

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Consultation sur le thème Macroéconomie et santé : Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis (2^e : 2003 : Genève, Suisse)

Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis : deuxième consultation sur le thème macroéconomie et santé.

1. Etat sanitaire 2. Pauvreté 3. Délivrance soins - organisation et administration 4. Investissement
5. Développement économique 6. Coopération intersectorielle I. Titre.

ISBN 92 4 259172 6 (Classification NLM:WA 30)

© Organisation mondiale de la Santé 2004

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Imprimé à Malte



INVESTIR D'AVANTAGE EN FAVEUR DE LA SANTÉ DES PLUS DÉMUNIS

**DEUXIÈME CONSULTATION SUR
LE THÈME MACROÉCONOMIE ET SANTÉ**

Octobre 2003 • Genève, Suisse



Organisation mondiale de la Santé

Abréviations

APD :	Aide publique au développement
CMS :	Commission Macroéconomie et Santé
DAH :	Development Assistance for Health (aide au développement pour la santé)
DSRP :	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
FMI :	Fonds monétaire international
MS :	Macroéconomie et Santé
NEPAD :	Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le développement
ORAS :	Organisation andine de santé
PPTTE :	Initiative en faveur des pays pauvres très endettés
SWAp :	Sector Wide Approach (approche sectorielle)

Conception et production:	Agnès Leotsakos
Rédactrices:	Valerie Crowell, Agnès Leotsakos
Collaboration à la rédaction:	Tom O'Connell, Silvia Ferazzi, Padma Shetty
Secrétariat exécutif CMH Support Unit:	Sergio Spinaci
Conception graphique et mise en page:	IMAGIC SARL



Organisation mondiale de la Santé – CMH Support Unit
20 Avenue Appia – CH-1211 Genève 27 – Suisse – www.who.int/macrohealth

Un appel pour améliorer la santé des plus démunis



Ces dernières années un consensus est apparu en matière de santé publique mondiale : le développement socio-économique ne pourra avoir lieu qu'avec l'application rigoureuse d'une politique en faveur des plus démunis, dans le cadre d'une stratégie de développement viable, financée par une augmentation importante des investissements pour la santé. Nous avons été témoins de progrès considérables, notamment une attention accrue de la part des responsables politiques pour la santé des plus démunis et une augmentation récente de l'aide pour la santé. Mais il faudra encore plus de détermination et de ressources pour satisfaire les besoins réels des plus démunis en matière de santé. A moins d'agir rapidement et avec détermination, les causes évitables de morbidité et de mortalité continueront de faire d'innombrables victimes, d'entraîner les malades et leur famille dans la pauvreté et de ralentir la croissance et le développement économiques.

Avec sa méthode Macroéconomie et Santé, l'OMS répond à la demande des pays en développement : elle les aide à analyser leur situation sanitaire, leur politique et leurs options pour mobiliser davantage de ressources pour la santé ou utiliser plus efficacement celles à leur disposition. Elle les engage à mettre au point des plans d'investissement en faveur de la santé qui traitent les urgences sanitaires dans le cadre macroéconomique. Ce travail réunit les ministres de la santé, des finances et de la planification, ainsi que les partenaires du développement pour faire avancer un programme commun visant à accroître les investissements en faveur de la santé et à éliminer les obstacles au niveau des systèmes de santé ou des institutions, ce qui permettra une meilleure absorption des ressources supplémentaires. Ces efforts contribuent à la réalisation des grandes priorités de l'OMS, des objectifs du Millénaire pour le développement et des objectifs nationaux de développement.

Dans l'esprit de ce partenariat mondial, l'OMS a organisé une série de consultations aux niveaux régional et mondial, permettant ainsi l'échange des expériences et des enseignements de l'application du processus de Macroéconomie et Santé dans les pays. C'est ainsi qu'en juin 2002 se sont réunis les représentants des ministres de la santé, des finances et de la planification de 20 pays pour la première consultation sur les contributions nationales reçues à la suite de la publication du rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. La deuxième consultation, " Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis ", a eu lieu en octobre 2003. Elle a été le point culminant et en même temps la continuation de plus d'une année d'efforts pour transformer les recommandations du rapport de la CMS en actions concrètes dans les pays.

La participation à la réunion d'octobre de hauts représentants de 40 pays, du Fonds monétaire international, de la Banque mondiale et d'autres partenaires du développement a montré un authentique engagement et a abouti à une déclaration approuvée à l'unanimité par les pays. Les participants ont identifiés plusieurs problèmes particulièrement pressants : options pour la mobilisation des ressources, problèmes de ressources humaines, harmonisation des financements par les bailleurs de fonds. Après trois jours de débats constructifs, les pays ont réaffirmé leur volonté d'établir des plans nationaux pour les investissements en santé couvrant ces questions et d'autres et d'accorder une attention particulière à la santé des plus démunis.

Il reste beaucoup à faire et cette consultation n'est qu'une étape dans un processus crucial qui doit aboutir à une action et à des résultats. Le présent rapport expose les principaux documents et résultats de la deuxième consultation. J'espère qu'il sera une source de réflexion et qu'il entretiendra la flamme pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés pour la planète.

Dr Kerstin Leitner

Sous-Directeur général – Développement durable et milieux favorables à la santé

Sommaire

	Page
Avant-propos	iii
Introduction: Macroéconomie et Santé	1
Le moment d'agir.....	3
La réunion préparatoire établit le cadre des discussions pendant la consultation.....	4
Améliorer l'efficacité des systèmes de soins de santé et suivre les résultats.....	4
Faire de la santé un élément central du cadre macroéconomique national et accroître les ressources nationales allouées à la santé	5
Améliorer la prévisibilité des financements extérieurs et la coordination entre les partenaires	6
Résumé des recommandations des groupes de travail	7
Consultation sur le thème macroéconomie et santé	10
Prochaines étapes pour les activités en macroéconomie et santé	12
Maintenir la volonté politique: le rôle central de la santé dans le développement durable	12
Mobilisation accrue des ressources nationales	12
Améliorer la coordination avec les partenaires.....	13
Extraits de discours	13
Documents pour la consultation	17
Couverture de la consultation par les médias dans le monde	18
Conférence de presse	18
Conclusion: Ouvrir la voie à un accroissement des investissements en faveur de la santé et à des systèmes de santé plus forts et plus justes	19
Déclaration	21

Toutes les annexes se trouvent sur le CD-ROM joint au document

Introduction



Macroéconomie et Santé

Si la santé est un objectif prioritaire en soi, elle est aussi une contribution essentielle au développement. Elle joue un rôle crucial pour réduire la pauvreté et réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Bien que la santé s'inscrive dans un cadre mondial dynamique, avec davantage d'énergie, une sensibilisation accrue du public et plus de moyens financiers, de grandes maladies continuent de causer une forte morbidité, une grande mortalité et de dépasser les capacités des systèmes de santé publique un peu partout dans le monde. Si le monde ne s'engage pas à investir régulièrement et à long terme dans la santé, les communautés et les pays démunis continueront de souffrir d'une manière disproportionnée de la "double crise" constituée par des systèmes de santé dépassés par des maladies dévastatrices.

Il en résulte la création d'un cercle vicieux entre la mauvaise santé, la pauvreté et la stagnation économique, voire la récession. Les malades et les mourants sont dans l'incapacité de se sortir eux-mêmes de la pauvreté. Les enfants malades ou souffrant de malnutrition ne peuvent aller à l'école et réaliser pleinement leur potentiel. Les populations sur lesquelles pèsent de graves maladies ne peuvent contribuer à la croissance socio-économique de leur pays.

Le lien réciproque entre la santé et la croissance économique, décrit pour la première fois dans le Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé en 2001, est désormais largement reconnu. Pour répondre aux conclusions du rapport et au besoin urgent d'agir, la stratégie OMS Macroéconomie et Santé mobilise l'appui aux pays à mesure qu'ils donnent à la santé une place centrale dans leur programme de développement. Le document examine les diverses approches possibles, au sein et à l'extérieur du secteur de la santé, pour soutenir les efforts visant à accroître les ressources et les investissements pour la santé et conseille de faire des plans sur le long terme pour renforcer les capacités nationales afin d'utiliser efficacement et équitablement des financements accrus. Un processus Macroéconomie et Santé vient compléter les autres outils du développement, comme les documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP) et les approches sectorielles, en veillant à ce que les limitations des systèmes sanitaires et les problèmes d'équité reçoivent l'attention nécessaire et fassent l'objet d'une analyse suffisante. Depuis 2001, de nombreux pays ont choisi de suivre les recommandations de la Commission en entreprenant des activités de Macroéconomie et Santé, désormais en cours d'exécution dans 30 d'entre eux.

La réunion, du 28 au 30 octobre 2003 au Siège de l'OMS, des ministres de la santé, des finances et de la planification de 40 pays en développement avec des partenaires du développement a constitué un événement important dans le cadre des efforts en cours pour souligner la place de la santé dans la réduction de la pauvreté. La deuxième consultation sur le thème Macroéconomie et Santé "Investir davantage en faveur de la



santé des plus démunis" a étudié les mesures nécessaires pour renforcer l'investissement dans la santé et les capacités nationales pour absorber ces nouveaux financements.

De nombreuses personnalités officielles en dehors du secteur de la santé ont participé à cette réunion, soulignant la reconnaissance par divers secteurs du besoin urgent d'accroître à l'échelle mondiale l'investissement dans la santé. Les ministres de la santé, des finances, de la planification et les partenaires du développement ont ainsi eu la possibilité de dialoguer. Les délégués ont manifesté la volonté politique de renforcer

durablement les systèmes de santé et ont cherché à établir une compréhension commune des moyens qui permettront aux pays et à leurs partenaires d'inscrire les promesses mondiales et nationales dans la réalité, comme on le voit dans la déclaration.

Ces dernières années, on s'est de plus en plus attaché à améliorer la santé pour réduire la pauvreté tandis que les gouvernements des pays en développement consacrent davantage de ressources à la réalisation des OMD.

Le processus de Macroéconomie et Santé, du ressort des pays, propose des moyens d'atteindre ces buts et contribue à renforcer la volonté politique au plus haut niveau pour consacrer davantage de ressources à la santé. A cet égard, le rapport de la CMS a joué un rôle important dans l'augmentation des ressources consacrées à la santé, grâce à la réaffectation de fonds ou des dons pour combler les lacunes. Le processus de Macroéconomie et Santé aide les pays à résoudre les obstacles institutionnels ou liés aux systèmes et à faire le meilleur usage du peu de ressources à leur disposition. Parallèlement, il améliore la coordination avec les partenaires internationaux et permet une prévisibilité accrue des investissements faits par les donateurs.

Le moment d'agir

La deuxième consultation sur le thème Macroéconomie et Santé, "Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis", a eu lieu deux ans après la parution du rapport de la Commission Macroéconomie et Santé (CMS), en 2001, qui recommandait aux donateurs de faire passer leurs investissements des US \$6 milliards de l'époque à US \$27 milliards en 2007. La Commission a également demandé aux pays en développement d'affecter davantage de ressources budgétaires à la santé publique et de faire plus d'efforts que dans les décennies précédentes, au niveau politique comme organisationnel, pour obtenir de réelles améliorations sanitaires.

La deuxième consultation a suivi la première, en juin 2002, au cours de laquelle plusieurs pays en développement avaient décidé de suivre les recommandations du rapport de la CMS et avait approuvé un large plan d'action national.

Pourtant, un an et demi après cette réunion de juin, le monde n'avait toujours pas accru les investissements dans la santé au niveau nécessaire pour avoir un impact mesurable sur les principales maladies affectant les pauvres. La deuxième consultation a donné une occasion sans précédent de recentrer le débat et de parvenir à un consensus sur les mesures



Le rapport de la CMS estime que la dépense minimale pour généraliser un ensemble d'interventions essentielles est en moyenne de US \$34 par personne et par an. Dans nombre de pays parmi les plus pauvres de la planète, les dépenses de santé sont en moyenne de US \$11.

urgentes à prendre pour améliorer les performances du secteur sanitaire et créer un environnement plus favorable par l'augmentation et l'amélioration des financements.

La Consultation a réuni plus de 350 participants, parmi lesquels des représentants de 27 pays à faible revenu et 13 pays à revenu intermédiaire, ainsi que de 18 grands bailleurs de fonds, 14 pays donateurs et quatre fondations ou banques internationales. Les six régions étaient représentées : Afrique, Amériques, Asie du Sud-Est,

Méditerranée orientale, Europe et Pacifique occidental. Les pays invités ont envoyé 31 ministres de la santé et 18 ministres des finances et de la planification. Il y avait en outre 197 personnalités de haut rang des ministères de la santé, des finances et de la planification.

Il y avait de hauts représentants du Fonds monétaire international (FMI), de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et de la Banque mondiale. Des organismes régionaux comme le NEPAD (Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique), l'ORAS (l'organisation de santé andine), la Commission de l'Union africaine, ainsi que dix institutions des Nations Unies, onze instituts universitaires ont été également représentés. Voir en Annexe I la liste des participants.

La consultation a commencé par une réunion préparatoire d'une journée, le 28 octobre, entre de hauts responsables politiques de la santé, des finances et de la planification des pays participants pour étudier des questions de politique opérationnelle dans l'action de Macroéconomie et Santé qu'ils mènent. Les débats au cours de cette journée préparatoire ont alimenté les discussions pendant la consultation ministérielle. Voir en Annexe 2 l'ordre du jour de la consultation.

La réunion préparatoire établit le cadre des discussions pendant la consultation

En préliminaire à la consultation, des sessions techniques ont été organisées le 28 octobre et les participants se sont répartis entre trois groupes de travail thématiques. Cette réunion a été l'occasion de discuter des questions en rapport avec les trois thèmes principaux de la consultation :

- Comment améliorer l'efficacité des systèmes de soins de santé et suivre les résultats? (Groupe de travail n°1)
- Comment faire de la santé un élément central du cadre macroéconomique national et accroître les ressources nationales allouées à la santé? (Groupe de travail n°2)
- Comment améliorer la prévisibilité des financements extérieurs et la coordination entre les partenaires? (Groupe de travail n°3).



Au cours de la consultation, ces thèmes ont été étudiés par des présentations et des débats entre les délégués des pays, les orateurs et les représentants des organismes de développement.

Améliorer l'efficacité des systèmes de soins de santé et suivre les résultats

Le Groupe de travail 1, présidé par le professeur Anne Mills de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, a permis d'étudier les moyens d'améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes de soins de santé et de suivre les résultats. Les trois points principaux pour un bon fonctionnement des systèmes de santé ont été exposés aux participants : fixer des priorités réalistes, établir les éléments institutionnels et organisationnels de la prestation des soins et mettre en place des mécanismes efficaces pour le suivi de la gestion et des résultats.

Dans les pays, la fixation des priorités commence par un consensus entre les principales parties intéressées pour établir un cadre global de développement, avec des objectifs acceptés par tous et des ressources suffisantes pour financer l'effort. C'est l'engagement régulier des gouvernements et de leurs partenaires dans tous les aspects du travail d'analyse, de planification et de mise en œuvre qui suscite la volonté politique. Avant de pouvoir fixer efficacement les priorités nationales de santé, les participants ont estimé qu'il devait y avoir

une évaluation réaliste, reposant sur une base solide, de tous les éléments de la prestation des soins. Les gouvernements peuvent agir en faisant des groupes les plus démunis la cible

Pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé, il est essentiel de mobiliser l'engagement intersectoriel, d'avoir une base solide pour fixer les priorités et surveiller les résultats et de s'attacher à lever les obstacles liés aux ressources humaines.

des interventions prioritaires. En étudiant les éléments pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé, les pays ont reconnu que les gouvernements devaient veiller à l'accès des pauvres aux services essentiels. Pour y parvenir, il faut lever les obstacles liés aux ressources humaines et renforcer la gestion du secteur de la santé. Enfin, pour élaborer des mécanismes de contrôle plus efficaces, les pays doivent investir dans les systèmes d'information et la qualité des données. Les gouvernements se chargeront de coordonner le développement des systèmes d'information, de façon à éviter les doublons et le secteur privé peut donner au public l'accès à ses données de façon à ce que les deux secteurs, public et privé, rendent compte des résultats obtenus.

Faire de la santé un élément central du cadre macroéconomique national et accroître les ressources nationales allouées à la santé

Les séances du groupe de travail 2 étaient présidées par le Dr Peter Heller, Directeur adjoint du Département financier du Fonds monétaire international, M. Alexander Preker, Economiste principal pour la Santé, la Nutrition et la Population à la Banque mondiale et M. Pablo Gottret, Economiste principal au Programme de développement humain de la Banque mondiale. Les délégués ont étudié comment faire de la santé un élément central du cadre politique de la macroéconomie et accroître les ressources nationales allouées à la

La mobilisation des ressources nationales pour la santé peut se faire soit par une réaffectation des dépenses, une amélioration de l'utilisation, des efforts pour accroître les revenus et le renforcement des partenariats entre le public et le privé. Les pays doivent avoir des objectifs ambitieux reposant sur un cadre financier réaliste.

santé. Les discussions ont tourné autour de trois thèmes principaux : examen des mécanismes de coordination intersectorielle qui peuvent le mieux assurer une intégration des investissements pour la santé des pauvres dans les plans de développement ; détermination des options pour réaffecter les ressources nationales ; tirer parti des partenariats publics, privés et extérieurs pour améliorer la santé des pauvres.

Pour veiller à ce que les investissements en faveur de la santé des pauvres soient intégrés dans les plans généraux de développement, les participants ont insisté sur l'importance cruciale d'engager dans le dialogue une pluralité de ministères et de secteurs. Ce large engagement est nécessaire pour prendre les décisions sur les priorités à donner pour l'accroissement des dépenses dans les différents secteurs. Les pays doivent diriger le processus, que ce soit par le biais des DSRP ou d'autres initiatives de développement, et ils doivent avoir une réflexion créative pour réaliser des objectifs de développement ambitieux tout en restant dans des cadres financiers réalistes. Au moment de discuter des moyens de générer et d'allouer davantage de ressources nationales à la santé, les participants ont proposé un certain nombre d'idées parmi lesquelles des réformes fiscales (notamment une taxation profitable à tous) et la réaffectation des dépenses au sein et en dehors du secteur de la santé à des fins d'efficacité. La stabilité au niveau

macroéconomique est essentielle pour parvenir à une croissance économique réelle et ainsi une augmentation générale des ressources nationales. Enfin, il faut définir clairement le rôle des partenariats entre le public et le privé et décrire comment ils



compléteront le financement du secteur public et la prestation des services de santé. Les participants ont fait observer que, pour les pays les plus pauvres, même une utilisation efficace des ressources nationales ne suffira pas : les subventions et l'allégement de la dette seront alors des sources importantes de fonds supplémentaires. Les pays doivent veiller à suivre une stratégie favorable aux pauvres : l'évolution démographique et l'augmentation des maladies non transmissibles ne doivent pas empiéter sur les dépenses en faveur des populations pauvres ou rurales.

Améliorer la prévisibilité des financements extérieurs et la coordination entre les partenaires

Le groupe de travail 3, présidé par M. Paul Isenman, Division de la Coordination et de la Formulation des politiques à l'Organisation de coopération et de développement

économiques, et Mme Karin Norberg, Directrice exécutive de Transparency International, a étudié comment améliorer l'efficacité, la prévisibilité et la coordination des financements extérieurs. Les participants ont pris connaissance des tendances récentes de l'aide au développement et des moyens d'évaluer l'accroissement du financement. L'aide totale au développement dans le domaine de la santé a augmenté de US \$1,7 milliard entre

1999 et 2002, les croissances les plus fortes étant enregistrées pour les interventions contre le VIH/SIDA. Plusieurs participants ont reconnu les effets de l'approche Macroéconomie et Santé dans l'obtention de ce bon résultat.

Les représentants des pays ont estimé qu'il était important de donner aux pays en développement un plus grand accès aux données sur l'aide extérieure et d'établir des moyens nationaux pour utiliser ces informations. Ils ont demandé aux bailleurs de fonds de raccourcir les délais entre les engagements pris et le versement des subventions et souhaitent une meilleure prévisibilité de l'aide, les décisions budgétaires pour l'utilisation de l'aide extérieure étant prises sur la base de ces engagements. Parallèlement, il faut déterminer des critères communs à tous les donateurs pour rendre compte des résultats sanitaires et il convient d'investir pour développer les moyens des pays de suivre, contrôler et évaluer les informations sur les performances sanitaires nationales résultant de l'aide extérieure. Les pays ont estimé que l'aide au développement doit se centrer davantage sur

Il faut harmoniser les procédures des donateurs et diminuer les délais entre les promesses et le versement effectif des dons pour améliorer la coordination entre les pays en développement et leurs partenaires.

les systèmes de santé et les autres secteurs ayant des répercussions sur la santé et les OMD liés à la santé. Finalement, les participants ont noté le besoin d'améliorer la coordination entre les priorités nationales, la politique et l'aide extérieure et souligné le rôle crucial pouvant être joué par les organisations internationales multilatérales, comme l'OMS.

Les présentations et les discussions dans les trois groupes de travail ont inspiré de longs débats sur les thèmes de la réunion. Pour consulter la liste des participants à ces groupes de travail, voir l'Annexe 3. A la fin de la réunion préparatoire, les présidents ont préparé des résumés devant être présentés aux ministres de la santé, des finances et de la planification, ainsi qu'aux représentants des donateurs pendant la consultation du lendemain. Voir en Annexe 4 une description plus détaillée des conclusions des groupes de travail. Pour toutes les présentations des groupes de travail, consulter le site de l'événement :

http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/.

Résumé des recommandations des groupes de travail

Thèmes de discussion des groupes de travail	Recommandations des groupes de travail	
<p>Thème I</p> <p>Comment améliorer l'efficacité des systèmes de soins de santé et suivre les résultats?</p>	<p>1. Fixer les priorités de santé nationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les éléments du système de soins de santé • Veiller à une qualité des soins et à une demande soutenues • Fixer des priorités multisectorielles ayant des effets sur la santé • Veiller à ce que les groupes les plus démunis aient accès aux systèmes de soins locaux • Obtenir des informations grâce à de solides systèmes de recueil des données
	<p>2. Etudier les limitations et les possibilités au niveau institutionnel et organisationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre l'accent sur la planification et le contrôle au niveau des districts, analyser les limitations, cibler les groupes vulnérables en établissant une proportion optimale de services fixes et de proximité • S'intéresser aux ressources humaines : accroître le nombre, améliorer la répartition et les compétences • Motiver et récompenser les bonnes performances ; développer les capacités de gestion • Poursuivre la mobilisation sociale. Améliorer l'accès aux soins et leur financement en évaluant et en optimisant le rôle des ONG locales
	<p>3. Suivre les résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investir dans les systèmes d'information et la qualité des données pour le contrôle et l'évaluation • Veiller à l'intégration de la méthode pour éviter de multiplier inutilement les systèmes d'information • Prévoir l'accès aux données du secteur privé et le contrôle de ses résultats pour assurer la transparence à tous les niveaux, y compris au niveau des fournisseurs privés

Thèmes de discussion
des groupes de travail

Recommandations des groupes de travail

1. Intégrer les investissements en faveur de la santé des pauvres dans les plans de développement nationaux

- Favoriser le dialogue entre la communauté internationale de la santé, les ministres des finances et de la planification et les ministres de la santé
- Adopter des approches plurisectorielles (accès à l'éducation, eau propre et infrastructures d'assainissement)
- Le choix de l'association des politiques pour améliorer la santé est principalement du ressort des pays
- Fixer des buts ambitieux et penser à des solutions novatrices pour résoudre les difficultés

2. Trouver et allouer des ressources nationales à la santé

- Intensifier la mobilisation des ressources nationales (réforme de la fiscalité et efforts pour augmenter les revenus)
- Moyens de mobilisation des ressources nationales :
 - Réaffectation des dépenses du budget national
 - Réaffectation des dépenses dans le budget de la santé
 - Recherche d'interventions et de traitement moins coûteux
 - Parvenir à une utilisation plus efficace des ressources
- Assurer la stabilité macroéconomique et prévenir les crises financières.

3. Participation des partenariats publics-privés et extérieurs

- Veiller à orienter les dépenses publiques sur les pauvres
- Les approches sectorielles et les crédits budgétaires non liés peuvent faciliter l'optimisation des avantages apportés par les ressources externes. Une bonne gestion peut garantir une pérennisation de l'aide des donateurs
- Engager le secteur privé et définir son rôle dans le financement et la prestation des services de santé. Veiller à ce que les dépenses à la charge des malades optimisent les résultats et soient utilisées dans des programmes de mise en commun des risques
- Les donateurs doivent garantir une aide durable et prévisible pour soutenir des programmes bien élaborés. Ils ont pour impératif d'accorder des subventions et d'alléger la dette

Thème 2

Comment faire de la santé un élément central du cadre macroéconomique national et accroître les ressources nationales allouées à la santé?

Thèmes de discussion
des groupes de travail

Recommandations des groupes de travail

Thèmes de discussion des groupes de travail	Recommandations des groupes de travail
<p>Thème 3</p> <p>Comment améliorer la prévisibilité des financements extérieurs et la coordination entre les partenaires?</p> <p>1. Aide au développement: évaluer les tendances augmenter le financement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'aide au développement pour la santé a augmenté depuis 1998, la plus grande part de cette augmentation allant aux interventions contre le VIH/SIDA • Informer les pays des versements et des engagements des donateurs. L'OMS poursuit, avec l'OCDE, la mise en place d'un système pour suivre les mouvements de l'aide au développement • Réduire au maximum le délai entre les promesses et le versement des dons. Trouver des mesures pour rendre l'aide plus prévisible et insister sur les aides multilatérales et les engagements sur plusieurs années
<p>2. Renforcer l'efficacité des dons</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etablir des critères communs pour la notification des résultats sanitaires. Le caractère prometteur de la méthode de "mesure de la santé" a été reconnu • Développer à tous les niveaux les moyens nationaux de suivre, contrôler et évaluer les résultats des investissements dans la santé • L'aide extérieure pour la santé doit comprendre une analyse de son efficacité potentielle en fonction des systèmes existants. Veiller à ce qu'elle appuie le renforcement des capacités • Les ressources extérieures ne doivent pas se substituer à l'investissement national. Le cadre macroéconomique doit être plus flexible et tenir compte du besoin d'investir pour la santé. Dans ce domaine, l'aide externe doit prendre la forme de subventions, être moins conditionnelle, plus innovatrice et respecter les priorités des gouvernements • Les priorités des pays bénéficiaires doivent être orientées sur les pauvres, transparentes et novatrices pour le développement des biens publics
<p>3. Des choix réalistes pour la coordination avec les partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'aide doit soutenir des secteurs liés à la santé (éducation, eau et assainissement) • Les organisations internationales, dont l'OMS, doivent apporter une aide technique aux pays • Veiller à l'harmonisation de l'aide extérieure et de l'affectation intérieure des ressources • La consultation CMS et d'autres réunions similaires sont des mécanismes utiles favorisant les échanges d'informations sud-sud • Déterminer les aides nécessaires pour soutenir les pays dans la réalisation des OMD

Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé

Le 29 octobre 2003, le Dr LEE Jong-wook, Directeur général de l'OMS a ouvert officiellement la Consultation. "De nombreux pays

"La méthode de Macroéconomie et Santé est une carte précieuse pour aider les systèmes de santé nationaux à apporter aux pauvres et aux désavantagés les services de santé essentiels."

Dr Tadesse Kebede, Ministre éthiopien de la Santé

mettent en œuvre les recommandations du Rapport de la Commission

Macroéconomie et Santé. Le message est simple : l'un des moyens les plus efficaces pour réduire la pauvreté consiste à améliorer la santé", a-t-il déclaré.



Les délégués ont écouté les interventions du Professeur

Lincoln Chen de l'Université de Harvard qui a fait observer que le monde se trouvait confronté à la "double crise" de maladies dévastatrices dépassant les capacités des systèmes de santé en

difficulté dans les communautés pauvres. Il a appelé à une mobilisation urgente des ressources financières et sociales et souligné l'importance de cimenter une "nouvelle alliance" entre la santé publique et les finances. Les délégués ont aussi entendu le professeur Jeffrey Sachs, de l'Université Columbia. Celui-ci a rappelé que, si les pays en développement peuvent bien absorber une augmentation importante de l'aide au développement pour la santé, les fonds manquent cruellement pour satisfaire les besoins urgents. Il a souligné le fait que les fonds nécessaires pour la santé, US \$27 milliards d'ici à 2007, sont facilement disponibles dans les nations riches et il a engagé les dirigeants des pays en développement à demander une augmentation de l'aide pour la santé sur la base d'une évaluation réaliste de leurs besoins.

"Après le SRAS, la santé et l'investissement dans ce domaine se sont retrouvés au centre des préoccupations chinoises. Sans la santé, il n'y a pas d'enrichissement (Xiaokang) de la société. Cette consultation importante a permis à la Chine de partager ses expériences avec d'autres pays. Elle a rassemblé de nombreux ministres et experts engagés dans leurs propres initiatives de Macroéconomie et Santé."

La stratégie d'investissement chinoise s'attachera tout spécialement à combler les lacunes du système de santé dans les régions rurales et à s'occuper des maladies qui menacent et des populations pauvres dont les conditions d'existence doivent s'améliorer à mesure que le pays se développe économiquement et socialement."

M. Gao Qiang, Vice-ministre exécutif de la santé publique (Chine)

Sept pays — la Chine, Djibouti, l'Éthiopie, le Ghana, l'Indonésie, le Mozambique et le Sri Lanka — ont confirmé dans leurs présentations les liens entre la maladie et le développement et ont mis en avant les efforts nationaux pour mobiliser les ressources afin de réduire la charge de morbidité et de renforcer les systèmes de santé. Ils ont décrit en particulier la volonté politique plus forte et le travail analytique entrepris dans le cadre du processus de Macroéconomie et Santé et la

façon dont ces facteurs ont permis d'accélérer les initiatives entrant dans le cadre des stratégies nationales de réduction de la pauvreté.

Le professeur Anne Mills de la London School of Hygiene and Tropical Medicine a souligné le fait que les obstacles liés aux ressources humaines sont l'un des facteurs majeurs empêchant d'intensifier les interventions de santé essentielles. Elle a demandé de déterminer les besoins de formation et de rendre plus attractifs les emplois dans les services de santé. Le Dr Heller, du

Fonds monétaire international, a proposé de tirer parti du secteur privé et de retenir des options avantageuses pour tous, comme une taxation du tabac, pour mobiliser les ressources. Il a par ailleurs noté que les ressources extérieures restaient indispensables pour les pays les plus pauvres. Comme il l'a constaté : "il faut trouver un équilibre entre l'ambition et le réalisme et chercher des solutions pragmatiques pour surmonter les principaux obstacles et résoudre les goulots d'étranglement empêchant la généralisation des soins médicaux."

M. George Schieber de la Banque mondiale a présenté des données montrant que l'on pouvait attribuer à l'amélioration de la situation sanitaire 17 % des gains de productivité dans les pays, ce

“Pays pauvre, Djibouti s’est engagé sans réserve à améliorer la santé et la qualité de vie de ses plus démunis. L’augmentation de l’aide extérieure et l’allègement de la dette pour le secteur social peuvent grandement faciliter ces efforts en apportant les ressources nécessaires pour une réforme du secteur de la santé favorable aux pauvres.”

Dr Mahmoud Ali Youssouf, Ministre de la Coopération internationale à Djibouti

qui souligne l'impact économique positif des investissements en faveur de la santé. Il a insisté sur le besoin d'une approche favorable aux pauvres. "De récentes études indiquent que les responsables politiques devraient s'intéresser aux secteurs, régions et facteurs de production dominés par les pauvres... il est établi que des améliorations dans ces domaines, accompagnées d'une faible inflation, amènent la croissance et une redistribution progressive." La Banque mondiale a accru ses projets dans le domaine de la santé. Au cours de l'année budgétaire 2003, elle allait probablement consacrer US \$1,7 milliard à 32 nouvelles actions, contre une moyenne de US \$1,3 milliard par an pour 22 projets de 1998 à 2002.

Les intervenants ont également traité des questions relatives aux priorités pour les donateurs et à leurs systèmes. M. Paul Isenman a présenté les efforts du Comité d'aide au développement de l'OCDE pour harmoniser les procédures des donateurs, ne pas lier l'aide, respecter les priorités nationales et renforcer les moyens locaux. Représentant la Fondation Bill & Melinda Gates, le Dr Sally Stansfield a décrit les difficultés rencontrées par les donateurs et les défis à relever au niveau de l'exécution dans les pays en développement, insistant sur le besoin d'innovations prometteuses. Elle a déclaré que les pays devaient montrer qu'ils pouvaient améliorer leurs résultats sanitaires avec une aide supplémentaire. Finalement, le Dr Montasser Kamal, de l'Agence canadienne de développement international a fait part de son soutien au renforcement des systèmes de santé, cela étant le moyen pour les donateurs de garantir la pérennisation des investissements.

