

Mensen en medicijnen in Kameroen: de verwevenheid van formele en informele medicijnvoorziening

S. van der Geest*

Summary

In this paper, based on anthropological research in South Cameroon (1980), the informal wholesale and retail of pharmaceutical products are described, the medical qualities and prices of these products are briefly discussed and the raison d'être of the informal trade is given. It is the author's view that the informal drug distribution through ordinary shops, kiosks and market booths is closely entwined with the formal sector of hospitals, health centres and pharmacies. The paradoxical conclusion is that the informal drug supply is both harmful and indispensable. Solutions for the present problems should be sought in improving the good qualities of this phenomenon and fighting the bad ones. The implementation of the WHO scheme on essential drugs seems a necessary step to be taken.

1. Inleiding

De medicijnverstrekking aan en in de derde wereld vormt in toenemende mate onderwerp van gesprek (Gish & Feller, 1979; Bühler, 1982; Melrose, 1982; Muller, 1982). Toch bestaan daar nog steeds veel misverstanden over, vooral over het feit dat medicijnverstrekking ginds meestal niet onderworpen wordt aan de controle die wij hier kennen. In dit artikel wil ik een beschrijving geven van de *informele* medicijnverstrekking, waarbij benadrukt zal worden dat deze medicijnhandel

nauw verbonden is met de instituties van de formele medicijnverspreiding. Kameroen dient hierbij als voorbeeld, maar inmiddels is wel gebleken dat soortgelijke situaties in de gehele derde wereld voorkomen. (Van der Geest, 1982b)

De problematiek van informele medicijnhandel wordt hier geplaatst in het perspectief van theorieën over 'informele sector' (Breman, 1976; McGee, 1978; Van Dijk, 1981) en 'articulatie van produktiewijzen' (Van Binsbergen en Geschiere, 1982). Dit perspectief houdt in dat bepaalde zwakke sectoren in de economie (en daarmee verbonden sociale formaties) niet door de dominante sector vernietigd worden maar juist in stand worden gehouden, omdat zij van nut zijn voor de dominante sector. In dit artikel wordt duidelijk dat dit ook opgaat voor de medicijnhandel in Kameroen. De informele handel is intrinsiek verbonden met de formele, maar die verbondenheid heeft een hiërarchisch karakter. Daarmee wordt bedoeld dat het informele ondergeschikt gemaakt wordt aan de belangen van de formele handel.

Na een korte beschouwing over het onderzoek en een beschrijving van het onderzoeksgebied worden achtereenvolgens de formele en de informele medicijnhandel beschreven. Daarna komen de produkten van de informele handel ter sprake en wordt aangegeven hoe die handel aansluit bij de behoeften van de bevolking. Tenslotte wordt uiteengezet dat de formele en informele sector met elkaar verweven zijn.

2. Opzet en uitvoering van het onderzoek

Het onderzoek werd verricht in het Département du Ntem, in het uiterste zuiden van Kameroen. Ntem is in oppervlakte bijna de helft van Neder-

land maar telt slechts 140.000 inwoners, wat neerkomt op een bevolkingsdichtheid van 9 per km². Het gebied ligt in de regenwoudzone. De hoofdplaats van Ntem is Ebolowa, een stadje van ongeveer 20.000 inwoners dat niet alleen bestuurlijk centrum is maar ook als centrum fungeert voor handel, onderwijs, gezondheidszorg en vele andere infrastructurele gebieden. De grote meerderheid van de bevolking woont echter in dorpen. De gezondheidssituatie in de dorpen laat veel te wensen. Er is gebrek aan goed drinkwater en sanitaire voorzieningen. Varkens, geiten en ander huisvee lopen vrij rond, de afvalopruiming is gebrekkig en de huisvesting is vaak van slechte kwaliteit (Amat en Cortadellas 1972, p. 342-56). Een extra bedreiging voor kinderen ligt in de voeding. Eetgewoontes waarbij het beste voedsel gereserveerd wordt voor de volwassenen, vooral de mannen, zijn er de oorzaak van dat kinderen vaak proteïne te kort komen. Een recent onderzoek (RUC, 1978) bracht aan het licht dat 20% van de kinderen beneden 5 jaar in de regenwoudzone van Kameroen chronisch ondervoed is en dat 50% van hen anemie had.

Volgens de statistieken van het Ministerie van Gezondheid (MSP, 1976) zijn malaria en helminthiasis van de darm de meest voorkomende ziekten in Ntem waarvoor mensen hulp zoeken bij de medische diensten (beide ongeveer 20% van alle gerapporteerde ziektes), gevolgd door huidziektes (10%), griep en verkoudheid (9%), reumatische aandoeningen (8%), bronchitis (4%), en gonorrhoe (4%). Volgens dezelfde statistieken is mazen verreweg de belangrijkste doodsoorzaak bij kinderen, maar in de praktijk is de doodsoorzaak altijd een complicatie zoals longontsteking, malaria of hersenvliesontsteking. De zuigelingensterfte in heel Kameroen wordt geschat op 150 per duizend, de kindersterfte op 86.

In het gehele departement zijn drie ziekenhuizen met een totaal van 450 bedden. De twee grootste, samen 400 bedden, bevinden zich beide in de hoofdstad Ebolowa, ongeveer vijf kilometer van elkaar. Verder zijn er 45 gezondheidscentra, en slechts één erkende apotheek. Andere voorzieningen, vooral in de primaire gezondheidszorg zoals kruidendokters, traditionele vroedvrouwen, informele medicijnverkopers, burenhulp en uiteraard zelf-hulp zijn moeilijk in getallen uit te drukken.

De methoden die bij het onderzoek gehanteerd werden, vormden een bonte verzameling. Het meeste ervan kan misschien samengevat worden

onder de noemer 'investigative research' (Douglas, 1976). Het duidt op een detective-achtige benadering van informatie verzamelen waarbij men er vanuit gaat dat de meeste relevante informatie verzwegen wordt en dat hetgeen wel gezegd wordt vaak tot doel heeft de werkelijkheid te verbergen. In concreto betekende deze benadering dat er veel interviews werden gehouden waarbij ik gespiterd was op tegenspraak en subtiele reacties en op gebeurtenissen die wellicht een tipje van de pruut zouden oplechten. Om op het spoor van tegenspraak te komen was het nodig met zeer uiteenlopende informanten over hetzelfde onderwerp te praten. Daarnaast werden zoveel mogelijk rapporten, notulen, rekeningen en correspondentiestukken, vaak van vertrouwelijke aard, bestudeerd.

