
De onzichtbare hand van de dokter: profarmacies in Kameroen

Sjaak van der Geest

'... he intends only his own gain, and he is in this, as in many other cases, led by an invisible hand to promote an end which was no part of his intention. ... By pursuing his own interest he frequently promotes that of the society more effectually than when he really intends to promote it.' Adam Smith

Het debat over de voor- en nadelen van privatisering tegenover regulering wordt al minstens twee eeuwen gevoerd, als we Adam Smith als de aanstoker ervan mogen beschouwen. Het ziet er niet naar uit dat daar spoedig een eind aan zal komen. De twee partijen staan tegenover elkaar als geloofsrichtingen die zich uiteindelijk baseren op onbewijsbare uitgangspunten.

Het voornaamste dogma van de voorstanders van privatisering is dat de mens een 'verlichte egoïst' is; dat hij zicht heeft op wat ook op de lange duur voordelig voor hem is. De twijfels over dit dogma betreffen vooral het verlicht-zijn. Dat de een zijn dood de ander zijn brood is, is een korte-termijndenken dat wijd en zijd geaccepteerd lijkt. Maar dat de een zijn brood de ander zijn brood kan zijn, vraagt een intellectuele inspanning waar niet iedereen toe in staat blijkt. Trouwens velen betwijfelen of dat wel waar is. Keynes' opmerking hierover is welbekend: economisch denken is wezenlijk kortzichtig, want het enige dat mensen met zekerheid over de toekomst weten is dat zij op de lange termijn dood zullen zijn. Het is dus nog maar de vraag of alles wel goed zal komen als we mensen vrij laten om op intelligente wijze hun eigen belangen na te streven.

Het dogma van de voorstanders van regulering is dat de mens een aangeboren gevoel voor sociale rechtvaardigheid heeft, dat hij ongelijkheid en uitbuiting afwijst en dat hij gemotiveerd is een maatschappelijk bestel te ondersteunen dat deze grondwaarden veilig stelt. De critici vinden het niet moeilijk om bewijzen van het tegendeel te vinden. Maatschappijen die op bovengenoemd dogma gegrondvest zijn blijken vol individuen die hun eigen voordeel zoeken ten koste van anderen.¹ Die individuen bevinden zich overal, in de productie- en in de dienstensector, bij de ambtenaars en bij de bestuurders.

Het debat wordt bijzonder levendig als het gaat over privatisering in de gezondheidszorg. Gezondheid is immers een goed waar iedereen recht op heeft en zou dus niet te koop mogen zijn voor de best betalende klant. Gezondheidszorg lijkt onverenigbaar met het profijtbeginsel. Iedereen zou er gelijkelijk over moeten kunnen beschikken zoals ook iedereen van het licht van straatlantaarns kan profiteren. Daar moet de staat gewoon voor zorgen. Geen onderwerp leent zich zo goed voor het afschilderen van de uitwassen van het vrije ondernemer-

schap als gezondheidszorg. Het idee dat de minst draagkrachtigen geen adequate medische zorg kunnen krijgen stuit iedereen tegen de borst. De discussies die recentelijk in de pers zijn gevoerd over privatisering van de gezondheidszorg in Nederland illustreren dit. Het kwaad van de commercialisering van gezondheidszorg wordt echter nergens zo sterk ervaren als in ontwikkelingslanden. Een groot aantal onderzoekers heeft het profijtbeginzel als *de* oorzaak van de talloze problemen van gezondheidszorg in deze landen aangewezen. Daarbij wordt zowel gedacht aan externe als aan interne factoren, de multinationale industrie zowel als belangengroepen binnen de landen zelf. Er is zelfs een term voor ontworpen: commerciogenese. Met name problemen in medicijnvoorziening lijken een 'commerciogenetisch' karakter te hebben; bijna alle publikaties over dit thema melden dat de problematiek voortkomt uit winstbejag. Mijn ervaringen in Kameroen zijn enigszins anders: het *ontbreken* van het profijtbeginzel scheidt eveneens problemen.

1. De medicijnvoorziening in Kameroen

In 1980 en 1983 verrichtte ik onderzoek naar medicijndistributie in het zuiden van Kameroen, in het Departement du Ntem. Het onderzoek richtte zich op *alle* vormen van distributie, commerciële en non-commerciële, publieke en particuliere, formele en informele.² Heel kort samengevat was mijn voornaamste bevinding dat de non-commerciële medicijnvoorziening (van de staat) slecht functioneerde *omdat* hij non-commercieel was. Staatsinstellingen van gezondheidszorg, die gratis medicijnen zouden moeten verstrekken aan patiënten, zagen zich genoodzaakt die patiënten met een recept naar een commerciële apotheek te sturen omdat zij zelf geen medicijnen hadden. Die apotheek bevond zich vaak op zeer grote afstand van het gezondheidscentrum, hetgeen patiënten voor grote financiële en andere problemen plaatste. Een oorzaak van die tekorten was ongetwijfeld het te lage budget dat de overheid voor medicijnen bestemd had. Een andere oorzaak was dat het ontbreken van enige commerciële prikkel in de medicijnvoorziening leidde tot grote inefficiëntie en bureaucratisering. Een onderzoeksteam, ingehuurd door het ministerie van Volksgezondheid, kwam tot dezelfde conclusie. Het vergeleek de privé- en publieke sector van de groothandel en verklaarde het relatief goede functioneren van de eerste als het gevolg van:

'Het idee van urgentie dat verbonden is met medicijnen... Er wordt van alles aan gedaan om te zorgen dat de toelevering van medicijnen toereikend en constant is... Bestellingen... arriveren in Kameroen op het gewenste moment en worden zonder tijdverlies doorgestuurd naar hun plaats van bestemming, zelfs in het regenseizoen.

