

Vergaderjaar 2018–2019

**35 137**

## **Wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen in verband met een aanpassing van de referentielanden**

**Nr. 6**

### **VERSLAG**

Vastgesteld 26 maart 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord, acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

### **Inhoudsopgave**

**blz.**

I. Algemeen	1
1. Inleiding	2
2. Inhoud wetsvoorstel	2
3. Verhouding tot het Europees recht	7
4. Gevolgen	7
5. Uitvoering	8
6. Consultatie	8

### **I. ALGEMEEN**

De leden van de **VVD-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het voorliggende voorstel. De medische zorg in Nederland is van zeer hoog niveau, om deze hoge kwaliteit te behouden voor de toekomst moet er continu gekeken worden naar mogelijke verbeteringen. Een aanpassing van de referentielanden is een verbetering die de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de toekomst borgt. Wel hebben deze leden hierover enkele vragen.

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van de voorgenomen wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) in verband met een aanpassing van de referentielanden. Deze leden hebben enkele vragen bij dit wetsvoorstel.

De leden van de **D66-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het besluit om Duitsland door Noorwegen te vervangen als referentieland voor het vaststellen van de maximumprijzen van geneesmiddelen op grond van de Wet geneesmiddelenprijzen. Zij hebben nadere vragen over dit besluit.

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van de Wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen in verband met een aanpassing van de referentielanden en zij vinden het onverstandig en teleurstellend dat de regering niet kiest voor een aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen door middel van invoering van het Noorse model, teneinde de macht van de farmaceutische industrie verder in te perken.

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met teleurstelling en verbazing kennisgenomen van de voorgenomen wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen. Deze leden vragen zich af waarom de regering ervoor kiest om geen gebruik te maken van de mogelijkheid om tot lagere prijzen voor dure specialité geneesmiddelen in Nederland te komen. Deze leden begrijpen niet waarom ervoor gekozen wordt geld aan de farmaceutische industrie te betalen in plaats van een besparing te realiseren die doorwerkt in een lagere premie voor verzekerden.

### *1. Inleiding*

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de regering heeft gezocht naar een balans tussen beschikbaarheid en betaalbaarheid. Deze leden lezen dat de regering om die reden ervoor gekozen heeft om het aantal landen niet uit te breiden, maar Duitsland te vervangen door een ander referentieland. Kan de regering nader onderbouwen waarom dit beter is voor de beschikbaarheid en betaalbaarheid? Is de introductie van innovatieve middelen ook expliciet onderdeel geweest van de afweging en wat was hierbij de conclusie van de regering?

De leden van de **PvdA-fractie** vragen hoeveel lager de prijzen voor specialités in Noorwegen liggen dan in Nederland.

### *2. Inhoud wetsvoorstel*

De regering heeft naar mening de leden van de **VVD-fractie** zeer overtuigend toegelicht waarom voor het referentieland Noorwegen gekozen is in plaats van voor de andere genoemde kandidaten. Genoemde leden merken op dat Noorwegen geen deel uitmaakt van de Europese Monetaire Unie (EMU) en dat Noorse geneesmiddelenprijzen dus in een andere munteenheid worden bijgehouden dan die van bijvoorbeeld Finland en Oostenrijk. Zoals in de memorie van toelichting beschreven wordt, hangen de daadwerkelijke besparingen hierdoor onder meer af van de wisselkoers van de Noorse kroon. Is er een specifiek moment waarop deze koers vastgelegd wordt in de beoordeling van een gemiddeld prijspunt? Kan de regering toelichten hoe omgegaan wordt met mogelijk wisselende koersen bij het bepalen van de geneesmiddelenprijzen?

Als het gaat om beschikbaarheid van geneesmiddelen, is naast een betaalbare prijs ook de daadwerkelijke beschikbaarheid van een geneesmiddel in Nederland van belang. Eén de manieren om medicijntekorten te voorkomen is parallelimport. Dankzij die import kan snel ingespeeld worden op eventuele tekorten in Nederland. Deelt de regering de zorgen van de Vereniging Euro Specialité's (VER) over de negatieve effecten van de voorliggende wetgeving voor de parallelimporten van geneesmiddelen uit de Europese Unie (EU) en de Europese Economische Ruimte (EER)? Zo ja, welke maatregelen neemt de regering om te voorkomen dat medicijn-

tekorten vanwege teruglopende parallelimporten zullen toenemen? Zo nee, waarom niet?