3. De formele sector

Begonnen wordt met een schets van de *formele* sector; dat wil zeggen een beschrijving hoe de medicijnverdeling op papier staat, bijvoorbeeld die men op ministeries aantreft. Het wordt dus een beschrijving van hoe een en ander zou moeten zijn. Zodra we echter gaan spreken over hoe het er in werkelijkheid uitziet, wordt het veel moeilijker formele en informele sector van elkaar te scheiden. Er zijn binnen de formele sector van de geneesmiddelen distributie drie kanalen te onderscheiden: (1) de openbare instellingen, (2) de privé-instellingen zonder winst oogmerk en (3) de commerciële privé-instellingen.

3.1 De openbare instellingen zijn alle medische voorzieningen van staatswege waarbinnen geneesmiddelen worden verstrekt. Daaronder vallen vooral ziekenhuizen en gezondheidscentra. De geneesmiddelenvoorziening via deze instellingen is gratis. Alle ziekenhuizen en centra hebben een eigen apotheek. Patiënten worden met een recept daar naar verwezen en ontvangen de medicijnen die zij nodig hebben. Die medicijnen worden door een afdeling van het Ministerie van Gezondheid, de Pharmacie Centrale d'Approvisionnement, over alle instellingen van het hele land gedistribueerd. Ziekenhuizen mogen, voor een bepaald bedrag bestellen wat zij nodig hebben. De kleinere centra ontvangen eens per jaar een standaardpakket waar zij het hele jaar van moeten doen. Het is nuttig nu reeds op te merken dat het systeem in de praktijk uiterst moeizaam verloopt. Alle openba-

* Antropologisch Instituut, Universiteit van Amsterdam.
Eerste concept ontvangen op 1 juni 1983; geaccepteerd voor publikatie 22 september 1983.

re instellingen kampen met een groot tekort aan medicijnen en het idee van een adequate voorziening van gratis medicijnen kan in de verste verte niet verwezenlijkt worden. Dit blijkt o.a. uit het bestaan van de vele privé-instellingen.

3.2. De privé-instellingen zonder winst-oogmerk zijn de medische instellingen van kerkelijke instanties: ziekenhuizen, gezondheidscentra en primaire gezondheidszorg-projecten. Het belangrijkste verschil tussen de kerkelijke en de openbare instellingen is dat alleen in de kerkelijke medicijnen en medische verzorging betaald moeten worden. Overigens verloopt die medicijnvoorziening op papier ongeveer hetzelfde. Een patiënt krijgt in een ziekenhuis of centrum een recept waarmee hij ter plekke de benodigde medicijnen kan halen, in dit geval dan tegen betaling. Hoewel deze kerkelijke instellingen geen winst-oogmerk hebben zien zij zich gedwongen grote winsten op de verkoop van medicijnen te maken, om de instelling zelf draaiende te houden. In tegenstelling tot de openbare instellingen die voor de volle honderd procent door de staat gefinancierd worden, ontvangen privé-instellingen nagenoeg geen staatssubsidie.

Alle kerkelijke instellingen betrekken hun medicijnen van een gemeenschappelijke inkooporganisatie (La Fondation Ad Lucem, in Douala), die uitsluitend aan kerkelijke organisaties mag leveren. Ad Lucem laat verschillende farmaceutische bedrijven in Europa intekenen voor de levering van de benodigde geneesmiddelen. Het bedrijf dat de laagste prijs rekent krijgt de bestelling. Aangezien het gaat over enorme hoeveelheden is Ad Lucem in staat uiterst lage prijzen te bedingen. Ad Lucem tracht in haar aankoopbeleid zoveel mogelijk de richtlijnen van de WHO (1977 en 1979) inzake essentiële geneesmiddelen te volgen. Het betekent o.a. dat, waar mogelijk, geneesmiddelen worden aangeschaft waarop geen patent meer rust. Deze geneesmiddelen worden dan geleverd onder hun farmaceutische naam in plaats van onder hun merknaam en zijn vele malen goedkoper dan de merkartikelen. Interessant is dat deze wijze van medicijn-aankoop, die al enige jaren door de WHO wordt aanbevolen aan ontwikkelingslanden, vrij effectief wordt toegepast door deze kerkelijke organisatie, terwijl, afgezien van enkele uitzonderingen, regeringen van ontwikkelingslanden over de hele wereld er niet in slagen zo'n beleid van de grond te krijgen (Lall & Bibile, 1978; Gish & Feller, 1979; Muller, 1982).

3.3. De commerciële privé-instellingen in de formele sector die geneesmiddelen verstrekken zijn de erkende apotheken, met aan het hoofd universitair opgeleide apothekers. Volgens de gegevens uit 1975, zijn er echter in heel Kameroen 52 van deze apotheken en niet minder dan 30 daarvan bevinden zich in de twee grootste steden van het land, Douala en Yaoundé. De overige 22 apotheken bevinden zich in de steden die iets kleiner zijn. Alle apotheken zijn dus in stedelijke gebieden geconcentreerd. De reden ligt voor de hand. Apothekers zijn commerciële ondernemers en vestigen zich slechts in plaatsen waar voldoende koopkracht is. Vandaar ook dat kleine plattelandstadjes vergeefs verzoeken om een apotheek; geen enkele apotheek is bereid zo'n weinig interessante aanbieding te aanvaarden.

