
Tegenstrijdigheden in 'Primary Health Care': een schakelingenperspectief¹

Sjaak van der Geest

Het begrip 'Primary Health Care' (PHC), maar meer nog de toepassing ervan in de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden, bevat zoveel tegenstrijdigheden dat men met reden pessimistisch kan zijn over de realisering van PHC-doelstellingen. Die tegenstrijdigheden komen scherp in beeld als men naar PHC kijkt vanuit een 'schakelingenperspectief'. Ik zal eerst dat perspectief omschrijven en vervolgens uiteenzetten hoe gezondheidszorg zich bij uitstek leent als 'voertuig' voor de uitbreiding van het staatsgezag over lokale gemeenschappen. Daarna zal ik schetsen welk een ambigue rol PHC speelt in dit proces van gezagsvestiging via gezondheidszorg. Twee aspecten van PHC krijgen bijzondere aandacht: de rol van artsen en 'village health workers' en de toelevering en het gebruik van geneesmiddelen. Een conclusie van het betoog zal zijn dat de staat hierin een dubbelzinnige, zelfs tegenstrijdige, rol speelt. Enerzijds tracht de staat via allerlei middelen (waaronder ook medische zorg) bevolkingsgroepen afhankelijk te maken en aldus te betrekken in het staatwordingsproces. Anderzijds werkt zij deze verafhankelijkking tegen door PHC te propageren. We zullen zien dat deze contradictie wordt 'opgelost' door PHC te beroven van zijn belangrijkste kenmerk, 'zelfredzaamheid' (self-reliance). Overigens wordt deze uitholling vaak ook door de bevolking zelf ondersteund.

1. Schakelingenperspectief²

Het schakelingenperspectief is een reactie op een veel voorkomende eenzijdigheid in het onderzoek van sociologen en antropologen. Dat onderzoek bleef vaak beperkt tot de bestudering van een probleem op één niveau van maatschappelijke ordening. Bij antropologen was dat gewoonlijk het niveau van de dorpsgemeenschap. Invloeden van buiten dat niveau werden nauwelijks waargenomen omdat ze buiten het aandachtsveld van de onderzoeker vielen. Met de groei van staatsinvloed tot in de dorpsgemeenschap en met de toenemende samenhang van economische ontwikkelingen op alle mogelijke niveaus, werd deze eenzijdige belangstelling steeds fnuikender en belemmerde een dieper inzicht in maatschappelijke ontwikkelingen. In het schakelingenperspectief wordt

daarom nadrukkelijk uitgegaan van de vooronderstelling dat er een relatie is tussen ontwikkelingen en gebeurtenissen op diverse niveaus: internationaal, nationaal, regionaal en lokaal. Het hoeft geen betoog dat dit wel heel bijzonder geldt voor het onderwerp van deze beschouwing. PHC, dat geacht wordt zich te voltrekken aan de 'basis', in lokale gemeenschappen, is de vrucht van internationaal overleg en passeert in zijn 'afdeling' naar de lokale gemeenschappen de stations van nationale regering en regionale administratie.

Het begrip 'schakelingen' wordt als volgt gedefinieerd: relaties tussen organisatie-niveaus die een uitwerking hebben naar boven of naar beneden en die niet eenvoudig het gevolg zijn van de uitoefening van macht van boven naar beneden. In het geval van PHC zal echter blijken dat die 'uitoefening van macht van boven naar beneden' wel zeer dominant is.

2. Gezondheidszorg als politiek bindmiddel³

Gezondheidszorg – en in dit verband beperk ik me tot de zogenoemde westerse gezondheidszorg – leent zich bij uitstek voor politiek gebruik. Zij is een effectief middel voor de bevordering van sociale cohesie. Daar zijn minstens zes redenen voor aan te geven.

De belangrijkste reden is misschien wel het feit dat gezondheidszorg er zo politiek uitziet. Politiek 'werkt' vaak het best als zij niet herkend wordt. Politieke woorden en beelden verliezen hun kracht als de werkelijke lading bloot komt te liggen.

Gezondheidszorg lijkt zo ongeveer het meest humane dat men zich voor kan stellen: herstel en behoud van gezondheid. Gezondheid wordt immers algemeen beschouwd als een van de belangrijkste voorwaarden voor 'geluk'. Bovendien lijken in de gezondheidszorg maatschappelijke tegenstellingen weg te vallen; ten eerste omdat *iedereen* ziek kan worden, ongeacht sociale positie of financiële status, ten tweede omdat in de zorg de nadruk gelegd wordt op het zieke lichaam terwijl de persoon die 'er in steekt', en diens sociaal-politieke betekenis, op de achtergrond lijkt te verdwijnen⁴.

Wie maatschappelijk gezien een nul is, wordt in het ziekenhuis met grote zorg omringd⁵ en is moeilijk te onderscheiden van patiënten die in het gewone leven een hoge positie bekleden. Ook de patiëntenkleding laat minder sociale differentiatie toe. Kortom, gezondheidszorg is op het eerste gezicht oneindig ver verwijderd van het politieke belangenspel en lijkt bij uitstek een daad van medemenselijkheid; in de woorden van Doyal (1979: 43): '(it) often comes to represent the benevolent face of an otherwise unequal and divided society'.

De tweede reden hangt nauw met de voorafgaande samen. Gezondheidszorg *lijkt* niet alleen vrij van alle politiek, zij *werkt* ook depolitiserend. De in het Westen ontwikkelde medische praktijk reduceert ziekteproblemen tot lichame-

lijke defecten van het betreffende individu. De vraag of ziekteproblemen hun oorsprong kunnen hebben in de maatschappelijke, dus ook politieke, sfeer van het individu, wordt over het algemeen uit de weg gegaan. Op die manier *verzacht* de gezondheidszorg niet alleen de maatschappelijke ongelijkheid, zoals we reeds gezien hebben, maar *verhult* zij die ook. Gezondheidszorg verdeelt de gemeenschap (Carpenter 1980), zij individualiseert (Nijhof 1978) en somatiseert sociale problemen. Zij maakt de 'ziekte' van de maatschappij tot de ziekte van het individu. Niet de maatschappij, maar het individu behoeft 'genezing'. De politiek blijft buiten schot. Het is dit aspect van versluiering (en continuering) van ongelijkheid dat door Navarro (1976) benadrukt wordt in zijn kritiek op kapitalistische geneeskunde⁶.

De derde reden is dat gezondheidszorg zich uitstekend leent voor de toepassing van sociale controle. Sociale controle is de keerzijde van fysiek geweld, omdat daarin de nadruk gelegd wordt op het bestaan van gelijke waarden en opvattingen binnen een maatschappelijke groepering. Het is deze consensusgedachte die een sterk regulerende druk uitoefent op het gedrag van de leden van de groep. Gezondheidszorg blijkt een effectief middel om eventuele afwijkingen binnen een groepering enerzijds te excuseren (door ze tot medisch probleem te verklaren), anderzijds recht te trekken (door het 'afwijkende' individu als patiënt 'time-out' te gunnen en het te stimuleren zijn plaats in de maatschappij later weer in te nemen). Het is met name Parsons die uitvoerig – en met grote instemming – het karakter van de sociale controle van gezondheidszorg beschreven heeft en die artsen 'agents of social control' noemt. Freidson (1970) gebruikt een soortgelijke term voor artsen: 'moral entrepreneurs'. Andere auteurs hebben hetzelfde verschijnsel beschreven, zij het in sterk afkeurende bewoordingen (bij voorbeeld Waitzkin en Waterman 1974; Krause 1977; Doyal 1979; Breilh 1981). Szasz heeft in een groot aantal publikaties op het controlerend en disciplinerend karakter van de psychiatrie gewezen. Hij is van mening dat de staat in toenemende mate gebruik maakt van de controle die de psychiatrie mogelijk maakt en spreekt van een 'therapeutic state' (Szasz 1974, 137) met 'Big Brother'-allures: 'A person who has harmed no one but is considered "deviant" is defined as mentally ill; he is ordered to submit to psychiatric examination; if he resists, this is viewed as a further sign of his mental abnormality' (Szasz 1974: 29). Deze vorm van controle, aldus Szasz, is vooral mogelijk als mentale en gedragsproblemen door psychiaters in termen van de fysiologische geneeskunde beschreven en geïnterpreteerd worden, hetgeen inderdaad veelvuldig gebeurt. Een biomedisch taalgebruik ontnemt het zicht op mogelijke maatschappelijke oorzaken van het afwijkend gedrag en draagt er dus verder toe bij dat wel het individu, maar niet de maatschappelijke situatie 'gecorrigeerd' wordt.

Het gebruik van biomedische begrippen voor gedragsproblemen waar Szasz op wijst illustreert een algemene tendens om steeds meer aspecten van het leven

tot medisch gebied te verklaren. Dit proces van medicalisering (Zola 1973, Illich 1976 en vele anderen) verbreedt tevens de reikwijdte van de sociale beheersing die via gezondheidszorg uitgeoefend kan worden. Problemen rond huisvesting, erfenis, dienstplicht, arbeid, rechtspraak, verzekering en talloze andere zeer uiteenliggende problemen en conflicten worden in toenemende mate beslecht door medische uitspraken (cf. De Swaan 1983, 151-219). Gezondheidszorg heeft zich het imago van onpartijdig en objectief arbiter weten te verwerven dat een treffende gelijkenis vertoont met het imago van de geestelijkheid in vorige eeuwen. In het laatste geval was de onveranderlijke goddelijke openbaring met de daarin vervatte natuurwet de objectieve toetssteen; bij de medici wordt die objectiviteit nu gevonden in de onveranderlijkheid en universaliteit van de menselijke biologie.

Een vierde verklaring voor het politieke belang van gezondheidszorg is gelegen in het feit dat zij de produktie van een land stimuleert door te waken over de gezondheid van de arbeidskrachten. Het was met name Marx die wees op de nadelige gevolgen van ziekte op produktie. Het belang dat de staat heeft bij een adequate gezondheidszorg die haar arbeidskrachten fit houdt is derhalve duidelijk. Doyal (1979) betoogt dat de totstandkoming van de National Health Service in Engeland gezien moet worden als een economisch-rationele ontwikkeling, terwijl ook in de Afrikaanse koloniën de introductie van westerse geneeskunde economische belangen diende (zie bij voorbeeld Lasker 1977). Breilh (1981) en Kelman (1975) benadrukken eveneens de economische betekenis van gezondheidszorg en het argument wordt tevens gehanteerd in rapporten van de Wereldbank- en de Wereldgezondheidsorganisatie. 'Health can (...) reduce absenteeism, increase labor availability and productivity, and facilitate exploitation of natural resources' (World Bank 1980, 33)⁷.

Een vijfde reden waarom gezondheidszorg een politieke betekenis krijgt, hangt enigszins samen met het voorafgaande punt. In kringen van de Wereldbank en andere organisaties die zich bezig houden met 'ontwikkeling' is het besef gegroeid dat economische variabelen, zoals bij voorbeeld bruto nationaal produkt per capita, gebrekkige en zelfs misleidende indicatoren voor 'ontwikkeling' zijn (Sharpston 1976, Agbonifo 1983). Geleidelijk is men van de 'econocratische' maatstaven overgegaan op criteria die iets meer vertellen over het welbevinden van de leden van een samenleving. Gezondheidscriteria leken daarbij een gelukkig alternatief, zeker als gezondheid breed (en vaag) werd gedefinieerd zoals bij de Wereldgezondheidsorganisatie: 'a state of complete physical, mental and social well-being'. Immers, wat heeft economische groei voor zin als de meerderheid van de mensen er niet beter op wordt? 'Ontwikkeling' werd herformuleerd als: toename van geluk. En aangezien gezondheid als een van de belangrijkste voorwaarden voor geluk beschouwd wordt, kwam gezondheid centraal te staan in de belangstelling van veel ontwikkelingsdeskundigen.

Naarmate gezondheid dus meer gezien gaat worden als een indicator van werkelijke ontwikkeling, zal de kwaliteit van gezondheidszorg een grotere politieke betekenis krijgen. Natuurlijk is gezondheid veel meer dan effectief draaiende medische diensten, en zou het accent moeten liggen op het 'meten' van de kwaliteit van het bestaan en op preventieve gezondheidszorg. In de praktijk gaan echter statistieken over de distributie van medische voorzieningen, naast die over mortaliteit en morbiditeit, vaak ten onrechte het aureool aannemen van gezondheids- en dus ook van ontwikkelingsindicatoren. Daarmee wordt gezondheidszorg de toets voor de kwaliteit van een politiek systeem, en draagt een effectieve curatieve gezondheidszorg bij tot de legitimering van dat systeem⁸.

Een laatste reden waarom gezondheidszorg zo'n geschikt middel is om losse individuen of groepen onder te brengen in een groter politiek verband is gelegen in het autonomie-ondermijnende karakter van medische hulp. De westerse geneeskunde lijkt er op veel plaatsen in de wereld in te slagen inheemse medische tradities, grotendeels gebaseerd op zelfhulp, te verdringen en mensen afhankelijk te maken van haar hoog ontwikkelde technische kennis en technieken. Enkele successen van de westerse geneeskunde zijn inderdaad zo verbluffend dat het begrijpelijk is dat mensen haar een groot vertrouwen schenken, zelfs op gebieden waar haar deskundigheid veel minder bewezen is. Enkele auteurs die gewezen hebben op het afhankelijkmakend karakter van de geneeskunde zijn Zola (1973), Illich (1976), Ehrenreich en Ehrenreich (1978) en De Swaan (1983).

Zelfhulp staat in veel opzichten haaks op staatsvorming. Waar mensen de overtuiging zijn toegedaan dat zij zichzelf kunnen redden, ontbreekt de geneigdheid zich aan te sluiten bij een wijder politiek verband. Men ervaart vooral de nadelen, zoals vreemde inmenging in allerlei zaken, belastingbetaling, en verlies van eigen vrijheid en traditionele levenswijze. Iedere vreedzame ondermijning van het vertrouwen in de eigen autonomie van een bepaalde groep is dus een indirecte bijdrage aan een geleidelijke inkapseling van die groep in de nieuwe staat. Zo'n vreedzame ondermijning lijkt met name realiseerbaar op het gebied van gezondheidszorg vanwege het grote belang dat mensen hechten aan hun gezondheid. Wanneer het om het welzijn van het eigen lichaam gaat zijn mensen waarschijnlijk sneller geneigd nieuwe methoden te beproeven als hun grotere effectiviteit aannemelijk gemaakt is. Het feit dat het domein van de gezondheidszorg zich voortdurend uitbreidt, zoals we reeds gezien hebben, draagt er bovendien toe bij dat het verlies van autonomie zich tot steeds meer gebieden van het bestaan uitstrekt. Via de gezondheidszorg kan de staat dus een sluipende verafhankelijkking onder de bevolking bewerkstelligen.