De regering schrijft dat voor specialités het gemiddelde prijsniveau in Nederland ruim boven het Europees gemiddelde ligt. De leden van de **CDA-fractie** vragen of de regering dit met enkele voorbeelden kan onderbouwen. Deze leden vragen tevens of hierbij vergeleken wordt met de gemiddelde prijs van alle landen in Europa. Kan de regering aangeven of het gemiddelde prijsniveau in Nederland ook hoger of juist lager is dan het gemiddelde in landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau als Nederland?

Genoemde leden vragen of het vervangen van Duitsland door Noorwegen als referentieland tot hogere maximumprijzen in Noorwegen zou kunnen leiden. Deze leden vragen tevens welke vijftien landen Nederland als referentieland gebruiken voor het vaststellen van de maximumprijzen in hun land. Zijn dit naar de mening van de regering allemaal landen die een vergelijkbaar welvaartsniveau hebben als Nederland? Zitten hier naar de mening van de regering landen tussen die ervoor zorgen dat het maximumprijsniveau in Nederland hoger ligt dan wanneer zij Nederland niet als referentieland zouden nemen?

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan aangeven wat de stand van zaken is van het separate wetgevingstraject waarin de andere wijzigingen van de Wgp worden opgenomen. Wanneer kan de Kamer dit wetsvoorstel verwachten? Hoe staat het met het onderzoek naar de vraag of de bezwaar- en beroepsprocedures en de handhavingsinstrumenten nog voldoen<sup>1</sup>? Op welke wijze wordt de samenhang tussen de verschillende voorstellen bewaakt? Waarom is er bijvoorbeeld niet voor gekozen om alle voorgenoemde wijzigingen in één wetsvoorstel voor te leggen?

De regering schrijft dat een belangrijke voorwaarde om een land als referentieland te kunnen kiezen is dat er een algemeen aanvaarde prijslijst is, met prijsinformatie die toereikend is voor de vaststelling van de maximumprijzen. De leden van de CDA-fractie vragen of de prijsinformatie van een referentieland voldoende is als er geen informatie bekend is over kortingen die fabrikanten geven op de prijs. Klopt het bijvoorbeeld dat in Duitsland de officiële maximumprijzen (veel) hoger liggen dan de daadwerkelijk betaalde prijzen?

Genoemde leden vragen waarom de regering ervan overtuigd is dat het uitbreiden van het aantal referentielanden er toe zou leiden dat het gemiddelde prijsniveau voor met name specialités in Nederland het Europees gemiddelde onvoldoende zou benaderen. Waarom zou het Europees gemiddelde beter benaderd worden met het vervangen van een referentieland, in plaats van het uitbreiden van het aantal referentielanden?

De regering geeft aan dat de gehanteerde rekenmethode van het Noorse model kan leiden tot een negatieve prijsspiraal, zeker als naast Noorwegen en Nederland meer Europese landen dit model zouden hanteren. De leden van de CDA-fractie vragen of er andere Europese landen zijn die overwegen het Noorse model te gaan hanteren. Zij vragen tevens of de regering van mening is dat het hanteren van een Noors model de onderlinge solidariteit tussen Europese landen zou aantasten. Deze leden vragen welke andere Europese landen Noorwegen gebruiken als referentieland. Waar zitten de verschillen met de 15 landen die Nederlandse prijzen meenemen in hun prijsberekening? Kan de regering met een rekenvoorbeeld aangeven waarom lage prijzen in Nederland in meer landen doorwerkt in lagere prijzen dan eenzelfde lage prijs in Noorwegen?

De leden van de CDA-fractie vragen wat volgens de regering de reden is dat de (officiële) prijzen in Duitsland op dit moment ver boven het

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2017/18, 29 477, nr. 489.

gemiddelde Europese prijsniveau liggen. Was dit bij de invoering van de Wgp in 1996 anders? Welke andere Europese landen gebruiken nu nog Duitsland als referentieland?

