

“Geneesmiddelenvoorziening Derde kan veel goedkoper”

Aan geneesmiddelen wordt wereldwijd veel meer uitgegeven dan volgens de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie van de VN) noodzakelijk is. Dat geldt ook voor veel Derde-Wereldlanden, waar de kosten voor geneesmiddelen soms hoger zijn dan alle andere uitgaven voor de volksgezondheid samen. 'Rationeel geneesmiddelengebruik' moet er op termijn voor zorgen dat iedere wereldburger toegang heeft tot goede en goedkope geneesmiddelen. Dat streven is de leidraad in het werk van prof. dr M.N. Graham Dukes, die onlangs afscheid nam als hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen.

“Om hem te spreken te krijgen”, werd geadviseerd, “kun je het beste in de transithal van Heathrow Airport in Londen plaatsnemen.” Prof. dr Dukes was tot december 1996 hoogleraar geneesmiddelenbeleid aan de rug (Rijks Universiteit Groningen). Eén dag per maand, meer tijd had hij niet. Dukes adviseert ministers en hoge ambtenaren van verschillende landen over maatregelen om de uitgaven voor geneesmiddelen te beheersen. Soms doet hij binnen een maand drie continenten aan, waarna hij het weekend thuis in Oslo doorbrengt. Hij is geboren in Groot-Brittannië en studeerde geneeskunde en rechten in Cambridge. Hij promoveerde in Leiden. Daarna werkte hij bij Organon, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, het Europese kantoor van de WHO te Kopenhagen en bij de Wereldbank. Onlangs werd hij 65 jaar en ging met emeritaat. Een gesprek met een eminent en pragmatisch hoogleraar.

U hecht veel waarde aan 'rationeel voorschrijven'. Wat houdt dat in?

“Zo'n acht tot twaalf jaar na het op de markt toelaten van merk-geneesmiddelen verlopen de patenten. Vanaf dat moment mogen andere producenten ook een dergelijk middel op de markt brengen. Maar dat mag alleen onder de chemische stofnaam. Bij de introductie bedenken de fabrikanten unieke namen voor hun pillen, die gemakkelijk in het gehoor liggen en goed zijn te onthouden. Door intensieve reclamecampagnes proberen zij vervolgens hun medicijnen 'in de pen' van de artsen te krijgen. Als dat

lukt is hun kostje gekocht. Want merkmedicijnen die op een receptenbriefje staan mogen officieel slechts met toestemming van de voorschrijvende arts en de patiënt door een patentvrij middel worden vervangen. Rationeel voorschrijven betekent dat artsen de chemische formulesnamen voor geneesmiddelen gebruiken. Dan wordt altijd het goedkoopste medicijn afgeleverd.”

U adviseert verschillende overheden over geneesmiddelenbeleid. Vanuit welke organisaties doet u dat?

“Ik heb tien jaar lang bij de WHO gewerkt. Daarna ben ik overgegaan naar de Wereldbank, die een belangrijk deel van haar gezondheidsuitgaven aan geneesmiddelen besteedt. Ik adviseerde ook bilaterale hulporganisaties, zoals Ontwikkelingssamenwerking in Nederland, DANIDA in Denemarken en SIDA in Zweden. In de jaren tachtig had ik veel te maken met Oost-Europese landen. Daarna ben ik meer in ontwikkelingslanden actief geweest, waar ik tot die tijd betrekkelijk zelden kwam. Die twee soorten ervaring complementeren elkaar. Want waar je ook werkt, je mikt natuurlijk altijd op een soort ideaal dat je in je hoofd hebt. De toestand die je uiteindelijk wilt bereiken, binnen tien, twintig of honderd jaar.”

Wat is uw ideaal?