De concurrentie. Als een groothandelaar een bepaald product niet in voor-

raad heeft, aarzelt een apotheker niet om het bij een ander te bestellen. Iedere groothandel zal daarom zijn uiterste best doen zijn klanten aan zich te binden door hun een optimale service te bieden.

De winst. De winst is de motor van iedere onderneming in een land met een vrije economie. Alleen een goede organisatie en een gezonde bedrijfsvoering stellen een bedrijf in staat winst te maken.'

In het rapport wordt vervolgens een beeld geschetst van de gang van zaken in de medicijntoelevering vanuit het ministerie. Dat beeld contrasteert scherp met dat in de privé-sector: de bureaucratische regels wegen het zwaarst; die worden zorgvuldig gevolgd. De drie beginselen van de privé-sector spelen in de publieke sector geen enkele rol: 'Het idee van urgentie verdwijnt... Er is geen sprake meer van concurrentie, want het ministerie is de enige importeur in de publieke sector... en heeft derhalve de tijd om alle bureaucratische slingerwegen te doorlopen zonder dat het bang hoeft te zijn een markt te verliezen... Tenslotte verdwijnt ook het profijtbeginsel. Het ministerie is niet gemotiveerd, zoals de privé-importeurs, om tekorten in hun voorraad te voorkomen...' (SEDA/ERES/TAI 1980).

Zo constateerden de onderzoekers dat het in 1979 van acht maanden tot meer dan twee jaar duurde voordat de medicijnen die bij het ministerie besteld waren, arriveerden. In die zelfde periode deed een bestelling bij de privé-importeurs er gemiddeld drie weken over!

In mijn eigen onderzoek ondervond ik hetzelfde. De medicijnvoorziening in de staatsinstellingen was onvoorstelbaar traag en inefficiënt. 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 voor wie 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 ertoe 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 op non-actief.³

2. De profarmacie

Reeds in 1966 werd in de Noord-West Provincie begonnen met een experiment om dit probleem van medicijntekorten op te lossen: het zogenaamde profarma-

ciesysteem. De profarmacie is een medicijnwinkeltje dat zich ergens tussen de privé- en publieke sector in bevindt. De opzet is om een aantal essentiële geneesmiddelen voor een lage prijs beschikbaar te stellen in gebieden waar geen apotheek gevestigd is. Gewoonlijk bevindt een profarmacie zich in de directe nabijheid van een gezondheidscentrum of plattelandziekenhuis. Patiënten die de benodigde medicijnen niet in het ziekenhuis of centrum hebben bemachtigd kunnen zich met een recept bij de profarmacie vervoegen.

In de meeste gevallen wordt een profarmacie opgezet door de plaatselijke overheid die een beginkapitaal (tussen de f 2.000,- en f 5.000,-) beschikbaar stelt voor de aankoop van geneesmiddelen. Deze mogen verkocht worden met een geringe winst (tussen de 5 en 10%). Van de opbrengst van de verkoop kunnen nieuwe medicijnen gekocht worden en enkele bedrijfskosten gedekt worden. De verkoper zelf hoeft hier niet uit betaald te worden: hij/zij is gewoonlijk een verpleegkundige verbonden aan het plaatselijke ziekenhuis of centrum en wordt door de overheid betaald. In sommige gevallen krijgt de verkoper wel een bonus uit de winst om een goede bedrijfsvoering aan te moedigen.

Het *idee* van profarmacie lijkt het ei van Columbus. Het is beter mensen iets te laten betalen voor medicijnen dan ze gratis medicijnen te beloven die er niet zijn zodat ze alsnog tot het maken van hoge kosten worden gedwongen. Over het *functioneren* van de profarmacie is echter zeer verschillend geoordeeld. Nchinda (1978) laat zich er zeer positief over uit. Zijn onderzoek strekte zich uit over drie gezondheidscentra waaraan een profarmacie verbonden was. Hij concludeert dat de patiënten gunstig af zijn met de aanwezigheid van een profarmacie. De prijzen van de geneesmiddelen die zij er kochten waren aanzienlijk lager dan in de commerciële apotheek; in sommige gevallen was die prijs zelfs vijf maal zo laag. Over problemen met het management van de profarmacie schrijft hij niets. Wel eindigt hij met de opmerking dat het voor een goed functioneren nodig is dat er een degelijke bedrijfsvoering is en dat degenen die met de verkoop en de supervisie belast zijn 'absoluut eerlijk' zijn.

Zijn slotopmerking legt de vinger op de wonde plek. De profarmacie is geen privé-onderneming. Het is te verwachten dat de gebreken die het ministeriële onderzoeksteam constateerde in de medicijntoelevering en -distributie in de publieke sector zich ook in het profarmaciesysteem zullen voordoen: geen bekommernis om urgentie, geen concurrentie, geen profijtbeginnsel. Als de verkoper niet zijn eigen producten in- en verkoopt, en geen persoonlijk voordeel heeft bij een grotere omzet, mag het geen verwondering wekken dat de twee voorwaarden die Nchinda stelt niet altijd vervuld worden. Berichten over profarmacies lijken dan ook vaak sprekend op rapporten over de staatsgezondheidszorg: slecht management, medicijntekorten en kleine corruptie.

Die problemen zijn er vanaf het eerste begin geweest. In een aan mij persoonlijk gerichte brief, afkomstig van CIDA, de Canadese ontwikkelingsorganisatie

die in 1966 betrokken was bij de oprichting van de eerste profarmacies, wordt gemeld: 'In fact we ran into a number of problems with the profits disappearing and one of our Canadian team members was highly embarrassed by the theft of these funds from the health unit he was directing.'

