Einheit (Arzneimittelprodukt)

Die statistische Einheit, welches dem Monitoring zugrunde liegt, ist das einzelne Arzneimittelprodukt, welches in der Schweiz durch eine eindeutige Identifikationsnummer (Global Trade Identification Number, GTIN) definiert wird.<sup>3</sup> Ein Produkt ist nicht nur anhand von Hersteller und Wirkstoffzusammensetzung definiert, sondern auch anhand von Packungsgrösse (Stückzahl), Dosierung (z.B. Milligramm pro Tablette) und Darreichungsform (z.B. Tablette, Tropfen, Injektionslösung). Dieses detaillierte Aggregationsniveau, d.h. die Ebene eines einzelnen Produkts ist im Kontext des Monitorings wichtig, weil nur so gewisse Anreizwirkungen, wie etwa Generikasubstitution, sinnvoll untersucht werden können.

### 2.2 Abgrenzung der Grundgesamtheit

Kurz ausgedrückt, bezieht sich das Monitoring auf alle abgegebenen rezeptpflichtigen Arzneimittel (Abgabekategorien A und B), die auf der SL aufgeführt sind und als ambulante Leistung zulasten der OKP abgerechnet werden. Nachfolgend machen wir nähere Ausführungen zu den einzelnen Aspekten:

- *Nur SL-Produkte:* Grundsätzlich gehören nur Produkte, die auf der SL aufgeführt sind, zur Grundgesamtheit des Monitorings. Allerdings verändert sich die SL durch Neuaufnahmen und Streichungen im Zeitverlauf, sodass sich auch die Grundgesamtheit der betrachteten Arzneimittel im Zeitverlauf verändert. Arzneimittel können in Einzelfällen auch ausserhalb der SL über die OKP vergütet werden (vgl. Art. 71a bis 71d KVV); diese sind aber nicht Gegenstand des Monitorings.

---

<sup>3</sup> Nebst dem GTIN wurde früher auch der sogenannte Pharmacode als Identifikationsschlüssel genutzt, welcher jedoch seit Ende 2014 nicht mehr in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt ist. Rund 0.7% der rezeptpflichtigen Produkte auf der aktuellen SL (1.7.2024) besitzen keinen GTIN.

- *Nur rezeptpflichtige Produkte:* Wir grenzen die Grundgesamtheit auf rezeptpflichtige SL-Produkte ein. Die Unterscheidung nehmen wir anhand der Abgabekategorien von Swissmedic vor: Kategorie A (*Einmalige Abgabe auf ärztliche Verschreibung*) und Kategorie B (*Abgabe auf ärztliche Verschreibung*) beinhalten die rezeptpflichtigen Arzneimittel.<sup>4</sup> Das heisst, die nicht-rezeptpflichtigen Arzneimittel (SL D, E) sind von der Analyse ausgeschlossen.
- *Ambulante Leistung:* Alle Arzneimittel, die Arztpraxen, Apotheken und Spitalambulatorien abgeben, sind als ambulante Leistung zu verstehen.<sup>5</sup> Arzneimittel, die im Rahmen von stationären Spitalbehandlungen verabreicht werden, sind in den Fallpauschalen enthalten und stellen somit keine ambulante Leistung dar. Arzneimittel im spitalstationären Bereich sind deshalb nicht Teil der Grundgesamtheit des Monitorings. Gemäss einer Auswertung der Fallkostenstatistik des BFS betrugen die Arzneimittelkosten im spitalstationären Bereich im Jahr 2022 rund 356 Mio. Franken.<sup>6</sup> Der Anteil im Verhältnis zum Marktvolumen der OKP- und rezeptpflichtigen Arzneimittel im Jahr 2022 beträgt etwas über 4%.<sup>7</sup>
- *Kostenträger OKP:* SL-Produkte werden nicht nur zulasten der OKP, sondern auch zulasten anderer Kostenträger fakturiert, namentlich Unfallversicherung (UV), Invalidenversicherung (IV), Militärversicherung (MV) sowie selbstzahlende Patientinnen und Patienten (z.B. ausländischen Personen ohne OKP-Deckung). Im spitalambulantem Bereich betrugen die Medikamentenkosten zulasten von Nicht-OKP-Kostenträgern im Jahr 2022 rund 55 Mio. Franken bzw. 3.5% der fakturierten Medikamentenkosten.<sup>8</sup> Im Rahmen des Monitorings sollen, wenn möglich, nur die Arzneimittelkosten zulasten der OKP betrachtet werden.

## 2.3 Einteilung der Arzneimittel

### Wirkstoff

Mit einigen wenigen Ausnahmen lassen sich die Arzneimittel auf der SL einem Wirkstoff (auch: Substanz) gemäss dem Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikationssystem (ATC) der WHO zuteilen.<sup>9</sup> Die Klassifikation ist hierarchisch aufgebaut und besteht aus fünf Ebenen. Unter dem Begriff «Wirkstoff» verstehen wir in der Regel die detaillierteste Ebene des ATC-Codes (7-stelliger alphanumerischer Code). Ein Beispiel für den hierarchischen Aufbau: Analgetika (N02) > Opioide (N02A) > Natürliche Opium-Alkaloide (N02AA) > Morphin (N02AA01).

<sup>4</sup> Zu beachten ist, dass Apotheken seit Januar 2019 bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel der Abgabekategorie B rezeptfrei abgeben können (siehe [Link](#)). Für das vorliegende Monitoring empfehlen wir jedoch, diese weiterhin zu den rezeptpflichtigen Arzneimitteln zu zählen.

<sup>5</sup> In Pflegeheimen werden Arzneimittel als separate (ambulante) Leistung behandelt und sind somit nicht Teil der Pflegepauschalen zulasten der OKP. In den meisten Fällen erfolgt die Lieferung durch eine Arztpraxis oder Apotheke, welche die Arzneimittel über ihre eigene ZSR-Nummer zulasten der OKP fakturiert. In manchen Kantonen können Pflegeheime selbst eine Heimapotheke führen. Diese fakturieren die Medikamente ebenfalls als «ambulante» Einzelleistungen zulasten der OKP.

<sup>6</sup> Die Auswertung der «Statistik der diagnosebezogenen Fallkosten» (Fallkostenstatistik) basiert auf Kostendaten zu rund 1.12 Millionen stationären Fällen. Steckbrief BFS: [Link](#).

<sup>7</sup> Siehe [Link](#).

<sup>8</sup> Die Zahlen basieren auf einer Auswertung der Patientendaten Spital ambulant (PSA) des BFS für die Tariftypen 400 bis 403.

<sup>9</sup> Rund 0.04% der rezeptpflichtigen Produkte auf der aktuellen SL (1.7.2024) haben keinen ATC-Code.

## Vertriebsanteilgruppen

Für die Festlegung des einheitlichen Vertriebsanteils für wirkstoffgleiche Arzneimittel hat das BAG das Konzept der sogenannten *Vertriebsanteilgruppen* erarbeitet, welches die Produkte, für die ein einheitlicher Vertriebsanteil massgebend ist, zu Gruppen zusammenfasst. Die Gruppeneinteilung basiert auf den Merkmalen Wirkstoffzusammensetzung, Indikation, galenischer Form, Dosisstärke und Packungsgrösse (bis zu  $\pm 20\%$  Abweichung).<sup>10</sup>

## Generika/Biosimilars, Originalpräparate/Referenzprodukte

Im Rahmen des Monitorings ist die Unterscheidung zwischen Generika/Biosimilars einerseits und Originalpräparaten/Referenzprodukten andererseits von entscheidender Bedeutung. Wir nutzen dazu die Angaben auf der SL, wo die Einteilung in den Spalten «Generika» bzw. «RefBio-simCode» ersichtlich ist. Arzneimittel ohne Angaben in diesen Spalten werden als Originalpräparate kategorisiert, da es sich um Arzneimittel handelt, für die keine Generika verfügbar sind. Nachfolgend sprechen wir der Lesbarkeit halber von Generika und Originalpräparaten. Gemeint sind jedoch immer auch die Biosimilars bzw. die Referenzprodukte.

## Substitutionsfähige Arzneimittel

Mit Blick auf die Analyse der Generikasubstitution definieren wir das Konzept von *substitutionsfähigen Arzneimitteln*. Dabei handelt es sich um all jene rezeptpflichtigen Produkte mit einem Wirkstoff (ATC-Code Level 5), bei dem mindestens ein Generikum auf der SL gelistet ist. Unterschiedliche Dosisstärken, Packungsgrössen und Darreichungsformen werden nicht berücksichtigt, da die Substitution in den meisten Fällen auch dann möglich sein sollte, wenn sich diese Aspekte vom verwendeten Originalpräparat unterscheiden. Vereinfacht gesprochen, bilden die substitutionsfähigen Arzneimittel jenen Teil des Arzneimittelmarkts ab, wo eine Substitution von Originalpräparaten mit Generika möglich ist. Rund 6'511 (bzw. 68%) der insgesamt 9'579 rezeptpflichtigen Produkte auf der SL (1.7.2024) werden so dem substitutionsfähigen Arzneimittelmarkt zugeordnet.

Einschränkend gilt es zu erwähnen, dass *Lieferengpässe* Auswirkungen auf die Substitutionsfähigkeit haben können.<sup>11</sup> Im Kontext unserer Definition des substitutionsfähigen Markts ist dies insbesondere relevant, wenn für einen spezifischen Wirkstoff (ATC-Code Level 5) nur ein einziges Arzneimittel – unabhängig von der Packungsgrösse oder der verfügbaren Darreichungsform – tatsächlich verfügbar ist. In diesem Fall kann eine Substitution zwischen teureren und günstigeren Präparaten nicht oder nur eingeschränkt stattfinden. Die Nicht-Berücksichtigung von Lieferengpässen kann also zu einer *Überschätzung* der Grösse des substitutionsfähigen Markts führen. Folglich ist es zu empfehlen, Lieferengpässe bei der Interpretation von Kennzahlen zum substitutionsfähigen Markt zu berücksichtigen (vgl. Abschnitt 4.5).

---

<sup>10</sup> Quelle: Rundschreiben des BAG vom 14.4.2024 «Anpassungen des Vertriebsanteils: Umsetzung von Artikel 67 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und von Artikel 38 der Krankenpflege- Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31) per 1. Juli 2024», ([Link](#), zuletzt abgerufen am 7.8.2024)

<sup>11</sup> Das Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL) führt eine Liste der von Lieferengpässen betroffenen Arzneimitteln. Diese ist verfügbar unter <https://www.bwl.admin.ch/de/meldestelle-heilmittel>. Zudem existiert eine privat geführte Liste unter <https://www.drugshortage.ch/>.

## 2.4 Mengen, Preise und Kosten

Unter *Mengen* verstehen wir im Allgemeinen die Anzahl der verkauften Packungen (Einheiten) von Arzneimittelprodukten. Eine alternative Definition ist die *Wirkstoffmenge*, welche zu Vergleichszwecken zwischen den Wirkstoffen als definierte Tagesdosis (auf Englisch: *defined daily dose, DDD*) ausgedrückt wird. Sie gibt die angenommene mittlere Tagesdosis bei Erwachsenen für einen spezifischen Wirkstoff an. Die DDD wird häufig in medizinischen und epidemiologischen Studien zum Arzneimittelverbrauch verwendet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt eine entsprechende Liste, auf der pro Wirkstoff die DDD angegeben ist.<sup>12</sup>

### Beispielrechnung zur DDD für ein fiktives Generikum

Folgende Eckwerte für Generikum G sind bekannt:

- Anzahl abgegebene Packungen: 2'000
- Stückzahl und Dosierung je Packung: 30 Tabletten je 500 mg
- DDD des Wirkstoffes: 1'500 mg
- Anzahl Versicherte in einem fiktiven Zeitraum und Grossregion Y: 100'000

Die Berechnung der DDD pro 1'000 Versicherte ist wie folgt:

- Menge Total:  $2'000 * 30 * 500 = 30'000'000$  mg
- DDD Total:  $30'000'000 / 1'500 = 20'000$  DDD
- DDD pro 1'000 Versicherte:  $(20'000 / 100'000) * 1'000 = 200$  DDD

Daraus ergibt sich folgende Interpretation:

- Die abgegebene Wirkstoffmenge des Generikums G beträgt in der Grossregion Y rund 200 Tagesdosen pro 1'000 Versicherte.

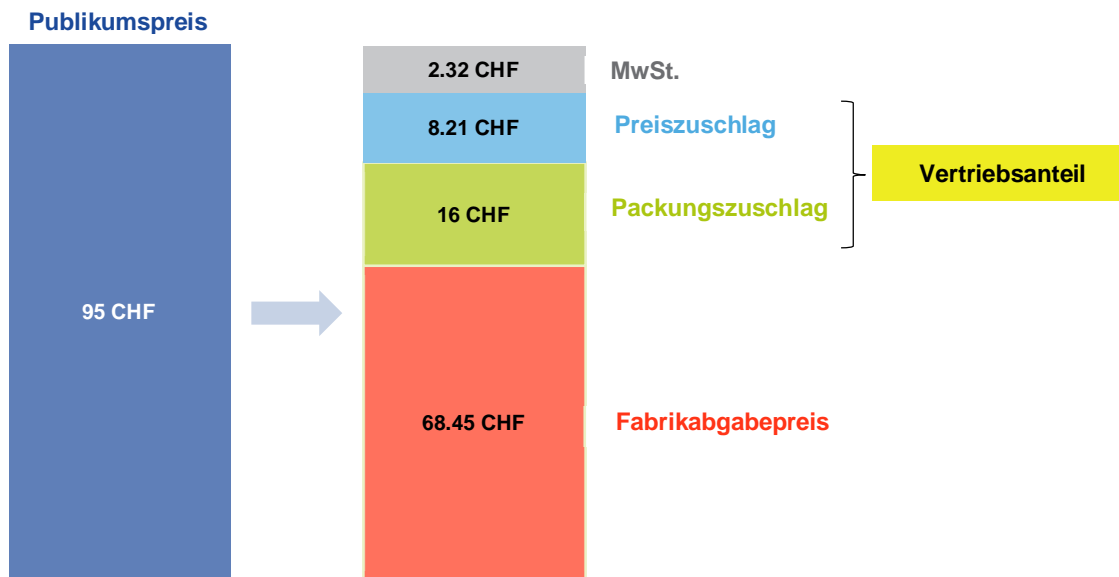
Bei den *Preisen* von SL-Produkten wird zwischen dem Fabrikabgabepreis (FAP) und dem Publikumspreis (PP) unterschieden. Ersterer ist der Preis, welcher der Hersteller für das Arzneimittelprodukt erhält. Letzterer ist jener Preis, welcher die Patientinnen und Patienten bzw. die Krankenversicherer bezahlen müssen.<sup>13</sup> Die Differenz besteht aus dem Vertriebsanteil (VA), der sich aus dem Preis- und Packungszuschlag zusammensetzt, sowie aus der Mehrwertsteuer (MwSt) von 2.5% (bis 2023) bzw. 2.6% (ab 2024). Abbildung 3 verdeutlicht die Zusammenhänge anhand eines Beispielarzneimittels aus dem Faktenblatt des BAG.<sup>14</sup>

<sup>12</sup> Siehe [https://atcddd.fhi.no/atc\\_ddd\\_index\\_and\\_guidelines/guidelines/](https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index_and_guidelines/guidelines/).

<sup>13</sup> In gewissen Fällen wird in Apotheken ein Effizienzbeitrag von 2.5% in Abzug gebracht. Dies ist bei Arzneimitteln der Abgabekategorien A und B sowie einem FAP von maximal CHF 880 der Fall, sofern der entsprechende Versicherer dem Tarifvertrag LOA IV/1 beigetreten ist.

<sup>14</sup> Quelle: Faktenblatt des BAG vom 14. Dezember 2023 «Anpassung beim Vertriebsanteil» ([Link](#), zuletzt abgerufen am 12.08.2024).

**Abbildung 3: Schematische Darstellung der Preisbestandteile**



*Anmerkungen:* Beispielarzneimittel «Equasym XR 60 Ret Kaps 30 mg» aus dem Faktensheet des BAG. Die Zahlen beziehen sich auf den 1.12.2023. Die Proportionen der Balken sind als Annäherung zu verstehen.

Aus der Multiplikation der Mengen (Anzahl Packungen) mit den jeweiligen Publikumspreisen (PP) enthält man die gesamten *Arzneimittelkosten*, die zulasten der OKP fakturiert werden.<sup>15</sup> Analog zu den Preisen können die Arzneimittelkosten bei Bedarf in die verschiedenen *Kostenbestandteile* (FAP, VA, MWST) zerlegt werden. Beim Vertriebsanteil können die Kosten in die Kostenbestandteile des preisbezogenen und des packungsbezogenen Zuschlags unterteilt werden.

### 3. Wahl der Datenquelle

In diesem Kapitel widmen wir uns der Wahl der geeigneten Datenquelle. Als Datenquellen für das Monitoring kommen zwei in Frage, auch weil eine der Voraussetzungen die Zugänglichkeit der Daten für das BAG ist: (1) Die Daten von IQVIA, und (2) der Tarifpool (Medicube) der SASIS AG. Wir beschreiben diese beiden Quellen und ihre Eigenschaften in Abschnitt 3.1. Anschliessend vergleichen und bewerten wir die beiden Datenquellen anhand eines Kriterienrasters, das die Anforderungen an das Monitoring berücksichtigt (Abschnitt 3.2). Die Bewertung bildet die Grundlage für die Auswahl der Datenquelle.

<sup>15</sup> Bei Abgabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten in Apotheken kommen zum Publikumspreis gewisse Apothekertaxen dazu. Diese Taxen richtet sich nach dem Tarifvertrag für eine leistungsorientierte Abgeltung (LOA), welcher von den Verbänden der Krankenversicherer und vom Apothekerverband pharmasuisse vereinbart und vom Bundesrat genehmigt worden ist. Aktuell ist die LOA IV/1 in Kraft. Die LOA wird nicht hier nicht zu den Arzneimittelkosten gezahlt, da die LOA eine Abgeltung für die *Dienstleistungen* der Apotheker/innen (u.a. Prüfung der Dosierung, mögliche Kontraindikationen, Wechselwirkungen zu anderen Medikamenten) darstellt. Bei selbstdispensierenden Arztpraxen erbringt der Arzt / die Ärztin diese Dienstleistungen im Rahmen der allgemeinen Konsultationszeit nach TARMED-Tarif.

## 3.1 Beschreibung der Datenquellen

### 3.1.1 IQVIA-Daten

Das Unternehmen IQVIA ist auf die Datenverarbeitung und -bereitstellung im Gesundheitswesen spezialisiert – insbesondere im Bereich des Arzneimittelverkaufs. Konkret erfasst IQVIA Arzneimittelverkäufe von Herstellern, Grossisten, Ärtzelieferanten und Versandapotheken zu Apotheken, Arztpraxen, Spitälern und Drogerien. Der Zeitpunkt der Datenerhebung ist somit beim Arzneimittelverkauf zwischen *Herstellern* und *Abgabestellen* («sell-in»-Daten). Anhand dieser Daten ist nicht bekannt, welche Patienten die Medikamente letztendlich beziehen und ob die Arzneimittel auch zulasten der OKP abgerechnet werden.<sup>16</sup> Es ist jedoch plausibel, davon auszugehen, dass die Leistungserbringer die Nachfrage der Patienten mit ihrem Angebot in Einklang bringen. Zudem haben unsere Nachforschungen ergeben, dass die Leistungsbringer überflüssige Arzneimittel den Herstellern wieder retournieren können. Diese Rücksendungen werden in den IQVIA-Daten entsprechend abgezogen (dies kommt bspw. häufiger bei Impfungen vor, die nach Ende der Grippezeit keine Verwendung mehr finden).

Im Folgenden beschreiben wir die IQVIA-Daten anhand einiger zentralen Kriterien, um ein Gefühl für die Daten zu vermitteln:

- *Merkmale*: Zeiteinheit als Verkaufszeitpunkt an die Leistungserbringer (Jahr, Quartal, Monat), ATC-Code (Wirkstoffidentifikation), GTIN oder Pharmacode (Produktidentifikation), Abgabekanal (Apotheken, Spitäler, Arztpraxen, Drogerien), geografische Region (3 Sprachregionen + 8 Spitalregionen).<sup>17</sup>
- *Werte*: Anzahl Einheiten/Packungen sowie die Arzneimittelkosten zu FAP und PP. Die Mengenangaben stammen dabei direkt von den Herstellern, während die Angaben zu FAP und PP indirekt über die Firma HCI Solutions von der SL eingespeist werden. Die Aktualisierungshäufigkeit ist unbekannt – laut IQVIA stimmen allerdings die Angaben zu FAP/PP mit der SL überein (wird mittels Stichproben kontrolliert).
- *Statistische Einheit*: Die statistische Einheit ist das einzelne Arzneimittelprodukt, das anhand des GTIN identifiziert wird.
- *Abdeckung*: Die IQVIA-Daten stellen eine nahezu vollständige Erhebung in Bezug auf die *Arzneimittelhersteller* dar. Nur rund 1-2% der Hersteller liefern keine Daten an IQVIA (Stand Juni 2024). Einschränkend ist zudem zu erwähnen, dass die Datenlieferung zu den Arzneimittelverkäufen von den inkludierten Herstellern nicht in allen Fällen *flächendeckend* ist.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Eine andere Form der Datenerhebung bezieht sich auf die Schnittstelle zwischen Abgabestellen/Leistungserbringern und Patienten («sell-out»-Daten). IQVIA verfügt für die Schweiz nur über Daten zu Verkäufen in Apotheken/Drogerien und somit nicht zu allen Abgabekanälen. Zudem beziehen sich diese Daten auf eine Stichprobe. Dieser Teil der IQVIA-Daten ist somit unvollständig und unseres Erachtens nicht für das Monitoring zu empfehlen.

