



## Vandaag advies aan de “groten”, destijds in dienst van de allerarmsten.

Interview met Dhr. David Hercot, over het Congolese gezondheidssysteem. David Hercot, MD, is Wetenschapper Internationale Gezondheidspolitiek en voormalig coördinator van DvdW in Congo.

David Hercot coördineerde de DvdW projecten in het Congolese Kasai van januari 2003 tot juni 2004. Vandaag is hij specialist in Internationale Gezondheidspolitiek Departement Volksgezondheid van het Tropisch Geneeskunde Instituut te Antwerpen. 6 jaar later blikt hij terug op zijn missie van destijds: *“Wij hebben steun verleend aan de heropbouw van het gezondheidssysteem na de oorlog en een groot vaccinatiecampaagne in de Tshofa zone in oostelijk Kasai gerealiseerd. Daarnaast hebben wij muskietennetten gedistribueerd en gezondheidsvoorlichting gegeven”*.

### Hebt u een bijzondere herinnering aan deze periode?

DH: *“Jazeker, de bouw van de kraamkliniek naast het ziekenhuis in Tshofa (welke nog steeds zeer goed functioneert). Naast de kraamkliniek hebben wij een, wat wij noemden, “wachthuis” gebouwd. De bouw van het wachthuis was een antwoord op het probleem van de enorme afstanden tussen thuis en de kraamkliniek, af te leggen op de fiets of lopend. Voor hoogzwangere vrouwen is deze vorm van verplaatsing uiteraard niet aan te bevelen. In het wachthuis konden de vrouwen letterlijk wachten tot de weeën begonnen, de weg naar de kraamkliniek was dan slechts een deur verder. De teams in het veld stuurde vooral de vrouwen met een risicozwangenschap: zeer smalle bekken, bevallingen van het 4e kind en meer, vrouwen die al eerder een keizersnede hadden gehad...”*.

### Met welk gevoel heeft u Congo verlaten?

DH: *“Ik was heel blij met het voortgang van de projecten. De aanpak van DvdW heeft hiertoe veel bijgedragen: DvdW komt om het gezondheidssysteem te ondersteunen, om de gezondheidswerkers op te leiden, verschaft kwalitatieve medicamenten en betaalt premies aan het lokale personeel. De financiële middelen van DvdW werden (en worden) zeer zeker ter beschikking gesteld van het werk op het terrein zodat we ons werk op een zeer hoog kwalitatief niveau konden uitvoeren”*.

### **Is dat niet altijd het geval?**

*DH: "Nee. In de DRC worden slechts weinig zones door ONGs gesteund. De Congolese staat zelf garandeert niet dat de financiële middelen ook echt daar terecht komen waarvoor ze bedoeld zijn. Er wordt gesteld dat de financiële middelen van de top naar bottom zouden moeten vloeien, dus van het Ministerie naar de arts. Op het moment is het echter het omgekeerde. Een deel van het geld wat de patiënt betaalt financiert min of meer officieel de administratie van de Provincie en de Centrale overheid".*

### **Zou u ons twee uitdagingen voor het Congolese gezondheidssysteem kunnen noemen?**

*DH: "De eerste is zeer duidelijk: het daadwerkelijk in stand brengen van een gedecentraliseerd gezondheidssysteem. De verantwoordelijkheid voor de gezondheidspolitiek is op papier overgegeven van de Centrale Overheid aan de Provincies. De werkelijkheid is echter anders en er blijkt in de praktijk nog weinig zichtbaar van decentralisatie.*

*De 2e uitdaging is minder bekend en heeft ook minder voorstanders: het gaat hier om de integratie van de privégezondheidssector in het algemene systeem. In bepaalde regio's en in bepaalde sectoren, is het zorgsysteem volledig geprivatiseerd. Niet uit politieke overweging, maar omdat de staat volledig afwezig is en artsen en gezondheidswerkers zich onderling georganiseerd hebben. Het is hier waar de bevolking zijn zorg zoekt. Het is dus belangrijk dat er wordt samengewerkt met de privésector en dat deze wordt geïntegreerd in analyses over de toekomst van het gezondheidssysteem van Congo. De staat moet dit gaan inzien en toekomstig de privésector controleren zoals het ook de publieke sector controleert".*