

Ullrich, Hannes

Article

Verschreibungspflichtige Medikamente: Marktorientierte Regulierung von Festbeträgen wirkt kostendämmend

DIW Wochenbericht

Provided in Cooperation with:

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Ullrich, Hannes (2014) : Verschreibungspflichtige Medikamente: Marktorientierte Regulierung von Festbeträgen wirkt kostendämmend, DIW Wochenbericht, ISSN 1860-8787, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, Vol. 81, Iss. 14, pp. 308-313

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/96170>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Verschreibungspflichtige Medikamente: Marktorientierte Regulierung von Festbeträgen wirkt kostendämmend

Von Hannes Ullrich

Angesichts einer wachsenden Vielfalt an teuren Behandlungsmöglichkeiten und Medikamenten stellt die ökonomische Nachhaltigkeit eine besondere Herausforderung für Gesundheitssysteme mit universellem Versicherungsschutz dar. Ein bewährtes Mittel zur Kostendämpfung sind Zuzahlungen der Patienten für Arzneimittel. Über die optimale Ausgestaltung einer Zuzahlungsregulierung fehlt jedoch empirische Evidenz. Eine Untersuchung der Ausgaben- und Nachfrageeffekte einer Reform der Zuzahlungsregulierung in Dänemark zeigt, wie eine marktorientierte Regulierung zu deutlichen Ersparnissen für Konsumenten führen und das Gesundheitssystem entlasten kann.

Viele Länder der Welt haben ein Gesundheitssystem mit universellem Versicherungsschutz, in dem jeder Bürger Zugang zu gesundheitlicher Versorgung hat. Trotz unterschiedlicher Ausgestaltungen im internationalen Vergleich kämpfen alle universellen Systeme mit zwei Problemen, die ihre Effizienz beeinträchtigen und damit gesellschaftliche Kosten verursachen: Zum einen wählen Personen mit höheren, nicht vollständig überprüfbaren Gesundheitsrisiken jene Versicherer, die umfangreichere Leistungen anbieten (Negativauslese oder adverse Selektion). In der Folge steigen die Beiträge für die Krankenversicherungen dieser Anbieter.¹ Das zweite Problem ist die (übermäßige) Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen, weil die entscheidenden Akteure – Ärzte und Patienten – nicht an den Kosten beteiligt sind beziehungsweise keine Informationen darüber haben (Moral Hazard).

Im Sinne der Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen suchen Politik und Versicherer nach Mitteln, den Anstieg der Kosten einzudämmen und gleichzeitig den Patienten kurz- und langfristige Wahlmöglichkeiten zu erhalten.² Eine Studie des DIW Berlin untersucht die Auswirkungen einer marktorientierten Regulierung in Dänemark, die zum Ziel hat, das Problem des Moral Hazard zu beschränken.³ Das im Jahr 2005 für alle verschreibungspflichtigen Medikamente eingeführte System schafft starke Anreize, teure Originalpräparate durch günstigere Generika zu ersetzen, und fördert somit maßgeblich den Preiswettbewerb. Anhand dieser Studie diskutieren wir mögliche Sparpotenziale für das deutsche Versicherungssystem.

1 Adverse Selektion ist insbesondere in Ländern relevant, in denen Versicherer miteinander im Wettbewerb stehen wie zum Beispiel in Deutschland.

2 Der Markt für Pharmazeutika hatte im Jahr 2010 in Deutschland ein Volumen von rund 42 Milliarden Euro, was 1,7 Prozent des deutschen Bruttoinlandsprodukts entspricht, vgl. Carone, G., Schwierz, C., Xavier, A. (2012): Cost-containment Policies in Public Pharmaceutical Spending in the EU. European Commission Economic Papers 461.

3 Vgl. Kaiser, U., Mendez, S., Rønde, T., Ullrich, H. (2013): Regulation of Pharmaceutical Prices: Evidence from a Reference Price Reform in Denmark. Working Paper.

