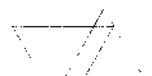
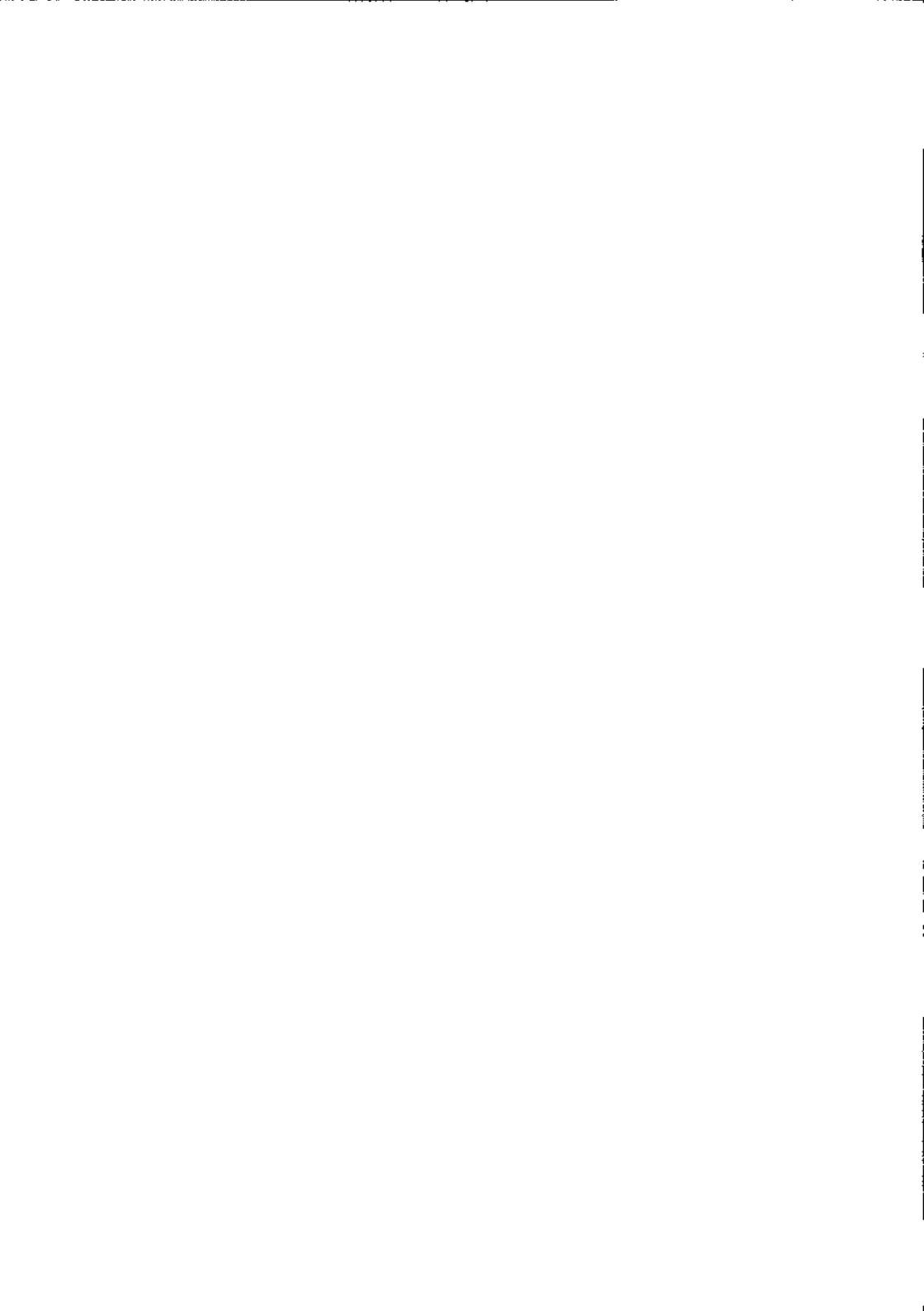


# ZIEKENHUIS- GEZONDHEIDSZORG





Samenvattend rapport inzake  
Nederlandse activiteiten op het gebied  
van ziekenhuisgezondheidszorg  
1975–1985

(tweede druk, 1992)



# Voorwoord

---

In de Nederlandse ontwikkelingssamenwerking op het gebied van gezondheidszorg heeft de ondersteuning van de ziekenhuisgezondheidszorg tot 1981 een dominerende plaats ingenomen. Vanaf het einde van de jaren zeventig is er evenwel een geleidelijke verschuiving naar de gezondheidszorg buiten het ziekenhuis, de zogenaamde extramurale zorg, opgetreden.

Dit is een van de conclusies uit de Notitie Gezondheidszorg die de Minister voor Ontwikkelingssamenwerking in maart 1986 aan de Tweede Kamer heeft gezonden. Na een schets van de gezondheids(zorg)problematiek in ontwikkelingslanden, een samenvatting van vroegere beleidsformuleringen en een presentatie van globale cijfers over voormalige bestedingen, gaat de Notitie vooral in op toekomstige plannen en criteria voor de beoordeling van nieuwe projectvoorstellen.

In aansluiting op bovengenoemde Notitie presenteert de Inspectie hierbij een samenvattend evaluatierapport over de ziekenhuisgezondheidszorg. Over de ervaringen in de extramurale zorg zal binnenkort apart verslag worden gedaan.

Het rapport bestaat uit vier delen. In het eerste wordt het kader waarin de projecten en programma's zijn uitgevoerd geschetst. Het tweede deel bevat de neerslag van vijftientig projectevaluaties. Deel drie geeft een samenvattende beoordeling van de onderzochte Nederlandse hulpactiviteiten in de ziekenhuisgezondheidszorg en eindigt met aanbevelingen voor toekomstige actie. Deel vier, tenslotte, bevat de bijlagen.



# Inhoud

---

## DEEL I. DE CONTEXT

<b>1. Gezondheid en gezondheidszorg</b>	3
Gezondheidssituatie	3
Gezondheidszorg	6
Algemeen profiel	7
<b>2. Ziekenhuisgezondheidszorg</b>	9
Ontstaan	9
Functie	9
Kosten van ziekenhuizen	10
Beperkingen van ziekenhuisgezondheidszorg	10
Trends	12
<b>3. Revalidatie</b>	13
<b>4. Ontwikkelingssamenwerking en gezondheidszorg</b>	15
Internationaal	15
Nederland	15

## DEEL II. BEVINDINGEN

<b>Inleiding</b>	23
<b>5. Committingen in de gezondheidssector</b>	25
<b>6. Uitrusting en apparatuur</b>	27
Inleiding	27
Oorsprong en voorbereiding	28
Doelstellingen	29
Uitvoering	30
Kosten en financiering	31
Management	32
Resultaten	33
Conclusie	35

<b>7. Nieuwbouw en uitbreiding van ziekenhuizen</b>	36
Inleiding	36
Oorsprong en voorbereiding	37
Doelstellingen	38
Uitvoering	39
Financiering en kosten	40
Management	41
Resultaten	42
Conclusie	45
<b>8. Onderhoud van faciliteiten en apparatuur</b>	46
Oorsprong en voorbereiding	47
Doelstellingen	48
Uitvoering	49
Financiering en kosten	49
Management	50
Resultaten en effecten	51
Conclusie	51

### **DEEL III. BESCHOUWING**

<b>9. Samenvatting en conclusies</b>	55
Leveranties	56
Bouwactiviteiten	57
Onderhoud	58
<b>10. Aanbevelingen</b>	60

### **DEEL IV. BIJLAGEN**

1. Geïnspecteerde activiteiten ziekenhuisgezondheidszorg	89
2. Nederlandse gezondheidszorgwerkers in de Derde Wereld	95
3. Gezondheidszorgactiviteiten in Programmalanden, Cat. Ia	99
4. Cat. Ia, aandeel subsectoren in totale committeringen	106
5. Cat. Ia, naar committeringsvorm en subsector	106
6. Cat. IIIa, naar jaar, begrotingen en committeringen	106
7. Cat. IIIa, aandeel subsectoren in totale committeringen	106
8. Cat. IIIc, sociaal-economische noodsituaties van groepen	106
9. Cat. IIIc, aandeel subsectoren in totale committeringen	106



## Deel I. De context

---



# Hoofdstuk 1. Gezondheid en gezondheidszorg

---

## Gezondheidssituatie

Ondanks het feit dat de levensverwachting de laatste twee decennia in veel ontwikkelingslanden fors is gestegen, verschilt de algemene gezondheidssituatie in ontwikkelingslanden nog altijd sterk van die in de rijke landen. Kwantitatief komt dat onder meer tot uiting in de volgende indicatoren en cijfers:

**Tabel 1. Gezondheidsrelevante indicatoren in landen met een verschillend inkomensniveau**

Indicator*	Inkomensniveau landen		
	Laag	Midden	Hoog
1. BNP per hoofd \$	240	1.420	9.440
2. Geboorten per 1.000	42	34	15
3. Sterfgevallen per 1.000	16	10	10
4. Gemiddelde levensverwachting	51	61	74
5. Zuigelingensterfte per 1.000	49-237	12-157	13
6. Kindersterfte per 1.000	18	10	1
7. Drinkwater (toegang bevolking %)	25	58	100
8. Caloricën (% benodigde per hoofd)	96	109	131
9. Alfabetisme (% volwassen)	43	72	99

\* Indicatoren: 1, 2, 3, 4, 6: 1979; 5: 1978; 7: 1975; 8: 1977; 9: 1976.

Bron: Evans, 1981.

De cijfers van tabel 1 tonen een correlatie tussen slechte gezondheid en armoede. Dat is begrijpelijk omdat armoede meestal gepaard gaat met (al of niet ernstige) ondervoeding, onveilig drinkwater, gebrekkige sanitatie, slechte behuizing, snel opeenvolgende zwangerschappen en dikwijls slecht betaald, 'gevaarlijk' werk; allemaal factoren die het risico van (al of niet chronische) ziekte en vroegtijdige sterfte verhogen. Nog niet onder controle gebrachte wijd verbreide infectieziekten zoals malaria, tuberculose en bilharzia zijn niet per se armoede-gebonden, maar vormen voor de armen wel een extra bedreiging.

### *Verdeling*

De hoogste sterfte komt voor bij jonge kinderen, vaak al in het eerste levensjaar. Hierbij speelt het complex van onvoldoende voeding, belasting door worminfestatie, bloedarmoede en frequente infecties de hoofdrol. Veel voorkomend zijn vooral acute maag-darminfecties en acute luchtweginfecties. Als complicatie van het eerste treedt vaak uitdroging op die snel fatale gevolgen kan hebben.

Periodiek treffen mazelen en kinkhoest hele gebieden op een wijze die doet denken aan de pestepidemieën in Europa gedurende de middeleeuwen. Tetanus van pasgeborenen ('ziekte van de zevende dag' zoals de mensen het zelf noemen) hoort tot de eerste tien doodsoorzaken in gebieden waar de hygiënische praktijk bij de bevalling onvoldoende is.

Zowel mannen als vrouwen worden getroffen door de eerdergenoemde belangrijkste infectieziekten. Mannen staan vaak bloot aan extra risico's die voortkomen uit hun werk, zoals bijvoorbeeld ongevallen en vergiftigingen door insecticiden. Vrouwen hebben vooral te lijden van ziekten die verband houden met de reproductieve cyclus. Miskramen en bevallingen zijn gevaarlijk wanneer geen deskundige hulp kan worden ingeroepen. Lichamelijke zwakte, als gevolg van de dubbele werkbelasting van vrouwen (in huis en buitenshuis) gekoppeld aan frequent terugkerende periodes van zwangerschap en borstvoeding, komt als diagnose weliswaar niet in de statistieken voor, maar is dikwijls de hoofdoorzaak van chronische infectie en vroege sterfte.

In vele zo niet alle maatschappijen bestaat ongelijkheid in gezondheidskansen die parallel loopt met, en vaak deel uitmaakt van, maatschappelijke ongelijkheid op andere terreinen. Zij komt tot uitdrukking in onder meer ongelijke kansen op werk, inkomen en onderwijs. De lijnen waarlangs die ongelijkheid zich manifesteert kunnen verschillen naar klasse, sexe en ras maar ook naar woonplaats, stad of platteland. Gezondheidsfaciliteiten zijn op het platteland dikwijls ver te zoeken. In de stad vindt men onder de beter gesitueerden gezondheidsniveaus en ziektepatronen die overeenkomen met die in de rijke landen. Daarentegen staat de gezondheid in snel groeiende krottenwijken rondom de steden dikwijls op een zeer laag niveau vergelijkbaar met die op het platteland.

### *Oorzaken*

Volgens de medisch-biologische opvatting worden gezondheid en ziekte door biologische factoren bepaald en speelt de wetenschappelijk-medische zorg de hoofdrol in de bestrijding en het terugdringen van ziekte en dood.

In veel culturen wordt ziekte hoofdzakelijk gezien in samenhang met een complex van niet-materiële krachten die buiten het individu gelegen zijn. Niet alleen magie, maar ook andere, min of meer empirische, vormen van gezondheidszorg behoren tot de genezingsinstrumenten die bij deze opvatting passen.

Een derde opvatting van gezondheid schrijft het ontstaan van ziekten vooral toe aan maatschappelijke oorzaken. Deze zienswijze omvat meerdere stromingen en sluit elementen van de andere twee opvattingen niet uit. De aanhangers hiervan leggen de oorzaak van ziekten vrijwel geheel bij economische omstandigheden, in het bijzonder armoede. Zij zijn dan ook het meest geïnteresseerd in de economisch/maatschappelijke verdeling van ziekte. In deze zienswijze is de verlichting van het armoedeprobleem een voorwaarde voor verbetering van de volksgezondheid.

Historische studies op dit terrein (onder meer door Mc. Keown, 1979) tonen aan dat de gezondheidskansen in de geïndustrialiseerde wereld inderdaad sterk zijn verbeterd door sociaal-economische ontwikkelingen, meer nog dan door de medisch-technische ontwikkeling die later plaatsvond. Deze constatering heeft wereldwijd een ommekeer in het denken over ziekten, oorzaken en bestrijdingswijzen teweeggebracht namelijk dat de medische benadering alléén niet de oplossing van het gezondheidsprobleem kan bieden. Sommigen menen zelfs dat sociaal-economische factoren voor 70% debet zijn aan het gezondheidsprobleem (Cumper en Lee, 1983).

Daar staat tegenover dat anderen juist de effectiviteit van zuiver medische maatregelen ter bestrijding van sommige ziekten aantoonde, zoals bij tuberculosebestrijding onder de negerbevolking van New York (Mc. Dermott, 1978). Ook Unicef lijkt deze opvatting te zijn toegedaan getuige haar in 1983 gestarte en groots opgezette campagne ter bestrijding van zuigelingen- en kindersterfte (de zgn. GOBI-benadering\*).

Een definitief verhoudingsgetal tussen de bijdrage van specifiek medische en sociaal-economische factoren als oorzaak van ziekte valt niet te geven. Wel zijn er aanwijzingen dat sociaal-economische factoren een grotere rol spelen naarmate de gezondheidssituatie (bijvoorbeeld gemeten naar de zuigelingensterfte) slechter is (Prescot, 1975). Bovendien is aantoonbaar dat sommige ziektebeelden meer armoede-gevoelig zijn dan andere en dat juist de meest armoede-gevoelige ziekten in de Derde Wereld de grootste 'killers' zijn.

\* GOBI: Growth monitoring, Oral re-hydration, Breast feeding and Immunizations

## **Gezondheidszorg**

Gezondheidszorg is voor praktisch gebruik te definiëren als 'de georganiseerde inspanning van een maatschappij om gezondheid te bevorderen, ziekte te voorkomen en te behandelen en gehandicapten te revalideren'. Deelname aan een sociaal en economisch actief leven wordt daarmee bevorderd. Het constateerbare medische effect daarvan zou men 'gezondheidswinst' kunnen noemen, gewoonlijk uitgedrukt in veranderingen in zuigelingensterfte en gemiddelde levensverwachting bij geboorte.

Gezondheidszorg heeft daarnaast ook maatschappelijke effecten. Afhankelijk van toegankelijkheid en oriëntatie kan zij de bestaande ongelijkheid tussen groepen van de bevolking ten aanzien van kansen tot ontwikkeling bestendigen of juist helpen slechten.

### *Subsystemen*

In de meest ontwikkelingslanden is in de gezondheidszorg een aantal 'subsystemen' te onderscheiden. Daartussen bestaat meestal weinig samenhang en coördinatie. In veel samenlevingen worden traditionele geneeswijzen toegepast die een eigen, van de moderne of 'wetenschappelijke' gezondheidszorg onderscheiden, positie en status weten te behouden. Soms wordt die status officieel erkend en in de nationale plannen ter bevordering van gezondheid opgenomen, zoals het geval is met de Ayurveda-geneeswijze in Sri Lanka. Vast staat in ieder geval dat traditionele geneeswijzen in grote delen van Afrika, Azië en Latijns Amerika een al dan niet officieel erkende, belangrijke rol spelen.

De 'moderne' gezondheidszorg heeft zich organisatorisch in twee sectoren ontwikkeld: de overheidssector en de particuliere sector. De eerste heeft vorm gekregen in een organisatiestructuur geleid door en vanuit een Ministerie van Volksgezondheid, in wetgeving op medisch/sociaal terrein en in programma's die op basis hiervan ten uitvoer worden gelegd. (De uitvoering van sociale wetten voor werknemers wordt meestal gelegd bij een semi-overheidsinstelling en betreft vaak een beperkt gedeelte van de bevolking.) De tweede komt tot uiting in een groot aantal particuliere activiteiten gericht op de bevordering van gezondheid. Allereerst behoort hiertoe de groep van particuliere artspraktijken en ziekenhuizen, die het maken van winst als neven- of hoofddoelstelling hebben. Daarnaast leveren charitatieve instellingen zoals missie en zending in vele ontwikkelingslanden een belangrijke bijdrage in de gezondheidszorg. Tot de particuliere sector van de gezondheidszorg kan men ook de industrietakken rekenen die produkten leveren voor de gezondheidszorg zoals medicijnen en medische instrumenten.

