



EUROPE

---

**La santé en période de crise économique mondiale :  
implications pour la Région européenne de l'OMS**

**Oslo (Norvège), 1 et 2 avril 2009**

**25 avril 2009**

**103407**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

## **Compte rendu de réunion**

## Mots clés

ECONOMICS  
HEALTH STATUS  
SOCIOECONOMIC FACTORS  
DELIVERY OF HEALTH CARE – trends  
EUROPE

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications  
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

### © Organisation mondiale de la santé 2009

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

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

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

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

# Table des matières

	<b>Page</b>
Résumé .....	1
Introduction .....	5
Objet de la réunion .....	5
L'impact de la crise économique sur les systèmes de santé et les résultats au niveau de la santé dans les États membres de la Région européenne de l'OMS .....	6
Principaux effets sur la société et les systèmes de santé.....	6
La crise économique et les déterminants sociaux et de la santé .....	9
Renforcement de la santé et des systèmes de santé dans le contexte de la crise.....	11
Les objectifs du Millénaire pour le développement.....	11
La crise en termes de ressources humaines et financières ; l'impact sur la migration du personnel de santé .....	12
Protéger la santé publique en renforçant les systèmes de santé de la Région européenne de l'OMS .....	14
Stratégies de lutte contre l'impact sanitaire de la crise .....	15
Recommandations .....	18
Annexe 1. Programme (en anglais) .....	20
Annexe 2. Liste des participants (en anglais).....	23



## Résumé

Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en coopération avec le ministère norvégien de la Santé et des Services de soins et la Direction norvégienne de la santé, a organisé une réunion à Oslo les 1<sup>er</sup> et 2 avril 2009 en vue d'examiner la question de la santé en période de crise économique, et plus particulièrement les incidences de la récession actuelle sur les pays de la Région européenne de l'OMS. Celle-ci fait suite à une consultation de haut niveau sur la crise financière et la santé mondiale tenue le 19 janvier 2009 à Genève, en connexion avec la 124<sup>e</sup> session du Conseil exécutif de l'OMS. Les discussions se poursuivront à l'occasion de la Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé de mai 2009 et de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR59) de septembre 2009.

Un nombre total de 168 participants étaient présents à la réunion, parmi lesquels des représentants de 39 des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS, dont des ministres, des vice-ministres et des directeurs généraux de la santé.

Lors de la première journée de la réunion, les participants ont examiné l'impact de la récession économique sur les systèmes de santé, les résultats au niveau de la santé et les déterminants sociaux de la santé dans les États membres de la Région européenne de l'OMS. Le lendemain, ils se sont penchés sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dans le contexte de la crise actuelle, ses aspects en termes de ressources financières et humaines, les effets sur la migration du personnel de santé, ainsi que la manière de protéger la santé publique par le renforcement des systèmes de santé.

Pour conclure, les participants ont dressé les grandes lignes des stratégies permettant de contrecarrer l'impact sanitaire de la crise. Plusieurs recommandations clés ont été formulées.

### **1. Répartir la richesse sur la base de la solidarité et de l'équité**

Les autorités sanitaires européennes sont préoccupées par le fait que le système économique actuel ne procède pas à une répartition de la richesse sur la base des valeurs de solidarité et d'équité, ce qui empêche toute amélioration des résultats au niveau de la santé. Les responsables de la santé plaident en faveur d'un changement du système économique soutenant l'amélioration de la santé.

### **2. Accroître l'aide officielle au développement afin de protéger les plus vulnérables**

Les pays les plus pauvres sont les plus vulnérables en termes de pertes sanitaires en période de crise. La récession actuelle ne doit pas se traduire par une diminution de l'aide officielle au développement. Au contraire, celle-ci doit être accrue.

### **3. Investir dans la santé pour améliorer la prospérité ; protéger les budgets de la santé**

Investir dans la santé, c'est investir dans le développement humain, le bien-être social et la prospérité. En améliorant la santé, on améliore la protection sociale. Les investissements dans la santé créent la prospérité. Protéger les budgets de la santé, la couverture de l'assurance maladie et l'emploi pendant la récession. Les plans de relance économique doivent prévoir des investissements sanitaires et environnementaux.

### **4. « Tous les ministres sont des ministres de la Santé »**

Promouvoir « la santé dans toutes les politiques ». Examiner les effets sanitaires et distributifs de toutes les réformes politiques.

## **5. Protéger les services rentables de santé publique et de soins de santé primaires**

En cas de réduction des dépenses en santé :

- protéger les dépenses consenties aux programmes de santé publique ;
- protéger les dépenses consenties aux soins de santé primaires ;
- réduire les dépenses consenties aux services les moins rentables. Il s'agit normalement des services hospitaliers les plus onéreux et faisant appel aux technologies les plus avancées. Différer les plans d'investissement pour les services particulièrement coûteux et promouvoir l'utilisation des médicaments génériques.

## **6. « Plus d'argent pour la santé, et plus de santé pour votre argent »**

Plus d'argent doit être disponible pour la santé, et plus de santé doit être garantie pour les dépenses encourues. Améliorer la qualité par un suivi et une évaluation de la performance en toute transparence. Renforcer la médecine fondée sur des bases factuelles et la sécurité des services de santé.

## **7. Accroître l'accès universel aux programmes de protection sociale**

Profiter de la crise pour accroître l'accès universel aux programmes de protection sociale d'une manière plus coordonnée.

## **8. Garantir l'accès universel aux services de santé**

Profiter de la crise pour garantir l'accès universel aux services de santé. Assurer une protection sociale aux groupes de population les plus vulnérables.

## **9. Promouvoir les modes universels, obligatoires et redistributifs de la collecte des recettes**

Veiller à l'équité dans le financement des services de santé en mettant en valeur les modes universels, obligatoires et redistributifs de la collecte des recettes.

## **10. Envisager une fiscalité ou une hausse de la fiscalité sur le tabac, l'alcool, le sucre et le sel**

Envisager d'améliorer la santé de la population par la mise en place de réformes de la santé publique faisant appel à des mesures structurelles, par exemple en augmentant les taxes sur le tabac, l'alcool et les produits riches en sucre ou en sel. Ces mesures contribueront au financement des systèmes de protection sociale et, en même temps, exerceront un impact positif sur la santé publique.

## **11. Intensifier la formation des professionnels de santé et garantir un recrutement éthique**

Même en temps de crise, nous devons être conscients des pénuries actuelles en personnel de santé et du besoin croissant en personnel à l'avenir. Intensifier la formation des professionnels de santé et des agents de santé locaux, le cas échéant. Profiter de la crise pour attirer de nouveaux professionnels de santé. Continuer de soutenir l'élaboration d'un code pour le recrutement éthique aux niveaux intersectoriel et international.

## **12. Encourager la participation active du public à l'élaboration de mesures d'atténuation des effets de la crise économique sur la santé**

Les autorités sanitaires plaident en faveur d'une consultation et d'une participation plus actives du public en vue d'élaborer et d'appliquer des décisions en ce qui concerne la crise,

et de procéder au suivi de leur mise en œuvre. La participation du public peut être directe (débat, consultations) ou indirecte, par le biais d'organisations, d'associations et de fédérations représentatives.

Une retransmission de la réunion en anglais et en russe ainsi que de plus amples informations et des documents de référence sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.euro.who.int/healthsystems/econcrisis/20090316\\_1](http://www.euro.who.int/healthsystems/econcrisis/20090316_1).



## Introduction

Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en coopération avec le ministère norvégien de la Santé et des Services de soins et la Direction norvégienne de la santé, a organisé une réunion à Oslo les 1<sup>er</sup> et 2 avril 2009 en vue d'examiner la question de la santé en période de crise économique, et plus particulièrement les incidences de la récession actuelle sur les pays de la Région européenne de l'OMS.

## Objet de la réunion

La présente crise économique aura de multiples répercussions et conséquences à long terme : la croissance ne reprendra vraisemblablement pas de sitôt et la dette risque de peser sur les finances publiques pendant longtemps. Le ralentissement de l'activité économique et la montée rapide du chômage font planer une menace importante ou retentissent déjà sur les conditions de vie de millions de personnes et de familles dans la Région européenne de l'OMS et sur la base des recettes des programmes de protection sanitaire et sociale. Les mesures anticrises nécessiteront le déploiement d'efforts bien ciblés et entièrement coordonnés au moment opportun. Comme il a été mentionné lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité » (Tallinn, Estonie, juin 2008), l'investissement dans la santé doit s'inscrire dans les interventions contre la crise.

Dans cette optique, les objectifs de la réunion sont les suivants :

- passer en revue la situation dans la Région européenne de l'OMS, recenser les risques majeurs pour la santé et les systèmes de santé, ainsi que les principales possibilités d'action ;
- examiner les options stratégiques en vue de contrecarrer les effets négatifs de la crise économique sur les systèmes de santé et les résultats au niveau de la santé dans les États membres à revenus faible, intermédiaire et élevé de la Région ;
- recenser les interventions d'ordre sanitaire ou liées aux systèmes de santé qui peuvent être mises en œuvre à court et moyen termes pour lutter contre la récession économique et, à plus long terme, pour contribuer à la résolution de certains problèmes structurels auxquels sont confrontées les sociétés européennes.

Les participants sont accueillis par Bjarne Håkon Hanssen, ministre norvégien de la Santé et des Services de soins. Celui-ci déclare qu'en une période déjà marquée par une transition démographique et une évolution de la charge de morbidité, tous les pays subissent également les effets de la crise économique actuelle et ce, à des degrés divers. Investir dans la santé, c'est investir dans la prospérité, et la crise offre l'occasion de reconsidérer les priorités sanitaires et de réorganiser les systèmes de santé. Les soins de santé primaires, une composante essentielle de tout système de santé, doivent être redynamisés afin de garantir l'accès universel à des services de santé financièrement abordables. Il espère que la réunion permettra d'identifier les moyens de maximiser la santé pour tous.

Dans ses remarques liminaires, le docteur Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, fait remarquer que certains pays observent probablement déjà les répercussions de la crise économique sur la santé de leur population. Celles-ci se traduisent par une aggravation des problèmes de santé mentale (stress, anxiété et dépression) et des symptômes physiques (cardiopathies, troubles de l'appareil digestif), même si les statistiques officielles

ont du mal à les détecter. Il propose que la réunion vise particulièrement à émettre des recommandations pratiques dans cinq domaines :

- la réaction immédiate à l'urgence, afin que les systèmes de santé restent opérationnels et efficaces ;
- la prise de mesures à plus long terme, en tenant compte des tendances physiques et sociales (l'environnement et le vieillissement de la population), et en examinant certains aspects tels que la formation et le rôle des professionnels de santé ;
- une meilleure compréhension des points forts et des faiblesses de la gestion des systèmes de santé afin de garantir une contribution positive de ces systèmes en période de crise et au-delà ;
- les éléments essentiels des soins de santé primaires, l'accès universel aux systèmes de santé et les progrès en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ;
- la solidarité internationale.

Le docteur Margaret Chan, directeur général de l'OMS, s'adressant à l'assemblée dans le cadre d'une transmission vidéo, reconnaît l'accroissement radical de l'interdépendance entre les pays, et convient que les États européens ne sont pas épargnés par la crise économique. Les programmes d'aide financière actuellement en cours d'élaboration sont des « armes de désolation massive », bien que les systèmes de santé aient déjà acquis une vaste expérience en matière d'interventions en cas de crise et de stratégies de réduction des risques. La Région européenne de l'OMS possède une longue tradition de solidarité et a toujours pris en considération la cohésion sociale. Cette approche en faveur des pauvres, associée à l'application d'instruments puissants conférés par la Charte de Tallinn et le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, permettent de mettre en place des fondations solides pour une réunion qui, et elle en est sûre, sera productive.

## **L'impact de la crise économique sur les systèmes de santé et les résultats au niveau de la santé dans les États membres de la Région européenne de l'OMS**

### **Principaux effets sur la société et les systèmes de santé**

Jonas Gahr Støre, ministre norvégien des Affaires étrangères, en guise d'introduction à la séance, souligne que l'un des plus grands défis pour le secteur sanitaire est de « sortir des sentiers battus de la santé ». C'est d'ailleurs la direction suivie par l'ancienne directrice générale de l'OMS, le docteur Gro Harlem Brundtland, lorsqu'elle a fait de la lutte contre la pauvreté sa principale priorité. Conjointement avec le docteur Philippe Douste-Blazy, ex-ministre français de la Santé, et d'autres personnalités, il a lancé en 2006 une initiative sur la santé mondiale et la politique étrangère visant à examiner des éléments clés de la politique étrangère et de la stratégie du développement en utilisant la santé comme référence. Outre ces approches multisectorielles, la crise économique nécessite la mise en place de mécanismes financiers innovateurs, tels que le prélèvement d'une taxe sur les places d'avion afin de financer les produits pharmaceutiques, une initiative présentée ultérieurement par le docteur Douste-Blazy en sa capacité de directeur exécutif d'UNITAID, le service international d'achat de médicaments. De même, la Norvège participe activement au Groupe de travail de haut niveau sur les innovations internationales en matière de financement des systèmes de

santé, présidé par le Premier ministre britannique, Gordon Brown, et le président de la Banque mondiale, Robert Zoellick.

Le professeur Alan Maynard, Université de York (Royaume-Uni), l'un des trois principaux orateurs lors de la première partie de la séance, signale que la crise économique renforce l'importance de deux questions centrales du processus décisionnel : le concept de coût d'opportunité (le traitement d'un seul patient ou l'investissement dans un seul programme en défaveur d'autres patients ou investissements potentiels) et la nécessité de se polariser sur la valeur et de déterminer les avantages du traitement ou de l'investissement choisis. Il est évident que les avantages cliniques ou la rentabilité économique restent non prouvés pour une partie de la médecine telle qu'elle est pratiquée. Pendant des décennies, si les variations considérables en matière de pratique clinique ont été démontrées, elles ont été ignorées par les responsables politiques. Certains soins de santé présentent des risques, avec des taux d'erreur de 10 % dans le cas des soins hospitaliers. En outre, les résultats en termes de report de la mortalité ou d'amélioration du fonctionnement physique et psychologique ne sont pas suffisamment évalués. Il en est de même de l'élaboration de politiques. Les inégalités en matière de revenu et de prospérité ne diminueront probablement pas pendant la récession à venir. Les problèmes économiques mettront en lumière la nécessité d'un rationnement, tout en soulignant davantage le besoin de prioriser les investissements.

Le professeur Guillem López-Casasnovas, Universitat Pompeu Fabra, Catalogne (Espagne), explique certaines des répercussions sociales et économiques de la crise. L'économie de la zone euro, dans son ensemble, doit se contracter de 2,5 % en 2009, alors que le taux de chômage doit augmenter pour passer à 9,1 % (et bien davantage dans certains pays). En réponse à la crise financière, les gouvernements consacrent 2,5 % du produit intérieur brut (PIB) de la zone euro à des injections de capital et autres mesures de soutien gonflant la dette, et 1,5 % du PIB à des stimulants financiers. Par conséquent, le déficit public général doit passer de 1,7 % du PIB en 2008 à 4,0 % en 2009, et 4,4 % en 2010. Cependant, les réactions de l'économie à différents stimulants financiers dépendront probablement de toute une série de facteurs institutionnels (rigidité du marché, existence d'une protection sociale) ainsi que de sa taille et de son degré d'ouverture.

Sur le plan personnel, la crise exercera un impact sur la majorité des déterminants sociaux de la santé, tels que le revenu, l'emploi, l'éducation, la nutrition, les pratiques commerciales (marketing et tarification, par exemple) et la fiscalité. Ses effets dépendent de l'importance du patrimoine familial, des modèles de base d'aide aux familles et de protection sociale, du rôle de l'immigration, etc. Plus que jamais, l'adoption de politiques personnalisées à l'intention de groupes spécifiques à risque devra faire l'objet d'un choix sélectif, et un bon équilibre devra être établi entre les dépenses publiques, les dépenses sociales et le financement privé, tout en respectant l'équité entre les générations (la variance, et pas la moyenne, doit jouer un rôle dans la définition des nouvelles politiques publiques). D'une manière générale, la régressivité de la fiscalité plus indirecte en matière de génération de ressources doit être compensée par la mise en œuvre de politiques davantage sélectives et progressives sur les dépenses publiques. Néanmoins, on ne dispose pas de suffisamment de données probantes à l'appui des relations observées dans le passé : l'épidémiologie et l'aspect macroéconomique des facteurs sociaux doivent faire l'objet d'une analyse plus approfondie à l'aide d'une approche axée sur la « différence dans les différences ».

D'autre part, les liens entre la santé et la croissance économique ont été clairement démontrés dans les pays moins développés : la pauvreté a un impact sur la santé, et vice-

versa. Les gouvernements de ces pays doivent par conséquent abandonner le système de paiements directs par les patients au profit de programmes de soins de santé sélectifs et financés par des fonds publics et des régimes d'assurance maladie organisés. Les pays développés devront sans doute trouver un nouvel équilibre entre les dépenses de l'État pour les soins de santé (contributions individuelles et communautaires publiquement réglementées), les budgets publics financés par l'imposition générale et les paiements volontaires purement privés. Dans tous les cas, les pouvoirs publics devront combattre l'anxiété et l'isolation sociale induites par les pertes d'emploi, la pauvreté, l'érosion du capital humain sous l'effet du chômage, et l'adoption de régimes alimentaires et de comportements dommageables pour la santé.

Le professeur Tomica Miloslavjević, ministre serbe de la Santé, le troisième orateur principal de la séance, examine les défis liés à la fonction de direction (*stewardship*) auxquels est confronté le système de santé de son pays en cette période de crise financière et économique. En effet, la Serbie devient de plus en plus vulnérable, et l'on observe un renversement des progrès importants accomplis entre 2003 et 2007 : les projections de croissance du PIB sont désormais revues à la baisse, l'activité économique est en déclin et le chômage augmente. Cette situation entraîne une baisse des contributions au système de sécurité social et des budgets consacrés aux institutions de soins de santé.

La capacité d'intervention du système de santé se base sur plusieurs principes :

- maintenir la solidarité, avec une redistribution juste et équitable de la charge financière pour la santé ;
- protéger les groupes de population les plus vulnérables ;
- accroître l'efficacité, en s'inspirant des progrès déjà réalisés par la réforme du système de santé ;
- protéger et poursuivre les investissements dans la santé.

Les copaiements en particulier ont donc été ajustés, et une loi a été adoptée afin d'annuler les arriérés des sociétés publiques et privées en ce qui concerne les cotisations de l'assurance maladie. Les programmes préventifs et de santé publique sont protégés grâce à l'apport de ressources externes provenant notamment du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de la Banque mondiale et de l'Union européenne (UE). La discipline fiscale des services de santé privés sera renforcée, et les paiements volontaires seront introduits dans les cliniques d'État pour les services de santé complémentaires. En leur qualité d'administrateurs généraux de la santé de leur pays, les ministres doivent veiller à ce que les engagements essentiels énoncés dans la Charte de Tallinn soient aussi respectés dans les conditions difficiles de la crise économique et financière.

Les membres de la table ronde (voir annexe 1) se sont félicités de l'approche adoptée en Serbie. En général, il importe d'améliorer la qualité des soins de santé, de garantir la sécurité des patients et d'agir sur les facteurs liés au mode de vie tels que la consommation de tabac ou d'alcool. La priorité accordée aux soins de santé primaires et la réduction des services hospitaliers, le cas échéant, peuvent se traduire par des avantages en termes de coûts et une plus grande efficacité. La collaboration avec les professionnels des soins de santé et l'amélioration de leur formation, notamment en gestion, s'avèrent essentielles. La caisse d'assurance maladie de certains pays a constitué des réserves qui permettront au système de santé de maintenir les niveaux d'accès existants, un véritable filet de sécurité malgré la réduction des dépenses publiques. D'autres pays ont adopté des politiques

interdisant la hausse des copaiements des patients pendant la crise, obligeant ainsi les médecins à prescrire les médicaments les moins chers disponibles ou prolongeant la période initiale avant tout versement des indemnités de maladie. Là où des réformes sont déjà en cours, leur dynamique doit être maintenue et des chercheurs universitaires (et l'OMS) doivent œuvrer à encourager l'échange de données d'expérience et à procéder au suivi de l'impact des réformes sur la performance du système de santé.

Si les pays de la partie orientale de la Région européenne de l'OMS ont déjà connu des bouleversements économiques après le démantèlement de l'Union soviétique au début des années 1990, leur niveau de PIB par habitant est toujours largement en deçà de celui des pays d'Europe occidentale. Les dépenses publiques consenties au système de santé sont donc moins élevées. Une part plus importante des coûts des soins de santé est assurée par les patients, une situation aggravée par la crise économique et donc par les tendances négatives des taux de change qui renchérissent les prix des médicaments et rendent leur accès plus difficile. Dans les cas où la crise a déjà atteint son paroxysme, les pouvoirs publics ont dû s'atteler, en priorité, à satisfaire les besoins sociaux, à offrir un soutien psychologique aux personnes les plus vulnérables, tels que les enfants et les chômeurs, et à conserver l'emploi et les services par une baisse proportionnelle des salaires et un retour aux médicaments génériques.

Certains membres de la table ronde expliquent leur perception de la crise économique, comme étant « seulement et entièrement négative » : la seule réaction pratique des pays est d'économiser davantage sur les coupes sombres déjà réalisées. Si des changements n'ont pas été mis en œuvre lorsque la conjoncture économique était favorable, il est peu probable qu'ils soient réalisés dans la situation de crise actuelle. D'autres estiment, cependant, qu'il est possible de tirer profit de la crise, celle-ci s'imposant comme élément moteur du changement. La solidarité constitue dès lors le « dénominateur commun », à la fois dans les pays (en fonction de la couverture universelle et de la priorité accordée aux groupes à risque) et entre les États membres dans les différentes parties de la Région. Pour ce faire, il faut une vision à plus long terme et des mesures véritablement innovatrices qui ajoutent de la valeur, garantissent la sécurité des patients et réduisent la variabilité de la qualité des soins de santé. Il importe par conséquent d'évaluer les réformes en termes de paramètres spécifiques et prédéterminés afin de réaliser une estimation transparente de la performance du personnel de soins de santé et du système de santé dans son ensemble, et d'examiner de plus près les résultats des actions menées sur l'état sanitaire des individus et le statut de la santé publique. L'OMS a un rôle essentiel à jouer dans le suivi de la situation et l'apport de conseils aux pays afin que ces derniers prennent les mesures appropriées en fonction des meilleures informations factuelles disponibles.

### **La crise économique et les déterminants sociaux et de la santé**

Le professeur Michael Marmot, University College de Londres (Royaume-Uni), rappelle les conclusions de la Commission des déterminants sociaux de la santé que celui-ci a présidé : la santé mondiale est dominée par des inégalités énormes, et il existe un gradient social dans tous les pays, ainsi que dans les sous-entités régionales, y compris les villes. Les taux de chômage et d'emploi atypiques ou non conventionnels augmentent déjà, et augmenteront probablement davantage sous l'effet de la crise économique. Le Fonds monétaire international conclut que « l'interaction pernicieuse entre les secteurs financier et réel fait sentir ses effets » (*Perspective de l'économie mondiale*, janvier 2009), et l'Organisation internationale du travail (OIT) prédit que le chômage mondial croîtra de

5,7 % en 2007 à entre 6,1 et 7,1 % en 2009 (soit une hausse atteignant 50 millions de personnes), tandis qu'un nombre de 200 millions de personnes supplémentaires peuvent être reprises sous la catégorie des « travailleurs pauvres » (rémunération journalière inférieure à 1,25 dollars des États-Unis (USD)) (*Trends Econometric Models*, décembre 2008). Les emplois dits « vulnérables » (c'est-à-dire sans sécurité financière, protection sociale, protection contre les dangers physiques et psychologiques, etc.) doivent aussi augmenter au niveau mondial, en partie à cause de décisions prises dans les pays plus riches. Le chômage est aussi clairement corrélé avec le niveau d'instruction et la classe sociale.

En général, la prévalence des problèmes de santé mentale et de mortalité semble refléter la précarité de l'emploi (contrats permanents/temporaires), alors que les troubles mentaux chez les enfants sont plus fréquents dans les familles monoparentales et celles où les deux parents sont sans travail. La politique de l'emploi se confondant dès lors avec la politique de la santé, il est par conséquent conseillé aux pays de mettre en œuvre les mesures recommandées par l'OIT en novembre 2008, telles que l'élargissement de la couverture des allocations de chômage, la formation des chômeurs, et les investissements publics dans l'infrastructure locale, les logements et les « emplois verts ».

D'une manière plus générale, et dans le cadre du programme de développement mondial, le Centre for Global Development estime que les pays en développement auront besoin de 1 billion d'USD ces quelques prochaines années afin de financer les plans d'aide aux banques et les stimulants fiscaux, et de maintenir un minimum de protection sociale. Les pays développés partagent la responsabilité de mobiliser ces ressources. À titre de comparaison, moins de 100 milliards d'USD au total sont nécessaires pour moderniser les quartiers insalubres. Les fonds pourraient être collectés en commun chez les agences et donateurs internationaux, les autorités nationales et locales, et les ménages eux-mêmes. Afin de « combler le fossé en une génération » (pour reprendre le titre du rapport de la Commission), des mesures doivent être prises notamment pour garantir l'équité en santé dans toutes les politiques, et pour placer la justice sociale au centre de toutes les politiques des pouvoirs publics. Comme lors de la publication du rapport Beveridge sur la sécurité sociale et les prestations connexes au Royaume-Uni en 1942, et de la conclusion des accords de Bretton Woods sur la réglementation du système monétaire international en 1944, la crise économique actuelle est l'occasion de créer un monde où la justice sociale est prise au sérieux.

Dans le débat qui suit, les membres de la table ronde évaluent l'impact probable de la crise économique sur les déterminants sociaux de la santé de leur pays. La plupart d'entre eux prévoient une baisse des salaires et des taux d'emploi, avec par conséquent une réduction du pouvoir d'achat des citoyens et de leur capacité à effectuer des copaiements pour les soins médicaux. Le stress social entraînera probablement une hausse de la morbidité imputable aux maladies des systèmes cardiovasculaire et digestif, de la toxicomanie et des troubles psychiatriques. En outre, la crise économique peut stimuler les tendances xénophobes. Les migrants constituent un groupe de population particulièrement vulnérable, non seulement en ce qui concerne la santé mentale, mais aussi en termes de maladies cardiovasculaires et transmissibles. Les mesures compensatoires qui leur sont destinées, ainsi qu'aux personnes nouvellement pauvres, doivent notamment prévoir le maintien de l'ensemble des bases de services couverts par l'assurance maladie et la couverture universelle pour les interventions médicales appropriées.

Au niveau national, comme beaucoup de systèmes de santé sont confrontés à d'importants défis en matière de paiement des produits pharmaceutiques et de l'équipement importés, la crise peut stimuler le développement d'industries nationales dans ces secteurs ainsi que le recours aux médicaments génériques. Quel que soit le mode de gestion centralisée ou décentralisée des budgets de fonctionnement ou des procédures de passation des marchés, il faudra probablement intensifier la formation des décideurs et exercer un contrôle plus strict des dépenses budgétaires, des investissements en capital et de l'opération des caisses d'assurance maladie. Aucun effort ne doit être ménagé afin d'accroître la rentabilité et la productivité du système de santé. Les personnes et pays défavorisés étant plus gravement touchés par la crise, les programmes de relance économique ciblés sont importants afin d'éviter un accroissement de l'écart de santé et de prospérité entre les riches et les pauvres. Dans une économie mondialisée, les pays riches ont intérêt à faire preuve de solidarité et à soutenir les plus défavorisés dans un esprit d'aide mutuelle et de coordination et de coopération accrues.

D'après l'expérience vécue lors des précédentes récessions économiques, il semble indispensable de garantir un niveau élevé de solidarité et de sécurité sociale, de maintenir les dépenses publiques et les services de santé courants et d'intensifier les activités de prévention des maladies et de promotion de la santé. La coopération intersectorielle s'avère de plus en plus utile, et des efforts doivent être déployés afin d'incorporer la santé dans toutes les politiques. D'une manière plus immédiate, les programmes de santé mentale doivent parer aussi à la multiplication des problèmes dus au chômage, en offrant des services aux groupes particulièrement vulnérables. Il peut être nécessaire d'assurer une formation complémentaire des ressources humaines pour la santé afin qu'elles soient hautement qualifiées et motivées. La fiscalité sur le tabac, l'alcool et les aliments peu sains devra probablement être revue à la hausse au profit de la santé publique.

## **Renforcement de la santé et des systèmes de santé dans le contexte de la crise**

### **Les objectifs du Millénaire pour le développement**

Dans un court message vidéo, Jens Stoltenberg, Premier ministre norvégien, souligne qu'en période de crise économique mondiale, les pays doivent continuer à accorder la priorité aux dépenses en santé. Celles-ci doivent être considérées comme un investissement dans la prospérité et la protection sociale à venir, et non comme une charge. Tout comme les nations développées cherchent à protéger chez elles les dépenses consenties à la santé, elles doivent faire autant dans les pays en développement. Les plus faibles ne doivent pas subir les plus lourdes conséquences de la crise économique. Son pays est toujours engagé à réaliser les OMD. Depuis leur adoption, si l'aide totale au développement en faveur de la santé au niveau mondial a plus que doublé, un enfant meurt encore toutes les trois secondes, et la crise économique menace la plupart des progrès accomplis jusqu'à présent. Des efforts encore plus importants doivent donc être déployés. La solution, que ce soit en Afrique ou en Europe, consiste à dispenser des services sanitaires et sociaux de qualité aux plus vulnérables, conformément aux principes de solidarité, d'équité et de participation. Les gouvernements doivent voir plus loin que la crise afin de garantir une meilleure santé pour tous.

## **La crise en termes de ressources humaines et financières ; l'impact sur la migration du personnel de santé**

Le docteur Philippe Douste-Blazy, conseiller spécial auprès du Secrétaire général des Nations Unies pour le financement novateur du développement, mentionne un exemple d'approche anticrise relative aux ressources humaines. Il explique l'action d'UNITAID, un service international d'achat de médicaments pour le traitement du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose dans les pays en développement. En raison d'une diminution récente de l'aide et de l'investissement officiels dans le domaine du développement, ainsi que des prix des matières premières, le déficit de financement en vue d'atteindre les OMD doit se chiffrer à 30 milliards d'USD par an d'ici 2015. La moitié de ce montant peut être rassemblée par la mise en place de mécanismes de financement innovateurs, opérant selon les principes de complémentarité, de prévisibilité et de durabilité.

Le prélèvement de taxes sur les activités menées au niveau mondial (par exemple, la taxe UNITAID sur les billets d'avion), les contributions volontaires de solidarité et d'autres mécanismes garantis par des entités publiques telles que le Dispositif international de financement des vaccinations et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), ainsi que les fonds d'investissement éthiques et responsables, permettent de résoudre ces difficultés de financement. Plus de 600 millions d'USD ont été collectés en moins de deux ans, notamment grâce à la taxe sur les voyages aériens. Des fonds ont été affectés au traitement antirétroviral pédiatrique, au traitement antirétroviral de deuxième intention et à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans plus de 80 pays, trois enfants sur quatre soignés contre le VIH reçoivent actuellement un traitement payé par des fonds d'UNITAID, et les prix des médicaments antirétroviraux ont pu être largement réduits. Un programme visant à collecter des contributions volontaires de solidarité par des dons personnels au moment de l'achat des billets d'avion (par les trois grands systèmes mondiaux de distribution) doit être mis en place en septembre 2009. En outre, « l'initiative de la communauté des brevets » doit permettre de surmonter les difficultés organisationnelles et les problèmes d'efficacité liés à l'accès aux produits pharmaceutiques : les médicaments mis au point dans les pays développés grâce à l'argent des contribuables sont rendus disponibles hors brevet dans les pays en développement.

Mary Robinson, présidente de Realizing Rights: the Ethical Globalization Initiative, et coprésidente du Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de migration de personnels de santé fait remarquer que la situation actuelle va à l'encontre de l'article 28 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (« Toute personne a droit à ce que règne, sur le plan social et sur le plan international, un ordre tel que les droits et libertés énoncés dans la présente Déclaration puissent y trouver plein effet »). Les progrès en vue de la réalisation des OMD sont mis en péril par la crise économique. Par conséquent, le programme d'incitants pour les pays riches que les participants au G20 (le groupe des 20 économies industrialisées et en développement systématiquement importantes) examinent le jour même à Londres doit donner lieu à un même programme à l'adresse des pays en développement afin qu'ils puissent atteindre les OMD, notamment ceux en rapport avec la santé.

Si aucune statistique n'est pour l'instant disponible quant aux effets de la crise économique sur la migration des personnels de santé, la récession peut bouleverser les tendances migratoires et de mobilité. Le Conseil consultatif sur la politique mondiale atteint un stade critique de ses activités, et devra examiner les incidences de la crise actuelle lors de sa prochaine réunion, tenant compte de la déclaration de Barack Obama, Président des États-

Unis, selon laquelle « l'idée de devoir importer des infirmières n'a absolument aucun sens... nous ne fournissons simplement pas les moyens nécessaires pour les former, et c'est là qu'il faut intervenir ». En ces termes, M. Obama fait écho à un principe fondamental, à savoir qu'en ces temps difficiles, il importe particulièrement d'atteindre l'autosuffisance nécessaire en ressources humaines pour dispenser des soins de santé, une condition qui s'avère bénéfique au niveau mondial.

Mme Robinson se félicite de l'approche éthique manifestement adoptée dans la Charte de Tallinn afin de renforcer les systèmes de santé, et attire l'attention sur le fait que la crise économique justifie la mise en place de systèmes robustes de protection sociale. L'accès universel à un système de santé efficace, et notamment aux soins de santé primaires, doit être garanti dans le programme d'incitants préconisé par les participants à la réunion du G20. Au niveau mondial, les efforts déployés dans le domaine sanitaire doivent se concentrer sur les soins primaires, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Comme il a été mentionné lors de la consultation de haut niveau sur la crise financière et la santé mondiale organisée par l'OMS à Genève en janvier, « les responsables de la santé doivent être prêts à se faire entendre, sans équivoque et sur la base d'informations factuelles solides, afin de défendre la santé en période de crise ». La crise économique doit susciter l'élaboration de nouvelles stratégies afin de réduire tout chevauchement et toute répétition inutile des tâches, de promouvoir la synergie et, c'est le plus important, d'intensifier rapidement la formation du personnel au niveau local, et notamment les agents de santé de proximité.

Un clip vidéo est projeté afin d'expliquer les efforts déployés par l'OMS en vue d'élaborer un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé.

Les membres de la table ronde pour la séance approuvent l'appel en faveur d'une action solidaire face à la crise économique. Ils affirment que l'assistance au développement sanitaire à l'étranger ne doit pas être réduite pendant la crise, et que les pays doivent continuer à honorer les engagements pris dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Des efforts doivent être entrepris afin de garantir une plus grande cohérence et homogénéité stratégiques entre les différents ministères, par exemple en créant des groupes interministériels.

Ils font également remarquer que si la pénurie de personnel de santé est d'ordre structurel dans certains des États membres de la Région européenne de l'OMS, ailleurs, la crise économique pose plusieurs risques sous la forme d'incitants financiers insuffisants, d'emplois préférentiels dans les zones urbaines plutôt que dans les zones rurales, et de la migration du secteur public vers le secteur privé, d'autres secteurs de l'économie, voire l'étranger. Les pénuries en ressources humaines, notamment en infirmiers, peuvent avoir un effet négatif sur l'accès des populations aux soins de santé. Parmi les mesures favorisant le maintien à leur poste des professionnels de santé, on peut mentionner la formulation de stratégies à moyen terme pour le développement et la formation complémentaire des ressources humaines, la mise à disposition d'habitations dans les zones rurales, l'adoption de systèmes officiels de rémunération liés à des incitants et de programmes d'emploi à durée limitée à l'étranger avec obligation de rentrer dans le pays d'origine. Les agents de santé du niveau intermédiaire, tels que les infirmiers, peuvent être utilisés de manière avantageuse pour dispenser un grand nombre d'interventions de soins de santé. Les membres de la table ronde conviennent du caractère éthique du recrutement international des personnels de santé. Ils font état des mesures prises afin d'établir des services de

formation interpays et se félicitent des activités réalisées par l'Alliance mondiale du personnel de santé et son groupe de travail sur la migration.

### **Protéger la santé publique en renforçant les systèmes de santé de la Région européenne de l'OMS**

Une séquence vidéo présentant les services de soins de santé primaires d'Arkhangelsk (Fédération de Russie) est projetée aux participants.

Le professeur Martin McKee, directeur de la recherche, Centre européen sur la santé et les sociétés en transition, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Royaume-Uni), recense plusieurs des effets de la crise économique sur les systèmes de santé, notamment : baisse des revenus pour les soins de santé, dépréciation des devises, faible inflation salariale et augmentation du chômage, baisse des taux d'intérêts et incertitude économique. D'autres secteurs sont à leur tour touchés par la diminution des dépenses en soins de santé : la réduction des projets de bâtiment a un impact sur le secteur de la construction ; la fermeture de certains services vient accroître la distance des déplacements (avec des conséquences sur l'environnement et l'emploi) ; et le coût des allocations de chômage peut augmenter. Parmi les conséquences de la crise économique au niveau individuel, on mentionnera la perte des économies et des logements, et la hausse des séparations et des divorces. Les effets sanitaires directs se traduisent notamment par une augmentation des taux de diabète et d'hypertension, de la mortalité chez les hommes adultes à court terme et de la mortalité de la population due aux maladies cardiaques. La récession a des effets à la fois positifs et négatifs sur les déterminants de la santé : d'une part, réduction de l'apport calorique, augmentation de l'exercice physique et perte de poids durable dans la population et, d'autre part, hausse de la consommation de snacks et autres aliments de mauvaise qualité (« junk food »).

L'une des interventions du secteur de la santé doit viser le renforcement de la protection sociale en prémunissant la population contre les dépenses ruineuses, en contrant les paiements informels et régressifs et en assurant l'accessibilité financière des médicaments. Il importe également de renforcer le suivi et l'analyse en ajoutant des questions relatives à la santé dans les enquêtes sur la main-d'œuvre et les budgets des ménages, en établissant des cohortes afin d'évaluer l'évolution de la santé et de la situation économique au fil du temps, en particulier en ce qui concerne les populations vulnérables, et en développant la capacité analytique. L'efficacité des dépenses du secteur de la santé peut être améliorée par la mise en œuvre de recommandations fondées sur des bases factuelles, le recours à un éventail de qualifications approprié et l'utilisation de médicaments génériques. Si l'instauration de mécanismes d'assurance qualité des soins de santé renforce généralement l'impact sanitaire des dépenses publiques, s'attaquer aux causes des problèmes de santé et de la morbidité peut s'avérer encore plus bénéfique. La crise économique constitue une occasion pour le secteur de la santé de jouer un rôle pilote en faisant évoluer la société.

Les membres de la table ronde confirment que les effets immédiats de la crise semblent être la hausse des taux de suicide, l'alcoolisme et les troubles mentaux. Les pays disposant de systèmes de santé à la fois publics et privés observent une forte hausse de l'utilisation du système public, ce qui prolonge les temps d'attente, surcharge les capacités hospitalières et rend difficile la gestion des lits d'hôpitaux.

Pour faire face à ces problèmes, certains États membres augmentent les dépenses des systèmes de santé financées par les pouvoirs publics tel que prévu et ce, malgré le fait qu'une

telle mesure entraînera des déficits budgétaires. On en profite pour augmenter la fiscalité sur l'alcool et le tabac et pour adopter de nouvelles taxes sur certains produits alimentaires et boissons (afin de promouvoir un comportement plus sain), sur la publicité et le chiffre d'affaires pharmaceutiques (mais pas sur les médicaments eux-mêmes) ainsi que sur les primes excessives et le paiement des retraites. En même temps, des réformes structurelles et des mesures de maîtrise des coûts sont entreprises dans le but de rendre plus efficace la prestation des soins de santé primaires, parfois sous la pression des patients. La crise peut aussi donner lieu à des interventions peu populaires, comme la rationalisation du secteur hospitalier et la réduction des effectifs, et à la mise en place de nouveaux services comme la promotion de la santé, le dépistage du cancer et les soins à domicile. En outre, les circonstances actuelles favorisent l'adoption d'un système visant à élargir le choix des patients (sur la base de la comparaison des indicateurs de performance) et l'abolition des monopoles pharmaceutiques, avec une surveillance plus stricte du respect de la réglementation dans le secteur social et sanitaire et ce, afin de garantir une utilisation efficace des ressources et la sécurité des patients.

Dans les parties centrale et orientale de la Région, les systèmes de santé connaissent des difficultés car les partenaires externes ont soit réduit, soit cessé leurs contributions. Les prix des produits pharmaceutiques ont aussi fortement augmenté ces derniers mois. Cependant, les réformes entreprises au cours de ces quelques dernières années, comme la mise en place d'un régime d'assurance sain et efficace (à la fois public et privé, avec des subventions de l'État pour les populations en deçà du seuil de pauvreté), ont permis d'atténuer l'impact de la crise économique.

Dans tous les États membres, les pouvoirs publics doivent être sensibilisés davantage à l'importance macroéconomique du système de santé, étant donné que celui-ci constitue souvent le principal employeur. Il est proposé que l'OMS engage une consultation à ce sujet au niveau national avec le Fonds monétaire international, le monde des affaires et les ministères des Finances. En outre, et dans un esprit de solidarité et de défense des droits de l'homme, le Bureau régional pourrait envisager la formulation d'un programme sanitaire paneuropéen pour les Roms et d'autres populations marginalisées.

## **Stratégies de lutte contre l'impact sanitaire de la crise**

Rigmor Aasrud, vice-ministre norvégienne de la Santé et des Services de soins, réaffirme que, malgré les nombreuses différences existant entre les systèmes de santé de la Région européenne de l'OMS, les gouvernements de tous les États membres sont confrontés à un double défi, à savoir les contraintes financières et la demande croissante de services de soins de santé, à la suite du vieillissement de leurs populations et de l'évolution de la charge de morbidité. La Norvège prépare actuellement une réforme de son système de santé de manière à dépenser davantage de ressources dès le début sur la prévention et les soins de santé primaires et ce, afin de maximiser les résultats au niveau de la santé. Le mode d'organisation des services de santé sera aussi examiné plus en détail pour veiller à ce que les traitements nécessaires soient offerts au niveau approprié, et qu'une coordination efficace soit mise en place entre les soins primaires, secondaires et tertiaires.

La bonne santé constituant peut-être la condition préalable la plus importante au bien-être et à la construction de sociétés productives, il importe particulièrement d'investir de manière continue et durable dans la santé. Des efforts seront consentis afin d'éviter les coupes budgétaires dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la protection sociale,

d'affecter sans relâche des ressources suffisantes au secteur sanitaire et d'utiliser les budgets de la santé avec davantage de mesure. Si la Charte de Tallinn stipule que « la santé, c'est la prospérité », la prospérité est aussi source de santé, et les sociétés doivent par conséquent être organisées de manière à maximiser la santé des populations.

Lors de la table ronde qui suit, les représentants des organisations partenaires mettent en évidence l'importance des aspects économiques. C'est pour cette raison que la République tchèque, le pays assurant actuellement la présidence de l'UE, a fait de la durabilité financière des systèmes de santé le thème d'une conférence ministérielle organisée en mai 2009. La lutte contre la pauvreté constitue l'une des principales composantes du programme de développement de l'UE, et son engagement envers la réalisation des OMD est toujours aussi marqué. Afin d'élargir l'accès aux services de santé, elle soutient les dispositions et mesures financières visant à pallier la pénurie de personnel de santé.

Pour l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la crise ne présente pas une menace majeure pour la santé publique en elle-même, malgré ses effets sanitaires ; en revanche, elle met en péril le financement des systèmes de santé, et les pays doivent par conséquent adapter les dépenses publiques et maîtriser les dépenses à long terme. Les stratégies réactives, telles que la diminution des salaires, l'ajustement des prix des produits pharmaceutiques et l'adoption de mesures visant à protéger les pauvres, semblent plus efficaces sur le plan économique que les stratégies proactives qui ont tendance à améliorer la qualité des soins de santé plutôt que de réduire les dépenses.

Au sein de la Commission européenne, la Direction générale pour l'emploi, les affaires sociales et l'égalité des chances se concentre sur les déterminants sociaux de la santé, et a joué un rôle décisif dans la formulation d'un programme européen de relance économique. Un sommet de l'emploi doit se tenir en mai 2009, et des études sont en cours sur l'impact social de défis à long terme tels que le vieillissement, le changement climatique et la mondialisation. La Direction générale de la santé et des consommateurs, quant à elle, œuvre à lutter contre les inégalités des résultats au niveau de la santé en protégeant les groupes vulnérables. Elle a adopté un pacte européen sur la santé mentale et le bien-être en juin 2008. Par son action sur les déterminants sociaux et comportementaux de la santé, elle participe aux efforts de recherche-développement, rassemble des informations factuelles et promeut une coopération renforcée afin que les mesures prises par un État membre donné n'entraînent pas d'effets négatifs en dehors de ses frontières.

Le courtage et l'application des résultats de la recherche et des bases factuelles constituent aussi les principales responsabilités de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Il continuera à surveiller (tout en essayant de prédire) l'impact de la crise sur les groupes vulnérables. La plupart des préparatifs pour la Conférence de Tallinn sont directement applicables dans le contexte actuel : les informations factuelles ont été collectées sur les liens existant entre la santé et la prospérité ainsi que sur les domaines les plus rentables pour l'allocation ou la réaffectation des ressources. De manière paradoxale, et pour ce qui est de l'impact sanitaire, les ressources en question peuvent être retirées du ministère de la Santé pour être affectées à d'autres secteurs, et la priorité peut être accordée à la prévention des maladies. L'Observatoire poursuivra aussi son engagement avec les pays sous la forme d'un dialogue politique en vue de procéder à un échange de données d'expérience sur la meilleure manière d'appliquer les données factuelles en période de crise économique.

La Banque mondiale approuve également les interventions du secteur social axées sur la prévention des maladies, la promotion de modes de vie sains (lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, nutrition et sécurité routière), la protection des groupes vulnérables, le ciblage des dépenses publiques et l'établissement de liens entre la protection sociale et les indicateurs de santé. Les réformes en cours doivent être poursuivies afin d'accroître l'efficacité des dépenses publiques.

La Health Management Association met en évidence le leadership politique et l'investissement dans les capacités de gestion. L'Association européenne de santé publique approuve l'importance accordée aux soins infirmiers et de santé primaires. Selon elle, la crise offre l'occasion d'envisager davantage les problèmes sanitaires sous un angle de la sexospécificité et d'adopter une approche qui implique toutes les parties prenantes, y compris les organisations non gouvernementales.

En conclusion, les participants conviennent que les programmes de relance économique doivent prévoir des dispositions précises quant à la prise de mesures en rapport avec la santé. Le système de santé n'est pas simplement une composante importante du réseau de protection sociale, mais également un « acteur » intelligent de l'économie au sens plus large, comme le souligne la Charte de Tallinn. L'OMS doit jouer un important rôle pilote dans ce contexte, en combinant les programmes des différents intervenants dans un cadre conjoint de collaboration.

Une séquence vidéo présentant un système « d'avertissement et d'orientation » mis en place afin de prévenir le problème des sans-abri à Amsterdam (Pays-Bas) est projetée aux participants.

## Recommandations

Le docteur Bjørn-Inge Larsen, directeur général norvégien de la santé, présente les principales recommandations de la réunion :

### **1. Répartir la richesse sur la base de la solidarité et de l'équité**

Les autorités sanitaires européennes sont préoccupées par le fait que le système économique actuel ne procède pas à une répartition de la richesse sur la base des valeurs de solidarité et d'équité, ce qui empêche toute amélioration des résultats au niveau de la santé. Les responsables de la santé plaident en faveur d'un changement du système économique soutenant l'amélioration de la santé.

### **2. Accroître l'aide officielle au développement afin de protéger les plus vulnérables**

Les pays les plus pauvres sont les plus vulnérables en termes de pertes sanitaires en période de crise. La récession actuelle ne doit pas se traduire par une diminution de l'aide officielle au développement. Au contraire, celle-ci doit être accrue.

### **3. Investir dans la santé pour améliorer la prospérité ; protéger les budgets de la santé**

Investir dans la santé, c'est investir dans le développement humain, le bien-être social et la prospérité. En améliorant la santé, on améliore la protection sociale. Les investissements dans la santé créent la prospérité. Protéger les budgets de la santé, la couverture de l'assurance maladie et l'emploi pendant la récession. Les plans de relance économique doivent prévoir des investissements sanitaires et environnementaux.

### **4. « Tous les ministres sont des ministres de la Santé »**

Promouvoir « la santé dans toutes les politiques ». Examiner les effets sanitaires et distributifs de toutes les réformes politiques.

### **5. Protéger les services rentables de santé publique et de soins de santé primaires**

En cas de réduction des dépenses en santé :

- protéger les dépenses consenties aux programmes de santé publique ;
- protéger les dépenses consenties aux soins de santé primaires ;
- réduire les dépenses consenties aux services les moins rentables. Il s'agit normalement des services hospitaliers les plus onéreux et faisant appel aux technologies les plus avancées. Différer les plans d'investissements pour les services particulièrement coûteux et promouvoir l'utilisation des médicaments génériques.

### **6. « Plus d'argent pour la santé, et plus de santé pour votre argent »**

Plus d'argent doit être disponible pour la santé, et plus de santé doit être garantie pour les dépenses encourues. Améliorer la qualité par un suivi et une évaluation de la performance en toute transparence. Renforcer la médecine fondée sur des bases factuelles et la sécurité des services de santé.

### **7. Accroître l'accès universel aux programmes de protection sociale**

Profiter de la crise pour accroître l'accès universel aux programmes de protection sociale d'une manière plus coordonnée.

### **8. Garantir l'accès universel aux services de santé**

Profiter de la crise pour garantir l'accès universel aux services de santé. Assurer une protection sociale aux groupes de population les plus vulnérables.

### **9. Promouvoir les modes universels, obligatoires et redistributifs de la collecte des recettes**

Veiller à l'équité dans le financement des services de santé en mettant en valeur les modes universels, obligatoires et redistributifs de la collecte des recettes.

### **10. Envisager une fiscalité ou une hausse de la fiscalité sur le tabac, l'alcool, le sucre et le sel**

Envisager d'améliorer la santé de la population par la mise en place de réformes de la santé publique faisant appel à des mesures structurelles, par exemple en augmentant les taxes sur le tabac, l'alcool et les produits riches en sucre ou en sel. Ces mesures contribueront au financement des systèmes de protection sociale et, en même temps, exerceront un impact positif sur la santé publique.

### **11. Intensifier la formation des professionnels de santé et garantir un recrutement éthique**

Même en temps de crise, nous devons être conscients des pénuries actuelles en personnel de santé et du besoin croissant en personnel à l'avenir. Intensifier la formation des professionnels de santé et des agents de santé locaux, le cas échéant. Profiter de la crise pour attirer de nouveaux professionnels de santé. Continuer de soutenir l'élaboration d'un code pour le recrutement éthique aux niveaux intersectoriel et international.

### **12. Encourager la participation active du public à l'élaboration de mesures d'atténuation des effets de la crise économique sur la santé**

Les autorités sanitaires plaident en faveur d'une consultation et d'une participation plus actives du public en vue d'élaborer et d'appliquer des décisions en ce qui concerne la crise, et de procéder au suivi de leur mise en œuvre. La participation du public peut être directe (débat, consultations) ou indirecte, par le biais d'organisations, d'associations et de fédérations représentatives.

*Annex 1*

**Programme**

**Wednesday, 1 April 2009**

**Welcome and opening**

**Objectives and scope of the meeting**

Mr Bjarne Håkon Hanssen, Minister of Health and Care Services  
Dr Marc Danzon, WHO Regional Director for Europe  
Message from Dr Margaret Chan, WHO Director-General

**Session 1: Impact of the economic downturn on health systems and health outcomes in the Member States in the WHO European Region**

***The ongoing financial and economic crisis: main effects on society and on health systems***

*Chair:* Dr Marc Danzon, WHO Regional Director for Europe

*Opening speech:* Mr Jonas Gahr Støre, Minister of Foreign Affairs, Norway

*Keynote speakers:*

Professor Alan Maynard, University of York, United Kingdom  
Professor Guillem López-Casasnovas, Universitat Pompeu Fabra, Catalonia, Spain  
Professor Tomica Milosavljevic, Minister of Health of Serbia

*Discussion panel:*

Professor Ara Babloyan, Chair, Standing Committee on Health, National Assembly, Armenia  
Dr Johan De Cock, General Administrator, Health Insurance Institute, Belgium  
Mr Jesper Fisker, Director-General Ministry of Health and Chief Medical Officer, Denmark  
Dr Maris Jesse, Director, National Institute for Health Development, Estonia  
Dr José Martínez Olmos, General Secretary for Health, Spain

***The crisis and social determinants of health***

*Chair:* Dr Bjørn-Inge Larsen, Director-General, Norwegian Directorate of Health

*Keynote speaker:*

Professor Sir Michael Marmot, Director, International Institute for Society and Health and MRC Research Professor, Department of Epidemiology and Public Health, University College London, United Kingdom

*Discussion panel:*

Dr Anila Godo, Minister of Health, Albania  
Dr Amela Lolic, Assistant Minister, Health Care Sector, Ministry of Health and Social Welfare, Bosnia and Herzegovina  
Ms Paula Risikko, Minister of Health and Social Services, Finland

Dr Giancarlo Ruscitti, Segretario Regionale Sanita e Sociale, Veneto Region, Italy  
Dr Marc Sprenger, Director-General, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Netherlands  
Dr Vasilii Ivanovich Zharko, Minister of Health, Belarus

## **Thursday, 2 April 2009**

### Session 2: Strengthening health and health systems in the context of the crisis

#### ***The Millennium Development Goals in the light of the ongoing economic crisis***

Message from Mr Jens Stoltenberg, Prime Minister of Norway

#### ***Financial and human resource aspects of the crisis; effects on the migration of health personnel***

*Chair:* Professor Elias Mossialos, Director, LSE Health, London School of Economics and Political Science, United Kingdom

*Keynote speakers:*

Dr Philippe Douste-Blazy, Chair, Executive Board, UNITAID  
Mrs Mary Robinson, President, Realizing Rights: the Ethical Globalization Initiative and Co-chair, Health Workers Global Policy Advisory Council

*Discussion panel:*

Dr Mircea Buga, Deputy Minister of Health, Republic of Moldova  
Dr Zhaksylyk A. Doskaliyev, Minister of Health, Kazakhstan  
Mr Vitaly Flek, Deputy Director, Department of Medical Insurance Development, Ministry of Health and Social Development, Russian Federation  
Dr Adham Ikramov, First Deputy Minister of Health, Uzbekistan  
Professor Maria do Céu Machado, High Commissioner for Health, Ministry of Health, Portugal  
Mr Liviu Manaila, Secretary of State, Ministry of Health, Romania  
Mr S.B. Rakhmonov, Deputy Minister of Health, Tajikistan

