

‘Criminaliteit’ als normaliteit

Over medicijnvoorziening in Kameroen 1980*

Sjaak van der Geest

In 1965 schreef de Britse politicoloog Colin Leys: ‘It is natural but wrong to assume that the results of corruption are always both bad and important’ (Leys, 1965: 222). Hij was een van de eersten die, voor zover ik weet, afstand nam van het ethnocentrisch standpunt van westerse sociale wetenschappers, moralisten en juristen ten opzichte van ‘corrupte’ ideeën en praktijken van politici en ondergeschikten in zogenoemde ontwikkelingslanden. Het onderwerp was hiermee op de agenda gezet en werd uitgebreid besproken en genuanceerd in de daaropvolgende jaren (zie bijv. Nye, 1967; Huntington, 1968; Scott, 1969 en 1972). Met de relativering en contextualisering van ‘corruptie’ verschoof automatisch ook het begrip ‘criminaliteit’. Criminaliteit wordt gewoonlijk gedefinieerd als van toepassing op alles wat volgens de wet een misdrijf is en daarom strafbaar. Wat als criminaliteit wordt beschouwd, kan dus per land of cultuur verschillen, afhankelijk van de heersende normen en gewoontes. Maar tussen wet en werkelijkheid kunnen grote verschillen bestaan (Kloos & Van der Veen, 1975). Deze bijdrage laat zien dat in het Kameroen van de jaren tachtig in de vorige eeuw wetten allerlei verboden (strafbare feiten) aanduiden die volgens de heersende sociale normen geen verboden waren. Ik schets in deze beschouwing hoe zogenaamde corruptie en criminaliteit in de gezondheidszorg er uitzagen en werkten en vervolgens in de werkelijkheid transformeerden tot aanvaardbaar en correct gedrag. Daarbij zal de nadruk liggen op de distributie en het gebruik van medicijnen en de normalisatie van deze praktijken in het dagelijks leven.

Deze terugblik is gebaseerd op etnografisch onderzoek van ruim veertig jaar geleden en is dan ook op de eerste plaats een historische bijdrage. Volgens betrouwbare bronnen is er sindsdien echter weinig veranderd (verbeterd) in Kameroen. Tchounga en co-auteurs (2021) deden een uitgebreid literatuuronderzoek naar de situatie van medicijnvoorziening en -kwaliteit in Kameroen. Zij maakten onder meer gebruik van WHO-databases en van rapporten en publicaties van het Kameroense Ministerie van Volksgezondheid, en van diverse internationale organisaties die kwaliteit en verspreiding van medicijnen monitoren en bewaken. In totaal werden 92 publicaties en ‘alerts’ geïdentificeerd. Van de 1664 ‘samples’ die op basis van dit onderzoek geselecteerd werden, bleken er 1440 ‘substandard’ of vals te zijn. Hiervan was 67,5% afkomstig van de informele sector, 20,9% van de formele sector en 11,65% van beide sectoren.

* Dit artikel is een gedeeltelijke bewerking en vertaling van een eerdere tekst (Van der Geest, 1982) en een ongepubliceerd conferentiepapier ‘Petty trade, petty corruption and gifts: The routes of pharmaceuticals in South Cameroon’.

Schumann en Streit-Juotsa (2014: 6) merken op dat de publieke administratie in Kameroen strikt hiërarchisch is en corruptie in de hand werkt; een observatie die ik in 1980 al aanduidde als een van de hoofdoorzaken van de dramatisch slechte medicijnvoorziening. In 2013, schrijven de auteurs, stond Kameroen op de Corruption Perceptions Index op de 144e plaats (van de 175). Tot slot, de medisch antropoloog Laura Ciaffi, woonachtig in Kameroen, schrijft mij in een persoonlijk e-mailbericht in 2023:

‘Incapable of assuring a stable supply [of medicines] the government authorised the health services to buy drugs where they want so you can imagine the business and the anarchy. Knowing in addition that there is a huge market of fake drugs and that it is very common to read about a catch of an enormous quantity of fake drugs. But the market is too lucrative to be stopped.’

Deze recente observaties zijn echter niet het onderwerp van mijn beschouwing, maar zij maken de beschrijving en analyse van veertig jaar geleden wel extra relevant voor de lezer van vandaag. Bovendien stemmen ze tot bescheidenheid en frustratie bij de onderzoeker, die moet concluderen hoe weinig invloed zijn onderzoek heeft gehad op beleidsmakers en andere belanghebbenden.

1 Onderzoek

In 1980 deed ik onderzoek naar het gebruik en de distributie van farmaceutische producten in een provinciale hoofdstad in het zuiden van Kameroen. Het was de tijd dat farmaceutische bedrijven onder vuur kwamen te liggen over hun dubieuze praktijken in de zogenoemde Derde Wereld (zie bijv. Gish & Feller, 1978; Melrose, 1982; Silverman et al., 1982; Medawar, 1984). Zo werd onthuld dat een Nederlands bedrijf in India en andere lagelonenlanden anabole steroïden (hormonale spierversterkers) verkochten om de groei van ondervoede kinderen te stimuleren. Er verschenen legio artikelen en boeken over dergelijke praktijken, die veelal gebaseerd waren op ‘paper work’ (promotiemateriaal, bijsluiters, jaaroverzichten, enz.), maar observerend veldonderzoek ter plekke, in de betreffende landen, ontbrak nagenoeg totaal. Mijn intentie was om die lacune enigszins te dichten met een antropologische case study in Kameroen. Ik was vooral gericht op wat er gebeurde aan het einde van de distributielijns, waar zieke mensen aan medicijnen trachtten te komen. We spraken toen van de ‘onbekende medicijngebruiker’. Maar de hogere regionen van de medicijnvoorziening, zoals beleidsmakers, politici en farmaceutische bedrijven, mochten niet ontbreken, al waren deze personen en instellingen niet of nauwelijks te bereiken voor de onderzoeker.