<sup>17</sup> Zusätzlich ist es auch möglich, Analysen mit einer höheren geografischen Auslösung vorzunehmen; dies allerdings nicht für die Spitäler.

<sup>18</sup> Nach Angaben von IQVIA liefern 13% der Hersteller keine Daten zu Arzneimittelverkäufen für den Abgabekanal Apotheken. Bei den Arztpraxen bzw. den Spitälern sind es 15% und 16%. Es gibt zudem Medikamente, die von einem Hersteller aus der Datenlieferung ausgeschlossen werden (bspw. Covid-19 Medikamente oder das Medikament «Zolgensma», für die Behandlung von spinaler Muskelatrophie (SMA)). Für eine vollständige Übersicht ist IQVIA zu kontaktieren.



- *Zeitraum/Periodizität:* Die IQVIA-Daten gehen gemäss eigenen Angaben bis mindestens ins Jahr 2000 zurück; die höchste Periodizität ist in der Form von Monatsdaten verfügbar. Einschränkend zu erwähnen ist, dass das BAG zurzeit nur einen Datenzugang für die jeweils zurückliegenden 48 Monate besitzt. Die Datenbeschaffung für frühere Zeiträume ist folglich mit einem zusätzlichen (Kosten-)Aufwand verbunden.
- *Aktualität:* Die Daten sind jeweils ca. 1 Monat später für Analysen verfügbar.
- *Abgrenzung OKP-Leistungen:* In den IQVIA-Daten lässt sich nicht zwischen Kostenträgern (OKP, UVG, andere Sozialversicherungen, Selbstzahlungen «over-the-counter») unterscheiden.
- *Abgrenzung ambulanter Bereich:* Bei den Spitälern kann der für das Monitoring des Vertriebsanteils irrelevante spitalstationäre Bereich nicht abgegrenzt werden.
- *Einschränkungen:* Die IQVIA-Daten beinhalten ausschliesslich Verkaufsdaten; es sind keine Informationen zu den Patienten – wie Wohnkanton, Geschlecht und Alter – vorhanden.
- *Zugang:* Gemäss Angaben des Auftraggebers können die Daten über einen Zugang des BAG bezogen werden. Somit ist die Zugänglichkeit sichergestellt.

### 3.1.2 Tarifpool, Medicube (SASIS AG)

Der Tarifpool ist eine Datenbank der Schweizer Krankenversicherer, die der Dienstleister SASIS AG betreibt. Der Tarifpool enthält aggregierte Daten zu den Leistungen, die zulasten der OKP *fakturiert* werden. Die Leistungen sind differenziert nach Tarif und Tarifposition für jeden Leistungserbringer verfügbar. Die Daten stammen aus den Vorsystemen der Krankenversicherer, wo der Inhalt der Rechnungsbelege elektronisch erfasst wird. Informationen zu den fakturierten Arzneimitteln werden im Datenwürfel «Medicube» des Tarifpools erfasst. In Medicube werden die Daten mit weiteren Informationen, wie dem ATC-Code sowie Angaben aus der SL angereichert.

Die wichtigsten Eckwerte des Medicube im Tarifpool sind:

- *Merkmale:* Zeiteinheit als Behandlungs- und Abrechnungszeitpunkt (Jahr, Quartal, Monat), ATC-Code (Wirkstoffidentifikation), GTIN-Code (Produktidentifikation), Partnerart-Obergruppe als Abgabekanal (Apotheken, Spitäler, Arztpraxen), Partnerart-Untergruppe (Facharzt-richtung, Spitaltyp), Standortkanton des Leistungserbringers (Grossregion/Kanton), Angaben zu den Patienten (Geschlecht, Altersklasse, Wohnkanton, Morbiditätsindikatoren).
- *Werte:* Anzahl Einheiten/Packungen, verrechnete Bruttoleistungen. Die Qualität des Merkmals «Anzahl Einheiten/Packungen» ist v.a. bei den Spitälern eingeschränkt, da Leistungserbringer in seltenen Fällen die Anzahl nicht korrekt auf den Rechnungen angeben.<sup>19</sup> Eine einfache Validierung ist jedoch möglich: Dazu wird pro Arzneimittel (GTIN) der Fakturabetrag durch den Publikumspreis der SL dividiert, um so die gültige Anzahl Packungen zu erhalten.
- *Statistische Einheit:* Die statistische Einheit ist das einzelne Arzneimittelprodukt, das anhand des GTIN identifiziert wird.

<sup>19</sup> Beispiel: Es wird die Anzahl Tabletten anstelle der Anzahl Packungen eingetragen. Unsere Analysen haben ergeben, dass vor allem Spitäler in einigen Kantonen solche «Fakturierungspraktiken» anwenden. Bei den Arztpraxen und Apotheken ist dieses Verhalten hingegen in den allermeisten Fällen nicht zu beobachten und die Mengenangaben sind entsprechend von hoher Qualität.



- **Abdeckung:** Der Abdeckungsgrad des Tarifpools liegt für Praxen und Spitäler bei 99% und für Apotheken bei 100% (Jahr 2022).<sup>20</sup> Bei Analysen über längere Zeiträume empfiehlt sich eine Hochrechnung, da der Abdeckungsgrad über die Zeit leicht gestiegen ist. Zu erwähnen ist, dass Rechnungen von Arztpraxen fehlen können, wenn die Versicherten diese nicht beim Krankenversicherer einreichen (Tiers Garant). Gemäss einer Schätzung von Jörg et al. (2024) beträgt der Anteil der nicht eingereichten Rechnungen bei den Arztpraxen ca. 6%.
- **Zeitraum/Periodizität:** Der Tarifpool besteht seit 2004, besitzt ab rund 2013 eine hinreichend gute Abdeckung. Die Daten sind monatlich verfügbar; ab 2022 können diese sogar auf Tagesbasis ausgewertet werden.
- **Aktualität:** Die Daten nach Abrechnungszeiträumen stehen rund 30 Tage nach Ende der Abrechnungsperiode zur Verfügung. Bei Betrachtung von Behandlungszeiträumen ist empfehlenswert, die Daten ca. 6 Monaten nach Ende der Behandlungsperiode zu verwenden.
- **Abgrenzung OKP-Leistungen:** Der Tarifpool beinhaltet nur Rechnungsbelege zulasten der OKP.
- **Abgrenzung ambulanter Bereich:** Die Arzneimittel, die im ambulanten Bereich vergütet werden, lassen sich anhand der Abrechnungsdaten korrekt abgrenzen. Arzneimittel, die im spitalstationären Bereich verabreicht werden, sind in den Daten somit nicht enthalten.
- **Zugang:** Das BAG besitzt einen direkten Zugang zu gewissen Datenwürfeln aus dem Tarifpool. Zu erwähnen ist jedoch, dass diese Datenwürfel nur die Abrechnungsperiode, nicht aber die Behandlungsperiode, enthalten. Daten nach Behandlungsperiode können bei der SASIS AG bestellt werden.

### 3.2 Bewertung und Auswahl der Datenquelle

Nachfolgend legen wir dar, wie wir die Auswahl zwischen IQVIA und Tarifpool anhand von transparenten Kriterien treffen. Bei der Auswahl und Bewertung der Kriterien stehen die Anforderungen an das Monitoring im Zentrum. In Tabelle 1 sind die Entscheidungskriterien sowie die Bewertung der beiden Datenquellen diesbezüglich dargestellt.

**Tabelle 1: Bewertung der Datenquellen**

| Kriterium                              | Beschreibung IQVIA   | Beschreibung Tarifpool, Medicube  | Bewertung |           |
|--|--|---|-----------|-----------|
|  |  |   | IQVIA     | Tarifpool |
| Abgrenzung OKP vs. andere Kostenträger | Die IQVIA-Daten können zwar nach Produkten auf der SL, aber nicht nach Kostenträger abgegrenzt werden. Dies ist relevant, weil nicht nur die OKP, sondern auch andere Kostenträger (wie UV, IV, MV, ausländische Selbstzahler ohne OKP-Dekung) SL-Produkte vergüten. | Der Tarifpool enthält nur fakturierte Leistungen zulasten der OKP und ist daher kohärent mit den Anforderungen an das Monitoring. |           | ++        |

<sup>20</sup> Die Abdeckung leicht unter 100% hat zwei Gründe. Erstens liefern drei kleine Versicherer mit einem Versichertenstamm von ca. 100'000 Personen keine Daten in den Tarifpool. Zweitens gibt es in seltenen Fällen Rechnungsbelege, die die Versicherer manuell erfassen und in den Vorsystemen, welche den Tarifpool speisen, nicht enthalten sind.

| Kriterium                        | Beschreibung IQVIA   | Beschreibung Tarifpool,<br>Medicube  | Bewertung |           |
|----------------------------------|--|--|-----------|-----------|
|                                  |  |  | IQVIA     | Tarifpool |
| Abgrenzung ambulanter Bereich    | Die Arzneimittelverkäufe an Spitäler enthalten keine Informationen, ob diese im ambulanten oder stationären Bereich verabreicht werden. (Das Volumen im stationären Bereich beträgt rund 356 Millionen Franken, was rund 4% des OKP-Volumens entspricht). <sup>21</sup>                | Im Tarifpool lassen sich die ambulanten Leistungen inkl. Medikamente korrekt abgrenzen. Dies erfüllt die Anforderungen des Monitorings.  |           | ++        |
| Differenzierung der Abgabekanäle | Die Differenzierung nach den Abgabekanälen Spitäler, Apotheken und Arztpraxen ist möglich.   | Die Differenzierung nach den Abgabekanälen Spitälern, Apotheken und Arztpraxen ist möglich. Der Tarifpool kann zusätzlich nach Partnerart-Untergruppe (Facharzttrichtung, Spitaltyp) ausgewertet werden, was für das Monitoring möglichweise von Interesse ist.                | ++        | +++       |
| Regionalisierung                 | IQVIA stellt bei der geografischen Differenzierung primär auf 3 Sprachregionen und 8 Spitalregionen der Leistungserbringer ab.   | Die Daten sind auf Ebene Grossregion und/oder Kanton nach Standort der Leistungserbringer sowie nach Wohnort der Versicherten auswertbar.  |           | +         |
| Zeitnähe der Verfügbarkeit       | Die IQVIA-Daten werden monatlich aktualisiert und zur Verfügung gestellt.  | Die Daten nach Behandlungsperiode sind ca. 6 Monate nach Ende der Periode in guter Qualität verfügbar. Dies zeitlich verzögerte Verfügbarkeit hat u.a. mit der verzögerten Abrechnung zu tun, wenn Arztpraxen im Tiers Garant abrechnen.                                       | +         |           |
| Zugänglichkeit                   | Das BAG besitzt einen direkten Zugang zu den IQVIA-Daten ab 2020. ltere Daten müssten zusätzlich gekauft werden.  | Das BAG besitzt einen direkten Zugang zu Datenwrfeln des Medicube. Allerdings sind diese Daten nur nach Abrechnungszeitpunkt verfügbar. Daten nach Behandlungszeitpunkt müssen direkt bei der SASIS AG bestellt werden.   | +         |           |
| Statistische Einheit             | Beide Datenquellen sind auf der für das Monitoring relevanten <i>Produktebene</i> (GTIN) verfügbar.  |  |           |           |
| Periodizität/Zeitraum            | Sowohl die IQVIA-Daten als auch der Tarifpool erlauben es, die Daten nach Jahr, Quartal und Monat zu betrachten. Zudem sind für beide mehrjährige Auswertungen möglich (Bei IQVIA ab Juli 2020 – Auswertungen zu einem früheren Zeitpunkt verursachen einen finanziellen Mehraufwand). |  |           |           |
| Qualität der Mengenangabe        | Die Qualität der Mengenangaben (Anzahl Packungen) ist als hoch einzuschätzen, weil die Angaben direkt aus dem Vertrieb stammen.  | Die Qualität der Mengenangabe (Anzahl der Packungen) auf den Rechnungen ist leicht eingeschränkt, da z.B. Teilpackungen nicht korrekt auf den Rechnungen eingetragen werden (dies trifft vor allem auf die Spitäler zu – bei den Apotheken ist dieses Verhalten sehr selten zu | ++        |           |

<sup>21</sup> Diese Zahlen basieren auf einer Auswertung der «Statistik der diagnosebezogenen Fallkosten» (Fallkostenstatistik) des BFS, siehe Abschnitt 2.2.

| Kriterium                    | Beschreibung IQVIA   | Beschreibung Tarifpool,<br>Medicube   | Bewertung |           |
|------------------------------|--|---|-----------|-----------|
|                              |  |   | IQVIA     | Tarifpool |
|                              |  | beobachten). Die Anzahl Packungen lässt sich jedoch verlässlich herleiten, indem der Fakturabetrag durch den SL-Preis dividiert wird.   |           |           |
| Zeitpunkt der Datenerfassung | Die IQVIA Daten erfassen den Verkaufszeitpunkt der Arzneimittel von den Herstellern zu den Leistungserbringern (sell-in Daten). Die Zeiteinheit des Verkaufszeitpunkts (bspw. Juli 2023) muss dabei nicht zwingend mit der Zeiteinheit der Arzneimittelabgabe (bspw. August 2023) an die Patientinnen und Patienten übereinstimmen. Eine unterschiedliche Lagerungsdauer kann die Kennzahlen im Zeitverlauf somit beeinträchtigen. | Der Tarifpool erfasst den Behandlungs- und Abrechnungszeitpunkt der abgegebenen Arzneimittel, die zulasten der OKP fakturiert werden. Dies werten wir als Vorteil für das Monitoring, da der Zeitpunkt der Arzneimittelabgabe an die Patientinnen und Patienten der relevante Zeitpunkt darstellt.  |           | +         |
| Abdeckung                    | Die IQVIA-Daten stellen nahezu eine Vollerhebung in Bezug auf die Arzneimittelhersteller dar – nur rund 1-2% der Hersteller liefern keine Daten. Leicht einschränkend ist jedoch, dass die Datenlieferung der inkludierten Hersteller nicht in allen Fällen <i>flächendeckend</i> ist (vgl. Abschnitt 3.1.1).  | Die Abdeckung des Tarifpools liegt nahe bei 100%. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass Rechnungen von Arztpraxen fehlen können (ca. 6%), wenn die Versicherten diese nicht beim Krankenkassenversicherer einreichen (Tiers Garant). Apotheken und Spitäler senden die Rechnungen hingegen direkt dem Versicherer (Tiers payant), sodass das Problem da nicht besteht. Selbstzahlungen beeinflussen somit den Abdeckungsgrad der Daten. | +         |           |
| Alle Kriterien               |  |   | 7         | 9         |

Anmerkungen: +++ = hohes Gewicht, ++ = mittleres Gewicht, + = tiefes Gewicht. blau = Entscheid pro IQVIA, grün = Entscheid pro Tarifpool, weiss = neutral.

Wie die vorangegangene Gegenüberstellung aufzeigt, besitzen beide Datenquellen ihre Vor- und Nachteile. Tabelle 1 zeigt, dass der Medicube des Tarifpools gemäss unserer Wertung etwas besser für das Monitoring des Vertriebsanteils geeignet ist. Dies insbesondere, da beim Tarifpool der Abgabekanal über die Spitäler auf den ambulanten Bereich eingrenzt werden kann. Das Volumen im stationären Bereich ist mit rund 4% jedoch gering. Zudem ist auch eine klare Abgrenzung der Arzneimittelverkäufe zulasten der OKP möglich. Der Tarifpool ermöglicht es auch, die Verteilung der Arzneimittelverkäufe über verschiedene Facharzttrichtungen (bspw. Grundversorger vs. Spezialisten) sowie nach Spitaltypen zu untersuchen. Schliesslich können im Tarifpool die Arzneimittelverkäufe sämtlicher Abgabekanäle nach Kantonen oder Grossregionen ausgewiesen werden.

Die Hauptnachteile des Tarifpools gegenüber den IQVIA-Daten sind (i) die geringere Zeitnähe der Datenverfügbarkeit, welche mit der zeitlich verzögerten Abrechnung im Rahmen des Tiers

Garant bei Arztpraxen zusammenhängt, sowie (ii) teilweise fehlende Selbstzahlerrechnungen von Arztpraxen, wenn Versicherte diese nicht beim Krankenversicherer einreichen.

## 4. Methodisches Vorgehen

In diesem Abschnitt legen wir das methodische Vorgehen für die Definition und Berechnung der dem Monitoring zugrundeliegenden Kennzahlen dar. Das übergeordnete Ziel des Monitoring-Konzepts ist es, Kennzahlen für ein regelmässiges Kostenmonitoring im Vertriebsanteil zu definieren. Zusätzlich sollen möglichst aussagekräftige und relevante Kennzahlen definiert werden, welche Aussagen ermöglichen, wie sich die *Anpassungen* beim Vertriebsanteil auswirken. Dabei sollen primär zwei Effekte mitberücksichtigt werden: (i) die Anpassung des Vertriebsanteils hat einerseits einen *statischen* Effekt durch direkte Kosteneinsparungen infolge der angepassten Berechnung des Vertriebsanteils und (ii) einen möglichen zusätzlichen *dynamischen* Effekt (Verhaltenseffekt) durch die vermehrte Abgabe günstiger Präparate.

Zunächst gehen wir auf die zu analysierenden Wirkungen der Reform ein (Abschnitt 4.1); diese Überlegungen bilden den Ausgangspunkt für die weiteren Schritte. Anschliessend definieren wir die Kennzahlen, die anhand der Daten berechnet werden sollen (Abschnitt 4.2) und erarbeiten Vorschläge für zusätzliche Analysen (Abschnitt 4.3). In Abschnitt 4.4 widmen wir uns der zeitlichen Dimension des Monitorings: Erhebungszeitraum, Periodizität und Saisonalität. In Abschnitt 4.5 diskutieren wir, nach welchen Merkmalen die Ergebnisse differenziert ausgewiesen werden.

### 4.1 Zu analysierende Wirkungen

Im Zentrum des Monitorings steht die Erstellung eines regelmässigen Kostenmonitorings für den Vertriebsanteil und die Beobachtung der statischen und dynamischen Auswirkungen der Anpassungen beim Vertriebsanteil.

#### 4.1.1 Effekt des Berechnungsmodells des Vertriebsanteils auf die Kosten (statischer Effekt)

Mit den Anpassungen beim Vertriebsanteil wurde unter anderem angestrebt, die Vertriebsanteil-Kosten und damit die gesamten Arzneimittelkosten zulasten der OKP um rund 60 Mio. zu senken. Die Anpassung des Berechnungsmodells führt *ceteris paribus* – das heisst, bei gleichbleibenden Mengen und FAP – zu einer Kostensenkung in der OKP. Wir bezeichnen dies als «statischen Effekt». Folglich sollen die Kennzahlen des Monitorings es ermöglichen, den statischen Effekt zu ermitteln und auch aufzeigen, wie der statische Effekt zustande kommt.

#### 4.1.2 Effekt auf Abgabe von Generika (dynamischer Effekt)

Ein wichtiger Aspekt des Monitorings ist es, aufzuzeigen, inwieweit die Angleichung des Vertriebsanteils über Preisklassen und Wirkstoffgruppen und die Vereinheitlichung des Vertriebsanteils bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln dazu führt, dass die Leistungserbringer vermehrt günstigere Generika anstelle von Originalpräparaten abgeben. Diese erwünschte Anreizwirkung

bezeichnen wir als *Generikasubstitution*. Folglich müssen Kennzahlen Rückschlüsse ermöglichen, ob der Anteil dieser preisgünstigen Arzneimittel («Generika-Anteil») innerhalb der Wirkstoffgruppen über die Zeit zunimmt.

In diesem Teil der Analyse ist es zielführend, nur den *substitutionsfähigen Markt* zu betrachten, also all jene Produkte, deren Wirkstoffzusammensetzung sowohl als Originalpräparat als auch als Generika verfügbar ist. Umgekehrt heisst das, dass beispielsweise alle neueren, patentgeschützten Arzneimittel aus diesem Teil der Analyse ausgeschlossen werden, da diese nicht durch gleichwertige Generika ersetzt werden können.

#### **4.1.3 Effekt auf Abgabe verschiedener Packungsgrössen (dynamischer Effekt)**

Eine *nicht intendierte* Anreizwirkung der Reform ergibt sich durch den Umstand, dass Leistungserbringer infolge des grösseren Packungszuschlags vermehrt mehrere kleine Packungen (anstelle einer einzigen grossen Packung) abgeben könnten.<sup>22</sup> Auch dieser Aspekt muss anhand geeigneter Kennzahlen untersucht werden können.

## **4.2 Kennzahlen**

Anhand der vorangegangenen Überlegungen zu den erwarteten Wirkungen strukturieren wir die Definition der Kennzahlen in zwei Blöcke: In Abschnitt 4.2.1 definieren wir Kennzahlen basierend auf dem Gesamtmarkt, also auf der Grundgesamtheit der rezeptpflichtigen Arzneimittel (Kategorie A+B) auf der SL, die von der OKP vergütet werden. Diese Kennzahlen dienen primär dazu, ein regelmässiges Kostenmonitoring im Vertriebsanteil zu ermöglichen. Abschnitt 4.2.2 grenzt die Grundgesamtheit anschliessend auf jene rezeptpflichtigen SL-Arzneimittel ein, für die eine Substitution mit Generika möglich ist. Dies mit dem Ziel, Kennzahlen mit einem besonderen Fokus auf die Substitution zwischen Generika und Originalpräparaten herzuleiten.

