



Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical product pricing

Final Report

Kurzfassung

DISCLAIMER

This document does not represent the position of the European Commission and does not represent European Commission's recommendations. The interpretations and opinions contained in it are solely those of the authors.

Contract number: 2014 73 03 for the implementation of Framework Contract
N° EAHC/2013/Health/01 'Health economic reports – analysis and forecasting' (Lot 2)

Funded by the Health Programme of the European Union

Written by Gesundheit Österreich
Forschung- und Planungs GmbH
December – 2015

Gesundheit Österreich
Forschungs- und Planungs GmbH ●●●



EUROPEAN COMMISSION

Directorate-General for Health and Food Safety
Directorate B — Health systems, medical products and innovation
Unit B1: Performance of national health systems

E-mail: SANTE-ACCESS-TO-MEDICINES@ec.europa.eu

*European Commission
B-1049 Brussels*

Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical product pricing

Final Report

Kurzfassung

19 December 2015

***Europe Direct is a service to help you find answers
to your questions about the European Union.***

Freephone number (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(* The information given is free, as are most calls (though some operators, phone boxes or hotels may charge you).

LEGAL NOTICE

This document has been prepared for the European Commission however it reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

More information on the European Union is available on the Internet (<http://www.europa.eu>).

Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015

ISBN 978-92-79-53654-0
doi: 10.2875/25493

© European Union, 2015

For questions about the report, please contact Dr Sabine Vogler (email: sabine.vogler@goeg.at).

Kurzfassung

Die Regierungen der europäischen Länder haben die Verantwortung, Patientinnen und Patienten den Zugang zu sicheren, wirksamen und leistbaren Arzneimitteln zu ermöglichen. Gleichzeitig muss allerdings auch die Finanzierung der Gesundheitssysteme langfristig gesichert und Innovation durch entsprechende Anreize ausreichend gefördert werden. Diese zum Teil konfliktären Ziele stellen die zuständigen Behörden für Arzneimittelpreisbildung und Erstattung in den EU-Mitgliedstaaten vor bedeutende Herausforderungen. In Anbetracht knapper finanzieller Budgets und der Markteinführung neuer, hochpreisiger Arzneimittel wird es neuer Strategien bedürfen, um die genannten Ziele zu erreichen. Eine verstärkte Kooperation in der EU könnte dabei – ohne das Subsidiaritätsprinzip in Frage zu stellen – ein vielversprechender Ansatz sein.

In diesem Zusammenhang hat die Europäische Kommission (Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit / Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit und Lebensmittel – Chafea) ein Konsortium aus Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP), SOGETI Luxembourg S.A. und der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik GmbH (UMIT) damit beauftragt, zwei Strategien der Arzneimittelpreisbildung zu untersuchen: den internationalen Preisvergleich (im Folgenden EPR – Abkürzung des Fachbegriffs „External Price Referencing“ – genannt) und das sogenannte Differential Pricing (DP). Für diese beiden Maßnahmen der Preispolitik soll untersucht werden, ob sie dazu beitragen können, den Zugang der Patientinnen und Patienten zu Medikamenten zu verbessern und Einsparungen an öffentlichen Mitteln zu erzielen.

Die vorliegende „Study on Enhanced Cross-Country Coordination in the Area of Pharmaceutical Product Pricing“, eine Studie zu verstärkter länderübergreifender Kooperation im Bereich der Preispolitik für Arzneimittel, verfolgte mehrere Ziele: Die EPR-Systeme in europäischen Staaten sollten untersucht und Verbesserungsvorschläge für die aktuelle Praxis entwickelt werden. Hinsichtlich DP galt es, die Umsetzungsvarianten dieser – bislang in Europa noch nicht angewandten – preispolitischen Maßnahme zu erheben und zu prüfen, welche Voraussetzungen für die Einführung eines DP-Systems erforderlich sind. Ein weiteres Ziel dieser Studie bestand darin, Kooperationsmechanismen auf EU-Ebene zu identifizieren, welche die bestehende EPR-Praxis verbessern und ein allfälliges DP-System unterstützen könnten.