De methoden die bij het onderzoek werden gebruikt, waren gevarieerd en sommige kunnen worden gekarakteriseerd door wat Douglas (1976) ‘investigative research’ noemde. Met deze term bedoelde Douglas een detectiveachtige benadering van het verzamelen van informatie, waarbij de onderzoeker ervan uitgaat dat de meest relevante informatie vaak wordt achtergehouden, terwijl wat wel gezegd wordt bedoeld kan zijn om te verhullen wat er werkelijk gebeurt. Vanzelfsprekend vindt een

dergelijke verhulling plaats wanneer directe antwoorden bedreigend zouden zijn voor de informanten. Dit was zeker het geval voor enkele onrechtmatige praktijken op het gebied van de distributie van medicijnen. In veel interviews heb ik bijzondere aandacht besteed aan tegenstrijdigheden, die de meer verborgen aspecten van de medicijndistributie aan het licht zouden kunnen brengen. Om dergelijke tegenstrijdigheden te ontdekken was het nodig een groot aantal informanten over hetzelfde onderwerp te interviewen, soms formeel, soms casueel. Daarnaast werden rapporten, notulen, rekeningen en brieven – waarvan sommige vertrouwelijk – bestudeerd.

Naast bovengenoemde methoden was directe observatie van en participatie in medicijntransacties van groot belang. De beleefde werkelijkheid is immers alleen te 'betrappen' door er persoonlijk bij aanwezig te zijn. In dit onderzoek betekende het dat ik rondhing bij de verkooppunten van medicijnen, zelf informeerde naar de werking en prijs van medicijnen en medicijnen kocht. Verder ging ik in gesprek met de klanten en als het rustig was met de verkoper. Dat gebeurde vooral in de informele sector, maar ook in de lokale apotheek en de apotheken van ziekenhuizen.

Het onderzoek richtte zich op de verschillende niveaus van de medicijnhandel: de informele medicijnverkoper op markten en in winkeltjes, de erkende legale apotheken, de ziekenhuizen en gezondheidscentra, de nationale farmacie die verantwoordelijk was voor de distributie van geneesmiddelen, en uiteindelijk de schimmige wereld van degenen die onderhandelden met farmaceutische bedrijven. Het etnografisch gedeelte van het onderzoek leidde tot een intrigerende theoretisch observatie: wat ik als corrupt en crimineel beschouwde, vonden de betrokkenen veelal correct en normaal. Maar de ideeën en beoordeling van de praktijken verschilden wel per niveau; onderaan was normaliteit algemeen en openbaar, maar aan de top heerste geheimhouding en ging het uiteraard om grote bedragen.

De conclusies van het onderzoek lieten zien dat corruptie, nepotisme, diefstal op alle niveaus speelden. De titel van deze bijdrage zou daarom ook 'Van grote naar kleine criminaliteit' kunnen zijn. Het eindrapport was echter getiteld: 'La pathologie des services médicaux' en dat viel niet in goede aarde bij het Kameroense Ministerie van Volksgezondheid, noch de inhoud noch de titel. In een reactie van het ministerie werd mij te verstaan gegeven dat Kameroen niet van plan was de wijzers van de klok terug te draaien en de verworvenheid van gratis openbare gezondheidszorg af te schaffen. Mijn belangrijkste aanbeveling was namelijk om het gratis maken van geneesmiddelen die er niet waren te vervangen door een systeem van betaalbare efficiënte medicijnvoorziening, zoals dat gebeurde in kerkgerelateerde (particulier non-profit) ziekenhuizen en gezondheidscentra. Inhoudelijk werd niet ingegaan op mijn voorstel. Ik kom hier later op terug. Vervolgonderzoek vond men dan ook – eufemistisch uitgedrukt – 'niet nodig'. Via slinkse wegen slaagde ik er echter toch in om twee jaar later een korte follow-up van drie maanden te doen. Tot ergenis van het ministerie.

2 'Corruptie'

Mijn werkdefinitie van 'corruptie' (van nu af zonder aanhalingstekens) voor de Kameroense situatie was eenvoudig: onrechtmatig privégebruik van publieke goederen. Er zijn diverse omstandigheden, zowel culturele als structurele, die corrupte praktijken bevorderen. De belangrijkste die worden genoemd door vroege onderzoekers van corruptie in ontwikkelingslanden (zoals Leys, 1965; Nye, 1967; Huntington, 1968; Scott, 1969 en 1972) zijn:

- 1 De voortzetting van traditionele praktijken voor het geven van geschenken. Relaties in traditionele samenlevingen worden in stand gehouden door een wederkerig systeem van het geven van geschenken en het verlenen van diensten. Het voortbestaan van dit gebruik in een samenleving met ambtenaren in loondienst is een vorm van kleine corruptie.
- 2 De overheersing van verwantschapsbanden en andere traditionele loyaliteiten boven moderne bureaucratische verplichtingen. Scott wijst erop dat in nieuwe naties de waarden die aan de staatsbureaucratie zijn verbonden, doorgaans tamelijk formalistisch en vaag blijven. Deze waarden zijn veelal geïmporteerd en nauwelijks geïnternaliseerd. Leys (1965: 224) stelt dat het idee van nationaal belang zwak is, omdat het concept van natie nieuw is. Echte geborgenheid kan alleen gevonden worden binnen de traditionele structuur. Het is dan ook begrijpelijk dat mensen in overheidsdienst de belangen van hun familie of traditionele gemeenschap laten prevaleren boven die van de staat. Dit leidt tot wat in westerse terminologie 'corruptie' en 'nepotisme' wordt genoemd.
- 3 Traditionele politieke waarden benadrukken vaak een eigen kijk op openbare ambten. Deze visie wordt uitgebreid naar de kantoren in de moderne staat. Ambtenaren gaan met publieke goederen om alsof ze aan hen toebehoren en mensen verwachten dat ook van hen.
- 4 Een belangrijke structurele factor die corruptie in de hand werkt, is het belang van de staat als voornaamste bron van goederen, diensten en werkgelegenheid. Wanneer de staat de belangrijkste verstrekker van dergelijke voordelen is, is het niet verrassend dat corruptie een gangbare praktijk is. De neiging om familieleden en vrienden te voorzien van publieke goederen, of deze aan anderen te verkopen voor persoonlijk gewin, wordt nog versterkt door het feit dat de persoon die de leiding heeft niet de eigenaar van de goederen is. Een royale verdeling van het eigen bezit is immers minder rendabel. Het is duidelijk dat de kans op misbruik van publiek bezit toeneemt met de groei van dit publieke bezit.
- 5 Een onderontwikkelde economie is een andere structurele factor die tot corruptie leidt. Deze factor overlapt grotendeels met de vorige, maar bekijkt het probleem vanuit een andere hoek. Een zwak ontwikkelde economie vormt een situatie waarin, in de woorden van Scott (1972: 77), 'macht gemakkelijker rijkdom voortbrengt dan rijkdom macht'. Met andere woorden: het is waarschijnlijker dat 'commercieel succes' wordt bereikt via een politieke carrière dan via directe commerciële ondernemingen. Sandbrook (1975) en anderen spreken daarom van een politieke in plaats van een sociale klasse.