Wir definieren sowohl absolute (Anzahl oder Frankenbeträge) sowie relative Kennzahlen (Anteile in Prozent). Der Fokus bei der Berechnung und Analyse der Kennzahlen besteht auf der *Entwicklung über die Zeit*, im Zeitraum vor und nach der Reform. Bei den absoluten Kennzahlen schlagen wir vor, diese pro versicherte Person (oder pro 1'000 versicherte Personen) auszudrücken, um dem Bevölkerungswachstum über die Zeit Rechnung zu tragen und einfache Vergleiche zwischen geografischen Regionen zu ermöglichen. Als Grundlage für die Bevölkerungsgrösse kann der durchschnittliche, jährliche OKP-Versichertenbestand gemäss Datenpool der SASIS AG verwendet werden.

---

<sup>22</sup> Ein vereinfachtes Beispiel: Der für das Berechnungsmodell relevante FAP für Arzneimittel X liegt bei 4 Franken für eine Packungsgrösse von 5 Tabletten, jener für eine Packungsgrösse von 10 Tabletten bei 8 Franken. Vor der Reform spielte es für die Leistungserbringer keine Rolle, ob sie 2 Packungen mit 5 Tabletten oder 1 Packung mit 10 Tabletten abgegeben haben – der packungsbezogene Zuschlag betrug in beiden Fällen 8 Franken (in diesem vereinfachten Beispiel ist der Preiszuschlag für beide Fälle identisch). Mit der Reform wird allerdings ein Anreiz gesetzt, die 2 kleinen Packungen abzugeben anstelle der grossen Packung; der packungsbezogene Zuschlag beträgt im ersten Fall 18 Franken und im zweiten Fall nur 16 Franken. So würden zwar mehr Packungen von günstigen Generika verkauft, ohne jedoch das eigentliche Ziel – eine Erhöhung des Generika-Anteils – zu erreichen.

## 4.2.1 Kennzahlen zum Gesamtmarkt

### Der Vertriebsanteil und seine Bestandteile

Der Vertriebsanteil steht im Vordergrund des Interesses, da einerseits die Grundlage für ein regelmässiges Kostenmonitoring im Vertriebsanteil gelegt werden soll und andererseits die gesetzlichen Änderungen im preis- und packungsbezogenen Zuschlag (vgl. Abbildung 1 und Abbildung 2) evaluiert werden sollen. Entsprechend von Interesse ist die Entwicklung der Kosten im Vertriebsanteil sowie dessen Einzelbestandteile.

Zunächst berechnen wir auf Ebene einzelner Arzneimittelprodukte (GTIN) und pro Monat den Preis- und Packungszuschlag unter dem *alten* Berechnungsmodell (gültig bis 30.6.2024):

- *Preiszuschlag des alten Modells in CHF*: Grundlage für den Preiszuschlag ist der FAP des jeweiligen Arzneimittelprodukts. Der Preiszuschlag in CHF ergibt sich aus dem prozentualen Preiszuschlag gemäss Schema von Abbildung 1 (linke Seite) multipliziert mit dem FAP.
- *Packungszuschlag des alten Modells in CHF*: Der Packungszuschlag ergibt sich ebenfalls aus dem FAP sowie dem Schema von Abbildung 1, linke Seite.

Ausnahmen von dieser Standard-Berechnungsweise bilden Blutprodukte (IT 06.01.10), wo ein pauschaler Vertriebsanteil von 40 Franken zur Anwendung kommt.

Des Weiteren berechnen wir auf Ebene einzelner Arzneimittelprodukte und pro Monat den Preis- und Packungszuschlag unter dem neuen Berechnungsmodell (gültig ab 1.7.2024). Grundlage dafür bilden die vom BAG in der SL definierten Vertriebsanteilgruppen (siehe Spalte «VertriebsanteilGruppe» im Tabellenblatt «Packungen mit einheitlichem VA» in der Excel-Version der SL).<sup>23</sup> Innerhalb jeder Vertriebsanteilgruppe wird zunächst der Mittelwert der FAP aller Generika ermittelt. Dieser bildet dann die Grundlage für die Berechnungen des Preis- und Packungszuschlags. Bei Arzneimitteln ohne einheitlichen Vertriebsanteil ist der FAP die Grundlage für die Berechnung des Preis- und Packungszuschlags. Somit gilt:

- *Preiszuschlag des neuen Modells in CHF*: Der Preiszuschlag ergibt sich aus dem massgebenden prozentualen Preiszuschlag gemäss Berechnungsschema in Abbildung 1 (rechte Seite) multipliziert mit dem FAP-Mittelwert (einheitlicher Vertriebsanteil) bzw. dem FAP (kein einheitlicher Vertriebsanteil).
- *Packungszuschlag des neuen Modells in CHF*: Der Packungszuschlag ergibt sich aus dem massgebenden FAP-Mittelwert (einheitlicher Vertriebsanteil) bzw. dem FAP (kein einheitlicher Vertriebsanteil) und dem Berechnungsschema in Abbildung 1, rechte Seite.

Für Blutprodukte (IT 06.01.10) gilt wiederum ein pauschaler Vertriebsanteil von 40 Franken. Zudem existiert auch eine Ausnahme für orale Antihistaminika (IT 07.13.10): Falls in der entsprechenden Vertriebsanteilgruppe ein Arzneimittel der Abgabekategorie D vorkommt, gilt

---

<sup>23</sup> Die Zuteilung zu Vertriebsanteilgruppen liegt erst ab der SL vom 1.7.2024 vor. Damit das neue Berechnungsmodell auch auf einen Zeitraum vor der Reform angewendet werden kann, verknüpfen wir die Vertriebsanteilgruppen via GTIN mit den früheren Versionen der SL. Arzneimittel, die vor dem 1.7.2024 von der SL gestrichen wurden, werden bei der retrospektiven Berechnung des einheitlichen Vertriebsanteils nach dem neuen Berechnungsmodell somit nicht berücksichtigt.

automatisch ein Preiszuschlag von 80% und ein Packungszuschlag von null. Dies entspricht der Regelung für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel.

Nun lässt sich bei sowohl für das alte wie auch das neue Berechnungsmodell der Vertriebsanteil für die Grundgesamtheit berechnen:

- *Vertriebsanteil-Kosten in CHF*: Pro Arzneimittelprodukt (Ebene GTIN) summieren wir den Preis- und Packungszuschlag auf und erhalten damit den Vertriebsanteil. Um die Kosten des Vertriebsanteils und seiner Einzelbestandteile zu berechnen, muss pro Arzneimittel der entsprechende Wert mit der Anzahl abgegebener Packungen multipliziert werden. Die Aggregation über alle Arzneimittel ergibt schlussendlich die Gesamtkosten des Vertriebsanteils in Franken sowie dessen Einzelbestandteile. Diese Berechnungen werden für das alte und neue Berechnungsmodell durchgeführt.
- *Anteil der Vertriebsanteil-Kosten an den gesamten Arzneimittelkosten*: Diese Kennzahl berechnet sich durch das Teilen der Vertriebsanteil-Kosten durch die gesamten Arzneimittelkosten (SL, Abgabekategorien A+B).

### **Effekt der Anpassung auf die Vertriebsanteil-Kosten (statischer Effekt)**

Da wir Kennzahlen zum Vertriebsanteil nach dem alten und neuen Berechnungsmodell berechnen, lassen sich auf dieser Basis direkt Aussagen ableiten, welcher Effekt die Anpassung auf die Vertriebsanteil-Kosten ausübte. Dazu wird wie folgt vorgegangen: Für einen zu definierenden Zeitraum *vor* der Reform werden die Vertriebsanteil-Kosten in CHF nach dem alten und neuen Modell berechnet. Die Differenz dieser beiden Kennzahlen lässt sich direkt als «statischen» Effekt (d.h. ohne Verhaltensänderungen) der Anpassung des Berechnungsmodells interpretieren, da die Anzahl abgegebener Packungen und der FAP jedes Arzneimittelprodukts gleichbleiben. Die Differenz zeigt somit auf, welche Einsparungen aufgrund der Anpassung im Vertriebsanteil zu erwarten sind, *ohne* dass Verhaltensänderungen berücksichtigt werden.

### **Gesamtkosten Arzneimittel**

Ein weiterer, rein deskriptiver Indikator sind die gesamten Arzneimittelkosten (in CHF) für rezeptpflichtige Arzneimittel auf der SL, die zulasten der OKP abgerechnet werden (Abgabekategorie A+B). Die Kennzahl ergibt sich aus dem Produkt der Anzahl Packungen und dem Publikumspreis pro Packung – aggregiert über alle abgegebenen Arzneimittel. Dieser Indikator stellt die aggregierte Kostenentwicklung dar und dient unter anderem auch als Vergleichsgrösse zu anderen Quellen.

### **Mengenentwicklung: Anzahl Packungen**

Für die Entwicklung der Menge ist die Anzahl der abgegebenen Packungen eine wichtige Grösse. Wie in Abschnitt 1.1 erwähnt, verteuert die Reform günstige Arzneimittel – primär über den erhöhten packungsbezogenen Zuschlag im Vertriebsanteil und auch durch die Einführung eines einheitlichen Vertriebsanteils, wodurch die Arzneimittel einer anderen Preisklasse zugeordnet werden können. Deshalb ist eine Differenzierung nach *Packungsgrösse* sinnvoll, um zu untersuchen, ob eine unerwünschte Verschiebung von grossen zu kleineren Packungen stattfindet. Wir definieren folgende Kennzahlen:



- *Anzahl Packungen*: Die Summe aller abgegebenen Packungen (Einheiten).
- *Anteil der jeweils kleinsten Packung am Total*: Die Berechnung erfolgt in mehreren Schritten: In einem ersten Schritt werden alle Arzneimittel jener Wirkstoffe ausgewählt, welche mehrere Packungsgrößen aufweisen. Im zweiten Schritt wird pro Wirkstoff die kleinste Packung identifiziert. In einem letzten Schritt wird die Menge der kleinsten abgegebenen Packung durch das Total der Packungen dividiert. Mit dieser Kennzahl ist es möglich, die allfälligen Verschiebungen von grossen zu kleineren Packungen direkt zu beobachten. Einschränkend zu erwähnen ist, dass sich diese Kennzahl nur für Wirkstoffe mit mehreren Packungsgrößen eignet.

## 4.2.2 Kennzahlen zum substitutionsfähigen Markt

In diesem Abschnitt grenzen wir die Grundgesamtheit auf die substitutionsfähigen SL-Produkte ein, um mögliche Verschiebungen innerhalb eines Wirkstoffs von Originalpräparaten hin zu Generika zu untersuchen.

### Anzahl Packungen

Von Interesse ist hier insbesondere (i) die Entwicklung des Generika-Anteils und (ii) mögliche Verschiebungen hin zu kleinen Generika-Packungen:

- *Anzahl Packungen*: Die Anzahl der Packungen im substitutionsfähigen Markt. Zusätzlich bietet es sich hier an, eine Differenzierung anhand der SL-Informationen nach den Produktgruppen Originalpräparat und Generika vorzunehmen. Diese Kennzahlen können somit einen groben Überblick zu den erwünschten Verschiebungen innerhalb der Produktgruppen geben.
- *Anteil Generika am Total der Packungen*: Diese Kennzahl setzt die Anzahl Packungen der Generika ins Verhältnis zum Total der Packungen im substitutionsfähigen Markt.
- *Anteil der kleinsten Packung bei Generika*: Durch diese Kennzahl ist es möglich, eine unerwünschte Substitution von grösseren hin zu kleineren Generikapackungen zu messen. Leicht einschränkend ist hier, dass diese Kennzahl nur für Wirkstoffe mit mehreren Generika-Packungsgrößen verwendet werden kann.

### Kostenanteil von Generika

Als weitere Kennzahl definieren wir den Anteil der Arzneimittelkosten für Generika im substitutionsfähigen Markt. Im Vergleich zur Anzahl Packungen haben teurere Arzneimittel hier mehr «Gewicht» als günstigere, was aus Sicht der Kostenträger von Bedeutung ist. Die Kennzahl erfasst aber nicht nur Verschiebungen bei der Arzneimittelabgabe, sondern auch die Anpassungen beim Vertriebsanteil.

### Wirkstoffmenge in definierten Tagesdosen (DDD)

Die Anzahl Packungen als Mengenkennzahl besitzt gewisse Nachteile: Wenn innerhalb einer wirkstoffgleichen Produktgruppe eine Substitution zu kleineren Packungen bei den Generika stattfindet, nicht aber beim Originalpräparat, steigt der gemessene «Generika-Anteil» basierend auf der Anzahl Packungen, ohne dass tatsächlich mehr Generika-Einheiten (im Sinne der



Wirkstoffmenge) verschrieben wurden. Auch Arzneimittelkosten können schwierig zu interpretieren sein, wenn es z.B. im Zeitverlauf zu Preisanpassungen beim FAP kommt.

Deshalb schlagen wir als weitere Kennzahl die Wirkstoffmenge anhand der *definierten Tagesdosis* (DDD) vor. Diese ist unabhängig von Packungsgrößen und Preisen. Basierend auf den DDD eines Wirkstoffs und Angaben zu Dosierung und Packungsgröße können für viele SL-Produkte die DDD pro Packung berechnet werden. Die Anzahl Packungen multipliziert mit der Anzahl DDD pro Packung ergeben die gesamten, abgegebenen DDD. Hervorzuheben ist, dass die Berechnungen nur für einen Teil der Arzneimittel möglich sind, wo Angaben zu den DDD verfügbar sind.<sup>24</sup> Folgende Kennzahlen dürften im Rahmen des Monitorings von Interesse sein:

- *Anteil der Generika gemessen in DDD*: Der Generika-Anteil in DDD zeigt direkt, ob und inwieweit es – gemessen an der abgegebenen Wirkstoffmenge – zu einer Substitution von Originalpräparaten hin zu Generika kommt.
- *Anteil der kleinsten Packung gemessen in DDD*: Diese Kennzahl wird berechnet, in dem pro Wirkstoff die kleinste Packungsgröße identifiziert wird (dies ist nur möglich für Wirkstoffe mit mehreren Packungsgrößen). Anschliessend setzen wir die DDD-Menge der kleinsten Packung ins Verhältnis zur gesamten DDD-Menge.

Der Nachteil dieser Kennzahlen besteht darin, dass sie sich nur auf Wirkstoffgruppen mit verfügbaren DDD-Angaben beziehen.<sup>25</sup>

### 4.2.3 Zusammenfassung

Tabelle 2 bietet abschliessend einen Überblick über die deskriptiven Kennzahlen und gibt an, welchen Untersuchungsgegenstand die jeweilige Kennzahl repräsentiert. Insgesamt schlagen wir vor, 17 Kennzahlen zu inkludieren, um den Zielen des Monitorings bestmöglich gerecht zu werden. Für eine detaillierte Herleitung der Berechnungen verweisen wir auf den vorangegangenen Abschnitt 4.2.

**Tabelle 2: Übersicht über die Kennzahlen**

| Untersuchungsgegenstand   | Kennzahl  |
|---|---|
| <b>Grundgesamtheit: rezeptpflichtige SL-Produkte (OKP), Abgabekategorie A+B</b> |   |
| Entwicklung des Vertriebsanteils (neues und altes Berechnungsmodell)            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kosten des Preiszuschlags in CHF</li> <li>– Kosten des Packungszuschlags in CHF</li> <li>– Kosten des Vertriebsanteils in CHF</li> <li>– Anteil des Vertriebsanteils an den Gesamtkosten der Arzneimittel</li> </ul> |
| Effekt des Berechnungsmodells (statischer Effekt)                               | – Effekt des Modellwechsels auf die Kosten im Vertriebsanteil in CHF: Kosten des Vertriebsanteils   |

<sup>24</sup> Als Ausgangspunkt für die Berechnungen nutzen wir eine Liste des Obsan zu den DDD pro Packung auf Ebene GTIN und eine Liste der SASIS zu den DDD pro Wirkstoff (ATC).

<sup>25</sup> Die DDD-Abdeckung in Bezug auf das Leistungsvolumen beträgt im Jahr 2023 für den substituionsfähigen Markt rund 84%.

| Untersuchungsgegenstand  | Kennzahl   |
|--|--|
|  | (neues Berechnungsmodell) minus Kosten des Vertriebsanteils (altes Berechnungsmodell)  |
| Entwicklung der Menge  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anzahl Packungen</li> <li>– Wirkstoffmenge in DDD</li> </ul>  |
| Abgabe verschiedener Packungsgrössen   | – Anteil der jeweils kleinsten Packung am Total  |
| Entwicklung der Arzneimittelkosten   | – Gesamtkosten der Arzneimittel in CHF   |
| <b>Grundgesamtheit: rezeptpflichtige substituionsfähige SL-Produkte (OKP), Abgabekategorie A+B</b> |  |
| Entwicklung der Menge  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anzahl Packungen total</li> <li>– Anzahl Packungen Generika</li> <li>– Anzahl Packungen Originalpräparate</li> </ul>  |
| Abgabe von Generika  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anteil Generika am Total der Packungen</li> <li>– Anteil der Kosten für Generika</li> <li>– Anteil der Generika gemessen in DDD (Wirkstoffmenge)</li> </ul> |
| Abgabe verschiedener Packungsgrössen   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anteil der jeweils kleinsten Packung bei den Generika</li> <li>– Anteil der kleinsten Packung gemessen in DDD (Wirkstoffmenge)</li> </ul>                   |

*Anmerkungen:* Das Monitoring bezieht sich auf alle abgegebenen rezeptpflichtigen Arzneimittel, die auf der SL aufgeführt sind und als ambulante Leistung zulasten der OKP abgerechnet werden. Rezeptpflichtig definieren wir über die Swissmedic Abgabekategorien A und B (vgl. Abschnitt 2.2).

## 4.3 Schätzung dynamischer Effekte

Die oben genannten Kennzahlen erlauben Rückschlüsse auf mögliche Verhaltenseffekte (dynamische Effekte) der Reform, etwa wenn der Generika-Anteil nach Inkrafttreten der Reform stärker ansteigt als im Zeitraum davor. Gleichzeitig ist es im Gegensatz zu den statischen Effekten schwieriger, die dynamischen Effekte genau zu *quantifizieren*. Nachfolgend beschreiben wir zwei Ansätze, die im Rahmen des Monitorings zur Anwendung kommen können.

### 4.3.1 Trendfortschreibung

Eine einfache Variante ist, den mittelfristigen Wachstumstrend in den Kennzahlen (d.h. im Zeitraum 2019 bis 2023) für die Folgejahre fortzuschreiben. Die Differenz zwischen dem fortgeschriebenen Trend und der tatsächlichen Entwicklung der Kennzahlen lässt sich dann (unter gewissen Annahmen) als Schätzung der dynamischen Effekte interpretieren. Die Ergebnisse sind umso plausibler, je gleichmässiger sich eine Kennzahl über die Zeit verändert. Natürlich ist es schwierig, dabei mögliche Effekte der Anpassung beim Selbstbehalt per 1.1.2024 und der Anpassung beim Vertriebsanteil per 1.7.2024 scharf voneinander zu trennen. Eine Möglichkeit wäre, die Analyse auf das zweite Halbjahr jedes Kalenderjahres zu beschränken.

### 4.3.2 Vergleich nach bisheriger Vertriebsanteil-Differenz (Korrelationsanalyse)

Intuitiv würde man erwarten, dass Verschiebungen hin zu Generika nach Einführung der Reform bei jenen Arzneimitteln überdurchschnittlich gross ausfallen, wo im alten Berechnungsmodell eine überdurchschnittlich grosse Vertriebsanteil-Differenz zwischen Originalpräparaten und Generika bestand. Mit einer (grafischen) Analyse lässt sich prüfen, inwieweit zwischen der Veränderung des Generika-Anteils und der bisherigen Vertriebsanteil-Differenz eine positive Korrelation besteht. Ein entsprechendes Ergebnis wäre Evidenz dafür, dass die Reform die gewünschte Anreizwirkung erzielt hat.

Die Vertriebsanteil-Differenz wird wie folgt berechnet: Innerhalb der Vertriebsanteilgruppen wird der durchschnittliche Vertriebsanteil für Generika und Originalpräparate *vor der Reform* berechnet. Anschliessend wird die Differenz gebildet. Als Mass für den Generika-Anteil können die oben berechneten Anteile gemessen in Packungen oder DDD auf Ebene der Vertriebsanteilgruppen verwendet werden.

## 4.4 Zeitliche Dimension

*Zeitraum:* Grundsätzlich ist es empfehlenswert, Daten für mehrere Jahre vor Inkrafttreten der Reform im Monitoring zu berücksichtigen. Dies ermöglicht es, den mittelfristigen Trend abzubilden und die Entwicklung der Kennzahlen besser einzuordnen. Ein naheliegendes Startjahr ist das Jahr 2019 vor Beginn der Coronapandemie. Die Jahre 2020 und 2021 sind aufgrund des Einflusses der Pandemie als Startjahr weniger gut geeignet.

*Periodizität:* Für das langfristige Kostenmonitoring im Vertriebsanteil sind unseres Erachtens Jahresdaten eine gute Grundlage. Um die statischen und dynamischen Effekte der Anpassung im Vertriebsanteil (per 1.7.2024) betrachten zu können, bieten sich hingegen *Quartalsdaten* oder *Halbjahresdaten* an. Grund dafür sind die vom Bundesrat festgelegten Massnahmen zur Förderung von Generika (u.a. Anpassung Selbstbehalt) auf den 1.1.2024.<sup>26</sup> Die Daten für das Jahr 2024 enthalten somit zwei Reform-Effekte. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Reform des Selbstbehalts (ab Januar 2024) sofern möglich von der Reform des Vertriebsanteils (ab Juni 2024) in den Daten abgrenzen zu können. Für eine längerfristige Durchführung dürften Jahresdaten allerdings ausreichend sein. Denn: Es ist zu erwarten, dass allfällige Verhaltensänderungen aufgrund einer gewissen «Trägheit» wahrscheinlich erst mit Verzögerung erfolgen und damit in den Daten sichtbar werden. Von Monatsdaten raten wir aufgrund der höheren Volatilität ab.