Um diese Ziele zu erreichen, bediente sich das Autorenteam einer Reihe unterschiedlicher Methoden. Dazu gehörten eine systematische Literaturrecherche, eine Primärdatenerhebung mittels eines vorausgefüllten Fragebogens an die für Arzneimittelpreisbildung zuständigen Behörden in den europäischen Ländern, Interviews mit Expertinnen/Experten im Bereich Beschaffung und DP, Preissimulationen, eine rechtliche Analyse, die Untersuchung von Kooperationsmodellen sowie SWOT-Analysen (Strengths – Stärken, Weaknesses – Schwächen, Opportunities – Chancen und Threats – Gefahren). Die Studie durchlief mehrere Feedbackschleifen, im Zuge derer Kommentare von Dienststellen der Europäischen Kommission, von Akteuren im Arzneimittelwesen (zuständigen Behörden und Interessengruppen) sowie Wissenschaftler/innen („Peers“) eingeholt und eingearbeitet wurden, um eine hohe Qualität der Studie zu gewährleisten.

EPR für Arzneimittel – Praxis und Konsequenzen

EPR (External Price Referencing) ist eine Methodik der Preisbildung, bei der die Preise desselben Medikaments in anderen Ländern herangezogen werden, um im eigenen Land den Preis eines Arzneimittels festzulegen bzw. eine Basis für Verhandlungen über den Preis bzw. die Erstattung zu schaffen.

EPR ist gängige Preisbildungspraxis in den meisten europäischen Staaten. Im Jahr 2015 legten mit Ausnahme von Deutschland, Großbritannien und Schweden sämtliche EU-Mitgliedstaaten und auch Island, Norwegen, die Schweiz und die Türkei den Preis ihrer

Arzneimittel (zumindest in einem Teilmarkt) auf Basis von Preisvergleichen mit anderen Staaten fest. In Deutschland besteht zwar der rechtliche Rahmen für EPR für neue Medikamente, in der Praxis findet diese Methode der Preisbildung aber keine Anwendung. In Dänemark wird EPR nur im stationären Sektor – und zwar als ergänzende Maßnahme der Preisbildung – angewendet. Eine im Rahmen dieser Studie im April/Mai 2015 durchgeführte Erhebung bei zuständigen Behörden ergab, dass 20 der 29 Staaten, die EPR einsetzen, diese Maßnahme als ausschließliche bzw. zentrale Methode der Preisbildung verwenden. Üblicherweise wird EPR nur für ausgewählte Arzneimittel angewendet, typischerweise für Originalpräparate, verschreibungspflichtige oder innovative Produkte. Die Anzahl der zum Vergleich herangezogenen Referenzländer liegt zwischen einem Land (in Luxemburg) und 30 Ländern (in Ungarn und Polen). Staaten, auf die oft referenziert wird, sind Frankreich, Belgien, Dänemark und Spanien, gefolgt von Italien, Großbritannien, und – weniger oft – Österreich, Deutschland und Slowakei. Hauptkriterien, warum Staaten als Referenzländer ausgewählt werden, sind geografische Nähe oder eine vergleichbare wirtschaftliche Situation.

Die Methodik für EPR ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich ausgestaltet: 21 Staaten vergleichen die Arzneimittelpreise auf Basis des Fabriksabgabepreises, während acht Staaten den Apothekeneinkaufspreis (Großhandelspreis) heranziehen. Die für EPR angewandten Preisvergleiche basieren generell auf den offiziellen, publizierten Listenpreisen und nicht auf rabattierten Preisen – seien diese durch gesetzliche Herstellerrabatte oder Verhandlungen zwischen Industrie und Zahlern zustande gekommen. Nur Deutschland, das in der Praxis EPR nicht anwendet, fordert laut gesetzlicher Grundlage von den Pharma-Unternehmen die Meldung rabattierter Preise. Der EPR-Referenzpreis wird meist auf Basis eines (oft eines adaptierten) Durchschnitts der Preise in den Referenzländern festgelegt. Die Preisinformationen, die für EPR benötigt werden, sind in 23 Ländern von den Herstellern bereitzustellen; 26 Länder validieren diese Preisangaben. Obwohl in 25 Staaten Preismonitoring gesetzlich vorgeschrieben ist, wird dieses in der Praxis nur von 17 Staaten durchgeführt. Die Zeitspannen zwischen den Preisevaluationen schwanken länderspezifisch zwischen drei Monaten und fünf Jahren.