Het geringe aantal apotheken in een gebied 14 maal zo groot als Nederland, met een bevolking van ruim 7½ miljoen impliceert nog niet een geringe omzet. In 1977 verhandelden deze 52 apotheken ongeveer evenveel medicijnen als de 72 staatsziekenhuizen en 277 openbare gezondheidscentra bij elkaar onder hun patiënten verspreiden! Een jaar later, in 1978, gingen er, zelfs ruim een half maal zoveel medicijnen om in de commerciële sector als in de publieke sector (zie Van der Geest 1981, p. 140). Naar alle waarschijnlijkheid heeft deze ontwikkeling zich nog voortgezet. Het tekort aan medicijnen in de openbare ziekenhuizen en gezondheidscentra drijft de mensen rechtstreeks naar de apotheken. Artsen en verpleegkundigen in deze instellingen schrijven recepten uit voor medicijnen die slechts in de apotheken te krijgen zijn. Soms moeten patiënten, of hun begeleiders, vele uren reizen alvorens zij een apotheek met de gewenste medicijnen bereiken. Om een indruk te geven: het Département du Ntem, waar ik onderzoek deed, was in oppervlakte bijna de helft van Nederland, en had een gebrekig transport systeem met uiterst slechte wegen. Toch was er in heel dat gebied slechts één apotheek. De situatie was ongeveer hetzelfde in de twee aangrenzende departementen.

4. De informele sector

Naast en binnen de hiervoor beschreven formele sector bestaat er een informele handel in geneesmiddelen die zich vertakt heeft tot in de verste uithoeken van het land. De belangrijkste wordt gevormd door de winkeliers die algemene levens-

behoeften verkopen, waaronder ook medicijnen. In de hoofdstad Ebolowa bevinden zich ongeveer 75 winkeltjes waar men minstens een of twee soorten medicijnen kan kopen. De tweede groep bestaat uit marktkooplieden die eveneens medicijnen naast andere produkten verkopen. De derde groep kan het best als 'marskramers' aangeduid worden. Zij trekken van dorp tot dorp in de tijd van de cacao-oogst, wanneer de dorpelingen over geld beschikken. Ook zij verkopen naast de medicijnen een bonte verscheidenheid van andere artikelen. De vierde groep wordt gevormd door handelaars die gespecialiseerd zijn in de verkoop van medicijnen en een veel groter assortiment hebben dan de eerder genoemde verkopers. In Ebolowa telde ik in totaal vier van deze handelaars. Zij verkopen niet alleen medicijnen maar geven ook, desgevraagd, medische adviezen. Een van hen diende ook injecties toe. De vijfde groep bestaat uit personeel van medische instellingen; zij verkopen buiten hun werk medicijnen die eigenlijk gratis aan patiënten verstrekt moeten worden. Er zijn drie soorten grossiers die de informele sector van medicijnen voorzien: handelaars die – gesmokkelde – medicijnen uit Nigerië doorverkopen, erkende apothekers en personeel uit medische instellingen.

De smokkel van medicijnen uit Nigerië heeft enorme afmetingen aangenomen, maar het is onmogelijk de preciese omvang te achterhalen. De invoer en verkoop van medicijnen is in Nigerië veel vrijer dan in Kameroen. Die invoer is in Kameroen niet mogelijk voor ongekwalificeerde verkopers. Ze zijn daarom gedwongen hun produkten vanuit Nigerië Kameroen binnen te brengen. De medicijnen arriveren over de weg in taxi's en busjes en worden aan de grens doorgelaten door douanebeambten die getipt worden. Volgens informanten worden veel medicijnen echter ook te voet en over zee per boot Kameroen binnengesmokkeld. In West-Kameroen zijn vele depots waar de medicijnen worden opgeslagen en vanwaar ze later verspreid worden over heel Kameroen en zelfs in naburige landen als Gabon en de Centraal-Afrikaanse Republiek.

De tweede categorie grossiers wordt gevormd door de wettig erkende apothekers. Het is van belang hier te vermelden dat de Wet op de Uitoefening van het Beroep van Apotheker (RUC, 1980) zeer strikt is. Volgens deze wet is de verkoop van medicijnen uitsluitend voorbehouden aan gekwalificeerde apothekers. Deze strikte wetgeving verhindert niet dat men in de apotheken ongeveer alle

medicijnen in vrij grote hoeveelheden kan kopen zonder een doktersrecept. Medicijnverkopers maken van deze gelegenheid gebruik om bij apothekers hun voorraden in te slaan. Ze betalen dan de normale publieksprijs hetgeen betekent dat ze de produkten in de dorpen moeten verkopen voor een prijs die aanzienlijk hoger ligt dan in de apotheek.

De derde groep van grossiers bestaat uit personeel werkzaam in ziekenhuizen en gezondheidscentra. Zoals gezegd ontvangen deze instellingen op regelde tijden voorraden medicijnen van het Ministerie om gratis onder hun patiënten te verspreiden. Ik schat dat ongeveer 30 procent van die medicijnen niet bij de patiënten terecht komt maar door de gezondheidswerkers zelf gebruikt wordt, om weg te geven aan familieleden en andere relaties, om te verkopen aan patiënten die thuis door hen behandeld worden, of om door te verkopen aan medicijnhandelaars (Van der Geest 1981, p. 61-98; 1982a). Het is deze laatste mogelijkheid die hen tot grossiers van de informele medicijnhandel maakt. Hoe omvangrijk deze 'groothandel' is, is onmogelijk te zeggen.

5. De medicijnen in de informele sector

In het Département du Ntem noteerde ik in totaal 70 verschillende medicijnen in de informele sector. De meest verkochte zijn middelen ter bestrijding van pijn (13 soorten), antibiotica (12 soorten), middelen tegen hoest en verkoudheid (11 soorten), laxemiddelen (8 soorten), vitamines (6 soorten), anti-worm-middelen (5 soorten), middelen tegen bloedarmoede (5 soorten) en anti-malaria-middelen (3 soorten).