*Berücksichtigung der Saisonalität:* Quartalsdaten können saisonale Schwankungen aufweisen, was für die Medikamentenkosten in der OKP empirisch gut belegt ist (vgl. Gerfin, Kaiser & Schmid 2015).<sup>27</sup> Diese erschweren es – je nach Stärke der saisonalen Muster – die Interpretation der Datenreihen und die Identifikation möglicher Reform-Effekte. Mittels der etablierten Methode «X13 ARIMA-SEATS» kann die Saisonalität bereinigt und die Ergebnisse mit bzw. ohne

---

<sup>26</sup> Siehe <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-97800.html>.

<sup>27</sup> Die Ergebnisse von Gerfin, Kaiser & Schmid (2015) zeigen unter anderem, dass die Arzneimittelkosten vor dem Jahreswechsel für ein Patientenkollektiv deutlich höher sind als nach dem Jahreswechsel.

Saisonalitätskomponente dargestellt werden. Die Bereinigung der Saisonalität ist allerdings nur dann möglich, wenn die Datenreihen ausreichend lang sind.

## 4.5 Differenzierungsmerkmale

Sämtliche Kennzahlen aus Tabelle 2 werden im Monitoring differenziert nach Abgabekanal (Apotheken, Spitäler, Arztpraxen) berechnet und ausgewiesen. Eine weitere Unterteilung bei den Arztpraxen in Grund- und Spezialversorgung könnte zudem sinnvoll sein; dies ist mit den Daten des Tarifpools möglich. Eine zweite Differenzierung wird anhand der geografischen Grossregion (7 Regionen) nach Wohnort der Patientinnen und Patienten vorgenommen.<sup>28</sup>

Eine dritte Differenzierung betrifft die Kennzahlen für den substitutionsfähigen Markt. Hier könnten Kennzahlen für zwei Kategorien von Wirkstoffen separat ausgewiesen werden: Die erste Kategorie beinhaltet Wirkstoffe, bei denen *Lieferengpässe* in der betrachteten Periode (Jahr, Quartal) die Substitutionsmöglichkeit von teureren zu günstigeren Präparaten einschränkten, indem nur Produkte eines Herstellers effektiv verfügbar waren. Die zweite Kategorie beinhaltet jene Wirkstoffe, wo keine solchen Einschränkungen infolge von Lieferengpässen bestanden.

Weitere differenzierte Betrachtungen der spezifizierten Kennzahlen – etwa nach anatomischer Wirkstoffgruppe (ATC Level 1) oder Altersgruppe und Geschlecht der Patientinnen und Patienten – sind möglich, erhöhen aber jeweils die Komplexität der Berechnungen sowie der Ergebnisdarstellung. Deshalb legen wir nahe, in einem ersten Schritt auf diese Differenzierungsmerkmale zu verzichten.

## 5. Umsetzung

In diesem Kapitel befassen wir uns mit Aspekten der konkreten Umsetzung des Monitorings, namentlich mit der Frage des Berechnungs- und Aktualisierungszeitpunkts (5.1), der Darstellung und Diffusion der Ergebnisse (5.2) sowie der durchführenden Stelle (5.3). Die genannten Aspekte des Monitorings hängen mit den Informationsbedürfnissen des BAG/EDI und mit den politischen Entwicklungen im Bereich der Arzneimittelvergütung zusammen. Die Bedürfnisse und Einschätzungen der involvierten Stakeholder wurden in Fachgesprächen sowie im Rahmen einer gemeinsamen Sitzung eruiert. Abschnitt 5.4 beinhaltet eine gemeinsame Stellungnahme der Stakeholder zum vorliegenden Monitoring-Konzept.

---

<sup>28</sup> Die geografische Abgrenzung nach *Wohnort der Patientinnen/Patienten* hat den Vorteil, dass Kennzahlen pro versicherte Person aussagekräftige Vergleiche zwischen den Regionen ermöglichen, da es keine Rolle spielt, wo Leistungen in Anspruch genommen wurden. Diese Abgrenzung ist jedoch nur mit dem Tarifpool möglich.

## 5.1 Berechnungs- und Aktualisierungszeitpunkte

Bei der Umsetzung des Monitorings stellt sich die Frage, wann und in welchen Abständen die Kennzahlen berechnet und aktualisiert werden sollen und wie lange das Monitoring betrieben werden soll.

### 5.1.1 Erster Berechnungszeitpunkt

Bei der Verwendung von Quartalsdaten dürfte es interessant sein, die erstmalige Berechnung zeitlich so zu legen, dass Ergebnisse für das 3. Quartal 2024 (oder für das 2. Halbjahr 2024) – und damit für das erste Quartal (bzw. das erste Halbjahr) nach der Reform – vorliegen. Bei Verwendung des Tarifpools liegen qualitativ gute Daten nach Behandlungsperiode rund sechs Monate später vor. Das heisst, die ersten Berechnung können bereits im Frühjahr/Sommer 2025 erfolgen. Bei Nutzung der IQVIA-Daten gibt es nur geringe zeitliche Verzögerungen bei der Datenverfügbarkeit (< 1 Monat).

### 5.1.2 Aktualisierungsintervall

Das Aktualisierungsintervall hängt aus unserer Sicht im Wesentlichen davon ab, welche finanziellen Ressourcen für die Durchführung des Monitorings beim BAG zur Verfügung stehen. Grundsätzlich ist es sinnvoll, das Aktualisierungsintervall nach den verschiedenen Zielen des Monitorings zu differenzieren: Um die kurzfristigen Effekte der Reform zu identifizieren, könnte die Aktualisierung in einer ersten Phase quartalsweise oder halbjährlich erfolgen. Das zweite Ziel des Monitorings ist es, ein mittel- bis längerfristiges Kostenmonitoring des Vertriebsanteils zu etablieren. Hierfür würde unseres Erachtens eine jährliche Aktualisierung genügen.

### 5.1.3 Dauer des Monitorings

Ein legitimer Punkt ist auch die Frage, wie lange das Monitoring betrieben werden soll. Hier gilt es beim Zweck des Monitorings zu unterscheiden:

Ein erster Zweck des Monitorings besteht darin, Kennzahlen zum Vertriebsanteil in regelmässigen Abständen (jährlich) und längerfristig zu berechnen. Der Grund: Die Kennzahlen des Monitorings stellen unabhängig von der jüngsten Reform per 1.7.2024 eine wertvolle Informationsgrundlage für die zuständige Behörde dar und können damit auch für weitere, zukünftige Reformvorhaben sowie für gesundheitspolitische Diskussionen einen hohen Nutzen aufweisen.

Ein zweiter Zweck des Monitorings ist es, konkret zu analysieren, wie sich die jüngsten Anpassungen beim Vertriebsanteil ausgewirkt haben. Gewisse Kennzahlen, die auf die Messung der statischen und dynamischen Effekte der Reform per 1.7.2024 abzielen, sind somit nur in der kurzen und mittleren Frist von Interesse, da sich die Effekte erwartungsgemäss nach ein paar Jahren vollständig materialisieren dürften. Unseres Erachtens ist es daher sinnvoll, die statischen und dynamischen Effekte der Reform während rund drei bis maximal fünf Jahren zu quantifizieren.

## 5.2 Darstellung und Diffusion der Ergebnisse

*Ergebnisdarstellung:* Da es sich bei den Ergebnissen des Monitorings um Datenreihen (Zeitreihen) handelt, liegt es nahe, diese mit anschaulichen Linien- oder Balkendiagrammen darzustellen. Kennzahlen mit absoluten Grössen (in CHF) können alternativ auch als Indizes mit dem Wert 100 im Startzeitpunkt dargestellt werden, sodass sich die Werte direkt als kumulative, prozentuale Veränderungen interpretieren lassen. Der Zeitpunkt der Reform sollte in den Grafiken mit einer vertikalen Linie gekennzeichnet sein. Dies ermöglicht es, die möglichen Effekte besser zu visualisieren.

*Publikationsform:* Eine naheliegende Form der Publikation ist ein schriftlicher Bericht, in dem das Monitoringkonzept (Datengrundlage, Methodik etc.) sowie die wichtigsten Ergebnisse erläutert werden. Ein Bericht stellt sicher, dass das methodische Vorgehen von den involvierten Akteuren und der interessierten Öffentlichkeit transparent nachvollzogen werden kann. Ergänzende Ergebnisse können in einer Excel-Beilage zur Verfügung gestellt werden. Eine alternative Publikationsform wäre eine interaktive Internetseite analog zum «Nationalen Monitoring Pflegepersonal» des Obsan.<sup>29</sup> Ein publizierter Bericht hat den Vorteil, dass die Inhalte eines Berichtsdokuments leichter referenziert werden können und dass der Aufwand im Vergleich zu einer Internetseite bei der Erstellung des Produkts sehr gering ist. Die Vorzüge einer interaktiven Internetseite liegen vor allem in der schnelleren Zugänglichkeit, Benutzerfreundlichkeit und Übersichtlichkeit.

## 5.3 Durchführende Stelle

Es obliegt dem BAG festzulegen, welche Stelle (Institution, Unternehmen) das Monitoring durchführt. Als Kriterien erscheinen uns Aufwand (Kosten), Unabhängigkeit und Qualität von Bedeutung.

## 5.4 Einbezug der Stakeholder

Es war ein Anliegen des BAG, für die Konzept-Phase des Monitorings die involvierten Akteure (Organisationen der Versicherer, Leistungserbringer, Pharmaunternehmen und Patientinnen/Patienten) miteinzubeziehen. Aus diesem Grund wurden in der Konzeptphase Fachgespräche sowie eine gemeinsame Sitzung mit den Stakeholdern durchgeführt. Auf diesem Weg hatten die Stakeholder die Möglichkeit, ihr Fachwissen sowie ihre Bedürfnisse im Rahmen einer gemeinsamen *Stellungnahme* in das Monitoringkonzept einfließen zu lassen.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Siehe <https://ind.obsan.admin.ch/pflempo>.

<sup>30</sup> Die gemeinsame Stellungnahme wurde von folgenden Akteuren abgegeben: prio.swiss, H+/GSASA, APA/FMH, pharmaSuisse, VSVA und Intergenerika.

## Gemeinsame Stellungnahme der Stakeholder<sup>31</sup>

Das vorgeschlagene Vorgehen und die dargelegte Methodik zum Monitoring des Vertriebsanteils wird von den Akteuren begrüsst. Als Datengrundlage für das Monitoring werden beide Quellen (IQVIA und Tarifpool der SASIS AG) vorgeschlagen, um die Kennzahlen entsprechend zu plausibilisieren. Der Zeitraum des Monitorings soll mit dem Inkrafttreten der Verordnungsänderungen gleichgesetzt werden – das heisst jeweils vom 01.07. bis zum 30.06. des darauffolgenden Jahres. Weiter wird für eine zweimalige Erstellung eines Monitorings argumentiert; zum ersten 1 Jahr nach Revision (2025) und zum zweiten 3 Jahre nach Inkrafttreten der Revision im Vertriebsanteil (2027). Im Rahmen dieser Auswertungen soll die Zielerreichung bei den Kosteneinsparungen (statischer Effekt) und der Veränderung der Generikaquote (dynamischer Effekt) ermittelt werden.

Die Veränderung der Generikaquote muss unter Berücksichtigung der Packungsgrössen und dem Anteil neuer, patentgeschützter Medikamente am Gesamtmarkt betrachten werden (substitutionsfähiger Markt). Für die Ermittlung des dynamischen Effekts sind allfällige Lieferengpässe bei gewissen Präparaten und gegebenenfalls erhöhte Lagerbestände bei den Leistungserbringern zu berücksichtigen. Beide Faktoren können das Abgabeverhalten der Leistungserbringer und damit den dynamischen Effekt (Generikaquote) beeinflussen.

*Kommentar zur Stellungnahme der Stakeholder:* Erhöhte Lagerbestände an Arzneimitteln können dazu führen, dass Reform-Effekte auf die Generika-Anteile erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung sichtbar werden. Denn: Selbst wenn ein Leistungserbringer unmittelbar nach Inkrafttreten der Reform seinen Arzneimittel Einkauf stärker auf Generika ausrichtet, dauert es noch eine Zeitlang, bis bestehende Lagerbestände abgebaut sind. Folglich ist denkbar, dass die Reform-Effekte auf die Generika-Anteile erst nach einigen Monaten in den Daten sichtbar werden.<sup>32</sup>

## 6. Proof of Concept

Im Rahmen eines *Proof of Concept* führen wir ein Test-Monitoring mit zwei Datensätzen durch und prüfen somit die empirische Umsetzbarkeit des Monitoringkonzepts. Das Test-Monitoring soll dabei einen ersten Überblick über die Daten und die berechneten Kennzahlen ermöglichen und somit erste Erkenntnisse liefern. Ziel ist es auch, das methodische Vorgehen bei der Datenaufbereitung und der Berechnung der Kennzahlen transparent darzustellen. Das Test-Monitoring bezieht sich ausschliesslich auf Daten *vor* der Reform.

<sup>31</sup> Die Stellungnahme wurde vom BAG zusammengefasst.

<sup>32</sup> Ein Vergleich der beiden Datenquellen, Tarifpool und IQVIA, könnte in diesem Kontext aufschlussreich sein, da es sich beim Tarifpool um Abgaben an Patientinnen/Patienten und bei IQVIA um Einkäufe der Leistungserbringer handelt. Wenn man beobachten würde, dass mögliche Effekte bei den IQVIA-Daten schneller auftreten als bei den Tarifpool Daten, könnte das ein Hinweis darauf sein, dass die Abgabe an die Patienten infolge bestehender Lager etwas später reagiert als der Einkauf bei den Herstellern.



Abschnitt 6.1 legt detailliert dar, wie die vorliegenden Daten aufbereitet werden. Abschnitt 6.2 stellt *ausgewählte* Ergebnisse der berechneten Kennzahlen dar. In Abschnitt 6.2 beschränken wir die Diskussion auf jene Kennzahlen und Subgruppen (z.B. Vertriebskanäle), die unseres Erachtens im Vordergrund des Monitorings stehen. Eine ausführliche Analyse und Diskussion *aller* Kennzahlen wird Gegenstand des künftigen, regelmässigen Monitorings sein. In Anhang A sind zudem weitere Grafiken von Kennzahlen abgebildet, auf die wir im Haupttext Bezug nehmen. Zusätzlich sind alle berechneten Kennzahlen (vgl. Tabelle 2) differenziert nach Abgabekanal und geografischer Region in Form von Excel-Dateien als Beilagen zu diesem Bericht verfügbar. Eine Differenzierung der Kennzahlen zum substituierbaren Markt je nach Betroffenheit von Lieferengpässen haben wir nicht vorgenommen; die genaue Festlegung des Vorgehens, die Prüfung geeigneter Datenquellen und die Berechnungen müssen im Rahmen des künftigen Monitorings erfolgen.

## 6.1 Datenquellen und Datenaufbereitung

In Tabelle 1 in Abschnitt 3 legten wir dar, dass der Tarifpool gemäss unserer Bewertung etwas besser für das Monitoring des Vertriebsanteils geeignet sein dürfte. Für den Proof of Concept haben wir jedoch ausgewählte Kennzahlen sowohl mit den Tarifpool-Daten als auch den IQVIA-Daten berechnet. Dies ermöglicht es, mittels Visualisierungen ein Gefühl für potenzielle Unterschiede in ausgewählten Kennzahlen zu vermitteln.

### 6.1.1 Spezialitätenliste

In einem ersten Schritt erstellen wir einen SL-Datensatz, indem wir für den Untersuchungszeitraum des Test-Monitorings von Januar 2019 bis Juni 2024 alle SL-Publikationen zusammenfügen. Die Vertriebsanteile inkl. Preis- und Packungszuschlag werden dann auf Ebene GTIN und Publikationszeitpunkt der SL-Liste nach dem alten sowie dem neuen Berechnungsmodell gemäss Schema in Abbildung 1 und Abbildung 2 berechnet.<sup>33</sup> Das neue Berechnungsmodell basiert auf der Einteilung der Arzneimittel in Vertriebsanteilgruppen (sofern ein einheitlicher Vertriebsanteil massgebend ist). Für die SL-Daten bis Juni 2024 enthält die SL keine Informationen zu Vertriebsanteilgruppen. Deshalb werden die publizierten Vertriebsanteilgruppen vom Juli 2024 verwendet und auf Ebene GTIN mit den älteren SL-Listen (bis Juni 2024) verknüpft. Dies ermöglicht es, die FAP-Mittelwerte in den Vertriebsanteilgruppen zu berechnen und das neue Berechnungsmodell in den SL-Daten bis Juni 2024 rückwirkend zu «simulieren».<sup>34</sup> Anschliessend kann für jedes Arzneimittelprodukt die Differenz zwischen dem Vertriebsanteil nach dem neuen Modell und dem alten Modell gebildet werden (vgl. Abschnitt 4.2.1).

Bei den Berechnungen des Vertriebsanteils ist auf zwei Ausnahmen vom «Standard»-Berechnungsmodell hinzuweisen: Die erste Ausnahme sind Blutprodukte in der therapeutischen Gruppe «06.10.10»: Hier entspricht der Vertriebsanteil in aller Regel einem Packungszuschlag von 40

<sup>33</sup> Insgesamt 11 Arzneimittel werden aus den Berechnungen zum Vertriebsanteil ausgeschlossen, da kein Fabrikabgabepreis angegeben ist. Weitere 0.7% der rezeptpflichtigen Arzneimittel auf der SL besitzen keinen GTIN und werden ebenfalls ausgeschlossen, da in diesem Fall keine Verknüpfung mit den Leistungsdaten möglich ist.

<sup>34</sup> Für gewisse Arzneimittelprodukte die vor Juni 2024 von der SL gestrichen wurden, fehlt somit die Information zu den Vertriebsanteilgruppen. Dies stellt eine Unschärfe in der Simulation des neuen Berechnungsmodells mit den Daten vor der Reform (bis Juni 2024) dar.



Franken. Eine zweite Ausnahme sind Antihistaminika: Hier gibt es im neuen Berechnungsmodell Vertriebsanteilgruppen, die auch Arzneimittel der Abgabekategorie D enthalten. In diesen Gruppen entspricht der Vertriebsanteil einem Preiszuschlag von 80%.

Basierend auf den FAP, den berechneten Vertriebsanteilen und der MwSt. können die in der SL publizierten Publikumspreise abgesehen von ein paar wenigen Spezialfällen korrekt repliziert werden.<sup>35</sup>

In einem nächsten Schritt wird die SL auf die Swissmedic-Abgabekategorien A+B eingegrenzt. *Wichtig:* Die Eingrenzung auf die Kategorien A+B muss *nach* der Vertriebsanteil-Berechnung erfolgen, da für die Berechnung des *einheitlichen* Vertriebsanteils Arzneimittel aus allen Abgabekategorien (A, B, D, E) einfließen können. In einem letzten Schritt werden die SL-Daten mit Angaben zu den definierten Tagesdosen (DDD) auf Ebene GTIN angereichert; weitere Angaben zum Vorgehen finden sich im Anhang.

### 6.1.2 Leistungsdaten (Tarifpool, IQVIA)

Die SASIS AG stellte Tarifpool-Daten nach *Behandlungszeitpunkt* für den Zeitraum Januar 2019 bis Dezember 2023 zur Verfügung.<sup>36</sup> Die IQVIA-Daten konnten über das Online-Datenportal von IQVIA bezogen werden. Die IQVIA-Daten stehen für den Zeitraum von September 2020 bis Juni 2024 zur Verfügung.

#### Datenaufbereitung

Die Daten wurden wie folgt aufbereitet:

- *Abgabekanal:* Die Leistungen im Tarifpool werden anhand der Partnerart-Obergruppe auf die Abgabekanäle «Apotheken», «Ärztinnen und Ärzte», «Spitäler» sowie «Pflegeheime» eingegrenzt.<sup>37</sup> Die IQVIA-Daten sind bereits nach den Abgabekanälen aufgeschlüsselt (die Pflegeheime sind jedoch nicht als separater Kanal erfasst).
- *Hochrechnung mittels Abdeckungsgrad:* Die SASIS AG stellt Informationen zum Abdeckungsgrad des Tarifpools zur Verfügung, die es erlauben, eine Hochrechnung durchzuführen. Die Hochrechnung erfolgt auf Ebene Behandlungsjahr, Grossregion und Partnerart-Obergruppe (vgl. Abschnitt 3.1.2).<sup>38</sup> Bei IQVIA ist eine Hochrechnung konzeptionell nicht möglich, da die Arzneimittel von Herstellern, die keine Daten an IQVIA übermitteln, gänzlich fehlen.

<sup>35</sup> Bei sehr wenigen Arzneimitteln weicht unser «replizierter» Publikumspreis vom publizierten Publikumspreis auf der SL ab. Hierbei handelt es sich um Ausnahmen, wo der Vertriebsanteil anders berechnet wird. Darunter sind z.B. Arzneimittel der therapeutischen Gruppen «07.15» und «07.14».

<sup>36</sup> Das BAG hat die Möglichkeit, mittels Zugang selbst Daten aus Tarifpool/Medicube abziehen – allerdings nur nach *Abrechnungszeitpunkt*.

<sup>37</sup> Alle übrigen Partnerart-Obergruppen haben nur einen marginalen Anteil von rund 0.18% (Jahr 2023) an den gesamten Arzneimittelkosten in der OKP (Kat. A+B) und werden daher aus der Analyse ausgeklammert.

