

Zakendoen in het Midden-Oosten: coronarisico's en lockdowns

Door: Christiaan Duinmaijer

Inleiding

Het coronavirus en de maatregelen ter bestrijding ervan hebben het Nederlandse bedrijfsleven hard geraakt, maar gelukkig lijkt het einde van de 'intelligente lockdown' in zicht. Tijd om weer voorzichtig over de grenzen te kijken, maar de gebruikelijke analyse van de risico's en kansen van een markt is niet meer voldoende. Ook moet gekeken worden naar het virus als risicofactor: is het land kwetsbaar voor het virus, wat is de huidige situatie en hoe goed heeft het land de epidemie onder controle? In dit artikel zullen deze vragen worden beantwoord voor het Midden-Oosten en Noord-Afrika als handvat voor u als internationaal ondernemer in onzekere tijden.

Hoe kwetsbaar is een land?

Hoe kwetsbaar een land is, hangt af van twee factoren: verspreidingsrisico en veerkracht. De eerste factor is het gemak waarmee het virus zich kan verspreiden en wordt bepaald door de mate van bevolkingsdichtheid en gebruik van sanitaire voorzieningen. De Wereldgezondheidsorganisatie adviseert namelijk social distancing en regelmatig handen wassen als middelen om de verspreiding tegen te gaan. De tweede factor wordt bepaald door de leeftijdsopbouw van de bevolking en beschikbare middelen binnen de zorgsector. Oudere mensen zijn kwetsbaarder voor het virus en zonder voldoende doctoren, bedden of apparatuur kunnen besmette personen onvoldoende worden opgespoord en behandeld.

Deze factoren zijn uiteraard slechts een ruwe indicatie, omdat ook omgevingsfactoren, sociale omstandigheden en politieke situaties de daadwerkelijke verspreiding beïnvloeden. Zo zouden warme temperaturen de verspreiding beperken, terwijl elkaar zoenen als begroeting deze juist bevordert. Een sterke, stabiele overheid zal beter in staat zijn om de juiste tegenmaatregelen te nemen, terwijl wijdverspreide armoede in een land het waarschijnlijker maakt dat eventuele lockdowns worden genegeerd omdat men buitenhuis moet werken om te overleven. Oorlog en handelsembargo's kunnen zowel verspreidingsbeperkend en -bevorderend werken. Aangezien de effecten van deze factoren niet nauwkeurig kunnen worden ingeschat, zijn deze in de algemene analyse buiten beschouwing gelaten.

Echter op basis van deze twee factoren wordt duidelijk dat er grote relatieve verschillen zijn binnen de regio. De kleine, rijke Golfstaten lijken minder kwetsbaar dan grote, maar armere landen in Noord-Afrika. De Golfstaten zijn weliswaar dichter bevolkt, maar hebben betere gezondheidszorg en sanitatie dan de meeste Noord-Afrikaanse landen. Daarnaast laten landen als Libië en Israël zien dat men niet te snel landen bij elkaar moet groeperen, omdat individuele factoren zoals de lage bevolkingsdichtheid in Libië en de grote oudere bevolking in Israël de uiteindelijk kwetsbaarheid van een land aanzienlijk kunnen beïnvloeden.

Wat is de huidige situatie?

Een theoretische inschatting van de kwetsbaarheid van een land is uiteraard onvoldoende en er dient ook gekeken te worden naar de daadwerkelijke situatie in een land qua besmettingen en de door de overheid getroffen bestrijdingsmaatregelen. Als we kijken naar het aantal besmettingen, lijken opvallend genoeg landen met een laag risico, zoals de Saoedi-Arabië, harder getroffen te zijn dan landen met een hoog risico, zoals Egypte. Deze verschillen zijn niet te verklaren aan de hand van de strengheid van de genomen maatregelen, want deze liggen dicht bij elkaar. Daarentegen wijzen de zeer lage cijfers uit oorlogsgebieden als Jemen en Syrië op een mogelijke andere verklaring: niet alle besmettingen worden officieel gemeld.