Die im Rahmen dieser Studie durchgeführte systematische Literaturrecherche zeigte das Kostendämpfungspotenzial von EPR auf: EPR führt – wie die Literatur zeigt – in einigen Fällen zu teilweise erheblichen Einsparungen an öffentlichen Ausgaben. Die methodische Ausgestaltung von EPR hat allerdings beträchtlichen Einfluss darauf, in welcher Größenordnung Einsparungen erzielt werden können. Behörden könnten niedrigere Preise erreichen, wenn sie nicht – wie bisher – auf die Listenpreise, sondern auf rabattierte Preise in den anderen Ländern referenzierten; dies zeigten vor allem die im Rahmen der Studie durchgeführten Simulationen. Allerdings unterliegen Rabatte in vielen Fällen der Vertraulichkeit. Weiteres Sparpotenzial ergibt sich – wie ebenfalls durch Simulationen belegt –, wenn Preismonitoring regelmäßig durchgeführt würde. Hinsichtlich eines verbesserten Zugangs von Patientinnen/Patienten zu Medikamenten wird allerdings EPR in der Literatur als nicht vorteilhaft eingeschätzt; denn EPR setzt Anreize für Pharma-Unternehmen, Arzneimittel zunächst in Hochpreisländern auf den Markt zu bringen. Damit sind diese Medikamente in Niedrigpreisländern erst viel später bzw. in einigen Fällen gar nicht verfügbar.

EPR – Verbesserungsvorschläge und Kooperationsmechanismen

EPR ist eine Strategie der Preisbildung, bei der die Preise in anderen Staaten eine zentrale Rolle spielen, aber es ist kein Kooperationsmechanismus per se. Die Wirksamkeit von EPR in Hinblick auf die beschriebenen Ziele könnte mittels Änderungen in der Methodik verbessert werden; die zeit- und ressourcenaufwändige Durchführung von EPR könnte effizienter werden. Dies wäre erreichbar durch Verbesserungen in der Methodik, die entweder von einzelnen Mitgliedstaaten unilateral und/oder im Rahmen von Kooperationen zwischen den Mitgliedstaaten umgesetzt werden könnten. Die vorliegende Studie diskutiert vier Vorschläge für verbesserte Kooperation zwischen den Mitgliedstaaten in Bezug auf EPR: 1) eine zentrale Preisdatenbank, 2) die Berücksichtigung rabattierter Preise, 3) Preismonitoring und 4) einen abgestimmten Ansatz der für EPR eingesetzten Methodik.

Eine europäische Arzneimittelpreis-Datenbank ist ein zentrales Instrument, das Staaten bei der Durchführung der für EPR benötigten Preisrecherchen unterstützt. Ein Beispiel für eine solche Preisdatenbank ist die bestehende Euripid-Datenbank im Eigentum der zuständigen Behörden für Preisbildung in beteiligten EU-Mitgliedstaaten und einigen weiteren europäischen Ländern. Nationale Behörden, die Euripid nutzen, betonten gegenüber dem Autorenteam, welche Arbeitserleichterung die Verwendung von Euripid bei Preiserhebung, -validierung und -vergleich ihnen bietet. Die europäische Preisdatenbank stellt zweifellos einen vielversprechenden Kooperationsmechanismus dar, dessen Fortführung und Ausbau empfohlen wird. Hinsichtlich einer Ausweitung sprechen sich die Autorinnen/Autoren dieses Berichts für eine möglichst umfassende Datenbank aus – sie sollte im Idealfall sämtliche EU-Mitgliedstaaten abdecken. Manche Länder können sich jedoch aus rechtlichen Gründen nicht an einer europäischen Preisdatenbank beteiligen (z. B. besteht teilweise aus Urheberschutzgründen keine Möglichkeit, nationale Preisinformationen weiterzugeben). Die Tatsache, dass die europäische Preisdatenbank Euripid gegenwärtig Preisinformationen ohne Rabatte enthält, stellt eine weitere Limitation dar. Die Aufnahme rabattierter Preise könnte die Relevanz und den Wert einer europäischen Preisdatenbank erheblich steigern; allerdings können bestehende vertragliche Vereinbarungen einem Einspielen rabattierter Preisdaten in die Datenbank entgegenstehen. Angesichts dieser Hürden wird empfohlen, alternative Strategien – wie etwa eine Kennzeichnung, ob Rabatte auf ein Produkt gewährt werden oder nicht, ohne Präzisierung der Höhe – zu überlegen.

