

Het Bamako Initiatief: een commentaar op commentaren

Bart Criel

Het Bamako Initiatief steunt op de optie om gebruikers van gezondheidsdiensten te laten betalen voor de hun voorgeschreven essentiële geneesmiddelen. Het Initiatief is meteen bij haar ontstaan bekritiseerd, waarbij gewaarschuwd werd voor de mogelijke negatieve effecten ervan. Ondertussen is het Bamako Initiatief op grote schaal in Afrika van start gegaan. Het is nog steeds een actueel onderwerp, alhoewel de publikatiestroom erover wat verminderd is. Sommige experts blijven bijzonder kritisch, anderen beschouwen het Initiatief als 'de laatste kans' voor de openbare gezondheidszorg in een groot aantal ontwikkelingslanden. Het is niet de bedoeling van de auteur het Bamako Initiatief te evalueren; hij poogt het slechts te nuanceren door de belangrijkste commentaren en kritieken erop toe te lichten en te bespreken.

Inleiding

De doelstelling van het Bamako Initiatief is bestaande basisgezondheidszorgdiensten nieuw leven in te blazen (WHO 1989; UNICEF 1990). Het steunt in essentie op een schema waarbij, door de verkoop van essentiële geneesmiddelen, een fonds geschapen wordt waarmee de lokale gemeenschap de plaatselijke basisgezondheidszorgdiensten kan financieren. De bedoeling is dat dit fonds zichzelf in stand houdt dankzij een winstmarge op de verkoop van deze geneesmiddelen. Het beginkapitaal aan geneesmiddelen zou gratis verstrekt worden door de donorgemeenschap. Het aldus geschapen fonds zou ter beschikking blijven van de plaatselijke gemeenschap die verantwoordelijk is voor het beheer ervan; de vergaarde gelden zouden gebruikt worden om de plaatselijke dienstverlening niet alleen op peil te houden, maar zelfs te verbeteren. Daarom moet ook de winstmarge op de verkoop van (relatief goedkope) essentiële geneesmiddelen ruim genoeg zijn.

Het initiatief is sinds een viertal jaren een bijzonder actueel gespreksonderwerp (Anoniem 1990a, Anoniem 1990b). Niemand ontkent de pertinentie van de doelstelling ervan, wèl de middelen die het voorstelt om deze doelstelling te bereiken. Inderdaad, door sommigen wordt het initiatief verguisd en door anderen de hemel in geprezen. De realiteit ligt vermoedelijk ergens tussenin.

De geschiedenis

Aan de basis lag enerzijds de ernstige economische recessie in Sub-Sahara Afrika waarop zich het negatieve effect van de structurele economische aanpassingsprogramma's van het Internationaal Monetair Fonds geënt heeft. Anderzijds was er de groeiende weerstand bij de internationale donorgemeenschap om de lopende kosten (waaronder voornamelijk geneesmiddelen en salarissen) van basisgezondheidszorgdiensten nog verder te financieren. In september 1987 vond een vergadering van Afrikaanse Ministers van Volksgezondheid plaats in Bamako, de hoofdstad van Mali. Op deze vergadering stelde UNICEF dit schema voor als mogelijke oplossing voor de problemen betreffende geneesmiddelenvoorziening en voor het verbeteren van basisgezondheidsdiensten voor moeder en kind. Dit voorstel is dan ook bekend geraakt als het Bamako Initiatief. Later, in maart 1988, werd het Initiatief aanvaard door UNICEF, en in mei 1988 schaarde ook de Wereldgezondheidsorganisatie zich er achter. UNICEF heeft er één miljoen dollar voor uitgetrokken voor de periode 1988-1989, en zou tevens een verdere 180 miljoen dollar voorzien hebben voor de periode van 1989-1991. Begin 1990 was het Initiatief al van start gegaan in zes Afrikaanse landen. Vooral in Benin en in Guinée was het programma reeds gevorderd. In een twintigtal andere Afrikaanse landen werden voorbereidingen getroffen om het ook in praktijk te brengen.