Landen kunnen uiteraard om politieke redenen een lager aantal gevallen melden, maar dit kan ook komen omdat een land niet de middelen heeft om besmettingen op te sporen of te registreren. De landen met het laagste aantal besmettingen blijken ook de minst adequaat uitgeruste ziekenhuizen en laagste statistische capaciteiten te hebben. Het vermoeden van grove onderrapportage wordt bij bepaalde landen verder bevestigd als gekeken wordt naar het sterftepercentage onder coronapatiënten. Dit sterftepercentage in Egypte is bijvoorbeeld 10 keer zo hoog als in Saoedi-Arabië, ondanks dat Egypte officieel veel minder besmettingen kent. Het officiële aantal besmettingen in landen als Israël en de Golfstaten ligt dus waarschijnlijk een stuk dichterbij het werkelijke aantal dan in de overige landen in de regio.

Is de epidemie onder controle?

Om goed te kunnen inschatten in hoeverre landen de epidemie onder controle hebben, moet worden ingezoomd op de individuele landen. Voor dit artikel wordt op twee buurlanden ingezoomd: Saoedi-Arabië en Egypte. Terwijl de Saoedische bevolking over het hele land verspreid in grote steden woont omgeven door woestijn, leeft de Egyptische bevolking samengepakt in een dunne strook langs de Nijl. Terwijl de Saoediërs last hebben van welvaartsziektes zoals overgewicht en kunnen rekenen op uitstekende gezondheidszorg en sanitatie, leven veel Egyptenaren onder armoedige omstandigheden. In veel illegaal gebouwde wijken ontbreken basale sanitaire voorzieningen, ligt overal zwerfvuil en zijn veel publieke ziekenhuizen onderbemand en vies.

Saoedi-Arabië nam al de eerste maatregelen tegen COVID-19 voor het eerste officiële geval op 2 maart in de vorm van reisbeperkingen voor niet-Saoediërs. Deze maatregelen werden begin maart aangescherpt, waarbij publieke plaatsen, zoals moskeeën, regelmatig werden gesloten voor ontsmetting en steden met besmettingen te maken kregen met een avondklok en andere bewegingsbeperkingen. Toen deze maatregelen begin april onvoldoende bleken te zijn, werd een algehele lockdown aangekondigd waarbij men slechts voor noodzakelijke verplaatsingen tussen 06:00 en 15:00 naar buiten mocht. Deze maatregelen zijn inmiddels iets versoepeld, nu Saoedi-Arabië inzet op grootschalig testen van zijn bevolking om het virus op te sporen en te isoleren. Eind april had het land bijna 1 miljoen testen uitgevoerd en daarnaast 9 miljoen testkits aangekocht in China om zijn testregime verder op te schroeven.

Egypte reageerde daarentegen pas een ruim een maand na het eerste officiële geval op 14 februari toen het veel internationale kritiek kreeg. De regering liet vanaf 19 maart openbare gelegenheden sluiten, sloot de grenzen en stelde een avondklok in. Deze avondklok van 19:00 tot 06:00 is de afgelopen maanden echter meermaals verruimd, eerst vanwege de avondspits tot 20:00 en vervolgens vanwege de Ramadan tot 21:00. Een bijkomend probleem is dat de politie slechts beperkt in staat lijkt te zijn om de avondklok en andere maatregelen af te dwingen. Daarnaast heeft de overheid weliswaar een plan gelanceerd om het virus op te sporen en te bestrijden, maar Egyptische ziekenhuizen en laboratoria hebben zeer beperkte middelen. Zo zijn half april slechts 55.000 coronatests uitgevoerd en wordt de maximale testcapaciteit van het land op 200.000 geschat.