Berichten over inefficiëntie en verduistering keren in diverse evaluatierapporten terug. Een rapport, waaruit ik niet met bronvermelding mag citeren, meldt dat de situatie in de profarmacies even troosteloos is als in de instellingen van de staatsgezondheidszorg. De profarmacies hebben geen geld om nieuwe medicijnen te kopen en willen op krediet kopen; de groothandel gaat echter pas tot levering over als er voldoende geld op haar conto gestort is. Gevolg: geen medicijnen. Een medewerker van het ministerie vertelde mij dat er 'overall problemen zijn met het management', maar een algemeen overzicht van de bestaande profarmacies en hun problemen was er niet, zelfs niet op het ministerie.

Mijn eigen ervaringen met profarmacies waren zeer gevarieerd, zoals ook zal blijken uit de voorbeelden die straks gepresenteerd worden. Overigens beperken die ervaringen zich niet tot het Département du Ntem, waar het eigenlijke veldwerk werd uitgevoerd. Mijn bevindingen zijn tevens ontleend aan observaties die ik deed tijdens bezoeken aan Oost-, West- en Noord-Kameroen.

Ten eerste moet vastgesteld worden dat ik het optimisme van Nchinda (1978) over de lage prijzen van de medicijnen in profarmacies niet deel. De prijzen die ik kon controleren lagen ongeveer gelijk aan die in de commerciële apotheken. Dat is niet zo verwonderlijk, want vaak worden die medicijnen ingekocht bij een apotheek, al of niet met een reductie, omdat de groothandel te ver weg is of niet op krediet wil leveren. Een andere verklaring is dat niet alle profarmacies zich aan de winstmarge van 10% houden.

Dat de prijzen in de profarmacies niet laag zijn blijkt echter nog duidelijker als men ze vergelijkt met de veel lagere prijzen die de – eveneens 'non-commerciële' – instellingen van de katholieke en protestantse kerken rekenen. Dank zij een uitgekiend inkoopbeleid kunnen kerkelijke ziekenhuizen en gezondheidscentra zich permitteren medicijnen met wel 400% winst te verkopen terwijl ze dan nog ver onder de prijs zitten van de profarmacies die slechts 10% winst berekenen (zie verder: Van der Geest 1983).

Wat 'mismanagement' betreft werd mij zowel het verdwijnen van geld als van medicijnen gemeld. Een andere vorm van 'mismanagement' leidde echter tot een verbetering van de positie van de profarmacie. In sommige gevallen werden in de profarmacies tevens de medicijnen verkocht die bestemd waren voor gratis distributie onder patiënten in het centrum of ziekenhuis. Dit brengt mij bij het meest intrigerende van mijn bevindingen: sommige profarmacies verkeerden inderdaad, zoals dat vertrouwelijk rapport het uitdrukte, in een 'troosteloze toestand', maar andere bleken te floreren. Om dat te begrijpen moeten we oog krijgen voor de koppeling van formele en informele activiteiten in de 'running'

van de profarmacies. De onzichtbare hand van de dokter wordt langzaam zichtbaar. Eerst volgen nu echter korte beschrijvingen van mijn observaties en gesprekken in en rond drie profarmacies.

3. Drie profarmacies

In totaal onderzocht ik de geschiedenis van zes profarmacies in verschillende delen van Kameroen. Drie daarvan eindigden na korte tijd in chaos, met over en weer beschuldigingen van slecht beheer en diefstal. Eén functioneerde nog steeds ondanks de verdwijning van de verkoper met de kas. Dat was hoofdzakelijk te danken aan de inspanningen van twee buitenlandse verpleegsters die een strenge controle uitoefenden en de tekorten wisten aan te vullen. Twee profarmacies functioneerden goed dank zij de commerciële aanpak van de lokale arts. Ik presenteer hier een voorbeeld van de eerste categorie (niet-functionerend) en beide gevallen van de laatste categorie.

De profarmacie in N.

De profarmacie in N. is opgericht in 1971, maar werd korte tijd later weer gesloten. Waarom, heb ik niet kunnen achterhalen. In 1977 wordt de profarmacie opnieuw opgezet en een verpleger van het nabijgelegen gezondheidscentrum wordt aangesteld als verkoper. De gemeente reserveert 500.000 CFA (ongeveer f 5.000,-) voor medicijnen. Een kleine voorraad medicijnen wordt besteld bij een apotheek in de departementale hoofdstad, maar omdat de prijzen daarvan zeer hoog liggen bestelt men de andere medicijnen bij GPC, een importeur-groothandel. Na ongeveer een maand ontvangt men medicijnen ter waarde van rond de 550.000 CFA. De burgemeester besluit de rekening te betalen uit de opbrengst van de verkoop van de medicijnen. Men opent een bankrekening en de superviserende arts in de hoofdstad krijgt de beschikking over het chequeboek. Hij schijnt de enige te zijn die toegang heeft tot de rekening.