#### ***Protecting public health through strengthened health systems in the WHO European Region***

*Chair:* Dr Bjørn-Inge Larsen, Director-General, Norwegian Directorate of Health

*Keynote speaker:*

Professor Martin McKee, Research Director, European Centre on Health of Societies in Transition, London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom

*Discussion panel:*

Mr Lars-Erik Holm, Director-General National Board of Health and Welfare, Sweden  
Dr Mihaly Kokeny, President, Health Committee, Hungarian Parliament, Hungary  
Dr Rinalds Mucins, Under Secretary of State for Policy Planning, Ministry of Health, Latvia  
Mr Christos Patsalides, Minister of Health, Cyprus  
Professor Nikoloz Pruidze, Deputy Minister of Labour, Health and Social Affairs, Georgia  
Mr Jean-Philippe Viquant, Deputy Director, Health Care Financing, Ministry of Health and Sports, France

### **Session 3: Strategies to overcome the health consequences of the crisis**

*Chair:* Dr Nata Menabde, Deputy Regional Director, WHO Regional Office for Europe

*Keynote speaker:*

Ms Rigmor Aasrud, Deputy Minister of Health and Care Services, Norway

*Discussion panel:*

Ms Jeni Bremner, Director, European Health Management Association

Mr Wojciech Dziworski, Senior Economic and Policy Analyst, Directorate-General for Health and Consumers, European Commission

Dr Josep Figueras, Director, European Observatory on Health Systems and Policies

Mr Ivo Hartmann, General Director, Economic and International Affairs, Ministry of Health of the Czech Republic (Presidency of the EU)

Dr Rekha Menon, Senior Economist, World Bank resident mission in Chisinau, Republic of Moldova

Mr Fritz von Nordheim, Policy Officer, Social Protection and Social Services, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, European Commission

Mr Mark Pearson, Head, Health Division, Organisation for Economic Co-operation and Development

Mr Paul De Raeve, Secretary-General, European Federation of Nurses Associations

### **Recommendations of the meeting. Final remarks and closure**

Dr Bjørn-Inge Larsen, Director-General, Norwegian Directorate of Health

Dr Marc Danzon, WHO Regional Director for Europe

*Annex 2*

**List of participants**

**Member States**

*Albania*

Dr Anila Godo  
Minister of Health

Ms Certa Picari  
Secretary-General, Ministry of Health

Mr Rudi Hado  
Ambassador, Embassy of Albania, Stockholm, Sweden

*Armenia*

Professor Ara Babloyan  
Chair, Standing Committee on Health, National Assembly

Mr Arman Melkonyan  
Advisor to the Minister, Ministry of Health

Dr Ara Ter Grigoryan  
Director, State Health Agency, Ministry of Health

*Austria*

Dr Helmut Friza  
Health attaché, Permanent Mission of Austria to the United Nations Office in Geneva

*Belarus*

Dr Vasiliï Ivanovich Zharko  
Minister of Health

Mr Edouard N. Glazkov  
Director, Foreign Relations Department, Ministry of Health

*Belgium*

Dr Johan De Cock  
General Administrator, Health Insurance Institute

Ms Leen Meulenbergs  
Head of Service, International Relations, Federal Public Service Health, Food Chain Safety  
and Environment

*Bosnia and Herzegovina*

Mr Sredoje Novic  
Minister of Civil Affairs

Dr Safet Omerovic  
Minister of Health

Dr Ranko Srbic  
Minister of Health and Social Welfare of the Republika Srpska

Dr Goran Cerkez  
Assistant Minister, Department for International Cooperation, Federal Ministry of Health

Dr Amela Lolic  
Assistant Minister, Health Care Sector, Ministry of Health and Social Welfare

*Croatia*

Dr Mario Bagat  
National Health Insurance Institute

Dr Velibor Drakulic  
Head, Hospital Health Care Department, Ministry of Health and Social Welfare

*Cyprus*

Dr Christos Patsalides  
Minister of Health

Mr George Campanellas  
Head of Minister's Office, Ministry of Health

Dr Dimitris Efthymiou  
Advisor, Ministry of Health

*Czech Republic*

Mr Ivo Hartmann  
General Director, Economic and International Affairs, Ministry of Health

Dr Lucie Bryndova  
Adviser to the Minister, Cabinet of the Minister, Ministry of Health

Mr Lukas Matysek  
Secretary, Section for Economy and International Affairs, Ministry of Health

*Denmark*

Mr Jesper Fisker  
Director-General and Chief Medical Officer, National Board of Health

Ms Marianne Kristensen  
Senior Adviser, National Board of Health

*Estonia*

Dr Liis Rooväli  
Head, Department of Health Information and Analysis, Ministry of Social Affairs

Ms Kristel Sarapuu  
Adviser to the Minister of Social Affairs

*Finland*

Ms Paula Risikko  
Minister of Health and Social Services

Ms Outi Kuivasniemi  
Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health

*France*

Mr Bernard Bedas  
Adviser for Social Affairs, Embassy of France, Stockholm, Sweden

Mme Géraldine Bonnin  
Head of mission, Delegation for European and International Affairs, Ministry of Health and Sports

Mme Agnès Leclerc  
Delegation for European and International Affairs, Ministry of Health and Sports

*Georgia*

Professor Nikoloz Pruidze  
Deputy Minister, Ministry of Labour, Health and Social Affairs

Professor Paata Imnadze  
Director-General, National Centre for Disease Control and Public Health (NCDC), Ministry of Labour, Health and Social Affairs

*Germany*

Mrs Chariklia Tzimas  
Advisor, Multilateral Cooperation in the Field of Health, Federal Ministry of Health

*Hungary*

Ms Noémi Kondorosi  
Councillor, Department of European and International Affairs, Ministry of Health

*Iceland*

Mrs Berglind Ásgeirsdóttir  
Permanent Secretary, Ministry for Health

Dr Matthias Halldorsson  
Medical Director of Health, Directorate of Health

*Israel*

Professor Avi Israeli  
Director-General, Ministry of Health

*Kazakhstan*

Dr Zhaksylyk A. Doskaliyev  
Minister of Health

Ms Salidat Kairbekova  
Head, Department of Social Economic Monitoring, President Administration

*Kyrgyzstan*

Ms Zarina Nazarova  
Head, Economy and Financial Policy Department, Ministry of Health

*Latvia*

Mr Rinalds Mucins  
Deputy State Secretary, Ministry of Health

*Lithuania*

Dr Nora Ribokiene  
Vice Minister, Ministry of Health

Ms Jūrate Sabaliene  
Head of Unit, Territory Sickness Fund

Dr Algis Sasnauskas  
Director, State Patients Fund

*Malta*

Dr John M. Cachia  
Director, Institutional Health, Department of Health

*Monaco*

Mr Robert Fillon  
Ambassador, Permanent Mission of Monaco to the United Nations Office in Geneva

*Netherlands*

Dr Marc Sprenger  
Director-General, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Ms Regine Aalders  
Coordinator, Global Health, Ministry of Health, Welfare and Sport

Mr Fred Lafeber  
Head of Global Affairs Unit, Department of International Affairs, Ministry of Health, Welfare and Sport

*Norway*

Mr Bjarne Håkon Hanssen  
Minister of Health and Care Services

Mrs Rigmor Aasrud  
State Secretary, Ministry of Health and Care Services

Dr Bjørn-Inge Larsen  
Director-General for Health, Chief Medical Officer, Norwegian Directorate of Health

Mr Ole T. Andersen  
Director, Division for International Cooperation and Preparedness, Ministry of Health and Care Services

Mr Jon Bakkerud  
Senior Advisor, Norwegian Directorate of Health

Ms Anne Bergh  
International Director, Norwegian Institute of Public Health

Mr Per Gunnar Dahl  
Senior Adviser, Nordic Council of Ministers, Copenhagen

Ms Maria-Pia de Palo  
Senior Adviser, Nordic Council of Ministers

Dr Maiken Engelstad  
Assistant Director-General, Ministry of Foreign Affairs

Mr Jon Espelid  
Higher Executive Officer, Norwegian Directorate of Health

Dr Eva Finstad  
Senior Adviser, Section for Global Initiatives and Gender, Ministry of Foreign Affairs

Ms Janicke Fischer  
Senior Adviser, Norwegian Directorate of Health

Mr Frode Forland  
Director, Department of Primary Health Services, Norwegian Directorate of Health

Mr Bjarne Garden  
Senior Adviser, NORAD

Mr Lars Grønseth  
Senior Adviser, NORAD

Professor Bjorn Guldvog  
Deputy Director-General, Health and Social Services, Deputy Chief Medical Officer,  
Norwegian Directorate of Health

Dr Andreas Disen  
Director-General, Department of Primary Health and Care Services, Ministry of Health and  
Care Services

Dr Lars Hanssen  
Director-General, Norwegian Board of Health

Mr Hans Knut Hauge  
Director-General, Ministry of Health and Care Services

Mr Odd-Arild Haugen  
Special Adviser, Norwegian Directorate of Health

Ms Elizabeth Hoff  
Chief of Operations, UNITAID

Mr Knut Inge-Klepp  
Director, Department of Public Health and Welfare, Norwegian Directorate of Health

Mr Jacob Jorem  
Norwegian Directorate of Health

Ms Anne Kari Lande Hasle  
Secretary-General, Ministry of Health and Care Services