<sup>38</sup> Ein Beispiel: Angenommen das Arzneimittel X wurde in der Grossregion Tessin im Januar 2020 von den Apotheken 50-mal fakturiert, die Bruttokosten betrugen 750 Franken. Der Abdeckungsgrad des Tarifpools beträgt für die Zelle *Tessin-2020-Apotheken* rund 98%. Die hochgerechneten Mengen- und Kostenangaben belaufen sich in diesem Beispiel somit auf 51 (= 50 / 0.98) bzw. 765.3 (= 750 / 0.98).

- *Selektion der Arzneimittel*: Wir behalten ausschliesslich Arzneimittel, die über einen gültigen GTIN verfügen (Tarifpool: rund 98% in Bezug auf das Kostenvolumen, IQVIA: nahezu 100%). Dies gewährleistet eine reibungslose Verknüpfung mit den SL-Informationen.
- *Umgang mit negativen Mengen- und Kostenangaben*: Negative Werte für einzelne Arzneimittel sind einerseits Rückgaben von Abgabestellen an die Hersteller (IQVIA), andererseits identifizieren diese zum grössten Teil Stornobuchungen auf Seiten der Versicherer (Tarifpool).<sup>39</sup> Wir behalten diese Datenpunkte; durch die spätere Summenbildung der Kosten und Mengen über die Arzneimittel nach zeitlicher Periode, Abgabekanal und geografischer Region werden negative Werte automatisch abgezogen.

## Verknüpfung der Leistungsdaten mit der SL

Wir verknüpfen die Tarifpool/IQVIA-Daten auf monatlicher Basis mit der SL, um (i) weitere Informationen (u.a. Publikums- und Fabrikabgabepreis, Angaben zu Generika etc.) zuzuspielen und (ii) die relevante Grundgesamtheit der Arzneimittel einzugrenzen.<sup>40</sup> Als Grundlage für die Verknüpfung nehmen wir jeweils die auf den *ersten* Tag des Monats publizierte SL. Durch die Verknüpfung über «Monat» und «GTIN» erhalten wir einen Datensatz, der nur jene Arzneimittel beinhaltet, die zum jeweiligen Monatsanfang auf der SL aufgeführt waren. Dieses Vorgehen grenzt die im vorliegenden Monitoring relevante Grundgesamtheit im Zeitverlauf somit korrekt ab. Tabelle 3 zeigt abschliessend die nach der Datenbereinigung und -verknüpfung verfügbaren Merkmale auf Ebene des einzelnen Arzneimittelprodukts (GTIN). Auf Basis dessen können nun die in Abschnitt 4.2 definierten Kennzahlen berechnet werden.

**Tabelle 3: Liste mit den verfügbaren Merkmalen pro Arzneimittelprodukt (GTIN)**

| Merkmal  | Quelle   |
|--|--|
| GTIN   | Verknüpfungsvariablen<br>(in beiden Quellen enthalten) |
| Monat  |  |
| ATC, Therapeutische Gruppe (IT)  | Spezialitätenliste SL                                  |
| Fabrikabgabepreis  |  |
| Publikumspreis   |  |
| Angabe Generika/Biosimilar   |  |
| Stückzahl (unvollständig)  | abgeleitet aus Angaben der SL                          |
| Vertriebsanteil nach altem Berechnungsmodell (inkl. Preis- und Packungszuschlag) |  |
| Vertriebsanteil nach neuem Berechnungsmodell (inkl. Preis- und Packungszuschlag) |  |
| Differenz der Vertriebsanteile (neu minus alt)                                   |  |

<sup>39</sup> Der Anteil negativer Mengen- und Kostenangaben beträgt weniger als 0.05% des Kostenvolumens.

<sup>40</sup> Zu erwähnen ist, dass sowohl die SASIS als auch IQVIA ihre Daten durch einige Merkmale der SL (bspw. dem ATC-Code) anreichern. Im Rahmen des Test-Monitorings spielen wir diese Merkmale jedoch direkt über die SL hinzu. Dies mit dem Ziel, (i) eine möglichst grosse Vergleichbarkeit zwischen den Datenquellen zu erreichen und (ii) die Daten möglichst aktualisiert zu verarbeiten (dies ist bspw. bei den Preisen relevant).

| Merkmal  | Quelle                    |
|--|---------------------------|
| Anzahl definierte Tagesdosen DDD (unvollständig)   | BAG, Obsan, SASIS AG, WHO |
| Anzahl der abgegebenen Packungen differenziert nach Abgabekanal und geografischer Region | Tarifpool / IQVIA         |
| Gesamte Arzneimittelkosten differenziert nach Abgabekanal und geografischer Region       |                           |

*Anmerkungen:* Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist der Monat als Behandlungsmonat zu interpretieren, während bei IQVIA der Kalendermonat gemeint ist. Das neue Berechnungsmodell stellt auf die Reform vom 01.07.2024 ab (Änderung der Preisklassen für den Preis- und Packungszuschlag sowie Einführung einheitlicher Vertriebsanteile für wirkstoffgleiche Arzneimittel). Die Vertriebsanteile wurden auf monatlicher Basis pro Arzneimittel *rückwirkend* anhand der neuen Regeln simuliert. Die Ausprägungen der Merkmale unterscheiden sich zum Teil zwischen dem Tarifpool und den IQVIA-Daten. Abgabekanal Tarifpool: Spitalambulatorien, Arztpraxen, Apotheken sowie Pflegeheime. Abgabekanal IQVIA: Spitäler, Arztpraxen, Apotheken. Geografische Region Tarifpool: 7 Grossregionen nach Wohnkanton der Patienten. Geografische Region IQVIA: 8 Spitalregionen nach Standort der Leistungserbringer. Die Angaben zu den Stückzahlen und DDD pro Packung beziehen sich ausschliesslich auf Arzneimittel in Tablettenform, da es für andere Arzneimittelformen teilweise sehr schwierig ist, die Packungsgrösse und die DDD zu ermitteln. *Quelle:* Darstellung BSS.

## 6.2 Ergebnisse

Ziel des durchgeführten Test-Monitorings ist es, ausgewählte Ergebnisse aufzuzeigen und einzuordnen. Abschnitt 6.2.1 zeigt die wichtigsten Kennzahlen auf Ebene des Gesamtmarkts (SL Kat. A+B) anhand *beider* Datenquellen, Tarifpool und IQVIA. Dies soll einen direkten Vergleich der beiden Datenquellen ermöglichen.

Die darauffolgenden Analysen beziehen sich ausschliesslich auf den Tarifpool. Abschnitt 6.2.2 präsentiert ausgewählte Ergebnisse auf Ebene des Gesamtmarkts (SL Kat. A+B), während Abschnitt 6.2.3 auf Kennzahlen des substituionsfähigen Markts eingeht (SL Kat. A+B mit ausschliesslich Wirkstoffen, die mindestens ein Generika beinhalten).

### 6.2.1 Ergebnisse mit beiden Datenquellen

#### Vertriebsanteil-Kosten

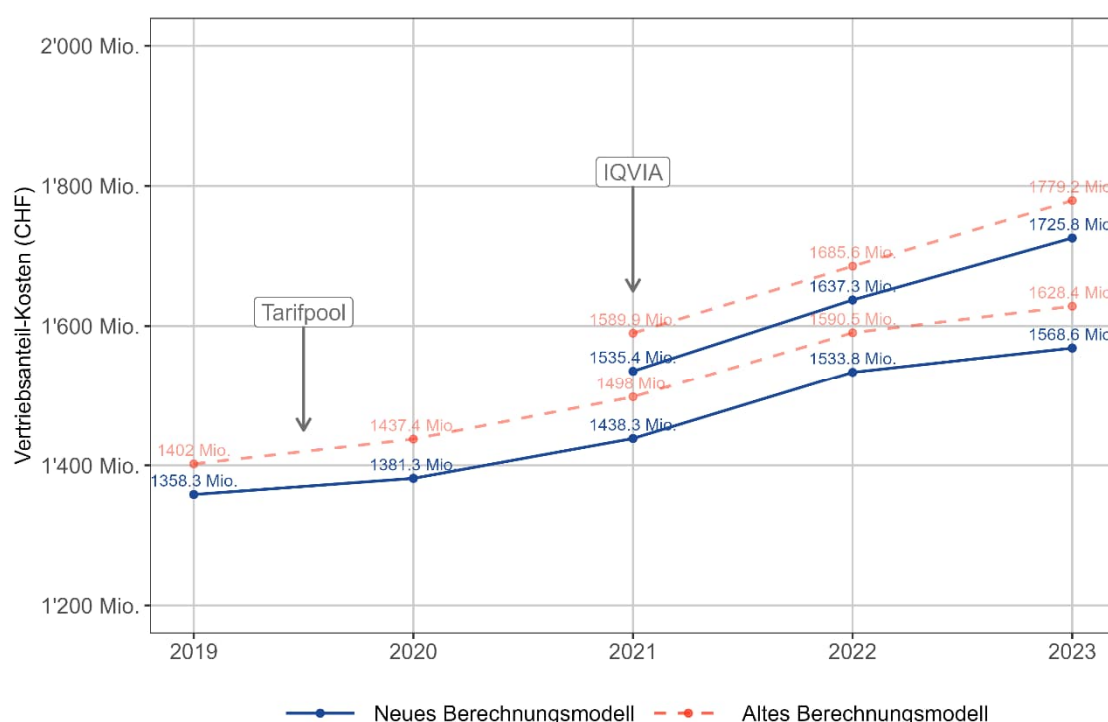
Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der jährlichen Vertriebsanteil-Kosten aufgeschlüsselt nach Berechnungsmodell (alt / neu) und Datenquelle (Tarifpool / IQVIA). Die rote Linie identifiziert die Vertriebsanteil-Kosten anhand des alten Berechnungsmodells. Die blaue Linie hingegen zeigt die Vertriebsanteil-Kosten mittels des neuen Berechnungsmodells. Die Grafik liefert interessante Erkenntnisse:

- Unabhängig vom Berechnungsmodell lässt sich über die letzten Jahre ein Trend hin zu höheren Kosten im Vertriebsanteil beobachten. Im Jahr 2023 betrugen die Vertriebsanteil-Kosten rund 1628 Mio. Franken (Tarifpool) bzw. 1779 Mio. Franken (IQVIA). Der *Anteil* an den gesamten

Arzneimittelkosten hat jedoch über die Zeit leicht abgenommen (vgl. Abbildung 11 im Anhang).<sup>41</sup>

- Der Tarifpool beinhaltet grundsätzlich etwas weniger Volumen als die IQVIA-Daten aufgrund (i) der korrekten Eingrenzung auf den Kostenträger OKP, (ii) des korrekten Ausschlusses der spitalstationären Arzneimittel und (iii) der teilweise fehlenden Selbstzahlerrechnungen im Tiers Garant. Dies macht sich folglich auch in den Vertriebsanteil-Kosten bemerkbar: Mit den IQVIA-Daten gelangt man zu grösseren Vertriebsanteil-Kosten als mit den Tarifpool-Daten.
- Insgesamt sehen wir durch das neue Berechnungsmodell des Vertriebsanteils Kosteneinsparungen, die in der nächsten Grafik näher quantifiziert werden (vgl. Abbildung 5).

**Abbildung 4: Vertriebsanteil-Kosten nach Jahr, Berechnungsmodell und Quelle**



*Anmerkungen:* Die Grafik bildet die Entwicklung der jährlichen Vertriebsanteil-Kosten differenziert nach Berechnungsmodell und Datenquelle (in grau markiert) ab. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist das Jahr als Behandlungsjahr zu interpretieren, während bei IQVIA das Kalenderjahr gemeint ist. Das neue Berechnungsmodell stellt auf die Reform vom 01.07.2024 ab (Änderung der Preisklassen für den Preis- und Packungszuschlag sowie Einführung einheitlicher Vertriebsanteile für wirkstoffgleiche Arzneimittel). Die Vertriebsanteile wurden auf monatlicher Basis pro Arzneimittel *rückwirkend* anhand der neuen Regeln berechnet. Für eine detailliertere Darstellung der Berechnung verweisen wir auf Abschnitt 4.2.1. *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, IQVIA, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

<sup>41</sup> Abbildung 11 bildet den Anteil an den gesamten Arzneimittelkosten zu *Publikumspreisen* ab. Im Jahr 2023 lag dieser bei rund 20%. Dieser Anteil ist 9 Prozentpunkte grösser (29%), wenn als Grundlage im Nenner die Arzneimittelkosten zu *Fabrikabgabepreisen* (IQVIA) herangezogen werden.

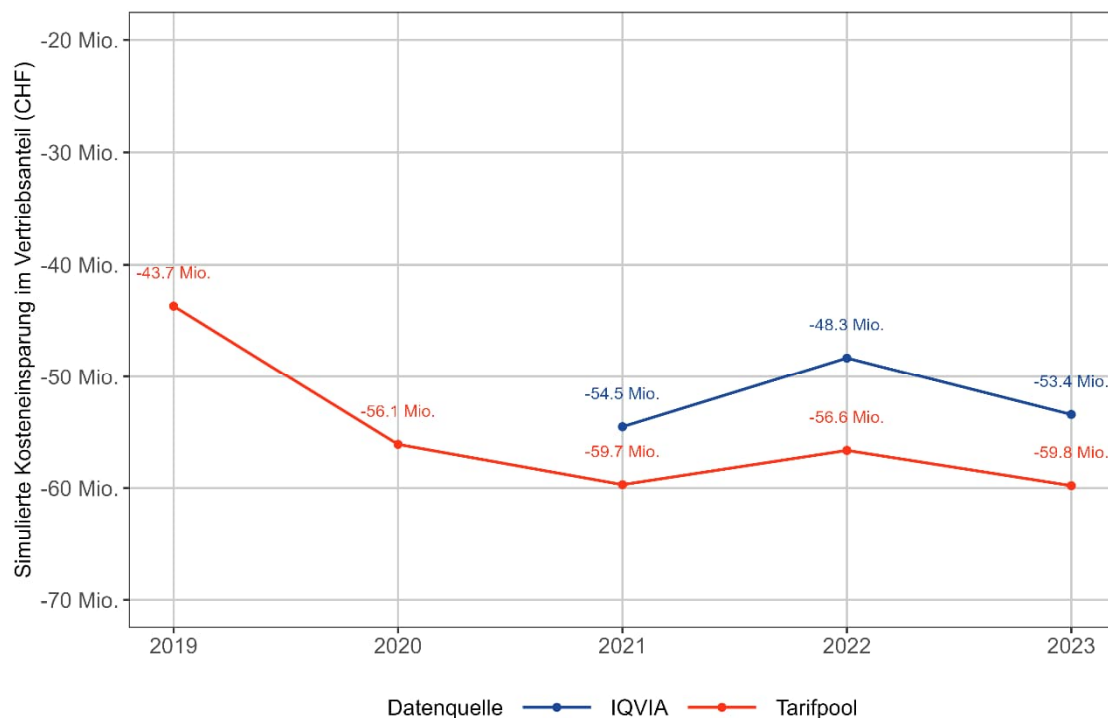
## Retrospektiv simulierte Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen (statischer Effekt)

Abbildung 5 geht auf die *simulierten* Kosteneinsparungen im Vertriebsanteil ein («statischer Effekt»), die durch die Reform im Zeitraum 2019-2023 hypothetisch zu erwarten gewesen wären. Mit «statischer Effekt» sind jene Kosteneinsparungen gemeint, die ausschliesslich durch die angepassten Berechnungsregeln zustande gekommen wären – also *ohne* die möglichen Verhaltens-effekte seitens der Versicherten, Leistungserbringer und Arzneimittelhersteller (dynamische Effekte).

Mit dem Tarifpool kommen wir im Jahr 2023 auf simulierte Kosteneinsparungen von 59.8 Mio. Franken, während die IQVIA-Daten im selben Zeitraum einen Betrag von 53.4 Mio. Franken implizieren. Die Unterschiede zwischen den beiden Datenquellen lassen sich durch die unterschiedliche Abdeckung der Grundgesamtheit der Arzneimittel erklären. So gibt es vereinzelt Hersteller, die keine Daten für gewisse Medikamente an IQVIA liefern, obwohl sie diese an die Leistungserbringer verkaufen. Jene Medikamente tauchen dann allerdings im Tarifpool auf, da sie von den Leistungserbringern an die Patientinnen und Patienten abgegeben und zulasten der OKP fakturiert werden. Umgekehrt kann es vorkommen, dass Medikamente in den IQVIA-Daten vorkommen und im Tarifpool hingegen nicht. Dies, weil sie bspw. im spitalstationären Bereich abgegeben werden und somit durch Fallpauschalen (DRG) abgegolten werden. Zusammengefasst: Obwohl die IQVIA-Daten grundsätzlich mehr Arzneimittelkosten beinhalten, implizieren die Tarifpool-Daten leicht höhere Einsparungen. Dieser Umstand hat damit zu tun, dass die Unterschiede bei der Anzahl Packungen zwischen den Datenquellen mit den FAP und damit den Einsparungen auf Packungsebene korrelieren. Die Anzahl Packungen bei hochpreisigen Arzneimitteln (wo die Einsparungen pro Packung hoch sind) ist im Tarifpool tendenziell etwas höher, während die Anzahl Packungen bei preisgünstiger Arzneimittel in den IQVIA-Daten im Schnitt höher ist.

Insgesamt sehen wir in den Daten über die Jahre 2019-2023 einen Trend hin zu grösseren, simulierten Kosteneinsparungen im Vertriebsanteil infolge der Reform. Im Vergleich zum Jahr 2019 sind die simulierten Kosteneinsparungen im Jahr 2023 um rund 37% gewachsen. Dieses Wachstum ist durch die gesteigerte Relevanz des substitutionsfähigen Markts zu erklären: Der Anteil an Wirkstoffen mit mindestens einem Generika nimmt über die Zeit tendenziell zu, da immer mehr Generika auf den Markt kommen. Dies führt dazu, dass mehr Arzneimittel in eine Vertriebsanteilgruppe mit *einheitlichem* Vertriebsanteil eingeteilt werden. Dadurch ergeben sich gerade bei zuvor patentgeschützten Arzneimitteln bedeutende Kosteneinsparungen. Dieser Trend wird sich aller Wahrscheinlichkeit nach über die kommenden Jahre fortsetzen – die *tatsächlichen* Kosteneinsparungen im Vertriebsanteil im Zeitraum *nach* der Reform dürften somit noch etwas höher ausfallen als die retrospektive Simulation in Abbildung 5.

**Abbildung 5: Simulierte Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen nach Jahr und Quelle**



*Anmerkungen:* Die Grafik bildet die Entwicklung der jährlichen, simulierten Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen differenziert nach Datenquelle ab (statischer Effekt, Vertriebsanteil neu minus Vertriebsanteil alt). Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Das neue Berechnungsmodell stellt auf die Reform vom 01.07.2024 ab (Änderung der Preisklassen für den Preis- und Packungszuschlag sowie Einführung einheitlicher Vertriebsanteile für wirkstoffgleiche Arzneimittel). Die Vertriebsanteil-Kosten wurden auf monatlicher Basis pro Arzneimittel *rückwirkend* anhand der neuen Regeln berechnet. Für eine detailliertere Darstellung der Berechnung verweisen wir auf Abschnitt 4.2.1. *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, IQVIA, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

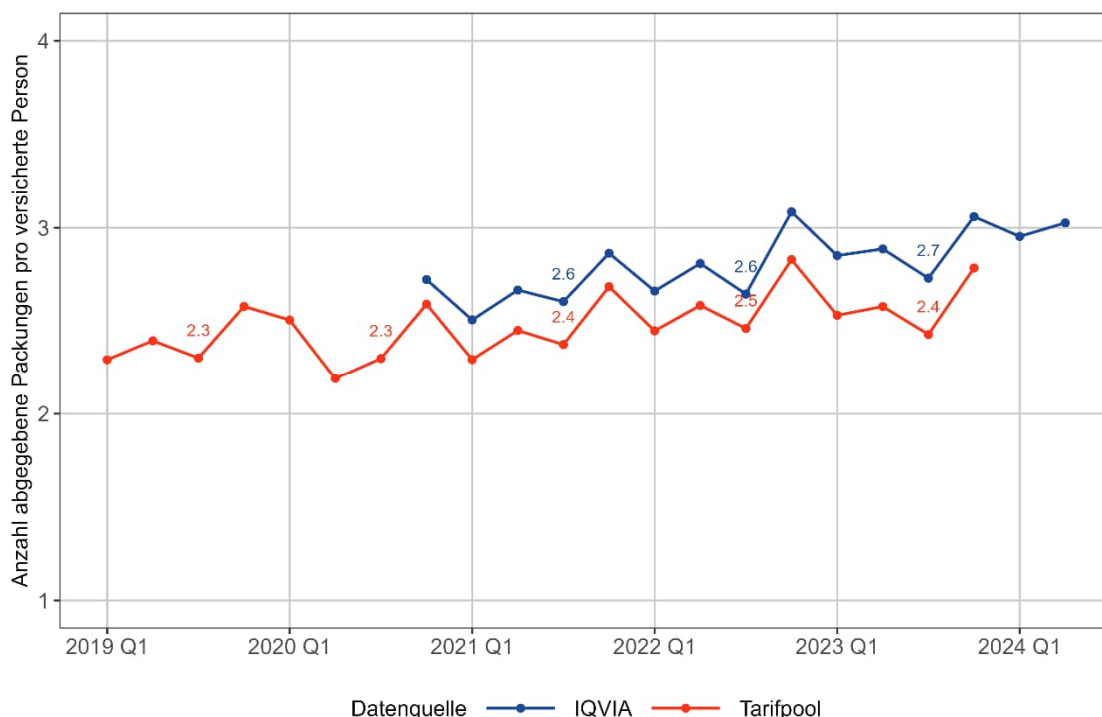
### Anzahl Packungen pro versicherte Person

In Abbildung 6 ist das Total der abgegebenen Arzneimittel-Packungen nach Quartal und Datenquelle ersichtlich. Die Werte sind jeweils pro OKP-versicherte Person ausgedrückt. Auf Basis der IQVIA-Daten berechnen wir – wie erwartet – etwas höhere Werte aufgrund des insgesamt leicht höheren Arzneimittelvolumens: Im dritten Quartal 2023 bspw. betragen die Unterschiede +0.3 Packungen pro versicherte Person. Die Unterschiede zwischen den Datenquellen sind über die Zeit jedoch bemerkenswert konstant. Insgesamt beobachten wir eine leichte Zunahme der Anzahl abgegebenen Packungen im Untersuchungszeitraum. Abbildung 12 und Abbildung 13 im Anhang zeigen zusätzlich die Entwicklung der Arzneimittel-Packungen differenziert nach Abgabekanal sowie Grossregion (nur mit den Tarifpool-Daten).

Die Darstellung nach Quartal ermöglicht zweierlei: (i) Die Granularität der Daten besser auszu-schöpfen und (ii) zu einem späteren Zeitpunkt dynamische Reformeffekte sauberer zu untersuchen. Allerdings zeigt sich, dass die Saisonalität eine bedeutende Rolle spielt: Die Werte im 4. Quartal sind jeweils systematisch höher. Somit wäre zu überlegen, ob die Kennzahl – im Falle einer quartalsweisen Berechnung – für ein zukünftiges, regelmässiges Monitoring saisonbereinigt dargestellt wird. Dies würde gerade im Jahr 2024 präzisere Aussagen über die kurzfristige

Reformwirkung ermöglichen (vgl. unsere Ausführungen hierzu in Abschnitt 4.4). Eine andere Möglichkeit ist, die Daten immer mit dem entsprechenden Vorjahresquartal zu vergleichen, um der Saisonalität Rechnung zu tragen.

**Abbildung 6: Anzahl Packungen pro Versicherter nach Quartal und Quelle**



*Anmerkungen:* Die Grafik zeigt die quartalsweise Entwicklung der Anzahl Arzneimittel-Packungen pro versicherte Person differenziert nach Datenquelle. Der Lesbarkeit halber sind jeweils nur die Werte des dritten Quartals abgebildet. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist das Quartal als Behandlungsquartal zu interpretieren, während bei IQVIA das Kalenderquartal gemeint ist. Die Kennzahl wurde im Tarifpool rückwirkend validiert, indem pro Arzneimittel die monatlich fakturierten Bruttokosten durch den Publikumspreis dividiert wurden (vgl. Abschnitt 3.1.2). *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Datenpool Versichertenrecord SASIS AG, IQVIA, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

## Gesamte Arzneimittelkosten

Abbildung 14 im Anhang zeigt zusätzlich die quartalsweise Entwicklung der gesamten Arzneimittelkosten pro versicherte Person differenziert nach Datenquelle. Es lassen sich sowohl punktuell Saisonalität als auch bezüglich der Unterschiede zwischen IQVIA/Tarifpool die gleichen Aussagen wie bei den Anzahl Packungen treffen. Die Grafik zeigt zudem, dass die Medikamentenkosten im Zeitraum 2019-2024 bedeutend gestiegen sind.

## 6.2.2 Weitere Kennzahlen zum Gesamtmarkt

Nachfolgenden präsentieren wir auf Ebene des Gesamtmarkts (SL Abgabekategorie A+B) einige weitere Ergebnisse des Test-Monitorings auf Basis der Tarifpool-Daten.



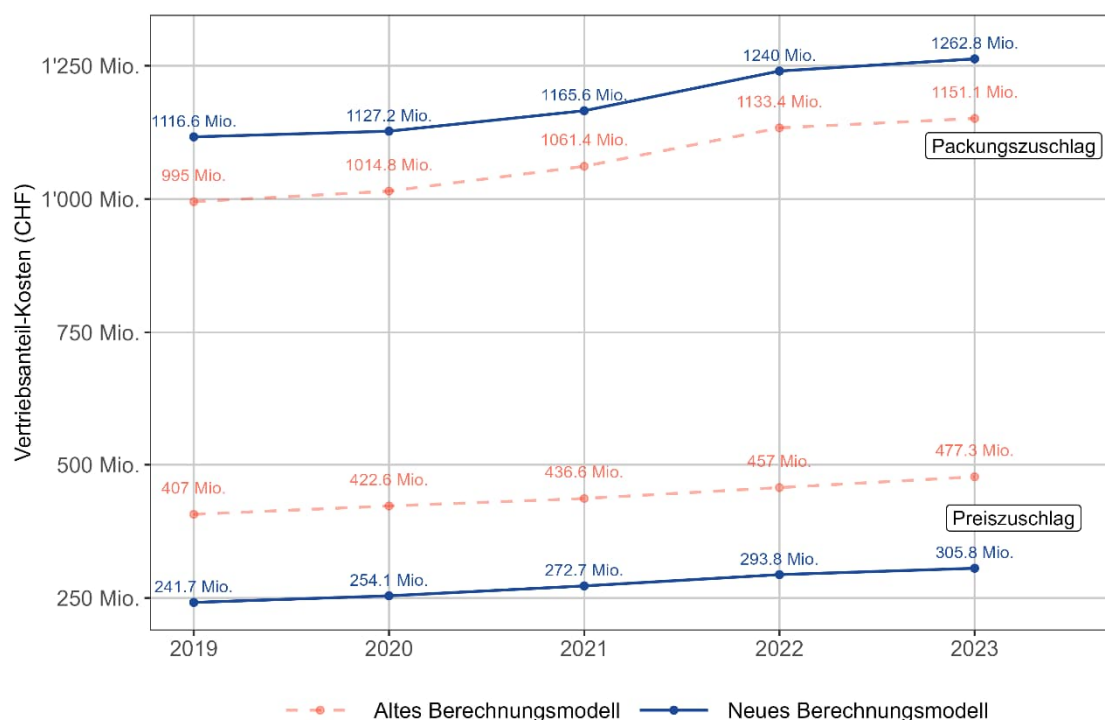
## Preis- und Packungszuschlag

Abbildung 7 bildet die Entwicklung der Vertriebsanteil-Kosten differenziert nach Preis- und Packungszuschlag für die zwei Berechnungsmodelle ab. Aus der Grafik lassen sich zwei relevante Aussagen ableiten:

- Die Kosten des Packungszuschlags sind bedeutend höher als jene des Preiszuschlags. Im Jahr 2023 betrugen erstere 1151.1 Mio. Franken, während letztere bei 477.3 Mio. Franken lagen.
- Die simulierten Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen kommen durch niedrigere Preiszuschläge zustande. Die Packungszuschläge steigen hingegen im Schnitt an.

Abbildung 15 im Anhang zeigt zusätzlich die Entwicklung auf Quartalsebene. Auch hier ist ein saisonales Muster zu beobachten (insbesondere im Packungszuschlag).

**Abbildung 7: Preis- und Packungszuschlags-Kosten nach Jahr und Berechnungsmodell**



**Anmerkungen:** Die Grafik bildet die Entwicklung der jährlichen Vertriebsanteil-Kosten differenziert nach Preis- und Packungszuschlägen für das alte bzw. neue Berechnungsmodell ab. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist das Jahr als Behandlungsjahr zu interpretieren. Das neue Berechnungsmodell stellt auf die Reform vom 01.07.2024 ab (Änderung der Preisklassen für den Preis- und Packungszuschlag sowie Einführung einheitlicher Vertriebsanteile für wirkstoffgleiche Arzneimittel). Die Preis- und Packungszuschläge wurden auf monatlicher Basis pro Arzneimittel *rückwirkend* anhand der neuen Regeln berechnet. Für eine detailliertere Darstellung der Berechnung verweisen wir auf Abschnitt 4.2.1. *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.



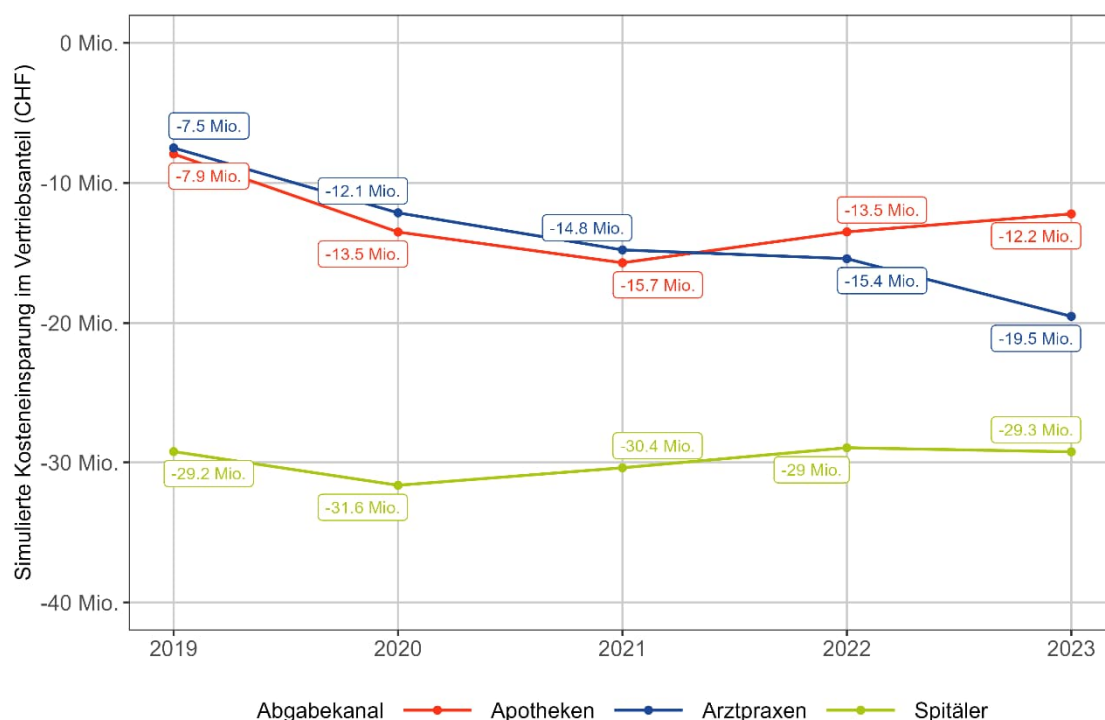
## Simulierte Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen nach Abgabekanal (statischer Effekt)

In Abbildung 8 ist die Entwicklung der simulierten Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen differenziert nach den Abgabekanälen Apotheken, Arztpraxen und Spitäler ausgewiesen. Die Summe über die hier ausgewiesenen Abgabekanäle entspricht dabei *nicht* exakt der Summe aus Abbildung 5, da die Pflegeheime in der letztgenannten Abbildung miteinflüssen.<sup>42</sup> Aus der Grafik lassen sich wiederum zwei interessante Erkenntnisse ableiten:

- Der Trend hin zu höheren Einsparungen im Vertriebsanteil ist vor allem bei den Arztpraxen (und teilweise auch bei den Apotheken) zu beobachten. Die simulierten Kosteneinsparungen in den Arztpraxen sind im Jahr 2023 im Vergleich zum Jahr 2019 um rund 12 Mio. Franken gestiegen.
- Die Einsparungen sind bei den Apotheken am geringsten, bei den Spitälern hingegen am grössten (vgl. Abbildung 12 und Abbildung 16 im Anhang). Das liegt insbesondere an der preislichen Angleichung des Vertriebsanteils. Dadurch erhöht sich der Vertriebsanteil bei den günstigen Medikamenten und vermindert sich bei den teureren Medikamenten. Die Spitäler applizieren bzw. geben im Schnitt teurere Arzneimittel ab im Vergleich zu den Apotheken.

In Abbildung 17 im Anhang ist zusätzlich die Entwicklung der simulierten Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen differenziert nach Grossregionen ausgewiesen.

**Abbildung 8: Simulierte Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen nach Jahr und Abgabekanal**



*Anmerkungen:* Die Grafik bildet die Entwicklung der jährlich simulierten Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen ab differenziert nach den Abgabekanälen Apotheken, Arztpraxen und Spitäler (statischer Effekt, Vertriebsanteil neu minus

<sup>42</sup> Nach unseren Berechnungen steigen die Vertriebsanteil-Kosten in den Pflegeheimen zwischen 2019-2023 leicht an.

Vertriebsanteil alt). Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist das Jahr als Behandlungsjahr zu interpretieren. Das neue Berechnungsmodell stellt auf die Reform vom 01.07.2024 ab (Änderung der Preisklassen für den Preis- und Packungszuschlag sowie Einführung einheitlicher Vertriebsanteile für wirkstoffgleiche Arzneimittel). Die Vertriebsanteile wurden auf monatlicher Basis pro Arzneimittel *rückwirkend* anhand der neuen Regeln berechnet. Für eine detailliertere Darstellung der Berechnung verweisen wir auf Abschnitt 4.2.1. *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

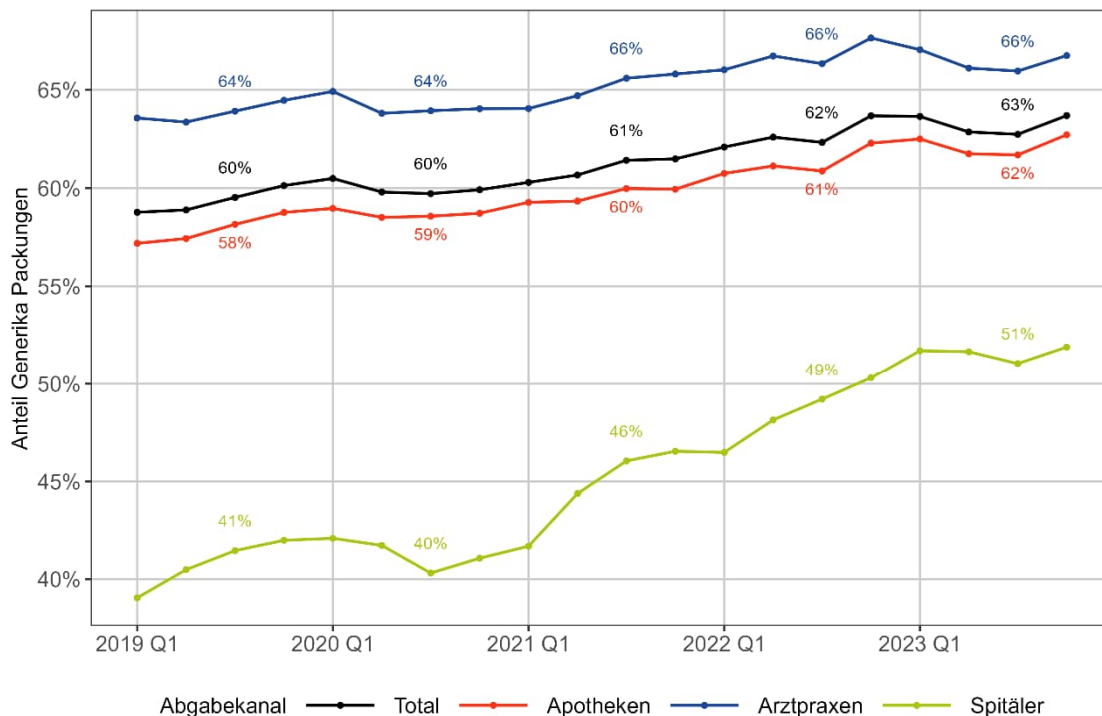
### 6.2.3 Kennzahlen zum substitutionsfähiger Markt

Ein Ziel des zukünftigen regelmässigen Monitorings ist es, allfällige, durch die Reform ausgelöste dynamische Effekte zu analysieren. Insbesondere soll die *Generika-Substitution* untersucht werden. Wie in Abschnitt 2.3 ausgeführt, grenzen wir dafür die Grundgesamtheit auf jene Arzneimittel ein, deren Wirkstoffe über mindestens ein Generika verfügen (= substitutionsfähiger Markt). So können Verschiebungen zwischen Originalpräparaten und Generika besser beobachten werden.

#### Generika-Anteil gemessen in Packungseinheiten nach Abgabekanal

Abbildung 9 stellt beispielhaft eine Analysemöglichkeit des obigen Untersuchungsgegenstands dar: den Generika-Anteil gemessen in Packungseinheiten im substitutionsfähigen Markt. Der Anteil ist zwischen 2019 und 2023 von 60% auf 63% gestiegen. Es sind gewisse Unterschiede zwischen den Abgabekanälen zu verzeichnen: Während die Arztpraxen im Schnitt 66% der substitutionsfähigen Arzneimittel-Packungen als Generika abgegeben, sind es in den Spitälern nur knapp die Hälfte. Die Spitäler gaben allerdings im Jahr 2023 bereits deutlich mehr Generika-Packungen ab als noch im Jahr 2019 (+10 Prozentpunkte).

**Abbildung 9: Anteil Generika-Packungen nach Quartal und Abgabekanal**



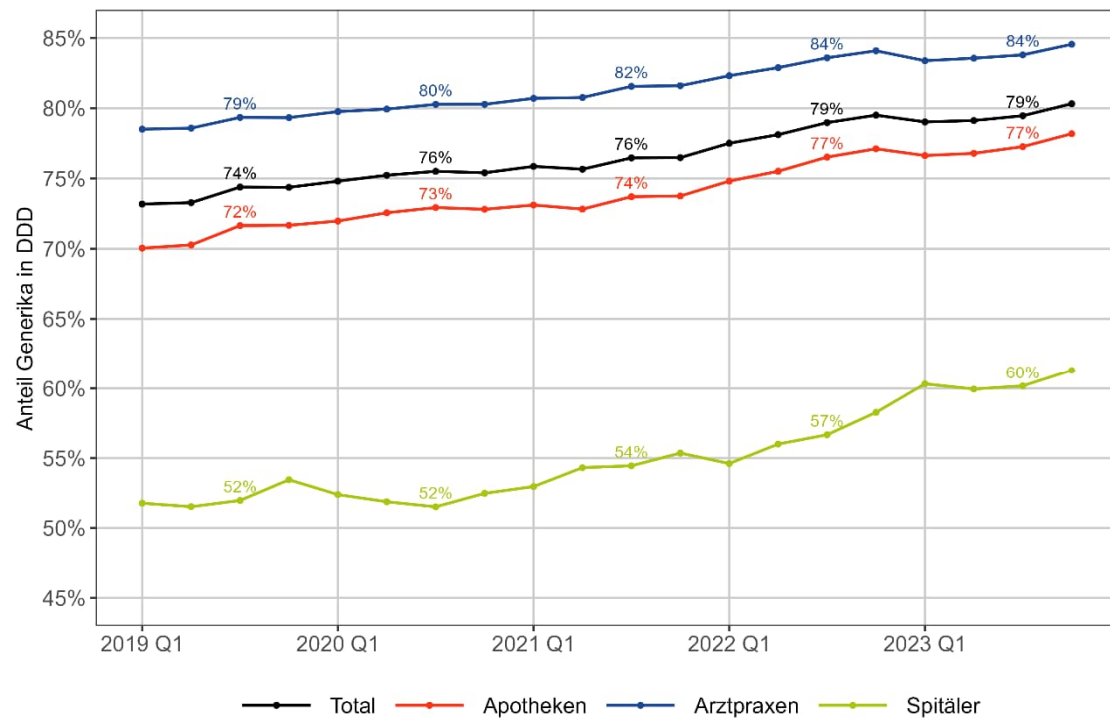
*Anmerkungen:* Die Grafik zeigt die quartalsweise Entwicklung des Generika-Anteils gemessen in Packungseinheiten differenziert nach den Abgabekanälen. Das Total beinhaltet auch die Pflegeheime. Der Lesbarkeit halber sind jeweils nur die Werte des dritten Quartals abgebildet. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B mit *ausschliesslich* Wirkstoffen, die mindestens ein Generika beinhalten (= substitutionsfähiger Markt). Im Tarifpool ist das Quartal als Behandlungsquartal zu interpretieren. Die Anzahl Packungen wurde im Tarifpool rückwirkend validiert, indem pro Arzneimittel die monatlich fakturierten Bruttokosten durch den Publikumspreis dividiert wurden (vgl. Abschnitt 3.1.2). *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

### Generika-Anteil gemessen in DDD nach Abgabekanal

Da der Generika-Anteil gemessen in Packungseinheiten von der Anzahl abgegeben Packungen abhängt, können Verhaltensänderungen seitens der Leistungserbringer diese Kennzahl beeinflussen (bspw. durch vermehrte Abgabe von kleinen Generika-Packungen). Wir haben diese dynamischen Effekte im vorliegenden Konzept detailliert beschrieben (vgl. dazu auch die vorgeschlagenen Kennzahlen in Tabelle 2 und die beispielhaften Abbildung 18 und Abbildung 19 im Anhang). Abschliessend stellen wir daher in Abbildung 10 den Generika-Anteil gemessen in definierten Tagesdosen (DDD) im substitutionsfähigen Markt dar. Wie bereits erwähnt, haben die DDD den Vorteil, die tatsächlich verschriebene *Wirkstoffmenge* zu messen. Der Nachteil ist allerdings, dass die Kennzahlen im Test-Monitoring nur für Arzneimittelprodukte in Tablettenform berechnet wurden.<sup>43</sup> Die Anteile aus Abbildung 9 und Abbildung 10 sind somit *nicht* direkt miteinander vergleichbar. Allerdings weisen beide Darstellungen ähnliche Trends auf.

<sup>43</sup> Um die Qualität der Kennzahlen zu gewährleisten, haben wir zusätzlich nur jene ATC-Codes behalten, die über mindestens 95% DDD-Abdeckung in Bezug auf das Kostenvolumen aufweisen. Somit konnten 283 von total 330 ATC-Codes für die Berechnungen verwendet werden.