Der zweite Kooperationsmechanismus betrifft die Berücksichtigung der tatsächlich finanzierten (d. h. rabattierten) Preise anstelle der offiziellen Listenpreise beim Preisvergleich. Rabattierte Preisdaten aus vertraulichen Abkommen werden allerdings nicht zugänglich sein. Als ersten Schritt könnten Behörden zumindest die Preise unter Berücksichtigung der in einigen Ländern bestehenden (veröffentlichten) gesetzlichen Herstellerrabatte für das EPR heranziehen. Monetär hätte dies jedoch wahrscheinlich nur bescheidene Auswirkungen. Wie auch die Simulationen im Rahmen dieser Studie zeigten, wären höhere Einsparungen möglich, wenn unter Berücksichtigung sämtlicher vertraulicher Rabatte oder ähnlicher vertraglicher Vereinbarungen (z. B. sogenannter Managed Entry Agreements) auf die tatsächlichen Preise referenziert würde.

Eine weitere Maßnahme, um die Wirksamkeit von EPR zu verbessern, bestünde in regelmäßigen Preisevaluationen, die sich danach in entsprechenden Preisanpassungen niederschlagen könnten. Die im Bericht präsentierten Simulationen bestätigten Einsparungen öffentlicher Gelder aufgrund dieses Preismonitorings. Die Industrie könnte ebenfalls von Preisanpassungen profitieren, wenn Preissteigerungen (etwa durch Wechselkursschwankungen) berücksichtigt würden. In der Praxis – so zeigte die Erhebung im Rahmen dieser Studie – führen mehrere Mitgliedstaaten offensichtlich keine regelmäßigen Preisevaluationen durch, obwohl diese eigentlich gesetzlich vorgesehen wären.

Schließlich könnte eine Änderung der herangezogenen Berechnungsgrundlagen (Formeln) zur Verbesserung der EPR-Methodik beitragen. Beispielsweise könnten die Preise der Referenzländer nach Kaufkraftparitäten gewichtet werden, anstelle sie nach den nominalen Währungskursen umzurechnen. Diese Maßnahme könnte von jedem Land, das EPR anwendet, einzeln initiiert werden. Wenn mehrere Länder solche Maßnahmen planen, wäre ein Informationsaustausch über Kriterien und Methoden sowie über Good-Practice-Beispiele empfehlenswert. Eine länderübergreifende Verständigung über die Anpassung der Berechnungsgrundlagen (Formeln) nach einer bestimmten Methode käme der Einführung von Differential Pricing (DP) bereits sehr nahe (siehe unten).

Die vier aufgezeigten Verbesserungsvorschläge können einen Beitrag dazu leisten, die Preisbildungsmethode EPR effizienter zu gestalten, und zu niedrigeren Preisen von Arzneimitteln beitragen. Abgesehen von der vierten Option, die sich durch Charakteristika von DP auszeichnet, tragen die Handlungsoptionen nicht der unterschiedlichen Zahlungsfähigkeit der einzelnen Mitgliedstaaten Rechnung und sind somit nicht unbedingt darauf ausgerichtet, den Zugang zu Medikamenten verbessern. Die vier vorgestellten

Verbesserungsvorschläge schließen einander nicht aus; eine Kombination dieser Handlungsoptionen wird empfohlen.

DP für Arzneimittel – Praxis und Konsequenzen

Im Falle von Differential Pricing (DP) werden für das gleiche Produkt unterschiedliche Preise für verschiedene Kunden(gruppen) verrechnet. In der vorliegenden Studie wird DP als eine länderübergreifende Maßnahme der Politik von Staaten (bzw. supranationalen Institutionen) definiert, bei der die Preise eines Arzneimittels entsprechend der Zahlungsfähigkeit und/oder der wirtschaftlichen Situation der Länder im DP-Schema festgesetzt werden. Dieser Ansatz unterscheidet sich von der „Preisdiskriminierung“ (auch „Ramsey-Pricing“ bezeichnet), die als eine von Unternehmen angewandte Business-Strategie darauf abzielt, den Markt gemäß der Nachfrage-Elastizität zu segmentieren. Preisdiskriminierung, die manchmal auch unter dem Begriff DP subsumiert wird, stellt eine Handlungsoption für Unternehmen und nicht für Staaten dar und ist daher nicht Gegenstand der vorliegenden Studie.

