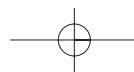
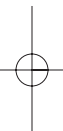
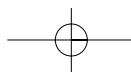
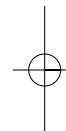
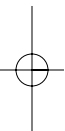


SECTOR POLICY REVIEW TOOL





*Bert Schreuder
Jurrien Toonen*

SECTOR POLICY REVIEW TOOL

A GUIDE FOR USERS AND FACILITATORS



Royal Tropical Institute – Amsterdam
KIT – Development Policy and Practice

The Sector Policy Review Tool offers a kit for involving important stakeholders more directly in reviewing health sector development, including specific programmes or areas within the health sector. It is made up of an introduction and several modules that guide different aspects of the review process.

This booklet contains the introduction to how to use the SPR Tool using Module 1 as an example. It is available in English and French. Electronic versions of the additional modules are available on attached CD-Rom in *pdf (fact sheets) and *doc format (quick scans) for use in workshops. All the modules will be updated regularly and can freely be downloaded from www.kit.nl.

Royal Tropical Institute (KIT)
KIT Development Policy and Practice
Mauritskade 63
1092 AD Amsterdam, The Netherlands
Telephone: +31 (0)20 5688 711
Telefax: +31 (0)20 5688 444
E-mail: info@kit.nl
Website: www.kit.nl

Royal Tropical Institute (KIT)
KIT Publishers
P.O. Box 95001
1090 HA Amsterdam, The Netherlands
Telephone: +31 (0)20 5688 272
Telefax: +31 (0)20 5688 286
E-mail: publishers@kit.nl
Website: www.kit.nl/publishers

© 2004 KIT Publishers, Amsterdam,
The Netherlands

Editors:

Text: Diana Smith

Modules: Diana Smith (1) and Guy Manners (2-8)

Cover: Grafisch Ontwerpbureau Agaatsz BNO,
Meppel, The Netherlands

Printing: Meester & de Jonge, Lochem,
The Netherlands

ISBN: 90 6832 1579

NUR: 600/740/890

Acknowledgements

The development of the Sector Policy Review Tool (SPR) should be seen as a contribution to increasing the direct involvement of relevant stakeholders in reviews of health policy and management reviews of both the health sector as a whole and of specific health programmes and systems.

The Department of Development Policy and Practice of the Royal Tropical Institute (KIT/DEV) has developed the toolkit. A team, led by Bert Schreuder and Jurrien Toonen, worked out the initial ideas on approach and content. Then, a number of modules were developed by Jasho Dhara Dasgupta (Gender), Marjolein Dieleman (HRD), Marlene Abrial and Tiberius Muhebwa (Financing), Marti van Liere (Nutrition), Madeleen Wegelin (HIV/AIDS), Jef Heuberger (S&RH), and Henk Eggens (Tuberculosis).

Early versions of the modules were discussed in a workshop organized at KIT for people with practical experience in reviews of the general health sector and health programme reviews. Participants included Francois Boillot (France), Bona Chita (Zambia), Birahime Diongue (Senegal), Felicien Hounye (Benin), Gertrudes Machatine (Mozambique), Steve Mtonga (Zambia), Tiberius Muhebwa (Uganda), Frank Nyonator (Ghana) and Hamadassalia Toure (Mali).

Following major revision, the toolkit was field tested by Steve Mtonga and Bona Chita in Zambia, and in Senegal by Birahim Diongue.

Various modules have been further tested with policy makers from different organizations during the past two years.

The final draft was then reviewed by René Dubbeldam (Overall plan and Module 1) and by Korrie de Koning, Thea Hilhorst, Anna Vassal, Annemarie Hoogendoorn en Rachel Ploem.

We particularly acknowledge the support given by MSH. They shared with us their experience of the development of the Management and Organizational Sustainability Tool (MOST)¹, including allowing us to use some of the text.

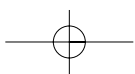
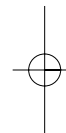
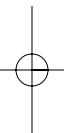
¹ Management Sciences for Health, Management and Organizational Sustainability Tool: A Facilitators' Guide, 2nd ed. (Boston: Management Sciences for Health, 2004).

Finally, we appreciate the interest and the financial support of the Directorate General of International Cooperation (DGIS) of the Ministry of Foreign Affairs of The Netherlands for developing the SPR Tool.

Bert Schreuder
Jurrien Toonen

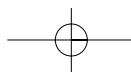
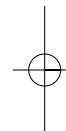
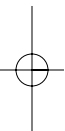
Table of contents

Acknowledgements	5
Part one: Background and methodology	9
Why do we need this tool?	11
Creating the conceptual framework	13
The modules	15
How to use the SPR tool	19
Setting up the workshop	20
Part two: The modules	23
Fact sheet	25
Quick scan	35



Part one

Background and methodology



Why do we need this tool?

The development of the health sector and the wider context of health systems have become considerably more complex in recent years. The donor community has gone “sector-wide” and even embarked on budgetary aid. Various global health initiatives have been developed to support a limited number of specific health programmes. The changed approach to funding requires increasingly an in-depth dialogue between the partners to ensure coherent and comprehensive sector development.

Reviews within the health sector may focus on the sector as a whole, but also include the review of crosscutting issues, specific priority programmes or institutional issues. Over time, many hot discussions have taken place between “selective versus comprehensive” or “vertical versus horizontal” approaches. The authors agree with recent thinking that priority programmes and health systems are mutually dependant and that reviews should address both fields.

Normally, these overall or specific reviews are conducted by a group of national and international consultants. The “Terms of Reference” given to the consultant has normally defined the attainment of expected results. Some are conducted along predefined standardized lines; others are less structured.

A standard approach and methodology for overall sector reviews has not been developed. Normally, the team leader agrees with the group of stakeholders on the approach, expected outcome, and the activities to be conducted. The consultants then start reading the many documents and collect their information by carrying out numerous meetings and interviews with individual stakeholders. At the end of the review, they present their preliminary conclusions and recommendations at a debriefing session. The role of the stakeholders is usually restricted to agreeing on the terms of reference, and the briefing and debriefing-sessions. They are only marginally involved in the process and have little opportunity to get together to come to an agreement amongst themselves.

SPR tool

What is the purpose: To promote the participation of a wider range of stakeholders in reviewing health sector policy and management issues. Stakeholders may be national authorities, technical experts, or representatives of external agencies, NGO's and civil society organizations.

Scope: May include the health sector as a whole, cross cutting issues, specific [programmes or separate health systems.

When: At the moment when policy needs to be made, such as a first step in the development of the annual – or mid-term – health plan. Establishing a “no fly” period for policy makers would help to ensure that many would be available in the office to take part.

Where: At the level where stewardship takes place. This is normally at central level but the toolkit can also be used at provincial or district level provided that the principle that stakeholders should participate in decision-making is accepted as critical.

What aim: To have a solid appreciation of whether current policies and strategies are appropriate to achieve the general and specific objectives of the health sector.

Need for a facilitator? It is very possible to do without but we recommend inviting a facilitator with some knowledge of health policy to manage the process.

The SPR Tool is meant to help raise the level of involvement and participation of direct stakeholders in the review process, as part of an **incremental approach**. An incremental or process model assumes that decision-making is an interactive process of mutual adjustments. Decisions are made by looking at the general problems and adjusting the responses on the basis of those of the various actors.

This incremental model is reflected in the daily reality in many low-income countries where sector-wide programmes for health are in progress. The incremental model is based on the fundamental view that health policy-making is essentially a political process involving various actors and members of society who act as individuals with their varying values and beliefs. (Walt and Gilson 1994)

Such a model implies that:

- Actors have different ways of thinking on how policies should be developed and managed
- Actors and processes, as well as contents, should be part of the analysis
- The appropriateness of a model depends on the particular circumstances in each case (e.g., the political situation, culture, role of civil society, analytical capacity, etc.)
- Stakeholders have to be transparent about their thinking and approaches to the policy development process.

Another model is the **linear or rationalist** model. It holds that decision-making can and should be carried out in an orderly fashion, starting with an assessment of the problem, the collection of data, a critical analysis, and then a synthesis. This leads to a clear weighing of alternatives, selection of objectives and action, and a system to evaluate performance and outcome. Such an approach would be the least unbiased and, depending on the type of data used, the most evidence-based way of tackling health policy development. The two approaches are not mutually exclusive and, in practice, most processes reflect a mixture of both.

As previously referred to this toolkit is meant to increase stakeholders' participation in a systematic way by bringing them together around the table to make their own collective assessment of important policy and management issues. This will not only help to guarantee that the stakeholders share the conclusions of the review but also improve the prospects that the action proposed collectively will be endorsed afterwards.

INTERNAL AND EXTERNAL PARTNERSHIPS

Key actors in this process are the senior managers at the Ministry of Health. However, they are not able to act alone in policy making. There is an *internal* partnership with national stakeholders: the Ministry of Finance, civil society, and parliament, all of whom play a role in determining the health ministry's "room for

manoeuvre". Feedback on whether policies work comes from the health provision level.

There is also an *external* partnership. Many low-income countries rely heavily on external funding for the implementation of their sector programmes. This dependency gives external partners an important voice in setting the agenda, which may bring national leadership under heavy pressure even if everyone involved in the process accepts the importance of change.

Creating the conceptual framework

The matrix framework used for the Sector Policy Review Tool distinguishes the following four major areas of health policy and management development:

- Mission and policy
- Strategies
- Structure and organization
- Systems

Each area is subdivided into a small number of components that cover many aspects of sector policy and sector management.

The framework is conceived in such a way that the four areas provide support to the sector development as a whole. However, a strategy, organizational structure or system can also stand on its own – with its own mission, strategies, structure and organization and systems. For example, one of the strategies in the mission to reduce the fertility rate could be a national family planning programme, which has its own mission statement, strategies, organization and structure and systems. Nevertheless, they all have in common that they are part of one overall health sector.

The toolkit applies these four policy and management areas in both the fact sheets and the quick scans in each module.

Area 1: Mission – “Why do we do what we do?”

The mission represents the purpose – the reason why the sector exists. It provides guidance, consistency and meaning to the decisions taken within the sector on activities and priorities. Within the mission, a number of basic principles can be defined, such as access, equity, quality of services, sustainability, efficient use of limited resources. The inclusion of these basic principles provides a valuable basis for considering the mission statement when developing sectoral strategies.

The mission statement for the health sector must be formulated in line with the overall mission of the government. Key questions are:

- Does the mission reflect the current purpose of the sector?
- Do all stakeholders know and understand the mission?
- Does the sector use the mission to establish priorities and plan activities?

Area 2: Strategies – “How will we get to where we want to go?”

Policy and strategies must be defined to conform to the mission statement and adequately reflect its various elements. Strategies must ideally cover the needs and desires of its clients and society in general. Mechanisms must therefore be in place so that client representatives and representatives from civil society can participate in the planning and monitoring process. Sector strategies cannot stand alone. They must be defined in relation to other strategies.

Important key questions to ask may include:

- Do the goals and strategies conform to the mission?
- Do the strategies address priority health problems? Are these priorities selected on the basis of objective criteria, relative importance (e.g., “Burden of disease” assessment), cost effectiveness, demand, responsiveness, efficiency, quality or sustainability?

Area 3: Structure – “What is the framework within which we operate?”

The structure of the sector is the skeleton or framework upon which programmes and projects are built. It includes hierarchical structures and the distribution of responsibility. A well-defined structure should encourage individual initiative. This is because when everyone is clear about policies and lines of responsibility, it is easier to make important decisions and push forward implementation.

In this management area, it is particularly important to cover issues of health sector reform and partnership. These include the changing role of the Ministry of Health, devolution of responsibilities to local government, the public/private mix, deconcentration, sector coherence, integration of vertical programmes, partnerships and, last but not least, the involvement of civil society.

Important key questions may include:

- Are roles and responsibilities well defined?
- Are the different entities capable of consistently carrying out their roles and responsibilities?
- Are lines of authority and accountability clear?
- Is the authority for decision-making and implementation at the appropriate level?

Area 4: Systems – “How does the sector carry out its activities?”

The working systems are the interdependent functions that allow a sector to perform its functions. In the health systems area, it may therefore be useful to answer the following key questions:

- Does a planning process exist so that the mission, strategy and structure can be modified in response to changing conditions?
- Does a system exist for assessing and improving the quality of services provided to internal and external clients?

- Is information routinely collected and used to improve performance?
- Are supplies provided when needed?
- Is there a long-term strategy for generating revenue?
- Does a long-term human resources development plan exist and has it been fully integrated?

The modules

At the present time, there are seven modules in the toolkit. Others are in progress and will be published on the website in the near future. The modules are divided in three groups:

MODULES ON OVERALL SECTOR DEVELOPMENT AND CROSS-CUTTING ISSUES

- Module 1: Comprehensive policy and management
- Module 2: Gender mainstreaming
- Module 3: Mainstreaming of HIV/AIDS

MODULES ON HEALTH SYSTEMS DEVELOPMENT

- Module 4: Human resources development
- Module 5: Decentralization
- Module 6: Health financing (in progress)

MODULES ON HEALTH PROGRAMMES

- Module 7: Nutrition
- Module 8: Sexual and reproductive health
- Module 9: Tuberculosis control/DOTs

This booklet contains Module 1 only as an example. All other modules can be found on the CD-Rom, attached to the booklet. The complete document can also be found on the KIT website (www.kit.nl) where additional copies of the CD-Rom can be requested.

Since issues in health policy and management are not static, the modules should be updated regularly. You are invited to send your suggestions for changes to the text. Each time the modules are updated, the new versions will replace the previous ones on our website.

The selection of the module topics is not exhaustive. KIT hopes to add modules on other topics in the coming years. We invite anyone interested in suggesting or assisting in the development of additional modules to contact the Department.

Figure 1: Outline of the contents of Module 1

- Fact sheet: 3-5 pages
- Quick scan: the components are divided into the four management and policy areas, which are defined in the matrix framework
 - o 1 Mission and policy
 - 1.1 The mission statement
 - 1.2 Pro-poor approach
 - 1.3 Gender mainstreaming
 - o 2 Strategies
 - 2.1 Linking strategies and mission
 - 2.2 Priority setting
 - o 3 Structure and organization
 - 3.1 Definition of the sector
 - 3.2 Coherence of the sector
 - 3.3 National ownership
 - 3.4 Donor coordination mechanisms
 - 3.5 Involvement of civil society
 - o 4 Systems
 - 4.1 Resource envelop*
 - 4.2 Use of data
 - 4.3 Human resources development
- Spiderweb presentation of results of the review using quick scan

* combined contributions of various sources of funding

Fact sheets

Each fact sheet consists of several pages of written information on key policy issues plus references to additional publications and websites. The fact sheets provide the stakeholders, such as non-technical staff or general staff, with the basic information required to understand the major issues in either the sector as a whole or in specific programmes or systems. Stakeholders can use the fact sheets to prepare themselves for full participation in discussions that will take place around the quick scan.

Quick scans

The quick scans list four **policy and management areas**, each subdivided in a number of predefined **components**, which are in turn divided into four different **stages of development**. Each stage of development is based on the characteristics of a previous or later stage of development. On reading the descriptions of different stages of development, workshop participants will easily recognize the similarities with their own situation, and they will also be able to identify the differences. Collectively, they will be able to come to a decision on which of the situations described is most similar to their own.

Although the fourth stage is considered the most advanced for integrated, coherent and sustainable health sector development, there may be reasons why

an earlier, less advanced stage of development is more appropriate in some cases. For example, if gender mainstreaming is not very advanced but stakeholders are satisfied with the current level of progress, then the level that has been achieved can be accepted as appropriate.

An example of a quick scan from Module 1, component number 2.1, is provided in Figure 2. This component focuses on linking strategies with mission.