Ten slotte dient nog gewezen te worden op het feit dat een groeiend vertrouwen in de deskundigheid van westerse geneeskunde ook om financiële redenen afhankelijkheid in de hand werkt. De westerse geneeskunde is voor het grootste gedeelte zeer kostenintensief. Om die reden kan zij niet gekopieerd worden

door bevolkingsgroepen die via internalisering van uitheemse medische praktijken hun autonomie trachten te hervinden⁹. De westerse gezondheidszorg is bij uitstek een instituut waar zulke hoge kosten aan verbonden zijn, dat slechts uiterst draagkrachtige en professionele instanties haar kunnen organiseren, de staat bij voorbeeld.

Kortom, de verafhankelijkheid die in de gezondheidszorg tot stand komt draagt bij tot het ontstaan van een gunstig beeld van 'Vadertje Staat' die voor zijn kinderen zorgt. Het biedt politici de mogelijkheid een weldoenersrol te vervullen tegenover de bevolking. Zij worden de bringers van allerlei begerenswaardige diensten, waaronder gezondheidszorg¹⁰. Dorpen die zich correct hebben gedragen tegenover het staatsgezag mogen hopen op een beloning, bij voorbeeld in de vorm van een gezondheidscentrum via de bemiddeling van een lid van de politieke elite.

Samenvattend kan gesteld worden dat gezondheidszorg een uitermate geschikt instrument kan zijn bij de vestiging van een sociale (en indirect politieke) consensus. Gezondheidszorg verhult maatschappelijke tegenstellingen en maakt ze onschadelijk door ze te medicaliseren. Bovendien oefent zij sociale controle uit, bevordert economische productie, bevestigt het succes van ontwikkeling en scheidt afhankelijkheid. Marxistisch uitgedrukt speelt gezondheidszorg een belangrijke rol bij de reproductie van zowel de produktiekrachten als de produktieverhoudingen waar het instituut van de staat op gebaseerd is.

Vanuit het schakelingenperspectief gezien wordt gezondheidszorg niet alleen sterk beïnvloed door beleid en belangen op diverse organisatieniveaus, maar is *zij zelf* een 'schakel' tussen die niveaus. Gezondheidszorg is het voertuig waarmee politieke invloed binnen de dorpen wordt gebracht en het middel waarmee die invloed bestendig wordt.

3. Primary Health Care

In de gezondheidszorg heeft zich een tegenbeweging gemanifesteerd die de nadelen van de geïmporteerde westerse geneeskunde in ontwikkelingslanden teniet tracht te doen. Ik doel op 'Primary Health Care' (PHC). De belangrijkste kritiek op de bestaande gezondheidszorg in veel ontwikkelingslanden was dat zij niet toegesneden was op de meest nijpende lokale problemen, dat zij onvoldoende bereikbaar was voor het overgrote deel van de plattelandsbevolking, dat zij te duur was en de eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid op medisch gebied ondergroef. De meeste kritiek zou samengevat kunnen worden in de stelling dat de gezondheidszorg te veel van bovenaf georganiseerd was.

In PHC zou daarom het accent moeten liggen op initiatieven van onderaf. Zij zou zich moeten richten op de werkelijke problemen zoals mensen aan de basis die ervaren en gebruik moeten maken van praktisch haalbare en betaalbare

middelen. Zij zou algemeen toegankelijk moeten zijn voor iedereen en tot stand moeten komen door de actieve deelname van de gehele bevolking. Het belangrijkste was echter dat PHC een herstel van de autonomie zou inhouden. Het proces waarbij mensen in toenemende mate de controle over hun gezondheid uit handen geven en van anderen afhankelijk worden zou omgekeerd moeten worden door mensen opnieuw de kennis en middelen te geven waarmee zij op effectieve wijze zorg kunnen dragen voor hun eigen gezondheid, met zo min mogelijk hulp van buitenaf (zie o.a. WHO 1978, Kerngroep, z.d.).

De spreiding van deze ideeën in WHO-kringen veroorzaakte een merkwaardig dilemma. Enerzijds was het algemeen bekend dat de resultaten van de reguliere gezondheidszorg in ontwikkelingslanden mager waren en kon men verwachten dat deze landen dankbaar nieuwe ideeën voor een betere gezondheidszorg zouden overnemen en ten uitvoer brengen. Het welzijn van haar bevolking is voor een staat immers een belangrijke factor die bijdraagt tot produktiviteit en politieke stabiliteit. Anderzijds vormde het hoofddoel van PHC (verhoging van de autonomie van de bevolking) een directe bedreiging voor de staat. De verwezenlijking van dat doel zou de staat immers in bepaalde opzichten overbodig maken. Vanuit die gezichtshoek zou men dan ook verwachten dat met name de jonge staten in Afrika en Azië de filosofie van PHC zouden afwijzen, omdat deze hen beroofde van een belangrijk politiek bindmiddel. Bovendien was te voorzien dat gezondheidszorg, juist omdat zij een krachtig bindmiddel was, ook aangewend kon worden als 'slijtmiddel'. Inmiddels is reeds voldoende gebleken dat dit inderdaad het geval is. PHC blijkt een krachtig verzamelpunt voor acties van politiek verzet. Voor velen is de term 'primary health care' echter te zeer besmet door de coöptatie die de staat heeft toegepast en geeft men de voorkeur aan een andere benaming, bij voorbeeld 'basisgezondheidszorg'. Het inzicht in de ideologische en vervreemdende rol van reguliere gezondheidszorg geeft een extra stimulans aan basisgezondheidszorg als politieke actie. Het inzicht dat reguliere gezondheidszorg slechts in schijn apolitiek is, maakt basisgezondheidszorg tot symbool bij uitstek van politiek verzet.

Voor zover dat nu te overzien is, is het antwoord van de overheden in de meeste ontwikkelingslanden op bovengenoemd dilemma tegelijkertijd simpel en geniaal geweest: zij hebben het idee van PHC met enthousiasme aangenomen en vervolgens uitgehouden. Door PHC in het regeringsbeleid op te nemen, mensen te trainen, programma's op te stellen en middelen te verschaffen, heeft de staat het begrip gecoöpteerd en toegevoegd aan het bestaande gezondheidszorgsysteem. Het is nu niet meer een tegengif tegen, maar een verlengstuk van de reguliere gezondheidszorg; van bovenaf georganiseerd en mogelijk gemaakt door financiële en personele hulp van de staat. Kortom, het is omgebouwd tot een afhankelijkmakend middel dat gebruikt kan worden voor het scheppen van sociale en politieke consensus.

Werners omschrijving van 'community-supportive'- en 'community-oppressive'- programma's van PHC is in dit verband verhelderend: 'Community-supportive programmes or functions are those that favourably influence the long-range welfare of the community, that help it stand on its own feet, that genuinely encourage responsibility, initiative, decision-making and self-reliance at the community level, that build upon human dignity. (...) Community-oppressive programmes or functions are those which, while invariably giving lip-service to the above aspects of community input, are fundamentally authoritarian, paternalistic or are structured and carried out in such a way that they effectively encourage greater dependency, servility and unquestioning acceptance of outside regulations and decisions, and in the long run cripple the dynamics of the community' (Werner 1981: 47). Er zijn talloze aanwijzingen dat in veel Derde Wereld-landen het beleid ten aanzien van PHC inderdaad 'community-oppressive' is.

Tot nu toe heb ik benadrukt dat 'werkelijke' PHC weinig kans van slagen heeft omdat zij politiek ongewenst is. Er zitten echter nog meer kanten aan de geringe levensvatbaarheid van PHC. Bovendien is de context waarin PHC-beleid wordt uitgevoerd aanzienlijk gecompliceerder dan bovenstaande overwegingen suggereren. Drie kanttekeningen zijn van belang. Het beleid van regeringen om PHC om te buigen in een staatondersteunend en gemeenschaponderdrukkend programma slaagt lang niet altijd; gewezen moet worden op de onwil van artsen en andere gezondheidswerkers om binnen PHC te functioneren; ten slotte wordt stilgestaan bij de tegenwerking van de bevolking.

Nu de eerste kritische evaluaties van PHC-programma's beginnen te verschijnen (zie b.v. Morley e.a. 1983; Bloom en Reid 1984; Rifkin & Walt 1986) blijkt niet alleen dat er van de oorspronkelijke inspiratie soms weinig is overgebleven, maar ook dat regeringen er vaak niet in slagen *hun* versie van PHC te realiseren. Ondanks de aantrekkelijke politieke effecten van een adequate gezondheidszorgvoorziening (zie paragraaf 2) blijken regeringen vaak geringe prioriteit aan gezondheidszorg te geven, met name ook aan zogeheten PHC. In Kameroen bij voorbeeld werd in 1979/80 slechts 7% van het budget voor gezondheidszorg besteed aan rurale zorg. Hoeveel aan PHC besteed werd is moeilijk te zeggen, en uiteraard afhankelijk van de wijze waarop men de berekening wenst te maken. Als we PHC echter beschouwen als activiteiten ontplooid beneden het niveau van de rurale gezondheidscentra, dan vermoed ik dat zelfs 1% van het budget niet gehaald wordt. Toch wordt PHC uitdrukkelijk genoemd als een belangrijke prioriteit in het vijf-jaren-plan van de regering. Deze geringe aandacht van de Kameroenese autoriteiten voor het welzijn van dorpingen heb ik elders (Van der Geest 1986) trachten te 'verklaren' als een teken dat de dorpingen voor de staat nog van betrekkelijk geringe betekenis zijn en nauwelijks gevaar opleveren voor het politieke gezag. Ik vermoed dat soortgelijke toestanden ook in andere Derde Wereld-landen bestaan.

Een en ander leidt tot de volgende onduidelijke situatie: autoriteiten in Derde Wereld-landen verwelkomen PHC maar geven er – min of meer heimelijk – een andere betekenis aan. Maar ook deze herziene versie van PHC wordt zelden effectief toegepast. PHC blijft marginaal in het beleid van deze landen omdat de bevolkingsgroepen waarvoor PHC op de eerste plaats bestemd is marginaal zijn.

Het gebrek aan belangstelling voor PHC is in niet geringe mate mede het gevolg van de onwil van medisch personeel. Met name artsen zijn weinig gemotiveerd binnen PHC te werken. PHC is immers op de eerste plaats gericht op preventie van ziekte en op eenvoudige curatieve ingrepen die ook binnen het bereik van leken liggen. De opleiding die artsen ontvangen is bepaald niet een voorbereiding op het bevorderen van preventie en zelfredzaamheid in curatief ingrijpen. De artsenopleiding is juist gericht op een professionele curatieve aanpak van ziekte. Ziekte wordt beschouwd als een uitdaging die vaak beschreven wordt in termen van oorlogvoering waarin de arts uiteraard een heldenrol speelt. Bemoeienissen met drinkwater, voedsel en hygiëne spreken niet tot de medische verbeelding en zijn niet 'heroïsch'. De arts heeft – begrijpelijk – het gevoel zijn tijd te verdoen.

Een andere reden voor de lauwe belangstelling van artsen en ook van verpleegkundigen voor PHC is het rurale karakter van de meeste PHC-programma's. Zij voelen zich over het algemeen weinig aangetrokken tot het 'primitieve' leven op het platteland. Zij zijn daar vreemdelingen, hun interesse is gericht op de stadscultuur. Bovendien ondervinden zij moeilijkheden bij het zoeken naar 'geschikt' onderwijs voor hun kinderen. Een zwaarwegende factor, ten slotte, is dat het platteland arm is. In de steden zijn gezondheidswerkers vaak in staat een meervoud van hun officiële inkomen te verdienen via een – meestal informele - privé-praktijk die naast of zelfs binnen hun formele baan wordt uitgeoefend. De inefficiëntie van de openbare zorg, waar zij zelf toe 'bijdragen', leidt tot een toeloop naar privé-gezondheidszorg onder de meer draagkrachtigen. Op het platteland bestaat die mogelijkheid van bijverdienste echter niet of nauwelijks.

Het merkwaardige verschijnsel doet zich dus voor dat de staat – onbedoeld – toch een bijdrage levert aan PHC in de oorspronkelijke betekenis van bevordering van zelfredzaamheid, namelijk door nauwelijks personeel en middelen voor PHC beschikbaar te stellen. Zo zouden dorpelingen alsnog gedwongen worden 'zich zelf te redden'.

Mijn derde kanttekening maakt echter duidelijk waarom dit laatste toch nauwelijks gebeurt. Ook de mensen om wie het allemaal begonnen is, de dorpelingen en stedelijke armen, zijn zelf vaak maar matig geïnteresseerd in meer autonomie op het gebied van gezondheidszorg.

De invoering van PHC wordt door hen dikwijls afgedaan als een poging om

hen af te schepen met 'tweederangs' gezondheidszorg, niet geheel ten onrechte, want de populariteit van PHC bij nationale regeringen lijkt vaak mede te worden ingegeven door overwegingen van bezuinigingen. Het blijkt trouwens vrij algemeen voor te komen dat pleidooien voor meer 'self-reliance' in gezondheidszaken vooral gevoerd worden door, en aanslaan bij degenen die zelf weinig gezondheidsproblemen hebben en gemakkelijk toegang hebben tot specialistische zorg¹¹. Degenen in de Derde Wereld die voortdurend te kampen hebben met bedreiging van hun gezondheid en die weinig of geen mogelijkheden hebben een beroep te doen op moderne professionele zorg zijn juist buitengewoon op deze professionele zorg gesteld. Het is heel begrijpelijk dat zij wantrouwend staan tegenover pogingen van de overheid om hen meer 'zelfvoorzienend' in gezondheidszorg te maken.

In termen van het schakelingenperspectief kan dit wantrouwen als volgt beschreven worden. De medische voorzieningen die beschikbaar zijn voor hen die zich in het politieke centrum van het land ophouden, worden als beter beschouwd en daarom ook gewenst door degenen die zich buiten dat centrum bevinden. Daar komt nog bij dat deze voorzieningen extra waardevol geacht worden, omdat zij afkomstig zijn van een internationale, superieur geachte, cultuur, namelijk westerse technologie. Hoewel de concrete medische voorzieningen dus zeer ongelijk verdeeld zijn en steeds schaarser worden naarmate men 'afdaalt' naar een lager organisatieniveau, is de bekendheid met het bestaan en de kwaliteit van die voorzieningen wel 'gelijkelijk verspreid' over de diverse niveaus. Dit leidt tot een 'anomalie' die slechts opgelost wordt als die 'superieure' professionele voorzieningen ook op het laagste niveau beschikbaar komen of als het 'geloof' in die superioriteit verandert. Het is echter niet waarschijnlijk dat dit laatste zal gebeuren voordat het eerste plaats gevonden heeft¹².

Inheemse medische tradities blijven uiteraard een mogelijk alternatief en initiatief van onderaf, maar de ontwikkelingen die ik hier beschrijf leiden er juist toe dat ideeën en praktijken van buiten en van 'boven' deze lokale tradities lijken te verdringen voor de behandeling van een groeiend aantal gezondheidsklachten.

De ironie van PHC is dat het gepropageerd wordt op een tijdstip dat er reeds hechte relaties tussen de diverse organisatieniveaus bestaan en het niet meer mogelijk lijkt een beleid te ontwikkelen waarbij een bepaald niveau wordt buitengesloten. Een discriminerend beleid kan misschien nog wel worden opgedrongen, maar men kan niet verwachten dat dat door de gediscrimineerden enthousiast verwelkomd en uitgevoerd wordt, zoals verondersteld wordt in PHC. In zekere zin, zou men kunnen zeggen, heeft 'PHC' zijn bloeiperiode gehad lang voordat de naam was uitgevonden en lang voordat rurale gemeenschappen opgenomen werden in grotere politieke en economische verbanden: in de prekoloniale en vroegkoloniale periode van wat nu de Derde Wereld genoemd wordt.

In die periode was medisch zelfredzaamheid vanzelfsprekend en 'rationeel'. De huidige schakelingen, die zich uitstrekken van multinationale ondernemingen naar kleine dorpswinkeltjes; van internationale organisaties naar dorpscomités, hebben de noodzaak van PHC weliswaar *aangetoond*, maar de realisering ervan tegelijkertijd onmogelijk gemaakt. Ik zal deze fundamentele contradictie verduidelijken aan de hand van twee onderwerpen: artsen en medicijnen.

Artsen – Er is reeds gewezen op de geringe bereidheid van artsen om een taak te vervullen in PHC, vooral in een rurale omgeving. In een recent onderzoek naar het functioneren van artsen in rurale PHC in Somalië stootte Buschkens (z.d.) op ditzelfde probleem. Er is sprake van onoverbrugbare verschillen in levensstijl tussen deze artsen en de dorpsbewoners. Vooral verschillen in opvoeding, religie en sociale aspiraties zijn daarbij doorslaggevend. Een van de artsen vergeleek zijn verblijf op het platteland met een verblijf in het graf. Buschkens is van mening dat deze onaangepastheid van artsen vooral voortkomt uit hun opleiding. Die bereidt hen voor op een taak in een geavanceerd ziekenhuis, een situatie die nauwelijks voorkomt in hun eigen land. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een groot aantal artsen afkomstig uit de Derde Wereld ten slotte een baan zoekt en vindt in een geïndustrialiseerd westers land.

Wat gebeurt er echter als artsen wel bereid zijn in PHC programma's te werken? De fundamentele tegenstrijdigheid, waar ik reeds op gewezen heb, is dat de *aanwezigheid* van artsen meer problemen voor PHC zal opleveren dan hun huidige *afwezigheid*. Artsen zijn de vertegenwoordigers van een hoger organisatieniveau in de lokale gemeenschap. Zij belichamen de schakel tussen die niveaus en ontnemen door hun aanwezigheid de dorpelingen hun laatste eventuele argumenten pro PHC. Actieve betrokkenheid bij PHC terwijl een arts beschikbaar is wordt veelal als een absurditeit beschouwd, zoals het ook zinloos is met de hand te ploegen als een tractor beschikbaar is. Ik heb al uiteengezet dat de communicatie tussen hoge en lage niveaus geïsoleerde ontwikkelingen onmogelijk maakt. Naarmate die communicatie sterker wordt is geïsoleerde ontwikkeling meer uitgesloten. Om het met een metafoor te zeggen: de hogere niveaus werken als krachtige stoorzenders op pogingen de zelfredzaamheid van lokale groepen te versterken. Uiteindelijk zal een meerderheid meer heil verwachten van voorzieningen die van bovenaf verstrekt worden. Artsen *zijn* zulke 'stoorzenders'. Hun feitelijke betekenis zal daarom eerder die van belemmering dan van ondersteuning van PHC zijn.

De contraproductieve rol van artsen in PHC wordt in diverse rapporten genoemd, maar waarschijnlijk veel frequenter nog verzwegen om de simpele reden dat het de artsen zelf zijn die hun stempel op evaluatierapporten drukken. Twee recente publikaties waarin de geschetste problematiek wel ter sprake wordt gebracht verdienen een korte vermelding. Nichter (1986) beschrijft be-

langen- en statusconflicten tussen artsen en paramedici in Zuid-India. Bepaalde medische handelingen, zoals het voorschrijven en verstrekken van medicijnen, werd de paramedici door de artsen verboden. Het gevolg hiervan was dat eerstgenoemden bij de bevolking zowel aanzien als vertrouwen verloren en nauwelijks nog belangstelling konden wekken voor andere belangrijke (bij voorbeeld preventieve) activiteiten. In Pakistan hield Zaidi (1986) een enquête onder medische studenten om vast te stellen waarom zij geen praktijk op het platteland wensden te beginnen. De redenen komen sterk overeen met de bevindingen van Buschkens in Somalië: gebrek aan faciliteiten en toekomstmogelijkheden voor henzelf en hun gezin, financiële nadelen, enzovoorts. Velen bleken overigens zelf nauwelijks bekend te zijn met omstandigheden op het platteland. Een groot aantal van de respondenten ambieerde verdere specialisatie in een westers land. Volgens Zaidi weerspiegelen de opvattingen en voorkeuren van deze studenten de klassestructuur van de Pakistaanse samenleving. Artsen zijn in grote meerderheid afkomstig uit hogere stedelijke klassen en wijzen een werkkring tussen het rurale 'proletariaat' af. Verplichte tewerkstelling daar zal derhalve zelden tot een bevredigend resultaat leiden.

Een 'verstandig' beleid zou daarom inhouden dat men niet artsen, maar 'Community Health Workers' inschakelt in PHC. Artsen zouden zich slechts op de achtergrond met PHC mogen bemoeien om aldus hun verlamdende werking te verminderen. Artsen zouden de 'para-medici' van PHC moeten worden¹³. Bovendien zijn artsen ongeveer honderdmaal zo duur als community health workers. Een keuze tussen één arts of honderd community health workers lijkt dan ook niet zo moeilijk. Helaas lijkt het voor deze simpele oplossing 'te laat'. Op de eerste plaats omdat dorpingen 'professionele' gezondheidszorg eisen en geen genoegen nemen met een community health worker. Op de tweede plaats omdat community health workers geen 'genoegen met zichzelf' nemen. In veel gevallen heeft de – korte – training die zij genoten hebben hogere aspiraties in hen gewekt en trachten zij via hun pasverworven positie op een hoger maatschappelijk niveau te komen¹⁴. Het zijn de schakelingen tussen de niveaus die deze aspiraties voeden en mogelijk maken. Het batig saldo is dat veel community health workers het hogerop zoeken en 'verloren' gaan voor de gemeenschap waarvoor zij zijn opgeleid.

Medicijnen – De rol van medicijnen in PHC is niet minder ambigu dan die van artsen. Evaluatierapporten melden enerzijds dat PHC-projecten ten gronde gaan wegens gebrek aan geneesmiddelen en anderzijds dat projecten 'ontaarden' in een efficiëntere medicijnvoorziening. De betekenis van medicijnen kan inderdaad op verschillende wijzen gewaardeerd worden.

Wanneer men de nadruk legt op PHC als bevordering van autonomie, kan men de beschikbaarheid van medicijnen beschouwen als een belangrijke voor-

waarde voor het bereiken van die autonomie. Zelfmedicatie is een vorm van autonomie. Patiënten besluiten zelf welke medicijnen zij nodig hebben en kopen die. Er is geen sprake meer van afhankelijkheid van een arts als tussenpersoon. Naast de gevaren van verkeerd gebruik zijn er echter twee opmerkingen te maken over de bovenstaande redenering. Ten eerste blijft er een aanzienlijke, meer subtiele, afhankelijkheid bestaan. De medicijnen waarop gedoeld wordt zijn gewoonlijk elders geproduceerd en worden geïmporteerd. De medicinale kruiden die vroeger gebruikt werden waren direct beschikbaar. Eigen kennis en produktie waren voldoende. Voor de moderne medicijnen is men daarentegen afhankelijk van externe kennis, technologie en produktie.

De tweede opmerking betreft het exclusief curatieve karakter van zelfmedicatie. Naast zelfredzaamheid gaat het in PHC om preventie. Mensen vermeederen de macht over hun eigen leven en gezondheid als ze leren ziekte te voorkomen. Een betere beschikbaarheid van medicijnen is daarom een 'mixed blessing'. De motivatie tot preventie kan er door afnemen. Een PHC-programma dat resulteert in een betere medicijnvoorziening schiet derhalve zijn doel voorbij¹⁵.

In veel PHC-projecten worden medicijnen als 'lokkers' gebruikt. Hier doet zich een tegenstrijdige ontwikkeling voor. Wat voor PHC-planners een middel is blijkt voor de bevolking doel te zijn. Men komt op de medicijnen af en vergeet de voorlichting over betere preventie. Niet minder tegenstrijdig is de keerzijde van de medaille: PHC-werkers die geen medicijnen kunnen aanbieden vinden nauwelijks gehoor.

Als wij de medicijnsituatie in een schakelingenperspectief plaatsen zien wij een duidelijke parallel met de rol die artsen spelen in PHC. Ook hier heeft de verspreiding van kennis een grote voorsprong op die van de *produkten* waar die kennis op gericht is. Zelfs in perifere gemeenschappen is men bekend met de krachtige werkzaamheid van westerse medicijnen, en vraagt men derhalve ook om deze produkten. Eigen middelen worden als inferieur beschouwd en in toenemende mate ter zijde geschoven. Kennis over medicinale kruiden loopt snel terug.

De medicijnen zelf, daarentegen, blijken vaak nauwelijks door te dringen tot de laagste niveaus van de maatschappij. De distributie stopt op hogere niveaus waar belanghebbenden in staat zijn een onevenredig deel van de medicijnvoorziening voor zichzelf te confisqueren, ten koste van dorpsbewoners¹⁶. Vooral wanneer er een algemeen tekort aan medicijnen bestaat kan dit leiden tot hamsteren in de hogere regionen van de maatschappij. In Kameroen was dit bij voorbeeld het geval. Het gevolg was dat medicijnen terecht kwamen bij degenen die er het minst behoefte aan hadden omdat zij zich een gezonder leven konden permitteren en minder ziek waren. Bovendien bleven er waarschijnlijk veel ongebruikt liggen, zoals men verwachten kan bij hamsteren.

Het grote vertrouwen in westerse medicijnen en hun geringe beschikbaarheid in lokale gemeenschappen doen de vraag naar deze producten vaak juist toenemen. Pogingen om een medicijnvrij of medicijnarm PHC-programma op te zetten met grote nadruk op preventie ontmoeten dan ook veel wantrouwen. Het gevolg is dat PHC-programma's vaak 'mislukken', omdat er gebrek aan medicijnen is, of dat zij 'ontaarden' in een verbeterde medicijntoevoer, terwijl PHC-medicijnen juist zo veel mogelijk overbodig zou moeten maken.

4. Conclusie¹⁷

Moderne gezondheidszorg lijkt een geschikt middel voor regeringen van ontwikkelingslanden om op vreedzame wijze staatsgezag te vestigen in gemeenschappen die zich daar nog aan onttrekken. Toch blijken veel regeringen niet in staat of bereid een effectief systeem van rurale gezondheidszorg op te zetten. PHC lijkt een logisch antwoord op dit probleem. In de praktische uitvoering blijkt PHC echter vol contradicties. De meest fundamentele in arme gemeenschappen is waarschijnlijk dat men, met financiële en personele hulp van buitenaf, 'zelfredzaamheid' tracht te bevorderen.

Nog meer tegenstrijdigheden komen in zicht als men gezondheidszorg, en PHC in het bijzonder, beschouwt vanuit diverse maatschappelijke niveaus. De toename van communicatie tussen deze niveaus heeft geleid tot een naar elkaar toegroeien van ideeën over optimale gezondheidszorg. De mogelijkheden om deze optimale zorg te realiseren zijn echter zeer ongelijk verdeeld over de diverse niveaus. De incongruentie tussen ideeën en wensen enerzijds en sociale en politiek-economische werkelijkheid anderzijds bemoeilijken de introductie van een op preventie en zelfhulp gerichte PHC. De tegenstrijdigheid tussen wat mensen in perifere gemeenschappen wensen en wat wordt aangeboden is een rechtstreeks gevolg van deze incongruentie in de verspreiding van ideeën en middelen van hogere naar lagere niveaus.

Noten

1. Het begrip 'Schakelingen' staat centraal in het onderzoeksprogramma van de gelijknamige projectgroep waaraan ontwikkelingssociologen en antropologen van zeven Nederlandse universiteiten en het Koninklijk Instituut voor de Tropen deelnemen. Een eerdere versie van dit artikel werd op 16 mei 1986 gepresenteerd op een symposium van deze projectgroep te Leiden. Ik dank de deelnemers en P. Streefland voor hun commentaren. Onderzoek in Kameroen werd uitgevoerd in 1980 en 1983, met financiële steun van de Universiteit van Amsterdam en WOTRO. Onderzoeksassistentie werd verleend door onder andere Mireille Visser en Kosso Felix-Fayard. Hanneke Kossen heeft geholpen bij de totstandkoming van dit artikel.

2. Voor een meer uitgebreide discussie van het begrip 'Schakelingen' raadplege men het rapport 'Schakelingen als ontwikkelingsprobleem' en diverse interne notities van de pro-

jectgroep 'Schakelingen', o.a. Galjart z.d., Van den Muijzenberg 1985 en Wolters z.d.

3. Een enigszins gewijzigde versie van deze paragraaf is opgenomen in een artikel over de staat en gezondheidszorg in Kameroen (Van der Geest 1986).

4. Ik zeg met opzet dat sociale ongelijkheid in gezondheidszorg *lijkt* te verdwijnen. Het is immers genoegzaam bekend dat die ongelijkheid daar juist van groot belang is en op vele manieren gereproduceerd wordt (cf. Navarro 1976 en 1981, Doyal 1979). Het is precies dit verschil tussen 'wet en werkelijkheid' dat centraal staat in dit essay.

5. Talloos zijn de verhalen over zwervers en andere paria's die via een ziekenhuisopname op adem trachten te komen (zie b.v. Orwell 1966).

6. Navarro ziet gezondheidszorg als een middel waarmee de kapitalistische staat de klassestructuur van haar economie en maatschappij en de bourgeois-ideologie reproduceert: 'The social utility of medicine is measured primarily in the arena of legitimation. Medicine is indeed socially useful to the degree that the majority of people believe and accept the proposition that what are actually politically caused conditions can be individually solved by medical intervention. From the point of view of the capitalist system, this is the actual utility of medicine – it contributes to the legitimation of capitalism' (Navarro 1976, 208). Navarro gaat echter geheel voorbij aan de mogelijkheid dat gezondheidszorg bijdraagt tot de *legitimering en reproductie van elk type politiek systeem en elk type economische structuur* (twee voor de hand liggende voorbeelden zijn Cuba en China).

7. Het Wereldbank-rapport wijst echter ook op mogelijke negatieve gevolgen van een betere gezondheidszorg: 'Paradoxically, health improvements may pose a threat to well-being if the net effect is a significant increase in the rate of population growth' (World Bank 1980, 33). Het rapport pleit daarom voor een samengaan van gezondheidszorg met family planning.

8. Terwijl Plato er in zijn *Republiek* juist op gewezen heeft dat de behoefte aan veel artsen en ziekenhuizen geen best teken is.

9. Toeëigening van aspecten van de westerse geneeskunde en opname daarvan in de eigen zelfhulpcultuur zijn natuurlijk wel op beperkte schaal mogelijk. Zo'n proces van acculturatie vindt met name plaats in het gebruik van westerse farmaceutische producten buiten de kaders van de officiële gezondheidszorg (voor een bibliografisch overzicht zie Van der Geest 1982).

10. Melville en Johnson (1982, 22) wijzen erop dat politici geneigd zijn vooral korte-termijnverbeteringen in gezondheidszorg na te streven, omdat zij de politieke vruchten daarvan in hun eigen ambtsperiode willen plukken. In westerse democratieën is dat gewoonlijk binnen vier of vijf jaar.

11. Een soortgelijk verschijnsel doet zich in de Nederlandse samenleving voor. Bensing (1984) wijst op een aantal tegenstrijdigheden in de pleidooien voor 'zelfzorg': alleen gezonde mensen blijken verantwoordelijk te willen zijn voor hun eigen gezondheid en het enthousiasme voor 'mantelzorg' is het grootst bij degenen die géén hulpbehoevenden in hun directe nabijheid hebben!

12. Een analyse van primary health care vanuit een 'schakelingen'-perspectief brengt meer tegenstrijdigheden aan het licht dan in dit korte bestek besproken kunnen worden. Zo wijst Gish (1982) op de tegenstelling tussen 'verticalisten' en 'horizontalisten' in gezondheidszorgbeleid (zie ook Mills 1983). De eerstgenoemden bepleiten een van bovenaf georganiseerd 'disease control program' met een sterk technologisch karakter; de tweede groep, ook wel 'integrationisten' genoemd, legt nadruk op het sociale karakter van preventie en curatieve zorg. De ambiguïteit van PHC blijkt uit het feit dat beide partijen er een eigen betekenis aan geven, en dus ook zeer verschillende typen van PHC propageren en uitvoeren.

13. Die suggestie wordt ook gedaan in het commentaar bij een diaserie getiteld 'Piactla: a villager-run health program in Mexico' van de Hesperian Foundation, P.O. box 1692, Palo Alto, CA 94302, USA. Het commentaar meldt dat geregeld 'outside professionals' worden uitgenodigd om de dorpelingen nieuwe kennis en technieken bij te brengen, maar dat gebeurt slechts op bepaalde voorwaarden: 1. Short visits only, so that it remains clear that the health program is run by the local people. 2. Outside professionals are asked to teach but not practice their skills. They should stay in the background as much as possible, functioning as auxiliaries to the village health team.

14. Williams en Satoto (1983) beschrijven een dergelijke ontwikkeling voor een PHC-project op het platteland van Java.

15. Dat PHC vooral curatief 'slaagt' wordt door talloze auteurs gemeld. Maru (1983: 1482) schrijft bij voorbeeld over India dat PHC 'has succeeded in bringing primary curative care to the doorstep of the people (...) (It) has not succeeded in mobilizing the village community for public health tasks'. Streefland en Varkevisser (1985, 37) concluderen, na een vergelijking van vier PHC-projecten in Azië en Afrika: 'Curative medicine is primarily what people want. Hence, there is a tendency for village health workers to become little doctors, and those village health workers who are not willing or not equipped to act accordingly are bypassed by the villagers. We have the impression that in South-Asian rural areas where modern Western medicine has already gained a strong foothold, the curative bias is strongest. However, also in large scale programmes in Africa the curative component appears to be the most powerful ... As the inclusion of medical care in PHC requires little attitudinal change from either the basic health services staff who introduce it, or from village health workers who become involved, it seems that this is the PHC activity most easily promoted on a large scale'.

16. Bannenberg, die voor de internationale consumentenorganisatie IOCU een oriëntatieris heeft gemaakt door zeven Oostafrikaanse landen, schrijft in zijn verslag: 'Drugs and health care are also used to 'stabilize the country: Rwanda has introduced a special insurance for the army, police and civil servants. These important groups do not have to wait in long queues for generic, essential drugs. They can visit a private doctor and then go to a private pharmacist. All drugs, even the most expensive ones, are paid by this insurance scheme. However, the limited budget makes it impossible to supply enough drugs to everybody in the country ... So the drugs are distributed to the politically most sensitive area: the capital, and to the places where the most powerful health workers are: the hospitals. Health centres and dispensaries, which care for the rural poor majority, must be happy to get some left-overs' (Bannenberg 1984, 10). Het 'in-de-watten-leggen' van de politiek mondigste groepen trof ik ook aan in Kameroen (o.a. Van der Geest 1981, 80). MacCormack (1981, 424) maakt er eveneens melding van.

17. Tijdens een symposium van het 'Schakelingen-programma' werd door een aantal deelnemers opgemerkt dat in mijn betoog de rol van de staat wel zeer cynisch werd voorgesteld. Ik zou er meer van moeten uitgaan dat regeringen verbetering van gezondheidszorg in hun land nastreven zonder politieke bijbedoelingen. Anderen wezen er – mijns inziens terecht – op dat er grote verschillen tussen staten bestaan in de mate van politisering van gezondheidszorg. Toch hecht ik eraan enigszins generaliserend in Machiavellistische termen te spreken over gezondheidszorgbeleid in ontwikkelingslanden en voel me daarin gesteund door een groeiend aantal onderzoekers. Ik onderschrijf de sombere conclusies van Zaidi (1986) en Jobert (1985): 'In countries where the masses participate in the decision-making process, and where a government, conscious and sensitive to the needs of the people is in power, some significant changes have been made within and outside the health sector. This, in the case of underdeveloped countries is an exception rather than the rule,

as in most underdeveloped countries a small privileged class distributes resources according to its own need, with little concern for the masses at large' (Zaidi 1986, 533). 'Left to themselves, the (Indian) states welcomed the (Community Health Volunteers) programme not as an invitation to change their mode of political functioning, even in the very limited field of health, but as a series of supplementary resources to be distributed according to usual standards. For the health administration bureaucrats, the main problem was then to avoid the programme's political implications as much as possible, in the selection, the training (eliminating of its social dimensions) or the functioning of the community health volunteers' (Jobert 1985, 24). Overigens is de gezondheidszorg geen geval apart. Tarijke studies hebben soortgelijke processen van politieke onderdrukking op andere terreinen beschreven, met name op dat van de landbouw (zie b.v. Bates 1981, Schiphorst 1981, Koenigs 1986).

