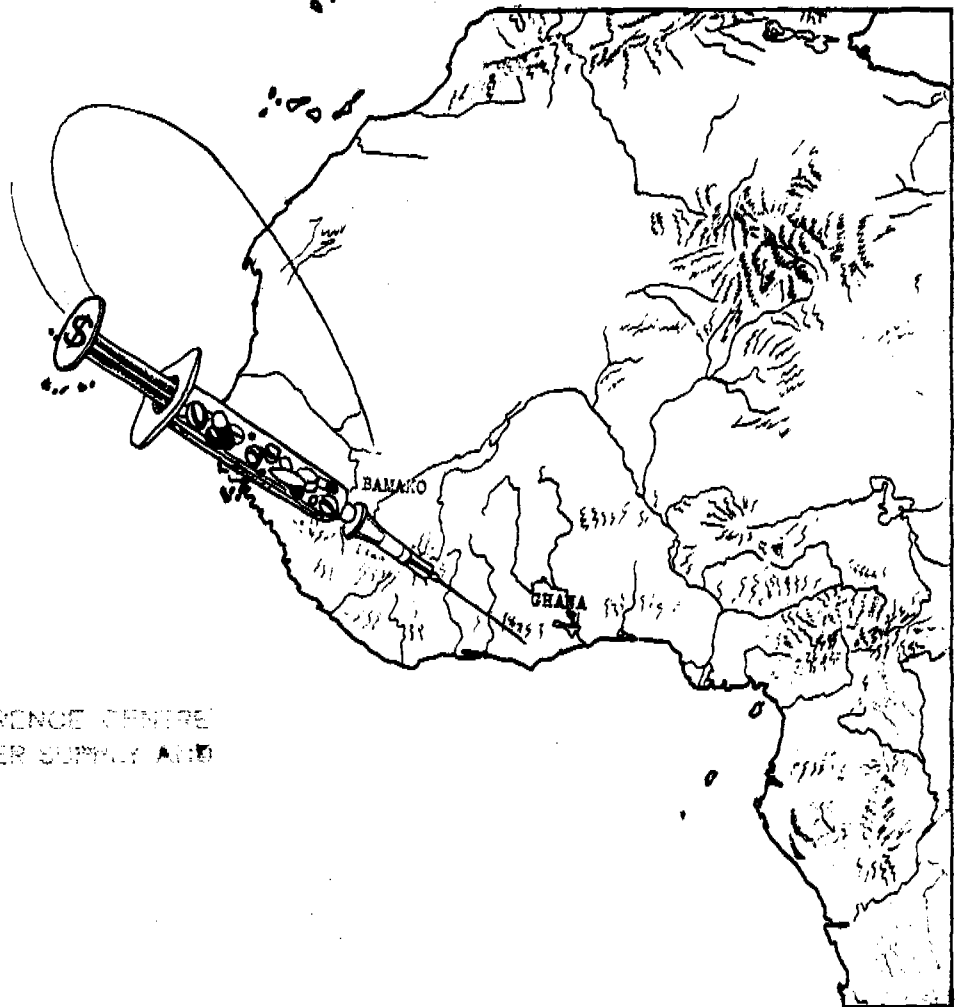


Een enkele reis naar Bamako

Structurele Aanpassings Programma's, gezondheid, gezondheidszorg; het Bamako-initiatief in Ghana

augustus 1991



INTERNATIONAL REFERENCE CENTRE
FOR COMMUNITY WATER SUPPLY AND
SANITATION (IRC)

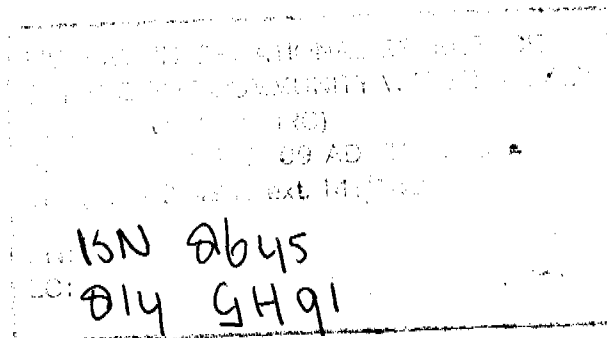


Landbouwwuniversiteit Wageningen

814-GHg1-8645

EEN ENKELE REIS NAAR BAMAKO

Structurele Aanpassingsprogramma's, gezondheid, gezondheidszorg;
het Bamako-Initiatief in Ghana



Maarten Ettema

Wageningen augustus 1991
(afstudeerscriptie)

Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (WEMOS) Amsterdam
Centrum Ontwikkelingswerk Nederland (CON) Wageningen
Landbouwniversiteit Wageningen Vakgroep Gezondheidsleer

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

CCA	Community Clinical Attendant
CHC	Community Health Committee
CHW	Community Health Worker (Bamako-Initiatief)
CON	Centrum Ontwikkelingswerk Nederland (Wageningen)
DHMT	District Health Management Team
EDP	Essential Drugs Programme
DMO	District Medical Officer
EPI	Extended Programme on Immunization
IMF	Internationaal Monetair Fonds
MoH	Ministry of Health
PAMSCAD	Programme of Action to Mitigate the Social Cost of Adjustment
PHC	Primary Health Care
SAP	Structureel Aanpassings Programma
UNICEF	United Nations Childrens Fund
VHW	Village Health Worker
WEMOS	Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (Amsterdam)
WHO	Wereld Gezondheidsorganisatie

SAMENVATTING

Het afgelopen decennium werd gekenmerkt door een ongekeerde economische crisis in de Derde Wereld. Een groot aantal ontwikkelingslanden kon door oplopende schulden en rente, niet langer voldoen aan de afbetalingsverplichtingen. Daarmee verloren die landen hun kredietwaardigheid bij Westerse Banken en donoren, waardoor een neerwaartse economische spiraal een toenemende dreiging vormde voor ontwikkeling in de Derde Wereld en in de internationale handel.

De Westerse financiële instellingen grepen in, vooral via de Wereldbank en het IMF, door het formuleren van een blauwdruk voor het herstel van de economische wereldorde. Derde-Wereldlanden die in aanmerking wilden komen voor leningen, dienden daartoe een Structureel Aanpassingsprogramma (SAP) uit te voeren. SAP's moeten leiden tot het herstel van export en import en binnenlandse hervormingen in de economie en de overheid. Daarmee wordt gestreefd naar een aanpassing van Derde-Wereldlanden aan de wereldeconomie vanuit een marktgerichte filosofie: zowel in het internationale handelsverkeer als in de binnenlandse economische structuur dient de markt als verdelingsmechanisme te worden ontwikkeld.

De herstructurering van de overheid geldt ook voor sectoren als onderwijs en gezondheidszorg; waar de overheid moet zorgen voor decentralisering van planning en financiering. Opvattingen over gezondheid als collectief goed, maken plaats voor de gedachte dat gezondheidszorg een economisch goed is, waarvoor de gebruiker dient te betalen, en waarop de wetten van de markt van toepassing zijn. Een toenemende privatisering van het aanbod is het gevolg (privé-klinieken, NGO's). Bovendien wordt een splitsing gemaakt tussen curatieve (genezende) zorg, dat wordt vrijgelaten in de markt, en preventieve (vóókomende) zorg, dat een overheidstaak blijft. Het lang geleden geformuleerde ideaal van PHC (Primary Health Care; een zorgsysteem gebaseerd op eenheid van curatie en preventie dat vanuit de betrokkenheid van gemeenschappen wordt ontwikkeld met als doel het vergroten van de zeggenschap van mensen over hun leven en gezondheid) lijkt daarmee afgezworen. Met het Bamako-Initiatief hebben UNICEF, de WHO en de Afrikaanse Ministers van Volksgezondheid echter nieuwe principes geformuleerd om PHC binnen de uitgangspunten van SAP's te revitaliseren. Door middel van het maken van winst op essentiële geneesmiddelen, wordt de financiering van PHC voorzien.

De Ghanese gezondheidszorg kenmerkt zich door een koloniale erfenis. De Engelsen gaven de aanzet tot het opbouwen van een op Westerse leest geschoeid zorgsysteem. Na de onafhankelijkheid bestond dat uit een aantal ziekenhuizen in de economisch belangrijke gebieden in het zuiden van het land. In het noorden, waar de economische en ecologische omstandigheden ongunstiger waren -en zijn-, waren buiten missionaire zorg nauwelijks voorzieningen. Onafhankelijkheid bracht de ideologie dat gezondheid een mensenrecht was en gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk moest zijn. De opeenvolgende regeringen slaagden er echter niet in de massale investeringen te doen die nodig waren een ieder te voorzien van bereikbare zorg. Ook het in 1977 geadopteerde PHC-beleid, bleef grotendeels steken in mooie woorden. Hoewel duizenden blote-voetendokters (VHW's) werden opgeleid, bleken velen daarvan na korte tijd niet meer als zodanig werkzaam. De overheid zag in de VHW's een goedkope manier om de gezondheidszorg bij de mensen te brengen. Door gebrek aan inbedding van VHW's in het systeem van volksgezondheid bleek het programma echter een fiasco te worden. Waarmee duidelijk werd dat ook PHC geen goedkope methode is.

De Economische crisis ging ook aan Ghana niet voorbij. In de loop van de jaren zeventig stagneerde de economische groei en nam het verval van de voorzieningen toe. De overheid groeide, maar was niet in staat de groeiende nood van de mensen te lenigen. In 1983 voerde de Ghanese regering een SAP in: het ERP. Door dat

economische beleid is de export van vooral cacao weer op gang gekomen, liggen de winkels weer vol met -vooral- geïmporteerde producten en tonen de belangrijkste economische indicatoren weer enig herstel. Het ERP heeft echter ook geleid tot afslanking van de overheid, verhoging van voedselprijzen, invoering van eigen bijdragen voor overheidsdiensten, afschaffing van subsidies en prijscontroles. Omdat het ERP een forse kapitaalinjectie betekende, is bovendien de schuldendienst (aflossingen en rente als percentage van de exportinkomsten) fors toegenomen. Vooral bepaalde groepen hebben het onder het ERP slechter gekregen (stedelijke armen, kleine boeren in het noorden). Toenemende kosten van levensonderhoud en instorten van het schoolstelsel hebben geleid tot een toenemend aantal kinderen dat wordt ingezet voor economische activiteiten. Een dramatische stijging van het analfabetisme is het resultaat. De markt is niet voor iedereen een gunstig verdelingsmechanisme.

In de gezondheidszorg worden sinds 1985 forse eigen bijdragen geïnd, ook de kosten voor medicijnen worden tegenwoordig doorberekend aan de patiënt. Daardoor werden instellingen gedeeltelijk onafhankelijk van de centrale overheid voor hun financiering en verbeterde het aanbod van met name medicijnen. De patiëntenaantallen daalden echter. Terwijl het bezoek zich in de steden na een aantal jaren herstelde, bleef dat op het platteland beduidend lager dan voor 1985. Hoewel beleidsmakers de gevolgen van eigen bijdragen veelal bagatelliseren met een verwijzing naar de groot-familie, blijkt die solidariteit niet te leiden tot neutralisatie van het effect van eigen bijdragen.

In 1989 introduceerde UNICEF het Bamako-Initiatief in Ghana, onder de paraplu van het PAMSCAD: een programma tot matiging van de sociale gevolgen van het ERP. De invoering van het project (eerst in een vijftal districten) liep echter grote vertraging op, mede omdat nog niet bekend was dat er nauwelijks nog VHW's waren in de geselecteerde districten. De vertraging had tot gevolg dat Bamako meer in de pas ging lopen met het overheidsinitiatief tot decentralisatie van de financiering van de gezondheidszorg.

Het Bamako-Initiatief in Ghana kent tegenstrijdige uitgangspunten. Terwijl het ontwikkeld wordt in het kader van PAMSCAD, gaat het uit van de principes van SAP. Terwijl het voorzien van essentiële geneesmiddelen aan dorpen en het revitaliseren van PHC kan leiden tot het matigen van de gevolgen van het ERP, leidt het winst-principe tot vergroting van de welvaarts kloof. Immers, Bamako is gebaseerd op de gedachte dat winst op essentiële geneesmiddelen wordt ingezet voor PHC. Waar echter veel armoede heerst (Ghana is de op vier na slechtst gevoede natie ter wereld) zal minder winst kunnen worden gemaakt en PHC ver achterblijven op de doelstellingen. Bamako zal moeten worden geherformuleerd om aan de PAMSCAD doelstellingen te kunnen voldoen. Bovendien is Bamako tegenstrijdig in de opvatting over PHC. Terwijl in de PHC-gedachte geneesmiddelen een ondergeschikte rol spelen zijn ze bij Bamako juist het uitgangspunt. Als de winst stopt, resteert van Bamako hoogstens de levering van medicijnen. Daarbij blijkt dat het opzetten en in stand houden van een netwerk van VHW's een complexe en kostbare aangelegenheid is. De overheid is terughouden en het initiatief lijkt voorlopig sterk donor-afhankelijk.

VOORWOORD

Deze scriptie is het resultaat van een project ter afsluiting van mijn studie aan de Landbouwniversiteit. In de afgelopen zestien maanden droegen velen op een of andere wijze bij aan de totstandkoming van deze scriptie. Het is onmogelijk hen allemaal te noemen. Enkelen wil ik in dit voorwoord speciaal bedanken.

In de eerste plaats natuurlijk mijn begeleiders. Frits Pelt wiens vakanties het meest synchroon liepen met mijn werk en die mij stimuleerde alles op tijd af te ronden. Bert Jansen, die mij bijstond met wijze raad en zijn scherpe blik op de praktijk. En Guite Hansma, omdat ze mij beschermde tegen gemakzucht en van wie ik leerde dat het dichter bij brengen van idealen vooral hard werken betekent.

Bij het CON schreef ik in samenwerking met de gastredactie van de CONtekst mijn theoretisch hoofdstuk. Het was een stimulans te werken in deze groep en via hen te worden aangespoord de theorie ook leesbaar te maken. Jaap Kemkes ben ik erkentelijk voor zijn enthousiasme waarmee hij mijn project een plaats gaf binnen de doelstellingen van de WEMOS. In de Mos-groep ervaarde ik dat het soms moeizaam kan zijn met een groep vrijwilligers een publicatie voor te bereiden, maar dat juist door die samenwerking het resultaat veel bevrediging gaf.

Van de velen die mij in Ghana lieten rondkijken in de wereld van ontwikkeling en gezondheidszorg, bedank ik vooral Bruce Campbell, omdat hij mij aanspoorde in Ghana een paper te schrijven over het Bamko-Initiatief om in mijn scriptie meer recht te doen aan de Ghanese kijk op Bamako, en bovendien een diner organiseerde met betrokkenen bij het Bamako-Initiatief.

Mijn studiereis door Ghana was nooit zo leerzaam geweest zonder Gerben Sloot, die als reisgenoot en kritisch klankbord al jarenlang een kameraad is van onschatbare waarde.

Joek wil ik bedanken voor het grote geduld waarmee hij met zijn technisch inzicht mij wege leerde kappen in WP-5.1. En natuurlijk omdat hij naast me woont en in zijn vriendschap blijkt te beschikken over groot incasseringsvermogen.

Tenslotte natuurlijk Jacqueline. Zij was er altijd, zelfs in Ghana zagen wij elkaar. Zij ontwierp de voorkant en las geduldig mijn soms nog haast onleesbare teksten. Het is ondenkbaar hoe mijn project zou zijn verlopen zonder haar.

INHOUD

Lijst van gebruikte afkortingen

Samenvatting

Voorwoord

Hoofdstuk I: Inleiding.....	1
1.0 Inleiding.....	1
1.1 Aanleiding voor deze scriptie.....	1
1.2 Uitgangspunten.....	2
1.3 Doel- en probleemstelling.....	2
1.4 Methoden en opzet.....	3
Hoofdstuk II: Theoretisch kader.....	7
2.0 Inleiding.....	7
2.1.1 Structurele Aanpassings Programma's.....	7
2.1.2 Conclusies: optimistisch scenario.....	13
2.2 Gezondheid als voorwaarde voor of als uitkomst van ontwikkeling.....	13
2.2.0 Inleiding.....	13
2.2.1 Alma Ata: een nieuwe wind.....	14
2.2.2 De WHO en UNICEF, PHC en SAP's: het Bamako-Initiatief.....	18
2.2.3 Conclusies: zwalkend beleid.....	20
2.3 Conclusies: privatisering.....	20
Hoofdstuk III: De Ghanese economie en overheidsgezondheidszorg: van kolonialisme tot Bamako.....	22
3.0 Inleiding.....	22
3.1 De Ashanti: beroepsgroepen.....	22
3.2 De Engelsen: wingewest.....	23
3.3 1957-1983: onafhankelijkheid en stagnatie: een aanzet tot PHC.....	25
3.4 De jaren van Structurele Aanpassing: bouwstenen voor Bamako.....	30
3.4.0 Inleiding.....	30
3.4.1 Economie en welvaart onder het ERP.....	30
3.4.2 De gezondheidszorg onder het ERP.....	35
3.4.3 Conclusies: harde heelmesters.....	46
3.5 Conclusies hoofdstuk III: ideologische verschuivingen..	47
Hoofdstuk IV: Ghanese toestanden: het Bamako-Initiatief.....	49
4.0 Inleiding.....	49
4.1 Het Bamako-Initiatief: invoering en vertraging.....	49
4.2 Uitvoering van Bamako: discussie over uitgangspunten..	52
4.3 Conclusies: de droom van Alma Ata.....	58
Hoofdstuk V: Conclusies en aanbevelingen.....	60
Literatuurlijst	
Bijlage 1: "The implementation of the Bamako Initiative in Ghana, as a means to strenghten Health Services at the grassroot level." Possibillities and dilemma's (Paper, 22 November 1990)	
Bijlage 2A: Planning van het Bamako-Initiatief pilot-project in Ghana	
Bijlage 2B: Financiering van het Bamako-Initiatief pilot-project in Ghana	

HOOFDSTUK I INLEIDING

1.0 Inleiding

In dit eerste hoofdstuk worden de uitgangspunten van deze scriptie uiteen gezet. Ten eerste zal ik ingaan op mijn persoonlijke aanleiding voor dit project (1.1) en mijn uitgangspunten (1.2). Die twee onderwerpen zijn van belang om als leidraad te dienen voor het aangeven van de relevantie van mijn studie en de probleemstelling (1.3), omdat mijns inziens het persoonlijke onvermijdelijk richting geeft aan het wetenschappelijke. In 1.4 zal ik ingaan op de methoden die ik zal gebruiken bij het verzamelen van de onderzoeksgegevens en de opzet van het verslag weergeven.

1.1 Aanleiding voor deze scriptie

Deze scriptie heeft als onderwerp: de veranderende ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Ghana. De aanleiding voor deze studie wortelt in mijn persoonlijke interesse. De specifieke vorm van mijn onderzoek komt voort uit een aantal doelstellingen, een paar intuïtieve keuzen en een gezonde dosis toeval.

Aan het eind van mijn studie in Wageningen, wilde ik nog eenmaal een bezoek brengen aan een zogenaamd ontwikkelingsland. Na een eerdere studiereis met een vriend naar Sri Lanka in 1988, lag een kort bezoek aan een ander land voor de hand. De studiereis naar Sri Lanka toonde aan dat het mogelijk was in korte tijd veel relevante informatie te verzamelen. Voorwaarde voor het slagen van zo een 'korte trip' is echter een degelijke inhoudelijke voorbereiding.

De keuze om die voorbereiding te richten op het onderwerp gezondheidszorg, komt voort uit mijn persoonlijke interesse voor het medische. Nadat ik eerder mijn studie geneeskunde inruilde voor Agrarische Ontwikkelingssociologie, bleken toch allerlei ontwikkelingen in de medische wetenschap en in de gezondheidszorg mijn aandacht te blijven trekken. Vooral de verbazingwekkende kloof in zorgniveau tussen de Westerse wereld en de ontwikkelingslanden, hield mij bezig.

Voor de begeleiding vond ik de vakgroep gezondheidsleer bereid. Via een advertentie raakte ik op de hoogte van de activiteiten van de WEMOS (Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking), die aansloten bij mijn eigen interesses. De WEMOS stemde erin toe ook aan de begeleiding bij te dragen. Tenslotte kwam een deel van mijn projectvoorstel overeen met werkzaamheden die ik voor het CON (Centrum Ontwikkelingswerk Nederland) verrichtte in het kader van de CONtekst; hun kwartaalblad. Op die wijze kon ik verschillende werkzaamheden inhoudelijk in deze scriptie koppelen.

De keuze mijn voorbereiding onder te brengen bij een tweetal onafhankelijke kritische organisaties, was een bewuste. Het is niet mijn doel wetenschap te bedrijven voor de wetenschap. Met deze scriptie wil ik in de samenwerking met deskundige, kritische organisaties streven naar kennisontwikkeling en -aanwending vanuit een praktijk waarin waarheid en objectiviteit gekoppeld zijn aan de strijd van mensen -hier en in ontwikkelingslanden- voor een betere wereld.

De keuze voor Ghana is een min of meer toevallige. Voor het uitkiezen van een land zochten Gerben Sloot (met wie ik eerder door Sri Lanka reisde) en ik een Engelstalig Afrikaans land. Aansluitend bij projecten van anderen (WEMOS,

Stichting Onderzoek Multinationale Ondernemingen SOMO) werd Ghana een logische keuze.

1.2 Uitgangspunten

Gezondheid is een mensenrecht. Volgens de WHO moet gezondheid worden gedefinieerd als: een toestand van optimaal lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Die definitie overstijgt de gangbare Westerse opvatting waarin gezondheid slechts de afwezigheid van ziekte betekent. Gezondheid heeft betrekking op het gehele welbevinden van mensen en is dus niet slechts een neutraal, humanitair recht. Gezondheid wortelt in sociale, economische en politieke rechtvaardigheid.

Gezondheidszorg wordt in de gangbare Westerse opvatting veelal gezien als een systeem van zorg en preventie dat wordt aangeboden door de overheid of het particulier initiatief. De WHO kiest met haar definitie echter voor een breder spoor; het welbevinden van mensen wordt immers slechts ten dele bepaald door de afwezigheid van ziekte. Daarom zal ik proberen gezondheidszorg breder te beschouwen, er vanuit gaande dat systemen van aanbod (gezondheidszorg in engere zin) moeten aansluiten op een samenhangend geheel van ontwikkelingsinitiatieven (gezondheidszorg in brede zin), waarbij de zeggenschap van mensen over hun sociale, economische en politieke ontwikkeling het uitgangspunt is.

Overigens laat het woord optimaal in de definitie van de WHO de mogelijkheid open verschillen in gezondheid(szorg) te legitimeren met allerlei (gelegenheids)argumenten: de gezondheid van mensen in bepaalde gebieden is optimaal, gegeven de omstandigheden. Naar mijn mening moet het woord optimaal dan ook worden opgevat als het streven naar maximaal welbevinden voor alle mensen, met voorrang voor de meest achtergestelden.

In de definitie van de WHO is gezondheid niet alleen een middel voor ontwikkeling, maar is er ook de uitkomst van. Gezondheid is het kunnen voorzien in voldoende voedsel, scholing, gezondheidszorg, werk, woningen, enzovoorts, door gezinnen en gemeenschappen. De WHO-doelstelling 'Health For All in 2000' (maximaal welbevinden voor allen) is dan ook geen charitatieve, humanitaire doelstelling, maar een politiek statement. Een werkelijke staat van welbevinden kan alleen worden bereikt door een proces van ontwikkeling: vergroting van sociale, economische, politieke en lichamelijke zeggenschap van mensen over hun leven.

Sinds 1978 propageert de WHO een strategie voor het bereiken van die doelstelling: PHC (Primary Health Care, basisgezondheidszorg). PHC is een strategie in dienst van ontwikkeling. "De ontwikkeling dient te staan in het teken van zelfzorg en zelfbeschikking. PHC is onderdeel van zowel het nationale gezondheidszorgsysteem, waarin het een centrale rol vervult en de meeste aandacht krijgt, als van de totale sociaal-economische ontwikkeling van de gemeenschap" (WHO, in Wolffers, 1989:2348).

1.3 Doel- en probleemstelling

Groeiende consensus. Dat was het uitgangspunt voor de conferentie die minister van Ontwikkelingssamenwerking Jan Pronk in juli 1990 organiseerde over de toekomst van Afrika. Groeiende consensus over de oorzaken van de crisis in Afrika, en groeiende consensus over wat er moet gebeuren in het komende decennium. Het is verleidelijk de analyse te laten voor wat die is en inderdaad de handen uit de mouwen te steken.

Toch is dat niet mijn doelstelling. Het gaat mij niet om het presenteren van een pasklaar recept voor de toekomst van Afrika, zelfs niet om het

ontwerpen van een systeem van gezondheidszorg voor Ghana. Het gaat mij daarentegen wel om het in kaart brengen van de gevolgen voor de gezondheid, de gezondheidszorg en met name PHC, van het door Ghana uitgevoerde economische aanpassingsbeleid sinds 1983.

Binnen de strategie van dat Structurele Aanpassingsprogramma (SAP) wordt een nieuwe strategie voor het verbeteren van PHC toegepast: het Bamako-Initiatief. In deze scriptie zal ik pogen een kritische beschouwing te geven van het gevoerde SAP en de uitgangspunten van het Bamako-Initiatief. Centraal zal daarbij staan welke invloed de economische omstandigheden en het gevoerde economische beleid hebben op de uitgangspunten voor het opzetten van een volksgezondheidsbeleid; en welke trends in de gezondheid van de bevolking als gevolg daarvan te onderkennen zijn.

Het gaat mij er niet om te zeggen hoe het zou moeten, ik ben geen beleidsmaker, maar om te analyseren wat er gebeurt, en waarom. Hiermee hoop ik een bijdrage te leveren aan het informeren van de doelgroepen van het CON en de WEMOS en bouwstenen aan te dragen voor discussie en beleidsbeïnvloeding.

Vanwege de noodzakelijke afbakening, zal ik me richten op de relatie tussen economische ontwikkeling, gezondheid en basisgezondheidszorg in Ghana.

Concrete vragen daarbij zullen zijn:

1. Welke invloed oefent de internationale gemeenschap uit op het beleid van de Ghanese overheid? Met name voor wat betreft de ideologische en economische achtergrond.
2. Welk economisch beleid, binnen de internationale randvoorwaarden, volgt en volgde de Ghanese overheid en welk beleid werd en wordt gevoerd op het gebied van volksgezondheid? Met name voor wat betreft:
 - de gevolgen voor bepaalde groepen Ghanezen
 - uitvoering PHC en de toegankelijkheid van de zorg door het verbeteren van het aanbod aan basisgezondheidszorg op het platteland sinds onafhankelijkheid.
 - financiering van de gezondheidszorg
3. Op welke wijze probeert de Ghanese overheid, gesteund door onder meer Unicef, binnen het kader van het gevoerde SAP het Bamako-Initiatief in te voeren en welke perspectieven levert dat voor het verwerklijken van de PHC-doelstellingen?

1.4 Methoden en opzet

Deze scriptie is opgebouwd uit vijf hoofdstukken.

Hoofdstuk II en is een weerslag van literatuurstudie en interviews met informanten in Nederland. Het bevat, als theoretisch kader, een schets van de context waarin de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Ghana moet worden beschouwd. In de eerste plaats is dat het economische herstelbeleid dat de laatste jaren onder druk van Westerse financiële instellingen in veel Derde-Wereldlanden is ingevoerd. Dat beleid heeft, in de tweede plaats, gevolgen voor de uitvoering van PHC, dat aan het eind van de jaren zeventig werd beschouwd als de oplossing voor de gezondheids- en ontwikkelingsproblemen in de Derde Wereld. Het concept PHC, en de daarmee samenhangende debatten, komt in hoofdstuk II aan de orde.

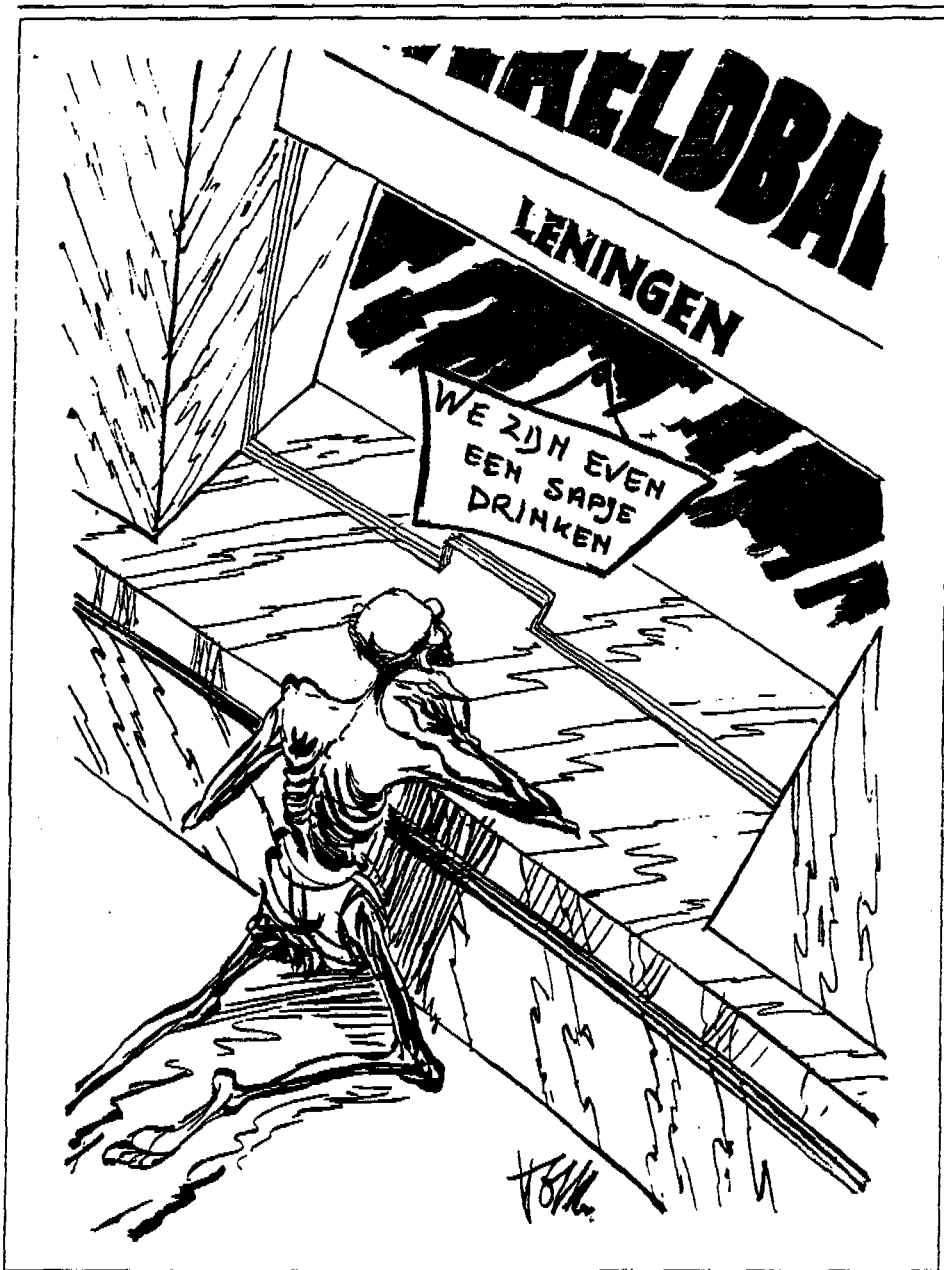
Hoofdstuk III behandelt de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Ghana, zoals die uit literatuur en uit gesprekken in Nederland en Ghana is gebleken. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de gevolgen van het gevoerde economische beleid voor de gezondheid en gezondheidszorg in Ghana. Met name zal daarbij worden aangesloten op de discussie uit hoofdstuk II, namelijk: hoe hebben de gehanteerde uitgangspunten voor PHC vorm gekregen?; hoe zijn accenten verlegd

door de bezuinigingen? en; hoe is de rol van donoren ten opzichte van de gezondheidszorg in Ghana veranderd?

Hoofdstuk IV is een weergave van de tijdens de studiereis verzamelde informatie over de invoering van het Bamako-Initiatief, gebaseerd op interviews met informanten, eigen indrukken en ter plaatse verzamelde literatuur.

In hoofdstuk V worden inhoudelijke conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan en met name ingegaan op de vraag of het Bamako-Initiatief de langgekoesterde droom van PHC en 'Health For All' in vervulling kan laten gaan.





HOOFDSTUK II THEORETISCH KADER

2.0 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de context uiteen gezet waarin de ontwikkelingen in de Ghanese gezondheidszorg (hoofdstuk III e.v.) moeten worden geplaatst. Ten eerste is dat het economische beleid, een zogenaamd Structureel Aanpassingsprogramma (SAP), dat door de Ghanese overheid sinds 1983 wordt gevoerd. Dat beleid, gebaseerd op blauwdrukken van de Wereldbank en het IMF voor de armste landen, is gericht op een snelle sanering van de Ghanese economie. In 2.1 wordt ingegaan op de genoemde aanpassingsprogramma's.