Figure 2: Example of a quick scan of component 2.1, Model 1

Component	Stages of development and characteristics			
2.1 Linking strategies and mission	There are no visible links, and frequently inconsistencies emerge between the mission of the sector and the sector or programme strategies.	With some difficulties one can link some of the sector strategies with the mission but inconsistencies exist between the two.	In most cases, it is not difficult to link the different sector strategies with the mission statement.	The link between sector and programme strategies and the mission is clearly visible and always consistent.
Best fit	1	2	3	4
Description of current status	<i>The emphasis on PHC as a strategy to reach the poor is clearly linked to the mission of providing equitable access to the whole population; however, it is less clear how the strategy to build 10 specialized cardio-surgical units for the urban better off is linked to the mission.</i>			
Proposed action	<i>Reallocate 25% of the budget for the cardio-surgical units to PHC activities.</i>			

The italic text in Figure 2 describes the stakeholder viewpoint on the current status of the link between strategies and mission. The following line describes the proposed action.

Each workshop participant is given an opportunity to draw on his or her experience and judgment to assess the stage of development of a particular component. For example, in this example, participants assess how well the health strategies are linked to the mission.

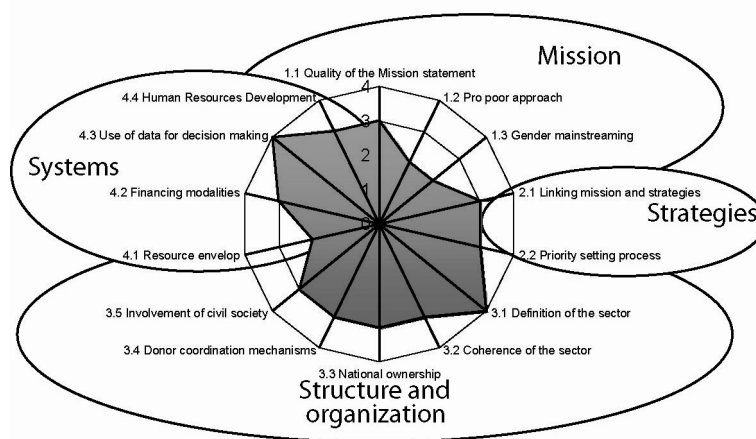
The name of the component is always indicated in the left-hand column. The participant reads through the options and decides which of the four stages of development best represents their organizational situation. The participant then makes a thorough analysis of why a component is at a certain stage of development in order to get a deeper understanding of the type of action required and circles the appropriate number in the "Best fit" line below. In the next line, "Description of the current status", the participant is required to make specific comments on the current status of that component in the blank space provided. In the final line, he or she gives a short description of the proposed action to be taken.

Spiderweb: presenting the results

The outcome of the quick-scans can be presented in an accessible way using what is known as a "Spiderweb" graph. The "best fit" scores reached by consensus during the exercise determine the basic information for the graph.

The spiderweb represents all components of the four policy and management areas. It provides a clear, visual presentation of which components are at an advanced or less advanced stage of development.

Figure 3: Spiderweb presentation of an assessment of the 4 areas and 15 components of overall sector policy and management development



Interpreting the spiderweb: This example suggests that an advanced stage of development has been achieved for component 3.1 (Definition of the sector) and 4.3 (Use of data for decision making). The less advanced components are 1.2 (Pro-poor approach), 1.3 (Gender mainstreaming) and 4.1 (Resource envelop).

Caution: It is tempting to use the results of the spiderweb configuration at subsequent occasions to monitor progress as long as the group is broadly made up of the same participants. However, the validity is questionable because new participants and revised expectations among the same participants can change from one year to the next. The validity of making comparisons between countries or provinces is even lower because of methodological limitations.

How to use the SPR tool

The Sector Policy Review Tool is applied in a structured workshop in which a cross-section of stakeholders participate. A facilitator helps participants to pool individual and collective experiences and knowledge of the sector to achieve a better picture of its current status. The outcome of the workshop should be to produce an image of existing policy and management as a basis for planning improvements.

The SPR Tool provides the methodological basis for a discussion about crucial sector policy and management issues. The process is designed to validate the contributions of each participant. Within a highly structured and focused environment, participants are encouraged to express their views, listen carefully to others, and seek consensus on where the sector stands, where it should be, and how to get there.

The toolkit can be used both at national or decentralized levels. The most important outcome is that follow-up of the workshop is harmonised with the specific roles and responsibilities at the specific level.

Crucial to the process is to create an atmosphere in which participants feel comfortable with the process so that they express their full commitment to the staff and to other stakeholders. A second important condition is that participants are determined to overcome any obstacles between the collective commitment and the desired improvements.

Reaching a consensus among the stakeholders is central to the success of the workshop. This consensus does not imply voting for one or other option. It means taking into account all opinions and coming to a decision that each member can accept and work with – even when it does not completely match his or her own personal preference.

The workshop facilitator must be perceptive and objective, and skilful in resolving conflicts, making clarifications and encouraging teamwork.

EXPECTED OUTPUTS

The SPR Tool will provoke discussions and key decisions on how well the sector is functioning. It will also define specific activities for making improvements.

Other outcomes include:

- A written, collective assessment of the current status of the subject under consideration, including policy and management components and interrelations between the two
- A scoring of the agreed current status against four pre-defined standardized stages of development
- A joint overview of the current status of all components together (spiderweb)

- A consensus among stakeholders on ambitions to reach more advanced stages of development for specific components
- The policy and management component priorities that the sector will focus on during the forthcoming period (one year or longer).

These outcomes can then be used as a basis for producing an action plan either during or after the workshop.

Setting up the workshop

SKILLS AND ROLE OF THE FACILITATOR

The workshop needs an external, independent facilitator with good communication skills who can not only help participants to reach a consensus but also build support for a successful follow-up action after the workshop. The most important roles of the facilitator are:

- To maintain a logical flow and build momentum towards the action plan
- To adhere to the time schedule and interrupt unproductive discussions
- To check the pace of the workshop by regularly requesting feedback on progress and achievements of the groups
- To maintain objectivity and make sure that the voices of all participants are given equal weight
- To solve conflicts in case of disagreements and strong emotions
- To clarify terms, definitions and concepts and ensure that all participants are working from a common basis of understanding
- To ensure that participants see themselves as a team, which will continue to work together after the workshop.

ROLE OF THE PARTICIPANTS

Contrary to other reviews, the participants will do most of the work. The workshop concentrates on the insight of the participants. It compels them to listen carefully to each other, consider the merits of differing viewpoints, and reach common ground on the basis of evidence that they all can accept.

Participants should understand clearly the purpose and objectives of the workshop and the expected outcome. Good instructions and explanations during the opening session will help to achieve this.

SIZE OF THE GROUPS

The workshop can be organized in various ways depending on the time available, the number of participants, and the purpose of the review. An ideal size for a group is difficult to determine but it should not be less than five nor more than twelve participants. In the case of a large numbers of participants, groups can be split up. Following group sessions, it is necessary to organize a plenary presentation so that discussion can take place between the different groups.

DURATION OF THE WORKSHOP

The duration depends upon the setting, the purpose, and the time participants have available. The absolute minimum for one module is one full day. However, if less time is available, the module must be split up into parts that can be dealt with by a number of subgroups whose findings are later presented in plenary. Splitting up in subgroups requires a relatively large number of participants to allow a minimum size per group of at least 6-7 people.

It is worth remembering that the more the emphasis is put on the formulation of an action plan, the longer the workshop will last.

AGENDA FOR THE WORKSHOP

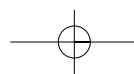
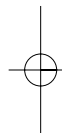
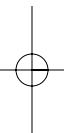
The workshop agenda is flexible and will depend entirely on the situation. The model schedule proposed below can be taken as a guide. The main decision to be taken is whether the whole group will cover all the four areas and components, or whether smaller groups should be formed so that they deal with one or more major area each.

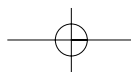
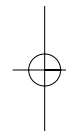
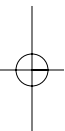
Figure 4: Model agenda for the workshop

<p>Opening</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opening speech, welcome and overall purpose <p>Participants</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Participants introduce themselves <p>Facilitator</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Defines purpose of the workshop <input type="checkbox"/> Collects expectations <input type="checkbox"/> Explains the framework, major areas and components of policy and management development <input type="checkbox"/> Explains the group work <hr/> <p>Group work: Area 1 – Mission and policy</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Individual work <input type="checkbox"/> Working towards consensus within the small groups, current status, best fit and proposed action <hr/> <p>Group work: Area 2 – Strategies</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Individual work <input type="checkbox"/> Working towards consensus within the small groups on current status, best fit and proposed action <hr/> <p>Group work: Area 3 – Structure and organization</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Individual work <input type="checkbox"/> Working towards consensus within the small groups on current status, best fit and proposed action <hr/> <p>Group work: Area 4 – Systems</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Individual working <input type="checkbox"/> Working towards consensus within the small groups on current status, best fit and proposed action <hr/> <p>Plenary session</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Presentation of findings of the subgroups <p>Facilitator</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wraps up on conclusions (ideally using a spiderweb presentation) <input type="checkbox"/> Summarises the plan of actions <input type="checkbox"/> Defines next steps: Who is doing what? <input type="checkbox"/> Evaluates whether expectations have been met <input type="checkbox"/> Asks participants to individually complete the following two evaluation questions: <ul style="list-style-type: none"> • Question 1: How useful is this tool and in which sense? • Question 2: How can it be improved <p>Participants</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fill the evaluation questions: <p>Closure</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Closing speech

Part two

The modules





Module 1: Comprehensive policy and management

Fact sheet

Making the health sector a focus for development efforts originated in the late 1990s. Typically, it represented a response to concerns about the sustainability and effectiveness of development assistance. Aid had fragmented the health sector and created inconsistencies between national and external funding, which had led to the duplication of efforts and sometimes to approaches that were in conflict with each other. Both national governments and donor organizations showed an interest in moving towards a broad-based partnership with longer time horizons. In this new approach, donors would focus on supporting the implementation of agreed national policies rather than managing their own projects.

Sector programmes have successfully been introduced in a limited number of (predominantly highly-dependant) countries. However, to date there is not a single country in which all the basic attributes of sector programmes have been fully developed. All known sector programmes are still hybrid arrangements in which the principles of sector programmes exist alongside a persistence of

Figure 1: Basic attributes of a sector-wide approach (SWAp) – Cassels

- A sustained partnership led by national authorities, involving different arms of government, groups in civil society, and one or more donor agencies
- The goal of achieving improvements in people's health and contributing to national human development objectives
- An appropriate institutional structure and national financing programme defined in the context of a coherent sector
- A collaborative programme of work, focusing on
 - The development of sectoral policies and strategies, which define the roles of the public and private sector in relation to the financing and provision of services, and provide a basis for prioritising public expenditures
 - The preparation of medium-term projections of resource availability and sector financing and spending plans, consistent with a sound public expenditure framework
 - The establishment of management systems by national government and donor agencies, which facilitate the introduction of common arrangements for the disbursement and accounting of funds, procurement of goods and services, and monitoring sectoral performance
 - Institutional reform and capacity building in line with sectoral policy and the need for systems development
 - Established structures and process for negotiating strategic and management issues, and for reviewing sectoral performance against agreed milestones and targets.

parallel structures. This is not important as long as the national authorities are able to adhere to the basic principle of a sustained partnership for a coherent sector development.

SUSTAINED PARTNERSHIP

Partnership, under national leadership, is central to the concept of sector policy development. Without a firm government commitment to support the process, the chances of success are limited. National leadership must allow for negotiation based on a scrutiny of its policy and spending priorities. Once agreement is reached on priorities and the level of investment, all parties must assume full collective responsibility for subsequent achievements and failures.

Inevitably, what happens in practice is often different from the assumptions and expectations of the original partnership agreement. The main reasons are that the agreement is often over ambitious with unrealistic targets, and national authorities have limited capacity to lead the process of sectoral development. Another reason is that the external partners may not be prepared to step back from centre stage. The ministry side of partnership may be restricted to a few officials from the planning department, while the participation of other health ministry departments and different arms of the government is vital to success. Experience also shows that only a limited number of development partners are actively supportive of sectoral policies while other aid agencies continue "doing business as usual".

The participation of civil society is equally necessary in the government and development partnership on SWAps. However, governments often have an uneasy relationship with community-based organizations, which often offer a critical perspective of government performance.

IMPROVING HEALTH STATUS

Although achieving an improvement in people's health status is the final goal of national health systems, this receives little attention in health sector reforms. By definition, "Health Sector Reform" aims at institutional processes, the strengthening of organizations, and more equitable financing mechanisms. HSR may address the cost-effectiveness of health interventions, but its core business does not include deciding on whether or not certain programmes have effectively improved health status. Global health initiatives target either diseases (Stop TB, Roll Back Malaria) or specific health hazards (road accidents, smoking, obesity) and it is assumed that a reduction in the disease or health hazards will contribute to an improvement in people's health status. Given limited resources, improvements in people's health status can best be achieved through cost-effective and essential, basic health packages extended to the entire population.

COHERENCE OF THE SECTOR

Sectoral programmes are meant to offer “coherence” within the sector as an alternative to the fragmentation that has been created by multiple projects. The internal consistency of an organization can easily be disrupted if parallel systems undermine the organizational capacity building of sector ministries. This happens when senior staff are distracted by parallel systems from fulfilling their key strategic responsibilities. Parallel systems are particularly problematic if the external funding goes against national policies.

The recently created Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) is a phenomenon that is inconsistent with the basic principles of SWAPs. This is because (1) funds are earmarked for certain conditions, (2) funding mechanisms require a parallel structure, and (3) the priority given to these three conditions may be inconsistent with national priorities and strategies. In spite of this, it is extremely important to open a dialogue on the integration of the substantial GFATM funds into the joint work programme. Practice in some countries has shown that it is appropriate to compromise on certain basic dogmas, such as a mode of funding, if this can achieve gains in terms of integration.

It is extremely important that the roles and responsibilities of the different departments of the health ministry are clearly defined. It is equally important that these conditions are put into practice, which is often not the case. For example, in spite of a general policy of only one general financial and administrative department, each individual ministerial department has often started up its own section to deal with finance and administration. Some departments even continue to direct a flow of funds to their own projects and programmes.

The role of the planning department in coordinating the allocation of resources to different departments and subordinate institutions may not be very visible. This can result in a de-harmonization of the sector’s priorities. The classic example is when the uncontrolled building of new hospitals takes place without any planning for increased staff and running costs.

COLLABORATIVE PROGRAMME OF WORK

The sectoral partnership is based on a collaborative programme of work that should include the four following four components:

1. Sectoral policies and strategies
2. Resource availability
3. Common management systems and funding modalities
4. Institutional reform and capacity building.

Sectoral policies and strategies

Ideally, the sector approach covers the entire network of public and private institutions that are financed, managed, or regulated by the ministry of health. Yet even this may represent too narrow an approach because it may fail to

address the multiple determinants of ill health. However, a strong argument can be made for focusing on one rather than on multiple sectors because a broad approach that defines clearly the complementarity of interventions of more than one sector is shown to be most effective. Working through well-defined, existing institutional and financial structures has significant advantages over trying to operate in composite structures across different ministries.

As in any sector, health goals and strategies must fit within the overall human development objectives of the government. The government often aims to improve the health status of the population in general, while the international community applies pressure for a focus on issues such as gender mainstreaming, poverty reduction, and the promotion of poor people's health.

"Mainstreaming" as a strategy to achieve gender equality focuses on two main aspects. First, it aims at an equitable distribution of resources, opportunities and benefits within the mainstream development process. This requires the integration of equality concerns into the analyses and formulation of policies, programmes and projects. The objective is to ensure that policies have a positive impact on women and reduce gender disparities. Second, it requires strategies that enable women to formulate and express their views, and to participate in decision-making across all development issues.

Poverty issues within the sector are effectively addressed by:

1. Good diagnosis and identification of the actions needed to address it;
2. Making use of the diagnosis to define a credible sector strategy that gives priority to benefiting the poor;
3. Planning an appropriate and reliable provision of resources, given other priorities;
4. Putting in place an effective mechanisms to ensure intended benefits actually reach the poor;
5. Generating information for monitoring and feed back, and ensuring that this information is acted upon;
6. Making sure that policies and strategies have been developed in a collaborative process based on the analysis of key stakeholders within the sector. (ODI 2000)

No national government would dispute the importance of cross cutting issues, such as gender mainstreaming or addressing the needs of the poor. However, political realities and the overall responsibility for providing health care for the entire population often produce constraints. When this happens, development partners may be tempted to target funding at programmes for specific vulnerable groups, or for conditions that most affect the poor. Such targeting may, for example, be for primary health care or special programmes. However, targeting has proven to be ineffective since the government's normal reaction is then to increase its funding to the tertiary level (fungibility).