Die Erfahrungen mit DP bei Medikamenten liegen primär in einigen Indikationen (insbesondere HIV/AIDS, Tuberkulose, Malaria, Impfungen) und bei wirtschaftlich ärmeren Ländern (z. B. des globalen Südens) vor. In diesen Fällen werden Arzneimittel meist über internationale Organisationen (UNICEF, PAHO, GAVI, Global Fund, UNITAID) beschafft. Wirtschaftlich stärkere Staaten – wie die europäischen – wenden DP bei Arzneimitteln derzeit nicht an.

DP wurde eingesetzt, um den Zugang zu Medikamenten sicherzustellen, die sonst für ärmere Länder unerschwinglich wären. Dabei zeigte sich, dass in einigen – nicht allen – Fällen der Zugang zu Medikamenten verbessert werden konnte. In manchen Fällen konnten die Preise von Arzneimitteln mittels DP gesenkt und Medikamente damit erschwinglicher werden. Wenn allerdings Generika auf den Markt kamen, trug das zu deutlich niedrigeren Preisen bei als DP. Neben diesem zumindest teilweise beobachteten Nutzen von DP für ärmere Staaten und deren Bevölkerung wird diese Maßnahme als auch vorteilhaft für Pharma-Unternehmen eingeschätzt, da sie ihnen ermöglicht, neue Märkte zu erschließen. Damit können höhere Absatzzahlen den niedrigeren Gewinn auf Grund der niedrigeren Preise in ärmeren Ländern wettmachen.

DP hat Limitationen, kann aber unter gewissen Bedingungen einen Beitrag dazu leisten, kurzfristig Zugang zu neuen Arzneimitteln zu schaffen. DP sollte jedoch mit weiteren Maßnahmen kombiniert werden, wie z. B. mit Wettbewerb zwischen Generika, einem gemeinsamen Einkauf mehrerer Länder, mit Zwangslizenzen für patentgeschützte Arzneimittel („compulsory licensing“) und freiwilligen Lizenzen („voluntary licensing“). Wissenschaftler/innen, die sich für einen verbesserten Zugang zu Medikamenten weltweit einsetzen, sprachen sich dafür aus, DP nicht als regionale Maßnahme zu verstehen, sondern einen globalen Rechtsrahmen dafür zu schaffen.

DP – Vorschlag für einen europaweiten Koordinationsmechanismus

Die Autorinnen/Autoren der Studie wurden beauftragt, zu skizzieren, wie ein DP-System für Arzneimittel in Europa ausgestaltet werden könnte. Daraus kann allerdings nicht der Schluss gezogen werden, dass die Autorinnen/Autoren des Berichtes Position für die Einführung von DP in Europa beziehen.

Um DP einzuführen, müssten sich sämtliche beteiligte Staaten auf die Prinzipien und Mechanismen des gemeinsamen DP-Systems verständigen. Im Falle einer Kooperation in der EU müssten sich 28 Mitgliedsstaaten einigen, was eine enorme politische Herausforderung darstellt, die nicht einfach – und schon gar nicht kurzfristig – umzusetzen ist. Kritische Punkte dabei betreffen insbesondere die Höhe der Startpreise, von denen aus die Differenzierung der Preise in den eingeschlossenen Staaten vorzunehmen sind, sowie das Ausmaß der Auf- und Abschläge für die einzelnen Länder. Zur länderspezifischen

Preisdifferenzierung sind Indikatoren der Wirtschaftskraft – wie etwa das Bruttoinlandsprodukt oder die Kaufkraftparität – heranzuziehen. Je nach Ausgestaltung des DP-Mechanismus könnten die unter DP vereinbarten Preise in den reicheren Ländern höher als ohne DP sein, wozu unterschiedliche Meinungen bestehen. Manche betrachten dies als gerechtfertigt, während sich andere für die Umsetzung des DP-Systems in einer Form aussprechen, bei der das Preisniveau nicht höher würde.

