

Les défis de la santé globale à travers l'expérience de l'OMS

IEMS, Lausanne 14 février 2014



**Organisation
mondiale de la Santé**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Plan

- Intro sur l'OMS
- La santé dans le monde
- La couverture sanitaire universelle
- La planification nationale
- Les ressources humaines en santé



Création de l'OMS

- Coopération internationale et contrôle des maladies
- Création de l'Organisation des Nations Unies en 1945



Création de l'OMS

- Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1948



Objectif de l'OMS

L'OMS s'est fixé comme but :

“ d’amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible “

(Article 1, Chapitre I, Constitution de l'OMS)



Définition de "Santé"

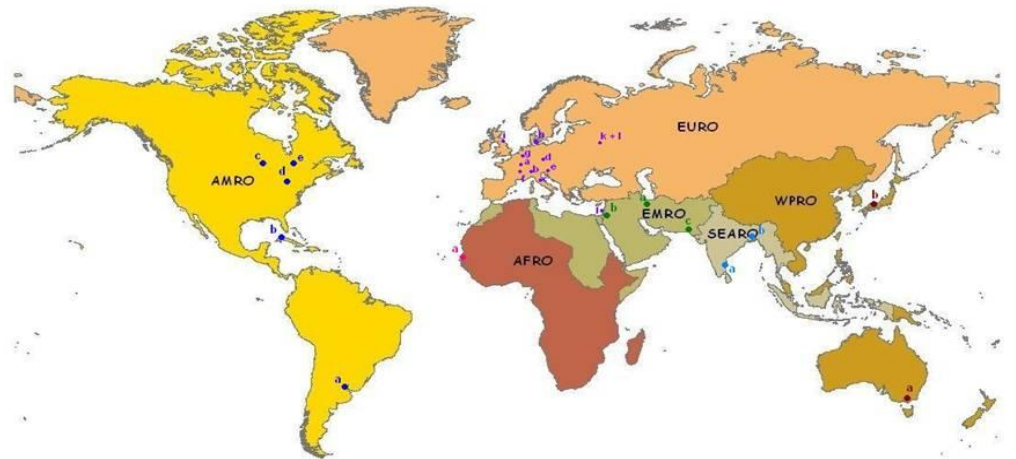
La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit:

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

(extrait de la Constitution de l'OMS)

Structure de l'OMS

- Le siège est à Genève,
- 6 bureaux régionaux (Copenhague, Washington DC, New Delhi, Manille, Brazzaville, Le Caire)
- 151 bureaux dans les pays, territoires et zones qui travaillent étroitement avec les acteurs de la santé sur le terrain



Gouvernance de l'OMS

- **Assemblée mondiale de la santé:** C'est l'organe décisionnel suprême de l'OMS. Sa principale fonction est de déterminer la politique de l'Organisation.
- **Conseil exécutif:** Facilite le travail de l'Assemblée Mondiale
- **Le secrétariat de l'OMS:** Environ 7,500 personnes travaillant au siège à Genève, dans les six bureaux régionaux et dans les bureaux de pays, territoires et zones.



Les trois dimensions du travail de l'OMS

La première dimension est globale:

- Au niveau global l'OMS élabore les normes et standards internationaux
- L'Assemblée Mondiale de la Santé adopte des accords mondiaux , certains ayant un caractère **obligatoire** :
 - Règlement sanitaire international
 - Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabacD'autres étant **volontaires** :
 - Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé

La deuxième dimension est l'appui aux pays:

- L'OMS conseille les gouvernements en matière de politique de sante et aide les pays à mettre en œuvre les normes et standards internationaux en politiques, stratégies et plans nationaux de sante.
- En cas d'épidémies et dans les situation d'urgence humanitaire l'OMS coordonne la cooperation internationale en santé

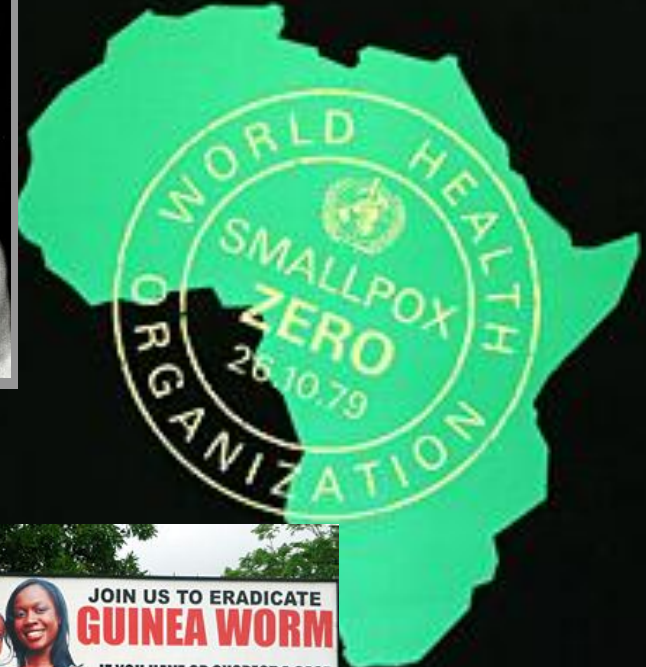
La troisième dimension est la cooperation entre les pays:

- L'OMS facilite la cooperation Nord-Sud, Sud-Sud, et la cooperation triangulaire



Etapes importantes

- Le système de classification des maladies est systématisé en 1948
- Lancement du programme d'éradication de la malaria en 1955
- Lancement du programme élargi de vaccination pour les enfants (1974)
- Liste des médicaments essentiels (1977)
- La déclaration Alma Ata (1978) qui mobilise des gens dans le monde entier pour atteindre l'objectif "santé pour tous"
- Eradication de la variole (1979)



Etapes importantes

- Objectifs du Millénaire pour le développement (2000)
- Lancement avec ONUSIDA de l'initiative 3x5, visant à assurer un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes avant la fin de 2005
- SRAS (2003) – investigation internationale coordonnée par l’OMS avec l’aide du réseau mondiale d’alerte et action
- La convention-cadre de l’OMS pour la lutte anti-tabac (2005)
- Règlement sanitaire international (2007), les systèmes de réponses humanitaires et sanitaires renforcés
- La grippe A (H1N1): première pandémie du 21^{ème} siècle (2009)
- Plus de 6 millions de personnes ont accès aux traitements anti rétroviral (2010)



LES GRANDS PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LE MONDE



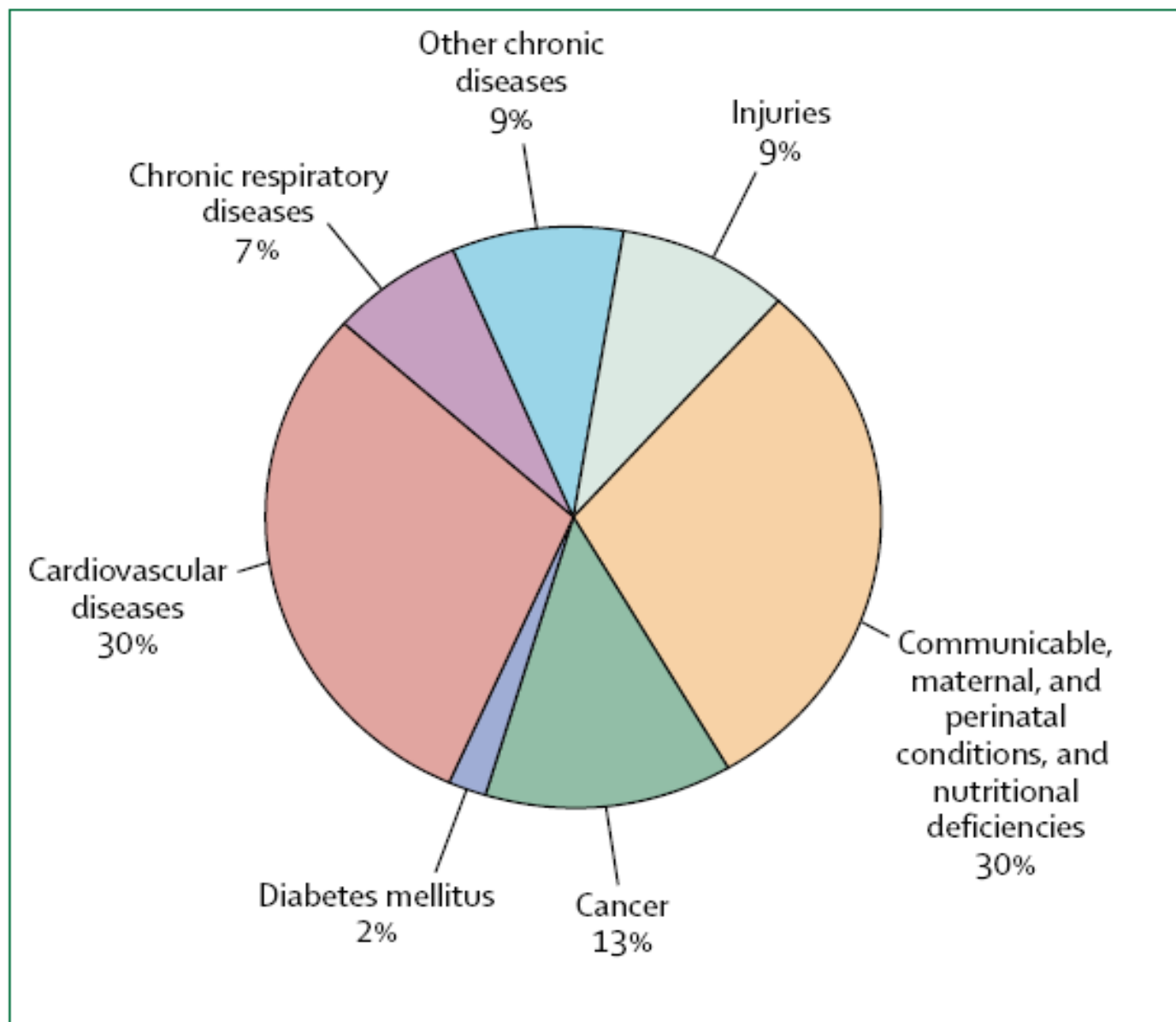
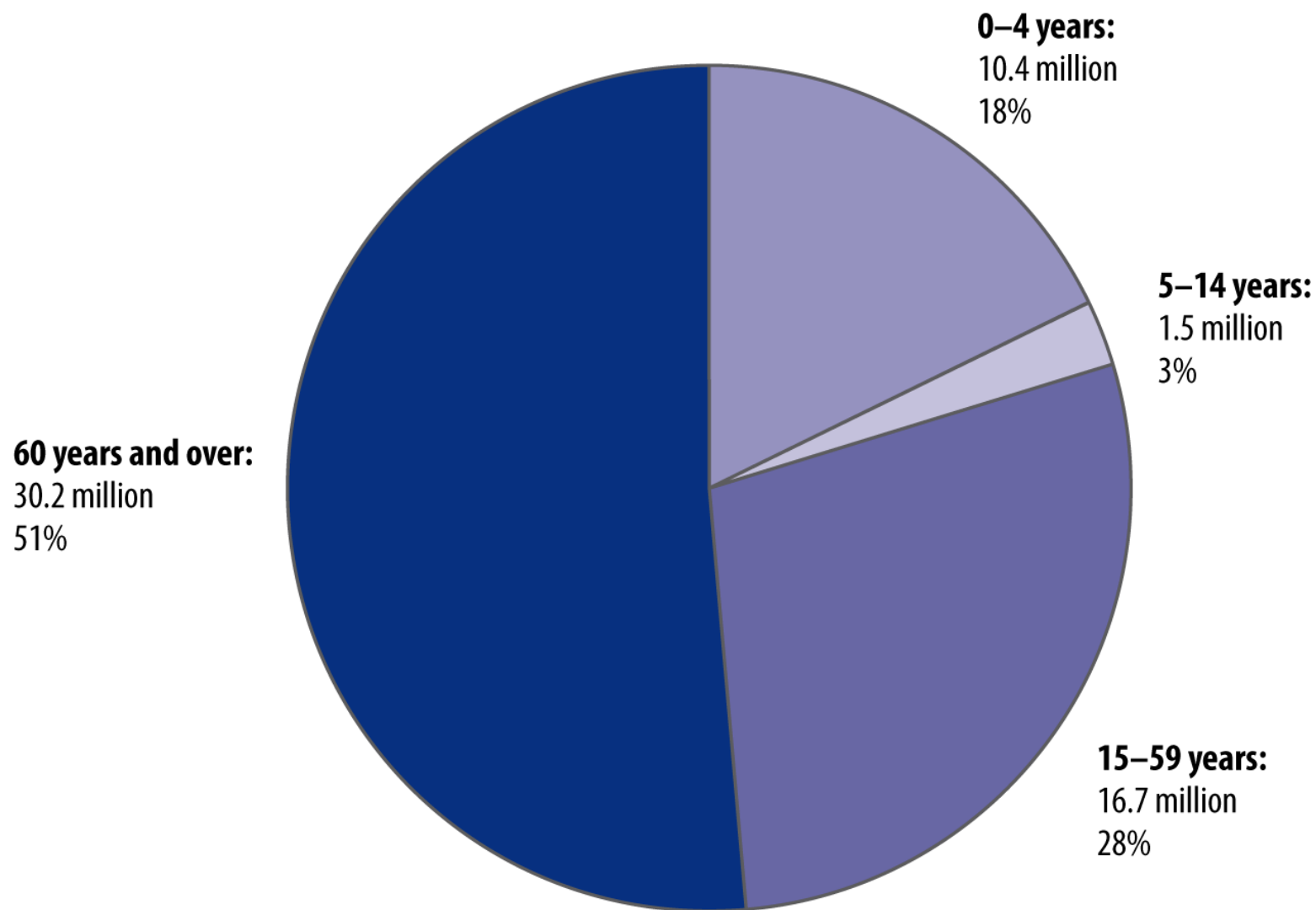