Hoewel het strikt genomen om een illegaal produkt ging lieten de meeste medicijnverkopers zich vrij gemakkelijk over hun handel interviewen. Op de markt waar de medicijnen duidelijk zichtbaar waren uitgesteld was het onderzoek het eenvoudigst. In de grotere winkels was ik vaak gedwongen uitdrukkelijk te vragen of men ook medicijnen verkocht, een vraag die soms argwaan wekte. Het belangrijkste was het onderzoek bij de drie gespecialiseerde medicijnverkopers. Aangezien het een groot aantal, vaak onbekende medicijnen betrof, waren langdurige gesprekken en uitvoerige aantekeningen noodzakelijk. Dat moest gebeuren tussen de verkoopactiviteiten door. Ik vreesde dat deze situatie erg ongunstig zou zijn, maar de drie verkopers gaven alle gewenste medewerking. Het

was voor hen geen probleem dat ik een stoel bij-schoof en zorgvuldig alle namen, bestanddelen, prijzen en gebruiksvoorschriften van de medicijnen noteerde. Geduldig gaven ze ook antwoord op de vragen die ik stelde met betrekking tot hun mening over het gebruik van de diverse middelen. Op mijn verzoek lieten ze me ook rekeningen zien van medicijnen die ze elders hadden ingekocht. Een van hen vroeg mij geregeld of ik medicijnen voor hem wilde inkopen als ik op reis ging. Aldus was ik in staat uitgebreide gegevens te verzamelen over de 70 medicijnen die ik in de informele handel tegenkwam.

De reacties van westers opgeleide artsen en apothekers op de lijst van 70 medicijnen zijn zeer verscheiden. Een apotheker die prioriteit geeft aan de eisen betreffende het conserveren en voorschrijven van medicijnen die hij tijdens zijn opleiding geleerd heeft en die in de meeste westerse landen ook toegepast worden, zal misschien zelfs de aanwezigheid van alle 70 medicijnen op de vrije markt afkeuren. Maar iemand die de feitelijke toestand van de gezondheidszorg in Kameroen in aanmerking neemt zal minder negatief oordelen over het verschijnsel van de vrije verkoop van medicijnen. Vaak zijn de medicijnverkopers de enige 'vertegenwoordigers' van de moderne gezondheidszorg die beschikbaar zijn. Indien er enige kennis van het gebruik van de medicijnen aanwezig is, kan zelf-medicatie met middelen die men in de informele sector gekocht heeft nog het beste alternatief zijn.

5.1. Enkele problemen

Omdat een deskundig oordeel mij alleen zinvol leek als de gehele sociale en medische context in het oordeel betrokken werd, legde ik de lijst van 70 medicijnen voor aan een arts die werkzaam was in hetzelfde gebied en redelijk goed op de hoogte was van de algemene situatie in de gezondheidszorg.

Hij was van oordeel dat 41 van de medicijnen nuttig of op zijn minst ongevaarlijk waren in de vrije verkoop, en dat 24 medicijnen beslist uit die verkoop genomen moesten worden. Over 5 medicijnen kon hij wegens gebrek aan gegevens geen uitspraak doen.

De 41 medicijnen vallen in twee groepen uiteen. Een aantal van hen zijn uiterst nuttig omdat ze veel voorkomende ziektes bestrijden, weinig gevaarlijk zijn en omdat de wijze van gebruiken algemeen bekend is. In die groep vallen medicijnen

tegen pijn, malaria, helminthiasis van de darm en verkoudheid. De overige medicijnen zijn echter van nogal dubieuze aard. Het zijn eigenlijk overbodige medicijnen. In deze categorie vallen onder andere vitaminepreparaten, middelen tegen bloedarmoede en een aantal laxeremiddelen.

Onder de 24 medicijnen die volgens deze arts aan de vrije verkoop onttrokken zouden moeten worden bevinden zich 12 antibiotica. Over de vrije verkoop van antibiotica verschillen de meningen echter. De tegenstanders wijzen op het verkeerde gebruik van deze medicijnen dat leidt tot uitgebreide resistentie-problemen. De voorstanders stellen dat de slechte bereikbaarheid van artsen de vrije verkoop van antibiotica noodzakelijk maakt. Bovendien, zeggen zij, is men er vrij goed van op de hoogte hoe antibiotica gebruikt moeten worden. Andere medicijnen die volgens de genoemde arts niet vrijelijk verkocht zouden mogen worden zijn sterke laxeremiddelen die vooral bij kinderen tot uitdroging kunnen leiden, en enkele middelen die slechts de symptomen onderdrukken en daardoor een dringend doktersonderzoek zodanig uitstellen dat het gevaar oplevert voor de patiënt.

Er zijn nog een aantal overwegingen die de vrije verkoop van medicijnen problematisch maken. Eén betreft de wijze van toediening. Injecties, die gewoonlijk populair zijn, kunnen gevaarlijk zijn omdat ze bij zelf-medicatie vaak niet steriel gegeven worden. Een ander probleem vormt de conservering en verloopdatum van medicijnen. De condities waaronder deze medicijnen bewaard worden zijn dermate slecht (warmte, licht, vochtigheid en atmosferische druk) dat het ergste gevreesd moet worden voor hun houdbaarheid. Ook op verloopdata wordt niet gelet. Het meest funeste probleem is echter het ontbreken van adequate informatie in deze verkoopsector (Van der Geest, 1983). Deskundige informatie die via een doktersrecept wordt meegedeeld ontbreekt uiteraard volledig. Maar ook informatie op bijsluiters bereikt de klanten hoogst zelden. De belangrijkste reden is dat de bijsluiters niet bij de gekochte medicijnen zijn, omdat die van de oorspronkelijke verpakking over gedaan zijn in willekeurige potjes en flesjes, en vervolgens in uiterst kleine hoeveelheden verkocht worden. In de zeldzame gevallen dat de bijsluiter wel meegaat naar de klant, bestaat de kans dat de informatie onvolledig en misleidend is, zoals ook elders is gebleken uit zorgvuldig onderzoek (Silverman, 1976; Silverman e.a., 1982). Veel van de medicijnen die in Ni-

gerië zijn geproduceerd of die in Engeland geproduceerd zijn voor een Nigeriaanse firma blinken uit door een uiterst tendentieuze, 'wervende' en soms misleidende gebruiksaanwijzing die op de buitenkant van de verpakking in beeld en taal staat afgedrukt. Tenslotte zijn nagenoeg alle produkten die van Nigerië afkomstig zijn voorzien van Engelse teksten die de meeste mensen in het Frans-sprekende gedeelte van Kameroen niet kunnen verstaan.

Gebrek aan informatie leidt onvermijdelijk tot verkeerd gebruik. Tijdens het onderzoek werden vele voorbeelden van foutief gebruik aangetroffen, soms met ernstige gevolgen. Ook onnodig gebruik kwam veelvuldig voor.