Commentaren en kritieken

Het Bamako Initiatief is vaak innovierend genoemd. Dat is het zeker wat de schaal betreft waarop het uitgevoerd wordt. Gezien de grote bedragen die erbij betrokken zijn is ook de aandacht die het krijgt bovendien terecht. Inhoudelijk is het echter minder een vernieuwing. Er bestaat in Afrika een enorme ervaring met betaling voor gezondheidszorg in het algemeen, en betaling voor geneesmiddelen in het bijzonder. De betalingsmodaliteiten wisselden echter van land tot land en zelfs van district tot district, en waren niet altijd beperkt tot het betalen voor geneesmiddelen. De bedoeling was dikwijls ervoor te zorgen dat de inkomsten uit betalingen de lopende kosten van de eerstelijns-gezondheidsdiensten zouden dekken, en tevens de lokale gemeenschap de mogelijkheid tot inspraak te bieden in het beheer van deze diensten. De kritiek dat het Initiatief in belangrijke mate steunt op de beperkte ervaringen van een paar kleine projecten – één in Benin en één in Ghana – en dus voorbij gaat aan die grote ervaring, lijkt dan ook terecht (Editorial 1988).

Het Initiatief steunt voornamelijk op de optie om gebruikers van gezondheidsdiensten te laten betalen voor de geneesmiddelen die voorgeschreven worden tijdens een consult. Dit idee heeft veel stof doen opwaaien. Een vaak gehoorde opwerping is dat de armen uitgesloten zullen worden, en dat daardoor de reeds bestaande onrechtvaardigheid zou toenemen (Editorial 1988, Kanji 1989). Gezondheidszorg moet gratis blijven, aldus sommige critici.

Een mythe die echter doorbroken moet worden is juist die van een gratis gezondheidszorg. In de eerste plaats omdat er naast eventuele rechtstreekse geldelijke betaling bij het gebruik van gezondheidsdiensten nog tal van andere kosten

komen. Er zijn de onrechtstreekse kosten die een consult met zich meebrengt, bijvoorbeeld voor transport, voeding en logies, en tenslotte de vaste bijdragen. In de tweede plaats dient men te beseffen dat gratis gezondheidszorg, in vele Afrikaanse landen, erop neer komt dat de patiënt na het consult sowieso met zijn recept naar een plaatselijke apotheek moet – of zelfs naar de markt – omdat er in de dienst die hij geraadpleegd heeft geen geneesmiddelen voorhanden zijn (Ofosu-Amaah 1989, Fassin & Gentilini 1989). De patiënt moet dan soms meer uitgeven voor dure specialiteiten van soms twijfelachtige kwaliteit en werkzaamheid, dan wanneer hij in zijn gezondheidscentrum zou betalen voor essentiële geneesmiddelen. Het kost hem niet alleen meer, bovendien lijdt ook de kwaliteit van de verstrekte zorg er onder.

De optie, voorgesteld door het Bamako Initiatief, zou wel eens kunnen leiden tot 'meer waar' voor het geld van de patiënt. Tot slot moet men aanstippen dat betaling voor gezondheidszorg, mits van degelijke kwaliteit, cultureel aanvaardbaar is. De betaling voor traditionele geneeskunde is daar een sprekend voorbeeld van (Van der Geest 1990).

De betaling voor geneesmiddelen zou aanleiding geven tot een overmatig voorschrijfgedrag van de gezondheidswerkers (Editorial 1988). Dit gevaar is inderdaad zeer reëel indien de salarissen van het personeel afhankelijk zijn van de verkoop van geneesmiddelen en indien geneesmiddelen per stuk verkocht worden. Bovendien bouwt een dergelijk systeem een belangrijke drempel in voor chronische zieken en voor de armsten, alhoewel dergelijke drempels reeds voordien vaak bestonden (en er reeds vaak te veel geneesmiddelen voorgeschreven werden). Het Bamako Initiatief stelt dat mensen die niet in staat zijn te betalen voor hun geneesmiddelen vrijgesteld moeten worden van betaling. Het is echter niet duidelijk hoe dat moet gebeuren, en vooral wie dat moet beslissen. Het gevaar van willekeur is reëel.