Vanaf dat moment wordt alles onduidelijk. De arts beweert dat de verpleger-verkoper de opbrengst van de verkoop in zijn zak gestoken heeft en dat hij (de arts) zich genoodzaakt heeft gezien de rekening van de apotheek zelf te betalen (wat door de apotheker echter ontkend wordt). De verkoper houdt vol dat hij de inkomsten uit de verkoop steeds op de bank gestort heeft, maar dat de arts geweigerd heeft dat geld te gebruiken om de rekening van de groothandel te betalen. Na vijf maanden verzoekt de GPC opnieuw om betaling van de uitstaande rekening, maar weer vergeefs. De burgemeester besluit dan het geld niet meer op de bank te laten storten en stuurt het rechtstreeks naar de groothandel. Op die manier is ongeveer 260.000 CFA betaald maar tot op de dag van vandaag (1980) eist de GPC nog 300.000 CFA. Het geld en de medicijnen zijn echter op. Er is alleen een zware schuld. In 1978, een jaar na de opening, wordt de profarmacie opnieuw gesloten.

Het ministerie in Yaoundé stuurt een commissie om de zaak te onderzoeken. De verkoper wordt naar Yaoundé geroepen, maar tot ieders verbazing keert hij enkele dagen later weer terug. Helaas heb ik geen kennis kunnen nemen van de inhoud van het onderzoeksrapport, maar te oordelen naar de afloop kan ik slechts concluderen dat men niets gevonden heeft. De mensen van N. zijn verdeeld in hun oordeel. Velen schijnen van mening te zijn dat de verkoper de oorzaak van de mislukking is. Iedereen

weet dat hij in diezelfde periode een nieuw huis gebouwd heeft, iets wat hij nooit had kunnen doen met het magere salaris dat hij genoot, beweert men. Anderen beschuldigen de arts, die als enige toegang had tot het geld op de bank. Weer anderen verdenken de burgemeester. De meest waarschijnlijke verklaring lijkt dat meerderen verwikkeld zijn in deze zaak, misschien wel met inbegrip van de onderzoekscommissie.

De profarmacie in B.

De profarmacie van B. is vier maanden geleden (ik spreek over 1980) begonnen met een subsidie van 500.000 CFA van de gemeente. B. is een klein stadje, enigszins geïsoleerd gelegen aan de grens van Kameroen met een van haar buurlanden. Het heeft een ziekenhuis van ongeveer 50 bedden en een arts. Deze is de motor van de profarmacie. In de vier maanden van zijn bestaan heeft de profarmacie al vijf bestellingen gedaan bij een groothandel in Yaoundé. De arts koopt de medicijnen zelf in als hij naar Yaoundé gaat en brengt ze mee in zijn auto. De ingeslagen medicijnen vullen die in het ziekenhuis aan. De arts schrijft alleen medicijnen voor die in de profarmacie verkregen kunnen worden.

Tijdens het gesprek toont de arts zijn warme belangstelling voor de profarmacie. Hij somt de precieze bedragen op van de vijf bestellingen zonder zijn boeken te raadplegen, te zamen 1.705.000 CFA in vier maanden, een aanzienlijk bedrag.

Als ik de verkoopprijzen van de medicijnen vergelijk met hun inkoopprijs ontdek ik dat de profarmacie zijn produkten met een winst van 50% of meer verkoopt. Deze profarmacie is niet zozeer een 'service' die de bevolking voor een zo laag mogelijke prijs van geneesmiddelen voorziet, zoals het officieel heet in het Decreet dat de oprichting van profarmacies regelt (Arrêté 1970), maar een commerciële onderneming. Het aantrekkelijke van deze onderneming is duidelijk: voor de arts is het een bijverdienste, het salaris van de verkoopster wordt betaald door de staat, het beginkapitaal wordt verstrekt door de gemeente, van concurrentie heeft men geen last en de consument heeft een uiterst zwakke positie. Bovendien is hij onwetend over de prijs en de werking van het produkt.

De profarmacie in E.

In E., een plaats met ongeveer 10.000 inwoners in Oostelijk Kameroen, bevindt zich een klein staatsziekenhuis. Ik heb een gesprek met de – enige – arts. Deze vertelt mij dat er bij zijn komst drie jaar geleden wel een profarmacie bestond, maar dat die niet goed liep. De verkoper zou volgens hem veel medicijnen en/of geld ontvreemd hebben, maar net niet zo veel dat de profarmacie failliet ging. In 1980 bedroeg de waarde van de medicijnen ongeveer 2,5 miljoen CFA, nu, drie jaar later, 4,3 miljoen. Het zou nog meer geweest zijn als er in 1980 niet een grote schuld geweest was. Vanwege die schuld zou het hem toegestaan zijn 20% winst te maken in plaats van de voorgeschreven 10% (bij controle bleek de winstmarge ongeveer 50% te zijn). Bovendien moet hij ook nog het vervoer betalen.

De arts benadrukt dat het ziekenhuis *en* de profarmacie goed functioneren omdat hij precies weet wat hij nodig heeft (d.w.z. voorschrijft) en dat ook bestelt. Omgekeerd weet hij ook wat hij voor *kan* schrijven omdat hij weet wat in de profarmacie voorradig is. Ook deze profarmacie lijkt op een privé-onderneming. De arts schrijft voor uit eigen apotheek. Andere artsen schrijven zomaar iets voor zonder zich af te vragen of de betreffende medicijnen wel verkrijgbaar zijn. De mensen in E. hebben er veel voordeel bij; voor hen zijn de medicijnen immers wel gemakkelijk te krijgen.

Twee maanden geleden, vertelt hij, ontving het ziekenhuis een zending medicijnen die in de hoofdstad was samengesteld en niet aangepast aan de behoeften van het ziekenhuis. Ze hadden er weinig aan gehad. Het is dank zij de profarmacie dat het ziekenhuis kan draaien, verzekert hij.

