



Ambassade de France en Afghanistan

Mission d'expertise hospitalière à Kaboul

Compte-rendu

21 janvier – 1^{er} février 2003

François Crémieux

Directeur d'hôpital

Louis Mourier - Colombes



La vallée du Panshir – janvier 2003

SOMMAIRE

1. Rappel des objectifs de la mission	4
2. Termes de référence de la mission hospitalière	5
3. Coordination entre donateurs - évolution des discussions sur les « performance based partnership agreements » proposés par la banque mondiale	6
3.1 Contexte général.....	6
3.2 Débat sur les « performance based partnership agreements » : la position des principaux donateurs	7
3.2.1 Ministère de la santé (Dr Ferouzedeen Ferouz)	7
3.2.2 Banque Mondiale (Benjamin Loevinsohn)	7
3.2.3 Position française (Frédéric Tissot / François Crémieux).....	8
3.2.4 Position de USAID et MSH (Laurence Laumonier)	8
3.2.5 Position de la Commission Européenne (Egbert Sondorp).....	9
3.2.6 Position du DFID (Stephanie Simons)	9
3.2.7 Position de JICA (M Hashimoto).....	9
3.2.8 Position de l'UNICEF (Peter Salama)	9
3.2.9 Position de l'OMS	10
3.3. Discussions techniques.....	10
3.3.1 Mise en place d'une « grant management unit ».....	10
3.3.2 La coordination provinciale – concept de lead donor	11
3.3.2.1 Les comités de coordination provinciaux.....	11
3.3.2.2 Le concept de « lead donor »	12
3.3.3 Le rôle du ministère de la santé.....	12
3.3.4 Le contrôle des coûts.....	15
3.3.5 Le soutien aux ONG Afghanes	15
3.3.6 L'articulation secteur privé / secteur public	16
3.4 Conclusions de la conférence	16
3.4.1 Performance based partnership agreements	16
3.4.2 Dispositif de coordination entre donateurs.....	16
3.4.3 Mise en place de groupes de travail	16
4. Contacts avec la commission européenne.....	17
4.1 Bilan de la réunion des donateurs	17
4.2 Projet de mission conjointe Commission Européenne / France.....	17
4.2.1 Accord de principe	18
4.2.2 Termes de référence	18
5. Contacts avec l'ambassade du Japon	18
5.1 Contexte	18
5.2 Rencontre avec Madame Chikako Kodama	18
5.2.1 Présentation du dispositif de coopération japonais	18
5.2.1.1 L'ambassade du Japon	19
5.2.1.2 Les structures du dispositif de coopération japonais.....	19
5.2.1.3 Les domaines de coopération	19
5.2.2 Potentiel de coopération France Japon.....	20
5.3 Conclusions	20
6. Contacts avec le DFID	20
6.1 Contexte	21
6.2 Projet d'une mission d'expertise DFID / MAE.....	22
7. Conclusions de la mission	23

ANNEXE 1 – Donor coordination process – draft position paper.....	24
ANNEXE 2 – Termes de référence de la mission France – Union-Européenne	30
ANNEXE 3 – Chronologie de la mission	39
ANNEXE 4 – Bibliographie sur les Performance-based Partnership Agreements.....	40
LEXIQUE.....	41

Avec tous mes remerciements au Docteur Frédéric Tissot, conseiller santé du Service de Coopération et de l'Action Culturelle de l'ambassade de France à Kaboul pour son accueil chaleureux.

Merci également pour toute l'énergie dépensée à assurer la logistique des missions santé en Afghanistan dans des conditions de travail souvent difficiles.

1. Rappel des objectifs de la mission

Les objectifs de la mission sont :

- 1- Assurer les contacts nécessaires avec les partenaires internationaux présents à Kaboul, notamment la commission européenne dans le cadre de la poursuite des réflexions lancées par la première mission d'expertise française sur le système de référence et les hôpitaux de Kaboul ;
- 2- Finaliser les termes de référence d'une prochaine mission hospitalière et évaluer les possibilités que cette mission soit organisée conjointement soit avec la commission européenne, soit avec le DFID ;
- 3- Participer aux trois jours de conférence organisés par le ministère de la santé afghan sur impulsion de la banque mondiale pour discuter du projet banque mondiale de « performance-based partnership agreements » et prendre dans ce cadre les initiatives utiles en lien avec le conseiller santé de l'ambassade de France ;

Cette mission s'inscrivait dans le prolongement de la première mission d'expertise française « Offre de soins et système de référence hospitalier à Kaboul » - mai 2002.