- 6 Een aanzienlijke kloof in opleiding en sociale status tussen ambtenaren en hun cliënten is een andere factor die corruptie vergemakkelijkt. Dit zijn de twee belangrijkste oorzaken hiervan volgens Scott (1972: 15):

'Ten eerste kan de beheerder straffeloos willekeurige beslissingen nemen en steekpenningen en andere bijzondere gunsten afpersen van zijn ondergeschikte cliënt. Ten tweede zal de machteloze cliënt vaker steekpenningen aanbieden in de hoop de afstandelijke bureaucraat in een vriendelijke beschermheer te veranderen en zo een gunstige beslissing in de wacht te slepen.' [mijn vertaling]

Samenvattend kan men zeggen dat grofweg twee soorten factoren corruptie in de hand werken. Eén type komt voort uit de traditionele organisatie van sociale relaties: een pre-monitair systeem dat wordt gekenmerkt door 'meerdradige' sociale relaties wordt voortgezet in een nieuwe sociale omgeving gebaseerd op een markteconomie. Het tweede type factoren heeft betrekking op de economische omstandigheden. Een onderzoek van deze factoren zou erop wijzen dat corruptie het meest waarschijnlijk zal voorkomen in ontwikkelingslanden. Dat wil echter niet zeggen dat 'ontwikkelde' landen er geen last van hebben.

Een vraag waarover de meningen sterk zijn verdeeld is: wat zijn de gevolgen van corruptie? Het is duidelijk dat deze vraag niet in algemene zin kan worden beantwoord. De gevolgen van corruptie hangen grotendeels af van zowel de aard en omvang van de corruptie als de kenmerken van de samenleving waarin de corruptie voorkomt. Een uitgebreide bespreking van de 'toxic en tonic' eigenschappen van corruptie is in dit artikel niet mogelijk. De vraag die ons hier vooral interesseert is: wat voor effect heeft corruptie op de distributie van medicijnen in Zuid-Kameroen? Deze vraag komt later aan de orde, maar het is nuttig hier alvast drie standpunten te vermelden die tamelijk breed geaccepteerd lijken te zijn:

- 1 Corruptie vormt niet noodzakelijk een belemmering voor de economie. Scott (1972: 79-86) plaatst twee vormen van corruptie tegenover elkaar: verlicht eigenbelang en 'hand-over-fist' corruptie. Vooral dat laatste is schadelijk voor de economie van een land (maar kan omgekeerd ook het gevolg zijn van een slechte economie). Er is geen langetermijnperspectief. Politici en ambtenaren proberen zo veel mogelijk goederen binnen te halen vóór ze zijn uitgeput. Het eerste type corruptie (verlicht eigenbelang) is wel gebaseerd op een gevoel van collectieve langetermijnbelangen en kan de economische groei bevorderen.
- 2 De kosten van corruptie kunnen voor rijke landen draaglijk zijn, maar ondraaglijk voor de arme landen. In andere woorden: ontwikkelingslanden kunnen zich minder corruptie permitteren dan ontwikkelde landen.
- 3 Corruptie heeft doorgaans een conservatieve impact op de samenleving. Ongeveer, zowel juridische als politiek-economische, kunnen blijven bestaan doordat ze informeel worden omzeild of verzacht. Corruptie is het vreedzame alternatief voor gewelddadige verandering.

Mijn veldwerk in ziekenhuizen, gezondheidscentra, apotheken, drogisterijen en lokale markten in Zuid-Kameroen was een poging om de werking van corruptie in

de Kameroense context te begrijpen en de bijbehorende ideeën en effecten ervan te onderzoeken.

3 De organisatie van medicijnvoorziening

De lokale distributie van moderne medicijnen volgde vier belangrijke kanalen: 1) de publieke sector; 2) de particuliere non-profitsector; 3) de legale particuliere commerciële sector, en 4) de illegale particuliere commerciële sector. Ik bespreek ze hierna:

