

GVS-Twijfels: Kostenreductie en Kwaliteitstoename?

Door: Drs. L.F.M. van der Hoeven *

Farmaceutisch Nieuws - mei 1991 p. 250 - 251.

Jarenlang probeert het Ministerie van WVC het geneesmiddelenprijspeil te beheersen via het treffen van allerlei vruchteloze maatregelen. Het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) lijkt vanaf 1 juli definitief een keuze inperking op te leggen in het voordeel van generieke producten. Hierdoor hoopt staatssecretaris Simons van het Ministerie van WVC de geneesmiddelenuitgaven te gaan beperken. De noodzaak van dit ingrijpen vloeit voort uit de macro-economische doelstellingen van de kabinetten Lubbers I, II en III.

Macro-Economische achtergrond

Door de tweede oliecrisis in 1973 raakte Nederland in grote financiële problemen. De werkloosheid liep op van 248.000 in 1980 tot 822.000 in 1984. Het aantal werklozen als percentage van de afhankelijke beroepsbevolking liep van 6% tot 17,2% op (1). De collectieve uitgaven zijn in 1983 toegenomen tot 71,4 cent per gulden van het nationaal inkomen. Het winstaandeel in het nationaal inkomen belandt op een historisch dieptepunt. In 1960 bedroeg dit aandeel nog 27 cent per in Nederland verdiende gulden, doch slinkt tot 10 cent in 1980(2). De centrale doelstellingen van Lubbers I, II en III vormen dus werkloosheidsbestrijding, winstherstel en terugdringing van collectieve uitgaven. Het kabinet probeert het verschil tussen de bruto- en nettolasten te verminderen. Dit verschil bedraagt in de meeste industrielanden 30%, doch in Nederland en Zweden ligt dit op zo'n 60%. Nederland moet dus de reële loonkosten per eenheid produkt laten dalen om de exportpositie te versterken. Dat levert op haar beurt winstherstel,

investeringen, werkgelegenheid en lagere sociale lasten op. Door een werkelijke koopkrachtdaling in deze periode met 5 tot 10%, nemen reële loonkosten per eenheid produkt af van 110,5 in 1975 tot 91,8 in 1990. Nederland verandert binnen Europa van een land met de hoogste tot en met de laagste produktiekosten (3). Tijdens deze regeerperiode worden de collectieve uitgaven dus terug gedrongen of een nul-groei toegestaan. Om de gezondheidszorg-uitgaven af te remmen, begint men bij de intramurale zorg. In 1982 immers kost een verpleegdag bijna tweemaal zoveel als in 1975, zonder dat er duidelijk aanwijsbare kostenplaatsen bestaan. Men neemt een groot aantal maatregelen zoals de ziekenhuisbudgettering, bevorderen van extramurale zorg, personeelslasten beperken - 75% van de sectorkosten - verlaging beddenorm, verkorten van de verpleegdagen en geneesmiddelenkosten beperking.

Geneesmiddelenmarkten
Europese overheden proberen op verschillende wijzen farmaciekosten te beperken. Het grote prijsverschil tussen landen lokt dit soort maatregelen uit. Zo betalen Nederlandse, Deense en Duitse consumenten meer dan tweemaal zoveel voor geneesmiddelen dan Portugezen, Fransen, Spanjaarden en Grieken(4). In België leidt een prijsmaatregel tot een prijspeil dat de helft van het Nederlandse bedraagt. In de Scandinavische landen heeft men het aantal markt-toelatingen beperkt. Frankrijk versterkt de concurrentie tussen apothekers door het

liberaliseren van vestigingsvergunningen. Meer distributie-verkooppunten leidt tot meer concurrentie en dus tot lagere prijzen. West-Duitsland voert sinds een jaar een ijkprijzensysteem. Evaluatie ervan blijkt tot verdeelde opvattingen aanleiding te geven. Nederland voert tot heden een zeer liberaal en multinationals-vriendelijk beleid. Alle Nederlandse markt-reguleringspogingen om de volledige vrije prijsvorming te reguleren, falen tot nu toe.