Neben direkter Abgabepreisregulierung, Preisobergrenzen, Verschreibungsrichtlinien, Ausgabenbudgets, Zwangssubstitution und weiteren Regulierungen, die sich in erster Linie an Distributoren, verschreibende Ärzte und Apotheken richten, sind Systeme der *Preisreferenzierung* für verschreibungspflichtige Pharmazeutika, insbesondere in der EU, weit verbreitet.⁴ Diese Regulierung sieht eine *am Abgabepreis orientierte Zuzahlung des Patienten* für verschreibungspflichtige Medikamente vor. Die Zuzahlung wird als die Differenz zwischen dem gesetzlich geregelten Festbetrag und dem Abgabepreis definiert. Es lohnt sich also für den Konsumenten, im Interesse des Versicherers zu handeln und den Kaufpreis in die Kaufentscheidung einzubeziehen. So werden Anreize generiert, therapeutisch gleichwertige Alternativen zu wählen, deren Abgabepreis – und damit deren Zuzahlung – niedriger ist.

Patientenzuzahlungen bewirken, dass die pharmazeutischen Unternehmen ihr Optimierungskalkül an die Nachfrage der nun preissensitiven Konsumenten anpassen müssen. Die Konsequenz sind laut Theorie sinkende Preise im Vergleich zur Situation ohne Zuzahlung, in der die Nachfrage nicht auf den Preis reagiert. Wie genau die Festbeträge definiert werden und welche Auswirkungen auf Kaufentscheidungen und Marktergebnisse verschiedene Ausgestaltungen haben, soll hier gezeigt werden.

Verschiedene Systeme der Preisreferenzierung

Das erste System einer Preisreferenzierung zur Definition von Festbeträgen wurde im Jahr 1989 in Deutschland für ausgewählte Medikamente eingeführt. Eine Reihe weiterer Länder (Niederlande 1991, Dänemark, Norwegen, Neuseeland und Schweden 1993, Spanien 2000 etc.) folgten, wobei eine flächendeckende Einführung in vielen Ländern ausblieb. Aktuell spielt das Referenzierungssystem in Deutschland nur noch eine untergeordnete Rolle. Größere Bedeutung kommt beispielsweise Rabattverträgen zwischen Versicherern und Pharmaunternehmen zu.

Die Ausgestaltung von Systemen der Preisreferenzierung fällt sehr unterschiedlich aus. Hierbei sind drei Definitionen entscheidend.⁵ Im Mittelpunkt steht zunächst die Definition von Gruppen vergleich- oder substituierbarer Produkte, auf Basis welcher Festbeträge errechnet werden. Zum Beispiel können Gruppen alle Produkte beinhalten, die therapeutisch äquivalent sind, also zur

Behandlung gleicher Beschwerden zugelassen sind. Diese weit gefasste Definition wird therapeutische Preisreferenzierung genannt. Dagegen wird bei einem System generischer Preisreferenzierung eine eng gefasste Definition verwendet, in der Vergleichsgruppen nur aus Produkten mit gleichem chemischen Wirkstoff, gleicher Dosis und gleicher Packungsgröße gebildet werden. Diese Definition wird nur in Märkten angewendet, in denen kein gültiger Patentschutz mehr besteht.

Im nächsten Schritt wird zwischen internationaler (externer) und nationaler (interner) Preisreferenzierung unterschieden. Externe Preisreferenzierung basiert in den europäischen Ländern auf einem Korb entweder vergleichbarer Nachbarländer oder einer nahezu uneingeschränkten Auswahl von EU-Ländern. Deutschland verwendete im Jahr 2012 eine Auswahl von 15 EU-Ländern, Dänemark bis ins Jahr 2005 die EU15-Länder unter Ausschluss von Griechenland, Luxemburg, Spanien und Portugal. Die meisten Systeme definieren bis zu zehn Länder mit zuletzt steigender Tendenz.⁶ Bei interner Preisreferenzierung bestehen die Vergleichsgruppen aus inländischen (Konkurrenz-)Produkten.