Après les nombreux exposés, la Consultation s'est terminée par l'étude d'un projet de Déclaration, approuvé à l'unanimité par les pays participants, puis par les présidents de la Consultation :

- Mme Sushma Swaraj, Ministre de la Santé et de la Famille en Inde
- M. Mwesigwa Rukutana, Ministre des Finances, du Plan et du Développement économique en Ouganda
- M. M.N. Khan, Ministre de la Santé au Pakistan
- Professeur Eytayo Lambo, Ministre de la Santé au Nigéria.

En approuvant la Déclaration, les dirigeants des pays se sont engagés à maintenir ou à renforcer la volonté politique et la coopération internationale pour surmonter les difficultés relatives à la macroéconomie et à la santé. Ils ont demandé de mobiliser d'urgence des ressources nationales

pour la santé, notamment par l'allègement de la dette, une plus grande flexibilité des cadres macroéconomiques et une augmentation prudente de la fiscalité. Ils ont également mentionné le besoin d'une aide extérieure accrue pour la santé, demandant aux donateurs de développer leur financement, d'augmenter la flexibilité et d'améliorer la prévisibilité des fonds et de respecter les engagements de l'aide au développement pour la santé.

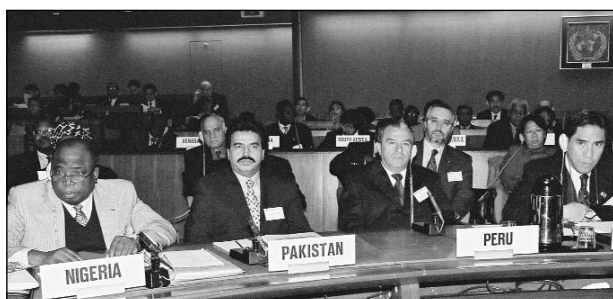
En outre, les pays ont réaffirmé en conclusion leur volonté de continuer à préparer et à mettre en œuvre leurs plans d'investissement en faveur de la santé. Ils ont promis d'établir, de développer et d'utiliser des mécanismes appropriés pour exécuter ces plans, ainsi que de veiller à l'adoption de priorités favorables aux plus démunis, de procéder à des augmentations durables et importantes des ressources allouées à la santé et de traiter en priorité les obstacles liés aux ressources humaines.

Enfin, les pays participants ont étudié la présentation de la Déclaration à l'Assemblée mondiale de la Santé 2004 pour montrer leur ferme engagement dans les principes et les lignes directrices qu'elle contient. Ils ont convenu de se réunir de nouveau pour examiner les progrès accomplis et garder la dynamique nécessaire pour l'exécution de ces tâches importantes.

Prochaines étapes pour les activités en macroéconomie et santé

Il faut conserver l'engagement et la dynamique créés par cette réunion importante et, par ailleurs, mettre en pratique les enseignements qui en ont été tirés:

Maintenir la volonté politique: le rôle central de la santé dans le développement durable



A mesure que les pays progressent dans l'analyse et le développement de leur système de santé, plusieurs points doivent être envisagés. La volonté politique au plus haut niveau, ainsi qu'une collaboration accrue entre de nombreux ministères, sont essentielles pour garder l'attention sur les liens entre la pauvreté et la santé et l'importance des investissements dans le domaine de la santé. Pour garder cet engagement et agrandir le cercle de persuasion sur les intérêt

socio-économiques majeurs d'investir dans la santé, il est important de poursuivre la sensibilisation et la diffusion des messages de la CMS. En développant leurs plans d'investissement en faveur de la santé, les pays doivent s'attacher à orienter leurs interventions prioritaires sur les pauvres et à obtenir des résultats mesurables. Il faut d'urgence accorder une attention accrue aux obstacles liés aux ressources humaines.

Mobilisation accrue des ressources nationales

Pour atteindre l'objectif préconisé par le Rapport de la CMS, à savoir des dépenses de santé de US \$34 par habitant et par an en moyenne, les pays devront mobiliser leurs ressources nationales. Des études ont déjà été entreprises dans nombre d'entre eux pour analyser

l'efficacité de l'utilisation des ressources et établir le montant des fonds supplémentaires nécessaires pour combler les lacunes. Les pays doivent plaider pour un allègement de leur dette, augmenter les revenus de la fiscalité et mettre en place des mécanismes équitables pour réduire ou supprimer les dépenses à la charge des couches pauvres. Il faut en particulier d'urgence rendre plus flexibles les conditions imposées ou les diminuer lorsqu'il s'est avéré que la santé des pauvres s'en trouvait empirée.

Améliorer la coordination avec les partenaires

Il faudra des ressources externes supplémentaires dans de nombreux pays pour financer les investissements en faveur de la santé. Le nombre important d'organismes bilatéraux ou multilatéraux d'aide au développement présents à la Consultation mondiale sont le signe du haut niveau d'appui au processus de Macroéconomie et Santé dans les pays. Si le financement extérieur de la santé a bien augmenté au cours des dernières années, il faut lever encore davantage de fonds et travailler pour améliorer la coordination entre les donateurs d'une part et entre les donateurs et les pays d'autre part. Les promesses d'aide au développement doivent être tenues, les procédures harmonisées et les priorités des pays respectées.



Extraits de discours

L'amélioration de la santé est l'un des moyens les plus efficaces pour réduire la pauvreté

“...La collaboration est aussi importante au niveau national qu'international, comme le démontre cette réunion extraordinaire. Je ne me rappelle aucune autre occasion où nous avons accueilli un groupe aussi diversifié et influent.

“Nous travaillerons avec des institutions internationales de financement et des pays fortement endettés pour les convaincre de convertir les dettes en investissements accrus dans les activités déployées pour atteindre l'objectif des 3 millions d'ici 2005 ou pour couvrir d'autres besoins en matière de santé, comme la lutte contre la tuberculose et le paludisme, les dernières étapes sur la voie de l'éradication de la poliomyélite, la prévention des maladies liées au tabagisme et d'autres maladies non transmissibles et la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les documents stratégiques sur la réduction de la pauvreté représentent une excellente occasion de refléter ces priorités sanitaires importantes dans des approches intersectorielles de réduction de la pauvreté.”

Dr LEE Jong-wook

De nombreux pays mettent en œuvre les recommandations du Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. Le message est simple : l'amélioration de la santé est l'un des moyens les plus efficaces pour réduire la pauvreté. Il discrédite l'argument fataliste selon lequel la santé est inabordable pour la plupart des gens. En termes purement économiques, c'est le contraire qui est vrai : c'est de négliger les systèmes de santé nationaux qui a un coût inabordable. Cet abandon ruine les pays et les communautés, sans doute plus efficacement qu'aucune autre force négative. On a donc de puissants arguments pour défendre les investissements en faveur de la santé, des ressources humaines et des technologies sur une bien plus grande échelle que ce que l'on croyait nécessaire ou même possible auparavant.

La communauté mondiale a déjà reconnu ce fait en approuvant, une année auparavant, les objectifs du Millénaire pour le développement. L'augmentation opportune de l'aide au développement pour la santé est en

partie due à une compréhension plus nette des nécessités. Mais elle ne constitue toujours qu'une petite fraction des fonds requis chaque année pour atteindre ces buts."

Dr LEE Jong-wook, Directeur général de l'OMS

Les investissements en faveur de la santé doivent être bien conçus et bien financés. Plus important encore, ils doivent être ambitieux et se réaliser le plus vite possible

"...La santé est omniprésente dans les OMD. On ne peut envisager de réduire la pauvreté sans améliorer la santé. C'est pourquoi la santé revient explicitement dans un grand nombre d'objectifs : réduire le taux de mortalité infantile de deux tiers d'ici 2015 par rapport à 1990, réduire la mortalité maternelle de trois quarts d'ici 2015, lutter contre les plus grandes pandémies de notre temps, le SIDA, le paludisme et la tuberculose, donner l'accès à de l'eau de boisson sûre et à l'assainissement, faire disparaître le fléau de la famine. Dans tous ces objectifs, il s'agit d'améliorer la santé publique. En outre, il est inconcevable d'atteindre le premier OMD, réduire de moitié la proportion de la population vivant dans une pauvreté extrême (moins de 1 dollar par jour) d'ici 2015, sans réaliser les objectifs liés à la santé. Les individus malades ou mourants ne sortent pas de la pauvreté. Les enfants que le SIDA ou d'autres fléaux ont rendu orphelins n'ont guère de perspectives de sortir de la pauvreté dans le monde actuel.

Les investissements en faveur de la santé doivent être bien conçus et bien financés. Plus important encore, ils doivent être ambitieux et se réaliser le plus vite possible. Il n'y a pas de temps à perdre, que ce soit en Ouganda où l'espérance de vie est de 45 ans, où 124 enfants sur 1 000 meurent avant l'âge de 5 ans ou dans d'autres pays se trouvant dans une situation comparable. Il n'y a pas d'avenir sans maîtrise de cette morbidité. Les OMD sont plus que des cibles, ils donnent des moyens pour faire pression sur les opinions publiques, les gouvernements et la communauté des donateurs.

Pour ce qui est de la capacité d'absorption, je peux vous affirmer en tant que macroéconomiste que tous les pays peuvent absorber une croissance importante de l'aide en faveur de la santé. Celle-ci ne les déstabilisera pas ; elle stimulera au contraire énormément la productivité et leur donnera la possibilité de parvenir à la croissance économique."

Professeur Jeffrey Sachs, Directeur de l'Earth Institute à l'Université Columbia, États-Unis d'Amérique

Une double crise

"...Premièrement, bien que nous vivions une époque exaltante pour la santé – plus d'énergie, d'acteurs, de ressources, d'intérêt du public et d'engagement politique –, le monde de la santé se trouve confronté à une "double crise", source de division et sans précédent historique : des maladies dévastatrices dépassant les capacités de systèmes de santé en situation d'échec dans les communautés les plus démunies du monde. Les divergences se sont accrues et les disparités sanitaires sont intenable sur le long terme, tant du point de vue épidémiologique que moral, dans ce monde interdépendant.



“...ce serait perdre une occasion de traiter cette Consultation comme n’importe quelle autre réunion. La santé est en crise dans le monde et il faut agir d’urgence et durablement. La Commission Macroéconomie et Santé a favorisé l’apparition d’une nouvelle alliance entre la santé et les finances publiques, renforcée par ces consultations, le seul forum mondial dans son genre.”

Dr Lincoln Chen

Deuxièmement, il faudra une action massive et soutenue pendant trois décennies – soit toute une génération – pour atténuer le fardeau de la maladie et construire les systèmes de santé dans les pays les plus démunis. Il faut d’urgence mobiliser les ressources financières et sociales pour mettre immédiatement un terme à la spirale des morts évitables et ouvrir la voie à des améliorations régulières sur le long terme.

Troisièmement, le succès dépendra, dans une certaine mesure, d’une “nouvelle alliance” entre la santé et les finances publiques : les ministères des finances, de la planification et de la santé, les organisations internationales financières et sanitaires, les économistes et les professionnels de la santé. Il ne s’agit pas d’un “mariage d’amour” mais d’un “mariage de raison”. Les économistes et les professionnels de la santé vivent sur des planètes différentes : les économistes viennent de Mars et les professionnels de la santé de Vénus ! La prudence budgétaire est le credo des économistes, le secteur de la santé veut sauver des vies ; l’incitation détermine le comportement pour les économistes, l’éthique du service pour les professionnels de la santé. Je crois qu’en se rejoignant malgré les différences et en formant des alliances, les secteurs de la santé et les finances influenceront sur l’avenir de la santé dans le monde.”

*Dr Lincoln Chen, Université de Harvard,
Etats-Unis d’Amérique*

L’investissement en faveur de la santé: une mission de croissance et de justice sociale

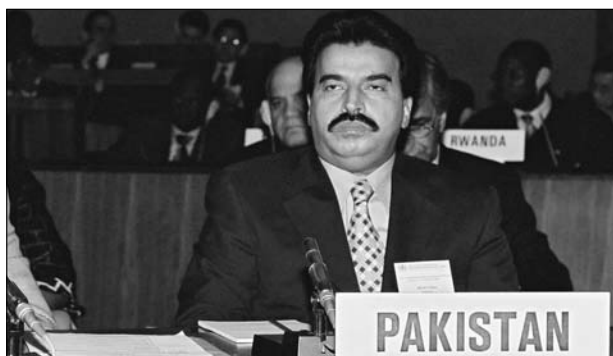
“...J’aimerais féliciter l’OMS pour sa vision et son leadership dans la mission de croissance et de justice sociale qui s’associe aux investissements dans la santé. Il faut multiplier ces investissements en s’attachant à développer l’accès aux soins de santé primaires, à diminuer la mortalité maternelle et infantile, lutter contre les maladies transmissibles et éviter l’accroissement des maladies liées au mode de vie. C’est dans ce cadre qu’il nous faut intégrer les systèmes traditionnels de médecine avec les systèmes modernes en adoptant une approche holistique des soins de santé. De même, motiver les médecins et tous les personnels de santé par un système juste de compensation et une politique rationnelle du personnel représente un défi crucial que nous devons aborder de manière globale. C’est en effet le fonctionnement des systèmes de santé qui a un effet direct sur la qualité de la prestation des soins. Les pays en développement devront y consacrer davantage de ressources nationales, budgétaires et autres, en plus de mobiliser des ressources à l’extérieur pour assurer la sécurité sanitaire des pauvres. Nous devons veiller à ce que les groupes les moins privilégiés de la société aient un accès abordable aux médicaments et aux soins. Ce n’est qu’à ce moment-là que les systèmes de soins de santé prendront tout leur sens et seront efficaces.”

*Mme Sushma Swaraj, Ministre de la Santé, de la Famille
et des Relations avec le Parlement en Inde*



Réunir des ministres des finances et de la santé

“...La réunion des ministres des finances et de la santé représente une occasion formidable. Il y a deux moyens de fournir les soins de santé, soit par les assurances privées, soit par l'Etat, comme c'est le cas au Pakistan et dans de nombreux pays en développement.”



M. M.N. Khan, Ministre de la Santé au Pakistan

Mobilisation des ressources nationales

“...Cette réunion est importante en permettant aux pays africains de partager leurs opinions et leurs expériences. Il y a de nombreux aspects à envisager, notamment la mobilisation des ressources nationales. Au Botswana, nous avons toujours eu des plans de développement nationaux englobant la santé. Les soins de santé primaires sont une priorité. Aujourd'hui, aucun habitant n'est à plus de 15 km d'un centre de soins de santé primaires et les traitements sont gratuits. Les centres de santé surveillent l'état nutritionnel des enfants de moins de six ans et fournissent des suppléments alimentaires, tandis que les écoles distribuent aux enfants un repas gratuit par jour. Nous commençons à fournir gratuitement les traitements antirétroviraux.”

M. Baledzi Gaolathe, Ministre des Finances au Botswana

Des financements novateurs dans le domaine de la santé

"Nous devons exploiter toutes les ressources que nous pouvons trouver, ce qui veut dire de prendre contact avec le secteur privé et d'essayer d'améliorer les liens et les synergies. Au lieu de continuer à travailler comme d'habitude, nous devons aussi chercher un moyen de vraiment susciter l'innovation, de permettre aux individus de prendre des risques, de leur laisser faire ce qui semble un peu fou au premier abord pour accomplir le travail. Donnez-leur de l'argent, donnez-leur leur chance. Essayez, faites que ça marche. Montrez que nous voulons innover et laisser la place à de nouveaux dirigeants. La chance que nous avons maintenant, avec plus de ressources et une volonté politique plus forte, disparaîtra dans quelques mois. Nous devons montrer que nous pouvons étendre la couverture, améliorer les résultats et trouver un moyen de mieux diffuser ce qui marche d'un pays à l'autre. Nous devons aussi apporter la preuve que l'aide au développement pour la santé améliore réellement les résultats sanitaires."

Dr Sally Stansfield, Fondation Bill & Melinda Gates , Etats-Unis d'Amérique

Le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement

“Le Canada croit fermement que l'efficacité des partenariats actuels doit être en partie mesurée à l'aune de leurs effets sur le développement des systèmes de santé. De puissants systèmes garantissent aux pays riches que leurs investissements sont durables et, dans les pays en développement, que les progrès durement acquis profiteront aux futures générations. Le Canada continuera de travailler avec ses partenaires pour renforcer les systèmes de santé dans les pays

en développement et, conformément à ses cinq principes pour le Renforcement de l'efficacité de l'aide, il s'engagera dans des approches sectorielles s'appuyant sur des programmes dans le secteur de la santé. Ces cinq principes sont : appropriation locale, approche orientée sur les résultats, coordination améliorée entre les donateurs, puissants partenariats et plus grande cohérence.”

Dr Montasser Kamal, Chef, Unité des institutions des Nations Unies s'occupant de la santé, Agence canadienne de développement international

Pour accéder aux discours, consulter :

http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/speeches/en/.

Documents pour la consultation

Plusieurs documents d'information ont été préparés pour la consultation et distribués aux participants. “Macroeconomics and Health: An Update” décrit l'approche, le processus et les résultats escomptés dans les pays. Il fait par ailleurs le point des activités des pays dans ce domaine. “Macroeconomics and Health in Context: Background Summary for Participants” est un document technique donnant des informations intéressantes pour la Consultation et les groupes de travail.

“Development Assistance for Health: Recent Trends and Resource Allocation,” du Dr Catherine Michaud du Harvard Centre for Population and Development Studies, montre que l'analyse des tendances récentes en matière d'aide au développement pour la santé chez les principaux



donateurs aboutit à des messages divers. Alors que, dans ce domaine, l'aide au développement s'est beaucoup mieux portée que dans d'autres secteurs au cours des années 90, époque où l'aide officielle au développement s'est effondrée, et que l'engagement politique pour améliorer la santé des pauvres est à un niveau élevé, les fonds n'arrivent toujours pas à satisfaire les besoins.

Dans “La réforme de la santé en faveur des plus démunis – Quoi, comment et pourquoi ?”, M. Rajiv Misra, ancien Secrétaire à la santé, Gouvernement indien, avance des arguments convaincants pour cibler les pauvres dès qu'on

s'efforce d'accroître les investissements pour la santé et de réformer les systèmes.

Le Dr Abusaleh Shariff, Economiste en chef et Directeur de la Division pour le développement humain au Conseil national de la recherche économique appliquée en Inde, a préparé le document : “Links between Macroeconomics and Health: Relevance to the South-East Asian Region”. Il y analyse les liens entre la macroéconomie et la santé dans dix pays de l'Asie du Sud-Est. Il signale que la santé est un élément essentiel du développement économique et que pratiquement tous les pays de cette région doivent augmenter leurs dépenses de santé.

Voir les documents en Annexe 5.

Couverture de la consultation par les médias dans le monde

...Il arrive que les pays soient trop pauvres et désavantagés pour pouvoir se développer, aussi judicieuse leur politique soit-elle. Sans une population en bonne santé, des ports, des routes et des infrastructures développées, les investisseurs étrangers les éviteront. Quant aux pauvres, ils ne peuvent économiser le moindre centime quand l'intégralité des revenus suffit à peine à couvrir les besoins essentiels. En Afrique subsaharienne, l'association des maladies, de la faiblesse de l'épargne, des mauvaises infrastructures et de l'absence de l'investissement étranger renforce la pauvreté, pas la croissance.

Financial Times, 10 novembre 2003

La presse du monde entier a couvert la Consultation ; les pays développés comme ceux en développement ont assisté à la réunion des ministres des finances, de la santé et de la planification avec les partenaires du développement pour promettre un accroissement des investissements en faveur de la santé. La presse voulait également connaître l'évolution des travaux dans les pays près de deux ans après la publication très médiatisée du Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé.

Beaucoup d'efforts ont été faits pour veiller à ce que les médias aient à leur disposition, avant comme pendant la Consultation, une information cohérente et bien formulée. Une documentation a été préparée et fournie, notamment un dossier de presse renfermant une note d'information aux médias, un aide mémoire, un communiqué de presse

(disponible en anglais, français et espagnol) et les documents pour la consultation. Le Rapport de la CMS "Investir dans la santé : résumé des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé", deux lettres d'information Macroéconomie et Santé et les biographies des orateurs pendant la consultation ont été mis à disposition. Voir en Annexe 6 le communiqué de presse "Les ministres de la santé et des finances se penchent sur la nécessité de développer les investissements dans la santé".

Un site Web a été créé pour l'événement

(www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/) afin d'en faire la promotion et de donner des informations et de la documentation.

Conférence de presse

Une conférence de presse a été organisée le 29 octobre 2003 avec le Dr LEE Jong-Wook, Directeur général de l'OMS, M. Baledzi Gaolathe, Ministre des Finances et du Plan au Botswana et M. M.N. Khan, Ministre de la Santé au Pakistan. Le Dr Lee a fait remarquer l'importance de rassembler dans le cadre d'une consultation mondiale un si grand nombre de ministres de différents secteurs.

M. Khan a souligné que les pays devaient s'attacher à la formation des personnels, leur bien le plus précieux. Il a également insisté sur l'importance cruciale de la paix quand on s'efforce d'améliorer la santé des plus démunis. Il a réitéré ce message en séance plénière : "La paix est un impératif pour la mise en œuvre des programmes. Lorsque la paix règne, au lieu de consacrer des milliards de dollars à la machine de guerre, on peut dépenser ces sommes pour améliorer le sort des enfants, des femmes, réduire la pauvreté et veiller à leur santé". Il a également fait mention de l'égalité entre les sexes et des partenariats entre le public et le

privé comme points essentiels pour que les plus démunis aient un accès universel aux services de santé.

M. Gaolathe a déclaré sa volonté de collaborer avec le Ministre de la Santé du Botswana sur des questions comme le VIH/SIDA. Il a souligné par ailleurs que les pays avaient besoin de ressources extérieures supplémentaires et la capacité de les absorber. Il a noté que la stratégie sanitaire du NEPAD appelle un financement accru de la santé par des fonds nationaux et extérieurs.

Des articles sur la Consultation mondiale ont paru entre autres dans le Financial Times, Voice of America News, Jeune Afrique, et The Press Trust of India. Voir en Annexe 7 la couverture de la Consultation par les médias.

Conclusion

Ouvrir la voie à un accroissement des investissements en faveur de la santé et à des systèmes de santé plus forts et plus justes

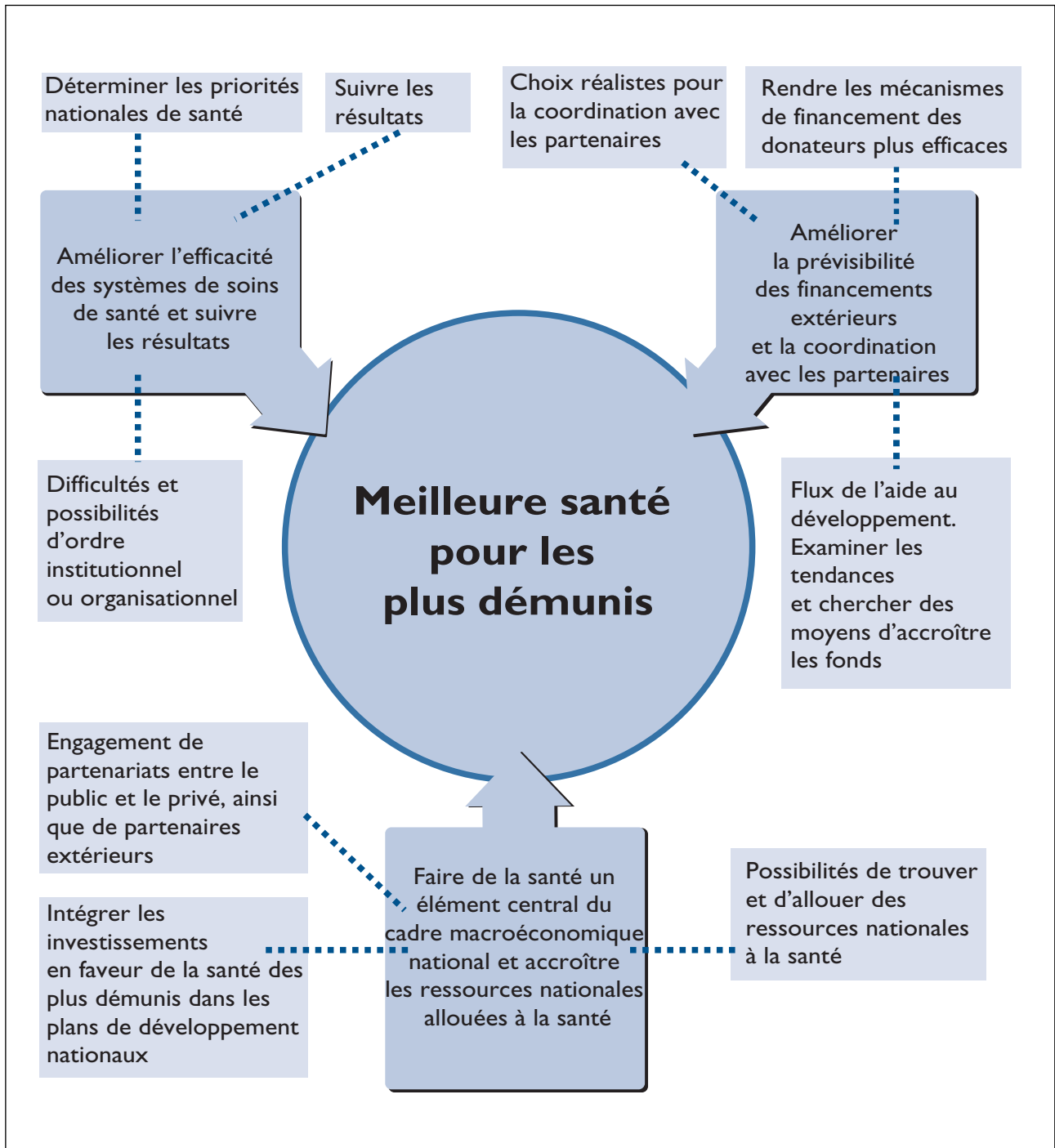
La deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé signe une forte volonté d'engagement de la part des ministres des finances, de la planification et de la santé, ainsi que des donateurs internationaux, des représentants de la société civile et des organismes internationaux, pour accélérer et intensifier l'action dans les pays afin d'accroître les investissements pour la santé. Ils ont aussi examiné la possibilité de donner à la santé une place plus centrale dans le cadre macroéconomique national et d'augmenter l'efficacité des systèmes de santé.

Les délégués des pays ont approuvé la Déclaration à l'unanimité et les partenaires du développement ont fait état d'un appui sans réserve au travail sur la Macroéconomie et la Santé. Maintenant, l'appui politique et celui des partenaires – notamment des fonds, une politique et un engagement de toutes les parties intéressées – sont indispensables pour s'assurer que les principes exprimés dans la déclaration soient intégrés dans les processus politiques des pays au plus haut niveau. Il est important de profiter de la dynamique créée par la consultation d'octobre pour veiller à la reconnaissance de l'importance de la santé dans le développement socio-économique et du besoin urgent d'agir pour renforcer les systèmes de santé.

A la fin de son discours, le professeur Lincoln Chen a fait les observations suivantes : “Ne vous-y trompez pas, une occasion serait perdue si l'on ne voyait dans cette consultation qu'une réunion comme une autre. La santé mondiale est en crise et il faut prendre des mesures à la fois urgentes et durables. La Commission Macroéconomie et Santé a suscité une nouvelle alliance entre les finances et la santé publiques, renforcée par ces consultations, actuellement le seul forum d'échanges de cette nature. Comme le démontre l'histoire, ces conférences peuvent engendrer une volonté politique, bâtir un consensus, cimenter la confiance et clarifier la finalité d'une action d'urgence à entreprendre sur-le-champ.”

Le Dr Kirsten Leitner, Sous-Directeur général à l'OMS pour le groupe Développement durable et milieux favorables à la santé, a souligné l'importance de maintenir la dynamique et l'enthousiasme engendrés par la consultation. Elle a conclu la dernière séance en disant : “Nous devons inscrire notre action dans la durée”.

Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis



- il y a lieu de se féliciter des initiatives régionales et locales telles qu'en ont pris the Andean Health Agency, la Communauté des Caraïbes et le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique, qui encouragent les approches nationales et inter pays des questions de macroéconomie et santé ;
- la deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé a aidé à définir l'éventail des problèmes à résoudre pour progresser dans la réalisation des objectifs du Millénaire et pour accélérer la réduction de la pauvreté, qui est due à la maladie et y contribue ;
- la Consultation a permis aux ministères de la planification, des finances et de la santé d'avoir des entretiens au sujet de la double crise constituée par la charge écrasante de la morbidité et l'insuffisance des systèmes de santé ;
- les groupes de travail ont examiné les trois thèmes de la réunion et leurs présidents ont chacun présenté un rapport. Les délégations nationales ont relevé les principaux points ci-après pendant la Consultation :

Thème I : Efficacité des systèmes de prestation et suivi des résultats

- les progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et la concrétisation du projet de la Commission Macroéconomie et Santé nécessitent l'engagement politique de toutes les parties et la collaboration à tous les niveaux des ministères des finances, de la santé et de la planification, sans lesquels les difficultés communes pour les systèmes économiques et la santé ne peuvent bénéficier d'une attention soutenue ;
- le suivi du rapport de la Commission Macroéconomie et Santé a aidé les pays et les sous-régions à élaborer leurs propres stratégies politiques, financières, économiques et sanitaires, et il est important que ce processus perdure ;
- les affaires publiques doivent être bien gérées et tout doit être fait pour promouvoir la transparence, la responsabilité et l'utilisation optimale des ressources ;
- la sensibilisation à la valeur de la santé et à son importance pour la croissance économique et la réduction de la pauvreté est un élément essentiel du processus ;
- au-delà du secteur de la santé, il est important d'associer plusieurs secteurs, et notamment l'eau et l'assainissement et l'éducation, sans oublier les problèmes spécifiques à chaque sexe, et d'instaurer des mécanismes de coordination appropriés ;
- l'intervention des secteurs privé et associatif peut être essentielle pour trouver des solutions dans de nombreux pays, en particulier pour la mobilisation sociale ;
- l'attention doit être axée sur les résultats, l'accent portant sur l'amélioration de l'accès aux services de santé et de la santé des plus démunis, y compris l'élargissement de l'accès aux médicaments essentiels et génériques, le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration de la gestion ;
- l'amélioration du potentiel de recherche et d'analyse permettra d'étayer les plans nationaux d'investissement en faveur de la santé ;
- l'amélioration de l'efficacité du système de santé passe par l'élimination des obstacles liés aux ressources humaines, à laquelle toute l'attention requise doit être consacrée d'urgence. Ces obstacles touchent aux conditions de service, à la formation et à la rémunération, et le potentiel d'amélioration durable des services de santé en dépend.

Thème 2 : La santé dans le cadre macroéconomique et allocation des ressources

- le poids de la dette entrave la fourniture des services de santé dans certains pays, y compris ceux qui bénéficient de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) et d'autres pays, et il doit donc être réduit au moyen d'aides non remboursables octroyées au titre de l'allègement de la dette pour sauvegarder la santé publique et protéger les personnes vulnérables ;
- les crises économiques nationales et internationales peuvent avoir des incidences catastrophiques sur la santé des personnes les plus vulnérables et la santé doit donc faire l'objet d'une attention toute particulière dans les négociations menées pour résoudre les crises ;
- il est urgent d'assouplir les cadres macroéconomiques aux niveaux national et international pour faire face aux chocs économiques, et notamment aux plans de dépenses conjoncturels destinés à gérer d'éventuels flux supplémentaires importants de fonds mondiaux en faveur de la santé destinés à protéger la santé des pauvres, en particulier des enfants ;
- les pays doivent élaborer des stratégies appropriées fondées sur une évaluation réaliste du mode de fonctionnement actuel des systèmes de santé et ils doivent insister vigoureusement pour obtenir les aides supplémentaires en faveur de la santé qui leur permettront d'en améliorer l'efficacité ;
- s'il peut être nécessaire d'augmenter les recettes fiscales et de revoir l'allocation des aides, d'autres moyens novateurs devront être envisagés pour mobiliser des ressources nationales supplémentaires ; le prélèvement des taxes sur le tabac doit cependant constituer un apport prioritaire pour la santé ;
- les maillages et l'obligation mutuelle de rendre des comptes seront indispensables entre initiatives et partenariats mondiaux visant à améliorer la santé des pauvres, qui devront notamment travailler davantage sur l'harmonisation, la cohérence des politiques et l'accélération des mesures pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Thème 3 : Prévisibilité des financements extérieurs et coordination accrue

- des investissements accrus, provenant de ressources nationales et d'aides extérieures, seront nécessaires pour financer les investissements en faveur de la santé, et notamment le renforcement des infrastructures et des ressources humaines, la mise en œuvre de réformes du système, et l'accélération des interventions sanitaires essentielles ;
- les organisations internationales et les donateurs doivent consacrer davantage de fonds à la santé et soutenir la santé dans le cadre des stratégies nationales de réduction de la pauvreté et des accords relatifs à l'allègement de la dette ;
- dans les pays, des efforts continus doivent être déployés d'urgence pour améliorer la capacité d'absorption de fonds accrus, et les donateurs devront consentir à financer les dépenses connexes visant à faire en sorte que les ressources soient utilisées de façon plus efficace et plus rationnelle ;
- les organisations internationales et les donateurs doivent assouplir la fourniture des ressources extérieures et en améliorer la prévisibilité, harmoniser leurs procédures et les rapports exigés, et respecter les priorités des pays ;

- les engagements en matière d'aide au développement pris en faveur de la santé doivent être respectés, et le suivi des dépenses engagées et de leur versement annuel assuré par les pays au revenu faible ou intermédiaire, avec l'aide de partenaires extérieurs tels que l'OMS et l'OCDE ;
- conformément aux recommandations du rapport de la Commission, les pays à revenu intermédiaire adopteront des approches adaptées à leurs besoins ; les pays à faible revenu auront besoin de financements extérieurs supplémentaires, principalement pour faire face aux dépenses importantes liées au VIH/SIDA.