Deze leden vragen of de regering heeft overwogen om het aantal referentielanden uit te breiden met Finland, Zweden én Noorwegen. Welke gevolgen voor de maximumprijzen zou dit hebben gehad? De leden van de CDA-fractie vragen hoe vaak Noorwegen de maximumprijzen herijkt. Heeft de regering overwogen om de Wgp zodanig aan te passen dat er in Nederland minder herijkingsmomenten zijn? Zo nee, waarom niet?

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de prijzen van spécialités boven het Europees gemiddelde liggen. Dat geldt met name voor spécialités die geen concurrentie ondervinden. Voor hoeveel spécialités is dit het geval? Is nader onderzocht door welke oorzaak andere Europese landen voor deze middelen wel lagere prijzen hebben kunnen afspreken? Zitten hierbij ook middelen waarbij de overheid zelf over de prijs heeft onderhandeld? De regering schetst voorts dat een lagere maximumprijs gevolgen kan hebben voor beschikbaarheid, omdat farmaceuten ervoor kunnen kiezen een middel niet of later in Nederland aan te bieden. Aangezien het met name gaat om spécialités die geen concurrentie kennen, zijn er voor deze middelen alternatieven en wat betekent het wegvallen van die spécialités voor patiënten?

De leden van de **SP-fractie** vragen welke aanwijzingen er zijn dat het invoeren van het Noorse model tot een *race to the bottom* zal leiden, zoals de memorie van toelichting stelt. De regering stelt dat te lage prijzen de beschikbaarheid van geneesmiddelen in gevaar zal brengen, maar hoe verhoudt dit zich tot het feit dat de tekortenproblematiek de afgelopen tijd juist sterk zijn toegenomen? In Noorwegen ligt het prijsniveau aanzienlijk lager dan in Nederland, kan de regering aangeven welke invloed het berekeningssysteem in Noorwegen heeft gehad op de beschikbaarheid van geneesmiddelen en hoe zich dat verhoudt tot de Nederlandse situatie? Kan hierbij een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen generieke en specialité geneesmiddelen?

Voorts vragen deze leden zich over solidariteit af met wie precies gesproken wordt als gesteld wordt dat het vanuit het oogpunt van solidariteit niet wenselijk is om het Noorse model toe te passen, omdat er een negatieve prijsspiraal naar beneden zou ontstaan. Deze leden vragen of dit niet vooral solidariteit met farmaceuten inhoudt, die op deze manier niet gedwongen worden lagere prijzen te vragen voor hun geneesmiddelen. Het kan in ieder geval geen solidariteit met patiënten inhouden, die soms duizenden euro's kwijt zijn aan geneesmiddelen. Bovendien, is niet juist het doel om op Europees niveau samen te werken om torenhoge prijzen voor geneesmiddelen te voorkomen, wat betekent dat de invoering van het Noorse systeem juist solidair is? Er wordt gesteld dat als de prijzen lager zijn, nieuwe medicijnen wellicht pas later beschikbaar zijn. Welke andere verdere maatregelen zal of kan de regering nemen om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te garanderen en toch de prijs aanzienlijk te verlagen?

De leden van de SP-fractie vragen om een reactie op de stelling van de Raad van State dat de vergelijkbaarheid steviger is met een uitgebreider aantal referentielanden. In de beantwoording hierop wordt gesteld dat in de Wgp is opgenomen dat indien slechts één van de referentielanden een prijs heeft vermeld in de aangewezen prijslijsten, er geen maximumprijs wordt vastgesteld. Genoemde leden vragen of een situatie waarin het dus wel mogelijk is om een maximumprijs vast te stellen, gebaseerd op slechts twee of drie beschikbare prijzen uit referentielanden, dus wel wenselijk wordt geacht. Waarom wordt deze wijziging van de Wgp niet aangegrepen om meer referentielanden aan te wijzen voor het geval er

geen aangewezen prijslijsten beschikbaar zijn in één of meer van de aangewezen referentielanden?

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel het verschil in prijsniveau gemiddeld bedraagt bij specialités op dit moment en wat de besparingen zijn als de prijs zakt tot op of onder het gemiddelde. Wat zou de besparing zijn bij invoering van het Noorse model? Hoe verhoudt het gegeven, dat voor specialités het gemiddelde prijsniveau in Nederland nog altijd ruim boven het Europese gemiddelde ligt, zich tot het feit dat de totale uitgaven aan geneesmiddelen al lager ligt dan het Europese gemiddelde? Betekent deze tegenstelling niet dat er op de verkeerde plek bespaard wordt? Kan in de beantwoording onder andere worden ingegaan op de rol van generieke en parallel geïmporteerde geneesmiddelen alsook de Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)-herberekening?

