

ARCHIVES HISTORIQUES DE LA COMMISSION

COLLECTION RELIEE DES
DOCUMENTS "COM"

COM (75)642

Vol. 1975/0240

Disclaimer

Conformément au règlement (CEE, Euratom) n° 354/83 du Conseil du 1er février 1983 concernant l'ouverture au public des archives historiques de la Communauté économique européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique (JO L 43 du 15.2.1983, p. 1), tel que modifié par le règlement (CE, Euratom) n° 1700/2003 du 22 septembre 2003 (JO L 243 du 27.9.2003, p. 1), ce dossier est ouvert au public. Le cas échéant, les documents classifiés présents dans ce dossier ont été déclassifiés conformément à l'article 5 dudit règlement.

In accordance with Council Regulation (EEC, Euratom) No 354/83 of 1 February 1983 concerning the opening to the public of the historical archives of the European Economic Community and the European Atomic Energy Community (OJ L 43, 15.2.1983, p. 1), as amended by Regulation (EC, Euratom) No 1700/2003 of 22 September 2003 (OJ L 243, 27.9.2003, p. 1), this file is open to the public. Where necessary, classified documents in this file have been declassified in conformity with Article 5 of the aforementioned regulation.

In Übereinstimmung mit der Verordnung (EWG, Euratom) Nr. 354/83 des Rates vom 1. Februar 1983 über die Freigabe der historischen Archive der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und der Europäischen Atomgemeinschaft (ABl. L 43 vom 15.2.1983, S. 1), geändert durch die Verordnung (EG, Euratom) Nr. 1700/2003 vom 22. September 2003 (ABl. L 243 vom 27.9.2003, S. 1), ist diese Datei der Öffentlichkeit zugänglich. Soweit erforderlich, wurden die Verschlussachen in dieser Datei in Übereinstimmung mit Artikel 5 der genannten Verordnung freigegeben.

KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

KOM(75) 642 endelig udg.

Bruxelles, den 18. december 1975

BERETNING FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET FOR
DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER VEDRØRENDE
BEGUNSTIGEDE ASSOCIEREDE STATERS, LANDES
OG TERRITORIERS GENNEMFØRELSE OG UDNYT-
TELSE AF BISTANDEN

1974

INDHOLDSFORTEGNELSE

	<u>Side</u>
A. <u>INDLEDNING</u>	1
B. <u>UDNYTTTELSEN AF PROJEKTERNE</u>	5
I. <u>Aktiviteterne</u>	5
1. Hospitalsbelægningen	5
2. De andre aktiviteter	6
3. Resumé	6
II. <u>Vedligeholdelse af bygninger og udstyr</u>	8
1. Bygningerne	8
2. Udstyret	8
3. Programmerne for uddannelse af vedligeholdelsespersonale	9
III. <u>Personalet i de sanitære enheder</u>	11
1. Antallet af ansatte	11
2. Faglig bistand fra udlandet	12
3. Personalet inden for forebyggende medicin	13
IV. <u>De sanitære enheders budgetter</u>	14
1. Metodologiske bemærkninger	14
2. Driftsbudgetterne	15
3. Budgetkilderne	17
4. Den faktiske ligevægt i driftsbudgetterne	18
5. Driftsniveauet	19
6. Budgetternes struktur	19
7. Indtagterne	20
V. <u>Lægemidlerne</u>	22

	<u>Side</u>
C. <u>SAMMENHÆNGEN I DEN ALMINDELIGE UDFORMNING AF PROJEKTERNE</u>	24
I. <u>Projekternes placering i udviklingen af den sundhedsmæssige infrastruktur</u>	24
1. Enkeltprojekterne	24
2. De globale interventioner	27
3. De supplerende betingelser	30
4. Resumé	32
II. <u>Personalet på nationalt plan</u>	33
1. Lægerne	33
2. Det para-medicinske personale og administrationspersonalet	34
3. Problemet vedrørende mangelen på lægepersonale	34
4. Nogle betragtninger vedrørende de mulige foranstaltninger	36
5. Resumé	38
III. <u>Sundhedsbudgetterne på nationalt plan</u>	39
1. Metodologiske bemærkninger	39
2. Beskrivelse af den budgetmæssige situation	39
3. Udenlandsk bistand til driften	43
4. Den lære, der kan drages af de indhøstede erfaringer	44
IV. <u>Den tekniske udformning</u>	48
1. Tilpasningskriterierne	48
2. Nogle betragtninger vedrørende kravene til den tekniske udformning	51
D. <u>PROJEKTER VEDRØRENDE STØTTE TIL DRIFTEN</u>	54
I. <u>Faglig bistand</u>	
II. <u>Midlertidig overtagelse af driften</u>	55
E. <u>RESUME OG ALMINDELIGE KONKLUSIONER</u>	57

x

x x

BILAGSideBILAG I- PROJEKTERNE

Formål, udformning og almindelige
resultater

I/1

1. Gennemførte projekter på Madagascar

I/1

2. De sanitære enheder i Dahomey

I/5

3. Mauretanien: centralhospitalet i Nouakchott

I/7

4. Somalia: det almindelige hospital i
Mogadiscio

I/11

5. De sanitære enheder i Øvre Volta

I/14

6. De sanitære enheder i Niger

I/17

7. De sanitære enheder i Cameroun

I/20

BILAG II

FORTEGNELSE OVER PROJEKTER, HVIS UDNYTTTELSE
FOR NYLIG ER BLEVET UNDERSØGT

II/23

A. INDLEDNING

Formålet med denne rapport, der er udarbejdet i overensstemmelse med artikel 21 i den Interne Aftale af 1969 vedrørende finansiering og forvaltning af Fællesskabets bistand, er at oplyse Rådet for Fællesskaberne om de forhold, hvorunder de af Den europæiske Udviklingsfond finansierede projekter anvendes¹⁾.

Kommissionen fortsatte i 1974 arbejdet med at evaluere den af Fællesskabet finansierede bistand. Det nyttige i dette stadige arbejde, der er blevet gjort siden 1966 og udført i samarbejde med modtagerlandenes myndigheder, bekræftes fra år til år; det gør det muligt dels at afhjælpe visse mangler i projekterne og dels at skaffe oplysninger, der kan give retningslinjer for den nye bistand og integrere denne på en mere effektiv måde i de af de forskellige modtagerlande anvendte udviklingsstrategier.

Mens Kommissionen i 1973 foretog en undersøgelse af en første projektgruppe vedrørende landbrugsudvikling²⁾, koncentrerede den sig i 1974 om en undersøgelse af forholdene omkring anvendelsen af en række projekter på sundhedsområdet. Med fællesskabsbistanden tilstræbes det nemlig i meget høj grad at udvikle den sociale sektor, og dette er i den anden Yaoundé-konvention nævnt blandt de prioriterede områder.

Desuden har Kommissionens tjenestegrene allerede tidligere kunnet konstatere en række problemer, der ofte i betydelig grad påvirker udnyttelsen af sundhedsprojekterne og således begrænser deres effektivitet. Visse sundhedsprojekter har allerede før været omtalt i Kommissionens tidligere beretninger

-
- 1) Beskrivelsen af forholdene omkring udnyttelsen af bistanden indgår i Kommissionens beretning til Associeringsrådet om forvaltningen af det økonomiske samarbejde i løbet af regnskabsåret 1974; denne beretning er udarbejdet i overensstemmelse med bestemmelserne i artikel 29 i den anden Yaoundékonvention (dokument VIII/409(75)F). Desuden har flere projekter, hvis gennemførelse rejste særlige problemer, i løbet af året været genstand for meddelelser fra Kommissionens tjenestegrene til EUF-udvalget.
 - 2) Beretning fra Kommissionen til Rådet vedrørende de begunstigede associerede staters, landes og territoriers gennemførelse og udnyttelse af bistanden (Dokument COM(75)13 endel. af 22.1.1975).

til Rådet om forholdene omkring anvendelsen af bistanden¹⁾. Det har nu været muligt at uddybe de ufuldstændige og kortfattede konklusioner af disse undersøgelser nærmere og gøre dem mere nuancerede.

Det har vist sig, at de vanskeligheder, man stødte på, sjældent kunne føres tilbage til kun én tilfældig faktor, som let kunne rettes gennem en teknisk beslutning. Det syntes derimod snarere, som om de oftest hidrørte fra komplicerede fænomener, og at de faktisk var et udtryk for institutionelle mangler på nationalt plan. Disse kendsgerninger har vist det hensigtsmæssige i, efter fuldførelsen af et tilstrækkeligt antal sundhedsprojekter, at foretage en systematisk evaluering af resultaterne.

Der er således blevet foretaget en undersøgelse dels af de afsluttede sundhedsprojekter, der kan betragtes som repræsentative for de forskellige interventionsformer, og dels af de lande, som har modtaget en særlig betydelig bistand fra EUF på sundhedsområdet.

Der gennemgås i denne beretning 24 afsluttede aktioner på sundhedsområdet²⁾, hvoraf de 16 er projekter vedrørende den sundhedsmæssige infrastruktur (hospitalsbygninger, sanitære enheder, ambulatorier, andre sanitære institutioner osv.) og de 8 er foranstaltninger vedrørende tidsbegrænset bistand til driften (faglig bistand, varetagelse af driften)³⁾. De undersøgte interventioner vedrører følgende lande: Cameroun, Dahomey, Øvre Volta, Madagaskar, Mauretanien, Niger, Somalia. Samtlige disse projekter (30 millioner RE) repræsenterer 30% af de samlede forpligtelser, som er indgået vedrørende de tre fondes midler med henblik på sundhedsprojekter (101 million RE):

Finansieringsbeslutninger og udgifter (i millioner RE)

Situationen 31.12.1974

	<u>EUF 1</u>	<u>EUF 2</u>	<u>EUF 3</u>	<u>I alt</u>
Beslutninger (forpligtelser) <u>i alt</u>	581	713 ⁵⁾	817	2 111
<u>hvoraf: sundhedsvæsen</u> ⁴⁾ (forpligtelser)	50	28 ⁵⁾	23	101
i denne beretning undersøgte sundhedsprojekter (udgifter)	16	12	2	30

1) Beretningernes referencer 1969: 2767/VIII/FED/70-F; 1970: VIII/398(71)F-FED/1; 1971: VIII/258(72)F - FED/C-3; 1972: VIII/702(73)F - C/5.

2) Se fortegnelse over projekterne Bilag II/23-24.

3) Disse fortløbende projekter var knyttet til ét og samme hospitalsbygningsprojekt i Somalia (det almindelige hospital i Mogadiscio).

4) Heri medregnet sundhedskampagner og teknisk samarbejde.

5) Stillingen i slutningen af 1971.

Målene, udformningen og de vigtigste resultater vedrørende de undersøgte projekter er kort omtalt i Bilag I¹⁾. I selve beretningen fremstilles i syntetisk form de særlige, vigtige forhold, hvorunder de af EUF finansierte projekter udnyttedes (kapitel B). Dernæst undersøges sammenhængen i den almindelige udformning af projekterne på nationalt plan: projekternes plads i udviklingen af den sundhedsmæssige infrastruktur, det personale og de budgetter, der er til rådighed for sundhedsvæsenet på nationalt plan (kapitel C). Et særskilt kapitel omhandler projekterne vedrørende bistand til driften (kapitel D). De konklusioner, der kan drages af analysen af de undersøgte investeringer, er anført i slutningen af de enkelte afsnit; endelig indeholder et sidste kapitel (kapitel E) et resumé og de almindelige konklusioner, der fremgår af samtlige betragtninger.

Indholdet af denne beretning er hovedsagelig baseret på

- evalueringsmissioner udført i 1974 i Somalia, Øvre Volta og Niger, samt i Tchad i 1970;
- evalueringsberetninger udarbejdet af EUF's delegerede tilsynsførende i overensstemmelse med de pågældende landes regering: Cameroun, Dahomey, Madagascar, Mauretanien.

Med hensyn til de indhentede oplysninger er det nødvendigt at tage visse forbehold af metodologisk art:

- De statistikker, som rapporten nødvendigvis er baseret på, er ofte mangelfulde og undertiden endog modstridende;
- De fremdragne tal foreligger ikke altid for de samme år; derfor vedrører sammenligningerne (f.eks. hvad angår budgetterne) undertiden forskellige år;
- Det er ikke altid muligt nøjagtigt at fastlægge, hvad tallene indeholder. (2)

1) side I/1 til I/22

2) For at lette sammenligningen af de forskellige Valutaenheder er disse omregnet til F.CFA til den gældende årskurs

Følgelig skal de frendragne tal betragtes som retningsgivende og har ofte kun en sammenlignende værdi.

Kort sagt frengår det af de detaljerede analyser, at størstedelen af EUF's investeringer på sundhedsområdet synes fuldt ud berettigede. De har alle med forskellig intensitet bidraget til udviklingen af den sundhedsmæssige infrastruktur, enten i form af projekter med hovedsagelige lokale virkninger (Dahomey, Madagascar) eller i form af helhedsprojekter, der harmonisk er integreret i udviklingsplaner på sundhedsområdet (Øvre Volta, Niger). Fra et teknisk, funktionelt og operationelt synspunkt kan udarbejdelsen af projekterne i de fleste tilfælde betragtes som værende i overensstemmelse med landets strukturelle behov. Projekternes virkninger ser altså i høj grad ud til at være positive; men i det hele taget udnyttes de store hospitaler mere end de sanitære enheder på mellemste og nederste niveau af sundhedsvæsenets struktur.

Effektiviteten af visse sanitære enheder, der er finansieret gennem EUF, blev bremset på grund af utilstrækkelige driftsmidler. Problemerne med utilstrækkeligt personale er imidlertid blevet mindre med årene. Med hensyn til vedligeholdelse af udstyr er de af Fællesskabet oprettede og finansierede programmer vedrørende uddannelse af specialuddannet personale et praktisk og effektivt bidrag til løsningen af disse problemer. Derimod er landenes mangel på egne økonomiske midler, der er nødvendige, for at de sanitære enheder kan virke tilfredsstillende, stadig det afgørende problem. Endelig viser analyserne, at der er fare for, at nytten og udnyttelsen af investeringerne på sundhedsområdet skades, hvis ikke visse betingelser opfyldes inden for organiseringen af sundhedssystemet og de dertil knyttede områder: regler for overførsel af patienter, uddannelse, vandbygning osv.

Målene, udformningen og de vigtigste resultater vedrørende de undersøgte projekter er kort omtalt i Bilag I¹⁾. I selve beretningen fremstilles i syntetisk form de særlige, vigtige forhold, hvorunder de af EUF finansierte projekter udnyttes (kapitel B). Dernæst undersøges sammenhængen i den almindelige udformning af projekterne på nationalt plan: projekternes plads i udviklingen af den sundhedsmæssige infrastruktur, det personale og de budgetter, der er til rådighed for sundhedsvæsenet på nationalt plan (kapitel C). Et særskilt kapitel omhandler projekterne vedrørende bistand til driften (kapitel D). De konklusioner, der kan drages af analysen af de undersøgte investeringer, er anført i slutningen af de enkelte afsnit; endelig indeholder et sidste kapitel (kapitel E) et resumé og de almindelige konklusioner, der fremgår af samtlige betragtninger.

Indholdet af denne beretning er hovedsagelig baseret på

- evalueringsmissioner udført i 1974 i Somalia, Øvre Volta og Niger, samt i Tchad i 1970;
- evalueringsberetninger udarbejdet af EUF's delegerede tilsynsførende i overensstemmelse med de pågældende landes regering: Cameroun, Dahomey, Madagascar, Mauretanien.

Med hensyn til de indhentede oplysninger er det nødvendigt at tage visse forbehold af metodologisk art:

- De statistikker, som rapporten nødvendigvis er baseret på, er ofte mangelfulde og undertiden endog modstridende;
- De fremdragne tal foreligger ikke altid for de samme år; derfor vedrører sammenligningerne (f.eks. hvad angår budgetterne) undertiden forskellige år;
- Det er ikke altid muligt nøjagtigt at fastlægge, hvad tallene indeholder. (2)

1) side I/1 til I/22

2) For at lette sammenligningen af de forskellige Valutaenheder er disse omregnet til F.CFA til den gældende årskurs

Følgelig skal de fremdragne tal betragtes som retningsgivende og har ofte kun en sammenlignende værdi.

Kort sagt fremgår det af de detaljerede analyser, at størstedelen af EUF's investeringer på sundhedsområdet synes fuldt ud berettigede. De har alle med forskellig intensitet bidraget til udviklingen af den sundhedsmæssige infrastruktur, enten i form af projekter med hovedsagelige lokale virkninger (Dahomey, Madagascar) eller i form af helhedsprojekter, der harmonisk er integreret i udviklingsplaner på sundhedsområdet (Øvre Volta, Niger). Fra et teknisk, funktionelt og operationelt synspunkt kan udarbejdelsen af projekterne i de fleste tilfælde betragtes som værende i overensstemmelse med landets strukturelle behov. Projekternes virkninger ser altså i høj grad ud til at være positive; men i det hele taget udnyttes de store hospitaler mere end de sanitære enheder på mellemste og nederste niveau af sundhedsvæsenets struktur.

Effektiviteten af visse sanitære enheder, der er finansieret gennem EUF, blev bremset på grund af utilstrækkelige driftsmidler. Problemerne med utilstrækkeligt personale er inidtlertid blevet mindre med årene. Med hensyn til vedligeholdelse af udstyr er de af Fællesskabet oprettede og finansierede programmer vedrørende uddannelse af specialuddannet personale et praktisk og effektivt bidrag til løsningen af disse problemer. Derimod er landenes mangel på egne økonomiske midler, der er nødvendige, for at de sanitære enheder kan virke tilfredsstillende, stadig det afgørende problem. Endelig viser analyserne, at der er fare for, at nytten og udnyttelsen af investeringerne på sundhedsområdet skades, hvis ikke visse betingelser opfyldes inden for organiseringen af sundhedssystemet og de dertil knyttede områder: regler for overførsel af patienter, uddannelse, vandbygning osv.

B. UDNYTTTELSEN AF PROJEKTERNE

I. Aktiviteterne

Af undersøgelsen over udnyttelsen af de af EUF finansierede projekter fremkommer der nogle generelle resultater navnlig vedrørende hospitalernes belægning og de sanitære enheders aktiviteter.

1) Hospitalsbelægningen

I det hele taget er belægningsgraden på de store, almindelige hospitaler, der er udstyret med alle midler til diagnose og medicinsk behandling, højere end på de mellemstore hospitaler og i sundhedscentrene. Blandt de almindelige hospitaler bemærker man følgende belægningsgrader:

ca. 90% i Majunga (Madagascar), Mogadiscio (Somalia),
Niamey (Niger)

ca. 100% i Nouakchott (Mauretanien), Zinder (Niger)¹⁾

Derimod udgør den gennemsnitlige belægning på de "sekundære" hospitaler i sundhedscentrene, der er anbragt på de mellemste og nederstre trin af sundhedspyramiden, almindeligvis mellem 40 og 70%, dog med store forskelle fra én institution til en anden inden for et og samme land. I Øvre Volta f.eks. er sundhedscentrene i Ziniaré og Kongoussi betydeligt underbelagt (30%), mens sundhedscentret i Yako udnyttes fuldt ud (100%).

Den lavere belægning i mellemkategorien hænger almindeligvis sammen med en kort, gennemsnitlig indlæggelsesperiode (ca. 10 dage), der ikke i noget tilfælde overstiger 15 dage, mens patienterne i de almindelige hospitaler gennemsnitligt er indlagt i mellem 20 og 25 dage.

1) Til sammenligning: 80% i Ouagadougou og 100% i Bobo-Dioulasso (Øvre Volta); disse hospitaler finansieres ikke af EUF.

Imidlertid kan en overvældende tilstrømning af patienter tvinge et hospital til pludseligt at forkorte den gennemsnitlige indlæggelsestid som f.eks. i Nouakchott (Mauretanien) og i Ouagadougou (Øvre Volta), hvor den ikke overstiger 10-12 dage.

2. De andre aktiviteter

Med hensyn til de andre aktiviteter (konsultationer, kirurgiske indgreb, fødsler osv.) er det ikke muligt med de foreliggende tal at udlede nogen almindelige tendenser. Antallet af konsultationer synes hovedsagelig at afhænge af institutionens ry og attraktion og dermed lægepersonalets og det para-medicinske personales kvalifikationer og omdømme. Eksemplerne fra Øvre Volta og Niger, at aktiviteterne i de sanitære enheder i mellemkategorien gennemgående er mere omfattende, hvis disse ledes af en læge og ikke af en sygeplejerske.

3. Resumé

I korthed henleder analysen af de inden for institutionernes aktiviteter konstaterede forskelle opmærksomheden på en skønt indlysende, så dog fundamental kendsgerning udnyttelsen af en sanitær enhed afhænger hovedsagelig af

- bygningens stand og vedligeholdelse, de faste installationer og det medicinske udstyr
- størrelsen af lægepersonalet, det para-medicinske personale og hjælpepersonalet og deres kvalifikationer, initiativ og arbejdsindsats,
- de økonomiske driftsmidler, som enheden kan råde over,
- de yderligere materielle midler, som enheden kan opnå: medicin, let medicinsk materiel osv.,

- den funktion, som en enhed har fået tildelt i sundhedspyramiden,
- opfyldelsen af visse yderligere betingelser, der er nødvendige for at den kan fungere godt (regler for overførsel af patienter, vejforhold, transportmidler osv.),
- beliggenheden i forhold til befolkningstætheden og fordelingen på den ene side, og til de andre institutioner i sundhedspyramiden eller i den private sektor på den anden side,
- dens sanitære kapacitet i forhold til den pågældende befolknings tæthed og fordeling (hvor den regionale fordeling har større indflydelse end det samlede befolkningstal),
- kontinuiteten og regelmæssigheden i den sundhedsmæssige service (f.eks. gør den ofte praktiserede udskiftning af udenlandsk personale det kun muligt at skabe et svagt tillidsforhold mellem læger og patienter),
- de samtidige, supplerende aktiviteter inden for forebyggende medicin og aktioner vedrørende sundhedsmæssig oplysning, hygiejne, sundhedsmæssig beskyttelse af mødre og børn osv., samt disse aktiviteters intensitet og kontinuitet,
- de lokale myndigheders interesse eller manglende interesse,
- på kort sigt, den tidsmæssige fordeling af befolkningens økonomiske aktiviteter (høst, muligheder for tidsbegrænset arbejde på markerne som lønarbejder, torvedage osv. vaccination af kvæget osv. ...).