5.2. De prijzen

Het is moeilijk algemene uitspraken te doen over de prijzen die in de informele sector gerekend worden en de winsten die er gemaakt worden. Sommige prijzen liggen beneden die van de officiële apotheek, maar de meeste liggen er boven. Men dient daarbij echter wel te bedenken dat in de informele sector veel kleinere hoeveelheden medicijnen verkocht worden zodat een klant per transactie toch weinig geld hoeft te besteden.

De gegevens die verkregen zijn over de winsten die medicijnverkopers maken zijn niet minder impressionistisch. Van één verkoper kon ik de inkoopsprijzen van 19 produkten vergelijken met de verkoopprijzen. De winstpercentages varieerden van 50 tot 1150 procent. Het gemiddelde was ongeveer 300 procent. Dit lijkt misschien veel, maar we moeten bedenken dat de omzet van de meeste verkopers gering is. De medicijnen worden in uiterst kleine hoeveelheden verkocht, soms slechts enkele tabletten. Ondanks de grote winstmarge lijken de meeste verkopers een karig bestaan te hebben.

6. Het bestaansrecht van de informele sector

De informele verkoop van medicijnen voldoet aan behoeften, van de bevolking. Eén van de medicijnverkopers omschreef zijn functie als 'dépanner les petits problèmes'. De bevolking in zuidelijk Kameroen heeft een lange traditie van zelfzorg. Vroeger gebruikte men daarvoor uitsluitend kruiden die in de directe omgeving groeien, maar moderne farmaceutische produkten maken nu in toenemende mate deel uit van zelf-medicatie. De

ze ontwikkeling wordt mogelijk gemaakt door de medicijnverkopers die de meest gevraagde van deze produkten tot in ver afgelegen dorpen brengen.

In vier opzichten beantwoorden deze medicijnverkopers meer aan de behoeften van de gemiddelde Kameroenees dan de apothekers. In de eerste plaats zijn de medicijnverkopers in financiële zin beter bereikbaar, hoewel hun produkten per stuk duurder zijn. De reden is dat apothekers hun produkten slechts in standaard-verpakking mogen verkopen, terwijl de informele verkopers medicijnen wel in elke gewenste hoeveelheid verkopen. Daardoor is het voor een klant reeds mogelijk voor heel weinig geld een geneesmiddel te kopen waar hij acuut behoefte aan heeft, bijvoorbeeld een pijnstiller.

Ten tweede is er de betere bereikbaarheid in letterlijke zin. Er is altijd wel een medicijnverkoper in een straal van enkele kilometers te vinden, maar de apotheek ligt voor velen 50 km zelfs 100 km en nog verder weg. Men dient daarbij nog te bedenken dat de wegen slecht zijn, in het regenseizoen vaak zelfs onbegaanbaar, en dat vervoer uiterst moeilijk te krijgen is voor de dorpsbewoners. Het feit dat in het Département du Ntem slechts één apotheek is tegenover enkele honderden medicijnverkopers spreekt reeds voor zich.

Ten derde zijn de medicijnverkopers dag en nacht beschikbaar. De winkeltjes sluiten pas als iedereen naar bed gaat en zelfs dan is het in principe nog mogelijk om medicijnen te kopen. Wanneer er 's nachts dringend behoefte is aan een medicijn, zal men niet aarzelen de verkoper te wekken. Die mogelijkheid is uitgesloten bij de apotheek die Europese openingstijden aanhoudt waar niet aan te tornen valt.

Dit brengt ons op het vierde kenmerk, sociale afstand. Mensen die medicijnen voor zelf-medicatie willen kopen zullen gemakkelijker de medicijnverkopers om advies vragen dan het personeel in de apotheek, omdat de eerstgenoemden veel dichter bij hen staan.

Samenvattend kan gesteld worden dat in vier opzichten de medicijnverkoper beter bereikbaar is voor de meeste mensen dan de apotheek, en in die opzichten dan ook beter aansluit bij hun behoeften. Natuurlijk zijn er ook veel nadelen verbonden aan het kopen bij een medicijnverkoper. De klanten zijn zich goed bewust dat hun produkten vaak van mindere kwaliteit zijn, dat zij veel minder keus hebben, en dat hun kennis van medicijnen beperkt is. De voorkeur voor een medicijnver-

koper moet echter gezien worden in het perspectief van het gehele therapie-proces. Mensen die problemen hebben met hun gezondheid ontplooiën eerst activiteiten waarvoor weinig extra inspanning nodig is, zelf-zorg. Pas als dit geen succes heeft onderneemt men iets anders dat meer moeite – en geld – kost. Welnu in deze “hierarchy of resort” (Romanucci-Ross, 1977) komen de medicijnverkopers samen met de zelf-medicatie op een gedeelde eerste plaats. Pas als deze therapiekeuze geen resultaat oplevert, gaan de bovengenoemde bezwaren van de medicijnverkoper meetellen bij het maken van een nieuwe therapiekeuze.

7. De verwevenheid van formele en informele sector

De relatie tussen formele en informele sector in de medicijndistributie wordt gekenmerkt door twee eigenschappen. Ten eerste is er sprake van een nauwe verbinding tussen beide sectoren, die zich uitdrukt in zowel verwevenheid als complementariteit. Ten tweede heeft die verwevenheid een ongelijkheidskarakter.

7.1. Complementariteit

De bewering dat formele en informele sector in elkaar verstrikt zijn, gemeenschappelijke belangen hebben, mag op het eerste gezicht verbazing wekken. Wie kennis neemt van formele uitspraken, zoals normen en wetten, over de informele sector krijgt eerder de indruk dat beide sectoren op uiterst gespannen voet met elkaar staan, zeker in de medicijnhandel. Laat ik enkele voorbeelden geven. In de Wet op de Uitoefening van het Beroep van Apotheker (RUC 1980) wordt er sterk de nadruk op gelegd dat medicijnen slechts gedistribueerd mogen worden door gekwalificeerde personen, d.w.z. apothekers. Ook het publiekelijk adverteren van medicijnen is verboden. De wet suggereert dat de grootste veiligheid in acht genomen dient te worden en dat iedere verspreiding buiten de wettelijk aangewezen formele sector in strijd is met de doelstellingen van het apothekersvak: optimale verspreiding van optimale medicijnen leidend tot optimale gezondheid.