### Niveaus

Het 'moderne' gezondheidszorgsysteem bestaat uit functionele eenheden zoals ziekenhuizen, gezondheidscentra en -posten, (particuliere) praktijken van artsen en paramedische hulpverleners, etc. Tussen deze eenheden bestaan aanzienlijke verschillen in grootte en technologische capaciteit. De meest gebruikelijke indeling is die naar niveaus van medische hulpverlening: de eerste-, tweede- en derdelijnsgezondheidszorg. Idealiter vormen zij een netwerk van voorzieningen die met elkaar zijn verbonden door een verwijssysteem. Deze niveaus kunnen als volgt worden omschreven:

- Eerstelijnsgezondheidszorg (de extramurale gezondheidszorg, primaire gezondheidszorg) omvat alle activiteiten en instellingen op het niveau van een dorp of leefgemeenschap (bijvoorbeeld stadswijk); ook gezondheidscentra (zonder bedden) worden daaronder gerekend.
- De tweedelijnsgezondheidszorg wordt gevormd door ziekenhuizen met algemene medische voorzieningen, zowel op districts- als provinciaal niveau, zonder specialistische hulp.
- De derdelijnsgezondheidszorg bestaat uit ziekenhuizen met gespecialiseerde voorzieningen zoals regionale ziekenhuizen en ziekenhuizen met een landelijke functie, waaronder de academische ziekenhuizen en categorale (in één ziekte gespecialiseerde) instellingen.

### Bestedingen

Volgens globale berekeningen besteden ontwikkelingslanden jaarlijks tussen 2 en 6% van het BNP aan gezondheidszorg. Daarvan wordt circa 75% in de particuliere sector besteed (Wereldbank, *Investing in Development*, 1985).

### Algemeen profiel

Met erkenning van aanzienlijke onderlinge verschillen, kan men de onvolkomenheden van het officiële gezondheidssysteem in de meerderheid van ontwikkelingslanden als volgt samenvatten:

1. Gering bereik: dikwijls niet meer dan 40% van de bevolking.
2. Ongelijke verdeling en spreiding: concentratie in de steden.
3. Tekort aan middelen en (door velelei oorzaken) een tendens om een afnemend percentage van de overheidsbegroting te besteden aan gezondheidszorg.
4. Verkeerd gebruik van schaarse middelen, onder meer veroorzaakt door een te groot vertrouwen in het nut van relatief dure, ziekenhuisgerichte, curatieve voorzieningen, resulterend in zgn. schreefgroei.

5. Sterke, nog toenemende afhankelijkheid van geïmporteerde medicamenten, dikwijls niet inpasbare geavanceerde technologie en denkbeelden over strategieën in de gezondheidssector (onder meer ten aanzien van opleidingen).

Bron 1 t/m 4: WHO, *Global Strategy for Health*, 1981.



## Hoofdstuk 2. Ziekenhuisgezondheidszorg

---

### Ontstaan

In de gekoloniseerde ontwikkelingslanden viel de opzet van ziekenhuizen samen met de definitieve vestiging van het koloniaal bestuur, al waren in sommige landen voordien al ziekenhuizen opgezet door missie en/of zending. Waar overheidsziekenhuizen vooral waren bedoeld voor verzorging van bestuursambtenaren, handelaren en ‘settlers’, stonden missie- en zendingsziekenhuizen – mede vanuit overwegingen van caritas en kerstening – van meet af aan ook open voor de inheemse bevolking.

### Functie

Een zich verdiepende kennis van infectieziekten leidde omsteeks de laatste eeuwwisseling onder andere tot gerichte studies naar de overbrengingsmechanismen van belangrijke tropische ziekten zoals malaria, trypanosomiasis, gele koorts en schistosomiasis (Ransford, 1983). Hiermee was de basis gelegd voor latere, groots opgezette ziekte-bestrijdingscampagnes door de koloniale overheden. Ziekenhuizen hebben hierin een wisselende rol gespeeld. Van ouds werden speciale centra opgezet die voornamelijk dienden voor isolatie van patiënten lijdend aan gevaarlijke infectieziekten zoals cholera, tbc, lepra. Bij het beschikbaar komen van effectievere geneesmiddelen kwam het accent op de behandeling te liggen.

Rond de Tweede Wereldoorlog deden zich belangrijke ontwikkelingen voor in de farmacologie en de medische technologie. Het ging hierbij niet alleen om nieuwe curatieve middelen zoals penicilline maar ook om nieuwe preventieve technologie, bijvoorbeeld op het gebied van vaccinatie. Het ziekenhuis werd toen, onder meer door de WHO, steeds meer gezien als het middelpunt van het gezondheidszorgstelsel; het zou niet alleen een centrum van genezing zijn, maar het zou ook preventieve taken hebben. Daartoe werden op preventie gerichte afdelingen geopend met een daarvoor speciaal opgeleide medicus aan het hoofd. Daarnaast, zo vond men, zou het ziekenhuis de supervisie moeten hebben over aan-huis-behandeling van patiënten en moest het tevens deelnemen aan opleiding en onderzoek op dit gebied (WHO, 1957).

Later is men hierop teruggekomen, onder meer omdat de curatieve taken van het ziekenhuis zóóer bleken te domineren dat preventieve activiteiten niet voldoende aan bod kwamen. Heette het ziekenhuis in 1963 in officiële WHO-geschriften nog 'het gezondheidscentrum van de gemeenschap', in 1968 definieerde dezelfde organisatie het ziekenhuis veel minder ruim als 'een instituut dat opnames realiseert voor medische en verzorgende behandeling'.

Tegenwoordig functioneert het ziekenhuis vooral als het centrum van medisch-technologisch kunnen en als opleidingsinstituut voor de belangrijkste medische disciplines.

### **Kosten van ziekenhuizen**

Het grootste deel van de overheidsfondsen gebudgetteerd voor gezondheidszorg wordt doorgaans besteed aan ziekenhuizen in de tweede- en derdelijnsgezondheidszorg. Ter illustratie daarvan komt Abel Smith in *Poverty, Development and Health Policy* (WHO, 1980) tot de volgende opstelling van typische bestedingen in de overheidsgezondheidszorg:

bestuur en beheer	6,0%
onderwijs en research	4,5%
bouw universitair ziekenhuis	9,5%
lopende kosten ziekenhuizen	64,0%
constructie gezondheidscentra	1,0%
lopende kosten gezondheidscentra	11,0%
lopende kosten gezondheidsposten	2,0%
milieu en preventie	2,0%

Overduidelijk is dat de lopende kosten – in feite vooral de salarissen van het personeel – een onevenredig zwaar beslag leggen op beschikbare middelen. Wereldwijd worden in het licht van deze cijfers dan ook steeds veelvuldiger kritische vragen gesteld met betrekking tot het effect van ziekenhuiszorg op de volksgezondheid en de positie van het ziekenhuis als onderdeel van het totale gezondheidszorgpakket.

### **Beperkingen van ziekenhuisgezondheidszorg**

De officiële gezondheidszorg in veel ontwikkelingslanden bereikt, zoals eerder gesteld, gemiddeld niet meer dan 40% van de bevolking. Het bereik van ziekenhuizen is nog weer geringer, te meer omdat de gemiddelde actie-radius van ziekenhuizen dikwijls niet verder reikt dan 5–10 mijl of één uur gaans. De volgende figuur, gebaseerd op onderzoek in Afrika in de jaren zestig, geeft daarvan een beeld.



**Trends**

De gesignaleerde problemen rond taakstelling, kosten, spreiding en benutting van ziekenhuizen doen niet af aan het feit dat de laatste vijftientig jaar in veel ontwikkelingslanden een ontwikkeling ten goede is waar te nemen. Globaal kan men die kenschetsen als een groter aanbod van meer gevarieerde voorzieningen: meer kleine ziekenhuizen op afgelegen plaatsen, beter geplande regionale en landelijke (al of niet specialistische) ziekenhuizen. De dilemma's waar beleidsmakers voor staan betreffen vooral het vermijden van scheefgroei (geografisch en technologisch) en de onderlinge afstemming van faciliteiten in een functionerend verwijssysteem.

Afgezien daarvan blijft de taakstelling in alle landen om een gezondheidszorgsysteem in stand te houden waarin het ziekenhuis niet de spil is maar één, zij het belangrijke, component, van de gezondheidsvoorzieningen.

## Hoofdstuk 3. Revalidatie

---

Revalidatie van gehandicapten neemt in de gezondheidszorg een wat bijzondere plaats in, maar maakt daarvan toch een integraal onderdeel uit. Onder een handicap in de ruime zin van het woord kan worden verstaan: elk min of meer 'permanent' gebrek van fysieke of geestelijke aard dat normaal functioneren in het dagelijkse leven in de weg staat. Dat behoeft maatregelen van behandeling, zorg en veelal aanpassing van werk- en woonomstandigheden. Revalidatie omvat derhalve alle maatregelen op medisch, sociaal en onderwijsgebied die een zo hoog mogelijk functioneringsniveau mogelijk maken.

Omdat die maatregelen in de praktijk grotendeels getroffen werden in het institutionele kader van opvang en verzorging door speciaal daarvoor in het leven geroepen instellingen, worden deze hier tot de tweede dan wel derde lijn van gezondheidszorg gerekend. De historische achtergrond daarvan is dat het vooral particuliere, merendeels charitatieve, organisaties waren die opvang en revalidatietaken op zich namen en daartoe gespecialiseerde instellingen in het leven riepen. Gespecialiseerd, omdat het aantal handicaps groot is en divers; blindheid, doofheid, verlamming, misvormdheid, geestelijke gestoordheid bestaan in allerlei gradaties. Naar aard, oorzaak en ernst behoeven zij daaraan aangepaste behandelingswijzen en voorzieningen. Geleidelijk aan werden er ook meer en meer deskundigen uit andere dan medische disciplines in de revalidatie-arbeid betrokken zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten, onderwijzers en maatschappelijk werkers.

In het begin van de jaren zeventig is de tot dan toe gevolgde institutionele aanpak in revalidatiecentra onder toenemende druk komen te staan. Het geringe bereik (slechts ongeveer 2% van de gehandicapten in de Derde Wereld), de onzekerheid omtrent de effectiviteit van behandelingsmethoden en de hoge kosten per patiënt vormden de belangrijkste onderdelen van de kritiek. Volgens de WHO zou men binnen zekere (vrij ruime) termen circa 10% van de wereldbevolking tot de gehandicapten mogen rekenen; 3% zou in verband met die handicap dagelijkse hulp nodig hebben (WHO, 1976).

Er zijn sindsdien, onder aanvoering van de WHO, op dit terrein nieuwe benaderingen ontwikkeld, die zich meer op revalidatie van gehandicapten in hun onmiddellijke woonomgeving richten. Men spreekt in dit verband wel van 'Community Based Rehabilitation', een ontwikkeling die paralleliteit vertoont met die in het denken over de gezondheidszorg in haar totaliteit.

## Hoofdstuk 4. Ontwikkelingssamenwerking en gezondheidszorg

---

### **Internationaal**

De internationale inspanning gericht op verbetering van gezondheid in de Derde Wereld heeft sinds de Tweede Wereldoorlog een ontwikkeling in drie hoofdfasen te zien gegeven. Men ging allereerst met grote, zgn. verticale gezondheidszorgprogramma's van start die waren bedoeld om bepaalde veel voorkomende (volks-) ziekten zoals malaria, lepra en tuberculose te bestrijden. Daarna kwam er een periode waarin men op grond van beter omschreven doelstellingen de 'planning' en decentralisatie van de algemene gezondheidszorg benadrukte om daarmee grotere groepen van de bevolking binnen het bereik te brengen van de gezondheidszorg. Dit resulteerde in nieuwe ziekenhuizen vooral op het platteland en een groot aantal gezondheidscentra en -posten van ambulante zorg. Tenslotte werd eind jaren zeventig de Primary Health Care benadering uitgewerkt (WHO-Unicef conferentie in 1978 te Alma Ata over de ontwikkeling van de gezondheidszorg tot het jaar 2000).

In de ontwikkelingen op het gebied van medische ontwikkelingssamenwerking speelt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een grote rol, in het bijzonder als katalysator bij de totstandkoming van strategieën en bij de vastlegging, aanvaarding en uitwerking van die strategieën in concrete programma's. Bovendien heeft de WHO in haar forumfunctie de mogelijkheid, fondsen ter uitvoering van activiteiten in het vlak van de internationale samenwerking te kanaliseren.

De laatste tien jaar neemt ook de rol van Unicef op dit terrein in belangrijkheid toe, in het bijzonder in het kader van moeder- en kindzorg. Unicef neemt bovendien van ouds actief deel aan activiteiten op het cultureel en politiek gevoelige terrein van family-planning. Ook de Wereldbank stelt zich in deze steeds actiever op.

### **Nederland**

#### *Actie*

Hulpverlening aan de ontwikkelingslanden op het gebied van gezondheidszorg heeft sinds de jaren vijftig steeds een substantieel en erkend onderdeel gevormd

van de totale Nederlandse OS-inspanning. Door zijn koloniaal verleden kon Nederland daarbij beschikken over ruime expertise op het terrein van de tropische geneeskunde. Dankzij voortgaande, directe betrokkenheid in gezondheidszorgprogramma's werd die deskundigheid onderhouden en kon aansluiting worden gevonden bij nieuwe ontwikkelingen.

Enkele duizenden Nederlandse tropenartsen zijn via particuliere en overheidskanalen in de afgelopen dertig jaar in ontwikkelingslanden werkzaam geweest (zie bijlage 2). De laatste jaren zijn naar schatting circa 250 Nederlandse artsen continu in de ontwikkelingslanden aanwezig. Vele deskundigen uit ontwikkelingslanden ontvingen in Nederland aanvullende training op het gebied van de tropische gezondheidszorg.

Vanuit particuliere kring (missie, zending en niet-confessionele groeperingen) is van oudsher ondersteuning verleend aan gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. Ontwikkelingssamenwerking ging daartoe over in de jaren zestig.

Kuneé (KIT, 1979) stelde na onderzoek vast dat Nederland in de periode 1973–1977 6,5% van de officiële bilaterale hulp aan gezondheidszorg had besteed. Over de periode waarover dit rapport handelt (1975–1985) werd een gemiddeld percentage van vrijwel dezelfde hoogte berekend met evenwel een duidelijke daling in de laatste jaren. De bestedingen van de medefinancieringsorganisaties op dit terrein varieerden volgens eerdere onderzoeken van 3% tot 12% (1982).

### *Beleid*

In Memories van Toelichting en in de vier grote beleidsbepalende nota's voor de bilaterale hulp die sinds 1974 zijn uitgebracht (1976, 1979, 1980 en 1984) treft men breed geformuleerde beleidsvoornemens aan op het gebied van gezondheidszorg. De inspanningen op dat terrein volgen impliciet de ontwikkelingen van het OS-beleid in het algemeen.

In opdracht van het Ministerie heeft de zgn. Medische Werkgroep Technische Samenwerking (bestaande uit externe deskundigen) in 1975 een advies opgesteld met uitgangspunten voor een gezondheidsbeleid in het kader van ontwikkelings-samenwerking.

De Werkgroep benadrukte de noodzaak om de aandacht te verleggen van ziekenhuisgezondheidszorg naar eerstelijnsgezondheidszorg, door een 'betaalbaar voorzieningspakket [te helpen realiseren] ten behoeve van de rurale, somtijds periurbane bevolking. Het traditionele onderscheid preventief/curatief is in dit verband weinig relevant'. Als elementen van zulk een pakket noemde de adviesgroep



drinkwatervoorziening, gezondheidsvoorlichting, eenvoudige medische dienstverlening (niet noodzakelijkerwijs door 'dure' artsen), zorg voor moeder en kind, volksziektebestrijding, vaccinatiiprogramma's etc. 'De totstandkoming van zgn. "multi-purpose centres" op lokaal niveau zou een onderdeel moeten vormen van bestaande gezondheidszorgplanning, omdat voor direct medische onderdelen verwijzing moet kunnen plaatsvinden naar een meer gespecialiseerd behandelings-echelon'.

Men pleitte met andere woorden voor een geïntegreerde benadering van de gezondheidsproblematiek: versterking van het laagste niveau van medisch/sociale dienstverlening, een breed bereik, mobilisatie van lokale deskundigheid, en zo mogelijk participatie van de bevolking in activiteiten ter verbetering van de (eigen) gezondheidssituatie. Ook werd de ontwikkeling van Nederlandse deskundigheid in die richting als een subdoel voor toekomstig OS-beleid vermeld.

Deze uitgangspunten zijn vertaald naar de Nota Bilaterale Hulp (1976) en latere Nota's. De Herijkingsnota van 1984 geeft wederom prioriteit aan 'maximaal gespreide, eenvoudige, betaalbare gezondheidszorg, die tot stand komt met participatie van de bevolking'. Zij dient op een geïntegreerde wijze, in samenhang met andere activiteiten, te worden aangepakt. Bovendien zou meer dan in het verleden moeten worden gelet op zelffinanciering van de exploitatiekosten, zodat continuïteit kon worden verzekerd.

De algemene richting aangegeven in de Herijkingsnota van 1984 is in 1986 nader uitgewerkt in de Notitie Gezondheidszorg. Daarin wordt de aandacht sterk gericht op het verschijnsel 'armoedeziekten', waarvan infectieziekten de kern vormen. Gezondheidszorg dient gezien te worden als onderdeel van het algemene sociaal-economische ontwikkelingsproces. De Notitie onderschrijft de doelstelling 'Health for All by the Year 2000'.

De realisatie daarvan vereist voortgang van het tijd vergende herstructureringsproces van gezondheidszorgsystemen. De herverdeling van middelen ten gunste van decentralisatie van het systeem en de versterking van op preventie gerichte zorg staan daarin centraal. Hierbij ligt de nadruk sterker op de 'collectieve' (public health) benadering van ziektebestrijding en op aandacht voor groepen met een verhoogd risico, dan op de behandeling van individuele patiënten. In het beleid zal bevordering van de primaire gezondheidszorg (PHC) op het achtergebleven platteland een centraal thema vormen. Dat vereist continuïteit en een intersectoraal aanpak. Naast PHC is er ruimte voor steun aan zgn. verticale, speciale programma's (bestrijding van één of enkele volksziekten) voor zover die de structurele opbouw van het gezondheidszorgsysteem niet in de weg staan. Opleiding, onderwijs en onderzoek moeten deze prioriteitsstelling volgen.

Met betrekking tot de functie van ziekenhuizen komen in de Notitie de volgende punten naar voren.

### (1) Ondersteuning van de primaire gezondheidszorg

De ondersteuning van de primaire gezondheidszorg door de hogere echelons van de gezondheidsdienst is van essentieel belang. Training, supervisie, bevordering van bevolkingsparticipatie en logistieke ondersteuning van dorpswerkers en paramedisch kader zijn daarin essentiële componenten. Het is juist in deze functies, dat vele gezondheidsdiensten in de ontwikkelingslanden zwak functioneren. De versterking van deze functies zal dan ook een belangrijke plaats innemen in de door Nederland te ondersteunen activiteiten. Technische assistentie door Nederland zal zich hierop concentreren. Gezien de schaarste aan financiële middelen en personeel zullen deze ondersteunende functies aan de basis in principe door hogere echelons in bestaande structuren moeten worden uitgevoerd.