De leden van de **PvdA-fractie** vragen of in alle gevallen de maximale (Wgp)-prijs, die de apotheekinkoopprijs wordt genoemd, ook werkelijk wordt betaald of dat er sprake is van bonussen en/of kortingen op de maximumprijs volgens de Wgp. Zo ja, hoeveel verschilt de werkelijke inkoopprijs van de maximum Wgp-prijs?

Genoemde leden vragen waarom in de memorie van toelichting nadrukkelijk wordt gesteld dat niet het laagst mogelijke prijsniveau wordt beoogd maar een goede balans tussen betaalbaarheid en tijdige beschikbaarheid.

In de oorspronkelijke memorie van toelichting vinden deze leden niet terug dat het doel van de wet ook tijdige beschikbaarheid zou zijn. In paragraaf 1 wordt onder «Doelstelling» geconstateerd dat de prijzen in Nederland aanzienlijk hoger liggen dan het Europees gemiddelde prijsniveau, en dat dat niet aanvaardbaar is. Als grondslag voor de Wet geneesmiddelenprijzen noemt de memorie van toelichting «een algemeen beleid tot structurele beheersing van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg, ten einde ook in de toekomst de toegankelijkheid van de zorg te kunnen waarborgen». Als primaire doelstelling van de wet noemt de memorie van toelichting de waarborging van de toegankelijkheid van de zorg. Hoe kan de doelstelling van de Wet geneesmiddelenprijzen opeens zijn veranderd? En als de oorspronkelijke doelstelling van de wet, het waarborgen van de toegankelijkheid van de zorg, nog steeds geldt, waarom wordt er, gezien de ieder jaar stijgende premie voor de Zorgverzekeringswet, dan niet voor gekozen om in deze wetswijziging maximaal haalbare besparingen te realiseren?

Ook vinden deze leden in de memorie van toelichting bij de Wgp niet terug dat de werking van de wet in samenhang met andere maatregelen gezien moet worden. Natuurlijk bestaat het beleid in Nederland uit meerdere maatregelen die gericht zijn op het behouden van de toegankelijkheid van de zorg. Maar het feit dat er meerdere maatregelen zijn, betekent voor de leden van de PvdA-fractie niet dat het daarom dus niet nodig is om ook met deze wetswijziging te proberen zo veel mogelijk te besparen op de vaak zeer hoge prijzen voor specialité geneesmiddelen. Kan uitgelegd worden waarom de regering meent dat dat niet nodig zou zijn?

De leden van de PvdA-fractie zijn het eens met de regering dat de Wgp voor specialités nog steeds een belangrijk instrument is om een goede balans tussen betaalbaarheid en beschikbaarheid te waarborgen, aangezien voor veel specialités geldt dat de Wgp de maximumprijs bepaalt. Aangezien in Nederland het gemiddelde prijsniveau nog altijd ruim boven het Europese gemiddelde ligt, verbaast het deze leden dat de regering er niet voor kiest de Wgp verder aan te scherpen door meer referentielanden te gebruiken en de Noorse berekeningswijze te gebruiken. De regering constateert immers zelf dat in de nabije toekomst de toegankelijkheid van behandeling met nieuwe dure geneesmiddelen

onder druk kan komen te staan en dat de stijgende uitgaven voor nieuwe geneesmiddelen kunnen leiden tot verdringing van andere zorg. Genoemde leden vragen of de regering van mening is dat er in Noorwegen sprake is van een gebrek aan solidariteit met andere Europese landen. Kan een overzicht gegeven worden van het welvaartsniveau en het prijsniveau voor geneesmiddelen van de landen die Noorwegen als referentielanden gebruikt? En kan van de landen worden aangegeven of er sprake is van een goede beschikbaarheid van toegankelijke en betrouwbare prijsinformatie?