Figure 1: Projected global distribution of total deaths (58 million) by major cause, 2005

[Source: Strong et al, Lancet 2005]

Mortalité, distribution par âge et nombre de décès, monde

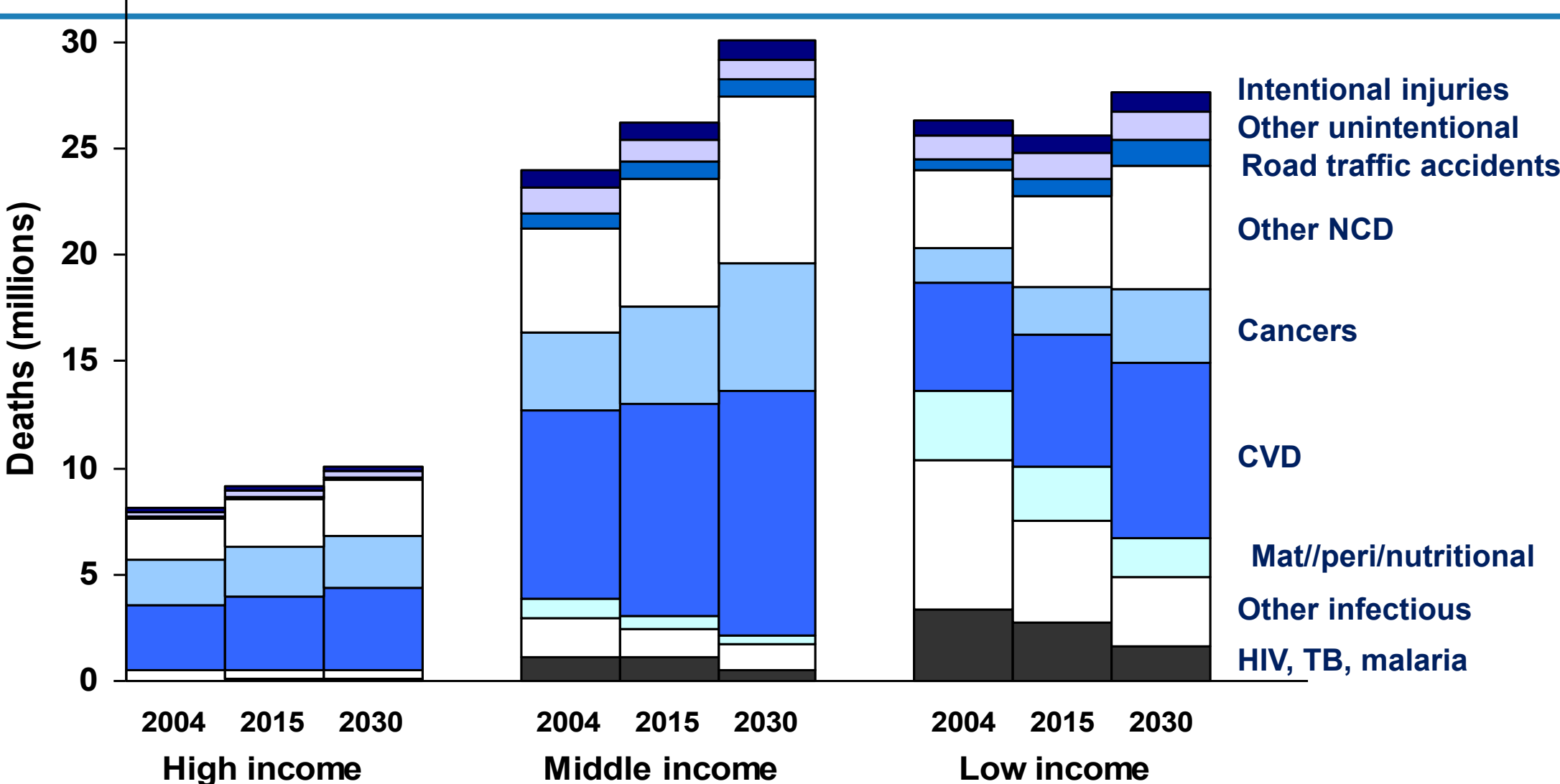


LEADING CAUSES OF DEATH, 2004 AND 2030 COMPARED

2004			2030		
Disease or injury	Deaths (%)	Rank	Rank	Deaths (%)	Disease or injury
Ischaemic heart disease	12.2	1	1	14.2	Ischaemic heart disease
Cerebrovascular disease	9.7	2	2	12.1	Cerebrovascular disease
Lower respiratory infections	7.0	3	3	8.6	Chronic obstructive pulmonary disease
Chronic obstructive pulmonary disease	5.1	4	4	3.8	Lower respiratory infections
Diarrhoeal diseases	3.6	5	5	3.6	Road traffic accidents
HIV/AIDS	3.5	6	6	3.4	Trachea, bronchus, lung cancers
Tuberculosis	2.5	7	7	3.3	Diabetes mellitus
Trachea, bronchus, lung cancers	2.3	8	8	2.1	Hypertensive heart disease
Road traffic accidents	2.2	9	9	1.9	Stomach cancer
Prematurity and low birth weight	2.0	10	10	1.8	HIV/AIDS
Neonatal infections and other*	1.9	11	11	1.6	Nephritis and nephrosis
Diabetes mellitus	1.9	12	12	1.5	Self-inflicted injuries
Malaria	1.7	13	13	1.4	Liver cancer
Hypertensive heart disease	1.7	14	14	1.4	Colon and rectum cancers
Birth asphyxia and birth trauma	1.5	15	15	1.3	Oesophagus cancer
Self-inflicted injuries	1.4	16	16	1.2	Violence
Stomach cancer	1.4	17	17	1.2	Alzheimer and other dementias
Cirrhosis of the liver	1.3	18	18	1.2	Cirrhosis of the liver
Nephritis and nephrosis	1.3	19	19	1.1	Breast cancer
Colon and rectum cancers	1.1	20	20	1.0	Tuberculosis
Violence	1.0	22	21	1.0	Neonatal infections and other*
Breast cancer	0.9	23	22	0.9	Prematurity and low birth weight
Oesophagus cancer	0.9	24	23	0.9	Diarrhoeal diseases
Alzheimer and other dementias	0.8	25	29	0.7	Birth asphyxia and birth trauma
			41	0.4	Malaria

* Comprises severe neonatal infections and other, noninfectious causes arising in the perinatal period.

Projection du nombre de décès par cause et niveau de revenu: 2004 to 2030



DÉFIS ET PERSPECTIVES POUR L'OMS



Défis et perspectives

Après plus de 60 ans d'existence l'OMS fait aussi face à de nombreux défis:

- Défis en terme de santé publique
- Défis concernant la place de l'OMS dans le paysage de la santé globale



Défis en terme de santé publique 1/2

- Les maladies non-transmissibles: elles sont la cause principale des maladies et de mortalité dans le monde (36 millions dont 48% maladies cardiovasculaires, 21% cancers, 12% maladies respiratoires, 3% diabète)
- Vieillesse de la population
- Urbanisation: plus de 50% de la population mondiale vit dans des villes à présent
- Migration et mobilité des populations



Défis en terme de santé publique 2/2

- Epidémies et pandémies
- Usage accidentel ou intentionnel des agents biologiques, chimiques ou nucléaires
- Désastres naturels : inondations, sécheresse, cyclones, tremblements de terre
- Agitation social : conflits internes et guerres



Défis concernant la place de l'OMS dans le paysage de la santé globale

- Un nombre toujours plus important d'acteurs est présent: Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, GAVI, la fondation Bill et Melinda Gates, etc.





Investing in our future
The Global Fund
 To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Stop TB Partnership



Global Alliance to Eliminate Leprosy (GAEL)

Initiative on Public-Private Partnerships for Health

Concept Foundation



Accelerating Access Initiative

President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)

3 million by 2015

RBM
ROLL BACK MALARIA

SECURE THE FUTURE®



AFUTURE FREE OF LF
Global Alliance

2020 THE RIGHT TO SIGHT

Medicines for Malaria Venture

iavi
International AIDS Vaccine Initiative

GAVI ALLIANCE

gain
Global Alliance for Improved Nutrition

MTCT PLUS

ACHAP

Global Polio Eradication Initiative

GLOBAL ALLIANCE FOR TB DRUG DEVELOPMENT

CLINTON FOUNDATION

International Trachoma Initiative

GBC



HIV VACCINE TRIALS NETWORK

Pfizer DIFLUCAN PARTNERSHIP

mvi
malaria vaccine initiative

step forward
A GLOBAL CARE INITIATIVE from ABBOTT and the ABBOTT FUND for ORPHANS and VULNERABLE CHILDREN