Tot de Nederlandse markt zijn 7.924 middelen toegelaten tot 1990(5), waarvan 75% wordt ingevoerd(6). De Nederlandse markt omzet bedraagt slechts 0,8% van de wereldwijde "pillenhandel". Toch blijkt het merendeel van deze bijna 8.000 middelen in een huisartsenpraktijk onnodig. Zo bevat het Nijmeegse Huisartsen Formularium slechts 260 middelen - 3,3% van het aantal toegelaten middelen(7). Bij onderzoek onder huisartsen in Rotterdam en Zwolle blijkt men ongeveer 90 (1 1/8 % van de Nederlandse markt-toelatingen) verschillende middelen voor te schrijven, waarvan cardiovasculaire, pijnstillers, antireumata, sedativa en hypnotica het grootste deel uitmaken(8). Het lijkt dus mogelijk om het aantal imitatie-producten ("me-too's") of onzinnige medicatie te beperken, zonder dat de kwaliteit daardoor vermindert.

De geneesmiddelenmarkt bestaat uit een groot aantal deelmarkten, die door enkele of vele fabrikanten worden beheerst.

Concurrentie op deelmarkten is afhankelijk van het aantal gepatenteerde merkartikelen, "me-too's", generieke middelen en parallelimport. Soms is er sprake van een monopolie-, oligopolie- of volledige mededingingsmarkt. Om het nog iets moeilijker te maken, blijkt dat er ook nog van allerlei schijnbaar tegengestelde marktbelangen sprake te zijn. Zo bezit Ciba-Geigy - als een van de grootste merkgeneesmiddelen producent ter wereld - Zyma (generica) en eigen generics-leverancier.

In Nederland brengt Ciba-Geigy via Multifarma deze produkten op de markt⁽⁹⁾. Een ander voorbeeld van bedrijfskolom-integratie vormt de OPG-groothandel. Het heeft directe klantenbinding met vrijgevestigde apothekers en ziekenhuizen. Dit gebeurt vooral door klantenbinding te bevorderen door het geven van dividend op obligaties (tot 1988) en nu vooral door kortingen. Dit bedrijf bezit ook een eigen

generika-fabriek: Pharmachemie. Het bedrijf beheerst dus grote delen van de bedrijfskolom.

Het GVS zal vooral in het voordeel van de generika-producenten gaan werken. Zij bevinden zich door hun lage prijzen toch al in het onderste segment van de marktprijzen. Zo schat De Wolf het generica-aandeel op f 250 miljoen af-fabriek prijzen en meent dat dit de komende jaren tot 25% kan toenemen. Door het aflopen van belangrijke patenten zou zo een extra omzet van f 104 miljoen gerealiseerd kunnen worden⁽¹⁰⁾. Vanaf 1993 zou op jaarbasis een besparing van f 325 miljoen te behalen zijn. Dat dit tot de mogelijkheden behoort bewijst de intramurale zorg.

Intramuraal Farmaciebeleid

De ziekenhuizen nemen al jarenlang maatregelen om kostenbeperkingen te realiseren door het verplicht stellen van een formularium. Via assortimentsbeperking en gecentraliseerde inkoop hebben ziekenhuisbesturen de intramurale apotheekkosten gestabiliseerd. Het ziekenhuis dwingt via het tendersysteem de beste leveringscondities af. De industrie is zelfs bereid om tegen bodemprijzen of soms zelfs wel gratis te leveren⁽¹¹⁾. Voor hen vormen specialisten een zeer belangrijke groep voorschrijvers. Zij zetten meestal een jarenlange trend in van ongewijzigde consumptie door chronische gebruikers. Huisartsen durven deze voorgeschreven receptuur meestal niet te veranderen. Als een specialist overtuigd raakt van de kwaliteit ervan, dan wel wordt gehersenspoeld door alle reclame over het "nieuwe wondermiddel", dan lijkt de deelmarkt al grotendeels te zijn veroverd. Ziekenhuisapotheekcontrole strekt zich niet uit over de poli's⁽¹²⁾. Als deze mogelijkheid wel zou worden geboden en patiënten er hun medicijnen zouden kopen, dan kunnen er grote besparingen optreden voor ziektekostenverzekeraars. Deze voorschrijfvrijheid van poli-specialisten werkt dus kostenverhogend naar de eerstelijns.