In principle, funding that is not targeted is a more appropriate and sustainable funding modality. External partners should come to an agreement with the

government on clear performance targets for gender mainstreaming and poverty, and a monitoring system that includes gender and poverty related performance indicators. These should be agreed as part of a joint overall medium-term expenditure framework for the sector.

Resource availability

The estimation of total resources available should be as comprehensive as possible. It must include funds available for public services from the ministry of finance, donor funding and fee income, plus projections of private (out-of-pocket) expenditure and from different forms of health insurance (Figure 2), voluntary organizations and private companies. National health accounts, which relate sources of funds and the uses to which they are put, provide a useful means to inform decisions on public spending priorities.

Fluctuating revenues and competing demands from other sectors affect the actual level of resources received from the finance ministry. Another problem is that development partners are rarely in a position to make long-term financial commitments. However, they should be able to provide indicative planning figures.

Figure 2: Description of five important modes of health financing

- **Tax-based financing:** service delivery often inequitable, biased towards urban areas and hospitals rather than the rural poor; reliance on indirect taxation raises questions of equity; limited tax base provides low level of funding.
- **Social insurance financing:** often, only people in formal sector employment covered; redirects money away from the poor; even with universal coverage, inequitable access remains a problem.
- **Private health insurance:** those able to afford it often benefit from capturing government subsidies, such as private insurers dumping expensive cases on the public system; regulations to encourage the redirection of resources towards the poor cannot be ensured.
- **User fees:** often results in less people using the service, especially amongst the poor; design and implementation has been poor; requires reallocation of resources from rich to poor areas; no incentive to exempt the poor from payment.
- **Community-based health insurance:** offers considerable benefits to poor where operated successfully although the very poor require special arrangements to allow access; geographical inequities require redistribution.

Source: Eldis – Health systems Resource Guide

To safeguard sustainability, it is of utmost importance that sector-spending programmes are embedded in a sound macroeconomic framework. Even in low-income countries, where the social sectors are usually heavily under funded, it is vital to find the right balance between ensuring resources for a minimum level of health care and avoiding external dependency that may jeopardize financial sustainability.

Once the total available funding is estimated, it must then be converted into sector spending plans. These should take into account both recurrent and capital expenditure. The degree to which these spending decisions reflect priorities must be set out in the policy framework.

The sector financing plans must provide information on the different sources of funds within the health sector, e.g., the proportion of funds from external sources, health insurance systems, and so on.

Common management systems and funding modalities

Common management systems are not only meant to harmonize procedures, they are also intended to ensure that development partners use national systems for monitoring performance and financial management arrangements. Experience has shown that some bilateral donors, and also the multilateral agencies, have difficulties with common management systems, because of requirements on financial accountability or because they want to be associated with specific inputs or outcomes.

The funding modalities of external support are particularly important. The most advanced stage of development is when all external funding to the sector is channelled through the finance ministry as general or sector budget support. The prerequisites for this are a stable macroeconomic environment and a satisfactory level of accountability in the management of public finances.

When a development partner is determined to ensure that funds are actually reaching the health sector, the "Sector Budget Support" modality may be preferred. This approach to health sector support can be either non-targeted or targeted to one or more specific government budget lines.

Figure 3: Overview of different funding modalities in use by the European Commission

- ❑ **Budgetary Aid** (on budget) – General macroeconomic budget support to the Treasury.
- ❑ **Sector Budget Support** (on budget) – the preferred funding modality wherever conditions permit. A sound macroeconomic framework and satisfactory management of public finances is required. Distinction can be made between targeted and non-targeted sector budget support. Targeted budget support can be used only for specific national budget lines and requires a double signature. Targeted sector budget support should only be proposed in the case of serious liquidity problems at the Treasury.
- ❑ **Common Pool Funding** (off budget) – this represents the second form of financing, in which the resources of the EC are pooled with allocations from other external partners. The main purpose is to reduce transaction costs for the government. Funds are transferred to a special account, which is managed either by one of the development partners or by the government itself.
- ❑ **Specific EC procedures** (off budget) – this is actually the classic, project funding mode although it is put into a wider perspective of overall sector development. It is the least preferred modality of the EC and may only be used as an interim measure if other modalities would incur high transaction costs (e.g., huge capital investments) or to accommodate government and legal requirements.

Source: Guidelines for European Commission to Sector Programmes, February 2003

Another well-known modality is that of “basket funding”. Figure 3 provides an overview of the different modalities in use by the European Commission. It gives a brief explanation of which modality is the most appropriate in different situations.

Institutional reform and capacity building

Weak institutional capacity can be a major constraint on comprehensive sector development. Institutional reform and capacity building focus on supporting government in strategic planning and policy, and budgetary and financial analysis. Structures, systems and incentives must be developed in both the public and private sector to manage health services in line with national policies and common management arrangements.

Reviewing sectoral performance and negotiating strategies

The process of reviewing sectoral performance and negotiation strategies is not a one-off exercise. It should obey the rules of medium- and short-term sector management cycles. Ideally, the medium-term cycle will be synchronized with the overall socio-economic development cycle, of which the health sector is an integral part.

The medium-term cycle starts with an overall review of performance in relation to the health needs of the population in the broadest possible sense. It comprises of a review of the sector’s output in terms of mortality and morbidity figures and responsiveness to people’s demands. The review also addresses the wider policy environment; the sector’s mission and the appropriateness of both the programmatic and systems strategies; the organizational structure of the sector, and the systems established to implement them. These topics form the basis for the “Quick Scan”, which accompanies this fact sheet. The four policy and management areas are further subdivided into 15 specific components.

The process of policy formulation starts with a discussion of the mission or vision that provides the basis for the formulation of sectoral goals and objectives. Active involvement of civil society is essential at this stage. The development partners should participate from as early as possible to negotiate the policy agenda.

The respective roles of the public, private and voluntary sectors must be defined for both the financing and the provision of health care. The policy framework should identify the policy instruments and the institutional arrangements that set the agenda for capacity building and institutional development. It should provide guidance for prioritization of government and donor expenditure within the overall public and private resource envelop.

Any links with general civil service and public sector reform, such as managerial decentralization, changing staff incentives, and personnel management, must be specified.

Sectoral policies must next be translated into a medium-term overall strategic programme of work, with clearly defined targets and annual plans. The process is similar for short-term reviews though these are far less extensive. They serve to monitor progress on implementation of the annual plan and allow adjustments in future planning.

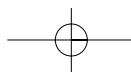
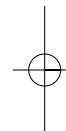
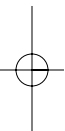
REFERENCES

- Buse K. Keeping a tight grip on the reins: donor control over aid coordination and management in Bangladesh. *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).
- Cassels A., Janovsky K. Viewpoint, Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? *The Lancet* 1998; Vol 352, November 28.
- Cassels A. A guide to sector-wide approaches for health development. Concepts, issues and working arrangements, Draft 2. UK Department for International Development, European Commission, World Health Organization, November 1997.
- DANIDA. Evaluation: Danish bilateral assistance to health, 1988-1997. Danida, Copenhagen. 2000 (in final stages of preparation).
- Dubbeldam R., Bijlmakers L. et al. Sector-wide approaches for health development: Dutch field experiences in international cooperation. *Focus on Development Series No. 11*, Ministry of Foreign Affairs (DGIS), The Netherlands, 1999.
- European Commission. Guidelines for European Commission support to sector programmes, February 2003.
- Foster M., Brown A. and Conway T. Synthesis report, Current issues in sector-wide approaches for health development. World Health Organization, May 2000.
- Foster M., Brown A., Norton A. and Naschold F. The status of sector wide approaches (prepared for Ireland Aid). Dublin, ODI, February 2000.
- Focus on Development 11, Sector-wide approaches for health development, DGIS, December 1999.
- Forss K., Birungi H. and Saasa O. Sector wide approaches: from principle to practice, *Andante – tools for thinking AB*. Department of Foreign Affairs, Dublin, Ireland. May 22nd, 2000.
- Harrold P. and Associates. The broad sector approach to investment lending. *World Bank Discussion Papers, 302 (Africa Technical Department Series)* 1995.
- Jones S.P. Sector investment programs in Africa. *World Bank Discussion Papers, 374*, 1977.
- Lanjou S., Macrae J. and Zwi A.B. Rehabilitating health services in Cambodia: the challenge of coordination in chronic political emergencies. *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).
- Lake S. and Musumali C. Zambia: the role of aid management in sustaining visionary reform. *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).
- NORAD. Linking macro-economic concerns with sector strategies: A review of donor experiences, Report from seminar on sector-wide approaches, February 9-11, 1999.
- Okidegbe N. Fostering sustainable development. *World Bank Discussion Papers, 363*, 1997.
- Pinto M. Towards a new investment concept in the health sector. Pan American Health Organization, World Health Organization, Document Series No.2, Regional plan for investment in the environment and health, May 1994.

- Schneider H. and Gilson L. Small fish in a big pond? External aid and the health sector in South Africa. *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).
- Suthiwart-Narueput S. The economic analysis of sector investment programs. World Bank, Policy Research Working Paper, September 1998.
- Swift D. Basic education, technical assistance and the sector-wide approach. Nuffic, DFID, 2-4 September 1999.
- UNFPA and sector-wide approaches (introduction). April 2000.
- Waddington C. Does earmarked donor funding make it more likely or less likely that developing countries will allocate their resources towards programmes that yield the greatest health benefits? *Bulletin of the World Health Organization*, September 2004; 82(9).
- Walt G., Pavignani E., Gilson L. and Buse K. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWApS? *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).
- Walt G., Pavignani E., Gilson L. and Buse K. Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).
- World Bank. Conditionality revisited: A new approach in Burkina Faso, *PREMnotes* 35, January 2000.
- World Bank. Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why. *Policy Research Report* (D. Dollar et al.) 1998. Oxford University Press.
- World Health Organization, Lessons of experience from sector-wide approaches in health. September 1999.

KIT Development Policy and Practice website,
http://www.kit.nl/health/html/swap_conferences.asp

Swiss Tropical Institute, SWAp website,
<http://www.dgoups.org/goups/sdc-health-swaps>



Quick scan

Component	Stages of development and characteristics			
1. Mission and policy				
1.1 The quality of the mission statement for the sector	There is more or less a mission statement for the sector as a whole, but individual programmes define their own mission statements to guide their work.	The mission statement for the sector is defined but it lacks the level of detail to provide guidance for programming. Consequently, it has a limited effect on priority setting and activity planning.	The wider mission of the government is reflected in the mission for the sector. It would be more useful if it were more specific.	The mission statement for the health sector follows the overall mission of the government and/or the PRSP. It provides clear policy guidance on important overarching issues, such as gender, poverty, HIV/AIDS and the involvement of civil society in planning and monitoring.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				
1.2 Pro-poor approach	No strategy exists for targeting health services delivery to poor people, nor do mechanisms exist for equitable financing.	The sector has strategies related to service provision and financing that are intended to have a positive influence on the health of the poor.	Significant health service delivery and financing strategies are in place that are intended to increase the access of poor people to health services delivery, but there is no evidence that they have any impact on the health needs of the poor.	The sector has a clear policy on the provision of quality health services and equitable financing mechanisms to meet the health needs of poor people. Recent evidence exists that it adequately addressing the needs.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				

Component	Stages of development and characteristics			
1.3 Gender mainstreaming	Gender is being debated within the government due to external pressure, but this has so far not resulted in any action.	The Ministry of Health has now agreed upon the formulation of a gender policy for the health sector.	Gender is explicitly included in the health sector. Policy and strategies have been defined, but there is still much to be done in terms of converting strategies into action.	There is a comprehensive gender policy with clear strategies to address the different health needs of men and women, including in relation to access to services.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				
2. Strategies				
2.1 Linking strategies and mission	There are no visible links, and frequently inconsistencies emerge between the mission of the sector and the sector or programme strategies.	With some difficulties one can link some of the sector strategies with the mission but inconsistencies exist between the two.	In most cases, it is not difficult to link the different sector strategies with the mission statement.	The link between the sector and programme strategies and the mission is clearly visible and always consistent.
Best fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				
2.2 Priority setting process	To a large extent, external donor funding for specific health programmes is determining an agenda that does not necessarily reflect the priorities of senior staff of the Ministry of Health, nor that of civil society.	The intention of the Ministry of Health is to provide a package of care based on "evidence-based" epidemiological data. Some external partners are supportive but others bypass the system by continuing to focus on their own mandates.	An evidence-based package of health services, intended to respond to clients' needs and targets for health systems development, has been agreed upon by the Ministry of Health and external partners.	There is a regular exchange between national government, civil society and external partners on health service delivery and systems development, based on epidemiological data and client perception studies. Strategies are monitored on the basis of efficiency and equity criteria.
Best fit	1	2	3	4

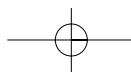
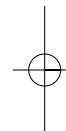
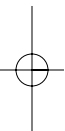
Component	Stages of development and characteristics			
Description of current status				
Proposed action				
3. Structure and organization				
3.1 Definition of the sector	The sector is defined as the network of government health services.	The sector is defined as the network of public and private institutions that are financed, managed, or regulated by the Ministry of Health.	The sector includes all public and private institutions that are financed, managed, or regulated by the Ministry of Health, and there is recognition of the complementarity of interventions of other sectors.	Aside from its specific tasks in the regulation of all public and private institutions, the Ministry of Health also defines its responsibilities in the health-related functions of other sectors.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				
3.2 Organization of the Ministry of Health	The Ministry of Health can best be described as the "Ministry of Projects", in which vertical programmes seriously compromise the coherence of the sector. All decision-making on targets and resource allocation is centrally controlled by the central administration of the Ministry.	Each department of the Ministry of Health does its own planning, which is based on the overall health policy framework. However, coordination and cooperation between departments and programmes is failing most of the time. Some managerial tasks have been delegated to lower levels, but the central administration in the Ministry remains in charge of budget allocation, staffing and the setting of output targets.	All departments of the Ministry of Health work together in harmonizing departmental plans, but periodic interdepartmental coordination could be significantly improved. The central administration of the Ministry has delegated important decision-making tasks to the provincial and district level, but it remains in charge of the allocation of most of the resources and senior staff.	The Ministry of Health is involved in the planning and implementation of a coherent structure in which there are strong interdepartmental coordination mechanisms and regular exchanges on the progress of departmental plans. The responsibility of the Ministry of Health is restricted to policy and strategy development, and monitoring and regulation.
Best fit	1	2	3	4

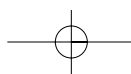
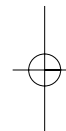
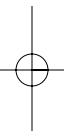
Component	Stages of development and characteristics			
Description of current status				
Proposed action				
3.3 National ownership	National ownership is more or less an echo of known donor policy by government. There is a desperate need for donor funding. External partners are in real sense setting the agenda.	The importance of national ownership is generally recognized. However, most external partners continue to make this concern subsidiary to the specific mandates of their organizations.	External partners usually recognize the importance of national ownership but it is still sometimes overruled in order to meet their mandates.	National ownership allows for negotiation based on a joint scrutiny of policy and spending priorities; however, once agreement is reached over priorities and the level of investment, all partners share responsibility for the decisions taken.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				
3.4 Donor coordination mechanism	Coordination between the Ministry of Health and external partners is at the level of information sharing. There are no formal coordination mechanisms and the health ministry negotiates on a bilateral basis with the different external partners.	A small, but growing, group of external partners are working with the Ministry of Health to create a number of formal coordination mechanisms for external support. Partners are still too heavily involved in the details of implementation rather than focusing on policy.	A system for regular sector consultation and coordination between the Ministry of Health and its external partners has been organized. Policy decisions are formalized in Memorandum of Understandings, but one side or the other sometimes overrules them, and no mechanism exists for conflict solving.	The Ministry of Health and all external partners share responsibility for policy making and monitoring. External partners are withdrawing from the details of implementation. Formal mechanisms for consultation are in place, which include a "Code of conduct" and official Memorandum of Understandings.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				

