

Dorpsgezondheidswerkers als medicijnverkopers:

de toekomst van primary health care?

Sjaak van der Geest

Er zijn recentelijk veel pessimistische woorden gesproken over de toekomst van primary health care (PHC) in Derde-Wereld landen. Aan de verspreiding van goede geneesmiddelen zijn zo mogelijk nog triestere beschouwingen gewijd. Dit artikel gaat precies over deze twee probleemgebieden en heeft niettemin een optimistische toon.

De problemen rond PHC zijn velerlei. De Werkgroep 'Schakelingen' wijdde in 1988 een internationaal seminar aan de opvattingen en belangen die er t.a.v. PHC bestaan bij donor-organisaties, nationale regeringen, gezondheidswerkers en dorpingen. Het blijkt dat er bij deze verschillende betrokkenen zeer tegenstrijdige ideeën leven over wat PHC nu eigenlijk is, wat men er mee kan bereiken en hoe dat dient te gebeuren (cf. van der Geest et al. 1989). Een bijzonder nijpend probleem is de financiering van PHC. Enerzijds wordt betoogd dat PHC de zelfredzaamheid van mensen moet bevorderen - of, nog krasser uitgedrukt, dat het op zelfredzaamheid gebaseerd moet zijn - anderzijds drijft PHC vaak voor een groot gedeelte op geld dat van buiten komt. Deze tegenstrijdigheid vormt een directe bedreiging voor het voortbestaan van PHC. Externe donor-organisaties zijn geneigd om, overeenkomstig het principe van zelfredzaamheid, hun ondersteuning geleidelijk terug te trekken. Dit zal waarschijnlijk leiden tot de verdwijning van veel bestaande PHC programma's en wel om twee redenen. Ten eerste is men gewend geraakt aan een PHC die door anderen betaald wordt. Ten tweede lijken de meeste regeringen weinig genegen de rol van externe donors over te nemen, ondermeer omdat PHC, zeker in rurale gebieden, geen politieke prioriteit heeft (cf. Salim 1988).

De kritiek op de geneesmiddelenvoorziening heeft eveneens veel facetten.¹ Een van de belangrijkste kritiekpunten is dat de beschikbaarheid van geneesmiddelen vaak bepaald wordt door de commerciële belangen van de leveranciers in plaats van door de behoeften van de bevolking. Goede en betaalbare medicijnen zijn vaak niet te krijgen terwijl er een overvloed is aan dure, dikwijls overbodige en soms gevaarlijke middelen. Het WHO plan voor 'essentiële geneesmiddelen' is ontworpen om deze scheve verhouding te herstellen (WHO 1977), maar ondanks de algemene verbale instemming daarmee zijn er nog maar weinig landen die dit plan werkelijk hebben uitgevoerd (WHO 1986).

De relatie tussen geneesmiddelen en PHC is ambivalent. Medicijnen liggen, vanwege hun curatieve karakter, ongemakkelijk in de PHC filosofie die immers preventie benadrukt. Die 'ongemakkelijkheid' neemt nog toe als blijkt dat dorpingen vaak helemaal

niet zo zijn ingenomen met het evangelie van preventie (zie b.v. Stone 1986) en juist om medicijnen en andere curatieve voorzieningen vragen. Dorpsgezondheidswerkers die geen medicijnen verstrekken, worden niet serieus genomen.² Over het algemeen blijken mensen wel bereid te betalen voor medicijnen maar niet voor preventieve activiteiten. De voorkeur voor medicijnen vormt op die manier een rechtstreekse bedreiging voor PHC; wat bereikt wordt is niet: meer zelfredzaamheid dankzij preventieve actie, maar juist een toename van afhankelijkheid van externe middelen. Van die 'nood' tracht men echter op tal van plaatsen een 'deugd' te maken: men verleidt mensen tot PHC door ze geneesmiddelen te geven of, meer recentelijk, men laat hen, via de medicijnen, voor hun eigen PHC betalen. Het zogenoemde Bamako-initiatief is een voorbeeld van die tweede tactiek.

Het Bamako Initiatief

In september 1987 lanceerde Unicef, op een bijeenkomst van Afrikaanse ministers van gezondheid in Bamako, Mali, een plan om via de verkoop van essentiële geneesmiddelen, de noodlijdende PHC programma's te redden. Uit de opbrengsten van die verkoop zou een 'revolving fund' opgericht moeten worden waarmee dorpsgemeenschappen de aankoop van nieuwe medicijnen en andere PHC-voorzieningen kunnen betalen (Unicef 1988a, Monekosso 1989, Ofosu-Amaah 1989).³

Het plan heeft veel verzet opgeroepen. Veel critici zijn bezorgd dat dit voorstel de lasten van de armsten onder de rurale bevolking nog zal verzwaren (Editorial 1988, HAI 1989, Laing 1989). Chabot (1988) is van mening dat een dergelijke maatregel de dorpsgezondheidswerkers zal vervreemden van de locale bevolking. De ervaringen die met een dergelijke constructie van interne financiering zijn opgedaan in allerlei PHC projecten in diverse Afrikaanse landen en die door Unicef (1988b) worden opgevoerd ter ondersteuning van het Bamako voorstel, roepen ook vragen op. Diverse critici zijn van mening dat deze basis veel te smal is om zo'n ingrijpend plan op te baseren (zie b.v. Chabot 1988, Laing 1989). Tenslotte heeft bijna iedereen grote twijfels over het beheer van zo'n 'revolving fund': hoe kan men voorkomen dat de inkomsten voor andere doeleinden dan PHC worden aangewend?