“Het ideaal is een situatie waarin werkzame en veilige geneesmiddelen van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar zijn

Prof. Graham Dukes, inspirator van beter medicijnenbeleid

Wereld

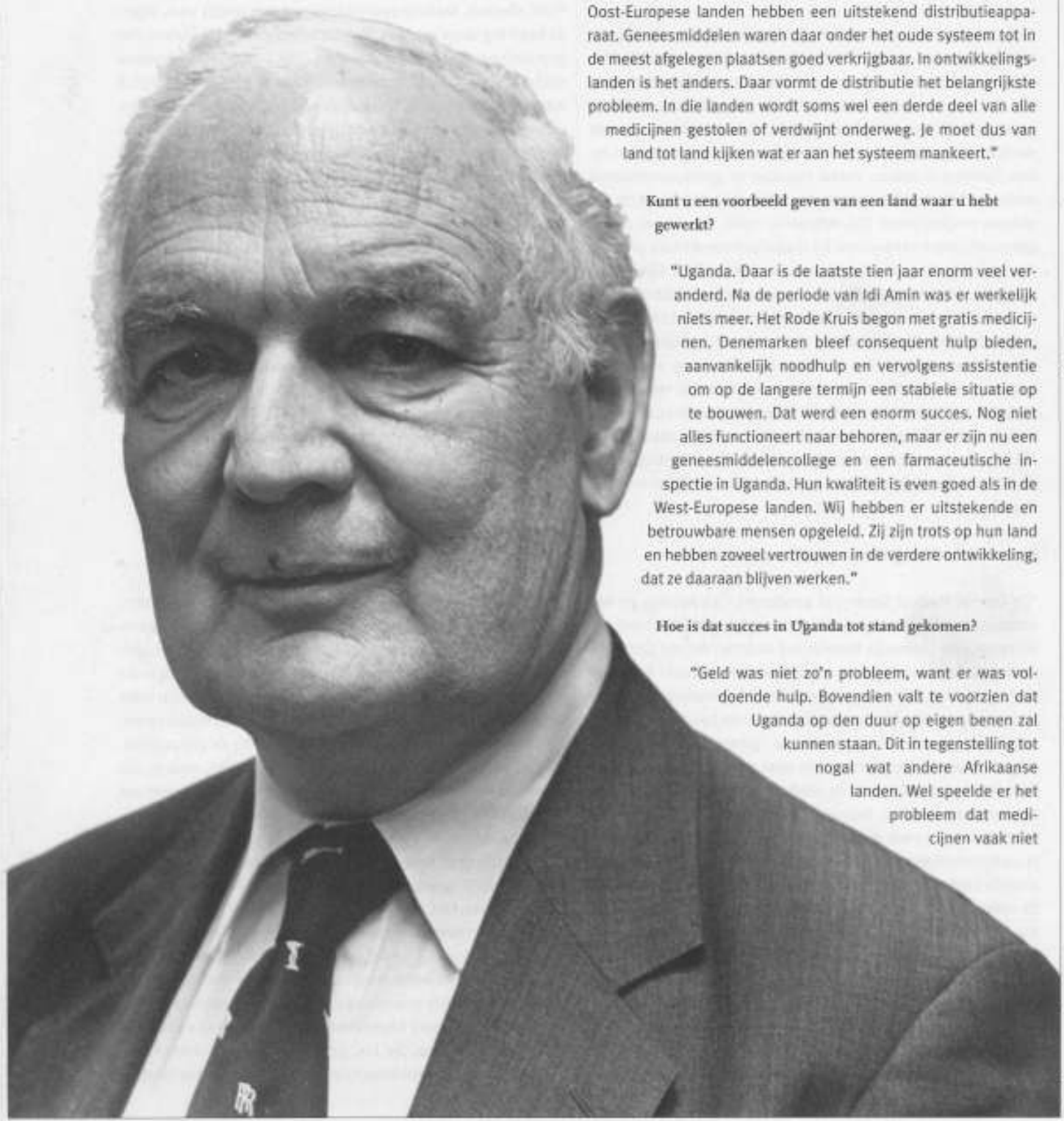
voor de hele bevolking en op een juiste manier worden gebruikt. Deze definitie hebben we binnen werkgroepen van de Wereldbank ontwikkeld. Bijna het hele beleid valt hieronder. Soms mankeert er in een land iets aan het ene aspect, soms aan het andere. Oost-Europese landen hebben een uitstekend distributieapparaat. Geneesmiddelen waren daar onder het oude systeem tot in de meest afgelegen plaatsen goed verkrijgbaar. In ontwikkelingslanden is het anders. Daar vormt de distributie het belangrijkste probleem. In die landen wordt soms wel een derde deel van alle medicijnen gestolen of verdwijnt onderweg. Je moet dus van land tot land kijken wat er aan het systeem mankeert."

Kunt u een voorbeeld geven van een land waar u hebt gewerkt?

"Uganda. Daar is de laatste tien jaar enorm veel veranderd. Na de periode van Idi Amin was er werkelijk niets meer. Het Rode Kruis begon met gratis medicijnen. Denemarken bleef consequent hulp bieden, aanvankelijk noodhulp en vervolgens assistentie om op de langere termijn een stabiele situatie op te bouwen. Dat werd een enorm succes. Nog niet alles functioneert naar behoren, maar er zijn nu een geneesmiddelencollege en een farmaceutische inspectie in Uganda. Hun kwaliteit is even goed als in de West-Europese landen. Wij hebben er uitstekende en betrouwbare mensen opgeleid. Zij zijn trots op hun land en hebben zoveel vertrouwen in de verdere ontwikkeling, dat ze daaraan blijven werken."

Hoe is dat succes in Uganda tot stand gekomen?

"Geld was niet zo'n probleem, want er was voldoende hulp. Bovendien valt te voorzien dat Uganda op den duur op eigen benen zal kunnen staan. Dit in tegenstelling tot nogal wat andere Afrikaanse landen. Wel speelde er het probleem dat medicijnen vaak niet



op de plaats van bestemming terechtkwamen. Dat is overigens kenmerkend voor veel Afrikaanse landen. Alles gaat goed in de grote steden, maar in de dorpen zijn er nauwelijks medicijnen te krijgen. Er zijn geen apotheken en er werken bijna geen gekwalificeerde artsen op het platteland."

Hoe bent u daar te werk gegaan?

"Wij onderzochten waarom het distributieapparaat niet functioneerde. Er bleken verschillende redenen te zijn waardoor de *Central Medical Stores* (centrale medicijndepots) niet goed werkten. Ten eerste was er geen nationale gezondheidsbeleid en geen duidelijk geneesmiddelenbeleid. Ook was de inkoop van medicijnen versnipperd. Het overzicht ontbrak en er viel geen enkele planning te maken. Verder stuurden de geïndustrialiseerde landen verkeerde pillen als donatie. Het management was op alle niveaus ontoereikend. Dat verklaarde mede waarom er zoveel geneesmiddelen verdwenen. De magazijnmedewerkers verdienen veel te weinig en dat zette aan tot diefstal. Door één doosje per week te stelen, konden zij hun inkomen verdubbelen. Het slecht functioneren van de depots leidde tot allerlei ellende. Zo gingen de kerkelijke instanties, de missies, hun eigen inkopen doen en depots inrichten, waardoor de inkoop nog verder versnipperde. De donoren waren ontevreden met alle verliezen en dreigden zich terug te trekken. Zo kreeg je twee vicieuze cirkels waardoor de hele zaak achteruit ging. Kortom, het is absoluut nodig om alle oorzaken van het probleem en hun onderlinge beïnvloeding in kaart te brengen, want pas dan kun je er iets aan doen."

Kunt u voorbeelden geven van wat er is verbeterd?

"De *Central Medical Stores* zijn aangepakt. Ook hebben we het nationale beleid op poten gezet en een geneesmiddelenwet geschreven. Ook binnen de Wereldbank moesten we een probleem oplossen. Daar heb je soms economen met een zeer kapitalistische instelling. Die willen de geneesmiddelenvoorziening overlaten aan de particuliere sector. Maar waarom beschikken zoveel ontwikkelingslanden over nationale geneesmiddelendepots? Omdat de particuliere sector niets doet aan distributie. Ze functioneren meestal alleen in de steden. De nationale depots zijn daar een antwoord op. Natuurlijk beweegt de wereld zich in de richting van een meer markt-georiënteerde economie, dus moet je compromissen sluiten. In Uganda hebben wij die gevonden door de *Central Medical Stores* een nieuwe structuur te geven in de vorm van een firma. De aandelen ervan zijn in handen van de staat. Je beschikt dan over een potentieel privatiseerbaar bedrijf, dat winst kan maken en eventueel ook nog is te verkopen. Daardoor stel je de vrije-markt denkers tevreden. De basisregel blijft echter dat je nooit monopolies moet privatiseren, dat is gevaarlijk. Dan krijg je bedrijven die alleen maar geïnteresseerd zijn in winst. Je moet intussen de particuliere sector aanmoedigen om ook op het platteland activiteiten te ontplooiën. Wanneer er min-

stens één behoorlijk functionerende, particuliere groothandel ontstaat, kun je het staatsbedrijf privatiseren en die twee met elkaar laten concurreren. Geen enkele liberaal die tegen zo'n plan protesteert."

Zijn daarmee de problemen opgelost?

"Niet allemaal. Medicijnsmokkel komt nog steeds voor. Uganda heeft erg lange grenzen, die niet volledig zijn af te sluiten. Het geprivatiseerde belastingkantoor, de *National Revenue Authority*, patrouilleert voortdurend langs de grenzen. Maar toch kunnen nog steeds de gekste dingen het land binnenkomen, waaronder ook dure merkmedicijnen. Daardoor loopt de staat invoerheffingen mis en de bevolking moet deze pillen met schaarse deviezen betalen."

Waarom kopen mensen die dure preparaten als goedkope 'generieke' (patentvrije en daarom merkloze) medicatie inmiddels goed verkrijgbaar is?

"Veel mensen hebben meer vertrouwen in mooie verpakkingen. Uit recent onderzoek blijkt dat er gezinnen zijn die een week zonder eten zaten om dure merkgeneesmiddelen te kunnen kopen. Terwijl identieke *generica* (nagenoeg) gratis zijn. Dat is het gevolg van agressieve reclame door de merkfabrikanten. Je moet de bevolking voortdurend voorhouden dat de merkloze pillen even goed zijn. Die boodschap komt niet altijd over, hoewel er in Uganda veel radio- en tv-tijd aan wordt besteed."

Toch zijn die vooroordelen tegen generica niet helemaal ongegrond.

"In India en andere Zuidoost-Aziatische landen worden inderdaad veel patentvrije medicijnen van inferieure kwaliteit geproduceerd. De Indiase geneesmiddelencontrole kan slechts een beperkt aantal bedrijven inspecteren. Bovendien exporteert India een groot deel van de productie naar landen die evenmin in staat zijn tot behoorlijke controles. Daarvoor heb je een inspectie nodig van alle ingevoerde goederen en toezicht bij de verkooppunten. In Uganda hebben wij dat voor elkaar gekregen, maar er zijn misschien wel honderd landen die kampen met het probleem van de import van inferieure pillen. Het is moeilijk om dat officieel tegen te gaan, omdat de buitenlandse hulp vaak door diezelfde landen (India geeft veel ontwikkelingshulp aan landen in haar regio; red.) wordt gegeven. Als we iets zouden kunnen doen tegen die export, zou dat natuurlijk veel beter zijn. Ik maak mij veel meer ongerust over dit probleem dan over de activiteiten van de grote multinationals. Hoewel die ook bij herhaling vreselijke dingen uithalen, zoals het dumpen van medicijnen waarvan de verloopdatum (bijna) is overschreden. Gelukkig voorziet de IDA (*International Dispensary Association*; red.) veel landen van essentiële geneesmiddelen. De IDA, gevestigd in Amsterdam, koopt grondstoffen op de wereldmarkt in, produceert daarmee kwalita-

"Je moet de bevolking voortdurend voorhouden dat merkloze pillen even goed zijn"



FOTO: ANTOINETTE BORCHERT

tief hoogwaardige generieke medicijnen en levert deze wereldwijd tegen zeer lage prijzen aan overheden, Unicef en de WHO. Zij beschikken over een eigen kwaliteitscontrole en kunnen dus zonder aarzelen chemische bulkgrondstoffen in China en India kopen. Zo kunnen landen die zelf niet over een geneesmiddeleninspectie beschikken, toch vaak uitstekende medicijnen tegen lage prijzen krijgen."

Welke problemen spelen er in andere landen rond de geneesmiddelenvoorziening?

"Neem het probleem van lokale productie. In een fabriek in Suriname waar paracetamoltabletten werden geslagen, heb ik eens meegemaakt dat ik nog geen vijf meter zicht had, vanwege het paracetamolstof. Dat is een levensgevaarlijke toestand voor de arbeiders en het zegt ook iets over de kwaliteit van de productie. In Mongolië bezocht ik eens een productielijn voor hoestsiroop. De dames aan het eind van de lijn zaten allemaal in nette witte uniformen en met gezichtsmaskers voor. Zij werkten aan een machine waar de flesjes automatisch werden gevuld. Het zag er allemaal prachtig uit. Toen heb ik even een kijkje achter een gordijn genomen. Er stond een grote koperen bak met ingrediënten voor de siroop. Het gonsde er van de vliegen. Een oude dame stond dat spul in een machine te scheppen. Het hele productieproces begon dus totaal verkeerd en eindigde schijnbaar perfect. Overigens is het nog maar de vraag of er zo'n behoefte is aan lokale productie. Dankzij het aflopen van veel patenten in de laatste jaren en de druk op de industrie door bijvoorbeeld de Amerikaanse ziekenfondsen, ontstond er een kwalitatief goede industrie van merkloze medicijnen in de westerse landen, maar ook in een aantal andere delen van de wereld. Die levert zo goedkoop dat je daar met lokale productie niet tegen kunt concurreren, want daarvoor is de schaal te klein. De Wereldbank investeert daarom niet in plaatselijke productie, tenzij er al een goedlopende fabriek staat. Een andere reden om wel te investeren zou kunnen zijn wanneer er een rijke bron aan plantaardige grondstoffen voor de bereiding van traditionele geneesmiddelen beschikbaar is. Maar dat komt zelden voor. Een ander probleem is het opleiden van inkopers. Voor medicijnen is dat niet gemakkelijk, want daarvoor moet je de markt goed kennen. De Wereldbank en de WHO werken samen in een groot project om de inkoop in Afrika te

verbeteren. Het is een belangrijk project waar ik zeer enthousiast over ben. Een probleem dat de komende jaren hierbij zal gaan spelen is dat, nadat deze mensen goed zijn getraind, zij vervolgens zullen worden weggekocht door de particuliere sector. Die kan hoge salarissen bieden, want inkopers zijn van onschatbare waarde voor importeurs en groothandelaren. Je moet dus zorgen dat ze een goed loon krijgen, anders blijven ze niet voor het staatsbedrijf werken. In Uganda hebben de National Medical Stores voldoende bevoegdheden gekregen om werknemers adequaat te honoreren. Dat loont."

Is het wel eens niet gelukt om een geneesmiddelenbeleid van de grond te krijgen?

"Uit de Oekraïne hebben we ons teruggetrokken omdat er geen beleid was en er bovendien niet over te praten viel. Verder is er in een aantal landen uit de voormalige Sovjet-Unie veel corruptie aan de top. Zo werd een voormalig staats-geneesmiddelenbedrijf in vijftien afdelingen opgedeeld, die bovendien in handen kwamen van de verkeerde directies. Er verdween veel geld naar de eigen bankrekeningen. Kortom, het loopt nogal eens helemaal fout. Maar ja, zij moeten er zelf de nadelen van ondervinden, anders krijg je er geen beweging ten goede in. Dus wacht de Wereldbank tot er iets valt recht te zetten."

Vaak wordt gevraagd: 'is het geven van ontwikkelingshulp nodig?' Wat is uw conclusie?

"Uitgaven aan geneesmiddelen zijn gauw verspild. Maar de inbreng op beleidsniveau is van essentieel belang omdat daardoor schaarse middelen optimaal kunnen worden aangewend. Veel van wat wij bereiken is gebaseerd op onderzoek, zoals dat van de professoren Haayer-Ruskamp en De Vries aan de rug. Laat mij een kleine anekdote vertellen: zes weken geleden was ik in het stadje Darchan in Mongolië. Ik had een gesprek met een lokale internist over zijn voorschrijfgedrag en de literatuur die hij daarbij raadpleegde. 'Ah', riep hij, 'ik heb pas een boek in het Mongools gekregen. Het is uitstekend en heet 'Hoe moet ik geneesmiddelen voorschrijven'. Ik vroeg hem of ik het even mocht inzien. Het bleek om een oorspronkelijk Nederlandse uitgave te gaan, die in het Mongools was vertaald en uitgegeven door hun eigen ministerie van Volksgezondheid. Het boek is in opdracht van het WHO-kantoor te Kopenhagen geschreven door De Vries, die destijds deel uitmaakte van mijn vakgroep (prof.dr De Vries is inmiddels benoemd tot hoogleraar in het voorschrijven van geneesmiddelen aan de VU; lvdH). Dit overkomt mij wel vaker in dit werk, en stemt mij intens tevreden. Dan besef ik dat alle moeite en tegenslag niet vergeefs is."

Lucas van der Hoeven