Hij benadrukt dat hij de boekhouding van de profarmacie streng controleert. Hij ontkent dat hij directe winst uit de profarmacie haalt. Ik vraag het nog eens recht op de man af, je weet nooit. Hij zegt: de reden dat ik zoveel energie in de profarmacie steek is dat ik van mijn werk hou. Zonder medicijnen kan ik mijn werk niet doen.

Ik vraag hem of mensen ook zonder recept medicijnen kunnen kopen. Aanvankelijk zegt hij van niet, maar even later vertelt hij dat hij de verkoopster een lijst van medicijnen gegeven heeft die zij wel zonder recept verkopen mag.

Als ik een uur later de profarmacie bezoek stel ik de verkoopster dezelfde vraag. Ze zegt dat er geen medicijnen zonder recept verstrekt worden. Even later als de stemming wat meer ontspannen is, vertel ik haar wat de arts mij gezegd heeft. Ze lacht. We gaan er niet verder op in. Ik denk echter niet dat zelf-medicerende klanten een erg groot aandeel hebben in de omzet. Terwijl ik met haar praat komen er vier klanten. Ze hebben alle vier een recept. De profarmacie is de hele dag geopend, dat is langer dan de meeste profarmacies.

4. Formeel en informeel⁴

Op papier lijkt de profarmacie een ideaal middel om rurale gezondheidsvoorzieningen draaiend te houden en de bevolking te voorzien van de meest noodzakelijke geneesmiddelen, voor een redelijke prijs. Toch bestaat de indruk dat dit middel in de meeste gevallen niet werkt. Het eerste voorbeeld, de profarmacie in N., geeft waarschijnlijk een goed beeld van wat er met een profarmacie mis kan gaan. Het ontbreken van een 'gezonde' commerciële basis leidt er vaak toe dat de profarmacie na korte tijd weer ineensloot. De kern van het probleem is dat 'niemand' de eigenaar is van de produkten die verkocht worden. De verkoper noch de superviserende arts of burgemeester loopt enig risico bij een slecht beheer van de profarmacie. En als de profarmacie goed draait krijgen zij daar geen beloning voor. De medicijnen zijn immers aangekocht met geld van de gemeente. Geen van de betrokkenen is voor zijn levensonderhoud afhankelijk van de verkoop van de medicijnen. Hun salarissen worden door de staat betaald. Dit heeft gevolgen: medicijnen *en* geld worden onzorgvuldig beheerd en verdwijnen. Enigszins cynisch zou men kunnen stellen dat de heimelijke toeëigening van gelden en medicijnen uit de profarmacie voor de betrokkenen economisch voordeliger is dan een goed lopende profarmacie die geen echte winst mag maken. Hoewel de profarmacie niet commercieel is, zijn de betrokkenen – informeel – wel degelijk op winst uit. Deze onderhandse transacties binnen een formeel non-commerciële instelling leiden tot het failliet van die instelling.

Maar het kan ook anders. De profarmacies in B. en E. illustreren dat. In beide gevallen werpt de plaatselijke arts zich op als een entrepreneur en quasi-eigenaar van de profarmacie. Hij belast zich met de aankoop van nieuwe medicijn-

nen, bepaalt welke medicijnen in voorraad genomen worden, bezoekt regelmatig de profarmacie, controleert vaak en zorgvuldig de boekhouding, stelt prijzen vast en, naar men mag aannemen, int een gedeelte van de opbrengst. Beide artsen kunnen beschouwd worden als apotheekhoudende plattelandsartsen.

De voordelen zijn niet gering. Er is een constante aanvulling van de voorraad. Er is geen overschot van ongebruikte geneesmiddelen en geen tekort aan medicijnen waar veel vraag naar is, want het is de arts zelf die de medicijnen aan de potentiële klanten (zijn patiënten) voorschrijft. Hij past zijn recepten aan de voorraad en de voorraad aan zijn recepten aan. Aangezien mensen in zelf-medicatie vaak oude recepten navolgen, mag men bovendien verwachten dat ook mensen die zonder recept medicijnen willen kopen, de gewenste producten in de profarmacie zullen aantreffen.

Het komt er in het kort op neer dat de beide profarmacies 'goed' draaien dank zij het feit dat zij afwijken van de wettelijke regels. De belangrijkste 'overtreding' is hun commercialisering door de arts. In beide profarmacies hanteert men winstmarges die ongeveer gelijk zijn aan – of iets hoger dan – die van de gewone commerciële apotheken. De verkoop aan klanten zonder recept, formeel verboden⁵, is een ander symptoom van die commercialisering.

Commerciële apotheken vestigen zich niet graag buiten de grote steden. In 1983 waren er in heel Kameroen 76 wettelijk erkende apotheken. Bijna de helft daarvan (34) bevond zich in de twee grootste steden Douala en Yaoundé, de overige waren in de provincie- en grotere departementshoofdsteden. De geringe koopkracht en bevolkingsdichtheid van het platteland maken het opzetten van een apotheek daar onaantrekkelijk. Ik ken verscheidene voorbeelden van kleinere plaatsen die vergeefs om de vestiging van een apotheek verzocht hebben. De informele commercialisering van de profarmacie lost dit probleem echter op, want de profarmacies in B. en E. zijn *de facto* kleine apotheken.⁶ Wat voor een apotheker financieel niet interessant is, kan voor een arts een aantrekkelijke bijverdienste zijn. Daar komt bij dat de arts zich *niet* vrijwillig in het betreffende plattelandsziekenhuis gevestigd heeft maar daar door de overheid geplaatst is, vaak tegen zijn zin. Door zijn ijveren voor de profarmacie maakt hij er nog 'het beste' van.