Health Action International (HAI), een organisatie waarin ongeveer honderd consumentengroepen uit de gehele wereld verenigd zijn, heeft ook zijn bedenkingen en stelt voor een onderzoek in te stellen naar de voor- en nadelen van het plan alvorens tot uitvoering ervan over te gaan (HAI 1989). HAI formuleert zes bezwaren tegen het plan. Op drie ervan wil ik hier ingaan:

- 1 Het probleem van supervisie: hoe garandeert men dat de opbrengsten van medicijnen inderdaad geïnvesteerd worden in PHC?
- 2 Het probleem van de prijzen: hoe voorkomt men dat de prijzen van geneesmiddelen opgedreven worden om aldus meer winst te maken?
- 3 Het probleem van 'rationeel medicijn-gebruik': hoe voorkomt men over-prescriptie en over-consumptie van geneesmiddelen?

Het gaat hier om reële gevaren die het Bamako-plan parten kunnen gaan spelen. De drie kritiekpunten hebben één gemeenschappelijke noemer: zij verwijzen alle naar de

negatieve invloed die commercialisering van de geneesmiddelen-voorziening op het plan zal hebben. Van commercialisering is inderdaad sprake als (1) dorpsgezondheidswerkers de opbrengsten niet afdragen voor het algemeen goed maar voor zichzelf houden, als (2) de prijzen gaan stijgen en (3) als er onnodig veel medicijnen voorgeschreven of verkocht worden.

Medicijnvoorziening in Kameroen

Mijn onderzoek naar medicijnvoorziening in Kameroen bevestigt de twijfels van HAI in meer dan één opzicht. Een van de belangrijkste conclusies van dat onderzoek was – heel grof gesteld – dat men er niet vanuit kan gaan dat gezondheidswerkers het algemeen welzijn laten prevaleren boven hun eigen belangen (waarbij dat van hun naaste familie is inbegrepen). Dat is niet alleen ‘grof gesteld’, het is bovendien een open deur. Toch gaan vele beleidsmakers er nog steeds van uit dat gezondheidswerkers wel de belangen van de gemeenschap (en van de staat) voorop stellen en als daar twijfels over bestaan neemt men aan dat hun controleurs dat doen. Uit mijn onderzoek kwam echter naar voren dat het nastreven van eigen belangen door alle betrokken functionarissen in de gezondheidszorg voorop staat en als een worm de openbare voorzieningen aantast en uitholt.

Kort samengevat⁴: in de ziekenhuizen en gezondheidscentra van de staat werden artsen en verpleegkundigen geacht gratis geneesmiddelen te verstrekken aan patiënten, maar in de praktijk bleken er vaak helemaal geen medicijnen voorradig te zijn en waren de patiënten gedwongen medicijnen elders te gaan kopen, soms in een apotheek in een veraf gelegen plaats. Het gevolg was dat de ‘gratis’ medicijnvoorziening extra duur uitpakte. De oorzaak van de medicijn-tekorten in de staatsinstellingen was een ongelukkige combinatie van commerciële ‘spirit’ en niet-commerciële context. De formeel niet-commerciële status van de instellingen stelde de betrokkenen juist in staat hun privé belangen beter te behartigen. Op alle niveaus van de medicijndistributie (bestellen, verspreiden over de instellingen, voorschrijven en aan patiënten verstrekken) gebeurden onregelmatigheden die de daar aanwezige functionaris tot voordeel strekten maar de voorziening van medicijnen aan patiënten belemmerden.

Tegelijkertijd werden de staatsvoorzieningen gekenmerkt door een grote traagheid, die eveneens het gevolg was van hun non-commerciële status. Voor plichtsgetrouwe ambtenaren leek het zorgvuldig volgen van alle bureaucratische kronkelpaden belangrijker dan het snel leveren van de gevraagde medicijnen en voor de ongeïnteresseerden onder hen maakte het allemaal niet veel uit. Het resultaat was in beide gevallen hetzelfde: grote inefficiëntie in de toelevering van medicijnen aan met name rurale gezondheidscentra. Consultants die in 1979 in opdracht van het Ministerie van Gezondheid de medicijnvoorziening in Kameroen evalueerden kwamen tot de onthutsende ontdekking dat het acht maanden tot twee jaar duurde eer medicijnen, besteld bij de Centrale Apotheek van het Ministerie, hun plaats van bestemming bereikten, terwijl eenzelfde procedure in de commerciële sector in drie weken rond was. De consultants waren van mening dat het ontbreken van een commerciële prikkel de belangrijkste oorzaak was. Geen van de betrokkenen had er *persoonlijk belang* bij dat de bestelde medicijnen zo

snel mogelijk op hun plaats kwamen. Het idee van urgentie was afwezig.