Component	Stages of development and characteristics			
3.5 Civil society and local government involvement	The government has an uneasy relationship with civil society, including NGOs. Its involvement in programme design and implementation is minimal. Local government does not exist, nor does it have a voice in health issues.	The government has assessed clients' needs and desires. Civil society, via NGOs, is sometimes consulted in the formulation of sector strategies. Local government has been installed, but has no budget and its role and responsibilities in health issues are poorly defined.	The participation of civil society took place at the start of the planning process but its involvement in monitoring is not well structured and therefore tends to be irregular. Many tasks at the district level have been transferred to local government, but without any transfer of the skills needed to manage the services.	A wide, two-way communication with civil society at all levels has been sustained ever since the first formulation and monitoring of the "Joint programme of work". Planning, implementation and financing of health care at the district level is in hands of the local government, which is responsible to the district health director.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				
4. Systems				
4.1 Overview of the resource envelop	Insight into the overall resource envelop for the health sector is to a great extent restricted to the annual projections for the sector by the Ministry of Finance; the real available budget during the year is however only a fraction of the approved budget.	In addition to the health budget from the Ministry of Finance, the Ministry of Health has a good insight into the budgets of all its external partners. However, the actual availability of funds is unpredictable.	The Ministry of Health has a fairly complete overview of both the government and the external budget. It also has an estimate of the resources generated by cost-recovery mechanisms in the public sector. However, it lacks information on the expenditure in the private sector, including that of NGOs.	Both the Ministry of Health and the Ministry of Finance are aware of the budget and expenditure in both the public and private health sector. Regular estimates of client expenditure via insurance or out-of-pocket payments are available.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				

Component	Stages of development and characteristics			
Proposed action				
4.2 Financing modalities of external support	All support to the sector is provided through individual projects, each having its own operating modality.	A number of external partners have come to an agreement with the government on pooling arrangements, known as "basket funding".	Some external partners have agreed on (targeted) sector budget support to the health sector. The pooling of funds exists among other arrangements.	An increasing number of external partners have agreed on macro-economic budget support to the Government, in addition to other funding mechanisms for the sector.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				
4.3 Use of information for decision making	Nearly all programmes have their own information system.	An integrated national health information system (HIS) exists, but it is restricted to health service delivery output. The role of operational research is at an embryonic stage.	The integrated National Health Management Information System (HMIS) allows the input of resources to be linked with the output of health services. However, the analysis and use in decision making only takes place at the (regional and) central level. The importance of operational research is recognized but could be better organized.	The integrated HMIS allows input to be matched with output. Data are analyzed and used for evidence-based decision-making at all levels of the health system. Operational research is coordinated at the national level.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				

Component	Stages of development and characteristics			
4.4 Human Resources Development	The Human Resources Development policy is restricted to rather unrealistic, long-term projections of staffing needs.	The HRD policy provides realistic scenarios for long- or medium-term staffing and training needs.	Aside from realistic projections for staffing needs, the HRD policy addresses pre-service training needs and staff performance issues.	The HRD plan includes staff allocation policies, staff management and performance assessment and comprehensive training programmes that are harmonized with investment plans for physical infrastructure.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				
4.5 Common management arrangements	The need for common management arrangements for financing and supplies has been recognized but so far not resulted into concrete action.	A small number of external partners have established joint management arrangements for financing and procurement, while others maintain their parallel systems.	Most donor procedures are harmonized with mutually agreed systems, but some external partners are still bound to their own systems.	All procedures of the external partners are harmonized with mutually agreed national systems.
Best Fit	1	2	3	4
Description of current status				
Proposed action				





Stades de développement et caractéristiques				Composantes
Mellieure correspondance	1	2	3	4
<p>4.5 Arrangements de gestion commune</p> <p>Le besoin d'arrangements pour une gestion commune est reconnu, mais cette reconnaissance n'a pas encore abouti dans des actions concrètes.</p>	<p>Un petit nombre de partenaires externes a été établi des arrangements de gestion commune pour des partenaires externes, tandis que d'autres systèmes parallèles.</p>	<p>La plupart des procédures des partenaires externes sont harmonisées avec certains partenaires externes sont encore limités par leurs propres systèmes.</p>	<p>Toutes les procédures des partenaires externes sont harmonisées avec des systèmes nationaux communément convenus.</p>	<p>Description de l'état actuel</p>
Action proposée				

Composantes				
Stades de développement et caractéristiques				
Meilleure correspondance	Description de l'état actuel			
	Action proposée			
4	3	2	1	
La politique du développement des ressources humaines comprend de directives politiques claires sur l'allocation, la gestion du personnel et également l'évaluation des performances du personnel et des programmes généraux de formation qui sont harmonisés avec des plans d'investissement pour l'infrastructure physique.	En dehors de projections réalisées de besoins en personnel, la politique du développement des ressources humaines traite des questions concernant la formation préalable au service et la performance du personnel.	La politique du développement des ressources humaines fournit des scénarios réalistes pour les besoins en personnel à long et à moyen terme pour tout le secteur.	La politique du développement des ressources humaines est limitée à des projections (plutôt non réalistes) à long terme des besoins en personnel.	Le développement des ressources humaines est limité à des projections (plutôt non réalistes) à long terme des besoins en personnel.
4	3	2	1	
tous les niveaux du système de la santé. La recherche organisationnelle est coordonnée au niveau national.	reconnue, mais elle pourrait être organisée d'une meilleure façon.			

Stades de développement et caractéristiques					
Composantes	Meilleure correspondance				
	Description de l'état actuel	Action proposée			
	Description de l'état actuel				
	Action proposée				
4.2	Meilleure correspondance	1	2	3	4
<p>Les modalités de l'appui externe</p> <p>Tout l'appui au secteur est fourni par le biais de modalités des projets individuels, chacun ayant ses propres modalités de fonctionnement.</p> <p>Un nombre de partenaires externes a convenu avec le gouvernement des ententes de mise en commun des fonds (parier de financement).</p> <p>Certains partenaires externes se sont engagés à donner une aide budgétaire sectorielle (cible) au secteur de la santé en plus d'autres arrangements ont été élaborés, y compris la mise en commun des fonds.</p>					
<p>4.3</p> <p>L'utilisation du système d'information pour la prise de décision</p> <p>Presque chaque programme a son propre système d'information.</p> <p>Un système intégré national d'information de santé existe, mais il est limité aux résultats des prestations de services de santé. La recherche opérationnelle se trouve à un stade embryonnaire.</p> <p>Le système intégré national d'information permet de lier les entrées (input) des ressources avec les résultats des entrées (input) des ressources avec les données des résultats (output) des services (output) des données pour la prise de décision a lieu aux niveaux régional et central. L'importance de la recherche opérationnelle est</p>					

Composantes		Stades de développement et caractéristiques			
Action proposée					
Description de l'état actuel					
Action proposée					
Meilleure correspondance					
		1	2	3	4
3.5	<p>Implication de la société civile</p> <p>Le gouvernement a une relation difficile avec la société civile et son implication dans la conception de programmes et la mise en œuvre est minimale. Le gouvernement local n'existe pas ou n'a pas de voix dans la solution des problèmes de la santé. La solution des problèmes de la santé. Le gouvernement local n'a pas de budget et son rôle et ses responsabilités dans les questions de santé sont mal définis.</p> <p>gouvernement local</p> <p>Le dialogue avec la société civile existe au niveau des soins financé au niveau du district est entre les mains du gouvernement local qui est responsable devant le directeur de santé du district.</p>	<p>Les besoins et souhaits des clients ont été évalués par le gouvernement. La société civile – par implication dans la formulation et le suivi des stratégies. Il existe un gouvernement local mais il n'a pas de budget et son rôle et ses responsabilités dans les questions de santé sont mal définis.</p> <p>La participation précède de la société civile existe au démarrage du processus de planification, mais son implication dans le suivi n'est pas organisée et reste donc minimale. Beaucoup de tâches au niveau du district ont été transférées vers le gouvernement local, mais sans transfert de ressources humaines et de capacités nécessaires pour gérer les services.</p>	<p>La participation précède de la société civile existe au démarrage du processus de planification, mais son implication dans le suivi n'est pas organisée et reste donc minimale. Beaucoup de tâches au niveau du district ont été transférées vers le gouvernement local, mais sans transfert de ressources humaines et de capacités nécessaires pour gérer les services.</p>	<p>Le dialogue avec la société civile existe au niveau des soins financé au niveau du district est entre les mains du gouvernement local qui est responsable devant le directeur de santé du district.</p>	<p>Le dialogue avec la société civile existe au niveau des soins financé au niveau du district est entre les mains du gouvernement local qui est responsable devant le directeur de santé du district.</p>
4.1.	<p>Évaluation de l'enveloppe de ressources</p> <p>Les renseignements de l'enveloppe globale de ressources pour le secteur de la santé sont largement limités aux projections annuelles ; le budget réel disponible pour l'année n'est qu'une fraction du budget approuvé par le gouvernement.</p>	<p>En addition au budget de santé du ministère des Finances, le ministère de la Santé a des renseignements budgétaires connaitance des dépenses et le budget des secteurs externes. Il a également une estimation des ressources générées par les mécanismes de recouvrements des coûts dans le secteur de la Santé que le ministère des Finances connait. Les dépenses et le budget des secteurs externes. Il a également une estimation des ressources générées par les mécanismes de recouvrements des coûts dans le secteur de la Santé que le ministère des Finances connait.</p>	<p>Le dialogue avec la société civile existe au niveau des soins financé au niveau du district est entre les mains du gouvernement local qui est responsable devant le directeur de santé du district.</p>	<p>Le dialogue avec la société civile existe au niveau des soins financé au niveau du district est entre les mains du gouvernement local qui est responsable devant le directeur de santé du district.</p>	<p>Le dialogue avec la société civile existe au niveau des soins financé au niveau du district est entre les mains du gouvernement local qui est responsable devant le directeur de santé du district.</p>

4. Systèmes

Composantes						
Stades de développement et caractéristiques						
3.3	L'appropriation nationale	L'appropriation nationale est en général l'écho de la politique établie par les donateurs, parce que le gouvernement est désespérément en quête de fonds. Les partenaires externes sont en fait ceux qui fixent l'agenda.	1	2	3	4
Meilleure correspondance		Description de l'état actuel		Action proposée		
3.4	Les mécanismes de coordination des donateurs	La coordination entre le ministère de la Santé et les partenaires externes se trouve au niveau constant – et le ministère de la Santé ont commencé avec la création d'un certain nombre de mécanismes formels de coordination pour obtenir un appui externe. Les partenaires sont encore trop impliqués dans les détails de la mise en œuvre et ne visent pas la politique.	1	2	3	4

Stades de développement et caractéristiques				
Meilleure correspondance	1	2	3	4
<p>Composantes</p>	<p>Le ministère de la Santé peut être qualifié comme le ministère de projets, où les programmes verticaux compromettent sérieusement la cohérence du secteur. Toute la prise de décision concernant les objectifs à atteindre et l'allocation de ressources est contrôlée par l'administration centrale du ministère de la Santé.</p>	<p>Chaque département du ministère de la Santé a sa propre planification, qui est basée sur le cadre de la politique générale de santé. La coordination et la coopération entre les départements et les programmes est cependant très souvent un échec. Certaines tâches relatives à la gestion ont été déléguées à des niveaux inférieurs, mais l'administration centrale du ministère de la Santé reste en charge de la fixation des résultats à atteindre.</p>	<p>Tous les départements du ministère de la Santé travaillent ensemble dans l'harmonisation de plans départementaux, mais la coordination entre ces départements pourrait être améliorée de façon significative. L'administration centrale du ministère de la Santé a délégué des tâches décisionnelles aux niveaux provincial et district, mais il reste en charge de l'allocation de la majorité des ressources et de la dotation en personnel supérieur.</p>	<p>Le ministère de la Santé est impliqué dans la planification et la mise en œuvre d'une structure cohérente dans laquelle se trouvent de solides mécanismes de coordination inter-départementale et il y a régulièrement un échange sur le progrès réalisé par les plans départementaux. La responsabilité du ministère de la Santé est limitée au développement stratégique et politique au suivi et à la réglementation.</p>
<p>correspondance</p>	1	2	3	4
<p>Description de l'état actuel</p>				
<p>Action proposée</p>				
<p>Organisation du ministère de la Santé</p>				
<p>Meilleure correspondance</p>	1	2	3	4
<p>Description de l'état actuel</p>				
<p>Action proposée</p>				

Stades de développement et caractéristiques					Meilleure correspondance	Description de l'état actuel	Action proposée
Composantes	1	2	3	4	Meilleure correspondance	Description de l'état actuel	Action proposée
<p>2.2</p> <p>Le processus de fixation des priorités</p> <p>Les financements des donateurs externes pour des programmes de santé spécifiques déterminent pour une très grande part l'agenda qui ne reflète pas nécessairement les priorités de la direction du ministère de la Santé, ni de la société civile.</p>	<p>1</p> <p>Les résultats des programmes de santé basés sur des données fondées sur des résultats scientifiques et épidémiologiques. Certains partenaires externes soutiennent le ministère, mais d'autres dépassent le système parce qu'ils continuent à cibler leur propre mandat.</p>	<p>2</p> <p>Le ministère de la Santé est de fournir un paquet de services de santé basé sur des données fondées sur des résultats scientifiques et épidémiologiques dans le but de répondre aux besoins de la population et des cibles pour le développement de systèmes de santé.</p>	<p>3</p> <p>Le ministère de la Santé et ses partenaires externes ont développé un paquet de services de santé basé sur des données fondées sur des résultats scientifiques et épidémiologiques, santé basée sur des données fondées sur des résultats de santé et le développement de systèmes, santé basée sur des données fondées sur les résultats scientifiques et épidémiologiques et études des perceptions des clients. Les stratégies sont suivies sur la base de critères d'équité et d'efficacité.</p>	<p>4</p>	<p>Le processus de fixation des priorités</p>	<p>Le processus de fixation des priorités</p>	<p>Le processus de fixation des priorités</p>
3. Structure et organisation							
<p>3.1</p> <p>Définition du secteur</p> <p>Le secteur est défini comme le réseau des services de santé gouvernementaux.</p>	<p>1</p> <p>Le secteur est défini comme le réseau des institutions publiques et privées qui sont financées, gérées et réglementées par le ministère de la Santé.</p>	<p>2</p> <p>Le secteur comprend toutes les institutions publiques et privées, institutions publiques et privées, gérées et réglementées par le ministère de la Santé, et la complémentarité de l'intervention d'autres secteurs est reconnue.</p>	<p>3</p> <p>Le secteur comprend toutes les institutions publiques et privées, institutions publiques et privées, gérées et réglementées par le ministère de la Santé, et la complémentarité de l'intervention d'autres secteurs est reconnue.</p>	<p>4</p>	<p>Le secteur est défini comme le réseau des services de santé gouvernementaux.</p>	<p>Le secteur est défini comme le réseau des services de santé gouvernementaux.</p>	<p>Le secteur est défini comme le réseau des services de santé gouvernementaux.</p>