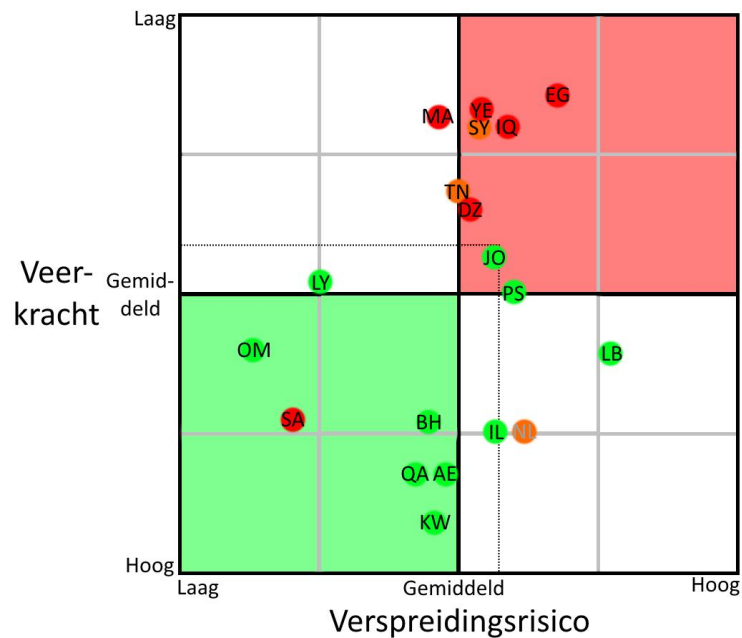
Conclusie

De bovenstaande analyse maakt duidelijk dat er grote onderlinge verschillen zijn tussen landen in Noord-Afrika en het Midden-Oosten qua risico en bestrijding van het virus. Het is niet te voorspellen wanneer de landen hun anticoronamaatregelen volledig zullen hebben teruggedraaid en of ze daarna coronavrij zullen blijven. Wel lijkt het waarschijnlijk dat Golfstaten, zoals Saoedi-Arabië, het snelste de epidemie onder controle zullen hebben en de minste kans op een nieuwe grootschalige uitbraak lopen, terwijl dit andere landen het virus pas na veel tijd en moeite of mogelijk nooit onder controle zullen krijgen. Voor de juiste inschatting van het coronarisico is het voor u als internationale ondernemer belangrijk dat u zich niet door een enkele factor (bijv. aantal besmettingen) laat leiden, maar zich ook goed verdiept of laat voorlichten in de huidige stand van zaken voordat u zaken doet met een land.

Christiaan Duinmaijer is bedrijfsadviseur voor het Midden-Oosten en Noord-Afrika bij Masters in Export en Assarwa.

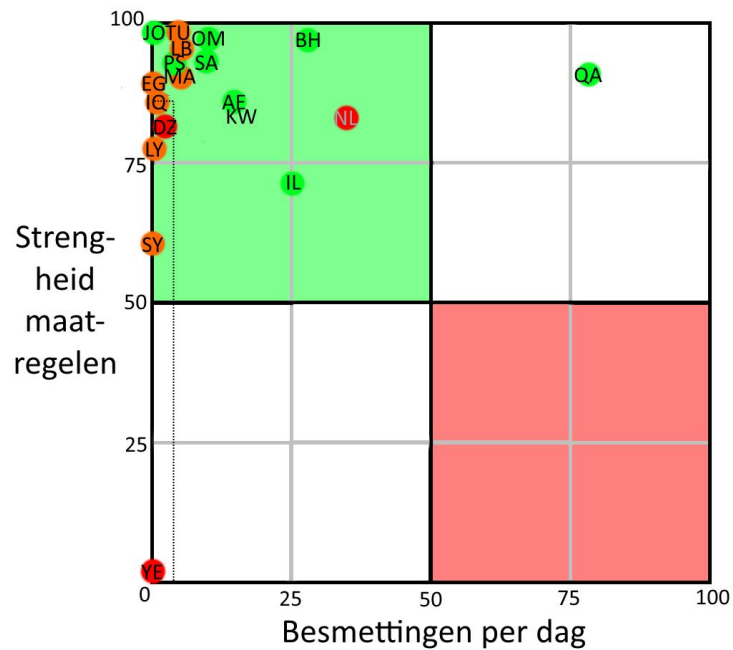
De auteur heeft zich voor dit artikel gebaseerd op in zijn ogen betrouwbare bronnen, zoals de Wereldbank, Wereldgezondheidsorganisatie en universiteit van Oxford/Blavatnik School of Government, die op het moment van schrijven beschikbaar waren. Gezien de beperkte huidige

kennis en snelle ontwikkelingen rondom het virus worden de lezers aangeraden om eventuele besluitvorming op meerdere betrouwbare, actuele en gezaghebbende bronnen te baseren.