Volgens mijn schatting zagen de gezondheidscentra op het platteland ongeveer slechts 65% van de medicijnen die zij behoorden te ontvangen. Een groot gedeelte daarvan verdween vervolgens weer naar familieleden en kennissen van de gezondheidswerkers en naar notabelen van het dorp of werden onderhands verkocht. Nog niet de helft van de toegewezen medicijnen kwam terecht bij de patiënten waarvoor ze bestemd waren. Het feit dat, als gevolg hiervan, de gezondheidscentra op het platteland gedurende een groot gedeelte van het jaar zonder medicijnen zaten leidde er soms toe dat deze centra nauwelijks meer bezocht werden. Een behandeling zonder geneesmiddel was volgens alle mensen met wie ik sprak zinloos. Zodra bekend werd dat er in een centrum geen medicijnen meer te krijgen waren, liep de patiëntenstroom terug. Gedurende lange periodes stonden de rurale gezondheidscentra van de staat dan ook nagenoeg op non-actief.⁵

Deze inefficiëntie contrasteerde scherp met de gang van zaken in privé ziekenhuizen en centra die slechts konden functioneren dankzij de opbrengsten uit hun werk. Dat gold ook voor de instellingen van missie en zending. Hoewel officieel 'niet op winst gericht', waren zij dat weldegelijk om hun diensten draaiende te houden. De opbrengsten kwamen vooral uit medicijnen en operaties, twee zeer concrete elementen in de gezondheidszorg waarvoor mensen het meest bereid bleken te betalen. Medicijnen werden soms zelfs met winstmarges van 400 % verkocht, terwijl de commerciële apothekers gebonden waren aan een maximale marge van 50 %. Voor privé instellingen was het derhalve van groot belang geen tekorten in de medicijnvoorraad te laten ontstaan.

Die commerciële houding trof men ook aan onder informele (en illegale) medicijnverkopers die hun uiterste best deden altijd een voorraad te hebben van de meest gevraagde medicijnen. Antibiotica, pijnstillers en anti-malaria middelen trof men bijvoorbeeld in de meest afgelegen plaatsen aan in kleine dorpswinkeltjes. Daarnaast waren er de marskramers die te voet of per fiets van dorp tot dorp trokken met ondermeer medicijnen in hun bagage.

Als men de van medicijnen verstoken staatsgezondheidszorg vergelijkt met de redelijk goed voorziene particuliere initiatieven, kan men slechts tot één conclusie komen: dat het in ieder geval een regelmatige toevoer van medicijnen ten goede komt als de verstrekker van de geneesmiddelen zelf baat heeft bij de verkoop ervan.

Dilemma's van dorpsgezondheidswerkers

Dorpsgezondheidswerkers dienen een sleutelrol te spelen in PHC op lokaal niveau. Zij moeten hun dorpsgenoten enthousiasmeren om zelf zoveel mogelijk preventieve en curatieve maatregelen te treffen. Tevens worden zij geacht eenvoudige curatieve diensten te leveren en adviezen te geven voor gezond leven. In het gebied van Kameroen waar ik het onderzoek verrichtte, bestonden zulke dorpsgezondheidswerkers echter niet, althans niet van staatswege. Wel waren er in diverse dorpen gediplomeerde verpleegkundigen, verbonden aan een gezondheidscentrum, die tot taak hadden gezondheidsvoorlichting en curatieve hulp te geven. Hun klacht was echter steevast dat er

vooral van het eerste niets terecht kwam. Hun verklaring daarvoor was dat de bevolking niet bereid was naar hen te luisteren, omdat ze niet eens medicijnen hadden.⁶ Om die reden kwam er ook van hun curatieve taak vaak weinig terecht. Een verpleegkundige zonder medicijnen werd veelal als nutteloos beschouwd (cf. Hours 1985).

Wanneer men derhalve uitgaat van de opvattingen van de direct-betrokkenen, kan men stellen dat een constante voorraad van de meest noodzakelijke geneesmiddelen een voorwaarde is voor het functioneren van een dorpsgezondheidswerker (zie noot 2).