Indien echter andere betalingsmodaliteiten ingevoerd worden, zoals een forfaitaire betaling per ziekte-episode, gelden deze bezwaren niet of minder. In feite is er een grote mate van ruimte voor elk land om zelf de betalingsmodaliteiten en de wijze van het beheer van de gelden te bepalen. De richtlijnen van het Bamako Initiatief zijn zeer flexibel.

Het Bamako Initiatief spitst de betaling duidelijk toe op geneesmiddelen. A priori is daar echter geen reden toe. Indien men het principe van een dergelijk fonds dat zichzelf in stand houdt aanvaardt, zou er een betaling moeten zijn voor alle aangeboden diensten, ook voor de preventieve. Een dergelijke optie heeft verschillende voordelen. In de eerste plaats ontzenuwt men dan het bezwaar dat een overmatig gewicht geplaatst wordt op de rol van geneesmiddelen in basisgezondheidszorg, alhoewel, hoe men het ook wendt of keert, geneesmiddelen nu eenmaal belangrijk zijn. Bovendien geeft het aanleiding tot een ruimere solidariteit tussen de mensen, hetgeen als een doel op zich beschouwd kan worden.

Het Initiatief veronderstelt een grotere decentralisatie van gezondheidsstructuren, met een grotere autonomie van de periferie. Dit is een positief gegeven omdat het – althans in theorie – de mogelijkheid biedt aan de lokale gemeenschappen meer inspraak te krijgen in de planning en het beheer van de gezondheidsdiensten, zodat deze beter aangepast worden aan hun behoeften. Een dergelijke decentralisatie, op zich wenselijk, vereist echter degelijke management capaciteiten op

perifeer niveau, die er veelal nog niet zijn. De snelheid waarmee het Initiatief in de praktijk gebracht wordt, houdt daar niet altijd rekening mee. Overal worden beheerscomités opgericht en hun leden worden gevormd en bijgeschoold om de vergaarde fondsen te beheren. Het gevaar is dat gezondheidscomités in de ruime betekenis herleid worden tot beheerscomités; namelijk dat beheer gelijk gesteld wordt met louter financiële en boekhoudkundige transacties. In sommige beheerscomités zetelen ook ambtenaren. Aan wie moet dit comité dan verantwoording afleggen? Aan de gemeenschap of aan de staat? (Chabot 1988).

Bovendien rijst de vraag: wat met de tweede lijn? Het Initiatief spitst zich toe op de eerstelijns-gezondheidsdiensten die echter moeten kunnen verwijzen naar het hospitaal. Dit punt benadrukt nogmaals het belang van een samenhangend beleid op districtsniveau, ook wat financiering betreft, waarin ruimte moet zijn voor flexibiliteit naargelang de plaatselijke omstandigheden.

Het probleem van harde valuta is ook vaak naar voren gebracht (Editorial 1988). De betalingen gebeuren in plaatselijke valuta, maar het aankopen van geneesmiddelen gebeurt nog dikwijls met buitenlandse deviezen. Dit probleem speelt echter niet alleen bij het Bamako Initiatief. Een andere belangrijke vraag is hoe de farmaceutische industrie zal reageren op dit Initiatief, en welke rol zij in de toekomst gaat spelen. Inderdaad, het Bamako Initiatief legt niet alleen de nadruk op de verkoop van geneesmiddelen aan de gebruiker, maar tevens op een rationeel voorschrijfgedrag, bijvoorbeeld door het systematisch gebruik van 'beslissingsbomen' tijdens consulten, waardoor het gebruik van dure specialiteiten uitgesloten wordt. Deze optie zal zonder twijfel op weerstand stuiten van de lucratieve privé-sector, vooral in de steden waar zij een belangrijke lobby vormt. Het is duidelijk dat het gebruik van essentiële geneesmiddelen niet zozeer een technisch maar een politiek probleem is.