II. Vedligeholdelse af bygninger og udstyr

Vedligeholdelsen af bygninger og udstyr er et af de svageste punkter i udnyttelsen af samtlige investeringer.

1) Bygningerne

I det store og hele kan man konstatere, at bygningerne vedligeholdes nogenlunde regelmæssigt og tilfredsstillende, når det drejer sig om de store hospitaler og de sanitære enheder, hvis drift varetages ved udenlandsk bistand. Derimod er vedligeholdelsen af de sanitære enheder i mellem- og undergruppen ofte utilstrækkelig eller sker slet ikke.

Stort set er vedligeholdelsen af de indvendige indretninger (belægning, maling, dørkarme osv. ...) mere mangelfuld end vedligeholdelsen af selve bygningerne.

Selv om regeringerne er blevet klar over nødvendigheden af at vedligeholde bygningerne, er de disponible bevillinger ofte utilstrækkelige eller anvendes til at opføre andre bygninger, der betragtes som værende vigtigere eller mere nødvendige. I størstedelen af NATO-staterne er det nemlig Ministeriet for offentlige arbejders kontorer, der bestemmer prioriteringen af de vedligeholdelsesarbejder, som skal foretages inden for samtlige sektorer, uden altid at lægge objektive kriterier til grund.

2) Udstyret

I det hele taget er vedligeholdelsen af udstyret des mere mangelfuld, jo mere komplicerede anlæggene er (køleanlæg, elektriske anlæg, varme-anlæg, elevatorer, raffineret medicinsk udstyr osv.). Den ofte hurtige forringelse af udstyret forklares bl.a. med

- at vedligeholdelsespersonalet er utilstrækkeligt både kvantitativt og kvalitativt,
- at brugerne (lægepersonalet, det para-medicinske personale og det administrative personale) af udstyret er ligegyldige og ofte dårligt forberedte til at kunne anvende europæisk udstyr (manglende oplysning og forståelse, manglende motivation og initiativ),

- at vedligeholdelsesbudgetterne er beskedne
- at der ikke er administrative, tekniske og ledelsesmæssige strukturer på nationalt plan, navnlig at der ikke findes almindelige aktivitetsplaner, eller arbejds- og kontrolsedler i hospitalerne.

Problemet er dog alvorligere med hensyn til de sanitære enheder i landområderne, medens de forskellige foranstaltninger, der er truffet på nationalt plan, samt de udenlandske støtteaktioner (EUF, WHO, bilaterale bistandsorganisationer osv. ...) har bidraget til i betydelig grad at forbedre vedligeholdelsesforholdene i de store hospitaler.

For at undgå længere tekniske afbrydelser burde valget af hospitalernes udstyr altså i højere grad afhænge af service efter salg. Leverandørerne af udstyr kunne evt. i strengere grad end tidligere blive tvunget til at garantere service efter salg for deres materiel. De kunne bl.a. gennem betingelserne i de offentlige indkøbsaftaler være forpligtet til

- at give brugerne en praktisk demonstration af visse apparaters funktion,
- at angive de foranstaltninger, der er truffet med hensyn til igangsætningen af service efter salg,
- at levere en meget enkelt instruktionsbog eller instruktionsblade, der er lette at følge både for brugerpersonalet og for vedligeholdelsespersonalet.
- endelig at levere et katalog med henblik på køb af eventuelle reservedele.

3. Programmerne for uddannelse af vedligeholdelsepersonale

Kommissionen er klar over, at løsningen af vedligeholdelsesproblemerne er en væsentlig betingelse for, at et hospital kan virke tilfredsstillende og udnyttes fuldt ud, og har derfor på eget initiativ og ved samtidig at lægge konklusionerne af undersøgelsen af forholdene omkring udnyttelsen af visse hospitalsprojekter til grund startet adskillige programmer til uddannelse af vedligeholdelsespersonale¹⁾. Disse programmer omfatter:

-
- 1) Cameroun: uddannelse af personale, der kan udføre flere former for vedligeholdelsesarbejde og af tekniske reparatorer til mobile hjælpe-, kontrol- og vedligeholdelseshold (jf. Bilag I/21 og beretning 1971 om forholdene omkring udnyttelsen af bistanden);
- Mauretanien: organisering af en vedligeholdelsesafdeling og uddannelse af bruger-, vedligeholdelses- og lederpersonalet (jf. Bilag I/9);
- Tchad: under udførelse;
- Somalia: under behandling.

- videreuddannelse af det vedligeholdelsespersonale, der er i tjeneste i de sanitære enheder, og som skal sikre den løbende vedligeholdelse,
- uddannelse af fagmand, der er i stand til at spore årsagerne til tekniske uheld og udføre mere komplicerede reparationer,
- tilvejebringelse inden for Sundhedsministeriet af passende strukturer til organisering af vedligeholdelsen,
- oprettelse af mobile hold på nationalt plan,
- oplæring af lægepersonalet og det para-medicinske personale i rationel udnyttelse af udstyret,
- udvikling af det administrative personales bevidsthed over for problemerne vedrørende vedligeholdelse samt organisering og forvaltning af et lille reservedelslager.

III. Personalet i de sanitære enheder

Af de tal, der foreligger om størrelsen af det personale, som er ansat ved de forskellige sanitære enheder, fremgår der kun nogle få, meget generelle tendenser. Fordelingen af lægepersonalet og det para-medicinske personale på nationalt plan sker nemlig gennem Sundhedsministeriet og dets underordnede, kompetente myndighed. Dernæst påhviler det inden for hver administrativ underafdeling den ansvarlige overlage at fordøle personalet på de forskellige afdelinger (hospital, sundhedscentre, ambulatorier, mobile hold, afdelinger for forebyggende medicin osv.). Derfor kan antallet af ansatte ved de forskellige enheder på samtlige niveauer være meget uensartet.

1) Antallet af ansatte i de sanitære enheder

Det fremgår af undersøgelsen vedrørende udnyttelsen af de forskellige sanitære enheder, at forholdet mellem på den ene side det samlede personale og lagerne og på den anden side kapaciteten er meget gunstigt ved de almindelige hospitaler i Mogadiscio (420, hvoraf 31 lager, til 600 senge) og Nouakchott (200, hvoraf 10 lager, til 230 senge). Forholdet er betydelig mindre gunstigt for alle de andre undersøgte enheders vedkommende; i de fleste tilfælde fremgår der dog ikke af de forskelle, som er konstateret fra en enhed til en anden, nogen egentlig sammenhæng med hver enheds aktivitetsniveau.

Stort set har næsten alle de sanitære enheder et personale af en størrelse, der svarer til en vis faktisk balance, som følger af de lokale udnyttelsesforhold og landets muligheder. Dette betyder dog ikke, at størrelsen af dette personale er "normal" eller tilstrækkelig". Man kan nemlig stille følgende spørgsmål: på grundlag af hvilket kriterium skal den nødvendige personalestørrelse fastsættes? Skal det afhænge af de tekniske krav, som det eksisterende anlæg og udstyr stiller? Skal det ske ifølge kriteriet om et forudfastsat forhold mellem det kompetente personale og den pågældende befolkning, dvs. ifølge kriteriet om de teoretiske sundhedsbehov? Hvis man

foretager en vurdering af en enkelt enhed, er der risiko for, at man vil finde det dér ansatte personale utilstrækkeligt enten i forhold til de europæiske normer eller andre teoretiske normer, der er forudfastsat ifølge en bestemt opfattelse, eller i forhold til subjektive vurderinger hos de ansvarlige, der adspørges på stedet, hvorimod det ansatte personale objektivt kan være tilstrækkeligt og tilpasset landets særlige forhold. Man kan altså stille følgende spørgsmål: er personalet utilstrækkeligt i de fleste enheder eller, sammenlignelsesvis, er det for stort i de få ovenfor nævnte store hospitaler? I hvilket omfang afspejler det ansatte personale en generel uoverensstemmelse mellem den oprindelige planlægning og landets muligheder? Når man f.eks. i Somalia ved hospitalet i Mogadiscio har ansat et personale, der er større end den konstaterede afrikanske norm, synes dette snarere at være følgen af et politisk valg end af en nødvendighed; men dette valg har direkte forårsaget en uligevægt på nationalt plan til fordel for det almindelige hospital og til skade for alle de andre enheder. Endelig skal det tilføjes, at personalestørrelsen ikke er særlig betegnende, når man ikke kender personalets kvalifikationer, som det inidlertid er umuligt at vurdere uden at foretage mere dybtgående undersøgelser.

2) Faglig bistand fra udlandet

De fleste af de gennem EUF finansierede hospitaler har udenlandske læger; udskiftningen med indfødt lægepersonale er kun meget fremskreden på det almindelige hospital i Mogadiscio (25 indfødte læger ud af 31) og ved hospitalerne på Madagscar (på nationalt plan er der 617 indfødte læger ud af 667).

I de andre lande kunne de aktiviteter, der finder sted for øjeblikket, på ingen måde fortsætte uden den store indsats, som lægerne fra den faglige bistand gør. Der ydes f.eks. bistand med franske læger til driften af hospitalerne i Nouakchott (Mauretanien), Zinder (Niger), Victoria og Garoua (Cameroun); der er ansat tyske læger ved hospitalerne i Gaoua (Øvre-Volta), Tahoua (Niger),

og belgiske læger ved hospitalet i Dossø (Niger).

I praktisk talt alle landene består en meget større del af det para-medicinske personale af indfødte; ikke desto mindre er der ansat nogle enkelte europæiske sygeplejersker og sygehjælpere især ved de enheder, der administreres gennem den faglige bistand fra udlandet.

3) Personalet inden for forebyggende medicin

Stort set råder de enheder, der er beskæftiget med forebyggende medicin, navnlig de mobile hold (f.eks. i Øvre Volta og i Niger), ikke over et tilstrækkeligt stort personale i forhold til behovene. Mangelen på personale i de mobile undersøgelses- og forebyggelseshold f.eks. i Niger (hvor EUF har finansieret opførelsen af seks centre som fast udgangspunkt for den mobile lægetjeneste¹⁾) hæmmer i betydelig grad gennemførelsen af de nødvendige, planlagte aktioner; de mobile hold er ikke i stand til at sikre en regelmæssig opsporing af visse sygdomme blandt hele den pågældende befolkning, hvilket bevirker, at de mobile hold ofte snarere er nødhjælpshold end undersøgelseshold²⁾.

1) EDHIM ("Equipes d'hygiène et de médecine mobile").

2) I Gaoua's sundhedssektor (Øvre Volta) kan det eneste undersøgelseshold, der eksisterer, og som består af 7 personer, kun nå ud til hele befolkningen (350.000) hvert 4. eller 5. år.

IV. De sanitære enheders budgetter

1) Metodologiske bemærkninger

For at få et indtryk af det almindelige driftsniveau betragtes herefter som hospitalernes "budgetter" de afholdte udgifter uden hensyntagen til, hvorfra de økonomiske midler hidrører. Bevilningskilderne vil blive analyseret separat. Personaleudgifterne vil kun undtagelsesvis blive taget i betragtning, idet deres niveau afhænger af fordelingen mellem nationalt og udenlandsk personale (finansieret gennem de forskellige faglige bistandsforanstaltninger).

Derimod giver driftsbudgetterne (personale ikke medregnet) en idé om behovene og de midler, der står til institutionens rådighed. Dog må der tages visse forbehold af metodologisk art:

- lagemidlerne opsluger forskellige beløb alt efter om de
 - . købes direkte hos de europæiske leverandører (det almindelige hospital i Mogadiscio)¹⁾,
 - . anskaffes gennem en importorganisation (f.eks. "Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques" i Niger), uden at de er fritaget for toldafgifter,
 - . leveres delvis i naturalier gennem Ministeriet eller andre bistandsorganisationer (Øvre Volta;
- fødevarer til patienterne opsluger forskellige beløb i det omfang, hvor de ydes gennem international fødevarehjælp (Øvre Volta, Niger);
- vedligeholdelse af bygningerne konteres hospitalets budget eller foretages af Ministeriet for offentlige arbejder over dets eget budget;

1) gennem Sundhedsministeriet; da de ikke skal gennem importprocedurerne i "Agence d'Etat pour la production et l'importation de médicaments" ("ASPIMA"), er deres kostpris ca. 50% af markedsprisen i Somalia.

- det har ikke været muligt i noget tilfælde at opnå en fordeling af budgetterne (og omkostningerne) mellem hospitalernes forskellige aktiviteter; derfor er de tal, der er beregnet til driftsbudgetterne pr. seng og pr. indlæggelsesdag, kun omtrentlige for samtlige hospitaler taget under ét og kan kun have en sammenlignende værdi.

2) Driftsbudgetterne

Af undersøgelsen af flere gennem EUF finansierede projekter og af forskellige andre indhentede oplysninger fremgår der den almindelige tendens, at driftsbudgetterne (ikke medregnet personale) udtryk i driftsudgifter pr. seng om året¹⁾

- er forholdsvis høje for de almindelige hospitaler i Nouakchott (230 senge), Niamey (700 senge) og Mogadiscio (600 senge): mellem 180.000 og 320.000 CFA-francs;
- ligger på et mellemniveau for de almindelige hospitaler i Zinder (Niger, 450 senge), Bobo-Dioulasso og Ouagadougou (Øvre Volta, henholdsvis 700 og 730 senge) og Majunga (Madagascar, 550 senge): mellem 100.000 og 160.000 CFA-francs;
- er forholdsvis lave i Cameroun for alle hospitalerne i de forskellige regioner, departementer og arrondissementer (kapacitet mellem 30 og 300 senge): mellem 30.000 og 90.000 CFA-francs;
- ligeledes er lave for departementshospitalscentrene i Tahoua og Maradi i Niger (henholdsvis 136 og 166 senge) og hospitalet i Manakara (Madagascar, 150 senge): mellem 80.000 og 100.000 CFA-francs.

Som første konklusion vil man lægge mærke til, at de almindelige hospitaler åbenbart har større driftsbevillinger end hospitalerne i mellemgruppen²⁾; denne konklusion gælder også, selv om man tager hensyn til de store hospitalers større behov som følge af deres mere omfattende udstyr, deres større antal specialiserede afdelinger og deres mere krævende driftsbetingelser.

Man har imidlertid kunnet konstatere visse undtagelser:
i Øvre Volta råder de to sekundære hospitaler i Gaoua (120
senge) og Fada,

-
- 1) Referenceår: Nouakchott: 1972, Niamey og Zinder: 1975, Moga-
dissio: 1973, Bobo-Dioulasso og Ouagadougou: 1973, Majunga: 1974,
Cameroun: 1970/71, Tahoua og Maradi: 1974, Manakara: 1974
 - 2) De utilstrækkelige driftsbevillinger især i de sanitære enheder
i de uopdyrkede distrikter blev allerede nævnt i 1969-beretningen
om forholdene omkring udnyttelsen af bistanden (s. 49), specielt
med hensyn til Den centralafrikanske Republik.

N'Gourma (130 senge)råder over et driftsbudget pr. seng på mellem 200.000 og 300 000 CFA-francs¹⁾. Grunden hertil er, at det i begge tilfælde drejer sig om en første del af opførelsen af et større hospital; driften af det eksisterende hospital er derfor uforholdsmæssigt belastet af det relativt omfattende udstyr, der er tilpasset den endelige kapacitet. De samme forhold kunne forklare de meget høje driftsudgifter pr. seng (330 000 CFA-francs) i hospitalet i Nouakchott. En anden fortolkning kunne være, at de to sekundære hospitaler i Øvre Volta drives gennem bistand fra udlandet på et niveau, der er for højt i forhold til de driftsmidler, som normalt er til rådighed for de sanitære enheder.

Driftsudgifterne pr. indlæggelsesdag i de almindelige hospitaler følger i de store linjer driftsbudgetterne pr. seng. De er dog påvirket af den gennemsnitlige indlæggelsestid og ligger på mellem 950 og 550 CFA-francs for hospitalerne i Nouakchott, Niamey og Mogadiscio og mellem 450 og 350 CFA-francs for hospitalerne i Zinder, Ouagadougou og Bobo-Dioulasso.

Man må nødvendigvis opstille en anden konklusion: der synes ikke at være en åbenbar sammenhæng mellem hospitalernes driftsbudgetter og udgifterne på sundhedsområdet pr. indbygger samt driftsudgifterne på sundhedsområdet pr. indbygger i de pågældende lande. I Cameroun medfører udgifterne på sundhedsområdet pr. indbygger (650 CFA) og driftsudgifterne på sundhedsområdet pr. indbygger (172 CFA-francs) på ingen måde et tilsvarende driftsniveau i hospitalerne; derimod drives de store hospitaler på et ret højt niveau i Øvre Volta trods de ringe budgetressourcer (henholdsvis 165 og 22 CFA-francs pr. indbygger). Dette fænomen skyldes, at hospitalernes budgetter snarere afspejler disse sanitære enheders behov end landets økonomiske midler. Enhedernes budgetter udgøres nemlig ikke i alle tilfælde alene af sundhedsbudgettet. Det er derfor nødvendigt at analysere bevillingskilderne.

1) Disse driftsbudgetter pr. seng er iøvrigt større end driftsbudgetterne i landets to almindelige hospitaler.

3) Budgetkilderne

Kilderne for hospitalernes "budgetter" er ret forskelligartede. I det store og hele bidrager følgende organer og faktorer til driften:

- Sundhedsministeriet med mere eller mindre regelmæssige beløb til
 - . det nationale lægepersonale, para-medicinske og administrative personale samt storstedelen af hjælpepersonalet og arbejdsmand,
 - . driften af enhederne på de højeste og mellemste niveauer;
- de regionale og kommunale myndigheder med beløb, der varierer ifølge de faktisk opkrævede skatteindtagter, til
 - . en del af hjælperne og arbejdsmandene,
 - . lægemidler, let materiel, brændstof osv. til enhederne på mellemste og nederste niveau og navnlig til ambulatorierne i landdistrikterne;
- bilateral. økonomisk bistand til drift, vedligeholdelse og reparationer;
- mere eller mindre uregelmæssig multilateral, økonomisk bistand, f.eks. gennem Cheysson-fonden til køb af lægemidler og medicinsk materiel, WHO til visse kampagner for kampen mod endemiske sygdomme osv.
- uregelmæssig bistand fra private foretagender (f.eks. Lyons Club) og fra andre kilder (f.eks. CARITAS, MISEREOR, Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk osv. ...).

Dertil kommer desuden til driften af enhederne den ekstra materielle bistand fra alle former for kilder, bl.a.

- på nationalt plan, f.eks. i Øvre Volta, "Contribution Patriotique" og "Loterie Nationale" til køb af ambulancer,
- på internationalt plan, bistand i form af medicin og materiel fra private, filantropiske og religiøse foretagender osv. og de forskellige former for fødevarehjælp.

I visse lande drives de sanitære enheder kun for en meget lille del gennem landets egne budgetmidler (sundhedsbudgettet og de lokale myndigheder); kun den ekstra økonomiske og materielle bistand gør det muligt at drive de eksisterende sanitære enheder på en passende måde. Af alle disse årsager er de forskellige enheders faktiske budgetter meget variable, uregelmæssige og ofte vanskelige at bestemme.

4) Den faktiske ligevægt i driftsbudgetterne

Kort sagt er balancen i de sanitære enheders driftsbudgetter blevet meget sløbelig i de fleste af landene. Denne balance opretholdes kun ved hjælp af de forskellige former for bistand fra udlandet i det omfang, hvor de over sundhedsbudgettet tildelte bevillinger og bidragene fra de lokale myndigheder er utilstrækkelige. Det ser ud til, at regeringerne har tendens til at tildele deres disponible, økonomiske midler på en sådan måde, at de prioriterer de store hospitaler højest, dernæst enhederne på mellemniveauet og i sidste række institutionerne i den nederste gruppe. Omvendt skal de lokale myndigheder sikre driften i stigende grad af enhederne på mellemniveauet, dernæst i den nederste gruppe, dvs. bl.a. af ambulatorierne.

Følgelig erstatter bistanden fra udlandet de nationale mangler og må oftest rettes mod landområderne. Omvendt kan en bistand, der er knyttet til en enhed i den øverste gruppe, frigøre budgetmidler til de nederste grupper. Ekst.: i adskillige år er den franske driftsbistand regelmæssig og stadigt blevet ydet til sundhedssektoren i Øvre Volta. Hvis Hærkrig besluttede at reservere halvdelen af sin bistand til de to store, almindelige hospitaler i Ouagadougou og Bobo-Dioulasso, kunne Sundhedsministeriets budgetmidler i samme grad overføres til andre enheder og til behandlingen af store befolkningsgrupper. Det drejer sig altså om en slags system af forbundne kæder, hvor fordelingen af budgetmidlerne afhænger dels af de fastsatte "preferencer" (f.eks. de store hospitaler) og dels af de betingelser for tildeling, som bistanden fra udlandet er knyttet til.

5) Driftsniveauet

Driftsbudgetternes faktiske balance indebærer på ingen måde, at de budgetter, der følges, er tilpasset de krav, som udformningen stiller. Det må konstateres, at den nuværende drift i mange enheder næppe når op på det niveau, som udformningen kræver. Det er kun muligt at evaluere og vurdere de nøjagtige, tilbagevendende udgifter ved at tage hensyn til alle de indvirkende faktorer, bl.a. de karakteristiske træk ved den tekniske og arkitektoniske udformning, de tekniske anlæg og det medicinske udstyr, betingelserne for at elektricitet og vand kan fungere, de sociale indretninger (køkken, vaskeri) osv. ...

6) Budgetternes struktur

De indhentede oplysninger gør det kun muligt at konstatere meget generelle forhold om budgetternes fordeling. Gennemsnitligt er der i de store hospitalers driftsbudgetter afsat 50% til medicin og let, medicinsk materiel (med svingninger på ca. 20% alt efter købmulighederne); 25% til patienternes kostforplejning (med svingninger på ca. 40% alt efter udnyttelsen af fødevarehjælpen)

Udgifterne til medicin (og let, medicinsk materiel) pr. indlæggelsesdag beløber sig til mellem 200 og 250 CFA-francs for de almindelige hospitaler¹⁾ i Bobo-Dioulasso, Ouagadougou og Mogadiscio og over 250 CFA-francs for de almindelige hospitaler²⁾ i Niamey og Zinder (Niamey: 365 CFA-francs).

For hospitalerne på mellemniveauet har det ikke været muligt at beregne et tilsvarende tal.

1) tal 1973.

