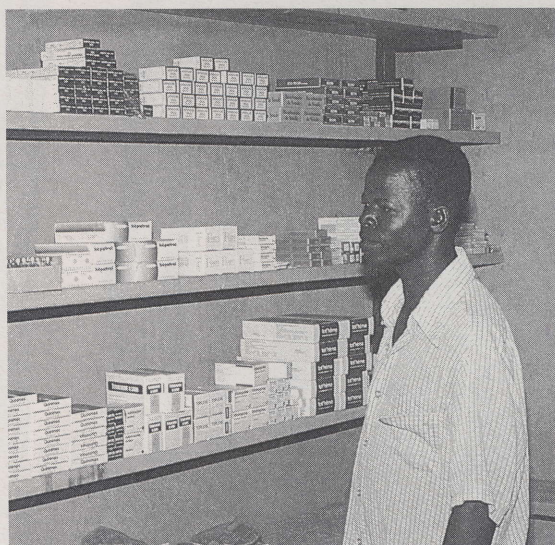


Een coöperatieve
dorpsapotheek na-
bij Koudougou in
Burkina Faso.



PILLEN: onnodig, teveel en te duur

LUCAS VAN DER HOEVEN

D "Bijeen" jan. 1992 - p. 26-29.

it najaar stonden Den Haag, vooral de Eerste Kamer, en heel medisch Nederland op hun kop vanwege het zg. plan-Simons. De basis ziektekostenverzekering mag maar schoorvoetend, en voor sommigen liever helemaal niet, worden ingevoerd. Tegelijk moet er een soort brede maatschappelijke discussie op gang komen over onze gezondheidszorg. Er zullen moeilijke keuzen gemaakt moeten worden, want ons gezondheidssysteem wordt onbetaalbaar. BijEEN begint deze maand zijn eigen bijdrage aan die brede maatschappelijke discussie. Wij zullen de gezondheidszorg mondiaal, wereldwijd, bekijken. Vooral de gezondheidszorg in het Zuiden, de zg. Derde Wereld, verdient daarbij grote aandacht, de overmacht van de Westerse geneeskunde, de rol van de (opnieuw Westerse) farmaceutische industrie, maar evenzeer de alternatieven: niet-Westerse geneeskundige tradities en natuurgeneeswijzen, die ook in ons land in allerlei vormen toenemende populariteit genieten. Cruciaal in de reeks artikelen die we de komende maanden zullen plaatsen, staat telkens dat onze kijk op ziekte en gezondheid echt niet de enige is, maar dat in iedere cultuur andere ideeën leven over gezond- of ziek-zijn en over genezen.

H. Mahler, de vorige Directeur-Generaal van de WHO (Wereld Gezondheids Organisatie), zei onlangs: '30 jaar geleden is de moderne gezondheidstechnologie ontwaakt. Sindsdien heeft haar ontwikkeling alle dromen achter zich gelaten, om te verworden tot een nachtmerrie. Want het is te geperfectioneerd en te kostbaar geworden. Het dicteert onze gezondheidspolitiek onjuist; en wat bruikbaar is, wordt toegepast bij te weinig.' Deze kernachtige uitspraak vat de farmaceutische problematiek op wereldschaal goed samen. De bedrijven willen zoveel mogelijk producten verkopen. Afwezigheid van krachtige overheden in ontwikkelingslanden maakt een bijna ongecontroleerde marketing mogelijk. De producenten beroepen zich daarbij op vrijhandelsprincipes. Dit leidt tot verkooppraktijken, die in industriële landen ondenkbaar zijn.

Voor de helft van de wereldbevolking zijn de moderne geneesmiddelen bovendien onbetaalbaar. In de zgn. Derde Wereld leven mensen vaak onder de armoedegrens en kunnen zelfs niet voldoende voedsel kopen. Als de kostwinners onverhoopt ziek worden, verdienen zij niets meer, moeten extra geld uitgeven aan medicijnen, bezoek aan artsen, ziekenhuis en vervoer. Men moet geld lenen en raakt daardoor van de wal in de sloot. Kortom, voor Derde Wereldburgers betekent ziek-zijn een ramp.