Im letzten Schritt wird eine Statistik berechnet, die den gültigen Festbetrag bestimmt. In Systemen externer Preisreferenzierung wird in der Regel der Durchschnitt der Preise aller Vergleichsprodukte gewählt. Bei interner Preisreferenzierung ist die Verwendung von Durchschnitt, Median oder einem anderen Perzentil, Minimum und Maximum zu beobachten. Der Kasten 1 beschreibt die Zuzahlungsregelungen in Deutschland und Dänemark.

Sinkende Abgabepreise durch Zuzahlungen

Die empirische Literatur findet einen robusten Zusammenhang zwischen der Einführung von Systemen der Preisreferenzierung und fallenden Abgabepreisen für verschreibungspflichtige Medikamente.⁷ Demnach sinken die Preise für Originalpräparate am stärksten, ge-

⁴ Vgl. Espin, J., Rovira, J., de Labry, A.O. (2011): WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. Review Series on Pharmaceutical Pricing Policies and Interventions, Working Paper 1: External Reference Pricing.

⁵ Vgl. Galizzi, M.M., Ghislandi, S., Miraldo, M. (2011): What Do We Really Know about Reference Pricing for Pharmaceuticals? Eurohealth, 17 (1), 17-19.

⁶ Vgl. Leopold, C., Voglera, S., Mantel-Teeuwisse, A.K., de Joncheere, K., Leufkens, H.G.M., Laing, R. (2012): Differences in external price referencing in Europe—A descriptive overview. Health Policy, 104, 50-60.

⁷ Vgl. unter anderen Aronsson, T., Bergman, M.A., Rudholm, N. (2001): The Impact of Generic Drug Competition on Brand Name Market Shares - Evidence from Micro Data. Review of Industrial Organization, 19 (4), 423-433; Brekke, K.R., Holmas, T.H., Straume, O.R. (2011): Reference Pricing, Competition, and Pharmaceutical Expenditures: Theory and Evidence from a Natural Experiment. Journal of Public Economics, 95 (7-8), 624-638; Granlund, D. (2010): Price and Welfare Effects of a Pharmaceutical Substitution Reform. Journal of Health Economics, 29 (6), 856-865; Kanavos, P., Costa-Font, J., Seeley, E. (2008): Competition in Off-Patent Drug Markets: Issues, Regulation and Evidence. Economic Policy, 23 (55), 499-544; Pavcnik, N. (2002): Do Pharmaceutical Prices Respond to Potential Patient Out-of-pocket Expenses? Rand Journal of Economics, 33 (3), 469-487; Puig-Junoy, J. (2007): The Impact of Generic Reference Pricing Interventions in the Statin Market. Health Policy, 84, 14-29; Stargardt, T. (2010): The impact of reference pricing on switching behaviour and healthcare utilisation: the case of statins in Germany. European Journal of Health Economics, 11 (3), 267-277.

Kasten 1

Zuzahlungsregelungen in Deutschland und Dänemark

In Deutschland berechnet sich die Zuzahlung in der Regel als zehn Prozent des Listenpreises (teils intern, teils extern definiert), der etwa jährlich festgesetzt wird. Maximal beträgt die Zuzahlung jedoch zehn Euro pro Medikament und für Beträge zwischen fünf und 50 Euro ist sie auf fünf Euro festgesetzt. Besteht ein Festbetrag, bezieht sich der Zuzahlungsanteil auf diesen. Der Patient bezahlt zusätzlich die Differenz zwischen dem Listenpreis und dem Festbetrag.¹

In Dänemark wird der Festbetrag für alle Medikamente nahezu in Echtzeit als der niedrigste Preis innerhalb der definierten Vergleichsgruppe definiert. Die Zuzahlung ergibt sich stets aus der Differenz zwischen dem Listenpreis einem Teil des Festbetrags. Somit müssen für jedes Medikament Zuzahlungen geleistet werden, die sich stets am aktuellen Listenpreis orientieren.