Er zijn nog meer politieke en ideologische bezwaren naar voren gebracht tegen het Initiatief. Het zou de overheid – ten dele – van zijn verantwoordelijkheden ontheffen (Chabot 1988); fundamenteeler nog, het zou niets wezenlijk veranderen aan de structurele oorzaken van onderontwikkeling (Kanji 1989). Het Bamako Initiatief stelt technische oplossingen voor, waar het in feite om politieke problemen gaat. In die zin zou het Initiatief slechts een pleister op een houten been zijn. Dit klopt, maar de vraag rijst opnieuw: wat is haalbaar op korte termijn en wat zijn de alternatieven? De situatie van de openbare sector is inderdaad ernstig in vele ontwikkelingslanden en er zijn op korte termijn geen goede alternatieven. Een privatisering van de gezondheidszorg houdt wellicht nog veel meer risico's in. Het Bamako Initiatief heeft dan tenminste de verdienste dat het de periferie een belangrijkere rol wil toevertrouwen – alhoewel de praktijk zal moeten uitwijzen in welke mate dit werkelijk gebeurt.

Besluit

Het Bamako Initiatief heeft ongetwijfeld zijn beperkingen en het houdt zeer zeker risico's in, maar anderzijds heeft het de verdienste dat het een alternatief voorstelt. Gezien de ernst van de situatie lijkt een zeker pragmatisme dan ook niet misplaatst.

Het Initiatief laat in principe ruimte voor verschillende toepassingen al naargelang de specifieke situatie van elk land. Dit is erg belangrijk. De toekomst zal uitwijzen hoe dit in verschillende landen naar de praktijk toe vertaald wordt. Indien het Initiatief werkelijk ambieert meer te zijn dan een noodoplossing voor een noodsituatie, is het grootste struikelblok wellicht het tekort aan sterke en duurzame perifere structuren. Het is echter niet vanzelfsprekend om deze binnen een paar jaar op te bouwen. Bovendien volstaan geneesmiddelen op zich niet om de publieke gezondheidszorg op te krikken. Een aangepaste geneesmiddelenvoorziening, waarvan de duurzaamheid door betaling ervoor verzekerd wordt – in welke vorm dan ook – is uiteraard niet voldoende, maar wel een noodzakelijke stap.

Noot

Bart Criel (1956) is arts en heeft zeven jaar in Zaïre gewerkt op districtsniveau. In 1989 behaalde hij een MSe in de Volksgezondheid te Londen (Community Health in Developing Countries). Zijn thesis handelde over zelfmedicatie en de mogelijke integratie ervan in basisgezondheidszorg. Momenteel is hij verbonden aan de Eenheid voor Navorsing en Onderwijs in de Volksgezondheid (ENOV) van het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen (Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen).

Literatuur

Anoniem

- 1990a Can primary health care be financed through the sale of drugs? *Africa Health* 12(3): 29-30.
- 1990b The Bamako controversy: the way forward for primary health care. *Africa Health* 12(3): 31-3.

Chabot, J.

- 1988 The Bamako Initiative. Letter to the Editor. *The Lancet*, December 10: 1366-7.

Editorial

- 1988 The Bamako Initiative. *The Lancet*, November 19: 1177-8.

Fassin, D. & M. Gentilini

- 1989 The Bamako Initiative. Letter to the Editor. *The Lancet*, January 21: 162-3.

Geest, S. van der

- 1990 Geld en traditie in Afrika: is betalen voor gezondheidszorg cultureel aanvaardbaar? *Sociologische Gids* 37(4): 238-51.

Kanji, N.

- 1989 Charging for drugs in Africa: UNICEF's Bamako Initiative. *Health Policy and Planning* 4: 110-20.

Ofosu-Amaah, S.

- 1989 The Bamako Initiative. Letter to the Editor. *The Lancet*, January 21: 162.

UNICEF

- 1990 Revitalizing primary health care/maternal and child health: the Bamako Initiative. *Progress Report*, April.

WHO

- 1989 Guidelines for the implementation of the Bamako Initiative: WHO regional office for Africa. *The Bamako Initiative Newsletter* 1(2).