Stades de développement et caractéristiques					Composantes	
Meilleure correspondance		Description de l'état actuel		Action proposée		
Meilleure correspondance		Description de l'état actuel		Action proposée		
4	3	2	1			
<p>la santé des pauvres ; actuellement il y a des preuves qu'elle s'adresse suffisamment aux besoins de santé prioritaires des pauvres.</p>	<p>besoins sanitaires des pauvres.</p>	<p>la santé des pauvres.</p>	<p>ont un impact sur les besoins sanitaires des pauvres.</p>	<p>pas évident qu'elles ont un impact sur les besoins sanitaires des pauvres.</p>	<p>insuffisamment aux besoins de santé prioritaires des pauvres.</p>	
4	3	2	1			
<p>Il existe une politique globale sur la question du genre, elle est traduite en actions concrètes pour adresser les différents besoins de santé des hommes et des femmes, y compris leur accès aux services de santé.</p>	<p>La question du genre est explicitement incluse dans la politique du secteur de santé, des stratégies et politiques ont été définies mais beaucoup reste à faire quant à la traduction des stratégies en actions.</p>	<p>Le ministère de la Santé s'est accordé sur la formulation d'une politique sensible au genre pour le secteur de la santé.</p>	<p>L'intégration des questions de genre est discutée au sein du gouvernement, due à la pression externe, mais ceci n'a pas résulté dans des actions concrètes.</p>	<p>dans la politique</p>	<p>L'intégration des questions de genre est discutée au sein du gouvernement, due à la pression externe, mais ceci n'a pas résulté dans des actions concrètes.</p>	
4	3	2	1			
<p>Le lien entre les stratégies du secteur et des programmes est clairement visible et toujours logique.</p>	<p>Dans la plupart des cas il n'est pas difficile de lier les différentes stratégies du secteur avec la déclaration de la mission.</p>	<p>Si on fait des efforts, on peut lier certaines stratégies du secteur à la mission, mais des contradictions entre la mission du secteur et le programme ou les stratégies du secteur existent.</p>	<p>Il n'y a pas de liens visibles, et il y a fréquemment des contradictions entre la mission du secteur et les stratégies du secteur ou des programmes.</p>	<p>Lier la mission aux stratégies</p>	<p>2.1</p>	
2. Stratégies						
4	3	2	1			
<p>Meilleure correspondance</p>	<p>Description de l'état actuel</p>	<p>Action proposée</p>				

1.1.1 La qualité de la mission pour le secteur				
1. Mission et principes directeurs				
Composantes	Stades de développement et caractéristiques			
Melleure correspondance	Description de l'état actuel	Action proposée		
1.2	<p>L'approche en faveur des pauvres</p> <p>Il n'existe pas de stratégies qui visent des services de santé pour les pauvres, ni de mécanismes de financement équitables.</p> <p>Les stratégies du secteur contiennent des questions sur la prestation de services de santé et de financement, dans le but d'améliorer l'accès des pauvres aux prestations de services de santé, mais il n'est pas d'avoir une influence positive sur but d'avoir une</p>	<p>L'approche en faveur des pauvres</p> <p>La politique sectorielle comprend une directive claire quant aux prestations de services de qualité et de mécanismes de financement équitables pour les pauvres, ni de mécanismes de financement équitables.</p> <p>La politique sectorielle comprend une directive claire quant aux prestations de services de qualité et de mécanismes de financement équitables pour les pauvres, ni de mécanismes de financement équitables.</p>	<p>L'approche en faveur des pauvres</p> <p>La politique sectorielle comprend une directive claire quant aux prestations de services de qualité et de mécanismes de financement équitables pour les pauvres, ni de mécanismes de financement équitables.</p> <p>La politique sectorielle comprend une directive claire quant aux prestations de services de qualité et de mécanismes de financement équitables pour les pauvres, ni de mécanismes de financement équitables.</p>	<p>L'approche en faveur des pauvres</p> <p>La politique sectorielle comprend une directive claire quant aux prestations de services de qualité et de mécanismes de financement équitables pour les pauvres, ni de mécanismes de financement équitables.</p> <p>La politique sectorielle comprend une directive claire quant aux prestations de services de qualité et de mécanismes de financement équitables pour les pauvres, ni de mécanismes de financement équitables.</p>
			4	3
			2	1
			1	
1.1	<p>La déclaration de mission pour le secteur</p> <p>Il existe une sorte de déclaration de mission pour le secteur dans sa totalité, tandis que certains programmes individuels ont défini leurs propres déclarations de mission qui servent d'orientation pour leur programmation.</p> <p>La déclaration de mission actuelle existe du gouvernement est la santé suit la mission générale du gouvernement et/ou du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (<i>Poverty-Reduction Strategy Paper</i>) et donne des directives politiques claires sur des questions très importantes telles que l'intégration des femmes, la pauvreté, VIH/SIDA, et l'implémentation de la société civile dans la planification et le suivi.</p>	<p>La déclaration de mission plus large</p> <p>La mission plus large du gouvernement est la santé suit la mission générale du gouvernement et/ou du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (<i>Poverty-Reduction Strategy Paper</i>) et donne des directives politiques claires sur des questions très importantes telles que l'intégration des femmes, la pauvreté, VIH/SIDA, et l'implémentation de la société civile dans la planification et le suivi.</p> <p>La mission plus large du gouvernement est la santé suit la mission générale du gouvernement et/ou du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (<i>Poverty-Reduction Strategy Paper</i>) et donne des directives politiques claires sur des questions très importantes telles que l'intégration des femmes, la pauvreté, VIH/SIDA, et l'implémentation de la société civile dans la planification et le suivi.</p>	<p>La mission plus large</p> <p>La mission plus large du gouvernement est la santé suit la mission générale du gouvernement et/ou du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (<i>Poverty-Reduction Strategy Paper</i>) et donne des directives politiques claires sur des questions très importantes telles que l'intégration des femmes, la pauvreté, VIH/SIDA, et l'implémentation de la société civile dans la planification et le suivi.</p> <p>La mission plus large du gouvernement est la santé suit la mission générale du gouvernement et/ou du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (<i>Poverty-Reduction Strategy Paper</i>) et donne des directives politiques claires sur des questions très importantes telles que l'intégration des femmes, la pauvreté, VIH/SIDA, et l'implémentation de la société civile dans la planification et le suivi.</p>	<p>La mission plus large</p> <p>La mission plus large du gouvernement est la santé suit la mission générale du gouvernement et/ou du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (<i>Poverty-Reduction Strategy Paper</i>) et donne des directives politiques claires sur des questions très importantes telles que l'intégration des femmes, la pauvreté, VIH/SIDA, et l'implémentation de la société civile dans la planification et le suivi.</p> <p>La mission plus large du gouvernement est la santé suit la mission générale du gouvernement et/ou du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (<i>Poverty-Reduction Strategy Paper</i>) et donne des directives politiques claires sur des questions très importantes telles que l'intégration des femmes, la pauvreté, VIH/SIDA, et l'implémentation de la société civile dans la planification et le suivi.</p>

Waddington C. Does earmarked donor funding make it more likely or less likely that developing countries will allocate their resources towards programmes that yield the greatest health benefits? *Bulletin of the World Health Organization*, September 2004, 82(9).

Walt G., Pavignani E., Gilson L. and Buse K. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAPs? *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).

Walt G., Pavignani E., Gilson L. and Buse K. Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).

World Bank. Conditionality revisited: A new approach in Burkina Faso, *PREMnotes* 35, January 2000.

World Bank. Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why. *Policy Research Report* (D. Dollar et al.) 1998. Oxford University Press.

World Health Organization, Lessons of experience from sector-wide approaches in health. September 1999.

KIT Development Policy and Practice website,
http://www.kit.nl/health/html/swap_conferences.asp

Swiss Tropical Institute, SWAP website,
<http://www.dgoups.org/goups/sdc-health-swaps>

- Buse K. Keeping a tight grip on the reins: donor control over aid coordination and management in Bangladesh. *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).
- Cassels A., Janovsky K. Viewpoint, Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? *The Lancet* 1998; Vol 352, November 28.
- Cassels A. A guide to sector-wide approaches for health development. Concepts, issues and working arrangements, Draft 2. UK Department for International Development, European Commission, World Health Organization, November 1997.
- DANIDA. Evaluation: Danish bilateral assistance to health, 1988-1997. Danida, Copenhagen, 2000 (in final stages of preparation).
- Dubbeldam R., Bijlmakers L. et al. Sector-wide approaches for health development. Dutch field experiences in international cooperation. *Focus on Development Series No. 11*, Ministry of Foreign Affairs (DGIS), The Netherlands, 1999.
- European Commission. Guidelines for European Commission support to sector programmes, February 2003.
- Foster M., Brown A. and Conway T. Synthesis report, Current issues in sector-wide approaches for health development. World Health Organization, May 2000.
- Foster M., Brown A., Norton A. and Naschold F. The status of sector wide approaches (prepared for Ireland Aid). Dublin, ODI, February 2000.
- Focus on Development 11, Sector-wide approaches for health development, DGIS, December 1999.
- Fors K., Birungi H. and Saasa O. Sector wide approaches: from principle to practice, 22nd, 2000.
- Harold R. and Associates. The broad sector approach to investment lending. *World Bank Discussion Papers, 302 (Africa Technical Department Series)* 1995.
- Jones S.P. Sector investment programs in Africa. *World Bank Discussion Papers*, 374, 1977.
- Lanjou S., Macrae J. and Zwi A.B. Rehabilitating health services in Cambodia: the challenge of coordination in chronic political emergencies. *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).
- Lake S. and Musumali C. Zambia: the role of aid management in sustaining visionary reform. *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).
- NORAD. Linking macro-economic concerns with sector strategies: A review of donor experiences, Report from seminar on sector-wide approaches, February 9-11, 1999.
- Okidegbe N. Fostering sustainable development. *World Bank Discussion Papers*, 363, 1997.
- Pinto M. Towards a new investment concept in the health sector. Pan American Health Organization, World Health Organization, Document Series No.2, Regional plan for investment in the environment and health, May 1994.
- Schneider H. and Gilson L. Small fish in a big pond? External aid and the health sector in South Africa. *Health Policy and Planning* 1999; 14(3).
- Suthiwart-Narueput S. The economic analysis of sector investment programs. World Bank, Policy Research Working Paper, September 1998.
- Swift D. Basic education, technical assistance and the sector-wide approach. Nuffic, DfID, 2-4 September 1999.
- UNFPA and sector-wide approaches (introduction). April 2000.

les services de santé conforme aux accords de gestion commune et à la politique nationale.

Analyse des performances sectorielles et des stratégies de négociation

Le processus de la révision de la performance sectorielle et des stratégies de négociation n'est pas un exercice unique. Ce processus devrait obéir aux règles des cycles de gestion sectorielle à court et à moyen terme. Dans le cas idéal, le cycle de moyen terme sera synchronisé avec le cycle de développement socio-économique général, dont le secteur de la santé fait intégralement partie.

Le cycle de moyen terme commence avec une évaluation générale de la performance en relation aux besoins sanitaires de la population dans le sens du terme le plus large. Il comprend une évaluation des résultats du secteur en termes de taux de mortalité et de morbidité et de la faculté de répondre aux demandes de la population. L'évaluation traite également l'environnement politique large, la mission du secteur et l'applicabilité des stratégies programmatiques et des systèmes, la structure organisationnelle du secteur et les systèmes installés pour les mettre en œuvre. Ces thèmes forment la base des « explorations rapides » qui accompagnent les fiches de renseignements. Les quatre domaines politique et de gestion sont ensuite sous-divisés en 15 composants spécifiques.

Le processus de la formulation des politiques commence avec une discussion à propos de la mission ou vision qui fournit la base pour la formulation des buts et objectifs sectoriels. À ce stade, l'implication active de la société civile est essentielle. Les partenaires pour le développement devraient participer à la formulation de l'agenda politique aussi tôt que possible.

Les rôles respectifs des secteurs public, privé et des volontaires doivent être définis aussi bien en ce qui concerne la prestation qu'en ce qui concerne le financement des soins sanitaires. Le cadre stratégique devrait identifier les instruments politiques et les arrangements institutionnels qui déterminent le contenu du programme pour le renforcement des capacités et le développement institutionnel. Ce cadre devrait guider la fixation des priorités relatives aux dépenses du gouvernement et des bailleurs de fonds au niveau de l'enveloppe budgétaire globale du secteur privé et public.

Tout lien avec la réforme globale de la fonction publique et du secteur public, comme la décentralisation de la gestion (ou directoriale), le changement des incitations pour le personnel, et la gestion du personnel doit être spécifiée.

Ensuite, les politiques sectorielles doivent être traduites dans des programmes de travail généraux stratégiques à moyen terme, avec des objectifs clairement définis et des plans annuels. Le processus est similaire pour les évaluations à court terme, bien que beaucoup moins élaborées. Ces programmes servent à évaluer le progrès fait par la mise en œuvre du plan annuel et permettent des ajustements pour les planifications suivantes.

Les accords financiers de l'appui externe sont d'importance particulière. Le stade de développement le plus avancé est le suivant : tout le financement externe désigné au secteur est canalisé à travers le ministère des Finances comme aide budgétaire sectorielle ou comme aide budgétaire générale. Les conditions

préalables à cette réalisation sont un environnement macro-économique stable et un niveau de responsabilisation satisfaisant dans la gestion des finances publiques.

Quand un partenaire au

développement est déterminé de s'assurer que les fonds atteignent vraiment le secteur de la santé, l'approche « aide budgétaire sectorielle » peut être préférée.

Cette approche d'aide au secteur de santé peut être ciblée ou non-ciblée à une ou plusieurs lignes budgétaires spécifiques du gouvernement.

Une autre modalité bien connue est celle du « financement en commun » (basket funding). La

figure 3 donne un aperçu des différentes modalités utilisées par la Commission européenne. Elle explique brièvement quelle modalité est la plus appropriée dans une situation donnée.

Réforme institutionnelle et création de capacités

De faibles capacités institutionnelles peuvent entraver le développement sectoriel. La réforme institutionnelle et la création de capacités visent l'appui du gouvernement dans sa planification stratégique et sa politique et dans l'analyse financière et budgétaire. Il faut développer des structures, systèmes et incitations dans les secteurs public et privé pour gérer

Figure 3 : Présentation des différentes modalités de financement en usage par la Commission européenne

- Aide budgétaire (sur budget) – appui budgétaire macroéconomique général à la trésorerie
- Appui budgétaire sectoriel (sur budget) – c'est la modalité de financement privilégiée partout où les conditions le permettent. Pour profiter de l'appui au budget sectoriel il est nécessaire d'avoir un cadre macro-économique solide et une gestion satisfaisante des finances publiques. Il existe un appui au budget sectoriel sélectif et un appui non sélectif. L'appui sélectif au budget sectoriel ne peut être utilisé que pour des lignes budgétaires nationales spécifiques et nécessite une double signature. Ce n'est que dans le cas de sérieux problèmes de liquidité de la Trésorerie que l'appui sélectif au budget sectoriel devrait être proposé.
- Mise en commun des fonds (hors budget) – la mise en commun des fonds représente la deuxième forme de financement où les ressources de la Communauté européenne sont mis en commun avec les sommes attribuées par les autres partenaires externes. L'objectif principal en est de diminuer les frais de transaction pour le gouvernement. Les fonds sont transférés vers un compte spécial qui est géré par un des partenaires au développement ou par le gouvernement même.
- Procédures spécifiques de la Communauté européenne (hors budget) – c'est la manière classique de financement de projets, bien que mis dans une perspective plus large du développement sectoriel général. C'est la manière de financement la moins préférée de la Communauté européenne et ne peut être utilisée que comme mesure intermédiaire si d'autres modalités demandent des coûts élevés de transaction (p.ex. d'énormes investissements de capitaux) ou pour répondre aux exigences gouvernementales et légales.

Sources : Guidelines for European Commission to sector programmes, February 2003

Les systèmes de gestion commune ne servent pas seulement à harmoniser les procédures, mais ils servent à assurer que les partenaires au développement utilisent des systèmes nationaux pour suivre les performances et accords financiers de gestion. L'expérience a montré que certains bailleurs de fonds bilatéraux et également des agences multilatérales ont des difficultés avec des systèmes de gestion commune à cause de la responsabilité financière nécessaire ou parce qu'ils veulent être associés à des résultats spécifiques.

Systèmes de gestion commune et modalités de financement en commun

Afin de garantir la durabilité, il est très important que les programmes de dépenses du secteur soient incorporés dans un cadre macro-économique solide. Même dans les pays à faible revenu, où les secteurs sociaux, sont normalement sous-financés, il est vital de trouver le bon équilibre entre 1) garantir des ressources pour un minimum niveau de prestation de soins de santé et 2) éviter la dépendance externe qui peut mettre indûment en péril la durabilité financière. Une fois le total des fonds disponibles estimé, il doit être converti en plans de dépenses sectorielles. Ils doivent prendre en considération les dépenses ordinaires et les dépenses en capital. Le degré de priorité de dépenses doit également être prévu par le cadre politique. Les plans de financement du secteur doivent fournir l'information nécessaire concernant les différentes sources de financement au sein du secteur de la santé, c'est-à-dire la proportion des fonds de sources externes, systèmes d'assurance maladie, etc.