Nous avons donc conclu ce qui suit :

- il est important de continuer à encourager les pays et à les soutenir en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans d'investissement qui leur permettront d'appliquer les recommandations de la Commission correspondant aux thèmes centraux des activités de Macroéconomie et Santé :
 - i. **Investir en faveur de la santé des plus démunis.**
 - ii. **Veiller à ce que la santé en général bénéficie de ressources accrues**, qui proviendront de toutes les sources, et seront utilisées de façon optimale et plus efficace.
 - iii. **Supprimer les obstacles non financiers et systémiques** à l'utilisation efficace des investissements supplémentaires en faveur de la santé.

Nous prions instamment l'OMS, en collaboration avec les organisations internationales et bilatérales :

- de continuer à diffuser les messages de la Commission Macroéconomie et Santé ; de prendre les dispositions nécessaires pour soutenir les pays et les partenariats locaux qui se sont déjà dotés des mécanismes pour élaborer leurs plans d'investissement et aider les pays qui n'ont pas encore commencé ce travail, avec le soutien et la participation de la communauté internationale ;
- d'aider les pays et les partenariats locaux à trouver les moyens financiers nécessaires pour mener à bien l'établissement et la mise en œuvre de leurs plans d'investissement ;
- de maintenir une coopération technique avec les pays et les sous-régions pour l'élaboration de leurs plans, en coordination avec les autres organisations.

Enfin:

- nous établirons, renforcerons et appliquerons des mécanismes nationaux et locaux appropriés pour la mise au point de nos plans nationaux spécifiques d'investissement en faveur de la santé et orienterons nos politiques vers des actions en faveur des plus démunis, y compris dans le cadre des stratégies de réduction de la pauvreté ;
- nous accorderons le maximum d'attention, dans le cadre de nos plans d'investissement, au renforcement des capacités, aux compétences en matière de leadership et aux incitations destinées à retenir et utiliser des personnels qualifiés, compte tenu du fait que les obstacles liés aux ressources humaines sont la principale entrave au progrès.

Conscients des sérieuses difficultés que nous devons surmonter et de l'impérieuse nécessité d'agir sans délai, nous concluons les présentes consultations, dans l'attente des progrès dont il sera fait état à notre prochaine réunion.

RÉGION AFRICAINE

Afrique du Sud
Angola
Botswana
Congo
Ethiopie
Ghana
Kenya
Malawi
Mozambique
Nigéria
Ouganda
République-Unie de Tanzanie
Rwanda
Sénégal

RÉGION DES AMÉRIQUES

Argentine
Brésil
Haïti
Mexique
Nicaragua
Pérou
CARICOM

**RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE
ORIENTALE**

Djibouti
Iran (République islamique d')
Jordanie
Pakistan
Soudan
Yémen

RÉGION EUROPÉENNE

Azerbaïdjan
Estonie

RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST

Bangladesh
Bhoutan
Inde
Indonésie
Myanmar
Népal
Sri Lanka
Thaïlande

**RÉGION DU PACIFIQUE
OCCIDENTAL**

Cambodge
Chine (République populaire de)
Philippines
Viet Nam



Organisation mondiale de la Santé
20 Avenue Appia – CH-1211 Genève 27 – Suisse
www.who.int





ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Genève

Développement durable et milieux favorables à la santé

Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis

Deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé

28-30 octobre 2003, Genève

ANNEXE I: Liste des participants

PARTICIPANTS DES DÉLÉGATIONS DES PAYS

RÉGION AFRICAINE

Angola

Dr Arlindo Praia Sicato, Deputy Minister of Finance, Ministry of Finance, Luanda

Dr Eduardo Severim de Morais, Deputy Minister of Planning, Ministry of Planning, Luanda

Dr Domingos Manuel de Kiêza, Director of Cabinet, Deputy Minister of Finance Office,
Ministry of Finance, Luanda

Dr Pedro Kialunda Kiala, Director of Cabinet for the Population Survey, Ministry of Planning,
Luanda

Dr Victor Nzima Nganga, Director of Planning Office, Ministry of Health, Luanda

Mr Anastor Ucuenhanga, Deputy Minister of Consulting, Ministry of Finance, Luanda

Dr Eduardo Neto Sanguê, First Secretary, Permanent Mission of Angola to the United
Nations and other International Organizations at Geneva

Dr Sandra Miranda, Assistant, Permanent Mission of Angola to the United Nations and other
International Organizations at Geneva

Botswana

Mr Baledzi Gaolathe, Minister of Finance, Ministry of Finance and Development Planning,
Gaborone

Mr Mathias Chakalisa, Permanent Secretary for Health, Ministry of Health, Gaborone

Mrs Neo Gaeteswe, Chief Economist, Ministry of Finance and Development Planning, Gaborone

Mr Charles T. Ntwaagae, Ambassador, Permanent Mission of the Republic of Botswana to the United Nations Office at Geneva

Mr Wilfred J. Mandlebe, Deputy Secretary for Economic Affairs, Ministry of Finance and Development Planning, Gaborone

Mr Lesetedinyana J. Lestedi, Assistant Director, Primary Health Care, Ministry of Health, Gaborone

Mr Gobe Pipso, First Secretary, Permanent Mission of the Republic of Botswana to the United Nations Office at Geneva

Mr Tshepo Mogotsi, Second Secretary, Permanent Mission of the Republic of Botswana to the United Nations Office at Geneva

Congo

M. Alain Moka, Ministre de la Santé, Ministère de la Santé et de la Population, Brazzaville

M. Guy Urbain Moukpokpo, Directeur des Etudes et de la Planification, Ministère de la Santé et de la Population, Brazzaville

Mme Delphine Bikouta, Premier Conseiller, Mission permanente de la République du Congo auprès de l'Office des Nations Unies et des autres Organisations internationales à Genève

Ethiopie

Dr Tadesse Kebede, Minister of Health of the Federal Democratic Republic of Ethiopia, Addis Ababa

Dr Girma Azene, Director, Planning and Programming Department, Federal Ministry of Health, Addis Ababa

Mr Aklilu Shiketa, First Secretary, Permanent Mission of the Federal Democratic Republic of Ethiopia to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Ghana

Dr Moses Dani Baah, Deputy Minister, Ministry of Health, Accra

Mr Kwaku Agyeman-Manu, Deputy Minister of Finance and Economic Planning, Ministry of Finance and Economic Planning, Accra

Prof. George Gyan-Baffour, Director-General, National Development Planning Commission, Accra

Dr Kofi Ahmed, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Accra

Ms Matilda A. Alomatu, First Secretary, Permanent Mission of the Republic of Ghana to the United Nations and other International Organizations at Geneva

Kenya

Mrs Charity Ngilu Kaluki, Minister of Health, Ministry of Health, Nairobi

Dr Stanley Sonoiya, Assistant Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi

Mr Stephen Wainaina, Chief Economist, Ministry of Planning and National Development, Nairobi

Mr Stephen N. Muchiri, Deputy Chief Economist, Ministry of Health, Nairobi

Mr Maurice John Pette Kanga, Economic Secretary, Ministry of Finance, Nairobi

Mr Philip Richard Owade, Deputy Permanent Representative, Permanent Mission of Kenya to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Mr A. Muchiri, Counsellor, Permanent Mission of Kenya to the United Nations and other International Organizations at Geneva

Mrs Lenah Mghoi Nyambu, First Secretary, Permanent Mission of Kenya to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Malawi

Mr Yusuf H. Mwawa, Minister of Health, Ministry of Health and Population, Lilongwe

Mr Friday A. Jumbe, Minister of Finance, Ministry of Finance, Lilongwe

Mr Khwauli Msisya, Deputy Minister, Ministry of Economic Planning and Development, Lilongwe

Mr Nelson Nixon Kalanje, Director of Planning, Ministry of Health and Population, Lilongwe

Dr Richard Bakali Pendame, Secretary for Health and Population, Ministry of Health and Population, Lilongwe

Mrs Melia Lydia Maganga-Nkhoma, Senior Deputy Director, Ministry of Finance, Lilongwe

Mr Lukes Kalilomba, Debt and Aid Management Officer, Ministry of Finance, Lilongwe

Mozambique

Dr Francisco Songane, Minister of Health, Ministry of Health, Maputo

Dr Jose Sulemane, National Director for Planning and Budget, Ministry of Planning and Finance, Maputo

Dr Humberto Cossa, National Director of Planning and Cooperation, Ministry of Health, Maputo

Nigéria

Prof. Eytayo Lambo, Minister of Health, Federal Ministry of Health, Abuja

Mrs Nenadi E. Usman, Minister of State for Finance, Federal Ministry of Finance, Abuja

Mr Shehu Sule, Director of Health Planning and Research, Federal Ministry of Health, Abuja

Mr Muhammad Sani Sidi, Special Assistant to Honorable Minister of State for Finance, Federal Ministry of Finance, Abuja

Mr B. Babajide Olowodola, Special Assistant to the Minister, Federal Ministry of Health, Abuja

Mr Steve Kevuzua Aborishade, Assistant Director, Federal Ministry of Finance, Abuja

Dr Tolu Fakeye, Deputy Director of International Health, Federal Ministry of Health, Abuja

Mr John Ejinua, Minister Counsellor, Permanent Mission of the Federal Republic of Nigeria United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Rwanda

Dr/Prof. Abel Dushimiyimana, Ministre de la Santé, Ministère de la Santé, Kigali

M. Leonard Rugwabiza, Expert en Macroeconomie, Ministère des Finances et du Plan Economique, Kigali

Dr Vianney Nizeyimana, Directeur de la Planification, Ministère de la Santé, Kigali

Sénégal

Dr Issa Mbaye Samb, Ministre de la Santé, Ministère de la Santé et de la Prévention, Dakar

M. Opa Ndiaye, Ministre du Plan, Ministère du Plan, Dakar

M. Ousmane Camara, Ambassadeur, Mission permanente de la République du Sénégal auprès de l'Office des Nations Unies et des Institutions spécialisées à Genève

M. Aboubacry Demba Lom, Directeur de la Planification, Ministère du Plan, Dakar

Dr Birahime Diongue, Coordonnateur de la Cellule de Planification, Ministère de la Santé et de la Prévention, Dakar

M. Mamadou Ndione, Ingénieur Statisticien Economiste à la Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS), Ministère de l'Economie et des Finances, Dakar

M. Alioune Thiam, Mission permanente de la République du Sénégal auprès de l'Office des Nations Unies et des Institutions spécialisées à Genève

Afrique du sud

Dr Mantombazana Edmie Tshabalala-Msimang, Minister of Health, Ministry of Health, Pretoria

Mrs M. K. Matsau, Acting Director-General, National Department of Health, Pretoria

Dr Thuthula Balfour, Head of International Health Liaison, Department of Health, Ministry of Health, Pretoria

Dr Percy Mahlali, Senior Technical Adviser, National Department of Health, Ministry of Health, Pretoria

Ms Daisy Mafubelu, Health Attaché, Permanent Mission of South Africa to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Mr Peter Moloi, Personal Assistant to the Minister of Health, Ministry of Health, Pretoria

Ouganda

Mr Mwesigwa Rukutana, Minister of State for Finance, Ministry of Finance, Planning and Economic Development, Kampala

Dr George Bagambisa, Ag. Commissioner Planning, Ministry of Health, Kampala

Mr Mike Mukula, Minister of State for Health, Ministry of Health, Kampala

Mr Runumi Francis Mwesigye, Commissioner Health Services, Ministry of Health, Kampala

République-Unie de Tanzanie

Dr Hussein Mwinyi, Deputy Minister of Health, Ministry of Health, Dar-es-Salaam

Mr Silvery Balili Buberwa, Director of Social Services, Ministry of State, President's Office, Dar-es-Salaam

Mrs Regina Lucian Kikuli, Head, Budget and Planning Section, Ministry of Health, Dar-es-Salaam

Dr Mwinyihaji Makame, Minister of Health, Ministry of Health and Social Welfare, Zanzibar

Mr Suleiman Othman Nyanga, Minister of Finance, Ministry of Finance & Economic Affairs, Zanzibar

Mr Ali Simai Mcha, Desk Officer Planning, Ministry of Health and Social Welfare, Zanzibar

RÉGION DES AMÉRIQUES

Argentine

Dr Ginés González García, Minister of Health, National Ministry of Health, Buenos Aires

Ms Catalina de la Puente, Adviser, National Ministry of Health, Buenos Aires

Mr Andres Leibovich, Under Secretary, National Ministry of Health, Buenos Aires

Brésil

Dr Jorge Bermudez, Director, National School of Public Health, Rio de Janeiro

Mr Haroldo Rodrigues Ferreira, Coordenador-Geral Ministry of Health, Brasília

Mr Santiago Alcázar, Head of International Affairs Office, Ministry of Health, Brasília

Haïti

M. Serge Saint-Hilaire, Directeur Administratif et Financier, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Port-au-Prince

M. Eucher-Luc Joseph, Mission permanente de Haïti auprès des Nations Unies à Genève

Mexique

Dr Eduardo González-Pier, Head of Strategic Planning, Ministry of Health, México D.F.

Mrs Dulle Maria Valle Alvarez, Counsellor, Permanent Mission of Mexico to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Nicaragua

Mr Bernardo Eliseo Aràuz Palacios, Director-General of Planning, Ministry of Health, Managua

Pérou

Dr Álvaro Vidal Rideneyra, Minister of Health, Ministry of Health, Lima

CARICOM

Dr Edward Greene, Assistant Secretary-General, Human and Social Development, Caribbean Community Secretariat, Georgetown, Guyana

RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Djibouti

Dr Mohamed Ali Kamil, Minister of Health, Ministry of Health, Djibouti

Dr Mahmoud Ali Youssouf, Minister of International Cooperation, Ministry of Foreign Affairs, Djibouti

Iran (République islamique d')

Dr Masoud Pezeshkian, Minister of Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran

Dr Mohamad Jafar Ghaempanah, Deputy Minister for Development Management, Resources and Parliament Affairs, Tehran

Mr Sharam Malekshahi, Deputy Director-General of International Affairs, Ministry of Health and Medical Education, Tehran

Mr Koorosh Taherfar, Senior Officer, Ministry of Economic Affairs, Tehran

Mr Peiman Seadat, Counsellor, Permanent Mission of the Islamic Republic of Iran to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Jordanie

Dr Anwar Batieha, Secretary General of the Higher Health Council, Ministry of Health, Amman

Ms Hala Lattouf Bsisa, Secretary General, Ministry of Planning, Amman

Dr Riyadh Okour, Director of Health Economics, Ministry of Health, Amman

Mr Mustafa Qasem, Director of International Relations, Ministry of Health, Amman

Mr Shehab A. Madi, Ambassador, Permanent Mission of the Hashemite Kingdom of Jordan to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Mr Hussam Alhousseini, Second Secretary, Permanent Mission of the Hashemite Kingdom of Jordan to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Pakistan

Mr M.N. Khan, Minister of Health, Ministry of Health, Islamabad

Dr Abdul Majid Rajput, Chief, National Health Policy Unit, Ministry of Health, Islamabad

Dr Mushtaq A. Khan, Director, Centre for Poverty Reduction and Income Generation, Planning Commission, Islamabad

Mr Javed Sadiq Malik, Secretary Planning and Development, Ministry of Finance, Islamabad

Mr Rizwan Saeed Sheikh, First Secretary, Permanent Mission of Pakistan to the United Nations Office and the Specialized Agencies at Geneva

Mr Faisal Niaz Tirmizi, First Secretary, Permanent Mission of Pakistan to the United Nations Office and the Specialized Agencies at Geneva

Soudan

Dr Ahmed Bilal Osman, Minister of Health, Federal Ministry of Health, Khartoum

Ms Abda Yahiya El Mahdi, Minister of State for Finance, Ministry of Finance and National Economy, Khartoum

Dr Mustafa Salih Mustafa, Director of Planning, Federal Ministry of Health, Khartoum

Dr Mohamed Hassan Awad, Director of Health Economics unit and Chairperson Secretariat of CMH in Sudan, Ministry of Health, Khartoum

Ms Fayza Awad, Director of Macro Economics Model, Macroeconomics Policies Directorate, Ministry of Finance and National Economy, Khartoum

Mr Christopher L. Jada, Second Secretary, Permanent Mission of the Republic of the Sudan to the United Nations at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Yémen

Dr Abdul Karim Sheiban, Deputy Minister, Ministry of Public Health and Population, Sana'a

Mr Mutahar Abdulaziz Al-Abbasi, Deputy Minister, Ministry of Planning and International Cooperation, Sana'a

Mr Nasr Saleh Muthanna Al-Harbi, Assistant Deputy Minister for Foreign Financial Cooperation Ministry of Finance, Sana'a

Dr Magid Al-Gunaid, Coordinator Health Policy Unit, Ministry of Public Health and Population, Sana'a

Dr Jamal Thabet Nasher, Coordinator, Macroeconomics and Health Program, Ministry of Public Health and Population, Sana'a

RÉGION EUROPÉENNE

Azerbaïdjan

Dr Abbas Valibayov, Deputy Minister of Health, Ministry of Health, Baku

Mr Khagani Rzayev, Deputy Minister, Ministry of Finance, Baku

Dr Ali Babayev, Head of Department of Science, Ministry of Health, Baku

Estonie

Mr Erki Must, Adviser to the Minister, Ministry of Social Affairs, Tallinn

RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST

Bangladesh

Dr Khandaker Mosharraf Hossain, Minister of Health and Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh and 56th President of the World Health Assembly, Dhaka

Mr Muhammad Abdul Majid, Director-General, Prime Minister's Office, Government of Bangladesh, Dhaka

Mr Daniul Islam, Second Secretary, Permanent Mission of the People's Republic of Bangladesh to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Bhoutan

Dr Jigmi Singay, Minister of Health, Ministry of Health, Royal Government of Bhutan, Thimphu

Mr Daw Tenzin, Secretary, Planning Commission, Royal Government of Bhutan, Thimphu

Mr Karma Tshiteem, Deputy Secretary, Policy and Planning Division, Ministry of Finance, Royal Government of Bhutan, Thimphu

Mr Chitem Tenzin, First Secretary, Permanent Mission of the Kingdom of Bhutan to the United Nations Office at Geneva and Specialized Agencies in Switzerland

Inde

Mrs Sushma Swaraj, Minister for Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi

Mr Anshu Prakash, Private Secretary to the Minister, Ministry for Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi

Mr Prasanna K. Hota, Secretary, Health and Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi

Ms Sujatha Rao Kanuru, Principal Secretary, Government of Andhra Pradesh, New Delhi

Dr Ranjit Roy Chaudhury, Emeritus Scientist, National Institute of Immunology, New Delhi

Mr Rajesh Bhushan, Director, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi

Mr Hardeep Singh Puri, Ambassador, Permanent Mission of India to the United Nations Office and other International Organizations in Switzerland

Mr Arun Kumar Chatterjee, First Secretary, Permanent Mission of India to the United Nations Office and other International Organizations in Switzerland

Indonésie

Dr Anhari Achadi, Senior Adviser to the Minister of Health, Ministry of Health, Jakarta

Prof. Dr Bambang Bintoro Soedjito, Deputy Minister for Local Autonomy and Regional Development, National Development Planning Agency (BAPPENAS), Jakarta

Myanmar

Dr/Prof. Mya Oo, Deputy Minister of Health, Ministry of Health, Yangon

Mr Aung Kyaing, Deputy Director-General, Department of Health Planning, Ministry of Health, Yangon

Mrs Aye Aye Mu, Counsellor, Permanent Mission of the Union of Myanmar to the United Nations Office and the International Organizations at Geneva

Mr Tha Aung Nyun, Counsellor, Permanent Mission of the Union of Myanmar to the United Nations Office and the International Organizations at Geneva

Mr Myint Thu, First Secretary, Permanent Mission of the Union of Myanmar to the United Nations Office and the International Organizations at Geneva

Mr Kyaw Thu Nyein, Second Secretary, Permanent Mission of the Union of Myanmar to the United Nations Office and the International Organizations at Geneva

Népal

Mr Kamal Thapa, Minister of Health, Ministry of Health, Kathmandu

Mr Bhoj Raj Ghimire, Member-Secretary, National Planning Commission, His Majesty's Government of Nepal, Kathmandu

Mr Bijaya Raj Bhattarai, Secretary, Ministry of Health, Kathmandu

Mr Surendra Mani Tripathi, Under Secretary, Ministry of Finance, Kathmandu

Dr H.N.Acharya, Member of the Executive Board of the World Health Organization and Chief Public Health Administrator, Ministry of Health, Kathmandu

Mr Gyan Chandra Acharya, Ambassador, Permanent Mission of Nepal to the United Nations Office and other International Organisations at Geneva

Dr B. Datt Chataut, Director-General, Department of Health Services, Kathmandu

Sri Lanka

Mr Sajith Premadasa, Deputy Minister, Ministry of Health, Nutrition and Welfare, Colombo

Dr Patricia Alailima, Director-General, National Planning Department, Ministry Policy Planning, Colombo

Mr Namasivayam Pathmanathan, Deputy Secretary to the Treasury, Ministry of Finance, Colombo

Dr Reginald Perera, Secretary, Ministry of Health, Nutrition and Welfare, Colombo

Mr Prasad Kariyawasam, Ambassador, Permanent Mission of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Mr Senarath Dissanayake, Second Secretary, Permanent Mission of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Thaïlande

Mrs Sudarat Keyuraphan, Minister of Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Prof. Arun Pausawasdi, Adviser to the Minister, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Prof. Dr Pakdee Pothisiri, Deputy Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr Samlee Plianbangchang, Dean, College of Public Health, Chulalongkorn University, Adviser to the Minister of Health, Bangkok

Dr Amnuay Gajeena, Director, Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr Sombat Thanprasertsuk, Director, Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Mrs Rossukon Kangvallerit, Chief Policy Group, Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Mrs Saichai Limtrakool, Foreign Relations Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Mr Boonyong Vechamanesri, Deputy Secretary-General, National Economic and Social Development Board, Royal Thai Government, Bangkok

Mr Suchart Jaovisidha, Minister of Finance, Ministry of Finance, Bangkok

Mr Sirute Swasdipanich, Director-General, Fiscal Policy Office, Ministry of Finance, Bangkok

Ms Chularat Suteethorn, Director, Bureau of Macroeconomics and International Economics, Ministry of Finance, Bangkok

Mrs Luxmon Attapich, Tax Specialist, Office of the Secretary to the Minister, Ministry of Finance, Bangkok

Mr Nadhavudh Dhamasiri, Economist, Office of the Secretary to the Minister, Ministry of Finance, Bangkok

Ms Karmjana Tangpakorn, Economist, Fiscal Policy Office, Ministry of Finance, Bangkok

Ms Sawangchit Laohathai, Economist, Office of the Secretary to the Minister, Ministry of Finance, Bangkok

Mrs Krisana Chandraprabha, Minister, Permanent Mission of Thailand to the United Nations Office and other Specialized Agencies in Switzerland

Mr Witchu Vejajiva, First Secretary, Permanent Mission of Thailand to the United Nations Office and other Specialized Agencies in Switzerland

Mr Nikorndej Balankura, First Secretary, Permanent Mission of Thailand to the United Nations Office and other Specialized Agencies in Switzerland

Dr Supark Prongthura, First Secretary, Permanent Mission of Thailand to the United Nations Office at Geneva and the Specialized Agencies in Switzerland

RÉGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

Cambodge

Dr Veasna Kiry Lo, Deputy Director, Planning Department, Ministry of Health, Phnom Penh

Mr Sunly Ieng, First Deputy Director, Budgeting Department, Ministry of Economy and Finance, Phnom Penh

Chine (République populaire de)

Mr Qiang Gao, Executive Vice-Minister of Health, Ministry of Health, Beijing

Mr Zukang Sha, Ambassador, Permanent Mission of the People's Republic of China to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Mr Chonghe Zhang, Bureau Director, General Office of the State Council, Beijing

Mr Dongsheng Wang, Deputy Director General, Department of Social Development, National Development and Reform Commission, Beijing

Ms Heping Lu, Director-General, Social Security Department, Ministry of Finance, Beijing

Dr Li Yin, Deputy Director General, Ministry of Health, Beijing

Dr Minghui Ren, Deputy Director General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Mr Dezhi Yu, Deputy Director General, Department of Planning and Finance, Ministry of Health, Beijing

Mr Jinguo He, Deputy Director, Department of Social Security, Ministry of Finance, Beijing

Dr Qingdong Qi, Director, Division of Multilateral Relations, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Mr Fuquan Lu, Secretary to the Minister, Ministry of Health, Beijing

Philippines

Dr Manuel Dayrit, Secretary of Health, Department of Health, Sta Cruz Manila

Ms Emilia Boncodin, Secretary, Department of Budget and Management, Ministry of Finance, Manila

Ms Erlinda M. Capones, Director, National Economic and Development Authority, Pasig

Viet Nam

Prof./Dr Manh Hung Pham, Vice Minister, Ministry of Health, Hanoi

Mr Hai Huynh Quang, Director-General of Department, Ministry of Finance, Hanoi

Mr Minh Chien Ho, Director-General, Department of Labour and Socio-Cultural Affairs, Ministry of Planning and Investment, Hanoi

Mrs Thi Thu Ha Le, Deputy Director, International Cooperation Department, Ministry of Health, Hanoi

Mr Huy Tan Vu, Permanent Mission of the Socialist Republic of Viet Nam to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

PARTICIPANTS OMS DES RÉGIONS ET DES PAYS

BUREAUX DANS LES PAYS DE LA RÉGION AFRICAINE

Dr Chris Mwikisa, CMH Focal Point, WHO/AFRO, Brazzaville

Dr Benjamin Musembi Nganda, Regional Adviser - Poverty and Ill Health, WHO/AFRO, Brazzaville

Dr Balbina Ventura Félix, DPC Officer, WHO Country Office, Angola

Dr Teferra Wonde, Senior Policy Adviser, WHO Country Office Ethiopia, Addis Ababa

BUREAUX DANS LES PAYS DE LA RÉGION DES AMÉRIQUES

Dr Pedro Brito, Strategic Health Development Manager, WHO/PAHO, Washington DC

Dr Daniel López-Acuña, DPM, AMRO/PAHO Regional Office, Washington D.C.

Dr Ruben Suarez, Regional Adviser, Health Economics and Financing, WHO/PAHO, Washington D.C.

Ms Ilona Kickbusch, Senior Adviser for Millennium Goals and Health Targets, AMRO/PAHO Regional Office, Washington D.C.

Mrs Veta F. Brown, Caribbean Program Coordinator and WHO Representative in Barbados

Dr Joaquín Molina, Señor Representante de la OPS/OMS, México

Dr Luis Eliseo Velásquez, Adviser on Health Services, WHO Representative, Peru

BUREAUX DANS LES PAYS DE LA RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Dr Mubashar Sheikh, Regional Adviser, WHO/EMRO, Cairo

Dr Hussein Salehi, Regional Adviser, Economics, Legislation & Ethics, WHO/EMRO, Cairo

Dr Jihane Tawilah, WHO Representative, Djibouti

Dr Bijan Hamidi, Medical Officer, Focal Point for CMH, Iran

Dr Khalif Bile Mohamud, WHO Representative, Pakistan

Dr Guido Sabatinelli, WHO Representative, Sudan

Dr Hashim El-Mousaad, WHO Representative, Yemen

BUREAUX DANS LES PAYS DE LA RÉGION EUROPÉENNE

Dr Erio Ziglio, Head, WHO European Office for Investment for Health and Development, Venice

Dr Marc Suhrcke, Scientist – Economic Development, WHO/EURO, Venice

Dr Farman Abdullayev, WHO Liaison Officer, Azerbaijan

Dr Jarno Habicht, WHO Liaison Officer, WHO Liaison Office, Estonia

BUREAUX DANS LES PAYS DE LA RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST

Dr Poonam Khetrpal Singh, Deputy Regional Director, WHO/SEARO, New Delhi

Mr Bhupinder Singh Lamba, Sustainable Health Policy Officer, CMH Focal Point, WHO/SEARO, New Delhi

Dr Suniti Acharya, WHO Representative, Bangladesh

Dr Georg Petersen, WHO Representative, Indonesia

Dr Sarah Barber, Health policy and systems, WHO Indonesia

Dr Agostino Borra, WHO Representative, Myanmar

Dr Klaus Wagner, WHO Representative, Nepal

Dr Kan Tun, WHO Representative, Sri Lanka

Dr Bjorn Melgaard, WHO Representative, Thailand

BUREAUX DANS LES PAYS DE LA RÉGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

Dr Dorjsuren Bayarsaikhan, Technical Officer, WHO/WPRO, Manila

Dr Dean Shuey, WHO Country Office, Lao PDR

Dr Salik Govind, Programme Management Officer, WHO Country Office, Papua New Guinea

Dr Hendrik Jan Bekedam, WHO Representative, China

Dr James Killingsworth, WHO Country Office, China

Dr Jean-Marc Olivé, WHO Representative, Philippines

Mrs Heather O'Donell, Technical Officer, Health Systems Development, Viet Nam

BUREAUX DE LIAISON DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Dr Katja Janovsky, Director, WHO Office at the World Bank and IMF, United States of America

PROCHES ASSOCIÉS DE LA CMS

Professor Anne Mills, Head, Health Economics and Financing Program, London School of Hygiene & Tropical Medicine, United Kingdom

Mr Rajiv Misra, Consultant, Former Health Secretary, Government of India, India

Ms Carin Norberg Tham, Executive Director, Transparency International, Germany

Professor Jeffrey Sachs, Director, The Earth Institute at Columbia University, United States of America

Professor Alan A. Tait, Honorary Professor, University of Kent, United Kingdom

PAYS DONATEURS

Australie

Ms Margaret Callan, Adviser, AusAID, Permanent Mission of Australia to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Belgique

Mr Johannes Bosteels, Mission permanente de la Belgique auprès de l'Office des Nations Unies et des Institutions spécialisées à Genève

Canada

Dr Montasser Kamal, Chief, UN Health-Related Institutions Unit, United Nations and Commonwealth Division, Multilateral Programs Branch, Canadian International Development Agency, Quebec

Danemark

Dr Jorn Heldrup, Senior Health Adviser, Danida, Ministry of Foreign Affairs, Copenhagen

Dr Astrid Permin, Technical Adviser, Health Ministry of Foreign Affairs, Copenhagen

Finlande

Mr Matti Jaskari, Counsellor, Ministry of Foreign Affairs, Helsinki

Mrs Kristiina Häikiö, Counsellor, Permanent Mission of Finland to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Ms Eeva Ollila, Senior Researcher, National Research and Development Centre for Social Affairs and Health, STAKES, Helsinki

Allemagne

Ms Kirsten Faehrmann, Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ), Bonn

Italie

Dr Laura Pecoraro, Intern, Permanent Mission of Italy to the United Nations Office at Geneva and Specialized Institutions in Switzerland

Mrs Natalia Quintavalle, First Counsellor, Social Affairs, Permanent Mission of Italy to the United Nations Office at Geneva and Specialized Institutions in Switzerland

Mrs Maria Pia Rizzo, Expert, Italian Ministry of Foreign Affairs, Rome

Japon

Mr Satoshi Hemmi, First Secretary, Permanent Mission of Japan to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Luxembourg

M. Alphonse Berns, Ambassadeur, Mission permanente du Grand-Duché de Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Mme Nadine Maisch, Premier Secrétaire à la Mission permanente du Grand-Duché de Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Pays-bas

Ms Saskia Bezoen, Policy Officer, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mr Anno H.Y. Galema, Senior Adviser, Health systems, Social and Institutional Development Department, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Ms Monique Middelhoff, First Secretary, Permanent Mission of the Kingdom of the Netherlands to the United Nations Office and International Organizations at Geneva

Norvège

Dr Sigrun Møgedal, Senior Health Adviser, NORAD, Oslo

Dr Paul Richard Fife, Health Adviser, HESO (Centre for Health and Social Development) NORAD, Oslo

Suède

Ms Britta Nordström, Senior Medical Officer, SIDA, Stockholm

Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr Julian Lob-Levyt, Chief, Human Development and Health Adviser, Department for International Development (DFID), London

Ms Alison Forder, Health Adviser, Service Delivery Team, Department for International Development (DFID), London