Geneesmiddelen in de eerstelijns

In de primaire zorg werken 7.000 huisartsen met of zonder eigen apotheek en 1.400 apothekers nogal onafhankelijk van elkaar. Samenwerkingsverbanden stuiten nogal eens af op vermeende tegenstrijdige belangen. Artsen bezitten het alleenrecht over receptuur en apothekers zijn verplicht te leveren.

Farmaceutisch Nieuws - nr 5 mei 1991

II GVS-twijfel



"DE FABRIKANTEN
ZULLEN VANAF
JANUARI '91
HUN PRIJZEN
LATEN STIJGEN
ZODAT WINST-
NEMING KAN
PLAATS VINDEN"

Tijdens hun opleiding verwerven geneeskunde studenten slechts geringe praktische farmaciekennis. Zij lijken daarom gemakkelijk beïnvloedbaar door reclamecampagnes, artsenbezoekers, sponsoring en cadeaus. Zij schrijven onnodig dure merkenamen voor in plaats van merkloze preparaten.

In de eerstelijns blijkt het moeilijk om tot bindende afspraken over een rationeel en goedkoper voorschrijfgedrag te komen⁽¹⁷⁾. Huisartsen en apothekers vestigen zich als vrije-beroepsbeoefenaren. Zij worden slechts in geringe mate gecontroleerd door ziektekostenverzekeraars. Deze laatste categorie zou bindende afspraken met artsen moeten maken over volume en voorkeursvoorschrijfbeleid. Immers deze behandelaars bepalen welke goederen aan patiënten worden geleverd.

Een soort compromis kunnen beide partijen bereiken door geneesmiddelen-formularia uit te geven en het bevorderen van huisartsen-apothekeroverleg⁽¹⁴⁾. De huidige situatie is ontstaan, omdat huisartsen geen belang bij lagere geneesmiddelenkosten hebben. Na de invoering van het GVS-systeem zullen zij eventueel door geringere winstgevendheid minder "aandacht" van de industrie krijgen. Zij zouden alle "aardigheidjes" (cadeaus, studie- en vakantie-reisjes) - op kosten van patiënten-premiebetalers - verliezen⁽¹⁴⁾. Vrijwillige medewerking aan kostenbesparende activiteiten lijkt men van hen niet te kunnen verwachten. Toch is dit vanuit zorgkwaliteitsverbetering noodzakelijk. Mede door foutief medicatiebeleid sterven er jaarlijks 600 mensen en worden er 10.000 in ziekenhuizen opgenomen⁽¹⁶⁾. Ook zou het chronisch benzodiazepinen gebruik door één miljoen mensen sterk dienen te worden teruggedrongen⁽¹⁷⁾. Het is opvallend dat ziektekostenverzekeraars nauwelijks enige interesse tonen om deze problematiek op te lossen. Dhr. Landheer (VNZ) steunde zelfs fervent het OPA-akkoord. Hierdoor nam het aandeel van de merk-geneesmiddelen (Nefarma) toe ten koste van de generieke en parallel-geïmporteerde middelen. Pas na zijn afscheid neemt het VNZ een neutrale en afwachtende houding over het GVS in⁽¹⁸⁾.

Van deze organisatie gaat geen stimulerende werking naar de eerstelijns uit. Men probeert het veld veel te weinig actief te betrekken bij nieuwe ontwikkelingen, zoals automatisering, farmacotherapie-overleg, medicatiebewaking en formularium ontwikkeling. De baten van een kwalitatief beter voorschrijfbeleid, het aantal onnodige doden, ziekenhuisopnamen en extra ziekte-dagen (produktiekosten voor bedrijven) laat deze premieontvangers onberoerd. De premiebetalers zijn onvoldoende georganiseerd om op deze gang van zaken invloed uit te kunnen oefenen.