Diarree een van de grootste 'killers'

In Derde Wereldlanden sterven velen aan - voor ons - onschuldige ziekten, zoals diarree, tb, malaria en koorts. Alleen al in 1990 stierven er volgens Unicef 14 miljoen kinderen-onder-5-jaar. Daarvan stierf 30% of 4 miljoen aan de gevolgen van diarree, 3 miljoen door uitdroging, 2 miljoen aan mazelen en verder nog een paar miljoen als gevolg van luchtweg-infecties, malaria, tetanus en polio. Diarree behoort tot de grootste 'killers' in ontwikkelingslanden. Vandaar de extra aandacht, die Unicef, (het Kinderfonds van de VN) en de WHO (de Wereld Gezondheids Organisatie) hieraan geven.

Zo ontraadde de WHO het verwerken van neomycin (antibiotica) in anti-diarree middelen al in 1980. Maar in 1987 blijkt deze stof nog steeds in 14% van de anti-diarree middelen aanwezig te zijn. Vrijwel alle anti-diarree middelen zijn volgens de Unicef en WHO nutteloos. Zij bepleiten het gebruik van het 'dehydratie' (anti-uitdrogings)pakket en hebben zelf de productie en distributie zoveel mogelijk ter hand genomen. Dat pakket bestaat uit een suiker- en zoutoplossing, die men met water moet aanlengen. Zo nodig kunnen dorpelingen dit ook zelf uit (riet-)suiker en zout samenstellen. Deze methode lijkt veel kinderlevens te redden. Hoe gevaarlijk zelfs een medicijn tegen diarree kan zijn, bleek in de zeventiger jaren in Japan. Het volgende voorbeeld toont aan, dat zelfs consu-

mentengroeperingen in rijke landen met moeite schadevergoedingen kunnen afdwingen.

Schandalen: Entero-Vioform en Orgabolin

Het Zwitserse bedrijf Ciba-Geigy behoort tot de grootste geneesmiddelen-producenten ter wereld. In 1934 bracht deze firma de stof cliquinol (een oxyquinoline-verbinding) onder de merknaam Entero-Vioform op de markt. Reeds in 1935 verschenen de eerste wetenschappelijke studies, die waarschuwden voor ernstige neurologische afwijkingen. Het middel bleek echter zeer goed tegen diarree te helpen en in de loop van de jaren namen miljoenen mensen het medicijn tot zich. Het werd een van de best verkochte preparaten aller tijden. In Japan, waar het middel razend populair werd, duurde het tot 1960 voordat de eerste berichten over de gevaren ervan werden gesignaleerd. Het geneesmiddel bleek uiterst schadelijk bij langdurig gebruik. Patiënten-studies berichtten in 1960 over verlamningsverschijnselen bij enige slachtoffers. Sommige van hen zijn uiteindelijk totaal verlamd. Deze 'bijverschijnselen' werden aanvankelijk door het bedrijf ontkend. Er zou geen aantoonbare relatie tussen het middel en de neurologische schade bestaan. Vervolgens spanden allerlei patiënten rechtszaken aan tegen Ciba-Geigy. Na jarenlange procedures moest het bedrijf een record bedrag aan schadevergoeding betalen. De Japanse overheid verbood alle geneesmiddelen, die oxyquinoline bevatten. Intussen lijdende 11.007 officieel erkende slachtoffers nog steeds aan de gevolgen ervan. Velen zijn voor het leven geheel verlamd geraakt. Intussen wordt over de slachtoffers van medicijn-gebruik in ontwikkelingslanden steeds meer be-

ORGABOLIN

the supportive therapy in infectious diseases and in cases of malnutrition

... up to "300-400 grams of body protein may be destroyed daily."*

* Best and Taylor "The Physiological Basis of Medical Practice" p. 1425 8th Edition Williams & Wilking

Organon

kend. In 1980 adverteerde Organon in een gratis aan alle Thaise artsen verspreid geneesmiddelen-gidsje. De inhoud van het boekje stelde de industrie zelf op. Organon maakt daarin reclame voor Orgabolin, een anabole-steroïde. Dit is een spier-versterkend middel, dat sportlieden nogal eens misbruiken. De multinational prijst het middel aan ingeval van ondervoeding en infecties bij kinderen. Ook in dit geval startten de consumentenbonden een wereldwijde actie tegen het misbruik van anabole-steroiden. Het aantal slachtoffers blijft echter onbekend.