Etats-Unis d'Amérique

Mr David E. Hohman, Health Attaché, United States Mission to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Dr Daniel Kraushaar, Director, BASICS II Project, USAID, Arlington, VA

FONDATIONS

Dr Sally K. Stansfield, Associate Director, Global Health Strategies, Bill & Melinda Gates Foundation, United States of America

Ms Regine Webster, Fellow, Bill & Melinda Gates Foundation, United States of America

Dr David Fleming, Director of Global Health Strategies, Bill & Melinda Gates Foundation, United States of America

FONDS ET PARTENARIATS INTERNATIONAUX

Dr Mercy Ahun, Principal Officer, Global Alliance for Vaccines & Immunization (GAVI), Switzerland

Mrs Mariangela Bavicchi-Lerner, External Relations Manager, The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (GFATM), Switzerland

Mr Brad Herbert, Senior Director for Strategy, Planning and Program Support, The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (GFATM), Switzerland

BANQUES INTERNATIONALES

Mr Pablo Gottret, Senior Economist, Human Development Program, The World Bank, United States of America

Dr Peter S. Heller, Deputy Director, Fiscal Affairs Department, International Monetary Fund (IMF), United States of America

Mr Alex Preker, Lead Economist, Health, Nutrition and Population, World Bank, United States of America

Mr George Schieber, Health and Social Protection Sector Manager, Middle East and North Africa Region, World Bank, United States of America

Dr Lisa Studdert, Health Specialist, Regional and Sustainable Development Department (RSDD), Asian Development Bank (ADB), Philippines

UNIVERSITÉS / INSTITUTS DE RECHERCHE

Prof. David Canning, Harvard University, United States of America

Dr Lincoln C. Chen, Director, Global Equity Initiative, Harvard University, United States of America

Dr Louis J. Currat, Executive Secretary, Global Forum for Health Research, Switzerland

Mr Andres de Francisco, Senior Public Health Specialist, Global Forum for Health Research, Switzerland

Ms Mette Kjaer, Country Director, African Medical Research Foundation (AMREF), Kenya

Ms Veloshnee Govender, Public Health Specialist, Global Forum for Health Research, Switzerland

Prof. Stephen Leeder, Professor of Public Health, Mailman School of Public Health and The Earth Institute at Columbia University, United States of America

Mrs Maria Paalman, Senior Health Adviser, Royal Tropical Institute, The Netherlands

Dr Carol Medlin, Senior Researcher, Institute for Global Health, University of California, San Francisco, United States of America

Dr Catherine Michaud, Senior Research Associate, Harvard Centre for Population and Development Studies, United States of America

Dr Joshua Ruxin, Assistant Clinical Professor of Public Health, Center for Global Health and Economic Development, Mailman School of Public Health and The Earth Institute at Columbia University, United States of America

Ms Ann Rosenberg, Associate Director Macrohealth, Center for Global Health and Economic Development, Mailman School of Public Health and The Earth Institute at Columbia University, United States of America

Dr Abusaleh Shariff, Chief Economist, Head, Human Development Division, National Council of Applied Economic Research, India

Mr Ronald Jay Waldman, Deputy Director, Center for Global Health and Economic Development, Mailman School of Public Health and The Earth Institute at Columbia University, United States of America

Professor Jacques van der Gaag, Professor of Economics & Dean, Amsterdam University; Director, Amsterdam Institute for International Development, Netherlands

ORGANISMES RÉGIONAUX

Prof. Eric Buch, Health Adviser, New Partnership for Africa's Development (NEPAD), South Africa

Dr Mauricio Alberto Bustamante García, Director, Andean Health Organization (ORAS), Peru

Mr Paul Isenman, Head, Policy Coordination Division, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), France

Ms Sophie Asimenye Kalinde, Chief of Delegation, Permanent Delegation of the Commission of the African Union

Mr Venant Wege-Nzomwita, Counsellor, Permanent Delegation of the Commission of the African Union to the United Nations in Geneva

COMMISSIONS RÉGIONALES DES NATIONS UNIES

Mr Kim Ganglip, Expert, Health and Development Section, Emerging Social Issues Division, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP), Thailand

Mr Markus Haacker, Senior Economist, Commission for HIV/AIDS and Governance in Africa, United Nations Economic Commission for Africa

AUTRES INSTITUTIONS DES NATIONS UNIES

Ms Marieke Boot, Technical Adviser Health Sector Reform and SWAPs, Reproductive Health Branch, United Nations Population Fund (UNFPA), United States of America

Mr Jay Chaubey, Senior Adviser, Division of Policy and Planning, United Nations Children's Fund, United States of America

Mr Pedro Conceicao, Deputy Director, Office of Development Studies, United Nations Development Program (UNDP), United States of America

Mr Luc Franzoni, Deputy-Director, Geneva Liaison Office, United Nations Development Program (UNDP), Switzerland

Mr Garislav Chkolenok, Senior Scientific Affairs Officer, UNEP, Switzerland

Mr Robert Greener, Economics Adviser, UNAIDS, Switzerland

Ms Juliana Gonsalves, Economic Affairs Officer, Special Programme for Least Developed, Landlocked and Island Developing Countries, UNCTAD, Switzerland

Ms Mina Mashayekhi, Trade Negotiations and Commercial Diplomacy Branch, Division on International Trade in Goods and Services and Commodities, United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD), Switzerland

Mr Themba N. Masuku, Director, FAO Liaison Office with the United Nations in Geneva, Switzerland

Ms Christiane Wiskow, Health Services Specialist, International Labour Office, Switzerland

ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Mr Alvaro Bermejo, Head, Health and Care Department, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

Ms Joy Muller, International Representation Officer, Humanitarian Advocacy Department, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

Mr Jove Oliver, Communications Manager, Massive Effort Campaign, Switzerland

Dr Mit Philips, Research Centre Brussels, Médecin Sans Frontières, Belgium

Mr Hakan Sandbladh, Senior Officer, Health and Care Department, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

Ms Nance Upham, President, People's Health Movement, Geneva International, Switzerland

Mr Roy Widdus, Program Manager, Initiative on Public-Private Partnerships for Health (IPPPH), Global Forum for Health Research, Switzerland

Dr Randy Wykoff, Senior Vice President International Operations, Project HOPE – People-to-People Foundation, United States of America

SECTEUR PRIVÉ

Mr Boris Azais, IFPMA Fellow and Director of External Policy, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA), Switzerland (Alternate)

Dr Harvey E. Bale, Jr, Director-General, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA), Switzerland

Ms Anne-Leonore Boffi, Research Assistant, World Business Council for Sustainable Development (WBCSD), Switzerland

Dr Eric Noehrenberg, Director, International Trade and Market Issues, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA), Switzerland (Alternate)

PARLEMENTAIRES

Ms Ruth Genner, President, MP – Switzerland, Inter-European Parliamentary Forum on Population and Development, Belgium

AUTRES PARTICIPANTS

Dr Richard Bumgarner, WHO Consultant, United States of America

Dr Ernst Becher, Consultant on health economics and financing, Professor, American Graduate School of Business, France

Dr Carlos Tiny, WHO Consultant, Sao Tome and Principe

Mrs Asteria Peñaloza, TheBellsConsultants

Mr Jean-Jacques Monot, TheBellsConsultants (Alternate)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Participants du siège de l'OMS

Dr LEE Jong-wook , Director-General

Mr Denis Aitken, Director of the Office of the Director-General

Dr Anarfi Asamoah-Baah, Assistant Director-General, Communicable Diseases

Dr Kazem Behbehani, Assistant Director-General, External Relations and Governing Bodies

Dr Jack C. Chow, Assistant Director-General, HIV/AIDS, TB and Malaria

Dr Timothy G. Evans, Assistant Director-General, Evidence and Information for Policy

Dr Kerstin Leitner, Assistant Director-General, Sustainable Development and Healthy Environments

Dr Liu Peilong, Adviser to the Director-General

Dr Joy Phumaphi, Assistant Director-General, Family and Community Health

Dr Catherine Le Galès-Camus, Assistant Director-General, Non Communicable Diseases and Mental Health

Dr Anders Nordström, Assistant Director-General, General Management

Dr Michel Jancloes, Adviser to the Director-General

Dr Jim Kim, Adviser to the Director-General

Mrs Namita Pradhan, Adviser to the Director-General

Dr Ian Smith, Adviser to the Director-General

Dr Robert Beaglehole, Director, ADGO/EIP

Dr Vladimir Lepakhin, Assistant Director-General, Health Technology and Pharmaceuticals

Dr Dan Bleed, Medical Officer, Tuberculosis Monitoring and Evaluation, Stop TB

Dr Andrew Cassels, Director, HDP/SDE

Dr David B. Evans, Director, Global Programme on Evidence for Health Policy (GPE/EIP)

Dr Charu C. Garg, Economist (Health), Global Programme on Evidence for Health Policy (EIP)

Dr Corinna Hawkes, Technical Officer, Office of the Director-General

Dr Patrick Kadama, Adviser, Evidence and Information for Policy (EIP)

Ms Patience Kuruneri, Senior Policy Adviser, HTM/RBM Partnership Secretariat

Dr Eugenio Villar Montesinos, Coordinator, Pro-poor Health Policy

Dr Ke Xu, Health Economist, Global Programme on Evidence for Health Policy (GPE/EIP)

Secrétariat de la CMS

Dr Sergio Spinaci, Executive Secretary, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Mrs Bernadette Capay, Secretary, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Ms Valerie Crowell, Communications Officer, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Dr Silvia Ferazzi, Partnerships and Civil Society Officer, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Ms Aquilina John-Mutaboyerwa, Administrative Assistant, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Dr Agnès Leotsakos, Communications Adviser, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Mr Thomas O'Connell, Technical Officer, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Mrs Marie-Thérèse Panayotti, Secretary, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Ms Maya Samara, Planning Officer, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Dr Padma Shetty, Technical Officer, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Mrs Hiwot Taffese, Clerk/Secretary, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Genève

Développement durable et milieux favorables à la santé

Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis

Deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé

28-30 octobre 2003, Genève

ANNEXE 2: Agenda & Programme

Mardi 28 octobre 2003 – Réunion préparatoire

Participants : Hauts fonctionnaires de chaque pays et membres
du personnel de l'OMS dans les pays, dans les Régions et au Siège

Lieu : Organisation mondiale de la Santé, Salle du Conseil
exécutif

8:30 - 9:30 Enregistrement et café

9:30 – 10:15 **Allocution de bienvenue**

M. Denis Aitken, Directeur du Bureau du Directeur général, OMS

Introduction du plan de la journée

Dr Sergio Spinaci, Secrétaire exécutif, Coordination de l'appui en matière de macroéconomie
et de santé, OMS

Discours principal

"La réforme de la santé en faveur des plus démunis – Quoi, comment et pourquoi ?"

M. Rajiv Misra, ancien Secrétaire à la Santé, Gouvernement indien

10:15-10:30 Répartition des participants en 3 groupes de travail :

Groupe N° 1 : salle du Conseil exécutif ; Groupe N° 2 : salle B ;

Groupe N° 3 : salle D

10:30 – 12:45 Groupes de travail

(On trouvera un ordre du jour détaillé des groupes de travail aux annexes A, B et C.)

Groupe de travail N° 1 sur le thème :**Comment améliorer l'efficacité des systèmes de soins de santé et suivre les résultats ?**

Président : Professeur Anne Mills, Head, Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene & Tropical Medicine

Rapporteur : Dr Padma Shetty, Coordonation de l'appui en matière de macroéconomie et de santé, OMS

Groupe de travail N° 2 sur le thème :**Comment faire de la santé un élément central du cadre macroéconomique national et accroître les ressources nationales allouées à la santé?**

Coprésident: M. Peter S. Heller, Directeur adjoint, Fiscal Affairs Department, Fonds monétaire international

Coprésident: M. Alexander Preker, Economiste principal pour la Santé, la Nutrition et la Population, Banque mondiale

Coprésident: M. Pablo Gottret, Economiste principal au Programme de développement humain, Santé, Nutrition et Population, Banque mondiale

Rapporteur: M. Richard Baumgarner, Consultant OMS

Groupe de travail N° 3 sur le thème:**Comment améliorer la prévisibilité des financements extérieurs et la coordination entre les partenaires ?**

Coprésident : M. Paul Isenman, Chef, Division de la Coordination et de la Formulation des Politiques, Organisation de coopération et de développement économiques

Coprésident : Mme Carin Norberg, Directeur exécutif, Transparency International

Rapporteur : Dr Silvia Ferazzi, Coordonation de l'appui en matière de macroéconomie et de santé, OMS

12:45 – 14:15 Déjeuner

Mardi 28 octobre 2003 - Réunion préparatoire, suite

14:15 – 16:15 Suite des discussions des groupes de travail

16:15 – 16:45 Pause-café devant la salle du Conseil exécutif

16:45 – 17:45 Séance plénière dans la salle du Conseil exécutif
Président – Dr Jim Kim, Conseiller du Directeur général de l'OMS
Résumé des débats des trois groupes de travail par leurs Présidents
Discussions des groupes et conclusions du Dr Jim Kim

17:45 – 18:30 Pour les rapporteurs des trois groupes de travail seulement : établissement du rapport

Mercredi 29 octobre 2003

Participants : Délégations des pays ; organismes partenaires et autres participants; personnel de l'OMS

Lieu : Organisation mondiale de la Santé, salle du Conseil exécutif

Coordonnateur : Dr Kerstin Leitner, Sous-Directeur général, Développement durable et milieux favorables à la santé, OMS

8:15 – 8:45 Enregistrement et café

8:45 – 10:15 Discours d'ouverture du Dr LEE Jong-wook, Directeur général de l'OMS

Désignation des Présidents – Dr Kerstin Leitner, Sous-Directeur général de l'OMS

Observations liminaires du Président de la séance du matin :

Mme Sushma Swaraj, Ministre de la Santé et du Bien-Etre familial et des Affaires parlementaires, Gouvernement indien

Discours principal :

" Economie sanitaire, croissance et réduction de la pauvreté "

par le Professeur Lincoln Chen, Kennedy School of Government, Université de Harvard

Vue d'ensemble des réunions des Régions de la Méditerranée orientale, de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est par le Dr Sergio Spinaci, Secrétaire exécutif, Coordination de l'appui en matière de macroéconomie et de santé, OMS

10:15 – 10:45 Pause-café

10:45-13:00 **Thème N° 1 : Comment améliorer l'efficacité des systèmes de soins de santé et suivre les résultats?**

Exposé du Professeur Anne Mills, Head, Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene & Tropical Medicine

suivi d'interventions et d'une discussion

Exposés de pays

République populaire de Chine

Ghana

suivis d'interventions et d'une discussion

Résumé des débats par le Président

13:00 – 14:30 Déjeuner

**Mercredi 29 octobre 2003
(suite)**

14:30 – 15:30 Remarques liminaires du Président de la séance de l'après-midi

Exposé: "Quels sont les éléments nécessaires pour atteindre les OMD?"

par le Professeur Jeffrey Sachs, Conseiller spécial du Secrétaire général de l'ONU sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et Director of the Earth Institute, Columbia University, Etats-Unis d'Amérique

Thème N° 2: Comment faire de la santé un élément central du cadre macroéconomique national et accroître les ressources nationales allouées à la santé?

Exposés du Dr Peter S. Heller, Directeur adjoint, Département des Affaires financières, FMI, et de M. George Schieber, Responsable du secteur de protection sanitaire et sociale, région Moyen-Orient et Afrique du Nord, Banque mondiale

suivis d'interventions et d'une discussion

15:30 – 15:45 Pause-café

15:45– 17:15 Exposés de pays

Ethiopie

Sri Lanka

suivis d'interventions et d'une discussion

Résumé des débats par le Président

Mercredi 29 octobre 2003 – Séance informelle avec la délégation chinoise

Heure : 17 h 30-18 h 30

Participants : Tous les participants à la Consultation

Lieu : Organisation mondiale de la Santé, salle du Conseil exécutif

Remarques liminaires du Dr Hendrik Jan Bekedam, Représentant de l'OMS en Chine, Président de la séance

Comment la Chine a fait face aux récentes crises en matière de santé publique : discussion

Jeudi 30 octobre 2003

Participants : Délégations de pays ; organismes partenaires et autres participants ; personnel de l'OMS

Lieu : Organisation mondiale de la Santé, salle du Conseil exécutif

Coordonnateur : Dr Kerstin Leitner, Sous-Directeur général, Développement durable et milieux favorables à la santé, OMS

8:30 – 8:45 Pause-café

8:45 – 10:15 Remarques liminaires du Président de la séance du matin**Thème N° 3 : Comment améliorer la prévisibilité des financements extérieurs et la coordination entre les partenaires?**

Exposé de M. Paul Isenman, Chef, Division de la Coordination et de la Formulation des Politiques, Organisation de coopération et de développement économiques

Exposé sur " Des moyens de financement novateurs pour la santé "

par le Dr Sally K. Stansfield, Associate Director, Global Health Strategies, Bill & Melinda Gates Foundation

Exposé sur : La politique canadienne en matière d'aide extérieure

par le Dr Montasser Kamal, Chef, UN Health-Related Institutions Unit, Division des Nations Unies et du commonwealth, Direction générale des programmes multilatéraux, Agence canadienne de développement international

suivis d'une discussion en plénière

10:15 – 10:30 Pause-café**10:30 – 12:00** Exposés de pays

Mozambique

Indonésie

Djibouti

suivis d'interventions et d'une discussion

Résumé des débats par le Président

12:00 – 14:00 Déjeuner

Jeudi 30 octobre 2003 (suite)

14:00 – 15:15 Remarques liminaires du Président de la séance de l'après-midi

Résumé du consensus sur les thèmes examinés

Conclusions et recommandations concernant les thèmes 1, 2 et 3 par :

- le Professeur Anne Mills, Head, Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene & Tropical Medicine
 - le Dr Peter S. Heller, Directeur adjoint, Département des Affaires financières, Fonds monétaire international
 - M. Paul Isenman, Chef, Division de la Coordination et de la Formulation des Politiques, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
- suivi d'interventions et d'une discussion

15:15 – 15:30 Pause-café

15:30 – 17:15 Déclaration de la Consultation présentée par :

le Dr Khandaker Mosharraf Hossain, Président de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et Ministre de la Santé et du Bien-Être familial, Gouvernement du Bangladesh

Récapitulation des étapes futures et remarques de clôture par :

le Dr Kerstin Leitner, Sous-Directeur général, Développement durable et milieux favorables à la santé, OMS



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Genève

Développement durable et milieux favorables à la santé

Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis

Deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé

28-30 octobre 2003, Genève

ANNEXE 3: Liste des participants aux groupes de travail

Groupe de travail n°1

**Comment améliorer l'efficacité des systèmes de soins de santé
et suivre les résultats?**

Liste des participants

Présidente : Professor Anne Mills, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Rapporteur : Dr Padma Shetty, Coordination of Macroeconomics and Health, WHO

Gouvernements

Angola: Dr Victor Nzima, Director of Planning, Ministry of Health

Bangladesh: Dr Daniul Islam, Second Secretary
Mr Muhammad Abdul Majid, Director-General, Prime Minister's Office

Botswana: Mr Mathias Chakalisa, Permanent Secretary for Health, Ministry of Health

Cambodge: Dr Lo Veasna Kiry, Deputy Director, Planning and Health Information,
Ministry of Health

Chine: Dr Ren Minghui, Deputy Director General, Department of
International Cooperation, Ministry of Health

Ethiopie: Dr Girma Azene, Director, Planning and Programming Department,
Federal Ministry of Health

Ghana: Dr Kofi Ahmed, Chief Medical Officer, Minister of Health
Dr Moses Dani Baah, Deputy Minister of Health, Ministry of Health

Indonésie: Dr Anhari Achadi, Senior Adviser to the Minister of Health on Health
Vulnerable Communities, Ministry of Health

Iran:	Mr Ghaempanah Mohamad Jafar, Deputy Minister for Development Management, Resources and Parliament Affairs
Jordanie:	Dr Anwar Batieha, Secretary General of the Higher Health Council, Ministry of Health
Malawi:	Mr Nelson Nixon Kalanje, Director of Planning, Ministry of Health and Population
Mozambique:	Dr Humberto Cossa, National Director of Planning and Cooperation, Ministry of Health
Myanmar:	Prof. Mya Oo, Deputy Minister of Health, Ministry of Health
Nicaragua:	Lic. Eliseo Araúz Palacios, Director General de Planificación y Desarrollo, Ministerio de Salud
Nigéria:	Mr Shehu Sule, Director of Health Planning and Research, Ministry of Health
Afrique du Sud:	Dr Percy Mahlati, Senior Technical Adviser to the Office of the Director-General of Health, Ministry of Health
Sri Lanka:	Dr Reggie Perera, Secretary, Ministry of Health, Nutrition and Welfare
Tanzanie:	Mrs Regina Kikuli, Head of Budget and Planning, Ministry of Health
Thaïlande:	Dr Amnvay Gajeena, Director, BPS/MOPH
Ouganda:	Mr Mwesigwa Rukutana, Minister of State for Finance, Planning and Economic Development in Charge of General Duties, Ministry of Finance, Planning and Economic Development Dr George Bagambisa, Planning Commissioner, Ministry of Health
Viet Nam:	Prof. Pham Manh Hung, Vice Minister, Ministry of Health

OMS

Siège:	Dr David B. Evans, Director, Global Programme on Evidence for Health Policy (GPE/EIP) Dr Robert Beaglehole, Director, ADGO/EIP Dr Dan Bleed, Medical Officer, Stop TB Dr Patrick Kadama, Adviser, EIP Ms Lin Yang Lin
Bureau régional de la Méditerranée orientale:	Dr Hussein Salehi, Regional Adviser, WHO/EMRO
Chine :	Dr Hendrik Jan Bekedam, WHO Representative
Myanmar:	Dr Agostino Borra, WHO Representative
Viet Nam :	Mrs Heather O'Donell, Technical Officer, Health Systems Development, WR Office
Yémen :	Dr Hashim Ali E. El-Mousaad, WHO Representative

Autres organisations

Andean Health Agency/ Organismo Andino de Salud (ORAS):

Dr Mauricio Alberto Bustamante Garcia, Secretario del ORAS-CONHU

Institute for Global Health, University of California, San Francisco:

Dr Carol Medlin, Policy Adviser and Senior Researcher

Centre for Poverty Reduction and Income Generation, Pakistan:

Dr Mushtaq A. Khan, Director

Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI):

Dr Mercy Ahun, Principal Officer

TheBellsConsultants: Ms Renée Asteria Peñaloza

People's Health Movement, Geneva International: Ms Nance Upham, President

Global Forum for Health Research: Ms Veloshnee Govender, Public Health Specialist

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association:

Mr Boris Azais, IFPMA Member and Director of External Policy

Permanent Mission of Nicaragua: Patricia Gawpbell

Norwegian Agency for Development Co-operation (NORAD):

Dr Sigrun Møgedal, Senior Health Adviser

Groupe de travail n°2

Comment faire de la santé un élément central du cadre macroéconomique national et accroître les ressources nationales allouées à la santé?

Liste des participants

Co-présidents: Dr Peter S. Heller, Deputy Director, Fiscal Affairs Department, International Monetary Fund
Mr Alexander Preker, Lead Economist, Health, Nutrition and Population, World Bank
Mr Pablo Gottret, Senior Economist, Human Development Program, World Bank

Présentation: Dr Michel Jancloes, Adviser to the Director-General, WHO

Rapporteur: Mr Richard Bumgarner, WHO Consultant

Gouvernements

Angola: Dr Pedro Kiala, Director of Cabinet for the Population Survey, Ministry of Planning

Argentine: Dr Ginès González Garcia, Minister of Health, National Ministry of Health

Bhoutan: Mr Daw Tenzin, Secretary, Planning Commission

Botswana:	Mr Mathias Mandlebe, Deputy Secretary of Economic Affairs, Ministry of Finance and Development Planning
Cambodge:	Mr Ieng Sunly, First Deputy Director, Budgeting Department, Ministry of Economy and Finance
Chine:	Dr Li Yin, Deputy Director-General, Ministry of Health Mr Dezhi Yu, Deputy Director-General, Department of Planning and Finance, Ministry of Health
Estonie:	Mr Erki Must, Adviser to the Minister, Ministry of Social Affairs
Ghana:	Mr Kwaku Agyeman-Manu, Deputy Minister of Finance and Economic Planning, Ministry of Finance and Economic Planning
Inde:	Ms Sujatha Rao, Personal Secretary, Government of Andhra Pradesh Mr Rajesh Bhushan, Director, International Health, Department of Health, Ministry of Health and Family Welfare
Indonésie:	Prof. Bambang Bintoro Soedjito, Deputy Minister for Local Acting and Regional Department, Ministry of National Planning
Iran:	Mr Koorosh Taherfar, Senior Officer, Ministry of Economic Affairs
Jordanie:	Ms Hala Lattouf Bsisa, Secretary General, Ministry of Planning
Kenya:	Mr Stephen Wainaina, Chief Economist, Ministry of Planning and National Development
Malawi:	Lures Kalinonhe, Development and Aid Management Officer
Mozambique:	Dr Jose Sulemane, National Director of Planning and Budget, Ministry of Planning and Finance
Myanmar:	Dr U Aung Kyaing, Deputy Director-General, Department of Health Planning, Ministry of Health
Pakistan:	Dr Abdul Majid Rajput, Chief, National Health Policy Unit, Ministry of Health Mr Javed Sadiq Malik, Secretary, Planning and Development, Ministry of Finance
Pérou:	Dr Álvaro Vidal Rivadeneyra, Señor Ministro de Salud, Ministerio de Salud
Philippines:	Ms Erlinda M. Capones, Director, National Economic and Development Authority
Sri Lanka:	Dr Patricia Alailima, Director-General, National Planning Department, Ministry of Finance and Planning
Soudan:	Dr Mohamed Hassan Awad, Director of Health Economics Unit and Chairperson, Secretariat of CMH
Thaïlande:	Mr Boonyong Vechamanesri, Deputy Secretary-General, National Economic and Social Development Board

OMS

Siège: Dr Eugenio Villar Montesinos, Evidence and Information for Policy (EIP)
Dr Charu Garg, EIP
Dr Ke Xu, EIP

**Bureau régional
du Pacifique
occidental :** Dr Dorjsuren Bayarsaikhan, Technical Officer

**Bureau régional
de l'Asie
du Sud-Est:** Mr Bhupinder Singh Lamba, Sustainable Health Policy Officer, CMH
Focal Point

**Bureau régional
de l'Afrique:** Dr Benjamin Musembi Nganda, Regional Adviser, African Region,
Poverty and Ill Health

Chine : Dr James Killingsworth, Country Adviser Technical Officer, Health
System Development and Finance

Estonie : Dr Jarno Habicht, WHO Liaison Officer

Ethiopie : Dr Tefera Wonde, Senior Policy Adviser

Indonésie : Dr Sarah Barber, Health Policy and Systems

Pérou : Dr Luis E. Velásquez, Representante Interino de la OPS/OMS

Philippines : Dr Jean-Marc Olivé, WHO Representative

Soudan : Dr Guido Sabatinelli, WHO Representative

Autres organisations

Fonds des Nations Unies pour l'enfance:
Mr Jay Chaubey, Senior Adviser, Division of Policy and Planning

National Council of Applied Economic Research, India:
Dr Abusaleh Shariff, Chief Economist, Head, Human Development Division

Banque mondiale :
Mr George Schieber, Health and Social Protection Sector Manager,
Middle East and North Africa Region

National Institute of Immunology, India:
Dr Ranjit Roy Chaudhury, Emeritus Scientist

Philippines Mission: Maria Teresa C. Lepatan, Minister

Groupe de travail n°3

Comment améliorer la prévisibilité des financements extérieurs et la coordination entre les partenaires?

Liste des participants

Co-présidents: Paul Isenman, Head, Policy Coordination Division, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
Carin Norberg, Executive Director, Transparency International

Présentation: Dr Jim Kim, Adviser to the Director-General, WHO

Rapporteur: Dr Silvia Ferazzi, Coordination of Macroeconomics and Health, WHO/HQ

Gouvernements

Angola: Dr Domingos Manuel de Kiêza, Director of Cabinet, Vice Minister of Finance Office, Ministry of Finance

Argentine: Mr Andrés Leibovich, Vice-Minister of Health, Ministry of Health

Bhoutan: Mr Karma Tshiteem, Deputy Secretary, Policy and Planning Division, Ministry of Finance

Botswana: Mrs Neo Gaitiswe, Chief Economist, Ministry of Finance and Development Planning

Chine: Dr Qi Qingnong, Director, Division of Multilateral Relations, Department of International Cooperation, Ministry of Health

Ethiopie: Mr Aklilu Shiketa, First Secretary, Permanent Mission of the Federal Democratic Republic of Ethiopia to the United Nations Office at Geneva

Ghana: Prof. George Gyan-Baffour, Director-General, National Development Planning Commission

Inde: Mr Prasanna Hota, Secretary, Health and Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare

Jordanie: Dr Riyad Okour, Director of Health Economics, Ministry of Health

Kenya: Mr Maurice J.P. Kanga, Economic Secretary, Ministry of Finance

Malawi: Mrs Melia Lydia Maganga-Nkhoma, Senior Deputy Director, Ministry of Finance

Népal: Mr Bijay Raj Bhattarai, Secretary, Ministry of Health

Nigéria: Mr Steve Kevuzna Aborishade, Assistant Director, Multilateral Ministry of Finance

Dr Tolu Fakeye, Deputy Director of International Health, Ministry of Health

Rwanda:	Mr Leonard M. Rugwadiza, Expert on Macroeconomics and Health, Ministry of Finance and Economic Affairs
Sénégal:	Dr Birahim Diongue, Coordonnateur de la Cellule de Planification, Ministère de la Santé
Afrique du Sud:	Dr Thuthula Balfour, Head of International Health Liaison, Department of Health, Ministry of Health
Sri Lanka:	Mr N. Pathmanathan, Deputy Secretary to the Treasury, Ministry of Finance
Soudan:	Mr Mohamed A. Falza, Minister of Finance and Economic, Ministry of Finance and National Economy
Tanzanie:	Mr Silvery B. Buberwa, Director of Social Services, Ministry of State, President's Office
Thaïlande:	Mrs Saichai Limtrakool, Foreign Relations Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health Mrs Rossukon Kangvallert, Chief of Health Policy Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

OMS

Siège:

Dr Corinna Hawkes, Technical Officer, Office of the Director-General
 Nico Drager, Senior Adviser, Ethics, Trade, Human Rights and Law
 Ms Patience Kuruneri, Senior Adviser, Roll Back Malaria
 Heather Christian, Technical Officer, Government and Private Sector Relations
 Dr Andrew Cassels, Director, MDGs, Health and Development Policy

Bureau régional de l'Afrique: Dr Chris Mwikisa, CMH Focal Point

Barbades: Mrs Veta F. Brown, Caribbean Program Coordinator

Inde: Mr Rajiv Misra, Consultant

Indonésie: Dr Georg Petersen, WHO Representative

Jordanie: Dr Nahln Rifali, Technical Officer

République démocratique populaire Lao: Dr Dean Shuey, Programme Management Officer

Népal: Dr Klaus Wagner, WHO Representative

Papouasie-Nouvelle-Guinée: Dr Salik Govind, Programme Management Officer

Autres organisations

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM):

Mr Brad Herbert, Senior Director for Strategy, Planning and Program Support

Harvard Centre for Population and Development Studies:

Dr Catherine Michaud, Senior Research Associate

Organismo Andino de Salud (ORAS):

Dr Mauricio Alberto Bustamante García, Director

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD):

Mr Luc Franzoni, Deputy-Director, Geneva Office



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Genève

Développement durable et milieux favorables à la santé

Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis

Deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé

28-30 octobre 2003, Genève

ANNEXE 4: Résumé des groupes de travail

Groupe de travail n°1 : Comment améliorer l'efficacité des systèmes de soins de santé et suivre les résultats ?

Présidente: Professeur Anne Mills, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Rapporteur : Dr Padma Shetty, Coordination Macroéconomie et santé, OMS

Le premier groupe de travail de la deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé a servi de cadre à un partage et à une discussion des expériences et des objectifs des pays en matière d'amélioration de l'efficacité des systèmes de soins de santé et de suivi des résultats pour une gestion plus efficace. Les débats se sont orientés sur trois domaines principaux : 1) la détermination des priorités nationales de santé ; 2) les difficultés et les possibilités d'ordre institutionnel et organisationnel ; 3) le suivi des résultats. Au cours des discussions, les pays ont relevé les points principaux résumés ci-dessous.