- 1 De publieke sector bestond uit alle openbare ziekenhuizen en gezondheidscentra. In deze openbare instellingen werden medicijnen gratis verstrekt. De medicijnen werden geleverd door de Pharmacie Centrale d'Approvisionnement (PCA) van het Ministerie van Volksgezondheid in Yaounde. Gezondheidscentra kregen één keer per jaar een vaste voorraad medicijnen. De verpleegkundigen moesten hun distributie zo plannen dat de voorraad het hele jaar mee zou gaan. De ziekenhuizen konden medicijnen bestellen op basis van hun behoeften, zolang ze binnen hun budget bleven.
- 2 De particuliere non-profitsector bestond uit kerkgerelateerde gezondheidsinstellingen. Hun patiënten moesten de voorgeschreven medicijnen zelf betalen. De zorginstellingen bestelden hun medicijnen bij een non-profitstichting, die de medicijnen uit het buitenland importeerde. De groothandelsprijzen van deze medicijnen waren erg laag, dankzij het uitgeven van 'tenders' voor grote voorraden essentiële niet-gepatenteerde medicijnen waaruit de kerkelijke zorginstellingen de meest aantrekkelijke konden kiezen. Deze kerkelijke instellingen mochten geen medicijnen verkopen aan niet-patiënten.
- 3 Met de legale of formele particuliere commerciële sector bedoel ik de erkende apotheken die worden gerund door gekwalificeerde apothekers. Omdat apothekers in de eerste plaats ondernemers zijn, vestigen zij zich nauwelijks op het platteland. In heel de provincie waar het onderzoek plaatsvond, was er slechts één apotheek, in de hoofdstad. Van de 52 apotheken in Kameroen in 1975 waren er maar liefst dertig gevestigd in de twee grootste steden, Douala en Yaounde. Apotheken hadden een breed assortiment van medicijnen en een relatief efficiënt bevoorradingssysteem. Ze bestelden hun medicijnen bij drie commerciële importeurs. De medicijnen werden in standaardverpakkingen aan het publiek verkocht; het was niet de bedoeling dat ze in kleinere hoeveelheden in de detailhandel werden verkocht.
- 4 De 'illegale' particuliere commerciële sector omvatte winkels en kiosken die bepaalde medicijnen verkochten, vaak naast andere artikelen zoals voedsel, kleding, toiletartikelen en sigaretten. Het omvatte ook kleine handelaars die van dorp naar dorp trokken om deze goederen te verkopen. Vooral in het cacaoseizoen, als de dorpelingen over contant geld beschikten, kwam men deze handelaars in groten getale tegen, lopend of op de fiets. Hoewel de verkoop van medicijnen door gewone handelaars in strijd was met de wet, werd dit openlijk gedaan en was die verkoop sociaal geaccepteerd. De handelaars haalden hun medicijnen voornamelijk uit drie bronnen. De meeste medicijnen

werden vanuit Nigeria naar Kameroen gesmokkeld en door tussenpersonen aan de handelaars verkocht. Andere medicijnen werden gekocht in erkende apotheken en met winst aan het publiek doorverkocht. Ten slotte werden medicijnen door personeel uit de voorraden van gezondheidscentra en ziekenhuizen gehaald en aan deze handelaars verkocht.

4 De routes van medicijnen

Geneesmiddelen in de publieke sector van de gezondheidszorg reizen van het ministerie naar ziekenhuizen en gezondheidscentra en van daar naar patiënten. Tijdens mijn onderzoek ontdekte ik echter dat veel medicijnen nooit op hun bestemming aankwamen. Laten we daarom kijken naar de verschillende distributiepunten. De Pharmacie Centrale d' Approvisionnement (PCA) in Yaounde werkte uiterst inefficiënt bij het bestellen van medicijnen in het buitenland, bij het bijhouden van gegevens, en bij de opslag en het transport van medicijnen. Geneesmiddelen arriveerden gemiddeld ongeveer twee jaar nadat ze waren besteld. Een gebrekkige administratie zorgde voor verdere vertragingen, zowel bij het bestellen van medicijnen als bij het verstrekken van medicijnen aan gezondheidsinstellingen. Medicijnen werden opgeslagen op plaatsen waar ze niet beschermd waren tegen hitte en vochtigheid. Oude medicijnen bleven vaak in de pakhuizen liggen tot na de houdbaarheidsdatum, terwijl nieuwe voorraden naar de gezondheidsdiensten werden gestuurd.

Ik schatte dat als gevolg van de inefficiëntie van de PCA de eerstelijnsgezondheidscentra gemiddeld slechts ongeveer 65% van de medicijnen ontvingen die ze hadden moeten krijgen. Als we verder bedenken dat de totale voorraad medicijnen waar ze recht op hadden sowieso niet voldoende zou zijn geweest voor een jaar, dan wordt duidelijk dat deze gezondheidscentra te kampen hadden met ernstige medicijntekorten. De grotere gezondheidscentra ontvingen een groter deel van het toegewezen quotum en de ziekenhuizen nog meer. Ironisch genoeg ontvingen de centrale ziekenhuizen in Yaounde en Douala zelfs meer dan 100% van het hun toegewezen budget!

Een tweede niveau van inefficiëntie werd aangetroffen in de gezondheidszorginstellingen zelf. Veel van de medicijnen die uiteindelijk arriveerden (zoals gezegd, ongeveer 65% van de geplande hoeveelheid) en die gratis bestemd waren voor de patiënten, werden door personeelsleden meegenomen voor privégebruik of voor vrienden en familieleden. Geneesmiddelen werden ook verkocht aan kleine handelaars of rechtstreeks aan patiënten die gezondheidswerkers aan huis bezochten. Een arts gaf als zijn mening dat bijna iedereen die in een openbare zorginstelling werkte, thuis op een of andere manier privégeneeskunde beoefende. Dit gold zowel voor artsen en verpleegkundigen als voor ongetrainde werknemers zoals schoonmakers, bewakers en portiers. Onderstaande casus is een voorbeeld.

Casus 1: de verpleegkundige met een privépraktijk

Nicolettes dochter is op een kapotte fles gestapt en heeft haar voet verwond. Ik [Sjaak] breng haar naar het missieziekenhuis. Omdat we daar om vijf over vijf

arriveren moeten we 2000 CFA extra betalen (toen zo'n £ 4). De totale rekening voor deze eenvoudige behandeling bedraagt ongeveer 5000 CFA (£ 10). Dat is ongeveer een half maandsalaris voor mensen met een minimumloon. Ze krijgt te horen dat ze zes keer terug moet komen voor extra antibiotica-injecties, maar dat doet ze niet. Niet ver van haar huis woont een verpleegkundige die in het overheidsziekenhuis in de stad werkt. Zij levert in haar huis particuliere zorg aan mensen uit de buurt tegen een zeer redelijke prijs. Nicolette brengt haar dochter naar deze verpleegkundige voor de overige zes injecties. Ze brengt de medicijnen mee die ze tegelijk in het missieziekenhuis had gekocht. Nicolette vertelt dat de verpleegkundige mensen ook behandelt met medicijnen die ze meeneemt van haar werk. Een penicilline-injectie kost slechts 100 CFA (£ 2), wat erg goedkoop is. In de stadsapothek kost dat meer dan twee keer zoveel. De mensen uit de omgeving zijn erg tevreden over deze 'private dienstverlening'.

Het was onmogelijk om de hoeveelheid medicijnen te berekenen die op deze manier aan de openbare medische dienst werd onttrokken. Een ruwe schatting op basis van interviews en observaties in een beperkt aantal gezondheidsinstellingen suggereert dat in de basisgezondheidscentra minder dan de helft van de toegewezen medicijnen daadwerkelijk aan patiënten werd verstrekt, terwijl er rekening mee moet worden gehouden dat de toegewezen voorraad al onvoldoende was. In de grotere gezondheidscentra en ziekenhuizen leken de medicijnen die aan patiënten werden gegeven meer dan 50% van de totale toegewezen voorraad te beslaan. Nogmaals: dit was een uiterst ruwe schatting.

Het meest opvallende gevolg van dit chronische gebrek aan medicijnen was de onderbenutting van de gezondheidszorg in het algemeen. Gezondheidscentra waarvan bekend was dat ze geen medicijnen hadden, werden niet meer bezocht en mensen zochten naar alternatieve oplossingen voor de behandeling van hun kwalen: particuliere instellingen, de apotheek in de stad, illegale medicijnverkopers die soms ook als behandelaars fungeerden en traditionele middelen.

In openbare ziekenhuizen schreven artsen recepten uit voor medicijnen die niet meer verkrijgbaar waren. Patiënten gebruikten ze om de medicijnen te kopen in een apotheek, soms dichtbij, soms ver weg. Dat deze praktijk zeer inefficiënt was, behoeft geen betoog. Een Kameroense auteur (Youngbang, 1978: 303) rapporteerde:

'Het eeuwig chronische tekort aan essentiële medicijnen in onze openbare ziekenhuizen heeft schandalige afmetingen bereikt. Dagelijks geven wij een bedlegerige patiënt een recept mee om naar de apotheek te gaan om medicijnen te kopen waarmee hij behandeld kan worden. Vaak moet dezelfde patiënt verbandmiddelen en intraveneuze vloeistoffen (glucose en normale zoutoplossing) kopen voor operaties. Het is niet alleen een aanfluiting van de intramurale zorg, het is ook onmenselijk! Het zou menselijker zijn om deze eisen in de ziekenhuizen te regelen en de patiënt ervoor te laten betalen.' [mijn vertaling]

Casus 2 hieronder laat een van de vele manieren zien waarop medicijnen die bedoeld zijn voor patiënten in het ziekenhuis, op andere plekken terecht kunnen komen. Sociale relaties, en vooral familierelaties, worden in stand gehouden met gunsten en geschenken. Ziektegeschiedenissen die ik verzamelde, vermeldden meestal een moment waarop gratis medicijnen werden verstrekt door een familielid of vriend die in een of andere gezondheidsinstelling werkte. Maar ook op het werk waren geschenken noodzakelijk om de relaties vlot te laten verlopen. Een interessant voorbeeld van medicijngeschenken dat ik tegenkwam in een ziekenhuis was de gewoonte van *'bons de congé'*, letterlijk vertaald 'vakantiebonnen'.

Casus 2: bons de congé

Medewerkers die op vakantie gaan, blijven doorgaans een maand in hun geboortedorp. Omdat hun dorp wellicht op enige afstand ligt van goede medische voorzieningen, achten zij het verstandig wat medicijnen mee te nemen. Hieruit is de praktijk voortgekomen dat iemand die op vakantie gaat een lijst maakt van de medicijnen die hij in het dorp nodig heeft voor het geval hij of iemand van het gezin ziek wordt. De lijst moet worden ondertekend door de ziekenhuisdirecteur. Volgens de directeur is de praktijk tegenwoordig zijn doel ruimschoots voorbijgeschoten. Mensen presenteren enorme lijsten met de duidelijke bedoeling om zo veel mogelijk medicijnen te bemachtigen. Ze verdeelen die onder familieleden en dorpsgenoten om hun prestige in het dorp te verhogen en misschien een deel ervan te verkopen aan handelaars of patiënten die ze privé behandelen. De directeur zegt dat hij de praktijk eigenlijk afkeurt, maar dat hij er niets tegen kan doen. Het enige wat mogelijk is, is een aantal items op de lijst doorstrepen of het aantal verminderen voordat hij de lijst goedkeurt. De bon wordt vervolgens naar de ziekenhuisapotheker gestuurd, die de persoon de medicijnen overhandigt. Op een keer, zo vertelt de directeur, presenteerde iemand een enorme lijst die hij weigerde te ondertekenen. Enkele invloedrijke mensen uit de stad kwamen hem toen 'zien' en dreigden hem indirect dat het verstandiger zou zijn de bon te ondertekenen. Dat deed hij, omdat het, zoals hij zei, zonder 'goede relaties' onmogelijk is om efficiënt te werken.

Niet alleen de medewerkers van het ziekenhuis leveren 'bons' in. Lokale overheden en andere invloedrijke mensen doen dat ook. Omdat zij de aangewezen beschermers van de openbare orde zijn, bestaat er een vaag gevoel dat deze praktijk legaal en normaal is. Het feit dat alle bonnetjes officieel in een doos in de apotheek bewaard worden, bevestigt deze indruk. We mochten van de directeur zelfs persoonlijk de bons bekijken.

5 Corruptie en de logica van ongelijkheid

Het onrechtmatige maar 'geinstitutionaliseerde' particuliere gebruik van publieke goederen zoals medicijnen pakte voor verschillende partijen in de gezondheidszorgtransacties verschillend uit. Voor beleidsmakers en ambtenaren op het niveau

van het ministerie bood de taak om medicijnen in het buitenland aan te schaffen aantrekkelijke kansen voor persoonlijk gewin. Deze mogelijkheden bestonden zowel in de fase van het bestellen van medicijnen als in de fase van het bevoorraden van de zorginstellingen. Mbouyoum (1978) rapporteerde een geval van fraude bij de Pharmacie Centrale, maar acceptatie van geld en cadeaus is uiteraard moeilijk te traceren. De WHO had in 1977 een lijst van ongeveer tweehonderd essentiële medicijnen opgesteld als model voor landen die hun aankoop van medicijnen wilden afstemmen op hun behoeften en middelen (WHO 1977). Het ministerie voerde destijds het WHO-programma echter niet uit, en bleef dure medicijnen kopen van voornamelijk Franse farmaceutische bedrijven. Het was duidelijk dat degenen die bij de centrale apotheek van het ministerie betrokken waren meer eigen voordeel uit het oude systeem konden halen dan uit een programma voor essentiële geneesmiddelen. Het feit dat het oude systeem rampzalig was voor het volksgezondheidsstelsel leek hun minder te interesseren.

Dat ook gezondheidswerkers in openbare instellingen profiteerden van de inefficiëntie van hun diensten behoeft geen betoog. Zoals eerder opgemerkt, gaf het systeem hun de mogelijkheid om met meegenomen medicijnen hun lage inkomen te verhogen. Maar er was nog een tweede factor die doorgaans in hun voordeel werkte. Het tekort aan medicijnen leidde vaak tot een feitelijke sluiting van sommige gezondheidscentra, althans gedurende een bepaalde tijd van het jaar. Dit maakte het voor gezondheidswerkers mogelijk om hun tijd aan andere activiteiten te besteden en zo een dubbel inkomen te verdienen. Op veel plaatsen was het heel normaal dat gezondheidswerkers het centrum sloten en naar hun akkers gingen om voedsel te verbouwen. Ten slotte stelde de situatie hen in staat ‘particuliere geneeskunde’ te beoefenen door medicijnen te gebruiken die bedoeld waren voor patiënten in het openbare circuit.

Patiënten zonder invloed of macht in de gemeenschap en zonder ‘connecties’ waren duidelijk het slachtoffer van de wijdverbreide corruptie bij de distributie van medicijnen. Patiënten die geen medische hulp vonden in de gezondheidszorg, werden gedwongen lange afstanden af te leggen voor behandeling elders. Vooral in dorpen was het vervoer schaars en moesten mensen soms een hele dag of zelfs langer wachten vóór er een auto voorbijkwam. Dergelijke vertragingen konden ook negatieve medische gevolgen hebben. Bovendien was het vervoer duur, wat hen überhaupt ervan zou kunnen weerhouden op reis te gaan. Het werd daardoor aantrekkelijk om genezers uit de buurt te raadplegen, die weliswaar minder – of zelfs in het geheel niet – capabel waren. Onder hen bevonden zich traditionele genezers en dorpsgenoten die beweerden over medische vaardigheden te beschikken.

6 Formeel-informele verbanden

Uit het onderzoek kwam een bloeiende informele distributie van medicijnen naar voren, deels verweven met het formele aanbodsysteem. Het werd duidelijk dat ‘corruptie’ vaak niets anders was dan het verplaatsen van een medicijn van de formele naar de informele sector en andersom. De informele sector verschilde in veel opzichten van de formele sector. Aanbieders van geneesmiddelen in de informele sec-

tor hadden geen medische of farmaceutische opleiding. De medische gevolgen van zulke praktijken waren dan ook vaak een reden tot grote bezorgdheid bij professionals. Toch werden deze (illegale) praktijken sociaal geaccepteerd. Een ander contrast was dat activiteiten in de informele sector veel directer pasten bij de situatie van arme mensen dan die in de formele sector.

Belangrijker dan de contrasten waren echter de verbanden tussen de formele en informele medicijnvoorziening. Beide waren nauw met elkaar verweven en afhankelijk van elkaar. Deze verwevenheid kwam zowel tot uiting in de groothandel als in de 'retailing' van medicijnen. Geneesmiddelenverkopers in de informele sector kochten hun voorraad bijvoorbeeld bij erkende apotheken en bij personeel dat in de formele gezondheidszorg werkte. Deze transacties dienden de belangen van beide partijen. De apotheker verhoogde zijn omzet door medicijnen te verkopen aan mensen in afgelegen dorpen via ongediplomeerde tussenhandelaars. En, zoals eerder vermeld, gezondheidswerkers konden hun inkomen opvoeren door verkoop van onwettig verkregen medicijnen.

Door gratis bedoelde medicijnen aan patiënten thuis te verkopen, werden gezondheidswerkers informele distributeurs. En als patiënten wisten dat er in het gezondheidscentrum geen medicijnen verkrijgbaar waren, kochten ze medicijnen op de informele markt voordat ze het centrum bezochten en brachten deze mee bij een bezoek aan een arts of verpleegkundige. Apothekers verkochten receptgeneesmiddelen zonder recept en functioneren dus op dezelfde manier als informele en ongekwalificeerde verkopers.

Er zou nauwelijks ruimte zijn voor apothekers als het publieke systeem goed werkte. Patiënten zouden dan hun medicijnen gratis krijgen in ziekenhuizen en gezondheidszorgcentra en geen beroep hoeven te doen op apotheken. Apothekers maakten enorme winsten *omdat* het publieke systeem niet werkte. Toen ik dat nog niet doorhad en dacht dat de illegale medicijnverkopers concurrenten waren van de apotheker, vroeg ik aan een van hen waarom hij geen actie ondernam om de illegale handel te verbieden. Hij keek hij me verbaasd aan en zei: 'Ze werken juist voor mij.'

Het formele, legale aanbod van medicijnen was afhankelijk van en maakte gebruik van de informele, illegale distributie. De twee konden niet gescheiden worden. Formele en informele transacties met medicijnen sloten elkaar niet uit, zoals soms wordt gedacht, maar ondersteunden elkaar. Zonder informele medicijnhandel zou de gezondheidszorg in Kameroen niet kunnen bestaan (Van der Geest, 1985).