**Abbildung 10: Anteil Generika gemessen in DDD nach Abgabekanal**



*Anmerkungen:* Die Grafik zeigt die quartalsweise Entwicklung des Generika-Anteils gemessen in definierten Tagesdosen (DDD) differenziert nach den Abgabekanälen. Der Lesbarkeit halber sind jeweils nur die Werte des dritten Quartals abgebildet. Im Tarifpool ist das Quartal als Behandlungsquartal zu interpretieren. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B mit *ausschliesslich* Wirkstoffen, die mindestens ein Generika beinhalten (= substitutionsfähiger Markt). Zusätzlich wurden die DDD nur für Arzneimittel in Tablettenform und für jene ATC-Codes berechnet mit mindestens 95% DDD-Abdeckung in Bezug auf das Kostenvolumen (283 von 330 ATC Codes erfüllen diese Eigenschaft). *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Spezialitätenliste BAG, OBSAN; Berechnungen BSS.

## 7. Fazit

Im vorliegenden Bericht erarbeiten wir ein Konzept für ein regelmässiges, datenbasiertes *Monitoring*. Das Monitoring hat einerseits zum Ziel, anhand geeigneter Kennzahlen und statistischer Analysen zu untersuchen, wie sich die Reform zur Anpassung des Vertriebsanteils auf die Vertriebsanteil-Kosten und die Arzneimittelabgabe auswirkt. Das zweite Ziel des Monitoring ist es, ein langfristiges Kostenmonitoring im Vertriebsanteil durchzuführen. Das Konzept umfasst (i) die Beschreibung und Beurteilung der geeigneten Datenquellen; (ii) die Erarbeitung des methodischen Vorgehens, welche insbesondere die Spezifikation von geeigneten *Kennzahlen* beinhaltet; sowie (iii) ein Test-Monitoring («Proof of Concept») anhand von Daten zum Zeitraum *vor* der Reform.

Als mögliche Datenquellen berücksichtigen wir den Tarifpool der SASIS AG sowie die IQVIA-Daten; unseres Wissens handelt es sich um die beiden einzigen Quellen, die Analysen auf Produktebene (GTIN-Ebene) erlauben. Entsprechend lassen sich Leistungsdaten mit den Informationen der Spezialitätenliste (SL) verknüpfen. Ein systematischer Vergleich anhand einer Reihe von Kriterien zeigt, dass beide Quellen gewisse Vor- und Nachteile haben. Der Vorteil des Tarifpools liegt bspw. darin, dass sich Arzneimittel gut nach dem relevanten Kostenträger (OKP) abgrenzen lassen. Ein Vorteil der IQVIA-Daten ist zum Beispiel, dass die Daten schneller verfügbar sind. Insgesamt schneidet der Tarifpool in unserer Wertung leicht besser ab; beide Daten erscheinen uns für das Monitoring jedoch grundsätzlich geeignet.

Ein wichtiger Bestandteil des methodischen Konzepts ist die Definition der Untersuchungseinheit und der Grundgesamtheit. Die Untersuchungseinheit ist das einzelne Arzneimittelprodukt (GTIN). Die relevante Grundgesamtheit des Monitorings bezieht sich auf alle abgegebenen, rezeptpflichtigen Arzneimittel (Abgabekategorien A und B), die im Betrachtungszeitraum auf der SL aufgeführt sind und als ambulante Leistung zulasten der OKP fakturiert wurden.

Die Reform des Vertriebsanteils hat einerseits einen *statischen* Effekt durch direkte Kosteneinsparungen infolge des angepassten Berechnungsmodells. Andererseits werden auch *dynamische* Effekte (Verhaltenseffekte) erwartet, insbesondere die vermehrte Abgabe günstiger Generika sowie (unerwünschte) Verschiebungen zwischen den Packungsgrössen. Der statische Effekt lässt sich «simulieren», indem für eine bestimmte Referenzperiode die Vertriebsanteil-Kosten sowohl mit dem alten wie auch mit dem neuen Berechnungsmodell berechnet werden. Die dynamischen Effekte lassen sich nicht direkt beobachten oder simulieren; Rückschlüsse können aber aus der zeitlichen Entwicklung verschiedener Kennzahlen gewonnen werden, wie etwa dem Generika-Anteil oder dem Anteil kleiner Packungen. Insgesamt schlagen wir vor, im Rahmen des Monitorings 17 verschiedene Kennzahlen zu berechnen. Diese beziehen sich auf Mengengrössen, Kostengrössen und relative Anteile. Nebst der Anzahl Packungen schlagen wir als ergänzende Mengengrösse auch die Wirkstoffmenge, ausgedrückt in definierten Tagesdosen (DDD), vor.

Im Rahmen eines «Proof of Concept» berechnen wir mittels Tarifpool und IQVIA-Daten die vorgeschlagenen Kennzahlen für den Zeitraum *vor* der Reform. Für eine Schätzung des statischen Effekts der Reform wenden wir das neue Berechnungsmodell des Vertriebsanteils somit *rückwirkend* auf die Daten vor der Reform an. Für das Jahr 2023 erhalten wir so simulierte Einsparungen von rund 60 Mio. Franken (Tarifpool) bzw. 53 Mio. Franken (IQVIA). Die Einsparungen kommen zustande, weil der Packungszuschlag um 112 Mio. Franken steigt, während der Preiszuschlag um

172 Mio. Franken sinkt (Tarifpool). Die grössten Einsparungen sind bei den Spitälern zu erwarten. Insgesamt ist die zeitliche Entwicklung der Kennzahlen basierend auf den beiden Datenquellen sehr ähnlich, wenngleich das Niveau im Tarifpool leicht tiefer ist als in den IQVIA-Daten.

Der Bericht enthält schliesslich konkrete Empfehlungen zur Umsetzung des Monitorings in der Praxis. Um die Kennzahlen mittelfristig einordnen zu können, bietet es sich an, Daten aus mehreren Jahren vor der Reform miteinzubeziehen. Ein sinnvoller Startzeitpunkt wäre bspw. das Jahr 2019. Für die Periodizität des Monitorings empfehlen wir ein differenziertes Vorgehen: Die Effekte der Reform können unseres Erachtens am besten durch die Analyse von Quartals- oder Halbjahresdaten identifiziert werden. So kann zumindest teilweise verhindert werden, dass der Effekt der Vertriebsanteil-Reform (Juni 2024) mit dem Effekt der Selbstbehalt-Reform (Januar 2024) vermischt wird. Für ein längerfristiges Kostenmonitoring im Vertriebsanteil sind hingegen Jahresdaten ausreichend.

Die Kennzahlen können auf unterschiedlichen Ebenen bzw. für unterschiedliche Teilbereiche berechnet werden. Wir empfehlen primär drei solche Ebenen: Die zu untersuchende Generika-Substitution sollte auf Basis des *substitutionsfähigen* Markts erfolgen. Dieser umfasst Arzneimittel aller Wirkstoffe, für die mindestens ein Generikum oder Biosimilar verfügbar ist. Zu erwähnen ist, dass *Lieferengpässe* die Substitutionsfähigkeit einschränken können, weshalb es sinnvoll sein dürfte, die Kennzahlen für Wirkstoffe mit und ohne Betroffenheit von Lieferengpässen separat zu berechnen. Im Weiteren schlagen wir vor, die Kennzahlen für die verschiedenen Abgabekanäle (Arztpraxen, Spitalambulatorien und Apotheken) sowie geografische Grossregionen separat zu berechnen.

# A. Anhang

## A.1 Ergänzungen zur Methodik

### Berechnung von definierten Tagesdosen (DDD)

Für die Berechnungen der definierten Tagesdosen (DDD) auf Ebene Arzneimittelprodukt stützen wir uns zum einen auf eine Liste auf Ebene GTIN, die das Obsan zur Verfügung stellte.<sup>44</sup> Da diese Liste nur rund die Hälfte der SL abdeckt, ergänzen wir diese mit weiteren, eigenen Berechnungen. Das Vorgehen ist dabei wie folgt: Zuerst extrahieren wir auf Basis der Arzneimittel-Bezeichnung (SL-Publikation Spalte G), soweit möglich, die Angaben zur Stückzahl und Dosierung und berechnen so die Wirkstoffmenge auf Packungsebene. Anhand von Angaben zur DDD pro Wirkstoff ermitteln wir schliesslich die DDD pro Packung (vgl. blauer Kasten in Abschnitt 2.4).

Nicht für alle Arzneimittel stehen DDD-Angaben zur Verfügung. Dies hat zwei Gründe: Erstens existiert für gewisse Wirkstoffe (ATC) keine offizielle Angabe der DDD, etwa bei Wirkstoffen, die unregelmässig oder nicht für die unmittelbare Behandlung von Krankheiten (z.B. Anästhetika) eingesetzt werden. Zweitens stehen die notwendigen Informationen für die Berechnung der DDD pro Packung (Stückzahl, Dosierung) nicht für alle Arzneimittelprodukte in «maschinenlesbarer» Form zur Verfügung, selbst wenn eine Angabe von DDD auf Wirkstoffebene verfügbar wäre. Schwierigkeiten ergeben sich insbesondere bei besonderen Arzneimittelformen (z.B. Ampullen, Flüssigkeiten, Kremen) oder Kombi-Präparaten, wo es teilweise sehr schwierig ist, die Stückzahl und/oder die Dosierung mittels Arzneimittel-Bezeichnung automatisiert zu ermitteln. Im Rahmen der Test-Monitorings beschränken sich die Berechnungen der DDD deshalb auf Arzneimittelprodukte in *Tablettenform*. Im Rahmen des künftigen, regelmässigen Monitorings ist zu prüfen, mit welchem Aufwand die DDD für weitere Arzneimittelformen berechnet werden können.

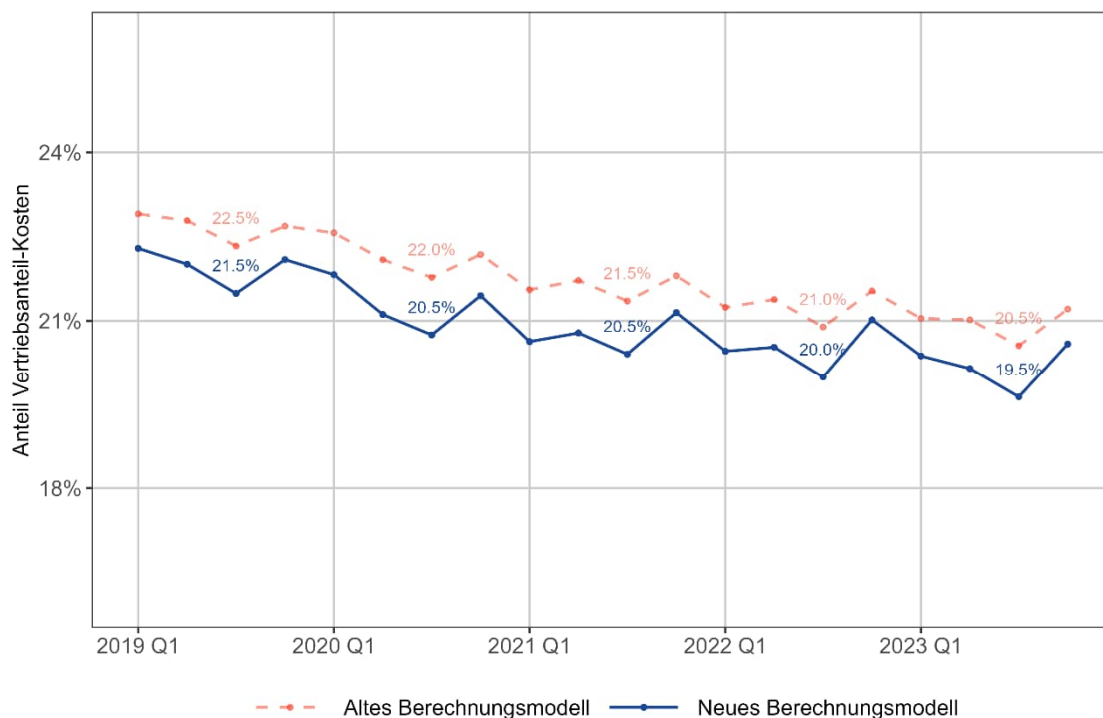
## A.2 Weitere Ergebnisse

Nachfolgend sind Grafiken von weiteren Kennzahlen abgebildet, auf die im Bericht jeweils verwiesen wird. Die Grafiken sind chronologisch nach der Nennung im Bericht aufgelistet.

---

<sup>44</sup> Diese Liste basiert auf Publikationen des BAG zu den pharmazeutischen Kostengruppen im Risikoausgleich sowie auf weiteren Quellen und eigenen Berechnungen des Obsan.

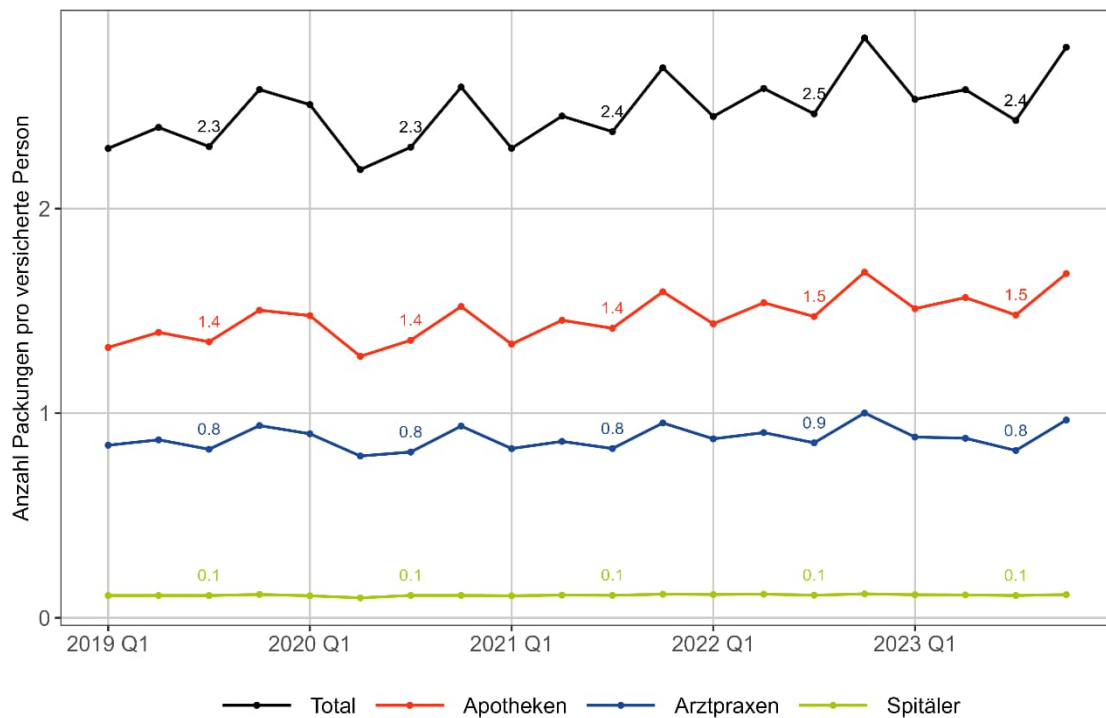
**Abbildung 11: Anteil Vertriebsanteil-Kosten nach Quartal und Berechnungsmodell**



*Anmerkungen:* Die Grafik bildet die quartalsweise Entwicklung des Anteils der Vertriebsanteil-Kosten an den Gesamtkosten Arzneimittel (PP) ab, differenziert nach Berechnungsmodell. Der Lesbarkeit halber sind jeweils nur die Werte des dritten Quartals abgebildet. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist das Quartal als Behandlungsquartal zu interpretieren. Das neue Berechnungsmodell stellt auf die Reform vom 01.07.2024 ab (Änderung der Preisklassen für den Preis- und Packungszuschlag sowie Einführung einheitlicher Vertriebsanteile für wirkstoffgleiche Arzneimittel). Die Vertriebsanteile wurden auf monatlicher Basis pro Arzneimittel *rückwirkend* anhand der neuen Regeln berechnet. Für eine detailliertere Darstellung der Berechnung verweisen wir auf Abschnitt 4.2.1. *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

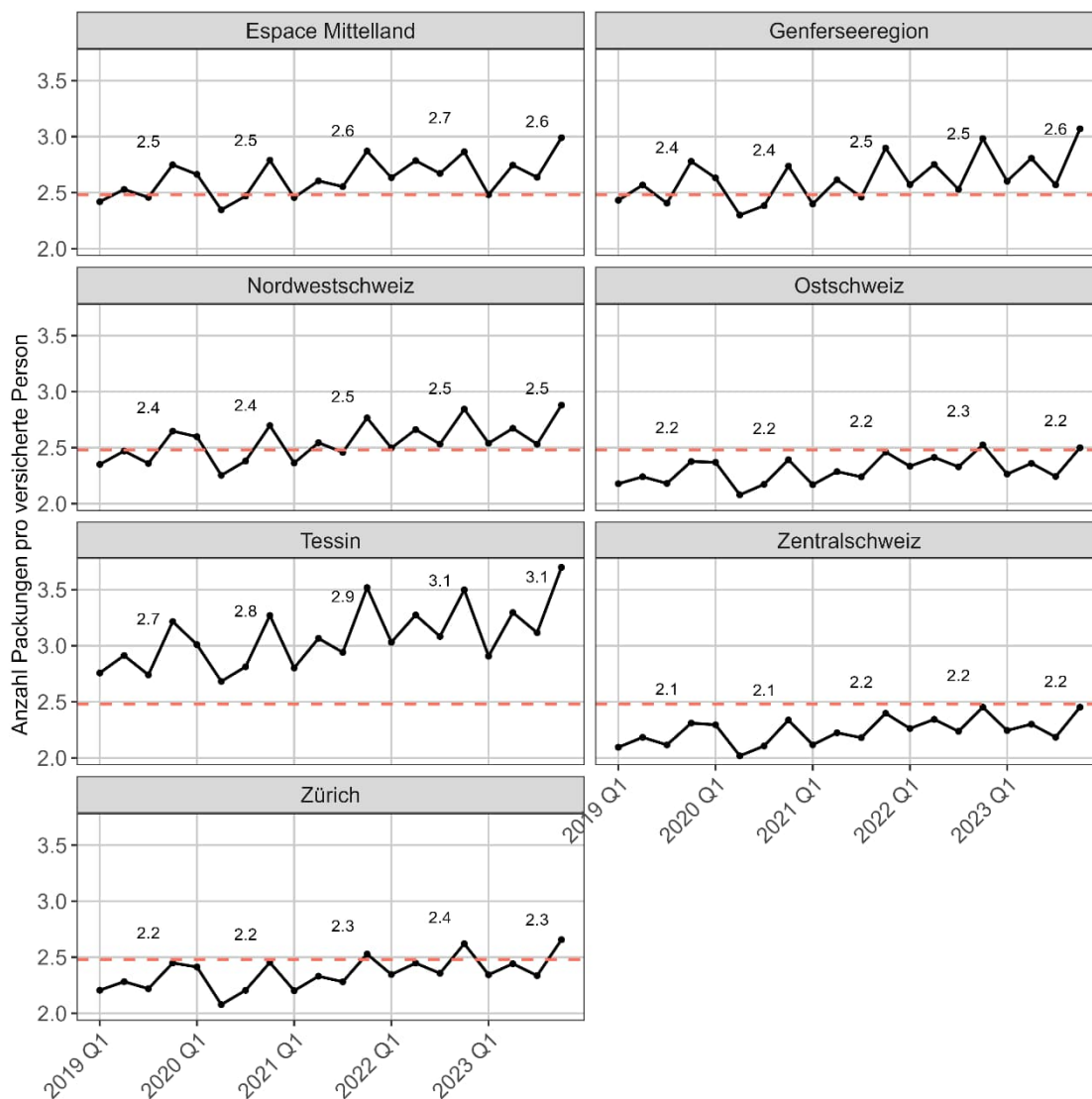


**Abbildung 12: Anzahl Packungen pro Versicherter nach Quartal und Abgabekanal**



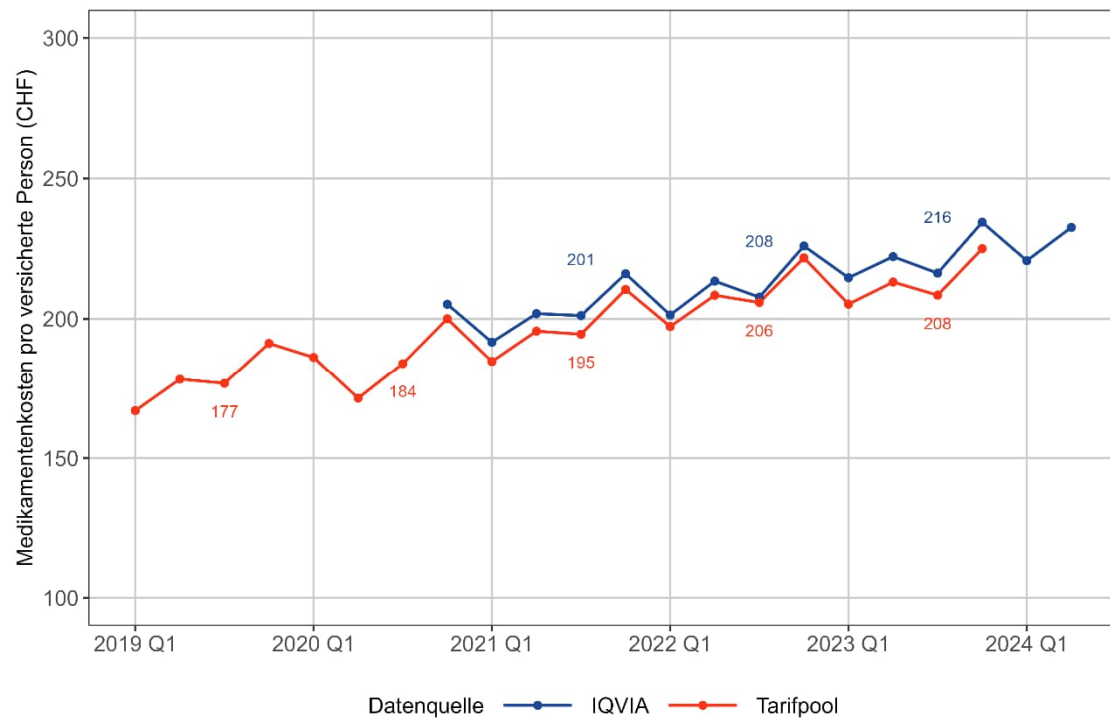
*Anmerkungen:* Die Grafik zeigt die quartalsweise Entwicklung der Anzahl Arzneimittel-Packungen pro versicherte Person differenziert nach den Abgabekanälen. Das Total beinhaltet auch die Pflegeheime. Der Lesbarkeit halber sind jeweils nur die Werte des dritten Quartals abgebildet. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist das Quartal als Behandlungsquartal zu interpretieren. Die Kennzahl wurde im Tarifpool rückwirkend validiert, indem pro Arzneimittel die monatlich fakturierten Bruttokosten durch den Publikumspreis dividiert wurden (vgl. Abschnitt 3.1.2). *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Datenpool Versichertenrecord SASIS AG, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