2) tal 1975.

7) Indtægterne

Næsten alle landene har indført et betalingssystem i de store hospitaler (f.eks. Øvre Volta, Niger)¹⁾ eller endog i de fleste hospitaler (f.eks. Madagascar). I Somalia har alle lægetjenester siden 1972 været gratis.

Stort set gælder tarifferne det antal dage, patienten er indlagt (og ikke de kirurgiske indgreb); de er inddelt i forskellige kategorier og beløber sig f.eks. til højst 3 000 CFA-francs pr. dag i Madagascar og 2 400 CFA-francs pr. dag i Øvre Volta. Normalt er tjenestemandene privilegerede; de følger en lavere tarif (f.eks. i Niger) og betaler almindeligvis kun ca. 20% af taksten, som opkræves over deres løn, mens staten betaler ca. 80%.

Der gælder andre tariffer for de eksterne konsultationer (500 CFA-francs på de store hospitaler i Øvre Volta), fødsler (fast pris på 300 CFA-francs i Øvre Volta) eller endog aktionerne vedrørende sundhedsmæssig oplysning ifølge visse lægers initiativ²⁾.

De således opkrævede indtægter er ikke altid ubetydelige; på hospitalet i Nouakchott f.eks. nåede de i 1970 op på et beløb svarende til hospitalets driftsbudget; på regionalhospitalet i Majunga (Madagascar) beløb de sig til 60% af driftsbudgettet (1973), mens de ikke oversteg 10% på hospitalerne i Manakara og Fort Dauphin (Madagascar).

-
- 1) f.eks.: I Øvre Volta de to almindelige hospitaler i Ouagadougou og Bobo-Dioulasso og det sekundære hospital i Ouahigouya. I Niger de to almindelige hospitaler i Niamey og Zinder.
 - 2) f.eks. koster det 25 CFA-francs om måneden at deltage i PMI-kurser ("Protection Maternelle et Infantile") i sundhedscentret i Yako, Øvre Volta.

I Niger udgør de samlede indtagter for de to almindelige hospitaler kun 5% af driftsbudgettet på sundhedsområdet. I Øvre Volta beløber de tilsvarende indtagter for de to almindelige hospitaler sig til 20%; derimod kommer der praktisk talt ingen indtagter ind til det tredje betalingshospital (Ouahigouya).

Problemet med betalingssystemet er, at hospitalerne ikke har økonomisk selvstændighed; alle indtagterne skal indbetales til statskassen. Trods det forholdsvis positive indtryk, som de fornævnte tal giver, er der fare for, at disse regler fratager hospitalerne enhver motivering for at opkræve betaling fra patienterne. Det ville være interessant at se, om indtagterne ikke kunne forøges ved at give hospitalerne økonomisk selvstændighed.

For øvrigt rejser der sig det principspørgsmål, om betalingssystemet ikke indebærer risiko for, at den sundhedsmæssige service bliver praktisk talt utilgængelig for størstedelen af befolkningen. I virkeligheden viser det sig, at ca. 20% af patienterne benytter betalingssystemet trods de forholdsvis høje takster som f.eks. på Madagascar. Situationen på hospitalet i Fort Dauphin (Madagascar) har endog vist, at de betalende patienter foretrak det private hospital i Manambara (23 km derfra) trods de højere takster¹⁾.

1) Jf. Bilag I/4.

V. Lægemidlerne

Det ville falde uden for rammene af denne beretning at behandle de mangeartede problemer vedrørende anskaffelse og distribution af lægemidler. Derfor skal der i det følgende kun nævnes nogle enkelte, interessante aspekter.

Ordination og udlevering af medicin er i almindelighed gratis for de patienter, der behandles i de sanitære enheder; derimod køber eksterne konsultationspatienter dem for egen regning på apoteket (f.eks. Øvre Volta, Somalia). Disse principper synes dog at blive anvendt på en meget smidig måde. Der er i niger indført et system, der er meget lovende for fremtiden: efter at have opdaget, at 60% af alle de konstaterede infektioner kan behandles med 5 lægemidler, er der blevet oprettet et system med landsbyapoteker og landsby-"samarithygienikere". Idet dette system udgør en del af et omfattende aktionsprogram for behandling af store befolkningsgrupper samt forebyggende medicin, muliggør det dels en økonomisk forvaltning ved salg af disse 5 lægemidler til en enhedspris af 5 CFA-francs og dels en heldig bevidstgørelse af befolkningen.

Med hensyn til forsyningen af lægemidler er den private bistand undertiden ikke tilstrækkeligt effektiv. Man finder nemlig ret ofte i de sanitære enheder store mængder af ubrugte og ubrugelige lægemidler, der bl.a. er tilsendt af private og filantropiske foretagender osv. ... For at denne bistand kan have sin fulde værdi, er det vigtigt

- at lægemidlerne er tilpasset de særlige, afrikanske behov
- at antallet af lægemidler reduceres til et praktisk minimum, der svarer til det farmaceutiske kendskab hos det nationale, para-medicinske personale på stedet.

Der kunne opnås en større effektivitet, hvis disse private, udenlandske bistandsforetagender henvendte sig direkte til lægerne på stedet, for at disse kan udtrykke deres særlige behov.

På samme måde er det i høj grad i regeringernes interesse at foretage et meget begrænset valg med hensyn til antallet af lægemidler, idet alene et sådant valg kan sikre en rationel og effektiv udnyttelse både af de importerede lægemidler og af de afholdte budgetudgifter. Det ville være interessant at undersøge disse problemer til bunds, og især forholdene omkring forsyningsapotekernes drift og spørgsmålene vedrørende nyttigheden og rentabiliteten af de i flere afrikanske lande fremstillede farmaceutiske produkter.

Det ville ligeledes være interessant at undersøge mulighederne for at anvende de traditionelle behandlinger på basis af lokale råvarer, der ikke er særlig kostbare. Dette ville gøre det muligt at nedbringe udgifterne til importerende lægemidler; men det ville forudsætte en særlig indsats for videnskabeligt at undersøge anvendelsen af sådanne lægemidler af lokal oprindelse og instruere lægepersonalet deri.

C. SAMMENHÆNGEN I DEN ALMINDelige UDFØRSEL AF PROJEKTERNE

Efter at have set på, hvordan de projekter, der er finansieret af EUF, fungerer, er det nødvendigt at betragte disse projekter i sammenhæng med de enkeltlandes indsats på det sundhedsmæssige område og vurdere deres nyttevirkning i forhold til de fremgangsmåder, som de ansvarlige myndigheder har benyttet. Følgende forhold vil derfor blive undersøgt: de opførte sanitære enheders placering og funktion, deres bidrag til udviklingen af infrastrukturen og sammenhængen mellem dem og planerne vedrørende den sundhedsmæssige udvikling. Ved denne vurdering må der naturligvis tages hensyn til de disponible driftsmidler (personale, bevillinger), som er de vigtigste forudsætninger for enhver nyttevirkning, og som til syvende og sidst er altafgørende for, om en sanitær enhed fungerer tilfredsstillende.

I. Projekternes placering i udviklingen af den sundhedsmæssige infrastruktur

1) Enkeltprojekterne

a) Hospitalsenhederne (Dahomey, Madagascar)

De projekter, der blev gennemført i Dahomey og på Madagascar ved hjælp af midlerne fra den første EUF, drejede sig om indretning, modernisering og udvidelse af eksisterende hospitaler eller sanitære enheder. Formålet med dem var først og fremmest at forbedre udstyr og lokaler

- for at sikre en bedre kvantitativ og kvalitativ nyttevirkning af personalet,
- for bedre at kunne opfylde de regionale og lokale sundhedsmæssige behov.

Disse enkeltprojekter er gennemført på grundlag af overvejelser vedrørende formodede behov uden at være integreret i en udviklingsplan eller i et politisk sundhedsprogram. Det var faktisk først i årene efter uafhængigheden, at størstedelen af AASM-landene gav udtryk for deres sundhedsmæssige behov på en mere systematisk måde.

Fastlæggelsen af en national sundhedspolitik's mål og midler har gjort det muligt at udforme de senere projekter i sammenhæng med udviklingsplanerne.

Nytteværdien af de enkeltprojekter, der er gennemført i løbet af de første år efter EUP's oprettelse, kan således kun bedømmes efter lokal målestok. Selv om projektets udformning viser sig at passe til de stedlige forhold, behøver den ikke nødvendigvis at passe til landets forhold som helhed. Ethvert enkeltprojekt, der er udformet på denne måde, dvs. næsten tilfældigt, risikerer faktisk kun at blive udnyttet fuldt ud, hvis den eksisterende sundhedsmæssige infrastruktur, i hvilken det indpasses, udgør et sammenhængende og funktionelt system, der kan forbedres, moderniseres, suppleres, udvides og afpasses bedre indadtil.

Det er klart, at overvejelserne vedrørende den eksisterende infrastruktur også bør omfatte institutionerne inden for den private sektor; ved ombygningen af hospitalet i Port Dauphin (Madagascar), for eksempel, er der ganske afgjort ikke taget tilstrækkeligt hensyn til dette aspekt, hvorfor nytteværdien af dette projekt har været ret ubetydelig¹⁾.

b) Centralhospitalet (Mauretanien, Somalia)

Projekterne vedrørende opførelsen af nye almindelige hospitaler i Mogadiscio (Somalia) og Nouakchott (Mauretanien) sigtede mod helt forskellige mål: i Somalia drejede det sig om at udskifte det gamle almindelige hospital (Di Martino); i Mauretanien skulle der bygges et nyt almindeligt hospital i en ny hovedstad.

Da der ikke var fastlagt nogen helhedspolitik på det sundhedsmæssige område, var formålet med disse projekter bestemt af de særlige forhold, der gjorde sig gældende. I Somalia var det den italienske formynderskabsadministrations vigtigste og faktisk eneste mål at udskifte det gamle almindelige hospital. I Mauretanien har den praktisk taget totale mangel på sundhedsmæssig infrastruktur og det overvældende antal overflyttelser af alvorligt syge til Senegal og Mali gjort opførelsen af et almindeligt hospital til det vigtigste mål. Da disse to projekter var et resultat af nogle fundamentale behov på nationalt plan, var de ikke længere enkeltprojekter i den ovenfor anførte betydning; uden

1) Jf. bilag I/4 og beretning 1971 vedrørende forholdene omkring udnyttelsen af bistanden (side 42-43).

at være integreret i et egentligt hierarkisk og koordineret "sundhedssystem" har de tværtimod kun foregrebet målene for en senere "sundhedspolitik"¹⁾.

I de to lande udgør de faktisk de egentlige centralhospitaler med en veludviklet specialisering og med alle nødvendige hjælpemidler til diagnose og behandling. Dog fungerer hospitalet i Mogadiscio kun lejlighedsvis - snarere end systematisk - som "toppen" af sundhedspyramiden, nemlig i tilfælde af overflyttelser af syge fra det indre af landet; det bruges således næsten udelukkende til hovedstadens befolkning. For Nouakchott's vedkommende var denne lokale funktion en integrerende del af planen; de eksterne aktiviteter har imidlertid overbebyrdet hospitalet i en sådan grad, at hele hospitalsdriften er hæmmet heraf.

Man kan rejse det spørgsmål, om ikke den hovedsagelig "lokale" nytteværdi af et centralhospital er ensbetydende med et spild af dets faglige kapacitet og dets værdifulde og kostbare udstyr; tilstedeværelsen af en institutionel barriere (regler for overflyttelse)²⁾ kunne

- sikre en rationel udnyttelse af de sanitære enheder på alle niveauer,
- gøre det muligt udelukkende at benytte centralhospitalet til de sygdomme, der kræver særlige undersøgelser og behandlinger.

På baggrund af disse få kendsgerninger melder spørgsmålet sig, om det var berettiget at vælge at bygge et centralhospital i de to lande. I Somalia var enhver diskussion om alternative løsninger på forhånd udelukket af de nævnte grunde; overvejelser vedrørende sådanne muligheder kan derfor kun være af teoretisk art, idet de har til formål at anstille en betragtning a posteriori over det valg, der burde træffes. Under hensyntagen til disse forbehold ville det have været muligt at istandsætte, modernisere og eventuelt udvide det gamle almindelige hospital - til

1) Denne politik er f.eks. for Mauretaniens vedkommende blevet fastlagt i forbindelse med de afgørelser, som Fællesskabet har truffet med hensyn til udvidelsen af det almindelige hospital og opførelsen af en poliklinik i Nouakchott.

2) Med hensyn til de nærmere enkeltheder henvises til punkt 3, s. 30/31.

trods for dets elendige tilstand - i stedet for at opføre en ny bygning. Denne mulighed er ikke helt urealistisk. Beviset: det gamle hospital, der var bestemt til nedrivning, fungerer stadigvæk.

Det følger heraf, at spørgsmålet om udskiftning skal undersøges grundigt i de tilfælde, hvor der findes en infrastruktur, der allerede omfatter et centralhospital. Al opmærksomheden bør samle sig enten om en fuldstændig udskiftning af den tidligere bebyggelse eller en gradvis opførelse af nye bygninger og en samtidig udskiftning af de gamle; at lade det nye og det gamle fungere parallelt er skadeligt; undtagen i tilfælde af en streng, systematisk gennemført fordeling af de respektive funktioner og ansvarsområder for at undgå konkurrencesituationer.

Med hensyn til Mauretania synes ethvert teoretisk alternativ til det centralhospital, der er bygget, urealistisk. Landet havde absolut brug for en hospitalsenhed med specialafdelinger for diagnose og behandling for at kunne modtage alle de alvorligt syge, der tidligere blev overflyttet til hospitalerne i nabolandene. Den forsigtighed, der prægede beslutningen om at udforme projektet som en første del af et større hospital, synes at være en af grundene til dets betydelige succes: den begrænsede kapacitet har nemlig gjort det muligt for regeringen at varetage hospitalets drift på passende måde; i øvrigt har planen vist sig tilstrækkelig smidig til, at der kan foretages udvidelser uden vanskeligheder og uden driftsforstyrrelser.

2) De globale interventioner (Øvre Volta, Niger)

De projekter, der er gennemført i Øvre Volta og i Niger ved hjælp af midler fra den første og den anden EUF, har til formål

- at forbedre og modernisere de eksisterende sanitære enheder, der udgør en del af en geografisk velindpasset sundhedsmæssig infrastruktur (Niger),

- at afhjælpe den kvalitative og kvantitative mangel på hospitalsinfrastruktur (Niger og Øvre Volta),
- at forbedre arbejdsvilkårene eller skabe arbejdsbetingelser for aktiviteterne inden for den mobile lægetjeneste (Niger) eller inden for kampen mod de endemiske sygdomme (Øvre Volta).

Disse projekter drejede sig således om nyopførelse, udvidelse og indretning af flere sanitære enheder; de blev udformet på en sådan måde, at de kunne udgøre integrerende dele af et hierarkisk og koordineret system, idet de gjorde alle de sundhedsmæssige institutioner til dele af en "pyramideformet" helhed.

Det er klart, at gennemførelsen af et så omfattende projekt er betinget af tilstedeværelsen af en sundhedsmæssig udviklingsplan, som kan udtrykkes i form af et fastlagt skema (Øvre Volta) eller i form af en dynamisk plan (Niger).

Selv om Øvre Volta ikke havde nogen veldefineret "sundhedspolitik" i 1961, har regeringen forsøgt at koncentrere kræfterne om udviklingen og forbedringen af hospitals-infrastrukturen i landdistrikterne, så meget mere som en moderne bymæssig infrastruktur netop var blevet gennemført med fransk bistand¹⁾. Alle disse bestræbelser var resultatet af de mål, der var beskrevet i en almindelig perspektivplan. For så vidt angår EUF-investeringerne har denne plan gjort det muligt på en velafbalanceret måde at fastsætte:

- . størrelsen af den første del af investeringerne
- . hospitalsenhedernes kapacitet og placering på de forskellige niveauer af den sundhedsmæssige infrastruktur.

Alligevel skulle denne almindelige plans statiske karakter indebarer en risiko for uligevægt, for så vidt som de forskellige stadier af dens gennemførelse ikke var fastsat nærmere. Hvor logisk og sammenhængende planen end

1) Nyopførelse af det almindelige hospital i Ouagadougou, modernisering og udvidelse af det almindelige hospital i Bobo-Dioulasso og af det sekundære hospital Ouahigouya.

forekommer at være, er dens gennemførelse - gradvis eller afdelingsvis - faktisk betinget af:

- at der til den ønskede tid findes kvalificeret personale (læger og paramedicinsk personale),
- at landet på det givne tidspunkt råder over egne økonomiske midler.

I Øvre Volta var disse to betingelser slet ikke opfyldt på det tidspunkt, da projekterne blev fuldført, og det gælder særlig de to sekundære hospitaler i Gaoua og i Fada N'Gourma.

I Niger derimod, har et fagligt udvalg udarbejdet et mere detaljeret program for en reorganisering af den sundhedsmæssige infrastruktur; de af regeringen udarbejdede "10-årsperspektiver 1965-1974", havde fastsat rækkefølgen af de sundhedspolitiske foranstaltninger og derved gjort det muligt at tilrettelægge investeringerne efter visse ledende principper, heriblandt: fortrinsret til de investeringer, der kunne forøge nytteværdien af sundhedstjenesterne, og som kun medførte et minimum af tilbagevendende ekstraudgifter, fortrinsret til istandsættelse af faldefærdige bygninger, reglen om ikke at bygge nye hospitalsenheder, før der var kvalificeret personale til rådighed. I kraft af sin dynamiske karakter har den almindelige perspektivplan gjort det muligt

- på en meget smidig måde at fastsætte projekternes gradvise kvantitative og kvalitative tilpasninger til de individuelle og lokale sundhedsmæssige behov,
- på en meget smidig måde at bestemme omfanget af de planlagte udvidelser og moderniseringer,
- på bedst mulig måde at tilpasse projekternes socio-økonomiske og tekniske karakteristika til landets kapacitet med hensyn til personale og økonomiske midler.

De gennemførte projekter er faktisk blevet indpasset harmonisk i den eksisterende infrastruktur; de har åbnet mulighed for, at de finansielle og personalemæssige ekstrabyrder i væsentlig grad kunne overtages af landet selv.

"10-årsperspektiverne" (den dynamiske perspektivplan) rummede en anden væsentlig fordel for udviklingen af den sundhedsmæssige infrastruktur i Niger.

Regeringen havde planlagt først og fremmest at koncentrere sundhedspolitikken om lægebehandling af store befolkningsgrupper (frem for alt mobil og forebyggende behandling) samt om sundhedsoplysningen. Derfor blev de sundhedsmæssige strukturer udformet med henblik på den administrative og operationelle integrering af den helbredende og den forebyggende lægetjeneste. "Les Equipes d'hygiène et de médecines mobile" (hygiejnetjenesten og den mobile lægetjeneste), hvis nye bygninger blev finansieret af EUP og lagt ind under de enkelte departementer, tager sig faktisk både af lægebehandling (ved overvågning af de behandlende institutioners virksomhed inden for departementet) og af forebyggende og undersøgende lægevirksomhed for befolkningen i landdistrikterne. Det synes, som om denne integrering er meget vanskeligere at gennemføre i de lande, hvor denne sundhedsmæssige infrastruktur i væsentlig grad er baseret på hospitalsbehandling (Øvre Volta).

Projektet i Niger giver anledning til endnu en interessant iagttagelse: i 1962 havde Nigers regering forelagt EUP et projekt vedrørende opførelse af et nyt hospital i Niamey; en samlet undersøgelse af problemerne viste imidlertid, at landets sundhedsmæssige infrastruktur snarere nødvendiggjorde en række udvidelser og moderniseringer. Der har således kunnet vælges et alternativ, som har vist sig særdeles effektiv og økonomisk. I Somalia derimod, var en sådan mulighed ikke til stede af de nævnte grunde; det er imidlertid sandsynligt, at det havde været muligt at tilvejebringe en bedre ligevægt i hospitalskapaciteten, hvis der var blevet bygget, indrettet og moderniseret flere sanitære enheder uden for hovedstaden. Selv om det er muligt at sammenligne disse to beslægtede udgangspositioner, synes det valg, der blev truffet i Niger, mere fordelagtigt for den sundhedsmæssige situation i hele landet.

3) De supplerende betingelser

En sammenligning af projekterne i Øvre Volta og Niger viser en anden betydningsfuld faktor. Til trods for den forsigtighed - i forhold til perspektivplanens mål - som har præget beslutningen vedrørende antallet og

kapaciteten af de hospitalsenheder, der er blevet opført i Øvre Volta, kan der konstateres visse misforhold. Den ringe belægning på de to sekundære hospitaler (Gaoua og Fada N'Gourma) kunne føre til den antagelse, at deres kapacitet og medicinske udstyr er overdimensioneret i forhold til den pågældende befolknings behov¹⁾. Alligevel skyldes den svage belægning hovedsagelig, at den planlagte funktionelle forbindelse mellem de forskellige niveauer af "sundhedspyramiden" ikke virker i praksis. Rollen som "centre d'évacuation" (overførselscenter) på det sekundære niveau, som var blevet dem tildelt, overtages af de to almindelige hospitaler, der nyder godt af et bedre og mere attraktivt udstyr.

I Niger, derimod, suppleres den eksisterende pyramideformede sundhedsmæssige infrastruktur af et strengt reglement, der i princippet fastsætter, at ingen patient indlægges og at ingen patient modtages uden at kunne attestere, at han er sendt af en enhed på et lavere trin. Således udgør de to almindelige hospitaler virkelig "toppen" af pyramiden, der er forbeholdt alvorligt syge, der er overflyttet fra et lavere niveau.

Heraf kan drages den konklusion, at det ikke er tilstrækkeligt blot at skabe en sammenhængende og logisk pyramideformet sundhedsmæssig infrastruktur for at sætte gang i de planlagte overflyttelser på de forskellige niveauer; for at den hierarkiske og koordinerede infrastruktur skal kunne "fungere" under de bedst mulige betingelser, bør der gives regler for overflyttelserne, således at det kansikres, at de følger de officielle kanaler. Hvis der ikke findes sådanne regler for overflyttelserne, kan en uregelmæssig anvendelse af den sundhedsmæssige infrastruktur befrygtes.

1) Det ville nemlig under de nuværende forhold have været tilstrækkeligt at bygge et sundhedscenter af type B, udformet (som i Tenkodogo) med muligheder for kirurgiske indgreb og med passende hospitalskapacitet, i stedet for hvert af de to sekundære hospitaler. Beviset: der foregår mere betydningsfulde aktiviteter i sundhedscentret af type B i Yako (35 senge) end i Gaoua og Fada N'Gourma til trods for dets placering 108 km fra det almindelige hospital i Ouagadougou.