Ik heb zoëven de arts-profarmacist een entrepreneur genoemd. Dat kan heel letterlijk verstaan worden in de betekenis die Barth eraan geeft, met de nadruk op het uitbuiten van zijn middenpositie. De 'broker' slaat munt uit het feit dat hij thuis is in twee werelden en de transacties daar tussen kan monopoliseren. In het geval van de arts zijn die twee werelden de plattelandsgemeenschap met zieke mensen en de stad met medicijnvoorraden. Verbindingen tussen stad en dorp zijn vaak moeilijk; wegen zijn slecht, vooral in het regenseizoen, en transport is schaars. De arts is een van de weinigen die zonder veel problemen die afstand kan overbruggen. Hij beschikt gewoonlijk over een vervoermiddel (gedeeltelijk

of geheel van de staat) en komt vaak voor zaken in de stad, zowel in de departementale en provinciale als in de nationale hoofdstad. Het inslaan van medicijnen bij de groothandel of bij een apotheek kan daar goed mee gecombineerd worden.

Als een profarmacie wordt opgericht naast een gezondheidscentrum zonder residerende arts, is de plaatselijke hoofdverpleegkundige gewoonlijk de direct verantwoordelijke voor het beheer ervan. De commerciële mogelijkheden van de arts zijn voor de verpleegkundige echter niet weggelegd, om twee redenen. Ten eerste is deze ondergeschikt aan de supervisie van een arts in een nabijgelegen stad en is derhalve niet in staat een 'vrije' ondernemersrol te vervullen. Ten tweede heeft de verpleegkundige zelden beschikking over eigen vervoer. Het is dan ook geen toeval dat de goed draaiende profarmacies in de handen van – auto-bezittende – artsen waren en de andere onder het beheer van verpleegkundigen. Ik verwacht dat deze trend ook meer in het algemeen voorkomt.

Samengevat, profarmacies die strikt volgens de regels (dat is non-commercieel) worden opgezet lijken veel minder levensvatbaar dan profarmacies die die regels overtreden. De onzichtbare hand van de dokter maakt de profarmacie tot een geslaagde onderneming waar ook de bevolking tevreden mee is. Scotts (1972) opmerking dat 'corruptie' soms de olie in de raderen van de staatsmachine is wordt op bescheiden wijze bevestigd door de twee voorbeelden die hier besproken zijn. Het zijn er slechts twee, maar het gedrag van deze artsen is zo voor de hand liggend dat ik durf voorspellen dat deze schakel tussen formeel en informeel wijdverbreid is waar artsen direct verantwoordelijk zijn voor de running van een profarmacie.

Toch zal er bij velen een 'methodologisch onbehagen' blijven bestaan over de magere empirische basis waarop mijn voorspelling rust: slechts twee gevallen. Het is niet anders en dat is geen toeval. Het onderwerp van deze beschouwing bevindt zich op – en over – de grens van wat wettelijk toegestaan is en illegale praktijken laten zich nu eenmaal niet zo gemakkelijk vangen in enquêtes. De aannemelijkheid van mijn voorspelling kan derhalve niet vergroot worden met meer gevallen.

Toch valt er nog wel iets over te zeggen. De inspanning die beide artsen zich getroosten voor hun profarmacie vormt geen geval apart. Die maakt deel uit van een algemeen verschijnsel dat zich in toenemende mate manifesteert in gezondheidszorg, met name in ontwikkelingslanden: de articulatie van formele en informele circuits en – wat vaak op hetzelfde neerkomt – van publieke en private sectoren. Ook daar is nog weinig systematisch onderzoek naar gedaan, maar dat deze koppeling op grote schaal voorkomt wordt, merkwaardig genoeg ook zonder uitgebreid onderzoek, nauwelijks betwist. Het is iets dat iedereen die in die wereld verkeerd heeft gewoon 'weet'. Materiële en personele middelen schuiven heen en weer tussen de bovengenoemde circuits en sectoren. Artsen in

overheidsdienst houden er, soms formeel, soms min of meer clandestien, een privé-praktijk op na (zie b.v. Nichter 1983 over India, Lambregts 1985 over Indonesië, en Van der Kwaak 1987 over Sri Lanka). Verpleegkundigen doen hetzelfde (zie b.v. Boskma en Orth 1985 en Sciortino 1987 over Indonesië). Verpleegkundigen in een katholiek ziekenhuis in Ghana voeren privé-abortussen uit met materiaal dat zij van het ziekenhuis 'lenen' (Van den Borne 1985). Patiënten betalen voor gratis diensten in overheidsinstellingen (Nichter 1983). Geneesmiddelen uit ziekenhuizen en gezondheidscentra worden onderhands doorverkocht aan marktkooplieden of door artsen, verpleegkundigen, schoonmakers en anderen privé aan patiënten verstrekt (zie b.v. Van der Geest 1988 over Kameroen). In de Verenigde Staten zijn zogenaamde 'non-profit'-ziekenhuizen in staat extra winst te maken omdat ze geen belasting hoeven te betalen (HPAC z.d.). In Argentinië groeien de winsten in de particuliere gezondheidszorg dank zij de bijdragen van staatsvoorzieningen (Segovia en Gomez 1976). Kortom de verwevenheid van privé en publiek, wel en niet op-winst-gericht, informeel en formeel, lijkt een algemeen verschijnsel waarvan de twee bloeiende profarmacies in Kameroen slechts symptomen zijn.