Pour déterminer correctement **les priorités de santé nationales**, les pays ont établi que les points les plus importants à retenir étaient les suivants :

- Avant de pouvoir étudier les priorités, il faut procéder à une évaluation réaliste des éléments du système de soins de santé. Comment les soins sont-ils délivrés à la population ? Quelles sont les associations entre les services du secteur public et du secteur privé ? Quels sont les groupes vulnérables ?
- La détermination des priorités est une démarche interministérielle dirigée par le gouvernement. Elle commence par l'engagement politique en faveur de la santé et la reconnaissance des liens entre la pauvreté et la santé. Les pays estiment que les priorités nationales de santé doivent inclure la recherche d'une qualité durable et la demande de soins.
- Fondement de la transparence pour les responsables politiques comme les fournisseurs de service, la détermination des priorités est nécessaire à tous les niveaux. Elle doit résulter d'un effort concerté englobant tous les secteurs influant sur la santé (éducation, eau par exemple), exige d'admettre davantage que la santé dépend des mesures prises

par d'autres secteurs et que, réciproquement, le succès et la productivité dans ces secteurs dépendent de la santé de la population.

- Dans une situation de pénurie des ressources avec des priorités en concurrence et des services de santé assurés à la fois par le public et le privé, les gouvernements doivent veiller à ce que les systèmes de soins locaux assurent bien auprès des groupes les plus démunis les interventions prioritaires.
- Il faut un solide système d'information reposant sur des bases factuelles pour obtenir les données nécessaires à la détermination des priorités : informations sur les groupes vulnérables, coût-efficacité des interventions adaptées à la situation locale. Les outils de détermination des priorités doivent découler d'une évaluation réaliste des données disponibles. En rapport avec ce qui précède, il faut améliorer l'expertise et les compétences pour analyser ces données.

En étudiant les éléments d'un **système de santé plus efficace**, les pays ont établi que, pour progresser avec succès dans ce domaine, les points les plus importants à retenir étaient les suivants :

- Le principal défi à relever consiste à améliorer l'accessibilité des services au niveau des communautés et, plus particulièrement, pour les groupes démunis ou marginalisés. L'association de la prestation des soins de santé et du financement impose de mettre l'accent sur la planification et le suivi au niveau des districts, sur les analyses du financement au niveau local et sur les obstacles à l'accessibilité et à la qualité (par exemple, l'impact des honoraires demandés aux usagers, les mécanismes d'approvisionnement et de gestion pour les unités périphériques, etc.). Chaque pays doit étudier comment parvenir à une association optimale de services fixes et de proximité pour veiller à l'accessibilité au niveau communautaire et comment atteindre les groupes qui ne sont pas couverts efficacement.
- De nombreux pays ont établi que le principal obstacle à l'échelle des systèmes était lié aux ressources humaines. Il faut s'occuper des réformes du secteur public et des politiques de macroéconomie qui, aux niveaux national et international, contribuent à l'insuffisance des ressources humaines dans le secteur de la santé. C'est ainsi que l'on doit accroître en nombre les personnels de santé, corriger les répartitions imparfaites et améliorer les compétences. Des stratégies novatrices s'imposent pour retenir les personnels de santé dans les pays et combattre l'érosion des effectifs, notamment due à la maladie (en particulier le VIH/SIDA).
- Les systèmes de santé doivent être conçus pour récompenser le bon travail à tous les niveaux et promouvoir les capacités de gestion. Un milieu positif et la satisfaction au travail sont des incitations importantes pour délivrer un service de qualité et obtenir de bons résultats. Il convient de se pencher sur les disparités existant entre le secteur public, le secteur privé et les ONG au niveau des gratifications et des salaires.

- La mobilisation sociale est essentielle pour que règne la transparence entre les dispensateurs, les politiciens et les patients. Il faut travailler davantage sur l'interface entre l'offre et la demande et sur l'équilibre entre les soins curatifs et préventifs. Il convient d'évaluer et d'optimiser le rôle des organisations locales et des ONG dans l'amélioration de l'accès aux soins et leur financement.

Lors de l'étude de **mécanismes efficaces pour le suivi des résultats**, les pays ont établi que, pour progresser avec succès dans ce domaine, les points les plus importants à retenir étaient les suivants :

- Il faut s'engager à investir dans des systèmes d'information et le recueil de données de qualité pour le suivi et l'évaluation, à l'aide d'indicateurs simples et fiables, en reconnaissant l'importance de ce dispositif pour la décision politique, la gestion orientée sur les résultats et le suivi des performances à tous les niveaux. Les instituts et les établissements d'enseignement nationaux doivent être renforcés pour développer le recueil de l'information et les moyens d'analyse au niveau local afin d'informer la prise de décision.
- Les pays doivent éviter le manque de coordination découlant de la création de multiples systèmes d'informations pour différentes maladies et initiatives nationales ou mondiales. Pour y parvenir, ou surmonter la fragmentation déjà installée, l'autorité nationale a un rôle essentiel à jouer pour veiller à une approche intégrée.
- La décentralisation et l'existence de dispensateurs publics et privés imposent de pouvoir accéder à l'information et au suivi des résultats pour garantir la transparence à tous les niveaux. Les données du secteur privé doivent être accessibles, car il est un dispensateur de soins important pour la population. Il faut mettre davantage l'accent sur les responsabilités réciproques de toutes les parties intéressées.

Groupe de travail n°2: Comment faire de la santé un élément central du cadre macroéconomique national et accroître les ressources nationales allouées à la santé?

Coprésidents: Dr Peter S. Heller, Directeur adjoint, Département des Finances, FMI
M. Alexander Preker, Banque mondiale
M. Pablo Gottret, Banque mondiale

Rapporteur: M. Richard Bumgarner, Consultant de l'OMS
Remarques liminaires du Dr Michel Jancloes, Conseiller auprès du Directeur général de l'OMS

Le deuxième groupe de travail de la deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé a servi de cadre à un partage et à une discussion des expériences et des objectifs des pays pour faire de la santé un élément central du développement et accroître les ressources qui lui sont allouées. Les débats se sont orientés sur trois domaines principaux : 1) Analyse des mécanismes de coordination multisectorielle pour intégrer au mieux les investissements en faveur de la santé des plus démunis dans les plans de développement nationaux et atteindre les objectifs sanitaires ; 2) déterminer les options pour trouver et réaffecter des ressources nationales pour augmenter les dépenses de santé ; 3) Rapporter, étudier et éventuellement définir les options prioritaires permettant aux partenariats public-privé et extérieurs d'améliorer les résultats sanitaires pour les pauvres.

En analysant les mécanismes pour **intégrer les investissements en faveur de la santé des plus démunis dans les plans de développement nationaux**, les pays ont établi que, pour progresser avec succès dans ce domaine, les points les plus importants à retenir étaient les suivants :

- Cette réunion consécutive à la CMS a donné à la communauté internationale de la santé, aux ministères des finances et de la planification et aux ministères de la santé une occasion extraordinaire de dialoguer. Elle est le signe de l'importance de leur collaboration pour développer les bases factuelles des politiques.
- L'amélioration des performances du secteur de la santé ne passe pas seulement par les investissements. Il faut aussi une politique pour améliorer l'accès à l'éducation, à l'eau propre et à des infrastructures d'assainissement pour influencer le comportement des ménages de nombreuses manières (meilleure alimentation, arrêt du tabagisme, etc.). Cela souligne l'importance de l'approche multisectorielle lorsqu'il s'agit d'envisager l'amélioration de la santé et de fixer les priorités dans l'augmentation des dépenses dans les différents secteurs.
- Ce sont les pays qui doivent être principalement à l'origine du choix des politiques gouvernementales pour améliorer la santé, en tenant compte de la nature spécifique des

problèmes sanitaires qu'ils connaissent, des modalités de financement des dépenses de santé et de la possibilité de les financer par la seule mobilisation des ressources nationales. Pour les pays les plus démunis, le DSRP est le moyen principal de parvenir à un consensus sur les priorités entre les secteurs et au sein de ceux-ci. Dans les pays à revenu intermédiaire, d'autres moyens que le DSRP doivent être trouvés pour parvenir à une cohérence dans la détermination des priorités pour le secteur de la santé.

- Les pays doivent se fixer des objectifs ambitieux, notamment lorsqu'ils sont fortement touchés par le VIH/SIDA, le paludisme ou la tuberculose, quand le taux de mortalité infantile ou la morbidité liée au tabagisme sont élevés. Pour cela, il faut une pensée créative pour trouver des façons différentes d'agir, résoudre les problèmes et développer fortement des systèmes de santé aux capacités limitées afin de pouvoir absorber l'augmentation des ressources. Il sera crucial de relever le défi d'augmenter le nombre des agents de santé, notamment dans les professions paramédicales. Mais l'ambition des objectifs doit être replacée dans des cadres budgétaires réalistes. Cela n'a pas de sens d'établir un programme budgétaire pour la santé sur des ressources qui n'existent pas ou peuvent disparaître.

En analysant les options pour **trouver et réaffecter des ressources nationales pour la santé**, les pays ont établi que, pour progresser avec succès dans ce domaine, les points les plus importants à retenir étaient les suivants :

- Il est essentiel d'intensifier la mobilisation des ressources nationales, à la fois pour démontrer la volonté politique du gouvernement et pour se dégager de la dépendance par rapport à l'extérieur. Cela pourra passer par une réforme de la fiscalité et des efforts pour augmenter les revenus. Les pays doivent examiner en particulier la possibilité d'instaurer des taxes bénéfiques pour tous, comme celles sur les produits du tabac : ils réduiront ainsi de futurs effets nocifs sur la santé et permettront aux ménages de dégager des ressources sur des postes plus souhaitables, comme la nutrition ou l'éducation.
 - La mobilisation des ressources nationales peut également passer par :
 - La réaffectation des dépenses consacrées à des postes non productifs du budget ;
 - Dans le budget de la santé, la réaffectation des dépenses à des postes et à des modes de prestations plus efficaces ;
 - La recherche de modalités d'interventions ou de traitement moins coûteuses (médicaments génériques par exemple) ;
 - Une utilisation plus efficace des ressources (réforme des procédures d'achat par exemple).
- La stabilité macroéconomique est indispensable pour parvenir à une croissance réelle. Il est crucial d'éviter les crises financières pour assurer la stabilité du financement des

secteurs sociaux. Les gouvernements peuvent travailler avec les institutions internationales de financement pour s'assurer de choix politiques judicieux et mettre au point des stratégies macroéconomiques qui favoriseront une capacité d'absorption renforcée, notamment des programmes durables pour développer les ressources humaines dans le secteur de la santé. Le FMI s'efforce de mettre sur pied une structure financière qui permettra aux pays les plus démunis d'amortir les chocs extérieurs.

- Les gouvernements doivent orienter leurs dépenses de santé sur les plus démunis. Si l'augmentation des dépenses n'est pas perçue comme étant orientée sur les problèmes sanitaires des pauvres, il est peu probable qu'elle suscitera l'appui des donateurs extérieurs. Il faut donc veiller aux modalités qui garantissent que les pauvres, lorsqu'ils accèdent aux établissements de santé, n'en ressortiront pas encore plus démunis par des épisodes catastrophiques de maladie.
- Le fait de matérialiser les ressources apportées par les donateurs dans des programmes efficaces peut faciliter les efforts de mobilisation des ressources nationales. Des approches couvrant l'ensemble de secteurs et les aides non liées peuvent faciliter l'optimisation des gains possibles découlant de l'apport des ressources externes. Une bonne gestion, transparence et obligation de rendre des comptes, est essentielle pour pérenniser l'aide des donateurs.

En étudiant **l'engagement des partenariats public-privé et extérieurs**, les pays ont établi que, pour progresser avec succès dans ce domaine, les points les plus importants à retenir étaient les suivants :

- Pour élaborer une stratégie équitable et juste dans le secteur de la santé de nombreux pays pauvres, il faudra déterminer comment intégrer au mieux le rôle prédominant du secteur privé dans le financement comme la prestation des services de santé, ce qui impliquera de définir le rôle de ressources extérieures accrues. Lorsque les dépenses à la charge des patients représentent une grande part des dépenses nationales de santé, les gouvernements devront veiller à ce que ces fonds donnent des résultats sanitaires optimaux et qu'ils soient utilisés dans des programmes de mise en commun des risques protégeant les ménages de l'appauvrissement.
- Pour les pays les plus démunis, même l'utilisation la plus efficace possible des ressources nationales ne suffira pas. Il est crucial pour eux de pouvoir disposer d'une aide extérieure durable et prévisible sur des programmes bien conçus. L'accent doit porter sur des interventions d'un bon rapport coût-efficacité, canalisées dans les voies existantes et destinées aux pauvres dans des domaines prioritaires. L'impératif pour les donateurs est de financer la santé par des subventions ou un allègement de la dette. Les prêts pour les coûts ordinaires sont une source d'instabilité budgétaire et ouvrent la voie à des opérations de sauvetage dans le futur. Ces ressources doivent être gérées dans le cadre du budget gouvernemental pour éviter la duplication des efforts et un manque de transparence.

Anticiper. Les moteurs de la morbidité et de la demande en services de santé à l'avenir sont clairs :

- L'évolution démographique, avec un vieillissement de la population même dans les pays les plus démunis
- L'urbanisation, le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles
- Une exposition croissante aux risques entraînant une augmentation de la mortalité et de la morbidité imputables aux maladies non transmissibles.

Il existe un risque réel que le vieillissement de la population et la charge croissante des maladies non transmissibles fassent pression sur les dépenses budgétaires pour les orienter sur certains besoins sanitaires aux dépens de mesures en faveur des pauvres.

Groupe de travail n°3 : Comment améliorer la prévisibilité des financements extérieurs et la coordination entre les partenaires?

- Coprésidents:** M. Paul Isenman, Chef, Division de la Coordination et de la Formulation des Politiques, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
- Mme. Carin Norberg, Directeur exécutif, Transparency International
- Rapporteur:** Dr Silvia Ferazzi, Coordination de l'appui en matière de macroéconomie et santé, OMS
- Remarques liminaires du Dr Jim Kim, Conseiller auprès du Directeur-général de l'OMS

Le troisième groupe de travail de la deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé a servi de cadre à un partage et à une discussion des expériences et des objectifs des pays pour améliorer la santé, de même que la prévisibilité, l'efficacité et la coordination de l'aide. Les débats se sont orientés sur trois domaines principaux : 1) les flux de l'aide au développement: évaluation des tendances récentes et possibilités d'augmenter les financements; 2) accroître l'efficacité des mécanismes de financement des donateurs; 3) choix réalistes pour la coordination avec les partenaires.

En analysant **les tendances récentes de l'aide au développement et les possibilités d'en augmenter le financement**, les pays ont établi que, pour progresser avec succès dans ce domaine, les points les plus importants à retenir étaient les suivants:

- Les pays ont noté que l'aide officielle au développement avait augmenté pour la première fois en 2002 (tandis que l'aide au développement pour la santé, recouvrant également les financements privés, a augmenté plus régulièrement depuis 1998), la plus forte croissance étant enregistrée pour les interventions sur le VIH/SIDA. La CMS semble avoir eu un

effet dans ce domaine (le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a été créé après la publication du rapport de la CMS).

- Les pays disposent rarement d'informations sur l'aide extérieure et ne peuvent suivre suffisamment bien l'évolution de la situation. Ils ont manifesté le besoin d'être tenu régulièrement informés à la fois des versements et des promesses. Il a été proposé que l'OMS poursuive sa collaboration avec l'OCDE pour mettre en place un système de suivi permanent des fonds de l'aide au développement pour la santé (quantité, finalité, localisation) et de livrer ces informations aux pays.
- Comme les décisions budgétaires sur l'utilisation de l'aide extérieure sont prises à partir des promesses, les pays désirent un raccourcissement des délais entre les promesses de fonds et les versements effectifs. Ils ont également manifesté le besoin de trouver des mesures efficaces pour rendre les flux plus prévisibles, les investissements en faveur de la santé ne portant leurs fruits que sur le moyen ou le long terme. Pour parvenir à une meilleure prévisibilité, certains ont proposé de mettre davantage l'accent sur l'aide multilatérale et sur des engagements portant sur plusieurs années.

En étudiant **l'efficacité des mécanismes de financement des donateurs**, les pays ont établi que, pour progresser avec succès dans ce domaine, les points les plus importants à retenir étaient les suivants :

- Il faut définir des critères communs pour la notification des résultats sanitaires afin d'éviter une charge trop lourde pour les gouvernements bénéficiaires découlant de demandes multiples et fragmentaires de la part des donateurs. Les participants ont vu dans la méthode de "mesure de la santé" un mécanisme prometteur pour aider les pays à atteindre l'uniformité dans l'analyse et le suivi des données.
- En moyenne néanmoins, les pays ne disposent pas de grandes capacités pour suivre, contrôler et évaluer les données sur les résultats nationaux des investissements en faveur de la santé, y compris ceux provenant de l'aide extérieure. Il faut donc investir dans ce domaine à tous les niveaux, de l'échelon national à l'échelon local.
- Les pays estiment que l'aide extérieure se préoccupe encore trop de la lutte contre la maladie, ou de la "gestion des crises", aux dépens des investissements pour renforcer les systèmes de santé. Cela peut avoir pour effet de détourner l'attention de questions relatives à la capacité des systèmes, essentielles pour le long terme. En rapport avec ce point, l'aide extérieure doit englober une analyse préliminaire de son efficacité potentielle en fonction des systèmes existant et prévoir un appui aux renforcement des capacités nationales.
- Sur la question de la complémentarité, les participants ont insisté sur le fait que les ressources extérieures ne devaient pas se substituer aux investissements nationaux. D'un autre côté, les ministères des finances et le Fonds monétaire international doivent appliquer un cadre macroéconomique plus flexible et plus sensible aux secteurs sociaux et au besoin d'investir dans la santé. L'aide extérieure pour la santé doit prendre la forme

de subventions, être moins soumise à des conditions, plus innovatrice et respecter davantage les priorités des gouvernements. Du côté des pays bénéficiaires, les priorités nationales doivent s'orienter davantage sur les défavorisés et être plus transparentes pour veiller à ce que les fonds parviennent bien à ceux à qui ils sont destinés. Elles doivent avoir un côté novateur en faisant la promotion des biens publics (des expériences de promotion efficace au niveau régional ont été présentées).

Sur la question **des choix réalistes pour la coordination avec les partenaires**, les pays ont établi que, pour progresser avec succès dans ce domaine, les points les plus importants à retenir étaient les suivants :

- Il faut élargir la portée intersectorielle de l'aide, notamment avec un appui à des secteurs cruciaux pour la santé, éducation, eau, assainissement, et en tenant compte des problèmes de sexospécificité.
- Plusieurs participants ont rappelé le rôle important joué dans ce cadre par l'aide technique des organisations internationales. L'allocution liminaire du matin et d'autres interventions en cours de journée les ont rassurés quant à la volonté de l'OMS de poursuivre son engagement et de continuer à s'intéresser à l'action dans les pays.
- Plusieurs pays ont fait état de leur travail permanent pour harmoniser l'aide extérieure et l'affectation des ressources nationales sous différentes formes : dialogue avec les donateurs pour l'appui à une approche programmatique ou une aide budgétaire (par opposition à des projets), afin d'engager des donateurs plus nombreux d'une manière mieux coordonnée ; consultations au coup par coup, comme des groupes de coordination de l'aide et des comités d'orientation pour surveiller les stratégies de réduction de la pauvreté. Des expériences de pays ont été citées où les bailleurs de fonds, en faveur de cette approche, l'avaient proposée eux-mêmes. Dans sa présentation, l'OCDE a souligné les efforts consentis après la "Déclaration de Rome" de février 2002, pour harmoniser les procédures des bailleurs de fonds dans cette direction (texte complet de la présentation dans les annexes du présent rapport).
- Certains pays ont mentionné l'utilité des exercices comme la Consultation de la CMS pour favoriser l'échange entre les pays du Sud des informations sur les expériences nationales en matière d'investissements pour la santé et d'aide au développement.
- Le lien avec les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) a été soulevé puis discuté davantage en plénière, à savoir les flux nécessaires ou pouvant être escomptés pour aider les pays à atteindre les OMD lorsqu'ils s'engagent sur cette voie.



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Genève

Développement durable et milieux favorables à la santé

Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis

Deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé

28-30 octobre 2003, Genève

ANNEXE 5: Documents pour la Consultation

Pro-Poor Health Reforms-Why, What and How

By Rajiv Misra

I. Introduction

Wide-ranging reforms in the health sector have been aggressively promoted by multilateral institutions, particularly the World Bank, in the last two decades in the developing and transitional economies. The record of these efforts, especially in respect of the poor, has been mixed. In many cases, the benefits did not really reach the poor, and in some, they seem to have been adversely impacted. Examples of the latter include indiscriminate privatisation, introduction of cost recovery without safety nets for the poor and hasty decentralisation. The focus of many of these efforts was not necessarily the health of the poor, but macroeconomic stabilisation and fiscal compression. Part of the problem was a serious misunderstanding of the role of the state in the wake of economic liberalisation and euphoria about the markets following the collapse of the socialist model. However, there is now a clearer perception of the central role of the state in the health sector in general and in protecting the vulnerable population in particular. The World Development Report 1993, devoted exclusively to health, set the ball rolling by defining the role of the state in providing public goods, merit goods and provisioning essential health services. The World Development Report 1997 greatly helped to clear the air by squarely placing the responsibility for protecting the vulnerable on the state. Finally, the World Health Report 2000 brought out forcefully the stewardship role of the state in steering the health system.

Despite the recognition of the central role of the state in health, doubts still persisted about its importance in the context of development and poverty alleviation. The Millennium

Development Goals (MDGs), adopted by the Millennium Summit of the United Nations in September 2000, put the health of the poor in the forefront of the global battle against poverty and disease, and thus represents an unprecedented global consensus on the subject. The WHO Commission for Macroeconomics and Health (2001) represented a pioneering effort to understand the linkages between economic growth and poverty on the one hand, and health status on the other. It not only underscored the importance of investments in health for economic growth and alleviation of poverty, but also laid out a blueprint for both the developing countries and the donor community to move forward towards the achievement of the MDGs.

What poor countries need urgently is not only greater investment in health along with wide ranging systemic reforms, but also that these specifically target the poor. As we shall see subsequently, investments made ostensibly for the poor have often been misappropriated by the rich. And even donor agencies have often shied away from investing in the backward areas on account of poor governance, weak health infrastructure and consequently higher risk of failure. Needless to say, the poor generally lack political influence and are unlikely to receive the desired attention without a special focus. This paper attempts to present the rationale (why), the main ingredients (what) and the methodology (how) of pro-poor health reforms based largely upon the experience in India with very diverse health outcomes in different states ranging from Kerala at one end, comparable to the high-performing middle income countries, and UP and Bihar on the other, only slightly above the level of Sub-Saharan Africa. The CMH arguments establishing linkages between investments in health and economic growth and poverty are not repeated as they are well covered by other background papers.

Why?

The case for a pro-poor approach in respect of a basic human right like health could be strongly made purely on ethical and moral considerations. Many have argued that by trying to justify investments in the health of the poor on economic arguments, we are diluting the moral argument-health being a desirable end in itself and pursued not only for its contribution to economic welfare. Nevertheless, the compelling case made out by the CMH for investments in health, especially of the poor, on macroeconomic considerations will, hopefully, persuade those who hold the purse strings (finance and planning ministries and donor agencies) to give this matter greater attention. But there are other equally strong arguments in favour of special focus to the health of the poor as discussed below.

I. The poor are subjected to a disproportionate, and to a large extent avoidable, burden of disease (BOD) from pre-transition diseases (infectious diseases, perinatal and maternal conditions and nutritional disorders). The BOD in low - and middle-income countries on this account was estimated at 44% as against 7% in high-income countries (World Health Report 1999). All these conditions are capable of being controlled very cost-effectively with relatively simple and easily available technologies. Investment in the health of the poor could,

therefore, not only yield quick results but also maximise the returns on such investments. **If the world desires to move ahead rapidly towards the MDGs, the poor would be the best place to direct the efforts.** Besides the pre-transition diseases, the new pandemic of HIV/AIDS is causing unimaginable consequences in the poorest regions of the world. A recent World Bank study (2001) in India has also shown the poorest quintile to be having almost double the exposure to lifestyle risk factors like tobacco use and smoking as compared to the richest 20% of the population. The poor are often concentrated in backward and remote areas having very weak infrastructure, degraded environment, poor sanitation, lack of access to safe drinking water, which combined with under-nutrition and poor hygiene makes them highly vulnerable to ill health. The tables below bring out clearly the striking disparities in health status among different income groups in India.

Table I : Health Status Indicators – Comparison Between the Poorest and Richest Quintiles of the Population, India, 1992-93

	<i>Poorest 20 %</i>	<i>Richest 20 %</i>	<i>Poor / Rich Risk Ratio</i>
Infant Mortality (Deaths under 12 months per 1000 births)	109.0	44.0	2.5
Under 5 Mortality (Deaths under 5 years per 1000 births)	155.0	54.0	2.8
Childhood Underweight (Percent below -2 sd z-score, weight/age, children under 4 years)	60.0	34.0	1.7
Total Fertility Rate (Births per woman age 15-49 years)	4.1	2.1	2.0

Source: Gwatkin et al, Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in India, 2000. HNP Poverty Thematic Group of the World Bank, based on NFHS, 1992-93.

Reproduced from India: Raising the Sights – Better Health Systems for India's Poor, World Bank, 2001

Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

Table 2 :
Health Outcomes According to Standard of Living, India 1998-99

Standard of living index	Infant Mortality (per 1000 births)	Under Five Mortality (per 1000 births)	Total Fertility Rate	Children Underweight (% below -2 SD)	Children with anemia (%)	Children with acute respiratory infection in past 2 weeks (%)	Children with diarrhea in past 2 weeks (%)	Anemia among women (%)
Low	88.8	130	3.37	56.9	78.7	21	19.9	60.2
Medium	70.3	94.6	2.85	46.8	73.5	19.4	19.7	50.3
High	42.7	51.5	2.1	26.8	67.3	15.7	16.1	41.9
Low/High Ratio	2.08	2.52	1.6	2.12	1.17	1.34	1.24	1.44

Source: National Family Health Survey 1998-99 (IIPS 2000), Reproduced from India: Raising the Sights – Better Health Systems for India's Poor, World Bank, 2001

Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

Although significant progress has been made in monitoring of health status by income groups in India by national surveys in the last decade, the information still remains limited. A better source of information is the status of Scheduled Castes (SC) and Scheduled Tribes (ST), which are socio-economically the most backward sections of society eligible for affirmative action under the Indian Constitution. A comparison of the infant and child mortality levels in these groups with the general population brings out clearly the wide disparity in health status.

Table 3:
Health Indicators among SC/ST and Others (Rate per 1000)

Mortality Indicators	SC	ST	Others
Neo-Natal	53.2	53.3	40.7
Post Neo Natal	29.8	30.9	21.1
Infant <1 year	83	84.2	61.8
Under 5 Years	119.3	126.6	82.6

Source: National Family Health Survey II.

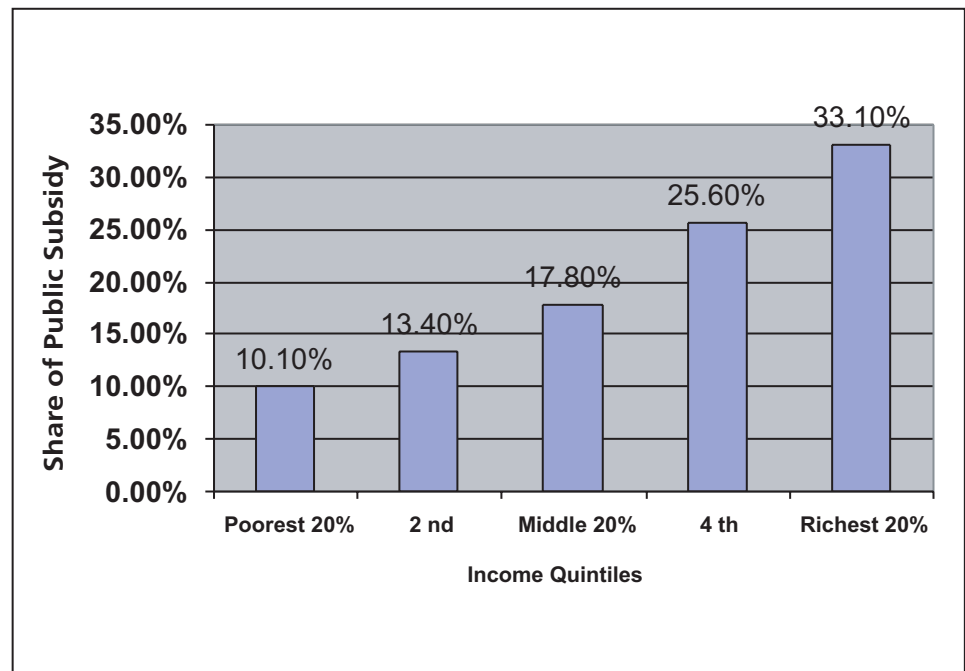
Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

Therefore, if global health is to be improved quickly, there is no alternative but to concentrate on those that carry the maximum burden – the poorest sections of society.

2. The poor suffer much higher mortality and morbidity due to lack of access to both public health and medical services. A recent benefit incidence analysis done by the National Council

of Applied Economic Research (NCAER) shows that even public subsidies in health have been disproportionately utilised by the rich.

Figure 1 Share of Public Subsidy for Curative Care Benefiting Income Groups



Source: Who Benefits From Public Health Spending In India, unpublished paper, NCAER, 2000

Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

The private sector is expectedly concentrated in more developed areas, which offer better commercial prospects. The poor thus have very limited access to the qualified private sector due both to locational disadvantages and financial constraints. A large number in India have no alternative but to depend on unqualified providers – often with disastrous results. The low literacy levels, poor health information and often persistence of traditional beliefs and superstitions compounds the problem by making the poor ill-equipped to make rational choices in health related matters.

3. The employment of the poor is, by and large, in the informal unorganised sector, making it difficult to organise any risk pooling arrangements, like health insurance. They are thus subject to the most regressive method of health finance – fee for service paid as out of pocket expenses – a major contributing factor in perpetuation and aggravation of poverty. A recent World Bank (2001) study on India concludes that out-of-pocket medical costs (estimated to be more than 80% of the total medical expenditure) alone may push 2.2% of the population below the poverty line each year.

4. The neglect of the poor is leading to unacceptable imbalances in development within the country as well as within each state – a major source of social tension and unrest. Disaggregated data on health status of the backward and remote areas is not available but the comparison of health facilities utilisation statistics between a relatively prosperous state, like Punjab and a backward state like Bihar brings out the huge distortions quite clearly. While the poor suffer a higher burden of disease, their poor utilisation of medical facilities is clearly due to lack of access and financial constraints. While all groups have lower utilisation in Bihar as compared to Punjab, the contrast is more marked in the poorest (Q1), where the utilisation is around four fold higher in Punjab both in outpatients and hospitalisation. Only a very concentrated effort on backward and remote areas inhabiting the poor can correct these imbalances and distortions.

Table 4: Rate per 1000 of Treatment during last 15 days

State	POP<BPL In millions	%BPL Families	QI	QV	Total
Bihar	49	55	14	36	24
Punjab	25	12	63	94	72
All	320	36	28	61	42

BPL = Below Poverty Line; Q = Quintile; All = the whole country

Source: 52ND NSSO From Benefit Incidence Analysis (BIA) Study of NCAER, 2000

Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

Table 5: Rate per 100,000 of Hospitalisation

State	POP<BPL in millions	%BPL Families	QI	QV	Total
Bihar	49	55	198	1728	722
Punjab	25	12	754	2998	1622
All	320	36	563	3447	1653

Source: 52nd NSSO From BIA Study of NCAER, 2000

Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

It would thus be seen that the argument for a pro-poor focus in health investment extends far beyond macroeconomic and ethical arguments. It is not possible to make an impact on the health status of the population in a poor country without addressing the areas and the populace where most of the disease burden exists. Also, addressing the major causes of morbidity and mortality among the poor – the so called pre-transition diseases – is the most cost effective solution giving the maximum and the most rapid return on health investments. Also, since the maximum problem resides in backward and remote areas where the majority of the poor live, the only way to promote balanced and harmonious development is by concentrating on the upgradation of such areas – an absolute must for political stability in the long run. **Investment in the health of the poor is thus not only good economics but also good politics.**

What?

1. The CMH deserves to be congratulated on bringing home one long-observed truth before the world that no system can be expected to deliver without a minimum of financial resources. Unfortunately, the minimum level of financial support is rarely in evidence among low-income countries. The average per capita public spending is estimated at \$ 6 in the least developed countries and \$13 in other low-income countries by the CMH. In India, the latest estimate by the World Bank (2001) is just \$ 3-4 per capita at 1993-4 constant prices. The CMH also conducted detailed exercises to estimate the cost of the essential services, which the state must provide and came up with a range from \$30-\$45 per capita. At current levels of expenditure, the resources devoted to health in most low-income countries would fall woefully below this target. The CMH must get full credit for bringing these harsh truths before the international community, as prior to this report, the focus was primarily on what the WDR 93 termed as greater allocative and technical efficiency. It is nobody's case that there isn't misallocation of resources or that the available resources could not be more efficiently employed in the poor countries. Certainly there is considerable room for improvement in that direction and that the same deserves urgent attention. However, that problem is relatively small compared to the gross inadequacy of financial resources. **The bottom line, therefore, is that public investments in health have to be raised significantly before any impact on the health outcomes can be expected.** A vigorous and sustained effort to mobilise resources both by developing countries themselves and by the donor community would need to be made on the lines suggested by the CMH, and the bulk of these additional resources would have to be invested in interventions that principally target the poor.