Naturligvis hindrer den blotte tilstedeværelse af regler ikke, at overflyttelserne rent faktisk besværliggøres af

- mangelen på transportmidler (vogne, brændstoffer)
- vejenes vedvarende eller midlertidige ufremkommelighed (i regnsæsonen)
- den totale eller delvise mangel på kvalificeret personale.

Det følger heraf, at det ved udformningen af projekterne er nødvendigt at undersøge mulighederne for en gennemførelse af disse supplerende betingelser meget nøje.

4) Resumé

Det kan i korthed konstateres, at resultatet af et sundhedsprojekt er afhængigt af projektets harmoniske og funktionelle integrering i en sammenhængende og indadtil velafbalanceret infrastruktur. På alle niveauer betyder tilstedeværelsen af en sundhedsmæssig udviklingsplan (dynamisk), der nærmere angiver de forskellige gennemførelsesstadier, at omfanget af de projekter, der skal iværksættes, kan fastsættes nøjagtigt, og at de på en smidig måde kan tilpasses landets kapacitet med hensyn til personale og bevillinger. Sammenhængen og den funktionelle konsekvens i infrastrukturen kan dog kun sikre den fulde udnyttelse af projektet på alle niveauer, hvis de nødvendige supplerende betingelser ligeledes er opfyldt.

II. Personalet på nationalt plan

1) Lagerne

Undersøgelsen af vilkårene for udnyttelsen af de projekter, der er finansieret af EUF, har vist, at der i almindelighed findes en vis faktisk ligevægt mellem antallet af læger, der er knyttet til en enhed, og denne enheds kapacitet, hvilket ikke udelukker, at der lejlighedsvis kan påvises en total mangel på læger inden for visse enheder¹⁾. På nationalt plan er denne formodede ligevægt

- i realiteten kun en tilsyneladende faktisk ligevægt; mangelen på supplerende læger (teoretisk set nødvendige) kan nemlig være en hindring for mere omfattende aktiviteter, der ellers er givet mulighed for;
- en faktisk ligevægt, som i de fleste af landene kun er opnået takket være en mere eller mindre omfattende faglig bistand udefra; det drejer sig i øvrigt om en meget skrøbelig ligevægt. Forholdet mellem de udsendte læger og det samlede antal læger i de forskellige lande varierer stærkt fra tilfælde til tilfælde: 85% i Niger og i Mauretanien, 10% i Madagascar.

I øvrigt afspejler denne tilsyneladende ligevægt ikke det faktum, at

- det gennemsnitlige antal af læger stadig er meget lavt, og at det for de lande, der er undersøgt, varierer mellem 1 læge pr. 11 000 indbyggere (Madagascar), pr. 50 000 indbyggere (Niger) og pr. 66 000 indbyggere (Øvre Volta); på denne måde kan den dække over fundamentale skævheder;
- koncentrationen af læger i de større byer og på de almindelige hospitaler er betydelig, hvilket er til skade for landdistrikterne; den resulterer i følgende tal, der viser antallet af indbyggere pr. læge:

	<u>Somalia</u>	<u>Niger</u>	<u>Øvre Volta</u>
hele landet	19 000	50 000	66 000
hovedstad	3 300	2 800	8 000 ²⁾
resten af landet	43 000	119 000 ³⁾	138 000

1) Konstateret f.eks. i Cameroun og i Tchad i 1970.

2) Gennemsnit for Ouagadougou og Bobo-Dioulasso, kun hospitalslæger.

3) Undtagen Niamey og Zinder.

- der er en betydelig uligevægt - konstateret i praktisk talt alle landene - i anvendelsen af læger, idet disse i langt større udstrækning anvendes til helbredende virksomhed end til forebyggende virksomhed.

2) Det para-medicinske personale og administrationspersonalet

I almindelighed gælder de kendsgerninger, der er fastslået med hensyn til lægerne ligeledes for sygeplejersker og jordemødre, men der må dog tages følgende forbehold:

- antallet af udsendte sygeplejersker er reduceret til et minimum, som følge af den fremskyndede uddannelse af indfødt para-medicinsk personale;
- forskellene mellem de forskellige landes para-medicinske dækning er mindre udtalte end forskellene med hensyn til lægedækningen; antallet varierer fra 1 sygeplejerske pr. 2 800 indbyggere (Dahomey) til 1 sygeplejerske pr. 6 100 indbyggere (Somalia); endvidere er koncentrationen af de para-medicinske personale i de større byer meget mindre udpræget.

Råder staterne i øjeblikket over tilstrækkeligt mange sygeplejersker, jordemødre etc. ..., er dette dog ikke tilfældet for det specialiserede para-medicinske personale (laboranter, narkosepersonale, røntgenpersonale, tandteknikere etc. ...). Vedligeholdelsespersonalet samt det administrative personale er i almindelighed også kvantitativt og kvalitativt utilstrækkeligt.

Eftersom hver stat ikke kan have en skole for hvert fagområde, vil det være nødvendigt at finde frem til fælles løsninger på tværs af grænserne.

3) Problemet vedrørende mangelen på lægepersonale

Af ovennævnte kendsgerninger kan drages den konklusion, at den faglige bistand på det medicinske område stadigvæk må afhjælpe den kvantitative mangel på indfødt personale, særlig læger, i størstedelen af landene. Dette udenlandske personale, der yder faglig bistand, er i almindelig fuldstændig integreret i den offentlige tjeneste, hvilket i princippet skulle medføre en retfærdig fordeling af opgaverne mellem de udsendte og de indfødte læger. I realiteten kan man konstatere, at:

- flertallet af de indfødte læger er knyttet til hospitalerne i de større byer (eller til "Ministère de la Santé"),
- flertallet af de udsendte læger er knyttet til de sanitære enheder i landdistrikterne (i Mauretania, f.eks., er kun et enkelt af de 9 regionale centre ledet af en mauretansk læge).

Denne foruroligende situation skyldes flere faktorer:

- Først og fremmest vægrer mere end halvdelen af de medicinstuderende, der for øjeblikket studerer i Europa, sig ved at vende tilbage for at lade sig ansætte i den offentlige tjeneste i deres hjemland, fordi
 - . de anser den løn, der tilbydes dem, for utilstrækkelig,
 - . de frygter de politiske og økonomiske omskriftelser i deres hjemland,
 - . de frygter de materielle arbejdsvilkår, som venter dem, og som næppe kan sammenlignes med arbejdsvilkårene i Europa¹⁾;
- Hvis de færdiguddannede læger vender tilbage, er de tilbøjelige til at blive i hovedstaden eller i de større byer, idet de ringeagter lægetjenesten i landdistrikterne og/eller den forebyggende lægetjeneste; den uddannelse, de har modtaget i Europa, har nemlig vist dem misforholdet mellem disse to former for lægetjeneste.
- Da flertallet af dem endvidere har søgt at specialisere sig, kan kun de store hospitaler tilbyde dem passende arbejdsmuligheder. Man kan rejse det spørgsmål, i hvilket omfang disse unge afrikanske læger med europæisk uddannelse har indflydelse på regeringernes almindelige tendens til at ville bygge store alt for veludstyrede hospitaler.
- I løbet af de første år efter uafhængigheden er der således opstået en vis uligevægt blandt de indfødte læger til fordel for specialisterne og til skade for de alment praktiserende læger. Afrika har imidlertid i høj grad brug for alment praktiserende læger.

1) Den frie adgang til at udøve privat praksis kunne måske opmuntre dem til at vende tilbage; i størstedelen af landene er købekraften dog ikke tilstrækkelig stor til at muliggøre en stigning i antallet af rentable privatpraksiser (efter europæiske normer).

4) Nogle betragtninger vedrørende de mulige foranstaltninger

Man kan i sandhed rejse det spørgsmål, om den således stedsfundne regulering af de opgaver, der varetages af staterne selv, og de opgaver, der varetages gennem den udenlandske bistand ikke er usund; den kunne nemlig foranledige staterne til at tage for let på visse opgaver - der dog må anses for væsentlige - som de indfødte læger ikke er særlig tilbøjelige til at påtage sig. Hvilke konklusioner kan drages af denne situation? Hvilke foranstaltninger skal iværksættes eller er allerede iværksat for at afhjælpe disse mangler?

a) Uddannelsen af lægerne

Uddannelsen af lægerne bør finde sted på de afrikanske universiteter snarere end på de europæiske, med studieplaner, der er tilpasset de specifikke afrikanske behov på det sundhedsmæssige område, og som tager sigte på den alment praktiserende læges funktioner frem for specialistens. Lægerne bør endvidere forberedes psykologisk på de særlige arbejdsvilkår og den særlige tilværelse, der venter dem. De bedst kvalificerede medicinske kandidater kan så undtagelsesvis specialisere sig efter studierne eller rettere efter nogle års praksis ved hjælp af studieophold i Europa.

Denne universitetsuddannelse i Afrika er allerede påbegyndt: flere medicinske fakulteter er oprettet (f.eks.: Elfenbenskysten, Madagaskar, Senegal, Zaïre) eller befinder sig på begyndelsesstadiet (Dahomey, Cameroun, Niger, Somalia, Togo). Det kunne være interessant at foretage en særlig undersøgelse med henblik på at få oplysning om, i hvilket omfang disse medicinske fakulteter opfylder de specifikke afrikanske behov, hvad der vil ske med dem, når de kvantitative behov med hensyn til læger er opfyldt i løbet af nogle år¹⁾, og hvordan sundhedsbudgetterne vil kunne klare de ekstra byrder, som følger heraf. Man kan rejse det spørgsmål, om det ikke ville være hensigtsmæssigt, om de ansvarlige myndigheder planlagde en differentieret uddannelse af to typer afrikanske læger med henblik på

- hospitalstjenesten
- lægetjeneste eller medicinsk bistand i landdistrikterne.

1) F.eks. vil det nye medicinske fakultet i Mogadiscio udklække henved 50 læger om året efter fire års studier. Til sammenligning kan nævnes: landet tæller i øjeblikket i alt 153 læger, heraf 58 udenlandske.

b) Anvendelse af lægerne til lægetjenesten i landdistrikterne

Det kunne være interessant at undersøge mulighederne for at tvinge de medicinske kandidater til at anvende en fastsat periode på nogle år på sundhedstjenesten i landdistrikterne, f.eks. ved at gøre tilladelsen til at udøve lægepraksis betinget heraf eller ved at gøre det til en samfundstjeneste.

En lignende fremgangsmåde anvendes i Somalia, hvor enhver forfremmelse, ansættelse ved hospitaler i Mogadiscio, tildeling af studielegater med henblik på en specialisering etc.... først kan opnås efter flere års arbejde i landdistrikterne. Størstedelen af landene tøver imidlertid med at iværksætte sådanne foranstaltninger, som risikerer at fjerne de unge læger endnu mere fra deres land.

c) Forbedringen af arbejdsvilkårene

Det ville uden tvivl være hensigtsmæssigt at undersøge alle faktiske muligheder for en yderligere forbedring af lægernes arbejdsvilkår, særlig i landområderne, f.eks. ved:

- i højere grad at tilskynde lægerne til at arbejde i landdistrikterne, dels ved at give særlige godtgørelser, stille vogne til rådighed, forbedre boligerne etc....., dels ved at skabe et minimum af sociale og kulturelle infrastrukturer (skoler etc....),
- at stille tilstrækkelig meget kvalificeret para-medicinsk personale til rådighed,
- at sikre regelmæssig og tilstrækkelig forsyning med lægemidler, medicinsk materiel etc.,
- at sikre den løbende vedligeholdelse af de eksisterende anlæg etc....

d) Udskiftningen af de udsendte læger

For så vidt som der stadigvæk er mangel på indfødte læger, bør alt medicinsk arbejde, der ikke nødvendigvis kræves udført af en kvalificeret læge, udføres af lægemedhjælpere eller af para-medicinsk personale. Eksemplet i Niger forekommer interessant: "Le Ministère de la Santé" samlede i 1974 alle landets læger i departementshovedstæderne, hvor de - for hele departementets vedkommende - skal tage sig af

- kontrollen med og overvågningen af den behandlende lægevirksomhed
- den forebyggende og den undersøgende behandling inden for rammerne af den mobile lægetjeneste¹⁾.

Forvaltningen af sundhedscentrene inden for lægedistrikterne og af ambulatorierne påhviler således uden undtagelse sygeplejerskerne. Denne rationelle brug af personalet følger den stigende mængde af para-medicinsk personale.

I denne henseende er der faktisk sket betydelige fremskridt i praktisk talt alle AASM-landene, som er blevet forsynet med en eller flere skoler til uddannelse af denne personalekategori. I øvrigt er Fællesskabets bidrag til denne udvikling betydelig: EUF har finansieret bygningen af flere sygeplejeskoler (f.eks. i Cameroun, Dahomey, Mauretania, Somalia, etc...).

5) Resumé

I de første år efter staternes uafhængighed har brugen af de sanitære enheder, der er finansieret af EUF, lidt under mangelen på såvel personale som bevillinger. Takket være de mangfoldige foranstaltninger, der er blevet iværksat af regeringerne, og takket være de forskellige former for bistand fra udenlandske organisationer på uddannelsesområdet er problemerne med hensyn til lægepersonale og para-medicinsk personale i vid udstrækning blevet overvundet; derimod er problemerne m.h.t. størrelsen af bevillingerne til driften stadig aktuelle.

1) Denne plan er blevet skitseret i beretningen for 1970 (s. 85) vedrørende forholdene omkring udnyttelsen af bistanden.

III. Sundhedsbudgetterne på nationalt plan

1) Metodologiske bemærkninger

For at kunne sammenligne udgifterne på sundhedsområdet i de undersøgte lande bedst muligt er kun de almindelige sundhedsbudgetter blevet taget i betragtning, mens både investeringsbudgetterne og de lokale myndigheders budgetter er ladet ude af betragtning. De almindelige sundhedsbudgetter omfatter for eksempel ikke

- udgifterne til hospitalsbehandling af embedsmænd (afholdt af de kompetente ministerier)
- udgifterne til transport og hospitalsbehandling af nødlidende (afholdt af de lokale myndigheders budgetter).

På grund af de undertiden betydelige forskelle mellem overslagene og de beløb, der faktisk bevilges, er der så vidt muligt kun taget hensyn til de faktiske afholdte udgifter.

2) Beskrivelse af den budgetmæssige situation

Efter en analyse af de bevillinger, der er brugt af de forskellige sanitære enheder¹⁾, vil der i det følgende blive set på de budgetmæssige strukturer, der gælder for hele den offentlige sundhedssektor. Resultaterne af denne undersøgelse viser følgende:

a) Samlet svækkelse af budgetterne vedrørende den offentlige sundhed

I størstedelen af staterne er sundhedsbudgetterne i perioden fra begyndelsen af 60'erne steget mindre (i løbende CFA-fr.) end de bevillinger, der er opført på det nationale budget. Derfor er den del af disse landes samlede nationale budget, der vedrører den offentlige sundhed, blevet væsentlig mindre; i Øvre Volta er der for eksempel en tilbagegang fra 13,3% til 7,2%, i Cameroun fra 8,6% til 5,4% og i Niger en mindre udpræget tilbagegang fra 8,7% til 7,8% og i Dahomey en tilbagegang fra 12,6% til 10,5%. Eneste undtagelser²⁾: Congo, Elfenbenskysten og Mali, hvor sundhedsbudgetterne steg kraftigere (i det mindste indtil 1970) end det nationale budget.

1) Se kapitel B, IV, s. 14 ff.

2) Kilde: SIEDS, foreløbig undersøgelse af udviklingen i udgifterne på sundhedsområdet i de afrikanske stater og Madagascar - april 1972.

Ifølge den nævnte undersøgelse¹⁾ er sundhedsbudgetterne efter overgang til faste CFA-fr. stagnerende i størstedelen af landene (f.eks.: Den centralafrikanske Republik, Madagascars²⁾, Tchad) eller endog i tilbagegang (f.eks.: Øvre Volta, Niger, Senegal, Togo). Næste stater med en tilstrækkelig stigning i sundhedsbudgetterne er Congo-Brazzaville (folkerepublikken Congo), Elfenbenskysten og Gabon.

Til trods for stigningen i sundhedsbudgetterne (i kurante CFA-fr.) er de årlige udgifter per capita på sundhedsområdet blevet mindre og ligger for øjeblikket for de undersøgte staters vedkommende på mellem 165 CFA-fr. (Øvre Volta) og 650 CFA-fr. (Cameroun) med et gennemsnit på mellem 330 og 450 CFA-fr. (Madagascars²⁾, Somalia, Mauretanien, Dahomey). Der kan ikke konstateres nogen sammenhæng mellem dette gennemsnitlige udgiftsniveau og den procentdel, som sundhedsbudgettet udgør af det nationale budget; denne varierer fra det ene land til det andet: f.eks. under 6% i Cameroun og Mauretanien, mellem 6 og 8% i Øvre Volta, Somalia, Niger og over 10% i Dahomey.

Det er interessant at konstatere, at de beløb, der bevilges til undervisningssektoren i adskillige lande, er større og stiger hurtigere end de beløb, der bevilges til sundhedssektoren (f.eks.: Øvre Volta, Niger, Dahomey, Gabon, Elfenbenskysten).

b) Uligevægten mellem personale- og driftsudgifterne

I alle de stater, der er undersøgt, er den del af sundhedsbudgettet, der vedrører personale, vokset mere eller mindre siden begyndelsen af 60'erne, således at personaleandelen nu udgør ca. 50% i Niger, 50-60% i Mauretanien, Madagascars og Somalia, 75% i Cameroun og Dahomey, 85% i Øvre Volta.

Heraf følger, at forskellige sundhedsbudgetter trods næsten enslydende beløb (f.eks. Niger og Øvre Volta) kan dække over betydelige forskelle i størrelsen af driftsbudgetterne, når personalet ikke medregnes (fire gange større i Niger end i Øvre Volta) og i størrelsen af driftsudgifterne per capita på sundhedsområdet (5 gange større i Niger end i Øvre Volta).

1) Se fodnote 2) s. 39.

2) Kun det centrale sundhedsbudget uden hensyntagen til de betydelige sundhedsbudgetter i provinserne.

Takket vare en fornuftig fordeling af sundhedsbudgettet (ca. halvdelen afsat til driften) synes Niger bedre i stand til at varetage en passende drift af sin hospitalskapacitet ved hjælp af egne midler; i Øvre Volta, derimod, er der på grund af de beskædne beløb, der er afsat til driften (15%), en fundamental uligevægt mellem landets egne midler og de eksisterende hospitalers økonomiske behov.

En anden sammenligning er påkrævet: hospitalskapaciteten målt i antal indbyggere pr. seng er temmelig ugunstig i de to lande: 1 seng pr. 1 430 indbyggere (Niger) og en seng pr. 2 210 indbyggere (Øvre Volta). Mens der i Niger er en bedre balance mellem den eksisterende hospitalsinfrastruktur og landets egne økonomiske midler, synes hospitalskapaciteten i Øvre Volta, skønt den allerede er meget ugunstig, stadig overdimensioneret i forhold til de bevillinger, der er afsat til dens drift.

c) De lokale myndigheders små bevillinger

I praktisk taget alle staterne dækker de lokale myndigheder en del af omkostningerne vedrørende driften af de sanitære enheder. I almindelighed er der ingen kontinuitet og regelmæssighed i disse økonomiske bidrag; i de fleste af de fransktalende stater synes bidragene endvidere kun at være af ringe omfang. I Øvre Volta, for eksempel, kan det samlede beløb anslås til ca. 10% af det centrale driftsbudget vedrørende sundhedsområdet. På Madagascar yder provinserne derimod et væsentligt bidrag til sundhedssektoren, idet deres budgetter næsten når op på samme beløb som det nationale sundhedsbudget¹⁾.

1) I 1972 kunne det offentlige sundhedsvæsen disponere over 2 319 mio CFA-fr. (sundhedsbudgettet) og 2 000 mio CFA-fr. (de samlede budgetter for provinserne), dvs. i alt 4 319 mio CFA-fr.

d) Uligevægten mellem udgifterne til den helbredende lægevirksomhed og udgifterne til den forebyggende lægevirksomhed

Da der ikke findes nøjagtige og tilstrækkelige oplysninger, kan man kun konstatere, at den almindelige tendens viser, at landenes egne bevillinger til den forebyggende lægevirksomhed er yderst beskedne. For eksempel: i Cameroun er kun 1,3% af det budget, der vedrører driften af sundhedsvæsenet 1974/75 (1 223 mio CFA-fr.), forbeholdt den forebyggende lægevirksomhed, og 3% i alt er forbeholdt lægevirksomheden i landdistrikterne, den forebyggende virksomhed samt kampen mod epidemierne. Situationen er afgjort ikke bedre i de andre lande. Det kan anslås, at den forebyggende lægevirksomhed i virkeligheden burde disponere over ca. en fjerdedel af budgettet, for at kunne fungere hensigtsmæssigt. Man er meget langt fra dette tal: det er den helbredende virksomhed og navnlig visse hospitaler, som er de store forbrugere af budgettets midler.

e) Den ulige fordeling af bevillingerne mellem de store byer og landdistrikterne

Ud fra de oplysninger, man har fået om sundhedsbudgetterne, har det ikke været muligt at fastslå, hvor stor en del af bevillingerne der er ydet til hospitalerne i de større byer. Den fortrinsstilling, som bycentrene har fået, fremgår imidlertid af koncentrationen af hospitalskapaciteten i de større byer samt af størrelsen af de almindelige hospitalers budgetter i forhold til den øvrige del af sundhedsbudgetterne.

- Koncentrationen af hospitalskapaciteten i hovedstaden er almindeligvis betydelig; i Øvre Volta for eksempel har mindre end 5% af den samlede befolkning, der lever i Ouagadougou og i Bobo-Dioulasso 56% af landets hospitalskapacitet til deres rådighed. De tilsvarende tal er for Nigers vedkommende (Niamey og Zinder): 4% og 39%, og for Somalias vedkommende (Mogadiscio) 10% og 50%.

- Forholdet mellem de driftsbevillinger¹⁾, der er brugt²⁾ af de almindelige hospitaler, og sundhedsbudgetterne (drift) er et klart udtryk for, i hvor høj grad der har fundet en koncentration sted - og viser de vanskeligheder, som dette kan medføre for finansieringen af de sundhedsmæssige infrastrukturer i et land.