Maar hoe kan men ervan verzekerd zijn dat een dorpsgezondheidswerker steeds voorzien is van de nodige medicijnen? We hebben reeds gezien dat het gemakkelijk fout gaat als hij gratis medicijnen van staatswege distribueert. Als hij de medicijnen verkoopt en de opbrengst daarvan afdraagt aan een instantie die daarmee weer nieuwe medicijnen aankoopt, verandert er echter niet veel. Wat namelijk hetzelfde blijft, is dat de gezondheidswerker er zelf niet beter van wordt als hij zich strikt houdt aan de regels. Anders gezegd: ook hier ontbreekt de commerciële prikkel. Het kan in een gegeven situatie bijvoorbeeld voordeliger voor hem zijn niet al het verdiende geld af te dragen maar een gedeelte ervan te besteden aan iets waar hij zelf dringend behoefte aan heeft. Verder is het te verwachten dat familieleden, vrienden of dorpsnotabelen hem om (gratis) medicijnen vragen. Het kan meer in zijn belang zijn zo'n verzoek in te willigen dan het te weigeren. Dat laatste zou weleens verkeerd kunnen vallen in de gegeven sociale context omdat iedereen het erover eens is dat het hemd veel nader is dan de rok. Indien de medicijnen echter aan de dorpsgezondheidswerker zelf zouden toebehoren, zou die belangenafweging weleens anders uit kunnen vallen. Hij zou dan misschien meer vindingrijkheid betrachten om dergelijke verzoeken op een acceptabele manier af te wijzen of te vermijden. Zo zorgde een apotheker in Kameroen er voor zo min mogelijk in zijn winkel te komen om niet geconfronteerd te worden met de lastige vragen van zijn familie en zijn dorpsgenoten. Hij had zijn personeel geïnstrueerd dergelijke verzoeken steeds te beantwoorden met het excuus dat zij helaas niets konden toezeggen omdat 'le patron' niet aanwezig was. Ook de Bamiléké, de belangrijkste handelaars in Kameroen, hebben talrijke technieken ontwikkeld om dit soort verzoeken het hoofd te bieden. In een van hun winkels trof ik zelfs de volgende spreuk aan: "Pour le 'bon' venez demain". Het lijkt alsof de kapitalistische geest zich daar reeds begint te verspreiden. Wie de drempel van een Bamiléké winkel overschrijdt, weet dat de artikelen daar alleen *te koop* zijn. De regels van de gift-cultuur gelden daar niet meer, terwijl ze nog wel van kracht lijken in de staatsinstellingen.⁷

Een dorpsgezondheidswerker die geacht wordt medicijnen te verkopen die aan de gemeenschap of de staat toebehoren, kan in grote moeilijkheden komen, zoals we gezien hebben. Er zijn echter nog meer onpractische kanten aan deze procedure. Een voorbeeld maakt dat duidelijk.

Het Pahou-project in Bénin

In het zuiden van Bénin, in de omgeving van Pahou, wordt geëxperimenteerd met een basisgezondheidszorgproject dat zichzelf moet betalen. De resultaten van dat project worden door Unicef (1988b:4-8) aangehaald ter ondersteuning van haar Bamako initia-

tief. De dorpsgezondheidswerkers binnen dat project krijgen een kleine toelage van maximaal 3000 CFA (ongeveer f 20,-) per maand en worden verondersteld allerlei curatieve en preventieve diensten te verlenen binnen hun gemeenschap. Voor sommige van die diensten worden zij betaald. De opbrengsten daarvan worden eens per maand in de districtshoofdplaats Pahou afgedragen. Strikt genomen betalen de mensen niet voor de medicijnen maar voor de behandeling, maar iedereen beseft dat er zonder medicijnen geen sprake van behandeling zou zijn. Als de dorpsgezondheidswerkers hun inkomsten komen afrekenen met de hoofdverpleger in Pahou, ontvangen zij hun maandelijke toelage en krijgen nieuwe medicijnen. De procedure is omslachtig en vergt voortdurende controle van buitenaf, wat op gespannen voet staat met de basis-gedachte van PHC. Het systeem werkt bovendien gemakkelijk misbruik en kleine corruptie in de hand⁸ en kan de gezondheidswerkers nauwelijks motiveren aangezien 3000 CFA een zeer lage beloning is en het bedrag dat zij moeten afdragen gewoonlijk hoger zal zijn. Bovendien zijn zij iedere maand een dag kwijt aan deze afrekening. De reis naar Pahou, die overigens wel gecombineerd kan worden met een bezoek aan de plaatselijke markt, brengt kosten met zich mee die de gezondheidswerkers zelf moeten betalen.⁹

Het is moeilijk te geloven dat zo'n systeem ook functioneert. Tijdens een korte missie eind 1987 bezocht ik vier dorpsgezondheidswerkers binnen het Pahou project en vroeg hun of ik de inhoud van hun medicijntrommel mocht zien. Tot mijn verrassing was de voorraad bij twee van hen redelijk op peil; van de 17 items (zowel medicijnen als ander materiaal) bleken er bij de een 13 en bij de ander 10 aanwezig te zijn. In het derde geval was de medicijntrommel leeg op één rolletje verbandgaas en wat Gentiaan Violet na, maar dat zou een uitzondering zijn omdat de betreffende gezondheidswerker in een conflict was verwickeld met de projectleiding. In het vierde dorp was de gezondheidswerker afwezig en bleek het onmogelijk zijn voorraad te controleren.