Verlangt zum Beispiel Pfizer in Deutschland für das Originalpräparat Sortis (Atorvastatin, 10mg, 100 Stück) einen Listenpreis von 110 Euro, muss der Patient in der Apotheke bei einem Festbetrag von rund 14,50 Euro die Differenz von 95,50 Euro plus 5 Euro Zuzahlung, also 100,50 Euro, für das Originalpräparat bezahlen. Entscheidet er sich für ein günstigeres Generikum zum Listenpreis von rund 15 Euro, wären lediglich 5,50 Euro, die 5 Euro Zuzahlung plus eine Differenz von 0,50 Euro, zu bezahlen. Sollte Atorvastatin von Zuzahlungen befreit sein, entfielen diese Beträge für den Patienten.

¹ Viele Medikamente sind jedoch von Festbeträgen ausgenommen, zum Beispiel die meisten patentgeschützten Medikamente. Darüber hinaus werden zahlreiche Medikamente mit Festbeträgen von Zuzahlungen befreit.

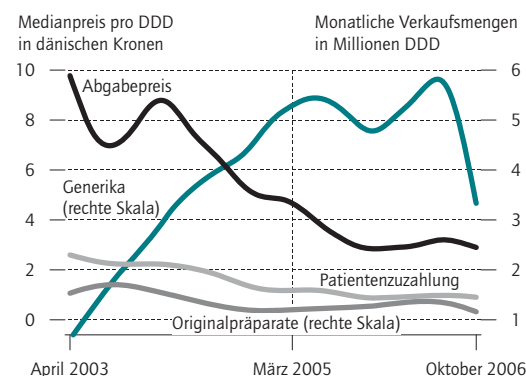
folgt von den Preisen für Generika. Die bisher vorliegenden Studien gingen aber nicht im Besonderen auf die Ausgestaltung der Preisreferenzierung und deren Auswirkungen ein. Darüber hinaus steht eine Quantifizierung der Wohlfahrtseffekte für die Konsumenten aus.

Reform verschärft Preiswettbewerb in Dänemark

Im April 2005 wechselte Dänemark von einem externen hin zu einem internen Referenzierungssystem. Dieses verschärfte den Preiswettbewerb stark. Während das bis 2005 gültige System aufgrund der Notwendigkeit, eine

Abbildung

Preise und Verkaufsmengen in Dänemark vor und nach der Reform



DDD = Daily Defined Dosage der WHO.

Quellen: medicinpriser.dk; Lægemediel Industri Foreningen, LIF; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

Mit der Reform endete der kräftige Zuwachs der Generika-Verkaufsmengen.

große Zahl an europäischen Märkten zu beobachten, mit hohem administrativem Aufwand verbunden war, versprach das System interner Preisreferenzierung eine einfachere Umsetzung.⁸ Die Vergleichsgruppen werden in Dänemark, vor und nach der Reform, eng definiert durch Produkte gleicher aktiver Wirkstoffe, Darreichungsform, Dosierungsstärke und Packungsgröße. Ebenso unverändert durch die Reform wird in Dänemark in der Regel der aktive Wirkstoff (nicht der Produktname) verschrieben und in den Apotheken per Verordnung zunächst das günstigste Präparat angeboten.