Sollten sich die EU-Mitgliedstaaten für die Einführung von DP entscheiden, wird empfohlen, mit einem Pilotprojekt für ein Medikament oder ein paar wenige Produkte zu starten. Für die Auswahl der Medikamente für solche Pilotprojekte müssten entsprechende Kriterien definiert werden; geeignete Kandidaten wären z. B. Arzneimittel für seltene Krankheiten oder andere hochpreisige Medikamente. Die DP-Pilotinitiativen und auch ein späteres allfälliges DP-System soll mit einer Evaluation begleitet werden, um Erfahrungen zu sammeln, welche in die Weiterentwicklung des Systems einfließen könnten. Pilotprojekte könnten in Zusammenarbeit mit Pharma-Unternehmen durchgeführt werden, die daran interessiert sind, ihre Arzneimittel in Europa unter einem DP-System auf den Markt zu bringen. Die Aufnahme von Liefer- und Abnahmegarantien in ein DP-System würde Vertrauen zwischen den Pharma-Unternehmen und öffentlichen Zahlern schaffen und die Planungssicherheit erhöhen. Ohne das Subsidiaritätsprinzip in Frage zu stellen, wäre eine Koordinationsstelle/-struktur für die operative Abwicklung von DP hilfreich.

Eine erhebliche Herausforderung für die Einführung von DP in Europa stellt der Parallelhandel dar. Parallelhandel liegt vor, wenn ein patentgeschütztes Arzneimittel in einen anderen Staat ohne Einfluss oder Erlaubnis des Patentinhabers eingeführt wird. Dies führt zu einem Re-Import von Arzneimitteln aus Niedrigpreisländern in Hochpreisländer und konterkariert damit die Prinzipien von DP, bei dem ja die Preise entsprechend der Wirtschaftskraft der Länder festgelegt werden. Obwohl Parallelhandel im Sinne der Prinzipien des freien Wettbewerbs (welcher für Medikamente gleich wie für andere Güter gilt) nicht unterbunden werden kann, könnten Ausfuhrverbote und Genehmigungen für die Ausfuhr bestimmter Arzneimittel gerechtfertigt, angemessen und nötig sein, um die Gesundheit von Patientinnen und Patienten zu schützen. Dazu liegen bislang aber weder von der Europäischen Kommission noch vom Europäischen Gerichtshof verbindliche Aussagen vor. Die Auswirkungen des Parallelhandels auf die Gesundheit der Bürger/innen in der EU und deren Zugang zu Arzneimitteln bleiben jedoch ein kontrovers diskutiertes Thema.

Handlungsoptionen für die Zukunft

Wie würde sich DP für Medikamente in der EU auswirken? Dies lässt sich aus derzeitiger Sicht nur schwer abschätzen. Seine Einführung wäre jedenfalls ein enormer Kraftakt und würde entsprechenden politischen Willen der EU-Mitgliedstaaten erfordern, um die rechtlichen Hürden zu bewältigen und auch ein gemeinsames Verständnis über Prinzipien und Mechanismen eines DP-Systems für Medikamente zu schaffen. Angesichts der hohen Preise einiger Arzneimittel stehen die EU-Mitgliedstaaten zunehmend vor der schwierigen Herausforderung, ihren Patientinnen/Patienten Zugang zu diesen Medikamenten zu gewähren. Ein umfassendes „echtes“ DP-System scheint kurzfristig nicht politisch umsetzbar. Die EU-Mitgliedstaaten könnten allerdings überlegen, Charakteristika von DP in ihre EPR-Systeme einfließen zu lassen. Daneben bestehen kurzfristige Optimierungspotentiale für EPR mittels Preismonitoring und der Berücksichtigung rabattierter Preise in den Preisvergleichen. Diese Maßnahmen würden allerdings in erster Linie dazu beitragen, Einsparungen zu erzielen, nicht jedoch den Zugang zu Arzneimitteln verbessern.

Neben den beiden in dieser Studie untersuchten Maßnahmen könnten die EU-Mitgliedstaaten weitere neue Ansätze in der Arzneimittelpreispolitik verfolgen, wie zum Beispiel gemeinsamen Einkauf (nicht Gegenstand dieser Studie). Es wird empfohlen, Foren – wie etwa das im Rahmen dieses Projekts stattgefundenere Treffen mit Akteuren zur Kommentierung des vorliegenden Berichts – zu nutzen, um Handlungsstrategien hinsichtlich hochpreisiger Arzneimittel gemeinsam zu diskutieren.