Children's Vaccine Program

Global Health Council



EMVI

The European Malaria Vaccine Initiative

MECTIZAN DONATION PROGRAM

NetMark
Public-Private Partnership

Global Campaign for MICROBICIDES
Hope for African Children Initiative

Trilateral Initiative on Malaria

US Presidential Initiative
FIGHTING MALARIA
 SAVING LIVES IN AFRICA

The Micronutrient Initiative

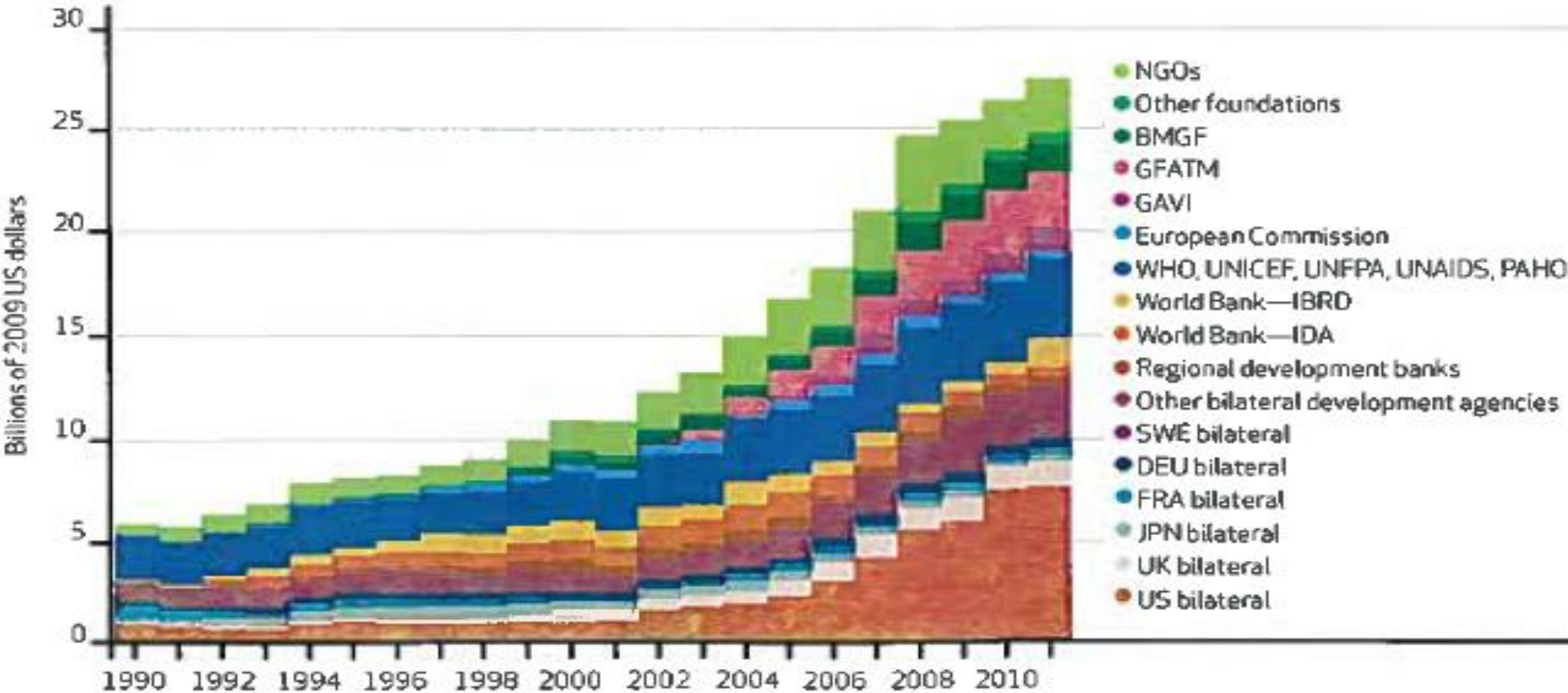
Schistosomiasis Control Initiative

DDVI
Pediatric DENGUE VACCINE INITIATIVE



Défis concernant la place de l'OMS dans le paysage de la santé globale

Development Assistance For Health, By Channel Of Assistance, 1990-2011



Source: Leach-Kemon, 2012

**DANS UN TEL CONTEXTE, QUELLES
SONT LES PRINCIPAUX AXES
D'INTERVENTION ?**



BOX 1 *The eight Millennium Development Goals*

With starting points in 1990, each goal is to be reached by 2015:

1. Eradicate extreme poverty and hunger

Halve the proportion of people living on less than one dollar a day.

Halve the proportion of people who suffer from hunger.

2. Achieve universal primary education

Ensure that boys and girls alike complete primary schooling.

3. Promote gender equality and empower women

Eliminate gender disparity at all levels of education.

4. Reduce child mortality

Reduce by two-thirds the under-five mortality rate.

5. Improve maternal health

Reduce by three-quarters the maternal mortality ratio.

6. Combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases

Reverse the spread of HIV/AIDS.

7. Ensure environmental sustainability

Integrate sustainable development into country policies and reverse loss of environmental resources.

Halve the proportion of people without access to potable water.

Significantly improve the lives of at least 100 million slum dwellers.

8. Develop a global partnership for development

Raise official development assistance.

Expand market access.

Three points about the Millennium Development Goals: First, to be enduring, success in reaching the goals must be based on systemwide reforms to support progress. Second, focusing on these outcomes does not imply focusing on education and health services alone. Health and education outcomes depend on too many other factors for that to work—everything from parents' knowledge and behavior, to the ease and safety of reaching a health clinic or school, or the technology available for producing outcomes (see crate 1.1). Third, in countries that have already achieved universal primary completion or low infant and maternal mortality rates, the spirit of the Millennium Development Goals—time-bound, outcome-based targets to focus strategies—remains important.

Cibles

Indicateurs

Objectif 1 : réduire l'extrême pauvreté et de la faim

Cible 1 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour

Cible 2 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

4. Pourcentage d'enfants (de moins de 5 ans) présentant une insuffisance pondérale
5. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous

Cible 3 D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires

Objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Cible 4 Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2015 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard

Objectif 4 : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Cible 5 Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
14. Taux de mortalité infantile
15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole

Objectif 5 : améliorer la santé maternelle

Cible 6 Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

16. Taux de mortalité maternelle
17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

Objectif 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Cible 7 D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle

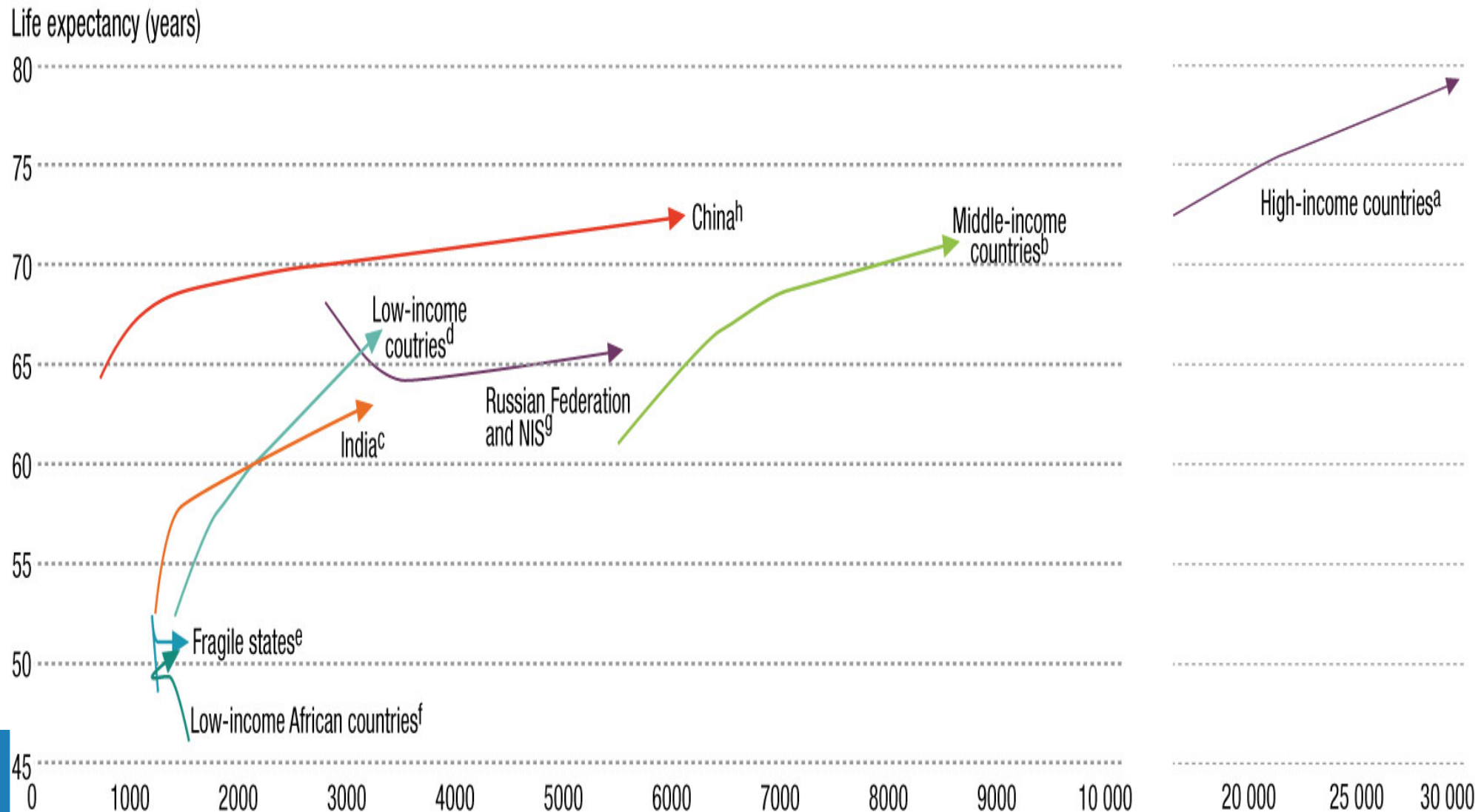
18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans
19. Taux d'utilisation de la contraception
20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans

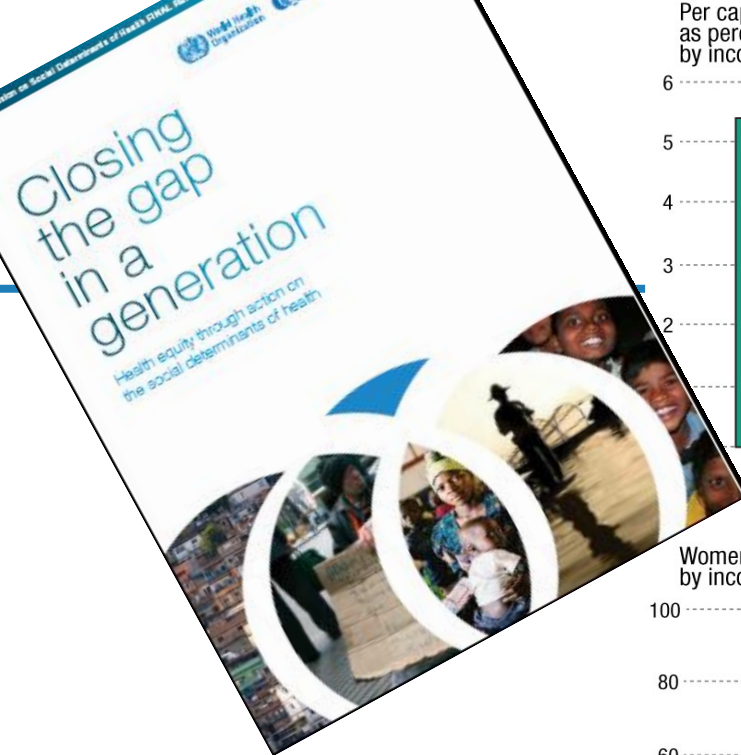
Cible 8 D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie
22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme
23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie
24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe)

1. Uneven progress: wealth and health

▲ GDP growth is necessary but not sufficient

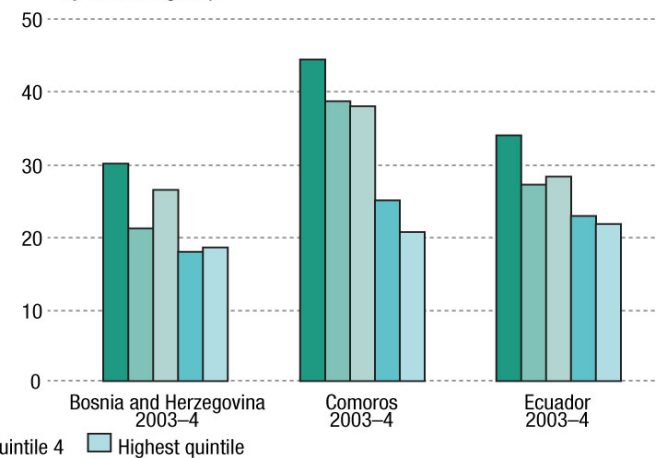




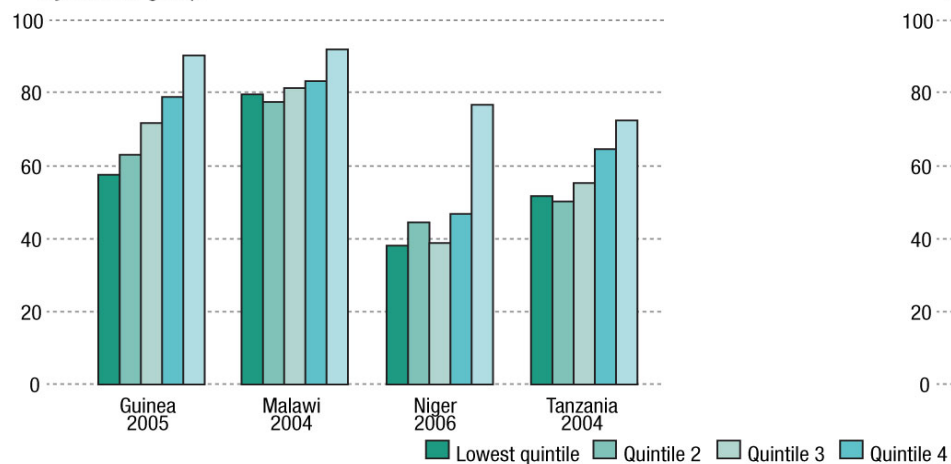
Per capita household spending on health as percentage of total household spending, by income group