Die Studie des DIW Berlin untersucht die Effekte der dänischen Reform auf Marktergebnisse wie Preise, nachgefragte Mengen, Ausgaben für das Gesundheitssystem, Einnahmen für die Hersteller sowie die Konsumentenwohlfaht. Der Fokus der Analyse liegt auf dem Markt für Statine im Zeitraum von 2003 und 2006. Statine gehören der Klasse cholesterinsenkender Medikamente an, die bei Fettstoffwechselstörungen eingesetzt werden, die Arteriosklerose und koronare Herzkrankheiten

⁸ Zur Komplexität externer Referenzierung: „... considerable resources (human and material) are needed to analyse the price data and in-depth knowledge on pharmaceutical systems are required to identify the same product (different commercial names, dosage forms and packaging in other countries) but also to be able to understand the different prices quoted (different margins, taxes and confidential agreements in other countries) to be compared.“ Zitiert aus Leopold, Christine, Voglera, Sabine Mantel-Teeuwisse, A.K., de Joncheere, Kees Leufkens, H.G.M., Laing, Richard (2012): Differences in external price referencing in Europe—A descriptive overview. Health Policy, 104, 50-60.

Kasten 2

Strukturelle ökonomische Modelle in der Politikevaluation

Die ökonomische Evaluierung politischer Maßnahmen nimmt an Bedeutung zu, sie steht in der Praxis jedoch vor methodischen Herausforderungen. Um die kausalen Effekte einer Maßnahme abzuschätzen, müssen idealerweise zwei zufällig gewählte Gruppen miteinander verglichen werden: die eine, die Untersuchungsgruppe, für die eine Maßnahme von Relevanz ist und die andere, die Vergleichsgruppe, die dieselbe Maßnahme nicht betrifft. In der Regel kann solch eine zufällige Zuteilung einer Maßnahme nur in einem (Feld-)Experiment realisiert werden. Die Vergleichsgruppe dient dem Zweck, die Ergebnisse in der Situation der Einführung der Maßnahme mit der kontrafaktischen Situation zu vergleichen, in der die Maßnahme ausgeblieben wäre.

In vielen Situationen ist solch ein Experiment nicht möglich, die Durchführung zu aufwendig oder die Ergebnisse sind nur schwer in den relevanten, realen Kontext zu übertragen. Mithilfe von aus der ökonomischen Theorie abgeleiteten Annahmen kann dennoch eine kontrafaktische Situation berechnet werden, die einen Vergleich und somit Aussagen über die kausalen Effekte einer Politikmaßnahme ermöglichen.¹ Gleichzeitig werden bei dieser Vorgehensweise ökonomische

Annahmen explizit diskutiert, die zur Interpretation jeder Art von Daten, auch von experimenteller Natur, notwendig sind.²

Für den dänischen Markt für Statine konnte keine quasi-experimentelle Vergleichsgruppe definiert werden, da die evaluierte Reform gleichzeitig für alle Medikamente und Konsumenten durchgeführt wurde. Die Idee in der vorliegenden Studie ist daher, die kontrafaktische Vergleichssituation mithilfe eines ökonomischen Modells zu berechnen, in der die Reform bereits im Zeitraum vor der tatsächlichen Reform stattgefunden hätte. Der Vergleich dieser kontrafaktischen Situation mit den tatsächlichen Marktergebnissen identifiziert die Effekte der Reform. So wurde eine Nutzenfunktion angenommen und deren Parameter in einem flexiblen Modell diskreter Entscheidungen mit nutzenmaximierenden Konsumenten geschätzt.³ Anhand dieses Modells kann die Nachfrage für jedes kontrafaktische Preisgleichgewicht im Markt berechnet werden. Ein einfaches Modell, das die Abgabepreise beschreibt, dient dazu, ebendieses Preisgleichgewicht zu berechnen.

¹ Vgl. Reiss, P.C., Wolak, F.A. (2007): Structural Econometric Modeling: Rationales and Examples from Industrial Organization. Handbook of Econometrics, 6, 4277-4415.

² Vgl. Keane, M. (2010): Structural vs. Atheoretic Approaches to Econometrics. Journal of Econometrics, 156, 3-20.

