#  De zorgwekkende toestand van de rurale ziekenhuizen in Congo.

# Enkele weken geleden verscheen een campagne van drie Belgische ngo’s (Memisa, Artsen Zonder Vakantie en Dokters van de Wereld) over problemen met stroom- en watertoevoer in Congolese ziekenhuizen ‘Ondenkbaar in België, de realiteit in DR Congo (zie: www.gezondheidszorgvooriedereen.be). Een interpellerende video, maar slechts het topje van de ijsberg, vooral in rurale ziekenhuizen waarover ik het hier verder vooral zal hebben.

De rurale bevolking vertegenwoordigt twee derde van de Congolezen. Congo is op gebied van gezondheidszorg ingedeeld in 515 gezondheidsdistricten (in Congo: zones de santé) met normaal gezien elk een hospitaal, dat verondersteld wordt een aantal basisdiensten te verlenen die men van een dergelijke instelling verwacht. In een systeem van basisgezondheidszorg beschikt theoretisch gezien een dergelijk ziekenhuis over minstens een operatiezaal, een postoperatieve dienst, een moederhuis, een kinderafdeling, een dienst inwendige ziekten en een minimaal laboratorium.

Uit het opiniestuk hebben we begrepen dat de elektrische stroomtoevoer of drinkbaar water er verre van evident zijn. Gezien brandstof peperduur is wordt de generator, voor zover er één aanwezig is én functioneert, dikwijls alleen aangezet na zonsondergang. Men kan dan nog enkele uren over verlichting beschikken, de operatielampen gaan aan, de autoclaaf, de elektrische toestellen in het labo, de echograaf en het radiografietoestel (als die er zijn) kunnen functioneren, de gsms en PCs worden opgeladen. Stroom op zonne-energie is een ideale oplossing, maar kostelijk bij aankoop en vraagt ook een minimum aan onderhoud. Maar…Congo telt wereldwijd het hoogste aantal bliksemimpacten, die menig onvoldoende beveiligde installaties binnen de kortste keren onbruikbaar hebben gemaakt.

Het water wordt tijdens het regenseizoen meestal van de daken in citernes gecollecteerd, maar tijdens het droge seizoen is men afhankelijk van de aanvoer, in emmers, van water uit bronnen of waterlopen; een lastig werk dat door vrouwen en meisjes wordt verricht. Water aanboren is de beste manier om over drinkbaar water te beschikken, maar dikwijls niet mogelijk omdat te duur, zeker als boorinstallaties over erbarmelijke wegen moeten aangevoerd worden, of omdat water niet of slechts op grote diepte te vinden is, wat men meestal niet op voorhand weet.

In Abudja heeft Congo in 2001, zoals de andere Afrikaanse staten, een verklaring ondertekend waarbij het beloofde dat minstens 15 % van het jaarlijkse staatsbudget naar gezondheidszorg zou gaan. De Congolese staat investeert echter heel weinig in gezondheidszorg, volgens gegevens van de Wereldgezondheidsorganisatie maximum 5 $ per persoon en per jaar, wat overeenkomt met 5 % van het staatsbudget of 0,7% van het bruto binnenlands product (BBP). Op de koop toe heeft Congo de laatste jaren meestal minder dan het geplande budget effectief uitgegeven. Het budget dat de staat jaarlijks investeert komt de laatste jaren overeen met 15 % van het totale budget dat in Congo aan gezondheidszorg wordt uitgegeven. Van dat totale budget betaalt de bevolking 40 % uit eigen zak (“out of pocket”). Dat laatste is ongeveer evenveel als de totale internationale hulp aan Congo voor gezondheidszorg. Alles samengeteld komt men in 2015 aan een budget van 34 $ per persoon en per jaar, waar de Wereldgezondheidsorganisatie berekend heeft dat minstens 60 $ nodig is om een minimale basisgezondheidszorg te verzekeren. Ter vergelijking bedragen in België de totale uitgaven aan gezondheidszorg per persoon en per jaar ongeveer 5.000 $, waarvan de Belgen 18 % uit eigen zak betalen. Van de Belgische staatsuitgaven gaat 15 % naar gezondheidszorg of 10 % van het BBP. Alle budgetten voor gezondheidszorg in Congo zijn, zelfs naar normen voor arme landen, extreem laag. Dus niet alleen het aandeel van de Congolese staat, maar ook dat van de internationale hulpverlening. Congo is in dat opzicht een “donor-orphan”. Men kan verstaan dat multi-en bilaterale donoren enigszins terughoudend zijn om hulp te verlenen aan een land dat niet bepaald een goede reputatie heeft op gebied van mensenrechten en corruptie, maar onderzoek heeft aangetoond dat de keuze van ontvangende landen niet altijd bepaald wordt door goed beleid of armoede-indicatoren; engelstalige landen bijv. krijgen gemiddeld meer hulp dan franstalige. Ngo’s spitsen doorgaans hun projecten toe op de lievelingslanden van de eigen overheid. Belgische ngo’s, ontsnappen niet aan deze regel, maar spijtig genoeg behoren zij nu eenmaal niet tot de rijkste ngo’s wereldwijd, waardoor hun actiepotentieel in Congo (te) beperkt is, alhoewel vergelijkenderwijs heel efficiënt.

Zeven op tien inwoners van Congo, en nog meer in rurale gebieden, leeft onder de armoedegrens en elke uitgave voor gezondheidszorg is er één teveel. Al lijkt dat belachelijk laag voor de meeste Belgen betekent in Congo een uitgave van 40 $ per jaar voor een gezin van zes kinderen een enorme financiële inspanning. In een land waar mutualiteiten nagenoeg onbestaand zijn wordt een hospitalisatie dan ook dikwijls een catastrofale uitgave die een gezin voor jaren dieper in armoede riskeert te duwen. In het normale circuit gaat de patiënt naar het dichtsbij gelegen gezondheidscentrum, waar verpleegkundigen werken die hem/haar zo nodig refereert naar het hospitaal van de gezondheidszone. Vooraleer hierop in te gaan neemt de familie heel dikwijls de beslissing eerst raad in te winnen bij traditionele genezers, maar ook bij waarzeggers, tovenaars, geestelijken en allerhande kwakzalvers, die goedkoper geacht worden dan een hospitalisatie. Maar soms worden reeds hoge bedragen uitgegeven voor geen of weing resultaat en gaat kostbare tijd verloren waardoor soms vlot op te lossen problemen uiteindelijk onnodige urgenties wordt waarvoor men toch in het ziekenhuis terecht komt.

In een groot deel van de hospitalen wordt je de toegang ontzegt indien je niet op voorhand betaalt voor al farmaceutische producten die je de eerste dagen zult verbruiken en voor enkele dagen verblijf. Verder rekent men allerhande supplementen aan, zoals voor injecties, de aanleg van verbanden, labo-onderzoeken, het gebruik van stroom voor een ingreep enz., wat de prijs opvoert en bij de bevolking de terughoudendheid voor een hospitaalverblijf nog versterkt. Weinig ziekenhuizen passen vaste forfaits toe die alles dekken, berekend zijn op gemiddelde kosten en betaalbaar zijn door de lokale bevolking.

Alleen de armste (de “indigents”) hebben in de regel recht op een gratis behandeling, maar deze vertegenwoordigen slechts een heel klein aandeel van de bevolking en worden wel eens geweigerd. Daarentegen hebben eisen mensen met wat meer middelen, zoals politici, gestelijken en militairen, en familie van het ziekenhuispersoneel, zich het recht toe om ook (nagenoeg) gratis behandeld te worden, wat de inkomsten van het ziekenhuis nog meer ondergraaft. De inkomsten van een Congolees ziekenhuis gaan noodgedwongen bijna integraal naar premies voor het personeel, zodat weinig of niets overblijft voor medisch materiaal, onderhoud, laat staan voor infrastructuurwerken. In een rurale streek kan geen enkel ziekenhuis overleven zonder externe hulp.

Minder dan de helft van het personeel dat recht heeft op een staatswedde of staatspremie wordt niet betaald, wat onvermijdelijk demotivatie meebrengt. Uit armoe en ontgoocheling zoeken nogal wat hun heil in dubieuze private initiatieven, die het systeem nog meer ontwrichten.

De diensten die geleverd worden zijn kwalitatief meestal slecht, zo niet mensonterend. Dat is niet verwonderlijk: de staat investeert amper amper 3 % van hun budget gezondheidszorg in hospitalen, de ngo’s (op enkele uitzonderingen na, zoals Artsen Zonder Vakantie) richten zich hoofdzakelijk op basisgezondheidszorg buiten de ziekenhuizen en de grote multilaterale en privaat-publieke organisaties (zoals het Global Fund) op verticale programma’s (malaria, aids, tuberculose, vaccinaties..), waarbij hospitalen zeer beperkt betrokken zijn. Deze (soms heel dure) programma’s hebben de laatste decennia wel gezorgd voor een significante daling van de kindersterfte en van bepaalde infectieziekten, maar zijn ook verantwoordelijk voor een sterke mobilisatie van gezondheidspersoneel voor deze programma’s ten koste van basisgezondheidszorg; hierbij trekken ze dikwijls de meest competente mensen uit de sector weg, waarbij een hogere en beter gegarandeerde verloning een belangrijke rol speelt.