Geraadpleegde literatuur

- Agbonifo, P., The state of health as a reflection of the level of development of a nation. *Social Science & Medicine* 17 (1983), 24, p. 2003-2006.
- Bannenberg, W., *HAI African safari: 1983/84. Report on networking, problem drugs, drug supply and drug policies in Kenya, Rwanda, Burundi, Tanzania, Malawi, Zimbabwe and Zambia*. IOCU, Den Haag 1984.
- Bates, R.H., *Markets and states in Tropical Africa. The political basis of agricultural policies*. University of California Press, Berkeley 1981.
- Bensing, J., Wie wil in Nederland primary health care? *Medisch Contact* 39 (1984), 5, 141-146.
- Bloom, A.L., en J. Reid (red.), Anthropology and primary health care in developing countries. *Themarr. Social Science & Medicine* 19 (1984), 3.
- Buschkens, W.F.L., De levensstijl van Somalische artsen en de ontwikkeling van gezondheidszorg. Ongepubliceerd manuscript.
- Breilh, J., Community medicine under imperialism: a new medical police? In: V. Navarro (red.), 1981, p. 149-168.
- Carpenter, M. Left orthodoxy and the politics of health. *Capital & Class* 11 (1980), 73-98.
- Doyal, L., *The political economy of health*. Pluto Press, Londen 1979.
- Dubos, R., *Man adapting*. Yale University Press (uitgebreide ed.), Yale University Press, Londen 1980.
- Freidson, E., *Professional dominance: the social structure of medical care*. Atherton Press, New York 1970.
- Galjart, B.F., Enkele notities met betrekking tot schakelingen. Ongepubliceerd manuscript.
- Geest, S. van der, *La pathologie de services médicaux: la distribution des médicaments au Sud Cameroun*. ASC, Amsterdam 1981.
- Geest, S. van der, The illegal distribution of western medicines in developing countries. *Medical Anthropology* 6 (1982), 4, p. 197-219.
- Geest, S. van der, Health care as politics? 'Missed chances' in rural Cameroon. In: W. van Binsbergen, F. Reyntjens en G. Hesselink (red.), *State and local community in Africa*. Cedef/Asdoc Cahiers, Brussel 1986, p. 241-260.
- Gish, O., Selective primary health care: old wine in new bottles. *Social Science & Medicine* 16 (1982), 10, p. 1049-1054.
- Illich, I., *Limits to medicine*. Penguin, Harmondsworth 1976.
- Jobert, B., Populism and health policy: The case of community health volunteers in India.

- Social Science & Medicine* 20 (1985), 1, p. 1-28.
- Kelman, S., The social nature of the definition problem in health. *International Journal of Health Services* 5 (1975), 4, p. 625-642.
- Kerngroep Basale Gezondheidszorg, Werkplan. KIT, Amsterdam (ongepubl. manuscript).
- Konings, P., *The state and rural class formation in Ghana: A comparative analysis*. Routledge & Kegan Paul, Londen 1986.
- Krause, E.A., *Power and illness. The political sociology of health and medical care*. Elsevier, New York 1977.
- Lasker, J., The role of health services in colonial rule: the case of the Ivory Coast. *Culture, Medicine & Psychiatry* 1, (1977), p. 277-297.
- MacCormack, C.P., Health care and the concept of legitimacy. *Social Science & Medicine* 15b (1981), 3, p. 423-428.
- Maru, R.M., The community health volunteer scheme in India: an evaluation. *Social Science & Medicine* 17 (1983), 19, p. 1477-1483.
- Melville, A., en C. Johnson, *Cured to death. The effects of prescription drugs*. Secker & Warburg, Londen 1981.
- Mills, A., Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science & Medicine* 17 (1983), 24, p. 1971-1981.
- Morley, D., J. Rohde en G. Williams (red.), *Practising health for all*. Oxford University Press, Oxford 1983.
- Muijzenberg, O. van den, Urban linkages in Asia: Some notes for discussion. Ongepubl. manuscript, Londen 1985.
- Navarro, V., *Medicine under capitalism*. Prodist, New York 1976.
- Navarro, V. (red.), *Imperialism, health and medicine*. Baywood Publ. Co., Farmingdale 1981.
- Nichter, M.A., The primary health center as a social system: PHC, social status, and the issue of team-work in South Asia. *Social Science & Medicine* 23 (1986), 4, p. 347-355.
- Nijhof, G., *Individualiseren en uitstoting*. Link, Nijmegen 1978.
- Orwell, G., *Down and out in Paris and London*. Penguin, Harmondsworth 1966.
- Parsons, T., *The social system*. The Free Press, Glencoe 1951.
- Projectgroep Schakelingen, Schakelingen als ontwikkelingsprobleem. Ongepubliceerde onderzoeksnota, 1985.
- Rifkin, S.B., en G. Walt, Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'. *Social Science & Medicine* 23 (1986), 6, p. 559-566.
- Schiphorst, F., *Macht en onvermogen. Een studie van de relatie tussen staat en boeren op het VEA-irrigatieproject, Ghana*. Afdeling Culturele Antropologie, Uitgave 20, Amsterdam 1983.
- Sharpton, M.J., Health and the human environment. *Finance & Development* 13 (1976), 1, p. 24-27, 38.
- Streefland, P., en C.M. Varkevisser, Variations in Primary Health Care. Conference paper, Royal Tropical Institute, Amsterdam 1985.
- Swaan, A. de, *De mens is de mens een zorg*. Meulenhoff, Amsterdam 1983.
- Szasz, Th., *Ideology and insanity*. Penguin, Harmondsworth 1974.
- Waitzkin, H., en B. Waterman, *The exploitation of illness in capitalist society*. Bobbs-Merrill, Indianapolis 1974.
- Werner, D., The village health worker: Lackey or liberator? *World Health Forum* 2 (1981), 1, p. 46-68.

- Williams, G., en Satoto, Sociopolitical constraints on primary health care: A case study from Indonesia. In: D. Morley e. a. (red.), *Practising health for all*. Oxford University Press, Oxford 1983, p. 208-228.
- WHO, *Primary health care*. WHO, Genève 1978.
- Wolters, W.G., Levels, linkages and master processes. Ongepubl. manuscript.
- World Bank, *Health sector policy paper*. World Bank, Washington 1980.
- Zaidi, S.A., Why medical students will not practice in rural areas: Evidence from a survey. *Social Science & Medicine* 22 (1986), 5, p. 527-534.
- Zola, I.K., *De medische macht*. Boom, Meppel en Amsterdam 1973.