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de regering er niet voor kiest om het Europese prijsgemiddelde beter te benaderen door naast uitbreiding van het aantal referentielanden ook de rekensystematiek aan te passen conform het Noorse model. Deze leden lezen in de memorie van toelichting dat het Noorse model kán leiden tot een negatieve prijsspiraal. Is in Noorwegen sprake van een negatieve prijsspiraal? Zo nee, waarom niet? Kan uitgelegd worden wanneer deze negatieve prijsspiraal wel zal optreden? Is het aannemelijk te veronderstellen dat als Noorwegen en Nederland hetzelfde model hanteren, er binnen afzienbare tijd een negatieve prijsspiraal zal optreden? Kan uitgelegd worden hoe dit zal ontstaan en in welke mate dit aannemelijk is om te verwachten?

Genoemde leden vragen hoeveel sterker de prijzen in Nederland bij een Noors model zouden dalen ten opzichte van de voorgestelde aanpassing. Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat fabrikanten bij een dergelijk prijspeil in Nederland een nieuw geneesmiddel niet of later in Nederland lanceren? Immers, andere landen fungeren ook als referentieland en later introduceren zou alleen maar betekenen dat de prijs dan wat later daalt in de andere landen waarvoor Nederland als referentie geldt. Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat een geneesmiddel van de Nederlandse markt zal worden gehaald wanneer het Noorse model hier wordt ingevoerd? Is er in Noorwegen ooit een geneesmiddel van de markt gehaald vanwege de lage prijs? Worden in Noorwegen bepaalde geneesmiddelen niet op de markt gebracht? Zo ja, welke? Kan aangegeven worden op welke wijze fabrikanten van geneesmiddelen tot nu toe hebben gereageerd op het Noorse model en welke gevolgen dit model voor de Noorse geneesmiddelenmarkt heeft gehad?

Deze leden vragen waarom de Minister voor Medische Zorg niet het initiatief neemt om samen met de andere Benelux landen, Oostenrijk en Ierland, waarmee al samengewerkt wordt, het Noorse model in te voeren. Daarmee wordt toch het risico van later op de markt brengen of van de markt halen verkleind, terwijl de prijzen dalen?

De leden van de PvdA-fractie vragen of het juist is dat het Noorse model toekomstbestendiger is dan het voorgestelde Nederlandse model en of het zo is dat in het Noorse model een landenherschikking zoals nu voorligt niet aan de orde zou zijn.

Zij vragen of het klopt dat met meer referentielanden de kans dat een geneesmiddel niet onder de Wgp valt, zal afnemen. Immers, met meer referentielanden zijn er altijd wel twee landen waar het betreffende geneesmiddel in de handel is. Wanneer een geneesmiddel geen Wgp-limiet krijgt is het toch zo dat de fabrikant zelf een (hoge) een prijs kan bepalen? Met meer referentielanden is de opbrengst van de Wgp dan toch groter?

De leden van de PvdA-fractie vragen of het in de huidige situatie zo is dat geneesmiddelen snel verkrijgbaar zijn in Nederland. Deze leden krijgen signalen dat fabrikanten er op uit zijn om een geneesmiddel eerst in Nederland en Zweden te registreren omdat in deze landen niet veel weerstand wordt geboden tegen de vraagprijs. Vaak wordt de vraagprijs als apotheekinkoopprijs genoteerd. Vervolgens kan de fabrikant dan met deze hoge uitgangsprijs verder onderhandelen in landen als Italië, Frankrijk en Spanje. Dankzij Nederland kan een fabrikant dus ook in andere landen een hogere prijs vragen.

Genoemde leden vragen welke invloed éénmaal per jaar herijken (zoals in Noorwegen), in plaats van tweemaal per jaar bij gelijktijdige invoering van het Noorse model, zou kunnen hebben. In welke mate zou daarmee het risico van geneesmiddelen niet op de markt brengen of een geneesmiddel van de markt af halen veranderen? Wat zou dat precies betekenen voor de kosten en voor de prijzen c.q. de besparingen?

### *3. Verhouding tot het Europees recht*

De regering schrijft dat kan worden afgeweken van de vastgestelde maximumprijs als aangetoond wordt dat een geneesmiddel niet met redelijke winst in Nederland kan worden afgezet (art. 3, tweede lid Wgp). De leden van de **CDA-fractie** vragen of ooit van deze mogelijkheid gebruik is gemaakt. Moeten fabrikanten in een dergelijk geval overtuigend kunnen bewijzen dat de maximumprijs te laag is om met een redelijke winst in Nederland een geneesmiddel in Nederland af te zetten? Hoe kunnen zij dit aantonen? Wat wordt in dit geval verstaan onder een redelijke winst?