Centralhospitalet i Nouakchott (Mauretanien) forbruger 35%, de to centralhospitaler i Niamey og Zinder (Niger) mere end 40% af de bevillinger, der er til rådighed til driften; i Niger optager de to hospitaler og de fem hospitalscentre på sekundært niveau i alt 53% af det nationale budget vedrørende driften af sundhedsvæsenet. I Øvre Volta kræver de to almindelige hospitaler i Ouagadougou og i Bobo-Dioulasso et bevillingsbeløb, som overstiger det samlede budget vedrørende driften af sundhedsvæsenet med næsten 40%. Budgetterne for de to sekundære hospitaler i Gaoua og i Fada N'Gourma ville tilsammen optage næsten 50% af budgettet vedrørende driften af sundhedsvæsenet, hvis de blev opført herpå³⁾.

3) Udenlandsk bistand til driften

Alt i alt findes der i størstedelen af landene en mere eller mindre udpræget uligevægt mellem landenes egne økonomiske midler og de faktiske behov. Kun de ofte betydelige økonomiske og materielle bidrag fra alle mulige udenlandske kilder gør det muligt at sikre, at de sanitære enheder fungerer tilfredsstillende, og at visse mål inden for den forebyggende lægevirksomhed kan virkeliggøres.

Den samlede bistand til driften⁴⁾ er omfattende i Øvre Volta, Mauretanien, Niger, Tchad og Dahomey, middelstor i Cameroun, Senegal og Mali og ubetydelig i Togo og i Elfenbenskysten.

-
- 1) Forholdet mellem personalebudgetterne for de almindelige hospitaler og personalebudgetterne for sundhedsvæsenet giver ikke noget fingerpeg, eftersom størstedelen af de læger, der er knyttet hertil, sorteres under den udenlandske faglige bistand; lønnen til disse læger opføres således ikke på disse budgetter.
 - 2) De faktisk afholdte udgifter uden hensyntagen til bevillingernes oprindelse (udgifterne i overensstemmelse med definitionen i kapitel B, IV, 1 s. 14).
 - 3) De bæres næsten udelukkende af den tyske bistand og af bistanden fra "Frères des Hommes".
 - 4) Ifølge SEDES-undersøgelsen.

Denne bistand til driften hidrører fra mange forskellige kilder; man bemærker især:

- offentlig bilateral og multilateral bistand, f.eks.:

- . fransk, tysk, belgisk bistand etc..., der dels ydes til driften (lægemidler, udstyr, køretøjer ..), dels til "kampagner" til udryddelse af sygdomme og til kampen mod de endemiske sygdomme etc.. Denne bistand udgør ofte den forsyningsmæssige støtte til det personale, der yder faglig bistand på stedet;
- . amerikansk bistand (USAID), der ydes til regionale eller nationale programmer, f.eks. til programmer vedrørende beskyttelse af mødre og småbørn (PMI), udryddelse af koppe og mæslinger, sundhedsoplysning og sundhedsmæssig infrastruktur, fødevarehjælp etc....
- . bistand fra WHO og UNICEF, der blandt andet ydes til særlige "kampagner" og programmer, f.eks. vedrørende kampen mod endemiske sygdomme, saneringsforanstaltninger etc...

- privat bistand af enhver oprindelse¹⁾, blandt andet fra filantropiske og religiøse organisationer etc...

4) Den lære, der kan drages af de indhøstede erfaringer

Hvilken lære kan der drages af undersøgelsen af de nuværende forhold? Hvilke kriterier skal især anvendes ved bedømmelsen af et projekts økonomiske aspekter?

Ved forberedelsen og udarbejdelsen af nye projekter er det uden tvivl nyttigt at tage følgende faktorer i betragtning:

- a) Først og frørmest er det nødvendigt at foretage en undersøgelse af den eksisterende ligevægt eller uligevægt mellem landets egne økonomiske midler og de bevillinger, der er nødvendige til driften af de nuværende sanitære enheder. Bedømmelsen kan dels foretages på grundlag af:

1) Se endvidere kapitel B, IV, 3 s. 17.

- sundhedsbudgettet, dets hidtidige udvikling, dets fordeling på de forskellige aktiviteter (helbredende, forebyggende lægevirksomhed etc...), dets fordeling på de forskellige sanitære enheder og ikke mindst hospitalerne på de forskellige niveauer, de lokale myndigheders budgetter,
 - dels de bevillinger, der er brugt¹⁾ af de eksisterende sanitære enheder på de forskellige niveauer, deres hidtidige udvikling, oprindelsen til disse midler, særlig den udenlandske økonomiske og materielle bistand.
- b) Vurderingen af kontinuiteten og regelmæssigheden i den udenlandske bistand og af de lokale myndigheders budgetter gør det muligt at danne sig en idé om holdbarheden af den ligevægt, der er opnået. Ved vurderingen af størrelsen af de tilbagevendende ekstra omkostninger, der hidrører fra den planlagte investering, bør der tages hensyn til en eventuel mangel på stabilitet, der enten er til stede eller kan forudses.
- c) Risikoen for, at projektet ikke kan udnyttes fuldt ud forøges jo tydeligere den faktiske uligevægt er, eller med andre ord for skrøbeligere den faktiske ligevægt er.
- d) Hvis det allerede under udarbejdelsen af projektet kan forudses, at modtagerlandet hverken helt eller delvis vil være i stand til at varetage driften ved hjælp af sine egne midler, er det vigtigt
- enten ikke at gennemføre projektet;
 - eller at afpasse projektets størrelse efter landets evne til at sikre, at det fungerer tilfredsstillende; måske bør det overvejes at lade projektet gennemføre over et længere tidsrum;
 - eller at regeringen træffer passende foranstaltninger til at forbedre sine egne økonomiske forudsætninger for at varetage driften;

1) De faktisk afholdte udgifter uden hensyntagen til bevillingernes oprindelse (udgifter i overensstemmelse med definitionen i kapitel B, IV, 1, s. 14).

- eller at driften helt eller delvis varetages ved hjælp af udenlandsk bistand.

Regeringen kan således undersøge mulighederne for at træffe passende foranstaltninger på nationalt plan med henblik på at forøge landets egne økonomiske midler, f.eks.

- ved at lade sundhedsbudgettet udgøre en større del af det nationale budget;
- ved at ændre fordelingen af sundhedsbudgettet til fordel for driftsudgifterne (den gunstigste fordeling synes at være 50%);
- ved at undersøge mulighederne for gradvis at lade befolkningen overtage visse omkostninger på sundhedsområdet: forhøjelse af priserne for hospitalsbehandling, undersøgelse af mulighederne for at give hospitalerne økonomisk selvstændighed, salg af lægemidler etc....

Regeringen kan ligeledes forsøge at sikre sig udenlandsk bistand i form af personale og bevillinger; eksemplet med hospitalet i Mogadiscio (Somalia) viser imidlertid, at det er meget vigtigt at foretage en bedømmelse af betydningen af sådanne betingelser, der eventuelt lægges til grund for udformningen; det er hensigtsmæssigt at træffe forholdsregler, der forhindrer, at en hel eller delvis ophævelse af en eller flere støtteforanstaltninger gør en rimelig drift umulig. Endelig kan den udenlandske bistand indbefatte overtagelsen af ansvaret for igangsætningen og driften af projektet, i det mindste i en overgangsperiode.

- e) Med hensyn til de fattigste lande, der er ramt af en betydelig forsinkelse i deres sundhedsmæssige udvikling, kan de udenlandske hjælpeorganers overvejelser endog gå så vidt som til at undersøge mulighederne for på egen bekostning at varetage driften af visse dele af den helbredende og forebyggende sundhedstjeneste.

- f) Til slut melder sig et principielt spørgsmål: er det valg, der er truffet med hensyn til en sundhedsmæssig investering, forsvarligt? Kunne den alternative mulighed, nemlig en forøgelse af driftsbevillingerne til fordel for den forebyggende lægevirksomhed, ikke fremkalde flere positive virkninger på befolkningens sundhedsmæssige situation?

IV. Den tekniske udformning

Inden for rammerne af denne beretning er det kun muligt at fremsætte nogle få generelle bemærkninger om den tekniske udformning samt om den lære, der kan drages deraf.

1) Tilpasningskriterierne

a) Bygningerne og udstyret

Til trods for en ofte utilstrækkelig eller endog manglende vedligeholdelse er hovedbygningerne i de fleste af de sanitære enheder i relativ god stand. Derimod er bygningernes indre (belægning, maling, dørkarne, etc...) i mere mangelfuld stand. I almindelighed har det vist sig, at bygningerne af enkel fordringsløs og robust konstruktion, der er tilpasset de lokale forhold, har givet de bedste resultater. Denne gælder såvel for de traditionelle som for de præfabrikerede bygninger.

Derimod gælder det for alle hospitaler og på alle niveauer, at jo mere komplicerede eller raffinerede de faste installationer er, jo hurtigere bliver de ødelagt eller endog gjort ubrugelige (f.eks.: elektriske anlæg, køleanlæg, telefoner, varmeanlæg, elevatorer, elektriske pumper, klimaanlæg, etc...).

Noget lignende kan konstateres med hensyn til det medicinske udstyr, som ofte synes at være alt for specialiseret og kun i ringe grad tilpasset det forhåndenværende lægepersonale, hvilket udgør det svage punkt i mangel af de gennemførte projekter.

b) De supplerende projekter

Ifølge de erfaringer, der er indhøstet i løbet af de første år, er det ofte risikabelt at sætte sin lid til, at de nationale myndigheder kan finansiere og gennemføre de supplerende projekter (vejanlæg, vand- og elektricitetsforsyning, boliger til personalet, indhegninger, etc..) og det medicinske udstyr, således som det var fastsat i finansieringsaftalerne¹⁾. Derfor har Kommissionen for de senere projekters vedkommende undgået de delvise finansieringer, dvs. at den har undgået at overlade en del af projekternes gennemførelse til de nationale myndigheder.

Man har imidlertid kunnet konstatere, at de lokale myndigheder undertiden har finansieret og gennemført visse supplerende projekter, fordi

1) Jf. blandt andet de tilfælde, der er nævnt i de forskellige rapporter vedrørende forholdene omkring udnyttelsen af bstanden: i Tchad (1969, s.44-45), i Mali (1970, s. 82) i Burundi og i Dahomey (1971, s. 38-39).

den oprindelige udformning havde vist sig ikke at passe til de lokale behov og til befolkningens sæder og skikke. De hyppige tilfælde er:

- Brugen af de sanitære installationer (WC, brusebad) bliver i mange tilfælde hurtig vanskelig, for ikke at sige umulig, på grund af tilstopningen af afløb og beskadigelse af armaturen. De ansvarlige myndigheder har derfor lukket for de installationer, der var indlagt i bygningerne, og har bygget traditionelle anlæg udenfor (f.eks.: de sekundære hospitaler i Gaoua og Fada N'Gourma i Øvre Volta). Disse problemer opstår næppe på de almindelige hospitaler; de forekommer hyppigt i de sanitære enheder på de lavere niveauer i landdistrikterne. Erfaringerne viser, at det ofte ville være tilstrækkeligt at planlægge et mindre antal af disse installationer til brug for personalet og for enkelte patienter, som allerede er vant til dem.
- I de sanitære enheder i landdistrikterne er køkkenerne (som fungerer mere eller mindre normalt i størstedelen af de almindelige hospitaler) oftest erstattet med traditionelle kogesteder af sten, der er opført i det fri, af følgende grunde: mangel på bevillinger til driften (brændsel) og vedligeholdelse, befolkningernes forskellige ernæringsvaner og skikke (maden tilberedes fortrinsvis af de ledsagende familiemedlemmer).
- Lignende problemer opstår med hensyn til vaskerierne, hvor de installerede maskiner i mange tilfælde ikke benyttes på grund af mangel på vand, elektricitet og brændsel eller simpelthen på grund af mangel på bevillinger til driften.
- De boliger, der er bygget til de ledsagende familiemedlemmer, benyttes undertiden til behandling af patienter med smitsomme sygdomme (f.eks. i Gaoua, Øvre Volta); derfor har de nationale myndigheder opført hytter, der er bygget efter de sædvanlige metoder, og som svarer bedre til de lokale behov. Derimod bør opmærksomheden i særlig grad rettes mod opførelsen af boliger til personalet, særlig i landdistrikterne; de bidra-

ger nemlig til at fjerne en af årsagerne til personalets manglende stabilitet, til at styrke dets autoritet og indflydelse samt til at sikre enbedre vedligeholdelse af bygningerne og af installationerne i de sanitære enheder.

c) Resumé

Principielt bør der ved udformningen af et sundhedsprojekt dels tages hensyn til den sundhedsmæssige service, der skal ydes, dels til projektets omkostninger og de tekniske, økonomiske og personalemæssige muligheder for drift og vedligeholdelse, såvel hvad angår infrastrukturen som udstyret.

Det gælder om at vise opfindsomhed for at få bygningerne og udstyret til at svare til de økonomiske midler, der er til rådighed; kort sagt, man må finde et svar på spørgsmålet: hvordan kan man sikre moderne og effektive sundhedsmæssige serviceydelser ved hjælp af begrænsede midler?

Endvidere bør projektet i teknisk henseende udformes på en sådan måde, at det svarer til brugernes kundskabsniveau og til den lokale befolknings sande behov og levevis.

Uden at gå så vidt som til at udforme projektet efter f.eks. Albert Schweizers metode (ifølge Albert Schweitzer burde patienten genfinde sin landsbys miljø på hospitalet) kunne man for hvert enkelt tilfælde finde frem til et kompromis, sådan at den indlagte patient finder et miljø, som ikke føles alt for fremmed.

I øvrigt er en tilpasning af projektet til de lokale forhold og befolkningens levevis især vigtig, når det drejer sig om faste installationer og medicinsk udstyr, samt når det drejer sig om supplerende projekter, der ikke er strengt nødvendige (boliger, køkken, vaskeri etc....).

Den ønskede tilpasning til de lokale behov står dog ofte i modsætning til de nationale myndigheders ønske om at få bygninger af europaisk type samt det mest moderne udstyr. I disse tilfælde er det ikke tilstrækkeligt at fastsætte passende foranstaltninger for at sikre en rimelig vedligeholdelse af installationer og udstyr. Ofte er det nødvendigt at forenkle projektets udformning som helhed.

2) Nogle betragtninger vedrørende kravene til den tekniske udformning

a) Fleksibiliteten

For at kunne følge udviklingen i alle de faktorer, der kan have indflydelse på udformningen af en sanitær enhed (udviklingen i befolkningens socio-økonomiske forhold, udviklingen i de tekniske metoder inden for lægebehandlingen etc...) bør projektet udformes således, at det opfylder kravet om fleksibilitet. Uden at føre til alt for raffinerede projekter bør den ønskede fleksibilitet vise sig i form af:

- udvidelsesmuligheder, ved at der vælges et pavillonsystem, som allerede er blevet anvendt i mange af de af EUF finansierede sanitære enheder, og som der er et almindeligt behov for, selv om kravene om integrering i et bymæssigt område til en vis grad kan berettigede forskellige arkitektoniske dele (f.eks. "Institut National de Santé Publique" i Abidjan);
- udskiftningsmuligheder, idet der anvendes egnede modul-strukturer, således at bygningerne bliver anvendelige til flere formål;
- ombygningsmuligheder, f.eks. ved at der skabes let adgang til rørsystemerne, således at det bliver muligt at ændre tilslutningerne.

b) Nogle bygningsmæssige krav

Ovennævnte kriterier medfører visse krav til byggemåden, hvoraf de vigtigste er følgende:

- Ved valget af byggegrund skal der tages hensyn til de fremtidige udvidelser, jordforholdene, vand- og elektricitetsforsyningen, bortledningen af spildevand, befolkningens muligheder for at komme frem til stedet etc..

- Valget af den arkitektoniske løsning bør træffes under hensyntagen til miljøets karakter, for at der kan skabes grundlag for, at brugerne kan overtage ansvaret for vedligeholdelsen.
- Ved valget af strukturer bør der tages hensyn til den funktionelle fleksibilitet og de klimatiske forhold samt til det lokale markeds og de lokale virksomheders kapacitet etc.. Standardiseringen ved hjælp af et præfabrikeret system (Niger, Øvre Volta) viser sig at være særdeles hensigtsmæssig, for så vidt som
 - . det drejer sig om et stort samlet projekt (med et tilstrækkelig stort antal homogene bygninger),
 - . den muliggør en forkortelse af byggetiden gennem en bedre organisering af byggepladsen og af udførelsen,
 - . den kan sikre en høj kvalitet af det udførte arbejde,
 - . den kan sikre, at investeringsomkostningerne er mindre eller i hvert tilfælde ikke større end omkostningerne ved det traditionelle byggeri,
 - . den kan lette senere strukturelle eller funktionelle ændringer,
 - . den åbner mulighed for en nedsættelse af de løbende vedligeholdelsesomkostninger.

Dog vil der kunne være fordele ved en standardisering af strukturerne, hvis det ved iværksættelsen kan garanteres,

- . at planlægningen af bygninger og udstyr koordineres på harmonisk måde fra starten, således at der skabes sammenhang i byggeriet og udstyret,
 - . at de respektive frister for opførelsen og for leveringen af udstyr koordineres, således at der ikke sker afbrydelser i gennemførelsen af projektet,
 - . at de importerede leverancer (præfabrikerede dele og udstyr) ikke er mangelfulde og ikke skaber forsinkelser i installeringen og i-gangsætningen.
- Ved valget af materialer skal der tages hensyn til
 - . klimaforholdene,
 - . kravene om bekvem vedligeholdelse, enkel rengøring og let udskiftning,

- eventuelle virkninger på den lokale økonomi (benyttelse af byggematerialer, der er fremstillet lokalt).

- Valget af faste installationer og af udstyr bør finde sted under hensyntagen til

- brugernes forudsætninger (enkel drift),
- vedligeholdelsesmuligheder (midler, der er til rådighed på stedet - der skal eventuelt gives en fortrinsmargen til det mærke, der er repræsenteret på stedet, meget strenge krav i udbudsbetingelserne med hensyn til service efter salg)¹⁾,
- mulighederne med hensyn til levering af reservedele,
- rimelige driftsomkostninger²⁾.

1) Jf. endvidere kapitel B, II, 2, side 9.

2) Jf. tillige beretning 1970 vedrørende forholdene omkring udnyttelsen af bistanden, s. 85-86.

D. PROJEKTER VEDRØRENDE STØTTE TIL DRIFTEN

Følgende betragtninger er baseret på en vurdering af den række af midlertidige støtteforanstaltninger, der var forbundet med opførelsen af hospitalet i Mogadiscio (Somalia)¹⁾. Disse projekter vedrørende støtte til driften kan omfatte to afsnit: overtagelse af personalet (faglig bistand) og overtagelse af driften (materiel støtte).

I. Faglig bistand

På hospitalet i Mogadiscio har tidspresset på den ene side og på den anden side de mange nationaliteter, der var repræsenteret i den af EUF koordinerede aktion og i de bilaterale hjælpeforanstaltninger, haft til følge at lægepersonalet og det para-medicinske personale udgjorde en lidet homogen og derfor lidet sammenhængende gruppe. Imidlertid var forskellene i nationalitet og faglig uddannelse ikke de eneste årsager til problemer i forbindelse med ledelse og samarbejde; på talrige andre afrikanske hospitaler arbejder der personalegrupper, som er sammensat af mange nationaliteter²⁾. I Mogadiscio synes udvælgelsen af personalet og tildelingen af stillingerne i organisationsplanen på grund af tidspresset at være blevet foretaget på en lidet koordineret måde set fra et lægeligt synspunkt.

Man kan heraf slutte, at det faglige samarbejde kun kan lykkes for så vidt som grupperne bestående af lægepersonale og para-medicinsk personale er homogene, sammenhængende og hierarkisk opbygget; kun disse betingelser kan sikre den nødvendige samarbejdsånd, den gensidige faglige respekt og de ansvarliges autoritet. Udvalgelsen og ansættelsen af personale kan således ikke ske uden overlagens aktive og afgørende medvirken. Det ville være endnu bedre, hvis der om muligt kunne udkommanderes et helt hold medicinsk og administrativt personale fra et europæisk hospital.

1) Se beskrivelsen i Bilag I/11 og de følgende sider.

2) På hospitalet i Niamey er der f.eks. blandt 27 læger repræsenteret 7 forskellige nationaliteter; samarbejdet volder ingen problemer.

II. Midlertidig overtagelse af driften

Efter at EUP havde forpligtet sig til ligeledes at overtage driften af hospitalet i Mogadiscio, tilpassede den sine finansielle midler til projektets oprindelige udformning (høj grad af medicinsk specialisering, yderst moderne medicinsk udstyr, faste installationer efter europæisk mønster osv.); efter den gradvise afløsning af bistanden udefra har dette driftsniveau ikke kunnet opretholdes: driftsbudgettet for 1973 udviste en reduktion på 35% i forhold til 1966/67¹⁾. Det er klart, at denne reduktion af de faktiske driftsudgifter generelt måtte medføre en nedsættelse af hospitalets driftsniveau eller en forringelse af kvaliteten af den ydede behandling. Dog er der i de senere år opstået en rimelig balance på et lavere niveau mellem de krav, der er opstillet i planen og landets finansielle muligheder.

De indhøstede erfaringer viser, at overtagelsen af driftsudgifterne

- straks fra aktionens begyndelse må være tilpasset landets finansielle kapacitet på mellemlang sigt (selv med risiko for at blive udført på et niveau, der er lavere end fastsat i den oprindelige plan, hvis denne er urealistisk); den skal således afværge risikoen for en pludselig nedgang i drifts- og vedligeholdelsesniveauet, når afløsningen finder sted, og forhindre, at der her opstår for tunge byrder på bekostning af andre aktioner på det sundhedsmæssige område;
- skal være udformet således, at den gradvis aftager (således som det er gjort af EUP) for at styrke landets egen indsats og for at sikre, at landet selv overtager driften så hurtigt som muligt²⁾.

Som konklusion kan man fastholde, at en foranstaltning, der tager sigte på faglig bistand og midlertidig overtagelse af driften

- er rimelig som redningsaktion i undtagelsestilfælde i det omfang modtagerlandet vil være i stand til efterhånden selv at varetage driften og afløse den midlertidige støtte;

-
- 1) den periode i hvilken EUP stod for driften; sammenligningen tager hensyn til stigningen i det generelle prisniveau.
 - 2) denne betingelse er eksplicit udtrykt i Lomé-konventionen (artikel 58, stk. 2).