Dat deze kleine 'steekproef' een tamelijk gunstig beeld laat zien, zegt nog weinig over de levensvatbaarheid van dit systeem van 'auto-financement' van PHC. De motivatie van de dorpsgezondheidswerkers wordt met kunst en vliegwerk hoog gehouden. Artsen, sociale werkers, verpleegkundigen, vroedvrouwen, sociale wetenschappers, enquêteurs en buitenlandse bezoekers passeren van tijd tot tijd de dorpen en moedigen de gezondheidswerker aan. Zijn geldelijke beloning mag dan gering zijn, hij krijgt er veel aanzien voor terug. Die situatie is echter verre van 'normaal' en kan niet als model dienen voor andere dorpen. De term 'autofinancement' is bovendien misleidend. Wat de dorpelingen, via de gezondheidswerker, opbrengen vormt slechts een fractie van de totale kosten van het project, dat grotendeels op buitenlandse fondsen drijft. De ondersteuning en controle van het werk van de dorpsgezondheidswerkers kost het honderdvoudige van wat dezen binnenbrengen. Het Pahou project kan om die reden nooit als levensecht model dienen voor een 'revolving fund' (zie ook De Wildt 1989).

Het feit dat de dorpsgezondheidswerkers in Pahou geen medicijnen maar slechts behandelingen mogen verkopen, is eveneens problematisch. De achterliggende gedachte is klaarblijkelijk dat men commercialisering van de geneesmiddelenvoorziening tegen wil gaan. Het resultaat is echter dat het de dorpelingen uiterst moeilijk wordt gemaakt zichzelf te behandelen met goede en betaalbare medicijnen hetgeen toch ook een basisprincipe van PHC is. Medicijnen voor eigen gebruik moeten zij nog steeds op de markt

of bij rondtrekkende verkopers zoeken, waar ze gewoonlijk (maar niet altijd!) een hogere prijs moeten betalen, en dat vaak nog voor de verkeerde medicijnen.

Het zou voor de hand liggen als dorpsgezondheidswerkers zelf een aantal essentiële geneesmiddelen konden inkopen bij het centrum in Pahou en die mochten doorverkopen met voldoende winst om hun werk aantrekkelijk te maken, zonder dat die prijzen 'onbetaalbaar' worden. De voordelen zijn onmiddellijk zichtbaar. Vanwege de winst zullen de gezondheidswerkers gemotiveerd zijn zelf de voorraad op peil te houden. Financiële controle van buitenaf wordt overbodig want bij slecht beheer zou de gezondheidswerker op de eerste plaats zichzelf benadelen. Verder wordt de verspreiding van nutteloze en gevaarlijke medicijnen via de informele sector een halt toegeroepen. Kennelijk is deze oplossing toch niet zo voor de hand liggend want hij wordt praktisch nergens gesuggereerd, laat staan toegepast.¹⁰ De redenen zijn bekend en komen ook uitgebreid ter sprake in de kritiek op het Bamako initiatief. De autoriteiten zijn bang dat ze hun greep op PHC en medicijnvoorziening verliezen. Verder benadrukt men dat de koppeling van inkomsten aan de verkoop van medicijnen tot mistoestanden zal leiden. Zo wijst Laing (1989) erop dat die koppeling tot gevolg zal hebben dat er teveel medicijnen voorgeschreven zullen worden en dat niet-winstgevende activiteiten verwaarloosd zullen worden. Zouden die ongunstige neveneffecten inderdaad onvermijdelijk zijn?

Economische rationaliteit

De voorspelling dat dorpsgezondheidswerkers teveel (en misschien ook verkeerde) medicijnen zullen voorschrijven als ze daar meer mee kunnen verdienen, komt voort uit een eenzijdige opvatting over economische rationaliteit, als zouden transacties altijd gebaseerd zijn op 'negatieve reciprociteit', dat wil zeggen, altijd een poging zijn zoveel mogelijk te profiteren ten koste van de ander. Een dergelijke stijl van handel drijven mag misschien rationeel zijn in een situatie waar de handelspartners verder niets met elkaar te maken hebben en elkaar nooit meer zullen zien. Zo'n situatie is echter betrekkelijk zeldzaam en is zeker niet van toepassing op de transacties tussen een dorpsgezondheidswerker en zijn mededorpelingen. Hun relatie wordt juist gekenmerkt door wat Sahlins (1974:194) 'balanced reciprocity' noemt. De partners in deze onderhandeling komen elkaar voortdurend tegen in allerlei verschillende contexten. Het is in hun beider belang de ander niet te benadelen. De transactie wordt juist gekenmerkt door wederzijds vertrouwen.

Men zal bovendien meer geneigd zijn zaken te doen met een vertrouwd persoon als de kwaliteit van het product dat gekocht wordt moeilijk van buitenaf beoordeeld kan worden. Plattner, die deze sociale aspecten van economische transacties bespreekt, citeert in dit verband de bekende reclame slogan "If you do not know cars, know your dealer" (Plattner 1983:850). Die onzekerheid over het product geldt ook vaak het geneesmiddel. Het is daarom maar beter je te verlaten op iemand die het goed met je voorheeft en naar wie je terug kunt gaan als het product niet aan je wensen voldoet. De marskramer-medicijnverkoper is typisch iemand die niet in die categorie valt, de dorpsgezondheidswerker wel.¹¹

De economische rationaliteit van de gezondheidswerker die medicijnen verkoopt aan zijn dorpsgenoten is ingebed in langlopende en veel-lagige ('multi-stranded') sociale contacten. Als hij er prijs op stelt zijn functie als dorpsgezondheidswerker te behouden (en dat hangt af van de aantrekkelijkheid van de functie) zal hij trachten goede diensten te leveren. Commercialisering op het niveau van de dorpsgemeenschap¹² is zeker niet het grote kwaad dat de critici, en zelfs de voorstanders van het Bamako initiatief, erin schijnen te zien.