2. Every reform effort invariably comes up against vested interests, which try to create political roadblocks. The political leadership is understandably against taking political risks of antagonising any section of the population unless the political benefits clearly outweigh the risks. Therefore, where a significant political advantage can be seen by infusion of substantial additional resources, the political leadership would be willing to support reform even though

it involves antagonising some sections. In the early nineties, a number of categorical programmes supported by the World Bank had brought to light serious systemic problems at the state level, which were impeding the success of these as well as other programmes. But the proposals for reform never found a receptive audience till the introduction of the State Health System Projects. Despite the wide-ranging reforms contained in the projects, the states were most eager to take them up because the substantial investment in upgradation of infrastructure promised significant political benefits. **The additionality of resources is thus a necessary sweetener for reforms.**

3. The foremost priority is to have a universal health services delivery system including both public health and basic health care performing efficiently. This has been given different names at different times from Health for All in Alma Ata Declaration to 'essential health services' in WDR 93, and to 'close to client services' in the CMH. They basically mean the same thing with minor shifts of emphasis. As highlighted by the Working Group 5 of CMH, the foremost priority should be local health delivery structure, well equipped and staffed with motivated health workers, categorical programmes to provide technical and financial resources, and effective management with a well integrated surveillance and monitoring mechanisms. The primary and secondary level services must incorporate an effective referral system for more serious cases. The health delivery systems are most dysfunctional and inefficient in the backward and remote areas having poor governance and infrastructure, and therefore foremost attention deserves to be devoted to these areas. This is also necessary for removing the developmental imbalances referred to earlier.

4. The other priorities flow from the rationale for pro-poor reforms discussed in the earlier section. The conditions causing the maximum disease burden on the poor need to be tackled first. These are HIV/AIDS, infectious diseases, maternal and perinatal conditions, micronutrient deficiencies and tobacco related illnesses. Besides, the poor need to be provided easy access to health services and protected against the financial costs of serious illness either through direct provision of services by the state or through appropriate risk pooling arrangements, like health insurance. Eventually, the reduction of out of pocket expense as a source of health finance should be a principal objective in any reform exercise. Recently Mexico announced a universal health insurance programme, which sought to reduce drastically the current level of out of pocket expenditure (around 50%). In the case of India with over 80% out of pocket expenses, even reaching a level of 50% appears a far cry.

5. The complementary and synergistic development of other health related sectors like education, sanitation drinking water supply, nutrition and environment is equally important. The development of institutional mechanisms for coordination and convergence between these sectors both at the policy-making level as well as at the cutting edge is the key to achieving this objective. This is critical for the poor as the deficiencies in related sectors often negate the gains made in the health sector.

6. A sensitive and yet a very important question in all reform processes is the quality of governance. Normally in discussions of health-related reforms this issue is not brought up, as it is an all-encompassing problem affecting all activities of the government and not health alone. Yet it is too important an issue to be swept under the carpet: the success of the entire reform effort hinges on it. This is particularly so as poor governance affects the poor much more. Their lack of both political influence and awareness makes them easy targets for exploitation and neglect by unscrupulous functionaries. It has been a common experience of backward and remote areas that much of the funds for the welfare of the poor are siphoned away by corrupt officials. Obviously, it is not possible to change the administrative and political milieu of a country as the same depends on so many factors outside the purview of any health reform programme. **However, an effort to inject accountability and transparency and reduce the avenues for political and bureaucratic malfeasance and corruption should be an integral part of any such exercise.**

How?

No generalisation can be made, or indeed even attempted, about the process of reform, which has necessarily to be country specific. Each country, and in some cases each region, would need to determine the precise modalities of implementing the aforesaid reforms taking into account, inter alia, the socio-economic, political and cultural milieu, the level of development, the availability of financial resources and the capacity of the health infrastructure. It is neither possible nor even desirable to try to fit reforms all over the developing world in 'one size fits all' formula. We cannot even think of attempting such an exercise for a large and very diverse country like India, what to say of the world at large with its infinite diversity of political, cultural and economic situations and health problems. The maximum that can be attempted globally is the identification of a set of guiding principles and essential elements, which should underpin the process of reform.

The principal actors in the reform movement have necessarily to be the developing countries themselves as they bear the primary responsibility for the welfare of their citizens. However, with their limited financial and technical resources, their efforts would require sustained and generous help by the international community, as brought out very forcefully by the CMH. The MDGs represent a new awareness and an unprecedented international consensus, but the same has yet to be effectively translated into significantly higher commitments of financial assistance or new mechanisms for coordinated international action with the sole exception of the Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFTAM). **As pointed out earlier, the reform process cannot survive without substantial increase in donor assistance, which needs to be insulated from the usual fluctuations arising out of regime changes and economic prospects in industrialised countries.** The political and economic factors influencing the aid climate in the donor countries are beyond our control. However, two steps could greatly improve the sustainability of external assistance and minimise its volatility. First, aggressive and sustained global advocacy of the importance of supporting pro-poor health reforms-and the CMH has

already laid out all the arguments in its favour: secondly, the channelling of aid for this effort primarily through multilateral institutions (WHO, World Bank, GFTAM) to minimise the possibility of shifting political preferences influencing the quantum of assistance. Side by side, international agencies need to provide technical support to the developing countries to the extent necessary, both for the formulation of the investment and reform package and guiding and monitoring its implementation, and the WHO is ideally situated to play a leadership role in this behalf. The extent of this support would naturally vary widely on the level of development and in-house technical expertise available in each country. **It is, however, most important that the external technical and financial support should not in any way compromise the ownership of the reform process in the host country- it should not only be entirely domestically owned and driven but also seen to be so.**

Notwithstanding the country specific nature of the process, an attempt has been made to list out some of the essential and critical elements to facilitate discussion:

1. First and foremost is the generation of awareness and political support in the developing countries for health in general and for pro-poor reforms in particular. As of today, there is appalling indifference and absence of informed debate on health issues, which is reflected in the abysmally low financial allocations. The need of the hour is aggressive and sustained advocacy involving political institutions, media, and the civil society. The campaign necessarily should be totally non-partisan with a view to develop a political consensus. The advocacy campaign might need external financial and technical support.

2. The mobilisation of domestic resources would depend largely on the strength of the political support generated by the advocacy campaign. It must be recognised that the developing countries are facing varying degrees of fiscal constraints and there is strong competition to health for the available funds. It has often been argued that the resources should be found by increasing taxes, reducing subsidies, privatisation of public sector enterprises and reallocating resources from items like defence. First of all, all these prescriptions are not necessarily desirable, and even where that is so, they are often politically infeasible. It would therefore, be idle to place too much reliance on mobilisation of additional resources from these measures although their validity in many cases is not disputed. The promotion of these solutions should be tempered by the realisation that even in the mature western democracies, there are severe political limitations to some of the suggested measures, e.g. the huge subsidies on agriculture. While some reallocation of resources can be attempted, it will always remain vulnerable to fiscal crises, political upheavals and other competing claims. Investments in health can produce results only in the long and medium term. Therefore, the stability of financial support is critical. Each country will have to find ways of protecting health outlays from financial crises and political upheavals. The earmarking of funds and imposition of dedicated levies is one possible solution of promise to this vexed problem. In India, the best-performing sector in the recent past has been the upgradation and building of new highways, which is largely financed out of

a cess on petroleum products – an assured and growing source of revenue. Dedicated levies on alcohol and tobacco are obvious candidates for consideration.

3. The success of the health system depends largely on people's participation and involvement. **The challenge is to develop a participatory system in which the community has a sense of belonging and ownership without the state losing technical control and stewardship.** It can be attempted through decentralised institutions of local self-government, wherever possible. It is important to ensure that the health workers feel accountable to the community they serve and important health related decisions are taken in consultation with the beneficiaries. The bottom line is that a top down approach is unlikely to work. In the state of Kerala in India, where the responsibility for the health system at the primary and secondary level has been transferred entirely to the local elected bodies, the improvement in efficiency is significant. For instance, the local community has solved the chronic problem of shortage of health personnel by hiring staff on contract. They have mobilised funds for repair of buildings, purchase of equipment and have greatly improved the supervision and accountability of the health workers. Part of the success of this effort is due to very elaborate preparation for the transfer of responsibilities including the extensive training of elected leaders.

4. The institutional capacity in the health ministries and subordinate offices for planning, analyses and monitoring is often very weak, and expertise in critical areas, like public health, epidemiology, health economics and finance are either totally lacking or highly deficient. **What is needed is a culture of evidence-based and well-informed decision making.** There is often no institutional arrangement for interaction between researchers and decision makers both in setting the research agenda and utilisation of research outputs. Similarly the arrangements for monitoring and evaluation are generally deficient. The development of these essential capacities would require sustained effort and external technical help, which is critical to the success of the reform effort.

5. There is a growing private sector in most developing countries, which is not generally involved in the achievement of national health goals. It must be recognised that the state alone would not be able to achieve the desired goals without the active involvement and support of the private sector. Public-private partnerships need to be promoted not only in respect of public health interventions, but also for provisioning health services for the poor. Also the private sector, particularly non-profit would need to be encouraged to set up services in under-served and backward areas with attractive incentives. The cooperation of the private sector in adoption of agreed treatment protocols for important infectious diseases (like TB), preventing indiscriminate use of anti-microbials, and epidemiological surveillance, is critical.

6. A credible and dependable system of identification of the poor for the purpose of targeting special concessions and facilities needs to be put in place. This is not an easy task as the experience in India suggests. The introduction of transparent criteria and subjecting the

selection to scrutiny by village councils (Gram Sabha) comprising all adults, has generally proved effective in preventing irregularities. **Special monitoring of health outcomes in designated backward areas and disaggregated data on health status at different income levels is critical to monitoring the impact of reforms on the poor.** External technical help, wherever required, would need to be provided to develop these instruments.

7. The key to the success of any health - related programme is the quality and commitment of the health workers, particularly at the cutting edge. A careful assessment of manpower requirements, identification of current deficiencies, and the planning of remedial measures would be a critical element of the exercise. **Health workers need to be motivated to work in remote and difficult areas by generous compensation combined with transparent and attractive incentives.**

8. Finally, the systemic constraints impeding efficient delivery of interventions and optimal utilisation of services would need to be identified and a detailed blueprint drawn up for their time bound elimination. The objective identification of these constraints could be facilitated by surveys and analyses by agencies independent of the government. The exercise would require many reforms in management systems to improve accountability, efficiency and transparency.

9. The development of a strategic framework and an investment plan including clearly targeted pro-poor interventions and reforms, would require detailed work by expert groups with oversight of key ministries like finance, planning and health, support of international agencies (WHO, World Bank) and other important donor agencies for health. The CMH had suggested constitution of national commissions on macroeconomics and health co-chaired by the ministers of finance and health. Each country could devise a mechanism suitable to its own situation as long as it is capable of completing the challenging task in a time bound manner. Already the process has been initiated in several countries.

Conclusion

Pro-poor reforms in health are desirable not only from a moral and ethical standpoint, they are indeed the best strategy for rapid improvement in health outcomes and progress towards MDGs besides maximising returns from investments in health. They could also contribute significantly towards balanced, harmonious and participatory development as well as empowerment and well-being of the poor. The need of the hour is generation of political will both in the developing countries and the donor community in favour of a strong and sustained effort in this regard. This could be achieved through an international compact – the main objective of this consultation. The world shall be watching eagerly and expectantly for the outcome.

References

1. India Health Report, Misra, Rajiv, et al, Oxford University Press, New Delhi, 2003.
2. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organisation, Geneva, 2001.
3. Improving Health Outcomes of the Poor, Report of Working Group 5 of the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organisation, Geneva 2002.
4. Investing in Health, World Development Report 1993, The World Bank, Oxford University Press, New York.
5. The State in a Changing World, World Development Report 1997, The World Bank, Oxford University Press, New York.
6. Health Systems: Improving Performance, World Health Report 2000, World Health Organisation, Geneva.
7. Making a Difference, World Health Report 1999, World Health Organisation, Geneva.
8. India: Raising the Sights-Better Health Systems for India's Poor, Health, Nutrition, Population Sector Unit, India, South Asia Region, The World Bank 2001.
9. Mahal, Ajay, et al, 2000, Who Benefits from Public Health Spending in India, National Council for Applied Economic Research, New Delhi.

Development Assistance for Health (DAH): Recent Trends and Resource Allocation

Catherine Michaud, MD, PhD

This paper complements the CMH working paper “Development Assistance for Health: Average Commitments 1997-1999”. The first part reviews trends in development assistance for health (DAH) provided by bilateral and multilateral agencies; the European Community (EC); the Global Fund to fight AIDS, malaria and tuberculosis (GFATM); and grants provided by the Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF). Together these sources provide an estimated ninety percent of total DAH. The second part presents a detailed analysis of geographic allocation of funds and for major components of interest, namely AIDS, malaria and tuberculosis. The last part discusses the major implications of key findings.

I. TRENDS IN DEVELOPMENT ASSISTANCE FOR HEALTH BETWEEN 1997 AND 2002

This period corresponds to a period of decline in overall ODA coupled with a new understanding of the importance of health as a major determinant of economic growth.

Clear targets have been set as part of the Millennium Development Goals (MDG) to assess progress. The report of the CMH provided estimates of the substantial increase in DAH that would be needed to have a significant health impact. The first question therefore is “how far have we advanced towards a substantial increase in DAH”?

• Total ODA begins recovery in 2002

After a long period of decline in total official development assistance (ODA) during the past decade, the OECD reported a real increase of 5% in ODA provided by members countries of the OECD’s Development Assistance Committee (DAC) from 2001 to 2002. The total amounted to \$57 billion and hopefully signals the beginning of a recovery from the steady decrease of total ODA during the 1990s to an all time low in development assistance over the past three years. In 2002 total ODA increased from 0.22% to 0.23 % of combined gross national income (GNI). This is still far from the target of 0.7% of GNI set years ago.

Health ODA fared better than total ODA. The share of total bilateral ODA allocated to the health sector (including health and population) increased from 3.8 percent in 1990 (\$2.2 billion) to 6.8 percent in 2002 (\$2.9 billion). In spite of this steady increase, bilateral health ODA had not quite caught up in 2002 with its peak value of \$3 billion in 1995.

• Total development assistance for health (DAH) increased between 1998 and 2002

Data sources

When assessing volume and trends of DAH, an important distinction has to be made between commitments and actual disbursements. Disbursements in a given year capture actual expenditures incurred that year, whereas commitments are usually made for a period of 3-5 years by most agencies. Typically there is a lag time between the time of commitment and actual disbursements of those funds. Unfortunately few agencies readily provide both commitments and disbursements. Most agencies included in this review provided commitments only, with the exception of UN agencies (WHO and UNICEF). The World Bank and more recently the GFATM track both components. Data sources and available datasets are provided below (Table I).

Table I: Main data sources and data types

Funding sources	Data sources	Data type
Bilateral agencies	OECD: CRS and DAC (1)	Commitments
	USAID Congressional reports	Commitments
Multilateral agencies	WHO Detailed expenditure reports	Disbursements
	UNICEF Agency database	Disbursements
	World Bank Agency database	Commitments and disbursements
	IADB Agency database	Commitments
Other multilateral agencies	AfDB and AfDF OECD: CRS	
	EC Agency database	Commitments
	GFATM Data included in website	Commitments and disbursements
BMGF	Data included in website	Commitments

1) The OECD provides data on the sectoral allocation of ODA for bilateral agencies only in DAC tables. The Creditor Reporting System (CRS) complements the DAC and captures detailed commitments to recipient countries. Reporting from bilateral agencies has improved overtime and is now almost complete. Commitments made by development banks have been and UN agencies have been added in recent years, with different levels of completeness.

This brief overview of available data sources points to a major shortcoming of current estimates, which is that they include a mix of commitments (for most agencies) and disbursements for WHO and UNICEF. The implications of this will be discussed in the third part of this report.

Key findings

Total DAH from major selected sources increased by \$1.7 billion - from \$6.4 billion on average between 1997-1999 to \$8.1 billion in 2002. Most of this increase was due to new funds committed by both public and private sources to the Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria (GFATM) (Table 2).

**TABLE 2: RECENT TRENDS IN DEVELOPMENT ASSISTANCE FOR HEALTH (DAH)
SELECTED MAJOR SOURCES OF FUNDS
USD (thousands)**

	1997-1999 average	2002	2003
Bilateral agencies	2,559.8	2,875.2	
USAID	920.8	1,134.9	1,474.0
Multilateral agencies	3,401.5	4,649.2	
UN SYSTEM	1,575.5	2,036.3	
WHO	864.2	1,140.5	
Regular Budget	406.1	461.1	
Extrabudg. Contributions	458.1	776.5	
PAHO (own funds)	84.3	93.4	
UNAIDS	58.2	91.9	
UNICEF	275.8	391.0	
UNFPA	293.0	319.5	
DEVELOPMENT BANKS	1,522.0	1,405.5	
World Bank	1,124.9	983.0	1,171.8
IDA	713.5	536.4	586.2
IBRD	411.4	446.6	585.5
IADB	245.7	205.0	0.0
ADB (1)	287.7		
AfDB	151.4	217.5	
OTHER MULTILATERAL	304.1	1,207.4	
EC	304.1	244.5	
GFTHMT	0.0	962.8	979.2
Private non-profit			
BMGF	458.0	595.9	
Total DAH	6,419.3	8,120.3	

(1) Was not included in totals (pending update) to increase comparability of total DAH

Bilateral commitments increased only slightly over the past five years from 2.6 to 2.9 billion, and have not yet reached peak commitments made in 1995. Trends have varied in individual agencies. The most significant increase in commitments was made by the United States from \$920 million for the period 97-99 to \$1.5 billion in 2003. These amounts do not include an additional \$300 million committed to the GFATM and other multilateral agencies (Table 3)

TABLE 3: RECENT TRENDS IN DEVELOPMENT ASSISTANCE FOR HEALTH (DAH) – BILATERAL AGENCIES
USD (thousands)

Bilateral agencies	1997-1999 average	2002	% total
United States	920.8	1,134.9	39.5%
United Kingdom	286.3	318.2	11.1%
Japan	359.9	308.5	10.7%
Norway	56.4	147.2	5.1%
Netherlands	101.4	136.9	4.8%
Germany	184.3	122.5	4.3%
France	128.4	111.8	3.9%
Sweden	79.1	104.5	3.6%
Australia	79.6	97.0	3.4%
Canada	28.7	88.4	3.1%
Belgium	60.5	68.4	2.4%
Spain	74.8	67.7	2.4%
Denmark	49.0	40.1	1.4%
Switzerland	17.9	31.2	1.1%
Italy	21.6	27.5	1.0%
Ireland	10.4	25.7	0.9%
Finland	17.2	23.8	0.8%
Portugal	8.7	7.8	0.3%
Greece	5.8	5.5	0.2%
New Zealand	3.3	4.2	0.1%
Austria	49.0	3.5	0.1%
Luxembourg	16.7		0.0%
Total	2,559.8	2,875.2	

UN agencies increased funding from 1.6 to 2 billion since 1997. The most notable was the increase in WHO extrabudgetary contributions, which almost doubled over the past five years – from \$460 million to \$780 million.

The rapid increase in IDA and IBRD commitments made by the World Bank during the 1990s has now stabilized around 1 billion per year.

The Gates Foundation, which increased rapidly since it was established in 1994 to \$460 million on average between 1997 and 1999, and \$ 600 million in 2002. Cumulative commitments since inception were equal to \$3 billion by October 2003.

• The largest increase in funding was allocated to fighting AIDS in SSA

Most major funding sources in the public and private sectors increased funding for HIV/AIDS, particularly in SSA (Table 4)

**TABLE 4: RECENT TRENDS IN DEVELOPMENT ASSISTANCE FOR HEALTH (DAH) FOR HIV/AIDS – SELECTED MAJOR SOURCES OF FUNDS
USD (millions)**

	1997-1999 average SSA	Total	2002 SSA	Total
USAID	55.1	91.3	103.4	300.5
World Bank				
IDA	5.0	144.4	285.8	314.6
IBRD				20.9
BMGF			60.9	81.5
Sub-total	60.1	235.7	450.1	696.6

The Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria allocated 56 percent of total commitments to HIV/AIDS; 27 percent to malaria; and 15 percent to tuberculosis. The largest share of funds was allocated to SSA. Amounts actually disbursed so far are modest (\$150 million by September 2003) but are projected to increase rapidly. The estimated total amount committed in the first three rounds of proposals would lead to funding increasing by approximately 1 billion each year – or a cumulative budget of 1 billion the first year to reach 5.1 billion the fifth year.

The United States was the largest donor for HIV/AIDS in 2002. It committed \$790 million for HIV/AIDS. This was \$475 million more than the next largest donor and 50 percent of all amounts budgeted by all donors (US at G8 2003). The USAID HIV/AIDS budget in Africa increased from \$ 55 million on average in 97-99 to 193.4 million in 2002 (63 percent of total for HIV/AIDS). Uganda, Zambia and Kenya were the largest recipients of USAID commitments (\$ 20 million; \$18.5 million; and \$17.2 million respectively).

According to the Creditor Reporting System (CRS) on-line database, commitments from all other bilateral donors increased from \$205.3 (period average 97-99) to \$294.5 in 2001. The UK was the next largest donor and committed \$157.9 million in 2001.

UNICEF increased funding for HIV/AIDS in recent years to 9% of its total budget in 2002 (Annual Report 2002).

• **Funds provided to RBM more than double WHO funds for malaria in SSA**

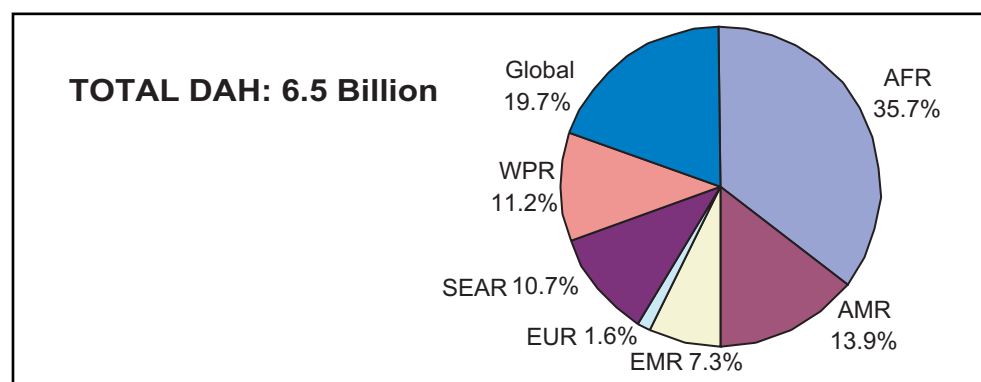
The partnership to roll back malaria (RBM) more than doubled total funding provided by WHO for malaria in SSA. It added \$ 6.4 million to the \$ 2.5 million allocated to malaria by other funds in 2002.

II. ALLOCATION OF DAH BY REGION AND MAJOR COMPONENTS IN 2002

Bilateral agencies, WHO, UNICEF, the AfDB/AfDF, the IADB, the World Bank, the EC, GFATM, and the BMGF provided detailed information on the allocation of ODH to recipient countries and major components of particular interest, namely HIV/AIDS, tuberculosis and malaria, and were included in this analysis. Together these agencies provided \$ 6.5 billion in 2002.

The largest share of funds was allocated to support country and regional activities (\$5.2 billion). The remainder (\$1.3 billion) was allocated to inter-regional and global activities. Regions included in this analysis were the six main WHO regions – Africa (AFR); the Americas (AMR); Europe (EUR); Eastern Mediterranean (EMR); South-East Asia (SEA) and Western Pacific (WPR). More than one third of all funds (36 percent) were allocated to Africa; 22 percent to Asia (SEA and WPR); 14 percent for the Americas; 7 percent to EMR and less than 2 percent to Europe (Table 5).

**TABLE 5
OVERALL DISTRIBUTION OF ODA - SELECTED MAJOR SOURCES 2002**



SELECTED SOURCES: BILATERAL AGENCIES, WHO, UNICEF, WORLD BANK, IADB, AFDB/AFDF, GFATM, BMGF (for which detail allocation was available)

The \$1.25 billion allocated to HIV/AIDS, malaria and tuberculosis represented approximately one fifth of total DAH for the selected sources combined. The allocation of the remainder 80 percent would of course be of great interest as well, but was outside of the scope defined for this study. The largest share was allocated to HIV/AIDS (14 percent) and approximately 3 percent to both malaria and tuberculosis.

The allocation for each component, however, varied significantly between regions. The largest share for HIV/AIDS (56 percent) and for malaria (69 percent) were allocated to Africa, and the largest for tuberculosis to the Western Pacific (62 percent) (Table 6).

**TABLE 6: DISTRIBUTION OF ODA MAJOR COMPONENTS -
SELECTED MAJOR SOURCES 2002
USD (thousands)**

DAH per capita was equal to \$ 3.3 in Africa; \$ 0.8 in the Americas and \$ 0.77 in the Eastern

	Total DAH	SUB-TOTAL (AIDS, malaria, tuberculosis			
		HIV/AIDS	MALARIA	TUBERCULOSIS	
TOTAL REGIONAL FUNDING	5,183,497	1,072,736	752,421	140,398	179,918
AFR	2,292,677	550,892	417,545	96,658	36,689
AMR	895,970	111,389	88,685	10,703	12,000
EMR	466,096	13,499	5,551	7,541	407
EUR	101,719	117,139	107,026	1,698	8,415
SEAR	684,631	77,899	57,816	9,223	10,860
WPR	717,060	190,619	64,548	14,524	111,547
Global	1,266,959	11,249	11,249		
GLOBAL FUNDING	1,266,959	126,298	79,684	17,790	28,824
TOTAL	6,450,457	1,247,738	879,607	158,187	209,944
Percent Distribution					
	Total DAH	SUB-TOTAL (AIDS, malaria, tuberculosis			
		HIV/AIDS	MALARIA	TUBERCULOSIS	
TOTAL REGIONAL FUNDING	5,183,497	20.7%	14.5%	2.7%	3.5%
AFR	2,292,677	51.4%	55.5%	68.8%	20.4%
AMR	895,970	10.4%	11.8%	7.6%	6.7%
EMR	466,096	1.3%	0.7%	5.4%	0.2%
EUR	101,719	12.0%	15.7%	1.4%	4.7%
SEAR	684,631	7.3%	7.7%	6.6%	6.0%
WPR	717,060	17.8%	8.6%	10.3%	62.0%
GLOBAL FUNDING	1,266,959	10.0%	6.3%	1.4%	2.3%
TOTAL	6,450,457	19.3%	13.6%	2.5%	3.3%

Mediterranean region; \$ 0.41 in South East Asia and the Western Pacific regions.

Finally the allocation of DAH per capita varied by country within regions (Table 7 and Table 8). The ten countries that received the largest DAH per capita from all sources combined were in Africa (7 countries) and in the Americas (3 countries).

TABLE 7: TOP TEN COUNTRIES RECEIVING MOST DAH FROM SELECTED MAJOR SOURCES 2002 (I)

WHO region	population	Country Name	DAH per capita		DAH HIV/AIDS	DAH Malaria total	DAH Tuberculosis total
			USD	DAH total (000s)			
AMR	6,154	El Salvador	28.0	172,187	500	0	250
AFR	8,976	Zambia	16.7	150,222	25,933	5,978	27
AFR	1,695	Namibia	12.7	21,445	4,287	41	15
AFR	1,268	Gambia	12.2	15,488	47	57	6
AMR	2,560	Jamaica	11.9	30,368	12,728	0	4,009
AFR	9,240	Senegal	11.7	107,986	6,001	2,726	1,000
AMR	6,316	Honduras	9.6	60,820	3,888	220	650
AFR	5,937	Benin	7.3	43,250	2,861	1,564	3
AFR	6,565	Burundi	7.0	45,902	189	437	2,019
AFR	2,108	Leshoto	6.6	13,926	1,239	0	0

(I) Countries with a total population of less than 1 million were not included

TABLE 8: TOP FIVE COUNTRIES RECEIVING MOST DAH FROM SELECTED MAJOR SOURCES 2002, BY REGION

WHO region	Population (000s)	Country Name	DAH per capita USD	DAH total (000s)	DAH HIV/AIDS	DAH Malaria total	DAH Tuberculosis total
AFR	8,976	Zambia	16.7	150,222	25,933	5,978	27
AFR	1,695	Namibia	12.7	21,445	4,287	41	15
AFR	1,268	Gambia	12.2	15,488	47	57	6
AFR	9,240	Senegal	11.7	107,986	6,001	2,726	1,000
AFR	5,937	Benin	7.3	43,250	2,861	1,564	3
AMR	6,154	El Salvador	28.0	172,187	500	0	250
AMR	2,560	Jamaica	11.9	30,368	12,728	0	4,009
AMR	6,316	Honduras	9.6	60,820	3,888	220	650
AMR	8,142	Bolivia	6.4	52,362	4,496	600	831
AMR	4,938	Nicaragua	6.0	29,496	674	0	0
EMR	27,867	Morocco	4.7	129,734	53	0	130
EMR	17,488	Yemen	2.6	45,037	138	247	27
EMR	21,923	Afghanistan	1.8	39,709	0	371	1,403
EMR	9,672	Somalia	1.8	17,475	0	90	191
EMR	3,236	Lebanon	1.3	4,279	297	0	20
EUR	3,839	Bosnia Herzaegovina	1.9	7,388	0	0	0
EUR	4,669	Kyrgystan	1.9	8,921	650	10	19
EUR	3,133	Albania	1.1	3,384	1,422	0	0
EUR	5,006	Georgia	0.7	3,275	1,100	10	2,417
EUR	23,942	Uzbekistan	0.6	14,377	4,009	0	2,365
SEAR	2,064	Bhutan	6.0	12,405	112	51	493
SEAR	28,385	Nepal	1.5	41,708	7,452	699	1,285
SEAR	18,639	Sri Lanka	0.7	13,087	51	5,287	2,890
SEAR	126,947	Bangladesh	0.6	80,779	3,452	0	600
SEAR	45,059	Myanmar	0.6	28,123	228	260	188
WPR	4702	Papua New Guinea	3.8	17821	0	171	149
WPR	5297	Lao People's Democratic Republic	3.4	17988	577	37	5
WPR	10945	Cambodia	2.7	29866	12531	1360	213
WPR	74454	Philippines	1.9	139960	2001	2915	2485
WPR	78705	Viet Nam	1.6	129165	32734	279	74

III. IMPLICATIONS OF KEY FINDINGS

The analysis of recent trends and allocation of DAH from major donors conveys mixed messages.

- There is no doubt that DAH fared much better than other sectors during the 1990s, maintaining a relatively steady level at a time when total ODA plummeted;
- The geographic allocation of DAH from all sources has been responsive to real needs, at least for HIV/AIDS, malaria and tuberculosis;
- The report of the CMH has led to the development of the Global Fund to fight HIV/AIDS, malaria and tuberculosis, and sparked increased commitment towards tackling major health problems in several developing countries;
- The allocation of funds – mostly commitments – increased by \$1.7 billion over the past five years;
- Political commitment is much higher than ever before: the President of the United States made the commitment to provide \$15 billion over the next five years to fourteen countries plagued by AIDS in Africa and the Caribbean (Botswana, Cote d'Ivoire, Ethiopia, Guyana, Haiti, Kenya, Mozambique, Namibia, Nigeria, Rwanda, South Africa, Tanzania, Uganda, and Zambia).
- Yet, recent increases in DAH, although encouraging, fall short of meeting real needs.

It appears that things are moving in the right direction, although may be not quite as fast as would have been desirable. Are they really? Should the message provided at the end of the CMH follow up meeting be that all that is needed is to keep going and increase funding levels?

One major shortcoming of the analysis presented in this paper is that it combined commitments and disbursements as though they were comparable. They really are not, and this points to a fundamental issue, which is the pace at which funds committed are being disbursed. An increase in total disbursements of \$1.7 billion would have a totally different meaning than the same increase in commitments. It means that it will take several years before committed funds will actually be spent, and thus represents a much smaller increase in DAH than first appears.

This very issue lies at the core of the current difficulties encountered by the GFATM in receiving pledges needed to ensure sufficient funds in the future. The decision made just a little over a week ago by trustees of the GFATM to reduce the number of yearly funding cycles in order to ensure that the funds would not run out before projects funded in the first three rounds have been completed raises real concerns.

One key question that would be well worth discussing during this meeting, is the extent to which substantial increases in funds committed to countries in greatest need can be absorbed at the country level. It is quite striking that even though pledges reached 2 billion,

only \$ 150 million dollars has actually been disbursed to countries, two years after the GFTM was established. What are major limiting factors to a more rapid disbursements of funds? Is the lag time between commitments and disbursements increasing with increased commitments – or is it decreasing ? What are the major limiting factors , and what could be done to address those? There is no doubt that all stakeholders need to work much more closely together to identify and overcome major roadblocks to scaling up investments to improve health among the poor, as was recommended by the CMH.