Apothekers beschikken over meer farmacologische kennis, maar kunnen artsen slechts adviseren. Ook zij hebben geen belang bij goedkope middelen, aangezien de winstvoet groter is bij duurere middelen. Bovendien profiteren zij van allerlei groothandels-regelingen, zoals hoeveelheidskortingen en winst-aandelen bij grote omzetten. Dit leidt zelfs tot onderzoek van de Economische Controledienst. In 48% van de 270 onderzochte gevallen constateert deze organisatie wetsovertredingen en maakt zij processen-verbaal op⁽¹⁹⁾. De Nederlandse groothandelsmarge van 21% af-

fabriek en 17% inkoop-apotheek ligt het hoogste van alle E.G.-landen. Er bestaan slechts zeven Nederlandse groothandelsorganisaties, die niet met elkaar concurreren via het prijsmechanisme, maar via service en kortingen. Door de enorme verstrengeling van detailisten, groothandel, generieke- en merknaamproducenten onderling, leidt dit tot prijsverstarring in de bedrijfskolom⁽²⁰⁾. Het nationale distributiesysteem kan men van medeverantwoordelijkheid aan de hoge prijzen betichten. Daarbij gaan ook ziektekostenverzekeraars niet vrijuit. Deze controleren de medicatiegroei kwalitatief, noch kwantitatief. Uiteindelijk betalen verzekerden dus onnodig meer premie.

Overheidsingrijpen: noodzakelijk
Financiële ruimte moet worden gecreëerd om de kwaliteit van de intramurale zorg op peil te houden. Deze middelen dient staatssecretaris Simons binnen de volksgezondheidszorg-begroting te vinden. De extramurale geneesmiddelenvoorziening lijkt daarvoor één van de mogelijkheden te vormen. Inperking van het medicijnenpakket via substitutie hoeft niet te leiden tot een kwalitatieve vermindering van de geneesmiddelenvoorziening⁽²¹⁾. Het mislukken van allerlei beleidsmaatregelen en -voorstellen in het verleden, maakt een drastische aanpak in de eerstelijns noodzakelijk. De Tweede Kamer besliste op 12 december 1990 over de invoering van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS), een vernieuwd ijkprijzenplan. Hierbij wordt per geneesmiddelencluster een gemiddelde vergoedingsprijs vastgesteld. Patiënten krijgen medicijnen geheel vergoed, indien de prijs zich beneden dit gemiddelde bevindt. Veelal maken de generieke producten hiervan deel uit. Een merkmiddel kost over het algemeen meer dan dit gemiddelde en komt dus maar ten dele voor vergoeding in aanmerking. Mogelijk als gevolg ervan dalen de merkmiddelen prijzen.

GVS - twijfels
1991
III

Het ligt in de verwachting, dat het kostenbewustzijn van patiënten en huisartsen toeneemt. Een mogelijke groei van het generieke marktaandeel van 11,7% en 6,3% parallel-import in 1988 in Nederland⁽²²⁾, zou dan misschien kunnen doorgroeien naar een 30%-aandeel zoals in de V.S. Dhr. Simons hoopt mede op grond van de Wolfs' marktanalyses⁽²³⁾ dat deze maatregel tussen de f 100 tot f 325 miljoen per jaar zal opleveren.

Onaanvaardbare maatschappelijke kosten
Geneesmiddelenkosten nemen sinds 1985 met ruim 1 miljard toe⁽²⁴⁾. Tussen '79 en juli '90 ligt de prijs van een vat olie - de belangrijkste grondstof voor farmacie fabricage - op een diepterecord van \$14,- tot \$18. De 7% jaarlijkse gemiddelde stijging van farmakosten sinds 1979 - voor 1989 geschat op 10% - steken schril af tegen 2,5% toename voor de hele sector in dezelfde periode.

De ondoelmatige en inefficiënte werkwijze van deze industrietak dient op Europees en nationaal niveau te worden aangepakt. Door het ontstaan van een interne markt zullen bedrijven wellicht moeten fuseren en reorganisaties doorvoeren, zodat de marktprijs meer is afgestemd op de lange-termijn-productiekosten. De EG-Commissie zou als aanvulling daarop stringentere controles op kartelvorming kunnen uitvoeren, een formularia- en generica-beleid en tevens fundamenteel farmaceutisch onderzoek stimuleren. Deze maatregelen hoeven niet ten koste van de producenten te gaan. Zeker niet als een gezaghebbend E.G.- rapport de winstgevendheid van deze industrietak becijfert tussen de 5 tot 35%. Deze winstgevendheid wordt zelfs gerealiseerd bij een geschat onbenut productieapparaat van 50 tot 75%. Er bestaat dus een geïnstalleerde capaciteit surplus, terwijl de prijzen hoog zijn. Een reden temeer om aan te nemen dat er kartelafspraken bestaan. De EG-Commissie verwacht door een meer optimale productie een besparing van f 600 miljoen tot f 1 miljard gulden⁽²⁵⁾. Tevens dient men kartelafspraken rigoureuus aan te pakken. Een bevestiging hiervoor kan men vinden in het feit, dat de Europese Commissie sinds 1976

de chemische industrie 75% (f 300 miljoen) van alle antikartel-boetes oplegt⁽²⁶⁾. Europa's grootste chemiereuzen - Bayer, Hoechst, BASF - bezitten immers allemaal een geneesmiddelen-divisie. Staatssecretaris van Economische Zaken Van Rooij verklaart zelfs tijdens het 1991-begrotingsdebat, dat "Nederland niet de naam moet hebben van een soort kartelparadijs in Europa te zijn". Zij wil de zwaarste kartelvormen gaan treffen en er spoedig vorm aan geven⁽²⁷⁾. De spanningen rond de medicijnen-prijsvorming zijn mede een gevolg van de grote winstgevendheid en marketinguitgaven, naast de relatief lage research en ontwikkelingskosten. Zo besteedt de industrie 25% aan fabricage, 28% aan winst, 24% aan marketing, slechts 13% aan Research en Ontwikkeling en 10% aan overige kosten⁽²⁸⁾. Van de 13% voor R.& D. besteedt men 8,5% aan produktontwikkeling en slechts 4,5% uiteindelijk aan research⁽²⁹⁾. Kortom de industrie eist teveel op voor marketing, winst en inefficiënte productie en zal daarvoor terecht worden gewezen. De overheid dient dus in te grijpen en moet stringente voorwaarden stellen via wetgeving en ziektekosten-verzekeraars. Fundamentele veranderingen lijken in het verschiet te liggen.

GVS: Enige problemen

Aanvankelijk wilde staatssecretaris Simons het GVS in januari 1990 invoeren. Door de vertraagde parlementaire afhandeling zal het GVS pas in juli 1991 worden ingevoerd. Dit levert een aantal problemen op. Fabrikanten zullen in anticipatie op het post-OPA tijdperk, dus vanaf januari 1990 hun prijzen extra laten stijgen, zodat winstneming kan plaats vinden. De stijging van de geneesmiddelen kosten over 1990 ligt met 11,5% nog 2,5% hoger dan het recordjaar 1990. Door de Tijdelijke Wet Geneesmiddelenprijzen kon dit "prijsschieten" worden afgeremd. Het valt te verwachten, dat de merk-industrie de clusterindeling via allerlei juridische procedures zal gaan aanvechten. Zo kan het merkmiddel aspirine (generisch:

acetylsalicylzuur) als pijnbestrijder dienen, maar ook als preventief middel tegen hart-en vaatziekten⁽³⁰⁾. De onduidelijkheid omtrent de precieze werking van dit wereldwijd meest verkochte produkt - 36.000 ton jaarlijks - houdt ook in dat de therapeutische inzetbaarheid varieert en dus de clusterindeling aanvechtbaar.