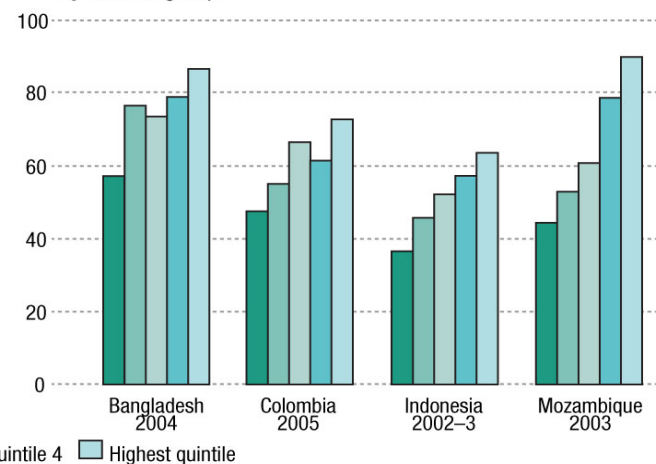
Mean time (minutes) taken to reach an ambulatory health facility, by income group



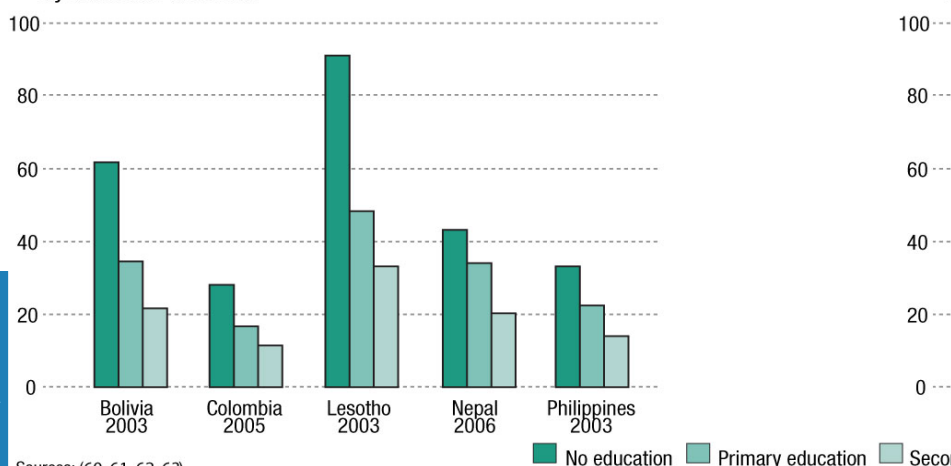
Women using malaria prophylaxis (%), by income group



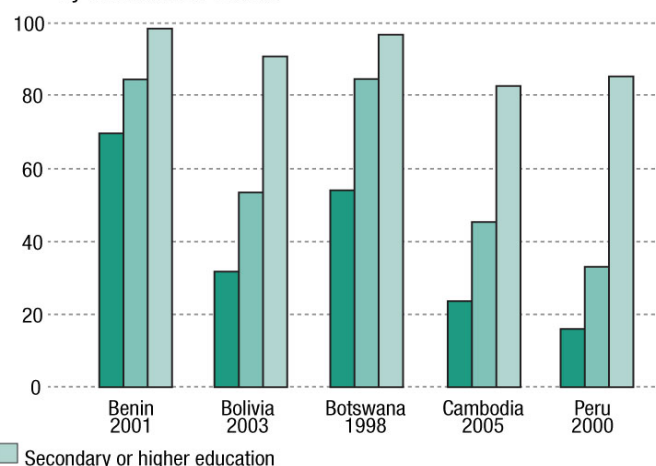
Full basic immunization coverage (%), by income group



Neonatal mortality rate, by education of mother

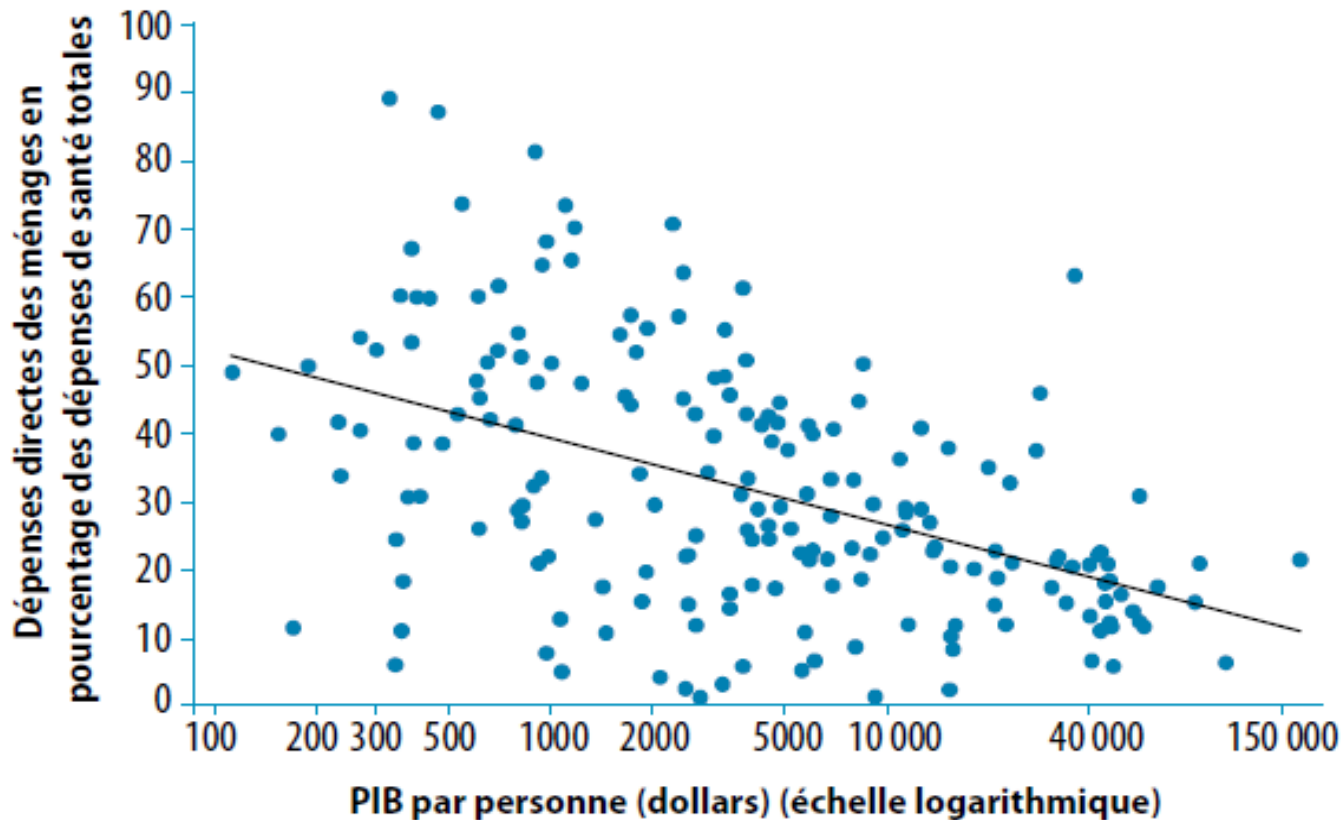


Births attended by health professional (%), by education of mother



Les paiements directs un problème surtout dans les pays à faible et moyen revenu...

Figure 3.1. Dépenses directes des ménages en fonction du produit intérieur brut (PIB) par personne, 2007



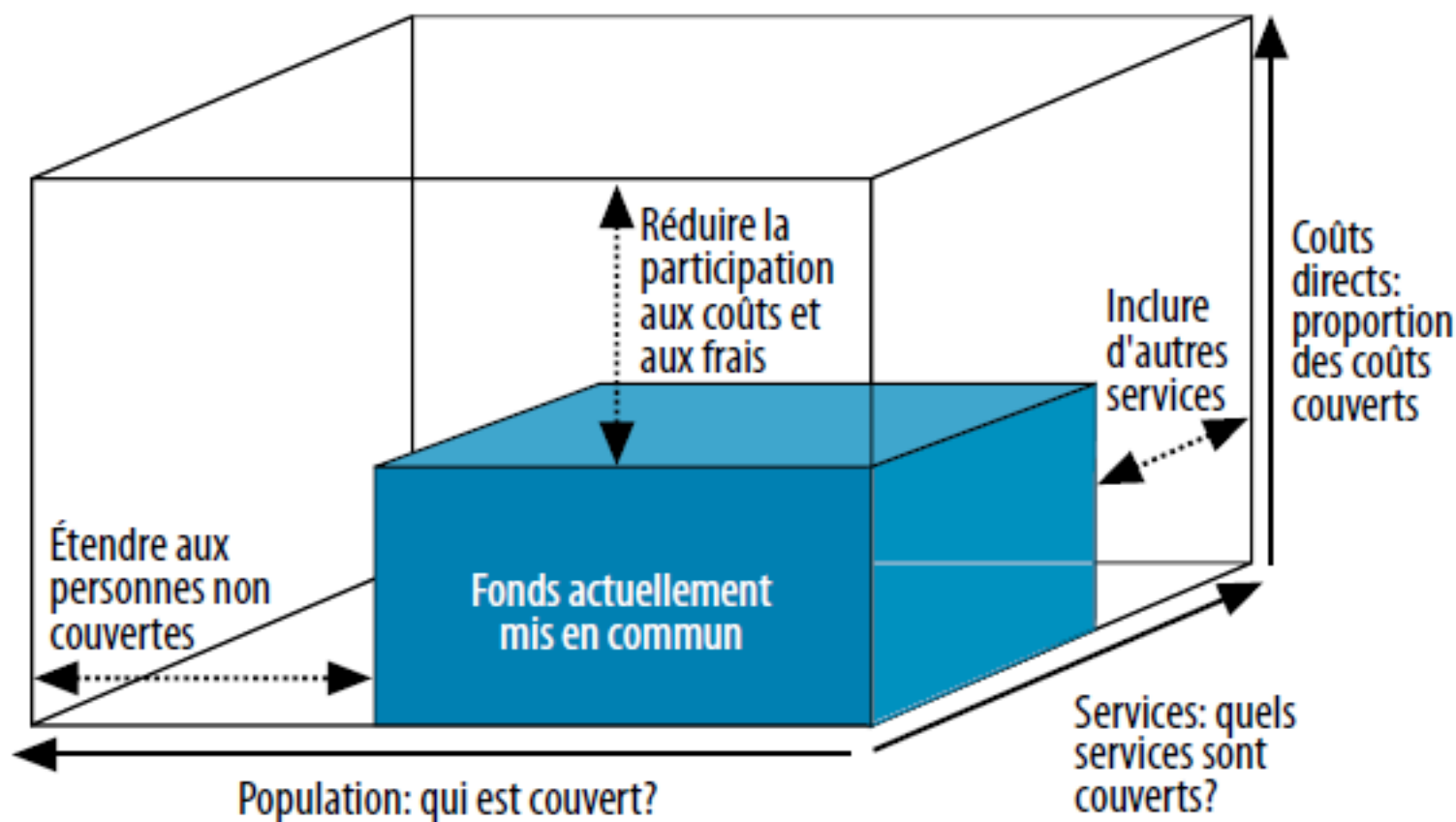
... mais pas seulement, 4 millions de ménages souffrent des coûts catastrophiques chaque année dans les pays de l'OCDE.