Artikel 32 verwijst naar zogenaamde ‘propharmacies’, kleine apothekjes die met speciale toestemming naast gezondheidscentra gevestigd mogen worden en waarbij de distributie gewoonlijk door een verpleegkundige uitgevoerd wordt (Nchinda,

1978; Van der Geest, 1981 p. 98-107). Niet alleen de officiële wetgeving wekt de indruk dat in de medicijnwereld formele en informele handel tegenstrijdige belangen hebben. Ook de rapporten en andere publikaties van farmaceutische bedrijven doen dat. Uit alles moet blijken dat de farmaceutische industrie het uiterste doet om een zo effectief en veilig mogelijk product af te leveren; zie de ‘International Code of Pharmaceutical Marketing Practice’ opgesteld door de ‘International Federation of Pharmaceutical Manufacturers’ Associations’.

Op grond hiervan zou men inderdaad kunnen verwachten dat er een scherpe tegenstelling bestaat tussen de formele en informele handel in medicijnen. De strikte regels die de farmaceutische industrieën zichzelf opleggen zou moeten impliceren dat men al het mogelijke zal doen om te voorkomen dat de farmaceutische producten, alleen bedoeld voor gebruik op doktersrecept, vrij verkocht worden, niet alleen zonder doktersrecept, maar zelfs zonder bijsluiters of andere informatie. In gelijke zin zou men verwachten dat apothekers, artsen en verpleegkundigen in Kameroen zich zullen inspannen om te voorkomen dat de verspreiding van medicijnen op ondeskundige wijze gebeurt. De werkelijkheid is echter heel anders. Het is waar dat formeel geschreven regels en ook verbale uitspraken van vertegenwoordigers van de formele medicijnhandel uiterst negatief oordelen over de informele handel, maar men heeft onvoldoende beseft dat regels en uitspraken voor een belangrijk gedeelte slechts rethoriek zijn en de werkelijke gang van zaken versluieren of afschilderen als gebeurtenissen die tegen de wens van de formele sector plaats hebben. Het bestaan van een informele medicijnhandel geschiedt met de goedkeuring van formele sector-vertegenwoordigers, die daar rechtstreeks belang bij hebben.

De verwevenheid en onderlinge afhankelijkheid van beide sectoren in de medicijnhandel van Kameroen blijkt op de eerste plaats uit de herkomst van de producten die in de informele sector verhandeld worden. Medicijnverkopers betrekken hun producten van de erkende apotheken en van personeel in de formele gezondheidszorg. In beide gevallen is er sprake van wederzijds belang in de transactie. De apotheker vergroot zijn omzet door via de medicijnverkoper ook aan klanten in afgelegen dorpen te verkopen. Het personeel in de gezondheidszorg spekt haar inkomen door een gedeelte van de medicijnen, die bestemd zijn voor gratis distributie, ten eigen bate te verkopen. De

relatie ligt iets gecompliceerder met de producten die vanuit Nigerië worden binnen gesmokkeld. De verwevenheid van belangen van formele en informele sector ligt in dit geval in Nigerië waar de medicijnen worden aangekocht. Mijn onderzoek heeft zich niet tot in Nigerië uitgestrekt, maar er zijn aanwijzingen dat de medicijnen daar ingekocht worden bij wettelijk erkende instanties. De verwevenheid van beide sectoren beperkt zich echter niet tot de herkomst van de producten. Er is ook sprake van een directe verwevenheid, een vermenging van beide sectoren. De grenzen tussen beide sferen vervagen en ze dringen bij elkaar binen. Hieronder volgen vier voorbeelden.

(1) Het personeel in ziekenhuizen en gezondheidscentra dat geacht wordt patiënten gratis van medicijnen te voorzien onttrekt die medicijnen aan de gratis distributie en verkoopt ze aan diezelfde patiënt, ofwel buiten de medische instelling, ofwel zelfs daarbinnen.

(2) Patiënten kopen medicijnen in de informele sector en brengen die mee voor behandeling in een gezondheidscentrum, omdat men weet dat het gezondheidscentrum zelf zonder medicijnen zit.

(3) Omdat mensen in ziekenhuizen soms lange tijd moeten wachten voor ze een dokter te zien krijgen, en omdat er vóór dat moment niet aan de behandeling begonnen wordt, is er behoefte aan medicijnen, vooral pijnstillers om de soms lange wachttijd te overbruggen. Daarvoor kunnen ze terecht bij de medicijnverkoper die zijn kraam op het ziekenhuisterrein pal naast de polikliniek heeft.

(4) Ondanks de strenge regels en de universitaire opleiding van de apotheker heeft de apothekerk enkele treffende gelijkenissen met de informele sector. Men kan er op verzoek ieder willekeurig medicijn krijgen, zonder doktersrecept of ander deskundig advies. De verkoop geschiedt door personeel dat zich qua opleiding niet bijzonder onderscheidt van de verkopers in de informele sector. De vraag dringt zich derhalve op in hoeverre men de apothekerk nog wel als onderdeel van de formele sector kan zien.

Deze voorbeelden, die met andere aangevuld zouden kunnen worden, maken duidelijk hoe beide sectoren met elkaar verbonden zijn.

7.2. Ondergeschiktheid

Antropologen die zich bezighouden met politiek-economische ontwikkelingen in Afrika maken graag gebruik van het begrip ‘articulatie’ of ‘koppeling van produktiewijzen’. Het begrip is gelanceerd door Franse Marxisten toen zij tot het besef kwamen dat het niet mogelijk was de economische ontwikkelingen in Afrika adequaat te beschrijven en te analyseren met behulp van de gro-

ve categorieën van produktiewijzen die men tot dan toe aan Marx had ontleend. De term ‘articulatie’ houdt in dat verschillende produktiewijzen naast elkaar kunnen bestaan en een symbiose kunnen gaan vormen, waarbij één produktiewijze, de kapitalistische, de ander overheerst.