- er gunstig for landets sundhedsmæssige udvikling og rimelig som faglig bistand i forbindelse med projektet, i det omfang den bidrager til
 - . igangsætning på de bedst mulige tekniske betingelser,
 - . uddannelse på stedet af indfødte læger og para-medicinsk personale,
 - . forberedelse af afløsningen af det udefra kommende personale så hurtigt som muligt og på de bedst mulige betingelser.
- ville imidlertid være diskutabel i det omfang hjælpen udefra forhindrer modtagerlandet i fuldt ud at overtage ansvaret for administrationen og forvaltningen af projekterne; i så fald risikerer man, at støtteaktionen kun udskyder problemet uden at søge at løse det.

E. RESUME OG ALFINDERIGE KONKLUSIONER

1. De her gennemgaaede projekter viser, at Fællesskabet hidtil har konceneret sin indsats om den faste sundhedsmæssige infrastruktur på alle niveauer af sundhedspyramiden, enten i form af enkeltprojekter eller i form af helhedsprojekter, indpasset i programmer for sundhedsmæssig udvikling. De allerede afsluttede projekter, der er blevet vurderet, har således kun drejet sig om opførelse, indretning og modernisering af sanitære enheder (hospitaller, sundhedscentre, ambulatorier osv.)¹⁾, og om støtte til driften af et af dem, hospitalet i Mogadiscio (Somalia).

2. Generelt har disse projekter medført en væsentlig forbedring af landenes sundhedsmæssige infrastruktur. Udnyttelsesgraden er tilfredsstillende for størstedelen af de finansierede anlæg. Visse anlæg på de mellemste og de nederste trin af sundhedspyramiden har imidlertid endnu ikke nået den udnyttelsesgrad, der var planlagt.

Selv om visse sanitære enheders aktivitet er utilstrækkelig i forhold til den fastsatte målsætning og i forhold til anlæggenes kapacitet, er deres nytteverdi alligevel som oftest indiskutabel. Således har samtlige finansierede projekter gjort det muligt at øge det disponible medicinske personales ydeevne og lette de syges adgang til behandlingen. Men tilfælde af for ringe udnyttelse gør investeringsomkostningerne for store i forhold til den ydede service.

Når visse sanitære enheder ikke udnyttes fuldt ud, er det fordi de mangler de nødvendige driftsmidler eller undertiden fordi visse supplerende betingelser ikke er opfyldt eller - langt sjældnere - på grund af fejl i forbindelse med planlægningen eller placeringen.

3. Udnyttelsen af de første projekter, der blev gennemført, led under mangel både på personale og på drifts- og vedligeholdelsesbevillinger. AASM-landenes regeringer og Kommissionen blev hurtigt klar over faren for overkapacitet på det sundhedsmæssige område i forhold til driftsmidlerne: mens projekter inden for sundhedssektoren udgjorde 9% af 1. EUF's forpligtelser, er denne procentsats faldet til 4% for 2. EUF og 3% for 3. EUF.

1) EUF har for øvrigt kun finansieret én større sundhedsmæssig kampagne: kampagnen mod onchocerca (flod-blindhed) (Mali, Øvre Volta, Elfenbenskysten).

I øvrigt formindskes problemerne i forbindelse med driften i tidens løb. Oprettelsen af nye medicinske fakulteter i Afrika i den senere tid bidrager til at løse de stadig aktuelle problemer i forbindelse med mangel på indfødte læger, dog på betingelser af, at deres aflønning kan bæres af de pågældende landes sundhedsbudgetter. Efter åbning af et antal skoler, der uddanner para-medicinsk personale, kan det direkte behov for personale i denne kategori tilfredsstilles eller blive tilfredsstillet i nærmeste fremtid. De programmer for uddannelse af vedligeholdelsespersonale, der er påbegyndt efter anmodning fra Kommissionen og gennemført med finansiering fra EUF, er en effektiv og praktisk løsning på de store problemer i forbindelse med vedligeholdelse af udstyret. Imidlertid er hovedproblemet stadig landenes almindelige mangel på egne finansielle ressourcer, navnlig for så vidt angår driftsbevillinger; denne mangel på ressourcer nedsætter det ansatte personales effektivitet, selv om det arbejdet i de bedste anlæg og med det bedste udstyr.

4. Det fremgår af gennemgangen af forholdene omkring udnyttelsen af allerede afsluttede projekter, der er finansieret af EUF, at et stort hospital på højt niveau i almindelighed har større chancer for god udnyttelse og sikker levedygtighed end sanitære enheder på mellemste og laveste niveau. Det skyldes, at regeringerne har tendens til at koncentrere hele deres indsats i form af finansiell støtte, personale og materiel omkring disse hospitaler, som også tilfredsstiller deres behov for prestige.

De store hospitaler, der således råder over de nødvendige bevillinger og det nødvendige personale (hvortil kommer bistand udefra i det omfang de nationale muligheder svigter), bliver som regel udnyttet fuldt ud: indtil 90-100% af deres teoretiske kapacitet og undertiden endog mere. Derimod er der risiko for, at enheder på mellemste og laveste niveau ikke når den planlagte udnyttelsesgrad, i det omfang de stilles dårligt af en uafbalanceret tildeling af driftsmidler. Den konstaterede udnyttelsesgrad ligger på 40 - 70% for sekundære hospitaler og for sundhedscentre¹⁾.

1) se kapitel B, I, 1, s. 5.

I almindelighed bliver driftsvilkårene vanskeligere jo længere behandlings-enheden er fjernet fra det centrale niveau i henseende til funktion og struktur: ambulatorierne i landdistrikterne mangler meget ofte de mest elementære arbejdsmidler (lægemidler osv.); undertiden står de endog tomme i lange perioder, fordi der ingen sygeplejerske er.

5. En sanitær enhed kan være udnyttet i for ringe grad, selv om alle interne betingelser for driften er opfyldt på tilfredsstillende måde: for at en institution kan udføre de funktioner, som den får overdraget inden for rammerne af "sundhedspyramiden", må visse supplerende betingelser desuden være opfyldt: hensigtsmæssig ordning for overførsel af patienter, gode vejforbindelser fra de områder, hvis befolkning skal betjenes, og mellem de sanitære enheder på forskelligt niveau, rådighed over transportmidler, befolkningens medvirken osv.¹⁾

Man må derfor ved udformningen af projektet undersøge ikke blot de egentlige driftsbetingelser men også de nødvendige supplerende betingelser og mulighederne for at forbedre disse betingelser, f.eks.: arbejds- og levevilkårene for lægepersonalet og det para-medicinske personale, forøgelse af de finansielle midler, der anvendes til sundhedsmæssige formål osv. Kun ved på passende måde at opfylde de fleste af disse betingelser åbnes der mulighed for optimal udnyttelse af hver enkelt sanitær enhed og af den helhed, disse udgør - forudsat naturligvis at de er rationelt udformet.

6. Hvilke kriterier kan der opstilles for en rationel udformning af disse projekter? For at et lands sundhedsmæssige infrastruktur kan fungere rationelt og økonomisk forudsættes det, at alle dens dele er harmonisk indpasset i en sammenhængende og velafbalanceret helhed. Dette forudsætter hovedsagelig
- en tilpasning af infrastrukturens udformning til landets finansielle og personalemæssige kapacitet,

1) se kapitel C, I, 3, s. 30 ff.

- en regional spredning af de sanitære enheder, som skal tage hensyn til befolkningens sundhedsmæssige behov på den ene side, og på den anden side de grænser, der sættes af mangelen på personale og finansielle midler;
- en hierarkisk opdeling af alle sanitære enheder på forskellige niveauer, i teknisk og funktionsmæssig henseende såvel som i henseende til specialisering og kapacitet.

Overholdels disse principper ikke, medfører det skævhed eller uligevægt på nationalt plan: visse enheder overbelastes mens andre ikke udnyttes fuldt ud; visse befolkningsgrupper vil i sundhedsmæssig henseende blive begunstiget, andre tilsidesat.

7. Omfanget af bidragene udefra i form af bevillinger, materiel og personale, som ofte er nødvendige, for at de sanitære enheder kan fungere tilfredsstillende, viser afstanden mellem den eksisterende sundhedsmæssige infrastrukture driftsmæssige behov og landets egne midler. Eksempel: den finansielle støtte udefra anslås at være mere end 300% af landets eget driftsbudget inden for sundhedssektoren i Øvre Volta, og at være 40% i Niger¹⁾. Af det samlede antal læger udgør de læger, som kommer udefra for at yde faglig bistand, 85% i Niger og Mauretanien, 70% i Øvre Volta og 40% i Somalia og Cameroun²⁾.

Ved udformningen af et nyt projekt er det således nødvendigt at foretage en indgående undersøgelse af muligheden for at sikre driften ved nationale midler eller ved tilstrækkelig sikker støtte udefra. Undersøgelsen af projektet skal også omfatte en vurdering af de forholdsregler, som de nationale myndigheder har truffet eller påtænker at træffe for at øge de egne midler, der kan anvendes til sundhedsvæsenets drift³⁾. Hvis der ikke kan opnås en tilfredsstillende drift, er det nødvendigt enten at reducere projektet, så det

1) Anslået omfang af udefra kommende støtte til driften (uden personale)

Øvre Volta: ca. 400 mio CFA-fr.

Niger: ca. 200 mio CFA-fr.

se i øvrigt kapitel C, III, 3, s. 43.

2) se kapitel C, II, 1, s. 33 og B, III, 2, s. 12.

3) se kapitel C, III, 4, s. 46.

svarer til landets kapacitet, eller at forsøge at nå de samme sundhedsmæssige mål ved hensigtsmæssige aktioner inden for den forebyggende lægevirksomhed.

8. Med hensyn til bestemmelse af nyopførelsesart og udformning viser den heldige gennemførelse af det af EUF finansierede projekt i Niger¹⁾ nødvendigheden af at undersøge de forskellige mulige varianter (f.eks. opførelse af et almindeligt hospital eller af flere sanitære enheder uden for hovedstaden; nyopførelse eller modernisering af et allerede eksisterende hospital osv.).

For at undgå strukturel og funktionel uligevægt på nationalt plan, må man ved valget tage hensyn til

- den eksisterende infrastrukturens karakter, ikke blot i den offentlige sektor, men også i den private sektor; det var f.eks. fuldt ud berettiget at opføre et centralhospital i Nouakchott, ligesom det var berettiget at gå imod et nyt centralhospital i Niamey;
- landets finansielle og personalemæssige kapacitet på mellemlang sigt.

Erstatning af et eksisterende forældet hospital er ikke nødvendigvis den bedste løsning. Istandsættelse og modernisering kan være mere fordelagtig

- hvor dette muliggør en bedre tilpasning af de tilbagevendende udgifter og behovet for ekstra personale til de forhåndenværende midler,
- hvor dette mindsker risikoen for at skabe for stor kapacitet.

9. Den tekniske udformning afspejler ofte de nationale myndigheders ambitiøse ønsker. For at kunne sikre en effektiv service på sundhedsområdet ved hjælp af begrænsede midler og for at øge chancerne for at denne service kan fungere

1) se kapitel C, I, 2, s. 27 ff. og bilag I/17-19.

gnidningsløst, må projektet være tilpasset ikke blot de tekniske, finansielle og personalemæssige muligheder for udnyttelse og vedligeholdelse, men desuden brugernes kendskab, de virkelige sundhedsmæssige behov, de lokale forhold og befolkningens levestandard.

Derfor må den tekniske udformning være tilstrækkelig fleksibel, hvilket bør komme til udtryk både i den arkitektoniske udformning, bygningernes struktur, valget af bygningsmaterialer, valget af faste installationer og udstyr¹⁾.

10. Resumé: med udgangspunkt i en allerede eksisterende infrastruktur, der geografisk set er hensigtsmæssigt fordelt, øges chancerne for en heldig gennemførelse af et nyt projekt i det omfang (som det var tilfældet i Niger) det er muligt efterhånden at tilpasse (såvel kvalitativt som kvantitativt) de forskellige elementer i den sundhedsmæssige infrastruktur til befolkningens behov. En planlægning af udviklingen, der fastsætter de forskellige stadier af gennemførelsen, vil lette disse tilpasninger og forhindre strukturelle, finansielle og personalemæssige misforhold. Under hensyntagen til, at de fleste af landene råder over meget begrænsede ressourcer, må indsatsen for at forbedre, modernisere og effektivisere allerede eksisterende sundhedsmæssige infrastrukturer og udstyr prioriteres højere end nyopførelser.

1) se kapitel C, IV, s. 48-53.

11. Den ulige fordeling af finansielle og materielle midler og af personale til fordel for de store byer og på bekostning både af landdistrikterne og den forebyggende lægevirksomhed, viser den vej, man må gå i fremtiden. Regeringerne er klar over denne ulige fordeling. Imidlertid ville den forebyggende lægevirksomhed og lægehjælpen til store befolkningsgrupper til trods for den fortrinsstilling disse foranstaltninger teoretisk set har i sundhedspolitikken, så at sige ikke eksistere, hvis de ikke blev støttet udefra på forskellig måde.

Resultaterne af den forebyggende lægevirksomhed er mindre iøjnefaldende, men den er langt mere effektiv, eftersom den tager fat på selve årsagen til sygdommene.

På nationalt plan må man i praksis forbedre fordelingen af de til rådighed stående midler mellem helbredende og forebyggende lægevirksomhed, mellem samlede og spredte enheder, mellem fast og mobil lægetjeneste.

12. I adskillige lande (f.eks.: Øvre Volta, Niger, Tchad) ydes der lægehjælp til store befolkningsgrupper ved hjælp af sundhedscentre og ved hjælp af mobile lægehold. Disse sidste har til formål samtidig at udføre opgaver med hensyn til

- undersøgelse: komme i berøring med store befolkningsgrupper for at muliggøre en systematisk opsporing af sygdomme og mangler,
- forebyggelse: benytte lejligheden til at udføre systematiske vaccinationer,
- behandling på stedet af de opdagede sygdomme, der ikke kræver indlæggelse,
- overførsel af alvorligt syge til hospitalsenhederne,
- sundhedsoplysning.

Denne form for lægehjælp til befolkningsgrupper kan, skønt den er baseret på meget simple principper og er forbundet med relativt små omkostninger, imidlertid kun give et positivt resultat i det omfang det lykkes den med passende mellemrum at komme i berøring med hele den spredte befolkning. I virkeligheden når den, til trods for betydelig støtte udefra, ikke alle sine mål på grund af den almindelige mangel på personale, transportmidler, lægemidler, vaccine osv.

13. Virkeliggørelsen af lægehjælpen til store befolkningsgrupper forudsætter en integration af den helbredende og den forebyggende lægevirksomhed, i praksis og administrativt.

Integrationen kan i praksis ske inden for rammerne af de såkaldte sundhedscentre, der dels omfatter et hospital eller et behandlingscenter med indlæggelses- og konsultationsafdeling - beliggende i et landdistrikt - dels en mobil lægetjeneste. Den mest effektive løsning synes at være en afsluttet enhed, der har en bredde, der sikrer den fulde sundhedsmæssige beskyttelse, behandling og forebyggelse såvel som sundhedsmæssig opdragelse, beskyttelse af mor og barn, hygiejniske foranstaltninger osv. I øvrigt muliggør dette en meget rationel anvendelse af lægepersonalet: lægerne er fordelt i de forskellige sundhedscentre og kan pålægges ansvaret for, og tilsynet med mindre institutioner (centre i landdistrikterne, ambulatorier osv.) og med den mobile lægetjeneste.

For at undgå spændinger og modsætninger i praksis, er det nødvendigt at der administrativt sker en koncentration af ansvaret på højeste plan, dvs. i en afdeling af sundhedsministeriet. Denne koncentreret af ansvaret er berettiget på grund af de krav, der stilles til planlægningen af de forskellige sundhedsforanstaltninger samt af de anvendte metoder og til den mest rationelle fordeling af finansielle og personalemæssige midler. Desuden må reference- og tilsynssystemerne være nøje fastlagt på nationalt plan, idet der ellers er risiko for, at integrationen af selve aktionerne bliver forfejlet til fordel for de enkelte ansvarlige overlægers initiativer.

14. Integrationen af den helbredende og den forebyggende lægevirksomhed, i de forskellige sundhedscentre, må suppleres med sundhedsoplysning; det drejer sig navnlig om at iværksætte aktioner for hygiejne, beskyttelse af mor og barn, aktioner til bekæmpelse af forkert ernæring.

Sundhedsoplysningen supplerer den helbredende og den forebyggende lægevirksomhed, og er samtidig betingelsen for at disse kan være effektive. En sundhedsmæssig foranstaltning kan kun forventes at blive fuldt ud effektiv, hvis befolkningen samtidig medvirker og informeres om årsagerne til sygdommen og de enkle og praktiske midler til bekæmpelse heraf, og hvis der samtidig sker en forbedring af de materielle livsvilkår, der betinger helbredstilstanden.

Effektiviteten af sundhedsprojekterne er således til en vis grad afhængig af andre udviklingsprojekter, nemlig inden for områderne landbrugsudvikling, vandbygning, sanering og uddannelse.

15. Konklusion: enhver politik eller udviklingsplan på det sundhedsmæssige område, enhver investering i sundhedsmæssig infrastruktur og enhver aktion på det sundhedsmæssige område må harmonisk integreres i landets samlede socio-økonomiske situation og i den generelle udviklingsplan.

Beslutningerne inden for det sundhedsmæssige område vil kunne baseres på følgende handlingsprincipper:

- Med henblik på opretholdelse eller etablering af en sammenhængende og afbalanceret infrastruktur og med henblik på at undgå skævheder, må principperne om hensigtsmæssig regional spredning og hierarkisk opbygning overholdes; desuden er det nødvendigt, at anlæg og udstyr tilpasses landets finansielle og personalemæssige muligheder; en sammenhængende styrkelse af disse forskellige driftsmidler må planlægges på temmelig lang sigt; desuden må disse midler tildeles efter hensigtsmæssige regionale og hierarkiske kriterier.
- Samtlige sundhedsmæssige aktiviteter (helbredende, forebyggende, oplysende) må integreres i den sammenhængende og velordnede ramme, som udgøres af samtlige landets sundhedstjenester.
- Med henblik på at undgå en forværring af den eksisterende uligevægt til fordel for byområderne, synes det påkrævet, at hjælpen udefra i første række tager sigte på en almindelig styrkelse af samtlige sundhedstjenester i landdistrikterne:
 - . enten ved oprettelse eller forbedring af institutioner (centre i landdistrikter) hvorfra integrerede sundhedsmæssige aktioner kan udgå,
 - . eller ved direkte hjælp til integrerede aktioner for lægehjælp til store befolkningsgrupper (kampagner mod endemiske sygdomme, forebyggelses- og undersøgelseskampagner osv.).
- Aktionerne for sundhedsoplysning, kamp mod forkert ernæring, beskyttelse af mor og barn udgør det nødvendige supplement til investeringerne i den sundhedsmæssige infrastruktur.
- Programmerne for vandforsyning og bortledning af spildevand er særlig vigtige i det omfang de bidrager til at forbedre de almindelige hygiejniske betingelser: en investering på området sanering (bortledning af spildevand osv.) har ofte en større positiv virkning på befolkningens helbreds-

tilstand end en egentlig sundhedsforanstaltning.

- Foranstaltninger, der tager sigte på uddannelse af personale må ske i overensstemmelse med udviklingen i infrastrukturen og de forskellige sundhedsforanstaltninger, for at sikre
 - . lægepersonale og para-medicinsk personale i rette tid og i tilstrækkeligt antal,
 - . tilpasning af personalets kvalifikationer til de særlige lokale behov, navnlig de særlige behov i forbindelse med lægehjælp til store befolkningsgrupper og i forbindelse med sundhedsforanstaltninger i landdistrikterne.
- For så vidt sundhedsforanstaltningerne (navnlig sundhedsprogrammerne) finansieres af støtte udefra, vil en bedre indbyrdes koordinering være hensigtsmæssig. Det er et spørgsmål om denne koordinering kan foretages af modtagerlandet selv; en indsats fra de forskellige internationale organer og fra de lande, der yder bilateral støtte, kunne måske gøre støtteforanstaltningerne mere effektive.

Støtte udefra på sundhedsområdet er uden tvivl en pligt, der er forbundet med den medmenneskelige solidaritet, men den er også en politisk nødvendighed. Desto vigtigere bliver det, at den integreres i de nationale bestræbelser på økonomisk og social udvikling. En forbedring af befolkningens levestandard ved en velafbalanceret økonomisk udvikling vil i vidt omfang løse de problemer, som de sundhedsmæssige foranstaltninger i sig selv er ude af stand til at løse.

PROJEKTERNEFormål, udformning og almindelige resultater1) Gennemførte projekter på Madagascar

Det fælles formål med de tre projekter på Madagascar, som blev finansieret ved hjælp af midler fra den første EUF, var at erstatte en del af de eksisterende hospitalsenheder, som var blevet forældede og utilstrækkelige; det drejer sig om opførelsen af en indlæggelsespavillon i Majunga, et nyt hospital i Manakara og første afsnit af et hospital i Fort Dauphin. Udnyttelsen af de tre projekter har været genstand for en undersøgelse i 1974.

a) Indlæggelsespavillon i Majunga

Den i 1961 planlagte opførelse og indretning af en indlæggelsespavillon i Majunga¹⁾ havde til formål at erstatte et hospitalsafsnit (100 senge), som var blevet forældet og ubrugeligt, og samtidig udvide dette (100 senge). Kapaciteten er således blevet udvidet til 550 sengepladser, hvilket svarer til de krav, der stilles til dette almindelige hospital der er provinsens vigtigste.

Den arkitektoniske udformning af toetages bygningen, som blev taget i brug i 1965, er særdeles vellykket; bygningen er pænt vedligeholdt, og næsten hele det velholdte udstyr er i brug. De bevillinger, der var til rådighed for vedligeholdelsen, har hidtil gjort det muligt at udføre de nødvendige arbejder.