Figure 2 : Description de cinq modes importants de financement de la santé

Modes importants de financement de la santé :

- **financement basé sur les impôts** : prestation de service souvent inéquitable, biaisé envers les zones urbaines et les hôpitaux plutôt qu'envers les pauvres dans les zones rurales ; devoir faire recours aux impôts indirects, pose la question de l'équité ; une base d'impôt limitée fournit un bas niveau de financement ;
- **financement basé sur l'assurance sociale** : souvent ce ne sont que les employés du secteur formel qui sont couverts ; réorienter l'argent à l'écart des pauvres ; même si la couverture est universelle, l'inégalité d'accès reste un problème ;
- **assurance maladie privée** : ceux qui sont capables de se permettre une assurance maladie privée bénéficient souvent des subventions attractives du gouvernement, telles que les assureurs privés qui se déchargent de leurs cas coûteux sur le système public ; des réglementations pour encourager la re-achèvement (redirection) des ressources vers les pauvres ne peut être assurée ;
- **le paiement par les utilisateurs** : le résultat en est souvent que moins de gens utilisent le service, surtout parmi les pauvres ; une réaffectation des ressources des zones riches vers les zones pauvres est nécessaire ; pas d'incitation pour libérer les pauvres du paiement ;
- **assurance maladie communautaire** (axée sur la communauté) : là où elles fonctionnent bien les pauvres en profitent considérablement, bien que les très pauvres doivent bénéficier d'arrangements spéciaux pour assurer l'accès ; les inégalités géographiques demandent une redistribution.

Source : Eldis - Health systems resource guide

L'estimation des ressources totales devrait être aussi complète que possible. Cette estimation doit inclure les fonds du ministère des Finances disponibles pour les services publics, les fonds des donateurs et les revenus provenant des services tarifiés ainsi que des projections (estimations) des dépenses privées (frais, menues dépenses) et des différentes formes de l'assurance maladie (Figure 2), organisations de volontaires et des compagnies privées. Les comptes nationaux de santé, qui lient les ressources de financement aux fins pour lesquelles ces fonds sont utilisés, sont une source importante pour faire connaître les décisions prises quant aux priorités des dépenses publiques. Les revenus variables et les demandes concurrentielles d'autres secteurs influencent le niveau des ressources reçues de la part du ministère des Finances. Un autre problème est que les partenaires au développement sont rarement dans la position de pouvoir prendre des engagements financiers à long terme. Malgré cela, ils doivent être capables de fournir des chiffres de planification indicatifs.

Disponibilité des ressources

En principe, un financement de base a des effets plus durables et est plus approprié. Les partenaires externes devraient se mettre d'accord avec le gouvernement sur les objectifs à atteindre dans les domaines de l'intégration des femmes dans le développement et de la réduction de la pauvreté ainsi que développer un système de suivi permanent qui contient des indicateurs de performance liés aux questions de genre et de pauvreté. Cet accord et ce système de suivi devraient faire partie d'un cadre des dépenses à moyen terme, un cadre général et commun pour le secteur.

Aucun gouvernement national ne met en question l'importance des questions transsectorielles, telles que l'intégration des femmes dans le développement (*gender mainstreaming*), ou la question de la réduction de la pauvreté et les questions concernant les besoins des pauvres. Cependant, la réalité politique et la responsabilité globale de fournir des soins de santé à la population entière sont souvent des contraintes qui empêchent la mise en œuvre de cette politique. Quand c'est le cas, les partenaires de développement peuvent être tentés de destiner les fonds à des programmes pour des groupes spécifiques, vulnérables ou à des programmes qui abordent des conditions qui touchent le plus les pauvres. Un tel ciblage s'est avéré inefficace puisque les gouvernements réagissent en augmentant leurs fonds pour le niveau tertiaire (fongibilité).

4. La mise en place d'un mécanisme efficace pour assurer que les pauvres profitent réellement des bénéfices ;

5. La génération d'information pour le suivi continu et l'information en retour, et pour assurer que suite soit donnée à cette information ;

6. Le développement conjoint de politiques et stratégies basées sur l'analyse faite par les parties intéressées au sein du secteur (ODI 2000).

- Les questions de pauvreté au sein du secteur de la santé sont efficacement abordées par :
1. Un bon diagnostic et l'identification des actions à entreprendre pour traiter la pauvreté ;
 2. L'utilisation du diagnostic pour définir une stratégie sectorielle crédible qui permet aux pauvres de profiter des bénéfices ;
 3. La planification de ressources appropriées et fiables, vu les autres priorités ;

développement.

vue et de participer au processus décisionnel dans tous les domaines de stratégies qui encouragent les femmes à formuler et exprimer leurs points de la disparité entre les genres diminue. Ensuite, l'intégration demande des L'objectif en est que les politiques aient un impact positif sur les femmes et que incluses dans les analyses et formulations de politiques, programmes, et projets. développement d'intégration. Pour cela, les questions d'intégration doivent être équilibrable des ressources, opportunités et bénéfices au sein du processus de genres vise deux aspects majeurs. D'abord l'intégration vise à une distribution « L'intégration (*Mainstreaming*) » comme stratégie pour atteindre l'égalité des réduction de la pauvreté et la promotion de la santé des populations pauvres.

l'accent sur des thèmes comme l'intégration des femmes au développement, la toute sa population, tandis que la communauté internationale pousse à mettre le gouvernement. Le gouvernement vise souvent à l'amélioration de la santé de correspondre avec les objectifs généraux de développement humain du Comme dans tout autre secteur, les objectifs et stratégies de la santé doivent dans l'ensemble des ministères.

avantages significatifs par rapport au travail dans des structures composites structures institutionnelles et financières existantes, bien définies, a des plusieurs secteurs s'est montrée la plus efficace. Travailler à travers des approche large, qui définit clairement la complémentarité des interventions de sectorielle (se concentrer sur plusieurs plutôt que sur un secteur) est qu'une état de santé. Cependant un argument qui plaide en faveur de l'approche parce qu'elle pourrait manquer d'aborder les multiples déterminants du mauvais le ministère de la Santé. Mais, cette approche peut être encore trop réduite institutions publiques et privées qui sont financées, gérées ou réglementées par Du point de vue idéal, l'approche sectorielle couvre le réseau entier des

POURQUOI ET STRATÉGIES SECTORIELLES

- la réforme institutionnelle et la création de capacités.
 - des systèmes de gestion commune et de modalités de financement ;
 - disponibilité de ressources ;
 - politiques et stratégies sectorielles ;
- inclure :
- Le partenariat sectoriel est basé sur un programme de travail conjoint qui devrait

PROGRAMME DE TRAVAIL CONJOINT

contribuera à l'amélioration de l'état de santé de la population. Étant donné les ressources limitées, l'état sanitaire des populations s'améliorera en prévoyant des paquets sanitaires de base, essentiels et rentables à toute la population.

COHÉRENCE DU SECTEUR

Les programmes sectoriels sont développés pour offrir la « cohérence » au sein du secteur comme alternative à la « fragmentation » qui a été créée par les différentes façons d'exécuter les multiples projets de diverses agences et donateurs. La cohérence interne d'une organisation peut facilement être perturbée si des systèmes parallèles minent la création de capacité organisationnelle des ministères. Cette situation apparaît quand le personnel responsable est empêché de se concentrer sur ses responsabilités stratégiques clés à cause des demandes de systèmes parallèles. Les systèmes parallèles causent surtout des problèmes quand le financement externe est utilisé au détriment des politiques nationales.

Le Fond global pour la lutte contre le SIDA, la TBC et le paludisme (*Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria*, GFATM) récemment créé, est incohérent avec les principes de base des SWAFs, parce que (1) les fonds sont affectés à des fins particulières, (2) les mécanismes de financement exigent une structure parallèle, et (3) la priorité donnée à ces trois conditions peut être incompatible avec les priorités et stratégies nationales. Malgré cela, il est d'une importance extrême d'ouvrir le dialogue pour intégrer les importants fonds GFATM dans le programme de travail conjoint. Dans certains pays, la pratique a montré qu'il est opportun de faire des compromis sur certains dogmes de base, tels que la façon de financement, si – en le faisant – l'intégration s'améliore.

Il est extrêmement important de clairement définir les rôles et responsabilités des différents départements du ministère de la Santé. Il est également important que les conditions de politique sectorielle soient réalisées dans la pratique, ce qui n'est souvent pas le cas. Par exemple, malgré la politique générale de n'avoir qu'un seul département général de finance et d'administration, chaque département du ministère a souvent sa propre section pour s'occuper de finances et d'administration. Certains départements continuent même à envoyer des flux de fonds vers leurs propres projets et programmes. Le rôle du département de planification dans la coordination de l'attribution des ressources des différents départements et institutions secondaires n'est parfois pas très visible, ce qui peut résulter dans la dé-harmonisation des priorités du secteur. L'exemple classique est la construction de nouveaux hôpitaux (non contrôlée) sans prévoir une augmentation de personnel, ni des dépenses courantes.

sectoriels existent ensemble avec des structures parallèles. Aussi longtemps que les autorités nationales sont capables de respecter le principe de base d'un partenariat durable pour le développement cohérent du secteur, ceci n'est pas important.

UN PARTENARIAT DURABLE

Au cœur du concept du développement de la politique sectorielle se trouve le partenariat – sous leadership national. Si le gouvernement ne s'engage pas fermement qu'il appuiera le processus, les chances de succès sont limitées. Le leadership national doit permettre la négociation basée sur l'étude minutieuse de sa politique et de ses priorités en matière de dépenses. Une fois l'accord obtenu sur les priorités et le niveau d'investissement, toutes les parties doivent assumer la responsabilité collective des résultats et des échecs qui s'en suivent.

Inévitablement, ce qui se passe dans la réalité est souvent différent des hypothèses et attentes de l'accord de partenariat d'origine parce que les accords sont souvent trop ambitieux avec des objectifs non-réalistes, et parce que les autorités nationales n'ont que peu de capacités pour mener le processus de développement sectoriel à bien. Une autre raison est que les partenariats externes ne sont souvent pas préparés à se retirer du devant de la scène. Il se peut que le côté ministériel du partenariat est limité à quelques responsables du département de planification, tandis que la participation d'autres départements du ministère de la Santé et du gouvernement est vitale pour que la démarche soit fructueuse. L'expérience montre également que seulement un nombre limité de partenaires du développement soutiennent activement les politiques sectorielles tandis que d'autres agences d'appui continuent à travailler comme elles ont toujours fait.

La participation de la société civile dans le gouvernement et partenariat de développement est également nécessaire quand il s'agit de SWAPs (approche sectorielle large). Cependant les gouvernements ont souvent une relation malaisée avec les organisations communautaires qui critiquent souvent la performance du gouvernement.

AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ

Le but final des systèmes de santé nationaux est bien sûr l'amélioration de l'état de santé de toute une population, pourtant cet aspect reçoit peu d'attention dans les réformes du secteur de la santé (RSS). Par définition les « réformes du secteur de la santé » visent des processus institutionnels, le renforcement d'organisations et le développement de mécanismes de financement plus équitables. Les RSS peuvent traiter la rentabilité des interventions sanitaires, mais sa fonction principale n'est pas de décider si oui ou non certains programmes ont effectivement améliorés l'état de santé de la population. Les initiatives globales visent ou bien des maladies (*Stop TB, Roll back Malaria*) ou des risques pour la santé (accidents de la route, fumer, l'obésité). Il est supposé qu'une baisse de taux de la maladie ou des risques pour la santé

Module 1 : Le développement sectoriel en général

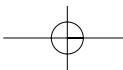
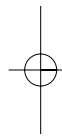
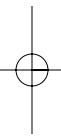
Fiche de renseignement

À la fin des années 90 les efforts de développement se sont concentrés sur le secteur de la santé. C'était une réponse aux soucis qu'on se faisait quant à la durabilité et l'efficacité de l'assistance au développement. L'aide avait fragmenté le secteur de santé et créé un manque de cohérence entre le financement national et le financement externe, ce qui menait à la duplication d'efforts et parfois à des approches contradictoires. Aussi bien les gouvernements nationaux que les organisations de donateurs étaient intéressés à s'orienter vers un partenariat à base élargie et à long terme. Cette nouvelle approche prévoyait que les donateurs appuient la mise en œuvre des politiques nationales convenues plutôt que de gérer leurs propres projets.

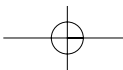
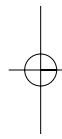
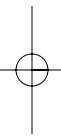
Des programmes sectoriels ont été introduits dans un nombre limité de pays (surtout des pays à forte dépendance). Cependant, jusqu'à ce jour, il n'y a aucun pays qui a complètement développé tous les attributs de base des programmes sectoriels. Tous les programmes sectoriels connus sont encore des arrangements hybrides dans lesquels les principes des programmes

Figure 1 : Les caractéristiques essentielles de l'approche intersectorielle (SWAP), Cassels

- Caractéristiques essentielles :
- un partenariat durable dirigé par les autorités nationales, impliquant différentes sections du gouvernement, des groupes de la société civile et une ou plusieurs agences de donateurs ;
 - l'objectif est l'amélioration de la santé de la population et la contribution aux objectifs nationaux de développement humain ;
 - une structure institutionnelle appropriée et un programme de financement national définis dans le contexte d'un secteur cohérent ;
 - un programme de travail commun visant :
 - le développement de stratégies et politiques sectorielles qui définissent les rôles des secteurs public et privé en relation avec le financement et la prestation de services, et la proposition d'une base pour la fixation des priorités de la dépense publique,
 - la préparation des prévisions de la disponibilité des ressources à moyen terme, la préparation de plans de financement du secteur et des plans de dépenses, en cohérence avec le cadre solide de dépenses publiques,
 - la mise en place de systèmes de gestion par le gouvernement national et les agences de donateurs, qui facilitent l'introduction d'accords de commun pour le déboursement et la gestion comptabilité des fonds, l'approvisionnement en biens et en services et le suivi permanent de la performance sectorielle,
 - la réforme institutionnelle et le renforcement de la capacité conforme à la politique sectorielle et aux besoins en développement de systèmes,
 - la mise en place de structures et de processus pour négocier des questions stratégiques et de gestion et pour évaluer la performance sectorielle contre les objectifs et étapes critiques accordés.



Deuxième partie Les modules



<p> <input type="checkbox"/> Ouverture Discours d'ouverture, de bienvenue et but global Participants <input type="checkbox"/> Les participants se présentent Facilitateur <input type="checkbox"/> Définit les buts de l'atelier <input type="checkbox"/> Collecte les attentes <input type="checkbox"/> Explique le cadre, les domaines et composants majeurs du développement politique et de gestion <input type="checkbox"/> Explique le travail en groupe </p>	<p> <input type="checkbox"/> Travail en groupe : domaine 1 – Mission et principes directeurs <input type="checkbox"/> Travail individuel <input type="checkbox"/> Travail dans le sous-groupe pour obtenir un consensus sur l'état actuel, la correspondance optimale et l'action proposée </p>	<p> <input type="checkbox"/> Travail en groupe : domaine 2 – Stratégies <input type="checkbox"/> Travail individuel <input type="checkbox"/> Travail dans le sous-groupe pour obtenir un consensus sur l'état actuel, la correspondance optimale et l'action proposée </p>	<p> <input type="checkbox"/> Travail en groupe : domaine 3 – Structure et organisation <input type="checkbox"/> Travail individuel <input type="checkbox"/> Travail dans le sous-groupe pour obtenir un consensus sur l'état actuel, la correspondance optimale et l'action proposée </p>	<p> <input type="checkbox"/> Travail en groupe : domaine 4 – Systèmes <input type="checkbox"/> Travail individuel <input type="checkbox"/> Travail dans le sous-groupe pour obtenir un consensus sur l'état actuel, la correspondance optimale et l'action proposée </p>	<p> Session plénière <input type="checkbox"/> Présentation des constatations et conclusions des sous-groupes Facilitateur <input type="checkbox"/> Récapitule les conclusions (de préférence en utilisant une toile d'araignée) <input type="checkbox"/> Résume le plan d'actions <input type="checkbox"/> Définit les prochaines étapes : qui fera quoi ? <input type="checkbox"/> Évalue si les attentes sont atteintes <input type="checkbox"/> Demande aux participants de répondre individuellement aux deux questions de revue suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que cet outil est utile et dans quel sens ? • Comment peut-il être amélioré ? Participants <input type="checkbox"/> Remplissent ces questions de revue Clôture <input type="checkbox"/> Discours de clôture </p>
---	---	--	---	--	---

Figure 4 : Calendrier modèle d'un atelier

L'agenda est flexible et dépendra entièrement de la situation. Le calendrier modèle proposé ci-dessous peut servir de guide. La décision principale à prendre c'est de déterminer si tout le groupe couvrira tous les quatre domaines et composants ou si des sous-groupes seront formés qui traiteront chacun un ou plusieurs domaines.