**Abbildung 13: Anzahl Packungen pro Versicherter nach Quartal und Grossregion**



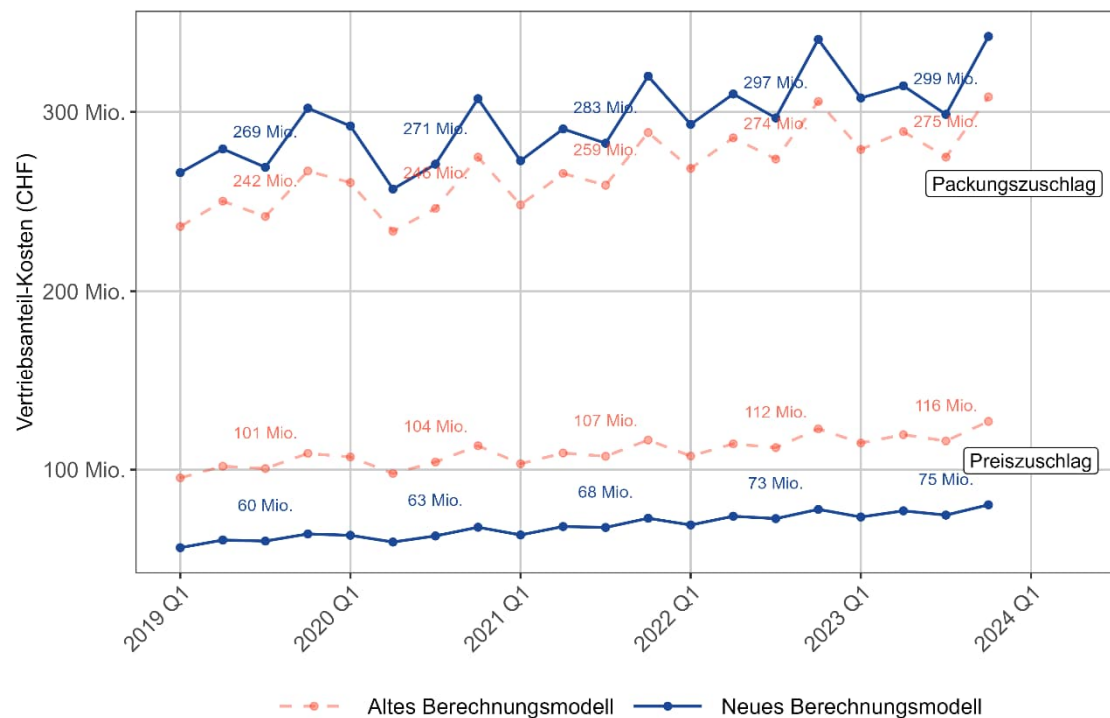
**Anmerkungen:** Die Grafik zeigt die quartalsweise Entwicklung der Anzahl Arzneimittel-Packungen pro versicherte Person differenziert nach den Grossregionen. Die rot gestrichelte Linie stellt den schweizerischen Durchschnitt über die Jahre 2019-2023 dar. Der Lesbarkeit halber sind jeweils nur die Werte des dritten Quartals abgebildet. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist das Quartal als Behandlungsquartal zu interpretieren. Die Kennzahl wurde im Tarifpool rückwirkend validiert, indem pro Arzneimittel die monatlich fakturierten Bruttokosten durch den Publikumspreis dividiert wurden (vgl. Abschnitt 3.1.2). *Quelle:* Medice Tarifpool SASIS AG, Datenpool Versichertenrecord SASIS AG, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

**Abbildung 14: Gesamtkosten Arzneimittel pro Versicherter nach Quartal und Quelle**



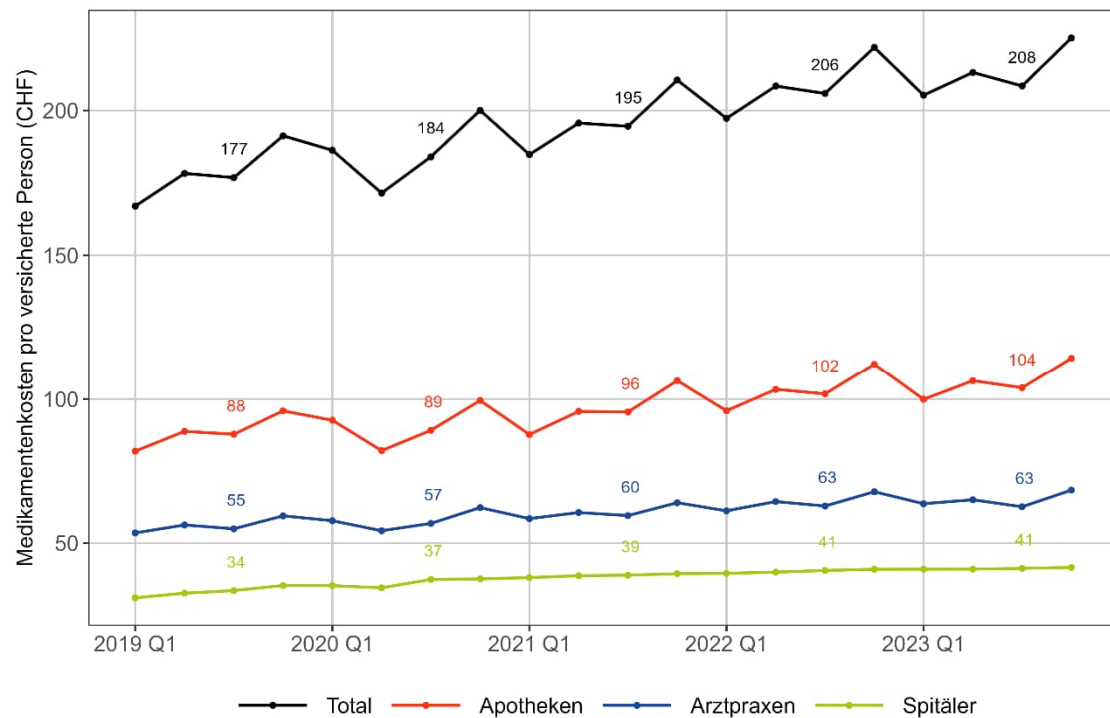
*Anmerkungen:* Die Grafik zeigt die quartalsweise Entwicklung der gesamten Arzneimittelkosten (berechnet zu Publikumspreisen) pro versicherte Person differenziert nach Datenquelle. Der Lesbarkeit halber sind jeweils nur die Werte des dritten Quartals abgebildet. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist das Quartal als Behandlungsquartal zu interpretieren, während bei IQVIA das Kalenderquartal gemeint ist. *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Datenpool Versichertenrecord SASIS AG, IQVIA, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

**Abbildung 15: Preis- und Packungszuschlags-Kosten nach Quartal und Berechnungsmodell**



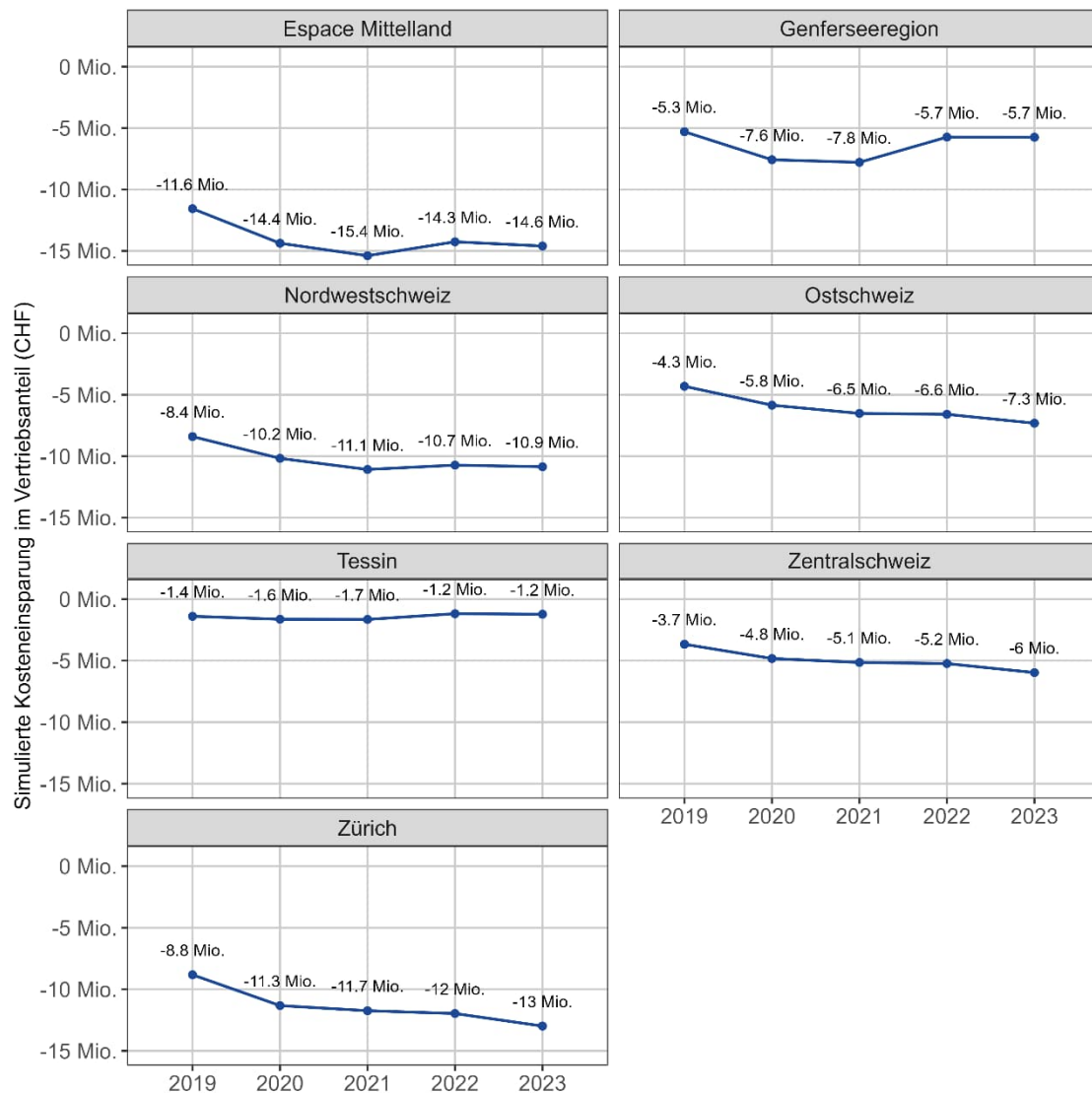
*Anmerkungen:* Die Grafik bildet die quartalsweise Entwicklung der Vertriebsanteil-Kosten differenziert nach Preis- und Packungszuschlägen für das alte bzw. neue Berechnungsmodell ab. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist das Quartal als Behandlungsquartal zu interpretieren. Das neue Berechnungsmodell stellt auf die Reform vom 01.07.2024 ab (Änderung der Preisklassen für den Preis- und Packungszuschlag sowie Einführung einheitlicher Vertriebsanteile für wirkstoffgleiche Arzneimittel). Die Preis- und Packungszuschläge wurden auf monatlicher Basis pro Arzneimittel *rückwirkend* anhand der neuen Regeln berechnet. Für eine detailliertere Darstellung der Berechnung verweisen wir auf Abschnitt 4.2.1. *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

**Abbildung 16: Gesamtkosten Arzneimittel pro Versicherter nach Quartal und Abgabekanal**



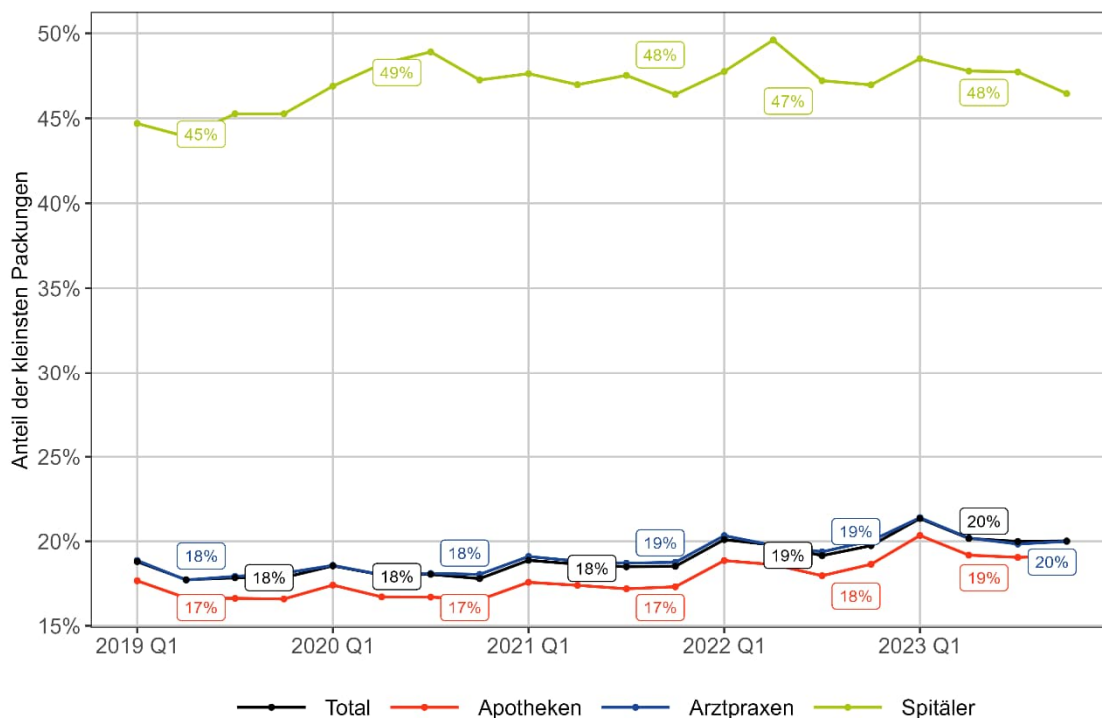
*Anmerkungen:* Die Grafik zeigt die quartalsweise Entwicklung der gesamten Arzneimittelkosten (berechnet zu Publikumspreisen) pro versicherte Person differenziert nach Abgabekanälen. Das Total beinhaltet auch die Pflegeheime. Der Lesbarkeit halber sind jeweils nur die Werte des dritten Quartals abgebildet. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist das Quartal als Behandlungsquartal zu interpretieren. *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Datenpool Versichertenrecord SASIS AG, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

**Abbildung 17: Simulierte Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen nach Jahr und Grossregion**



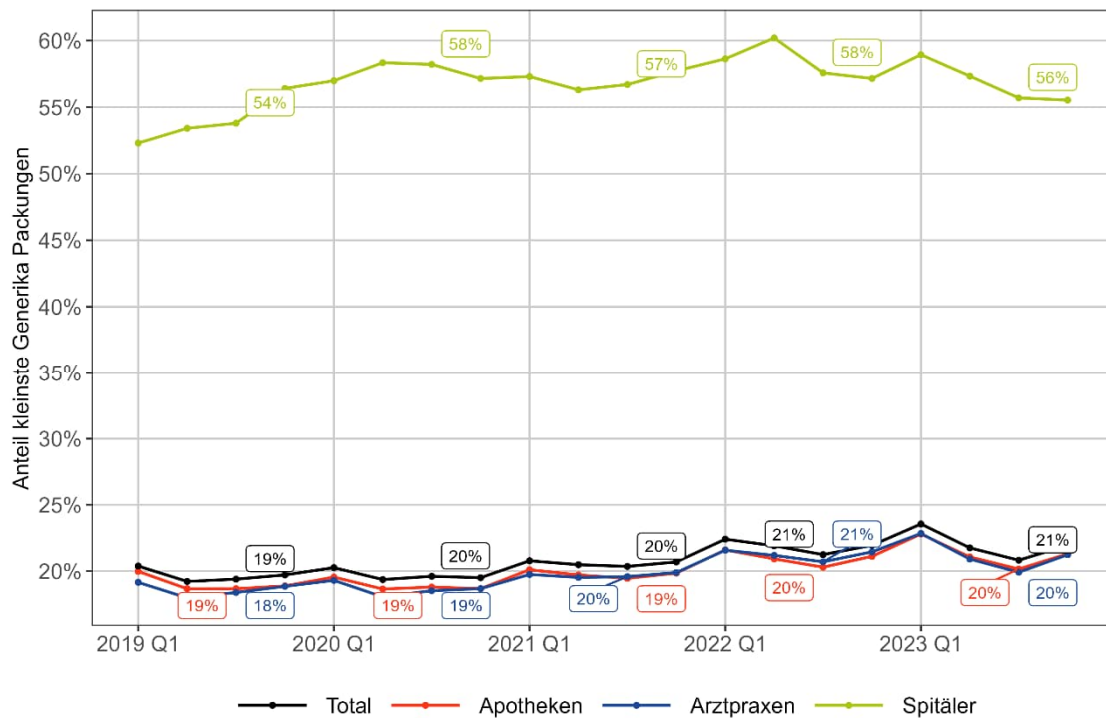
**Anmerkungen:** Die Grafik bildet die Entwicklung der jährlich simulierten Vertriebsanteil-Kosteneinsparungen ab differenziert nach den Grossregionen ab (statischer Effekt, Vertriebsanteil neu *minus* Vertriebsanteil alt). Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich ausschliesslich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B. Im Tarifpool ist das Jahr als Behandlungsjahr zu interpretieren. Das neue Berechnungsmodell stellt auf die Reform vom 01.07.2024 ab (Änderung der Preisklassen für den Preis- und Packungszuschlag sowie Einführung einheitlicher Vertriebsanteile für wirkstoffgleiche Arzneimittel). Die Vertriebsanteile wurden auf monatlicher Basis pro Arzneimittel *rückwirkend* anhand der neuen Regeln berechnet. Für eine detailliertere Darstellung der Berechnung verweisen wir auf Abschnitt 4.2.1. *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

**Abbildung 18: Anteil kleinster Packungen nach Quartal und Abgabekanal**



*Anmerkungen:* Die Grafik zeigt die quartalsweise Entwicklung des Anteils der kleinsten Packung am Total der Packungen, differenziert nach den Abgabekanälen. Die kleinsten Packungen wurden jeweils pro Wirkstoff identifiziert. Der Lesbarkeit halber sind jeweils nur die Werte des dritten Quartals abgebildet. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich auf SL-Produkte der Abgabekategorie A+B mit *ausschliesslich* Wirkstoffen, die mehrere Packungsgrößen aufweisen. Zudem sind nur Arzneimittel in Tablettenform enthalten. Im Tarifpool ist das Quartal als Behandlungsquartal zu interpretieren. Die Anzahl Packungen wurde im Tarifpool rückwirkend validiert, indem pro Arzneimittel die monatlich fakturierten Bruttokosten durch den Publikumspreis dividiert wurden (vgl. Abschnitt 3.1.2). *Quelle:* Medicube Tarifpool SASIS AG, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.

**Abbildung 19: Anteil kleinster Generika-Packungen nach Quartal und Abgabekanal**



*Anmerkungen:* Die Grafik zeigt die quartalsweise Entwicklung des Anteils der kleinsten Generika-Packung am Total der Generika-Packungen, differenziert nach den Abgabekanälen. Die kleinsten Packungen wurden jeweils pro Wirkstoff identifiziert. Der Lesbarkeit halber sind jeweils nur die Werte des dritten Quartals abgebildet. Die Grundgesamtheit der Arzneimittel bezieht sich auf SL-Generika der Abgabekategorie A+B mit *ausschliesslich* Wirkstoffen, die mehrere Packungsgrössen aufweisen. Zudem sind nur Arzneimittel in Tablettenform enthalten. Im Tarifpool ist das Quartal als Behandlungsquartal zu interpretieren. Die Anzahl Packungen wurde im Tarifpool rückwirkend validiert, indem pro Arzneimittel die monatlich fakturierten Bruttokosten durch den Publikumspreis dividiert wurden (vgl. Abschnitt 3.1.2). *Quelle:* Mediacube Tarifpool SASIS AG, Spezialitätenliste BAG; Berechnungen BSS.