### *4. Gevolgen*

De leden van de **CDA-fractie** vragen of het klopt dat de besparing van 160 miljoen euro structureel, die in de brief van 15 juni 2018 is aangekondigd, alleen uit de extramurale geneesmiddelen gehaald wordt. Zij vragen welke effecten de wisselkoers van de Noorse kroon kan hebben op de totale besparingen. Kan de regering aangeven welke effecten de wisselkoers van de Britse pond in de afgelopen jaren heeft gehad op de maximumprijzen in Nederland en hoeveel in Nederland in de afgelopen jaren bespaard is door het verloop van de wisselkoers van de Britse pond? Is dit voor zowel intramurale als extramurale geneesmiddelen aan te geven?

Genoemde leden vragen of het klopt dat in het SFK-rapport «Doorrekening mogelijke wijzigingen Wet Geneesmiddelenprijzen» informatie over – en inzicht in de (mogelijke) effecten van referentielandwijziging voor wat de intramurale markt betreft, ontbreekt. Op welke wijze is de besparing op de intramurale geneesmiddelen berekend, als deze informatie en inzicht ontbreekt?

De leden van de CDA-fractie vragen wat de gevolgen zijn van de aanpassing van de Wgp voor de (tijdige) beschikbaarheid van geneesmiddelen voor patiënten in de 15 landen die Nederland als referentieland hanteren.

Zij vragen of de regering via een onafhankelijke partij onderbouwd inzicht heeft geprobeerd te krijgen in de mogelijke gevolgen voor de (tijdige) beschikbaarheid van geneesmiddelen in Nederland.

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) heeft in haar brief aangegeven open te staan voor het leveren van een bijdrage aan een impactanalyse en een monitor. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering op dit aanbod in wil gaan, en zo ja, op welke wijze de KNMP een bijdrage hieraan kan leveren.

De leden van de **PvdA-fractie** vragen welke financiële effecten een wijziging zou hebben waarbij het Noorse model wordt ingevoerd (met de Noorse berekeningswijze). Welke besparing zou op deze wijze behaald kunnen worden?

Welke besparing zou op intramurale geneesmiddelen behaald kunnen worden als tegelijkertijd overgegaan zou worden naar een systeem waarbij ziekenhuizen de netto-inkoopprijs van dure geneesmiddelen bij verzekeraars declareren in plaats van de *add-on* bekostiging?

Hoe staat de aangegeven opbrengst in verhouding tot de door het Centraal Planbureau (CPB) in 2015 berekende opbrengst van 245 miljoen euro, waarbij het CPB de intramurale markt nog niet eens meenam? Deze leden vragen hoe de monitoring van de effecten van deze wijziging van de Wgp wordt vormgegeven.

#### *5. Uitvoering*

De leden van de **CDA-fractie** vragen waarom het «inlezen» van de prijslijst van een nieuw referentieland eenmalig een doorlooptijd van ongeveer negen tot twaalf maanden vergt. Deze leden vragen of inwerkingtreding van deze wetwijziging per 1 januari 2020 hierdoor niet in gevaar komt.

De leden van de **PvdA-fractie** vragen naar het verschil in eenmalige en structurele kosten tussen de voorgestelde aanpassing en invoering van het Noorse model (aantal referentielanden en Noorse berekeningswijze) met respectievelijk één- en tweemaal per jaar een herijking.

#### *6. Consultatie*

De leden van de **CDA-fractie** vragen of door alle geconsulteerde partijen adviezen zijn uitgebracht over dit wetsvoorstel – en zo ja, of dit openbare adviezen betreft. Hoeveel van deze adviezen zijn opgenomen in het hoofdstuk van de memorie van toelichting over de belangrijkste punten uit de consultatie? Van welke partijen zijn de adviezen hierin meegenomen?

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de regering de effecten van dit wetsvoorstel zal monitoren. Op welke wijze en hoe vaak wordt de Kamer over de resultaten hiervan geïnformeerd? Hoe wil de regering monitoren of de beschikbaarheid van geneesmiddelen in Nederland wijzigt als gevolg van de vervanging van Duitsland door Noorwegen als referentieland, los van andere oorzaken?

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker