

## Regels omtrent de vaststelling van maximumprijzen voor geneesmiddelen (Wet geneesmiddelenprijzen)

### VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT<sup>1</sup>

Vastgesteld 12 januari 1996

Het voorbereidend onderzoek gaf de commissie aanleiding tot het formuleren van de volgende opmerkingen en vragen.

De leden van de **VVD**-fractie, die de overwegingen welke ten grondslag liggen aan de indiening van het wetsvoorstel konden billijken, hadden er behoefte aan het wetsvoorstel nader te toetsen aan enkele uitgangspunten van algemene aard.

In de eerste plaats stelden zij daartoe de vraag of het rigide en gedetailleerde instrumentarium in dit wetsvoorstel niet haaks staat op de basisprincipes van de markteconomie, zoals de ondernemingsgewijze productie, vrije prijsvorming via het marktmechanisme en open competitie zonder versturende overheidsinterventies.

Deze vraag klemt te meer nu de regering ten principale de weg is ingeslagen van meer marktwerking en privatisering, concentratie van de overheid op kerntaken en deregulering.

In hoeverre deelt de regering de opvatting dat een dirigistisch en rigide prijsbeleid zich eigenlijk ten principale niet laat verenigen met de hierboven genoemde basisprincipes en uitgangspunten?

Deze leden verwezen daarbij bovendien naar het advies van de SER inzake de wijziging van de Prijzenwet van 19 januari 1990 (SER-publicatie 90/02).

Daarin worden onder meer de conclusies getrokken dat prijsbeleid belangrijk negatieve neveneffecten kan hebben, dat de effectiviteit twijfelachtig is en dat prijsbeleid symptoombestrijding is omdat de oorzaken van een gebrekkige marktwerking niet worden aangepakt.

Kan de regering de leden van de VVD-fractie ervan overtuigen dat deze bezwaren zich hier niet voordoen?

Wordt door het voorgestelde prijsbeleid de allocatieve functie van marktprijzen niet aangetast waardoor het beleid marktversturend uitwerkt en, zeker op termijn, averechtse effecten kan hebben?

Ter staving van deze stelling wezen de leden van de VVD-fractie op het artikel van J.A. Kamps in de ESB van 27 september 1995 (blz. 857–861)

<sup>1</sup> Samenstelling:

Van de Zandschulp (PvdA), Heijmans (VVD), Michiels van Kessenich-Hoogendam (CDA), Boorsma (CDA), Tuinstra (D66), Van den Broek-Laman Trip (VVD), Werner (CDA), Batenburg, Schoondergang-Horikx (Groen-Links), Van den Berg (SGP), Hendriks, Ter Veld (PvdA), voorzitter, Dees (VVD) en De Wit (SP).

waarin wordt geconcludeerd dat de uitwerking van het wetsvoorstel zal zijn: meer concentratie aan de aanbodkant van de geneesmiddelenmarkt ten gunste van de internationale farmaceutische industrie en marktverlies van de partijen met countervailing power, zoals de groothandel en de producenten van generica.

Staat zo'n conclusie niet haaks op de uiteindelijke bedoeling van de regering om de marktwerking en de competitie te versterken? Hoe kan de regering aannemelijk maken dat het scenario en de conclusies van de heer J.A. Kamps niet kloppen?

De leden van de VVD-fractie gaven ten principale hun steun aan het beleid van de regering om de marktwerking in de geneesmiddelenvoorziening te versterken.

Maar om een tweetal redenen wekt het kabinet de indruk maar een beperkt vertrouwen te hebben in de doeltreffendheid van het beleid om de marktwerking te verbeteren.

Waarom is vooruitlopend op marktverbeterende maatregelen een marktversturende prijsmaatregel nodig?

De Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelenverdeling (IWG) heeft toch marktverbeterende maatregelen aanbevolen en geen prijzenwet?

In de tweede plaats zijn er sinds het uitbrengen van het IWG-advies twee jaren verstreken zonder dat toegezegd onderzoek over de markt- en mededingingsproblematiek is afgerond en gepubliceerd. Zijn de uitkomsten van zo'n onderzoek nu niet juist nodig om te oordelen over de vraag welke beleidsinstrumenten moeten worden ingezet?

De leden van de VVD-fractie vroegen om een geactualiseerd overzicht van de stand van zaken met betrekking tot de IWG-aanbevelingen. Kan thans wel inzicht worden verschaft in de resultaten van het mededingingsonderzoek?

De leden van de VVD-fractie waardeerden het positief dat nog steeds ruimte wordt gelaten voor een alternatief. Wat is de feitelijke inhoud van het Nefarma-alternatief en op welke onderdelen en om welke redenen was dit alternatief niet aanvaardbaar?

Zijn er sindsdien nieuwe ontwikkelingen?

In hoeverre deelt de regering het oordeel dat het schrappen van de kortingen en bonussen eigenlijk het meest voor de hand ligt?

Hiermee zou tenminste 43% van de ombuiging kunnen worden gerealiseerd. Daarom had het deze leden verbaasd dat afschaffing van de bonussen en kortingen niet via de WTG wordt afgedwongen. Immers, uit het rapport van de Algemene Rekenkamer van 19 november 1992 blijkt dat de herziening tariefstructuur apothekhoudenden, waarvan de afschaffing van de bonussen en kortingen een belangrijk onderdeel was, in 1988 en 1989 tot een forse daling van de kostenstijgingen farmaceutische hulp hebben geleid. Is het waar dat deze regeling met name is afgeschaft om de medewerking van de apothekers aan het geneesmiddelen vergoedingssysteem te verkrijgen?

In hoeverre is een alternatief denkbaar dat bestaat uit de volgende componenten: een via de WTG ondersteunde afschaffing van bonussen en kortingen, aanscherping van de stimulansen voor het afleveren van generica en als sluitstuk een aanvullende vrijwillige prijsverlaging om de budgettaire taakstelling te bereiken?

Deze leden beseften dat zo'n aanpak alleen kans van slagen heeft indien er vanuit de bedrijfstak sluitende garanties worden gegeven. Hoe lang heeft men de tijd om een alternatief te presenteren?

De leden van de VVD-fractie vroegen een reactie op de volgende, mogelijke neveneffecten van de prijsmaatregel:

- a. afname dienstbetoon groothandel (bezorgservice);
- b. het uit de markt halen van onrendabele service-producten;

- c. de maximale prijs wordt de werkelijke prijs, waarbij bonussen en kortingen intact blijven voor zowel specialité's als generica;
- d. terugtrekking uit Nederland, resp. verplaatsing naar het buitenland van bedrijfsactiviteiten.

Acht de regering deze mogelijke neveneffecten aanvaardbaar?

Waarom is gekozen voor uitvoering van de prijzenwet door het departement?

Ligt, gezien de kerntakendiscussie een uitvoering «op afstand van de overheid» niet voor de hand? Waarom is bijv. niet gekozen voor uitvoering door het Centraal Orgaan Tarieven gezondheidszorg?

De leden van de VVD-fractie hadden twijfels over de hanteerbaarheid van het begrip «redelijke winst».

Leidt introductie van dit criterium niet gemakkelijk tot een spel van «loven en bieden», tot subjectieve oordelen en tot rechtsongelijkheid?

De leden van de VVD-fractie onderschreven de beleidsvoorstellen en maatregelen ter activering van de vraagzijde. Zij misten in het overzicht van samenhangende beleidsvoorstellen in de memorie van toelichting echter een voorstel om de band tussen «betalen» en «genieten» ook op het niveau van de verzekerde gestalte te geven.

Zijn een nominale premie van voldoende hoog niveau en een algemeen eigen risico aan de voet niet van essentiële betekenis om de verzekeraars-budgettering en de activering van de vraagzijde van de markt te doen slagen?

Ter zake van de verzekeraarsbudgettering stelden de leden van de VVD-fractie de vraag of de praktijk de uitstekende theorie wel zal volgen. Immers, hoewel de contracteerverplichting en de vaste tarieven al jaren geleden zijn afgeschaft en de verzekeraars reeds nu risicodragend zijn, hadden deze leden nog nergens voorbeelden aangetroffen van nieuwe overeenkomsten met een betere mix van prijs, kwalitatief en dienstbetoon.

En hetzelfde geldt voor nieuwe, goedkopere vormen van aanbod en distributie als alternatief voor de traditionele vormen van aanbod.

De maximumtarieven zijn punttarieven geworden.

Is er een verklaring te geven voor het in de praktijk achterwege blijven van de theoretisch beoogde ontwikkelingen?

Deze leden betwijfelden of het sterker risicodragend maken van zorgverzekeraars automatisch wel tot variatie en differentiatie in overeenkomsten tussen verzekeraars en oude, resp. nieuwe aanbieders van zorg zal leiden.

Kan in het geval van de geneesmiddelenvoorziening zeer concreet worden aangegeven op welke aspecten verzekeraars de vrijheid hebben om afspraken te maken? Welke voorbeelden uit de praktijk zijn hier reeds bekend?

De leden van de VVD-fractie deelden tenslotte mee het op prijs te stellen dat alsnog een horizonbepaling in het wetsvoorstel is opgenomen.

Hebben de aangestelde, resp. nog aan te stellen medewerkers een vast of een tijdelijk dienstverband?

De leden van de **CDA**-fractie hadden met gemengde gevoelens kennis genomen van het wetsvoorstel. Aan de ene kant onderschreven deze leden de wenselijkheid om te komen tot lagere prijzen voor de medicijnen in Nederland, gegeven het bestaande grote prijsverschil t.o.v. andere Europese landen; dat het prijsniveau aan de hoge kant is, blijkt ook uit de hoge bonussen en kortingen welke apotheehoudenden kunnen bedingen boven de reguliere vergoedingen. Aan de andere kant is het voorstel in strijd met het beleid dat deze fractie al langer onderschrijft en dat ook deel

schijnt te zijn van het huidige kabinetsbeleid, nl. een beleid gericht op versterking van de marktwerking en deregulering waar dat mogelijk en zinvol is. Toepassing van deze wet kan diepingrijpende gevolgen voor de branche hebben en moet als een ultimatum remedium worden gezien.

Deze leden deelden mee gegeven het voorgaande graag bereid te zijn met de regering dit voorstel te bespreken en wilden teneinde een meer definitief standpunt te vormen eerst enkele onduidelijkheden bespreken. De leden van de CDA-fractie wilden niet uitsluiten steun aan dit voorstel te kunnen geven als andere wegen minder zinvol lijken. Is de minister bereid om in alle redelijkheid dit overleg te voeren, of wil zij hoe dan ook zo snel mogelijk dit voorstel tot wet laten verheffen?

Is de minister het eens met de leden van de CDA-fractie, dat de instelling van maximumprijzen ten principale strijdig is met het regeringsbeleid, en dat daarom na eventuele aanvaarding van het wetsvoorstel de instelling van maximumprijzen hooguit een noodzakelijk kwaad is, en dat daarom meer marktconforme alternatieven de voorkeur verdienen? Wat is de stand van zaken m.b.t. het overleg met Nefarma? Wil de minister haar zienswijze geven op het door Nefarma ontwikkelde alternatief?

De minister heeft herhaaldelijk betoogd dat de marktwerking door de wet wordt bevorderd. Tegenover haar mening staan de meningen van verschillende economen die beweren dat zulks niet juist is. Wil de minister nog eens haar standpunt terzake verdedigen? Van verschillende zijden wordt betoogd dat door de instelling van maximumprijzen: a. de parallelimport grotendeels zal verdwijnen en daarmee een bestaande vorm van (potentiële) concurrentie en b. de produktie van generica veel minder aantrekkelijk wordt, waarmee een andere vorm van concurrentie zal verdwijnen. Het kwam de leden van de CDA-fractie voor dat de laatste stellingname, zie o.a. het artikel van J.A. Kamps in ESB of het standpunt van dr Sanders, de vroegere voorzitter van Nefarma, is veroorzaakt door een onduidelijkheid in de wet. Indien de tekst van de wet, artikel 2 tweede lid, bepalend wordt, dan wordt de maximumprijs van een geneesmiddel vastgesteld op basis van een gemiddelde van de prijzen van alle «vergelijkbare geneesmiddelen» in de 4 referentielanden. Dan doet het gevaar zich voor waar Nefarma voor waarschuwt; de prijs van een specialité in Nederland kan dan worden vergeleken met de prijs van generica in andere landen, zodat o.a. zich het perverse effect voordoet dat alleen al het bestaan van méér generica, die overigens gelijk zijn, de gemiddelde prijs zal drukken. Als echter de minister zich houdt aan de tekst van de memorie van toelichting, par. 7, p. 13, dan zouden genoemde auteurs geen gelijk hoeven krijgen. De memorie van toelichting zegt dat, indien het gaat om een specialité waarvan de octrooitermijn nog niet is verlopen, etc., «zodat er nog geen generieke geneesmiddelen behoudens met toestemming van de oorspronkelijke registratiehouder op de markt zijn», dat dan «automatisch slechts vergelijking van de prijs van dat specialité met de prijzen van datzelfde specialité in de andere landen plaats vindt». Hier zit een probleem, waarover deze leden graag meer duidelijkheid wilden krijgen en zij onderscheidden daartoe de volgende 4 cases.

In casus I heeft het specialité in Nederland octrooibeschermt, en kan het specialité in Nederland alleen vergeleken worden met hetzelfde specialité in andere landen, omdat er geen generica aanwezig zijn; wel is parallelimport dan mogelijk. In dat geval zouden de leden van de CDA-fractie geen moeite hebben met deze kern van de wet.