³ Technische Details können in diesen Arbeiten nachgelesen werden: Kaiser, U., Mendez, S., Rønde, T., Ullrich, H. (2013), a. a. O.; Bery, S., Levinsohn, J., Pakes, A. (1995): Automobile Prices in Market Equilibrium. Econometrica, 63 (4), 841-890.

zur Folge haben können.⁹ Sie sind die meistverkauften Arzneimittel weltweit. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Abgabe- und Zuzahlungspreise sowie der verkauften Mengen für Generika und Originalpräparate in Dänemark vor und nach der Reform.¹⁰ In der Folge der Reform ist eine verstärkte Substitution von Originalpräparaten durch Generika zu beobachten, einhergehend mit fallenden Preisen.

Um Aussagen zu treffen, die über eine Interpretation der grafischen Evidenz hinausgehen, ist eine Theorie der Entscheidungen der Konsumenten im Markt not-

wendig. Die Studie greift auf ein ökonomisches Modell für Konsumentenentscheidungen zurück, das die Präferenzen der Konsumenten anhand einer Nutzenfunktion berücksichtigt (Kasten 2). Anhand von Marktdaten können zugrundeliegende Präferenzparameter und damit das Substitutionsverhalten der Konsumenten geschätzt und ein ökonomisches Maß der Konsumentenwohl-fahrt quantifiziert werden.

Patienten bevorzugen Originalpräparate

Die Ergebnisse zeigen, dass infolge der Reform die Abgabepreise für Generika um durchschnittlich 36 Prozent sanken.¹¹ Parallelimporte wurden durch die Re-

⁹ Statine senken den Anteil von Lipoproteinen niederer Dichte (LDL) im Blut, indem sie die HMG-CoA-Reduktase, ein Enzym, welches die Synthese von Cholesterin bestimmt, hemmen. Vgl. zum Beispiel Tobert, J.A. (2003): Lovastatin and beyond: The History of the HMG-CoA Reductase Inhibitors. Nature Reviews Drug Discovery, 2, 517-526.

¹⁰ Die Mengeneinheit DDD, *daily defined dosage*, wird von der Weltgesundheitsorganisation definiert und weist die tägliche Dosis eines Medikaments aus.

¹¹ Die vollständigen Ergebnisse sind nachzulesen in Kaiser, U., Mendez, S., Rønde, T., Ullrich, H. (2013), a. a. O.

form rund 28 Prozent niedriger bepreist.¹² Die Preise für Originalpräparate sanken dagegen lediglich um rund zwei Prozent. Entscheidend für die Nachfrage ist die Zuzahlung, die Konsumenten an der Kasse zu leisten haben. Durchgehende Preissenkungen nach der Reform, insbesondere bei Generika, führten zu fallenden Festbeträgen. Die Originalpräparate sind vergleichsweise weniger stark im Preis gesunken. Dies führte zu einer steigenden Zuzahlung für Originalpräparate (24 Prozent) und zu einer fallenden Zuzahlung für Generika (-44 Prozent).

Die Analyse der Konsumentenentscheidungen berücksichtigt insbesondere Präferenzen für verschiedene Produkteigenschaften. Hierzu gehören unter anderem die Zuzahlung, die Marke und der aktive Wirkstoff. Die Ergebnisse zeigen, dass Konsumenten preiselastisch reagieren, also bei einer Auswahl gleicher Produkte immer das preisgünstigere wählen. Der Median der geschätzten Eigenpreiselastizitäten liegt bei -2,52, was bedeutet, dass die Nachfrage eines Produktes bei einer Preiserhöhung um ein Prozent um 2,52 Prozent sinkt.