AGENDA DE L'ATELIER

Il mérite de rappeler que plus on met l'accent sur la formulation d'un plan d'action, plus de temps sera consacré à l'atelier.

La durée dépend de la situation, le but et le temps dont disposent les participants. Le minimum absolu pour un module est une journée entière. Si moins de temps est disponible, il faut diviser le module en plusieurs parties selon le nombre de groupes, puis chaque groupe discute une des parties ; leurs observations seront plus tard discutées en session plénière. Pour avoir des sous-groupes il faut qu'il y ait de nombreux participants, puisque la taille d'un groupe doit être de cinq participants au minimum.

DURÉE DE L'ATELIER

Un atelier peut être organisé de différentes façons selon le temps disponible, le nombre de participants et le but de la revue. Il n'est pas facile de déterminer la taille idéale d'un groupe, mais il devrait y avoir au moins 5 et au plus 12 participants. S'il y a un grand nombre de participants les groupes peuvent être sous-divisés, dans ce cas il faut prévoir une présentation en session plénière après les sessions en groupes afin que les différents groupes puissent discuter ensemble.

TAILLE DES GROUPES

Les participants devraient bien comprendre le but et les objectifs de l'atelier et les résultats attendus. Il faut donc donner de bonnes instructions et explications durant la session d'ouverture.

Contrairement à d'autres révisions, les participants feront la plus grande partie du travail. L'atelier est concentré sur la connaissance de soi approfondie des participants. Il les oblige à écouter attentivement les autres, à considérer le bien fondé des différents points de vue et d'atteindre un accord basé sur des éléments probants qu'ils peuvent tous accepter.

LE RÔLE DES PARTICIPANTS

- de respecter le calendrier de travail et d'intervenir dans les discussions non productives ;
- de contrôler le rythme du travail de l'atelier en faisant régulièrement appel au feedback sur la progression et les accomplissements des groupes ;
- de garder l'objectivité et d'assurer que tous les participants reçoivent la même attention ;
- de résoudre les conflits au cas où il y a des désaccords et de fortes émotions surviennent ;
- de clarifier des termes, définitions et concepts et d'assurer que tous les participants travaillent à partir d'une vision commune ;
- d'assurer que les participants se voient comme une équipe qui continuera de travailler ensemble après l'atelier.

Il est nécessaire d'avoir un facilitateur externe, indépendant avec de bonnes compétences de communication qui appuie les participants à atteindre un consensus, et qui peut créer un appui pour une action de suivi après l'atelier. Les plus importants rôles du facilitateur sont :

- de maintenir un flux logique et consolider les acquis pour arriver à un plan d'action ;

COMPÉTENCES ET RÔLE DU FACILITATEUR

Mise en place de l'atelier

Ces résultats peuvent servir de base pour un plan d'action qui sera produit au cours de ou après l'atelier.

- les composants prioritaires de politique et de gestion sur lesquels le secteur se penchera la période prochaine (un an ou plus).
- des stades de développement plus avancés pour les composants spécifiques ;
- un consensus parmi les parties intéressées sur les ambitions pour atteindre d'araignée) ;
- un aperçu commun de l'état actuel de tous les composants ensemble (toile développée) ;
- une notation de l'état actuel convenu du sujet contre quatre stades de développement standardisés, prédéfinis ;
- des composants de politique et de gestion et les interrelations entre les deux ;
- une revue collective, écrite de l'état actuel du sujet en discussion, y compris Autres résultats :

L'outil RPSS va provoquer des discussions sur le fonctionnement du secteur qui généreront des décisions clés. Des activités spécifiques pour atteindre une amélioration seront également définies.

RÉSULTATS ATTENDUS

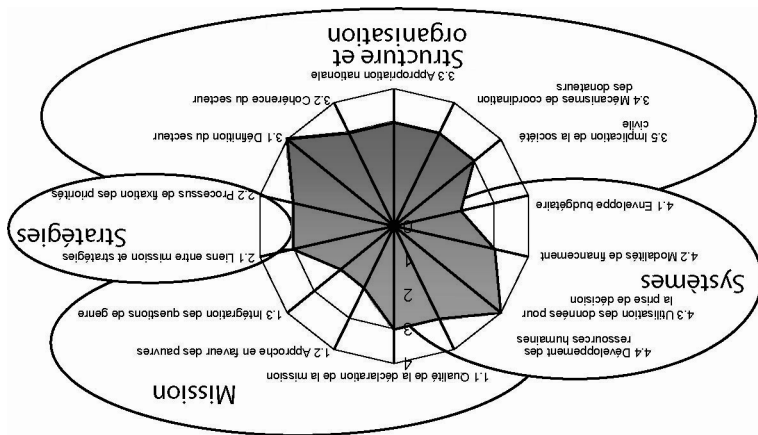
Le facilitateur doit être perspicace et objectif, il doit être habile dans la résolution de conflits, il doit bien expliquer et encourager le travail en équipe.

Le facilitateur doit être perspicace et objectif, il doit être habile dans la résolution de conflits, il doit bien expliquer et encourager le travail en équipe.

Pour que l'atelier soit un succès, les parties intéressées doivent atteindre un consensus. Ceci ne veut pas dire qu'il faut voter pour l'une ou l'autre option, atteindre un consensus veut dire qu'il faut prendre en considération toutes les options et arriver à une décision que chaque membre peut accepter et travailler avec – même si cette décision ne correspond pas tout à fait à sa préférence personnelle.

Il est essentiel pour le processus de créer une ambiance de confiance dans laquelle les participants puissent exprimer leur plein engagement au personnel et autres parties intéressées, il est également nécessaire que les participants soient déterminés à surmonter les obstacles entre l'engagement collectif et les améliorations désirées.

Figure 3 : Présentation graphique en toile d'araignée d'une revue des 4 domaines et 15 composants de la politique et gestion sectorielles générales



Attention : il est tentant d'utiliser les résultats du graphique pour évaluer le progrès à différentes occasions successives aussi longtemps que le groupe est constitué plus ou moins des mêmes participants. Pourtant, il faut se poser des questions sur la validité de cette démarche, parce que de nouveaux participants et des attentes révisées parmi les mêmes participants peuvent changer d'année en année. A cause des limitations méthodologiques, faire des comparaisons entre des pays ou provinces, est encore moins valide.

Comment utiliser l'outil RPSS

L'outil de revue de la politique sectorielle est appliqué dans un atelier structuré où les participants sont un groupe représentatif de parties intéressées (avec des profils différents). Un facilitateur aide les participants à grouper les expériences et connaissances individuelles et collectives dans le secteur pour obtenir une meilleure image de sa situation actuelle. Le résultat attendu de l'atelier est une image de la politique et gestion actuelles qui servira de base afin de pouvoir proposer des améliorations.

L'outil de revue de la politique sectorielle fournit la base méthodologique pour discuter de questions cruciales de politique et de gestion sectorielles. Le processus est conçu pour valider les contributions de chaque participant. Au sein d'un environnement bien structuré, les participants sont encouragés à exprimer leurs points de vue sur les points exprimés dans l'outil, à écouter attentivement les autres participants et de chercher un consensus en ce qui concerne la situation actuelle du secteur, où il devrait se trouver et comment y arriver.

La boîte d'outils peut être utilisée au niveau national ou aux niveaux décentralisés. Le résultat le plus important est que le suivi de l'atelier soit harmonisé avec les rôles et responsabilités caractéristiques du niveau spécifique.

Toile d'araignée : présentation des résultats
 Les résultats sont représentés dans un graphique dit « toile d'araignée ». Les meilleures notes des « Meilleure correspondance » atteintes par consensus le long de l'exercice, donnent l'information de base pour le graphique.
 La toile d'araignée représente tous les composants des quatre domaines de politique et de gestion. Le graphique visualise clairement à quel stade d'avancement du développement se trouve chaque composant.
 Interprétation de la toile d'araignée : cet exemple suggère que les composants 3.1 (Définition du secteur) et 4.3 (Utilisation des données pour la prise de décision) sont arrivés à un stade de développement avancé, tandis que les composants 1.2 (Approche en faveur des pauvres), 1.3 (Intégration des questions de genre) et 4.1 (Enveloppe budgétaire) sont moins bien développés.

puis dans la ligne finale, il (elle) donne une courte description de l'action à entreprendre qu'il (elle) propose.

Composantes	Stades de développement et caractéristiques			
2.1 Lier la mission aux stratégies	Si on fait des efforts, on peut lier certaines stratégies du secteur à la mission, mais des contradictions entre la mission du secteur et les stratégies du secteur ou programmes.	Dans la plupart des cas il n'est pas difficile de lier les différentes stratégies du secteur avec la déclaration de la mission. La déclaration de la mission est clairement visible et toujours logique.	3	4
Meilleure correspondance	1	2	3	4
Description de l'état actuel	<i>L'accent mis sur les soins de santé primaires comme stratégie pour atteindre les pauvres est clairement lié à la mission : fournir un accès équitable à toute la population ; cependant, il est beaucoup moins clair comment la stratégie qui consiste dans la construction de 10 unités spécialisées en cardiologie chirurgicale pour les unités spécialisées en cardiologie chirurgicale.</i>			
Action proposée	<i>Réaffecter 25 % du budget prévu pour les unités spécialisées en cardiologie chirurgicale aux activités de soins de santé primaires.</i>			

Figure 2 : Exemple d'une exploration rapide du module 1, composante 2.1

Fiches techniques

Chaque fiche contient plusieurs pages d'information écrite sur des questions de politique clés et des références à des publications et sites Internet additionnels. Les fiches fournissent au parties prenantes, telles que le personnel non-spécialisé ou le personnel du service général, l'information de base nécessaire pour comprendre les questions principales du secteur dans sa totalité ou des questions principales de programmes ou systèmes spécifiques du secteur. Les parties intéressées peuvent utiliser ces fiches pour se préparer à participer pleinement aux discussions autour des explorations rapides.

Les explorations rapides

Les explorations rapides listent quatre **domaines politique et de gestion**, chacun subdivisé dans des **composantes** prédéfinies, qui sont à leur tour divisées en quatre différents **stades de développement**. Chaque stade de développement est basé sur les caractéristiques d'un stade de développement précédent ou suivant. En lisant la description des différents stades de développement, les participants à l'atelier reconnaîtront facilement les similarités avec leur propre situation et ils seront également capable d'identifier les différences. Ensemble, ils seront capables de dire laquelle des situations décrites ressemble le plus à leur stade de développement.

Bien que le quatrième stade est considéré comme le plus avancé pour un développement durable, intégré et cohérent du secteur de la santé, il peut y avoir des raisons pour lesquelles dans certains cas un stade de développement moins avancé est plus approprié.

Un exemple d'une exploration rapide du module 1, composante 2.1 est fourni en figure 2. Cette composante vise le lien entre les stratégies et la mission. La première ligne en « écriture » dans la figure 2 décrit le point de vue des parties intéressées sur la situation actuelle du lien qui existe entre les stratégies et la mission. La ligne suivante décrit l'action à entreprendre proposée. Chaque participant à l'atelier aura l'opportunité de faire appel à son expérience et jugement pour évaluer les stades de développement d'un composant particulier. Dans l'exemple que nous donnons, les participants évaluent dans quelle mesure les stratégies de santé sont liées à la mission.

Le nom du composant est toujours indiqué dans la colonne de gauche. Le participant lit les options et décide lequel des quatre stades du développement représente le mieux la situation organisationnelle actuelle.

Ensuite, le participant se demande et analyse pourquoi un composant se trouve à tel stade de développement afin d'obtenir une compréhension profonde du type d'action à entreprendre et il encercle le chiffre approprié dans la ligne de « Meilleure correspondance ». Dans la ligne suivante « Description de la situation actuelle », le participant note les spécifications de l'état actuel de ce composant,

* Contributions combinées de différentes sources de financement

- Présentation en toile d'araignée des résultats de la revue en utilisant l'exploration rapide
- 4.3 Développement des ressources humaines
- 4.2 Utilisation des données
- 4.1 Enveloppe budgétaire*
- 0 4 Systèmes
- 3.5 Implication de la société civile
- 3.4 Mécanismes de coordination des donateurs
- 3.3 Appropriation nationale
- 3.2 Cohérence du secteur
- 3.1 Définition du secteur
- 0 3 Structure et organisation
- 2.2 Fixation des priorités
- 2.1 Lier les stratégies à la mission
- 0 2 Stratégie
- développement)
- 1.3 L'intégration des questions relatives aux femmes (intégration des femmes au
- 1.2 L'approche en faveur des pauvres
- 1.1 La déclaration de la mission
- 0 1 Mission et principes directeurs

qui sont définis dans le cadre matrice

- Exploration rapide : les composantes sont divisées dans les quatre domaines de gestion et de politique
- Fiche technique : 3-5 pages

Figure 1 : Grandes lignes du contenu du module 1

Les modules doivent être régulièrement mis à jour puisque les questions concernant la politique et la gestion dans le secteur de la santé ne sont pas statiques. Si vous avez des commentaires ou suggestions pour améliorer le document, n'hésitez pas à nous les faire parvenir. Chaque fois que les modules sont mis à jour, les nouvelles versions remplaceront les anciennes sur notre site. La liste des sujets des modules n'est pas exhaustive. Le KIT espère ajouter des modules traitant d'autres sujets dans les années à venir. Nous invitons toutes les personnes intéressées à contacter le Département pour suggérer des améliorations ou assister au développement de modules additionnels.

Ce livret comprend seulement le module 1. Tous les autres modules se trouvent sur le CD-rom attaché à ce livret. Le document entier peut être consulté sur le site du KIT (www.kit.nl) où l'on peut également demander des CD-rom additionnels.

- Module 7 La nutrition
- Module 8 La santé en matière de sexualité et de reproduction
- Module 9 La lutte contre la TB/DOTs

MODULES CONCERNANT LES PROGRAMMES DE SANTÉ

- Module 4 Le développement des ressources humaines
- Module 5 La décentralisation
- Module 6 Le financement de la santé (en cours)

MODULES CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

- Module 1 Le développement sectoriel en général
- Module 2 L'intégration des questions relatives aux femmes
- Module 3 L'intégration des questions relatives au VIH/SIDA

MODULES CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT SECTORIEL EN GÉNÉRAL ET DES QUESTIONS (TRANS)SECTORIELLES

À ce moment, la boîte à outils contient sept modules. D'autres sont en cours de développement et seront consultables sur Internet très prochainement. Les modules sont divisés en trois groupes.

Les modules

- long terme qui est entièrement intégré ?
- est-ce qu'il existe un plan de développement des ressources humaines à long terme ?
- est-ce qu'il existe une stratégie à long terme pour générer un revenu ?
- est-ce que les approvisionnements sont fournis au moment opportun ?
- améliorer la performance ?
- est-ce que l'information est collectée automatiquement et utilisée pour améliorer les services ?
- services fournis par les clients internes et externes ?
- est-ce qu'il existe un système pour évaluer et améliorer la qualité des services ?
- mission, et de la structure aux changements des conditions ?
- est-ce qu'il existe un processus de planification qui permet l'adaptation de la santé, il pourrait s'avérer important de répondre aux questions suivantes :
- qui permettent au secteur de s'acquitter de ses fonctions. Dans le secteur de la santé, il pourrait s'avérer important de répondre aux questions suivantes :

Domaine 4 : Systèmes – comment le secteur mène-t-il ses activités ?