En Suisse, les franchises et co-paiements forment un coût direct = barrière pour accéder aux services de santé?

QUELLES SOLUTIONS?



Vers la Couverture (Universelle)



Options pour collecter plus de ressources nationales pour la santé

1 Augmenter la priorité donnée à la santé dans le budget national

⇒ Si les pays d'Afrique (ceux qui ont signé la déclaration d'Abuja en 2001) augmentaient tous à 15 % la part de la santé dans le budget national, 29 milliards de dollars supplémentaires par an seraient disponibles pour la santé – ce qui est trois fois le financement externe pour la santé.

2 Collecter les ressources de manière plus efficace – p.ex. augmenter la disponibilité des ressources publiques globales

⇒ En Indonésie, des réglementations claires et cohérentes et une tolérance zéro envers la corruption ont augmenté les revenus des impôts de 9.9 % à 11 % de PIB non-pétrolier en quatre ans – avec une augmentation considérable des dépenses de santé.

Collecter plus des ressources nationales pour la santé (2)

③ Trouver de nouvelles sources de revenu :

- ⇒ **Taxes indirectes:** *Le Ghana a partiellement financé son système d'assurance maladie nationale en augmentant de 2,5 % la Taxe sur la valeur ajoutée (TVA)*
- ⇒ **Taxes sur les produits nocifs** *comme le tabac et l'alcool: une augmentation de 50 % de la taxe sur le tabac générerait à elle seule 1,42 milliard de dollars en fonds supplémentaires dans 22 pays à faible revenu, pour lesquels les données sont disponibles. Ceci pourrait permettre d'augmenter les dépenses de santé publiques de 25 %*
- ⇒ **Une taxe sur les opérations de change** *pourrait être adoptée dans plusieurs pays – p.ex. l'Inde pourrait lever 370 millions US\$ par an en se basant sur une taxe très faible (0.005 %)*
- ⇒ **Prélèvements solidaires** – *Le Gabon a levé 30 millions de US\$ pour la santé en 2009 par un prélèvement de 1.5 % sur les transactions financières internationales.*

Réduire l'impact des paiements directs pour les populations vulnérables

1. Les expériences récentes dans des pays comme la Chine, le Costa Rica, le Ghana, le Mexique, le Rwanda, la Thaïlande et la Sierra Leone montrent que des avancées majeures peuvent être réalisées
2. Les options utilisées incluent:
 - Réduire ou abolir les paiements directs dans les formations sanitaires publiques, dans certains cas pour un groupe de la population (p.ex. mères et enfants), ou pour une maladie (p.ex. tuberculose) - nécessité de subventions qui viennent compenser la perte de revenu ➔ Burundi, Ouganda, Sierra Leone
 - Distribuer des bons (vouchers) pour permettre aux individus d'obtenir des soins ➔ Kenya
 - Augmenter le "prépaiement" et la mise en commun des ressources à travers une assurance maladie et/ou la taxation. ➔ l'objectif commun pour tous les pays
3. Mutuelles et micro-assurances peuvent avoir un rôle au début, mais un plan pour les fusionner dans le futur est important – les fonds plus larges sont financièrement plus viables que les petits fonds établis au niveau communautaire ➔ Ghana ou Rwanda
4. Il est difficile d'assurer une couverture universelle sans que les contributions (taxes ou cotisations d'assurance) ne soient obligatoires. Si les riches et ceux en bonne santé n'adhèrent pas, les pauvres et les malades sont laissés avec des services de mauvaise qualité, financés par des ressources insuffisantes



Encourager plus d'efficience

- Identifier et réduire les sources d'inefficience
- Examiner et réduire les incitations provoquant des inefficiences

Par exemple:

- 1. Paiement des prestataires:** réduire les paiements à l'acte si possible. Considérer les paiements basés sur la performance si un bon mécanisme de suivi est possible. – capitation, DRGs (GHM), paiement à la performance (CAPI en France)
- 2. Les médicaments – meilleur prix, génériques, meilleur utilisation**
- 1. Réduire les duplications** – dans les canaux de financement

Protéger les pauvres et les personnes vulnérables

- Les pauvres et les personnes vulnérables doivent partout bénéficier d'une attention particulière.

Des options qui s'ajoutent aux ressources prépayées et mises en commun afin d'assurer une meilleure couverture et de baisser les obstacles financiers:

- ➔ **Services gratuits ou subventionnés** (p.ex. à travers des exemptions ou bons) pour des groupes spécifiques de population (p.ex. les pauvres) ou pour certaines maladies (p.ex. soins maternels et infantiles).
- ➔ **Cotisations gratuites ou subventionnées à un système d'assurance maladie** pour les pauvres et les personnes vulnérables
- ➔ **Paiements en liquide** pour couvrir les coûts de transport et autres coûts relatifs à l'obtention des soins. Dans certains cas, ces paiements ne sont faits qu'après que l'individu ait pris des mesures, normalement de prévention, considérées comme positives pour sa santé ou pour celle de sa famille.

Le chemin vers la Couverture Universelle : *actions internationales*

1. Réduire les coûts pour les pays de l'accès aux fonds extérieurs
 - Au Rwanda, le gouvernement doit remettre un rapport annuel sur 890 indicateurs de santé à plusieurs donateurs, et 595 d'entre eux concernent le VIH et la malaria. On a compté plus de 400 missions de santé internationales au Viet Nam en 2009.
2. Soutenir les pays dans le développement et la mise en œuvre de stratégies nationales de financement de santé, et en lien avec les plans nationaux de santé, pour accélérer le mouvement vers la Couverture Universelle.
3. Se rattacher à ces plans et canaliser les financements aux pays de manière à construire des capacités et institutions de financement nationales, plutôt que de court-circuiter des systèmes déjà faibles – p.ex. financer les SWAps, Appui budgétaire, systèmes d'assurance maladie.



Dans le contexte suisse, quelles sont les grandes mesures qui assurent la couverture sanitaire universelle ?

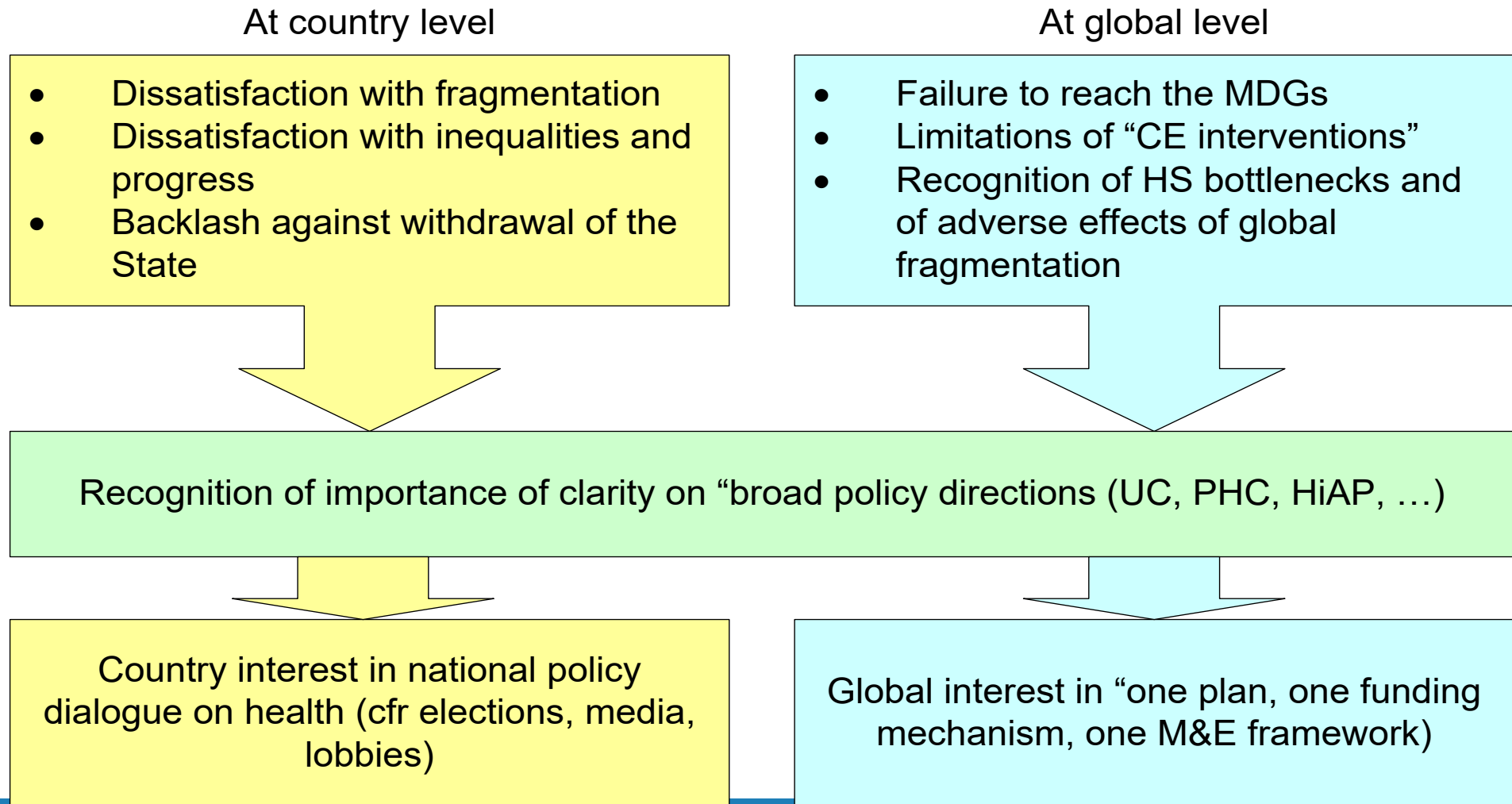
Est-ce que vous pensez que ces mesures sont satisfaisantes ?



LES PLANS NATIONAUX DE SANTE



La réponse mondiale aux défis sanitaires est complexe : ...en termes de PLANIFICATION et de Gouvernance

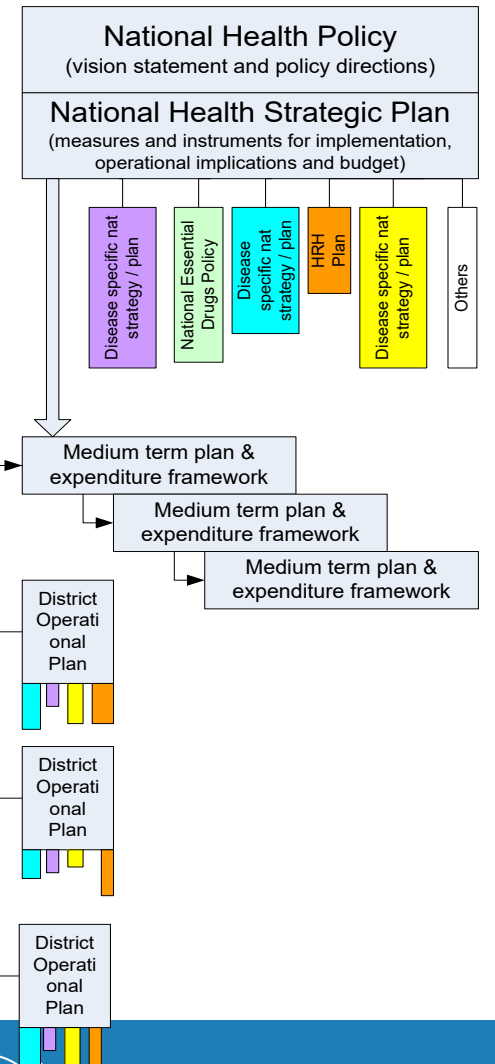
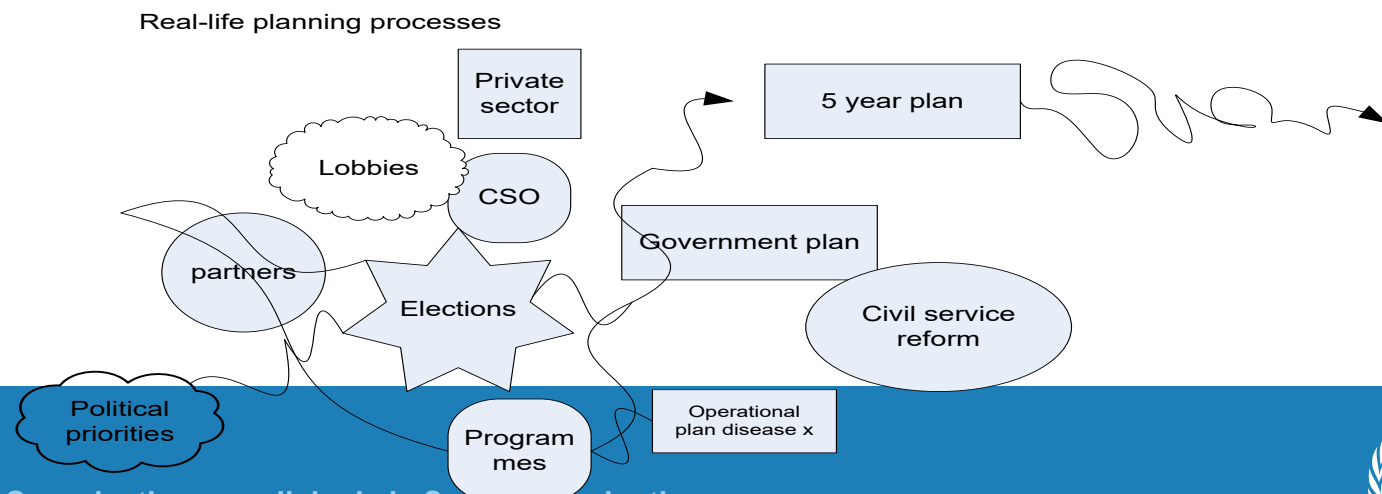
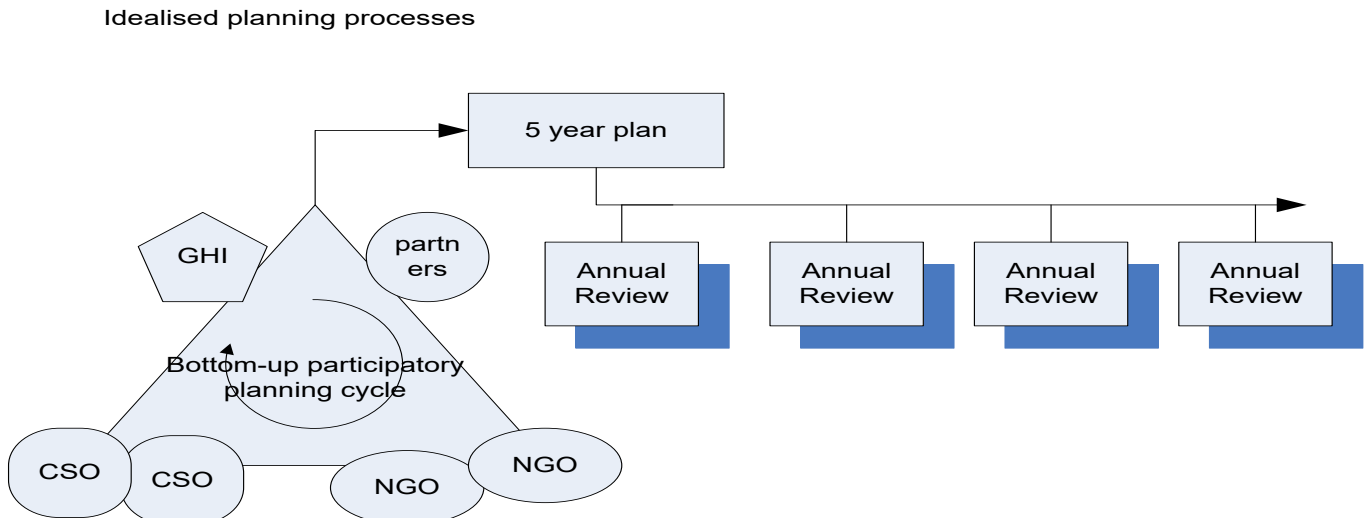


E.g. China, USA, Switzerland, Thailand...

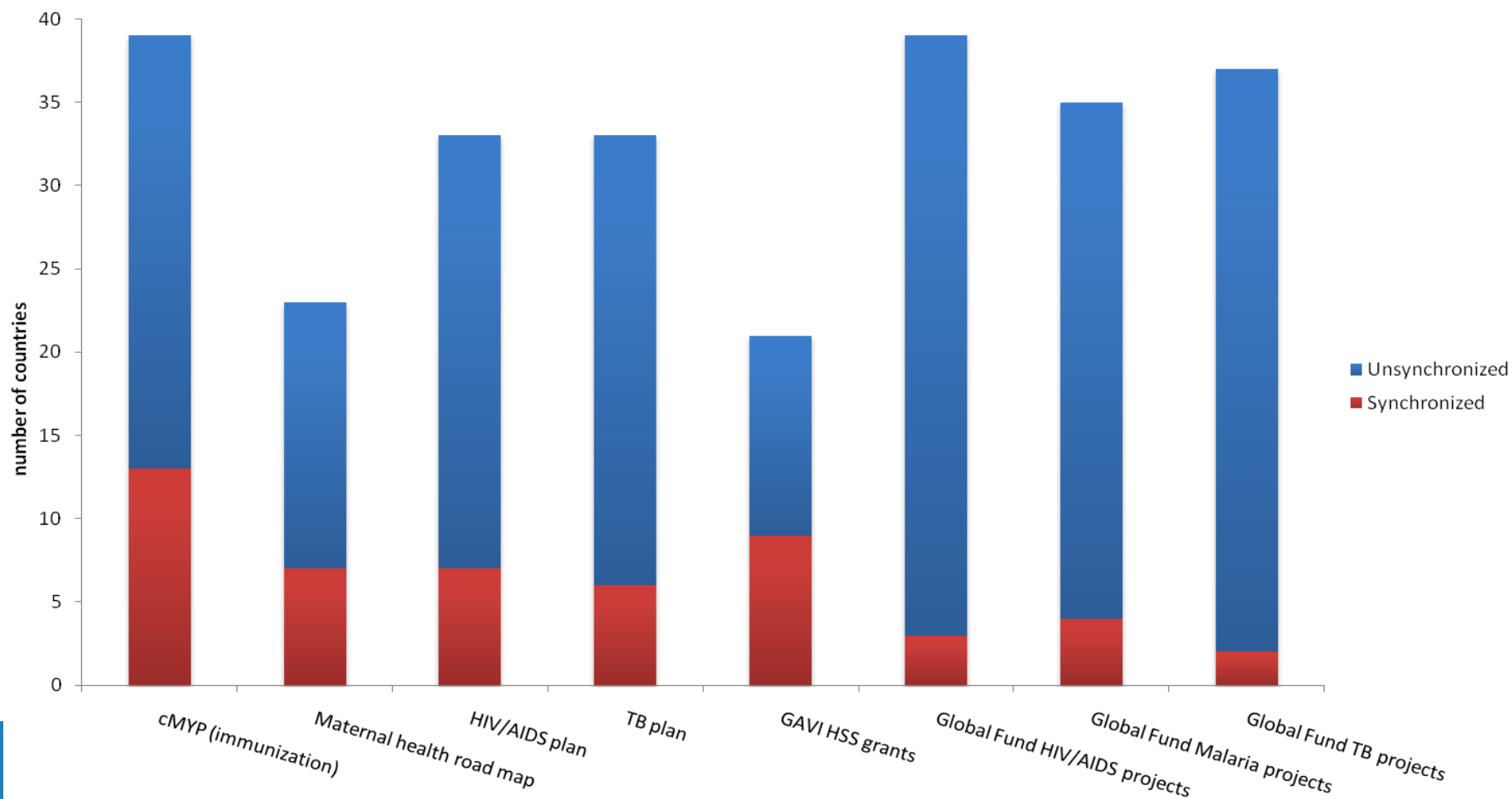
E.g. IHP+, Common funding platform



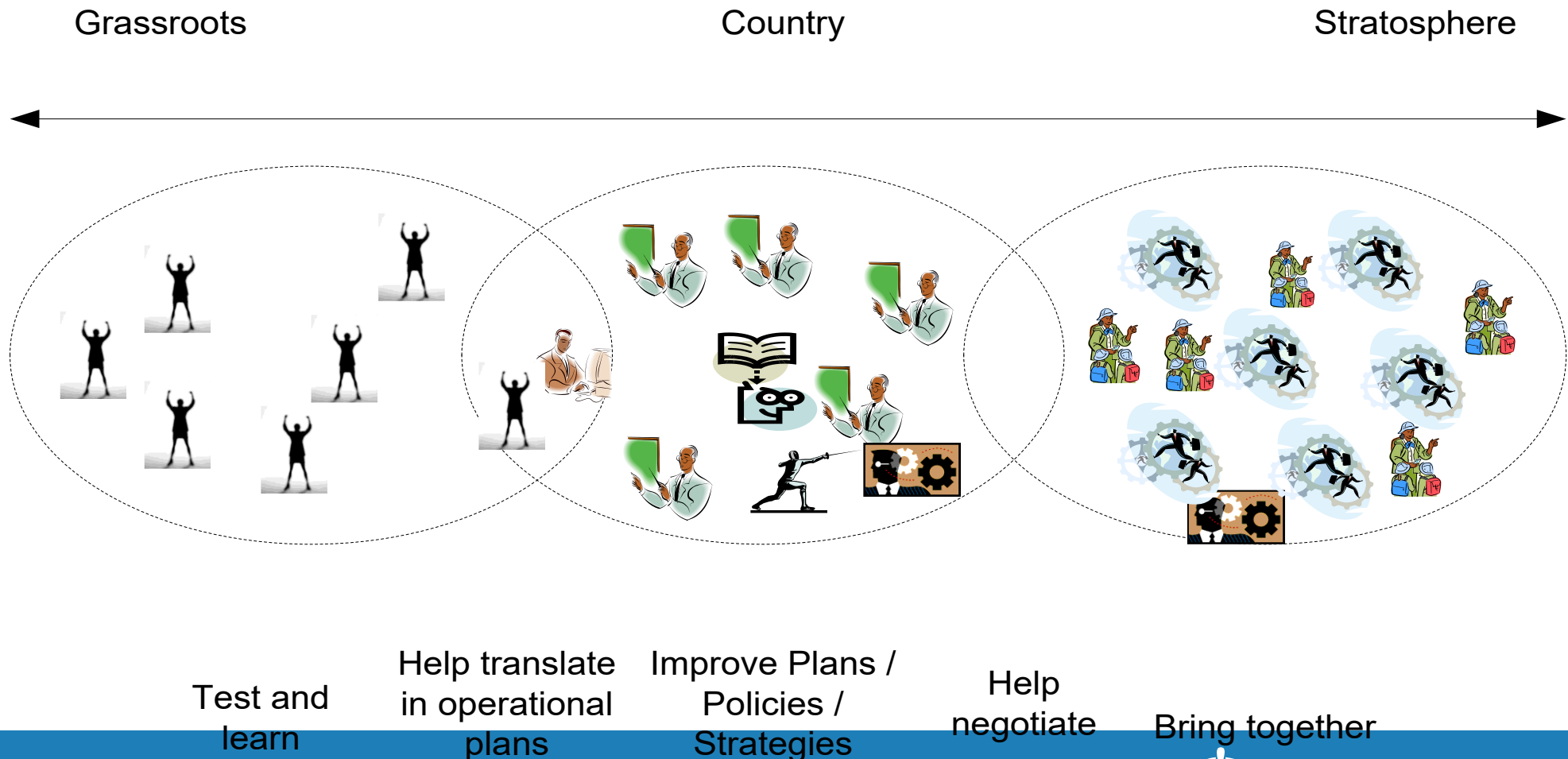
C'est compliqué: des processus, des parapluies et beaucoup de confusion terminologique



Absence de synchronisation



Où faut-il travailler?



Ce que l'OMS devrait faire

- Au niveau pays:
 - Des plans meilleurs: globaux, équilibrés, mis-en-oeuvre, synchronisés, appropriés
 - Des processus meilleurs: inclusifs, orientés vers des résultats
 - Des services intégrés: SSP, CUS, SantéPT
- A l'interface :
 - Renforcer la capacité de négociation
- Au niveau global:
 - l'effectivité de l'aide et ses conséquences
 - L'importance de la santé dans l'après OMD



The history...

- Panel 2: Towards universal health coverage: key developments in the HTP, 2002-12
- 2002: Justice and Development Party includes 'improving access to health services' (urgent action plan) in its election platform.
 - 2002: Justice and Development Party is elected with a strong parliamentary majority in the Grand National Assembly.
 - 2002: Ministry of Health Decree (on the first day of the new government) to eliminate involuntary incarceration in hospitals of patients who cannot meet health-care expenses. The decree forbids hospitals from withholding the bodies of deceased patients when families are unable to meet hospital expenses.
 - 2003: The Health Transformation Program (HTP) is designed, building on work done in the previous decade, including elements of the Basic Health Law. Implementation of the HTP begins.
 - 2003: Introduction of higher salaries and performance incentives for hospital clinicians to encourage voluntary transition from dual practice to full-time working. Major expansion of the voluntary transition in 2005.
 - 2003-04: Active and retired civil servants are allowed to use private hospitals. Ambulance services declared free.
 - 2003-04: Green Card benefits expanded to include outpatients benefits and pharmaceuticals. Conditional cash transfers were introduced, covering 6% of the population (for pregnant women and children) to encourage use of maternal, neonatal, and child health services.
 - 2004: Contract-based employment introduced for health-care personnel in rural and less developed regions.
 - 2004: Performance-based payments piloted in ten Ministry of Health hospitals.
 - 2004: Major changes in pharmaceutical policy, including changes to pricing and to value-added tax. International reference price system introduced, replacing the cost-plus model to reduce the price of drugs.
 - 2004: Patient Rights Directive introduced in 2003 is implemented. Patient Rights Units established in hospitals. Electronic systems for patient complaints and suggestions introduced.
 - 2004: User choice of health-care providers (hospitals, primary care centres, and physicians) introduced.
 - 2005: Hospitals belonging to the Social Security Organisation (146 hospitals) integrated with Ministry of Health hospitals. The total number of hospitals managed by the Ministry of Health reached 840 in 2011.
 - 2005: Contract-based family medicine with performance-based contracting piloted in Düzce province.
 - 2006: Universal health insurance is legally adopted as a part of broader social security reforms. Health expenditures start to grow and global budgets (budget ceilings) are introduced for Ministry of Health facilities to moderate growth in services to address unmet need.
 - 2006-10: Contract-based family medicine scaled up in all 81 provinces of Turkey.
 - 2007: Cost-sharing for primary health-care services abolished. Primary health care available for all citizens free at the point of delivery.
 - 2008: Social Security Institution established as a single organisation for financial pooling and purchasing. The Social Insurance Organisation, Bağ-Kur, and the General Employees Retirement Fund join the Social Security Institution.
 - 2008: Free availability of emergency services and intensive care services (including neonatal intensive care) for the whole population extended from public hospitals to all care services (including private hospitals with and without Social Security Institution contracts).
 - 2008: National air ambulance service introduced and is available to the whole population free of charge. Major expansion in 2010.
 - 2008: Cost-sharing in private hospitals for complex conditions (eg. burns, renal dialysis, congenital anomalies, cancer, cardiovascular surgery, and transplant surgery) abolished.
 - 2009: Mobile pharmacy services introduced to improve access in rural areas.
 - 2009: Tracking system for drugs introduced.
 - 2009: Central hospital patient appointment system introduced. Major expansion in 2011.
 - 2010: Active civil servants join the Social Security Institution.
 - 2010: The Ministry of Health strategic plan for 2010-14 developed.
 - 2010-11: Taxes for cigarettes and alcohol raised.
 - 2010-11: Taxes on Hospital Autonomy and Restructuring function of the Ministry of Health for a stronger stewardship are adopted. Public Hospital Authority and Public Health Institution established. Law on Full-Time Practice in legal terms adopted, paving the way for full-time practice in legal terms.
 - 2012: The Green Card scheme joins the Social Security Institution and unified social health insurance is fully implemented.
 - 2013: The Ministry of Health strategic plan for 2013-17 is developed.

The Turkish example...

2012: The Green Card scheme joins the Social Security Institution and unified social health insurance is fully implemented.

2013: The Ministry of Health strategic plan for 2013-17 is developed.

The fiscal space created by sustained economic growth in Turkey enabled the government to substantially increase health expenditures. From 2003, total health expenditures as a proportion of GDP increased from 5.3% to reach 6.1% in 2008, with almost three-quarters of this amount coming from the public sector. Private sector investment in the health sector also rose.

2005: Contract-based family medicine with performance-based contracting piloted in Düzce province.
2006-10: Contract-based family medicine scaled up in all 81 provinces of Turkey.

The findings from the controlled before and after study undertaken as part of this study (appendix pp 2-13), which explored services provided by primary health-care physicians before (phase 1) and after (phase 2) the introduction of the new family medicine model, showed substantial improvements in the availability of key maternal and child health services after the introduction of the model. The immunisation services provided on a daily basis by the primary care physicians surveyed increased from 60.6% in phase 1 to 91.4% in phase 2.

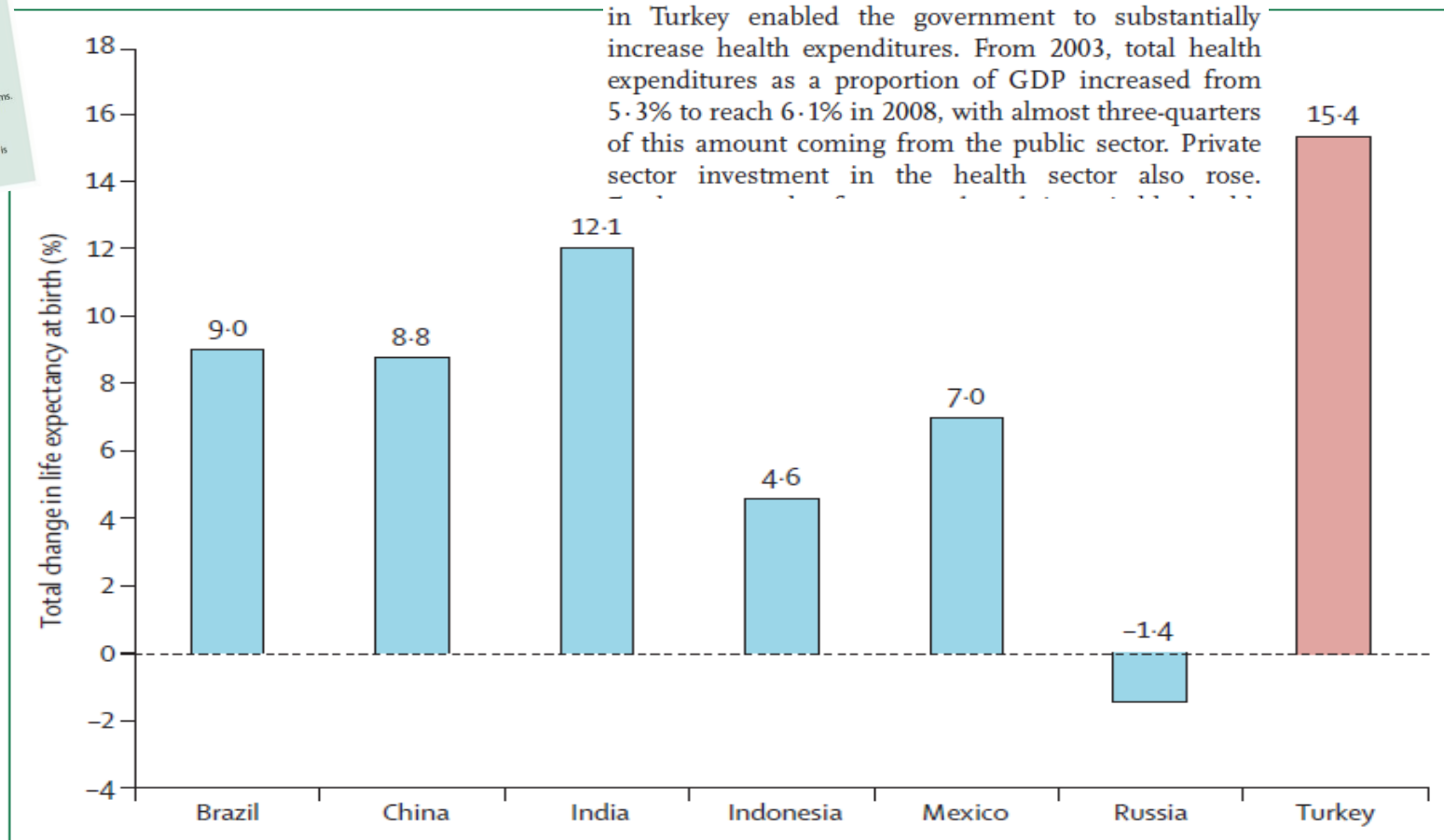


Figure 3: Percentage change in life expectancy at birth (years) in Brazil, China, India, Indonesia, Mexico, Russia, and Turkey, 1990-2009
Data are from reference 14.

Vision

A TURKEY where healthy lifestyles are embraced and everyone can easily exercise their right to health

Mission

To maximise the protection of individual and community health with a human-centred approach and to offer timely, appropriate and effective solutions to health problems

Ultimate Goal:

To protect and improve the health of our people in an equitable manner

Strategic Goal 1

To protect the individual and the community from health risks and foster healthy life styles

Strategic Goal 2

To provide accessible, appropriate, effective, and efficient health services to individuals and the community

Strategic Goal 3

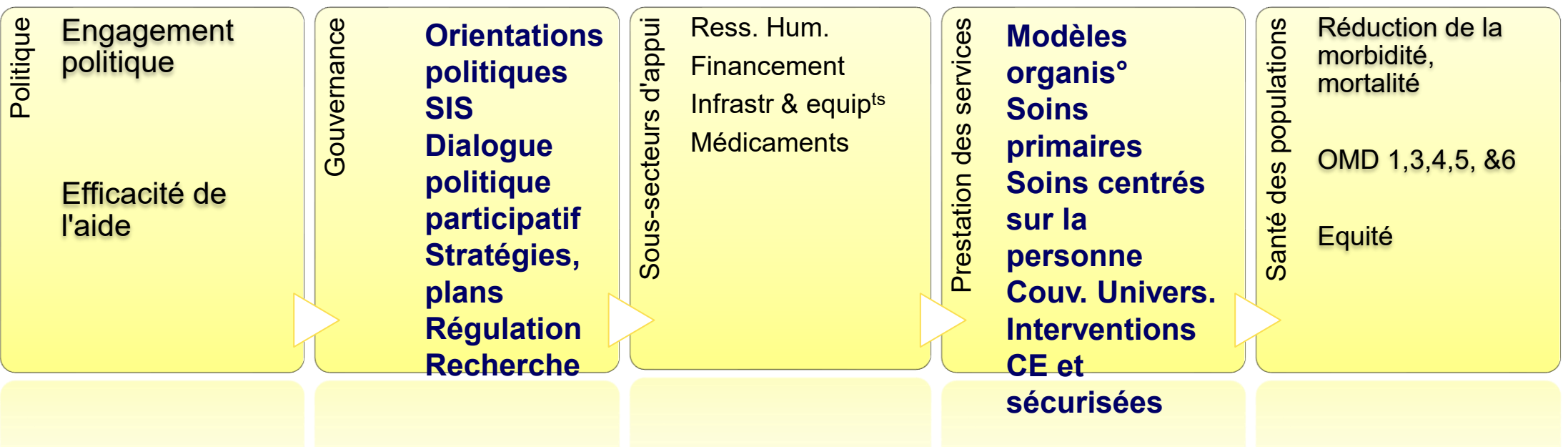
To respond to the health needs and expectations of individuals based on a human-centred and holistic approach

Strategic Goal 4

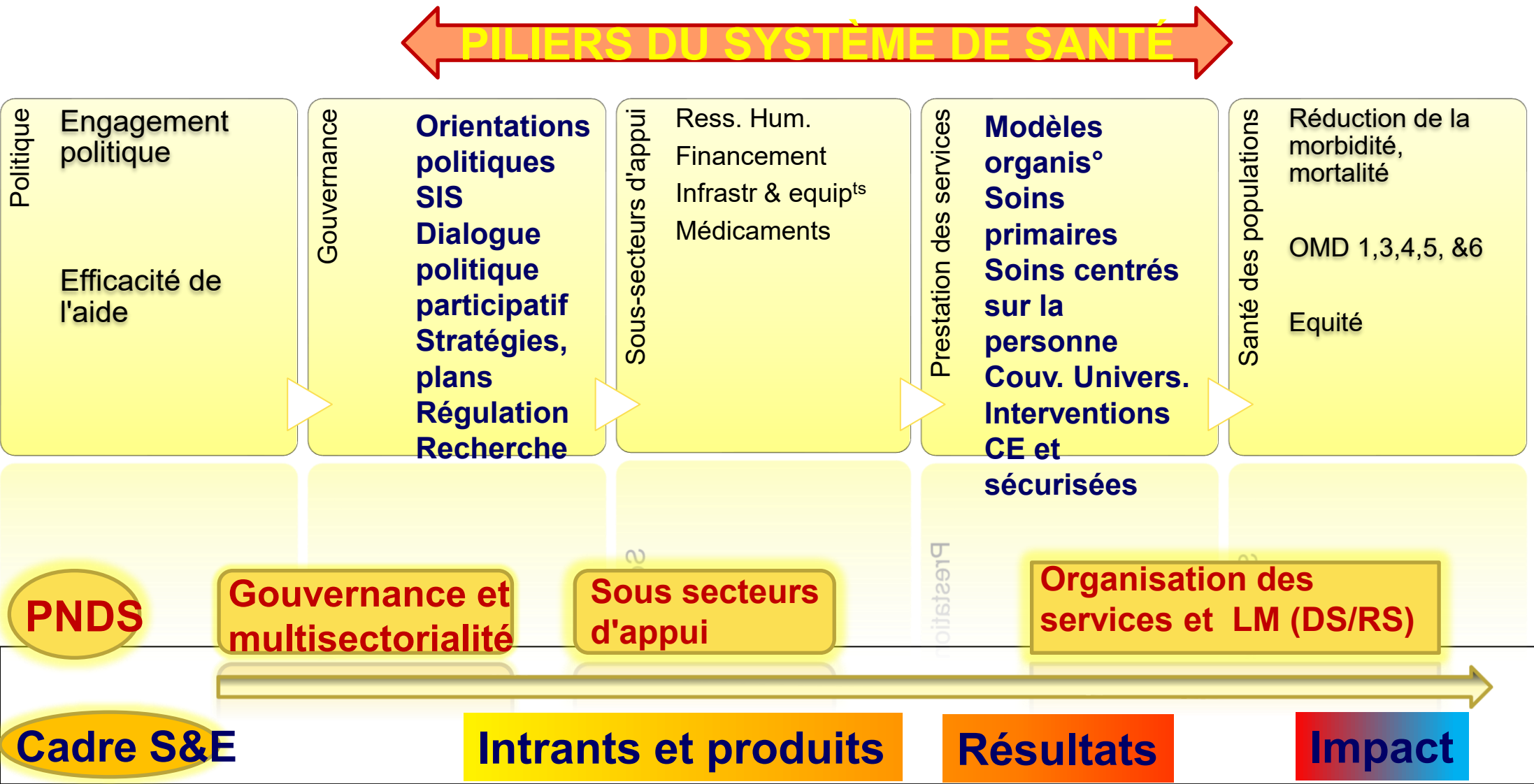
To continue to develop the health system as a means to contributing to the economic and social development of Turkey and to global health

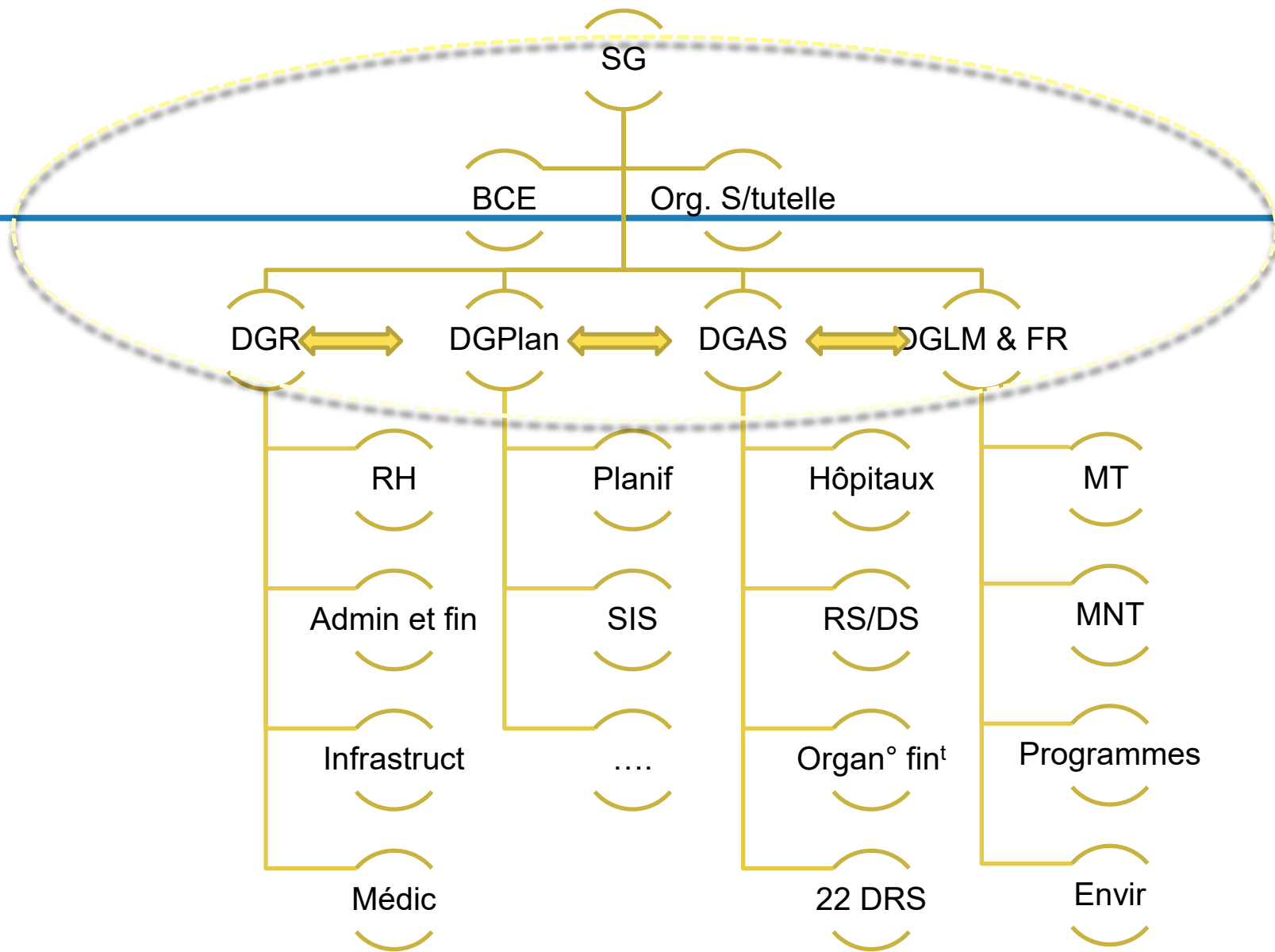
De l'engagement politique vers les impacts : une logique d'intervention au niveau des pays

← PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ →



De l'engagement politique vers les impacts : une logique d'intervention au niveau des pays





PNDS

Gouvernance et multisectorialité d'appui

Sous secteurs

Organisation des services et LM (DS/RS)

Cadre S&E

Organisation mondiale de la Santé

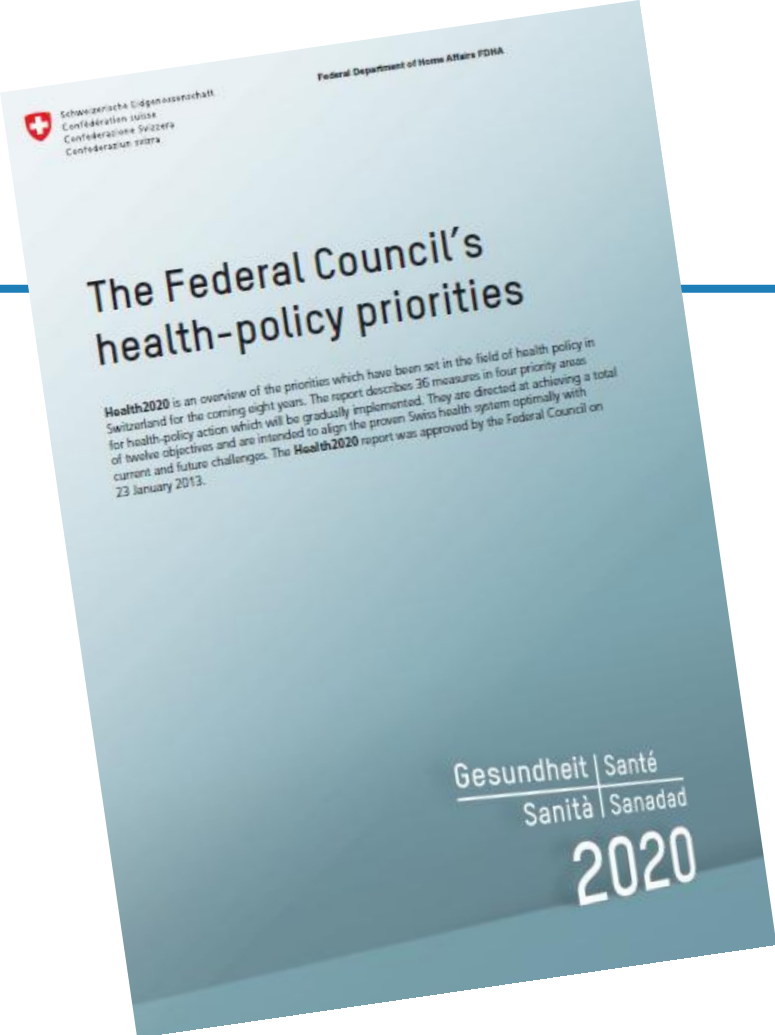
Intrants et produits

Résultats

Impact Santé



Organisation mondiale de la Santé



3 Priority areas for policy action, objectives and measures	6
Priority area 1: Ensure quality of life	7
Objective 1.1: Promote modern forms of healthcare delivery	
Objective 1.2: Complement health protection	
Objective 1.3: Intensify health promotion and disease prevention	
Priority area 2: Reinforce equality of opportunity and individual responsibility	9
Objective 2.1: Reinforce fair funding and access	
Objective 2.2: Keep health affordable by increasing efficiency	
Objective 2.3: Empower insurees and patients	
Priority area 3: Safeguard and increase the quality of healthcare provision	11
Objective 3.1: Promote quality in services and healthcare delivery	
Objective 3.2: Make greater use of e-health	
Objective 3.3: More and well-qualified healthcare workers	
Priority area 4: Create transparency, better control and coordination	13
Objective 4.1: Simplify the system and create transparency	
Objective 4.2: Improve management of health policy	
Objective 4.3: Reinforce international integration	
Interdependencies between the various priority areas, objectives and measures	15

Figure 2a and 2b: Development of costs in the health system

Cost development and share of GDP