In casus II heeft het specialité in Nederland octrooibeschermt, doch is het specialité in de referentielanden niet langer beschermd; in de referentielanden zijn vergelijkbare geneesmiddelen in de vorm van generica op de markt. Als dan de prijs van het specialité in Nederland wordt vergeleken met de gemiddelde prijs van de vergelijkbare geneesmiddelen in de referentielanden, dan ontstaat het probleem waarvoor is

gewaarschuwd. In dat geval zouden deze leden moeite hebben met het wetsvoorstel.

In casus III is het specialité in Nederland niet langer octrooibeschermd, en zijn er generica op de markt, is er parallel-import, en zijn er in de 4 referentielanden wel vergelijkbare specialité's die daar nog wel beschermd worden, zodat er daar geen generica zijn. In dat geval zouden deze leden wederom geen moeite hebben met de kern van de wet; vanuit de markt zou verwacht mogen worden dat de gemiddelde prijs in Nederland lager ligt, omdat daar in tegenstelling tot de referentielanden al concurrerende produkten zijn. Is dan toch de prijs hoger dan in het buitenland, dan bewijst dat wat de minister in de memorie van toelichting schrijft, dat in Nederland door de gebrekkige marktwerking ook de generica relatief duur zijn.

In casus IV is het geneesmiddel noch in Nederland noch daarbuiten octrooibeschermd. In dat geval hebben deze leden wederom geen moeite met de wet. Wat vindt de minister van de onderscheiding van deze casus en is zij bereid op basis van het gestelde in de memorie van toelichting te verklaren dat in de hier onderscheiden casus II de prijs van een specialité niet zal worden vergeleken met de prijzen van generica in de referentielanden?

Het kwam de leden van de CDA-fractie voor dat de interpretatie nog kan worden gecompliceerd, als een specialité qua prijs niet alleen wordt vergeleken met hetzelfde specialité in de referentielanden, dan wel met derzelfde generica, doch indien de minister dat medicijn gaat vergelijken met «vergelijkbare geneesmiddelen». Hoe eng, dan wel rekkelijk zijn de grenzen die daarbij in acht worden genomen? Macro beschouwd zijn medicijnen in totaal substituten voor andere produkten, bijv. rust nemen, maar in het kader van deze wet moet de medicijnenmarkt worden onderscheiden in deelmarkten; hoe discretionair is de minister in het vaststellen van deze deelmarkten, of wil ze zich vooraf conformeren op bepaalde standaarden?

Is de minister het met de leden van de CDA-fractie eens, dat de instelling van een maximumprijs voor een specialité, welke gebaseerd zou zijn op de prijzen van generica in referentielanden, onwenselijke gevolgen kan hebben? Deze leden dachten daarbij m.n. aan de aantasting van de innovatiebereidheid, en toch ook aan de daling van de exportwaarde. O.a. de Nefarma waarschuwt dat de vergelijking van een specialité in Nederland met generica in andere landen zou inhouden dat de specialité-fabrikant «geen enkele vergoeding voor research en development kosten zou mogen doorberekenen in zijn prijzen.» (Nefarma, bijlage 3 bij brief aan Eerste Kamer van 19-12-95).

Wil de minister aangeven welk belang zij hecht aan een innovatieve industrie in Nederland, en hoe de R&D veilig gesteld wordt na aanvaarding van deze wet? Als de minister overigens in navolging van de bovengegeven casus de interpretatie van deze leden van de memorie van toelichting juist verklaart, vooral waar het gaat om casus II, bestaat het gevaar waar Nefarma voor waarschuwt niet. Er wordt wel gesteld dat na aanvaarding van de wet ook de kwaliteit van de dienstverlening zal afnemen. Wat is het standpunt van de minister daarover?

Het lijkt de bedoeling om de wet een tijdelijk karakter te geven. Zo dat juist is, wil de minister aangeven onder welke voorwaarden de wet weer buiten werking gesteld kan worden? Kan zo'n ijkpunt bijv. zijn het volledig ingevoerd hebben van de verzekeraarsbudgettering in 1998? Hoe zouden overigens verzekeraars, als de volledige budgettering van kracht is, onder het vigerende stelsel, incl. de prijzenwet, lagere prijzen bij de apotheekhoudenden kunnen bedingen?

Door de cumulatie van maatregelen zullen de marktposities van de onderscheiden aanbieders en partijen ingrijpend ten opzichte van elkaar

worden gewijzigd. Wil de minister daar specifiek op ingaan? Wat vindt de minister van het standpunt dat vooral de groothandel het gelag zal moeten betalen?

De leden van de CDA-fractie hadden in de wandelgangen vernomen dat het totaal bedrag aan kortingen en bonussen eerder 400 à 450 miljoen bedraagt dan het bedrag genoemd in de memorie van toelichting van 300 miljoen. Ook in de Tweede Kamer is een hoger bedrag genoemd. Kan de minister dat gerucht bevestigen?

Als men uitgaat van een besparing van 700 miljoen, bij een totaal bedrag aan kortingen + bonussen van 400 miljoen en als verondersteld wordt, dat dat laatste bedrag niet geheel verdwijnt, dan zal van de 700 miljoen ongeveer 400 miljoen moeten worden gedragen door groothandel plus producenten. Kan de minister aangeven hoe groot de omzet is van groothandel en van producenten in Nederland, en aangeven hoe dat bedrag van 400 miljoen naar alle waarschijnlijkheid zal worden opgevangen? Hoe schat zij m.a.w. de toekomstige «incidence» in?

De leden van de CDA-fractie hadden kennisgenomen van de administratieplicht, welke moet aangeven per transactie aan wie en tegen welke prijs is verkocht. Moet de administratie ook de bonussen en kortingen vastleggen? Is de verplichting tot administratie van de afnemer, gekoppeld aan de verplichting om die inlichtingen te geven op grond van artikel 8 en inzage te geven op grond van artikel 9 wel in overeenstemming met de wet op de Persoonsregistratie en artikel 8 EVRM?

De memorie van toelichting behandelt niet de gevolgen voor de intramurale instellingen, waaronder m.n. de ziekenhuizen en verpleeghuizen. Deze hebben vanwege hun budgettering in de afgelopen jaren zich grote moeite getroost om de geneesmiddelen tegen zo laag mogelijke prijzen te verkrijgen, o.a. door met andere ziekenhuizen gezamenlijk grote kortingen te bedingen. Deze kortingen zijn soms hoger dan de prijsdaling van 20% welke verwacht wordt van aanvaarding van de wet. Als er maximumprijzen worden ingesteld, zal de bereidheid van de producenten en de groothandel om deze kortingen te verstrekken, aanzienlijk minder worden. Er zullen zich kortom tegenvallers gaan voordoen voor de ziekenhuizen en verpleeghuizen. Erkent de minister dit gevaar? Heeft zij studie naar dit probleem laten doen? Is zij bereid om die instellingen een compensatie in het budget te geven als een soort «uitverdieneffect»?