Overigens is het wel mogelijk een oppervlakkige toets toe te passen op mijn hypothese over de sterke hand van de dokter tegenover de lamme hand van de verpleegkundige in het beheer van profarmacies. Het hoeft immers niet moeilijk te zijn om ook op grote schaal na te gaan of 'goed functionerende' profarmacies vaker onder het beheer van een plaatselijke arts vallen en andere vaker door een verpleegkundige gerund worden. Ik heb dat echter niet kunnen doen want rapporten over het functioneren van profarmacies door het gehele land bleken, tot mijn verbazing, op het ministerie van Volksgezondheid niet te bestaan. Althans dat werd mij te verstaan gegeven. Wel kende ik vier tamelijk enthousiaste beschrijvingen (Nchinda 1978, Njikam 1974 en 1977, en Wansi z.d.) die ik wantrouwe en vele negatieve berichten die mij mondeling waren meegegeeld. Aan de statistische overzichten van het ministerie mag men dan weinig hebben, ik blijf erbij dat een eenvoudige toets van mijn these mogelijk is, eventueel buiten het ministerie om. Deze beschouwing bevat deze kwantitatieve ondersteuning helaas niet, maar biedt wel de ingrediënten ervoor.

5. Tot besluit: het dilemma

Met deze twee voorbeelden is niet aangetoond dat privatisering het antwoord is op de problemen van medicijnvoorziening in Kameroen. Wel hoop ik plausibel gemaakt te hebben dat het simplistisch is commercie als de wortel van het kwaad te beschouwen. In het geval van de Kameroenese profarmacie blijkt in ieder geval het ontbreken van ieder profijtbeginsel ook een groot probleem te zijn (zoals trouwens geldt voor de staatsgezondheidszorg in het algemeen). Commerciali-

sering (formeel dan wel clandestien) kan daar verbetering in brengen, maar ik haast me daar ook enkele bedenkingen bij te vermelden.

In het geval van E. werd ik attent gemaakt op een vervelende 'bijwerking' van de commercialisering van de plaatselijke profarmacie: buitensporig voorschrijven door de arts. De patiënten kregen zoveel medicijnen voorgeschreven dat niet alleen financiële maar soms ook medische complicaties het gevolg waren. In het geval van de profarmacie van B. heb ik geen informatie over voorschrijfgedrag van de arts ingewonnen.

'Over-prescription' komt op grote schaal voor, ook in de Derde Wereld.⁷ Een reden hiervoor is soms dat de patiënten er zelf om vragen; zij meten de kwaliteit van de behandeling vaak af aan het aantal medicijnen dat zij voorgeschreven krijgen. Men mag echter verwachten dat 'over-prescription' meer zal voorkomen naarmate de arts er ook meer geldelijk voordeel van heeft. In E. was dat zeker het geval.

Wie in een systeem verkeert van complete non-commercie en geconfronteerd wordt met voortdurende tekorten in de medicijnvoorziening en andere vormen van inefficiëntie, smacht naar de invoering van het profijtbeginsel. Wie, omgekeerd, de excessen van een commerciële gezondheidszorg aan den lijve ervaart, verwacht grote verbetering van de-privatisering. Voor de huidige problemen in Kameroen zal men een tussenweg moeten zoeken. Ik denk daarbij aan een gematigde commercialisering van de medicijnvoorziening die vergezeld gaat van 'formularia' met standaardrichtlijnen voor recepten voor de meest voorkomende medische klachten. Tegelijkertijd moet de bevolking geïnformeerd worden over de prijzen en het juiste gebruik van de belangrijkste essentiële geneesmiddelen. Commercialisering kan immers alleen tot verbeteringen leiden als de consumenten mee-commercialiseren.

Overigens lijkt de Kameroenese overheid een ambivalente houding aan te nemen ten aanzien van privatisering in de gezondheidszorg. Enerzijds weet zij dat zij niet in staat is gratis adequate medische voorzieningen beschikbaar te stellen en laten regeringswoordvoerders steeds vaker doorschemeren dat de mensen voor medische zorg moeten gaan betalen. Anderzijds beseft de overheid nog steeds dat een goede gratis gezondheidszorg het vriendelijkste gezicht van Vadersland toont, en daarom een effectief politiek bindmiddel kan zijn dat men niet te gemakkelijk uit handen moet geven. In de praktijk werkt de staatsgezondheidszorg nu echter als een antireclame voor de overheid, juist omdat de vergelijking met de privé-instellingen zo ongunstig uitvalt voor de staat (zie ook: Van der Geest 1986). Ik verwacht daarom dat ook de Kameroenese overheid steeds meer eieren voor haar geld zal kiezen, dat wil zeggen: steeds meer privatisering zal gaan gedogen.