Afbeelding 1: In dit overzicht wordt het relatieve verspreidingsrisico (bevolkingsdichtheid, gebruik sanitatie, doden, onveilige sanitatie) afgezet tegen de relatieve veerkracht (investering in gezondheidszorg, leeftijd bevolking en aantal doktoren). De stippellijn geeft het gemiddelde risico wereldwijd aan en de rondjes de bevolkingsomvang (groen: 10 miljoen inwoners of minder; oranje 10,1-25 miljoen inwoners; rood: 25,1 miljoen inwoners of meer).

Bron: Wereldbank, 2018 of meest recent



Afbeelding 2: In dit overzicht wordt de strengheid van de anticoronamaatregelen zoals gemeten door de Oxford COVID-19 Government Response Tracker op een schaal van 0 tot 100 (strengst) afgezet tegen het gemiddelde aantal besmettingen per 1 miljoen inwoners per dag vanaf de eerste besmetting. De stippellijn geeft het gemiddelde wereldwijd aan en de rondjes het overlijdenspercentage van coronoslachtoffers (groen: 2,5% of minder; oranje: 2,6% – 10%; rood: 10,1% of meer).

Bronnen: Wereldgezondheidsorganisatie en Oxford/Blavatnik School of Government, 1 mei 2020

Algemeen	KSA	Egypte	MENA
Bevolking (miljoen personen)	33,7	98,4	20,3
<u>BNP per capita (USD)</u>	23.339	2.549,10	17.316,2
Gemiddelde levensverwachting m/v (jaar)	73,8/76,6	69,6/74,2	73,6/77,3
Kwaliteit statistieken (0 – 100 (best))	100	82,2	70,9
Verspreidingsrisico's	KSA	Egypte	MENA
Bevolkingsdichtheid (personen per km ²)	15,7	98,9	284,3
Stedelijke bevolking (% totale bevolking)	83,8	80,1	76,6
Gebruik <u>basissanitatie</u> (% totale bevolk.)	100	94,2	94,3
Doden onveilige sanitatie (per 100.000 pers.)	0,1	2	1,6
Veerkrachtfactoren	KSA	Egypte	MENA
Gezondheidszorguitgave per capita (USD)	1.093,40	105,80	764,10
Aantal doktoren (per 1.000 personen)	2,4	0,8	1,8
Aantal ziekenhuisbedden (per 1.000 pers.)	2,7	1,6	1,9
Aantal 65-jarigen of ouder (% totale bev.)	3,3	5,2	4,5
Coronabesmettingen	KSA	Egypte	MENA
Eerste gerapporteerde besmetting (datum)	2-mrt	14-feb	1-mrt
Aantal besmettingen (per miljoen pers.)	675,2	56,3	253,9
Aantal overledenen (per miljoen personen)	4,8	4,0	4,7
Overlijdenspercentage (% besmette pers.)	0,7	7,1	1,9
Anti-covidmaatregelen	KSA	Egypte	
Strengheid maatregelen (0 – 100 (strengst))	91,01	88,75	
Samenscholingsbeperkingen: Sluiting scholen Sluiting publieke plekken <u>Samenkomstbeperkingen</u>	– Ja – Ja – 10+ pers.	– Ja – Ja – 1.000+ pers.	
Vervoersmaatregelen: Sluiting grenzen <u>Stillegging publiek vervoer</u> Verplaatsingsbeperkingen	– Ja – Ja – Ja	– Ja – Ja – Ja	
Opsporing: <u>Testbeleid</u> <u>Contact tracing</u>	– Iedereen met symptomen – Geen	– Kwal. <u>symp-tomatisch pers.</u> – Uitgebreid	

Tabel 1: In deze tabel worden de kerncijfers voor Egypte, Saoedi-Arabië getoond en afgezet tegen het gemiddelde van de MENA-regio.

Bronnen: Wereldbank, 2018 of meest recent; Wereldgezondheidsorganisatie en Oxford/Blavatnik School of Government, 1 mei 2020; lokale media, 1 mei 2020 of eerder.