De infrastructuur is in de regel ondermaats, de medische apparatuur verouderd, in slechte staat of slecht onderhouden, de medicatie kwantitatief en kwalitatief slecht (heel veel vervalste of te laag gedoseerde producten). De hygiëne is meestal ver te zoeken en zorgt o.m. voor hospitaalinfecties. De verzorging en de voedselbedeling worden aan de familie overgelaten, die dan ook op de campus verblijft, kookt en slaapt, wat op zijn beurt praktische problemen meebrengt.

Maar ik ken in talrijke ziekenhuizen mensen die met inzet, empathie en veel creativiteit dag in dag uit blijven werken in voor ons onvoorstelbare omstandigheden, zonder veel waardering of vergoeding te verwachten, alleen omdat ze overtuigd zijn van hun verantwoordelijkheid jegens een bevolking die ze niet aan haar lot wil overlaten.

Een toenemend probleem is de ondermaatse opleiding van het gezondheidspersoneel, dikwijls in scholen en Universiteiten die absoluut niet aan de minimale normen beantwoorden en als paddestoelen uit de grond schieten omdat ze door zowat iedereen die over macht, aanzien of geld beschikt kunnen opgericht worden. Dat betekent dat heel wat medische faculteiten diploma’s uitreiken aan afgestudeerde geneesheren die de nodige basiskennis missen en nooit in een degelijk, laat staan universitair, ziekenhuis hebben gewerkt. Gelukkig zijn er uitzonderingen, maar deze zijn schaars. Specialisten zijn een zeldzaamheid in Congo en werken nagenoeg alleen in de grootsteden of in het buitenland.

De Belgische ontwikkelingshulp aan gezondheidszorg in Coingo verloopt grotendeels via professionele ngo’s, die in dikwijls heel moeilijke omstandigheden samenwerken met hun Congolese partners, maar kunnen bogen heel wat expertise en lokale netwerken, wat een belangrijke meerwaarde betekent. Men stelt de laatste jaren spijtig genoeg vast dat Ontwikkelingssamenwerking de financiële middelen gestaag vermindert en minder oog heeft voor resultaten op terrein dan voor een ingewikkelde en tijdrovende administratieve rompslomp en de stricte opvolging van steeds wisselende regels. Men kan begrijpen dat men streeft naar een optimale aanwending van de fondsen, en alle ngo’s zijn hiervan bewust en maken er werk van, maar men moet ook kunnen inzien hoe complex de uitbouw en opvolging van waardevolle activiteiten in fragiele staten zijn.

Het merendeel van hetgeen hier neergeschreven is kan men terugvinden in het uitzonderlijk objectief en kritisch opgesteld rapport van het Congolese Ministerie van Volksgezondheid zelf, “Le Programme National de Dévelopment Sanitaire 2016-2020”, dat veronderstelt wordt de richting aan te geven waarnaar de gezondheidszorg zou moeten evolueren, en zich richt tot de Congolese staat en de internationale partners. Eerdere analoge rapporten vertelden in grote lijnen hetzelfde maar de suggesties bleven telkens dode letter.

In deze omstandigheden kan men begrijpen dat toekomstvisies en slogans zoals universele toegang tot gezondheidszorg, recht op gezondheid, equity, patient centred care en andere nog heel ver weg zijn in een land zoals Congo, en zeker in de rurale ziekenhuizen.

Wat het ziekenhuis van Katako-Kombe betreft is de toestand iets beter dan hierboven beschreven,vooral dank zij een substantiële steun van Belgische ngo’s (Memisa, artsen Zonder Vakantie, Oftalmo Sankuru), het jumelegeproject met Maria Middelares Gent, steun van de Provincie Oost-Vlaanderen en zoveel andere sponsors. Dit heeft in belangrijke mate bijgedragen tot het officieel statuut van demonstratiehospitaal in Congo. Maar er is nog veel werk aan de winkel en fundamenteel blijt de toestand ook in dat ziekenhuis zorgwekkend indien de lokale autoriteiten en de grote internationale organisaties niet in belangrijkere mate bijdragen tot zijn verdere uitbouw en van een visie op lange termijn.

December 2018

Yves Kluyskens