Ein weiteres Ergebnis der Analyse ist, dass Konsumenten in diesem Markt starke Präferenzen für Originalpräparate haben. Auch Parallelimporte von Originalpräparaten werden inländisch vermarkteten Generika vorgezogen. Diese Ergebnisse entsprechen weitgehend bisherigen Erkenntnissen aus anderen Studien. Die Erklärungen für die Bevorzugung von Originalpräparaten gegenüber Generika reichen von Mangel an Informationen über Alternativen über Wechselkosten aufgrund unterschiedlicher Packungsbeilagen bis hin zur Überzeugung vieler, dass Originalpräparate Generika überlegen seien.¹³

Die Ursache der starken Substitution von Originalpräparaten durch Generika ist die Senkung der Abgabepreise und Zuzahlungen für Generika, die mit einem deutlichen Anstieg der Zuzahlungen für Originalpräparate einherging. Insgesamt sanken damit die jährlichen Ausgaben der Patienten und des dänischen Gesundheitssystems um rund zehn Prozent – beziehungsweise knapp 1,5 und 4,1 Millionen Euro – bei einem Anstieg des Gesamtkonsums von Statinen um rund 13 Prozent.

Eine Betrachtung nur der Konsumenten- und Versicherungsausgaben ist jedoch unvollständig: Sie berücksichtigt nicht den Nutzen, den Konsumenten aus dem Kauf von Statinen ziehen. Anhand der spezifizierten Nutzenfunktion kann dieser direkt abgeleitet und der Anstieg der Konsumentenwohlfahrt aufgrund der durch die Reform gesunkenen Preise berechnet werden.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die jährliche Konsumentenwohlfahrt um rund sieben Prozent, 850 000 Euro, und damit weniger deutlich steigt, als durch die Senkung der Ausgaben suggeriert. Die Erklärung liegt darin, dass Konsumenten Präferenzen für Originalpräparate haben. Bei höheren Zuzahlungen für Originale führt die optimale Wahl öfters zu Generika, deren empfundener Bruttonutzen, vor Leistung der Zuzahlung, geringer ist. In der Folge steigt die Konsumentenwohlfahrt weniger stark als beim Kauf von als gleichwertig empfundenen Arzneimitteln. Weitere Berechnungen zeigen, dass Informationen über die pharmakologische Gleichwertigkeit von Generika die Konsumentenwohlfahrt maßgeblich steigern könnten; im dänischen Markt war dies um bis zu 36 Prozent beziehungsweise 2,1 Millionen Euro der Fall. Es ist jedoch offen, ob die Bevorzugung von teuren Originalpräparaten einzig durch fehlende Informationen oder weitere schwer zu bemessende Faktoren zu erklären ist.

Fazit

Die Ergebnisse geben Aufschluss über die Bedeutung der Ausgestaltung von Systemen der Preisreferenzierung. Am dänischen Beispiel wird deutlich, dass verhältnismäßig kleine Veränderungen, die nebenbei auch die Verwaltungskosten senken, zu großen positiven Wohlfahrtseffekten führen können. Die Preisbildung und Festbetragsregulierung in Deutschland ist im Vergleich zu Dänemark komplex.¹⁴ Das bestehende System interner Preisreferenzierung wird durch Unter- und Obergrenzen der Zuzahlungen sowie durch Ausnahmeregelungen beschränkt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen vermuten, dass eine Vereinfachung und uneingeschränkte Anwendung der Preisreferenzierung für alle Produkte den Patienten in Deutschland bei kaum beeinträchtigter Behandlungsqualität starke Anreize zur Generikasubstitution bieten und den Preisdruck für die Hersteller erhöhen würde.

Einschränkend ist anzumerken, dass eine starke Generikasubstitution zu geringeren Innovationsanreizen und ausbleibendem oder verzögertem Markteintritt füh-

¹² Als Parallelimporte werden Produkte bezeichnet, die von Zwischenhändlern in Niedrigpreisländern gekauft und mit leicht angepasster Verpackung in einem hochpreisigen Zielland vermarktet werden. Diese Praxis ist in den Mitgliedstaaten der EU legal und betrifft in der Regel Originalpräparate.