De minister heeft duidelijk gemaakt dat er geen echte prijsconcurrentie bestaat op het niveau van de aflevering aan de gebruikers, en dat er vooral margeconcurrentie bestaat op het niveau van de a.i.p..

Erkent de minister, dat er wel volop concurrentie blijkt uit de groei van de parallelimport, en uit het feit dat de groothandel met de producenten concurreert? Als de minister dat doet, dan gaat het er om hoe die concurrentie het beste gericht kan worden op de apotheekverkooprij.

Erkent de minister, dat de aanvaarding van de wet en de instelling op grond daarvan van maximumprijzen, de bevestiging betekent van de status quo, en daarmee van het bestaan van individuele verticale prijsbinding (IVP). Kan een maatregel tot verbod van een IVP worden genomen op basis van de Wet Economische Mededinging (WEM)? Is de minister het met deze leden eens, dat zo een maatregel het bestaande fenomeen van margeconcurrentie in de a.i.p. zou wegnemen? Waarom geeft de minister niet de voorkeur aan zo een eenvoudig middel boven een zwaar middel als voorgesteld in de wet?

De reikwijdte van de wet wordt beperkt, zo hadden deze leden begrepen, tot die middelen waarop aanspraken worden verkregen krachtens de sociale ziektekostenverzekering. Als dat juist is, is het dan

volgens de minister denkbaar dat een producent een middel, waarvoor de maximumprijs te laag wordt vastgesteld gegeven de vraag en daarmee het winstpotentieel, buiten het GVS en buiten de aansprakenwetgeving houdt? Als de minister dat bevestigt, dan kan er toch een particulier bekostigd vrij marktircuit ontstaan van medicijnen die op recept worden voorgeschreven doch niet worden vergoed uit de sociale ziektekostenverzekering? Als dat denkbaar is, draagt de minister dan niet bij aan de tweedeling in de zorg waarvoor elders gewaarschuwd is?

De minister heeft duidelijk gemaakt dat de aanwezige concurrentie de vorm aanneemt van margeconcurrentie, waardoor de apotheekhoudenden meer dan 300 miljoen gulden ontvangen aan bonussen en kortingen. Een en ander heeft te maken met de Taxe zoals opgesteld door de KNMP, welke belang heeft bij de verticale prijsbinding, en het feit dat de bekostigingsregels van de COTG daarop zijn afgestemd. Wil de minister nog eens uiteenzetten welke relaties er zijn tussen de Taxe-prijzen, het GVS en de vergoedingen welke door de verzekeraar worden gegeven? Welke is daarbij de rol van het COTG? Was het mogelijk geweest dat het COTG een actievere rol had gespeeld bij de vaststelling van de tarieven welke vergoed worden? Was het m.a.w. mogelijk geweest om niet zozeer in te grijpen in de a.i.p.'s, als wel in de prijzen die vergoed worden? Deze leden hadden kennis genomen van de eerder gevoerde discussie over het GVS als alternatief voor deze wet, doch zij hadden daarin systematische aandacht voor het COTG gemist. Was het bijv. niet mogelijk om de vergoedingen voor de medicijnen vast te stellen beneden de Taxe-prijzen? Wil de minister aangeven wanneer precies de evaluatie van het GvS gereed was? Is het juist dat de evaluatie gereed was vóór de behandeling van het onderhavige voorstel in de Tweede Kamer? Welke zijn voor de beoordeling van dat voorstel de meest relevante conclusies?

Indien het voorstel kracht van wet zal krijgen, zouden deze leden bevreesd zijn voor de uitvoerbaarheid er van. De halfjaarlijkse revisie-termijnen kunnen aanleiding tot veel werk geven. Hoewel deze leden begrepen waarom dat is gekozen, vroegen zij dat nog eens uit te leggen, en vooral aan te geven of er geen alternatieven zijn, om aldus de uitvoerbaarheid te vergroten.

Wat de uitvoerbaarheid betreft, wilden deze leden ook wijzen op de overmaat aan regulering in het wetsvoorstel. Indien de regering streeft naar deregulering, waarvan dit wetsvoorstel juist geen voorbeeld is, dan zou in elk geval de detaillering beperkt kunnen blijven. Kan bijv. artikel 9 niet simpeler worden geformuleerd?

Het is deel van het wettelijk kader, dat de regering aangeeft welke de budgettaire effecten zijn van een wetsvoorstel. De minister heeft aangegeven een besparing van 700 miljoen gulden te verwachten. Elders heeft zij opgemerkt dat die besparing ook een gevolg is van andere maatregelen, o.a. als gevolg van de voorstellen van de IWG. Wil zij dat verduidelijken? Ze heeft in de memorie van toelichting ook aangegeven dat er extra ambtenaren nodig zijn voor der uitvoering van de wet. Waarom staan de kosten daarvan niet vermeld onder een paragraaf Budgettaire gevolgen?

De memorie van toelichting vermeldt (blz. 3) dat «in de toekomst over prijzen en tarieven daadwerkelijk (wordt) onderhandeld.» Hierbij wordt gedacht aan de prikkel die vooral zal uitgaan van de budgettering van verzekeraars. Zal het instellen van maximumtarieven niet er toe leiden, dat men altijd op dat maximum gaat zitten? Is dat ook niet een les welke geleerd kan worden van het GVS?

Wil de minister nog eens ingaan op de prijsregulering in de referentielanden, gegeven de tekst in de memorie van toelichting (par. 4) en gegeven de kritiek van Nefarma, dat andere landen (afgezien van België?) geen direct stelsel van prijsregulering hebben. Die andere landen zouden veeleer via de vergoedingssystemen invloed op de netto-prijs uitoefenen.

Nefarma voert ook aan (in Bijlage 3 bij brief van 19 december 1995 aan de Eerste Kamer) dat het Nederlandse prijspeil van geneesmiddelen in Nederland hoger zal liggen dan in sommige andere Europese landen a. vanwege de sterke positie van de gulden, en b. vanwege het relatief lage gebruik van medicijnen in Nederland. Hoewel de beide argumenten feitelijk juiste beweringen zijn, is het de vraag of het gaat om argumenten die het hoge prijspeil van medicijnen in Nederland kunnen verklaren. Deze leden geloofden dat een zwakke verdediging is gegeven. Als de gulden sterk staat (ten opzichte van de Franse en de Belgische franc en t.o.v. het pond), zou Nederland goedkoop kunnen invoeren, zowel de specialité's als de grondstoffen voor de generica. Zo beschouwd zou na de val van het Britse pond de invoer van medicijnen uit het Verenigd Koninkrijk goedkoper moeten zijn geworden. Wil de minister eens aangeven hoe de prijzen van geïmporteerde medicijnen zich hebben ontwikkeld in de afgelopen jaren na koersfluctuaties? Verwacht kan worden dat de internationale firma's eventuele prijsdaling ten gevolge van het goedkoper worden van de valuta van Engeland en Frankrijk niet hebben doorgegeven aan de Nederlandse consument. Ook prof. Ter Kuile heeft in zijn Notitie «Enige overwegingen..» de vraag opgeworpen of de recente valuta-wijzigingen de prijsverhoudingen zodanig hebben veranderd dat daardoor prijsverschillen tussen Nederland en de referentielanden gerechtvaardigd zouden zijn. Deze leden zouden juist verwacht hebben dat de prijzen in Engeland, Frankrijk en België inderdaad goedkoper zouden zijn geworden, en dat dat had moeten blijken uit de prijzen van de importen van specialité's en van grondstoffen van generica. Meer in het algemeen wensten deze leden een reactie van de minister op beide argumenten van Nefarma. Wat het tweede argument van Nefarma betreft, merkten deze leden op dat de vaste kosten die verband houden «bij het op de markt brengen van een geneesmiddel» (Nefarma argument) toch alleen betrekking kunnen hebben op de distributie van het geneesmiddel. Welk aandeel in de kosten heeft te maken met de distributie?

Deze leden hadden kennis genomen van de kritiek op de keuze van de referentielanden. Indien Zweden en Denemarken eveneens gekozen waren, is het juist dat dan de gemiddelde prijzen op basis waarvan de maximumprijzen kunnen worden vastgesteld, hoger zouden uitvallen? Deze leden hadden kennis genomen van de discussie in de Tweede Kamer, doch zouden niettemin deze vraag beantwoord willen zien. Wil de minister ook aangeven hoe de cijfers, vermeld in de memorie van toelichting, blz. 15 bovenaan, zouden veranderen indien beide landen Denemarken en Zweden waren meegenomen?

Deze leden hadden de toelichting op de maximumprijzen in het licht van de EU-regelgeving in de memorie van toelichting in par. 8 gewaardeerd. Indien een bedrijf een uitzondering wil op de maximumprijzen zal het de eigen winstverwachting moeten geven en moeten vergelijken met die van vergelijkbare bedrijven (memorie van toelichting, blz. 18 bovenaan). Om te beginnen willen deze leden opmerken, dat marktwerking ook inhoudt dat binnenlandse bedrijven die niet concurrerend zijn failliet kunnen gaan. Als het een redelijk maximum betreft, gebaseerd op vergelijkbare producten elders, moet het Nederlandse bedrijf kunnen concurreren, en moet het niet zijn bestaan te danken hebben aan een vergoedingensysteem. Prof. Ter Kuile zou echter gelijk kunnen hebben met zijn opmerking dat een Nederlands bedrijf niet gevraagd kan worden om zijn eigen positie te verduidelijken met de cijfers van een concurrent. Is de minister het eens met de stelling van Ter Kuile dat «de wetgever de



desbetreffende onderdanen niet (behoort) op te zadelen met een bewijslast waaraan zij in redelijkheid niet zullen kunnen voldoen» (Ter Kuile, blz. 10)?

Is de notificatieprocedure reeds gestart? Zo nee, wanneer zal die gestart worden?

Artikel 4 stelt dat het niet is toegestaan om een hogere prijs dan de maximumprijs in rekening te brengen. Dat is begrijpelijk. De memorie van toelichting (blz. 2) stelt dan, dat het door die bepaling mogelijk is «op te treden tegen zgn. factoring-constructies, waarbij de vordering op de afnemer wordt overgedragen aan een derde.» Dat is niet begrijpelijk. Wil de minister dat uitleggen? Overigens waren deze leden op de hoogte van factoring.

Dr Sanders heeft in zijn Bijdrage gewezen op een alternatief instrument, gelegen in het Reclamebesluit geneesmiddelen van 31-10-1994. Volgens hem zouden kortingen en bonussen, welke de in de handel gebruikelijke kortingen van 2 + 2 % voor correct bestellen en betalen, op basis van dat Reclamebesluit verboden kunnen worden. De margeconcurrentie wordt daarmee onmogelijk gemaakt, waarna de potentiële concurrentie zich zou kunnen richten op de apotheekverkoopprijs. Wil de minister aangeven of dat voorstel kan worden gevolgd?

De leden van de **PvdA**-fractie hadden kennis genomen van het wetsvoorstel. Zij stemden graag in met maatregelen die er toe leiden de prijs van geneesmiddelen te verlagen maar waren er nog niet van overtuigd dat deze wet daartoe het meest geëigende middel was; het effect kan immers eveneens zijn dat de substitutie door generica's, als gevolg van het eventueel afnemend prijsverschil, zal afnemen danwel zelfs dat de generica naar het maximum toe groeien, waarbij de prijswinst benut kan worden om het systeem van kortingen en bonussen in stand te houden.

Hebben inmiddels verdere onderhandelingen plaats gevonden met bijvoorbeeld de groothandel die aanleiding kunnen geven de mogelijkheid die de wet zou kunnen bieden nog niet te benutten? Met een omzetsdaling van 17,5% in het vooruitzicht konden deze leden zich goed voorstellen dat alternatieven uit de eigen sector naar voren zijn gebracht en, waar er thans iets meer tijd is verstreken, deze alternatieven ook diepgaand zijn bestudeerd.

Het wetsvoorstel verandert niets aan de prijzen «af fabriek» zodat inderdaad de groothandel gedwongen door een maximum (en dus lagere) apothekersinkoopprijs, het beoogde bezuinigingsbedrag zal moeten opbrengen. Kan het effect hebben voor de dienstverlening aan de consument/patiënt vroegen de leden van de PvdA-fractie. Hoe ernstig zou het zijn wanneer medicijnen niet in principe binnen enkele uren maar bijvoorbeeld pas na één of meerdere dagen wachttijd beschikbaar zijn?

Juist waar kennelijk in de praktijk de apothekers zeer wel de inkoopprijs in gunstige zin lijken te kunnen beïnvloeden, zou het in de rede liggen ook daar een verantwoordelijkheid te leggen voor het goedkoper op de consumentenmarkt brengen van medicijnen. De vermindering van de financiële ruimte tussen de prijs af fabriek en de apothekersinkoopprijs zou in theorie een einde kunnen maken aan het redelijk ongebreidelde systeem van kortingen en bonussen. Echter, zo merkten de leden van de PvdA-fractie op, in de praktijk zal blijken dat een dergelijk gebruik alleen dan kan worden teruggedrongen als ook daar «een klap op wordt gegeven». Wat weerhoudt het kabinet om, in navolging van het Verenigd Koninkrijk, ook hier te komen tot een «claw-back» systeem? Zou, vroegen

de leden van de PvdA-fractie, ook het Reclamebesluit Geneesmiddelen actief gebruikt kunnen worden om de prijzen te doen verlagen door een einde te maken aan de kortingen en bonussen voor apothekers behoudens de door het COTG goedgekeurde kortingen? Dit besluit beoogt toch een eind te maken aan excessieve kortingen en bonussen door een grens te stellen leggen tussen prijsreducties die getroffen kunnen worden bij doelmatig bestellen en leveren van geneesmiddelen en «verboden gunstbetoning».