Links between Macroeconomics and Health: Relevance to the South East Asian Region¹

Abusaleh Shariff, Ph.D²

Executive Summary

Introduction

Healthier the economy of a state, healthier are its citizens is an off-repeated point of view. The other side of this chicken and egg conundrum is highly positive spin-offs of investment in health on economic development. Importantly, the fact that health gains can be achieved through efficient allocation of available, often inadequate, resources in emerging economies will enhance economic prosperity does not generally accord policy attention. Historically, important breakthroughs in public health, disease control and appropriate nutritional intake have given rise to great takeoffs in economic development. This was evident during the rapid growth of Britain during the Industrial Revolution, of Japan in the 20th century and East Asia in the 1950s and 1960s.

This study analyses the links between Health and Macroeconomics for ten countries in the Southeast Asian Region (SEAR), namely Bangladesh, Bhutan, DPR Korea, India, Indonesia, Maldives, Myanmar, Nepal, Sri Lanka and Thailand. While there are wide variations in the levels of economic and human development, their commonality lies in common health problems with differences apparent in socioeconomic, epidemiological and demographic transitions. The whole of the region is characterized by prevalence of the diseases of the poor, such as tuberculosis, malaria, sexually transmitted diseases, skin infections and common blindness and the newly emerging HIV/AIDS. Many countries, notably the South Asian economies, have high gender biases in access to health care, and the women and children face high risks due to the lack of and poor quality reproductive health, immunization and family planning services. This region has the dubious distinction of having the highest incidence of anemia amongst women and malnutrition amongst children in the world, including the African continent.

Objectives

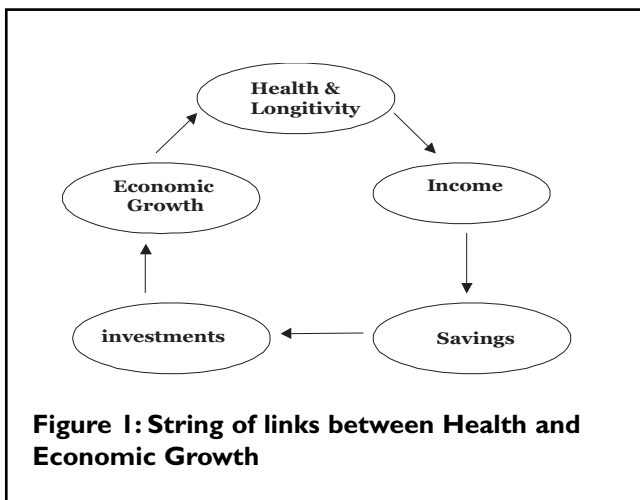
This study highlights the importance of monetary and physical investments in primary and reproductive health, mass education and poverty alleviation programmes. It attempts to establish links between macroeconomic growth and health spending, identify mechanisms to enhance health coverage of the poor, and to explore effects of globalization and multilateral trade agreements such as TRIPS on the availability of drugs amongst the poorer nations.

1. A note prepared for presentation in the 'Ministerial Consultation on Macroeconomic and Health' organized by the World Health Organization, 28 - 30th October 2003, WHO Headquarters, Geneva.

2. Chief Economist, National Council of Applied Economic Research, New Delhi, India. The opinions expressed in this document are the author's own and not of the institution he represents nor of the WHO Regional Office for Southeast Asia. The author wishes to acknowledge the high quality research assistance of Kavery Ganguly, Anoop Satpathy, Saswata Ghosh, Jaya Koti and Girish Khulbe.

Health and Macro-Economic Links

In order to place the argument of health being more of a cause rather than an effect of economic development, this study brings together compelling empirical evidence from the SEAR. At the outset it is important to note that there exist considerable differences in the disease profiles between the rich and the poor nations of the world, and between the rich and poor often within the same country. The burden of morbidity from a number of

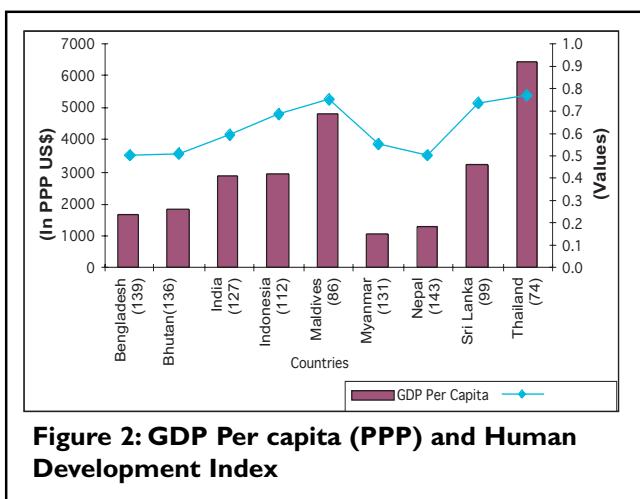


untreated, debilitating but rarely fatal diseases in developing countries, including sexually transmitted infections, tuberculosis, malaria and HIV/AIDS, has a substantial impact on economic productivity. The commonly used indicator of well-being - life expectancy at birth – appears inadequate to highlight the costs associated with morbidity. Instead, ‘Disability Adjusted Life Years’ (DALYs) is a better measure albeit the difficulty in estimation at the national and sub-national levels.

Disease burden slows the economic growth that is presumed to solve the health problems. Disease

reduces the number of years of healthy life years. A society afflicted with high infant mortality lacks secure knowledge of children’s longevity, witnesses higher rates of fertility, and experiences “quantity-quality” trade off in child rearing. Disease burden, apart from its effects on individual worker productivity, diminishes the return to business and infrastructure investment.

Southeast Asian Region (SEAR) is one of the poorer parts of the world, having huge deficits in many human development parameters and low levels of human development Index (HDI)



values. For example, about 80 per cent of the population in Bangladesh, Bhutan and Nepal and about 60 per cent in India are found to have a per capita per day income of less than 2 dollars a day. Two-dollar-a-day poverty is also as high as 40 per cent in Sri Lanka and 30 per cent in Thailand. All countries, excepting Thailand and Sri Lanka, have HDI values below 0.7 Nepal and Maldives below 0.5. Even Thailand and Sri Lanka have values about 0.75 that are not high in terms of global perspective.

However, as has already been mentioned, in spite of the commonality of health problems there remains noteworthy difference in terms of health parameters and the effort of institutional mechanisms to attain a

better health standard. The proportion of women facing high levels of anemia ranges

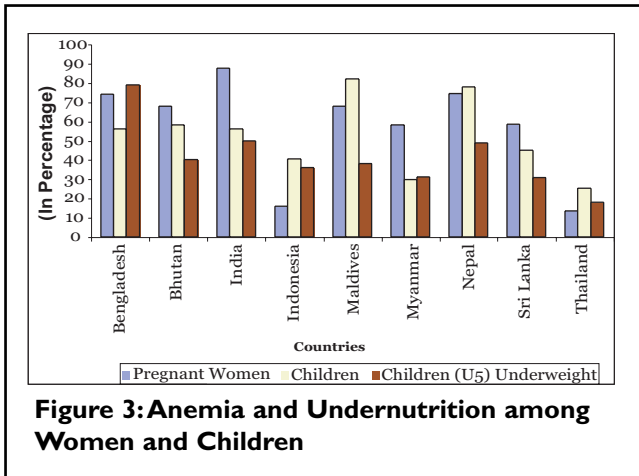


Figure 3: Anemia and Undernutrition among Women and Children

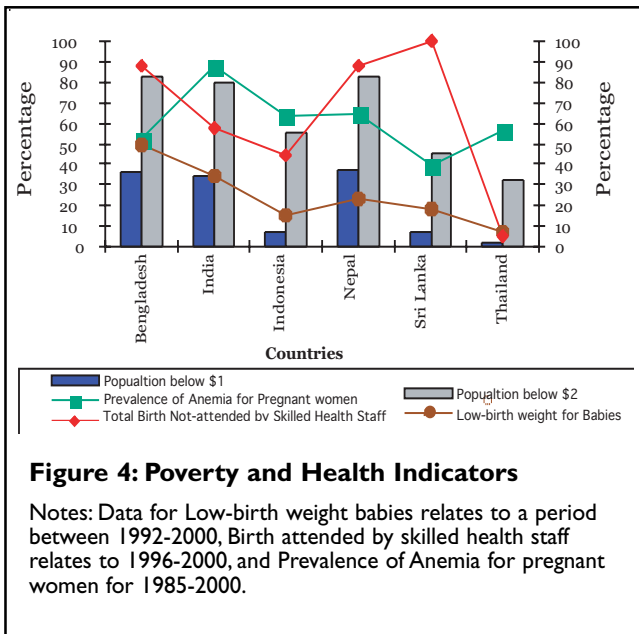


Figure 4: Poverty and Health Indicators

Notes: Data for Low-birth weight babies relates to a period between 1992-2000, Birth attended by skilled health staff relates to 1996-2000, and Prevalence of Anemia for pregnant women for 1985-2000.

between 50 to 80 per cent, with highest levels in India, Indonesia, Bangladesh, Nepal and Bhutan. Sri Lanka has the lowest level, yet above 40 per cent of its pregnant women suffer from anemia. Low birth weight is a problem in South Asian part of the region, excepting Sri Lanka. While Thailand has better coverage in terms of birth attendance by skilled health staff, but a large proportion of birth in Bangladesh, Nepal, India and Indonesia occur in the absence of skilled health staff.

Most countries in SEAR confront periods of macroeconomic imbalances, such as rising inflation, imbalances in aggregate demand and supply and foreign exchange crisis. In order to deal with financial crises, many have resorted to structural adjustment and policy reforms that have entailed a substantial departure from the past economic practices. The consequential reduction in public resources, fiscal squeeze and budget cuts in social sectors, such as health, primary education, poverty alleviation and social protection programmes, both at the national and state (local) levels has been the rule of the day. In low-income economies, fiscal squeeze and budget cuts in social and poverty alleviation sector expenditures has diminished accessibility by the poor to basic health and essential clinical services, elementary education and social protection flows. This has considerably reduced the ability of the poor citizens to cope with the period of stress arising out of illness.

Public Health Expenditures

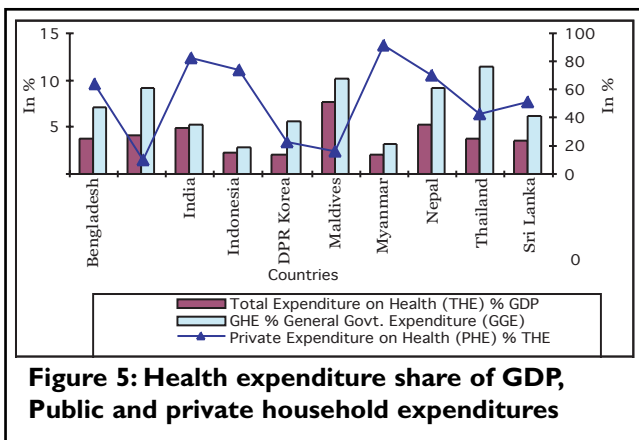


Figure 5: Health expenditure share of GDP, Public and private household expenditures

Economies constituting the SEAR spend a considerably lower percentage of their GDP on health. For example, only Maldives, a small country, spends up to 7.6 per cent of its GDP. Countries with large populations, such as India, Bangladesh, Indonesia and Myanmar, spend 4.9, 3.8, 2.2 and 2 per cent of their respective GDPs. However, there is a substantial qualitative difference across countries as to the structure of expenditure and source of funds. Over 77 per cent of expenditure in DPR Korea, 83 per cent in Maldives and 90 per cent in Bhutan is undertaken by their respective governments

whereas, the public expenditure in Myanmar is less than 10 per cent of the total expenditure. The share of public expenditure in India, Indonesia and Bangladesh is 18 per cent, 26 per cent 36 per cent, respectively.

Household (Private) Health Expenditures

Structure of household health care expenditures provides the rationale for a strong governmental interventionary measure. Individuals and households spend substantially on physician's fees, purchase of drugs and transport. Health spending of an outpatient visiting a private practitioner always outweighs the spending at a government facility. A study undertaken in the States of Tamil Nadu and Karnataka reveals that only about 10 per cent of outpatients to a private doctor spend less than US\$ 2 (Rs.100) as against almost 55 per cent of outpatients at a government facility.

Similar expenditures according to land size classifications also highlight precarious conditions of those who are landless, marginal and small farmers. It is also observed that the backward classes identified as the SCs and STs and the religious minorities also pay out a substantial part of their income on health higher than that spent by the other privileged classes.

BOX I

High Out-of-Pocket Expenditures on Health:

India Case Study

India has a population of over one billion and two-thirds are living in rural areas. The national and state governments have made a commitment through the Indian

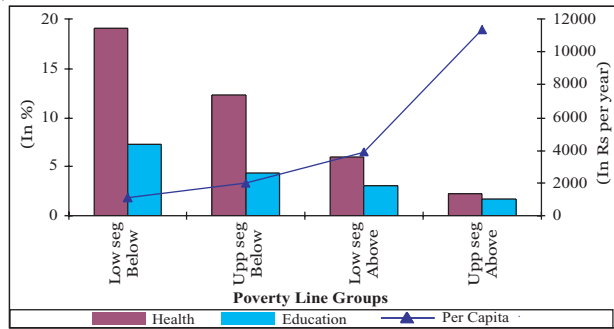


Figure 6: Share of Household Income spent on Health and Education by Poverty Groups in India, 1994

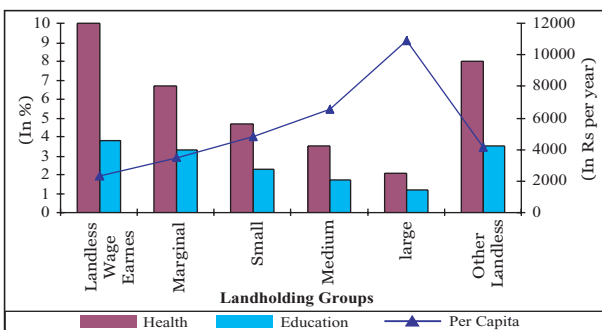


Figure 7: Share of Household Income spent on Health and Education by Landholding Groups in India, 1994

constitution to provide basic services, such as health care, elementary education, drinking water and sanitation, to the masses. In spite of the popular claims by the government of providing free and cheap health services, it is found that people spend considerable amounts as out-of-pocket expenditures to seek health care. In absolute terms, high-income group spend substantially on medical treatment. In relative terms, the poor spend a disproportionately higher share of household income on similar treatments (See Figure 5 and 6). In the recent years, owing to the adoption of the structural adjustment programs adopted by the national governments, there have been severe cuts in public expenditure on health services. Although this provides opportunities for the private sector to thrive, it has adversely effected the poor disproportionately. About 20 per cent of people are classified as 'poor belonging to lower segments of below the poverty line'. They have an average per capita income of Rs 1050 per year and spend just about 20 per cent of this household income on purchase of medicine and payments to physicians. Another about 6.5 per cent of this income on an average is spent on providing primary education to

the school going children. This puts extraordinary difficulty for the poor to lead a decent life.

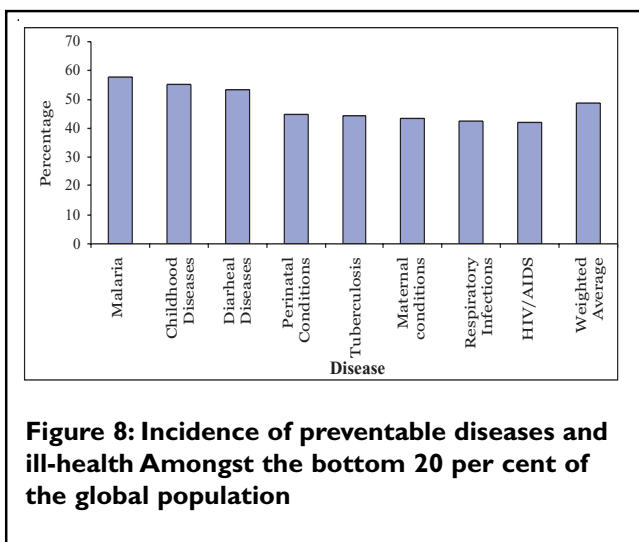
Public Expenditures Imperative

In arguing for a greater governmental role in the health sector one need not be oblivious to the fact that the much sought after expenditure on health can't be marshaled by the poor economies on their own. A vicious cycle comes into operation as poor health standards

retard economic development and the resultant low income pushes the economy limiting expenditures on health. However, a virtuous cycle sets in motion when non-governmental organizations and the local bodies act in tandem with the national governments.

Donor assistance must be viewed as an add-on that acts as a catalyst in supporting domestic resources and as a bridge for the gap between the amount required to finance the health services and the available resources, rather than as a replacement for the domestic resources. Countries that suffer from high disease burden can ill-afford the luxury waiting until economic growth generates enough domestic savings and raises household incomes. The high-income donor countries have an important role to play in helping low-income economies achieve their health objectives and bridge the existing gap in health financing. In the era of globalisation, such a cooperative venture provides a win-win scenario.

Under the World Trade Organisation (WTO regime), the TRIPS seem to have initially gone against the interests of the developing countries so far as the domestic prices of medicines and drugs have increased disproportionately compared with national price indices. Of late, the WTO negotiations are undergoing enormous changes as can be seen in its provisions for the poor countries to override the patents of multinational drug companies and outsource cheaper generic drugs that are not manufactured within the country.

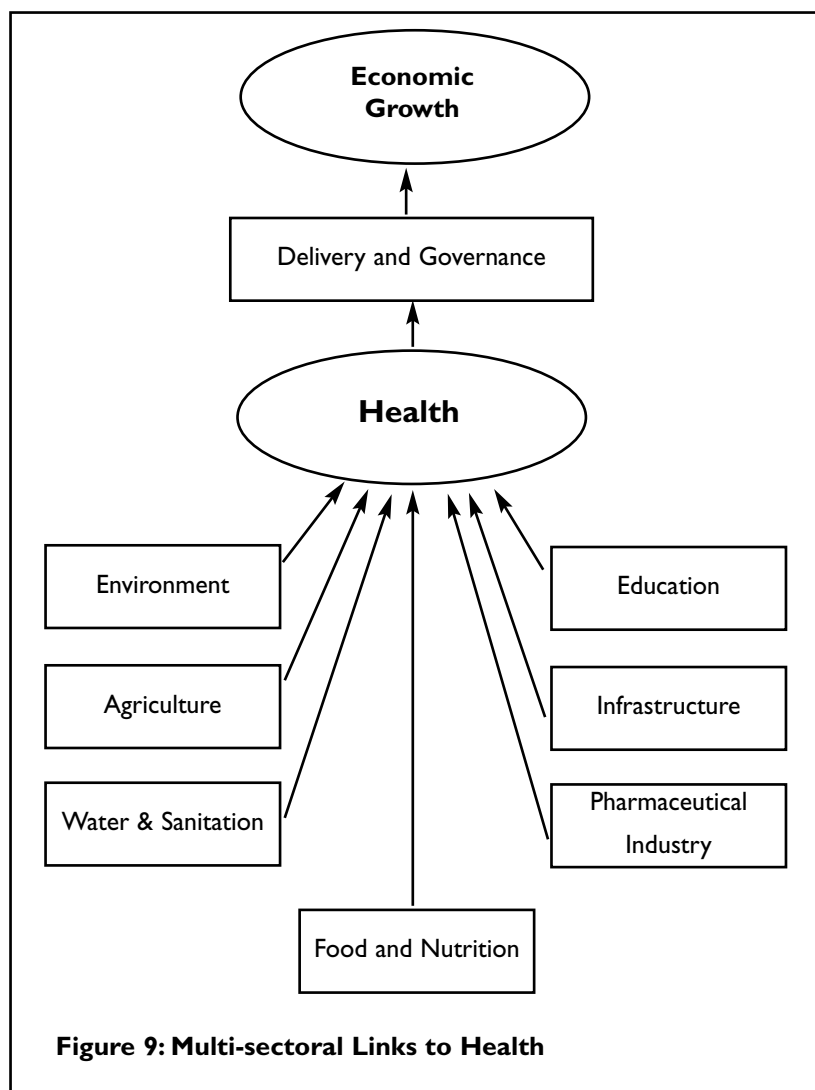


In its advocacy for the improvement in health access to the poor, this study underlines the following mechanisms: improved efficiency of investment, reduction of urban bias in health care delivery, decentralization of health services and community health financing. In its commitment to increase the resources to the health sector, the highest priority has to be given to raise the utilization of key health services by the poor. Improved efficiency of investment in health sector is attained with evolution of implementative platforms, institutions, procedures and inventory control system that bring about transparency and accountability. The choice of western allopathic health care as the

dominant practice in the SEAR has favoured urban and centralized delivery. Furthermore, emphasis on curative and hospital care has accentuated such an urban bias. It is noteworthy to mention that reduction in rural-urban gap in health care is a pre-requisite for better health standards in SEAR. There is a need for public investment in building rural health posts and primary health centres in order to provide elementary clinical services, preventive care, immunizations and reproductive care services by trained dedicated staff.

Multi-Prong Strategic Public Investments Promote Health

Most of the countries in SEAR, emphasize primary care and rightly so. Health indeed is a net result of the influences of a number of non-health factors that are crucially linked with each



other. It is therefore essential to ensure that people have access to clean drinking water, improved sanitation and hygienic living conditions, reduced levels of pollution and so on. Health and environment are linked inextricably with each other and in turn are affected and influenced by other external factors. For instance, development projects meant to bring socio-economic and health-related benefit to the community at large are associated with unintended impacts that amplify existing hazardous conditions in the countries of the SEAR. Together with achievements in the health sector, it is also essential to ensure that the people have access to other basic needs particularly adequate food and nutritious diet. Hence public investments in agricultural sector clearly deserves urgent attention in most of the SEAR, especially so in South Asia. Education and health are considered as assets for promoting economic development. Education itself has an essential impact on the health of

individuals. It results in increased awareness among masses, which is one of the most effective means of controlling the spread of diseases, speaking broadly. Apart from this aspect, education also improves the quality of life, which has a positive impact (through individual efforts) on improving the health standards (See Figure 7 for schematic inter-sectoral linkages affecting health and economic growth).

Decentralisation creates the possibility of mobilizing additional resources for the health services at the local level. It addresses better the needs of the locality and promotes efficiency and public accountability. Community groups, such as village health committees, youth clubs, mothers' clubs, and village development committees, can be actively involved in providing health care when they are supported to identify their own local needs and are equipped with both financial as well as non-financial resources. Community based schemes are in operation in SEAR – village health care post in Bangladesh, model village in Bhutan and Sri Lanka, mother's club in Nepal and integrated health post and village maternity post in Indonesia - which need to be emulated across the region.

The poor in the South-East Asia lack savings and access to credit, face trouble in financing even routine outpatient care in primary health facilities and are either compelled to ask for help from family and friends, sell their assets, or manage without needed health care. Private insurance can play a significant role but collection of premium payment is difficult as most of the labour force in the region is engaged in agriculture or informal sector work. In such a situation, the risk-pooling needs of the general population can be met by encouraging the systematic expansion of mandatory social health insurance coverage. Governments of Thailand and Indonesia are actively developing and testing ways to extend social health insurance coverage to previously uncovered groups.

This study presents the centrality of health in economic development by providing empirical evidence and establishing a multi-sectoral linkage to health in promoting economic development all routed through accountable governance and efficient delivery mechanisms.

Strategic Vision

- Better health conditions of a society and its labour force are essential to enhance the rate of economic growth of an economy. History is witness to the fact that important breakthroughs in public health, disease control, improved nutritional intake and behavioural changes with respect to hygiene, sanitation and drinking water have given rise to great take-offs in economic development. The most durable resource is the capital invested in nurturing human development.
- One may find a unique situation in which the poor are most affected by the high incidence of morbidity – a condition known as ‘selectivity bias’. This raises important questions that policy reforms must address, which fall in the realm of equity and human rights, promoting anti-policy sentiments.
- It is not prudent to expect that economic development will automatically take care of improvements in citizens’ health in a society afflicted with high disease burden. The nature of disease and its distribution amongst poorer economies are such that nations can hardly attain a level of prosperity to address health and nutrition issues, raising serious concerns of ensuring equity and accessibility. Often, the excess disease burden of the low-income countries is a result of a small number of identifiable conditions, which can be addressed by a set of affordable and low cost health interventions. In this context understanding the multi-sectoral interactive links of health with environment, water, sanitation, public hygiene, and food and nutrition is important.
- The health spending in practically all nations in SEAR is insufficient and also requires correction in its structure. Health spending as a percentage of GDP ranges from 7.6 percentages in Maldives and 5.2 per cent Nepal to a very low of 2 per cent in Myanmar. Countries with large population such as India, Indonesia and Bangladesh spent 3-4 per cent of their respective GDPs on health sector. Out of such expenditures, the households themselves undertake major portion out-of-pocket. For example, the household expenditures on health care is 70-80 per cent in India and Bangladesh and 90

per cent in Myanmar, thus the respective governments are contributing meager amounts as a share of total health expenditures. Given the huge population base, the public expenditures turn out to be pitifully too low in per capita terms, while most of this amount also is spent on maintaining over-sized bureaucracy and administration, leaving little amounts for actual transfers in the form of health gains.

- There is strong urban bias in public health provisioning structures in all countries of the region, so is the bias towards curative and high specialty services. Thus, primary health care, health care of the people living in rural and remote areas, people who are poor, reproductive health of adolescent and women in reproductive ages, preventive health care for children and health provisions of the old are the worst affected. All the above adverse biases in health services, strongly affects the quality of future labour force.
- In catering to the health needs of the hitherto unreached poor population of the SEAR, the governments apart from increasing health sector spending should improve efficiency of investment by evolving implementative platforms, institutions, procedures and inventory control systems that bring transparency and accountability. The disease burden lies disproportionately on the poor that is preponderantly rural. In order to reduce the rural-urban gap in health care there is a need for public investments in building rural health posts /sub-centres and primary health centres and provisioning of elementary clinical services, preventive care, immunization and reproductive care services by adequately trained dedicated staff. All the countries of the region suffer from lack of dedicated female core of physicians in the public programmes. This is one of the serious constraints in extension of reproductive health services in countries such as India and Bangladesh.
- In an era of globalization, any co-operative venture in the health sector provides a win-win situation. Donor assistance needs to be taken as an add-on rather than a replacement of domestic reserves for narrowing down the difference between the amount required to finance the health services and the available resources.
- Decentralisation, apart from creating the possibility of mobilizing additional resources, is responsive to local needs and allows local people to participate in programme implementation. Community groups, such as village health committees, youth clubs, mothers' clubs, village development committees, need to be actively involved in providing health care.
- Unmet demand for risk pooling services can be met by promoting private insurance. But since most of the labour force is engaged in the informal sector, governments must enhance and expand mandatory social health insurance coverage, until the time the private sector innovates to reach out to this sector. However, it is not conceivable that the public policy can relinquish or reduce its commitment to the provisions of mass health of the citizens in the respective countries in the near future. Coordinated efforts by government, professionals, corporate sector and a participating vigilant civil society can rid the SEAR region of its excess disease burden and health problems.

Macroeconomics and Health in Context: Background Summary for Participants

I. Introduction

The challenge of positioning health central to development

Health is a prerequisite to having an enjoyable and productive life. Effective interventions and preventive measures to reduce mortality are available today. Societies that have been able to adequately provide these interventions have significantly higher average life expectancies than those who have not. Due to financial constraints and institutional and organisational weaknesses in the health systems, least developed countries and other low income countries have had a particularly difficult time in scaling-up such measures. Though the benefits of good health are shared by all sectors, the onus of increasing access to health care falls to the health sector. The health sector in most countries attempts to develop strategies that combine long-term and short-term goals for health. Experience informs us that placing health in the development agenda requires an integration of successful disease-specific initiatives with system support, maintenance of a broad range of partnerships, and long-term policy reform, across sectors. In most developing countries, however, these linkages between health and poverty have not been fully appreciated and, therefore, health has not been adequately inserted into poverty reduction strategies.

In addition expanding the availability of important preventive and treatment measures, countries are currently faced with the need for a coherent strategy to coordinate health priorities with the numerous development initiatives and health financing mechanisms, including Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs), Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) initiatives, Global Alliance for Vaccines and Immunisations (GAVI), and Global Fund for AIDS, TB and Malaria (GFATM). The effective integration of health and health-related investments into these processes is needed for reaching Millennium Development Goals (MDGs) and national health objectives.

The commitment

Governments and the international community have this most important responsibility of protecting the right to health, especially among the poor. By adopting the health-related Millennium Development Goals, countries have expressed the commitment to do this. Thus health outcomes have begun to be recognized as highly relevant to reduce poverty. We know that we can prevent the vast majority of diseases affecting the poor. We know ill health is pushing the poor deeper into poverty and that health must be part of the strategy to reduce poverty. Now, countries want to move forward and are looking for an effective strategy for the better use of resources for health, recognizing the local challenges and conditions that are perpetuating disease and poverty.

In the past, declarations of high-level political commitment have failed to result in concrete actions. For example, in the Abuja Declaration (27 April 2001), African heads of state committed to allocate at least 15% of their annual budget to the health sector. The countries are not on track to meet this goal. To be successful, political and policy leaders must commit to pro-poor health reform, to scale-up effective and cost-effective interventions and to increase the capacity of health and health-related sectors to efficiently utilize additional investments.

The gap

Developing countries and development partners have not converted commitment to invest more in health into sustained, coordinated actions. The toll from preventable diseases continues to be staggering and the poor and marginalized are disproportionately affected. The key constraints to reach the poor are well known. To reduce financial constraints, investments in health of the poor must be scaled-up significantly as calculated by the Commission on Macroeconomics and Health (CMH), increasing both national and foreign financing. Least developed countries are more dependant on external investments when compared to middle income countries. The latter should be mostly focused on prioritizing interventions and improving efficiency.

Removing financial constraints will not be sufficient. Health systems have numerous obstacles to the scaling up of interventions. The so-called absorption capacity of the health sector is underlying the need of improve management of the health delivery system, especially deployment of human resources.

2. Mobilizing coordinated actions

Through the efforts of governments and health partners, there have been well-documented successes in categorical programs in certain parts of the world, such as polio eradication and TB control. In the last five years, important partnerships for disease specific programmes have formed, such as the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), Stop TB, Roll Back Malaria and the Global Fund for AIDS, TB and Malaria.

Control of other diseases, however, continues to be elusive even with increased political and financial commitment. Recently, the United Nations community acknowledged the failure of adequate global provision of anti-retroviral treatment of HIV/AIDS and called for more money and political will to ensure that 3 million HIV-positive people in the developing world have access to anti-retroviral medications by 2005. In other countries, non-communicable diseases have become the most important cause of preventable mortality.

3. The Macroeconomics and Health process

About 40 countries have begun the follow-up work to the CMH Report, guided by the overarching objectives of achieving better health for the poor, increasing investments in health overall, and progressively eliminating non-financial constraints. Countries are driving

the process. Recognising the diversity of health, economic, and social situations, placing health in macroeconomics context must accommodate the health priorities, opportunities and obstacles unique to each country. Specifically, governments must assess their health priorities and evaluate the cost of providing necessary interventions to the poor, in light of the financing mechanisms available internally and externally and the constraints experienced within the institutions.

The work demands a multisectoral approach. The implementation of any reform must take into account the cross-sectoral interaction of risk factors for disease. Without the complementary improvement of other sectors such as education, water and sanitation, and environment, countries will be unable to optimize investments in health or achieve national health objectives.

Political commitment to action

What is known is that political commitment must originate from the highest levels of government. At the national level, a health compact reflects the strong support of the ministries of finance and planning, along with the ministry of health, civil society, donors, development partners, private sector, NGOs and others for the insertion of health investments into the national macroeconomic agenda. The pact would put into motion the super-sectoral oversight of pro-poor policy reforms and allow input and discussion by all stakeholders. In some countries attending this consultation, a National Commission on Macroeconomics and Health has been created to exercise the political oversight of the process. In others, different mechanisms have been identified. Still other countries have expressed the willingness to start analytical studies to better understand the level of financial commitment and the type of reforms necessary for a successful process.

Countries need to take inventory of the ongoing mechanisms and funding initiatives to which investments in the health or health-related sectors can be linked. This includes functioning sectorwide processes such as multi-year national health plans that are periodically updated and budgeted and poverty reduction processes such as PRSPs and Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) initiatives, for insertion of increased and more efficient spending on essential health or health-related services.

To move forward countries in collaboration with global partners will have to:

- Analyse country health, social, and development situation, establish national goals based on this analysis and generate strategic options for the allocation of internal resources and increasing the effectiveness of health care delivery at the local level
- Develop a sequenced approach to identifying and addressing institutional and organizational obstacles to efficiently utilizing resources and to the widespread provision of essential health interventions to the poor.

- Ensure accountability and transparency by developing a mechanism of monitoring inputs and outcomes so that management decisions can be effectively made at the local and central levels.