Het begrip articulatie lijkt ook van toepassing op de relatie tussen formele en informele sector in de Kameroense medicijnhandel. Ogenscheinlijk zijn ze concurrerend, in werkelijkheid samenwerkend, waarbij de formele sector echter in staat is de informele handel aan haar belangen ondergeschikt te maken. Dit verschijnsel zal nader worden uitgewerkt aan de hand van twee voorbeelden.

Apothekers hebben er belang bij dat de informele medicijnverkoop blijft bestaan. Veel cliënten zijn namelijk de meeste tijd van het jaar niet in staat grote bedragen ineens aan medicijnen te besteden. Zoals we gezien hebben, wensen zij daarom vaak slechts enkele urgente medicijnen voor weinig geld te kopen. Het zo uiterst onvoordelig zijn voor de apotheek deze ‘kruimel-klanten’ te moeten bedienen. Dit wordt echter voorkomen door een regel in de wetgeving die apothekers verbiedt medicijnverpakkingen open te breken. Kruimel-klanten kunnen bij de apotheek dus niet terecht, maar wel bij de talloze medicijnverkopers. Daar komt nog bij dat deze medicijnverkopers een gedeelte van hun medicijnen van de apotheek betrekken voor de normale publieksprijs.

Een soortgelijke relatie, maar subtieler en indirecter, bestaat tussen de medicijnverkopers en de farmaceutische industrie. Zoals we gezien hebben pretendeert de farmaceutische industrie al het mogelijke te doen om het gebruik van medicijnen veilig en effectief te maken. Tot de maatregelen die zij daartoe neemt behoren, enkele treurige uitzonderingen daargelaten, het garanderen van de beste kwaliteit medicijnen en het verstrekken van zorgvuldige informatie. Het feit dat deze maatregelen grotendeels ongedaan gemaakt worden zodra medicijnen in de informele sector terecht komen, moet, zo zou men verwachten, de industrie grote zorgen baren. Men zou dan ook maatregelen kunnen verwachten van de industrie om dergelijke ontwikkelingen te voorkomen. Maar nee.

Farmaceutische bedrijven beschouwen deze ontwikkeling als volkomen buiten hun verantwoordelijkheid en gaan door met het verkopen van medicijnen aan allerlei landen. Ze weten dat een groot deel van hun producten daar in de informele handel terecht zal komen en misschien verkeerd gebruikt zal worden en schade aan zal richten. Nu

zou het inderdaad naïef zijn te verwachten dat farmaceutische bedrijven uit eigen beweging hun handel zullen beperken omdat dat wellicht beter is voor de gezondheid van een bevolking. Maar dit feit als zodanig bevestigt dat de informele verkoop van medicijnen in het belang is van de wettig erkende industrieën. In een groot aantal andere ontwikkelingslanden heeft de vrije verkoop van medicijnen gigantische afmetingen aangenomen (bijv. India, Thailand en Nigeria). Het zou een groot verlies zijn voor de farmaceutische industrie als die markten wegvielen.

Om misverstanden te voorkomen dient hieraan toegevoegd te worden dat de farmaceutische industrie niet noodzakelijk doelbewust de informele handel steunt. Een samenzweringstheorie is niet nodig om de hier beschreven ontwikkelingen te begrijpen. Het gaat er om dat het systeem een *interne logica* heeft die er toe leidt dat de belangen van de sterkste partij bevoorrecht worden.

8. Conclusie en discussie

Ik heb getracht een beschrijving en interpretatie van de informele medicijnhandel in Kameroen te geven. De bedoeling hiervan was informatie te verschaffen over een acuut probleem dat in veel derde-wereldlanden bestaat, maar ternauwernood bekend is bij degenen die zich bezighouden met de formele aspecten van gezondheidszorg in deze landen.

De voornaamste conclusie is dat formele en informele aspecten van medicijnverstrekking nauw met elkaar verweven zijn. Dit geldt zowel voor de particuliere als de publieke sector van de formele medicijnverspreiding. De formele, legale handel veronderstelt en maakt gebruik van de informele, illegale handel. De twee kunnen niet van elkaar gescheiden worden. Dit betekent dat levering van medicijnen aan officiële instanties met grote waarschijnlijkheid impliceert dat deze medicijnen ook in het informele circuit terecht zullen komen. Deze complicerende factor van medicijnverstrekking aan ontwikkelingslanden wordt nog te weinig onderkend door vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie en de officiële gezondheidszorg.

Een tweede belangrijke conclusie is dat het gebruik van medicijnen in de informele sector uiterst gevaarlijk kan zijn voor de gezondheid van de cliënten wegens gebrekkige kennis en voorlichting (en soms zelfs regelrechte misleiding) betref-

fende de werking van deze medicijnen. Bovendien wordt het schaarse geld dat men heeft vaak besteed aan nutteloze medicijnen in plaats van aan voedsel en andere middelen die de gezondheid werkelijk bevorderen. Tegelijkertijd moet echter geconstateerd worden dat deze informele medicijnverstrekking vaak de enige mogelijkheid is voor de plattelandsbevolking om aan – moderne – medicijnen te komen, en derhalve moeilijk gemist kan worden.

Praktische suggesties ter verbetering van de huidige situatie mogen daarom niet een liquidatie van de informele sector inhouden. Dit zou de bevolking beroven van een van haar schaarse mogelijkheden om aan medicijnen te komen. Realistische oplossingen moeten daarom gezocht worden in een handhaving en verbetering van de informele sector. Verbetering kan gerealiseerd worden als men er in slaagt: (1) gevaarlijke en nutteloze medicijnen buiten deze handel te houden en (2) de kennis over het juiste gebruik, bij verkopers en cliënten, te verhogen. Deze twee voorwaarden hebben slechts kans op slagen als het betreffende land een drastische algehele beperking van medicijninvoer instelt. Een beperking tot ongeveer 250 essentiële betaalbare medicijnen zou het overzicht over de in omloop zijnde medicijnen aanzienlijk verhogen en de mogelijkheid kunnen scheppen dat ook leken betrouwbare kennis verwerven over het gebruik ervan. Ongetwijfeld zullen zich bij die 250 essentiële medicijnen nog steeds 'gevaarlijke' medicijnen bevinden, maar men dient te bedenken dat die gevaarlijkheid afneemt naarmate de kennis over juiste gebruikswijze toeneemt. Suggesties voor een dergelijke inperking zijn reeds lang geleden gedaan door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 1977, 1979). Het is waarschijnlijk te wijten aan de tegenwerking van een groot aantal belangengroepen, waaronder de industrie (Lall & Bibile, 1978; Yudkin, 1981) dat deze voor de hand liggende politieke keuze nog maar zelden door derde-wereldlanden is gemaakt.