Dorpsgezondheidswerkers als medicijnverkopers?

De zwakke plek van mijn pleidooi is dat ik niet naar geslaagde voorbeelden kan verwijzen. Er zijn nauwelijks basisgezondheidszorgprojecten waarbij de medicijnvoorziening is geprivatiseerd en in handen van dorpsgezondheidswerkers is gelegd.¹³ Ik kan me slechts baseren op de haast onafzienbare lijst van mislukkingen van niet-geprivatiseerde medicijndistributie en op discussies over economische rationaliteit binnen kleinschalige gemeenschappen.

Ik denk niettemin aannemelijk te hebben gemaakt dat de problemen die aan het begin van dit artikel genoemd werden zichzelf grotendeels oplossen als de dorpsgezondheidswerkers zelf over de medicijnen kunnen beschikken. Supervisie over herinvestering van opbrengsten in geneesmiddelen wordt overbodig omdat die herinvestering in het belang van de gezondheidswerker zelf is. Het opdrijven van prijzen is, in het licht van de voorgaande beschouwing ook minder waarschijnlijk dan aanvankelijk gedacht werd. Bovendien zou men posters kunnen ontwerpen waarop de prijzen van de tien tot twintig geselecteerde medicijnen vermeld worden. Dorpsgezondheidscomité's kunnen in die opzet een stimulerende rol spelen en behoeven ten aanzien van de gezondheidswerker slechts 'een oogje in het zeil' te houden. De effectieve controle komt immers van binnenuit.

Het derde probleem, het risico van over-prescriptie en over-consumptie, blijft misschien bestaan in zoverre dat zowel verkoper als klant tot polyfarmacie geneigd kunnen zijn. In dat geval zou 'over-prescriptie' dan ook niet door de hulpzoeker als een slechte dienst ervaren worden. Ik ben van mening dat dit probleem enigszins ondervangen kan worden door voorlichting over goed medicijngebruik. De poster waar ik zojuist gewag van maakte zou, behalve prijzen, ook eenvoudige informatie moeten bevatten over correct medicijngebruik voor de meest voorkomende kwalen. Deze informatie, plus het feit dat de consumenten meestal arm zijn en dus zuinig moeten zijn op hun schaarse geld, maakt mij toch enigszins optimistisch over de mogelijkheid over-prescriptie te voorkomen.

Kort samengevat pleit ik voor experimenten met voorzichtige privatisering van geneesmiddelenvoorziening in PHC. Dorpsgezondheidswerkers zouden op basis van hun gebleken geschiktheid en na een korte opleiding het recht moeten krijgen een vast te stellen lijst van essentiële geneesmiddelen voor een zeer lage prijs in te kopen op centrale punten om deze in hun eigen dorp weer te verkopen met een bepaalde winst, al dan niet in combinatie met een therapeutische behandeling. Het recht op deze in- en verkoop dient afhankelijk gesteld te worden van het gehele functioneren van de

dorpsgezondheidswerker. Als hij bepaalde andere taken niet naar tevredenheid vervult, verliest hij bovengenoemd recht. De winst die de gezondheidswerker maakt, moet voldoende zijn om van te leven, al dan niet aangevuld met andere economische activiteiten. In dat geval mag men verwachten dat de functie van dorpsgezondheidswerker aantrekkelijk genoeg zal zijn in financieel en sociaal opzicht om hem te motiveren ook niet-directe winstgevendende taken te verrichten. Op die manier zou PHC inderdaad uit de opbrengsten van medicijnverkoop gefinancierd worden, zonder het ingewikkelde en dure controle systeem dat in het Bamako initiatief wordt voorgesteld.

Ik ben me bewust dat er nog andere bezwaren tegen het Bamako initiatief zijn ingebracht die hier niet ter sprake zijn gekomen. Het belangrijkste is dat dorpingen in Afrika vaak niet het geld hebben om zelfs de laagste prijzen voor geneesmiddelen te betalen (cf. Editorial 1988, HAI 1989, Kanji 1989, Laing 1989, Waddington & Enyimayew 1989). Mijn verwachting is echter dat ook de zeer arme dorpingen toch nog het beste af zijn met een betrouwbare lokale verkoper van essentiële geneesmiddelen. De zogenoemde gratis medicijnvoorziening van staatswege zal bijna zeker veel duurder voor hen uitpakken. Essentiële geneesmiddelen, in bulk ingekocht, zijn, zelfs na een 300 % winstmarge voor de dorpsgezondheidswerker, nog vele malen goedkoper dan de producten waar men anders op aangewezen zou zijn.