¹³ Vgl. Kesselheim, A. S., Misono, A. S., Lee, J. L., Stedman, M. R., Brookhart, A., Choudhry, N. K., Shrank, W. H. (2008): Clinical Equivalence of Generic and Brand-Name Drugs Used in Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300 (21), 2514-2526; Bronnenberg, B. J., Dubé, J.-P., Gentzkow, M., Shapiro, J. M. (2013): Do Pharmacists Buy Bayer? Sophisticated Shoppers and the Brand Premium. Working Paper.

¹⁴ Vgl. Herr, A., Suppliet, M. (2012): Pharmaceutical Prices under Regulation: Tiered Co-payments and Reference Pricing in Germany. DICE Working Paper No. 48.

ZUZAHLUNG FÜR MEDIKAMENTE

ren kann.¹⁵ Diese Sorge spielt insbesondere in großen Märkten eine Rolle und trifft somit in einem größeren Maß auf Deutschland zu als auf ein vergleichsweise

15 Vgl. Kyle, M. K. (2007): Pharmaceutical Price Controls and Entry Strategies. *Review of Economics and Statistics*, 89 (1), 88-99.

Hannes Ullrich ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Unternehmen und Märkte am DIW Berlin | hullrich@diw.de

kleines Land wie Dänemark. Allerdings bietet das Patentrecht vielseitige Gestaltungsmöglichkeiten, die es Unternehmen ermöglichen, die Kosten von Forschung und Entwicklung über Gewinne im Markt zu rentabilisieren. Wissenschaftliche Untersuchungen dieser dynamischen Aspekte stehen noch aus.

PRESCRIPTION DRUGS: MARKET-ORIENTED REGULATION OF REFERENCE PRICES REDUCES COSTS

Abstract: Given the growing variety of expensive treatments and drugs, economic sustainability is a particular challenge for healthcare systems with universal insurance coverage. Patient co-payment regimes for prescription drugs are a proven means of cost containment worldwide. However,

there is little empirical evidence on the optimal design of co-payment regulation. A study of the effects of a regulatory reform on pharmaceutical demand and expenditures in Denmark shows how market-oriented regulation can lead to substantial savings for consumers and healthcare systems.

JEL: I18, C23

Keywords: pharmaceutical markets, regulation, co-payments, reference pricing



DIW Berlin – Deutsches Institut
für Wirtschaftsforschung e. V.
Mohrenstraße 58, 10117 Berlin
T +49 30 897 89 -0
F +49 30 897 89 -200
www.diw.de
81. Jahrgang

Herausgeber

Prof. Dr. Pio Baake
Prof. Dr. Tomaso Duso
Dr. Ferdinand Fichtner
Prof. Marcel Fratzscher, Ph.D.
Prof. Dr. Peter Haan
Prof. Dr. Claudia Kemfert
Prof. Karsten Neuhoff, Ph.D.
Dr. Kati Schindler
Prof. Dr. Jürgen Schupp
Prof. Dr. C. Katharina Spieß
Prof. Dr. Gert G. Wagner

Chefredaktion

Sabine Fiedler
Dr. Kurt Geppert

Redaktion

Renate Bogdanovic
Sebastian Kollmann
Dr. Claudia Lambert
Dr. Wolf-Peter Schill

Lektorat

Dr. Jan Goebel
Jan Marcus
Dr. Katharina Wrohlich

Textdokumentation

Manfred Schmidt

Pressestelle

Renate Bogdanovic
Tel. +49-30-89789-249
presse@diw.de

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice
Postfach 74, 77649 Offenburg
leserservice@diw.de
Tel. 01806 - 14 00 50 25,
20 Cent pro Anruf
ISSN 0012-1304

Gestaltung

Edenspiekermann

Satz

eScriptum GmbH & Co KG, Berlin

Druck

USE gGmbH, Berlin

Nachdruck und sonstige Verbreitung –
auch auszugsweise – nur mit Quellen-
angabe und unter Zusendung eines
Belegexemplars an die Serviceabteilung
Kommunikation des DIW Berlin
(kundenservice@diw.de) zulässig.

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier.