

weinig zegt als de mening van de desbetreffende fysiotherapeut. Op grond van het artikel van Haalboom, op grond van de bekende fysiotherapeutische praxis en op grond van onze eigen ervaring lijkt ons UV-bestraling bij decubitus, bij een goede indicatiestelling, zeker zin te hebben.

De opmerking over blaarvorming en dergelijke, na UV-bestraling bij decubitus, is dom. Een goede fysiotherapeut verstaat de kunst het niet zo ver te laten komen.

Literatuur: HAALBOOM, J. R. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1652. – Vraag 39 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1171.

Zwolle, juli 1981

M. VAN DER BURG
D. DOORNEWAARD
K. PLANJER
J. LUCAS
R. KONING
C. SMALLENBROEK
A. RUYMSCHOOT
Y. BOTH

Fysiotherapeuten kunnen een belangrijk aandeel hebben in het voorkómen en behandelen van decubitus. Het is merkwaardig dat Van der Burg e.a. hun successen voor een zo belangrijk deel toeschrijven aan het gebruik van UV-licht, in plaats van ze als een geslaagde reactivering te beschouwen.

Aan de overzichtelijke uiteenzetting van Haalboom wordt ten onrechte bewijskracht ontleend. UV-licht vormde slechts bij 4 van zijn patiënten een onderdeel van de behandeling en dan nog slechts gedurende de eerste week. Over het effect hiervan op hun genezing wordt met geen woord gerept. Wel wordt gewaarschuwd dat de bactericide dosering tevens een zg. 4e-graadserythema opwekt en een schadelijk effect heeft op leukocyten en granulatiweefsel. Ook GUTTMAN (zie KENEDI e.a.) wijst op het gebrek aan effect van laag gedoseerd UV-licht en de schadelijke werking van een hogere dosering.

Het door de briefschrijvers ingenomen standpunt dat ieders mening even hoog aangeslagen dient te worden, is afkomstig uit de politiek waar het „one man, one vote” systeem geldt, omdat de mogelijkheid tot weging ontbreekt. Als zij menen gunstige resultaten te behalen met „UV-bestraling” van decubitus, dan loont het de moeite om dat nu in een goede proefopstelling aan te tonen, in een zg. controlled clinical trial. Als zij de resultaten daarvan hebben gepubliceerd, dan zullen zij ons daarmee wellicht kunnen overtuigen. Tot dan is terughoudendheid op haar plaats. Zolang het nuttige effect van een methode niet vaststaat, moet het risico van de toepassing niet genomen worden.

Literatuur: KENEDI, R. M., J. M. COWDEN en J. T. SCALLES, *Bed sore biomechanics* (Proceedings of a seminar on tissue viability and clinical applications). The Macmillan Press, Londen.

Redactie

Prijsbewuste receptuur

Het antwoord op vraag 41 (1981) over prijsbewuste receptuur munt niet uit in een zorgvuldigheid welke ik van dit tijdschrift mag verwachten. De redactie stelt Stesolid tegenover Valium. De door de redactie aangehaalde informatie leert dat het CMPC-advies van juni 1980 over Valium zegt, dat Valium door de recente prijsaanpassingen

voor Ziekenfondsrekening kan worden voorgeschreven. Prijsvergelijking volgens dit advies: 10 tabletten Stesolid à 10 mg f 1,79; 10 tabletten Valium à 10 mg f 1,82. In de nieuwste uitgave van de periodieke informatie over de prijzen van geneesmiddelen nr. 92 onder het hoofd Slaapmiddelen, uitgave mei 1981 van de Commissie Voorlichting Prijzen Geneesmiddelen (de zg. Arnhem Commissie), is de prijs van Valiumtabletten en Stesolidtabletten zelfs totaal gelijk gesteld. Ook mag ik verwijzen naar bl. 216 van de (inmiddels wat verouderde) uitgave 1979 *Voorlichting prijzen geneesmiddelen* waarin de dagprijs voor 30 mg voor Stesolid 34 cent bedraagt, voor Valium 36 cent.

Volgens de eveneens aangehaalde toelichting prijzen Repertorium is de particuliere prijs voor 500 tabletten Stesolid van 2 mg f 38,50. Valium staat slechts vermeld in verpakkingen van 2000 tabletten, en komt op f 160,15, een vrijwel identieke prijs.

Navraag bij mijn apotheek leert mij dat de particulier voor 30 tabletten Valium à 2 mg f 3,10 betaalt, en voor 30 tabletten Stesolid à 2 mg f 3,05.

Arnhem, juli 1981

W. DERKSEN

In de rubriek „Vraag en Antwoord” is in het antwoord op vraag 41 (1981) een onjuistheid geslopen. In regel 10 van de eerste alinea wordt vermeld: „(klassiek voorbeeld: Stesolid van de Fa. Gea. . .)”. Aangezien Stesolid een product is van de Fa. Dumex verzoeken wij u vriendelijk de onjuistheid te corrigeren.