Deze leden meenden dat bijvoorbeeld artikel 1.3 (Mede reclame is het aannemen of vragen van diensten of goederen in het kader van beïnvloeding van de afzet van geregistreerde geneesmiddelen) aangaf dat hiermee ook kortingen en bonussen zijn bedoeld.

En de toelichting bij artikel 17 wijst slechts op de toegelaten prijsreducties (conform het COTG) in het kader van de doelmatige bestelling en levering van geneesmiddelen. Hiermee had het departement toch reeds mogelijkheden een substantieel bedrag te kunnen bezuinigen.

De leden van de PvdA hechten sterk aan het maximaal bevorderen van substitutie van dure door goedkope voorzieningen. Deels zou dit kunnen worden bereikt door onderscheid te maken, ook in de maximering van de prijzen, tussen «specialités en generica». Daarmee blijft het aantrekkelijker voor de apotheek, gezien het prijsverschil, de generica voor te schrijven. Zij begrepen daarom nog steeds niet waarom een dergelijk onderscheid in deze wet niet is gemaakt.

Ook zou het aanbeveling verdienen, meenden deze leden, de apotheker het recht toe te kennen ook wanneer een specialité is voorgeschreven deze te vervangen door een generiek geneesmiddel.

Een derde mogelijkheid zou zijn verzekeraars het recht te geven daar waar zij, door bijvoorbeeld gunstiger inkoop (en dan kan het om meer gaan dan alleen de geneesmiddelen) lagere kosten kunnen genereren, de kosten die met deze activiteit gepaard gaan wèl te mogen verrekenen. Zij hadden de indruk dat – nadat enkele maatschappijen de bedongen kortingen op kunst- en hulpmiddelen en geneesmiddelen niet hadden doorgegeven – de regels en het toezicht daarop terecht zijn aangescherpt; maar wanneer de onkosten gepaard gaand met substitutie niet kunnen worden verrekend zou het het proces van substitutie aanzienlijk kunnen belemmeren.

Zij verzochten een reactie op deze drie mogelijkheden.

De discussie over de toelaatbaarheid van deze wet binnen het kader van het Europese recht had, zo constateerden deze leden, veel aandacht gekregen binnen delen van de vakpers. Waar ook andere Europese landen vormen van prijsbeleid voerden namen deze leden aan dat de Europese regelgeving inderdaad mogelijkheden bood prijzen te beïnvloeden vanuit de optiek van toegankelijkheid van de gezondheidszorg – in dit geval dus medicijnen – voor een ieder. De leden van de PvdA-fractie meenden overigens dat het meer in de reden zou liggen een gemeenschappelijk Europees beleid terzake af te spreken. Wanneer meer en meer lidstaten ertoe over gaan elkaars prijzen als referentie te benutten, waarbij bij sommige landen wel en bij anderen geen onderscheid gemaakt wordt tussen specialité's waarop nog octrooirechten rusten en generica's, ontstaat er een wel zeer ingewikkelde koppeling die de markt niet echt inzichtelijker maakt. Is de minister bereid na te gaan welke mogelijkheden daartoe bestaan? Uit de reactie in de Tweede Kamer op de toevoeging van Denemarken aan de referentielanden merkten deze leden op dat het bezwaar niet zozeer principieel alswel vooral praktisch van aard was. Zou het mogelijk zijn bij de evaluatie te betrekken wat er met de prijzen zou zijn gebeurd wanneer ook de prijzen in Denemarken als referentie zouden zijn betrokken?

De leden van de fractie van **D66** steunden van harte de doelstelling van het wetsvoorstel «de beschikbaarheid van geneesmiddelen tegen redelijke prijzen». De beheersbaarheid van de prijzen is daartoe noodzakelijk. Zij verwachtten dat het onderhavige wetsvoorstel daaraan zal bijdragen. Wel betreurden zij het dat de farmaceutische industrie, apothekers en andere veldwerkers niet uit eigen beweging tot prijsbeheersing zijn gekomen, maar integendeel door een ondoorzichtig afsprakenbeleid de prijs van de geneesmiddelen blijvend in stijgende lijn hebben doen gaan.

De behandeling in de Tweede Kamer en enkele ingekomen commentaren hadden deze leden aanleiding gegeven tot enkele nadere vragen:

– De minister heeft in de Tweede Kamer in antwoord op een vraag van Mevrouw Kamp gesteld dat patenten op geneesmiddelen in Europa op hetzelfde moment verlopen. Deze leden twijfelden of dit wel juist is. Het middel Zantac bijvoorbeeld heeft patent en dat verloopt in Duitsland in juli 1995 en in Nederland in september 1997. Hoe denkt de minister hiermee om te gaan in relatie tot de prijsvaststelling van dat medicijn in Nederland?

– Een probleem bij deze wet zijn de prijsverschillen die beïnvloed worden door valuta-ontwikkelingen. Als in andere landen contractuele afspraken zijn gemaakt op basis van de volume-prijsverhouding, dan zijn er weinig mogelijkheden voor de fabrikant valuta-correcties toe te passen. Erkent de minister dit probleem en in hoeverre zijn er prijscorrecties mogelijk binnen de wet die hiermee rekening houden? Hoe wordt door de minister het Nefarma alternatief gewaardeerd?

– Een belangrijk probleem bij de prijzen van geneesmiddelen zijn de apothekersmarges bij de generiek-fabrikaten. Gaat de minister ook deze marges te lijf?

– Het gevaar dreigt dat fabrikanten en importeurs een flink deel van hun achteruitgang zullen afwentelen op de groothandel. Deze groothandel zal daardoor het niveau van dienstverlening wellicht gaan verlagen door bijv. het tempo van levering. Hoe ziet de minister dit risico?

De leden van D66 sloten zich aan bij de vragen van de fracties van de VVD en het CDA over de Europees-juridische aspecten.

Hoe verwacht de minister het fenomeen van kortingen en bonussen door deze wet te beteugelen?

De leden van de fractie van **GroenLinks** hadden met vreugde kennis genomen van dit wetsvoorstel dat is bedoeld om een goede toegankelijkheid van de gezondheidszorg te waarborgen door de prijzen van de geneesmiddelen te maximeren op een gemiddeld Europees niveau. Eerdere pogingen om tot zelfregulering door de farmaceutische industrie te komen zijn mislukt.