In de tweede plaats blijkt niet alleen de economische ontwikkeling van de armste landen een blauwdruk, ook de ontwikkeling van de gezondheidszorg in veel landen is gebaseerd op internationale consensus over prioriteiten en invulling van nationaal beleid. Hoewel consensus... 2.2 geeft een overzicht van de gevoerde discussies over hoe de gezondheidszorg in de Derde Wereld eruit moet zien, en wat de functie van die sector is binnen de algemene ontwikkelingsdoelstellingen.

In 2.3 tenslotte, komt de invloed van SAP's op de gezondheid(zorg) ter sprake. SAP's betekenen bezuinigingen, ook op de sector gezondheidszorg. Als reactie op de verslechterde gezondheidstoestand van mensen in de armste landen, zijn verschillende initiatieven ontwikkeld. De vraag daarbij is hoe die initiatieven passen in de genoemde consensus over gezondheidszorgontwikkeling, en in hoeverre ze werkelijk kunnen leiden tot verzachting van de gevolgen van het aanpassingsbeleid voor de armste groepen.

2.1.1 Structurele Aanpassings Programma's*

Structurele Aanpassings Programma's (SAP's) zijn een reactie van de Wereldbank en het IMF op de toenemende schulden en betalingsbalansproblemen van Derde-Wereldlanden in de jaren zeventig en tachtig. De crisis in de schulden van Derde-Wereldlanden bereikte een dieptepunt in 1982, toen de twee grootste schuldenlanden in de Derde Wereld, Brazilië en Mexico niet langer aan hun afbetalingsverplichtingen konden voldoen. In de jaren daarvoor waren de schulden steeds verder opgelopen, terwijl particuliere geldschietters in het Westen steeds minder bereid waren geld aan Derde-Wereldlanden te lenen (Payer, 1989:7-16).

betalingsbalansproblemen

De oorzaken van de toenemende schulden crisis worden door velen waaronder de Wereldbank, gezocht in de internationale economische ontwikkelingen in de jaren zeventig en tachtig. De hoge olieprijs tijdens de oliecrisis in de jaren zeventig trokken een zware wissel op de betalingsbalansen van de armste landen. De olielanden zetten de overvloedig aanwezige oliedollars uit bij Westerse banken. Ontwikkelingslanden konden daardoor gemakkelijk kortetermijnleningen afsluiten.

Het begin van de jaren tachtig vertoonde echter een wereldwijde economische crisis waardoor de grondstoffenprijzen op de wereldmarkt ineens stortten en de rente tot ongekende hoogte steeg, met name door het

* Deze paragraaf is een bewerking van het eerder verschenen artikel 'De aanpassing voorbij?', in Contekst nr. 3, 1990.

Amerikaanse beleid om de inflatie van de dollar te bestrijden. Derde-Wereldlanden kregen dus enerzijds te maken met een daling van hun exportinkomsten, terwijl ze aan de andere kant kampten met stijgende betalingsverplichtingen (Wereldbank, 1988 en Selowsky, 1987:2). Sinds het begin van de jaren tachtig werden Latijns Amerika, Afrika en tenslotte de Derde wereld als geheel, dan ook exporteur van kapitaal. Daarmee was de crisis een feit (Payer, 1989:10).

Ook interne ontwikkelingen in schuldenlanden droegen volgens Westerse financiële instellingen bij aan het oplopen van de schulden. Niet alleen kozen regeringen liever voor prestigeprojekten dan voor investeringen in lange-termijnontwikkelingen, of gebruikten zij het kapitaal voor consumptieve doeleinden, ook werd het geleende geld soms door de elite naar veiliger oorden gesluisd. Zo konden Marcos c.s. in 35 jaar tijd hun buitenlandse bankrekeningen met 30 miljard dollar aanvullen, meer dan de totale buitenlandse schuld van de Filipijnen in 1988 (Van de Veen, 1988:4).

Door deze ontwikkelingen was de totale schuld van de Derde Wereld in 1988 opgelopen tot 1245 miljard dollar, terwijl dat in 1984 nog 828 miljard was. Een gevolg is de daling van het inkomen; in 1986 verdiende een gemiddelde Afrikaan 25% minder dan in 1970. Ook wordt er de laatste jaren minder geïnvesteerd; in de 17 grootste schuldenlanden daalden de investeringen sinds 1980 jaarlijks met 4,8% (Van de Veen, 1988:4). Het toenemen van de schulden en het achterblijven van de noodzakelijk geachte economische groei, bracht steeds meer landen in grote betalingsbalansproblemen.

Inhoud van de SAP's

Samengevat stellen de Wereldbank en het IMF dat het belangrijkste probleem van de armste landen de onevenwichtige betalingsbalans is, wat wordt veroorzaakt door te hoge import en te weinig export. De voorgestelde beleidsveranderingen richtten zich daarom vooral op macro-economische aspecten, en dan vooral in de aanbodzijde van de economie, die immers te weinig produceerde voor de export bij te hoge importen van de wereldmarkt. Die structurele onevenwichtigheid leidde tot het ontwerpen van zogenaamde Structurele Aanpassingsprogramma's (SAP's). SAP's komen tot stand in een zogenaamd 'joint policy framework', dat in overleg met IMF en Wereldbank door de regering van een Derde-Wereldland wordt opgesteld.

De 'joint policy frameworks' bevatten een aantal standaard maatregelen:

- devaluatie van de nationale munt
- liberalisatie van importen
- stimuleren van de landbouwproductie, met name exportgewassen
- afslanken van het overheidsapparaat
- sluiten of privatiseren van staatsbedrijven en staatsbemoedigen met de markt
- verminderen van subsidies en loslaten van prijsbeleid
- bezuinigen op uitgaven in de sociale sector (onderwijs, gezondheidszorg)

Deze ingrepen zijn gebaseerd op de theorie dat aanpassing van de economie aan de wereldmarkt tot een snelle sanering van de economie zal leiden waarna economische groei het land er verder bovenop zal helpen.

voedse(re)llen

Het belangrijkste monetaire instrument in de SAP's is de devaluatie van de munt. Daardoor wordt de export van het land gestimuleerd. Immers, door een devaluatie ontvangen producenten meer geld in nationale valuta voor de exportprodukten en wordt de concurrentiepositie op de wereldmarkt versterkt. Door de devaluatie wordt de import van produkten echter duurder, zodat

ondanks het opheffen van invoerbepalingen de binnenlandse produktie kan concurreren tegen het buitenland. Hiermee herstelt de betalingsbalans en kan de economische groei toenemen. Het land past zich aldus aan aan de internationale economie en kan zich zonder marktbescherming verder ontwikkelen. In theorie zal vooral het platteland profiteren van de devaluatie. De prijzen van exportprodukten stijgen, terwijl de duurdere importprodukten vooral door mensen in de stad worden geconsumeerd (transport, brandstof enz.). Het loslaten van het prijsbeleid zal leiden tot stijgende voedselprijzen en de produkties meer concurrerend maken.

Het veranderen van de relatieve prijzen tussen exportprodukten en niet-exportprodukten zal leiden tot een overgangsfase waarin kapitaal, arbeid en grond zullen overgaan naar de exportsector. Voor die overgangsfase bieden het IMF en de Wereldbank kredieten, terwijl zij benadrukken dat de maatregelen tijdig en geleidelijk moeten worden ingevoerd., omdat anders de economische schok te hard kan aankomen. Zo verwijt de Wereldbank Zambia te lang te hebben gewacht met prijsverhogingen van voedsel; de plotselinge verdubbeling van de voedselprijzen veroorzaakte grootscheepse voedselrellen in het land. Volgens de Wereldbank had Zambia de prijsverhogingen veel geleidelijker moeten invoeren (De Volkskrant 7 juli 1990).

Omdat buitenlands kapitaal duurder is geworden, moeten de binnenlandse besparingen stijgen om de noodzakelijke investeringen mogelijk te maken. Die moeten gericht zijn op stijging van de arbeidsproduktiviteit, waardoor de exportproduktie opnieuw goedkoper wordt.

vrije concurrentie

Deze monetaire instrumenten moeten worden ondersteund door een liberaliseringsbeleid. De markt moet brengen wat de staat niet is gelukt.

Dat betekent in de eerste plaats de afschaffing van subsidies en prijsgaranties voor basisprodukten. Prijsingrepen doorkruisen het streven naar vrije concurrentie op de wereldmarkt en de afschaffing ervan leidt tot een betere aanpassing van Derde-Wereldlanden aan de internationale economische verhoudingen.

Ook de rol van de staat als verschafter van arbeidsplaatsen moet daarbij worden teruggedrongen. in de eerste plaats door een forse afslanking van het loodzware ambtenarenapparaat. Het ontslag van 80.000 ambtenaren in Argentinië is daarvan een voorbeeld (De Volkskrant 18 maart 1990). Volgens de internationale instellingen zijn de staatsapparaten in de Derde Wereld verlamt door vriendsjespolitiek en inefficiëntie. Het privatiseren of sluiten van staatsbedrijven hangt daarmee samen. De logge en inefficiënte staatsbedrijven zijn verlieslijdend doordat het winststreven ontbreekt; de staat dekt immers alle verliezen. De staat moet ruimte scheppen voor de markt en het ontplooiën van prive-initiatieven aanmoedigen (Selowsky, 1987).

ongekende hoogte

De SAP's staan bloot aan velerlei kritiek. Die kritiek wordt al jaren geuit door kritische organisaties in het Westen en in de Derde Wereld, maar ook door regeringen van Derde-Wereldlanden. Ook verschillende multilaterale organen hebben gewezen op de negatieve gevolgen van het herstelbeleid. En tenslotte erkent ook de Wereldbank de kritiek en pleit voor verzachting van de maatregelen.

Een aantal auteurs bekritiseert de gangbare analyse van de schuldenproblematiek. Cheryl Payer wijst er op dat de crisis niet wortelt in de jaren zeventig, maar dat het lenen van oliedollars slechts olie was op een vuur dat al veel langer woedde. Binnen het kader van de Koude Oorlog was het vanzelfsprekend dat Westerse landen (de VS voorop) geld leenden aan arme landen.

Enerzijds werden die landen daarmee gebonden aan het Westerse kamp, terwijl zij anderzijds een markt vormden voor de oververhitte Westerse economieën. Het lenen van kapitaal werd als natuurlijk gezien en aflossing en rentebetalingen werden veelal met nieuwe leningen voldaan. Zo ging in het midden van de jaren zeventig al 87% van de nieuwe leningen aan Latijns Amerika op aan het betalen van eerder aangegane schulden. Volgens Payer was de crisis al veel langer onvermijdelijk. De oliedollars stelden de crisis aanvankelijk uit, maar omdat het daarbij om harde leningen ging, versnelden ze de crisis toen de rente rond het begin van de jaren tachtig tot ongekende hoogte steeg.

Overigens moet worden opgemerkt dat Westerse banken in die tijd weinig kieskeurig waren in het uitzetten van kapitaal. Aangezien de Westerse wereld zelf de oliedollars vanwege het inflatiegevaar niet geheel kon opnemen, werd gezocht naar afnemers, kredietwaardig of niet; corrupt of niet.

Ook de Economische Commissie voor Afrika (VN) verwijt de wereldbank en het IMF een gebrek aan historisch inzicht. De commissie wijst met name op de koloniale erfenis, die willekeurige grenzen achterliet (m.n. in Afrika) en Derde-Wereldlanden gevangen houdt in een eenzijdige, op landbouw- en grondstoffenexporten en handel gebaseerde economische structuur (Shelly, 1989:1160).

stedelijke armen

Pronk (1989, voor zijn nieuwe ministerschap) wijst er op dat SAP's wel erg eenzijdig aanpassing verwachten van Derde-wereldlanden. Hij vraagt zich af waarom landen met een importoverschot zich moeten aanpassen aan een vijandige internationale omgeving, terwijl die internationale orde zich niet aanpast aan de positie van de armste landen en geen aanpassing wordt verwacht van landen met een exportoverschot. Een prijsverhoging van landbouwprodukten op de wereldmarkt zou per slot van rekening veel meer effect hebben dan de sanering van de economieën van de armste landen. En hoewel de beleidsdoelstellingen van veel SAP's zijn uitgevoerd, blijft de noodzakelijke groei veelal uit, of verloopt veel trager dan aanvankelijk werd verwacht. Commerciële banken blijken daarbij niet bereid de kredietverlening opnieuw ter hand te nemen (Pronk, 1989:59-63 ook Elson, 1989:59).

Naast kritiek op de gangbare analyse en de daaruit voortgekomen oplossingsmodellen, wordt door anderen de vinger gelegd op concrete gevolgen van SAP's.

Het opheffen van invoerbepalingen heeft in sommige landen een desastreuze invloed gehad op de nationale industrie. In Ghana bij voorbeeld, waar de textiel- en leerindustrie door de importen in grote problemen is gekomen. Ondanks de devaluatie is het voor die industrie niet mogelijk te concurreren met de goedkope massaproductie uit andere landen (Hansma en Peters, 1990:224). Ook in Sri Lanka kostte de ondergang van een nationale kleinschalige industrie duizenden arbeidsplaatsen. De import van relatief goedkope aluminium potten uit India, maakte een snel einde aan veel lokale pottebakkerijen.

Door het wegvallen van sociale voorzieningen, voedselsubsidies en garantieprijsen worden bepaalde groepen harder getroffen dan andere. Vooral de stedelijke armen zien hun positie verslechteren door duurder voedsel en de verminderde toegankelijkheid van gezondheidszorg en onderwijs. Diana Elson (1989) benadrukt dat veel taken verschuiven van de betaalde naar de onbetaalde sector, en met name op de schouders van vrouwen worden afgewenteld. En hoewel ook vrouwen kunnen profiteren van de grotere toegang tot markten, kunnen zij dat nog altijd minder dan mannen, door de ongelijke verdeling van met name reproductieve taken (zoals voedselvoorziening, het

opvoeden van kinderen, het verzorgen van zieken). Het bezuinigen op voorzieningen als gezondheidszorg en onderwijs, vergroot het takenpakket van vrouwen en verkleint hun mogelijkheden meer economische taken te vervullen.

militair vertoon

UNICEF maakte veel indruk met haar kritiek op SAP's. Vooral de armsten, vrouwen en kinderen lijden volgens UNICEF zwaar onder de SAP's. De SAP's veroorzaken toenemende ondervoeding in veel landen, verslechtering van de gezondheidszorg en het onderwijs, stijging van de kindersterfte. Alleen al over 1988 schatte UNICEF dat ten minste een half miljoen kleine kinderen stierven als gevolg van de toegenomen economische crisis, met name in Afrika en Latijns Amerika (Griffith-Jones, 1989:1). Vooral de verminderde aandacht voor gezondheidszorg en onderwijs is UNICEF een doorn in het oog.

Een laatste punt van kritiek betreft de inmenging in de binnenlandse aangelegenheden van de armste landen. Vooral in de landen waar de Wereldbank en het IMF de belangrijkste kapitaalverschaffers zijn, blijft weinig ruimte over voor het opstellen van eigen beleid. Voldoet het 'joint policy framework' niet aan de algemene doelstellingen die aan SAP's worden gesteld, dan krijgt het betreffende land geen toegang tot speciale financiële faciliteiten en beschouwen donorlanden en Westerse banken hen als niet-kredietwaardig. Zo schortte Zambia de afgesproken SAP in 1986 na ernstige voedselrellen op, maar president Kaunda kon niet veel anders dan in 1988 toch weer in zee gaan met de multilaterale geldschieters (De Volkskrant 29 juni 1990). De Wereldbank schortte leningen aan Senegal en Costa Rica op, omdat de regeringen zich niet hadden gehouden aan de afgesproken voedselprijsverhogingen (Vaessen 1987:49-55). Hoewel SAP's dus duidelijk een politieke strekking hebben, is het opvallend dat toch altijd de voorgestelde ingrepen selectief zijn. Er zal bij voorbeeld nooit worden geëist dat legers worden ingekrompen. Echt verwonderlijk is dat niet, de voedselrellen die in verschillende landen uitbraken kunnen alleen worden bestreden met militair vertoon.

veranderingen in het Wereldbank-denken?

Ook binnen de Wereldbank zelf groeide het besef dat de SAP's (met name in Afrika) niet opleverden wat aanvankelijk werd verwacht. In de eerste plaats leidden ze in veel landen niet tot een snel herstel van de economische groei, terwijl in de tweede plaats de gevolgen voor de armen -in elk geval op korte termijn- dramatisch waren: stijgende kindersterfte, honger en ondervoeding.

In haar jaarverslag van 1988 neemt de Wereldbank zich voor meer aandacht te geven aan de politieke en sociale gevolgen van de SAP's (Vaessen, 1987:49-53). De Wereldbank kondigt aan dat ze binnen de ruimte die ontstaan is door de gedaalde overheidstekorten, de verminderde schuld en de stijgende economische groei, projecten zal beginnen die met name voor de verliezers van de aanpassing de pijn zullen verlichten (KNV-congres, 1989:5-12). De aanpassingsprogramma's worden aangepast. Waar het door de Wereldbank en het IMF ontworpen overheidsbeleid faalt voor bepaalde groepen in de samenleving, besluit de Bank door middel van projecten te interveniëren. Aan de regeringen zelf, wordt geen extra beleidsruimte toegestaan.

De Wereldbank heeft haar beleidsvoornemens voor Afrika in de jaren negentig vastgelegd in het rapport: Sub-Saharan Africa: from Crisis to Sustainable Growth. Het rapport is kritisch over de bereikte resultaten, maar benadrukt toch ook opnieuw het succes van de SAP's. Aan de fundamenten van de aanpassingsprogramma's wordt dan ook niets afgedaan, en het rapport ademt optimisme hoewel het erkent dat de problemen nog steeds ernstig zijn. Extra aandacht moet uitgaan naar: verbetering van de capaciteiten van de bevolking; het bestuur; het milieu; de bevolkingsgroei en -verdeling; en technologie. Afrika is niet voldoende concurrerend binnen de toenemende concurrentiestrijd

in de wereldeconomie, en landen moeten zich meer richten op de handel binnen Afrika en wellicht hun export naar Azië vergroten.

Dit alles moet leiden tot blijvende en gelijk verdeelde groei in Afrika. Meer aandacht voor onderwijs en gezondheidszorg (landen moeten hun budgetten verdubbelen) zal daaraan bijdragen, evenals meer participatie van de bevolking en decentralisatie van de staatsmacht. De bevolking zal daarbij meer moeten gaan betalen voor overheidsdiensten. Minder mensen, meer voedsel, meer koopkracht, meer bomen, meer eigen bijdragen en vooral meer donorgelden. Dan gloort de toekomst voor Afrika weer.

de markt als ideologie

SAP's weerspiegelen de ideologie van de vrije markt. Het Westen legt die ideologie op aan de arme landen in de Derde Wereld, zoals momenteel ook aan de voormalige Oostbloklanden. En dat terwijl de kracht van de Westerse economieën voor een belangrijk deel rust op sterke overheden en sociale voorzieningen (zie b.v. Galbraith in De Volkskrant 7 juli 1990).

Immers, juist sociale voorzieningen en het efficiënt uitvoeren van taken door de overheid hebben in het Westen gezorgd voor een klimaat van economische groei en politieke stabiliteit. Welke Westerse regering zou het in zijn hoofd halen de voedselprijzen te verdubbelen? Wie zou durven te beweren dat het openbaar vervoer in Nederland efficiënter zou worden als de particuliere sector het zou overnemen? Niet omdat ze eigendom zijn van de staat, zijn veel staatsbedrijven in de Derde Wereld log en inefficiënt, maar door de omstandigheden waarbinnen die staatsbedrijven moeten opereren. Lage lonen vergroten de corruptie; lage garantieprijs voor de boeren bevorderen onderproductie en stimuleren de zwarte markt en smokkel; gebrek aan werkgelegenheid leidt tot grote ambtenarenapparaten. Eerder kan worden gesteld dat slecht werkende staatsbedrijven en overheidsapparaten een symptoom zijn van een zieke economie, dan dat zij de ziekte veroorzaken. Dat laatste is echter wel de ideologische legitimatie om tienduizenden mensen op straat te zetten.

De SAP's zijn een poging van de Westerse financiële wereld om de economieën van de armste landen te saneren. Ze betekenen een keiharde herstructurering van de economie waarbij de lasten ongelijk verdeeld worden. Door de liberalisatie van de handel en de toenemende aandacht voor exportproductie zijn het veelal grotere boeren en handelaren die het meest profijt trekken van de hervorming, terwijl kleine boeren, schoolgaande kinderen, vrouwen op het platteland en de armen in de steden hun situatie steeds verder hebben zien verslechteren. Het zou een periode worden waarin de broekriem moest worden aangehaald, terwijl daarna de gouden bergen van groei en welvaart en donorgelden lonkten.

Maar hoewel SAP's hebben geleid tot de afbouw van overheidstaken en subsidies en ruim baan geven aan het particulier initiatief, blijven Westerse banken terughoudend om te investeren in Derde-Wereldlanden, met name in Afrika. De toegenomen politieke instabiliteit, maar ook het verminderde scholingsniveau en de slechtere gezondheid, hebben niet werkelijk bijgedragen aan een beter investeringsklimaat. Zeker in landen met politieke conflicten hebben SAP's eerder geleid tot meer instabiliteit en geweld, dan tot vrede en veiligheid. Zoals in de Filippijnen, waar een aantal multinationals besloten hun hoofdkwartier voor de regio naar elders te verplaatsen (De Volkskrant 28 juni 1990).

Ondertussen neemt de handel wel toe (Sri Lanka importeerde in twee jaar tijd 200.000 autobusjes uit Japan), maar is nauwelijks ruimte ontstaan voor de eigen industrie. Pottenbakkerijen in Sri Lanka legden het loodje in de internationale concurrentie; terwijl in hetzelfde land duizenden kleine suikerfabrieken over de kop gingen omdat het importeren van goedkope suiker

van de wereldmarkt de suikerrietproduktie in Sri Lanka onmogelijk maakte. Van de liberalisatie profiteren echter slechts bepaalde groepen. De liberalisatietendens vindt plaats in een wereld van structurele ongelijkheid in produktiviteit en macht. Daardoor neemt de afhankelijkheid van de arme landen toe en worden grote groepen mensen het slachtoffer van monetaire maatregelen die worden ontworpen in koele kantoren in New York. Het stimuleren van particulier initiatief en ontwikkelingspotentieel gaat daarbij te veel ten koste van bestaande initiatieven, die meer als uitgangspunt zouden kunnen worden genomen. Westerse landen en instellingen zien echter meer heil in een ontwikkelingsrichting voor Afrika die aangepast is aan de neo-koloniale belangen van Westerse landen en industrieën: het scheppen van een gunstig klimaat voor de afzet van Westerse produkten en kapitaal en de ongestoorde beschikbaarheid van goedkope grondstoffen.

2.1.2 Conclusies: optimistisch scenario

Het is zonder meer toe te juichen dat de Wereldbank erkent dat de SAP's ernstige gevolgen hebben gehad voor de armen in de armste landen. Na het 'verloren decennium' voor de ontwikkelingslanden wordt niet alleen meer afgebroken en gesaneerd, maar worden de handen uit de mouwen gestoken.

Of de jaren negentig werkelijk zullen brengen wat de jaren tachtig niet konden, blijft voorlopig de vraag. De Wereldbank richt zich op het aanpakken van de gevolgen van armoede en degradatie, maar blijft op de oude uitgangspunten staan bij het bestrijden van de oorzaken. Zo wordt gesteld dat de betalingsbalanstekorten moeten worden bestreden door de produktie van exportgewassen. Maar door de toenemende export van een klein aantal gewassen, blijven de prijzen voor die produkten structureel onder druk. Dat door de produktie van exportgewassen de voedsellandbouw steeds meer naar marginale gebieden wordt gedreven, is voor de Wereldbank geen reden om die exportlandbouw ter discussie te stellen. Immers, de Wereldbank analyseert de degradatie als een gevolg van de bevolkingsaanwas en belooft daarom alleen aandacht voor geboortebeperving en erosiebestrijding. Het paard lijkt achter de wagen gespannen...

Natuurlijk vormen de gevolgen van de armoede en de SAP's nieuwe problemen. De armste landen hebben een structurele achterstand opgelopen in de concurrentiestrijd met het Westen. De bevolking neemt sneller toe dan de voedselproduktie, die ook al onder druk staat door de toenemende produktie van exportgewassen. Het onderwijsniveau bevordert geen gunstig investeringsklimaat. Het zijn allemaal reële problemen. De Wereldbank ziet voor Afrika een kans in regionalisatie van de handel: Afrika moet meer intern concurreren. Een oud idee, ooit gepropageerd door progressieve intellectuelen. Opvallend is echter dat die strategie alleen voor Afrika wordt gekozen, en niet voor Azië of Latijns Amerika. Wellicht gaat achter het optimistische scenario het besef schuil dat Afrika steeds meer moet worden gezien als het "verloren continent".

2.2 Gezondheid als voorwaarde voor of als uitkomst van ontwikkeling

2.2.0 Inleiding

Nog tot ver na de Tweede-Wereldoorlog werd ervan uitgegaan dat gezondheidszorg -ook in de voormalige koloniën- de heersende Westerse opvattingen over ziekte en gezondheid moest weerspiegelen: gezondheid als het afwezig zijn van ziekte. De zorg werd voornamelijk opgebouwd rond ziekenhuizen,

gezondheidsposten en medici. De zorg had een overwegend gecentraliseerd en vertikaal karakter: het beleid werd door de nationale overheid geformuleerd en van bovenaf werden campagnes gepland die moesten leiden tot bij voorbeeld zoveel mogelijk vaccinaties of sanitatie. De kosten werden overwegend gedragen door nationale overheden of donoren (waar onder veel kerkelijke organisaties). De rijke 'happy few' hadden meestal toegang tot duurdere, meer geavanceerde technieken in de privé-sector. De staatszorg was een kostbare aangelegenheid, zeker in relatie tot lage Bruto Nationale Producten, waardoor die gezondheidszorg voor velen onbereikbaar was, met name armen in de steden en op het platteland (Smits, 1982). Pas na de onafhankelijkheid werd in veel landen een begin gemaakt met de decentralisatie van de curatieve zorg; bij voorbeeld door de bouw van districtsziekenhuizen buiten de grote steden.

Een doorbraak in het denken over gezondheidszorg vond plaats in 1978, tijdens de bekende UNICEF/WHO-conferentie in Alma Ata (1978). In de slotverklaring van de conferentie werd gezondheid gedefinieerd als: "A state of complete physical, mental and social well being" en een mensenrecht genoemd. Gezondheid is in die verklaring het belangrijkste doel dat bereikt moet worden door de samenhangende ontwikkeling van een groot aantal basisvoorwaarden; waaronder de voedselvoorziening en de gezondheidszorgsector (Smits, 1982:15-17) Deze definitie hanteerde de WHO al sinds haar oprichting, echter in 1978 werd het gevolgd door een nieuwe benadering in gezondheidszorgbeleid. Het concept, Primary Health Care (PHC, basisgezondheidszorg), leidde niet alleen tot beleidsveranderingen in de Derde Wereld, maar betekende vooral ook het begin van een vernieuwd debat over de wijze waarop gezondheid moet worden bereikt en de rol die gezondheidszorg daarbij dient te spelen.

2.2.1 Alma Ata: een nieuwe wind

Tijdens de conferentie in Alma Ata werd het concept PHC geïstitutionaliseerd in het beleid van de internationale gezondheidsorganisaties en, door de ondertekening van het slotaccord, door de bij de WHO aangesloten landen. PHC werd in Alma Ata als volgt gedefinieerd: "PHC is kernzorg. Zij is gebaseerd op praktische, wetenschappelijk betrouwbare en maatschappelijk aanvaardbare, voor de gehele gemeenschap -zowel individuen als gezinnen- toegankelijk gemaakte methoden en technieken. Allen dienen er volledig aan mee te werken. De kosten mogen niet meer bedragen dan land en volk zich in desbetreffende ontwikkelingsfase kunnen veroorloven. De ontwikkeling dient te staan in het teken van zelfzorg en zelfbeschikking. PHC is onderdeel van zowel het nationale gezondheidszorgsysteem, waarin het een centrale rol vervult en de meeste aandacht krijgt, als de totale sociaal-economische ontwikkeling van de gemeenschap. Hier wordt het eerste contact gelegd tussen individuen, gezinnen, gemeenschap en nationaal gezondheidszorgsysteem. De gezondheidszorg wordt op deze manier zo dicht mogelijk gebracht bij de plaats waar mensen wonen en werken. PHC vormt de eerste fase van ononderbroken en doorgaande zorg voor de gezondheid" (WHO, vertaling Wolffers, 1989:2348, mijn onderstreping, me).

Deze uitgangspunten worden in het rapport vervolgens stapsgewijs met concrete maatregelen ingevuld:

- aandacht voor voldoende goede voeding;
- voldoende aanbod van veilig water;
- verbeteren basale sanitaire voorzieningen;
- moeder- en kindzorg, inclusief family planning;
- immunisatie tegen de belangrijkste infectieziekten;
- preventie en controle van lokale endemische ziekten;
- voorlichting over veel voorkomende gezondheidsproblemen;

- behandeling van veel vóórkomende gezondheidproblemen inclusief de beschikbaarheid van 'essential drugs'.
(In: UNDP, 1982:1. Vertaling M.E.)

Het concept PHC moest de drager worden van de WHO-doelstelling: 'Health For All in 2000'. De aandacht binnen de gezondheidszorg kwam minder te liggen op ziekenhuiszorg en meer op PHC. PHC houdt zich daarbij niet alleen bezig met de ontwikkeling van de zorgsector, maar heeft een bredere doelstelling. PHC moet worden geformuleerd door nationale overheden, terwijl het zwaartepunt ervan moet liggen bij de mensen aan de basis. Hun medewerking, en het aanstellen van een Village Health Worker (VHW) moet ervoor zorg dragen dat PHC verankert in lokale gemeenschappen en dat de mogelijkheden worden benut van traditionele geneeswijzen. Vooral de gepropageerde verschuivingen binnen nationale budgetten van ziekenhuiszorg naar PHC werd in brede kring als positief gezien (zie b.v. Navarro, 1984:472), evenals het opstellen van een lijst van de meest noodzakelijke geneesmiddelen die voor iedereen toegankelijk zouden moeten zijn: essential drugs.

fundamentele kritiek: de scholenstrijd

Hoewel er nog steeds brede consensus bestaat over bovenstaande uitgangspunten, bleek de slotverklaring van Alma Ata geen eenduidige blauwdruk voor de verbetering van de gezondheid van mensen in de Derde Wereld. In de afgelopen jaren is PHC in veel landen van de grond gekomen; maar terwijl velen proberen vorm te geven aan PHC blijkt achter die drie letters een fundamenteel debat schuil te gaan over de invulling van PHC die werkelijk zou moeten leiden tot ontwikkeling en zelfbeschikking van mensen over hun leefomstandigheden. Om de kern van het debat te kunnen begrijpen, volgen we eerst Navarro (1984), die een fundamentele kritiek presenteert op de vooronderstellingen die ten grondslag liggen aan de euforische slotverklaring van Alma Ata.

Volgens Navarro mist de analyse van de Alma Ata-conferentie elke politieke diepgang en wordt gezondheid te eenvoudig gezien als algemeen belang. De daaruit geformuleerde morele oproep aan regeringen en medici is daarom onvolkomen en verhullend.

Volgens de WHO moeten mensen werkzaam in de medische sector ervan worden overtuigd dat hun verzet tegen PHC ten onrechte is, omdat het niet moet gaan om hun individuele belangen (de nadruk bij PHC verschuift immers van ziekenhuiszorg naar basiszorg) maar dat zij een uitgesproken verantwoordelijkheid hebben te dragen voor de verbetering van de gezondheid van grote groepen mensen. Ook de industrie hoeft zich niet te verzetten: wellicht daalt de afzet van geneesmiddelen aanvankelijk, maar de Derde Wereld biedt een onafzienbare markt voor essentiële geneesmiddelen.

Door ontwikkeling en gezondheid te definiëren als morele verantwoordelijkheid van iedereen op deze aarde, omzeilt het rapport met een wijde boog de belangentegenstellingen die ten grondslag liggen aan het in stand blijven van de kloof tussen rijk en arm. Het rapport stelt bij voorbeeld dat vrouwen een sterkere positie zullen verkrijgen door het beschikbaar komen van arbeidsbesparende technologieën (leidingwater bij voorbeeld, waardoor vrouwen minder tijd kwijt zijn aan lange wandelingen naar ver afgelegen putten) en voorlichting. Ongelijkheid in macht en zeggenschap wordt daarmee gereduceerd tot technologische achterstand en onwetendheid van groepen mensen in de Derde Wereld. Met stelligheid concludeert Navarro dan ook: "(...) we find that the Alma Ata recommendations are not so much limited but, rather, incorrect. The mere listing of different types of interventions (both outside and within the health care system) is misleading, since the key question (whether they are or are not to be effective) depends on how these interventions are related

within a structure and a set of power relations that give their meaning importance. The avoidance of recognition of these structures and power relations is thus the main weakness of the report" (1984:473).