Inmiddels heeft de Nederlandse Bond van Verenigingen van Patiënten met Reumatische Aandoeningen namens 450.000 Nederlandse reumapatiënten een aanklacht tegen het GVS ingediend bij de Europese Commissie. Ook de Epilepsie Vereniging Nederland doet dat namens 90.000 patiënten. Beide verenigingen vragen om toetsing van het GVS aan de Europese regelgeving. De behandeling van deze klachten zullen veel tijd vergen. Er lijkt echter geen rechtsgrond te bestaan, waarop het GVS tegen de EG-regelgeving indruist. Verzekeraars kunnen de clauses of vergoedingen van de ziektekosten-polis beperken. Ook vanuit de EG-Transparantie richtlijnen verwacht men geen obstructie. Een grotere bedreiging zou uit kunnen gaan van malversaties bij het voorschrijven. Een huisarts kan onder dwang van een patiënt een te duur middel uit een bepaald cluster, dat niet voor vergoeding in aanmerking komt, toch voorschrijven. Door het stellen van valse diagnoses zouden sommige middelen dan wel binnen de vergoedingslimiet kunnen vallen. In dit geval zullen malversaties met gestelde diagnoses kunnen gaan optreden met alle risico's ingeval van noodsituaties, vervanging of praktijkovernames. Of indien wel de juiste patiëntdiagnoses worden vastgelegd, dan is er sprake van bedrog. Dit betekent een moeizaam en kostbare controle taak voor ziektekostenverzekeraars. De GVS-balans opmakend kan men spreken van een uiterst moeizaam en rommelige voorbereiding van een gecompliceerd systeem. De werking ervan lijkt nog niet verzekerd. De vraag die menig onafhankelijk deskundige zich stelt of een ander systematische aanpak niet eerder en beter zou kunnen werken. Na het mislukken van OPA

in mei 1990 zou men de huisartsen hebben kunnen verplichten om alleen maar de chemische stofnamen te gebruiken. Vanwege de apothekers stimulans regeling zouden deze hun medewerking hebben verleend aan het generiek afleveren. Groothandelaren zoals OPG en Brocacef met eigen generica-productie-units zouden zo'n plan ondersteunen. Evenals Ciba-Geigy via Multipharma. Als dit zou zijn geschied, dan zou de besparing tussen f 150 en f 200 miljoen per jaar liggen. Door de anderhalve jaar latere GVS-invoering ontstaat een verlies van tussen de f 225 tot f 300 miljoen. In afwachting van de invoering van het GVS zouden individuele voorschrijvende artsen en afleverende apothekers zelf wel een aantal maatregelen kunnen nemen.

Huisartsen en Apothekers: Maatregelen treffen nu!

Onjuist voorschrijfbeleid veroorzaakt onnodig 600 dodelijke slachtoffers en 10.000 ziekenhuisopnamen per jaar, maar leidt ook tot chronisch gebruik van bijvoorbeeld benzodiazepinen door een miljoen mensen. Veel leed zouden huisartsen kunnen besparen, indien zij een aantal maatregelen consequent en routinematig in hun eigen praktijk zouden doorvoeren.

- 1) Het rationaal voorschrijven aan de hand van een eerstelijnsformulier en door gebruik te maken van geneesmiddelen-substitutielijsten⁽³¹⁾.
- 2) Het systematisch letten op interacties van geneesmiddelen via geautomatiseerde databestanden zou meer kwaliteitsverhogend werken. De maatschappelijke kosten van deze aspecten van het medicijngebruik lijken de noodzakelijke soft- en hardware investeringen verre te overtreffen. Er ontstaat een groeiende automatiseringsachterstand van huisartsen. Pas 25% van alle huisartsen gebruikt een Personal Computer en wel voornamelijk de boekhoudkundige module. Van patiëntenregistratie- of medicatie-modules maken zij nog vrijwel geen gebruik. De meeste artsen-administraties zijn moeilijk toegankelijk in geval van noodsituaties of vervanging. Deze verre van optimale situatie

zal steeds meer averechts op het "image" van artsen werken.

3) Aan het "slik-gedrag" van patiënten valt nog veel te veranderen. Het placebo-gebruik, het niet volgens voorschriften innemen wijzen mogelijk op communicatie-, vertrouwens- en motivatie-problemen tussen hulpverlener en hulpvrager. Huisartsen zouden meer tijd moeten nemen om patiënten op dit gebied te instrueren en te motiveren⁽³²⁾.

4) Periodieke controle tijdens consulten en visites van het totale medicatie-pakket, dat patiënten slikken. Huisartsen zouden minder en lagere doseringen vaker moeten voorschrijven, zodat er minder gewenning optreedt.

5) Periodiek overleg met andere behandelaars over receptuur. Specialisten-receptuur voor chronisch zieken kan men vervangen door goedkopere middelen. Vooral het apothekers-huisartsen overleg dient regelmatig plaats te vinden.

6) Bijscholingscursussen door onafhankelijke instellingen - zoals academische ziekenhuizen, huisartsen-instituten, plaatselijk huisartsen overlegorganen - dient veel intensiever plaats te vinden.

7) Huisartsen zouden zich meer kunnen onthouden van allerlei lokkertjes van de industrie. Men zou alle reclame-uitingen kunnen terugsturen, artsenbezoekers niet langer ontvangen en "congressen", annex "studiereizen" kunnen afzeggen. Dat alleen al zou een kostenbesparing van f 20.000,- per jaar per arts opleveren.

8) Het benzodiazepinen gebruik lijkt meer een noodoplossing voor psycho-sociale problematiek te zijn. Huisartsen dienen dit soort problematiek op te lossen door "leefregels" te geven of te verwijzen naar sociale dienstverlening en RIAGG's. Of om het met Prof. Nelemans te zeggen: "een pilletje voor de geest heeft nog nooit een probleem opgelost".

* Drs. L.F.M. van der Hoeven is freelance journalist en sociaal wetenschapper.

GVS twijfels 1991 - IV

- ¹ Centraal Bureau voor de Statistiek. "Statistisch Zakboek, 1985", Den Haag, CBS, 1985.
- ² Kam, de F., Nypels, F.; "Afscheid van het paradijs, de herziening van de sociale zekerheid", Uitgeverij Contact, Amsterdam, 1985, p.42 en p. 56.
- ³ Tweede Kamer der Staten-Generaal, "Sociale dimensie in Europa", vergaderjaar 1988 - 1989, 21240, nrs. 1 - 2, p. 20; SDU, Den Haag, 1989.
- ⁴ SCRIP, "Third Euro pricing survey debated", Scrip, no. 1427, July 7th 1989, p. 4 - 6.
- ⁵ NEFARMA, "Farma Feiten 1991", Utrecht, Nefarma, 1991.
- ⁶ Mantel, A.F., Wierenga, B., de Wolf, P., Veerman, C.P.; "De geneesmiddelenmarkt in observatie", Delft, Eburon, 1987.
- ⁷ Formularium Commissie Nijmegen, "Formularium 1 Nijmegen", Nijmegen, Stichting Instituut van Samenwerkende Algemene Ziekenfondsen Nijmegen, tel.: 080 - 225241.
- ⁸ Poel, van de, G.Th., Wicherink, S.C., Does, van der, E.; "Het 'medicijnepakket' van de huisarts, een verkennend onderzoek", Utrecht, Huisarts en Wetenschap, 1990, 33 jrg., no.4, 145 - 147.
- ⁹ Briggs, P.S.; "Ciba-Geigy, a pharmaceutical company profile", Scrip, maart 1989, p. 29.
- ¹⁰ Lageweg, H.L.M.; Wolf, de, P.; Wierenga, B.; "Generieke geneesmiddelen", Delft, Eburon, 1989, p. 8 en 9. (gratis verkrijgbaar bij de BOGIN, tel.: 03480 - 20867).
- ¹¹ Mondelinge informatie van enige (anoniem) ziekenhuisapothekers aan de auteur.
- ¹² Nederveen- van der Kragt, C.J.M.; "De juridische positie van de ziekenhuisapotheker", Maastricht, R.U.L., vakgroep gezondheidsrecht, maart 1990, nr. 13.
- ¹³ Denig, P.; Haayer-Ruskamp, F.M.; Zwijsling, D.H.; "Arts en geneesmiddelen informatie, de effecten van voorlichting op therapiekeuzen van huisartsen", Groningen, Styx, 1988.
- ¹⁴ Formularium Commissie Nijmegen, "Formularium 1, Nijmegen", Nijmegen, Stichting Instituut van Samenwerkende Algemene Ziekenfondsen, 1988. Terra, R., Vermuë, R., Kroon, de, A., Kolker, L.; "Samenwerking Huisarts - Apotheker, een werkboek voor farmacotherapie-overleg", Utrecht, Stichting Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg, 1989.