Noten

De auteur is cultureel antropoloog, verbonden aan het Antropologisch-Sociologisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam. Hij heeft onderzoek verricht in Ghana en Kameroen.

- 1 Het boek van Melrose (1982) biedt nog steeds een goed overzicht van deze problematiek.
- 2 Berichten van die strekking worden steeds vaker gehoord. Patterson (1985:153) meldt naar aanleiding van ervaringen in Nepal: "It does not matter how well trained the health team might be, if drugs are not available at the point of delivery of the health care, clinical acumen becomes irrelevant." Vogel (1989) schrijft in een overzichtsartikel over Afrika: "The availability of pharmaceuticals is the key to establishing credibility..." Zie ook Bennet 1989, Haak 1988, Kapil 1985 en Waddington & Enyimayew 1989.
- 3 Het idee van een 'revolving fund' is niet nieuw. Nietgouvernementele organisaties practiceren het reeds decennia, maar Unicef maakte daar in haar voorstellen geen enkele keer gewag van. Eerdere publicaties die zo'n fonds ter sprake brengen zijn Zschock 1979, Stinson 1982, Cross et al. 1986.
- 4 Voor een uitvoeriger verslag van het onderzoek, zie ondermeer: van der Geest 1983.
- 5 De studie van Hours (1985), waarin particuliere en staatsgezondheidscentra in het westen van Kameroen met elkaar vergeleken worden, schetst de malaise in de staatscentra als gevolg van gebrek aan medicijnen en andere middelen. Voor een voorbeeld uit Ghana, zie: Waddington & Enyimayew 1989.
- 6 Petit (1985:44) doet verslag van een inventarisatie van 'operational problems' zoals die ervaren werden door 40 dorpsgezondheidswerkers in Tanzania: "The single difficulty to which most weight was attached was the shortage of drugs, vaccins, instruments and facilities."
- 7 Niet overal blijkt het zo triest gesteld te zijn met het beheer van geneesmiddelen die aan de gemeenschap toebehoren. Chabot & Savage (1983) beschrijven een goed functionerend systeem van geneesmiddelenvoorziening onder de verantwoordelijkheid van dorpsgezondheidscomité's in Guinée-Bissau. Over het algemeen lijken de traditionele waarden van gemeenschapsbeheer echter niet goed te werken in moderne gezondheidszorg.

- 8 Het Unicef rapport (1988b:7) meldt over het Pahou-project: "In order to recover drug and service delivery costs, the treatment prices average three times the procurement cost of the drugs involved. In practice less than this amount is recovered because of leakages and exemptions for the poor."
- 9 Het probleem van grote afstanden en hoge transportkosten bij bevoorrading van nieuwe medicijnen bestaat in zeer veel Afrikaanse landen. Het volgende dramatische voorbeeld komt uit Niger: "Voor veel secouristen (dorpsgezondheidswerkers) is het niet eenvoudig hun voorraad aan te vullen. De afstanden tot de apotheken zijn groot en het transport is duur. De secourist die in de buurt van Banibangou woont, moet 145 km reizen naar een depôt in Balleyara. De secourist op een eiland rond Sawani moet vier uur in zijn bootje zitten om Tillabery te bereiken. De secourist van Tangouchemane moet 45 km lopen ..." (Nugteren 1987: 18).
- 10 Zo bespreekt Raikes (1984) in een bijdrage over dorpsgezondheidswerkers en geneesmiddelen wel uitgebreid de voordelen van *beraling* voor medicijnen maar wijdt geen woord aan de mogelijkheid dat de dorpsgezondheidswerkers zelf de winsten van die transactie zouden kunnen innen. Ook in de diverse artikelen over een 'revolving fund' (zie bijv. Cross et al. 1986, Stinson 1982) wordt deze optie niet serieus overwogen.
- 11 Een vergelijkbare redenering komt van Harris (1987) die de slechte kwaliteit van hedendaagse producten en diensten wijt aan het feit dat de makers en de gebruikers ervan gewoonlijk niets met elkaar te maken hebben.
- 12 Overigens kunnen ook handelsrelaties buiten de lokale gemeenschap uitdrukkelijk op reciprociteit en vertrouwen gebaseerd zijn. Trager (1981) laat bijvoorbeeld zien dat Yoruba tussenhandelaars in Nigeria juist personalistische handelsbetrekkingen (*onibara*) onderhouden met diegenen die *niet* tot hun normale sociale netwerk behoren om economische risico's te voorkomen.
- 13 Enkele uitzonderingen komen ter sprake in O'Connor 1980, Nugteren 1987, Stinson 1982:23, Varkevisser 1982:4, en Vaughan & Walt 1983:106, maar informatie over deze experimenten is vaag en onvolledig.