### (2) Hogere curatieve zorg

Curatieve activiteiten binnen de primaire zorg – het eerste echelon van de dienst – dienen gezien de beperkte technische, financiële en personeelsmogelijkheden eenvoudig te zijn. Meer complexe diagnostisering en behandeling kunnen alleen in hogere echelons – ziekenhuizen – plaatsvinden.

Ernstig zieken, voor wie opname nodig is, dienen dan ook door de primaire zorg verwezen te worden naar het tweede echelon van districts- of provinciale ziekenhuizen, waar meest één of enkele algemeen gevormde artsen werken. Het tertiaire niveau wordt gevormd door grotere, uitgebreidere en moderner uitgeruste ziekenhuizen, bemand door specialisten en deelspecialisten.

Gezien de stijging van kosten per ziektegeval in het tweede echelon en de zeer progressieve kostenstijging bij behandeling in de tertiaire zorg, is de hoogte van prioriteit in curatieve activiteiten binnen het beleid tegengesteld aan de hoogte van het niveau van zorg.

### (3) Het tertiaire echelon van curatieve zorg

Het feit dat een zeer klein deel van de bevolking door deze zorg wordt bereikt zodat het effect op kwaliteitsverbetering van de volksgezondheidszorg gering is vormt een additionele reden om aan ondersteuning van de tertiaire curatieve zorg lage beleidsprioriteit te geven.

Uitzondering vormen voorstellen die kostenbesparend werken: de introductie van een systeem van essentiële geneesmiddelen of de verbetering van het onderhouds-

systeem voor medische apparatuur, mits gespreid over meerdere echelons. Daarnaast zullen voorstellen voor technische assistentie bij geselecteerde aspecten van opleiding en onderzoek in aanmerking kunnen komen, bijvoorbeeld via het suppletiedeskundigenprogramma.

#### (4) Het secundaire echelon van curatieve zorg

Zoals beschreven zullen de *ondersteuningsfuncties* (onderwijs, management, supervisie etc.) van de primaire zorg door het tweede echelon binnen het beleid voor ondersteuning in aanmerking komen.

Ten aanzien van de *curatieve* activiteiten in het tweede echelon (eenvoudige ziekenhuizen) zal de prioriteit sterk worden bepaald door het algemene ontwikkelingsniveau van het land en de plaatselijke omstandigheden. In de armste en minst ontwikkelde landen vereist de ziekteproblematiek en de nog zeer onvolledige structuur van primaire zorg een grote concentratie op de uitbreiding en verbetering van de primaire zorg – inbegrepen voeding en voedselvoorziening, drinkwater en sanitatievoorzieningen – en adequate ondersteuning daarvan door de hogere echelons. Curatieve activiteiten door het tweede echelon zijn in deze situatie relatief van minder belang, daar zij weinig effect hebben op het hoofdprobleem, de bestrijding van infectieziekten. Verder functioneert het verwijzingsstelsel voor patiënten dikwijls slecht in de omliggende regio, waarvoor het ziekenhuis eigenlijk bedoeld is.

In situaties waar het algemene ontwikkelings- en gezondheidsniveau reeds hoger ligt (bijvoorbeeld een zuigelingensterfte beneden de 70) stijgt de prioriteit van de secundaire curatieve zorg. Het aandeel van chronisch-degeneratieve ziekten – waarvoor meer specialistische behandeling noodzakelijk is – wordt belangrijker en krijgt een grotere rechtvaardiging vanuit kosten-effectiviteit bezien. Dit is vooral het geval, indien de omstandigheden de verwijzing van dit soort zieken uit een groter gebied dan alleen de stad met naaste omgeving mogelijk maken. In deze situatie zal dan ook ondersteuning door Nederland mogelijk zijn.

In uitzonderlijke omstandigheden kan de combinatie van primaire en secundaire curatieve zorg in een project (in gebieden met lagere gezondheidsniveaus) gunstige perspectieven bieden voor de acceptatie en ontwikkeling van de primaire zorg en kan steun op deze grond worden overwogen.



## Deel II. Bevindingen

---



23

## Inleiding

Dit deel geeft een samenvatting en analyse van veldbevindingen in 25 projecten/programma's in de tweede- en derdelijnsgezondheidszorg die de Inspectie van 1979 t/m 1985 heeft neergelegd in afzonderlijke projectrapporten (zie bijlage 1). De projecten hebben betrekking op de periode 1975 t/m 1984.

De committeringswaarde van de onderzochte activiteiten was ruim f 170 miljoen, ofwel ongeveer 43% van de totale bestedingen in de ziekenhuisgezondheidszorg in dezelfde periode.

Uit de vier (in dit verband) belangrijkste begrotingscategorieën Ia, IIIa, IIIc en IV\* werden meer dan 150 projecten en programma's gefinancierd op het terrein van ziekenhuisgezondheidszorg. Constructie, variërend van de bouw van (delen van) ziekenhuizen tot uitbreiding en/of rehabilitatie van faciliteiten (wasserijen, keukens, communicatie-apparatuur), kwam voor in 40 projecten en had betrekking op een ongeveer gelijk aantal ziekenhuizen. Leverantie van apparatuur vond dikwijls programmagewijs plaats en bereikte veel meer ziekenhuizen dan het aantal activiteiten suggereert. Zo hebben meer dan 600 ziekenhuizen uitrusting en instrumenten via de Nederlandse ontwikkelingshulp ontvangen. In die leveranties vormde röntgenapparatuur de belangrijkste, afzonderlijk te onderscheiden, component.

De onderzochte projecten vertoonden een grote diversiteit naar land, omvang, aard, periode van committering en uitvoering, en stadium van uitvoering bij inspectie. Terwille van de inzichtelijkheid worden bevindingen daarom weergegeven onder drie hoofden die vooral de aard van de steun betreffen: leverantie van apparatuur en inrichting van ziekenhuizen (hoofdstuk 6), nieuwbouw dan wel uitbreiding van ziekenhuizen (hoofdstuk 7) en onderhoud van zowel apparatuur als gebouwen (hoofdstuk 8).

Ter verhoging van de vergelijkbaarheid worden de projecten onder ieder hoofd bekeken op: oorsprong en aanleiding, doelstelling, uitvoering, beheer en management, kosten en financiering en tenslotte effecten. Omdat de projecten bij inspectie veelal nog 'in uitvoering' waren kon ten aanzien van lange-termijneffecten meestal niet meer dan een prognose worden gegeven. In een aantal projecten is meer-soortige steun geboden. In beschrijving en analyse kan hetzelfde project daarom meerdere keren aan de orde komen.

Voor alle onderzochte projecten geldt dat ze werden geïnitieerd, opgezet en grotendeels uitgevoerd in een tijd dat er bij Ontwikkelingssamenwerking nog

\* De categorie-indeling is sindsdien veranderd.

nauwelijks sprake was van sectoraal beleid, in casu gezondheidszorgbeleid. In die periode beschikte Ontwikkelingssamenwerking ook nog niet over een medisch deskundige 'in huis' om als adviseur bij aanpak en uitvoering van projecten een beleidsbewakende rol te spelen.

Om de geïnspecteerde projecten in een breder perspectief te plaatsen gaat aan de hoofdstukken met veldbevindingen een financieel overzicht vooraf van Nederlandse bilaterale activiteiten op het gebied van gezondheidszorg in de jaren 1975 t/m 1984.



## Hoofdstuk 5. Committeringen in de gezondheidssector

---

Zoals weergegeven in de jaarlijkse rapportage van Nederland aan de DAC (onder sectorale verdeling) heeft Ontwikkelingssamenwerking in de periode 1975 t/m 1984 bilateraal f 1.480 miljoen gecommiteerd in de gezondheidssector. Gemiddeld per jaar is dat iets meer dan 6% van de totale (ODA-)bilaterale committeringen in dezelfde periode.

De percentages verschilden sterk van jaar tot jaar zoals tabel 2 illustreert.

**Tabel 2. Committeringen in de gezondheidssector volgens opgave aan de DAC, 1975/1984**

Jaar	Bedragen (in miljoenen guldens)	% van alle bilaterale committeringen
1975	65	5,7
1976	343	14,1
1977	142	6,4
1978	158	5,7
1979	147	5,5
1980	124	3,9
1981	151	5,7
1982	142	5,7
1983	121	4,7
1984	87	3,0
Totaal:	1.480	Gemiddeld % 6,04

Bron: Rapportage aan DAC, Ministerie van Buitenlandse Zaken

In de gegevens voor de DAC is de sector 'Health' breed geïnterpreteerd: meerdere keren zijn daaronder activiteiten opgenomen die weliswaar met gezondheid te maken hebben, maar die om plausibele redenen ook ergens anders kunnen worden ondergebracht. Teneinde een meer gedetailleerd inzicht te krijgen in de aard van gefinancierde activiteiten heeft de Inspectie onderzocht hoeveel is gecommiteerd in dezelfde periode onder de vier belangrijkste categorieën van de bilaterale hulp. De resultaten daarvan zijn vervat in tabel 3.

**Tabel 3. Committeringen gezondheidszorg in belangrijkste categorieën bilaterale OS 1975 t/m 1984 (in miljoenen gulden)**

Categorieën	1975	1976-1978	1979-1981	1982-1984	Totaal
Ia	122	178	164	105	569
IIIa	3	53	62	47	165
IIIc	11	37	73	41	162
IIIc KAP	-	-	3	4	7
IV (Medefin.)	11	61	75	62	209
Totaal	147	329	377	259	1.112

De committeringen in de gezondheidssector vormen ruim 7% van de totaal beschikbare middelen in de gegeven categorieën in de gegeven periode.

Bij specificatie van deze bedragen naar subsectoren in categorieën Ia, IIIa en IIIc (dus exclusief KAP en categorie IV) ontstaat het volgende beeld.

**Tabel 4. Committeringen gezondheidszorg in geselecteerde categorieën onderverdeeld naar subsector; periode 1975 t/m 1984 (in miljoenen gulden)**

Subsector	1975	1976-1978	1979-1981	1982-1984	Totaal
Ziekenhuizen	76	165	107	45	393
Extramuraal	11	37	50	64	162
Bestrijding van volksziekten	-	9	50	13	72
Medicamenten en vaccins	4	27	37	42	110
Family Planning	12	1	16	17	46
Overige	33	29	39	12	113
Totaal	136	268	299	193	896

Concluderend kan worden gesteld dat:

- de committeringen in de gezondheidszorg over de laatste drie jaren zijn gedaald; zowel de gegevens per jaar aan de DAC als een overzicht van committeringen in de belangrijkste begrotingscategorieën tonen dat aan;
- de daling vooral veroorzaakt lijkt te worden door een teruggang van committeringen in de ziekenhuiszorg, zonder dat die daling geheel wordt gecompenseerd door de (overigens gestegen) committeringen in extramurale activiteiten en leveranties van vaccins.

Dat geen volledige compensatie optreedt is begrijpelijk daar belangrijke vormen van extramurale zorg (bijvoorbeeld eerstelijnsgezondheidszorg) minder snel tot uitgaven leiden – en op korte termijn minder committeringen vragen – dan investeringen in gebouwen en instrumentarium.

## Hoofdstuk 6. Uitrusting en apparatuur

---

### Inleiding

Verreweg het grootste deel van de steun die Nederland het afgelopen decennium aan de ontwikkeling van ziekenhuisgezondheidszorg in de Derde Wereld heeft gegeven bestond uit levering van medische apparatuur en andere uitrusting voor ziekenhuizen, laboratoria en klinieken. In (destijds) categorie Ia (concentratielanden) bijvoorbeeld werd hiervoor 84% gecommiteerd. Daar heeft de Inspectie dan ook de meeste aandacht aan besteed; 15 van de 25 onderzochte activiteiten hadden vooral betrekking op leveranties.

Het gaat bij deze vorm van hulp dikwijls om een ruim scala van instrumenten, apparaten en andere uitrustingsstukken; soms echter om levering van specifiek instrumentarium. Een goed voorbeeld van het eerste is de inrichting van een Urologische Kliniek in Egypte in al haar onderdelen: van auditorium, bibliotheek en ziekenhuisbedden tot zeer specialistische elektrotechnische en elektronische apparatuur behorende bij operatiekamers en intensive care afdelingen. Ook het omvangrijke programma ten behoeve van ziekenhuizen op provinciaal en districts-niveau in Indonesië draagt deze kenmerken. In dit geval ging het onder meer om uitrusting voor operatie- en röntgenkamers, maar ook om inrichting van keukens, wasserijen en dergelijke. Leveranties van het tweede soort deden zich voor bij een laboratorium voor vaccin-productie en uitrusting voor tbc-bestrijding, beide in Egypte.

De 15 geïnspecteerde projecten die binnen deze categorie van uitrusting en apparatuur vallen, zijn:

<i>Land</i>	<i>Titel</i>	<i>IOV-rapport nr.</i>
Egypte	Cairo, Revalidatie en scholingsproject	1
Egypte	Rehabilitatie gehandicapten	192
Kenya	Medische programmahulp	19
Noordjemen	Central Health Laboratory and Bloodbank	34
Noordjemen	Medische programmahulp	35
Mozambique	Samenwerking in de gezondheidszorg (uitrusting)	66
Guinee Bissau	Revalidatiecentrum Bor (inrichting)	78

Jamaica	KAP-003, Mona Rehabilitation Centre	79
Soedan	Medische programmahulp	92
Pakistan	KAP-009, Hospice Rawalpindi, uitrusting revalidatie	104
Sri Lanka	Verbetering medische voorzieningen, programmahulp	137
Egypte	Uitrusting, tbc-bestrijding	180
Egypte	Uitrusting, Agouza Immunisation Centre	181
Egypte	Uitrusting, Urologische kliniek Mansoura	182
Indonesië	Rehabilitatie ziekenhuizen, programmahulp	208

Sommige van deze projecten komen eveneens ter sprake in hoofdstuk 7 onder de titel 'Bouw' en in hoofdstuk 8 onder de titel 'Onderhoud'.

### Oorsprong en voorbereiding

De oorsprong van een project of programma lag soms in een bestaande, min of meer structurele samenwerking op het gebied van gezondheid; andere keren deden zich ad hoc geconstateerde omstandigheden voor die tot leverantie leidden.

In sommige gevallen was in bilateraal overleg besloten de gezondheidszorg tot een aandachtsgebied van de samenwerking te maken (Egypte, Indonesië, Sri Lanka). Een andere keer werd met de leverantie voldaan aan een ad hoc verzoek van een land (Noordjemen). Tenslotte kon ook actie van Nederlandse bedrijven tot samenwerking leiden (Kenya). Vanuit ontwikkelingsoogpunt bleef het hoe dan ook noodzakelijk erop toe te zien dat de behoeften van de gezondheidszorg van het ontwikkelingsland en niet de aanbodsmogelijkheden van Nederland bepalend waren voor de soort samenwerking die tot stand kwam.

Overigens bepaalde Nederland niet eenzijdig welke activiteiten werden ondernomen c.q. gefinancierd. In het – in 1975 ingevoerde – jaarlijkse beleidsoverleg waarin veel committeringsbeslissingen werden genomen kon ook het ontvangende land in grote mate vorm geven aan de samenwerking. Dan kwam het voor dat Nederland zijn doelstellingen alleen kon verwezenlijken, indien het tegelijkertijd tegemoet kwam aan enkele wensen van het ontwikkelingsland die formeel niet of nauwelijks in het Nederlandse en/of plaatselijke beleid pasten (Soedan). Hoewel projecten (of onderdelen daarvan) op zich minder wenselijk waren, konden ze in het licht van de totale samenwerkingsrelatie toch aanvaardbaar zijn.

Op de principe-overeenkomst ten aanzien van leverantie volgde in veel gevallen een nadere identificatie of eerste beoordeling van voorstellen door daartoe samengestelde missies (Noordjemen, Mozambique, Guinee Bissau, Sri Lanka, Egypte: tbc-bestrijding en Mansoura). Meestal ging het vooral om vaststelling van de aard en haalbaarheid van een eventueel project of programma. Achteraf bleek dat

zo'n voorbereidende missie niet in alle gevallen een garantie inhield voor een goede oriëntatie van de hulp. De oorzaak daarvan lag soms in te kort schietende technische- en/of ontwikkelingskennis van de missie (Guinee Bissau, Egypte: tbc-bestrijding en Mansoura); het kwam ook voor dat de op zich goede adviezen van een missie werden achterhaald door onvoorziene feitelijke ontwikkelingen zodat na verloop van tijd een tweede beoordeling noodzakelijk werd.

De algemene indruk ontleend aan de afzonderlijke inspectierapporten is dat Ontwikkelingssamenwerking te weinig 'eigen' medisch inzicht had bij de discussies met het ontvangende land, of onvoldoende tegenwicht kon bieden aan voorstellen van potentiële leveranciers om tot een optimale projectopzet te komen. De aanstelling van een sectordeskundige bij Ontwikkelingssamenwerking (1981) heeft daarin geleidelijk aan verandering gebracht.

## **Doelstellingen**

De rechtvaardiging van een project of programma is idealiter te vinden in duidelijk omschreven doelstellingen, die later (bij evaluatie) als toetssteen gebruikt kunnen worden om effecten te beoordelen.

In zeker de helft van de geëvalueerde activiteiten waren de doelstellingen niet expliciet geformuleerd (Kenya, Noordjemen, Mozambique, Guinee Bissau, Soedan). Opvallend is dat de projecten van de medefinancieringsorganisaties wat frequentie en duidelijkheid van projectdoelstellingen betreft, gunstig afsteken bij de bilaterale projecten.

De doelstellingen van een concrete leverantie waren over het algemeen beter vast te stellen en te bewaken naarmate Nederland en het ontvangende land een expliciet beleid hadden ontwikkeld ten aanzien van gezondheidszorg en naarmate de samenwerking langdurig en structureel van aard was geworden.

Het bestaan van een lange-termijnplanning in de gezondheidszorg (Master Plan, 1967) in Indonesië bijvoorbeeld en de langdurigheid van de samenwerking gaven het (aldaar geëvalueerde) programma niet alleen voldoende rechtvaardiging maar droegen ook bij tot duidelijke formulering van doelstellingen. Ook de lange-termijndoelstellingen verwoord in het gezondheidsbeleid van Mozambique rechtvaardigden Nederlandse steun.

Bij de geëvalueerde projecten waren (in verschillende fraseringen, maar in essentie) de volgende doelstellingen te onderscheiden:

1. verbetering van het functioneren van ziekenhuizen door opzet, modernisering of uitbreiding van faciliteiten;

2. verbetering van de gehele gezondheidszorg (in een bepaald gebied) vanuit de tweede lijn (Kenya, Indonesië, Mozambique, Pakistan)
3. verbetering van faciliteiten om artsen naar de periferie te krijgen om ook daar de gezondheidszorg te verbeteren (Kenya, Indonesië).