Mr Sverre Lie  
Special Adviser, Norwegian Directorate of Health

Dr Thor Erik Lindgren  
Senior Adviser, Permanent Mission of Norway to the United Nations Office in Geneva

Dr Sigrun Mogedal  
Senior Executive Adviser, Director-General's Office, NORAD

Ms Øydis Monsen  
Higher Executive Officer, Norwegian Directorate of Health

Mr Magne Nylenna  
Acting Director, Norwegian Knowledge Centre for Health

Mr Ingvar T. Olsen  
Senior Adviser, NORAD

Ms Carmen Pereira  
Senior Adviser, Norwegian Directorate of Health

Mr John-Arne Røttingen  
Acting Director-General, Norwegian Knowledge Centre for Health Services

Mr Arne-Petter Sanne  
Acting Head, Secretariat for International Cooperation, Norwegian Directorate of Health

Dr Anne-Grethe Skjellanger  
Senior Advisor, Norwegian Directorate of Health

Mr Olav Slåttebrekk  
Director, Department of Health Economics and Financing, Norwegian Directorate of Health

Mr Geir Stene-Larsen  
Director, National People's Health Institute

Ms Tale Teisberg  
Director-General, Ministry of Health and Care Services

Mr Knut I. Tønsberg  
Senior Adviser, Department of Communication and Documentation, Norwegian Directorate of Health

Ms Tone Torgersen  
Senior Advisor, Norwegian Directorate of Health

Mr Einar Torkilseng  
Advisor, Norwegian Directorate of Health

Dr Steiner Westin  
Department of Public Health and General Practice, University of Science and Technology

Ms Tone Wroldsen  
Senior Adviser, Ministry of Health and Care Services

### *Portugal*

Professor Maria do Céu Machado  
High Commissioner for Health, Ministry of Health

Dr Francisco George  
Director-General for Health, Ministry of Health

Dr Manuel Teixeira  
Chairman of the Board, Central Administration of Health System, Ministry of Health

*Republic of Moldova*

Dr Mircea Buga  
Deputy Minister, Ministry of Health

Mrs Marina Semeniuc  
Head, Health and Social Protection Finances, Ministry of Finance

*Romania*

Mr Liviu Manaila  
Secretary of State, Ministry of Health

Dr Paul Radu  
Counsellor to the Secretary of State, Ministry of Health

*Russian Federation*

Ms Valentina Shirokova  
Director, Department of Child Health and Obstetric Aid Services

Mr Vitaliy O Flek  
Advisor to the Deputy Minister, Health and Social Development, Ministry of Health and Social Development

Dr Evgeniy Slastnykh  
Chief, Foreign Relations, Department for International Cooperation and Public Relations, Ministry of Health and Social Development

*Serbia*

Professor Dr Tomica Milosavljevic  
Minister of Health

Dr Ivana Misic  
Assistant Minister, Sector for Health Care Organization and Health Inspection, Ministry of Health

Mr Vladislav Mladenovic  
Ambassador, Embassy of Serbia, Oslo, Norway

*Slovakia*

Mrs Martina Veresová  
Director, Department of Public Finances, Finance Section, Ministry of Health

*Spain*

Dr José Martínez Olmos  
Secretary-General for Health, Ministry of Health and Consumer Affairs

*Sweden*

Mr Lars-Erik Holm  
Director-General, National Board of Health and Welfare

Mr Fredrik Lennartsson  
Deputy Director-General, Head of the European Union and International Affairs  
Department, Ministry of Health and Social Affairs

*Switzerland*

Mr Jean-Daniel Biéler  
Deputy Head, Division of International Affairs, Swiss Federal Office of Public Health

*Tajikistan*

Mr Sohibnazar Rahmonov  
Deputy Minister of Health

Mr Saidali Khafizov  
Head, Economics and Budget Planning Department, Ministry of Health

*Turkey*

Mr Memet Atasever  
Head of Department, Department of Strategy Development, Ministry of Health

*Ukraine*

Mr Igor Yakovenko  
Deputy Minister of Health

Ms Iryna Fedenko  
Head, Department of International Relations and European Integration, Ministry of Health

*United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*

Dr Nick Banatvala  
Head of Global Affairs, Department of Health

*Uzbekistan*

Dr Adham Ilhakhmov Ikramov  
First Deputy Minister of Health

Dr Bakhtiyor Khashimov  
Head, Directorate of Finance and Economy, Ministry of Health

## **European members of the Executive Board Members of the Standing Committee of the WHO Regional Committee**

Professor Ion Ababii  
Rector, State Medical University, Republic of Moldova

Professor Sabahattin Aydin  
Deputy Under-Secretary, Ministry of Health, Turkey

Dr Boris Ivanovich Dimitrov  
Adviser to the Minister, Ministry of Health, Kyrgyzstan

Dr Mihaly Kokeny  
President, Health Committee, Hungarian Parliament

Dr Vladimir Lazarevik  
Assistant Professor, Institute of Social Medicine, Medical Faculty Skopje, The former Yugoslav Republic of Macedonia

## **Keynote speakers, Chairs**

Dr Philippe Douste-Blazy  
Chair, Executive Board of UNITAID, World Health Organization, Switzerland

Professor Guillem Lopez Casasnovas  
Professor of Public Finance, Universitat Pompeu Fabra, Catalonia, Spain

Professor Martin McKee  
Professor of European Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom

Professor Sir Michael Marmot  
Head, Department of Epidemiology and Public Health, University College London, United Kingdom

Professor Alan Maynard  
Professor of Health Economics, Department of Health Sciences, University of York, United Kingdom

Professor Elias Mossialos  
Director, LSE Health, London School of Economics and Political Science, United Kingdom

Mrs Mary Robinson  
President, Realizing Rights: The Ethical Globalization, United States of America

## **Partner organizations**

Mr Paul Belcher

EU Government Affairs Adviser, Royal College of Physicians, United Kingdom

Mr Martin Bratt

Operations Manager, The Millennium Foundation for Innovative Finance for Health

Ms Jeni Bremner

Director, European Health Management Association

Mr Wojciech Dziworski

Senior Economic and Policy Analyst, Directorate-General for Health and Consumers, European Commission

Ms Rekha Menon

Senior Economist, ECSHD, World Bank Resident Mission, Republic of Moldova

Mr Fritz von Nordheim

Policy Officer, Social Protection and Social Services, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, European Commission

Mr Mark Pearson

Head, Health Division, Organisation for Economic Co-operation and Development

Mr Paul De Raeve

Secretary-General, European Federation of Nurses Associations

Mr Matthias Schuppe

Secretary-General, International Health Forum

Ms Laurence Thurion

UNITAID, World Health Organization

## **Temporary advisers/experts**

Mrs Enkelejda Malaj  
Director of Cabinet, Cabinet of Minister of Health

Mr Siegfried Walch  
Head of Department, Management Centre, Innsbruck, Austria

Mr Bojidar Nanev  
Council President, Bulgarian Medical Association, Bulgaria

Dr Maris Jesse  
Director, National Institute for Health Development, Estonia

Dr Hannes Danilov  
Director, Estonian Health Insurance Fund

Professor Vappu Taipale  
National Institute for Health and Welfare, Finland

Professor Gudjon Magnusson  
Professor of Public Health, School of Health and Education, University of Reykjavik, Iceland

Dr Giancarlo Ruscitti  
Regional Secretary for Health and Social Affairs, Veneto Region, Italy

Dr Giovanni Fattore  
Institute of Public Administration and Health Care, Bocconi University, Milan, Italy

Mrs Leonor Bacelar-Nicolau  
Researcher/Assistant Professor, Institute of Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Lisbon, Portugal

Dr Mark Tsechkovski  
Adviser, Central Research Institute for Health Care Organization and Informatization, Russian Federation

Professor Valeria Lekhan  
Head, Chair Social Medicine and Health Management, Dnipropetrovsk Medical Academy, Ukraine

Dr Marc Suhrcke  
Professor of Public Health Economics, Health Economics Group, School of Medicine, Health Policy and Practice, University of East Anglia, United Kingdom

Mr Jean-Phillippe Viquant  
Deputy Director, Health Care Financing, Ministry of Health and Sports

## World Health Organization

### *Headquarters*

Dr Andrew Cassels  
Director, Health Policy, Development and Services

Dr David Evans  
Director, Health Systems Financing

Dr Haik Nikogosian  
Head of Secretariat, Framework Convention on Tobacco Control

### *Regional Office for Europe*

Dr Marc Danzon  
Regional Director

Dr Nata Menabde  
Deputy Regional Director

Dr Nedret Emiroglu  
Director a.i., Division of Health Programmes

Dr Enis Baris  
Director, Division of Country Health Systems

Dr Josep Figueras  
Director, European Observatory on Health Systems and Policies

Mr Joseph Kutzin  
Regional Adviser, Health Systems Financing

Dr Antonio Duran  
Adviser

Dr Tamás Evetovits  
Senior Health Financing Specialist

Mr Charles Robson  
Head, Translation and Editorial (*Rapporteur*)

Ms Faith Kilford  
Conference Communications Officer

Ms Janna Riisager  
Administrative Officer

Ms Kaja Kaasik-Aaslav  
Assistant

Ms Elena Nivaro  
Assistant to the Director

## **Interpreters**

Rosamund Durnford-Slater  
Heide Olsen  
Eva Bonnard-Sjøgren  
Gabrielle Rusch  
Stein Larsen