Hospitalets virksomhed viser, at det på relevant måde imødekommer befolkningens behov: antallet af indlæggelser og indlæggelsesdage stiger støt; belægningsprocenten er steget fra 77% i 1968 til 91% i 1973. Til gengæld har der kunnet konstateres en nedgang i antallet af konsultationer, efter at der i byen Majunga er blevet åbnet ambulatorier²⁾ og sket forbedringer af disse. Det samlede personale (170 består af 11 læger og 52 sygeplejersker og sygehjælpere; heriblandt er der nogle læger og sygeplejersker (nonner) fra Frankrigs faglige bistand. Størrelsen af det paramedicinske personale og hjælpepersonalet må betragtes som utilstrækkelig.

1) Udgifter: 382 000 RE.

2) Af følgende typer: missionsambulatorium, statslign. eller privat institution.

Hospitalets driftsbudget (personale ikke medregnet) synes lige at kunne forslå; udtrykt i driftsomkostninger¹⁾ pr. seng (105 000 MGfr.) og pr. indlæggelsesdag (260 MGfr.) ligger det nogenlunde på samme niveau som f.eks. budgettet for hospitalerne i Ouagadougou og Bobo-Dioulasso (116.000/125.000 CFAfr. og 390/350 CFAfr.), som har en lignende kapacitet, og et godt stykke under budgettet for hospitalerne i Mogadiscio (185 000 og 565 CFAfr.; Somalia) og Zinder (157 000 og 450 CFAfr.; Niger). Hospitalets indtægter, der stammer fra 20% af patienterne, som indlægges mod betaling, skal overføres til statskassen.

Kort sagt, den af EUF foretagne investering er absolut nyttig, og befolkningens indstilling er forholdsvis positiv; udnyttelsen af investeringen hæmmes kun af en almindelig mangel på lægemidler.

b) Hospitalet i Manakara

Opførelsen og indretningen af et nyt hospital med 100 senge i Manakara med mulighed for udvidelse til 150 senge skulle gøre det muligt at erstatte det gamle hospital og forøge kapaciteten den smule. Det gamle hospital fra 1930, som lå mere end 3 km fra byområdet, havde til huse i lokaler, som allerede var medtaget af ældre, og hvortil der i 1952 var blevet føjet en mere moderne pavillon. Formålet med projektet²⁾, som var vedtaget i 1961, var at flytte hospitalet ind i byen; som følge heraf foretrak man genopførelsen inde i byen fremfor moderniseringen af det gamle hospital.

Hospitalet, som blev taget i brug i 1967, fremtræder i god stand, hvilket vidner om, at den almindelige vedligeholdelse er tilfredsstillende. Vedligeholdelsen af det medicinske udstyr giver imidlertid problemer på grund af mangelen på kvalificeret personale, og fordi der ikke findes muligheder for service på stedet.

Hospitalets virksomhed var før i tiden absolut tilfredsstillende; der er imidlertid sket en klar tilbagegang inden for de sidste 2 år, hvilket skyldes, at hospitalet har mistet noget af sin anseelse hos befolkningen.

1) Alle tallene er fra 1973, for Zinders vedkommende fra 1975.

2) Udgifter: 437 000 RE.

Belægningsprocenten er således faldet fra 73% i 1972 til 41% i 1974; dog er der samtidig sket en forøgelse på 50% af antallet af indlæggelser.

Det samlede personale, som helt og holdent er indfødt (55, hvoraf 5 er læger), synes at være stort nok til dette hospital med 150 sengepladser. Driftsbudgettet (personale ikke medregnet), som er mindre end beregnet ved projektets udformning, forslår ikke; derfor er det nødvendigt med forskellige spareforanstaltninger (begrænset anvendelse af lys, køretøjer etc.).

Alt i alt sker hospitalets drift under relativt tilfredsstillende betingelser til trods for de knappe midler, der er til rådighed. Formålene med investeringen kan anses for at være opfyldt. Det sorte punkt i dette projekt er, at det gamle hospital ikke er blevet fuldstændig lukket. Til trods for at den gamle pavillon fremtræder i en ynkværdig tilstand og med et uhumsk udstyr anvendes den stadig (50 senge til patienter med smitsomme og kroniske sygdomme); selv om den administrativt er knyttet til det nye hospital og betjenes af det samme personale, er den på grund af sin fjernø beliggenhed alligevel ikke underkastet en normal kontrol fra overlægens side.

c) Hospitalet i Fort Dauphin

Formålet med opførelsen og indretningen af l. del af et nyt hospital med 96 senge og kirurgisk blok i Fort Dauphin var at erstatte en hospitalsenhed, som var blevet ubrugelig efter en tornado. Ved udformningen af projektet¹⁾, som var vedtaget i 1961, var der givet mulighed for en senere udvidelse til 150 senge. Med henblik på at erstatte det gamle hospital, der lå i det europæiske beboelseskvarter, valgte man at placere det nær ved de kvarterer, der beboedes af den indfødte befolkning.

På grund af de næsten totale mangel på vedligeholdelse fremtræder hospitalet, som blev taget i brug i 1967, i en meget forfalden tilstand (ituskårne ruder, revner mellem stolper, bjælker og skillevægge, indfatninger gennemtarret af rust etc.). På grund af mangelen på kvalificeret teknisk personale og økonomiske midler giver det faste udstyr og det medi-

1) Udgifter: 483 000 RE.

cinske apparaturs tilstand og vedligeholdelse ligeledes anledning til meget store problemer. Således har 12 luftkonditioneringsapparater ud af 12, elevatoren i 1-etages bygningen, køleanlæggene, nødelektricitetsanlægget, en del af det medicinske apparatur, etc. længe været ude af drift.

På grund af hospitalets dårlige stand, der yderligere forværres af den almindelige mangel på renholdelse og hygiejne, er dets anvendelsesmuligheder ret begrænsede (afhængig af behandlingernes antal og kvalitet og hvorvidt disse er komplicerede). Denne situation afspejler sig naturligvis i de tal, der vedrører hospitalets virksomhed: belægning på 21% i 1973 og på 39% i 1974 og et gennemsnitligt hospitalsophold på 5-7 dage.

Det samlede personale (46, heraf 4 læger) er tilstrækkeligt stort i forhold til kapaciteten på 120 senge (sammenlignelsesvis er der på det sekundære hospital i Gaoua, Øvre-Volta, 50 ansatte, heraf 3 læger); det forekommer at være fuldt ud tilstrækkeligt i forhold til hospitalets virksomhed (mindre end 100 interne og eksterne konsultationer om dagen).

De tal, der er til rådighed vedrørende driftsbudgettet (personale ikke medregnet), er ikke overbevisende; i 1973/74 var der bevilget relativt store midler med henblik på en opsugning af passiverne fra de foregående år. Det er imidlertid temmelig forbavsende, at Fort Dauphins budget (17,5 mio MGfr. i 1974) ligger nær ved Manakaras (15,0 mio CFAfr. i 1974) til trods for at sidstnævnte hospitals sengekapacitet og virksomhed er mere omfattende.

Denne EUF-investerings nytte er ofte blevet draget i tvivl, thi i Manambara, 23 km fra Fort Dauphin (asfalteret vej), har der siden 1954 ligget et hospital, som hører under den lutheranske mission. Erfaringen har vist, at det ikke er realistisk at antage, at det skader den nationale prestige, at der findes et privat udenlandsk hospital; patienterne er ikke fællesomme over for prestigebegreber. Manambara-hospitalets¹⁾ ubestridelige succes må på en gang ses som et resultat af Fort Dauphin-hospitalets forfald og som årsagen til dette. Hertil kommer den yderligere omstændighed, at det betalende klientel foretrækker Manambara til trods for det højere prisniveau²⁾. Selv embedsmændene, som i princippet ikke har tilladelse hertil, lader sig uden tøven behandle i Manambara.

1) Kapacitet: 57 senge, belægning: ca. 100%, personale: amerikanske missionærer (lutheranske), budget 40 mio MGfr. (1973), 95% af hospitalets virksomhed baseret på betaling.

2) Prisen for indlæggelse er lavere end i Fort Dauphin; derimod skal der betales for kirurgiske indgreb.

2) De sanitære enheder i Dahomey

Bistanden fra Fællesskabet har i Dahomey finansieret omdannelsen af hospitalet i Parakou til et sekundært hospital, udvidelsen af en lille sanitær enhed i Savalou samt opførelsen af en fødeklinik i Athiémé. De samlede omkostninger ved gennemførelsen af disse tre projekter, som blev vedtaget i 1960 og taget i brug mellem 1964 og 1966, beløber sig til 643 000 RE (1. EUP).

a) Det sekundære hospital i Parakou

Formålet med omdannelsen af hospitalet i Parakou til et sekundært hospital var

- at råde bod på den alvorlige mangel på operationsudstyr, som kendetegnede det eneste hospitalscenter i nordområderne, hvor der var mulighed for at give specialbehandling;
- at imødekomme de regionale krav på det sundhedsmæssige område samt reducere antallet af overflytninger af alvorligt syge til hospitalerne i de sydlige områder, hvis kapacitet allerede var utilstrækkelig.

Projektet¹⁾ har gjort det muligt at forøge hospitalskapaciteten med 60 senge, således at denne er steget fra 130 til 190 senge; projektet omfattede bl.a. opførelsen og indretningen af nye bygninger til kirurgisk behandling samt udvidelsen og indretningen af fødeklinikken.

Hospitalet udgør det vigtigste led i sundhedsvirksomheden i det nordlige område, hvor der er mere end 500 000 indbyggere; dets aktiviteter er tilfredsstillende selv om belægningsprocenten kun ligger på 63%; der er tale om næsten 50 kirurgiske indgreb og 25 fødsler pr. uge samt 300 konsultationer pr. dag. Mangelen på vedligeholdelse er skyld i, at bygningernes ydre lader tilbage at ønske.

1) Udgifter: 518 000 RE.

b) Hospitalsenheden i Savalou

Udvidelsen af det medicinsk-kirurgiske center i Savalou havde til formål at forbedre arbejdsvilkårene i en sanitær enhed, der var forsynet med et medicinsk-kirurgisk udstyr, og hvis fødeklinik ikke var tilstrækkelig stor, og hvor der kun var begrænsede muligheder for indlæggelse.

Projektet¹⁾ omfattede opførelsen af en fødeklinik med 30 senge og af et sundhedsplejecenter for mødre og småbørn ("centre P.M.I."). Kapaciteten, der således er forøget til 126 sengepladser, imødekommer behovene hos de 65 000 mennesker, der bor i distriktet. Hospitalscentret, hvis personale (i alt 40) ledes af en læge, kører tilfredsstillende; bygningerne, som er enkle, robuste og praktiske, er velholdte og gør et godt indtryk.

c) Fødeklinikken i Lokossa

Formålet med opførelsen af en fødeklinik, der ifølge planen oprindeligt skulle have ligget i Athiémé, men blev anbragt i Lokossa, var at modernisere den eksisterende sanitære enhed, hvis lokaler varældgamle, og hvis kapacitet var for lille.

Projektet²⁾ omfattede opførelsen af en moderne fødeklinik med 36 sengepladser samt omdannelsen af den eksisterende fødeklinik til indlæggelses-pavillon. Byggearbejderne blev fuldført i 1961; bygningerne blev dog først rigtig taget i anvendelse i 1966 efter at være blevet tilsluttet det lokale vandforsyningsnet.

Fødeklinikken fungerer perfekt, og bygningerne er velholdte.

1) Udgifter: 85 000 RE.

2) Udgifter: 40 000 RE.

3) Mauritanien: centralhospitalet i Nouakchott

I Mauretania har bistanden fra Fællesskabet finansieret opførelsen af centralhospitalet og sygeplejeskolen; det blev besluttet at finansiere yderligere 2 projekter: i 1973 drejede det sig om opførelsen af en poliklinik i Nouakchott og om faglig bistand med henblik på oprettelsen af en vedligeholdelsesafdeling og i 1974 om udvidelsen af centralhospitalet.

Da projektet vedrørende opførelsen og indretningen af et hospital og en sygeplejeskole i Nouakchott var under udarbejdelse, blev Mauretania uafhængig, og landets situation kendetegnedes ved:

- den uvisse fremtid for den nye hovedstad Nouakchott, som man kun regnede med ville få et indbyggerantal på maksimalt 15 til 20 000;
- den næsten totale mangel på para-medicinsk personale;
- at der ikke fandtes nogen egentlig infrastruktur på det sundhedsmæssige område på nationalt plan: der fandtes kun 3 hospitalsenheder, som var udstyret med få tekniske hjælpemidler, inden for landets område¹⁾ samt et meget lille antal lægecentre af ringe størrelse. To tredjedele af de alvorligt syge måtte overflyttes til hospitaler i nabolandene, bl.a. til St. Louis og Dakar (Sénégal) og Kayes (Mali).

Som følge heraf blev projektet²⁾, der var vedtaget i 1961, udformet således, at det omfattede:

- en første del (135 sengepladser) af et større hospital, hvis endelige kapacitet skulle være på 250 senge;
- begyndelsen til en sygeplejeskole, der delvis var integreret i hospitalet med henblik på hurtigt at uddanne medicinsk hjælpepersonale;
- begyndelsen til et fremtidigt centralhospital, som både skulle fungere på nationalt plan som overflyttelses- og diagnosecenter for hele landet og på lokalt plan som hospitalscenter for hovedstadsområdet.

1) Atar, Aioun, Kaedi.

2) Samlede omkostninger 2,5 mio RE.

I den tekniske udformning skulle der tages hensyn til en fremtidig udvidelse, uden at de tekniske afdelinger blev ændret, og uden at der blev bragt forstyrrelse i hospitalets drift; som følge heraf blev hospitalet relativt overforsynet med medicinsk udstyr i forhold til antallet af opførte sengepladser. Til gengæld kunne det medicinske udstyr således opfylde de sundhedsmæssige krav, der fremover gjorde sig gældende på nationalt plan.

Den arkitektoniske udformning - et stort moderne kompleks i 3 niveauer, hvorfra der på grund af beliggenheden er udsigt over hele Nouakchott - er afgjort vellykket; dette kunne dog ikke undgå at få indvirkning på den driftsmæssige side, ligesom den tekniske udformning af visse dele af udstyret har vist sig at være for kompliceret for et land som Mauretanien. Vedligeholdelsen af hospitalet var da også særdeles vanskelig på grund af den totale mangel på kvalificeret personale samt på grund af transportproblemer for reservedelene vedkommende.

I sin helhed har hospitalet, der blev taget i brug i 1966, på udmærket måde opfyldt målene; dets aktiviteter har gennemgået en eksplosiv udvikling: antallet af indlæggelser er mere end fordoblet mellem 1967 og 1972. Antallet af kirurgiske indgreb er fordoblet mellem 1969 og 1972, og belægningsprocenten har nået og har endog midlertidigt passeret 100%. Endelig har de eksterne konsultationer nået et punkt, hvor de griber forstyrrende ind i afdelingernes normale drift.

Hospitalets kapacitet har således hurtigt vist sig at være utilstrækkelig, særlig af to grunde:

- Nouakchott har udviklet sig på en måde, man slet ikke havde forestillet sig, idet indbyggerantallet er nået op på mellem 50 og 70 000;
- forbedringen af det indenlandske transportnet og transportmidlerne har lettet tilstrømningen af patienter til centralhospitalet.

For at afhjælpe denne situation inden for selve hospitalets rammer er der truffet følgende foranstaltninger:

- den faktiske kapacitet er gradvis blevet forøget fra 135 til 230 sengepladser¹⁾, idet der er blevet anbragt ekstra senge på bekostning af den enkelte patients livsrum;

1) 1974: 250 senge.

- indlæggelsernes gennemsnitlige varighed er ofte blevet kortet ned til et i sikkerhedsmæssig henseende absolut minimum;
- der er blevet foretaget en meget streng udvælgelse med henblik på indlæggelse på hospitalet.

Inden for rammerne af den udvidelsespolitik, som er blevet fastlagt af regeringen, og ifølge hvilken der gradvis skal skabes en sundhedsmæssig infrastruktur i to niveauer, har følgende fået prioritet:

- en delvis forøgelse af kapaciteten, idet centralhospitalet aflastes for de enkleste behandlinger ved oprettelsen af en lokal poliklinik i Nouakchott;
- en nettoudvidelse af hospitalets kapacitet;
- bevarelsen og forbedringen af hele det forhåndenværende medico-tekniske udstyr.

Opfyldelsen af disse mål har givet sig udtryk i de beslutninger, der blev truffet af Fællesskabet i 1973 og 1974, om at finansiere .

- opførelsen og indretningen af et center for konsultation, førstehjælp og udvælgelse i Nouakchott; dette center skal udgøre den første funktionsdygtige del af en fremtidig poliklinik;
- den faglige bistand fra en ekspert/instruktør i en periode af 2 år med henblik på organiseringen af vedligeholdelsestjenesten og uddannelsen af personalet;
- udvidelsen af hospitalet til 450 senge (endelig kapacitet) ved tilføjelse af de endnu ikke eksisterende specialafdelinger og udbygningen af de allerede eksisterende, således at det virkelig kan fungere som centralhospital;
- udvidelsen af sygeplejeskolen ved bygning af nye undervisningslokaler.

I betragtning af den voldsomme aktivitet synes det forhåndenværende personale (ca. 200 i alt, heraf 11 læger) at være overbebyrdet med arbejde, og behandlingernes kvalitet kan ikke undgå at bære præg heraf. Sammenlignet med andre hospitaler med samme aktivitetsniveau forekommer et antal på 250-300 ansatte mere passende.

Det driftsbudget (personale ikke medregnet), som hospitalet råder over, har ikke fulgt den samme udvikling, som hospitalets aktiviteter: budgettet er nemlig kun blevet forhøjet med 10% mellem 1967 og 1972. Dets økonomiske midler (75,5 mio CFAfr. i 1972) ligger imidlertid omtrent på samme niveau som budgetterne for hospitalerne i Zinder (Niger) og Bobo-Dioulasso (Øvre-Volta), til trods for den betydelige forskel i hospitalskapacitet¹⁾. Driftsomkostningerne²⁾ pr. seng (330 000 CFAfr.) og pr. indlæggelsesdag (940 CFAfr.) ligger på et meget fordelagtigt niveau i forhold til de andre centralhospitalet, som der foreligger tal for³⁾; heraf kan slutes at de midler, der bevilges hospitalet i Nouakchott, må betragtes som fuldt ud tilstrækkelige. Dog må det tages i betragtning, at det tunge medicinske specialudstyr, der findes i dette centralhospital, sammen med alle faciliteterne (2 operationsstuer, røntgenblok, laboratorium, apotek etc.) - der udgør første del af et større hospital - har en uforholdsmæssig stor indvirkning på de løbende udgifter.

Kort og godt, den måde, hvorpå den af EUF foretagne investering i Nouakchott er blevet anvendt, viser, at de tilstræbte mål fuldt ud er blevet opfyldt; Fællesskabet har ved sin bistand bibragt landets sundhedsmæssige infrastruktur dens vigtigste grundelement, og som følge af dette gode resultat har det fortsat sin bistand til denne sektor.

1) Nouakchott 230 senge (1974: 250 senge), Zinder 450 senge, Bobo-Dioulasso 700 senge.

2) På grundlag af budgetterne for 1972.

3) Mogadiscio	185 000 CFAfr./565 CFAfr. (1973)
Ouagadougou	116 000 CFAfr./390 CFAfr. (1973)
Niamey	225 000 CFAfr./670 CFAfr. (1975)

4) Somalia: det almindelige hospital i Mogadiscio

Det oprindelige projekt vedrørende opførelsen og indretningen af et nyt almindeligt hospital i Mogadiscio blev efterfulgt af en række projekter vedrørende faglig bistand og midlertidig støtte til driften.

Formålene med det oprindelige projekt¹⁾; der var vedtaget i 1959, var at opføre og indrette et almindeligt hospital med 600 sengepladser i Mogadiscio med henblik på at:

- erstatte det allerede eksisterende almindelige hospital (Di Martino), hvis forfaldne tilstand blev betragtet som uafhjælpelig;
- modernisere og forbedre hospitalstjenesten i Somalia og i særdeleshed i Mogadiscio for at kunne tilfredsstille de voksende behov på det sundhedsmæssige område.

Udformningen af projektet, som var foretaget før Somalias uafhængighed, byggede på tre væsentlige forudsætninger:

- et bindende løfte²⁾ fra de italienske tilsynsførende myndigheders side om bistand fra udlandet i form af lægepersonale mindst indtil 1970;
- det gamle hospital Di Martino skulle erstattes, og dets personale og bevillinger overføres til det nye hospital;
- de ekstra driftsbevillinger skulle overgå til sundhedsbudgettet.

Efter at Somalia blev uafhængig i 1962, og hospitalet var fuldført og delvis udstyret, viste det sig, at landets regering hverken var i stand til

- at opnå bistand fra udlandet i form af lægepersonale, idet Italien gradvis havde reduceret sin faglige bistand;
- eller finansiere lønnen til lægerne (som naturligvis var udenlandske, thi i 1963 rådede Somalia selv endnu kun over 2 læger) og til det nødvendige para-medicinske personale over det nationale budget;
- eller sikre hospitalets drift over det nationale budget.

1) Samlede omkostninger: 2,8 mio RE.

2) Specificeret i finansieringsaftalen, som blev underskrevet i 1959 inden uafhængigheden.

Ydermere blev det gamle hospital Di Martino ikke lukket.

Som følge heraf var hospitalet endnu ikke kommet i gang i 1964 to år efter, at det var blevet fuldført. Efter anmodning fra Somalias regering traf Fællesskabet de nødvendige foranstaltninger til undtagelsesvis og kun for en begrænset periode at sikre at hospitalet kunne tages i brug. Denne tilføjelse af tidligere faglige bistand¹⁾, der forenede fællesskabsaktionerne og visse koordinerede bilaterale aktioner fra medlemsstaternes side, startede i 1964 og omfattede i et gradvis aftagende omfang:

- ansættelsen af 31 læger (1964-1970);
- ansættelsen af 70 personer inden for kategorierne para-medicinsk, administrativt og teknisk personale (1965-1970);
- overtagelsen af driftsudgifterne (1966-1972).

I virkeligheden startede den normale hospitalsvirksomhed først i begyndelsen af 1966.

Efter at hospitalet kom i gang og blev overtaget af EUF, rejste der sig en mange administrative og organisationsmæssige problemer; de ødelagde arbejdsklimaet og gav sig udslag i en almindelig mangel på samarbejde, solidaritet og endog pligtfølelse; de bevirkede også, at værdien af Fællesskabets faglige bistand blev draget i tvivl. Desuden var hospitalet genstand for en rivalisering, der formentlig havde politiske årsager: konkurrence fra det gamle hospital Di Martino, som i stedet for at lukke blev indrettet og drevet - i øvrigt med et udmærket resultat - ved hjælp af finansiell støtte fra Ruslands side. Denne situation skabte uden tvivl blandt andet en almindelig tendens til overdrivelser af enhver art, hvilket resulterede i, at både europæerne og landets egne indbyggere betragtede hospitalet som "dramaet i Mogadiscio", selv om det i virkeligheden allerede fungerede på ganske forsvarelig vis.