De kritiek van Navarro legt pijnlijk de vinger op de vooronderstellingen van de WHO. Namelijk: hoewel gezondheid door de WHO niet langer wordt beschouwd als te bereiken door een aantal specifieke verticale interventies, blijft gezondheid een doel dat is te bereiken door het uitvoeren van programma's met een a-politiek karakter, uitgaande van vermeend gemeenschappelijk belang. Het streven om bij voorbeeld de voedingstoestand te verbeteren door voorlichting aan veronderstelde achterlijke vrouwen en archaisch boerende boeren, getuigt van een ethocentrische kijk op andere culturen en reduceert structurele sociale ongelijkheid tot het eenvoudig ontbreken van kennis. Het verschuiven van de voedsellandbouw naar steeds marginalere gebieden is daarentegen ten minste gedeeltelijk het gevolg van de nadruk op de teelt van exportgewassen; waardoor erosie en onderproductie toenemen. Het terugbrengen van die voedsellandbouw naar produktievere gronden, vereist echter een herdefiniëring van nationale prioriteiten en internationale machtsverhoudingen. De WHO komt daar niet aan. Veranderingen moeten plaats vinden binnen de heersende verhoudingen en mogelijkheden. De gebezigde terminologie verhult de historisch gegroeide ontwrichtingen en vertaalt problemen tot technische tekortkomingen van achterlijke gemeenschappen.

Met de kritiek van Navarro wordt de spanning duidelijk die in de PHC benadering van de WHO ligt besloten. Een spanning ook, die de basis vormde voor het ontstaan van twee verschillende scholen in de PHC benadering. Door het ontbreken van een politiek analysekader kan de WHO uitgangspunten van PHC formuleren die een duidelijk politiek karakter hebben (zelfbeschikking, PHC heeft een centrale rol in de totale sociaal-economische ontwikkeling, PHC vereist een totale aanpak van armoede en ondervoeding); en tegelijkertijd die uitgangspunten invullen met maatregelen die uitgaan van sociale harmonie en de nadruk leggen op vertikale interventies.

Met hetzelfde slotaccord claimen twee verschillende scholen dat zij het ware PHC concept vertegenwoordigen: zo staan beide voor deelname van de bevolking aan PHC en beide zien zij een belangrijke rol voor de staat. De overeenkomsten in woordgebruik tussen beide scholen, verhult echter de diametraal verschillende percepties van ziekte en gezondheid in beide scholen.

De eerste school vertegenwoordigt de zogenaamde selectieve PHC benadering. De selectieve benadering werd voor het eerste systematisch uiteen gezet door Walsh en Warren in 1979. In een reactie op de brede doelstellingen van de WHO opperden zij dat de door de WHO voorgestane aanpak veel te kostbaar zou zijn. Daarom propageerden zij een minder ambitieuze strategie, waarbij de nadruk zou komen te liggen op de grootste gezondheidsproblemen (de meest voorkomende ziekten) in een bepaald gebied die zouden moeten worden bestreden door grootschalige, verticale programma's. Materieel leggen zij de nadruk op mobiele hulpposten, die regelmatig de specifieke programma's zouden moeten uitvoeren (Mooij,1990:3-4).

Walsh en Warren zetten een trend die door velen werd gevolgd. Immers, het uitvoeren van PHC zoals de WHO dat lijkt voor te staan, vereist niet alleen veel geld voor trainingen en voorlichtingsprogramma's etc., maar ook de samenwerking tussen verschillende ministeries en hulporganisaties. Bovendien is participatie geen eenvoudige doelstelling. Gemeenschappen zijn vaak niet te beschouwen als eenvoudige, homogene belangengroepen. Verschillen in macht en zeggenschap tussen mannen en vrouwen, tussen rijkere en armere boeren etc., maken het moeilijk iedereen te betrekken bij projecten, zelfs al propageren die in dienst te staan van het algemeen belang (zie b.v. Zoysa en

Cole-King, 1983:127). Vertikale programma's zijn daarom eenvoudiger uit te voeren, terwijl de resultaten (in aantallen gevaccineerde kinderen bij voorbeeld) sneller kunnen worden gepresenteerd en spectaculairder zijn dan de resultaten van een meer omvattend PHC-project.

Die laatste aanpak wordt nagestreefd door de school die Comprehensive PHC voorstaat. Hun argumentatie is veelal opgebouwd vanuit kritiek op de selective benadering (Mooij, 1990:4). Een voorbeeld daarvan is de kritiek van Rifkin en Walt (1986), die een voorbeeld noemen uit Zaïre, waar een vaccinatiecampagne tegen mazelen dan wel het voorkomen van mazelen verminderde, maar geen invloed had op de kindersterfte. Minder kinderen stierven aan mazelen, meer aan andere (kinder)ziekten.

De uitgangspunten van de comprehensive benadering kunnen worden samengevat met de kritiek van Kanji (1989:13): "The selectivist approach of targetting medical interventions at individuals implies that ill health is due to individuals no doing the right things. The focus on social causes is thus submitted by the focus on ignorance and faults in individuals."

Daarmee is het verschil tussen de twee scholen in een notedop samengevat. De 'selective' benadering beschouwt gezondheid als een individueel probleem, de 'comprehensive' benadering vat gezondheid op als een sociaal probleem. Dat leidt tot de volgende stellingname van de WEMOS: "Goede (comprehensive) PHC sluit zo aan bij een proces van bevrijding en vergroting van de macht van de armsten. Het gaat hier niet alleen om de PHC als vorm van gezondheidszorg, maar ook om een effectieve strategie welke gezondheidszorg combineert met het bestrijden van ongelijkheid in kansen op gezondheid. Diagnose en genezing van het individu worden verbonden met bestrijding van de sociale oorzaken van ziekte" (Hansma en Kemkes, 1988:14). WEMOS wijst er bij voorbeeld op dat de zuigelingensterfte in Nederland rond de eeuwwisseling al daalde, jaren voordat de zuigelingenverzorging in Nederland van de grond kwam.

Overigens moeten beide benaderingen als ideaaltypen worden gezien. De meeste PHC-projecten hebben echter een vertikaal karakter omdat ze worden geformuleerd en vormgegeven vanuit nationale prioriteiten en belangen. Participatie hoeft daarbij niet te betekenen dan mensen werkelijk zeggenschap krijgen over de wijze waarop PHC vorm krijgt.

Er zijn weinig voorbeelden van werkelijke 'Comprehensive' PHC projecten. Vaak wordt verwezen naar bevrijdingsbewegingen die pogen in de gebieden onder hun beheer te stimuleren dat mensen voor zichzelf opkomen en voor zichzelf zorgen: zelfzorg en zelfontwikkeling, om met de WHO te spreken. Die ontwikkeling is echter gericht tegen de overheid die wordt bestreden.

Het is voor overheden dan ook politiek aantrekkelijker PHC zoveel mogelijk in eigen hand te houden en te scoren met verticale interventies. Een werkelijke, 'Comprehensive' aanpak, betekent een bom onder de macht van vele leiders.

problemen met PHC

Al in 1982 signaleert de UNDP (16-18) een groot aantal problemen die de invoering van PHC bemoeilijken:

- tekort aan geschoold personeel;
- gebrek aan leiderschap om PHC teams te leiden;
- onvoldoende aandacht voor preventie in artsenopleidingen;
- moeite om gemeenschappen te betrekken bij PHC

Overigens onderschrijft de UNDP de brede doelstelling van Alma Ata. PHC moet tot stand komen via besluitvorming aan de basis en moet zoveel mogelijk gebruik maken van lokaal aanwezige hulpbronnen. Aan de aanbodzijde moeten gezondheidsdiensten worden gericht op gemeenschappen en niet op individuen. Daarentegen wordt de doelstelling van de aanbevelingen die de UNDP doet, in

a-politieke bewoordingen geformuleerd: "This requires new approaches in the training, use and functions of health staff; their concern cannot be limited to medicine, but must also compass management, supervision, knowledge of how to work with communities, health and well being, community prosperity and productivity, and development in its widest sense" (1982:ii).

De problemen rond de invoering van PHC worden daarmee gereduceerd tot technische problemen en achterlijkheid: er is een tekort aan middelen; mensen zijn niet bereid voldoende aan hun gemeenschappelijke belang te werken; de opleidingen zijn slecht. De problemen worden vertaald in aanbodproblemen: als er maar meer mensen beter worden opgeleid; als de organisatie maar wordt verbeterd; als er maar wordt gewerkt aan een betere samenwerking tussen de verschillende ministeries... dan zullen gemeenschappen zich meer betrokken gaan voelen en zal PHC kunnen slagen.

Vanuit de 'comprehensive' school wordt die probleemanalyse bekritiseerd. Wolffers (1989:2351) stelt dat de uitgangspunten van PHC veelal idealistisch zijn, met andere woorden: te weinig rekening houden met de harde strijd om het bestaan van mensen en de verschillende belangen die mensen in groepen en gemeenschappen hebben. Ook wordt bij het invoeren van PHC te weinig rekening gehouden met de private sector, die met PHC kan concurreren. Bijvoorbeeld doordat artsen weglopen naar beter betaalde praktijken (zoals UNDP benadrukt), maar ook doordat PHC beoogt een basis-pakket geneesmiddelen voor iedereen toegankelijk te maken, terwijl artsen en apotheken een groot aantal andere 'wondermiddeltjes' te koop aanbieden. Daarmee wordt de consumptieve houding van mensen ten aanzien van gezondheid gestimuleerd, in tegenstelling tot de doelstelling dat PHC wil bijdragen aan bewustwording over de relatie tussen gezondheid en levensstijl. Een teken aan de wand is dat in veel ontwikkelingslanden aanmerkelijk meer geneesmiddelen worden voorgeschreven dan in het Westen.

2.2.3 de WHO en UNICEF, PHC en SAP's: het Bamako initiatief

Aanvankelijk maakte de WHO ernst met het ondersteunen en opzetten van PHC in veel landen. Een van de instrumenten was het opstellen van een zogenaamde essential drugs list, een lijst met de meest noodzakelijke geneesmiddelen die voor iedereen toegankelijk zouden moeten zijn. Die maatregel, en het opstellen van het slotdocument van de Alma Ata conferentie, leken een duidelijk pleidooi voor 'comprehensive' PHC. Later verschuift de WHO echter steeds meer naar een meer 'selective' benadering (Mooij, 1990:8). Terwijl in de jaren zestig en zeventig de overheidsbudgetten voor gezondheidszorg in Derde-Wereldlanden snel toenamen, stagneert die groei steeds meer in de jaren tachtig; hetgeen versterkt werd door de uitgevoerde aanpassingsprogramma's. Bovendien gaven veel regeringen niet echt gevolg aan hun voornemen hun prioriteit in gezondheidszorg te verleggen van curatieve ziekenhuiszorg naar PHC (zie b.v. Wereldbank, 1987).

Al in het begin van de jaren tachtig lanceerde UNICEF dan ook een uitgesproken vertikale campagne voor PHC: GOBI, later uitgebreid tot GOBI-FFF (Growth monitoring, Oral rehydration, Breast feeding, Immunization, Family spacing, Food supplements, Female education), dat samen met het programma voor essentiële geneesmiddelen de hoeksteen vormt voor het in 1987 door UNICEF (te zamen met de Regional Commission for Africa en de WHO) gelanceerde Bamako Initiatief: "Women's and Children's Health through the funding and management of Essential Drugs at Community Level".

Hoewel sommigen constateren dat met het Bamako Initiatief (dat als centraal

instrument eigen bijdragen propageert) de doodsstreek voor PHC betekent voordat die werkelijk kans tot ontwikkeling heeft gekregen (Muller, 1989), blijken tegelijkertijd veel regeringen vermoeid door de grote problemen in de programma's en de opkomst van acute gezondheidsproblemen (AIDS, bevolkingsgroei). Chabot (1990) somt de stand van zaken als volgt op:

1. PHC heeft nog steeds verschillende betekenissen voor verschillende mensen in verschillende posities (b.v. in de medische en administratieve hiërarchie)
 - hoewel PHC gratis dienstverlening moet zijn, betekent schaarste in bij voorbeeld geneesmiddelen, dat mensen die zelf in de apotheek moeten aanschaffen
 - de Village Health Worker moet door de mensen zelf betaald worden, terwijl die minder mogelijkheden heeft (curatieve) zorg te verlenen dan artsen in de (gratis) staatsziekenhuizen.
2. PHC vormt een politiek instrument in de handen van regeringen om macht en controle uit te breiden, om te bezuinigen en om meer internationale hulp binnen te halen.
3. De snelle opeenvolging van strategieën van internationale organisaties vergroot de verwarring.

Door de algemene acceptatie van de noodzaak aanpassingsprogramma's uit te voeren, worden SAP's door de internationale organisaties beschouwd als paardemiddelen die helaas negatieve gevolgen hebben voor bepaalde groepen mensen. In veel Afrikaanse landen is de sterfte van kinderen onder vijf jaar oud niet verder gedaald of zelfs weer gestegen ten tijde van SAP's (Hansma en Peters, 1990:227). Het Bamako Initiatief moet dan ook worden gezien als een strategie die de ergste kantjes van de SAP's afknabbelt, maar de uitgangspunten ervan onaangetast laat.

Het Bamako-Initiatief gaat uit van de problemen met het mobiliseren van geld voor PHC. Armlastige overheden in de Derde Wereld en andere prioriteiten, maken PHC een strategie die vooral slechts in woord en geschrift wordt beleden. Zeker in afgelegen, arme gebieden op het Afrikaanse platteland is PHC vaak een onbereikbare luxe.

In 1987 kwamen de Afrikaanse Ministers van Volksgezondheid bijeen in Bamako, Mali, onder leiding van de WHO. In de resolutie wordt een plan gepresenteerd om PHC nieuw leven in te blazen. Geheel in de geest van SAP, draait het daarbij vooral om decentralisatie van de financiering van PHC. Door middel van systemen van cost sharing kunnen gemeenschappen toegang krijgen tot essentiële geneesmiddelen en PHC.

Het belangrijkste instrument in het Bamako Initiatief, eigen bijdragen, ontmoet tevens de grootste kritiek. Onderbouwd met de stelling dat eigen bijdragen zullen leiden tot afname van de (over)consumptie van geneesmiddelen en vergroting van het verantwoordelijkheidsgevoel van mensen, wordt beweerd dat mensen bereid zullen zijn eigen bijdragen te betalen als ze zien dat ze waar krijgen voor hun geld (Wereldbank, 1987).

Kritici werpen daar echter tegenin dat vooral de armsten een extra drempel zullen ontmoeten in de toegang tot gezondheidszorg en geneesmiddelen. Bovendien bestrijden zij de opvatting dat eigen bijdragen de consumptieve houding zullen doorbreken, immers de status van geneesmiddelen zal juist vergroten als ze duurder worden. Geneesmiddelen zullen dus de vraag vergroten, ongeacht de werkelijke nood van mensen (Kanji, 1989:113).

Overigens dreigt de samnhang tussen het beschikbaar zijn van noodzakelijke geneesmiddelen en eigen bijdragen te worden doorkruist door de aanstelling van de Japanner Nakajima als directeur van de WHO. Zijn innige banden met de farmaceutische industrie ondergraven het streven van veel landen hun importen van geneesmiddelen te beperken.

Chabot benadrukt dat het Bamako Initiatief een aantal belangrijke problemen laat liggen.

- In een aantal landen mag het Ministerie van gezondheid geen geld binnen halen. Het innen van eigen bijdragen (die moeten worden gebruikt voor de aanschaf van nieuwe voorraden) wordt daar gereguleerd door donoren. Daarmee verandert wel de organisatie en de financiering van de zorgverlening aan de basis, terwijl het nationale beleid niet wordt aangetast.

- De participatiedoelstelling wordt ondermijnd. Immers, niet langer ligt de nadruk op het bevorderen van het bewustzijn dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid en dat die slechts ten dele wordt bepaald door het afwezig zijn van ziekte; nu wordt van mensen geëist dat ze de diensten zelf gaan betalen.

- Uit onderzoeken bleek dat ongelijkheid toeneemt. Het verminderde aantal consultaties had geen betrekking op zogenaamde triviale problemen maar wordt vooral veroorzaakt door het afnemen van doktersbezoek door degenen die juist veel ziek zijn: kinderen, vrouwen, bejaarden (1990:216-217).

2.2.3 Conclusies: zwalkend beleid

Het door de internationale organisaties voorgestane beleid blijkt regelmatig te worden herzien. Waar eerst PHC de oplossing leek te zijn voor de ontwikkelingsproblemen van met name achtergestelde gebieden, werd het concept ondergraven door nieuwe verticale programma's.

Bij het analyseren van de problematiek en de daaruit geformuleerde oplossingen, lijken technische grootheden de belangrijkste leidraad. Bij toenemende gezondheidsproblemen worden aloude technische oplossingen uit de kast gehaald en in een nieuw jasje gestoken.

De problemen rond de invoering van PHC zijn groot. En dat terwijl nog niet eens duidelijk is hoe PHC er nu werkelijk uit zou moeten zien. De voorstanders van 'comprehensive' PHC betogen dat PHC gestalte moet krijgen door ontwikkeling aan de basis, en dat de overheid alleen ruimte zou moeten scheppen voor initiatieven van mensen en gemeenschappen. De 'selective' school vermijdt die politieke angel door te benadrukken dat 'comprehensive' PHC duur is en zeer veel technische problemen oplevert. Overheden in de Derde Wereld zien PHC veelal als een mogelijkheid de staat naar de mensen te brengen, in plaats van het meer ruimte geven aan mensen om te beschikken over hun eigen ontwikkeling.

2.3 Conclusies: privatisering

De economische crisis in Afrika en de gevolgde aanpassingsstrategie, heeft een zware wissel getrokken op de bevolking van Afrika, met name de armsten. Het lijkt erop dat sinds de dekolonisatie van het continent analyse na analyse heeft geleid tot een snelle opeenvolging van concepten voor de ontwikkeling van Afrika. De analyses missen echter meestal een diepgaand historisch inzicht, waardoor problemen worden gereduceerd tot interne aangelegenheden van de betrokken landen. Hoogstens worden lippendiensten bewezen aan de verantwoordelijkheid van leiders in de internationale gemeenschap om te komen tot een meer rechtvaardige wereldeconomie.

Het achterwege laten van een diepgaande historische analyse leidt er in het algemeen toe dat problemen slechts geïnventariseerd worden: te hoge bevolkingsgroei; te weinig export- en voedselproductie; te hoge kindersterfte; teveel ambtenaren; enzovoorts. Hoe die problemen samenhangen en hoe ze elkaar versterken, wordt meestal niet geanalyseerd. Zo neemt de kindersterfte in Afrika weer toe. Het is eenvoudig dit te wijten aan de bezuinigin-

gen in de gezondheidszorg en daar vervolgens wat meer geld in te pompen. Dat de werkelijke oorzaak van de verhoogde sterfte samenhangt met het (tot absolute noodzaak uitgeroepen) beleid om meer exportgewassen te verbouwen, is overduidelijk, maar niet opportuun om in de internationale arena te benadrukken. Meer geld voor (vertikale) projecten is een eenvoudigere, politiek minder gevoelige oplossing dan het ter discussie stellen van de SAP's en de economische wereldorde. Dan maar doekjes voor het bloeden.

Dat het slechts moeizaam van de grond komen van PHC samenhangt met allerlei verborgen politieke agenda's die het vertrouwen ondermijnen in de opgezette programma's, is geen zorg voor bij voorbeeld UNICEF. UNICEF constateert dat PHC kostbaar is en weinig (meetbare, spectaculaire) resultaten oplevert, en adviseert daarom verticale programma's uit te voeren en eigen bijdragen in te voeren omdat mensen wel bereid zouden zijn om te betalen als ze waar voor hun geld krijgen. Dat PHC zo zal worden weggeconcurrereerd door de privé-sector is hoogstens een probleem dat op een volgende conferentie zal worden aangepakt. Natuurlijk is de achteruitgang van de gezondheidstoestand van mensen in Afrika een alarmerend gegeven. Het is echter een bedenkelijke tendens dat voortdurend nieuwe programma's worden opgestart die dat moeten ondervangen. De GOBI-FFF strategie is universeel en vertikaal, en daarom in strijd met het 'comprehensive' PHC-concept. Natuurlijk zijn vaccinaties e.d. noodzakelijk om bij te dragen aan het bestrijden van vermijdbare ziekten. Echter, door het eenzijdige accent dat UNICEF legt op verticale campagnes ondergraaft UNICEF de pogingen gezondheidszorg te verankeren in bredere maatschappelijke veranderingsprocessen.

Ook het Bamako Initiatief lijkt een verborgen politieke agenda te bevatten. Het plan gaat uit van de problemen met de financiering van PHC. Daarachter zit de gedachte dat overheden in Afrika niet in staat zijn effectief middelen te redistribueren. De staat is niet in staat voldoende belastingen te heffen, en legt bij haar uitgaven ook nog de verkeerde prioriteiten. In die gedachte past het idee dat als de staat niet voor de mensen zorgt, de mensen dat dan zelf moeten gaan doen. Echter, dat de problemen wel eens zouden kunnen samenhangen met de armoede van de overheid en de armoede van haar bevolking, wordt in het Bamako-Initiatief genegeerd.

Hoewel het Bamako-Initiatief werd gepresenteerd in a-politieke termen en de bereidheid van mensen te betalen voor diensten benadrukte, evenals de noodzaak consumptie af te remmen en de verantwoordelijkheid van mensen te vergroten, dreigt 'Bamako' de ongelijkheid in toegang tot zorg te vergroten, de status van medicijnen op te voeren, en PHC in directe concurrentie te brengen met private zorg. Dat doen in een tijd dat PHC nog niet eens een werkelijke kans heeft gekregen zich te ontwikkelen, zou voor veel PHC projecten de doodssteek kunnen betekenen. Waarmee bewezen wordt dat "mensen de private sector prefereren boven staatszorg, omdat de privé-sector beter werkt". Q.e.d, want daar was het allemaal om begonnen: SAP's als een project om Afrika te hervormen tot een efficiënte grondstoffenleverancier en tot een veelbelovende markt voor Westerse produkten. Het gezondheidszorgbeleid lijkt daarop naadloos aan te sluiten.

HOOFDSTUK III: DE GHANESE ECONOMIE EN OVERHEIDSGEZONDHEIDSZORG: VAN KOLONIALISME TOT BAMAKO

3.0 Inleiding

Sinds 1983 voert de Ghanese overheid een Structureel Aanpassingsprogramma uit. Dit Aanpassingsprogramma, het Economic Recovery Program (ERP) heeft als doel de Ghanese economie weer uit het slop te halen. De introductie van het ERP volgde op een aantal jaren waarin de sinds onafhankelijkheid (1957) ingezette economische teloorgang escaleerde door ecologische en sociale rampen.

Voor het begrijpen van de economische crisis in Ghana en de problemen in de gezondheidszorg, is een korte duik nodig in de geschiedenis van Ghana. Die geschiedenis wordt gekenmerkt door een zware koloniale erfenis die diepe sporen naliet in de economische structuur van Ghana en in de organisatie van de gezondheidszorg.

Dit derde hoofdstuk bevat een korte samenvatting van de geschiedenis, vooral van de ontwikkeling van de Ghanese gezondheidszorg. Die geschiedenis kan worden ingedeeld in vier fasen:

- de pre-koloniale periode en de vroege koloniale tijd
- de periode van Britse overheersing (1874-1957)
- de eerste fase na onafhankelijkheid: introductie van het PHC-concept (1957-1983)
- de jaren sinds 1983, waarin het ERP wordt uitgevoerd.

De vier fasen onderscheiden zich door verschillen in ideologie over de wijze waarop de gezondheid van de bevolking het beste kan worden gediend, en de prioriteit die dat geniet. Ideologie en prioriteit hangen sterk samen met de vigerende economische doelstellingen en omstandigheden. Met name sinds onafhankelijkheid is er een opvallende verschuiving waar te nemen in de uitgangspunten voor het volksgezondheidsbeleid: van gezondheidszorg die gratis beschikbaar moet zijn voor iedereen, naar een gezondheidszorg als economisch goed, dat zich niet kan onttrekken aan gangbare economische wetten.

Hier wordt Ghana gevolgd in haar economische ontwikkeling en beleid en de gevolgen daarvan voor de volksgezondheid en de wijze waarop de overheid die probeert te dienen, in de verschillende fasen.

Overigens dient te worden opgemerkt dat vrijwel geen aandacht wordt besteed aan de NGOs die zich met de gezondheidszorg bemoeien. Hoewel die NGOs, en met name de missie zich nadrukkelijk manifesteren in de Ghanese gezondheidszorg, valt die bemoeienis buiten het bereik van deze scriptie, en zal er slechts een enkele keer naar verwezen worden.

3.1 De Ashanti: beroepsgroepen

Het is te simpel de vroege Ghanese geschiedenis te reduceren tot een beschouwing over de Ashanti. Feitelijk beleefde het Ashanti-koninkrijk pas in de 18e en 19e eeuw haar bloeitijd. Het koninkrijk was rond 1750 ontstaan uit een samensmelting van verschillende Akan-stammen (Novib, 1983:4). In de eeuwen daarvoor wisselden machtige koninkrijken elkaar af. De opkomst van het Ashanti-koninkrijk hing echter nauw samen met de handel met de vroege koloniale machten -vooral de Hollanders- die uit waren op het vergaren van goud en hout (de Portugezen) en slaven (de Hollanders vanaf 1600). De handelsmachten kochten produkten en slaven van de Ashanti, waardoor het koninkrijk steeds machtiger kon worden.

Tussen 1600 en 1800 werden naar schatting 10 miljoen mensen gevangelijk

uit West Afrika weggevoerd (idem). Velen kwamen om het leven tijdens het transport naar de Amerika's, hoewel talloze gevangenen al omkwamen tijdens hun gevangenschap in erbarmelijke omstandigheden in de slavenforten aan de kust waar zij wachtten op transport. Ook de Europese handelsdienaren stierven er bij bosjes: Ghana als "white man's grave".

De handelsmachten lieten zich nauwelijks in met het binnenlands bestuur. Het koninkrijk der Ashanti kon zich dan ook ontwikkelen zonder onderworpen te worden aan de Europeanen. Opvallend is dat ook de gezondheidszorg toen een zekere ontwikkeling kende. Religieuze genezers en kruidendokters ondersteunden het beleid van de koning om ziekten te voorkomen door hygiënische maatregelen. De genezers genoten in die periode veel aanzien en vormden zelfs georganiseerde beroepsgroepen (Warren, 1986:75).

Ook tegenwoordig vervullen de zogenaamde traditionele genezers nog steeds een belangrijke rol in de samenleving. Bij klachten van diverse aard hebben mensen de keuze allopatische artsen te benaderen of te gaan naar traditionele vroedvrouwen, bone-setters, herbalisten, diviners (een soort spirituele genezer). In vergelijking met de gangbare, Westerse opvatting over ziekte en gezondheid, heeft ziekte in de traditionele opvatting van veel Ghanese stammen te maken met verstoringen van de sociale en kosmische orde (Fink, 1984:11). Verstoorde relaties in de familie, het ingrijpen van voorvaderen, het uitspreken van vloeken, alle passen in een wereldbeeld dat omvattend is en niet kan worden gereduceerd tot het functioneren van relatief zelfstandige organen in het lichaam. Zeker bij chronische, moeilijk te genezen klachten, vervullen traditionele genezers een belangrijke rol.

3.2 De Engelsen: wingewest

Vanaf 1810 streven de Britten naar onderwerping van de volken in Ghana, met name de Ashanti, om het binnenlands bestuur over te nemen. Na felle gevechten wordt Ghana in 1872 uitgeroepen tot Brits protectoraat (Novib, 1983:4)

Aangezien de Britse kroon al in 1807 de slavernij afschafte, richtten de Britten zich niet langer op de export van arbeidskrachten uit Ghana. Ghana wordt een wingewest voor agrarische producten en in mindere mate delfstoffen. Vooral voor cacao blijkt Ghana een uitstekende voedingsbodem. Na de introductie van cacao in 1879, maakten de Britten Ghana al snel tot de grootste cacao-producent ter wereld: in 1937 wordt in 43% van de wereldbehoefte aan cacao voorzien door de Britse kolonie (idem:5). De nadruk op het handelsgewas bracht de voedselproductie in het nauw. In een rapport uit 1911 wordt melding gemaakt van ernstige hongersnood in verschillende delen van het land door verwaarlozing van de voedselproductie. In datzelfde jaar groeide de export van cacao overigens nog steeds (Van den Borne en Koolhoven, 1984:6-7).

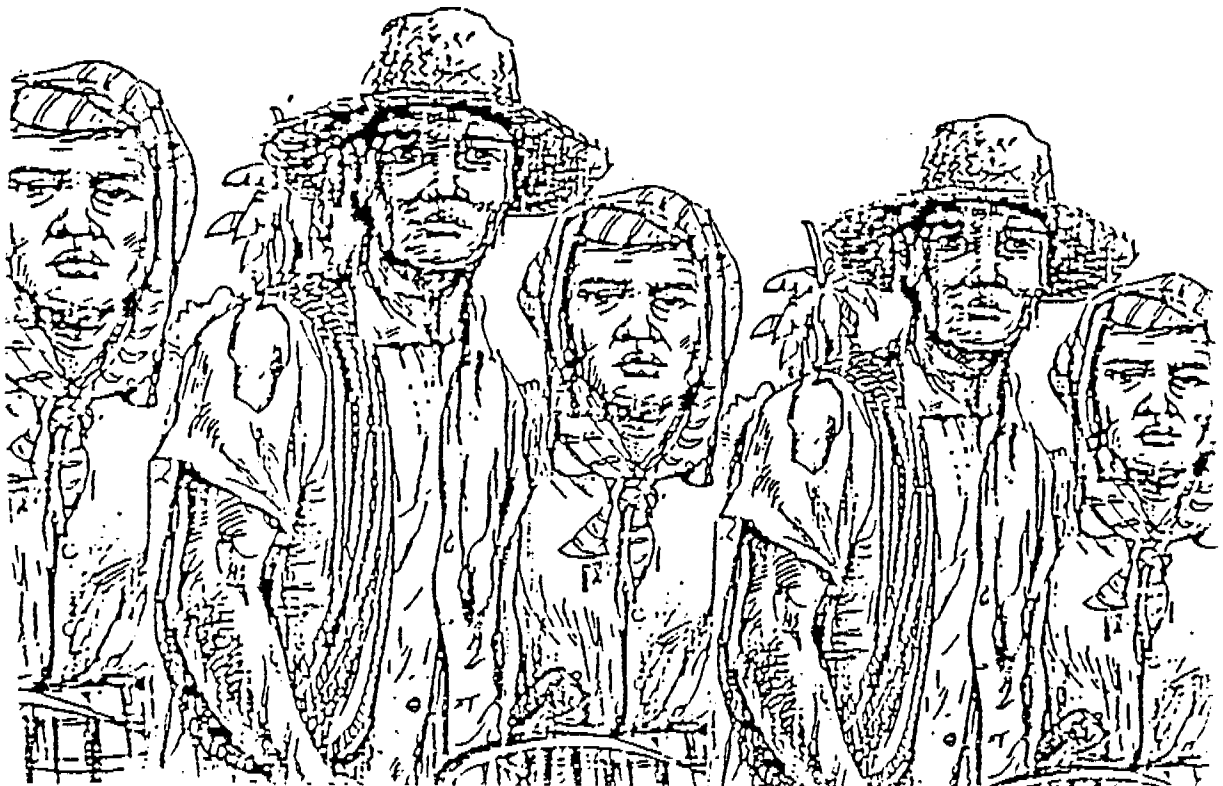
Niet alleen ondermijnden de koloniale bestuurders door hun politiek de gezondheid van de Ghanesezen, ook de gezondheidszorg lieten zij niet ongemoeid. In de eerste plaats ontkenden de Britten de rechten van de traditionele genezers. Een wet uit 1878 bepaalde dat dat de gezondheidszorg op Westerse leest moest worden geschoeid. Met instemming van vele missionarissen, werd de traditionele geneeskunst, die stoelde op een animistisch wereldbeeld, onderdrukt en konden traditionele genezers nog slechts in het geheim werken. In de meer afgelegen gebieden blijven zij echter lange tijd de enigen waarbij mensen terecht kunnen met gezondheidsproblemen (Warren, 1986:75-76).

In de tweede plaats gaven de Britten een aanzet tot het opzetten van een Westers gezondheidszorgsysteem. Dat systeem bleef echter voorbehouden aan de koloniale dienaren; hoogstens 0,02% van de autochtone bevolking had in de jaren 1920 toegang tot Westers geschoolde artsen en ziekenhuizen. Wel verbeterde de gezondheidssituatie van de Ghanesezen door de aanleg van drinkwa-

terleidingen in de grote steden (Van den Borne en Koolhoven, 1944:8, Anyinam, 1989:532). Langzaam groeit het aantal instellingen en steeds meer Ghanezen krijgen toegang tot Britse artsen. Ook een aantal Ghanezen werd in Engeland opgeleid tot arts. De koloniale overheid was daarmee overigens uiters terughoudend omdat men wilde voorkomen dat Ghanezen de blanke heersers en hun familie zouden gaan verzorgen.