7 Normaliteit

Wat is 'normaal'? 'Normaal' is zo vanzelfsprekend en gewoon, dat het woord misschien vaker in negatieve zin gebruikt wordt dan in zijn normale betekenis. Normaal is wat we gewoon zijn te doen, wat volgens de ongeschreven regels is, iets wat je denkt en doet zonder erbij na te denken. Normaliteit is nauwelijks wat je bewust kiest. Dat wil niet zeggen dat het altijd een aangename toestand is. Het kan een conditie zijn die je opgedrongen is, een aanpassing aan het leven die noodzakelijk is om te overleven en die je als kind hebt opgepikt. Het is cultuur in het klein, de

alledaagse cultuur. Freud had het over 'das Unbehagen in der Kultur'. Het normale is plaats- en tijdgebonden. Wat voor de een gewoon is, kan voor de ander een hel lijken. Subjectiviteit is ook van toepassing op het begrip normaliteit.

Dit waren mijn overwegingen toen ik begon na te denken over dit artikel en over hoe (in mijn ogen) misdadige praktijken een normaal bestanddeel van het leven van anderen kan zijn, bijvoorbeeld bij mensen in Kameroen die medicijnen nodig hebben voor zichzelf of hun kinderen. Een concreet voorbeeld kan dit beter tonen dan abstracte omtrekkende bewegingen. Een fragment uit mijn veldwerknootities:

Casus 3: de markt

Als ik op de markt aankom, is Robert, een van de medicijnverkopers, druk bezig met het maken van plastic hoezen voor de identiteitskaarten. Een lucratieve klus: eentje voor 450 frank. Tegenwoordig verkoopt hij ook bananen. Als ik er vier wil kopen, weigert hij mijn geld te accepteren. Verder verkoopt hij notitieboekjes, zonnebrillen, snuisterijen, veiligheidsspelden, sleutelhangers en portefeuilles. Een vrouw komt langs en vraagt de prijs van 'witte *folkologo*' (chlooramfenicol). Dat is 30 frank voor één capsule. Ze vertrekt zonder iets te kopen. Als ik hem naar de prijs vraag, legt hij uit dat de prijs kan variëren afhankelijk van hoeveel er op de markt zijn.

Een paar dagen geleden legde hij mij het verschil uit tussen rood-gele en witte *folkologo*. Rood-gele capsules zijn tetracycline, maar de mensen noemen beide soorten *folkologo*. De witte, zoals gezegd, zijn chlooramfenicol. Ze zijn sterker maar helpen alleen tegen buikpijn en wonden. Tetracycline is effectief tegen twaalf ziekten, bijvoorbeeld diarree, bronchitis, abcessen, menstruatiepijn en gonorroe. 'Als je wilt slapen met een vrouw waarvan je vermoedt dat ze de ziekte heeft, moet je eerst een capsule innemen. Dat is de belangrijkste functie van tetracycline.'

Een soldaat koopt zes capsules ampicilline totapen. Het is zijn dagelijkse dosis tegen gonorroe. De prijs van zes bedraagt 900 frank. De man wil de dosis reduceren naar vier per dag, omdat hij het nauwelijks kan betalen, maar Robert overtuigt hem dat hij er zes moet nemen, anders wordt hij niet goed genezen. Anderhalf uur lang is de soldaat de enige klant die medicijnen koopt. Robert vertelt hem dat hij tijdens het gebruik geen seks mag hebben.

Het hadden ook aardappelen of slippers kunnen zijn waarover je op de markt onderhandelt, terwijl je de kosten afweegt tegen wat je kunt betalen en hoe dringend je ze nodig hebt. Het gaat om dagelijkse behoeften. Ze liggen naast de bananen en sardientjes. Alleen in het geval van medicijnen is de vrijheid van het kiezen kleiner. Medicijnen zijn vaak urgent, je kunt op bepaalde momenten niet zonder. En dat is in het voordeel van de verkoper.

Dit tafereel op de markt, waar mensen op de bus wachten en ondertussen wat kopen, illustreert de normaliteit van het medicijngebruik in het dagelijks leven. Niemand begint over de corrupte en criminele politici die zich verrijken en de medicijnen zeldzaam en duur maken. De corruptie aan de top en daaronder en de illegale verkoper die zij op de markt tegenkomen vormen de wereld waarin zij hun hele leven al wonen. Bovendien heeft de illegale verkoper ook belangrijke voordelen.

Er waren minstens vier redenen waarom informele medicijnverkopers beter aan de behoeften van arme mensen voldeden dan de formele instellingen. Alle vier hebben betrekking op beschikbaarheid en bereikbaarheid.

Ten eerste waren medicijnen van deze leveranciers voordeliger, in de zin dat klanten zo veel of zo weinig konden kopen als zij zelf nodig hadden of konden betalen. De apotheker in de stad daarentegen verkocht alleen medicijnen in hun oorspronkelijke verpakking, wat voor sommige klanten te duur zou kunnen zijn. Ten tweede waren medicijnverkopers geografisch beter toegankelijk dan andere voorzieningen. Binnen een straal van een paar kilometer van waar men woonde was er altijd wel een verkoper te vinden, maar een apotheek of gezondheidscentrum met medicijnen kon wel 10 of 50 of nog meer kilometers ver weg zijn. Ten derde waren de meeste leveranciers dag en nacht beschikbaar. Hun winkeltjes sloten pas als iedereen naar bed was, maar ook na sluiting konden er vaak nog medicijnen gekocht worden als dat urgent was. Men wist waar de verkoper woonde en kon op zijn/haar deur kloppen. Deze flexibiliteit verschilde sterk van het strikte tijdschema waar de formele diensten zich aan hielden. De vierde reden voor de populariteit van de medicijnverkopers was dat de sociale afstand tussen aanbieder en klant veel kleiner was dan in de formele sector. In een kiosk of op de markt was het mogelijk om rond te neuzen, verschillende producten te bekijken en vast te pakken en om vragen te stellen over hoe ze gebruikt moesten worden. Dergelijk gedrag was zelden mogelijk in een ziekenhuis of een professionele, streng gereguleerde apotheek, waar de sociale afstand tussen gebruikers en aanbieders veel groter was.