Literatuur

- Bennett, F.J.
 1989 The dilemma of essential drugs in primary health care. *Social Science & Medicine* 28 (10): 1085-90.
- Chabot, J.
 1988 The Bamako initiative. *The Lancet* December 10: 1366.
- Chabot, H.T.J. & F. Savage
 1983 *A community based health project in West Africa*. St Albans: Teaching Aids at Low Cost.
- Cross, P.N. et al.
 1986 Revolving drug funds: conducting business in the public sector. *Social Science & Medicine* 22 (3): 335-43.
- Editorial
 1988 The Bamako initiative. *The Lancet* November 19: 1177.
- Geest, S. van der
 1983 Mensen en medicijnen in Kameroen. *Gezondheid en Samenleving* 4 (4): 216-25.
- Geest, S. van der, J.D. Speckmann & P. Streefland
 1989 Primary health care in a multilevel perspective: towards a research agenda. Te verschijnen in *Social Science & Medicine*.
- Haak, H.
 1988 Pharmaceuticals in two Brazilian villages: lay practices and perceptions. *Social Science & Medicine* 27 (12): 1415-27.
- HAI (Health Action International)
 1989 Sustainability of primary health care – community financing and cost recovery: project proposal. Ongepubliceerd.

- Harris, M.
1987 *Why nothing works*. New York: Simon & Schuster, Touchstone Books.
- Kanji, N.
1989 Charging for drugs in Africa: UNICEF's Bamako Initiative. *Health Policy & Planning* 4 (2).
- Kapil, I.
1985 Bijdrage zonder titel. In D. Stevenson (ed) *Proceedings of the Primary Health Care Symposium Na. 3*. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine, pp. 167-78.
- Laing, R.O.
1989 The Bamako Initiative. Te verschijnen in *Social Science & Medicine*.
- Mamdani, M. & G. Walker
1985 *Essential drugs and developing countries. A review and selected annotated bibliography*. London: School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Melrose, D.
1982 *Bitter pills. Medicines and the Third World poor*. Oxford: Oxfam.
- Monekosso, G.L.
1989 *L'Initiative de Bamako: quelques principes généraux*. Brazaville: OMS – Bureau Régional de l'Afrique.
- Nugteren, A.E.
1987 Dorpsgezondheidszorg in het Departement Niamey, Niger. Ongepubliceerd rapport van een evaluatiemissie. Den Haag: DGIS.
- O'Connor, R. (ed)
1980 *Implementing a national rural health system: management experiences from Afghanistan*. Boston: Lexington Press.
- Ofosu-Amaah, S.
1989 The Bamako Initiative. *The Lancet* Jan. 21, 1989: 162.
- Patterson, D.
1985 A scheme for the purchase and distribution of drugs in a developing country – Nepal. In D. Stevenson (ed) *Proceedings of the Primary Health Care Symposium Na.3*. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine, pp. 153-8.
- Petit, P.L.
1985 Problems of rural health workers. *Tropical Doctor* 15 (1): 44-5.
- Plattner, S.
1983 Economic custom in a competitive marketplace. *American Anthropologist* 85: 848-58.
- Raikes, A.
1984 Drugs and community health workers in developing countries. *Danish Medical Bulletin* 31 (Suppl. 1): 17-23.
- Sahlins, M.
1974 *Stone age economics*. London: Tavistock.
- Salim, E.
1988 Primary health care belongs in the mainstream of development. *World Health Forum* 9 (3): 307-9.
- Stinson, W.
1982 Community financing of primary health care. *PHC Issues Series I, No. 4*. Washington: American Public Health Association.
- Stone, L.
1986 Primary health care for whom? Village perspectives from Nepal. *Social Science & Medicine* 22 (3): 293-302.
- Trager, L.
1981 Customers and creditors: variations in economic personalism in a Nigerian marketing system. *Ethnology* 20: 133-46.

- Unicef
- 1988a The Bamako Initiative. Document E/ICEF/1988/P/L.40.
- 1988b Community financing experiences for local health services in Africa. Document E/ICEF/1988/CRP.2
- Varkevisser, C.
- 1982 Rapport d'une mission d'évaluation au sujet du Projet 'Equipe Médicale Néerlandaise', République du Niger. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen (ongepubliceerd).
- Vaughan, J.P. & G. Walt
- 1983 Village health workers and primary health care. *Tropical Doctor* 13 (3): 105-8.
- Vogel, R.J.
- 1989 Availability of pharmaceuticals in Sub-Saharan Africa: roles of the public, private and church mission sectors. Te verschijnen in *Social Science & Medicine*.
- Waddington, C.J. & K.A. Enyimayew
- 1989 A price to pay: the impact of user charges in Ashanti-Akim District, Ghana. Te verschijnen in *International Journal of Health Planning & Management*.
- W.H.O.
- 1977 *The selection of essential drugs*. TRS 615. Geneva: W.H.O.
- 1986 W.H.O.'s revised drug strategy. Report by the Director-General. A39/13. Geneva: WHO.
- Wildt, G. de
- 1989 Kostendekkende gezondheidszorg: worden de armen uitgestoten? *Wemos Bulletin* 11 (3): 9-12.
- Zschock, D.
- 1979 *Health care financing in developing countries*. Washington: American Public Health Association.