Als het in de industrielanden al nauwelijks lukt om geleden schade vergoed te krijgen, dan zeker niet als het om Derde Wereldburgers gaat. Om dat te begrijpen, moet men weten hoe deze Westerse bedrijfstak werkt.

Concurrentie jaagt prijzen op

In 1990 bedroeg de verkoop van geneesmiddelen

Advertentie voor de anabole-steroïde Orgabolin van Organon ('Het middel dat helpt bij infectieziekten en in gevallen van ondervoeding') in een medisch handboek ('repertorium') in Thailand van 1980. Het flapje met de tekst 'Orgabolin' steekt - als enige - uit het boek en vraagt zo elke keer weer de aandacht. Achterin het boek staat het adres van Organon Thailand.



Medische zorg in de open lucht en onder veel bekijks in een Filippijns vluchtelingenkamp.



Een apotheek in Indonesië.

wereldwijd zo'n 500 miljard gulden. Merck & Co. (VS), 's werelds grootste 'pillenfabrikant', zette in 1990 voor bijna f 10 miljard om. Het concern behoort tevens tot de meest winstgevende ondernemingen met een bruto-winst marge van 35%. De productie van medicijnen vindt vooral in Westerse industrielanden plaats door een beperkt aantal bedrijven. Zo'n 100 ondernemingen zorgen voor 95% van de totale geneesmiddelenomzet. Een te klein aantal producenten van een bepaald product leidt vaak tot oneerlijke handelspraktijken en kartelafspraken. Dit proces wordt nog versterkt omdat de meeste ondernemingen zich hebben gespecialiseerd op enkele deelgebieden. Daarbinnen bestaan dan weer vreemde vormen van concurrentie.

Zo behoren anti-maagzweer middelen tot het best verkochte middel in Nederland. Echt vernieuwend op dit gebied was 'Tagamet' van Smith Kline & French. Vanwege de enorme winstgevendheid, verschenen er al spoedig vergelijkbare middelen (zgn. 'me-too's') op de markt. Het resultaat is, dat de prijs van Tagamet nu in de VS 64% hoger ligt dan tijdens de introductie. Zantac (Glaxo) is therapeutisch iets 'beter' dan Tagamet, maar wel duurder. Concurrentie leidt hier - in tegenstelling tot wat de algemene economie beweert - dus tot prijsopdrijving.

De merkmiddelen-industrie kan zulke hoge prijzen berekenen, omdat zij beschikt over patenten. Hierdoor bezit zij voor 8 tot 12 jaar het exclusieve verkooprecht. Het patentrecht vult men aan door de chemische stofnaam te vervangen door een exclusieve merknaam. Volgens het merkenrecht blijft dit een onvervreemdbaar bezit van de onderneming. Via voortdurende reclame proberen merkproducenten vervolgens hun afzet te behouden. Immers, na afloop van het patent mogen ook andere producenten het geneesmiddel onder de che-

mische stofnaam op de markt brengen. Deze producten heten generica of generieke producten.

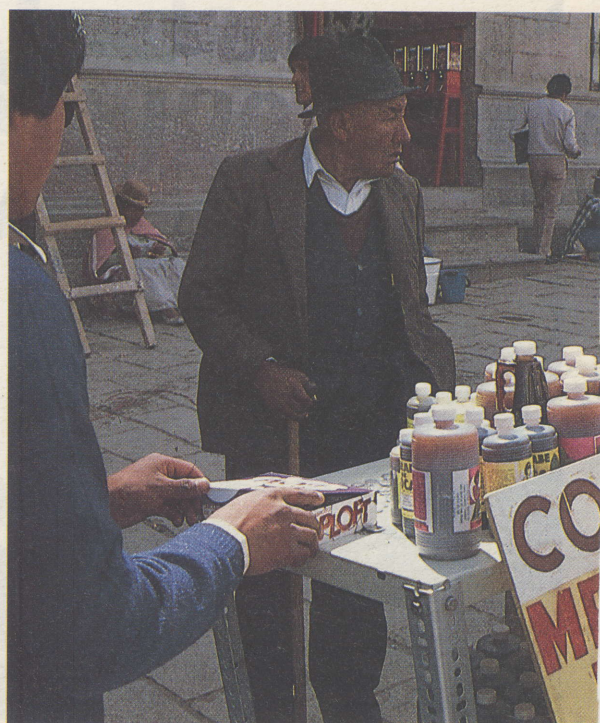
Weekend-trips

De bedrijfskosten wijken in de farmaceutische industrie nogal af van die in andere bedrijfstakken. Volgens het blad 'de Economist' leggen de bruto-winst, productie en marketing elk voor zo'n 25% beslag op alle uitgaven. Verder besteedt men zo'n 9% aan produktontwikkeling en slechts 4% aan onderzoek. De industrie geeft relatief weinig geld uit aan research, hoewel men het graag anders doet voorkomen.

Opvallend zijn de enorme uitgaven voor marketing (promotie en reclame). In Nederland besteedt de industrie per arts omstreeks f 20.000,— aan reclame, 'studie'-reisjes en 'congressen'. Wat dit inhoudt blijkt uit een kleine rondvraag in Nederland. Zo deelde verleden jaar een bedrijf weekendtrips naar de Wereldkampioenschap voetbal in Italië uit. En organiseerde MSD (Merck Sharp & Dohme) een 'wetenschappelijk programma' van één uur op een acht uur durende vaartocht tijdens de Sail-manifestatie. De huisarts krijgt een PC van hen cadeau, indien hij een aantal patiënten op hun merkmiddel Zocor weet in te stellen. Weer een andere huisarts ging vier dagen op hun kosten naar Wenen. Abbott dringt artsen het dure antibacteriële middel 'Klacid' op door hun f 250,— te betalen, als zij vijf patiënten op hun middel overzetten. Deze therapie is 5 maal duurder dan bestaande medicaties, terwijl resultaten van het middel niet meer belovend lijken dan andere reeds gebruikte middelen.

Dat artsen zich voor dit soort 'broddel-werk' lenen, levert op termijn schade op aan hun imago. De beroepsgroepen LHV (Landelijke Huisartsen Ver-

Midden: verkoop van niet-Westerse geneesmiddelen op een markt in Bolivia: 'Coincola, medicijnen van de coca-plant'.



eniging) en LSV (Landelijke Specialisten Vereniging) zouden hiervoor ethische gedragscodes moeten opstellen. Deze 'ontsporingen' vinden in Derde Wereldlanden waarschijnlijk evenzeer plaats, maar veel is daar niet over bekend.

20.000 geneesmiddelen in India

In veel landen zijn veel te veel 'pillen' op de markt. Zo schat men het aantal medicijnen in India op maar liefst 20.000, terwijl Nederland er 'slechts' 9.000 toelaat. Volgens de WHO zou men met 250 geneesmiddelen vrijwel alle ziekten kunnen bestrijden. Ook in Nederland vindt deze gedachte navolging. Zo werken alle ziekenhuizen en steeds meer huisartsen met beperkte geneesmiddelenlijsten of 'formularia'. En zo maken Nijmeegse huisartsen gebruik van een eerstelijnsformularium, dat slechts 226 geneesmiddelen bevat. Dat aantal vormt slechts 12% van het aantal tot Nederland toegelaten medicijnen.

Het prijsverschil tussen merkpillen en generieke pillen (pillen, die iedere fabrikant mag produceren, na afloop van het patent van het merkmiddel) kan groot zijn. Zo kost een Bayer Aspirine (merknaam) in Nederland maar liefst 250% meer dan het generieke produkt. Weinig Nederlanders kennen dit verschil. Men kan niet verwachten dat men in ontwikkelingslanden dan wel op de hoogte is.

Een groot aantal preparaten op een markt vergroot de kans op verkeerd gebruik en ongewenste bijwerkingen. Alleen al voor Nederland schat men, dat hierdoor onnodig 600 mensen overlijden en 10.000 per jaar in ziekenhuizen worden opgenomen. Het merendeel van hen zijn ouderen.

Deze ongewenste gevolgen zijn veel groter in Derde Wereldlanden waar velen onder de armoedegrens leven. De meeste mensen werken door,

ook al zijn zij ziek. Voor hen geldt: geen werk, dan geen (uiterst karig) loon en dus nog meer honger. Om de kosten ingeval van ziekte te beperken, raadplegen zij alleen in uiterste noodzaak een arts. Vaker zullen zij eerst naar een 'apotheek' gaan. Daar verkoopt men vrijwel elk geneesmiddel zonder recept en bijsluiter. Het personeel is vaak ondeskundig. Hierdoor kunnen levensgevaarlijke situaties ontstaan.