Figuur 1 Een kiosk met alle mogelijke levensbehoeften, inclusief medicijnen



8 Tot besluit

Om te beginnen, mijn onderzoek was even 'informeel' als de markt die ik verkende. Harde bewijzen, met kwantitatieve onderbouwing ten aanzien van wat er in de hogere niveaus van medicijnvoorziening en -beleid gebeurde, heb ik niet. Ik heb ook niet geprobeerd in deze kringen door te dringen met formele interviews. Enerzijds begreep ik dat dat waarschijnlijk niet mogelijk zou zijn en anderzijds – als het wel mogelijk was geweest – zou het weinig opgeleverd hebben. Ik moest me tevredenstellen met plausibele vermoedens gebaseerd op 'circumstantial evidence'. Dit leek me het hoogst haalbare. De reactie van het ministerie op het eindrapport sprak boekdelen.

Het informele, officieel verboden en strafbare verstrekken van medicijnen in deze Kameroense stad, waar ook de politieagent en de soldaat hun boodschappen doen, illustreert de normalisering van wat in onze juridische termen 'corrupt' en 'crimineel' zou worden genoemd. Het gebeurt open en bloot en is zonder enig probleem zelfs toegankelijk voor de nieuwsgierige antropoloog. Het bewijst daarmee dat de praktijk door iedereen normaal gevonden wordt, zelfs als een zegen en een onmisbare voorziening gezien wordt. De praktijk is bovendien geworteld in tradities van familiesolidariteit en morele economie, zoals eerder werd opgemerkt.

De vraag is natuurlijk of deze vanzelfsprekende gewooneheid ook gold voor de gezondheidswerkers die medicijnen 'stelen' uit de voorraad van ziekenhuis of gezondheidscentrum voor eigen gewin of voor hun familie. De openheid van praktijken zoals de *bons de congé* suggereren echter dat deze traditie niet alleen acceptabel is, maar ook correct. Het zou een ernstige fout en een schande zijn als de dokter of verpleegkundige, zelfs de schoonmaker, met lege handen bij zijn familie in het dorp zou arriveren.

Maar hoe zit dat met de beleidsmakers, politici en ambtenaren aan de top? Zij waren (net als werknemers van farmaceutische bedrijven in mijn eigen maatschappij) voor mij onbereikbaar en ik kon slechts via omwegen tipjes van hun sluiers oplichten. Zij zijn bovendien de grootverdieners en voornaamste veroorzakers van de schaarste en inefficiëntie van de medicijnverstrekking en daarmee van het gehele gezondheidszorgsysteem. Maar ook zij, vermoed ik, voelen zich gesteund door oude tradities. Zoals ik eerder schreef, ambtenaren beschikken over publieke goederen alsof die hun toebehoren en zetten daarmee een oude visie op gezag en politieke macht voort. Zij slagen er misschien zelfs in zichzelf ervan te overtuigen dat ze hun taak uitstekend vervullen. Ik baseer dit vermoeden onder andere op onderzoek onder vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie in mijn eigen omgeving, die ervan overtuigd zijn dat ze een zegen zijn voor de maatschappij. Zoals Emily Martin (2006), die werknemers van een farmaceutisch bedrijf had geïnterviewd, opmerkte: 'Despite increasingly ruthless profit seeking on the part of their corporations, contemporary pharmaceutical employees can still achieve a kind of moral microclimate in which to carry out their work' (p. 158).

Literatuur

- Douglas, J.D. (1976). *Investigative social research: Individual and team field research*. Beverly Hills: Sage.
- Geest, S. van der (1982). The efficiency of inefficiency: Medicine distribution in South Cameroon. *Social Science & Medicine*, 16(24), 2145-2153.
- Geest, S. van der (1985). The intertwining of formal and informal medicine distribution in South Cameroon. *Canadian Journal of African Studies*, 19(3), 569-587.
- Gish, O. & L.L. Feller (1979). *Planning pharmaceuticals for primary care: The supply and utilization of drugs in the Third World*. Washington: APHA.
- Huntington, S.P. (1968). Modernization and corruption. In *Political order in changing societies* (pp. 59-71). New Haven and London: Yale University Press.
- Kloos, P. & K.W. van der Veen (Eds.) (1975). *Rule and reality: Essays in honour of André J.F. Köbben*. Amsterdam: Antropologisch Sociologisch Centrum.
- Leys, C. (1965). What is the problem about corruption?. *Journal of Modern African Studies*, 3(2), 215-230.
- Martin, E. (2006). Pharmaceutical virtue. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30(2), 157-174.
- Mbouyoum, F.X. (1978). *La répression des atteintes à la fortune publique au Cameroun*. Yaounde: Éditions Sodeam.
- Medawar, C. (1984). *Drugs and world health*. The Hague: IOCU.
- Melrose, D. (1982). *Bitter pills: Medicines and the Third World poor*. Oxford: Oxfam.
- Nye, J.S. (1967). Corruption and political development: A cost-benefit analysis. *American Political Science Review* 61(2), 417-427.
- Sandbrook, R. (1975). *Proletarians and African capitalism: The Kenyan case, 1960-1972*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schumann, A. & L. Streit-Juotsa (2014). Distributing medical products in Cameroon - status quo and measures to enhance logistic performance. POMS 25th Annual Conference 2014, Atlanta, GA, USA. Geraadpleegd 25 november 2023 via www.pomsmeetings.org/confpapers/051/051-0266.pdf.
- Scott, J.C. (1969). Corruption, machine politics, and political change. *American Political Science Review*, 63(4), 1142-1158.
- Scott, J.C. (1972). *Comparative political corruption*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Silverman, M., Ph. Lee & M. Lydecker (1982). *Prescriptions for death. The drugging of the Third World*. Berkeley: University of California Press.
- Tchounga, C.A.W., P.Y. Sacré, P.C. Hamuli, R.N. Mballa, E.N. Nga, P. Hubert & Djang'eing'a, R.M. (2021). Poor-quality medicines in Cameroon: A critical review. *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene*, 105(2), 284-294.
- WHO (1977). *The selection of essential drugs* (Technical Report Series 615). Geneva: WHO.