De Britse erfenis is een klassiek voorbeeld van de ontwrichting die de koloniale machten in de -tegenwoordige- Derde Wereld te weeg brachten. De ontwikkeling van de gezondheidszorgstructuur weerspiegelde de interesses van de Britten in Ghana als wingewest. Het zuiden van het land genoot de aandacht van de Britten die er spoorwegen aanlegden en havens verbeterden. Het noorden van het land, de droge savanne, werd verwaarloosd. Al in 1928 zijn er weliswaar 39 ziekenhuizen in Ghana, 34 daarvan waren echter in het zuiden van het land gelokaliseerd; waar ook de cacao groeide en waar de mijnbouwgebieden en havens lagen. Het platteland, en vooral het noorden, bleef nagenoeg verstoken van Westerse gezondheidszorg. De immense taak van het aanbieden van Westerse zorg aan het uitgestrekte, dunbevolkte noorden, werd overgelaten aan de missionaire beweging. In 1953 is er nog niets veranderd: 90% van de ziekenhuibedden staat in het zuiden waar één bed op 478 inwoners beschikbaar was. In het noorden was de situatie dramatisch: één bed voor elke 35.000 mensen (Anyinam, 1989:532).

Voor het Britse bestuur betekende een gezondheidszorgbeleid het verbreiden van de Westerse, curatieve geneeskunst en aandacht voor hygiënische omstandigheden. Het beleid concentreerde zich op de steden in het zuiden, waar het economisch zwaartepunt van het land ligt.



3.3 1957-1983: Onafhankelijkheid en stagnatie; een aanzet tot PHC

Nadat Kwame Nkrumah was gekozen tot de eerste president (1960-'66) van de republiek Ghana, onderkende zijn regering de noodzaak tot het versterken van de gezondheidszorg. Velen in Ghana hadden geen toegang tot Westerse geneeskunde en de gemiddelde leeftijd was in die periode slechts 40 jaar (Anyinam, 1989:537). De opvatting van waaruit het beleid werd ontworpen was dat gezondheid feitelijk een mensenrecht is en voor iedereen bereikbaar hoort te zijn.

Groei van het aanbod

Artsen, tandartsen en specialisten in overheidsdienst kregen een vast inkomen. Het vestigen van privé-klinieken werd verboden. Binnen tien jaar werden 49 gezondheidscentra gevestigd op het platteland en het aantal ziekenhuizen steeg van 65 in 1957 naar 190 in 1981 (Van den Borne en Koolhoven, 1984:10). Vooral in de eerste jaren na de onafhankelijkheid realiseerde de Ghanese overheid een spectaculaire groei van het aanbod van de gezondheidszorg (zie tabel 1). Overigens moet daarbij worden opgemerkt dat veel van de opgeleiden naar het buitenland vertrokken.

Tabel 1
Groei van de gezondheidszorg na onafhankelijkheid (1957-'63)

	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963
Gez.centra	10	12	16	22	27	33	41
Personeel							
-artsen	330	342	346	586	726	879	904
-tandartsen	18	14	17	17	22	29	36
-vroedvrouw	616	691	789	900	1008	1104	1235
-verpleegk.	800	986	1627	1848	2023	2191	2366
-apothekers	312	311	326	298	329	342	355

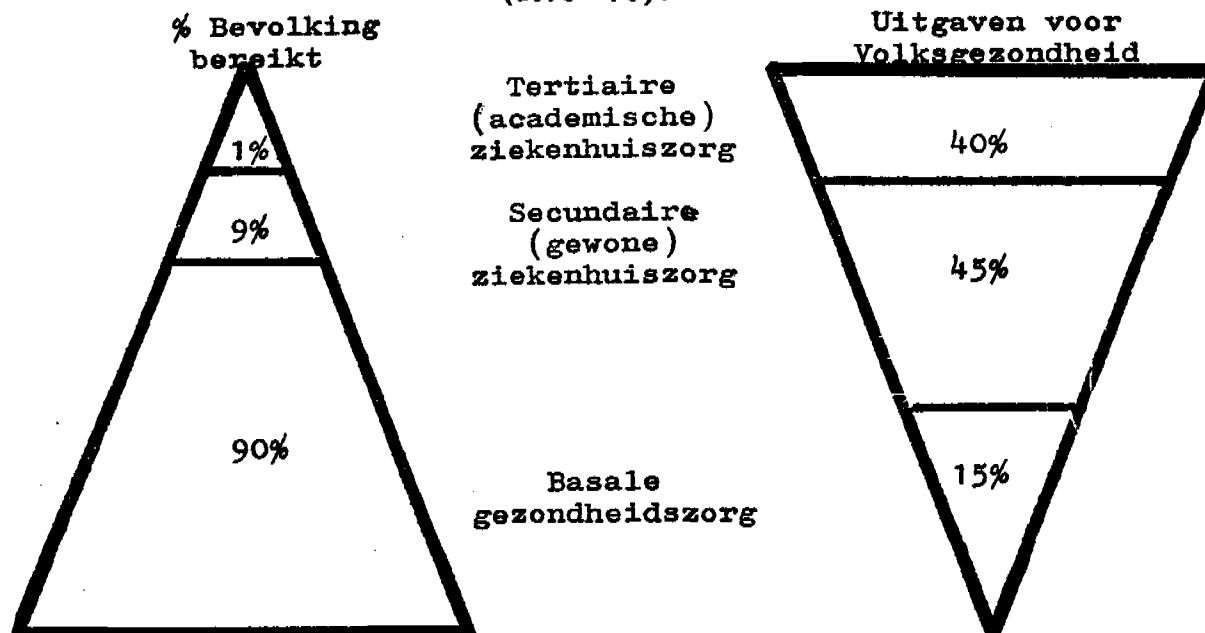
Bron: Senah, 1989:249

De koloniale ongelijkheid tussen stad en platteland bleef echter grotendeels gehandhaafd en de nadruk bleef sterk gericht op het curatieve, Westerse model. In 1975-'76 werd 85% van het budget voor de gezondheidszorg besteed aan curatieve, intramurale zorg. 40% van het totale budget werd zelfs opgeslokt door het enige academische ziekenhuis: het Korle Bu in Accra dat slechts 100.000 mensen bereikt (zie figuur 1). Ghana telde in 1982 naar schatting 12 miljoen inwoners.

Traditionele sector

Nkrumah streefde wel naar rehabilitatie van de traditionele sector door het oprichten van de Ghana Psychic and Traditional Healers Association (GPTHA) en de instelling van een onderzoekscentrum voor kruidengeneeswijzen (Anyinam, 1989:534). Die politiek werd ingegeven doordat Nkrumah ernaar streefde de eigen tradities te herwaarderen en te benadrukken dat de Afrikaanse geneeskunst geen achterlijke culturele traditie was, maar een wezenlijk onderdeel van het Afrikaanse erfgoed. Nkrumah's streven had ongetwijfeld ook een belangrijke economische reden. In 1965 werkte 82% van de artsen in de steden waar ze minder dan 20% van de bevolking bereikten. In de steden was één arts beschikbaar voor elke 6000 inwoners. Op het platteland was er per 100.000 inwoners slechts één dokter beschikbaar.

Figuur 1
Verdeling van het budget voor de volksgezondheid
in vergelijking tot het aantal mensen dat ervan profiteert
(1975-'76).



Bron: Van der Horst, 1984:21

Het rehabiliteren van de traditionele sector, bood de mogelijkheid op een voor de overheid goedkope manier (traditionele genezers berekenen hun kosten door aan de patiënt) de curatieve zorg op het platteland uit te breiden. Daarmee werd een poging gedaan de noodzaak te omzeilen tot werkelijke budgettaire verschuivingen: van het gezondheidszorgbudget was 85% nodig om de curatieve zorg in de steden te handhaven voor 30% van de bevolking.

PHC

Naast het rehabiliteren van de traditionele sector, werd de gezondheidszorg op het platteland gestimuleerd door onder meer het Primary Health Training for Indigenous Healers Project; onderdeel van de in 1978 geadopteerde Primary Health Care strategie. Ook een groot aantal traditionele vroedvrouwen werd opgeleid in de beginselen van de allopatische geneeskunst. (Warren, 1986:80-81). Door het adopteren van een PHC-concept leek de overheid een instrument in handen te krijgen om de grote gezondheidsproblemen op het platteland aan te pakken, zonder het kostbare en omvangrijke systeem van artsen en ziekenhuizen uit te breiden, dat bovendien niet is toegesneden op het aanpakken van sociale oorzaken van gezondheidsproblemen; zoals ondervoeding en slechte sanitaire- en drinkwatervoorzieningen. Artsen zijn vooral curatief ingesteld, terwijl de grote sprong voorwaarts alleen door preventie kon worden bereikt.

In het Ghanese PHC-concept wordt een aanpak van de basis-gezondheidszorg gepropageerd, waarin voorop staat de toegankelijkheid van de zorg en de nadruk op gemeenschapsniveau. (Social Science and Medicine, 1981:397-404).

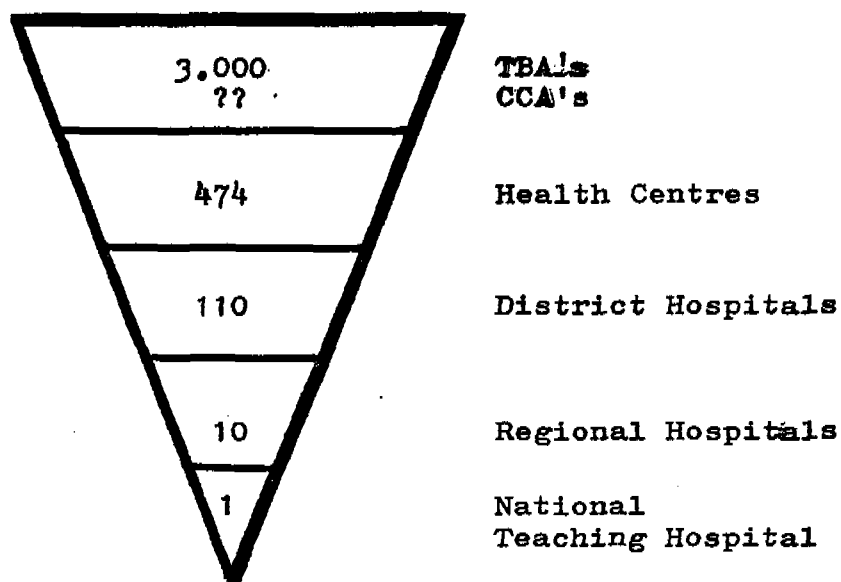
Daarmee lijkt een keerpunt in het Ghanese beleid te worden bereikt. De overheid zorgde voor het uitbreiden van het aantal gezondheidsposten op het platteland (tussen 1976 en '81 van 118 naar 230). Berekend werd dat vooral een groot aantal dorpsgezondheidswerkers (Village Health Workers: VHWs) moest worden opgeleid: in elk dorp met meer dan 200 inwoners moest een VHW komen. De VHW vormt in de trapsgewijze opbouw van de gezondheidszorg, het onderste

niveau: level A. De gedachte was dat door het opleiden van mensen uit de gemeenschap en hen het beheer geven over een klein aantal essentiële geneesmiddelen, gezondheidszorg tot op gemeenschapsniveau kon doordringen. Op betrekkelijk goedkope wijze moesten zo dorpen worden betrokken bij de gezondheidszorg, waarbij de VHW eerste-hulp kon verlenen en werd geacht aandacht aan preventieve activiteiten te besteden. Ondanks dat talloze VHWs werden opgeleid (met cursussen van meestal slechts enkele weken) bleek dit onderdeel van de Ghanese PHC-aanpak een een lang verzwegen mislukking te worden (zie verder).

Level B moest een netwerk worden van klinieken en gezondheidsposten op het platteland. 80% van de bevolking, zo was de doelstelling, zou binnen acht kilometer van het dorp toegang tot Level B krijgen. De posten en klinieken verrichten medische handelingen (vroedvrouwen, verpleegkundigen, gezondheidsinspecteur), maar kennen geen arts in hun gelederen. Ook moesten vanuit Level B trainingen worden verzorgd voor de VHW en traditionele vroedvrouwen in de dorpen, en regelmatig bezoeken worden afgelegd in de dorpen voor preventieve activiteiten (voorlichting, inentingen).

Binnen elk District werden District Health Management Teams (DHMT) opgezet. Het DHMT (met het districtsziekenhuis Level C genoemd) bestaat meestal uit minimaal een districtarts, -verpleegkundige, gezondheidsinspecteur, leprabestijdingsambtenaar en een Medical Field Unit (o.m. belast met massavaccinaties in streken die niet door een Level B worden bereikt). In samenwerking met het districtsziekenhuis voert het DHMT het management over de districtsgesondheidszorg (Meima en Wubbe, 1984:47-49). Overigens is er veel verschil tussen regio's in de mate waarin DHMT's eigen beleid kunnen maken of gestuurd worden door de regionale ministeries. De samenhang tussen de verschillende niveau's van de Ghanese gezondheidszorg kan worden samengevat met figuur 2.

Figuur 2
Organisatie van de Ghanese gezondheidszorg



Crisis: stagnatie in het PHC beleid

In deze eerste periode na de onafhankelijkheid, gaat het politiek en econo-

misch gestaag bergafwaarts met Ghana. Nadat Nkrumah in 1966 werd afgezet door een staatsgreep, volgde een periode van politieke instabiliteit die pas op 31 december 1981 werd afgesloten met de (tweede) coup van luchtmacht-luitenant Jerry Rawlings, die nog steeds (1991) in het zadel zit. In de tussenliggende periode kende Ghana acht machtswisselingen; militaire- en burgerregeringen volgden elkaar op. De regering die werd afgezet door Rawlings, voerde een open-markt politiek. Met steun van Wereldbank en IMF was het beleid gericht op vrije importen terwijl de binnenlandse produktie snel ineen stortte. Vanwege de snel oplopende buitenlandse schuld en pogingen van de regering het voor investeerders aantrekkelijk te maken naar Ghana te komen, beschuldigden tegenstanders de regering van uitverkoop van Ghana (Novib, 1983:10).

De politieke instabiliteit ging gepaard met het afbrokkelen van Ghana's positie als grootste producent van cacao. Tussen 1960 en 1983 daalde de officiële export van 450.000 ton per jaar via gemiddeld 250.000 ton tussen 1978 en '82, naar 158.000 ton in 1983 (EIU, 1990-91:19). Overigens was 1983 een rampjaar voor Ghana. Grote droogte en catastrofale bosbranden teisterden het land. De dalende cacaoexport wordt verklaard uit: lage producentenprijzen (een groot staatsapparaat controleerde de produktie en roomde een deel van de opbrengst af); het verouderen van de bomen; ziekten in het gewas; slechte weersomstandigheden; smokkel naar buurlanden (EIU 1990-91:19).

Het was een tijd waarin de economie kromp. Het BNP slonk tussen 1973 en '83 gemiddeld met jaarlijks 1,3%. De koopkracht van de bevolking kelderde navenant: tussen 1975 en '83 moesten de Ghanezen gemiddeld 83% van hun koopkracht inleveren. Alleen binnen de overheid kon werkgelegenheid worden gecreëerd. Voor de overheid betekende het wegvallen van de inkomsten dat de ruimte werd beperkt om beleid te voeren.

Uit tabel 2 blijkt dat in de eerste jaren na het formuleren van de PHC-strategie, het budget voor gezondheidszorg dan ook dramatisch daalt (idem:13-14,17)

Tabel 2
Overheidsbestedingen in de gezondheidszorg 1978-1983

Jaar	MoH uitgaven (reëel)	Gezondheidszorg % totale overheidsuitgaven	Uitgaven gezondheidszorg per capita (reëel)
1978	670,8	8,8	63,6
1979	417,7	8,7	38,6
1980	429,9	6,8	38,7
1981	231,6	5,8	20,3
1982	183,4	6,0	15,7
1983	99,4	4,4	8,3

Reële uitgaven berekend naar Cedis 1980 (=100)

Bron: Waddington and Enyimayew, 1989:3

Het is niet verwonderlijk dat in deze periode de gezondheidssituatie van de Ghanese bevolking achteruit gaat. Terwijl de export-inkomsten daalden en de regens uitbleven, stegen de prijzen terwijl de schaarste aan de meeste produkten toenam. Met een inflatie van 116% in 1983 (EIU 1990-91:18), toenemende werkloosheid (in 1983 stuurde Nigeria bijna 2 miljoen Ghanezen

naar huis) en de isolatie van Ghana ten opzichte van het rijke Westen (Rawlings flirtte met name met Ghadaffi, Castro en Brezjnev), werd een zware wissel getrokken op de Ghanese bevolking. Anyinam (1989:536-537) stelt dat de calorie-inname van 101% van de behoefte in 1974 daalde tot 86% in 1983. Meer dan 60% van de mensen op het platteland en rond 50% van de stedelijke bevolking, leefde onder de armoedegrens.

Een samenhangend PHC-beleid kon onder deze omstandigheden natuurlijk niet van de grond komen. Het grootste deel van het gezondheidszorgpersoneel was opgeleid in curatieve geneeskunst en een steeds groter deel van het slinkende budget ging op aan de grote ziekenhuizen, die desondanks hard in verval raakten. Veel gezondheidswerkers raakten gefrustreerd door gebrek aan faciliteiten in de ziekenhuizen en de lage lonen en verlieten het land (zie ook kader: De dokter handelt in mais). Net als in de tijd van de slavenhandel, exporteert Ghana haar beste mensen. Tussen 1981 en 'april '84 vertrok 50% van de artsen en 8,5% van de verpleegkundigen verliet het land alleen al in 1982 (Unicef, 1988:101)

Ghana stond aan de rand van een faillissement. De economische structuur was nog steeds gebaseerd op de Britse erfenis. Rawlings voerde een 'socialistische' politiek waarbij zijn regering de importen aan banden legde. Aanvankelijk weigerde hij te buigen voor de eisen van IMF en Wereldbank om de Cedi te devalueren en de economie te liberaliseren (Novib, 1983:13). Gebrek aan investeringen en het verder instorten van de cacao-productie waren het resultaat. Het leidde tot verdere groei van de bureaucratie, staatsbedrijven opereerden onder hun productiecapaciteit. De officiële koers van de cedi bleek een lachertje op de zwarte markt.

De dokter handelt in mais

Ook nu nog klagen ambtenaren over lage lonen en slechte secundaire arbeidsomstandigheden. Toch vlucht niet iedereen weg naar het buitenland of de private sector. Velen blijven en proberen te overleven met hun kleine salaris. Vaak proberen mensen hun inkomen aan te vullen met allerlei activiteiten. Een cacao-onderzoeker die 's morgens vroeg moet opstaan om zijn varkens te voeren en 's avonds bezig is zeep te maken. Hij vertelde dat hij nauwelijks meer toekwam aan het maken van publicaties over zijn onderzoek. En de dokter die op de veranda van zijn huis tien zakken mais heeft opgeslagen. Hij heeft ze gekocht na de kleine oogst, in het voorjaar. Nu, in november, voor de grote oogst is de prijs hoog genoeg om ze te verkopen aan marktvrouwen.

De Ghanese overheid is te weinig in staat haar intellectuelen te koesteren. En als de overheid niet voor ze zorgt, doe ze het wel zelf.

Nkrumah's uitgangspunt dat gezondheid feitelijk een mensenrecht is en de doelstelling iedereen te voorzien van toegankelijke, gratis zorg, bleek steeds meer onhaalbaar. Zijn mooie idealen werden gekeerd door de weerbarstige werkelijkheid.

In het begin van de jaren tachtig werden ziekenhuizen van de overheid 'sterfhuizen' genoemd. Er was gebrek aan alles. Patiënten moesten voor een behandeling zelf zorgen voor operatiemiddelen en medicijnen. De omstandigheden in de plattelandsklinieken en posten was meestal nog slechter. Het tekort aan middelen van het MoH en de slechte bereikbaarheid van de plattelandsklinieken, leidde tot een voortdurend tekort aan noodzakelijke voorraden. Tussen 1979 en '83 daalde het aantal bezoeken aan ziekenhuizen en klinieken met eenderde (Waddington and Enyimayew, 1989:2).

De economische crisis verlamde elke mogelijkheid tot opbouw van het

land. Ghana was rijp voor een knieval voor de vette worst van Westerse leningen. In 1983 wendde de regering zich tot het IMF om een Structureel Aanpassingsprogramma op te stellen.

3.4 De jaren van Structurele Aanpassing: bouwstenen voor Bamako

3.4.0 Inleiding

Sommigen zullen het Aanpassingsprogramma zien als een frisse wind die hoognodig was om de vastgelopen Ghanese economie weer op gang te brengen. Voor anderen betekent SAP een verwoestende wervelstorm die veel te veel slachtoffers maakt. Feit is dat in 1983 het roer omging. Het economisch beleid werd omgebogen van een naar binnen gerichte politiek om de betalingsbalans te redden, naar een open-markt politiek en afslanking van de overheid. Eveneens met het doel Ghana's betalingsbalans gezond te maken, en te houden.

In deze paragraaf komt eerst het Aanpassingsprogramma (het ERP) aan de orde, en de trends in de gezondheidsindicatoren van het Ghanese volk. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de ingrijpende veranderingen die zich in de gezondheidszorg voltrekken.

3.4.1 Economie en welvaart onder het ERP

In 1988 wordt de Ghanese crisis van het begin van de jaren tachtig door het IMF in de volgende bewoordingen samengevat: "An example of prolonged economic deterioration prior to adoption of the program (het ERP, me) is provided by Ghana, where, between 1970 and 1982 real export earnings fell by more than half, import volume by one third, the rate of domestic investment by 10 percentage points, and real per capita gross domestic product (GDP) by 30%". Het waren zware jaren voor de armen, zo vervolgt het IMF: "severe import restrictions were used to limit the adverse balance of payments impact of the misaligned official exchange rate and of an inadequate producer price for the dominant export crop. Such policy created distortions in production and allocation, contributed to the growth of illicit transactions, and restrained investment, output growth, and employment, thereby hurting poverty groups in general and the rural poor in particular" (IMF, 1988:6, mijn onderstreping, me).

De redenering van het IMF is dat de Ghanese economische crisis en de toenemende armoede werden veroorzaakt doordat de regering de snel verslechterende betalingsbalans wilde stabiliseren met kunstgrepen en inperking van economische vrijheden. En impliciet lezen we daar ook de filosofie die Ghana uit haar faillissement en haar bevolking van de armoede moet redden: aanpassing aan de wereldeconomie door liberalisatie van de binnenlandse economie. De overheid moet zich opstellen als promotor van het particulier initiatief en zich in het verschaffen van diensten meer gaan gedragen als een bedrijf. Aldus geschiedde.

Het ERP: grote hervormingen

Met forse financiële steun van het IMF en de Wereldbank gaat het ERP in 1983 van start. Doelstelling van het ERP was om de economische groei weer op gang te brengen en Ghana weer kredietwaardig te maken en in staat te stellen de aangegane schulden af te lossen. In de eerste plaats werden maatregelen ingevoerd om de inflatie te beteugelen en het handelsverkeer met het buitenland weer op gang te brengen. De eerste fase van het ERP, tot 1986, was gericht op een strakke monetaire politiek, het opheffen van de invoerbeperkingen, het stimuleren van de voedsel- en exportproductie, bezuinigingen op subsidies en het verbeteren van de distributie van goederen en diensten. De tweede fase, 1986-88 (feitelijk is die fase nog steeds aan de gang), richt

zich met name op verdere bezuinigingen in het overheidsapparaat (er vielen onder meer rond 80.000 ontslagen), het opvoeren van de efficiëntie van de staatsbedrijven c.q. privatisering, en de hervorming van verschillende overheidssectoren (o.a. gezondheidszorg) (Anyinam, 1989:538).

Ondanks dat het ERP zwaar afhankelijk blijft van buitenlandse steun, oogsten de economische resultaten zeer veel waardering. De inflatie daalde van 122% in 1983 naar 37% in 1989, onder meer door het gedaalde overheidstekort; de cacao-productie nam met ruim eenderde toe (waarbij aangetekend dat een deel daarvan op het conto van de afgenomen smokkel komt); de export van hout steeg tussen 1982 en '87 van \$12 miljoen naar \$80 miljoen; ook de industriële sector verhoogde de output. Het Bruto Nationaal Produkt per hoofd van de bevolking, groeide tussen 1985 en '87 met gemiddeld 2.2% (EIU, 1990-91:14).

Er lijkt zich in Ghana een economisch wonder te voltrekken. Het is interessant iets beter kijken naar Ghana's belangrijkste exportsector: de cacao.

Tabel 3
Cacaoprijzen en -output

	1983/84	1984/85	1985/86	1986/87	1987/88	1988/89
Producenten prijs (Cedis/Ton)	20.000	30.000	56.600	85.000	150.000	165.000
(Dollars/Ton)*	5.798	849	1.047	952	976	815
Prijs in Londen (Cedis/Ton)**	23.292	98.952	137.860	204.157	349.820	413.319
Productie (X 1000 Ton)	158	167	194	226	233	288
Export (X 1000 Ton)	156	161	193	203	155	270

* Berekend naar de gemiddelde wisselkoers voor het jaar waarin de oogst begint

** In het jaar waarin de oogst begint

Bron: Economic Intelligence Unit, 1990-91:19

Uit tabel 3 blijkt een duidelijke stijging van de productie, maar ook van de prijzen voor producenten. Overigens is het seizoen 1983-84 een richtjaar dat nog zwaar beïnvloed werd door de bosbranden van 1983, toen 60.000 ha cacaobomen in vlammen opging. De Wereldbank ondersteunde het overheidsprogramma om dat verlies goed te maken door het aanleveren van hybride planten aan de boeren en het propageren van het kappen van oude bomen (idem:19).

De prijs die boeren voor hun oogst ontvangen is drastisch gestegen. Dat komt mede door de sanering van het overheidsapparaat dat de boeren ondersteunde in hun productie. Zo leverde de Cacao Services Division (CSD) gratis zaailingen en verzorgde de jonge bomen. Ook de bestrijding van ziekten werd uitgevoerd door de CSD. De CSD moest ongeveer 40.000 mensen ontslaan. Tijdens de studiereis door Ghana bleek dat veel, vooral kleinere boeren moeite hadden met de veranderingen. Mede door de ondersteuning van de CSD waren zij gewend aan een productie gebaseerd op lage inputs. Hoewel de prijzen laag waren, betekende een cacaoveld dat er in ieder geval inkomsten

waren. Nu moeten boeren echter investeren: meer arbeid steken in de verzorging van de planten en meer kapitaal aanwenden, bij voorbeeld voor de aanschaf van een gifspuit. Mede door de toegenomen kosten voor levensonderhoud tijdens het SAP (kosten voor onderwijs, voor drinkwater, voor gezondheidszorg -zie verder) twijfelen veel boeren aan het nut van verdere produktieverhoging. Steeds meer boeren vinden in de voeselproduktie betere mogelijkheden om snel geld te verdienen.

Overigens verbouwt 18% van de boerenhuishoudens cacao. In Ashanti Region levert 68% van de boeren 6% van de produktie, terwijl in Ghana 7 grote producenten de helft van het areaal controleren. Een missie van het Amerikaanse Huis van Agevaardigden, dat deze cijfers publiceert, citeert met instemming een onderzoek waarin wordt geconcludeerd: "All this suggests that whereas the structural adjustment programme has certainly made its impact felt among cocoa farmers in terms from increased incomes from cocoa. its impact on income distribution among cocoa farmers may have created a wide gap between the wealthy and less wealthy farmers" (US House, 1989:8).

Ondanks de verbetering van de macro-economische indicatoren, is het voorlopig onduidelijk of Ghana werkelijk structureel uit haar economische crisis is herrezen. De cacao-export is wel degelijk opgevoerd, maar de internationale concurrentie op de wereld-cacaomarkt is hard. De opkomst van producenten in Azië en het opvoeren van de produktie van cacao in Latijns Amerika, drukt de wereldprijs. Voorlopig profiteren daarvan vooral de afnemers in Europa. Aangezien een groter aanbod van ruwe cacaobonen niet betekent dat de wereldconsumptie van chocolade ook toeneemt, lijkt de prijs laag te blijven. Immers, Derde-Wereldlanden zijn genooddaakt door te gaan met exporteren, zelfs als de opbrengst daarvan onder de produktiekosten daalt. Derde-Wereldlanden krijgen voor hun export namelijk dollars. Aangezien hun valuta inconvertibel zijn (zij moeten hun importen in dollars afrekenen) moeten zij wel doorgaan met exporteren.

Voorlopig blijft cacao het belangrijkste exportprodukt. Nieuwe economische sectoren die die rol zouden kunnen overnemen, dienen zich nog niet aan. Ook de privatisering van staatsbedrijven, een van de centrale onderdelen van het ERP, verloopt moeizaam. Investeerders zijn terughoudend, vooral in de handel is veel geld te verdienen; meer dan in produktie. Buitenlandse investeerders blijken zich hoogstens te interesseren voor investeren in de primaire sector (visserij, mijnbouw, fruitverwerking) EIU, 1990-91:13). Ondertussen neemt de buitenlandse schuld van Ghana snel toe (zie kader: Molensteen) en moest Ghana in 1988 62% van haar exportinkomsten afdragen aan de buitenlandse schuldeisers (Wemos, 1991:70).

Molensteen

Het conservatieve economische tijdschrift The Economist, stuurt haar Intelligence Unit regelmatig op pad om landenprofielen te schrijven. Zo ook over Ghana: Ghana Country Profile 1990-91. Het is een doortimmerde studie over de economie en de economische ontwikkeling van Ghana, uitgesplitst naar de verschillende economische sectoren.

Opvallend is de wijze waarop aandacht wordt besteed aan de buitenlandse schuld van Ghana. Pas op pagina 35, van de 40, vinden we gedetailleerde informatie over de schulden. En die liegen er niet om. Ghana's herstel blijkt gefinancierd te worden met een massale injectie met dollars, vooral het IMF is gul in haar donaties.

Ook de schuldendienst (het deel van de exportinkomsten dat moet worden opgehoest voor de betaling van schulden en rente) loopt daardoor snel op. Met de inzakkende prijs voor cacao op de wereldmarkt, lijkt een spoedige verlichting van de schuld niet in zicht. Terwijl de ontwikkeling van Ghana steeds meer afhankelijk blijft van donorsteun, hangt de dreiging van een volgende schulden crisis als een molensteen om de nek van de armen.

Tabel
Ghana's buitenlandse schuld
in miljoenen dollars

	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Buitenlandse schuld (Totaal)	1.598	1.897	2.174	2.652	3.133	3.099
waarvan						
lang lopend	1.177	1.144	1.290	1.686	2.158	2.270
kort lopend	90	238	183	180	10867	
IMF-krediet	331	515	701	786	867	762
Schuldendienst	146	143	218	237	452	577
als % export	30,5	23,3	32,2	28,9	49,9	62,8

Gezondheidsindicatoren

In het bovengenoemde rapport van het Amerikaanse Huis van Afgevaardigden, wordt een somber beeld geschetst van de toenemende ongelijkheid binnen Ghana. Slechts een klein deel van de cacaoproducenten verdient veel geld. De stijging van de voedselproductie overtreft nauwelijks de groei van de bevolking, terwijl de boerenfamilies in met name het noorden minder ontvangen voor hun oogsten dan in 1984. Vooral vrouwen en kinderen hebben het te verduren: in 1987 steeg het aantal ondervoede kinderen in Ghana (US House, 1989:8-9). Het ERP leidt dus niet alleen tot economische groei, maar ook tot een absolute verslechtering van de positie van bepaalde armere groepen.

In het rapport 'Adjustment with a human face' vestigde Unicef in 1988 als eerste grote VN-organisatie de aandacht op de ernstige gevolgen van de SAPs voor de gezondheid van mensen in de Derde Wereld. Ghana wordt in het rapport uitgebreid besproken. Unicef stelt dat de meeste gezondheidsindicatoren, na een langzame verbetering na onafhankelijkheid, in de loop van de jaren '70 weer verslechterden. Tijdens de eerste jaren van het ERP zette die neergaande trend zich door (tabel 4).

Volgens Unicef sterft in 1988 nog 15% van de kinderen onder vijf jaar. Sinds de introductie van het ERP is nauwelijks vooruitgang geboekt. Het sterftecijfer van kinderen onder één jaar vertoont een dalende tendens, maar ligt nog steeds boven het niveau van de jaren '70. Het noorden is overigens nog veel slechter af: bijna 25% van de kinderen sterft daar, terwijl het cijfer voor Accra 6% is. Ook de levensverwachting loopt ver uiteen tussen de verschillende gebieden: gemiddeld is dit 54 jaar, maar kan in de steden wel 13 jaar hoger liggen dan in de perifere streken (Wemos, 1991:49-50).

Daaraan wil ik nog een bedenkelijke trend toevoegen. Tijdens mijn verblijf in Ghana circuleerde in kringen van beleidsambtenaren en ontwikkelingswerkers een rapport dat de regering angstvallig binnenskamers wenste te houden. In het rapport, dat mede onder auspiciën van de overheid tot stand kwam, wordt melding gemaakt van een dramatische daling van de alfabetiseringsgraad onder Ghanese kinderen. Kan van de Ghanezen tussen de 15 en 24 jaar nog bijna de helft lezen en schrijven; voor de kinderen tussen 9 en 14 jaar is het landelijke cijfer volgens het rapport slechts 11.1%!

Volgens Unicef was het noodzakelijk dat Ghana haar exporten weer op gang bracht, zodat de harde sanering onvermijdelijk was. De tweede fase van het ERP beloofde echter meer aandacht voor de wederopbouw van de 'human dimension of the economy' (Unicef, 1988:112). Vooral onderwijs en de gezondheidszorg moesten volgens Unicef meer aandacht krijgen en de ondervoeding moest onmiddellijk worden aangepakt. Unicef propageert in het rapport zelfs voedselbonnen uit te reiken aan slecht verdienende werknemers. Voor mensen zonder werk stelt Unicef korte-termijn hulp voor met voedsel-voor-werk

projecten. Daarbij werken mensen bij voorbeeld aan het herstel van waterleidingen, sanitaire voorzieningen of wegen, waarvoor zij beloofd worden met voedsel: door Japan gedoneerde blikjes vis, bij voorbeeld.