Til trods for alle disse vanskeligheder, som hospitalet har været stillet overfor, og som skyldes forhold, som Fællesskabet ikke har haft nogen indflydelse på, har hospitalet i dag for en stor del nået de mål, der var blevet sat. Det har medvirket til at imødekomme de voksende behov på det sundhedsmæssige område, og det har vist sig, at det gennemgående svarede godt til statens kapacitet med hensyn til kvalificeret personale og driftsbevillinger.

1) Samlede omkostninger for de 8 projekter: 4,9 mio RE finansieret af EUF.

Hospitalets nuværende aktiviteter viser faktisk, at det afgjort både er nyttigt og effektivt. Belægningsprocenten for dets 600 sengepladser lå på 97% i 1973 efter at have ligget på 79% i 1967. Ud over de 35 kirurgiske indgreb og de 85 fødsler pr. uge har de eksterne aktiviteter gennemgået en eksplosiv udvikling siden 1967, således at de eksterne konsultationer er nået op på et gennemsnitligt antal af 500 pr. arbejdsdag.

Hospitalet er på nuværende tidspunkt sikret normal drift fra sundhedsministeriets side. Personalet er tilstrækkeligt stort (420) måske endog større end nødvendigt, når der sammenlignes med andre store hospitaler i afrikanske hovedstader. Erstatningen af lægekorpsset med personale fra Somalia er vidt fremskreden; af de 31 læger, som er ansat på hospitalet, er 25 fra Somalia. "Somaliseringen" af det overordnede para-medicinske, administrative og tekniske personale blev fuldført i 1970.

Driftsbudgettet (personale ikke medregnet) kan betragtes som stort nok til at opretholde et normalt administrationsniveau; det ligner i øvrigt fuldt ud andre centralhospitalers budget. Dog svarer det ikke til det niveau, som Fællesskabet sikrede i den overgangsperiode, hvor det varetog hele driften.

Den moderne 5-etages bygning, som er opført mellem 1960 og 1962, er stadigvæk i god stand takket være dels den tekniske udformning, som passer godt til det varme og fugtige klima, og dels den løbende vedligeholdelse, der varetages på passende vis. Derimod er de faste installationer delvis medtaget og endog ubrugelige; det medicinske udstyr, som for en dels vedkommende er udskiftet og moderniseret, er i tilfredsstillende eller acceptabel stand. Det største problem for hospitalet er snarere mangelen på kvalificeret vedligeholdelsespersonale end mangelen på disponible bevillinger. Som følge heraf er et uddannelsesprogram for hospitalets vedligeholdelsespersonale for tiden under forberedelse i EUF.

5) De sanitære enheder i Øvre-Volta

De projekter, som blev finansieret i Øvre-Volta¹⁾ ved hjælp af midler fra den 1. EUP, og som var vedtaget i 1961, omfattede

- opførelsen og indretningen af 2 sekundære hospitaler i Gaoua (120 sengepladser) og Fada N'Gourma²⁾ (130 sengepladser);
- 10 lægecentre af type A (21 sengepladser) og type B (35 sengepladser);
- opførelsen af 14 enheder beregnet til behandlingen af udbredte endemiske sygdomme;
- moderniseringen af det oftalmologiske ambulatorium i Ouagadougou.

Projekterne, der er et led i en helhedsplan vedrørende den fremtidige forsyning af Øvre-Volta med hospitaler, er blevet integreret i den eksisterende infrastruktur, som i geografisk henseende er udmærket etableret; de kan således

- igangsætte, modernisere og supplere et hierarkisk opbygget og koordineret hospitalssystem, der lader alle behandlingscentre indgå som dele af en velorganiseret og funktionel helhed³⁾;
- forbedre arbejdsvilkårene i forbindelse med aktionerne mod de udbredte endemiske sygdomme, særlig spedalskhed og trypanosomiasis.

Projektets generelle udformning var præget af en vis forsigtighed og omfattede kun udførelsen af første del af ovennævnte helhedsplan, således at projektet svarede til landets finansielle og personalemessige kapacitet i de kommende år: det begrænsedes til 2 ud af de 6 planlagte sekundære hospitaler og til 10 ud af de 18 planlagte hospitaler i landdistrikterne. Desuden omfattede det kun:

- en første del af de 2 sekundære hospitaler på omkring 130 sengepladser ud af de 230, der var planlagt i Gaoua og de 400, der var planlagt i Fada N'Gourma;

1) Samlede omkostninger 4,4 mio RE.

2) Hospitalet skulle oprindeligt have været placeret i Koudougou, men dette blev ændret i 1966.

3) De to almindelige hospitaler i Ouagadougou og Bobo-Dioulasso og det eneste eksisterende sekundære hospital (Ouahigouya), der tilsammen udgjorde "toppen" af "hospitalspyramiden", var allerede blevet udvidet, nyindrettet og moderniseret i 1961/62 ved fransk bistand.

- begyndelsen til hospitalerne i landdistrikterne, under betegnelsen "sundhedscentre" ("centres de sante"); disse blev, under hensyntagen til den trinvis opbygning, udformet på to forskellige måder:
 - . sundhedscenter af type A (grundtype, 21 senge) administreret af en sygeplejer;
 - . sundhedscenter af typen B (videreudviklet type, 35 senge) administreret af en læge;
- erstatningen af enhederne beregnet til behandling af udbredte endemiske sygdomme, hvis ældgamle bygninger var af interimistisk karakter.

Den tekniske udformning er kendetegnet ved standardiseringen af såvel bygningsstrukturene, idet der er anvendt et præfabrikeret system (undtagen for så vidt angår enhederne til behandling af udbredte endemiske sygdomme), som bygningstyperne, der ved et pavillonsystem gør det muligt senere at foretage gradvise udvidelser, uden at bygningerne skal ændres, og uden at driften forstyrres. De præfabrikerede bygninger har vist sig at være funktionelle og velegnede til de sundhedsmæssige formål. Til trods for at bygningerne ikke vedligeholdes regelmæssigt - de to sekundære hospitaler undtaget - er de i meget fin stand.

De opførte enheders nuværende virksomhed synes i det store og hele at være tilfredsstillende. Medens den tilvejebragte hospitalskapacitet ikke altid udnyttes fuldt ud, foregår der en betydelig ekstern virksomhed. Belæggelsesprocenten for de to sekundære hospitaler ligger således mellem 50 og 60%, og de eksterne konsultationer beløber sig til ca. 400 pr. arbejdsdag. For sundhedscentrenes vedkommende noteres en gennemsnitlig belægning på 50% og ca. 130 konsultationer i gennemsnit pr. dag.

Enhederne beregnet til behandling af udbredte endemiske sygdomme, hvor patienter, der lider af spedalskhed og trypanosomiasis isoleres, udnyttes ikke i alle tilfælde fuldt ud. Et effektivt lægemiddel har gjort det unødvendigt at isolere spedalske efter de gamle metoder: spedalskhedens smitsomme stadium er reduceret til nogle måneder; endvidere er trypanosomiasis i klar tilbagegang.

Det personale, som er ansat ved de af EUP finansierede sanitære enheder, er tilstrækkeligt og svarer til aktiviteterne. De to sekundære hospitaler, der på grund af mangelen på læger blev taget i brug med en vis forsinkelse, har udenlandsk lægepersonale¹⁾; sundhedscentrene af type A lodes af en indfødt sygeplejerske (mandlig) og sundhedscentrene af type B af en læge (almindeligvis udenlandsk).

Den finansielle drift af de sanitære enheder sikres kun i meget ringe omfang ved hjælp af landets egne budgetmassige midler (sundhedsministeriet og kommunerne). Det er kun gennem supplerende finansiell og materiel støtte fra alle mulige sider (bilateral og multilateral støtte, støtte fra private, filantropiske, religiøse organisationer osv.), at det er muligt at drive dem på passende måde. Således bæres de to sekundære hospitalers budgetter hovedsagelig af den tyske bistand og af "Frères des Hommes". De kan betragtes som fuldt ud tilstrækkelige; driftsudgifterne (personale ikke medregnet) pr. seng og pr. indlæggelsesdag er endog større end de tilsvarende udgifter for de almindelige hospitaler i Ouagadougou og Bobo-Dioulasso. Derimod forslår sundhedscentrenes budgetter ikke; de midler, der bevilges med uregelmæssige mellemrum af sundhedsministeriet og kommunerne dækker kun en del af de finansielle behov. Det er kun de forskellige former for supplerende støtte, der gør det muligt at varetage driften på passende vis.

De af Fællesskabet finansierede sanitære enheder har i vid udstrækning opfyldt de fastsatte mål; de har vist sig at passe til den forhåndenværende personalekapacitet, men derimod passer de ikke til landets finansielle kapacitet. Sundhedsministeriets driftsbudget (personale ikke medregnet) udgør nemlig kun 14% af det samlede sundhedsbudget, hvilket betyder, at det ikke engang ville kunne sikre driften af de to almindelige hospitaler i Ouagadougou og Bobo-Dioulasso. Den fundamentale uligevægt mellem de eksisterende sanitære enheders finansielle behov og landets egne midler opvejes kun af den betydelige og vedvarende bistand fra udlandet. Den faktiske ligevægt, der således opnås, er imidlertid yderst skrøbelig; hvis en eller flere af de udenlandske støtteforanstaltninger blev ophævet ville det få katastrofale følger for driften af landets sundhedstjeneste.

1) Som finansieres af den tyske støtte i Gaoua og af "Frères des Hommes" (Fransk sammenslutning, der ikke arbejder med gevinst for øje, og som hverken er politisk eller religiøst orienteret) i Fada N'Gourma.

6) De sanitære enheder i Niger

Projekterne, som blev gennemført i Niger¹⁾ og finansieret ved hjælp af midler fra den 1. og 2. EUF, omfattede

- moderniseringen og udvidelsen af hospitalet i Niamey;
- udvidelsen af hospitalet i Zinder;
- istandsættelsen og moderniseringen af 5 departementshospitalscentre (Maradi, Dosso, Tahoua, Agades og Diffa);
- oprettelsen af 6 centre for hygiejne og mobil lægebehandling (Zinder, Maradi, Dosso, Tahoua, Agades og Diffa);
- istandsættelsen af 3 arrondissements ambulatorier;
- opførelsen af 16 ambulatorier i landdistrikterne;
- opførelsen af et depot med henblik på forsyningen af medicinalvarer.

I 1962 havde Nigers regering forelagt EUF et første projekt vedrørende opførelsen af et nyt hospital i Niamey; en sammenfattende undersøgelse af problemerne viste imidlertid, at landets sundhedsmæssige infrastruktur snarere gjorde det nødvendigt at foretage en række udvidelser og moderniseringer. Med udgangspunkt i en perspektivplan²⁾ skulle investeringerne især

- afhjælpe de kvalitative mangler ved de eksisterende hospitalscentre, navnlig i landdistrikterne;
- forbedre hele den sundhedsmæssige infrastruktur, der fremtrådte som en samling sundhedstjenester, som svarede godt til de sundhedsmæssige behov og de særlige betingelser i landets forskellige områder.

Projektets almindelige udformning er på harmonisk måde blevet integreret i helhedsplanen vedrørende udviklingen af de offentlige sundhedstjenester og har fulgt de hovedprincipper, som var blevet fastlagt: prioritet til landdistrikterne, prioritet til de investeringer, der kunne forøge sundhedstjenesternes effektivitet, og som samtidig medførte færrest mulige tilbagevendende ekstra byrder, prioritet til istandsættelsen af forfaldne bygninger, kun anlæggelse af nye hospitalsenheder såfremt kvalificeret personale var til rådighed.

1) Samlede omkostninger 5,7 mio RE.

2) Den forventede udvikling af sundhedstjenesterne i tiårsperioden 1965-1974 ifølge Nigers regering.

Som i Øvre-Volta kendetegnes den tekniske udformning ved standardiseringen af bygningsstrukturen og -typerne. Til trods for de særlige tekniske forhold, der gør sig gældende for de nye bygninger (ambulatorier, centre for hygiejne og mobil lægebehandling) er udvidelserne på harmonisk vis blevet integreret i de eksisterende hospitalsenheder. De nye bygninger, som blev taget i brug i 1973, har vist sig at være meget funktionelle; alle bygninger og alt udstyr er i meget fin stand.

De moderniserede, nyindrettede og udvidede sanitære enheders virksomhed er i almindelighed meget tilfredsstillende. Centralhospitalet i Niamey og Zinder udnyttes fuldt ud (op til 100%). Udnyttelsen af departementshospitalscentre er ligeledes god, og den vil blive endnu bedre - på bekostning af sundhedscentre - som følge af regeringens beslutning (truffet i 1974) om at samle alle lægerne i departementshovedstæderne. Sundhedscentrenes og ambulatoriernes aktiviteter er også tilfredsstillende. For så vidt angår hygiejnetjenestens og den mobile lægetjenestes bygninger, udnyttes de almindeligvis godt; deres virksomhed afhænger i væsentlig grad af de initiativer, der tages af den ansvarlige overlæge.

Størrelsen af det personale, som er ansat ved de behandlende sanitære enheder, synes at være tilstrækkelig, og det er almindeligvis velkvalificeret; derimod er det personale, som er ansat ved den mobile tjeneste ikke stort nok.

De sanitære enheder er sikret en forholdsvis regelmæssig finansiell drift; sundhedsbudgettet og den andel, der udgøres af driftsbevillingerne, gør det muligt at sikre et ret højt niveau i den behandling, der gives på højere niveau (centralhospitalet, departementshospitalscentre), medens driften af de sundhedscentre, der hører under lægedistrikterne, samt af ambulatorierne i landdistrikterne sker ved hjælp af bevillinger fra de lokale myndigheder. Eneste undtagelse: lægemidlerne uddeles i naturalier til samtlige sanitære enheder for de enkelte departementer. Driften af de behandlende sanitære -

enheder sikres således hovedsagelig ved hjælp af landets egne budgetmæssige midler, medens den mobile lægetjenestes virksomhed (forebyggelse, undersøgelse) i vid udstrækning bæres af finansiell og materiel bistand fra udlændere. Det forholder sig kort sagt således, at landets egne budgetmæssige midler ikke gør det muligt både at klare lægedækningen ved hjælp af de faste strukturer og at foretage aktioner, der omfatter store folkegrupper; som følge heraf gives landets egne finansielle midler først og fremmest til de faste behandlende enheder, medens de aktioner, der omfatter store folkegrupper, hovedsagelig bæres af udenlandsk bistand.

Der er ingen tvivl om, at de projekter, som er blevet gennemført i Niger, både er nyttige og effektive. Deres harmoniske integration i den eksisterende infrastruktur har vist sig at være særdeles fordelagtig: den gradvis kvantitative og kvalitative tilpasning til de særlige sundhedsmæssige behov - såvel specielle som lokale - har ikke medført flere finansielle byrder eller krævet mere personale end det har været muligt for landet selv at klare. Projektet er i alle henseender en succes.

7) De sanitære enheder i Cameroun

De projekter, som er blevet gennemført i Cameroun og finansieret ved hjælp af midler fra 1. og 2. EUF, vedrører opførelsen og indretningen af

- otte hospitaler;
- tretten hospitalsudvidelser (herunder 3 indlæggelsespavilloner);
- 21 ambulatorier i uopdyrkede landområder;
- en sygeplejeskole i Bamenda;
- et centralt apotek i Victoria med henblik på forsyning af lægemidler;
- nitten lægeboliger.

De forskellige enheder blev taget i brug mellem 1962 og 1971: de sanitære enheder i Nordcameroun mellem 1967 og 1969 og enhederne i det østlige Syd-cameroun og i Vestcameroun mellem 1969 og 1971. De samlede omkostninger for disse projekter udgør omkring 8 mio REE, dvs. ca. 20% af den støtte, som er blevet ydet Cameroun ved hjælp af midler fra de to første EUF.

Formålet med investeringerne var at bringe den forsinkelse, der kendetegnedes den økonomiske og især den sociale udvikling i den nordlige del af landet i forhold til den sydlige del, til ophør og tilvejebringe en bedre ligevægt mellem det nordlige og det sydlige Vestcameroun. Sammenlagt har investeringerne gjort det muligt at forøge landets hospitalskapacitet med 1 360 sengepladser (på nuværende tidspunkt finder der 15 750 sengepladser inden for den offentlige sundhedssektor).

I det store og hele er de gennemførte projekter blevet integreret i den eksisterende sundhedsmæssige infrastruktur, hvor samtlige behandlende institutioner udgør et hierarkisk og koordineret system. Når ambulatorierne undtages, har projekterne været begrænset til udvidelsen, nyindretningen og erstatningen af de eksisterende anlæg, hvilket i videst muligt omfang har gjort det muligt at begrænse forøgelsen af de tilbagevendende byrder.

Samtlige sanitære enheder anvendes i overensstemmelse med formålet, og det er klart, at de på afgørende måde har bidraget til den kvantitative og kvalitative forbedring af sundhedsplejen, særlig i landdistrikterne. Imidlertid fremgår det af det talmateriale, der vedrører enhedernes virksomhed,

at disse ikke i alle tilfælde udnyttes helt effektivt; det er især mangelen på lægepersonale og driftsbevillinger, der hindrer en effektiv udnyttelse.

Af en undersøgelse fra 1971 vedrørende udnyttelsesvilkårene, fremgår det, at mangelen på læger og para-medicinsk personale var ret alvorlig på det tidspunkt; problemerne synes imidlertid at være mindre alvorlige på nuværende tidspunkt, hvilket kan ses af det samlede talmateriale, som er til rådighed; dette viser, at der er 1 læge pr. 26 500 indbyggere og 1 sygeplejerske pr. 3 100 indbyggere, hvilket er et rimeligt forhold.

De bevillinger, der gives til de forskellige sanitære enheder, som EUF har finansieret i Cameroun, synes - ifølge en undersøgelse - at ligge klart under de bevillinger, som tilsvarende institutioner i de øvrige lande råder over. Hvad er grunden til denne ugunstige situation? Sundhedsbudgettet er faktisk forholdsvis stort (3 952 mio CFAfr. i 1973/74); til trods for en uheldig fordeling mellem personaleudgifter (74%) og driftsudgifter (26%) ligger driftsbudgettet (1 046 mio CFAfr.) godt over de øvrige undersøgte landes budgetter. I sammenligning er tallene gunstige selv for så vidt angår de årlige driftsudgifter per capita. Imidlertid fordeler de sig på en større og tungere infrastruktur end i de øvrige undersøgte lande (15 750 senge i alt; 1 seng pr. 390 indbyggere). Den sundhedsmæssige infrastruktur synes således ikke at svare til landets finansielle kapacitet; med andre ord: det ser ud til, at de forskellige institutioners mangel på driftsbevillinger hænger direkte sammen med, at hospitalskapaciteten ikke svarer til landets kapacitet.

De af EUF gennemførte projekter har i de første år efter at være blevet taget i brug almindeligvis lidt af mangelen på løbende vedligeholdelsesarbejder. Med særlig henblik på at afhjælpe vedligeholdelsespersonalets mangel på kompetence har EUF fra 1972 og for en 4-årig periode finansieret en uddannelse af hospitalernes vedligeholdelsespersonale, der har til formål:

- at sikre vedligeholdelsen og reparationen af det medicinske udstyr, der findes i landets forskellige hospitalsenheder;
- at uddanne - på stedet - teknikere, som kan fungere som reparatører; disse samles i mobile vedligeholdelses- og reparationshold;
- at uddanne folk, som kan udføre forskellige former for arbejde i hospitalscentrene.

Et første mobilt hold er kommet i gang og er til megen nytte, idet det besøger samtlige hospitalsenheder på skift.

Fortegnelse over projekter hvis udnyttelse
for nylig er blevet undersøgt

Situation pr. 30.12.1974

	<u>Regnskabsnr.</u>	<u>Projekternes betegnelse</u>	<u>Omkostninger ved projekterne</u> (i 000 RE)
<u>CAMEROUN</u>	11.22.201	Opførelse af en indlæggelses- pavillon i Meiganga	64
	11.22.202	Opførelse af en indlæggelses- pavillon i N'Tui	60
	11.22.204	Sanitære enheder i Nordcameroun	2 737
	211.002.04	Sanitære enheder i Sydcameroun	4 765 ^{x)}
<u>DAHOMÉY</u>	11.21.602	Hospitalsenhed i Savalou	85
	11.21.603	Hospitalsenhed i Athiémé	40
	11.21.604	Sekundært hospital i Parakou	518
<u>ØVRE-VOLTA</u>	11.21.706	Infrastruktur og sanitært udstyr	4 401
<u>MADAGASCAR</u>	11.24.106	Indlæggelsespavillon til hos- pitalet i Majunga	382
	11.24.109	Hospital i Manakara	437
	11.24.110	Hospital i Fort-Dauphin	483
<u>MAURETANIE</u>	11.21.203	Hospital i Nouakchott	2 499
<u>NIGER</u>	211.013.10	Program vedrørende sanitært udstyr	3 296 ^{x)}
	211.013.14	Opførelse af 16 ambulatorier i landdistrikterne	352 ^{x)}
	2100.461.13.12	Sanitar indretning af 16 ambu- latorier	2 024

x) Kontrakternes samlede beløb.

SOMALIA

11.31.001	Nyt hospital i Mogadiscio	2 820
11.31.003	Faglig bistand til hospitalet i Mogadiscio	895
11.31.005	Midlertidig støtte til driften af hospitalet i Mogadiscio	350
212.016.17	Midlertidig støtte til driften af hospitalet i Mogadiscio	1 328 ^{x)}
212.116.19	Sagkyndig undersøgelse af mulighederne for reduktion af driftsomkostningerne for hospitalet i Mogadiscio (A.T.)	4
212.016.29	Midlertidig støtte til driften af det almindelige hospital i Mogadiscio	357 ^{x)}
212.016.34	Midlertidig støtte til hospitalet i Mogadiscio	334 ^{x)}
213.816.03	Drift af hospitalet i Mogadiscio	653
216.016.09	Midlertidig støtte til driften af hospitalet i Mogadiscio	990

x) Kontrakternes samlede beløb.