Derde Wereldregeringen geven weinig aan gezondheidszorg uit. Van dat weinige gaat vaak de helft op aan de geneesmiddelenvoorziening. Er bestaat ook een grote kennisachterstand inzake geneesmiddelen. De farmaceutische bedrijven lijken dit tekort aan aandacht vaak in hun (marketing-)oordeel uit te laten vallen. Zij verruimen de indicaties en verzwijgen vaak de contra-indicaties en bijwerkingen.

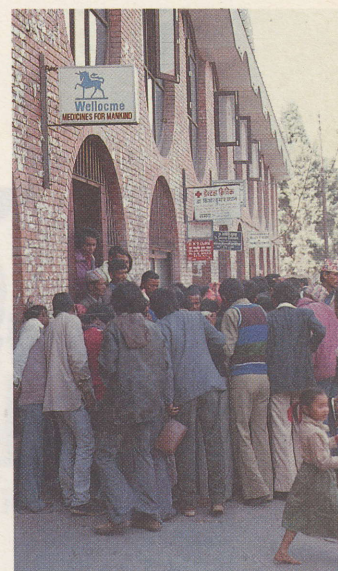
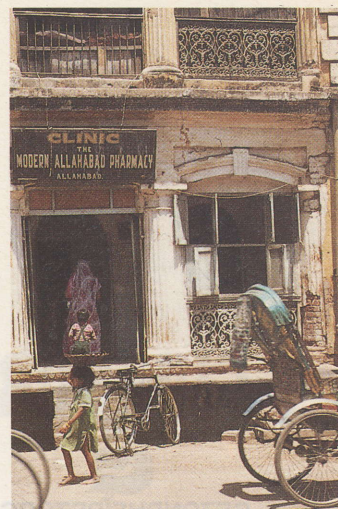
Een voorbeeld. In 1965 introduceerde het bedrijf Roussel de pijnstiller Glifanan. In Nederland vertoonden honderden gebruikers na het innemen een zgn. anafylactische reactie - een ernstige overgevoeligheidsreactie op soortvreemde eiwitten. In de loop van de tijd bleken er in België zelfs twee patiënten door te zijn overleden. De fabriek trok het middel terug uit de Europese markten. Maar Roussel verkoopt nog steeds Glifanan in Afrika, Midden-Oosten en het Caraïbische gebied.

Welvaarts- en tropische ziekten

Vanwege de geringe koopkracht in Derde Wereldlanden levert het op deze markt brengen van een exclusief tropisch geneesmiddel te weinig op. Ziektekosten-verzekeringen zijn er vrijwel afwezig. Voor industrielanden ligt dit geheel anders. Vrijwel iedereen is hier tegen de hoge ziektekosten verzekerd. De medicatiekosten worden dus altijd vergoed. Daarom is de prijsstelling nauwelijks van belang voor arts of patiënt.

De meeste onderzoeksinspanningen richten zich dan ook op de ontwikkeling van geneesmiddelen tegen de belangrijkste doodsoorzaken in Westerse landen, kanker en hart- en vaatziekten. Derde Wereldziekten - zoals malaria, lepra, tb, filaria, wormziekten, schistosomiasis, dysenterie, gele koorts en cholera - staan veel minder in de belangstelling. Misschien zou de WHO, tezamen met overheden en universitaire researchcentra, onderzoeksprogramma's kunnen opzetten zodat er meer geneesmiddelen tegen deze ziekten beschikbaar komen.

Er gebeurt gelukkig wel iets. In 1981 besloot de overheid van Bangladesh bijvoorbeeld om het aantal geneesmiddelen te reduceren. Ze nam allerlei onzinnige en gevaarlijke middelen uit de markt. De Westerse reactie bleef niet uit. Zo chanteerde de VS-ambassadeur de regering door te dreigen met het stopzetten van hulpprogramma's. Momenteel is deze wetgeving echter nog steeds van kracht. Men lijkt de kosten inderdaad teruggebracht te hebben. Dit was onder meer mogelijk via het opzetten van eigen kleinschalige fabrieken met particuliere hulp, o.a. uit Nederland.



Apotheken in resp. Allababad (India), Kathmandu (Nepal) en Penang (Maleisië). Middelste foto: volk rond een patient die op straat ligt voor de apotheek.