Hilversum, augustus 1981

G. J. SCHOOR,
Dumex B.V.

Het antwoord op Vraag 41 (1981) is eenzijdig en vraagt om aanvulling. Het is niet waar dat „de” groothandel vanuit andere landen goedkoop aangeschafte spécialités in Nederland parallel importeert. Dat gebeurt door handelshuizen met een beperkt assortiment, waaraan onder meer de service-preparaten ontbreken.

Terecht is gesteld dat de zg. farmaceutische preparaten (daaronder vallen de „loco's”, een uitsluitend in ons land gangbare benaming) aan dezelfde overheidsnormen dienen te voldoen als de ingeschreven spécialités. Het gaat hierbij niet alleen om de zuiverheid, doch eerder om eventuele verschillen in biologische beschikbaarheid. Breimer zei in zijn inaugurele rede (oktober 1976) „dat ons Nederlandse geneesmiddelenpakket in dit opzicht beter dient te worden onderzocht. Indien dit niet gebeurt, aanvaarden wij bewust een factor die variaties in zich bergt die feitelijk onnodig zijn”. Het Nederlandse registratiecollege komt aan dat onderzoek niet voldoende toe. Bij de behandeling van de begroting voor 1981 deelde de Staatssecretaris mede, dat van de ongeveer 2.900 farmaceutische preparaten er ca. 150 waren ingeschreven.

Bij de discussie over de zg. FNA-preparaten dient eraan gedacht te worden dat de inderdaad strenge voorschriften van het Formularium op meer dan 900 plaatsen in Nederland uitgevoerd kunnen worden. Het is mogelijk dat dit leidt tot kwaliteitsverschillen in de afgeleverde producten. Op bedoelde voorschriften wordt door het registratiecollege tot nu toe geen controle uitgeoefend. De preparaten zijn evenmin klinisch-farmacologisch onderzocht.

Dat artsen geen farmaceutisch kwaliteitsoordeel kunnen vellen, is duidelijk. Het ontbreekt hun aan de middelen daartoe. De gemiddelde praktijk-apotheker heeft wel de kennis om zulks te doen. Doch ook hij zal veelal niet over alle nodige middelen beschikken. Uiteraard blijft dan voor

een kwaliteit/kostenvergelijking alleen het kostenelement over.

Natuurlijk behoeft de voorschrijvende arts de innoverende industrie niet te steunen door het uitsluitend voorschrijven van merkartikelen. Die industrie moet zelf zorgen voor haar continuïteit! Velen zijn van mening dat er (nog steeds) betere of andere geneesmiddelen nodig zijn. Zij weten ook, waar die vandaan moeten en zullen komen. De research naar die nieuwe middelen wordt betaald uit de opbrengst van de bestaande. Valt daarvan te veel weg, dan komt de innovatie in gevaar.

De farmaceutische industrie bevindt zich op het ogenblik in een cruciale periode. Enerzijds lijkt het mogelijk via toegenomen fundamentele kennis op de wat langere termijn belangrijke vernieuwingen tot stand te brengen. Aan de andere kant dreigen door octrooi-afloop van grotere preparaten flinke inkomsten weg te vallen. En dat alles in een tijd met een economisch slechte gang van zaken in de meeste landen. Dit leidt tot noodzakelijke besparingen, ook op volksgezondheidsgebied. Ons land kent een naar verhouding gering gebruik van medicijnen. Zij maken 8 à 9% van de totale kosten van gezondheidszorg uit, waarvan de helft aan fabrikanten en importeurs toevalt.

De effectieve, geld-opbrengende octrooiduur is gedurende de laatste jaren door allerlei oorzaken van ongeveer 15 jaar teruggelopen tot minder dan de helft daarvan. Dat komt onder meer door een langere research, meer klinisch en veiligheidsonderzoek en de registratieduur.

De innoverende farmaceutische industrie wordt juist op het ogenblik dat zich grote mogelijkheden voordoen, geplaatst voor continuïteitsproblemen. Oplossingen en meningen, zoals aangegeven in het eerste antwoord op Vraag 41, betekenen een aanpak op korte termijn. Zij zullen op den duur contraproductief werken.

Utrecht, juli 1981

J. C. SANDERS,
voorzitter NEFARMA
(Nederlandse Associatie
van de Farmaceutische Industrie)

Vraag 41 (1981) en het antwoord daarop nopen mij tot commentaar. Niemand zal bestrijden dat prijsbewust handelen meer dan ooit geboden is. Dat dit gerealiseerd wordt met het voorschrijven van generieke preparaten, waardoor de apotheker het beste en goedkoopste mag afgeven, dan wel een goedkoper parallel-importprodukt kan afleveren, mag op korte termijn gezien juist zijn, op langere termijn is dit beslist geen goedkoper en derhalve geen prijsbewust handelen.

Voorts is het niet juist te stellen dat de voorschrijvende arts in het algemeen niet bang behoeft te zijn voor een minder zuivere bereiding, aannemende dat hier niet alleen wordt gedoeld op de zuiverheid van de verwerkte stoffen maar meer op de kwaliteit van het produkt in ruimere zin. Verschillende voorbeelden hebben aangetoond dat de kwaliteit van generieke preparaten dusdanig kan zijn, dat er weliswaar sprake is van chemische, doch niet van farmaceutische equivalentie (o.a. JONKMAN e.a. (1981) *Pharm. Weekbl.* 116, 665).

In het antwoord wordt terecht gesteld dat de generieke preparaten aan dezelfde strenge overheidsnormen moeten voldoen als de geregistreerde spécialités. Maar komt hier in de praktijk iets van terecht als van de ongeveer 2400 loco-preparaten er slechts ongeveer 90 zijn geregistreerd en dus van overheidswege volgens haar strenge eisen zijn goedgekeurd? (*Farma feiten* (1980) bl. 29, naar aanleiding van de begrotingsbehandeling 1980).

Voorts wordt opgemerkt dat het niet de taak van de arts is de innoverende industrie te steunen door het onder de spécialiténaam voorschrijven van die produkten, waarvan na het aflopen van het octrooi, goedkopere en even goede alternatieven zijn te verkrijgen. Indien dat juist is, van wie mag de research-bedrijvende industrie dan nog de noodzakelijke steun verwachten? Van de zijde van de overheid en van de ziekenfondsen is dat niet te verwachten. Van een aantal apothekers mag dat evenmin worden verwacht zolang zij goedkopere parallel-importprodukten uit enkele te lage prijs-landen in de EEG blijven kopen, waar prijsreglementeringssystemen van overheidswege zijn afgedwongen. Dergelijke systemen zijn in strijd met het EEG-verdrag omdat deze de exportpositie van die landen ten opzichte van de overige EEG-landen onjuist begunstigen. (MEST-MÄCKER, *Vereinbarkeit von Preisregelungen auf dem Arzneimittelmkt mit dem Recht der Europäischen Wirtschaft*, Bd. 97, Baden-Baden 1979). De door de EEG-commissie te treffen maatregelen ter opheffing van deze exportbevestiging vergen tijd en zullen aan deze concurrentievervalsing een einde maken.

Verder wil ik een kanttekening maken bij de uitspraak dat de research-bedrijvende industrie in het algemeen kostendekkend en winstgevend werkt, gedurende dat haar produkt octrooibeschermt. In het verleden was dat het geval, tegenwoordig is dit niet meer zo. De research-bedrijvende industrie heeft het keerpunt bereikt of is daar reeds voorbij. Een tweetal, tot voor kort nog Nederlandse en research-bedrijvende ondernemingen, is er reeds onderdoor gegaan, omdat de hoge investeringen voor research en ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen niet meer konden worden opgebracht. Andere zullen volgen, de eerste symptomen zijn al waarneembaar. Krampachtig trachten enkele research-bedrijvende ondernemingen op korte termijn kostendekkend te blijven.

Na de vliegtuigindustrie is de research-bedrijvende farmaceutische industrie degene die het grootste percentage van haar opbrengst investeert in research en ontwikkeling. Gemiddeld bedraagt dit ruim 10% van de opbrengst. Bij enkele internationale ondernemingen ziet men percentages van zelfs 12 tot 13. De totale uitgaven voor wetenschappelijk onderzoek voor een nieuw geneesmiddel tot het moment van de aanmelding voor registratie volgens de EEG-richtlijnen bedroegen in de laatste jaren, met inbegrip van de kosten voor mislukkingen, in de Duitse Bondsrepubliek gemiddeld 90 à 100 miljoen DM. Aangezien uitsluitend preparaten met een jaarlijks grote omzet uit internationale prescriptie (> 100 miljoen DM.) tegenwoordig de kosten voor research en ontwikkeling van een onderneming kunnen terugverdienen, moeten deze preparaten, zolang zij zinvol kunnen worden voorgeschreven, ook bijdragen in de kosten voor wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van in commercieel opzicht minder succesvolle innoverende preparaten. Dit komt erop neer dat veel voorgeschreven geneesmiddelen met 150 miljoen DM. aan kosten worden belast. Indien wij verder bezien dat er op een geneesmiddel, vanaf de octrooi-aanmelding, een octrooibeschermt van 20 jaar bestaat, waarvan gemiddeld 10 jaar voor research en ontwikkeling en gemiddeld twee jaar voor registratie door de overheden afgaat, dan betekent dit dat er slechts maximaal 8 jaar overblijft van de octrooiperiode om de kosten uit de opbrengst te kunnen terugverdienen, terwijl 15 jaar lang gemiddeld 10% van de opbrengst daarvoor nodig is (*Pharm. Industr.* (1980) 42, Nr. 7).

Dit betekent dat de grote bedragen voor research en ontwikkeling in de reeds genoemde resterende, door het octrooi beschermd, 8 jaar niet meer kunnen worden te-