- Parmi les questions clés à se poser :
- est-ce que les rôles et responsabilités sont bien déterminés ?
- est-ce que les différentes entités sont capables d'accomplir leurs rôles et responsabilités de façon constante ?
- est-ce que les lignes hiérarchiques, de responsabilité et de responsabilisation sont claires ?
- est-ce que l'autorité de prise de décision et de mise en œuvre se trouve au niveau approprié ?

gouvernements locaux, la combinaison du secteur public et du secteur privé, la déconcentration, la cohérence du secteur, l'intégration de programmes verticaux, les partenariats et finalement l'application de la société civile.

Dans ce domaine, il est très important de couvrir des questions de la réforme du secteur de la santé et de partenariat. Ces questions comprennent le rôle changeant du ministère de la Santé, le transfert des responsabilités aux lignes de responsabilité, il est plus facile de prendre des décisions importantes et de faire avancer la mise en application.

La structure du secteur est le cadre ou la base sur laquelle les programmes et projets sont construits. Elle inclut des structures hiérarchiques et la distribution des responsabilités. Une structure bien définie devrait encourager l'initiative personnelle, parce qu'une fois que tout le monde comprend les politiques et lignes de responsabilité, il est plus facile de prendre des décisions importantes et de faire avancer la mise en application.

Domaine 3 : Structure – quel est le cadre dans lequel nous travaillons ?

Des questions clés importantes peuvent être :

- est-ce que les buts et stratégies sont conformes à la mission ?
- est-ce que les stratégies traitent les problèmes de santé prioritaires ? Est-ce que ces priorités sont sélectionnées sur la base de critères objectifs, sur l'importance relative (p.ex. évaluation « Poids des Maladies »), sur la base de critères de demande, de coût-efficacité, de sensibilité, d'efficacité, de qualité ou de durabilité ?

Les politiques et stratégies doivent être définies conformes à la déclaration de mission et réfléchir adéquatement ses divers éléments. D'un point de vue idéal, les stratégies doivent couvrir les besoins et attentes des clients et de la société en général. Il est donc nécessaire qu'il y ait des mécanismes qui facilitent la participation des représentants des clients et de la société civile aux processus de planification et de suivi permanent. Les stratégies sectorielles ne sont pas autonomes, elles doivent être définies en relation à d'autres stratégies.

Domaine 2 : Stratégies – comment arriver là où nous voulons arriver ?

La déclaration de la mission doit être formulée conforme à la mission générale du gouvernement. Les questions clés sont :

- est-ce que la mission refléchit la finalité actuelle du secteur ?
- est-ce que toutes les parties intéressées comprennent la mission ?
- est-ce que le secteur utilise la mission pour établir des priorités et un plan d'activités ?

La mission représente la finalité, la raison d'être du secteur. La mission fournit l'encadrement, la cohérence et le sens des décisions prises au sein du secteur concernant les activités et priorités. Au sein de la mission, on peut définir un certain nombre de principes de base, telles que l'accès, l'équité, la qualité des services, la durabilité, l'utilisation efficace des ressources limitées. L'inclusion de ces principes de base fournit une base valable à l'analyse de la déclaration de la mission quand on développe des stratégies sectorielles.

Domaine 1 : Mission – pourquoi faisons-nous ce que nous faisons ?

Chaque domaine est sous-divisé en un petit nombre de composantes qui couvrent plusieurs aspects de la politique et de la gestion sectorielles.

Le cadre est conçu de telle façon que les quatre domaines donnent un appui au développement du secteur dans sa totalité. Le secteur est donc traité dans sa totalité. Cependant, une stratégie, une structure organisationnelle ou un système peuvent être également indépendants – avec leurs propres mission, organisation et systèmes. Par exemple, une des stratégies de la mission pour réduire le taux de fertilité pourrait être un programme national de planification familiale, qui a sa propre déclaration de mission, ses propres stratégies, organisation, structure et systèmes. Cependant, le point commun est que tous font partie du même secteur de la santé.

La boîte d'outil applique ces quatre domaines de politique et de gestion systématiquement dans les fiches techniques et les revues rapides dans chaque module.

- la mission et principes directeurs
- la stratégie
- la structure et organisation
- les systèmes

sanitaires :

Le cadre-matrice utilisé pour l'outil de revue de la politique sectorielle distingue quatre domaines majeures de développement de la politique et de la gestion

Créer le cadre conceptuel

PARTENAIRES « INTERNES » ET « EXTERNES »

Les acteurs clés de ce processus sont les cadres supérieurs du ministère de la Santé publique. Cependant, ils ne peuvent pas agir seuls quand il s'agit de l'élaboration des politiques. Il existe un partenariat « interne » avec des parties intéressées nationales : le ministère des Finances, la société civile et le parlement ; tous jouent un rôle dans la détermination de « l'espace de manœuvre » du ministère de la Santé. Ce sont les prestataires de service de santé qui fournissent l'information en retour pour savoir si les politiques fonctionnent ou pas.

Il existe également un partenariat « externe » : Beaucoup de pays à faible revenu dépendent des fonds externes pour la mise en œuvre de leurs programmes sectoriels. Cette dépendance donne une voix importante aux partenaires externes dans la fixation de l'agenda, ce qui peut mettre sous pression le leadership national, même si tous ceux impliqués dans le processus acceptent l'importance de changements.

importantes. Ainsi, les parties intéressées ne partageront pas seulement les conclusions de la revue, mais il y a une plus grande certitude que les actions proposées collectivement seront approuvées.

résultats à atteindre et les activités à mener. Ensuite les consultants se mettent à lire les différents documents et à collecter les informations nécessaires en organisant des réunions et des interviews avec chaque partie intéressée. À la fin de l'évaluation ils présentent leurs conclusions et recommandations préliminaires durant une session de compte rendu. Le rôle des parties intéressées est normalement restreint à accepter les termes de références et les sessions d'information et de compte rendu. Les parties intéressées ne sont que très peu impliquées dans le processus et ont peu d'opportunité de se réunir et de se mettre d'accord entre eux.

L'outil RPSS a été développé afin d'aider à augmenter le niveau d'implication des parties prenantes directes dans le processus de revue, faisant partie intégrante de l'**approche incrémentale**. Un modèle incrémental ou de processus assume que la prise de décision est un processus interactif d'ajustements mutuels. Les décisions sont prises après l'analyse des problèmes généraux et l'adaptation aux réponses des différents acteurs.

Ce modèle incrémental est réfléchi dans la réalité quotidienne de différents pays à faible revenu où des programmes (inter-) sectoriels (à l'échelle des secteurs) sont en cours. Le modèle incrémental est basé sur l'idée fondamentale que la politique de la santé est essentiellement un processus politique qui implique les différents acteurs et membres de la société qui agissent en individuels avec leurs diverses valeurs et croyances divergentes (Walt et Gilson, 1994).

Ce modèle implique que :

- les acteurs ont des idées divergentes sur la façon dont les politiques devraient être développées et gérées ;
- les acteurs et processus aussi bien que les contenus devraient faire partie de l'analyse ;
- l'applicabilité d'un modèle dépend des circonstances particulières de chaque cas (p. ex. la situation politique, la culture, le rôle de la société civile, la capacité analytique, etc.) ;
- les idées et approches des parties intéressées concernant le développement du processus politique doivent être transparentes.

Il existe également un **modèle linéaire** ou **rationaliste** qui estime que la prise de décision peut et doit être réalisée de manière harmonieuse, en commençant par l'évaluation préliminaire du problème, la collecte de données, l'analyse critique et en concluant par la synthèse. Ce modèle demande à apprécier le pour et le contre des options, à sélectionner les objectifs et les actions et un système de revue de la performance et des résultats. Une telle approche serait la moins biaisée et – dépendant des données utilisées – la manière la plus fondée de traiter le développement de la politique de la santé. Une approche n'exclut pas l'autre et dans la pratique, la plupart des processus utilisent les deux.

Comme il a été mentionné, cette boîte d'outil sert à augmenter la participation des parties prenantes de façon systématique en les rassemblant pour qu'elles fassent leur propre revue collective de questions politiques et de gestion

Pourquoi avons-nous besoin de cet outil ?

Ces dernières années, le développement du secteur de la santé et le contexte plus large des systèmes de santé sont devenus de plus en plus complexes. La communauté des donateurs se dit du principe *sector-wide* (approche programme) et a même investi en « appui budgétaire ». Plusieurs initiatives mondiales de santé ont été développées pour appuyer un nombre limité de programmes spécifiques de santé. Les partenaires doivent être constamment en contact et dialoguer intensément et profondément pour assurer le développement cohérent et compréhensif du secteur, vu la nouvelle approche de financement.

Les évaluations qui sont menées au sein du secteur de la santé visent le secteur dans sa totalité, mais elles visent également des questions transversales

(sectorielles), des programmes prioritaires spécifiques ou des questions institutionnelles. Au cours des années, il y a eu maintes discussions « chaudes » à propos des approches « sélective » contre « dans son ensemble » ou « verticale » contre « horizontale ». Les auteurs de ce livret suivent la pensée récente que les programmes prioritaires et les aspects transversaux sont mutuellement dépendants et que les revues devraient traiter les deux domaines.

Ces évaluations sont d'habitude menées par un groupe de consultants nationaux et internationaux. Dans les termes de référence des consultants se trouvent normalement les résultats attendus. Certains sont atteints selon des lignes normalisées prédéfinies, d'autres sont moins structurés. En ce qui concerne les évaluations générales, il n'existe pas d'approche ou de méthodologie standardisées. D'habitude le chef de l'équipe et les parties intéressées s'accordent sur l'approche à suivre, les

L'outil RPSS

Quel est l'objectif de l'outil RPSS : promouvoir la participation d'un grand ensemble de parties prenantes dans la revue de la politique de santé sectorielle et des questions de gestion. Ces parties prenantes peuvent être des autorités nationales, des experts techniques ou des représentants d'agences externes, ONG et organisations de la société civile.

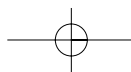
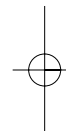
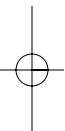
Étendu : la revue peut s'étendre sur le secteur de la santé en général, sur des questions sectorielles, des programmes spécifiques ou des systèmes de santé distincts.

Quand : au moment où la politique est élaborée, comme premier pas dans le développement du plan – annuel ou à mi-terme – de la santé. Si l'état possible d'établir une période « *no-fly* » pour les décideurs politiques, beaucoup d'entre eux seraient disponibles à participer au développement d'un tel plan.

Où : là où la gérance à lieu. C'est normalement au niveau central, mais la boîte à outils peut également être utilisée au niveau provincial ou du district à condition que le principe de participation des parties prenantes dans la prise de décision soit accepté.

Quel but : pour savoir si les politiques et stratégies actuellement en place sont compétentes pour atteindre les objectifs généraux et spécifiques du secteur de la santé.

Faut-il un facilitateur : il est fort bien possible de travailler sans facilitateur, mais nous recommandons quand même d'inviter un facilitateur qui a une certaine connaissance de la politique de la santé pour gérer le processus.



Première partie Historique et méthodologie

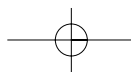
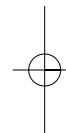
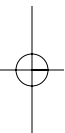


Table des matières

Remerciements	5
Première partie : Historique et méthodologie	9
Pourquoi avons-nous besoin de cet outil ?	11
Créer le cadre conceptuel	13
Les modules	15
Comment utiliser l'outil RPSS ?	19
Mise en place de l'atelier	20
Deuxième partie : Les modules	25
Fiche de renseignement	27
Exploration rapide	37

organisationnelle). Ils nous ont également permis d'utiliser une partie de leurs textes.

Enfin, nous apprécions l'intérêt et l'appui financier du Directeur général de la coopération internationale (DGSI) du ministère des Affaires étrangères aux Pays-Bas qui a aidé à développer l'outil de revue de la politique sectorielle.

Bert Schreuder
Jurrien Toonen

Remerciements

L'outil de revue de la politique sectorielle de la santé (RPSS) a été développé pour contribuer à l'implémentation croissante des parties prenantes dans les revues de la politique de santé et la revue de la gestion du secteur de la santé dans sa totalité et de programmes et de systèmes de santé spécifiques.

Le Département du pratique et politique de développement de l'Institut royal des tropiques (KIT/DEV) a développé l'ensemble des outils. Une équipe dirigée par Bert Schreuder et Jurrien Toonen a mis au point les idées initiales à propos de l'approche et du contenu. Ensuite, une série de modules a été développée par Jasho Dhara Dasgupta (genre), Marjolein Dieleman (DRH), Marlene Abrial et Tiberius Muhabwa (Financement), Marti van Lier (Nutrition), Madeleen Wegelein (VIH/SIDA), Jef Heuberg (S&SR), and Henk Eggen (Tuberculose).

Dans un atelier organisé par le KIT, le groupe de participants avec une bonne expérience pratique dans la revue du secteur de la santé en général et de programmes de santé en particulier, a discuté des versions préliminaires des modules. Parmi ces participants on peut noter : François Bollot (France), Bona Chita (Zambie), Birahime Diongue (Sénégal), Felicien Hounye (Bénin), Gertrudes Machatine (Mozambique), Steve Mtonga (Zambie), Tiberius Muhabwa (Uganda), Frank Nyonator (Ghana) et Hamadassalia Toure (Mali).

Suite à une revue importante, la boîte d'outils a été vérifiée dans la pratique par Steve Mtonga et Bona Chita en Zambie et au Sénégal par Birahim Diongue. Ces deux dernières années différents modules ont été testés par des responsables des orientations politiques de différentes organisations. La version provisoire finale a été évaluée par René Dubeldam (Plan général et Module 1), Korrie de Koning, Thea Hillhorst, Anna Vassal, Annemarie Hoogendoorn et Rachel Ploem.

Nous remercions en particulier l'appui du personnel de la MSH (Science de la gestion de la santé). Ils ont partagé leur expérience dans la *Management and Organizational Sustainability Tool* (MOST, Outil de gestion et de durabilité

L'outil de revue de la politique sectorielle de la santé offre un ensemble de moyens aux parties intéressées pour qu'elles soient plus directement impliquées dans la revue du développement du secteur de la santé, qui inclut des programmes spécifiques ou des domaines au sein du secteur de la santé. Cet outil comprend une introduction et plusieurs modules qui illustrent différents aspects du processus de revue.

Ce livret contient l'introduction qui explique à l'aide du Module 1 comment utiliser l'outil de revue de la politique sectorielle de la santé (RPSS). Il est disponible en anglais et en français ainsi qu'en version électronique dans le CD-Rom attaché. Les fiches techniques sont en format *pdf et les explorations rapides en *doc.

Tous les modules seront régulièrement mis à jour et peuvent être téléchargés gratuitement à partir du site www.kit.nl

Institut royal des tropiques (KIT)
KIT Pratique et politique de développement
Mauritskade 63
1092 AD Amsterdam, Pays-Bas
Telephone : +31 (0)20 5688 711
Téléfax : +31 (0)20 5688 444
E-mail: info@kit.nl
Site [www : www.kit.nl](http://www.kit.nl)

Royal Tropical Institute (KIT)
KIT Publishers
P.O. Box 95001
1090 HA Amsterdam, The Netherlands
Telephone : +31 (0)20 5688 272
Téléfax : +31 (0)20 5688 286
E-mail : publishers@kit.nl
Site [www : www.kit.nl/publishers](http://www.kit.nl/publishers)

© 2004 KIT Publishers, Amsterdam,
Pays-Bas

Text et modules sous l'édition de :
Marijke Loozevelt
Couverture : Grafisch Ontwerpbureau Agaatsz
BNO, Meppel, Pays-Bas
Impression : Meester & de Jonge, Lochem,
Pays-Bas

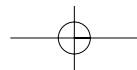
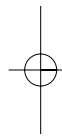
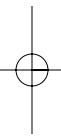
ISBN : 90 6832 1579
NUR : 600/740/890

Institut royal des tropiques (KIT) – Amsterdam
KIT – Pratique et politique de développement



**OUTIL DE REVUE DE LA POLITIQUE SECTORIELLE
DE LA SANTE**
UN GUIDE POUR LES UTILISATEURS ET FACILITATEURS

Bert Schreuder
Jurrien Toonen



**OUTIL DE REVUE DE LA POLITIQUE SECTORIELLE
DE LA SANTE (RPSS)**