Onduidelijkheid in doelstelling leidde soms tot verschillende interpretatie van afspraken met een – in ieder geval door Nederland – niet bedoeld effect. Zo belandde apparatuur die Nederland wilde bestemmen voor gezondheidscentra en districtsziekenhuizen uiteindelijk wel eens in grotere ziekenhuizen al of niet in de hoofdsteden.

Dat nam niet weg dat een wat brede, aanvankelijk niet geheel in detail ingevulde doelstelling wel degelijk nuttig kon zijn. In een situatie van wederopbouw zoals die zich voordeed in Guinee Bissau en Mozambique zou een vergaande specificatie van doelstellingen en bestemming kunstmatig geweest zijn. De moeilijkheid was echter dat invulling in een later stadium niet voldoende aandacht kreeg.

### **Uitvoering**

De overeengekomen leveranties zijn over het algemeen snel en correct uitgevoerd. Het maakte daarbij nogal wat verschil of apparatuur alleen geleverd werd of ook geïnstalleerd.

In Kenya, Sri Lanka en Soedan werd alleen geleverd; distributie en installatie waren de zorg van de nationale overheid. In Kenya bleek bij evaluatie (door een ruime steekproef) niet meer dan 51% van de apparatuur op de bestemde plaats te staan. In de rural health centres was niets terechtgekomen, terwijl dat toch wel de bedoeling was volgens de overeenkomst. In Noordjemen (35) zou de apparatuur door de central stores over de ziekenhuizen worden verdeeld maar bij evaluatie bleek deze niet meer te traceren. Ook in de KAP-projecten in Jamaica en Pakistan ging het alleen om leveranties. De apparatuur werd daar op de juiste bestemming en in goede staat aangetroffen.

Waar leverantie gepaard ging/moest gaan met installatie deden zich gemakkelijk vertragingen voor. Zo bleek bij een evaluatie in 1980 in Mozambique dat vijf röntgenapparaten al drie jaar stonden te wachten op installatie, omdat de leverancier het niet verstandig vond tot installatie over te gaan vóórdat de training van röntgentechnici en ander onderhoudspersoneel geheel was afgerond.

In Guinee Bissau, Egypte (181) en Indonesië waren de voorbereidende (pre-installatie)werken toevertrouwd aan de lokale instanties. Uitvoering daarvan verliep traag onder andere vanwege lange aanbestedings- en ambtelijke procedures.

Bij leverantie van apparatuur uit financiële hulpfondsen (FH) vormde de herkomst van het produkt een punt van aandacht. Bij gebonden hulp was de herkomst in principe bepaald: Nederland. Bij gedeeltelijk ontbonden hulp kon de apparatuur ook uit andere ontwikkelingslanden komen. Wanneer dat niet mogelijk was, ging de voorkeur vanzelfsprekend uit naar Nederlandse produkten; bij medische apparatuur, zeker van technologisch meer ontwikkelde aard, was dit bijna altijd het geval. Toch bleek het Rijks Inkoop Bureau (RIB) – dat als regel bij dergelijke transacties wordt ingeschakeld – regelmatig gedwongen te zijn ook buiten de grenzen te kijken, omdat de gevraagde apparatuur in Nederland niet (meer) werd gemaakt. Veelal werd dan volstaan met het doen verlopen van de leverantie via een Nederlands handelshuis of opname van het betreffende (buitenlandse) produkt in het totaalpakket van een Nederlandse producent (Indonesië). Met het oog op 'after-sales service' en lange-termijnonderhoud werd deze constructie per saldo als de beste beschouwd.

Terwille van installatie en service werd doorgaans ook de voorkeur gegeven aan grotere producenten met voorbijgaan aan het aanbod van kleinere producenten, ook als die goedkoper waren. De kleinere producenten beschikten in het buitenland namelijk zelden over eigen vestigingen die voor installatie en service zouden kunnen zorgen. Voor de meeste ontwikkelingslanden was het bovendien van het allergrootste belang zich tot een paar grote merken te kunnen bepalen. Grote variatie in merken en typen zou onderhoud extra moeilijk maken.

Een tweede aandachtspunt was het technologisch niveau van de apparatuur. Geavanceerde, verfijnde apparatuur had als nadeel dat het kostbaar was, slechts voor weinig mensen toegankelijk, moeilijk – uitsluitend door specialisten – te gebruiken (Egypte, Sri Lanka), kostbaar in lopende kosten (met een blijvende claim op de schaarse fondsen) en moeilijk te onderhouden (Sri Lanka). Eenvoudige, mechanische apparatuur bleek in Nederland echter nauwelijks meer gemaakt te worden en werd door de ontwikkelingslanden ook niet gevraagd. Wanneer Nederland aandrong op het plaatsen van eenvoudige apparatuur, werd het soms beschuldigd van paternalisme, terwijl geavanceerde apparatuur verdere scheefgroei van de gezondheidszorg en grotere afhankelijkheid van het buitenland zou bevorderen.

### **Kosten en financiering**

Waar de evaluatierapporten dikwijls voldoende aandacht bij Ontwikkelingssamenwerking signaleren voor de besteding van Nederlandse fondsen, bleek de aandacht voor het kostenaspect van de gezondheidszorg in het algemeen en voor die van het gebruik van nieuw geïnstalleerde faciliteiten in het bijzonder nogal eens te kort te schieten. Een kosten/effectiviteitsanalyse vooraf (WHO, 1984) zou in veel gevallen nuttig geweest zijn voor de besluitvorming ten aanzien van leverantie. Zo viel in

Indonesië bij evaluatie duidelijk aan te tonen dat de investeringen ter verbetering van provinciale en districtziekenhuizen het energieverbruik van die ziekenhuizen aanzienlijk had doen toenemen. De kosten daaraan verbonden ondergingen in al die ziekenhuizen een verhoging van niet minder dan 100% en veelal meer.

In belangrijke mate was de installatie van moderne elektrische keukens en wasserijen daar debet aan. De lokale autoriteiten (districtsbestuurders) die voor ziekenhuizen op dit niveau verantwoordelijkheid dragen zagen zich hierdoor in een aantal gevallen genoodzaakt de ziekenhuistarieven te verhogen. Ook waar dat op korte termijn nog niet noodzakelijk was (de rijkere districten), mocht men aannemen dat van kostenstijgingen in de ziekenhuisgezondheidszorg druk uitging op de beschikbare middelen voor lagere niveaus van gezondheidszorg.

## **Management**

In de afzonderlijke inspectierapporten is vooral aandacht geschonken aan beheer en begeleiding van Nederlandse kant. Dat neemt niet weg dat ook de behandeling van de kant van het ontwikkelingsland wel werd aangeduid als mede-oorzaak van verminderde doeltreffendheid en doelmatigheid (Kenya, Noordjemen). In deze gevallen was er echter ook sprake van een zekere onachtzaamheid aan Nederlandse kant, bij de ambassade en/of het departement.

Mogelijkheden tot bijsturing van Nederlandse kant waren, wanneer de committering eenmaal had plaatsgevonden, beperkt. In geen van de geïnspecteerde gevallen, met uitzondering van Indonesië, is er een Nederlandse deskundige voor langere tijd in het ontwikkelingsland aanwezig geweest om een dialoog op gang te houden over aanwending, gebruik van uitrusting en mogelijke verbetering van leveranties. De bijsturing na committering moest daarom van de ambassade komen en/of van vervolg- cq. evaluatiemissies tijdens Ontwikkelingssamenwerking. Het is opvallend hoe weinig van deze laatste mogelijkheid gebruik is gemaakt.

Ook het jaarlijkse beleidsoverleg zou op zich een mogelijkheid hebben kunnen bieden voor minstens globale bijsturing. Het opschorten van betalingen bij onbevredigend project- of programmaverloop kon echter 'als een boemerang werken en de voortgang nog meer vertragen', aldus één inspectierapport.

De rol van adviesinstanties komt in de inspectierapporten regelmatig ter sprake. Niet altijd bediende het DGIS zich van het advies van onafhankelijke derden. Toch zijn er aanwijzingen dat kundig advies vanaf het eerste begin wel degelijk nuttig kon zijn. Het hielp bijvoorbeeld de Nederlandse steun aan tbc-bestrijding in Egypte op een beter spoor te zetten (1980). Bij levering van apparatuur aan Noordjemen, Soedan en Sri Lanka, waarbij onafhankelijk en deskundig advies niet



werd ingewonnen, werd de oriëntatie van de hulp echter grotendeels bepaald door de plaatselijke gezondheidsdienst en de leverancier. Waar Ontwikkelingssamenwerking zichzelf soms de facto als inhoudelijke discussiepartner 'uitschakelde', bleken de projecten zich minder gelukkig te ontwikkelen. In enkele gevallen werd met succes advies ingewonnen bij Nederlanders of Nederlandse instanties die al enige tijd in het betrokken land en in de gezondheidssector gewerkt hadden.

## Resultaten

De resultaten van steun aan ziekenhuisgezondheidszorg door middel van leverantie van apparatuur zijn niet in één saldo weer te geven. Men moet (ook hier) onderscheid maken naar onmiddellijke resultaten en effecten op enige termijn.

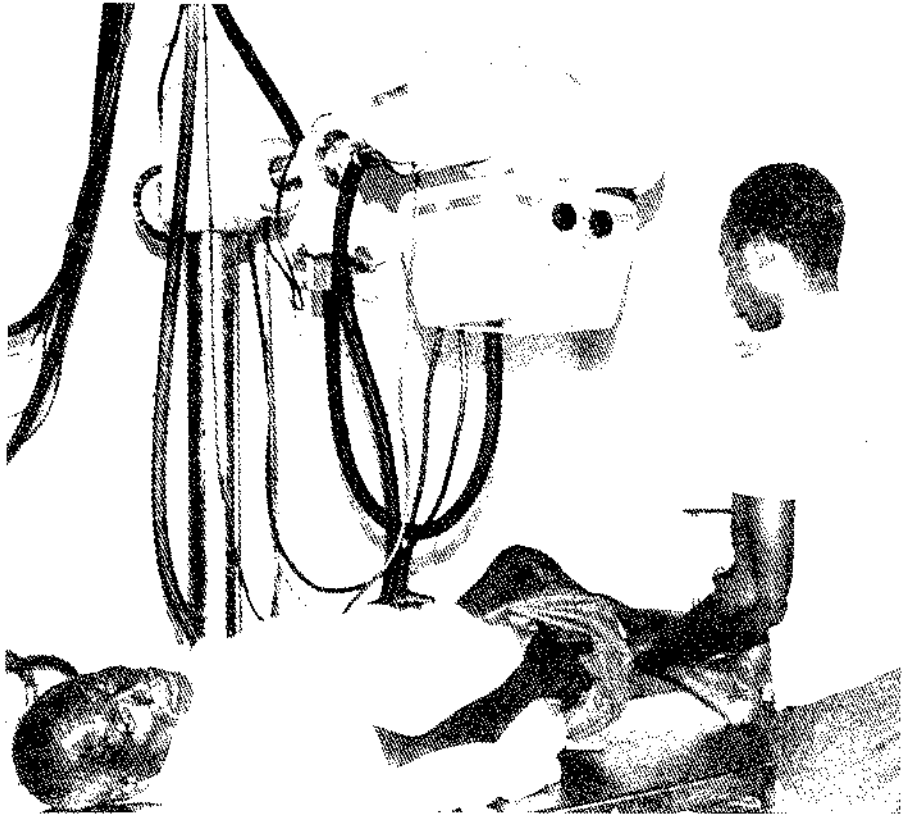
Eerste voorwaarde voor nuttig effect is vanzelfsprekend dat de leverantie zelf goed verloopt. In alle van de onderzochte gevallen was het equipment in goede staat aangeleverd en verscheept vanuit Nederland. In slechts één geval (Noordjemen 35) bestond twijfel of het ook integraal was aangekomen. Soms arriveerde de uitrusting slechts gedeeltelijk op de uiteindelijke plaats van bestemming: delen van het leverantiepakket waren soms niet te traceren (Noordjemen 35 en Kenya 19), en bleven soms lang opgeslagen in loodsen omdat de stukken niet goed te benutten waren (Sri Lanka) of om technische redenen voorlopig niet geplaatst konden worden (Mozambique). Vertraging bij installatie bijvoorbeeld wegens tekort aan lokale fondsen en/of expertise voor uitvoering van het 'eigen aandeel' in de werkzaamheden werkte dan kostenverhogend.

Voor wat betreft het effect op de gezondheid (szorg) kunnen de doelstellingen zoals weergegeven op pagina 29/30 als toetssteen dienen.

### 1. *Verbetering in het functioneren van ziekenhuizen*

In de meeste gevallen bleek de apparatuur, eenmaal geïnstalleerd, de dienstverlening te verbeteren. Revalidatie kwam voor de eerste keer op gang of werd beter aangepakt (Egypte, Guinee Bissau, Jamaica, Pakistan). In aanmerking genomen de omvang en kwaliteit van medische en andere staf, werden onderzoek – met beter laboratoriummateriaal, röntgenapparatuur etc. –, diagnose en behandeling in de ontvangende ziekenhuizen beter uitgevoerd.

Dat neemt niet weg dat het aantal patiënten dat van de betere behandeling profiteerde meermalen tegenviel; de leverantie van apparatuur leidde namelijk minder dan was aangenomen tot uitbreiding van dienstverlening. Invaliden die in Egypte en Guinee Bissau bereikt werden met betere revalidatiediensten vormden een kleine groep. De leverantie van vijftig laboratoriumsets voor tbc-bestrijding in Egypte daarentegen had wel een groot spreidingseffect.



Ten aanzien van het (te verwachten) effect van apparatuurleverantie op wat langere termijn, dienden zich ook knelpunten aan: hogere exploitatiekosten onder andere veroorzaakt door hoger energieverbruik en meer behoefte aan onderdelen en uitgaven voor technisch meer ingewikkelde reparaties. Voor zover die reparaties achterwege bleven dreigde het gevaar van kapitaalsvernietiging en/of de tendens om steeds weer nieuwe apparatuur aan te schaffen als daarvoor bij welke donor dan ook fondsen gevonden konden worden.

## *2. Verbetering van het volksgezondheidsniveau vanuit de tweede lijn*

In die gevallen waar het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg eveneens als doel was gesteld (Kenya, Sri Lanka, Egypte: Urologische kliniek) bleek deze nauwelijks gerealiseerd te zijn. Wat besteld werd als uitrusting voor health centres kwam hoofdzakelijk terecht in ziekenhuizen, wat voor districtsi ziekenhuizen was bedoeld bleek in de hoofdstad achter te blijven. Wat als onderdeel van een volksziektebestrijding werd aangediend (Bilharzia, Egypte) leverde een goed

functionerende kliniek op, maar geen versterking van het ziektebestrijdingsprogramma onder grote delen van de bevolking.

In feite vormt het ziekenhuis (laat staan leverantie van hoogwaardige apparatuur aan ziekenhuizen) geen gunstig uitgangspunt voor versterking van de volksgezondheid of gezondheidszorg. Integendeel, de algemene tendens is dat geen andere functie dan curatie expliciet wordt nagestreefd. Daar komt dan nog bij dat de hoge kosten van tweede- en derdelijnsactiviteiten fondsen onttrekken aan de eerste lijn, een verschijnsel dat zowel door andere donoren als door beleidsmakers in ontwikkelingslanden wordt betreurd.

### 3. *Binding van artsen aan ziekenhuizen in de periferie*

Dat relatief goede outillage van een ziekenhuis sollicitatie of uitzending naar een ziekenhuis aantrekkelijker respectievelijk dragelijker maakt is op zich aannemelijk. Of deze factor doorslaggevend was voor een betere bezetting van perifere ziekenhuizen bleef echter onzeker.

Waar de 'binding van artsen' als (neven)doel expliciet werd nagestreefd (bijvoorbeeld Indonesië en Kenya) waren effecten op dit punt niet ondubbelzinnig aantoonbaar. In Indonesië werd een betere bezetting van Kabupaten ziekenhuizen wel toegeschreven aan betere outillage ten gevolge van Nederlandse leveranties; in Kenya kon bij inspectie nog geen verbetering op dit punt worden waargenomen door het Ministry of Health.

## **Conclusie**

De leverantie van apparatuur heeft meestal de curatieve functie van ziekenhuizen en revalidatie-inrichtingen, althans op korte termijn, voor een beperkt aantal patiënten versterkt. De uitbreiding van curatieve dienstverlening viel in de onderzochte gevallen tegen; hetzelfde gold voor (verbetering van de) gezondheidszorg voorzover die buiten het ziekenhuis wordt verleend.

Gegeven de – soms vanuit Nederland aangemoedigde – aanhoudende vraag naar equipment en het feit dat veel apparatuur inderdaad uit Nederland kwam, is het effect op de Nederlandse industrie of handelshuizen positief geweest.

Voor zover de leveranties voorbereidende of aanvullende activiteiten aanmoedigden waren er ook wel nuttige effecten op de lokale nijverheid; zelfs dan kwam het evenwel voor (Egypte, Indonesië) dat lokaal gemaakte (te maken) artikelen het moesten afleggen tegen kant en klaar uit Nederland ingevoerde uitrusting zoals stoelen, kasten en ander meubilair.

# Hoofdstuk 7. Nieuwbouw en uitbreiding van ziekenhuizen

---

## Inleiding

Bij de steun aan ziekenhuisgezondheidszorg bestaat gewoonlijk een wisselwerking tussen leverantie en bouw; de één leidt vaak tot de ander. Bestelde apparatuur moet goed geplaatst kunnen worden en financiering van gebouwen zonder toevoeging van (minstens elementaire) equipement is niet voor de hand liggend.

In dit hoofdstuk worden de bevindingen hoofdzakelijk herleid tot die projecten waarin de bouwcomponent van meer dan gemiddeld belang was. Financiering van bouwactiviteiten is in de periode 1975-1984 weliswaar afgenomen, maar vertegenwoordigt bij die (tien) projecten toch nog een waarde van ongeveer f 15 miljoen, oftewel 9% van de totale waarde van de vijftientig projecten die in dit rapport worden behandeld.

De tien 'bouwprojecten' worden verdeeld in twee groepen: drie projecten gefinancierd van overheid tot overheid (DGIS-projecten) en zeven projecten gefinancierd door medefinancieringsorganisaties. De eerste drie zijn omvangrijke nieuwbouwen/of uitbreidingsprojecten. De zeven hebben vooral betrekking op bouw van specifieke klinieken (moeder en kind, prenataal, kraamklinieken), opleidingsruimten en stafwoningen.

<i>DGIS-projecten:</i>	<i>IOV-rapport nr.</i>
- Kenya, Hola Districtsziekenhuis	20
- Kenya, Kapenguria Ziekenhuis	21
- Guinee Bissau, Revalidatiecentrum Bor	78
 <i>Medefinancieringsprojecten:</i>	
- Kameroen, Hôpital Ndoungue	52
- Indonesië, Kraamkliniek Mardi Santosa	60
- Indonesië, Pematang Siantar Health Project	62
- India, St. Stephen's Hospital	72
- Pakistan, RHCP Kunri	95
- Rwanda, Medische Activiteiten EPR	163
- India, Ellen Thoburn Hospital	172

## **Oorsprong en voorbereiding**

Aanleiding tot de twee projecten in Kenya was een bezoek van de Nederlandse bewindsman voor Ontwikkelingssamenwerking, in 1974. Zowel het toenmalige Hola (eigenlijk een zgn. health center met 53 bedden) als Kapenguria ziekenhuis (65 bedden) was overvol en slecht geëquipeerd. Daar kwam bij dat de bewoners van het West Pokot district (één doelgroep van Kapenguria) tot de achtergestelde nomadengroepen behoren. Tenslotte wilde Ontwikkelingssamenwerking het Kenyaanse gezondheidsbeleid, dat onder meer het bestaan van een goed functionerend ziekenhuis per district in heel Kenya stipuleerde, ondersteunen. Op zichzelf goede redenen om 'iets' in de bezochte gebieden te doen.

De Kenyaanse autoriteiten waren echter niet geheel voorbereid op de Nederlandse steun. Mede daarom duurde het nog tweeënhalf jaar voordat bouwplannen op tafel kwamen. Deskundig Nederlands advies bij de voorbereiding (meer besteden aan de periferie in Hola, nieuwbouw van ziekenhuis niet nodig) werd niet opgevolgd. De projecten hebben tenslotte de vorm aangenomen van nieuwbouw van twee ziekenhuizen en enige health centres daaromheen.

Op verzoek van de eerste regering na de onafhankelijkheid van Guinee Bissau werd in 1975 besloten steun te verlenen aan revalidatie van oorlogsslachtoffers. In feite kwam dat neer op (nieuw)bouw van een orthopedische werkplaats en verbouwing van een bestaande faciliteit tot revalidatiecentrum. Aan een Nederlandse adviesgroep werd gevraagd de plannen uit te werken. Het identificatieteam dat door die groep werd uitgezonden was wel kundig op het gebied van revalidatie maar onderschatte veel andere problemen die zich bij ontwikkelingsamenwerking plegen voor te doen. Het stelde een te ambitieus plan op dat in het tiende jaar van zijn uitvoering ruim 10% van de gezondheidszorgbegroting van het land zou hebben opgebruikt. Daarmee stond het project van het begin af aan op een 'verkeerd' spoor. Het programma omvatte de bouw en inrichting van een orthopedische werkplaats met bijbehorende afdelingen voor fysiotherapie en ergotherapie en assistentie bij het uitvoeren van een tienjarenplan revalidatie dat zou gelden voor het hele land.

In het geval van de medefinancieringsorganisaties bestond meestal al een samenwerkingsrelatie op medisch gebied of anderszins. De ziekenhuisleiding in het betreffende land 'kende de weg' en vroeg de MFO's om hulp teneinde de door haar gevoelde problemen op te lossen. Bovendien werkte in de reeds bestaande ziekenhuizen soms al Nederlandse staf (Kameroen, Indonesië, Rwanda). De kwaliteit van identificatie en voorbereiding was over het algemeen goed, onder andere omdat de MFO's in een vroeg stadium medische adviseurs in huis hadden.

**Doelstellingen**

De onmiddellijke doelstellingen verschilden naar gelang de voorziene functie van de gebouwen. In principe vond de Inspectie echter hetzelfde soort doelstellingen bij de bouw als bij leveranties en inrichting:

1. verbetering van de volksgezondheid in een streek;
2. (verbetering van de) dienstverlening door het ziekenhuis aan de periferie;
3. het verschaffen van betere werkfaciliteiten aan de staf, in de hoop dat deze ook in de afgelegen plaatsen zou willen blijven werken.

Bij de bouw van trainingsfaciliteiten en stafwoningen kwamen daar als doelstellingen bij:

4. verbetering van opleidingsmogelijkheden in de ziekenhuizen;
5. verlaging van woonkosten (en daarmee exploitatiekosten van de ziekenhuizen).

Ook bij de bouwprojecten waren de doelstellingen niet altijd duidelijk gedefinieerd. Gezien de goedkeuringseisen gesteld aan de MFO's waren hun formuleringen, zoals opgemerkt, meestal wel duidelijker dan die van Ontwikkelingssamenwerking. Daar moest de Inspectie de doelstellingen soms afleiden uit de gekozen begrotingscategorie van Nederlandse zijde (Guinee Bissau).

Bij de overheidssteun aan ziekenhuisbouw in Kenya was het (impliciet) de bedoeling de opzet van het nationale gezondheidsplan te helpen verwezenlijken: één ziekenhuis met standaardfaciliteiten en 150 bedden per district. Voor Kapenguria was uitbreiding van het aantal bedden (er was achterstand in vergelijking met het nationaal gemiddelde) expliciet als doel geformuleerd.

In Guinee Bissau wilde de overheid een soort politieke schuld inlossen ten aanzien van de oorlogsinvaliden. Pas als deze groep goed verzorgd was (ongeveer 150 ex-guerrillastrijders) zouden de overige invaliden aan de beurt komen.

Bij de MFO's waren twee principieel verschillende doelstellingen te onderscheiden. In de eerste plaats uitbreiding of verbetering van de hoofdactiviteit zoals algemeen curatieve zorg; moeder-en-kind-zorg, bevallingen enz. (Kameroen, Indonesië: Mardi Santosa, India: St. Stephens). Verbetering kon versterking van een bestaande werkklijn inhouden, maar ook invoering van vernieuwende werkwijzen (Kameroen, Indonesië: Siantar, Pakistan, India: Thoburn). In de tweede plaats ging het om (uitbreiding van) trainingsfaciliteiten en stafwoningen. De bouw van stafwoningen had niet alleen tot doel de staf gemakkelijker aan te trekken en beter onder te brengen, maar ook de ziekenhuizen in grotere mate zelfvoorzienend te maken. Dat drong bij de particuliere ziekenhuizen des te meer omdat de geldstroom uit donorlanden voor ziekenhuisvoorzieningen begon te

verminderen, zodat zij steeds meer moesten gaan functioneren op basis van eigen inkomsten.

### **Uitvoering**

De bouwactiviteiten werden in alle geïnspecteerde gevallen door lokale aannemers uitgevoerd met als positief neveneffect de stimulering van plaatselijke economische bedrijvigheid.

Bij de DGIS-projecten namen de uitwerkings- en aanbestedingsfase geruime tijd in beslag (Kenya Hola, 1½ jaar; Kenya Kapenguria 2½ jaar; Guinee Bissau 2½ jaar), omdat er bij comittering nog geen operationele plannen lagen. Ook de bouw zelf nam veel meer tijd dan voorzien, zowel in Kenya als in Guinee Bissau.

Bij de medefinancieringsorganisaties, die hun voorstellen indienden met bestek en begroting, liepen de zaken min of meer volgens plan: was het medefinancieringscontract eenmaal getekend, dan stonden de gebouwen er gemiddeld in twee jaar.

Die verschillen in voortvarendheid bij uitvoering waren toe te schrijven aan een aantal factoren. Zowel qua planning, herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van verantwoordelijken als lengte van beslissingslijnen waren de MFO's in het voordeel. Beslissende factor bij de snelheid van bouw als zodanig was het feit dat de counterparts van de MFO's grotendeels in eigen beheer werkten (onder andere omdat ze zelf veel know-how in huis hadden) zonder ingewikkelde aanbestedingen en onderaanbestedingen. Op het punt van de complexiteit van de werken lag er weinig verschil tussen de overheids- en medefinancieringsprojecten; hoogstens dat de MFO-counterparts het liefst lokale materialen gebruikten, meer dan eens gefabriceerd op eigen terrein door missie of zending.

Zowel bij DGIS- als bij MFO-projecten werd trouwens wel eens gebruik gemaakt van een 'standaardontwerp'. Zo kende Kenya in de tijd van aanbesteding van Hola en Kapenguria voor districtsziekenhuizen het zgn. Makweni-ontwerp. De kraamkliniek in Kameroen werd gebouwd volgens het zogenaamde T-model, dat als eerste door Albert Schweitzer werd toegepast in Lambarene. Het gebruik van het standaardontwerp bracht in Hola één nadeel mee: een te groot complex gezien de effectieve vraag naar dienstverlening in het dunbevolkte gebied.

De kwaliteit van de bouw als zodanig (voor zover bij inspectie al vast te stellen; sommige gebouwen waren nog niet af) was meestal redelijk tot goed te noemen met uitzondering van de huizenbouw in Bor (Guinee Bissau).\*

\* In die gevallen waar later is geklaagd over de toestand van die gebouwen (bijvoorbeeld in Kenya) was dat eerder te wijten aan ondoelmatig gebruik en/of slecht onderhoud.

**Financiering en kosten**

Het bouwgedeelte van de met 'grotendeels bouw' aangeduide, geïnspecteerde projecten beloopt in (op f 100.000) afgeronde bedragen:

*DGIS-projecten:*

– Kenya, Hola Districtsziekenhuis	2.200.000
– Kenya, Kapenguria Ziekenhuis	3.300.000
– Guinee Bissau, Revalidatiecentrum Bor	1.000.000

*Medefinancieringsprojecten:*

– Kameroen, Hôpital Ndoungue	1.200.000
– Indonesië, Kraamkliniek Mardi Santosa	1.200.000
– Indonesië, Pematang Siantar Health Project	600.000
– India, St. Stephen's Hospital	1.800.000
– Pakistan, RHCP Kunri	1.500.000
– Rwanda, Medische Activiteiten EPR	1.500.000
– India, Ellen Thoburn Hospital	100.000
	14.400.000

In het geval van de DGIS-samenwerking met Kenya was in beide gevallen afgesproken dat twee derde besteed mocht worden aan lokale kosten, en één derde aan invoer uit Nederland.

In het geval van de MFO's gold tot 1977 dat de partner 25% van de kosten zelf op moest brengen. Die bijdragen bestonden vaak uit de grond en dienstverlening, of ook wel uit donaties van anderen.

Bij lokaal aanbestede bouw deden zich prijsstijgingen voor van gemiddeld 20%. Verhaal op de aannemers bleek in de praktijk niet mogelijk.

De tien geïnspecteerde projecten overziende is de conclusie dat, vooral door de medefinancieringsorganisaties, voor relatief weinig geld veel en goed gebouwd is.

Nieuwbouw en/of uitbreiding leidde wel tot hogere, soms nieuwe exploitatiekosten. Ook de partners van de medefinancieringsorganisaties, die meestal zichzelf moeten bedruipen, hadden daar moeite mee. Dat leidde soms tot een dilemma in de admisie van patiënten. Met het afnemen van de externe steun en verhoging van kosten waren de ziekenhuizen en/of klinieken meer dan eens gedwongen hogere bijdragen te vragen.



Om toch de armen te blijven bereiken pasten deze ziekenhuizen de 'Robin Hood benadering' toe (Pakistan, Indonesië, Rwanda). De beter gesitueerden betaalden hogere tarieven, zodat er toch nog financiële ruimte bleef voor zorg aan de niet of weinig betalende armen. Niettegenstaande dat leidde de krimpemde financiële ruimte ook tot beperking van de zorg voor de armen (Pakistan) en tot een duidelijke rem op het initiëren of verbeteren van extramurale activiteiten (India).

Naast betalende patiënten, weldoeners uit allerlei kringen en vaak geheel onbezoldigde staf hadden deze particuliere ziekenhuizen andere bronnen van inkomsten of kostenbesparing, onder andere de opleiding van verpleegkundigen die goedkope arbeidskracht leveren. Natuurlijk was het eerste argument om zo'n opleiding te beginnen de behoefte aan goed opgeleide en gemotiveerde verpleegkundigen, maar het neveneffect was welkom. Veel van de geïnspecteerde medefinancieringsprojecten hadden dan ook zo'n opleiding (Kameroen, Indonesië, India en Rwanda).

Een nieuwe vorm van zelffinanciering begon zich af te tekenen in Indonesië (Siantar) in de vorm van een (ten tijde van de inspectie nog bescheiden) ziekenfonds.

## **Management**

Bouwprojecten hadden klaarblijkelijk de meeste aandacht bij de donor (DGIS en MFO) in de voorbereidende fase. Was het contract eenmaal getekend, dan werd vooral de rapportage over de voortgang van de bouw en over financiële afwikkeling van belang geacht.

Bij de beide DGIS-projecten in Kenya werd enig toezicht uitgeoefend door de ambassade en via de ambassade door het landbureau. Vóór de inspectie (1979) had geen veldbezoek of evaluatie plaatsgevonden. Dat neemt niet weg dat veel tijd is besteed aan allerlei opkomende moeilijkheden rond Hola en Kapenguria. Toch bleek die ambtelijke zorg niet in staat forse prijs- en tijdslijmtoverschrijdingen te vermijden.

Hulp van buitenaf ten aanzien van management bleek niet automatisch een remedie. In Guinee Bissau werd een stuurgroep samengesteld uit leden van de diverse identificatiemissies. Die stuurgroep kreeg later echter ook uitvoerende bevoegdheden, vooral na het terugtreden van de aanvankelijk aangestelde adviesgroep (1976), zodat het DGIS min of meer buiten spel werd gezet. Een stuurgroep met uitvoerende bevoegdheden en grote autonomie bleek in dit geval een ongelukkige constructie te zijn. De Inspectie constateerde (in 1980) grote vertragingen; ook, dat er te mooi en te omvangrijk was gebouwd, te dure apparatuur was geïnstalleerd en te weinig aan counterpartraining was gedaan. Het

inmiddels ingezette veldteam had in 1979 zijn vertrouwen in de stuurgroep dan ook opgezegd.

In die situatie adviseerde de Inspectie het project weer in eigen beheer van het DGIS te nemen en in vier jaar af te bouwen in die zin dat de lokale overheid de (levenslange) revalidatiegarantie voor de patiënten op zich zou nemen en dat Nederland zich vooral zou concentreren op training van counterparts.

De MFO's bleken, na over het algemeen goede voorbereiding, de (project)begeleiding te beperken tot het lezen van voortgangsrapportages en vooral van financiële verslaggeving. De projectofficer of medisch adviseur nam het nieuwe project zo mogelijk mee in de planning bij landenbezoek.

Noch bij de overheidsprojecten, noch bij de MFO's werden bij beëindiging van het project of daarna eindevaluaties gedaan die de grond zouden hebben kunnen verschaffen aan een beoordeling van het al dan niet realiseren van de oorspronkelijke doelstellingen. Bij zo'n evaluatie zouden ook vragen van meer algemene betekenis gesteld hebben kunnen worden, bijvoorbeeld: in hoeverre de verbeterde voorzieningen het gezondheidsniveau in een gebied verbeterden of wat er gebeurde met de eenmaal opgeleide verpleegkundigen. Een dergelijke feedback zou voor het bijstellen van eigen beleid van belang zijn geweest.

## **Resultaten**

In het geval van *Hola* (eigenlijke opleveringsdatum november 1979) en *Kapenguria* (eigenlijke opleveringsdatum september 1978) was nog geen effect op de gezondheidszorg in het district zichtbaar, omdat ten tijde van de inspectie de gebouwen nog niet waren opgeleverd (maart 1979). Wel was in beide gevallen duidelijk dat de overeengekomen bouw en inrichting van health centres sterk stagneerden. Ook de bemanning zou naar verwachting problemen geven, in verband met de geconstateerde snel wisselende stafbezetting in beide ziekenhuizen.

In Guinee Bissau werden circa 150 oorlogsinvaliden in behandeling genomen. Daarnaast hadden ten tijde van de inspectie (1980) 46 burgerinvaliden toegang gekregen tot de voorzieningen. Voor beide groepen samen waren 185 ortho- en prothesen gemaakt en 151 bestaande ortho- en prothesen gerepareerd. Alle grondstoffen daarvoor werden uit Nederland geïmporteerd, wat de kosten op gemiddeld 1500 gulden bracht en de gewenste verzelfstandiging niet bevorderde. De bouw van de nieuwe orthopedische werkplaats was in april 1980 voor 70% klaar. De Inspectie beoordeelde het project dan ook als nog weinig effectief: te kleine doelgroep en veel te duur. Oorzaken van tegenvallend resultaat leken vooral te liggen in een inhoudelijk zwakke en te ambitieuze opzet, te centralistisch beheer (stuurgroep) en het ontbreken van tijdige bijstelling.

De bouw (en inrichting) van een kraamkliniek, 'under-five clinic' en twee hulp-ziekenhuizen in Kameroen heeft bijgedragen tot een verbetering van de curatieve en preventieve zorg. Tegen betrekkelijk geringe kosten werd een goede behandeling gegeven zowel in de kraamkliniek als in het kinderconsultatiebureau. Het wat verderliggende doel, namelijk via de consultatiebureaus van het ziekenhuis, de hulpziekenhuizen en de mobiele teams voor 'Protection Maternelle et Infantil', werkelijk preventief medisch werk tot ontwikkeling te brengen, is veel moeilijker bereikbaar gebleken. De veranderingen op dat punt moesten worden gezocht in grotere participatie van de bevolking, en een preventieve zorg die meer aansloot op de thuissituatie.

In Indonesië (Mardi Santosa) leidde de bouw (en inrichting) van een dienstgebouw, keuken en opnamegebouw voor kraamvrouwen niet tot een verandering in, wel tot verdere verbetering van, het bestaande dienstenpatroon. Dat was overigens ook daarvoor al van goede kwaliteit. Wel deed zich het probleem voor dat de geïnstalleerde apparatuur (vooral wasserij, keukenapparatuur) het ziekenhuis voor hogere exploitatiekosten stelde. In feite maakte die apparatuur personeel overbodig dat echter om andere redenen niet ontslagen werd. Tegelijkertijd steeg de energierekening.

De uitbreiding van het ziekenhuis Harapan te Siantar werd voortvarend uitgevoerd maar leidde, ondanks de doelstellingen, meer tot een verbetering van de – overigens uitstekende – curatieve zorg dan tot het versterken van community health. Dat was voor een deel te wijten aan het verbod van de overheid aan particuliere organisaties om 'health centre functies' uit te oefenen. De noodzakelijke zelffinanciering van het ziekenhuis leidde tegen de eigen bedoeling in tot (voor velen) te hoge betalingen voor opnames en medicamenten. Het eerder genoemde experiment met een ziekenfonds zou die moeilijkheid enigszins verlichten.

Een dergelijk probleem van kosten en selectie van patiënten deed zich ook voor in het St. Stephens ziekenhuis in New Delhi (India). Ook daar werd de snelle bouw van 76 stafwoningen op zichzelf als positief beoordeeld. De woningen waren echter vooral voor de ziekenhuisstaf en niet voor andere werknemers (bijvoorbeeld community health workers) bedoeld. Dat leidde wel tot besparingen op woon- en reiskosten en een aantrekkelijker werkomgeving voor de staf, maar het ziekenhuis bleef een beperkte rol spelen in de curatieve en nog meer in de preventieve zorg voor de armen uit de omgeving.

Het Kunri-project in Pakistan kende vergelijkbare problemen. De gebouwde kraamkliniek en wooneenheden plus de steun voor vijf jaar exploitatie, versterkten een bestaande werkwijze waaraan vanuit het perspectief van volksgezondheidsontwikkeling essentiële tekortkomingen kleefden. Het aanbod van de zorg was niet goed afgestemd op de meest essentiële behoeften van de bevolking. Zo werden



er per jaar 1000 oogoperaties gedaan door een kundig oogarts. Maar het vestigen van health centres, het opleiden van village health workers en traditionele vroedvrouwen mislukte.

Dat ging beter in Kirinda (Rwanda) waar ICCO de bouw van een verpleegsterschool, een waterkrachtcentrale, een gezondheidscentrum en een nieuwe polikliniek steunde. De bouw verliep vlot, de (omvangrijke) dienstverlening van het ziekenhuis bleef gehandhaafd en verbeterde waar het moeder-en-kind-zorg betrof. Daarnaast ontwikkelde het project een uitgebreid programma van primary health care waarbij ruim 250 village health workers werden ingezet.

De bouw en inrichting van een gezondheidspost plus behuizing binnen de actieradius van het Ellen Thoburn ziekenhuis (India) bevorderde weliswaar het com-

munity health work van de Stichting, maar gaf tevens de limieten daarvan aan binnen een ziekenhuisorganisatie. De Stichting voorzag dat ook voor de komende jaren niet meer dan 1% van haar budget aan community health work zou worden besteed.

## **Conclusie**

De steun ten behoeve van (nieuw)bouw van ziekenhuizen en klinieken heeft, in de onderzochte projecten, de curatieve en/of revalidatiefunctie versterkt; in ieder geval op korte termijn, zij het voor een relatief beperkt aantal mensen. Dat goede effect was duidelijker aanwezig bij de projecten gesteund door de MFO's dan bij die geïnitieerd en beheerd vanuit het DGIS.

In alle projecten is echter het expliciet of impliciet gestelde doel om vanuit het ziekenhuis (in brede zin) de extramurale gezondheidszorg te verbeteren moeilijk bereikbaar gebleken.

## Hoofdstuk 8. Onderhoud van faciliteiten en apparatuur

---

### Inleiding

De tot nu toe besproken financiering van gebouwen en apparatuur kan een belangrijke, eerste stap zijn bij verbetering van ziekenhuisgezondheidszorg. Daarmee is het verhaal echter niet af; doelmatig gebruik en goed onderhoud zijn van minstens even groot belang.

Beschouwt men de uitgaven voor gebouw en apparatuur als eenmalige investeringen, in veel gevallen grotendeels gefinancierd door externe donoren, dan horen uitgaven voor gebruik en onderhoud tot de terugkerende (lopende) exploitatiekosten die meestal op het ontvangende land zelf drukken.

Op een of andere manier vormt onderhoud in de onderzochte projecten steeds een punt dat aandacht vereist: altijd in termen van budgettering van onderdelen en loonkosten, dikwijls ook in termen van attitude ten aanzien van modern materieel, management, know-how en centralisatie versus decentralisatie.

In het algemeen worden lopende kosten niet door Ontwikkelingssamenwerking gefinancierd. De onderliggende gedachte is dat de plaatselijke instantie in staat moet zijn het ziekenhuis in stand te houden waarbij Nederlandse steun een incidentele bijdrage vormt. In dat kader zijn oude gebouwen en inventaris soms eenmalig gerehabiliteerd of aangepast.

Reserveonderdelen van apparatuur zijn in meerdere gevallen wel betaald door Nederland; soms omdat daartoe na verloop van tijd een aanvraag werd ingediend, soms ook omdat ze beschouwd werden als behorend bij de eerste leverantie, een tendens die over de jaren is toegenomen.

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op die projecten waar Ontwikkelingssamenwerking nog een stap verder is gegaan door financiële en/of personele steun te verlenen bij opzet, reorganisatie en training van onderhoudsdiensten. De betreffende inspecties refereren aan drie bilaterale (DGIS-)projecten en één medefinancieringsproject (MFO/SNV):

---

Mozambique, Onderhoudscentrum	rapportnr. 66
Sri Lanka, Technische ondersteuning	137
Indonesië, Centrale Werkplaats	208
Tanzania, MFO/SNV, Mobile onderhoudsdienst	159

### Oorsprong en voorbereiding

De aanleiding tot actie ten behoeve van beter onderhoud lag over het algemeen in het herhaaldelijk geconstateerde feit dat onderhoud veelal slecht was in openbare (meestal overheids-)ziekenhuizen (inclusief klinieken enz.). Bij ziekenhuizen beheerd door de counterparts van MFO's was het onderhoud daarentegen meestal van goede kwaliteit.

Merkwaardig genoeg zijn initiatieven om metterdaad aandacht te besteden aan onderhoud meer uitgegaan van Ontwikkelingssamenwerking dan van de partnerlanden (een sprekend voorbeeld daarvan was Sri Lanka waar ondanks herhaald aandringen van Nederland weinig belang werd gehecht aan versterking van de landelijke onderhoudsdienst). Dat lijkt onder andere zijn oorzaak te vinden in de – meestal terechte – assumptie van ontvangende landen dat gewoon onderhoud een eigen verantwoordelijkheid is waarvoor men dus geen steun kan vragen.

Maar ook een andere – men zegt wel 'cultureel bepaalde' – houding ten aanzien van technische zaken lijkt een rol te spelen: apparaten doen het of ze doen het niet. Als ze het niet meer doen, moet er iets anders komen.

In de drie bilaterale projecten (Mozambique, Sri Lanka, Indonesië) bestond al een vorm van samenwerking door leveranties; steun bij onderhoud maakte dus deel uit van een breder programma.

De voorbereiding van het project in Mozambique vergde veel tijd: één identificatiemissie en twee voorbereidingsmissies (vanaf 1975) leidden uiteindelijk tot uitzending van deskundigen in de tweede helft van 1979. Die lange incubatietijd is tot op zekere hoogte te verklaren vanuit het feit dat in 1975 begonnen werd met wederopbouw hulp die in eerste instantie het karakter had van noodhulp; alles moest tegelijkertijd weer worden opgebouwd. Op gevaar af in een contradictie te vallen kon men zeggen dat alles prioriteit had.

De identificatiemissie (1978) die in Sri Lanka de levering van apparatuur moest voorbereiden adviseerde tevens gereedschappen en apparatuur voor de centrale onderhoudswerkplaats te leveren. Vervolgens is door Nederland bij herhaling technische ondersteuning van de onderhoudsdienst aangeboden, echter zonder positieve reactie.

In Indonesië werd bij het materiaal ter 'upgrading' van de ziekenhuizen, ook gereedschap voor onderhoudswerkplaatsen meegeleverd. Die werkplaatsen konden echter hooguit (op zich overigens belangrijk) preventief onderhoud en enige eenvoudige reparaties verrichten aan de vrij ingewikkelde, nieuw geleverde apparatuur. Naar voorbeeld van andere delen van Java (Bandung en Semarang) werd daarom oprichting van een centrale werkplaats in Surabaya gewenst geacht. Bij de voorbereiding van dit project hebben technici van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam vanaf 1981 advies gegeven.

Het SNV/ICCO-project in Tanzania betrof versterking van één provinciale onderhoudsdienst in navolging van een elders uitgevoerd vergelijkbaar DANIDA-project. Na beëindiging daarvan was het initiatief door een ter plaatse aanwezige SNV-er overgenomen hetgeen ondersteuning kreeg van de negen ziekenhuizen in de provincie; ze richtten er zelfs een speciale stichting voor op.

### **Doelstellingen**

De taakstelling in de drie onderhoudsprojecten van het DGIS was niet altijd duidelijk gespecificeerd. Het ging steeds om versterking van de onderhoudscapaciteit.

In Mozambique werd geconstateerd dat er veel, soms geavanceerde apparatuur door de Portugezen was achtergelaten; een deel daarvan was kennelijk onklaar gemaakt. De bestaande onderhoudsdienst was sterk gecentraliseerd en slecht bemand. Doel was hier: organisatie van de onderhoudsdienst, verbetering van de onderhoudsuitrusting en verhoging van technische vaardigheden.

In Sri Lanka werd geconstateerd dat de kapitaalshulp in de vorm van leverantie van apparatuur een blijvende en toenemende afhankelijkheid van het buitenland creëerde. Symptoom daarvan was onder andere een groeiende behoefte aan reserveonderdelen. Beter onderhoud zou dit kunnen ondervangen. De bestaande onderhoudsdienst was ook hier zwak en gecentraliseerd. In dit geval vond het plan van Ontwikkelingssamenwerking om door technische hulp op korte termijn de afhankelijkheid op langere termijn te verminderen, geen weerklank. De interesse in leveranties leek groter dan de interesse in onderhoud.

In Indonesië had ervaring vanaf 1974 met upgrading van ziekenhuizen geleerd dat lokale werkplaatsen slechts gedeeltelijk aan de eisen van onderhoud konden voldoen. Bovendien was extra scholing van het onderhoudspersoneel nodig. Hoewel in Indonesië de leverancier twee jaar onderhoud-na-leverantie meeleverde, werd de opzet van een centrale werkplaats voor uitvoering van gecompliceerde onderhoudswerken en opleiding van technici nodig geacht.



In Tanzania ging het om snel uitvoerbaar onderhoud en reparatie van apparatuur in de negen ziekenhuizen van de Mbeya Region; aldoende zouden lokale technici voor dat soort werk worden opgeleid.

### **Uitvoering**

In Mozambique zijn in 1979 voor de centrale werkplaats drie technici ingezet: één voor het magazijn en twee reparateurs. Ook werden reserveonderdelen en onderhoudsuitrusting gekocht. In 1980 was al enige orde geschapen in de 'chaos' en waren nog bruikbare stukken van kapotte apparaten gebruikt om andere te herstellen.

In Sri Lanka werd gereedschap geleverd te zamen met reserveonderdelen. Gedurende een jaar heeft een technicus, in dienst van de leverancier van apparatuur, gewerkt in de centrale werkplaats met de bedoeling om training te geven.

In Indonesië is sinds medio 1985 een technicus ingezet in de centrale werkplaats (Surabaya). Het idee is dat deze werkplaats via 'verwijzing' ook het moeilijker onderhoud zal doen van de apparatuur van de regionale Kabupaten ziekenhuizen. Tevens zal opleiding van technici in deze centrale werkplaats worden verzorgd.

In het SNV-project in Tanzania had een vrijwilliger sinds 1979 met een 'mobile repair unit' (donatie ICCO) regelmatig de negen ziekenhuizen bezocht en 'alles wat kapot was' hersteld: geen geringe prestatie. In 1983 was de voorgenomen opleiding echter nog niet goed uit de verf gekomen. Ook de hulp die hij gedurende anderhalf jaar ontving van een tweede vrijwilliger was blijkbaar onvoldoende om onder de druk van reparaties uit te komen en tijd vrij te maken voor counterpartraining. Dat juist die training van het grootste belang was voor de continuïteit ('sustainability') werd overigens volledig onderkend.

### **Financiering en kosten**

In Mozambique allocerde Nederland tussen 1979 en 1983 ruim f 2.500.000 voor onderhoud. In Sri Lanka waren de kosten van het versterken van de onderhoudsdienst niet gescheiden van de kosten van leverantie van apparatuur.

In Indonesië werd in 1980 en 1982 voor in totaal f 1.800.000 gealloceerd (lening) voor de centrale werkplaats in Surabaya. In Tanzania besteede SNV f 370.000 in de periode 1979-1983 (personele kosten) en investeerde ICCO f 90.000 in de repair unit en een kleine kas.

Over de verhouding tussen Nederlandse bijdragen en de counterpart-inbreng is weinig specifiek bekend. De bestaande onderhoudsstructuur kon in Mozambique, Sri Lanka en Indonesië als counterpartbijdrage gezien worden, maar nergens was sprake van een projectspecifieke bijdrage. In Tanzania stortten de negen ziekenhuizen maandelijks een bedrag in de kas van de stichting. Dat werd door de vrijwilligers onder andere als werkkapitaal gebruikt voor de aanschaf van reserveonderdelen.

De geïnspecteerde gevallen illustreren dat opzet en/of versterking van een nationale of provinciale onderhoudsdienst veel tijd en geld kost(en), zowel in eenmalige investeringen voor werkplaatsen als in lopende kosten van personeel en onderdelen. Vooral bij dit soort ontwikkelings'hulp' zijn interesse, prioriteitsstelling en stamina van de counterparts essentieel voor het welslagen-op-termijn van eventuele eerdere leveranties of bouwsubsidies.

### **Management**

Het versterken van onderhoudsdiensten blijkt ingewikkelder te zijn dan levering van apparatuur. Het vergt zorgvuldige voorbereiding en is soms gebaat met systematische 'back-stopping' vanuit Nederland, eventueel leidend tot periodieke bijstelling.

Voor het project in Mozambique, waarbij een gedegen identificatie en voorbereiding had plaatsgevonden, was de 'back-stopping' van goede kwaliteit maar onvoldoende in omvang. Het hoofd van de onderhoudsdienst van een academisch ziekenhuis in Nederland kon er ongeveer één dag in de week aan besteden. Dat bleek te weinig en heeft de voortgang van het project geen goed gedaan.

In Sri Lanka ontbrak een elementaire voorwaarde voor succes, namelijk interesse van de ontvangende kant. Daar het project eigenlijk nooit van de grond kwam, zijn commentaren op management hier niet relevant.

In Indonesië was het project ten tijde van inspectie juist op gang aan het komen; wel erg laat, daar identificatie van de benodigdheden reeds in 1980/1981 had plaatsgevonden en de installatie van nieuwe apparatuur in de Kabupaten ziekenhuizen ondertussen gewoon doorging. Over ondersteuning en management als zodanig viel op het moment van inspectie (eind 1985) nog weinig te zeggen.

In Tanzania vonden de SNV-ers vooral ondersteuning bij de landelijke SNV-veldstructuur. Bovendien werd driemaandelijks overleg gepleegd binnen de speciaal voor het gemeenschappelijk onderhoud opgerichte stichting.

## Resultaten en effecten

In Mozambique werden de eerste bescheiden resultaten in 1980 zichtbaar. De centrale onderhoudswerkplaats begon te functioneren en er werden inderdaad reparaties uitgevoerd. De werkplaats en het magazijn voor reserveonderdelen waren goed georganiseerd, opgeruimd, overzichtelijk en bruikbaar. Dat schiep een begin van vertrouwen bij de ziekenhuizen die voor hun onderhoud van de centrale werkplaats afhankelijk zijn. Vooral nog beperkte de dienstverlening zich tot Maputo en directe omgeving. Met de opleiding van administratieve en technische counterparts was een begin gemaakt.

In Sri Lanka was geen effect te constateren. In aanmerking nemend dat de nationale overheid het project niet steunde, viel dat ook niet te verwachten.

In Indonesië was de inrichting van de centrale werkplaats (Surabaya) voltooid en zou de Nederlandse technicus binnenkort arriveren. Effecten waren nog niet waar te nemen. Wel vroeg men zich in de Kabupaten ziekenhuizen (al) af, of ze inderdaad in staat gesteld zouden worden hun apparatuur naar Surabaya te sturen (vervoersfaciliteiten en -kosten) en zo ja, of hun apparatuur daar redelijk snel aan de beurt zou komen. Training in de centrale werkplaats leek een redelijke kans van slagen te hebben.

In Tanzania had de vrijwilliger in de jaren 1980–1983 (inspectie van 1983) weten te bereiken dat geen apparatuur langere tijd had stilgestaan. Het project werd in 1983 met drie jaar verlengd om de trainingscomponent van het project meer kans te geven.

## Conclusie

Dat het nuttig effect van – al of niet door Ontwikkelingssamenwerking gefinancierde – ziekenhuisfaciliteiten en -apparatuur snel terugloopt bij gebrek aan preventief en 'curatief' onderhoud wordt door niemand bestreden. De vraag voor donor en recipiënt is veeleer wie het onderhoud betaalt en uitvoert.

De gedachte dat Ontwikkelingssamenwerking zich vanzelfsprekend tot in lengte van dagen verantwoordelijk zou moeten voelen voor onderhoud (na bouw en levering) is om een aantal redenen wat simplistisch. Dat betekent niet dat de donor het bij leveranties sec moet laten als de kans op redelijk onderhoud klein is.