Geraadpleegde literatuur

- Arrêté du 2 Mars 1970. Fixant les conditions de création et les modalités de fonctionnement des Propharmacies des Formations Sanitaires. Yaoundé: Direction de la Santé Publique, 1970.
- Borne, F. van den, *Uit de school geklapt*, doct. scriptie Culturele Antropologie, Nijmegen 1985.
- Boskma, P., en M. Orth, *Zelf-medicatie in een Javaans dorp*, doct. scriptie Culturele Antropologie, Amsterdam 1985.
- Geest, S. van der, *La pathologie de services médicaux: la distribution de médicaments au Sud Cameroun. Problèmes et suggestions*, Antropologisch-Sociologisch Centrum, Amsterdam 1981.
- The efficiency of inefficiency: medicine distribution in South Cameroon. *Social Science & Medicine* 16 (1982), 2145-2153.
- Propharmacies: a problematic means of drug distribution in rural Cameroon. *Tropical Doctor* 13 (1983), 9-15.
- Health care as politics?: 'Missed chances' in rural Cameroon. In: W. van Binsbergen, F. Reyntjens en G. Hesselings (red.), *State and local community in Africa*, CEDAF/ASDOC Cahier 2-4, Serie 2, Brussel 1986, p. 241-260.
- Self-care and the informal sale of drugs in South Cameroon. *Social Science & Medicine* 25 (1987), 293-306.
- The articulation of formal and informal medicine distribution in South Cameroon. In: S. van der Geest en S.R. Whyte (red.), *The context of medicines in developing countries*, Kluwer, Dordrecht 1988, p. 131-148.
- Hardon, Anita, The use of modern pharmaceuticals in a Filipino village: Doctors' prescription and self medication. *Social Science & Medicine* 25 (1987), 277-292.
- Hours, B., *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Editions l'Harmattan, Parijs 1985.
- HPAC, *The profit in non-profit hospitals*, Health Policy Advisory Center, San Francisco z.d.
- Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley 1980.
- Kwaak, A. van der, Artsen in de staatsgezondheidszorg in het zuiden van Sri Lanka, Seminar Paper, Leiden 1987.
- Lambregts, C., *Drie ziekenhuizen in Palembang, Sumatra*, doct. scriptie Culturele Antropologie, Amsterdam 1985.
- Nchinda, T.C., The propharmacy as a means of meeting chronic drug shortages in rural health centres in rural African communities. *Tropical Doctor* 8 (1978), 225-228.
- Nichter, M., Paying for what ails you. *Social Science & Medicine* 17 (14), 957-965.
- Njikam, L.K., L'Economie des propharmacies en milieu rural. *Médecine d'Afrique Noire* 21 (1974), 937-941.
- Planning d'un système national d'approvisionnement en médicaments. In: D.N. Lantum (red.), *Planification sanitaire au Cameroun en 1975: approches et méthodes*. Université de Yaoundé, Yaoundé 1977, p. 335-342.
- Sandor Anna, Oost Europa: Gratis gezondheidszorg. *NRC-Handelsblad* 17 mei 1984, p. 13.
- Sciortino, R., *De genezende kracht is van God, maar Hij manifesteert zich door en in de dukun, arts, konidin, jamu*, doct. scriptie Culturele Antropologie, Amsterdam 1987.
- Scott, J.C., *Comparative political corruption*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1972.

- SEDA-ERES-TAI, Etude de l'approvisionnement pharmaceutique au Cameroun (4 delen), Ministère de la Santé Publique, Yaoundé 1980.
- Segovia, J., en O. J. Gomez, Implicit versus explicit goals: medical care in Argentina. In: S.R. Ingman en A.E. Thomas (red.), *Topias and utopias in health: political studies*. Mouton, Den Haag 1976.
- Smith, A., *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*. Clarendon Press, Oxford 1976 (oorspr. 1776).
- Wansi, E., Le rôle de la profarmacie dans les soins de santé primaires. Ongepubliceerd, z.d.

Dank aan Peter Geschiere en andere collega's die commentaar leverden op een eerdere versie van dit artikel tijdens het Seminar 'Formeel en Informeel: Onzichtbare Schakels'. Rimke van der Geest heeft geholpen bij de totstandkoming van deze tekst. WOTRO en de Universiteit van Amsterdam hebben het onderzoek gefinancierd.

Noten

1. In Westeuropese berichten over Oost-Europese toestanden is dat een gewild thema. Ter illustratie een citaat uit het NRC-Handelsblad over 'gratis' gezondheidszorg in Roemenië: '...in Roemenië wordt vrijwel niemand door een arts behandeld als hij hem niet onder tafel het een en ander toestopt. Het officiële salaris van artsen is zeer laag en de overgrote meerderheid van hen ziet zich om een behoorlijke levensstandaard te bereiken 'gedwongen' dergelijke 'fooiën' te accepteren. In de loop van de tijd heeft zich een systeem ontwikkeld waarin voor bepaalde handelingen bepaalde tarieven gelden. Die kunnen tot grote hoogten oplopen. Wie niet betaalt, wordt niet of slecht behandeld' (Sandor 1984).
2. Voor een uitvoeriger beschrijving verwijs ik naar het voorlopig onderzoeksverslag (Van der Geest 1981) en diverse publikaties (o.a. Van der Geest 1982, 1987 en 1988).
3. De studie van Hours (1985), waarin particuliere en staatsgezondheidscentra in het westen van Kameroen met elkaar vergeleken worden, gaat uitvoerig in op de malaise in de staatscentra.
4. Het zal duidelijk zijn dat de termen 'formeel' en 'informeel' hier in hun meest 'formele' betekenis gebruikt worden: al of niet overeenstemmend met de geschreven regels van de overheid. Of iets formeel of informeel genoemd wordt is echter steeds afhankelijk van context en perceptie. Ook uit deze case-study blijkt dat wat ik als buitenstaander, volgens de letter van de wet, als 'informeel' bestempel, voor de betrokken artsen en patiënten volkomen legaal en formeel kan zijn.
5. Zie Arrêté 1970, article 10.
6. Een voorwaarde voor de oprichting van een profarmacie is dat er zich geen apotheek bevindt binnen een straal van 20 km. Het gevaar van concurrentie wordt onderkend.
7. Voorbeelden van nodeloos veel en duur (injecties) voorschrijven in Taiwan zijn te vinden in Kleinman (1980: 287-8). Hardon (1987: 281) beschrijft een geval in een Filipijns dorp. Een arts schreef een kind met diarree vijf soorten medicijnen voor, een tegen braken, een tegen diarree, een antibioticum, een multivitaminepreparaat en een pijnstiller. De totale kosten van deze medicijnen waren gelijk aan een weekloon.