Noot

Het onderzoek waarop dit artikel gebaseerd is werd uitgevoerd met financiële ondersteuning van de Universiteit van Amsterdam en WOTRO (No. W. 52-291). Het werd verder mogelijk gemaakt door de assistentie van Mireille Visser uit wier ongepubliceerde rapport (Visser, 1980) veel gegevens zijn geput. Verdere assistentie werd nog verleend door Kosso Félix-Fayard, Bitá Jean-Claude, Mbang-Bita'a Nicolas, Robert Rempp, en vele

anderen die tijdens het onderzoek behulpzaam waren. Het onderzoek had de goedkeuring van de Kameroense regering (DGRST Autorisation No. 288). Ik stel er prijs op te benadrukken dat de kritische toon van dit artikel op geen enkele wijze de bereikte resultaten van gezondheidszorg in Kameroen wil kleineren. Dit artikel is intended bedoeld als een constructieve bijdrage voor het vinden van oplossingen van gezondheidsproblemen.

Literatuur

- Amat, B. en Tonia Cortadellas, *Ngovayang II; un village du Sud Cameroun. Contribution à une étude de la santé en Afrique*. Bureau d'Etudes Coopératives et Communautaires, Parijs, 1972.
- Breman, J., *Een dualistisch arbeidsbestel? Een kritische beschouwing van het begrip 'de informele sector'*. Van Gennep, Rotterdam, 1976.
- Bühler, M., *Geschäfte mit der Armut: Pharmakonzerne in der Dritten Welt*. Medico International, Frankfurt/M.: 1982.
- Buijtenhuijs, R. and P. Geschiere (eds.), *Social stratification and class formation. African Perspectives 1978/2*. Afrika-Studiecentrum, Leiden, 1978.
- Douglas, J.D., *Investigative social research: individual and team field research*. Sage Publications, Beverly Hills/London, 1976.
- Dijk, M.P. van, *De informele sector van Ouagadougou en Dakar: ontwikkelingsmogelijkheden van kleine bedrijven in twee Westafrikaanse hoofdsteden*. Academisch proefschrift, Amsterdam, 1981.
- Geest, S. van der, *La pathologie de services médicaux: la distribution de médicaments au Sud Cameroun. Problèmes et suggestions*. Anthropological-Sociological Centre, Amsterdam, 1981.
- Geest, S. van der, The efficiency of inefficiency: medicine distribution in South Cameroun. *Social Science & Medicine*, 1982a, 16, 2145-2153.
- Geest, S. van der, The illegal distribution of western medicines in developing countries: Pharmacists, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration. *Medical Anthropology*, 1982b, 6, 197-219.
- Geest, S. van der, Non-information for patients: selling drugs in developing countries. *Pharmacy International*, 1983, 4, 42-44.
- Geschiere, P.L., The articulation of different modes of production: old and new inequalities in Maka villages (Southeast Cameroon). In: Buijtenhuijs and Geschiere (eds); 1978; p. 45-68.
- Gish, O. and L. Feller, *Planning pharmaceuticals for primary health care: the supply and utilization of drugs in the third world*. A.P.H.A. Monograph Series No. 2, New York, 1979.
- HAI (Health Action International), *An international code of pharmaceutical marketing practice*. HAI, Penang, 1982.
- Illy, H.F., *Politik and Wirtschaft in Kamerun. Bedin-*

- gungen, Ziele und Strategien der staatlichen Entwicklungspolitik*. Weltform Verlag, München, 1976.
- Lall, S. and S. Bibile, The political economy of controlling transnational: the pharmaceutical industry in Sri Lanka, 1972-1976. *International Journal of Health Services* 1978, 8, 299-328.
- Landy, D. (ed), *Culture, disease and healing: studies in medical anthropology*. Collier Macmillan, London, 1977.
- McGee, T., Conservation and dissolution in the third world city: the 'shanty town' as an element of conservation. *Development & Change*, 1979, 10, 1-22.
- Melrose, D., *Bitter pills: medicines and the Third World poor*. Oxfam, Oxford, 1982.
- M.S.P. (Ministère de la Santé Publique), *Rapport statistique d'activités des services de santé publique, Année 1976*. MSP/SSSD, Yaoundé, 1976.
- Muller, M., *The health of nations: a north-south investigation*. Faber & Faber, London, 1982.
- Nchinda, T.C., The propharmacy as a means of meeting chronic drug shortages in rural health centres in rural African communities. *Tropical Doctor*, 1978, 8, 225-8.
- Romanucci-Ross, Lola, The hierarchy of resort in curative practices: the Admiralty Islands. In: Landy, D. (ed.), *Culture, disease and healing: studies in medical anthropology*. Collier MacMillan, London, 1977.
- RUC, *National nutrition survey*. US/AID, Washington, 1978.
- RUC, Law no. 80/10 of 14 July 1980: To regulate the practice of pharmacy.
- Silverman, M., *The drugging of the Americas*. University of California Press, Berkeley, 1976.
- Silverman, M. et al., *Prescriptions for death: the drugging of the third world*. University of California Press, Berkeley, 1982.
- Van Binsbergen, W. & P. Geschiere (red.), *Oude produktiewijzen en binnendringend kapitalisme: antropologische verkenningen in Afrika*. V.U. Boekhandel, Amsterdam, 1982.
- Visser, M., *Geneesmiddelenverspreiding in het Département du Ntem, Zuid-Kameroen*. Onderzoeksverslag, 1980.
- World Health Organization, *The selection of essential drugs*. TRS 615. WHO, Geneva, 1977.
- World Health Organization, *The selection of essential drugs*. TRS 614. WHO, Geneva, 1979.