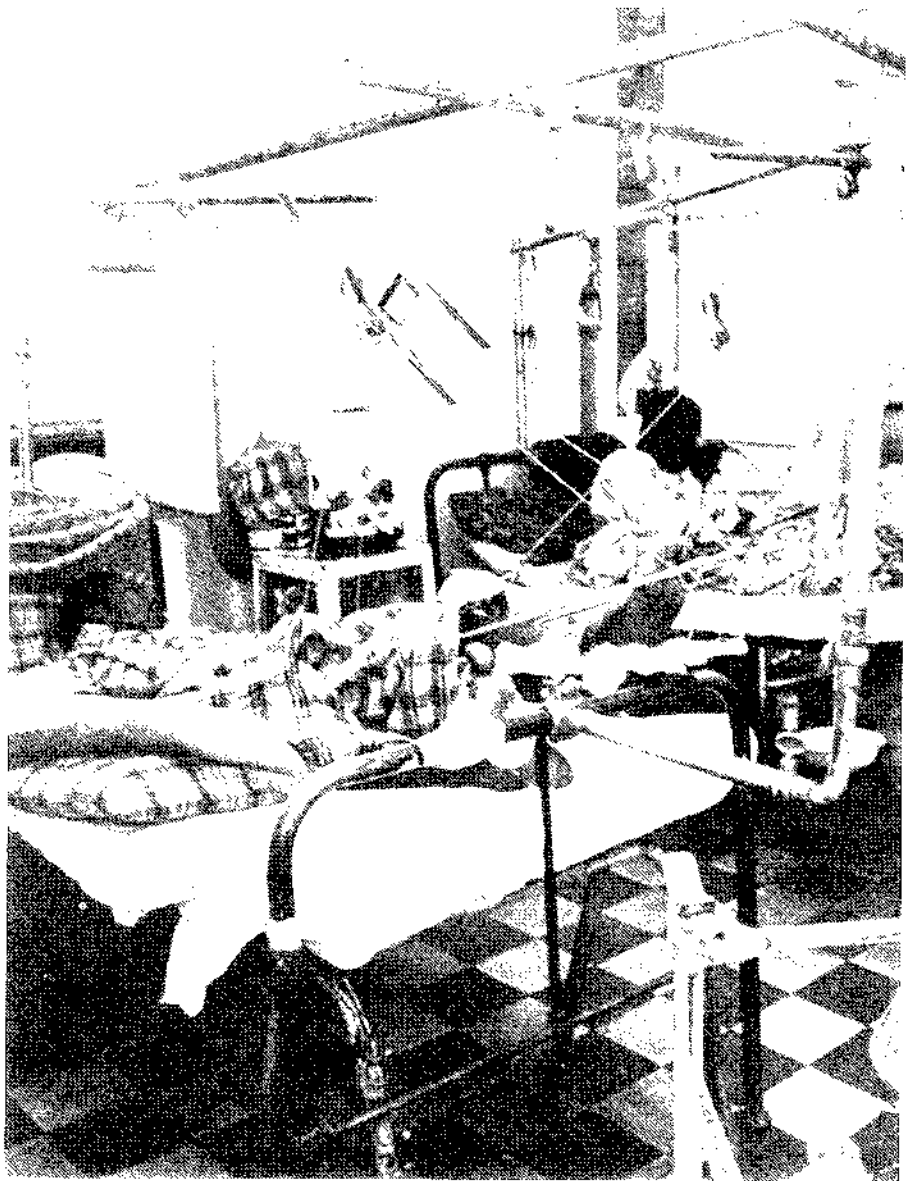
Bijlevering van reserveonderdelen en 'after-sales service' clausules in leveringscontracten zijn in de loop van de jaren steeds meer in zwang geraakt; ze lijken een stap in de goede richting geweest te zijn. Maar ook die voorzieningen moeten

betaald worden uit de lengte of de breedte. Bovendien is er geen continuïteit te verwachten als er geen adequaat getrainde onderhoudsdienst is. Pogingen van Ontwikkelingssamenwerking om zo'n dienst op te zetten zijn tot nu toe met wisselend succes bekrond.

Vast staat dat er geen pasklare standaardoplossingen bestaan voor verschillende situaties; per geval zullen in overleg steeds op de situatie toegesneden maatregelen getroffen moeten worden. Niettemin ziet het er naar uit dat, om redenen van continuïteit en financieel management, relatief meer energie gestoken zou moeten worden in onderhoudszaken dan in aanschaf en vroegtijdige vervanging van (onklaar geraakte) equipement.

## Deel III. Beschouwing

---



## Hoofdstuk 9. Samenvatting en conclusies

---

De gezondheidstoestand van de mensen in lage- en middeninkomenslanden is moeilijk in een enkele volzin te beschrijven. De kansen op een redelijke graad van gezondheid verschillen daarvoor te veel, niet alleen tussen de landen onderling, maar ook naar sociale klasse, sexe, leeftijdsgroep, werk en woonplaats in de betrokken landen zelf. Op basis van rechtstreekse observatie en statistische informatie kan men evenwel stellen dat de gezondheid van honderden miljoenen mensen, volgens hun eigen maar ook volgens internationale maatstaven (onder andere verwoord door de WHO), slecht is. Dit is vanuit humanitaire overwegingen verwerpelijk, maar het heeft ook negatieve politieke, economische en culturele gevolgen voor de mensheid als geheel en zeker voor de betrokken landen.

In ieder land of gemeenschap bestaat wel een bepaald 'systeem' van gezondheidszorg waarin meestal een mengsel van traditionele en moderne benaderingen herkenbaar is; in beide zijn empirische (soms wetenschappelijke) en 'magische' elementen te onderscheiden. De globale tendens in de Derde Wereld is om steeds meer te vertrouwen op de empirisch-wetenschappelijke, technologische benadering.

Historisch gezien is lange tijd de eenzijdig curatieve benadering meer benadrukt dan de integrale (preventieve en curatieve, gecentraliseerde en gedecentraliseerde) bestrijding van ziekte en vroegtijdige sterfte. Bij de internationale samenwerking op dit terrein, die vooral sinds de Tweede Wereldoorlog op gang is gekomen, was dit ook lang het geval. Genezing werd voornamelijk geassocieerd met ziekenhuizen, veelal gedifferentieerd naar lokatie, omvang en aard van dienstverlening (tweede en derde lijn) en oorsprong van initiatief, zoals bij openbare en particuliere instanties.

Om enige orde in het sterk variërende basismateriaal te scheppen werd in dit verzamelrapport gekozen voor een onderverdeling naar drie overlappende, onderscheiden soorten van steunverlening: (1) leverantie en installatie van medische apparatuur en andere uitrusting, (2) bouw van faciliteiten zoals (vleugels en afdelingen van) ziekenhuizen, klinieken en stafwoningen en (3) onderhoud.

Bij ieder van de onderwerpen is in het rapport ingegaan op de evaluatiebevindingen ten aanzien van oorsprong, voorbereiding, doelstelling, uitvoering, beheer, financiering en resultaat van de projecten.

Na evaluatie van (en detail-rapportage over) een aantal 'willekeurig' geselecteerde activiteiten op dit gebied heeft de Inspectie getracht de overheersende positieve en negatieve elementen te ontdekken in deze pogingen tot verbetering van de volksgezondheid in een aantal landen.\*

## **I. Leveranties**

### *Positieve bevindingen*

1. De leveranties als zodanig zijn vrijwel altijd goed verlopen.
2. Mede dank zij de inschakeling van het Rijks Inkoop Bureau (RIB) was de apparatuur op zich meestal van goede kwaliteit en redelijk geprijsd.

Per project werd het mogelijke nadeel van een te grote verscheidenheid aan grote en kleine leveranciers gewoonlijk beperkt gehouden door aanstelling van één hoofdleverancier.

3. Met voorkeur voor Nederlandse produkten werd de bindingsregel bij de financiële hulp soepel toegepast als dat wenselijk was wegens de specificaties, bijvoorbeeld de eis van tropenbestendigheid.
4. De geleverde apparatuur heeft in het algemeen bijgedragen tot verbetering van reeds bestaande dienstverlening aan patiënten en al of niet permanent gehandicapten.

### *Negatieve bevindingen*

1. De apparatuur was dikwijls te geavanceerd, gezien de oplichting van de gebruikers en het onderhoudspersoneel, soms was ze wat overdadig en gedeeltelijk overbodig (zie 5).
2. De te bereiken resultaten (doelstellingen) waren herhaaldelijk te algemeen gesteld en dikwijls gestoeld op te optimistische verwachtingen.

\* Zie bijlage I. De geëvalueerde projecten en programma's vallen in de periode 1975 t/m 1984.



Oorzaken van teleurstellend resultaat lagen dikwijls niet alleen besloten in de 'objectieve' projectsituatie, maar ook in te kort schietende voorbereiding in termen van: objectieve behoeftepeiling, afspraken over verdeling in het ontvangende land, fysieke installatiemogelijkheden, spaarzaam gebruik van derde onafhankelijke adviesinstanties en/of te gemakkelijke overname van een door het ontvangende land geformuleerde (soms door de potentiële leverancier ingegeven) lijst van behoeften.

3. Verhoging van exploitatiekosten leidde bij constant gebrek aan voldoende fondsen in het ontvangende land onvermijdelijk tot inkrimping van de toch al beperkte budgetten voor eerstelijnszorg.
4. Uitzonderingen daargelaten, resulteerden de leveranties nauwelijks in uitbreiding van dienstverlening.
5. Meerdere keren vonden (onnodige) leveranties plaats van artikelen die ook lokaal gemaakt hadden kunnen worden.
6. Bij installatie (vooral in die gevallen waar dat als lokale taak werd gezien) deden zich veel vertragingen voor zodat apparatuur in meerdere gevallen lange tijd, soms slordig, bleef opgeslagen.
7. Van leveranties zijn weinig of geen evaluaties uitgevoerd; ze werden over het algemeen gezien als eenmalige transacties die geen follow-up vereisten vanuit Nederland.

## II. Bouwactiviteiten

### *Positieve bevindingen*

1. Nieuwbouw, aanbouw en uitbreiding bleken vanuit de gevoelde behoefte aan ziekenhuiscapaciteit vrijwel altijd te rechtvaardigen. In aanmerking genomen de soms moeilijke omstandigheden waarin moest worden gewerkt, was de kwaliteit van de bouw in het algemeen redelijk tot goed.
2. Vooral bij medefinancieringsprojecten was over het algemeen sprake van goede organisatie, snelle uitvoering (gemiddeld binnen twee jaar) tegen relatief lage kosten met sterke eigen inbreng van de betrokken stichting in bijna alle stadia van de bouw.
3. Betere verzorging voor ambulante of niet-ambulante patiënten kon worden waargenomen of – gezien de wel zeer treurige staat van oude 'faciliteiten' – worden verwacht.

4. In enkele gevallen was zeer goed, in andere op aannemelijke wijze, ingespeeld op het plaatselijke beleid ten aanzien van spreiding van ziekenhuizen.
5. Vrijwel overal deed zich een positief korte-termijneffect voor op lokale werkgelegenheid en nijverheid.

#### *Negatieve bevindingen*

1. De te bereiken resultaten (doelstellingen) waren dikwijls te algemeen en te optimistisch weergegeven in termen van gunstige invloed op de totale gezondheidszorg in het gebied (inclusief de basisgezondheidszorg) en in termen van spreiding van staf over het gehele land, inclusief de afgelegen plaatsen.
2. Vertraging en overschrijding van budgetten deden zich voor bij openbare ziekenhuizen en klinieken, zelfs bij standaardontwerpen onder andere wegens slechte planning en/of bureaucratische knelpunten. De gemiddelde vertraging besloeg twee jaar.
3. Stijging van lopende kosten leidde (bij openbare ziekenhuizen) tot verwaarlozing van gebouwen, korting op het budget voor basisgezondheidszorg, hogere betaling door patiënten (ook bij MFO's) en als gevolg daarvan soms tot minder dienstverlening aan de armen die als doelgroep genoemd waren.
4. Het resultaat met betrekking tot verhoging van het aantal bereikte patiënten was vaak teleurstellend.

### **III. Onderhoud**

#### *Positieve bevindingen*

1. Het initiatief voor onderhoudszaken lag meestal bij Ontwikkelingssamenwerking; de problematiek van onderhoud na bouw en leverantie bleek in algemene termen onderkend te zijn; er bestond een groeiende tendens om bij eerste leverantie al onderdelen bij te leveren en 'after-sales service' in de leveringscontracten op te nemen.
2. De rechtvaardiging van onderhoudsprojecten (voor zover opgezet) werd terecht gevonden in: het tegengaan van kapitaalsvernietiging, duurzaamheid van effect na afloop van Nederlandse steun en de interne logica van leveranties (wie A zegt moet B zeggen).

3. In de projecten waren ook opleidingscomponenten ingebouwd al of niet in daartoe ingerichte werkplaatsen en centrale magazijnen. De vooruitzichten waren in minstens twee projecten redelijk goed. In een project waren weliswaar geografisch beperkte, maar naar omstandigheden goede resultaten bereikt in negen ziekenhuizen van een gehele provincie.

#### *Negatieve bevindingen*

1. Vooral bij openbare ziekenhuizen (in beheer bij overheden) bestond een sterke voorkeur voor nieuwoop; attitudes, lage prioriteitsstelling – zich uitend in te lage onderhoudsbudgetten – en het lage niveau van technische kennis hadden een negatieve invloed op onderhoud. Waar al een dienst bestond, was die meestal te centralistisch en bureaucratisch van opzet. De resultaten van Nederlandse pogingen tot verbetering en versterking van dergelijke diensten bleken bij evaluatie nog beperkt te zijn.
2. Onderhoud van geïmporteerde techniek verhoogde de lopende kosten in sterke mate, juist in een sector die bij economische stagnatie toch al onder druk stond.
3. Ook training bleek vaak moeilijk te realiseren; waar ze redelijk slaagde bleek getraind personeel moeilijk 'vast te houden' voor medische instellingen wegens verloop van schaarse technici naar andere werkgevers.

## Hoofdstuk 10. Aanbevelingen

---

1. Omdat de positieve effecten van ziekenhuizen op de volksgezondheid als geheel beperkt zijn, dient Ontwikkelingssamenwerking zeer terughoudend te zijn met financiering van gebouwen en leverantie van apparatuur.

Die terughoudendheid geldt vooral voor grote ziekenhuizen met veel gecompliceerde en geavanceerde apparatuur.

Onder voorwaarden kan dergelijke steun worden overwogen, namelijk indien het kleine, eenvoudige ziekenhuizen betreft

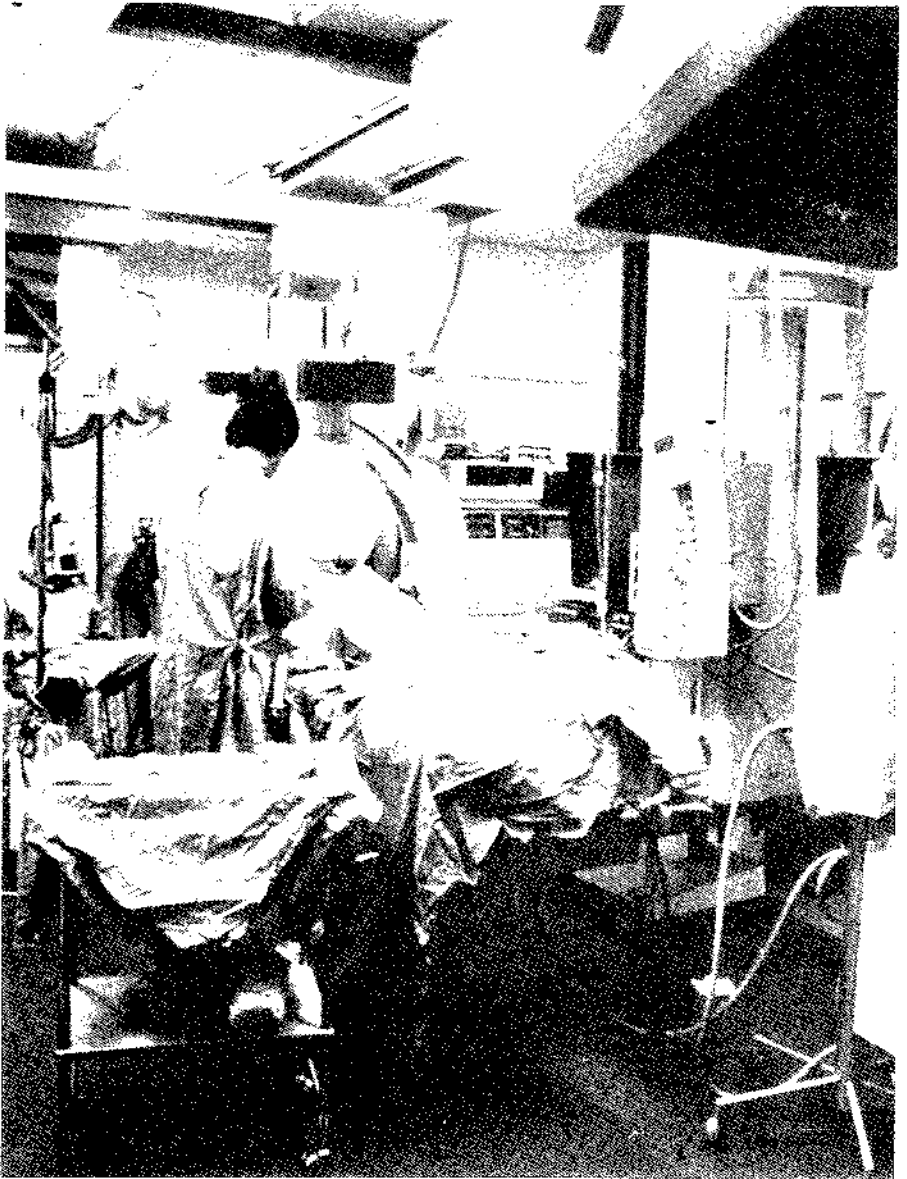
- die passen in een reeds functionerend dan wel zich gunstig ontwikkelend verwijssysteem van patiënten vanuit de eerste lijn;
  - die zonder hoge financiële drempels toegankelijk zijn voor iedereen;
  - waarbij de financiering van – waarschijnlijk oplopende – terugkerende kosten voor gebruik en onderhoud, uit lokale budgetten is gegarandeerd.
2. Kwaliteit en duurzaamheid van resultaat bij eventuele bouw en leverantie (in het beschreven kader) zijn gediend met:
    - inschakeling van onafhankelijke deskundigheid bij identificatie, beoordeling, opzet en uitvoering;
    - standaardisatie van apparatuur;
    - keuze van leveranciers die zelf of via lokale vertegenwoordigers goede ‘after-sales service’ kunnen bieden;
    - leveringscontracten waarin clausules zijn opgenomen met betrekking tot installatie en overdracht van apparatuur, training van lokaal bedienings- en onderhoudspersoneel, bijlevering van onderhoudshandboeken (in de juiste taal) en minstens een kernpakket van reserveonderdelen;
    - voortgaande inschakeling van het Rijks Inkoop Bureau (RIB).
  3. Gegeven de lage rentabiliteit van vroegere investeringen en het chronische gebrek aan deviezen in veel landen, blijft steun bij opzet of versterking van onderhoudsdiensten gewenst. Daarbij dient uitgangspunt te zijn dat de steun in principe het gehele ‘traject’ kan omvatten, namelijk analyse van het bestaande c.q. gewenste systeem, institutionele versterking alsmede organisatorische en technische training.

4. Rekening houdend met de beleidsontwikkeling in het betreffende land zou Ontwikkelingssamenwerking haar steun vooral moeten richten op diversificatie van de functies van ziekenhuizen: niet alleen behandeling en genezing, maar ook preventie; niet alleen supervisie maar ook stimulering van de eerstelijnsgezondheidszorg onder andere door opleiding van paramedisch personeel.
5. Om effectief te zijn zal de samenwerking ten aanzien van ziekenhuisgezondheidszorg soms van lange adem moeten zijn; in ieder geval zal ze meer moeten inhouden dan eenmalige transacties van apparatuur en/of financiering van een incidentele cursus.
6. De doelmatigheid van de samenwerking zal meestal stijgen wanneer bij aanvang weloverwogen, realistische, concrete doelen en taken worden gesteld aan de partners. Goede 'monitoring', periodieke evaluatie (eventueel leidend tot bijstelling van actie dienen onderdeel te vormen van de samenwerking.