Tabel 4
Enige gezondheidsindicatoren tussen 1960 en midden jaren '80

	Ghana				Low Income sub Saharan Africa 1982
	1960	1970	Late 1970s	1980s	
Average life expectancy at birth	45	49	55	53	48
Infant mortality	132	107	86	107-120	118
Child death rate	27	21	15	25-30	24
Access to health facilities				30	45
Average calorie available as % of requirements	92	97	88	68	91
Child malnutrition % population below poverty line			36	50-55	40
Rural			60-65	65-75	65
Urban			30-35	45-50	35

Bron: Unicef 1988:103

Unicef pleit voor meer aandacht voor de kleine boeren in het noorden van het land. Zij zijn er het slechtst aan toe. Lage, onzekere, seizoensgevoelige inkomens maken hen een zeer kwetsbare groep. Op korte termijn moeten zij voedselhulp krijgen (bij voorbeeld voedsel-voor-werk programma's) terwijl zij op langere termijn moeten worden gesteund met economische- en landbouwprogramma's. Nog steeds blijkt het noorden te worden vergeten.

Sociaal Programma: PAMSCADD

Mede naar aanleiding van de kritiek van Unicef, besloot de Ghanese regering in 1987 een programma te ontwerpen dat de ergste gevolgen van het ERP moest matigen: het Programme of Action to Mitigate the Social Costs of Adjustment (PAMSCAD). Met warme (financiële) steun van Westerse donoren (onder meer Japan, de Wereldbank, USAID, het Wereldvoedselprogramma van de VN) kwam 85 miljoen dollar beschikbaar voor het programma dat in 1989 van start ging.

Het merdendeel van het fonds is bestemd voor werkgelegenheidsprojecten voor ontslagen ambtenaren: 50 miljoen dollar voor tijdelijk werk voor circa 80.000 mensen. Daarnaast werd geld uitgetrokken voor kredieten aan kleine boeren en ondernemers. Voor gemeenschapsinitiatieven is 15 miljoen dollar vrijgemaakt: 1000 van de 53.000 Ghanese dorpen werden hiervoor geselecteerd, die voorheen hadden bewezen gezamenlijke initiatieven tot een goed einde te kunnen brengen. Nog eens 15 miljoen wordt uitgetrokken voor onder meer de verbetering van het basisonderwijs, drinkwater en sanitaire voorzieningen voor 600.000 mensen. Tenslotte wordt 6 miljoen besteed aan levering van essentiële geneesmiddelen. Het essentiële geneesmiddelenprogramma moet een

aanzet leveren voor de introductie van het Bamako-Initiatief in Ghana (zie hoofdstuk 4).

Volgens de Wereldbank is PAMSCAD een behoorlijke investering in menselijk kapitaal. Critici zijn echter van mening dat het bereik van het programma zeer selectief en uiterst beperkt is. Het kleine aantal dorpen dat wordt gesteund behoort waarschijnlijk niet tot de allerarmste gemeenschappen gezien de selectiecriteria. Hetzelfde geldt voor het kredietschema: slechts duizend boeren van de drie miljoen komt ervoor in aanmerking. Op een bevolking van 14 miljoen kan 85 miljoen dollar steun niet veel méér zijn dan een druppel op de gloeiende plaat van het ERP. In het beleidsvoornemen voor PAMSCAD van de overheid, wordt inderdaad benadrukt dat PAMSCAD vooral het politieke draagvlak van het ERP moet verbreden. De regering stelt daar expliciet dat de PAMSCAD-activiteiten gericht moeten zijn op "a strong poverty focus; high economic and social rates of return; modest institutional requirements to ensure speed in implementation; and in sensitive areas, high visibility to enhance confidence in and sustainability of the ERP" (PAMSCAD-beleidsdocument: GoG, 1987:I mijn onderstreping, me) (Zie ook Wemos, 1991:52-54).

Grotere ongelijkheid

In deze periode wordt een radicaal andere koers in het beleid ingezet. Waar de Ghanese regering onder Rawlings eerst probeerde de economie te redden door een sterk naar binnen gericht beleid, wordt nu gepoogd de stagnatie te doorbreken door een politiek die ruim baan geeft aan het particulier initiatief en vrijwel onbeperkt importen toestaat. De winst is de grote financiële ondersteuning door het Westen. De prijs is dat de Westerse bankiers zich weinig gelegen lieten liggen aan de gevolgen voor de mensen in Ghana, met name de armere bevolkingsgroepen. Volgens de gangbare economische theorie gaat ontwikkeling in de eerste fase gepaard met vergroting van de welvaarts kloof, waarna, in een proces dat trickle-down wordt genoemd, de armoede zal doorsijpelen naar de armere bevolkingsgroepen. Feitelijk wordt daarmee gesteld dat de armere groepen maar even moeten wachten. Waar de armen echter moeten overleven op een niveau dat onder het bestaansminimum ligt, 34% van de kinderen matig tot ernstig ondervoed is (MoH, 1988?:18) en waarbij zelfs aanwijzingen bestaan dat de koopkracht onder druk staat (zo meldt het rapport van het US House, dat de toegenomen kosten voor onderwijs en gezondheid niet volledig worden doorberekend in de inflatiepercentages (1989:10)), wordt die rechtvaardiging zeer dubieus.

De dramatische daling van het alfabetisme in Ghana moet een geweldige klap zijn voor beleidsmakers die nog geloven in trickle-down. Hoe kan een ondervoede, analfabete generatie profiteren van economische groei en het human capital zijn waarop Ghana haar toekomst moet bouwen?

3.4.2 De gezondheidszorg onder het ERP

Het ERP greep ook in op de gezondheidszorg. Terwijl de toestand van de volksgezondheid door de economische crisis van voor 1983 ernstig onder druk stond, betekende het ERP in de eerste plaats dat minder geld werd uitgegeven voor de gezondheidszorg.

Dat zou nog meer reden moeten zijn nu werkelijk ernst te maken met het uitbreiden van PHC. Immers, PHC is gericht op het verbeteren van de volksgezondheid door een samenhangend beleid van curatieve maar vooral preventieve programma's voor brede lagen van de bevolking. Door de bezuinigingen raakte echter ook de curatieve zorg verder in het slop, wat betekende dat de druk groot was om de ziekenhuisvoorzieningen in stand te houden.

In deze paragraaf komen aan de orde: het slinkende budget, het gevoerde

PHC beleid en, tenslotte, de belangrijkste wijzigingen in het volksgezondheidsbeleid. In de geest van Structurele Aanpassing, betekende dat vooral privatisering en cost recovery om door concurrentie het aanbod te verbeteren. In het kader van de bespreking over PHC, wordt uitgebreid ingegaan op de Ghanese ervaringen met Blote-voetendokters (in Ghana Community Clinical Attendants genoemd), vanwege de belangrijke rol die voor hen is weggelegd in het Bamako-Initiatief dat in het volgende hoofdstuk wordt besproken.

Budget onder druk

Terwijl na 1985 het BNP begon te stijgen, nam het aandeel van de overheidsconsumptie daarin af: van 20,3% in 1983 tot 10,6% in 1987. Uit tabel 5 blijkt dat de overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg gedurende het ERP rond de 10% van de dalende overheidsuitgaven blijven schommelen. Een terugblik naar tabel 3 leert dat de uitgaven onder het niveau van 1978 blijven (zie tabel 5). In 1988 bedraagt het budget per hoofd van de bevolking slechts \$0,17. Overigens meldt de Wereldbank dat het budget in 1988 per hoofd van de bevolking neerkwam op \$4,29, 23% daarvan werd uitgegeven aan PHC (WB, 1989:42,44).

Tabel 5
Overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg 1983-1988

Jaar	MoH uitgaven (reëel)	Gezondheidszorg % totale overheidsuitgaven	Uitgaven gezondheidszorg per capita (reëel)
1983	99,4	4,4	8,3
1984	256,3	9,3	21,0
1985	290,6	14,5	23,0
1986	510,8	9,4	39,0
1987	404,6	-	30,0
1988	423,9	-	30,6

Reële uitgaven berekend naar Cedis 1980 (=100)

Bron: Waddington and Enyimayew, 1989:3

Bovendien blijkt de verdeling van het budget tussen steden en platteland het inmiddels bekende beeld te vertonen: "The distribution of this expenditure (in 1988, me) was highly skewed, with an estimated 80% going to urban facilities. Moreover, this situation does not seem to be improving, - it is the higher-income, urban based families in Ghana which are benefitting from relatively large subsidies" (Waddington and Enyimayew, 1989:2).

PHC

Al in 1978 formuleerde de Ghanese regering uitgangspunten voor een PHC beleid. In een evaluatierapport (van het Ministry of Health?) uit 1988, worden die uitgangspunten nog eens opgesomd:

PHC moet voor de totale bevolking beschikbaar zijn met tenminste de volgende inhoud:

- veilig drinkwater binnen 15 minuten loopafstand en voldoende sanitaire voorzieningen in de directe omgeving;
- immunisatie tegen de belangrijkste ziekten;
- toegang tot lokale gezondheidszorg (met minstens 20 essentiële

geneesmiddelen) binnen één uur loopafstand;

- gekwalificeerd personeel voor zwangerschapszorg, bevallingen en zuigelingenzorg.

Het rapport geeft vervolgens aan in hoeverre de doelstellingen zijn gehaald. Ten aanzien van de eerste doelstelling valt op het dramatische verschil in voorzieningen tussen stad en platteland (zie tabel 6).

Tabel 6
Drinkwater- en sanitaire voorzieningen
in de steden en op het platteland in Ghana (1985-'87)

Jaar	Sanitaire voorzieningen		drinkwater	
	Urbaan	Ruraal	Urbaan	Ruraal
1985	58,2	16,2	93,0	39,3
1987	62,9	21,7	95,8	54,8

Bron: MoH(?), 1988:15-16

Ook ten aanzien van de tweede doelstelling blijken grote regionale verschillen te bestaan. Ondanks het door Unicef gepropageerde Extended Programme of Immunisation worden ook nu nog lang niet alle kinderen bereikt. In 1987 bleek slechts één op de tien kinderen tot twee jaar in de Regio Brong Ahafo volledig geïmmuniseerd (tegen 'six killer diseases') terwijl voor Accra een percentage van 66 wordt genoemd.

Weinig vooruitgang werd verder geboekt in de toegang tot gezondheidszorginstellingen. Naar schatting 65% van de Ghanesez vindt een instelling binnen één uur loopafstand. Ook hier weer een opvallende regionale discrepantie: in Accra ligt het percentage op 92, terwijl slechts 42% van de inwoners van de Regio Upper West op een redelijke afstand van een kliniek woont.

Duidelijk anders is het met de zwangerschapszorg. 90% van de zwangere vrouwen wordt ten minste eenmaal onderzocht door een opgeleide gezondheidswerker (vroedvrouw, verpleegkundige, Community Health Worker). Bevallingen vinden in 70% van de gevallen plaats onder toezicht van een gezondheidswerker, waarbij wordt opgemerkt dat ongeveer de helft van de bevallingen thuis plaats vindt. De post-natale zorg laat volgens het rapport overigens nog te wensen over (MoH(?), 1988:15-17)

Gezien deze gegevens mag haast worden verwacht met het bijstellen van de prioriteiten in het voordeel van PHC. De Ghanese krant Peoples Daily Graphic drukte in 1989 een toespraak af van de Minister van volksgezondheid, Nana Akuoko Sarpong, waarin hij het 'Government action plan to improve health delivery services in the country' introduceerde.

De minister memoreert in zijn toespraak eerst de deplorabele toestand van de gezondheidszorginstellingen, evenals de slechte gezondheidstoestand van de bevolking, met name op het platteland. De Minister kondigt een langetermijn programma aan dat vooral gericht is op de organisatie-structuur van de gezondheidszorg. Op korte termijn zijn de prioriteiten:

- het bestrijden van de Guinea-worm
- het ontwormen en immuniseren van schoolkinderen
- rehabilitatie van een groot aantal ziekenhuizen
- nieuwbouw van een aantal ziekenhuizen.

Natuurlijk is PHC op korte termijn moeilijk te bereiken. Opvallend is echter dat voor de korte termijn slechts verticale acties worden aangekondigd en het

herstel van ziekenhuizen wordt nagestreefd. De minister is er trots op dat er wordt gebouwd aan honderd nieuwe klinieken en dat er duizend motorfietsen beschikbaar worden gesteld voor het bezoek van afgelegen dorpen. Maar het grootste deel van het geld (waarvoor donoren worden opgeroepen bij te dragen) gaat naar het aloude systeem van curatieve zorg en verticale programma's. Daarin lijkt ook met deze toespraak van de Minister geen substantiële verandering te komen.

Blote-voetendokters

Een belangrijk onderdeel van de PHC-aanpak was het opleiden van een groot aantal blote-voetendokters: Village Health Workers. In Ghana worden dezen Community Clinical Attendants (CCAs) genoemd. Samen met bijgeschoolde traditionele vroedvrouwen, vormen zij de eerste bron voor gezondheidszorg binnen gemeenschappen, waar zij vooral een belangrijke preventieve taak hebben.

In een schokkend rapport onder auspiciën van het MoH (Amuah e.a. 1989) over het functioneren van CCAs, wordt onthuld dat slechts 25% van de opgeleide CCAs nog als zodanig werkzaam is. Daarvan bleek nog eens de helft hun opleiding te gebruiken om een privé-praktijk te voeren. Van preventieve werkzaamheden is veelal nauwelijks sprake. De samenvatting eindigt dan ook met de droge vaststelling dat: "The programme has therefore not met the expectations of policy makers".

Het rapport gaat uitgebreid in op het falen van de CCAs. Een reeks oorzaken voor het hoge uitvalpercentage passeert de revue. De belangrijkste daarvan zijn:

- financiële problemen (geen steun van de gemeenschap, geen geld voor de aanschaf van medicijnen, onvoldoende huisvesting);
- onduidelijkheid over hun juridische status (zij kregen geen officiële toestemming om geneesmiddelen bij zich te hebben);
- transportproblemen;
- druk uit de gemeenschap om vooral curatieve zorg te verlenen: een aantal CCAs schafte daarom geneesmiddelen aan die niet in hun takenpakket behoorden en voerden hun praktijk alsof zij dorps-artsen waren;
- gebrek aan supervisie;
- geen carrière-perspectief (velen wilden arts worden, of verpleegkundige of apotheker);
- CCAs werd soms het werken onmogelijk gemaakt door conflicten in de gemeenschap.

Wat opvalt bij bestudering van het gevoerde beleid, is dat CCAs nauwelijks steun kregen van de overheid. Natuurlijk is de CCA een gemeenschapsaangelegenheid, maar dat laat onverlet dat hij of zij een verlengstuk is van de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg. CCAs krijgen geen vergoeding voor hun werk van de overheid, krijgen geen vrijstelling van het betalen van eigen bijdragen (user fees) als ze zelf een beroep moeten doen op de gezondheidszorg (wat wel geldt voor alle medewerkers van het MoH, zie verder), moeten zelf medicijnen kopen (en de prijs daarvan doorberekenen in hun praktijk), hebben meestal na hun opleiding geen begeleiding meer in hun werk, terwijl ze weerstand moeten bieden aan de overweldigende vraag naar pillen en injecties en moeten concurreren met 'drugs-peddlers' (kwakzalvers, zouden wij zeggen) die langs dorpen reizen en een keur van medicijnen aanbieden (bij voorbeeld hormonen en diverse 'injectables').

De conclusie over het gevoerde PHC-beleid moet dan ook zijn dat uitgegaan is van de gedachte dat op goedkope wijze een deel van het aanbod van gezondheidszorg kon worden afgewenteld op de gemeenschap. Dat PHC aan de basis slechts een kwestie van kennisoverdracht aan CCAs zou zijn waarmee

gezondheidszorg op gemeenschapsniveau zou kunnen wortelen. Dat CCAs, omdat ze een paar weken opleiding hadden gehad, in staat zouden zijn de gemeenschap te organiseren en preventieve activiteiten te ontplooiën.

Maar daarmee is vooral de retoriek gediend: Anyinam (1989:544) meldt dat volgens de overheid de afgelopen jaren 2.913 CCAs zijn opgeleid. Dat klinkt mooier dan de werkelijkheid is. In een samenleving waarin geneesmiddelen -en vooral injecties- groot aanzien genieten, is het onvoorstelbaar te verwachten dat een CCA met een hand vol verband en aspirine voldoende status kan hebben om te kunnen concurreren tegen drugs-peddlers. De ontkenning van de overheid dat een zekere autoriteit noodzakelijk is om te kunnen functioneren, ontsloeg de overheid van de verplichting om de CCAs op de een of andere manier te belonen voor hun werk en ze in ieder geval in te bedden in het systeem van volksgezondheid door onder meer een goede begeleiding. Maar voor de retoriek deden de aantallen het goed. Pas in 1989 kon worden gezegd dat dat niet betekende dat de CCAs ook werk deden waarvoor ze waren opgeleid.

Verandering: privatisering en user fees (eigen bijdragen)

Geheel in de geest van Structurele Aanpassing, neemt de ruimte voor het particulier initiatief in de gezondheidszorg toe. Ten eerste zijn er inmiddels ongeveer 300 NGOs actief. Volgens de Wereldbank (1989:iii) zijn zij goed voor 30% van de ziekenhuisbedden en 35% van de polikliniek-bezoeken. De katholieke missie is de grootste onder de NGOs. Nog steeds draagt de overheid ziekenhuizen over aan de kerkelijke organisaties (People's Daily Graphic, 4-10-1990). De Wereldbank stelt dat: "NGOs appear to operate more efficiently and creatively than MOH, often in remote rural areas, an external funding increases the services they provide" (Wereldbank, 1989:iii; mijn onderstreping me). Het is voor de Ghanese overheid aantrekkelijk de NGOs een deel van de gezondheidszorg op zich te laten nemen, met name op het platteland waar dokters vaak niet willen werken, zeker niet voor de overheid. Overigens betaalt de overheid de salarissen voor de gezondheidswerkers, ook die in dienst van NGOs. Dat betekent dat de salarissen voor het Ghanese personeel van de NGO's in de pas lopen met de salarissen die gezondheidszorgpersoneel in overheidsdienst ontvangen. Overigens doen NGO's wel een toenemend beroep om donoren om die salarissen aan te vullen; vaak in de vorm van niet-geldelijke beloningen (bij voorbeeld een auto).

In de tweede plaats neemt de vrije vestiging van artsen en ander gezondheidszorgpersoneel (vroedvrouwen bij voorbeeld) een grote vlucht. Volgens de Wereldbank vormen de private bedrijven (300 artsen, 408 apothekers met name in Accra en Kumasi, en vroedvrouwen) een 'bloeiende' sector (zie kader).

De SAP-ideologie gaat ervan uit dat de overheid haar tekort moet beperken door naast het afstoten van taken, kosten door te berekenen aan burgers die profiteren van aangeboden diensten. Feitelijk wordt de overheid gezien als een bedrijf dat bij voorbeeld drinkwater levert, of onderwijs en gezondheidszorg. Daarvoor moet betaald worden. Natuurlijk dienen daarvoor belastinginkomsten. Als daaraan echter gebrek is (omdat velen dusdanige inkomens hebben dat ze niet belastingplichtig zijn) dient het principe van de gebruiker betaalt in werking te worden gezet. Dat betekent dat er niet langer wordt uitgegaan van een totaal overheidsbudget dat wordt verdeeld over verschillende sectoren, maar dat elke sector moet streven naar ten minste gedeeltelijke zelffinanciering. Voor drinkwater moet de afnemer dan direct betalen, er wordt schoolgeld ingevoerd en de zieke moet betalen voor een behandeling of voor medicijnen. User fees zijn het gevolg van het streven naar cost recovery.



Wel een succes: na vele geboorten op traditionele wijze te hebben begeleid, kreeg de vroedvrouw (rechts, met haar opvolgster voor de praktijkruimte) een cursus allopatrische verloskunde. Patiënten betalen voor haar diensten.

In de gezondheidszorg leidt privatisering tot het uiteen halen van curatie en preventie die in het PHC-concept juist onlosmakelijk met elkaar vervlochten zijn. De op winst gerichte instellingen richten zich op curatie van de gegoeden. NGO's houden zich ook vooral bezig met curatie, hun PHC-aanpak beperkt zich meestal tot de directe omgeving van de kliniek. Curatie wordt daarmee steeds meer een privé-goed, terwijl preventie een collectief goed wordt, waarvoor de overheid afhankelijk blijft.

User fees vormen bovendien een aantasting van de solidariteit. Het betalen van de gezondheidszorg uit de collectieve middelen betekent in principe een mechanisme van herdistributie. Het invoeren van user fees voor zieken, betekent dat zieken meer moeten betalen voor gezondheidszorg dan gezonde mensen. En armen zijn vaker ziek.

"Een bloeiende sector"

Hoewel het in deze scriptie draait om de Structurele Aanpassing en overheidsgezondheidszorg in Ghana, predikt het ERP juist ruim baan voor het particulier initiatief. In de gezondheidszorg is een geweldige verschuiving waar te nemen van het zwaartepunt van het aanbod aan diensten. Nkrumah verbood het opzetten van privé-praktijken. In de jaren tachtig schieten ze echter als paddestoelen, wortelend in het ERP de grond uit.

tabel
Aanbod van gezondheidszorg in Ghana in 1987 (publiek en privaat)

	Publiek	NGO's	Privaat	Totaal
Uitgaven (Cedis)	8 mld	2,5 mld	11 mld	21,5 mld
Faciliteiten	468	70	680	1220
Bedden	14.000	4.600	--	18.600
Artsen	610	55	300	967
		25 expat.		

Bron: World Bank, 1989

Opvallend is de snelle groei van het private aanbod, dat de Wereldbank een bloeiende sector noemt. Tussen 1973 en '83 groeide het aantal privé-ziekenhuizen en klinieken van 152 naar 402. Daarvan ligt de helft in Accra en 14% in Ashanti (m.n. in Kumasi, de tweede stad van Ghana). In 1988 waren er 359 geregistreerde apothekers op de commerciële markt. En inderdaad lag het zwaartepunt in de steden: 60% in Accra, 24% in Ashanti. Jaarlijks studeren 30 apothekers af; vijf daarvan kiezen voor een baan bij de overheid. Bijna 50% van de in Ghana opgeleide apothekers werkt in het buitenland. Vroedvrouwen die voor zichzelf werken kiezen ook voor de steden (46% van de 282), terwijl er maar drie (sic) in Northern Region werken.

Bij de groei van niet-publieke sector valt een aantal evidente kanttekeningen te plaatsten. De overheid heeft nauwelijks controle over en zicht op wat er zich in de private sector afspeelt. Ondertussen roomt de private sector een groeiend deel van de omzet in de gezondheidszorg af. Feitelijk pikken zij de krenten uit de pap: medicijnenverkoop in de steden, doktersbezoeken, lucratieve behandelingen. Preventie heeft nauwelijks een plaats in hun takenpakket. Waar de missie nog propageert preventieve programma's te willen uitbreiden, signaleert de Wereldbank dat dat hoogstens lukt in de directe omgeving van missieposten op het platteland. Hun bereik is dus gering. De commerciële gezondheidswerkers hebben uiteraard weinig belang zich in te zetten voor het voorömen van ziekten. Zij verdienen immers aan het behandelen van zieken.

In de tweede plaats oefent de markt een grote aantrekkingskracht uit op personeel in dienst van de overheid. Lage lonen, frustrerende arbeidsomstandigheden (in 1987 bezochten dagelijks gemiddeld tien patiënten een gezondheidspost of -kliniek), jagen personeel weg naar de lonkende gouden bergen van het snelle geld in de privé-sector of het paradijs van de rijke wereld. Wat moet een radioloog op het platteland als hij hoogstens één röntgenfoto per dag kan maken?

In de Ghanese gezondheidszorg was al lange tijd sprake van user fees. Vooral de NGOs dekten een deel van hun lopende kosten door patiënten iets te laten betalen voor de -kwalitatief meestal goede- zorg die ze aanboden. Ook traditionele genezers en vroedvrouwen vroegen patiënten veelal te betalen.

Binnen de overheidszorg ging het vóór 1983 formeel echter om symbolische bijdragen. Geneesmiddelen waren gratis. In 1983 worden de user fees echter fors verhoogd en voor het eerst moet een vast bedrag voor geneesmiddelen worden betaald. Door de torenhoge inflatie (122% in 1983) blijken de user fees al snel weer vooral symbolische waarde te hebben. In 1985 volgt de volgende, ingrijpende verhoging.

Dan moeten voor het eerst de kosten van geneesmiddelen volledig worden betaald door de patiënt (Waddington and Enyimayew, 1989:5). Doordat ook

transportkosten en opslag worden doorberekend, kan de prijs van geneesmiddelen oplopen tot ruim twee maal hun import- of produktiewaarde (Hamel, 1989:5). Andere bijdragen die worden verhoogd gelden voor laboratorium- en röntgenonderzoek, medische en chirurgische behandeling en onderzoek. Patiënten met lepra en tuberculose en psychiatrische patiënten werden vrijgesteld van de user fees (met uitzondering van de kosten voor medicijnen die niet direct voor hun ziekte worden aangewend), evenals mensen die te arm zijn om te betalen. Ook vrijgesteld werden alle medewerkers van het MoH, en een aantal van hun familieleden.

In 1986 veroorzaakte die laatste categorie een gat van 21% in de inkomsten van user fees; terwijl het ging om slechts 184.500 mensen, nog geen 1,3% van de bevolking. Voor de regering was deze disproportionele consumptie van MoH-personeel een bron van zorg (Waddington and Enyimayew, 1989:5).

Overigens bleek in een aantal vraaggesprekken met medewerkers van klinieken, dat nagenoeg nooit uitzonderingen worden gemaakt voor armen. De redenering, die ook in kringen van beleidsmakers wordt gehuldigd (Hamel, 1989:4), was dat iedereen wel iemand had die het benodigde bedrag voor hem of haar kan en wilt betalen. Bovendien wordt men pas als 'te arm' erkend na een officiële erkenning. Weinigen doorlopen die tijdrovende en vernederende procedure. Ook met de vrijstelling voor lepra-patiënten werd soms wel erg creatief omgegaan. Zo werd mij verteld dat eenmaal twee patiënten wel hun medicijnen kregen, maar dat de injectiespuiten en -naalden wel moesten worden betaald. Deze twee patiënten trokken zich daarna terug uit de behandeling.

Volgens de Wereldbank behoren gezinnen in de Derde Wereld niet meer dan 1% van hun inkomen uit te geven aan gezondheidszorg. In de Ghanese situatie is het een hachelijke zaak inkomens te schatten. Slechts een klein deel van de bevolking heeft vaste inkomens, bijvoorbeeld ambtenaren. Hun inkomen blijkt opgebouwd te zijn uit een vast belastbaar loon, vaak het minimum, waar bovenop een aantal 'benefits' worden uitgekeerd: geld voor vervoer, en voor de lunch bij voorbeeld, vaak bepaalt de CAO dat de werkgever de kosten voor geneeskundige hulp betaalt. Die benefits vormen een belangrijke motivatie om in dienst te blijven. Het dekken van de kosten voor gezondheidszorg door de werkgever, betekent in feite dat een deel van het inkomen waardeverloopt.

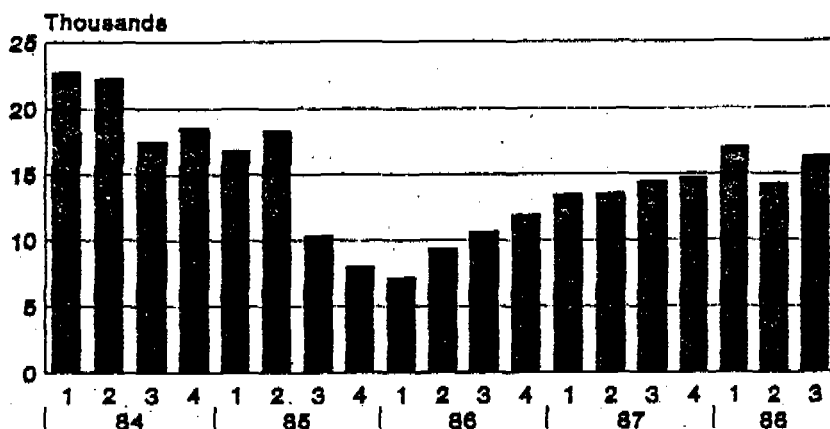
Naast een vast inkomen voor weinigen, komt het veelvuldig voor dat gezinnen meerdere inkomensbronnen hebben. Ik sprak een ambtenaar die niet veel meer verdiende dan het minimum, maar door zijn baan was vrijgesteld van medische kosten. Zijn vrouw verdiende veel meer dan hij, in de handel. Haar inkomen was echter onregelmatig want seizoensafhankelijk.

Ook aan de uitgavenkant vertoont de balans vaak vooral onduidelijkheid. Dezelfde ambtenaar had op zich genomen de verzorging te betalen van de twee kinderen van zijn overleden broer, die beiden schoolgaand waren. Daarbij werd incidenteel nog een beroep op hem en zijn vrouw gedaan door ouders en schoonouders. Ga er maar aan staan! Niet alleen is binnen de Ghanese samenleving nauwelijks te bepalen wat gezinsinkomens zijn; ook de Westerse opvatting over gezin biedt nauwelijks handvatten om inkomsten en uitgaven te bepalen. Gezinnen in Ghana zijn geen duidelijk afgebakende economische eenheden met maandelijkse inkomsten en uitgaven, zoals in het Westen veelal het geval is. Inkomens en uitgaven worden bepaald door wisselende en instabiele verbanden tussen verwanten; combinaties van lage, vaste inkomens met hogere, onregelmatig binnenkomende verdiensten, is een veel voorkomende situatie binnen gezinnen waar één of meer van de volwassenen een redelijke opleiding heeft. Daarmee is niet alleen onmogelijk te bepalen of de standaard van de Wereldbank wordt overschreden, maar tevens blijkt het gezin als rekeneenheid op grove wijze tekort te doen aan de complexe sociale werkelijkheid in Ghana.

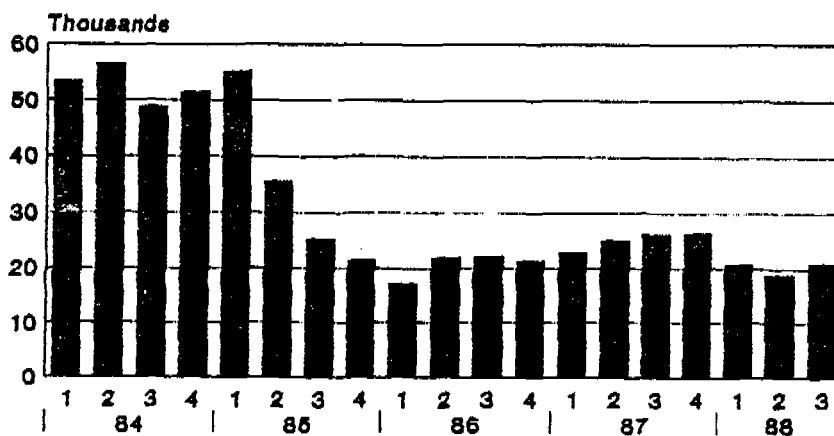
Natuurlijk geldt de bovengeschetste situatie niet voor de meeste Ghanezen. Vaste banen zijn schaars. Zeker in gebieden waar inkomens seizoensafhankelijk zijn, is geld vaak eveneens schaars. Dan kan 250 Cedis voor een malariabehandeling erg veel geld zijn.

Figuur 3
Polikliniekbezoek in Volta Region (urbaan en ruraal) 1984-88

Urban utilisation, 1984-8. Volta region



Rural utilisation, 1984-8. Volta region.



Bron: Waddington and Enyimayew, 1989:9

Om meer inzicht te krijgen in de gevolgen van user fees, is het dus noodzakelijk op meer indirecte wijze te kijken naar de bereidheid en

mogelijkheid te betalen voor gezondheidszorg. Uit een onderzoek van Waddington en Enyimayew bleek dat de verhoging van de user fees in 1985 leidde tot een sterke daling van het bezoek aan poliklinieken. Uit gegevens over de Volta Region blijkt een daling op te treden van 50%. In tegenstelling tot de steden waar het bezoekersaantal in de jaren na '85 weer terugkomt op het oude niveau, blijken vooral plattelandsbewoners de poliklinieken blijvend te mijden (zie figuur 3). Daarbij is het overigens onduidelijk of een deel van de wegblijvers wellicht hun heil heeft gezocht bij de private sector en bij voorbeeld sneller een beroep doen op drugs-peddlers. Immers, door de hogere kosten binnen de overheidsgezondheidszorg verkrijgt de private sector een betere concurrentiepositie.