- ¹⁵ Sluts, J.; "De medicijnenlobby in bange dagen", Amsterdam, de Volkskrant, 13 november 1990, p.17.
- ¹⁶ Stichting Informatie Gezondheidszorg, "SIG - Jaarboek", Utrecht, SIG, 1989.
- ¹⁷ Zitman, F.G.; "Niet van ophouden weten, geneesmiddelenmisbruik: over- en onderbelicht", Nijmegen, uitgave in eigen beheer, rede uitgesproken bij aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de biologische psychiatrie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen op 24 februari 1989, p. 11.
- ¹⁸ Jong, de N.; Bos, M.A.J.M.; "Waarom duur als het goedkoop kan met behoud van kwaliteit?", Utrecht, Medisch Contact, 46, 13, 29 maart 1991, 401 - 402.
- ¹⁹ Ministerie van Economische Zaken; "Onderzoeken bij apothekhoudenden (extramuraal), stand van zaken op 16 mei 1989 en 29 januari 1990", Den Haag, Economisch Controledienst, 1989/1990.
- ²⁰ Noordhof, I., Smits, J.; "Het taai verzet van de handel in medicijnen", Amsterdam, de Volkskrant, 27 mei 1989, p. 33.
- ²¹ Smet, de, P.A.G.M.; "Leidraad geneesmiddelen substitutie, een medisch-farmacologische notitie", Geneesmiddelen Informatie Centrum, KNMP, 1990; met Appendix.
- ²² Rabo-bank; "Cijfers en trends, 75 visies op het Nederlandse bedrijfsleven", Rabo-bank Nederland, 14de jaargang '90-'91, p. 84 - 85.
- ²³ Lageweg, H.L.M.; de Wolf, P.; Wierenga, B.; "Generieke geneesmiddelen, een bedrijfskundige verkenning", Delft, Eburon, 1989 (gratis bij BOGIN, tel.: 03480 - 20867).
- ²⁴ "Financieel Overzicht Zorg 1991", p. 134.
- ²⁵ Economist Advisory Group Ltd., "the cost of non-Europe, the pharmaceutical industry", Luxembourg, Commission of the European Communities Research on the Cost of non-Europe", basic findings, Vol. 15, Luxembourg, 1988.
- ²⁶ Wammes, H.; "Chemische industrie belangrijkste doel kartelinspectie E.G.", Rotterdam, NRC, 24 mei 1989, p. 15.
- ²⁷ "Harder optreden tegen kartelvorming", Den Haag, "Europa van Morgen", dd. 14.11.1990, p. 657.
- ²⁸ The Economist van 27 januari 1990, citaat in het "Financieel Overzicht Zorg", p. 139.
- ²⁹ SCRIP; "Managing R & D, no easy solutions", Scrip, no. 1502, april 4th 1990, p. 4 - 6.
- ³⁰ Weissmann, G.; "Aspirin, after more than 200 years, the mechanisms by which this venerable drug and its relatives achieve their wide range of effects have yet to be fully elucidated", Scientific American, januari 1991, p. 58 - 64.
- ³¹ zie eindnoot 10.
- ³² Wieringa, N. en Denig, P. artikelen in: "Revoluut", Nijmegen, Tijdschrift voor Beta-wetenschappers, december 1990.

GVS-Twijfel
in:

"Farmaceutisch
Nieuws"

mei 1991

p. 250 - 251

V