4. The 2nd Consultation on Macroeconomics and Health

This Consultation will provide the unique forum joining together high-level health, finance, and planning decision-makers to work towards a health compact, setting in motion the strategic policy and technical actions that will be needed across sectors. This process will be supported and facilitated by WHO at the country and regional levels and will require broad coordination among development partners and all stakeholders that are committed to improving the lives of the poor.

During the Consultation, countries will continue and build upon the work that they had begun at the 1st Consultation on National Responses to the CMH report (June 2002) and at local and regional levels. This will be the first opportunity for ministers of health, finance, and planning to come together to discuss the issues and challenges with each other and with WHO, development partners, donors and others. What are the challenges that countries face in positioning health centrally in development strategies? What types of support will the countries need in developing and implementing a long-term health investment strategy? How can WHO best collaborate at the regional and country levels?

WHO resources at country, regional and headquarters levels can be used by the countries to link up with the technical expertise needed for carrying out situational assessments, to generate strategic options for improving the efficiency of health systems, and to identify new tools for health financing and costing of expanded services for the poor.

This is a forum in which countries can share their experiences in the Macroeconomics and Health process and the opportunities and challenges that they have faced in positioning health at the centre of development. Countries will define concrete mechanisms to set national health priorities and to specify the process towards developing a Health Investment Plan. This process will include the identification of coordinating mechanisms that can oversee progress on planning long-term investments, sequencing pro-poor health reforms and making the necessary analyses on strategic choices, financing options and human resources.

Countries will also be able to identify how WHO and other partners can coordinate their activities to support health investments in an effort to achieve MDGs.

The Consultation will commence with the assembly of three Working Groups which will participate in a structured discussion under three thematic foci: 1) How to Improve the Effectiveness of the Health Delivery Systems and Monitor Outcomes; 2) How to Make Health Central in the Country Macroeconomic Framework and Increase Allocation of Resources to Health; and 3) How to Increase Predictability of External Funding and Increase Coordination with Partners, which correspond to CMH Working Group reports 5, 3 and 6,

respectively. These three foci will be carried forward and will be the foundation for the subsequent days of the Consultation. The following pages provide a summary of the issues relevant to the three foci as well as potential questions to guide discussion.

5. Summary of Working Group Issues

Working Group I: How to Improve the Effectiveness of the Health Delivery Systems and Monitor Outcomes

Overview based on the work of CMH Working Group 5

- In a costing analysis done by WG5 for 83 countries with per capita GNP below \$1200, the spending required to ensure necessary strengthening at all levels of the health system would be 40-52 billion dollars annually by 2015.
- There are a limited number of diseases that account for most of the avoidable mortality among the poor in developing countries.
- Each country, based on their social and development situations, will have their own health priorities, which will change as countries develop economically.
- Interventions exist that are effective in treating and preventing the priority conditions but are not currently available or accessible to most of the poor. Based on health priorities, countries need to determine the range of interventions and the sequencing of expanded coverage and introduction of new interventions.
- Numerous institutional and organisational barriers exist at all levels to expanding health care access to the poor. These constraints have been placed in three broad categories including constraints on demand, constraints on delivery, and overall strategic constraints. Barriers are financial and non-financial in nature, but all prevent the efficient absorption and utilization of funds.
- Essential elements of systemic reform include a local health care delivery structure that is well-equipped and staffed with effective, motivated health workers, categorical programs to provide technical and financial resources, and effective management with a well integrated surveillance and monitoring system.
- Need development of mechanisms to monitor the effective use of resources at local and central levels.

Issues for deliberation

- What tools and resources are available for collecting epidemiological data and costing expansion of coverage of priority interventions? To what extent is data able to be disaggregated by income groups so that disease impact on the poor is better described?

- What are the realistic choices on allocation of funds for improving health if the increase in additional resource mobilization is not realized? What technical support can countries expect from WHO and other partners in doing this?
- What are the most important constraints in the health system (e.g., adequately trained staff, poor management, medication supply, access to facilities, political instability, corruption, poor governance)?
 - Which constraints are susceptible to short term financial solutions?
 - Which constraints will require more long-term strategies?
 - How will sequencing of reforms be determined?
- What are options for monitoring systems and what outcomes could be monitored? How will these outcomes translate into action by decision-makers at the local level?
- What resources and tools can WHO provide to assist countries in terms of surveillance, health information systems, costing tools, and in progressively implementing institutional reforms?

Working Group 2: How to Make Health Central in the Country Macroeconomic Framework and Increase Internal Allocation of Resources to Health

Overview based on the work of CMH Working Group 3

- The CMH suggested that most countries with low levels of public health spending could raise 1-2% of GDP more for health.
- Investments in health should be geared towards attainment of specific national and global health objectives, especially for the poor, and linked to ongoing poverty reduction initiatives.
- Countries need to match methods of financing to its population groups, using general budgetary revenue to fill in gaps in providing public goods and essential health care and subsidize the poor.
- A coherent strategy to integrate health care for various population groups can increase spending on health, facilitate the pooling of risks, improve quality, and achieve gains in efficiency and quality – as well as provide the framework for discussion with civil society, the medical professions, NGOs and donors.
- Current social, political and fiscal policies contribute to the inefficiencies of health sector expenditures and reallocation of funds from “unproductive expenditures”, such as revenues lost through tax concessions and investment incentives, may provide additional resources for the health sector.
- Community financing schemes could improve coverage for excluded populations, ensure

ownership of health care provision, and decentralize health care responsibilities. Such schemes should be supported with training and management techniques by government, donors, and NGOs.

- Explore Public–Private partnerships as approaches to increasing access to health care. Currently, significant financing for health comes from out-of-pocket payment by poor families. Options for decreasing financial risk for the poor and increasing equity in access to health care must be explored.

Issues for deliberation

- What are the available health financing mechanisms in each country?
 - General and ear-marked taxes, Social insurance, Private insurance, Community financing, Users' fees, etc.
- How can the financing mechanisms be reconciled with national health goals, the country's capacity to raise additional funds, and the socioeconomic make-up of the population? How can economic policy be made more conducive to greater allocations to health?
- Acknowledging that mobilization of additional resources may be limited, what are the opportunities for achieving greater efficiency in the resources currently allocated to the health sector? What are the social, political, and economic constraints (policy and institutional) to efficient health investments? How can resources be reallocated from “unproductive expenditures” to health and health-related sectors?
- What are the options for institutional mechanisms to ensure a multi-sectoral approach to the production of health outcomes. How will this be linked to the work of development partners, private sector and NGOs? Who should be the principal advocates for health within the government and lead the development of the health investment plan?
- What are potential ongoing sectorwide initiatives that are available for insertion of increased and more efficient spending health, linked to achieving national goals and MDGs?
 - Sector Wide Approaches to Health Development (SWAPs), Periodic multi-year national health planning and budgeting, Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs), Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiatives, etc.
- What are the respective roles of public and private sector in financing and delivery of health care services? How can countries align the goals of the private sector to national and global health objectives?
- What are the alternate financing options for middle income countries, such as expansion health delivery outsourcing and encouraging competition by private providers?
- What role can National Health Accounts play in monitoring the health expenditures and their efficiency? How can this inform policy?

Working Group 3: How to Increase Predictability of External Funding and Coordination with Partners

Overview based on the work of CMH Working Group 6

- WG6 estimated that donor assistance should increase to \$27 billion annually by 2007 and \$38 billion annually by 2015.
- The trends in development assistance to countries and where these resources have been targeted within the health system needs to be assessed.
- Donors and countries should apply more comprehensive and results-oriented approaches to development assistance, with a sharper focus on poverty reduction.
- Disease-control programmes and global health initiatives should redirect emphasis from global or regional targets to allow more flexibility in priority-setting at the country level.
- The variety of financing mechanisms can bring about inefficient, unpredictable allocation of resources, leading to the reduction of the impact of external funding
- Improved harmonization and convergence of initiatives will require partners to reform funding mechanisms and project objectives to be more responsive to local needs. Countries would benefit from the increased flexibility of targeting resources to diseases of the poor
- Effectiveness of this assistance can be limited under stringent technical and reporting requirements and can put undue pressures on limited human resources and institutional capacity. Monitoring should be based on sectoral performance.

Issues for deliberation

- What trends in the flow of development assistance have we seen over the last few years?
- How can we harmonize external partner objectives with national health priorities?
- What is the best strategy to coordinate the activities and objectives of the numerous donors and development partners at all levels? How can developing countries be assured that external assistance will be available to support a viable investment plan comprised of needed systemic reforms and domestic mobilisation of resources?
- How can we limit donor conditionalities that put undue pressures on limited human resources and institutional capacity in countries?
- What proportion of development assistance should be used for global public goods, including technical and managerial knowledge goods?
- How can country level stakeholders maintain ownership over health initiatives while ensuring accountability to donors?
- What are options to address country-level constraints to the use of donor funds such as insufficient number of or inadequately trained professional staff and managers or weak or absent monitoring and reporting systems?
- Are there examples of effective donor coordination mechanisms in countries?

Mobilization of Domestic and Donor Resources for Health: A viewpoint

Jeffrey D. Sachs, Director of the Earth Institute, Columbia University

The state of health in the world's poorest countries is more than a human tragedy. It is an economic catastrophe. Millions of impoverished people die every year of conditions that can be readily prevented or treated with existing technologies. These tragic deaths-and the enormous economic and social costs associated with them-reflect the basic fact that essential life-saving health services are out of reach of hundreds of millions of the world's poor. Without extending these life-saving interventions, poverty is likely to be exacerbated and to be passed to the next generation, with enormous and pervasive economic costs.

In graduate school I was taught that poor people live "on the edge of survival." This is not exactly right. Poor people are not living on the edge of survival; they are falling right over the edge, and by the millions. We're living in a world where millions of people are dying every year because they are too poor to stay alive, in the midst of the greatest affluence and technological capacity in the history of the world. The premature mass deaths of the poorest of the poor are absolutely unnecessary, absolutely avoidable.

To address this global tragedy, the Commission of Macroeconomics and Health (CMH) was launched in 2000 by the World Health Organization to analyze the impact of health on development and to examine ways in which health-related investments could address the crisis of mass premature death and thereby spur economic development. The Commission focused its work on the world's poorest people, in the world's poorest countries, to develop specific recommendations that would save lives, reduce poverty, and spur economic growth through a scaling up of investments in the health sector of these countries.

The findings of the Commission are both stark and encouraging. First, it will take a lot of money and much more political and organizational effort than has been seen in the past generation to accomplish the tasks at hand. Second, the Commission called for greater policy efforts in the low-income countries, from which, with the needed political leadership, budgetary resources for public health might rise by perhaps 1% to 2% of GNP during the period to 2015. For a poor country at US\$ 300 per capita, that would US\$ 6 per person per year in health spending, important but far from enough to ensure widespread access to essential health services. This suggests that donor funding will indeed be needed to close the gap. The Commission found that donor support should rise from the current level of around \$3 billion per year for health in low-income countries to around \$27 billion by 2007.

This added donor funding needs to be put in perspective. \$27 billion amounts to around 0.1% of donor GNP-one penny for every \$10 of income. This modest sum, if matched by the

increase within the low-income countries themselves, we provide enough financing to avert around 8 million deaths per year by the end of this decade. The reduction in human suffering would be enormous. The economic gains would also be striking, around the order of US\$ 360 billion per year during the period 2015-2020, several times the costs of scaling up the health interventions themselves.

The message, in essence, is that today, for the first time in history, the world has the capacity to end the suffering and death of millions every year, suffering and death that are the consequence of absolute poverty. Ministries of health, international organizations, and leaders in the cause of global health will be in the front lines in overcoming these health crises, fighting a lack of attention and political will, and the lack of adequate financial commitment from the rich world. Many people think it naive to believe in the possibility of seriously addressing absolute poverty in our generation. But it can be done. The CMH put the price tag on what it would cost to meet these health challenges, and demonstrated rigorously and shockingly how little it would take to overcome the current crisis and despair.

The future depends wholly on our choices. Whether we are able to appreciate the extent of our wealth and its ability to solve problems, whether we are able to recognize our common stakes, whether we are able to bring to bear our vast scientific knowledge and whether, therefore, we are able to get the job done. This is a question of human choice, not simply a matter to forecast. We will need all hands to succeed.



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Genève

Développement durable et milieux favorables à la santé

Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis

Deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé

28-30 octobre 2003, Genève

ANNEXE 6: Communiqué de presse

Communiqué de presse OMS/82 • 29 octobre 2003

LES MINISTRES DE LA SANTÉ ET DES FINANCES SE PENCHENT SUR LA NÉCESSITÉ DE DÉVELOPPER LES INVESTISSEMENTS DANS LA SANTÉ

Genève - Afin de se pencher sur la nécessité de développer fortement les investissements dans la santé, les Ministres de la Santé, des Finances et du Plan de 40 pays en développement vont se réunir avec les partenaires du développement au Siège de l'OMS les 29 et 30 octobre. C'est la première fois que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) organise une réunion à laquelle participent autant de responsables qui ne s'occupent pas d'habitude de la santé et elle souligne ainsi l'urgence de renforcer les moyens nationaux pour absorber les besoins financiers croissants de la santé.

«Cette réunion témoigne d'une réelle volonté politique au plus haut niveau des gouvernements et des donateurs. Tirons parti de cette occasion unique de reconnaître l'importance cruciale des investissements dans la santé et développons ensemble une vision commune pour transformer les engagements des pays et des partenaires en actions immédiates. Nous devons nous attacher à inscrire dans la réalité des investissements dans la santé qui soient à la fois équitables et efficaces», a déclaré le Dr LEE Jong-wook, Directeur général de l'OMS.

Cette réunion se déroule près de deux ans après la publication en 2001 du Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, qui préconisait aux donateurs de faire passer leur aide à US \$27 milliards d'ici à 2007. La Commission demandait aussi d'attribuer davantage de ressources budgétaires à la santé publique, à la fois dans les pays développés et en développement, et d'intensifier fortement l'action politique et organisationnelle par rapport aux décennies précédentes, de façon à obtenir de réelles améliorations sanitaires.

Deux ans plus tard, le monde n'a toujours pas fait preuve de sa détermination à développer les investissements dans la santé et à les porter aux niveaux nécessaires pour avoir un véritable impact sur les grandes maladies qui touchent les pauvres. Selon une étude récente*, l'aide totale au développement dans le secteur de la santé, consentie par une sélection des principaux donateurs, a augmenté de US \$1,6 milliard, ce qui l'a fait passer d'une moyenne de \$6,1 milliards (1997-1999) à \$7,7 milliards (2001). Cette augmentation est allée pour la majeure partie à la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Bien que ces progrès récents soient encourageants, l'aide n'est toujours pas en mesure de couvrir les besoins réels.

« En prenant mes fonctions, j'ai fixé l'objectif de donner l'accès aux traitements antirétroviraux à 3 millions de personnes atteintes du SIDA dans les pays en développement d'ici à 2005. Actuellement, seuls 300 000 malades bénéficient de cette thérapie. Pour parvenir à réaliser cet objectif et répondre à d'autres priorités sanitaires, nous avons besoin de beaucoup plus d'argent. Si nous n'accroissons pas les ressources consacrées à la santé et si nous ne les ciblons pas sur les actions qui auront le plus grand impact, nous allons perdre des millions d'hommes, de femmes et d'enfants et laisser de nombreuses personnes et familles en proie à la pauvreté et au découragement», a rappelé le Dr Lee.

Au cours de cette réunion, les pays, l'OMS et les partenaires dresseront ensemble des plans concrets pour développer les investissements dans la santé au niveau des pays. La direction et le suivi de la communauté internationale et la collaboration interministérielle seront nécessaires : il faut primo que chaque pays, en s'appuyant sur ses propres ressources, sur l'allègement de la dette et sur l'aide internationale, renforce les moyens qu'il consacre à la santé, secundo que les obstacles inhérents aux systèmes de santé et aux institutions soient éliminés pour permettre un apport plus important de ressources. Ces points sont essentiels pour atteindre au niveau des pays l'objectif des «3 millions d'ici 2005».

«Nous avons besoin de schémas nationaux spécifiques pour augmenter réellement les investissements dans la santé. Les pays en développement et leurs partenaires doivent rapidement et collectivement intensifier leur action en faveur de la santé et de la stabilité mondiale. Nous allons essayer, à cette réunion, de trouver les moyens d'y parvenir», a rajouté le Dr Lee.

Des actions nationales sur la macroéconomie et la santé sont en cours dans les pays participant à la consultation avec, pour l'Afrique: l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Congo, l'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, le Nigéria, l'Ouganda, le Rwanda, la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal; pour les Amériques: l'Argentine, le Brésil, le Mexique, le Nicaragua, le Pérou et la Communauté des Caraïbes, dont Haïti ; pour la Méditerranée orientale : Djibouti, la Jordanie, le Pakistan, la République islamique d'Iran, le Soudan, le Yémen; pour l'Europe: l'Azerbaïdjan et l'Estonie; pour l'Asie du Sud-Est: le Bangladesh, le Bhoutan, l'Inde, l'Indonésie, le Myanmar, le Népal, Sri Lanka et la Thaïlande; pour le Pacifique occidental: le Cambodge, la Chine, les Philippines et le Viet Nam.

*Development Assistance for Health (DAH): Recent Trends and Ressource Allocation

Dr Catherine Michaud, Associée de recherche principale, Harvard Center for Population and Development Studies

Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à Agnès Leotsakos, Conseillère en communication, Macroéconomie et Santé, tél. : +41 22 791 2567; portable : +41 79 500 6504 ; mél : leotsakosa@who.int, ou Gregory Hartl, Conseiller en communication, Développement durable et milieux favorables à la santé, tél. : +41 22 791 4458 ; portable : +41 79 203 6715 ; mél: hartlg@who.int.

Tous les communiqués de presse, aide-mémoire et articles de fond de l'OMS, ainsi que d'autres informations sur le sujet, sont accessibles sur Internet à partir de la page d'accueil de l'OMS: <http://www.who.int/>



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Genève

Développement durable et milieux favorables à la santé

Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis

Deuxième Consultation sur le thème Macroéconomie et Santé

28-30 octobre 2003, Genève

ANNEXE 7 : Couverture dans la presse internationale

Liste des articles:

- **Voice of America News:** Developing Countries Discuss Urgent Health Issues at WHO Meeting, 30 October 2003
- **The Financial Times :** Ghana and the Commission on Macroeconomics and Health: The economic paradox of Ghana's poverty, 10 November 2003
- **The Scotsman :** WHO: Health and Finance Ministers to Address Need for Worldwide Increase in Health Investment, 29 October 2003
- **Bua News (Pretoria):** Health Ministers Get Together in Geneva, 29 October 2003
- **Tribune de Genève :** OMS Réunion sur les politiques de la santé, 29 octobre 2003
- **Le Vif – L'Express:** Il faut 27 milliards de dollars pour les pays pauvres (OMS), 29 octobre 2003
- **Télévision Suisse Romande (TSR) :** Investissements dans la santé: les pays pauvres ont besoin de plus, 29 octobre 2003
- **Xinhua General News Service:** Ministers to meet in Geneva to increase health investment, 29 October 2003
- **Jeune Afrique - L'Intelligent:** Ingérence économique, 31 octobre 2003
- **Angola Press Agency:** Country Attends WHO Meeting, 31 October 2003
- **Pharma Marketletter:** WHO-hosted LDC investment meeting to urge more for HIV/AIDS drug treatment, 29 October 2003
- **Express Healthcare Management:** Need for world wide increase in health investment to be addressed, 30 October 2003
- **The Press Trust of India,** 29 October 2003

Liste des articles:

Voice of America News:

Developing Countries Discuss Urgent Health Issues at WHO Meeting 30 October 2003

Byline: Lisa Schlein, Geneva

USA: The article quotes that "Ministers of Health, Finance and Planning from 40 developing countries are meeting at the World Health Organization to explore ways of increasing investments in the health sector.... A report commissioned by the World Health Organization two years ago, finds disease, and in particular HIV-AIDS, is crippling economic development in Africa and other high-risk countries. "

The article continues by quoting the Minister of Finance and Development Planning of Botswana, Baledzi Gaolathe, who stresses that "the situation of disease and poverty will get worse if nothing is done. "We are here because there is an outcry that the health situation in Africa leaves much to be desired," he said. "And, the concern is that perhaps we are not investing enough. So, we are here to actually determine whether, in the case of Botswana, are we investing enough or not and to learn from other experiences." "One of the most important areas of prevention (for HIV/AIDS), which I should mention, is the one of preventing a mother to child transmission" says Baledzi Gaolathe. In addition, the Botswana Finance Minister says his government is providing free anti-retroviral treatment to all people infected with HIV-AIDS.

The Voice of America News reports that..... "At this meeting, the World Health Organization is negotiating an agreement with 20 member states to come up with a plan to increase investments in the health sector by the end of 2004. WHO says more work will be done in trying to raise interest in the private sector to become involved in this critical public health issue."

The Financial Times : Ghana and the Commission on Macroeconomics and Health

Headline: The economic paradox of Ghana's poverty

10 November 2003

Byline: Michael Weinstein

The writer of the article is director of programs at the Robin Hood Foundation and senior fellow at the Council on Foreign Relations and presents two propositions for the economic paradox of Ghana's poverty : ... "Proposition one: Ghana represents sub-Saharan Africa's best chance to grow out of poverty. Proposition two: Ghana cannot grow out of poverty - at least not on its own. Behind those two propositions lies an ugly reality. Western leaders like to preach that if poor countries move decisively to competitive markets, they can lift their citizens out of poverty. Not so. Countries in sub-Saharan Africa that make every smart

economic move will almost certainly remain crushingly poor unless there is much more help from the rest of the world," the article quotes.

The writer then continues to document his propositions by emphasising that "Ghana is largely free of the civil strife that plagues many of its neighbours. It is also a fully fledged, multi-party democracy, where power peacefully shifted a couple of years ago by secret ballot from an autocrat to the opposition party. President John Agyekum Kufor oversees a relatively corruption-free, hard-working administration..... "Also, Ghana enjoys the benefits of a relatively good education system, sources of foreign exchange earnings - primarily from gold and cocoa - and a majestic beachfront that cries out for tourist development."Civil peace, democracy, waterfront, exports: these are tickets for economic success. But in Ghana, these tickets go unpunched. Living standards are only marginally higher than they were decades ago. So what is the problem? Professor Sachs provides a compelling explanation: in sub-Saharan Africa, poverty breeds poverty. That may sound obvious, even circular. In fact, it is nearly profound."

Michael Weinstein continues his article by explaining this apparent paradox....."To see why this basic idea is often ignored, take out your old economics textbook. You will find that it assumes that investments in poor countries produce more profit per dollar invested than do investments in rich countries..... Textbook models also often assume that people living in poor countries save more of every dollar they earn than do people living in rich countries. The combination of high savings rates, high rates of return on investment and large potential inflows of foreign capital can ignite a self-reinforcing cycle of investment, growth, more investment and more growth, " the writer adds.

".....But, Prof Sachs points out, countries can be too poor and too disadvantaged to grow, no matter how enlightened their policies. Without a healthy population, developed harbours, roads and other infrastructure, foreign investors will stay away. And the poor people themselves can be too poor to save a dime, if all income gets spent on life's necessities. In sub-Saharan Africa, the cycle of disease, low domestic savings, poor infrastructure and no foreign investment produces self-reinforcing poverty, not growth."

The article presents data from WHO's 2001 Report of the Commission on Macroeconomics and Health that states that Ghana and other countries in the malarial zone needed to spend about \$35 or \$40 per person a year just to meet the essential health need of their population. It quotes that Ghana can afford only about \$10 and that the country needs an extra \$30 per person for 20m people, just to keep Ghanaians fit to work. "But that's a half-billion dollars that Ghana does not have to spend on health care or other basic needs. Its people are living on less than a dollar a day. They cannot, willy-nilly, hand over about a month's earnings for health or anything else." Michael Weinstein reports.

This article concludes that....."Ghana and other poor sub-Saharan countries do not, and cannot, make it on their own. They need financial infusions from the west for health care and other basic investments that would set the stage for growth. Given an initial boost, Ghana's

pro-growth attributes could take over. But Ghana needs that boost. If the west, smugly clinging to nostrums of boot-strap capitalism, sits back and watches Ghana fail, its neighbours will fail as well. Ghana is one of sub-Saharan Africa's best shots at success. Ghana's shot at success will remain remote until rich countries come to its rescue ".

The Scotsman:

WHO: Health and Finance Ministers to Address Need for Worldwide Increase in Health Investment

29 October 2003

Wiesbaden, Germany: This article reports about WHO's Consultation on Macroeconomics and Health and that this is the first time that the World Health Organization (WHO) has hosted a meeting so widely attended by non-health officials, underlining the urgency of building national capacity to absorb increased health funding.

"This meeting signifies real political commitment from the highest levels of government and donor representatives. Let us capitalize on this unique opportunity to recognize health as a critical investment and together develop a common understanding of how countries and their partners can transform these commitments into immediate actions. We must choose to make equitable and efficient health investments a reality," said WHO Director-General Dr LEE Jong-wook.

The article specifies that during the meeting, the combined work of countries, WHO and partners will be to develop concrete plans for increased health investment in countries."Continued global leadership and follow-up from the development community, combined with inter-ministerial collaboration is needed: first, to increase resources for health from domestic resources, debt relief and development assistance for health, and second to eliminate health system and institutional constraints, enabling greater absorption of increased resources. This will be critical for pursuing country action to reach the "3 by 5" and other health targets."

"We need country-specific blueprints for making real increases in health investment. Developing countries and their partners need to collectively and quickly do much more, for health and global stability. This meeting can identify ways to make this happen," added Dr Lee.

Bua News (Pretoria):**Health Ministers Get Together in Geneva****29 October 2003****Byline: Candace Freeman**

Pretoria, South Africa: The article states that Ministers of Health, Finance and Planning from around the world came together with development partners at the World Health Organization (WHO) headquarters in Geneva to address the need to significantly increase investments in health.

It reports that WHO Director-General Lee Jong-wook said in a statement that the meeting signified real political commitment from the highest levels of government and donor representatives. Delegates at the meeting aimed to develop concrete plans for increased health investment in countries.

Tribune de Genève:**OMS Réunion sur les politiques de la santé****29 octobre 2003**

Genève, Suisse: La Tribune de Genève relate: "Le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a ouvert aujourd'hui à Genève trois jours de travaux avec 40 ministres de la santé et des finances des PVD (dont treize pays africains) ainsi que des représentants des pays donateurs. Ces consultations ont pour but de développer les infrastructures de santé dans les pays pauvres."

Le Vif – L'Express:**Il faut 27 milliards de dollars pour les pays pauvres (OMS)****29 octobre 2003**

Genève, Suisse: Le Vif-L'Express relate: "Il faut 27 milliards de dollars par an d'ici 2007 pour éviter huit millions de morts dans les pays en développement (PVD). Actuellement, les pays donateurs consacrent 7,7 milliards par an à la santé des pays pauvres, une somme insuffisante, a indiqué mercredi l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le directeur général de l'OMS, le Dr Lee Jong-wook, a ouvert mercredi à Genève trois jours de travaux avec 40 ministres de la Santé et des Finances des PVD (dont treize pays africains) ainsi que des représentants des pays donateurs."

Télévision Suisse Romande (TSR):**Investissements dans la santé: les pays pauvres ont besoin de plus****29 octobre 2003**

Genève, Suisse: La TSR rapporte: "Il faudra 36 milliards de francs par an d'ici 2007 pour éviter huit millions de morts dans les pays en développement (PVD). C'est sur ce constat que s'est ouverte à Genève une réunion sur les investissements dans la santé. "

Xinhua General News Service:**Ministers to meet in Geneva to increase health investment****29 October 2003**

Geneva, Switzerland: This article announced the Consultation, reporting: "Ministers of health, finance and planning from 40 developing countries are meeting at the World Health Organization (WHO) headquarters here Wednesday to address the need to significantly increase investments in health." It quoted Dr LEE Jong-wook, WHO Director-General: "We need country-specific blueprints to realize real increase in health investment. Developing countries and their partners need to collectively and quickly do much more," and "this meeting can identify ways to make this happen."

Jeune Afrique - L'Intelligent:**Ingérence économique****31 octobre 2003****Byline: Juliette Bastin**

Reporting on the Consultation, Bastin writes: "Pour tenter d'atteindre l'objectif fixé par la commission, il convient donc d'établir "des schémas nationaux spécifiques". Objectif, pour les pays en développement (PED): s'appuyer sur leurs ressources et sur l'aide internationale pour renforcer les moyens consacrés à la santé. Mais aussi affecter une partie de l'allègement de la dette aux systèmes sanitaires. Cette ambition nécessite une étroite collaboration entre les ministères des Finances et de la Santé. Cette incursion de l'agence onusienne dans le budget des États est une petite révolution. Qui fait définitivement de la santé la condition *sine qua non* du développement."

Angola Press Agency :
Country Attends WHO Meeting
31 October 2003

Luanda, Angola : The article reports that "an Angolan delegation has participated, for three days, in Geneva, Switzerland, in a meeting of the World Health Organization (WHO) intended to discuss issues related to the investments in the health sector in undeveloped countries.

The Angolan delegation, headed by the Vice-Minister of Planning, Mr Eduardo Severim de Morais, was integrated by the Vice-Minister of Finance, Mr Arlindo Sicato, and top officials of both Ministries.

The article goes on to state: "Two years have gone, the WHO complains that the donors have not given proof of their determination in developing the investments in the health sector and to lead them to levels that have a true impact on big diseases which affect the poor people. According to a recent study, the total aid from the donors for the development of the health sector in developing countries increased only for the fight against AIDS in the Sub-Saharan Africa, still not covering the real needs of the developing countries."

Pharma Marketletter: WHO-hosted LDC investment meeting to urge more for HIV/AIDS drug treatment
29 October 2003

Pharma Marketletter reports: "Ministers of health, finance and planning from 40 developing countries are meeting with development partners at the World Health Organization headquarters in Geneva, Switzerland, October 29-30, to address the need to significantly increase investments in health.

This is the first time that the WHO has hosted a meeting so widely attended by non-health officials, underlining the urgency of building national capacity to absorb increased health funding, says the Organization."

The article goes on to quote Dr LEE Jong-wook, the WHO Director-General: "The meeting 'signifies real political commitment from the highest levels of government and donor representatives,' said WHO Director General Lee Jong-wook.

"On taking office, I declared the target of 'three by five' to have 3 million people with AIDS in developing countries on treatment with antiretrovirals by the end of 2005. Only 300,000 are on treatment at the moment," said Dr Lee. "To achieve 'three by five' and other health priorities we need considerably more funds than those currently available. If we don't increase resources for health and target these resources to activities that will have the greatest impact, we stand to lose millions of men, women and children to disease," he added.

"We need country-specific blueprints for making real increases in health investment. Developing countries and their partners need to collectively and quickly do much more, for health and global stability. This meeting can identify ways to make this happen," said Dr Lee.

Express Healthcare Management :

Need for world wide increase in health investment to be addressed

30 October 2003

Express Healthcare Management reports: "Ministers of Health, Finance and Planning from 40 developing countries will come together with development partners at WHO headquarters from 29 to 30 October to address the need to significantly increase investments in health. This is the first time that the World Health Organisation (WHO) has hosted a meeting so widely attended by non-health officials, underlining the urgency of building national capacity to absorb increased health funding.

"This meeting signifies real political commitment from the highest levels of government and donor representatives. Let us capitalise on this unique opportunity to recognise health as a critical investment and together develop a common understanding of how countries and their partners can transform these commitments into immediate actions. We must choose to make equitable and efficient health investments a reality," said WHO Director-General Dr LEE Jong-wook.

The article explains that this meeting comes nearly two years after the launch of the 2001 Report of the Commission on Macroeconomics and Health (CMH), which recommends that by 2007, donors should increase assistance for health to US\$ 27 billion. The Commission also calls for more budgetary resources for public health from both developed and developing countries, and more political and organisational effort than has been seen in the past decades to achieve real improvements in health.

The article quotes Dr Lee Jong-Wook: "We need country-specific blueprints for making real increases in health investment. Developing countries and their partners need to collectively and quickly do much more, for health and global stability. This meeting can identify ways to make this happen," added Dr Lee.

The Press Trust of India :
Macroeconomics and Health Meeting

29 October 2003

New Delhi : India and other developing countries on Wednesday came together at a meeting hosted by the World Health Organisation to address the crucial issue of enhancing investments in the health sector.

The two-day meeting, that began on Wednesday at Geneva, is being attended by Ministers of Health, Finance and Planning from 40 developing countries along with development partners.

India is represented by Health Minister Sushma Swaraj along with officials.

The meeting is focussing on developing concrete plans for increased health investment, a World Health Organisation release said.

"This meeting signifies real political commitment from the highest level of government and donor representatives... we must choose to make equitable and efficient health investments a reality," WHO Director General Dr Jee Jong-wook said.

"We need country-specific blueprints for making real increase in health investment. Developing countries and their partners need to collectively and quickly do much more for health and global stability. This meeting can identify ways to make this happen," Lee said.

He said currently only 300,000 people with AIDS are on treatment with anti-retrovirals due to dearth of funds.