Als de gegevens uit figuur 3 worden uitgesplitst naar leeftijd, blijkt dat niet alleen een daling optrad in het aantal bezoeken, ook dat er een verschuiving optrad tussen verschillende leeftijdscategoriën. De leeftijdsgroep boven de 45 jaar oud, nam in 1984-'85 26% van de consulten voor zijn rekening, wat daalde tot 16,4% in de periode 1986-'88. Voor kinderen waren de cijfers: 28,4% respectievelijk 27,6%. De auteurs trekken de conclusie dat vooral ouderen worden getroffen door de user fees. Hun verwachting dat het vooral ten koste zou gaan van vrouwen en kinderen, wordt echter niet bevestigd.

Hamel (1989) deed bovengenoemd onderzoek in grote lijnen over in hetzelfde district. Ook hij neemt een duidelijke verandering in het gebruikspatroon waar in de door hem onderzochte ziekenhuizen. Hij registreerde echter wel degelijk een daling van het bezoek door kinderen, met name meisjes, in één van de ziekenhuizen. De daling van de categorie ouderen blijkt overigens ook uit zijn gegevens overduidelijk.

Waddington en Enyimayew benadrukken dat niet alleen het verschil in financiële positie tussen mensen op het platteland en in de stad, verantwoordelijk is voor het verschil in herstel van de bezoekersaantallen. Ook de betere kwaliteit van de aangeboden zorg in de stad is een belangrijke factor. Mensen zijn ongetwijfeld meer bereid te betalen als de aangeboden zorg aan de verwachtingen voldoet.

Overigens bleek in Ghana dat mensen soms heel creatief kunnen omgaan met begrippen als bereidheid en mogelijkheid om te betalen. Een patiënte vertelde me dat ze soms niet de volledig voorgeschreven hoeveelheid medicijnen kon betalen. Dan kocht ze iedere dag wat ze nodig had. Als ze zich beter voelde stopte ze met kopen. Small-small... (zie kader). Een ambtenaar bevestigde dat het veelvuldig voorkomt dat mensen kleine hoeveelheden medicijnen aanschaffen en gebruiken. Vaak worden kuren dan ook niet afge-maakt, hetgeen kan leiden tot resistentie van micro-organismen tegen bepaalde medicijnen.

**"Small-small"
het meisje met de zakdoeken**

Ik realiseerde me pas hoe ik mij had gepantserd tegen de ellende van armoede en overleving in Ghana, toen ik op een dag door Accra liep na een nacht waarin ik maar drie uur had geslapen. De armoede van de velen die de witte Nederlander om hulp vragen, op de meest uiteenlopende wijzen: geld voor een boerderij bij voorbeeld, of het verzoek om een studiebeurs te regelen voor een cursus bij het KIT in Amsterdam.

Op deze smoorhete ochtend liep ik eerst naar het Arts Centre; een markt waar

de toeristen hun ambachtelijke souvenirs kunnen kopen: houtsnijwerk, sieraden, prachtige stoffen. Het Arts Centre is een fraai voorbeeld van een buyers market. In tientallen kraampjes zijn gelijksoortige artikelen te koop en omdat er nauwelijks vragers zijn, weet ik na een half uur rondlopen en onderhandelen dat ik voor mijn beeldje zeker de laagst mogelijke prijs heb bedongen.

In het kraampje ernaast is een Ghanese jongen van mijn leeftijd bezig zijn snuisterijen uit te stallen. Het zweet parelt in grote druppels over zijn zwarte gezicht. Ik voel hoe hij telkens probeert mijn aandacht te trekken, maar op deze markt hebben verkopers geen macht.

Als ik met mijn ingepakte koopwaar wil vertrekken, klampt de jongen met het bezwete gezicht mij aan: "Please, sir, please buy something from me?" smeekt hij me met de stem van een handelaar die al een hele week zit te wachten op een koper. Tenminste, dat vertelt hij mij. Niemand die interesse heeft voor zijn oliefantjes, of zijn maskertjes. "I need to sell something, to eat this evening". Door mijn moeheid val ik voor zijn oprechte wanhoop en koop iets van hem. Ik probeer niet eens af te dingen.

Later, op het busstation koop ik een ijsje. De ijsverkoper zoekt in zijn zakken naar de 100 Cedis (twee kwartjes) wisselgeld. Naast mij staat een meisje met een paar zakdoeken: "Please, master, buy me a handkerchief?" En met dezelfde wanhoop als de souvenirverkoper op haar gezicht, trekt ze de 100 Cedis bijna uit mijn hand. Dit keer koop ik niet. Ik ben te moe en ik heb helemaal geen zadoek nodig. Ik kan toch niet van iedereen die rondloopt met marginale handeltjes iets kopen?

Small-small. In een samenleving die voor velen draait om overleven, op de hoop dat deze dag voldoende zal opleveren om tenminste te kunnen eten, is het grijze circuit van kleine handel een opvallende levensader. Een jongetje van acht jaar achter een tafeltje met tien zakjes zout. Even verderop een meisje, misschien nog wel jonger, met een paar zakjes pinda's. Soms verdienen ze iets, soms kunnen ze iets uitgeven. Langs de kant van de weg staat een oude man in de brandende zon. Hij houdt twee maiskolven in zijn uitgestoken hand. Overleven. Small-small.



Verkopers op een busstation in Accra

User fees en organisatie

Met de user fees moest een deel van de kosten van de gezondheidszorg worden gedekt. Volgens de Wereldbank moest de regering via cost recovery streven naar 15% zelffinanciering door de gezondheidszorg. Aan die doelstelling werd al in 1986 ruim voldaan. Aanvankelijk werden de user fees centraal geïnd, waardoor de medicijnenconsumptie als uitgave door het ministerie werd geboekt. Een toenemend deel van het budget ging in de laatste jaren daaraan op: van 8% tot 21%. In 1987 werd echter al 87% daarvan gedekt door de user fees voor medicijnen. Het streven was 100% (Waddington and Enyimayew: 1989:5-6, Hamel, 1989:2-3).

Toch is 'cost recovery' meer dan een eufemisme voor bezuinigingen. De gezondheidszorginstellingen moeten uiteindelijk het beheer gaan voeren over de user fees en die investeren in hun ziekenhuis of kliniek. Het geld voor medicijnen moet leiden tot een nationaal systeem van 'cash and carry', waarbij de instellingen hun medicijnvoorraden moeten kopen van de overheid of zelfs op de 'markt'. Het beheer van inkomsten door de betrokken instellingen zelf, moet een belangrijke stimulans zijn om verantwoordelijkheden te decentraliseren. Feitelijk gaat het om het idee van concurrentie waarbij het beheer van gelden een mechanisme moet bieden om beslissingen te nemen en prioriteiten te stellen.

Tijdens mijn bezoek in Ghana werd in de Volta Region het 'cash and carry' systeem ingevoerd. In de voorafgaande periode werden de instellingen verplicht de geïnde user fees vast te houden en op de bank te zetten. Daarmee konden zij kapitaal opbouwen voordat zij zelf voor de geneesmiddelenbevoorrading moesten gaan zorgen. Feitelijk ontvingen zij dus gratis medicijnen waarmee zij een eigen kapitaal opbouwden (Waddington and Coleman, 1990(?)).

De stemming over 'cash and carry' was optimistisch. Doordat instellingen zelf kapitaal konden opbouwen, waren zij niet langer passief afhankelijk van bevoorrading door het MoH. Hun kapitaal maakte dat zij een zekere macht kregen binnen een daardoor ontstane markt van vraag en aanbod; de bevoorrading van de instellingen is dan ook duidelijk verbeterd.

Een kanttekening bij deze ontwikkeling is het toenemende geneesmiddelengebruik. In de eerste plaats is dat natuurlijk een gevolg van de betere bevoorrading, en wordt een duidelijke behoefte gediend. In de tweede plaats is er een duidelijke tendens patiënten tevreden te stellen in hun vraag naar pillen en injecties. Catriona Waddington vertelde dat uit een onderzoek bleek dat in bepaalde klinieken vrijwel iedereen anti-malaria-middelen kreeg voorgeschreven. Ook in klinieken die ik bezocht, was het gangbaar elk kind met koorts te behandelen met een injectie tegen malaria. Een tweede kanttekening vormt het beheer van user fees. Zo is de hoge inflatie een gevaar voor de waarde van het opgebouwde fonds. Bovendien bleek in de aanloop van het Cash and Carry systeem dat voor veel personeel onduidelijk was waaraan de middelen mochten worden besteed en wie daarover de werkelijke zeggenschap had.

3.4.3 Conclusies: harde heelmeesters...

De jaren waarin het ERP wordt uitgevoerd tonen een overheid die op instigatie van IMF en Wereldbank als een harde heelmeester de Ghanese samenleving probeert te hervormen.

De economische resultaten lijken op korte termijn positief: na jaren van stagnatie tonen de belangrijkste macro-economische indicatoren weer een groeiende tendens. Dat geldt echter ook voor de buitenlandse schuld. De

twijfels die rijzen over de werkelijk structurele verbetering van de economische structuur, rechtvaardigen de vraag of Ghana nu langzaam zal worden opgenomen in het rijk der welvarende volkeren, of dat nu vooral de basis wordt gelegd voor een volgende, verlamdende schuldencrisis.

De ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg weerspiegelen fraai de veranderde ideologie van waaruit beleid wordt vormgegeven. Niet langer is de overheid Vadertje Staat, die inkomens distribueert, werkgelegenheid creëert en met alle touwtjes in handen het gezondheidszorgpersoneel tot passief afwachende marionetten maakt. Nee, de staat wordt manager, die lijnen uitzet en verantwoordelijkheden wil decentraliseren. Die belemmeringen wegneemt en ruim baan geeft aan het initiatief van mensen, dat zo lang is verstikt door kolonialisme, paternalisme en socialisme.

Zo lijken Wereldbank en IMF het te zien. Ondertussen moet PHC vorm krijgen binnen de toenemende hardheid in het beleid. PHC dat toch geen concurrentiekracht heeft? Dat toch geen produkt is? Pillen zijn produkten, evenals consulten. Maar mensen motiveren hun ontwikkeling in eigen handen te nemen, samen te werken om op te komen voor hun rechten en op te staan tegen economische achterstelling; dat levert geen dollars op.

Voorlopig hebben de user fees vooral bijgedragen aan een verbetering van het aanbod van curatieve zorg. Wellicht zouden de user fees kunnen bijdragen tot de ontlasting van het budget van het MoH. Wellicht zou daarmee de bestedingen kunnen worden omgebogen. Wellicht. Want de druk om te bezuinigen blijft zolang het ERP de overheidsuitgaven vacuüm zuigt.

3.5 Conclusies hoofdstuk III: Ideologische verschuivingen

De verschillende fasen in de geschiedenis van Ghana onderscheiden zich door verschillende economische omstandigheden en verschillen in ideologie voor het volksgezondheidsbeleid.

De handelsmachten lieten zich nauwelijks in met het binnenlands bestuur. De gezondheidszorg bestond feitelijk uit twee, gescheiden systemen: het vroeg-Westerse voor de dienaren van de handelsmachten en de traditionele sector.

De Britten maakten de Westerse curatieve ziekenhuiszorg tot standaard voor Ghana. Hoewel weinigen daarvan aanvankelijk konden profiteren, ontstond toch een structuur die een afspiegeling was van het koloniale belang. Het zuiden, waar de Britten leefden, waar de arbeidskrachten leefden, waar de economisch belangrijke gebieden waren; daar lag het zwaartepunt van de faciliteiten. En daar ligt het nog steeds.

Onafhankelijkheid bracht het platteland in beeld. Sinds Nkrumah worden de problemen van de armere gebieden serieus genomen. In toespraken en geschriften tenminste. De regionale ongelijkheid vereist politieke keuzen die niet konden worden gemaakt. Ook de regeringen sinds onafhankelijkheid realiseerden zich dat het geld eerst moest worden verdiend, voor het kan worden uitgegeven. En nog steeds wordt het geld -de produktie die dollars oplevert- in het zuiden gerealiseerd. Bovendien zijn stedelijke groepen electoraal van veel groter belang dan verspreid wonende boeren, die toch geen vuist kunnen maken, en die niet in vakbonden zijn georganiseerd.

Het ERP lijkt de Ghanese geschiedenis als een repeterende breuk voort te zetten. Weer de nadruk op de export. Weer blijft het noorden, en de mensen die er wonen, achter op het rijkere zuiden. De toenemende schuld, hangt als een molensteen om de nek van de armen die nu moeten inschikken in afwachting van trickle down, en straks misschien weer moeten inschikken als de stroom buitenlandse hulp opdroogt. Maar zijn zij anders gewend dan in te schikken?

Het ERP heeft bovendien de ideologie geïntroduceerd, dat de overheid

zich behoort te gedragen als een bedrijf en taken dient af te stoten aan de particuliere sector. Die drang tot verhoging van de efficiëntie heeft echter geleid tot het uiteen wijken van het curatieve en preventieve aspect van gezondheidszorg. Privé-bedrijven en NGO's verzorgen de curatie terwijl de preventie, waarmee weinig te verdienen valt, op het bord van de overheid blijft. De introductie van user fees verhoogde daarbij de drempel van de gezondheidszorg voor bepaalde groepen die daardoor via de curatieve zorg ook niet meer voor preventie kunnen worden bereikt.

Het ERP heeft geleid tot grotere ongelijkheid tussen groepen mensen. Het gezondheidszorgbeleid heeft daaraan bijgedragen. Elke mogelijkheid binnen het ERP (daar zit Ghana voorlopig aan vast) om die ontwikkelingen bij te sturen, moet daarom worden aangegrepen. PAMSCAD is daarvoor te marginaal. Het is bovendien geen beleid; het is een samenraapsel van incidentele projecten. Laat ons daarom in het volgende hoofdstuk kijken naar het Bamako-Initiatief in Ghana, en zoeken naar mogelijkheden in het Initiatief (zo SAP als SAP kan zijn) om actie te ondernemen tegen de deplorabele situatie van achtergestelde groepen Ghanezen.



Personeel van een plattelandskliniek wacht op patiënten

HOOFDSTUK IV GHANESE TOESTANDEN: HET BAMAKO-INITIATIEF

4.0 Inleiding

Dit vierde hoofdstuk behandelt de introductie van het Bamako-Initiatief in Ghana. Tijdens mijn studiereis door Ghana (oktober en november 1990) verzamelde ik gegevens over de invoering van het Initiatief door middel van interviews en achtergrondliteratuur, waarmee ik een discussiepaper schreef (zie bijlage 1). Dat paper vormde de basis voor een tweetal gesprekken die ik voerde met respectievelijk Mrs. Stella Ninha van Unicef en Mr. Divine Asiamah, de nationale coördinator voor het Bamako-Initiatief van het MOH.

Het paper en de gevoerde discussies vormen de kern van dit hoofdstuk. De gevolgen voor de gezondheidszorg van het Bamako-Initiatief waren tijdens mijn studiereis niet waarneembaar omdat de introductie van het Initiatief grote vertraging had opgelopen. Daarom behandelt dit hoofdstuk vooral de belangrijkste ideologische en praktische concepten van waaruit het Bamako-Initiatief vorm moet krijgen.

4.1 Bamako-Initiatief: invoering en vertraging

PAMSCAD, het Programma dat werd afgekondigd om de sociale gevolgen van het ERP te verzachten, bevatte ook een gezondheidszorg-component. Met ondersteuning van Unicef, de WHO en USAID werd een essentieel geneesmiddelenprogramma opgezet. Dat programma diende niet slechts voor het tegemoetkomen aan Ghana's behoefte aan geneesmiddelen, maar ook en vooral als: "a response to Resolution AFR/RC37/R6 of Africa Ministers of Health a few months earlier at Bamako, enjoining member countries to support efforts at achieving health for all through PHC as envisaged at Alma Ata with setting up of drug revolving funds for financing PHC" (Bamako Workshop, 1990:2. Mijn onderstreping, me)

Ook in het projectvoorstel: het 'Proposal for implementing the Essential Drugs Programme Component, under the Programme of Action to Mitigate the Social Costs of Adjustment (PAMSCAD)' komt naar voren dat de 2 miljoen dollar die voor 1989 en '90 beschikbaar zijn voor dit onderdeel van PAMSCAD moeten leiden tot een versterking van PHC op gemeenschapsniveau.

Tien jaar na Alma Ata staat PHC nog steeds in het centrum van de belangstelling. De ernstige gevolgen van het ERP roepen om maatregelen die de neergaande trend van de belangrijkste gezondheidsindicatoren kunnen ombuigen. PAMSCAD is daarvoor ontworpen en PHC is de oude droom die weer tot leven wordt gewekt. Het beschikbaar stellen van essentiële geneesmiddelen wordt daarbij als eerste stap gezien. Het Bamako-Initiatief is het plan waarbinnen al die componenten samenhangen.

Het programma

Het Bamako-Initiatief in Ghana werd dus geïntroduceerd binnen het kader van PAMSCAD, als Essentieel Geneesmiddelen Programma (EDP). Het uitgewerkte projectvoorstel behandelt dan ook met name de planning van het opzetten van een systeem waarmee essentiële geneesmiddelen op permanente basis beschikbaar kunnen zijn voor gemeenschappen in Ghana. In de eerste fase wordt het Bamako-Initiatief ingevoerd in een vijftal districten.

De algemene doelstellingen van het project zijn:

1. Het opvoeren van het gebruik van diensten van de geselecteerde instellingen door mensen in de betreffende gebieden;
2. Het ontwikkelen van een blijvend systeem gericht op het aanleveren van

essentiële geneesmiddelen aan de gezondheidszorginstellingen in de geselecteerde districten;

3. Het inzetten van de binnengekomen opbrengsten van het EDP als speerpunt voor het bevorderen van de ontwikkeling van andere PHC-aspecten in de districten;

4. Het aanmoedigen van gemeenschaps-initiatieven en participatie door gedecentraliseerde planning/beheer van gemeenschapsgelden in gemeenschapsprojecten.

Samengevat behelst het plan: PHC, en met name curatie, verbeteren via het mechanisme van winstgevende verkoop van geneesmiddelen en door de betrokkenheid van gemeenschappen. Door winst te maken op curatie, moet geld beschikbaar komen voor preventieve activiteiten die door de gemeenschappen zelf moeten worden opgezet.

Uit die algemene doelstellingen zijn in het projectvoorstel een aantal meer specifieke doeleinden gedestilleerd:

1. Het vergroten van het bereik van de instellingen tot 80% van de mensen in het verzorgingsgebied;

2. Het, binnen één jaar, opzetten van een systeem voor de levering van essentiële geneesmiddelen tegen redelijke kosten aan instellingen en gemeenschappen in vier (later vijf) districten en 300 gemeenschappen;

3. Het binnen drie jaar opzetten van een revolving fund voor de aankoop van geneesmiddelen, door gratis levering van de eerste drie zendingen geneesmiddelen aan instellingen en CHW's;

4. Het opleiden van DHMT's en betrokken leden uit gemeenschappen, in management en administratie van essentiële geneesmiddelen;

5. Het opzetten van een logistiek systeem voor aanvoer en opslag van essentiële geneesmiddelen;

6. Het opzetten van een programma om het systeem te monitoren;

7. Het inventariseren van de effecten van het systeem op de kinderziekten en -sterfte;

8. Het ontwerpen van een strategie om het systeem landelijk in te voeren, binnen 2 tot 3 jaar.

De doelstellingen van het EDP passen in het uitgangspunt van het Bamako-Initiatief: het verbeteren van de gezondheid van vrouwen en kinderen door het beschikbaar stellen en beheren van essentiële geneesmiddelen op gemeenschapsniveau. De nadruk van het EDP ligt echter op geneesmiddelen: die zijn de toegangspoort voor het verbeteren van PHC en voorwaarde voor het financieren ervan. Tegelijkertijd stelt het EDP hoge eisen aan management en logistiek, en introduceert bovendien het winst-concept in de overheidsgezondheidszorg. Winsten uit het EDP, moeten de motor vormen voor PHC.

Terwijl de algemene en specifieke doelstellingen vooral betrekking hebben op Level B en C, ligt het zwaartepunt van het Bamako-Initiatief echter op Level A: de gemeenschap. In de voorstellen voor het EDP wordt voorzien dat in de eerste fase 300 gemeenschappen zullen meedoen aan het experiment. In die gemeenschappen zal een dorpsgezondheidswerker (CHW) zorgen voor het beheer van de geneesmiddelen en onder leiding staan van een Dorps Gezondheidscomité (CHC). De eerste drie zendingen geneesmiddelen worden betaald door het programma, zodat de CHW's met de verkoop ervan aan patiënten een fonds kunnen opbouwen. Dat fonds dient om volgende zendingen van geneesmiddelen te kunnen betalen. Bovendien wordt voorzien dat de opbrengsten groter zullen zijn dan de kosten, waarbij elke gemeenschap binnen bepaalde grenzen kan bepalen wat het verschil zal zijn tussen inkoop- en verkoopprijs. Een deel van de winst "will be used for community initiated development activities e.g. provision

of latrines and wells, support towards targeted Child Survival and Development interventions such as immunization efforts". Een ander deel van de winst kan worden gebruikt voor de beloning van de CHW, hoewel elke gemeenschap ook kan besluiten die beloning in natura te laten plaatsvinden.

Oorspronkelijk was de verwachting dat binnen drie jaar in een vijftal districten het EDP dusdanige vruchten zou afwerpen dat de betrokkenheid van de donoren en de directe leiding van Unicef over het programma, niet langer noodzakelijk zouden zijn. Dan zou ook een begin kunnen worden gemaakt met de landelijke invoering van het Bamako-Initiatief. (Zie bijlage 2 voor planning en financiering van de activiteiten voor de eerste twee jaar).

Daarbij kan worden opgemerkt dat het MoH al vergevorderd is met de invoering van het Cash and Carry systeem voor geneesmiddelen. In Volta Region werd Cash and Carry eind 1990 volledig ingevoerd (met uitzondering van het district Jasikan, dat geselecteerd was als Bamako-district). Het Cash and Carry systeem lijkt een degelijke voorbereiding voor het Bamako-Initiatief, omdat het grofweg om dezelfde aanpak van het financieringsprobleem van gezondheidszorginstellingen gaat. het Bamako-Initiatief voegt echter een tweetal thema's toe:

1. Op geneesmiddelen wordt winst gemaakt ter financiering van PHC;
2. De nadruk ligt op Level A, de gemeenschap.

Gezien de eerdere ervaringen van de overheid met het falen van haar PHC-aanpak door talloze CCA's op te leiden, is dat tweede punt de belangrijkste toetssteen voor het experiment in de vijf districten.

Vertraging: bestedingsdruk

Tijdens mijn bezoek aan Ghana eind 1990 (in de oorspronkelijke planning de laatste fase van de introductie van het Bamako-Initiatief in de vijf pilot-districten) lag de uitvoering van het project achter op schema. De invoering van het Bamako-Initiatief was niet verder dan het houden van een aantal workshops, het opstarten van een aantal studies, het opstellen van handleidingen voor trainingen en management, het selecteren van districten en gemeenschappen, en de levering van auto's, fietsen, typemachines en ander schrijfgerei.

oorzaken vertraging

Tijdens een gesprek met Mr. Divine Asiamah bleek dat daarvoor een aantal oorzaken was aan te wijzen:

1. De introductie van het Bamako-Initiatief op Level A ging gepaard met veel onduidelijkheden. zo bleek dat er nauwelijks CCA's waren die in het Bamako-Initiatief konden worden opgenomen;
2. daarom werd veel aandacht besteed aan het opstellen van een handleiding voor het beheer van Level A en B;
3. daarmee moest worden gewacht totdat de resultaten van een experiment met voorziening van geneesmiddelen in één van de districten was afgesloten, daarom waren er nog geen Bamako-geneesmiddelen op Level B en A;
4. Van de vijf districts-opslagplaatsen waren er slechts drie gereed.

gevolgen vertraging

Een eerste gevolg van het langdurige uitstel was het bijstellen van een aantal doelstellingen. Aanvankelijk was gepland dat elke betrokken kliniek (Level B) 10 tot 15 Level A's zou begeleiden. Het DHMT van Asunafo verwachtte echter dat in haar district gemiddeld vijf tot tien dorpen rond elke Level B bij het project betrokken konden worden. De DMO van Yendi vertelde dat in zijn district begonnen was met de selectie van tien dorpen per Level B, maar

dat dat een veel te groot aantal was gebleken. Men had de helft van de geselecteerde gemeenschappen teleur moeten stellen. Het gevaar bestond dat betrokkenen gefrustreerd raakten door het lange wachten en de hoge verwachtingen die waren gewekt: in een dorp, zo hoorde ik in een discussie met het DHMT in Asunafo, verwachtte men dat het Bamako-Initiatief het dorp een ziekenhuis zou bezorgen.

Ten tweede kwam het project onder bestedingsdruk te staan: het toegewezen geld moet in de geplande periode worden uitgegeven. Terwijl een groot aantal artikelen werd aangeschaft (auto's, medicijnen) kon daarmee niet in dienst van het Bamako-Initiatief worden gewerkt. De keerzijde daarvan is dat de betrokken organisaties op zoek moeten naar aanvullende financiering voor de jaren waarin de planning wordt overschreden, zodat het project duurder wordt dan begroot.

In de derde plaats bood de vertraging een adempauze die nuttig kan zijn. Een uitgebreide Baseline Study in de vijf geselecteerde districten, legde een groot aantal materiële en organisatorische knelpunten bloot. Doordat bovendien de overheid steeds verder vorderde met de introductie van Cash and Carry, konden deze ervaringen gebruikt worden. Zo sloot de uitvoering van Bamako steeds meer aan op Cash and Carry: studies over geneesmiddelenbeheer in Cash and Carry, dienden voor Bamako-beleidsmakers als uitgangspunten voor uitvoering en het opstellen van handleidingen.

Tenslotte bood de vertraging de kans te blijven discussiëren over de centrale concepten van Bamako in Ghana.

4.2 Uitvoering van Bamako: discussie over uitgangspunten

Het Bamako-Initiatief deed zijn intrede in Ghana onder de paraplu van het PAMSCAD. Daarmee kan als hoofddoelstelling van het Bamako-Initiatief in Ghana worden genoemd: een strategie ter matiging van de negatieve sociale gevolgen van het gevoerde ERP. Kort samengevat behelzen die gevolgen de vergroting van de kloof tussen de rijke bovenlaag en armere groepen en de absolute achteruitgang in levensomstandigheden van bepaalde armere groepen in Ghana. Ook genoemd kan worden de afbraak van het aanbod aan overheidsdiensten, waaronder gezondheidszorg, en de verminderde toegankelijkheid van de overgebleven diensten voor, wederom, de door het ERP meest getroffen groepen.

In een discussie over het Bamako-Initiatief in Ghana, dient dan ook scherp in het oog te worden gehouden of de uitgangspunten van het Initiatief en de mechanismen die worden geïntroduceerd, werkelijk zullen leiden tot matiging van de toenemende armoede en de verbetering van de gezondheidstoestand van grote groepen Ghanezen.

Dat was het uitgangspunt bij het schrijven van een discussiepaper over het Bamako-Initiatief, tijdens mijn verblijf in Ghana. In het paper komt een aantal van de centrale concepten van het Bamako-Initiatief aan de orde, waarover ik sprak met Mrs. Stella Ninha van Unicef en Mr. Divine Asiama van het MoH. Doel is het toetsen van het Bamako-concept als mogelijkheid PHC in Ghana (nieuw) leven in te blazen.

Hier ga ik in op een vijftal thema's: de mogelijkheid voor mensen om te betalen, het winstconcept, gelijkheid en redistributie, rationeel geneesmiddelengebruik, aarzelingen bij de overheid. Met nadruk moet gesteld dat het gaat om de Ghanese invulling van het Bamako-Initiatief. De genoemde thema's zijn mijns inziens echter een onvervreemdbaar onderdeel van het Bamako-concept; verwacht kan worden dat in andere landen gelijksoortige discussies en problemen opgeld doen.

Kunnen betalen?

Uitgangspunt van het Bamako-Initiatief is het versterken van PHC door het opzetten van revolving funds voor geneesmiddelen, ook op Level A. Dat betekent dat patiënten moeten betalen voor behandelingen die zij ontvangen.

Het invoeren van eigen bijdragen is reeds in het vorige hoofdstuk aan de orde gekomen. De daar genoemde bezwaren gelden onverminderd voor het Bamako-Initiatief. Echter ook in de discussies over het Bamako-Initiatief worden eigen bijdragen gezien als onvermijdelijk. Zowel Ninha als Asiama wijzen erop dat de ideologie dat gezondheidszorg gratis moet worden aangeboden een gepas-serd station is. Het invoeren van eigen bijdragen wordt steevast gelegitimeerd met een tweetal argumenten:

1. "The issue of free medical care, has been the issue of no medical care" (Asiama). Ook volgens Ninha is er van alles geprobeerd om gratis zorg en PHC te bieden, maar faalden al die pogingen in het verleden.
2. "Cost (does) not appear to be a barrier to drug purchase" (Baseline Survey, 1990:52). Oftewel, iedereen kan en wil betalen voor geneesmiddelen. Voor wie het niet kan zal het mechanisme van de groot-familie of de gemeenschapssolidariteit zorgen voor middelen.

Natuurlijk was gezondheidszorg vroeger ook niet gratis. Voor niks gaat de zon op. Toen waren planning en financiering sterk gecentraliseerd en moest de gezondheidszorg concurreren met andere politieke prioriteiten. De middelen kwamen echter uit de belastingen en de uitgaven vertegenwoordigden in principe een vorm van redistributie van inkomen. Vanwege politieke prioriteiten echter, kwamen de meeste uitgaven van de overheid terecht in die gebieden waar de belangrijkste economische activiteiten plaats vonden en dus de meeste belastinginkomsten werden verdiend. Een zwakke overheid is bovendien nauwelijks in staat effectief belastingen te incasseren. Wellicht is het daarom beter de opmerking van Asiama te wijzigen in: "The issue of centralised planning and financing of care...".

In het vorige hoofdstuk bleek al dat decentralisatie van financiële verantwoordelijkheden kan leiden tot een beter aanbod van zorg. Cash and Carry en het Bamako-Initiatief behelzen echter niet alleen een andere beslissingsstructuur voor het aanwenden van middelen, maar streven ook naar het mobiliseren van andere mechanismen voor het vrijmaken van die middelen door individualisering van de financiering. Niet langer wordt het aanbod gefinancierd uit collectieve middelen, de gebruiker betaalt op directe wijze voor de 'genoten' diensten.

De bewering dat mensen in staat zijn te betalen voor geneesmiddelen wordt onderstreept door de Baseline Survey. Opvallend is dat die bewering gebaseerd is op interceptie van cliënten van apotheken en klinieken. Men werd gevraagd voor hoeveel geld zij geneesmiddelen hadden aangeschaft en of zij altijd in staat waren hun hele recept te betalen. Voor 63% was dat geen probleem. 6,3% was daartoe echter niet in staat. In het onderzoek zijn uiteraard geen patiënten aangetroffen die op dat moment geen geld hadden, zij komen immers niet naar klinieken of apotheken. Opvallend is bovendien dat uit de interventie bleek dat de aanschaf van medicijnen bij particuliere apotheken slechts gemiddeld 20 Cedis bedroeg, terwijl klinieken veelal voor enige honderden Cedis medicijnen per recept voorschrijven. Small-small... Ondanks de verbeterde beschikbaarheid van geneesmiddelen is de toegankelijkheid ervan voor armere groepen nauwelijks groter geworden.

Bovendien wil het kunnen en willen betalen nog niet zeggen dat eigen bijdragen geen invloed hebben op het budget van mensen. Het gebruiken van geneesmiddelen heeft immers een hoge prioriteit. Armere groepen kunnen wellicht nog wel betalen voor een koortsbehandeling (gemiddeld 197 Cedis), maar daarmee het geld uitgeven dat eigenlijk bestemd was voor de school van

hun kinderen of een deken voor het koortsige kind. De beschikking over onderwijs en middelen ter bescherming tegen koude, kunnen worden gezien als belangrijke preventie tegen ziekten, en dus van PHC. Eigen bijdragen zullen leiden tot verschuiving in het bestedingspatroon waardoor voor andere preventieve zaken minder geld overblijft en verslechtering van de gezondheid van met name armere groepen zal optreden.

De groot-familie en gemeenschapssolidariteit blijven een hardnekkige legitimatie voor de invoering van eigen bijdragen. Het functioneren van die sociale structuur (hoewel meer en meer mensen zich eraan proberen te onttrekken door bij voorbeeld te migreren naar de steden) kan echter als een boemerang terugslaan op het Bamako-Initiatief. Immers, binnen gemeenschappen beheren CHW's een voorraad essentiële geneesmiddelen. Daarvoor moet door de zieken uit de gemeenschap voor betaald worden. Binnen de structuur van de groot-familie wordt van de CHW verwacht dat hij of zij iedereen de kosten in rekening zal brengen en dus een economische relatie met de eigen familie aangaat. Waar familieleden echter arm zijn, zullen zij op grond van hun sociale relatie met de CHW verwachten dat die hen helpt, met het geven van gratis medicijnen. Daarmee kan dit zo veelgeprezen sociale systeem leiden tot het instorten van een van de belangrijkste pijlers van het Bamako-Initiatief: het opbouwen van een kapitaal voor PHC-activiteiten.

Daarom zou er reden zijn te zoeken naar mechanismen om in zeker de armsten vrij te stellen van eigen bijdragen. Ninha ziet daar weinig heil in: "Je kunt geen wet maken om mensen vrij te stellen van betaling. Als je dat doet komt de chieft naar de CHW en zegt dat hij arm is en niet kan betalen. En met de chieft mag je niet in debat gaan. Daarom moet iedereen betalen en moet de gemeenschap ervoor zorgen dat iedereen dat kan."