Deze leden hadden wel behoefte de volgende vragen te stellen.

In artikel 19 luidt de tweede zin: «artikel 17, eerste lid vervalt met ingang van 1 januari 1999.» Artikel 17, eerste lid luidt: «in afwijking van artikel 8:2 van de Algemene wet bestuursrecht is beroep mogelijk tegen een besluit tot vaststelling van een maximumprijs.» Waarom vervalt de mogelijkheid van beroep per 1 januari 1999? De nota van verbetering gaat over het invoegen van een zin die betrekking heeft op het vervallen van de wet.

Is het geautomatiseerd informatie- en rekensysteem GENEUR (Geneesmiddelen Europa) inderdaad in januari 1996 operationeel? (Handelingen Tweede Kamer nr. 11, blz. 2544).

De toeslag per receptregel is in 1987 vastgesteld en was gebaseerd op een bezetting van 4.7 assisten per apotheek. Die prijs is daarna niet opnieuw vastgesteld hoewel de bezettingsgraad nu 5.1 is.

De minister verwacht dat het bonus-en-korting-systeem door een maximering van de geneesmiddelenprijzen vanzelf zal verdwijnen. Het lijkt de leden van de fractie van GroenLinks dat ook apothekers kosten-

dekkend moeten kunnen werken, waardoor zij bovendien ongevoeliger zullen worden voor aangeboden kortingen en bonussen.

Is de minister voornemens de toeslag per receptregel aan te passen en in overeenstemming te brengen met de huidige situatie?

Wanneer zal de evaluatie van het GVS ons bereiken?

De leden van de fractie van GroenLinks wilden graag nog de volgende twee vragen stellen die weliswaar niet rechtstreeks te maken hebben met de Wet geneesmiddelenprijzen, maar wel alles met de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.

Zolang patiënten/consumenten geen rekeningen onder ogen krijgen (zowel van geneesmiddelen als van andere voorzieningen) is het moeilijk om een kostenbewustzijn aan te kweken bij de afnemers van voorzieningen. Ziekenfondspatiënten krijgen nooit te zien wat het afnemen van de voorzieningen kost en de trend is nu dat ook rekeningen van particulier verzekerden rechtstreeks worden verrekend met de verzekeraar, zonder tussenkomst van de patiënt/consument.

Is de minister het eens met de leden van de fractie van GroenLinks dat dit versluitend werkt t.a.v. het inzicht in de kosten van de gezondheidszorg? Lijkt het de minister niet beter – om tot een beter kostenbewustzijn te komen – dat die trend wordt omgebogen en dat ook ziekenfondspatiënten inzicht krijgen in de rekeningen?

Rekeningen kunnen dan wel rechtstreeks worden verrekend met de verzekeraar, maar patiënten/consumenten – zowel via ziekenfonds als particuliere verzekering – krijgen een afschrift van de rekening en dus inzicht in de kosten.

De afstemming tussen huisartsen en (ziekenhuis)specialisten laat nog wel eens te wensen over. Er is soms zelfs sprake van een zekere concurrentie/competitie. Dat heeft naast een aantal andere nadelen, verspilling van o.a. medicijnen tot gevolg.

Is de minister zich van dit probleem bewust en is zij bereid en in staat hier iets aan te doen?

De leden behorende tot de fractie van de **SGP**, sprekende mede namens die van de fracties van de RPF en het GPV merkten op dat na jarenlange pogingen, dit wetsvoorstel de prijzen voor medicijnen zal moeten beteugelen.

Er wordt nu ingegrepen op het niveau van de aanbodzijde. Wordt ook nog gedacht aandacht te schenken aan de beheersing van marges in de distributie-sector?

Kan er niet gemakkelijk ongelijkheid ontstaan als de producent zich, voor overigens noodzakelijke geneesmiddelen, uitsluitend op de particuliere markt gaat richten?

Is er inzicht in de gezondheidswinst van medicijnen? Immers, een goed gebruik van bepaalde medicijnen kan «veelal» duurdere behandelingen voorkomen.

Het lid van de **SP**-fractie deelde mee volledig in te stemmen met een wet geneesmiddelenprijzen. Dit is de enige manier om geneesmiddelen tegen redelijke prijzen beschikbaar te houden.

Dit lid stemde echter niet in met het hoofdspoor van het kabinetsbeleid namelijk het bevorderen van de marktwerking in de geneesmiddelen-sector. Marktwerking draagt het risico in zich van kwaliteitsverlies, hogere kosten en een verminderde toegankelijkheid. De minister beaamt dat ervaringen in de VS er inderdaad op wijzen dat dit kan gebeuren, maar denkt dit in de hand te kunnen houden. Op welke wijze gaat de minister de effecten van de marktwerking meten? En is zij bereid indien de

marktwerking leidt tot genoemde negatieve effecten, minder ruimte aan de markt te laten?

Het lid van de SP-fractie stelt vast dat marktwerking zal worden gestimuleerd doordat nieuwe partijen, zoals groot-winkelbedrijven, managed-care, postorderfarmacie, een kans krijgen. Volgens een onderzoeksbureau van het Amerikaanse Congres liggen de prijzen van 77 veel voorgeschreven geneesmiddelen in de VS 60% hoger dan in Groot-Brittannië. De postorderfarmacie heeft hier blijkbaar niet tot matiging van de torenhoge prijzen geleid. Managed-care is in Nederland nog een onbekend fenomeen. In de VS is dit een bekend verschijnsel. En kwam vooral in het nieuws toen grote farmaceutische bedrijven heftige belangstelling toonden en een aantal managed-care bedrijven opkochten. Aan deze transacties worden veel voorwaarden gesteld omdat de vrees groot is voor «een industrie die languit in de bedrijfskolom gaat liggen.» Kan de minister meer inzicht geven in deze Amerikaanse ontwikkelingen? Wil de minister in Nederland ook richting deze managed care bedrijven? Op welke manier zal de controle en voorlichting worden bewaakt?

Het lid van de SP-fractie was van mening dat een prijsbeleid gepaard moet gaan met een samenhangend volumebeleid. Dit lid vreesde dat de farmaceutische industrie als ze niet meer in staat is door prijsverhogingen haar inkomsten te verhogen haar volume zal trachten te vergroten. De Raad van State waarschuwde hier al voor in zijn commentaar op het wetsvoorstel. Hij wees er in dit verband op dat in sommige andere landen lagere prijzen samengaan met een veel hoger geneesmiddelenverbruik. Ook de KNMP waarschuwt voor het gevaar dat de consumptie van geneesmiddelen toeneemt.