## Deel IV. Bijlagen

---





**Bijlage I. Geïnspecteerde activiteiten ziekenhuisgezondheidszorg****IOV-rapport**

Nr.	Jaar	Jaar te committ.	Cat.	Land	Project	Nl. bijdrage
1	1978	1976	I	Egypte	Cairo Revalidatie en Scholingsproject	875.000
19	1979	1973	I	Kenya	Medische Programmahulp	6.810.738
20	1979	1976	I	Kenya	Hola Districtsziekenhuis	5.500.000
21	1979	1974	I	Kenya	Kapenguria	7.300.000
34	1979	1977	I	Noordjemen	Central Health Laboratory and Bloodbank	712.573
35	1979	1976	I	Noordjemen	Medische Programmahulp	1.003.890
52	1979	1967	V	Kameroen	Hôpital Protestant de Ndoungué (ICCO)	1.232.192
60	1979	1973	V	Indonesië	Mardi Santosa (ICCO)	1.249.519
62	1979	1974	V	Indonesië	Pematang Siantar (Cebemo)	595.024
66	1980	1975	I	Mozambique	Samenwerking Gezondheidszorg	5.500.000
			III	Mozambique	Samenwerking Gezondheidszorg	8.150.000
72	1980	1976	V	India	St. Stephens Hospital (ICCO)	1.821.408
78	1980	1975	III	Guinee Bissau	Revalidatiecentrum Bor	3.600.000
79	1979	1977	III	Jamaica	KAP-003 Mona Rehabilitation Centre	10.000
92	1980	1976	I	Soedan	Leverantie Medische Apparatuur	4.197.545
95	1980	1976	V	Pakistan	RHCP, Kunri (ICCO)	1.763.830
104	1980	1979	III	Pakistan	KAP-009 St. Joseph's Hospice Rawalpindi	14.490
137	1981	1976	I	Sri Lanka	Verbetering Medische Voorzieningen	14.530.003
159	1983	1979	V	Tanzania	Mbeya Mobile Hospital (ICCO/SNV)	650.000
163	1983	1969	V	Rwanda	Medische activiteiten EPR (ICCO) excl. PHC	1.464.332
172	1983	1977	V	India	Ellen Thoburn Hospital (ICCO)	66.308
180	1983	1977	I	Egypte	Tbc-bestrijding	3.500.000
181	1983	1977	I	Egypte	Agouza Immunization Centre	8.400.000
182	1983	1978	I	Egypte	Urologische Kliniek Mansoura	8.181.263
192	1983	1976	I	Egypte	Rehabilitatie Gehandicapten	11.050.000
208	1984	1974	I	Indonesië	Rehabilitatie Ziekenhuizen	72.479.000
<b>Totaal:</b>						<b>170.657.115</b>

**Bijlage 2. Nederlandse gezondheidszorgwerkers in de Derde Wereld**

<b>1975 t/m 1984</b>	<b>Aantal uitzendingen</b>
Suppletie-deskundigen	303
DGIS Suppletie-artsen*	177
Bilaterale deskundigen	201
OPIT-artsen	487
Assistent-deskundigen	32
SNV-ers	482
	<hr/>
	1682**

\* Tot 1978 bekend als 'SANO-artsen'

\*\* Hiervan 78 in Latijns Amerika, 1525 in Afrika en 79 in Azië.

**Bijlage 3. Gezondheidszorgactiviteiten in programmalanden, categorie Ia, periode 1975 t/m 1984**

Land	Aantal gez.z.act.	Activ. ziekenh.	Committeringen x f 1000 gez.	Totale allo- catie x f mln	% sector gezondheidsz.
Bangladesh	12	0	55.016	903,1	6,1
Burkina Faso	2	0	125	354,0	0,04
Colombia	12	4	35.081	189,0	18,6
Cuba	3	2	47.768	55,7	85,8
Egypte	18	9	43.347	263,0	16,5
India	4	3	3.116	1.849,0	0,2
Indonesië	26	9	135.835	1.784,0	7,6
Jamaica	1	0	5.575	92,0	6,1
Kenya	13	5	55.903	523,4	10,7
Nigeria	6	0	1.082*	-	-
Noordjemen	5	4	53.356	303,5	17,6
Pakistan	9	1	21.017	560,0	3,8
Peru	9	6	18.698	130,0	14,4
Sri Lanka	9	5	11.673	402,0	2,9
Soedan	7	3	30.812	401,0	7,7
Tanzania	5	2	10.364	894,2	1,2
Tunesië	5	3	4.465	58,0	7,7
Zambia	2	1	806	147,0	0,5
<b>Totaal</b>	<b>148</b>	<b>57</b>	<b>534.039**</b>	<b>8.908,9</b>	<b>6,0</b>

Committeringen naar continent	Gezondheids- zorg in f 1.000,-	%	Totaal allocaties in f miljoen	%	% Gezond- heidszorg
Afrika	146.904	27,5	2640,6	29,6	5,6
Azië	280.013	52,4	5801,6	65,1	4,8
Zuid-Amerika	107.122	20,1	466,7	5,2	23,0
<b>Totaal</b>	<b>534.039**</b>	<b>100</b>	<b>8908,9</b>	<b>100</b>	<b>6,0</b>

\* Herallocatie van vóór 1975.

\*\*Exclusief een bedrag van ruim f 34,6 miljoen gecommiteerd ten behoeve van co-financiering, ontwikkelingsrelevante exporttransacties en niet-landengebonden activiteiten, gefinancierd onder Categorie Ia.

**Bijlage 4. Categorie Ia, aandeel van subsectoren in de totale committeringen t.b.v. gezondheidszorg in de perioden:**

Sub- sectoren	1975			1976 t/m 1978			1979 t/m 1981			1982 t/m 1984			Totaal		
	aantal	f	%	aantal	f	%	aantal	f	%	aantal	f	%	aantal	f	%
1	9	6.239,40	5,10	10	16.948,2	9,5	14	10.910,0	6,6	11	37.162,7	35,4	44	71.260,30	12,500
2	21	71.066,35	58,50	50	133.046,9	74,7	42	95.448,3	58,1	23	35.005,1	33,4	136	334.566,65	58,800
3	9	6.501,30	5,40	19	13.288,1	7,5	15	30.012,0	18,3	5	7.340,0	7,0	48	57.141,40	10,000
4	5	23.132,80	19,00	4	3.142,0	1,8	2	400,0	0,2	1	80,0	0,1	12	26.754,80	4,700
5.1	6	12.447,70	10,20	2	1.350,0	0,8	5	14.500,0	8,8	2	11.500,0	11,0	15	39.797,70	7,000
5.2	4	1.660,40	1,40	6	880,0	0,5	-	-	-	-	-	-	10	2.540,40	0,400
5.3	4	132,50	0,10	7	477,5	0,3	5	778,8	0,5	-	-	-	16	1.388,80	0,200
5.4	2	284,10	0,20	6	3.210,6	1,8	4	4.960,0	3,0	7	12.800,1	12,2	19	21.254,80	3,700
5.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.6	2	17,35	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	17,35	0,003
6	-	-	-	6	5.690,0	3,2	7	7.250,0	4,4	1	1.000,0	1,0	14	13.940,00	2,500
<b>Totaal</b>	<b>62</b>	<b>121.481,90</b>	<b>100,00</b>	<b>110</b>	<b>178.033,3</b>	<b>100,00</b>	<b>94</b>	<b>164.259,1</b>	<b>100,00</b>	<b>50</b>	<b>104.887,9</b>	<b>100,00</b>	<b>316</b>	<b>568.662,20</b>	<b>100,000</b>

**Bedragen x f 1.000,- Subsectoren 1 t/m 6:**

- |                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Primary Health Care       | 5.2 Health Planning           |
| 2. Ziekenhuisgezondheidszorg | 5.3 Identificaties/Evaluaties |
| 3. Medische Opleidingen      | 5.4 Farmaceutische Industrie  |
| 4. Medische Research         | 5.5 Health Insurance          |
| 5. Overige Activiteiten:     | 5.6 Congressen/Workshops      |
| 5.1 Family Planning          | 6. Volksziektenbestrijding    |

**Bijlage 5. Sector gezondheidszorg, categorie Ia, naar committeringsvorm en subsector, periode 1975 t/m 1984**  
(bedragen x f 1.000)

Sub-sector	1975			1976 t/m 1978			1979 t/m 1981			1982 t/m 1984			Totaal			
	FH-L	FH-S	TH	FH-L	FH-S	TH	FH-L	FH-S	TH	FH-L	FH-S	TH	FH-L	FH-S	TH	
1	5.200	-	1.039,40	650	11.240	5.058,2	-	2.925	7.985,0	-/-	68	15.240	21.990,7	5.782	29.405	36.073,30
2	60.695	3.183	7.188,35	84.524	26.907	21.615,9	29.651	55.517	10.280,3	12.953	5.268	16.784,1	187.823	90.875	55.868,65	
3	-	-	6.501,30	1.950	3.810	7.528,1	10.800	15.457	3.755,0	-	5.370	1.970	12.750	24.637	19.754,40	
4	-	-	23.132,80	-	-	3.142,0	-	400,0	-	-	-	-	80	-	-	26.754,70
5.1	-	7.000	5.447,70	-	-	1.350,0	8.000	6.000	500,0	11.500	-	-	19.500	13.000	7.297,70	
5.2	-	-	1.660,40	-	-	880,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2.540,00	
5.3	-	-	132,50	-	-	477,5	-	-	778,8	-	-	-	-	-	1.388,80	
5.4	-	-	284,10	1.205	500	1.505,6	-	160	4.800,0	-	11.400	1.400,1	1.205	12.060	7.989,80	
5.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.6	-	-	17,35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,35
6	-	-	-	2.905	2.600	185,0	-	7.150	100,0	-	1.000	-	2.905	10.750	285,00	
<b>Totaal</b>	65.895	10.183	45.403,9	91.234	45.057	41.742,3	48.451	87.209	28.599,1	24.385	38.278	42.224,9	229.965	180.727	157.970,20	
<b>Totaal:</b>	<b>121.481,9</b>			<b>178.033,3</b>			<b>164.259,1</b>			<b>104.887,9</b>			<b>GROOT TOTAAL: 568.662,2</b>			

**SUBSECTOREN I t/m 6:**

1. Primary Health Care
2. Ziekenhuisgezondheidszorg
3. Medische Opleidingen
4. Medische Research
5. Overige Activiteiten:
  - 5.1 Family Planning
  - 5.2 Health Planning
  - 5.3 Identificaties/Evaluaties
  - 5.4 Farmaceutische Industrie
  - 5.5 Health Insurance
  - 5.6 Congressen/Workshops
6. Volksziektenbestrijding

**Bijlage 6. Categorie IIIa, sector gezondheidszorg, periode 1975 t/m 1984  
naar jaar, begrotingen en committering (bedragen x f 1.000,-)**

<b>Jaar</b>	<b>Begrotingen IIIa</b>	<b>Committeringen gezondheidszorg</b>	<b>% Gezondheidszorg</b>
1975	120.000	2.668	2,2
1976	220.000	13.800	6,3
1977	203.000	30.091	14,8
1978	211.600	8.759	4,1
1979	347.300	6.200	1,8
1980	375.300	15.936	4,2
1981	359.800	39.958	11,1
1982	321.000	12.756	4,0
1983	278.000	20.327	7,3
1984	252.500	13.879	5,5
	2.688.500	164.374	6,1

**Bijlage 7. Categorie IIIa, sector gezondheidszorg, aandeel subsectoren in totale committeringen in de periode 1975-1984 (bedragen x f 1.000)**

Subsectoren	1975		1976-1978		1979-1981		1982-1984		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	-	-	4.298,2	8,20	4.590,0	7,40	10.443,4	22,20	19.331,6	11,80
2	-	-	22.104,5	42,00	2.970,1	4,80	6.948,1	14,80	32.022,7	19,50
3	-	-	10.027,5	19,00	3.635,0	5,80	-	-	13.662,5	8,30
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.3	17,6	0,7	21,6	0,04	27,0	0,04	26,0	0,06	92,2	0,06
5.4	2.650,0	99,3	16.197,7	30,80	26.621,6	42,90	29.545,1	63,90	75.014,4	45,60
5.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	24.250,0	39,10	-	-	24.250,0	14,80
<b>Totaal</b>	<b>2.667,6</b>	<b>100,00</b>	<b>52.649,5</b>	<b>100,00</b>	<b>62.093,7</b>	<b>100,00</b>	<b>46.962,6</b>	<b>100,00</b>	<b>164.373,4</b>	<b>100,00</b>

Subsectoren: zie bijlagen 4 en 5.

**Bijlage 8. Categorie IIIc, sector gezondheidszorg, periode 1975 t/m 1984, sociaal-economische noodsituaties van groepen (excl. KAP-programma), naar jaar, begrotingen en committeringen (bedragen x f 1.000)**

<b>Jaar</b>	<b>Begrotingen IIIc</b>	<b>Committeringen gezondheidszorg</b>	<b>% Gezondheidszorg</b>
1975	26.900	11.320	42,1
1976	40.000	6.541	16,4
1977	45.534	13.222	29,0
1978	47.891	17.447	36,4
1979	56.287	16.387	29,1
1980	85.030	28.781	33,8
1981	81.720	27.952	34,2
1982	81.016	9.595	11,8
1983	84.398	20.528	24,3
1984	71.489	10.536	14,7
<b>Totaal</b>	<b>620.265</b>	<b>162.309</b>	<b>26,2</b>

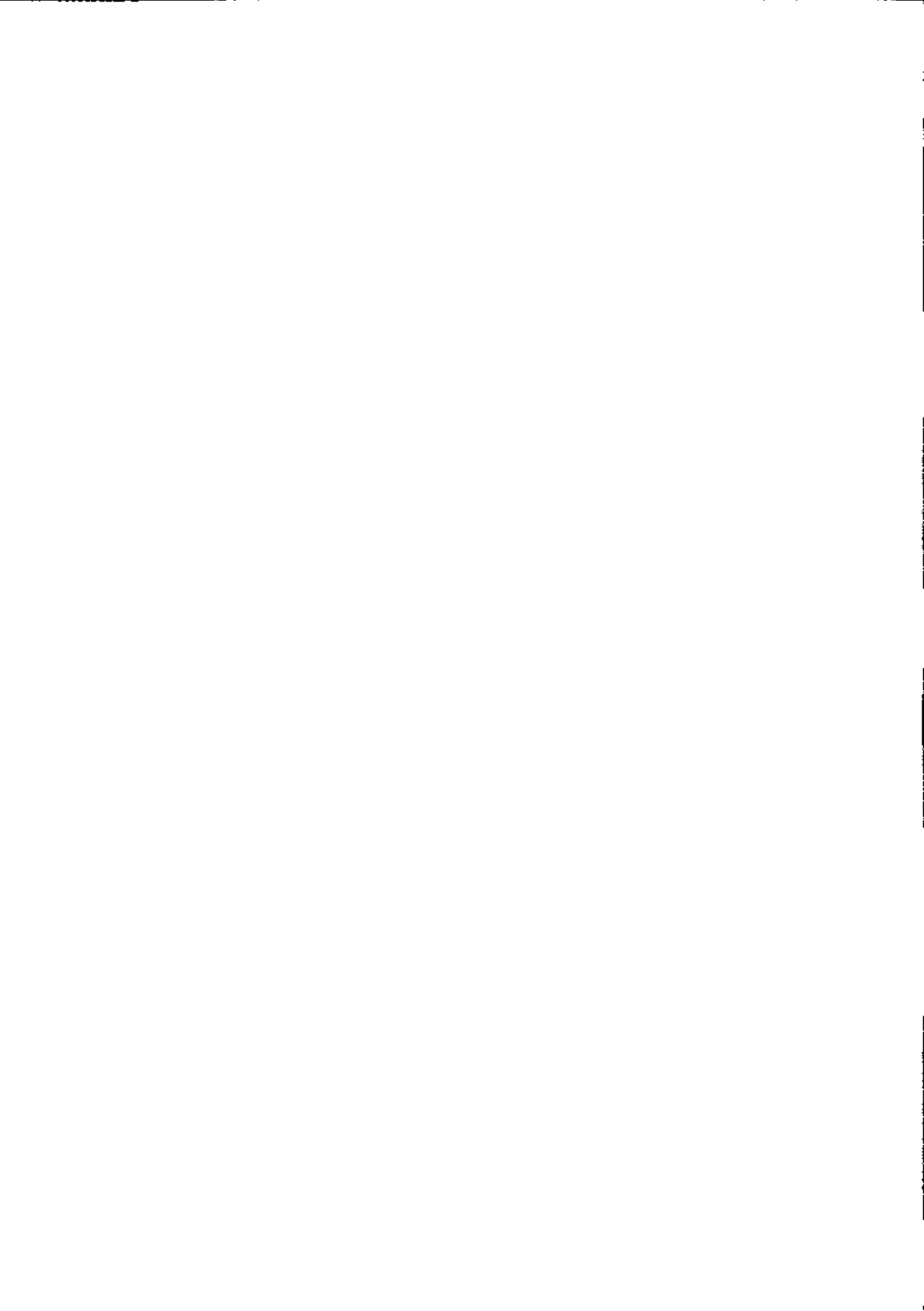


**Bijlage 9. Categorie IIIc, sector gezondheidszorg, aandeel subsectoren in totale comittingeringen in de periode 1975-1984 (bedragen x f 1000) exclusief KAP-programma**

Subsectoren	1975		1976-1978		1979-1981		1982-1984		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	5.060	44,7	15.829,10	42,5	34.158,90	46,7	17.252,80	42,4	72.300,8	44,5
2	5.255	46,4	10.188,20	27,4	9.081,85	12,4	2.896,43	7,1	27.421,5	16,9
3	-	-	1.584,30	4,3	1.759,80	2,4	2.432,10	6,0	5.776,2	3,6
4	405	3,6	-	-	-	-	-	-	405,0	0,2
5.1	-	-	-	-	1.100,00	1,5	5.250,00	12,9	635,0	3,9
5.2	-	-	-	-	1.540,10	2,1	-	-	1.540,1	0,9
5.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.4	600	5,3	6.787,62	18,2	6.334,30	8,7	416,00	1,0	14.137,9	8,7
5.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	2.820,10	7,6	19.145,00	26,2	12.411,30	30,5	34.376,4	21,2
<b>Totaal</b>	<b>11.320</b>	<b>100,0</b>	<b>37.209,32</b>	<b>100,0</b>	<b>73.119,95</b>	<b>100,0</b>	<b>40.658,63</b>	<b>100,0</b>	<b>162.307,9</b>	<b>100,0</b>

Subsectoren: zie bijlagen 4 en 5.







ISBN 90 5146 021 X

MINISTERIE VAN BUITENLANDSE ZAKEN, DIRECTORAAT GENERAAL INTERNATIONALE SAMENWERKING, INSPECTIE ONTWIKKELINGSSAMENWERKING TE VELD DE (LOV), BEZUIDENHOITSEWEG 67