Feitelijk werken vrijstellingen voor eigen bijdragen alleen voor het gezondheidszorgpersoneel. Zij eten meer dan 20% van de geneesmiddelen op. Er zijn sterke aanwijzingen dat die consumptie mede berust op het mechanisme van sociale solidariteit: familieleden van vrijgestelde MoH medewerkers eten mee uit de ruif. Met formele argumenten weigeren personeelsleden van klinieken echter zelfs kredieten aan patiënten die geen familie zijn. Er wordt gezocht naar mechanismen om de gratis consumptie door MoH personeel te verminderen en wellicht af te schaffen. Om een te groot beroep van familieleden op de medicijnen van de CHW te voorkomen wordt tevens voorgesteld ook de CHW's te laten betalen voor het gebruik van hun eigen nering.

De grootfamilie als legitimatie voor eigen bijdragen heeft een dubbele lading. Terwijl het aan de ene kant functioneert als mechanisme voor redistributie, wordt aan de andere kant gestreefd naar formalisering van sociale relaties, waar die relaties een bedreiging zijn voor het revolving fund.

Asiama benadrukte dat er wel degelijk werd nagedacht over de positie van CHW's binnen hun gemeenschappen. Hij gaf een drietal mechanismen aan waarmee aan die problemen tegemoet wordt gekomen:

- De CHW is onderdeel van een team. Dat team, het Community Health Committee (CHC) wordt ook getraind en doordrongen van de noodzaak het revolving fund in stand te houden;
- Er wordt veel nadruk gelegd op een goede samenstelling van het CHC;
- Regelmatige contacten tussen CHW en CHC met vertegenwoordigers van Level B zijn van groot belang. Daar wordt aan gewerkt.

Ten aanzien van het tweede punt is van belang dat van overheidswege wordt gelet op de samenstelling van het CHC. Zo wordt gepoogd te voorkomen dat het CHC teveel een instrument wordt binnen de machtsstructuren die in dorpen bestaan. Veelal neemt bij voorbeeld de dorpsonderwijzer deel aan het team.

Ook dient een representatief aantal vrouwen zitting te nemen in het CHC.

De formele samenstelling van de CHC wil echter niet zeggen dat zij ook werkelijk alle belangen optimaal kan dienen. Of dat iedereen gelijkwaardige zeggenschap heeft in het Comité. Tijdens een bezoek aan een dorpje in het district Yendi, bleek een TBA zitting te hebben in het CHC. Op mijn vraag of zij voorzag dat er winst (zie verder) zou worden gemaakt op de geneesmiddelen, en hoe die winst dan zou moeten worden aangewend, antwoordde zij dat zij een vrouw was en zich daarom niet bezig hield met de financiële kant van het CHC. De sociale werkelijkheid is weerbarstiger dan het geduldige papier van beleidsmakers.

Winst als uitgangspunt

In alle beleidsdocumenten over het Bamako-Initiatief, is het maken van winst uitgangspunt voor het verbeteren van PHC. In de aanvangsfase van het Initiatief in Ghana, zullen de medicijnen aan de verschillende gezondheidszorgniveaus gratis worden aangeboden. Daardoor kan kapitaal worden opgebouwd; in de beginfase is elke geïncasseerde Cedi feitelijk winst.

Uit de ervaringen met Cash and Carry blijkt dat het decentraliseren van financiële verantwoordelijkheden leidt tot een betere motivatie van gezondheidszorgpersoneel. Immers, zij zijn niet langer afhankelijk van de trage bureaucratische molens waarin beslist wordt over aanvragen voor voorraden en, bij voorbeeld, zaken als onderhoud en transport. Het winst kunnen maken door het verhogen van de omzet, zal kunnen bijdragen aan het verder verbeteren van de kwaliteit van de aangeboden zorg. Het maken van winst op geneesmiddelen dient echter in de eerste plaats voor het verbeteren van PHC.

Het winst-concept introduceert een nieuw uitgangspunt voor het leveren van overheidsdiensten als gezondheidszorg. Het doel is de handelsgeest van gezondheidszorgpersoneel aan te wakkeren. Want winst is een gevolg van afzet aan klanten, in dit geval zieken. De motivatie om medicijnen voor te schrijven is niet langer een puur medische, maar raakt vertekend door de noodzaak winst te maken.

Daarbij moeten winsten dienen voor het verbeteren van PHC. Op het moment van mijn bezoek aan Ghana was veel scepsis over de omvang van die winsten. Wil het EDP werkelijk leiden tot een versterking van PHC, dan moet er fors geld worden verdient. De winst op Level B moet voldoende zijn om de aangesloten CHW's regelmatig te bezoeken en dus de (door Unicef gedoneerde) motorfietsen te onderhouden en te tanken. Waarbij het dan nog de vraag is wat het belang van Level B's is om hun winst te zien verdwijnen in het ondersteunen van CHW's.

Bovendien voorziet het Bamako-Initiatief in een grote autonomie voor gemeenschappen bij het bepalen van de winstmarge op geneesmiddelen. Daarbij zullen armere gemeenschappen kunnen beslissen de prijs zo laag mogelijk te houden. Daardoor zal er daar weinig of niets overblijven van de winst (als de CHW al in staat is zijn revolving fund te beschermen tegen het monster van de inflatie). Dan betekent PHC hoogstens dat essentiële geneesmiddelen beschikbaar zijn.

Volgens Ninha mag het Bamako-Initiatief geen verkapte overheids-bezuiniging worden. Unicef gaat ervan uit dat MoH haar volledige budget blijft behouden en alleen het budget voor geneesmiddelen zal inleveren. Het Ministerie moet ervan overtuigd worden dat zij moet opdraaien voor de extra logistiek die nodig is om de structuur van het Bamako-Initiatief op te zetten. Dus betalen voor het vervoer van Level B naar de dorpen met een CHW, om die te steunen en te controleren.

De lessen uit het verleden van de CHW's lijken geleerd. Zonder inbedding van CCA's in het systeem van volksgezondheid, bleek het grootste deel van hen al spoedig af te vallen. De CHW's moeten in het Bamako-Initiatief daarom regelmatig contact hebben met het hogere echelon.

De problemen zijn daarmee niet opgelost, ze beginnen pas. Het opleiden van CHW's werd in het verleden beschouwd als een goedkope manier om gezondheidszorg op gemeenschapsniveau beschikbaar te maken. het Bamako-Initiatief maakt duidelijk dat het begeleiden en superviseren van CHW's, als instrument voor PHC juist zeer kostbaar is. Niet alleen dienen zij opgeleid te worden, maar bovendien moet menskracht beschikbaar komen om hen regelmatig te bezoeken.

Het introduceren van het winst-concept in gemeenschappen ten dienste van collectieve ontwikkeling stelt echter eisen aan management-capaciteiten. In de Baseline Studie blijkt dat hoewel op gemeenschapsniveau wel allerlei samenwerkingsverbanden bestaan, er een groot gebrek is aan management-potentieel, vooral waar het gaat om financiële zaken.

Toenemende ongelijkheid?

Eigen bijdragen voor curatieve zorg betekent dat zieken hogere lasten moeten dragen voor gezondheidszorg dan gezonde mensen. Omdat over het algemeen armen in een slechtere gezondheidstoestand verkeren dan rijkere, neemt daardoor de welvaartskloof toe.

Ook aan de aanbodkant kan het concept 'zelffinanciering uit winst' leiden tot een structureel groeiende ongelijkheid in de kwaliteit van de aangeboden zorg tussen verschillende instellingen. Waar financiering uit belastingen of uit collectieve verzekeringen leidt tot redistributie van inkomen, gaat het Bamako-Initiatief uit van een bedrijfseconomisch aanpak. Een bedrijf dat winst maakt zal groeien waardoor de omzet kan stijgen en de groei verder kan doorzetten. Bedrijven die niet groeien zullen de slag om de klant verliezen en afvallen.

Toegepast op de Ghanese gezondheidszorg betekent dat dat alle instellingen vanuit concurrentieverhoudingen moeten worden benaderd. Dat betekent dat kleinere instellingen met een kleinere markt minder omzet zullen draaien en daardoor minder kunnen investeren in hun aanbod. Oftewel: in het noorden waar mensen minder geld hebben en de klinieken veelal slechter zijn uitgerust en onderhouden dan in het zuiden, zullen minder medicijnen worden verkocht waardoor minder winst wordt gemaakt. Terwijl het Bamako-Initiatief als doelstelling heeft PHC voor iedereen binnen handbereik te brengen, bestendigt het Initiatief de trend van groeiende ongelijkheid tussen de armere en rijkere delen van Ghana. In rijkere gebieden worden ziekenhuizen, klinieken en gezondheidsposten wellicht florerende bedrijven, terwijl in de armere streken dorpsgezondheidswerkers hun revolving funds nauwelijks aan de klauwen van de inflatie zullen kunnen onttrekken. Bovendien ontvangen instellingen die meer geneesmiddelen omzetten meer gratis Bamako-medicijnen.

Ninha wijst opnieuw op de verantwoordelijkheid van de overheid en de districten. Wellicht zou een deel van de winst kunnen worden afgeroomd en elders geïnvesteerd. Dat mechanisme van cost-subsidies wordt feitelijk toegepast bij het financieren van gratis geneesmiddelen voor bij voorbeeld TBC patiënten.

Opnieuw roept een mooie oplossing voor problemen veel nieuwe vraagtekens op. Een systeem voor herdistributie van winsten, zal de drang naar decentraliseren doorkruisen. Maar herdistributie is noodzakelijk wil het Bamako-Initiatief een werkelijke bijdrage kunnen leveren aan het doorbreken van trends in de Ghanese gezondheidszorg die stammen uit de koloniale

geschiedenis en zijn voortgezet tijdens het ERP.

Rationeel geneesmiddelengebruik

De nadruk die wordt gelegd op het maken van winst zal waarschijnlijk niet bijdragen aan de oplossing van het grote probleem van overconsumptie van medicijnen. Integendeel, voor gezondheidszorg-instellingen is het van levensbelang een zo groot mogelijke omzet te maken en niet om het voorschrijfgedrag te beperken. De verbeterde beschikbaarheid van geneesmiddelen onder Cash en Carry en het Bamako-Initiatief -wat op zichzelf een goede ontwikkeling is- zal daaraan extra bijdragen.

Ondanks dat zowel Ninha als Asiana benadrukken dat in de opleidingen (met name voor CHW's) veel aandacht zal zijn voor het beperken van geneesmiddelengebruik door preventie, onderkennen zij ook de concurrentie die CHW's van drugs-peddlers ontmoeten. Die handelaren voorzien dorpen al jaren van -vaak heel krachtige- geneesmiddelen. Die geneesmiddelen hebben veel aanzien, zeker ook omdat ze duur zijn. Het lijkt niet al te gewaagd te veronderstellen dat Ghanezen, net als mensen in het Westen, geconditioneerd zijn om veel heil te verwachten van pillen en injecties die op een makkelijke wijze problemen oplossen. Als de CHW daarbij voor het uitvoeren van preventieve activiteiten eerst nog winst moet maken op die pillen en injecties, lijkt er geen enkel belang om terughoudend te zijn met het aanbieden van geneesmiddelen.

Een ander aspect van rationele geneesmiddelenconsumptie is het eerder aangestipte fenomeen van de small-small consumptie van geneesmiddelen. De hoge kosten van medicijnen veroorzaken een koopgedrag van kleine hoeveelheden. Er wordt veelal niet uitgegaan van de noodzaak een kuur af te maken; als de koorts gezakt is, wordt gestopt met het slikken van pillen tegen malaria of het innemen van antibiotica. De kans neemt daardoor toe dat allerlei micro-organismen slechts ten dele worden uitgeschakeld en resistentie ontwikkelen tegen bepaalde middelen. Daardoor zal een volgende aanval moeilijker te bestrijden zijn.

De nadruk op geneesmiddelen-gebruik in het Bamako-Initiatief, is strijdig aan de doelstellingen van PHC waarbij juist de preventie en het bevorderen van eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun gezondheid, centraal staan.

Aarzelende overheid

Binnen het Ministerie van Gezondheid bleek veel aarzeling te bestaan over het Bamako-Initiatief. Gezien haar ervaringen met het falen van haar CCA-programma, waren de twijfels van het Ministerie alleszins begrijpelijk. De CCA's bleken zonder steun van de overheid nauwelijks te functioneren. Het Bamako-Initiatief leverde het Ministerie dan ook de nodige zorgen voor de toekomst.

In de eerste plaats gaat het programma van start door de levering van gratis medicijnen in de aanvangsfase. Unicef betaalt daarmee een cruciaal, maar kwetsbaar onderdeel van het nieuwe PHC-concept: de opbouw van revolving funds. Buiten de vraag of het Bamako-Initiatief in de geselecteerde districten die donorafhankelijkheid kan overleven, is dat model voor het armlastige Ministerie nauwelijks te reproduceren voor die duizenden andere gemeenschappen.

In de tweede plaats is het een veeg teken dat de oorspronkelijke doelstelling 300 gemeenschappen in het pilot-project te betrekken, fors moest worden bijgesteld. Vooral in gebieden met veel kleine, verspreid gelegen dorpen, betekent de begeleiding van de betrokken gemeenschappen een geweldige logistieke operatie waarvoor een permanente structuur moet worden opgezet. De

hoge kosten daarvan maken het onmogelijk alle gemeenschappen te bestrijken.

4.3 Conclusies: de droom van Alma Ata

Het Bamako-Initiatief is ontworpen om middelen te genereren voor PHC. Waar de overheid faalde voldoende belastingen te innen én andere prioriteiten had dan PHC bij het aanwenden van haar beperkte budget, moet het Bamako-Initiatief PHC tot leven wekken.

In vergelijking met het overheidsinitiatief om te komen tot een Cash and Carry systeem voor geneesmiddelen, voegt het Bamako-Initiatief twee belangrijke doelstellingen toe: (1) winst op geneesmiddelen ter financiering van PHC en (2) de nadruk ligt op Level A.

Het Bamako-Initiatief in Ghana is geen blauwdruk. Door de vertraging die werd opgelopen in de uitvoering van het project in de vijf pilot-districten, bleken doelstellingen te kunnen worden bijgesteld en het Initiatief meer in de pas te gaan lopen met het nationale beleid met betrekking tot het invoeren van het Cash and Carry systeem. Daarmee sluit het Initiatief meer aan bij de huidige ontwikkeling en wordt de kans vergroot dat het Bamako-Initiatief landelijk vorm kan krijgen.

Het vraagstuk van eigen bijdragen wordt in het Bamako-Initiatief niet werkelijk opgelost. Net als bij Cash and Carry schijnen beleidsmakers vooral uit te gaan van het moeten betalen van eigen bijdragen en zien zij sociale mechanismen die garanderen dat iedereen zal kunnen betalen.

Echter, waar die opvatting geen geldingskracht heeft, naar verwachting vooral in de armere gebieden, zal het in stand houden van revolving funds in gevaar komen. Daarmee wordt een van de pijlers van het Bamako-Initiatief voorzien van een fundering van drijfzand: geen revolving fund betekent geen medicijnen, laat staan winst waarmee PHC kan ontwikkelen. Met het verschuiven van de financiering naar het individuele niveau van zieken en groot-families, wordt de draagkracht van die individuen onvermijdelijk de basis voor PHC.

Hoewel de verwachting niet ongegrond lijkt dat de groot-familie en gemeenschapssolidariteit mechanismen van redistributie van inkomens zijn, vereist het revolving fund en de planning op lokaal niveau een nieuwe balans tussen formele en informele aspecten binnen relaties. De geneesmiddelenvoorraad en het revolving fund moeten uitdrukkelijk worden onttrokken aan het mechanisme van sociale solidariteit. In de armere streken in Ghana zal dat ongetwijfeld leiden tot meer spanningen dan in gebieden waar gemeenschappen relatief veel middelen tot hun beschikking hebben.

Ook het Bamako-Initiatief is gebaseerd op de langzamerhand steeds meer onhoudbaar blijkende opvatting dat PHC goedkoop is en dat het falen ervan in de Derde Wereld het resultaat is van incompetent overheden. Het streven PHC te verbeteren in Ghana, blijkt een kostbare aangelegenheid. Zeker via de uitgangspunten van het Bamako-Initiatief, dat hoge eisen stelt aan management op alle niveau's. Het opzetten van een systeem van basisgezondheidszorg gebaseerd op een landelijk netwerk van CHW's, vereist een degelijke inbedding van de dorpsgezondheidswerkers in de structuur van de volksgezondheid. Dat vereist een uitgebreid apparaat van supervisie en begeleiding dat door de Level B's moet worden opgebracht.

De hoge kosten van PHC, zelfs vanuit een gedecentraliseerde opzet, leiden tot een matiging van de winstverwachtingen op alle niveau's van de gezondheidszorg. Waarmee het Bamako-Initiatief voorlopig weinig meer lijkt te bieden dan een EDP.

Het winst-concept kan op verschillende niveau's van gezondheidszorg leiden tot een groter verantwoordelijkheidsgevoel onder het personeel. Zeker in gebieden waar de dichtheid van instellingen dusdanig is dat gesproken kan worden van concurrentieverhoudingen, zal het terugtreden van de overheid kunnen leiden tot minder passiviteit en een meer klant-gerichte benadering.

Omdat rijkere gebieden meer winst kunnen genereren dan armere gebieden, zal het Bamako-Initiatief leiden tot een vergroting van de regionale ongelijkheid in Ghana. De gebieden die het meest verstoken zijn van een goed aanbod van zorg, worden veelal ook gekenmerkt door grotere armoede. Daarom valt niet te verwachten dat zich daar een bloeiende concurrentie zal voordoen. Zonder forse subsidies zal de gezondheidszorg in die gebieden gedomineerd blijven door missionaire charitas en gehaaide drugspeddlers.

Rationeel geneesmiddelengebruik blijft ver weg achter de horizon. De concurrentiegedachte en het maken van winst zijn de uitgangspunten, en bij concurrentie probeert de aanbieder de vrager zoveel mogelijk van dienst te zijn. De klinieken die elk kind met diarree een antibioticum inspuiten, handelen daarmee niet rationeel in strikt medische zin. Maar ze handelen wel rationeel als hun motivatie is dat zonder de injectie zij de moeder en het kind waarschijnlijk niet meer terug zien. Mensen lopen niet uren naar een kliniek om te horen dat hun kind waarschijnlijk ook beter wordt met rehydratiezouten in gekookt water, wat ze zelf kunnen samenstellen.

Natuurlijk is het noodzakelijk gezondheidszorgpersoneel tijdens hun opleiding ervan te doordringen dat het beperken van geneesmiddelengebruik en het benadrukken van eigen verantwoordelijkheden en mogelijkheden van patiënten, verre de voorkeur verdient. Uitgangspunt in het Bamako-Initiatief is echter de mondigheid van de patiënt als vrager op een markt vol concurrentie; en niet de autoritaire arts of verpleger die het beter weet dan de patiënt.

PHC blijkt steeds meer een kostbaar model te zijn. Het is een illusie dat het slechts een financiële verantwoordelijkheid kan zijn van gemeenschappen zelf. Zeker waar gemeenschappen niet beschikken over veel geld, waar veel ondervoeding heerst bij voorbeeld, kan niet verwacht worden dat PHC (zelfs als het slechts gaat om curatieve en preventieve activiteiten -we praten nog niet eens over politieke aspecten van ontwikkeling) gedragen kan worden door goedwillende burgers zonder degelijke ondersteuning -financieel en materieel- van hogere echelons van de gezondheidszorg.

De terughoudendheid van de overheid Bamako te omhelsen als redder van PHC in Ghana is dan ook niet verwonderlijk. Het pilot-project is sterk donorafhankelijk en veel duurder dan aanvankelijk verwacht. Voorlopig zijn de ervaringen met Cash and Carry voldoende bemoedigend om daarop alle aandacht te richten. Zonder voortdurende ondersteuning van donoren, zal de landelijke invoering van het Bamako-Initiatief in Ghana waarschijnlijk nooit het succes halen dat in de pilot-districten kan worden gerealiseerd.

Met de herintroductie van de CHW als spil voor PHC, roept Unicef de mooie droom van Alma Ata in herinnering. Maar ook komt groot in beeld dat een goede gezondheidszorg niet voor een dubbeltje op de eerste rang kan zitten. Ninha wilde niet eens meer praten van winst op Level A. Zij erkende ook dat het Bamako-Initiatief niet zelffinancierend kan zijn. En daarmee zijn we weer een heel eind terug in de geschiedenis, waar 'Health for all' wordt belemmerd door het krappe budget van overheden in Derde-Wereldlanden en de politieke keuzen die worden gemaakt ter aanwending van de beperkte middelen.

HOOFDSTUK V CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

1. Structurele Aanpassings Programma's

Structurele Aanpassingsprogramma's zijn een reactie van de Westerse financiële instellingen op de economische stagnatie in Derde-Wereldlanden, die een bedreiging betekende voor de wereldeconomie en de politieke stabiliteit in de Derde Wereld.

Veel Derde-Wereldlanden, waaronder Ghana, zagen zich na hun onafhankelijkheid geconfronteerd met een zware koloniale erfenis. De nieuwe heersers in Ghana troffen een economie aan die eenzijdig was geïnteresserd op de export van slechts enkele produkten naar het koloniale 'moederland'. De infrastructuur was alleen ontwikkeld in economisch belangrijke gebieden. Er waren nauwelijks mensen door de Engelsen opgeleid, zodat een intellectueel potentieel ontbrak dat in staat was de gigantische uitdagingen daadkrachtig aan te pakken. Ook de gezondheidszorg was sterk gericht op het koloniale belang en gebaseerd op curatieve, Westerse ziekenhuiszorg. Economisch minder interessante gebieden waren afhankelijk van missionaire charitas en geïsoleerde traditionele genezers.

Na de onafhankelijkheid kwam in Ghana een regering aan de macht die ernst probeerde te maken met het opbouwen van het land. Zij concentreerde zich op het omvormen van de koloniale eenzijdigheid op economisch en sociaal gebied. Dat leidde tot vaak massale investeringen in grote projecten en pogingen om de positie van achtergestelde groepen te verbeteren, bij voorbeeld door voedselsubsidies, het aanbieden van gratis gezondheidszorg en het streven naar PHC. Zeker aan het eind van de jaren zeventig, toen Westerse banken werden overspoeld met oliedollars, werd die ontwikkeling op grote schaal gefinancierd met geleend geld.

De voor ontwikkelingslanden vijandige wereldmarkt leidde tot veel teleurstellingen in de landen die probeerden hun exporten op te voeren. Inkomsten bleven uit, de schulden en rente liepen op, de werkloosheid nam toe, en de noodzakelijke investeringen in de fysieke en sociale infrastructuur bleven uit. Ondertussen liepen velen van de broodnodige intelligentia weg naar het buitenland.

Omdat de oplossingen niet konden worden geïmporteerd en de schulden opliepen, keerde ook Ghana zich naar binnen. De overheid werd een steeds groter wordend mechanisme van redistributie; niet alleen door subsidies en prijscontroles maar ook door het verschaffen van betaalde banen binnen de overheid (ministeries, onderwijs, gezondheidszorg, staatsbedrijven). Ondanks dat die redistributie ten koste ging van de efficiëntie en vaak ook niet rechtvaardig verliep, profiteerden velen van het groeien van de overheid. Zo werd de armoede eniszins verdeeld, maar stagneerde de economische ontwikkeling en investeringen in de sociale sector, verslechterde de gezondheid van groepen mensen en stagneerde de afbetaling van de schulden.

De crisis escaleerde steeds verder in de jaren zeventig, en er moest iets gebeuren. Om Derde-Wereldlanden weer op te nemen in het economische wereldsysteem (waarbinnen de Westerse producenten vanwege hun overproductie voorturend op zoek zijn naar afzetmarkten), en hun schuldbetalingen weer op gang te laten komen, greep het Westen in met SAP's.

SAP's ademen de geest van het tijdperk van de Reagans en Thatchers met een groot vertrouwen in de markt als systeem voor de distributie van inkomens. Zowel de internationale markt, waarvan SAP-landen zich niet langer

mogen afsluiten; alsook de binnenlandse markten van Derde-Wereldlanden, die dan ook worden overspoeld met produkten uit het buitenland. Vanuit de SAP-ideologie leidt dat tot een economische herziening die is gebaseerd op concurrentie: elk land zal zich daarin specialiseren waarmee het het beste kan concurreren op de wereldmarkt. Voor Ghana ligt de nadruk op cacao.

Binnenlands veroorzaakte het ERP in Ghana het terugdringen van de overheid als mechanisme voor redistributie van inkomens: afschaffen van subsidies en prijscontroles; privatisering van overheidsbedrijven; afslanking van het overheidsapparaat; een marktgerichte houding in het aanbieden van diensten. Te weinig wordt daarbij onderkend dat de structuren die worden afgebroken wel degelijk belangrijke functies vervulden, bij voorbeeld omdat ze leidden tot een systeem van 'gedeelde armoede', en dat het ERP gaten achterlaat. Het uitvoeren van PAMSCAD, is een te magere poging is de om die gaten op te vullen, omdat het gaat om projecten en niet om een structurele matiging van de negatieve invloed van de markt.

Het Europese model leert dat welvaart voor grote groepen pas kan ontstaan als sociale strijd en een sterke overheid leiden tot regulering van de markt. De Derde Wereld moet zich echter voegen naar de ideologie van laissez faire waarin het recht van de sterkste geldt.

Internationaal leiden SAP's tot een groeiend aanbod van slechts enkele produkten. De wereldmarktprijzen daarvoor vertonen dan ook een dalende tendens, waarbij Derde-Wereldlanden wel moeten exporteren om harde valuta binnen te krijgen, zelfs als de produktiekosten onder de prijs dalen. Binnenlands leiden SAP's tot grotere ongelijkheid. In Ghana verslechterde de voedingstoestand van de bevolking. Terwijl dus bepaalde groepen hun welvaart zien groeien, zijn het vooral de armere groepen die een verdere achteruitgang moeten gedogen. Door het loslaten van de ideologie de overheid door het aanbieden tot bepaalde overheidsdiensten (gezondheidszorg, onderwijs) een mensenrecht mensenrecht garandeert, ontstaat in Ghana het schrikbeeld van een verloren generatie mensen die te weinig kunnen profiteren van de markt.

2. SAP en gezondheidszorg in Ghana

De ideologie van gezondheidszorg als mensenrecht in Ghana had niet geleid tot werkelijke ontwikkeling van PHC. PHC werd verondersteld een goedkope methode te zijn om iedereen te voorzien van basiszorg. De Ghanese overheid zorgde voor het opleiden van een leger blote-voetendokters, dat echter een wassen neus bleek door massale desertie. De les daarvan was dat PHC geen goedkope methode was, maar vereiste dat de overheid de CCA's een plaats zou moeten geven in het systeem van volksgezondheid: meer dan korte opleidingen vereist een PHC-aanpak waarin CCA's een centrale rol vervullen dat zij worden begeleid, gesuperviseerd en beloond.

Het Ghanese ERP leidde tot wijzigingen in de financiering van de gezondheidszorg. Ook hier vond de herstructurering plaats vanuit de gedachte dat de zwakke overheid niet in staat was de gezondheidszorg centraal te plannen, voldoende geld te mobiliseren voor de financiering, verkeerde prioriteiten legde. En als de overheid niet voor de mensen zorgt, dan moeten de mensen maar voor zichzelf gaan zorgen. Door naar een privé-kliniek te gaan, of door eigen bijdragen voor de overheidszorg. Daarmee werd de gedachte losgelaten dat gezondheidszorg gefinancierd moet worden vanuit solidariteit tussen zieken en niet-zieken: de gebruiker moet betalen.

Het invoeren van eigen bijdragen had een tweeledig effect op de gezondheidszorg. In de eerste plaats leidde het tot het verbeteren van het aanbod, van medicijnen in ieder geval. In de tweede plaats trad een daling op van het aantal bezoeken aan overheidsklinieken, hetgeen zich vooral op het platteland niet herstelde. Het mechanisme van de groot-familie is blijkbaar niet in staat het effect van de toegenomen kosten volledig te neutraliseren.

Het ERP heeft kortom geleid tot uitbreiding van het particulier initiatief (zowel op winst gericht als NGO's), verbetering van het aanbod van curatieve zorg, en verslechtering van de toegankelijkheid voor bepaalde groepen. Het leidde niet tot budgettaire verschuivingen ten gunste van PHC.

3. Het Bamako-Initiatief: aanbevelingen

De invoering van het Bamako-Initiatief kenmerkt zich door een tweeslachtige ideologie. Terwijl het bedoeld is als verzachting van de gevolgen van het ERP (als onderdeel van PAMSCAD), conformeert het zich in de uitgangspunten volledig aan de SAP-ideologie.

Desondanks dient in het Bamako-Initiatief de PAMSCAD-doelstelling voorrang te krijgen boven de SAP-gedachte. Immers, PHC kan niet worden losgelaten in de jungle van de vrije markt, omdat het bij voorbeeld een illusie is te denken dat met het ontwikkelen van een netwerk van VHW's goedkoop is (dat bleek uit de desertie van vele CCA's), of zelfs winstgevend kan zijn. Bovendien groeit onder het ERP het aantal mensen die juist niet profiteren van de markt. Die mensen leven in de meest deplorabele omstandigheden, zijn het meest verstoken van basale voorwaarden om gezond te kunnen leven (drinkwater, sanitatie, inkomens) en zijn het meest ziek. Omdat het ERP een realiteit is en het Bamako-Initiatief nog slechts in de kinderschoenen staat, moet het Bamako-Initiatief -juist omdat het onderdeel is van structurele aanpassing- het ERP van binnenuit hervormen.

Binnen SAP is de gedachte dat de markt een superieur mechanisme is voor de verdeling van de welvaart. Het Bamako-Initiatief zou daaraan echter moeten toevoegen dat er mechanismen moeten worden gezocht om de markt bij te sturen waar die faalt om mensen een menswaardig bestaan te garanderen. De gezondheidszorg kan daarvoor een goed aangrijpingspunt zijn, en PHC de droom die waard is nagestreefd te worden.

Bij de discussies over het verbeteren van PHC lijkt echter steeds meer te worden uitgegaan van de vanzelfsprekendheid van eigen bijdragen ter financiering van het aanbod van -vooral- curatieve zorg. Verzet tegen die vanzelfsprekendheid is geboden, omdat in de eerste plaats het streven naar solidariteit wordt losgelaten en daarvoor individualisering van betaling in de plaats komt, zonder onderscheid naar draagkracht, waarmee juist armere groepen zwaarder worden getroffen. In de tweede plaats is verzet geboden omdat meer en meer het zoeken naar wegen om PHC te financieren uitgangspunt wordt bij het opzetten van PHC, waardoor de doelstellingen van PHC worden opgeofferd aan de harde realiteit van het geld. De financiering is natuurlijk van groot belang, maar steeds meer lijkt het alsof het de enige reden is waarom PHC zo moeizaam van de grond komt en, sterker nog, dat als er maar geld is, PHC vanzelf vorm krijgt. De politieke onwil om mensen werkelijk meer ruimte te geven om zeggenschap te verwerven over hun ontwikkeling en hun gezondheid, verdwijnt daarmee geruisloos van de agenda en de invoering van PHC wordt een simpel, technisch probleem.

Ook het Bamako-Initiatief beschouwt financiering als het grootste probleem bij de invoering van PHC. Teveel is daarbij individualisering van eigen bijdragen het vanzelfsprekende uitgangspunt. Er zijn echter voldoende redenen te twifelen aan de mate waarin gemeenschapssolidariteit het effect van de eigen bijdragen kan matigen. Daarom moet het Bamako-Initiatief meer aandacht schenken aan het zoeken naar een balans tussen individuele betaling en collectieve financiering. De huidige opzet ademt weerzin tegen de opvatting dat PHC een collectief goed is. Die weerzin kan als een boemerang terugslaan op het streven PHC te verbeteren.

De toenemende ongelijkheid die inherent is aan het winst-concept, dient

bestreden te worden. Te denken valt aan het uitwerken van een systeem van cost-subsidies, waarbij een deel van de winst wordt afgeroomd en elders aangewend.

Om gezondheidswerkers op alle niveau's te motiveren zich in te zetten voor preventie, dient een bepaalde hoeveelheid geld daaraan te worden besteed; ongeacht de gemaakte winst. Feitelijk betekent dat dat de overheid per inwoner een bedrag voor PHC vaststelt. Waar dat betaald kan worden uit de winst op geneesmiddelen, hoeft de overheid niet bij te springen. Waar echter die winst onvoldoende is, zou de overheid de inkomsten moeten aanvullen tot het vastgestelde bedrag.

Het is ongelukkig dat het Bamako-Initiatief geneesmiddelen heeft gekozen als uitgangspunt. Immers, het uitgangspunt van PHC is ontwikkeling en het zoveel mogelijk voorkomen van ziekten. Daarbij is PHC geen produkt dat met een paar Cedis is aan te schaffen, maar een proces dat de actieve betrokkenheid van mensen vereist om de eigen verantwoordelijkheid over gezondheid en ontwikkeling te vergroten. De nadruk op medicijnen bevordert daarentegen een passieve rol van patiënten als consumenten.