De minister vreest geen effect op toename volume omdat zij geen verandering van het voorschrijfgedrag van artsen verwacht. Dit zou anders worden, aldus de minister, als de farmaceutische industrie zou besluiten haar nu al aanzienlijke marketinginspanningen te intensiveren.

Ondertussen heeft de minister recent (28 december 1995) besloten de reclame op geneesmiddelen onder staatstoezicht te brengen. Zij ziet daarmee af van haar eerdere plannen de zelfregulering door de branche zelf, voort te zetten.

Het lid van de SP-fractie vond dit een stap in de goede richting. Wel wilde hij van de minister weten of zij ook van plan is op te gaan treden tegen misleidende reclame en de zogeheten cadeaucultuur: het bieden van apothekers en artsen van voordelen in de vorm van geld en cadeautjes om haar producten aan de man te brengen. Nog steeds immers worden snoepreispjes, faxen, computers en uitstapjes naar pretparken aangeboden en aanvaard. Het beste zou zijn, aldus het lid van de SP, een totaal verbod op reclame voor geneesmiddelen in te stellen.

Kan de minister inzicht geven in de bedragen die nu worden uitgegeven aan promotie en verkoopbevordering van geneesmiddelen? Is het waar dat de fabrieksprijs voor 27% uit marketingkosten bestaat (700 miljoen jaarlijks)? Wat vindt de minister van de maatregelen in Engeland waar een maximum percentage van 6% is gesteld aan reclame voor geneesmiddelen door pillenfabrikanten?

Is de minister in elk geval bereid in de gaten te houden of de uitgaven aan reclame toenemen en zonodig maatregelen te nemen? In tegenstelling tot de minister, vreest het lid van de SP-fractie namelijk wel dat met de invoering van de prijzenwet, de fabrikanten de druk op de huisartsen zullen intensiveren. Men blijkt zelfs tot hardere maatregelen over te gaan en deze druk naar de patiënten te verplaatsen. Zo is er recent (december 1995) een direct-mail naar diabetespatiënten gegaan om bij hen producten af te nemen in ruil voor kortingen, cadeautjes of een gratis weekend Brussel. Is het waar dat deze brief inmiddels is ingetrokken en als niet verstuurd moet worden beschouwd? Vindt de minister deze

agressieve directe benadering van patiënten geoorloofd?

Het voorschrijfgedrag van artsen is een belangrijke factor bij het medicijngebruik en dus ook de beperking daarvan. Kan de minister aangeven of en waarom er verschillen in voorschrijfgedrag bestaan? Komt er ook voor specialisten een therapeutisch overleg?

Naast reclame-intensiveringen kan de farmaceutische industrie het volume trachten te beïnvloeden door het gebruik van onvoordelige verpakkingen. Door Nefarma wordt al gesproken over een druk op de fabrikanten om terug te gaan naar grootverpakkingen. Hoe gaat de minister dit voorkomen?

Het lid van de SP-fractie was van mening dat zelfzorgmiddelen die niet vergoed worden onder de werking van de prijzenwet moeten vallen. Hij betreunde zeer dat naar aanleiding van de beraadslagingen in de Tweede Kamer besloten is de wel voor vergoeding in aanmerking komende zelfzorgmiddelen ook buiten de werking van de wet te laten vallen. De minister wil echter de markt een jaar de kans te geven. Mogen we begin 1997 een evaluatie hiervan verwachten? En is de minister bereid hierbij niet vergoede zelfzorgmiddelen mee te nemen?

Het lid van de SP-fractie wilde graag een reactie van de minister op de prijsstijging van 85% van het geneesmiddel Renitec. De fabrikant Merck Sharpe & Dohme (MSD) zou deze prijsverhoging, die zij zelf absurd noemt, ingevoerd hebben ter compensatie van de prijsverlaging door VWS van het geneesmiddel ZOCOR 10. Kan de minister dit toelichten? Zijn dit soort compensatiemechanisme in de toekomst nog meer te verwachten?

Het lid van de SP-fractie deelde mee voor een streng sanctiebeleid in de Wet Geneesmiddelenprijzen te zijn. Hij vroeg zich af of een boete van 100 000 gulden voldoende afschrikkende zal hebben. Wat denkt de minister hiervan?

Het lid van de SP-fractie betreunde de derde nota van wijziging, waarbij bepaald is dat de wet vervalt met ingang van het vijfde kalenderjaar na dat jaar waarin voor het laatst een regeling ingevolge artikel 2, eerste lid, heeft gegolden.

Zelfs indien prijsingrepen gedurende vijf jaar niet nodig zijn geweest, hechtte dit lid er zeer aan de wet als stok achter de deur te houden en indien nodig weer toe te passen.

Het lid **Hendriks** deelde mee met belangstelling kennis te hebben genomen van de voorgestelde nieuwe wet, vooral omdat zijn partijgenote Nijpels reeds in 1994 suggesties van een dergelijke aard aan de regering heeft gedaan. Zij stelde toen voor de Nederlandse geneesmiddelenprijzen aan te passen aan het gemiddeld 40% lagere Europese niveau. Indien het mogelijk zou zijn dienovereenkomstige prijsafspraken met de farmaceutische industrie te maken zou dat een besparing van minstens een miljard opleveren, kon toen worden berekend.

Het stemt tot voldoening te constateren dat nu een wetsvoorstel wordt gelanceerd dat ruwweg dezelfde bedoeling heeft. Al is het dan ditmaal in relatie tot de prijzen van slechts vier Europese landen, de uitwerking zal toch een belangrijk besparend effect kunnen hebben.

Het ligt voor de hand dat de farmaceutische industrie en groothandel niet zo gelukkig zijn met deze wet. Met name van de kant van Nefarma sneeuwt het brieven. Dit lid zei zich echter niet aan de indruk te kunnen onttrekken dat winstbejag hierbij een belangrijke onderliggende reden is.

In de aangevoerde argumenten zag hij in ieder geval geen aanleiding om af te zien van deze beteugeling van de hoogte van de prijzen van onze Nederlandse medicijnen.

Wel zei dit lid te willen wijzen op het risico dat bepaalde middelen, die niet in het pakket zijn opgenomen, niet in aanmerking komen voor vergoeding voor ziekenfondsverzekerden, in tegenstelling tot particulier verzekerden. Weliswaar heeft de minister om dit te voorkomen terzake afspraken gemaakt met de Zorgverzekeraars Nederland, maar of deze «vrijwillige convergentie» een blijvend goed zal zijn is hoogst onzeker. Hoe dit ook zij, dit lid deelde mee dat hij het zeer zou toejuichen wanneer wat dit betreft concrete, definitieve afspraken met de zorgverzekeraars zouden kunnen worden gemaakt en dat dit wetsvoorstel door zijn fractie ten zeerste werd verwelkomd.

De voorzitter van de commissie,  
Ter Veld

De griffier van de commissie,  
Nieuwenhuizen