Het zou daarom beter zijn om geen VHW's op te leiden, maar om mensen uit dorpen op te leiden tot 'maatschappelijk-werkers', met een breed takenpakket: scholing van mensen op het gebied van lezen en schrijven, het opzetten van gemeenschapsprojecten, organiseren van vrouwen en boeren op economische belangen, fungeren als schakel tussen gemeenschap en overheid. Die maatschappelijk-werker zou daarbij ook de beschikking moeten hebben over enige essentiële geneesmiddelen. De nadruk zou echter veel minder liggen op curatie en het maken van winst, maar veel meer op ontwikkeling en preventie.

Een dergelijk systeem vereist wellicht meer subsidies dan voorzien in het Bamako-Initiatief, dat PHC financieel zelfvoorzienend wil maken. Echter, goedkope PHC lijkt een illusie en het Bamako-Initiatief voldoet niet aan de voorwaarden om PHC in armere streken (waar de nood het hoogst is) te laten ontwikkelen. Het inzetten van maatschappelijk werkers heeft echter als groot voordeel dat PHC wordt ontwikkeld vanuit haar doelstellingen en niet vanuit een enkel aspect ervan.

Een pleidooi voor een meer omvattende aanpak van PHC kan echter sneuvelen op het slagveld van vruchteloze experimenten. Of eerder. Overheden zijn vaak nauwelijks in staat hun departementale fragmentatie te overstijgen en met ontwikkelingsplannen te komen die samenwerking tussen ministeries vereisen. Dat geldt overigens ook voor de VN-familie. Unicef en de WHO bedachten het Bamako-Initiatief samen met de Afrikaanse Ministers voor Volksgezondheid. Het Initiatief vertoont dan ook trekken van een zekere beroepsblindheid: teveel wordt uitgegaan dat als geneesmiddelen maar vaste voet aan de grond krijgen binnen gemeenschappen, dat dan ontwikkeling vanzelf zal volgen. Hoewel het Bamako-Initiatief zijn intrede maakte via de deur van de matiging van SAP, is het evenzeer besmet met het virus van trickle down.

Slot: de hoge heren van de G-8

De grote moeite die het in Ghana kost om PHC van de grond te krijgen is niet slechts een intern probleem. De Ghanese overheid heeft weinig speelruimte om 'leuke dingen' voor de mensen te doen. Zij is niet eens in staat haar intellectuelen te koesteren en ze te belonen naar hun internationale marktwaarde. De wereldmarkt werkt ook daar averechts: terwijl de wereldbank pleit voor het versterken van de human resources van Derde-Wereldlanden om ontwikkeling te bevorderen, blijken die human resources een van de weinige nieuwe exportprodukten te zijn.

Ondertussen maken Westerse landen ruzie en afspraken over de wereldhandel. Binnen de belangrijkste besluitvormingsorganen (bij voorbeeld de G-7) worden de Derde-Wereldlanden buiten de deur gehouden. Zij moeten nog maar even wachten op de beloofde verbetering die ook de SAP's niet lijken te brengen. En ze zullen nog wel even moeten wachten: de GATT besprekingen lijken weinig voor ze in het vat te hebben, massale kwijtschelding van schulden ligt niet in het verschiet, aller ogen zijn nu gericht op het voormalige Oostblok. Alternatieven die de Derde Wereld zelf aandraagt, bij voorbeeld in het rapport van de Zuid-Commissie of het African Alternative Framework, vinden veel te weinig gehoor. Steeds meer lijkt het alsof Afrika niet veel te verwachten heeft van de rijke wereld. Maar daarin ligt misschien de grootste uitdaging voor de toekomst, waarin de Afrikaanse landen zelf het initiatief voor hun ontwikkeling in handen nemen en hun deel van de overvloed in de wereld niet meer dankbaar moeten aanvaarden als een aalmoes van de rijken, maar zullen opeisen als een historisch recht.



GEBRUIKTE LITERATUUR

Anyinam, Charles A. The social costs of the International Monetary Fund's Adjustment Programs for poverty: the case of health care development in Ghana. In; International Journal of Health Services, vol. 19, no. 3, 1989. pp 531-547

Baseline survey for implementing of the Bamako Initiative in Ghana. By: David Ofori-Adjei, Agnes B.Amoa, Sam Adjei. MoH/Unicef, Bamako Initiative Management Unit UNICEF, New York, December 1990. 74 pag

Borne, Francien van den, Wendy Koolhoven. Westerse gezondheidszorg in Ghana. In: Ghana Nieuwsbrief winter 1984 (themadubbelnummer gezondheidszorg). Landelijke Ghanawerkgroep. pp 6-11

Chabot, HTJ. Health and structural adjustment. In: Sub-Saharan Africa: Beyond Adjustment. Voorbereidingsmap Afrika-seminar. DGIS, juni 1990. pp 210-222

EIU (The Economist Intelligence Unit). Ghana country profile 1990-91, annual survey of political and economic background. London 1990. 40 pag

Elson, Diana. The impact of structural adjustment on Women: concepts and issues. In: Bade Onimode (ed) "The World Bank, the IMF and the African Debt". Volume II, London/New Jersey. pag 56-73

Ettema, Maarten, in samenwerking met de gastredactie. De aanpassing voorbij? In: Contekst, themanummer "Sappig beleid" 10e jaargang no.3 1990. pp 6-15

G.o.G. (Government of Ghana). Programma of Actions to Mitigate the Social Costs of Adjustment (PAMSCAD). November 1987. 22 pag met bijlagen

Griffith-Jones, Stephany. Debt Reduction with a Human Face: The IDB and UNICEF Initiative. In: Development, 1989, 1.

Hamel, Jacob L. User charges - do they matter? a case study of user charges in relation to morbidity, utilisation and prescriptions in two government health facilities in Ashanti Akim District in Ghana. (Part of a masters thesis) Liverpool School of Tropical Medicine, October 1989. 95 pag

Hansma, Guite en Arnold Peters. Health, health care and structural adjustment. In: Sub-Saharan Africa; Beyond Adjustment. Voorbereidingsmap Afrika-seminar. DGIS, juni 1990. pp 223-233

Horst, Jan van der. Traditionele en moderne geneeskunde, op zoek naar samenwerking in Ghana. In: Ghana Nieuwsbrief winter 1984 (themadubbelnummer gezondheidszorg). Landelijke Ghanawerkgroep. pp 19-33

IMF (Peter S. Heller e.a.). The implications of Fund-supported adjustment programs for poverty, experiences in selected countries. Washington D.C. May 1988. pp 1-6 en 32-37

Kanji, N. Charging drugs for Africa. Unicef's Bamako-Initiative. In: Health Policy and Planning, 4 (2), 1989. pp 110-120

KNV/NIO. Afrika in de Bankschroef. Verslag van het KNV/NIO-congres op 4 maart 1989

M.o.H.(?) 1988 (Ministry of Health Ghana). Second national report on national health for all strategy evaluation (1985-87). March 1988. 21 pag met bijlagen

M.o.H.(?) 1989 (Ministry of Health Ghana), E.E. Amuah (e.a.). A review of CCA operations in Ghana. October 1989. 46 pag

Meima, Fokke, Elsbeth Wubbe. Wellicht is gezondheid voor de meesten in het jaar 2000 haalbaar, basale gezondheidszorg in Assin distrikt. In: Ghana Nieuwsbrief winter 1984 (themasubbelnummer gezondheidszorg). Landelijke Ghanawerkgroep. pp 47-59

Mooij, Jos. Structural adjustment and health policies. Paper written for the tutorial on demography by Pieter Streefland, Centre for Asian Studies, Amsterdam, May 1990. 15 pag

Navarro, Vicente. A critique on the ideological and political positions of the Willy Brand report and the WHO Alma Ata Declaration. In: Social Science and Medicine, 1984, vol 18, no. 6. pp 467-474

Novib. Ghana, een landenmap geschreven door Steef Vooren. Novib, Den Haag 1983. 32 pag.

Payer, Cheryl. Causes of the Debt Crisis. In: Bade Onimode (ed) "The World Bank, the IMF and the African Debt". Volume II, London/New Jersey. pag 7-16

Projectvoorstel. Proposal for implementing the Essential Drugs Programme Component, under the Programme of Action to Mitigate the Social Cost of Adjustment (PAMSCAD). zonder auteur (MoH, Unicef?) zonder jaar (1990). 29 pag

Pronk, Jan. Adjustment and development: bridging the gap. In: Development, 1989-1. pp 59-66

Selowsky, Marcelo. Adjustment in the 80's: an Overview of Issues. In: Finance and Development june 1987. pag 2-5

Senah, Kodjo. Problems of the health care delivery system. In: The state, development and politics in Ghana. CODESRIA BOOK SERIES, London 1989. pp 242-267

Shelly, Toby. Answers to Solutions. In: West Afrika, 17-23 july 1989. pag 1160-1162

Social Science and Medicine, vol. 15A, no. 4. Special issue: Health needs and health services in Rural Ghana. July 1981. pp 397-517

UNDP. Human resource development for Primary Health Care. Evaluation study no. 9. 46 pag

Unicef. Adjustment policies and programmes to protect children and other vulnerable groups in Ghana In G.A. Cornia, Richard Jolly, Francis Stewart (eds): "Adjustment with a human face", vol. II, New York 1989. pp 93-125

US House. Structural adjustment in Africa: insights from the experiences of Ghana and Senegal, report of a staff study mission to Great Britain, Ghana, Senegal, Cote D'Ivoire and France, Nov.29-Dec.20 1988. U.S. Government

printing office, Washington 1989. 20 pag

Vaessen, Thieu. De Aanpassing van de Wereldbank. In: *Intermediair*, sept 1987. pag 49-53

Veen, Hans van de, De Oorlog om de Wereldbank. In: *Onze Wereld* (schulden-special) juni 1988

Waddington, Catriona, K.A. Enyimayew. User charges in Ghana, raising money and deterring patients. In: *Sustaining PHC in Africa: community participation and financing*. "A joint NGO/Unicef study conference", Freetown, Sierra Leone 1989, background documents. Health Action International (HAI)-Europe. 29 pag

Waddington, Catriona, Nii Ayite Colemann. Who controls the recourses? A case study of the decentralisation of district health service financing in Ghana. Regional Health Administration Volta Region, Ho 1990(?), 12 pag

Warren, Dennis M. The expanding role of indigenous healers in Ghana's national health delivery system. In: *African medicine in the modern world*. Proceedings of a seminar held in the Centre of African Studies, University of Edinburgh, 10 and 11 December 1986. pp 75-86

Wemos (Willem Crebolder, Maarten Ettema, Johan Gort, Guite Hansma, Jaap Kemkes, Lea Kloosterman, Arnold Peters, Keimpe Stroes). SAP lest de dorst niet, gevolgen voor gezondheid en gezondheidszorg van de structurele aanpassingsprogramma's in de Derde Wereld. Stichting Wemos, Amsterdam juni 1991. 115 pag

Wolffers, I. De toekomst van Primary Health Care. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1989, 133, nr. 47. pp 2348-2351

World Bank. Sub-Saharan Africa: from Crisis to Sustainable Growth, 1989

World Bank. Financing health services in developing countries. A World Bank Policy Study (summary). World Bank 1987. pp 1-9

World Bank. Targeted Programms for the Poor during Structural Adjustment, a summary of a symposium on poverty and adjustment, Washington DC, april 1988. In: *The World Bank Economic Review*, vol 2, nr 3, sept 1988. 35 pag

World Bank. Ghana population, health and nutrition: sector review. Report 7597 GH, March 1989. 82 pag

PAPER (22 November 1990)

The implementation of the Bamako Initiative in Ghana,
as a means to strengthen Health Services
at the grassroots level.

Possibilities and dilemmas

By Maarten T.A. Ettema, MSc student in Rural Development Sociology and Tropical Health Care, at the Agricultural University of Wageningen, the Netherlands

1. INTRODUCTION

Rural development and health are closely linked issues. Not only because healthy people are a precondition to start productive development and economic growth. But also because health as well as development have to start with the people themselves. The key to both should be the growing awareness of people about their potentials to increase control over their environment, social as well as political and physical.

The Bamako Initiative aims to strengthen the health delivery system with participation of rural communities. Essential drugs will be made available, also at the grassroots level. The supply of essential drugs will be guaranteed by a revolving fund system. Profits are expected at all levels of the health care system. Those profits will be used to improve PHC activities.

Because the Bamako Initiative is strongly appealing to the involvement of rural communities, this should increase their control over the health of their members. It can also stimulate PHC and related community cooperation to improve prevention and to increase social and political well being (e.g. by water management, sanitation, food production, storage and marketing, literacy, etc).

During my two months visit to Ghana, I tried to observe the implementation of the Bamako Initiative. This paper is meant to discuss, while I am still in Ghana, some observations and issues that came up in several discussions and interviews.

2. OBJECTIVES

The main objective of this paper is to analyse the possibilities and constraints of the Bamako Initiative to strengthen PHC at the grassroots level. The focus is on several questions:

- Which setbacks and problems caused the delay in implementing Bamako, and how can they be eliminated?
- How will Bamako solve the problems that faced the government in bringing drugs to communities by training Community Clinical Attendants (CCA's)?
- In what way is Bamako taking into consideration the issue of equity?
- Is the government of Ghana willing and able to implement Bamako nationwide?
- How is rational drugs use promoted?

3. RESEARCH QUESTIONS

This paper is part of a study about developments in the health care sector in Ghana, in relation to the Economic Recovery Program. This study began in Holland with an analysis of the ongoing economic crisis and its impact on health and health care in Ghana. The focus was on Ghana's Economic Recovery

Program (ERP). It was argued that cost recovery of health services and drugs, and also the Bamako Initiative, are part and parcel of the ERP. In ERP, privatisation and competition are seen as the key to development.

In Ghana, background literature and data were collected on Bamako and cost recovery. Also structured and non-structured interviews were held with key informants at the national level and in some of the districts selected as Bamako pilots (Asunafo, Jasikan, Yendi). There I discussed with members of District health Management Teams (DHMT's), staff of health facilities and some patients.

4. EXPECTED FINAL RESULTS

- Hopefully, this paper will be a contribution to the ongoing discussion about the implementation of the Bamako Initiative. It has been discussed with the District Medical Officer of Yendi and an informant of the Ministry of Health (MoH). After rewriting, it is presented to UNICEF and to the National Coordinator of the Bamako Initiative at the MoH.
- This paper will be the basis for a masters thesis on Tropical Health Care.
- A summary will be presented in English, to broaden the discussion about cost recovery and the Bamako Initiative.

5. PRELIMINARY FINDINGS

A. The Bamako Initiative in Ghana: Background and accomplishments to date

Since 1979 the government of Ghana has adopted PHC as its main strategy for improving the health of the population. Despite some modest gains, the health status of the people as a whole remained poor. Even 70% of the population has no access to modern scientific medicine. Statistics on crude death rate, infant mortality, maternal mortality, malnutrition and the prevalence of diseases like malaria, measles, pneumonia, kwashiorkor, marasmus and other preventable diseases, are not very encouraging. Also after the disaster year 1983 and the implementation of the ERP, health status was deteriorating.

As a result of the negative impact of ERP on social indicators, the government designed a Programme of Action to Mitigate the Social Cost of Adjustment (PAMSCAD). Under this programme, UNICEF, WHO and USAID supported the component in PAMSCAD to develop a community level essential drugs supply programme. UNICEF's Bamako Initiative was started in five districts, as a pilot project.

Until now, several activities have been undertaken:

- in several workshops DHMTs were informed and trained in the Bamako Initiative approach, and discussed it;
- a baseline survey was done in all the pilot districts;
- district level workshops informed and trained MoH staff;
- transport was provided;
- in some districts, communities were selected and trained;
- drugs stores were built (3) or are under construction (2);
- drugs were supplied to the regional stores, or sometimes stored at district level.

B. Constraints

The implementation of the Bamako Initiative is well behind schedule. The results of some studies will come soon. Then guidelines can be provided for drug management. These guidelines probably will follow the national guidelines for the Cash & Carry system, which will be implemented nationwide

soon.

The fact that the programme is behind schedule, causes budgetary problems. Budget was made available for 1989 and 1990. Moreover, the Bamako Initiative has been promoted and raised expectations, which could be frustrated. On the other hand, these delays show the complexity of the Bamako Initiative already in an early stage. The time now available, should be used to continue discussing the difficult issues involved.

6. DISCUSSION

A. The concept of profit

The Bamako Initiative is founded on the philosophy that the profits made on drugs sales and consultations can be used to strengthen PHC, and MCH in particular. In the initial stage, drugs will be provided relatively cheap. So by selling them on the normal price, some profit is made.

- The managing of profits and funds, the possibility to control and spend them, can make staff more responsible for delivering adequate services to the public. Moreover, the control will decrease dependency on MoH funds, which may improve motivation among staff.

- The concept of profit on drugs might, on the other hand, increase so called irrational prescription of drugs. On the one hand because revolving funds will improve the drug delivery system. But on the other hand, the sale of more drugs will benefit the facility.

- The profits should improve PHC. Until now, however, it remains unclear if profits at level B will be large enough to maintain the extra logistics, used for supervising and motivating the communities (Community Health Workers, (CHWs) and Community Health Committees (CHCs)).

- Poor and small communities, which are e.g. not able to remunerate the CHW in cash, will probably not yield any profit. There might be even a constant threat of decapitalising the revolving fund.

B. Ability to pay

As stated often, the need to pay for drugs does not always reflect the ability to do so. This issue is concerning policy makers in cash and carry too. However the extended family may cater for many paupers, I was told that sometimes patients will not be able to buy the full amount of drugs prescribed. Instead they will buy and use drugs "small-small". With all obvious risks.

- In Bamako, however, another problem might be added. The CHW, as a full member of his/her community, will be approached by a disproportionate large number of relatives and relations, to deliver free drugs. The idea of a revolving fund will be alien to most rural communities and informal relations will hold the constant risk of decapitalising the revolving fund. Therefore, time and guidance are needed to promote the importance of sustaining the revolving fund. The CHC should play a key role.

- However, for small and poor communities it might be extremely difficult to keep drugs in stock when people cannot pay. Those communities influenced by seasonal fluctuations in income, will need to be subsidised.

C. Equity

In Bamako, equity is taken into account in the following ways:

- communities will decide on the remuneration of the CHW, either in cash or

in kind;

- communities will decide on the mark up (profit) on drug prices (within certain limits) to cater for the poor;
- communities will decide which members will be exempted from payment.

Especially in poorer communities (e.g. with severe seasonal fluctuations in income) the ability to pay will be limited. So many people need to be exempted. However, because of the limited ability to pay, the mark up on drugs will be as low as possible. When many people in the community are poor, this system will not yield enough profit to exempt the many that need to be exempted.

The focus in Bamako is on individual facilities and communities. Profits and funds are to be controlled by the facility or the community where they are made. Whilst more affluent areas will be able to yield more profits, they will be able to expand their health facilities. The discrepancy between the more affluent and poorer areas (which also are the most deprived in coverage by health facilities) will increase. Moreover, richer areas with higher present consumption will profit more from the donation of free Bamako drugs.

D. Governments hesitation

At present, the government of Ghana is sceptical about the CCA-concept. Many trained CCAs are not functioning anymore because of:

- lack of ability or willingness in communities to support them;
- irregular supply of drugs;
- limited supply of drugs made some CCAs to buy drugs privately to satisfy demand (e.g. giving injectables);
- CCAs were often part of the communities power structure.

The Bamako approach can prevent some of the failures made. There will be a CHC supervising the CHW. The revolving fund will improve the drugs delivery system.

In my view, it is necessary to introduce and expand the essential drugs supply to level A very slowly and carefully. Constant monitoring in the initial stage is needed to recognise all possible problems (like CHWs becoming community doctors; or CHWs using their position as a power base).

Failing of Bamako at level A will be a severe set back for the attempt to bring essential drugs to the communities.

The supervision by level Bs, therefore, will be the cornerstone of Bamako. The motivation of level B staff and communities are seen as the basis for succes of the Initiative. No sanctions measures (other than eliminating communities from the program) are envisaged. And that, since expectations are sometimes very high. One DMO told me one of the villages is now expecting to get a hospital through Bamako.

E. Rational prescription behaviour

- The concept of profits on drugs as such, will probably increase irrationality of supply
- On the community level, however, sometimes drugs peddlers have been providing drugs for many years. Sometimes very potent drugs (antibiotics, steroids). The demand on the CHW to act as such can be hard to resist.

6. CONCLUSIONS AND POSSIBLE SOLUTIONS

The concept of Bamako is an appealing one. Especially because it tries to

improve health services with the participation of the people involved. At the same time it stresses the responsibility of MoH staff and communities to plan and manage the handling of drugs. The implementation of Bamako is well behind schedule. That, however, creates time which can be used to discuss and find solutions for some basic problems that arise.

My impression is that Bamako has started too much in a hurry. Especially the involvement and preparation of communities should be a very careful, closely monitored process, that need to be developed step by step. Because the issue of bringing drugs to the communities is a very delicate matter in Ghana, the successful functioning of CHWs will be the major touchstone on which Bamako will be judged.

Profit made by the sale of drugs, will be a stimulus for staff to provide adequate services to the public. On level A, however, the concept of profit might raise high expectations. On level A the most important will be the sustainability of the revolving fund. A differential price system for drugs can support the maintenance of revolving funds, also in less affluent communities.

The CHW will be put under pressure to provide free drugs to relatives and friends. In several discussions the idea came up to put an outsider on the job. This could be a Community Health Nurse, also having the advantage to have access to more different kinds of drugs. Or it could be a social worker, trained e.g. in organising women on economic activities and literacy courses. That would also shift Bamako's focus from drugs to development.

The regional inequity in the ability to yield profits and to invest in health services, asks for a strategy of national redistribution of profits. However, the ability of more affluent Regions to cater for themselves, should be accomplished by a strategic shift in governments' budgetary allocations.

If UNICEF withdraws from the programme, the prices of drugs in the Bamako districts will rise. Provisions should be made to avoid price shocks.

Rational drugs use will remain a difficult issue. To support CHWs, it could be beneficial to institutionalise some remuneration. Like issuing them ID cards, on which they will be exempted from fees and drugs bills on level B and C. Increasing rationality will need more research on concepts of health and diseases and health seeking behavior.

BIJLAGE 2A

Planning van het Bamako-Initiatief pilot-project in Ghana

ACTIVITY	1 9 8 9 :								1 9 9 0												
	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	O	
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
* Discuss with concerned parties																					
* Operations Research																					
* Identify districts and communities and inform DHMT and IDC																					
* Contacts with communities																					
* Ordering drugs and supplies																					
* Improvement/Rehabilitation of existing storage facilities																					
* Training of staff:- National																					
Regional																					
District																					
* Do baseline Study																					
* Training of Community members																					
* Supply and stock drugs at district level (3 months)																					
* Supervisory visits																					
* Programme monitoring																					
* Supply drugs to Level B (2 monthly)																					
* Supply drugs to Level A (2 monthly)																					
* Ascertain if bank accounts opened																					
* Assess viability of Revolving Fund																					
* Rapid assessment sessions																					
* Evaluation																					
* Refresher Workshops - Districts																					

Level A = Health Post (Community Level), Level B Health Centre

BIJLAGE 2B

Financiering van het Bamako-Initiatief pilot-project

FINANCIAL REQUIREMENTS
(IN US\$)

<u>Total</u>	<u>Activity</u>	<u>1989</u>	<u>1990</u>	
	i) National Workshop	2,500	-	2,500
	ii) Regional Workshops	4,00	3,000	7,000
	iii) District Level	3,000	3,000	6,000
	iv) Baseline District	16,000	-	16,000
	v) Review W/shop at National Level	2,500	3,000	5,500
	vi) Rapid Assessment Costs	4,000	4,000	8,000
	vii) Evaluation	-	10,000	10,000
	viii) Programme Support	38,000	73,000	111,000
	ix) Transport	100,000	50,000	150,000
	x) District Level Medical Stores Rehabilitation	16,000	-	16,000
	xi) Drug Supplies plus Freight	809,000	851,000	1,660,000
	xii) Consultancies	<u>5,000</u>	<u>3,000</u>	<u>8,000</u>
	GRAND TOTAL:	<u>1,000,000</u>	<u>1,000,000</u>	<u>2,000,000</u>

De vakgroep Humane Epidemiologie en Gezondheidsleer geeft deze serie uit. Opgenomen worden scripties, nota's, verslagen en rapporten van studenten en medewerkers van de vakgroep.

Een lijst van publicaties verschenen in de jaren 1974 t/m 1989 is op aanvraag verkrijgbaar bij het secretariaat van de vakgroep.

Publicaties verschenen sinds januari 1990:

25,00	1990-404	Dick Heederik. Epidemiological studies of the relationship between occupational exposures and chronic non-specific lung disease (proefschrift)
12,00	1990-405	J.M. van Langen. Sociale netwerken, materiële hulp en welbevinden
17,00	1990-406	Annette Bergstra en Bernadette Nagelhout. Vrije en enzymatisch gecontroleerde radicaalreacties en kanker
16,25	1990-407	Petra Dongelmans. Het gebruik van de zegels in het babyboekje voor migranten ter ondersteuning van voedingsadviezen
9,25	1990-408	René van den Berg en Paul Kosterink. De invloed van ozon op de peakflow van sportende kinderen
12,00	1990-409	Kees de Schipper. Exposure to total dust in 6 terminal grain elevators
16,50	1990-410	Ria de Peuter en Very Vlaar. Aanzet tot epidemiologisch onderzoek naar de gezondheidseffecten van nitraat
17,75	1990-411	Marjan de Kock en Margit Moorrees. Informatiebronnen welke een rol spelen bij de DKTP- en BMR-vaccinatie bij ouders met kinderen van 14 maanden
**	1990-412	Bert Scheeper en Rob van Strien. Arbeidshygiënisch onderzoek aan een nieuw proces in een ijzergieterij
21,00	1990-413	Jolande Leeuwenburg en Ingeborg Poorterman. Het overblijven op basisscholen. Een exploratief onderzoek
13,25	1990-414	Peter Tamsma. Een onderzoek naar de blootstelling aan zwavelwaterstof bij het mixen van mengmest. "Een vlaag zwavelwaterstof"
**	1990-415	M.J.A. van Tongeren en H. Kromhout. Toetsing van het protocol voor gericht werkplekonderzoek in de rubberverwerkende industrie. Vergelijking van de resultaten van twee verschillende methoden van werkplekonderzoek
¹	1990-416	Dorien van der Drift. De beoordeling van ergoloc
8,75	1990-417	Michiel Fraters. Reproduceerbaarheid van de beroepencodering voor een beroepen blootstellingen matrix
²	1990-418	Hanneke den Breeijen. Validering van de proefversie van de schriftelijke vragenlijst van een cohortonderzoek naar voeding en kanker
**	1990-419	Kees de Schipper. Een onderzoek naar huidandoeningen in de rubberindustrie
13,00	1990-420	Vincent Koch en Marleen de Kok. A health survey of the population of Ponan, Ivory Coast. Children under five and the population associated with them
22,00	1990-421	E.A.M. Hartmans, M.R. Roest en E.I.M. Tjoe Ny. Luchtwegirriterende stoffen in een aramidegaren spinnerij. Karakterisering van de blootstelling aan zwaveldioxide, zoutzuur en zwavelzuur
**	1990-422	Alie Fokkens en Anja Straathof. Het meten van de zorgbehoefte van verpleeghuisbewoners. Resultaten van een proefonderzoek naar de subjectieve zorgbehoefte van bejaarde verpleeghuisbewoners in de gemeente Utrecht
17,50	1990-423	Joke Hoogenboom. Ouder worden, gezondheid en variabiliteit. Een verkennend onderzoek
15,50	1990-424	Rianne Remmerde. Methodologische problemen bij studies naar de effecten van drinkwatervoorzieningen en sanitaire faciliteiten op de gezondheid. Stratificatie, als methode om versturende variabelen uit te schakelen

¹ Dit verslag is verkrijgbaar bij:
IMAG, Postbus 43, 6700 AA WAGENINGEN

² Dit verslag is verkrijgbaar bij:
CIVO-TNO, Postbus 360, 3700 AJ ZEIST, tel.: 03404 - 44144

15,00	1990-425	D.E. Kleijne. Huisartsen en voorlichting over bevolkingsonderzoekeneen telefonische enquête onder 40 Utrechtse huisartsen
22,75	1990-426	Antonique Jonkers en Heidi Kuin. Bekeken en begrepen? Evaluatie van voorlichtingsmateriaal bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Utrecht
**	1990-427	Glyraïne Celestina en Marry van den Top. De relatie tussen gezondheidsklachten, stofconcentratie en kwaliteit van de schoonmaak in kantoorgebouwen
24,00	1990-428	Bert Denen. Peter Pieper op onderzoek in de fabriek. Een arbeidshygiënisch onderzoek bij AVE-BE Oostermeer
17,75	1990-429	Astrid Chorus en Chris Nijboer. De relatie tussen alcohol en borstkanker. Een literatuurstudie en een preliminaire analyse van een patiënt-controle onderzoek
21,50	1990-430	Bernadette Heinen en Gabriëlle Buijnick. "Ik ben een kind als ieder ander, alleen net iets anders". Een retrospectief onderzoek naar vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen bij ouders van kinderen met een ontwikkelingsachterstand in de regio Oost-Gelderland
17,50	1990-431	Irene Bosselaers en Regina in 't Veld. Hartfrequentie respectievelijk systolische bloeddrukverandering in relatie tot totale en cardiovasculaire mortaliteit
13,50	1990-432	Peter Meppelink. Het QT interval in relatie tot totale, cardiovasculaire en ischaemische hartziektesterfte. Een prospectieve studie onder Amsterdamse ambtenaren
20,00	1990-433	Ludovic van Amelsvoort en Els de Vries. Blootstellingsmonitoring door middel van een fluorescent tracer. Methodiekontwikkeling en toetsing in de praktijk
	1990-434	Organisatie en werkwijze van de vakgroep Gezondheidsleer. Studiejaar 1990/91
**	1990-435	Ton Arends en Nienke van Kerkhof. Onderzoek naar de blootstelling aan organisch stof bij een afvaloverlaadstation
15,75	1990-436	Philippe Spapens en Jon Spijker. Onderzoek naar de invloed van het binnenmilieu op basisscholen op de gezondheid van kinderen met CARA
9,75	1990-437	Inge Lardinois. Traditional birth control methods used by the Shona-speaking people in Zimbabwe
20,25	1990-438	Catja Broekhoff en Astrid Heijnen. De relatie tussen P-R interval en sterfte in een gezonde populatie
13,00	1990-439	Joke Korevaar en Patricia Huijbregts. Sterke stijging in het serum cholesterolgehalte rond de menopauze. Een longitudinale studie
**	1990-440	Karolien Westveer en Mieke van der Zijpp. Arbeidsomstandigheden in de fruitteelt en fecunditeit. Een onderzoek naar tijd tot zwangerschap in relatie tot blootstelling aan gewasbeschermingsmiddelen
15,00	1990-441	Marijke Riedstra en Annemarie M. van der Wel. Het effect van calciumneming uit de voeding op bloeddrukveranderingen rond de menopauze. Een longitudinaal onderzoek
12,75	1990-442	Frouwkje de Waart. Matig alcoholgebruik en sterfte aan coronaire hartziekten: 28 jaar follow-up onderzoek
12,50	1990-443	Carla Kivits. Een huis ver van thuis. Een verkennend onderzoek naar de organisatie van het Ronald McDonald huis Nijmegen
11,50	1990-444	Ir. M. Moerman. Voeding en menstruatiepijn. Literatuurstudie en onderzoeksvoorstel
15,00	1991-445	Susanne Hogendoorn. Eten als zorg. Een verkennend onderzoek naar de sociale aspecten van de eetactiviteiten in een psychogeriatrisch verpleeghuis
**	1991-446	Nicole Janssen en Rita Slob. Vochtige woningen en CARA: een onderzoek naar de relatie tussen CARA, vochtige woningen en huisstofmijntageen
**	1991-447	Huub Agterberg. Arbeidsomstandigheden in de fruitteelt. Een inventariserend onderzoek naar de bedrijfskenmerken en het gebruik van gewasbeschermingsmiddelen
33,00	1991-448	W.K. Post, J.S. de Cock en J.S.M. Boleij. Inhoud en organisatie van bedrijfsgezondheidszorg in kleine bedrijven in de agrarische sector. Sectoren: Melkveehouderij & Loonwerk
19,00	1991-449	Petra ter Wal. Riskante leefstijl en gezondheid. Risicogroepen met betrekking tot roken, alcoholgebruik en de afwezigheid van sport in de regio Oost-Veluwe
	1991-450	Bernie Gouders, Gert Kiel, Anita van 't Klooster en Harold van Til. Verslag van een arbeidshygiënisch onderzoek uitgevoerd bij een aardappelmeelfabriek
	1991-451	Maarten Ettema. Een enkele reis naar Bamako. Structurele aanpassings programma's, gezondheid, gezondheidszorg; het Bamako-initiatief in Ghana

* = nog niet verschenen

** = uitverkocht

Voor de inhoud van de publikaties blijven de auteurs aansprakelijk.

Inlichtingen over deze serie kan men verkrijgen bij de secretaresse van de vakgroep Gezondheidsleer, Dreijenlaan 1, Postbus 238, 6700 AE WAGENINGEN, tel. 08370-82080.

E.G. Schouten, secretaris