Le rapport de cette mission a été largement diffusé à l'ensemble des partenaires du secteur de santé : ministère de la santé afghan, agences des Nations-Unies, Banque Mondiale, Union-Européenne ainsi qu'auprès des principales ONG.

La mission française, son rapport et l'action de lobbying du Dr Frédéric Tissot auprès des différents partenaires, sont à l'origine d'un début de prise de conscience de l'importance et du poids des hôpitaux de Kaboul dans l'ensemble du système de santé afghan. Plusieurs des partenaires rencontrés lors de la réunion des donateurs (notamment la commission européenne, MSH, DFID) ont témoigné un intérêt fort pour la problématique hospitalière et divers documents relatifs à l'organisation du système de santé reprennent des éléments de l'analyse française.

Cette seconde mission d'expertise hospitalière avait également pour objectif une participation active aux réunions de donateurs organisées au ministère de la santé et largement sollicitées par la banque mondiale. L'ordre du jour et des documents préparatoires à ces réunions avaient été communiqués par Benjamin Loevinsohn (banque mondiale) quelques jours auparavant. Ces réunions de donateurs avaient lieu dans un contexte de monopolisation des débats afférents à la coordination des donateurs par la banque mondiale soucieuse de promouvoir son concept de PPA.

Pour ce qui concerne la validation de termes de référence pour une troisième mission d'expertise conjointe Commission Européenne / France, les contacts préliminaires avaient été pris par Frédéric Tissot avec Jean-François Cautain.

2. Termes de référence de la mission hospitalière¹

Ces termes de référence ont été finalisés au cours de la mission.

Ils intègrent les propositions de modification formulées par JF Cautain, principalement l'ajout d'une analyse des systèmes de référence des principales villes afghanes : Djelalabad, Herat, Mazar-i-sharif, Kandahar.

Ces termes de référence rappellent le contexte général avec une présentation de la politique de santé afghane et une synthèse des conclusions de la mission française sur « *offre de soins et système de référence hospitalier à Kaboul* ».

Ils précisent l'objectif principal d'une mission France / Union-Européenne, soit « *soutenir l'autorité transitoire du gouvernement islamique d'Afghanistan avec des éléments d'orientation de nature à permettre au ministère de la santé d'élaborer une politique d'adressage pour les hôpitaux de la région de Kaboul* ».

Ils précisent également que des recommandations de politique hospitalière devraient être fournies au ministère de la santé sur les aspects suivants :

- i. Indications générales sur l'avenir de toutes les structures de soins secondaires et tertiaires de la ville de Kaboul ;
- ii. Une méthodologie pour valider ces éléments de politique hospitalière, débiter la mise en œuvre de ces éléments de politique et proposer un planning des actions devant être entreprises par le ministère de la santé en ce sens ;

Ces termes de référence proposent des éléments de méthodologie à l'attention de l'équipe d'experts, présentent les principales sources d'information disponibles ainsi que les résultats attendus de la mission.

Ces termes de référence ont été adressés à la commission européenne en fin de mission et seront adressés au département par le conseiller santé de l'ambassade dans les prochains jours.

L'enjeu est désormais de trouver les experts compétents et de définir les modalités précises d'organisation de cette mission : dates exactes, modalités de financement entre la commission européenne et la France, etc.

¹ Les termes de référence sont présentés en annexe à ce rapport de mission

3. Coordination entre donateurs - évolution des discussions sur les « performance based partnership agreements » proposés par la banque mondiale

La conférence organisée sur l'initiative de la banque mondiale s'est tenue au ministère de la santé. Le ministère était représenté lors de la séance d'ouverture par Monsieur le Docteur Ferouz (vice-ministre de la santé).

Monsieur Cherzai a assuré l'animation des deux jours de discussions.

Les principaux donateurs étaient présents :

Commission Européenne, représentée par Egbert Sondorp

Banque Mondiale, représentée par Benjamin Loevinsohn

USAID, représenté par Ellen Lynch

JICA, représenté par Monsieur Hashimoto

DFID, représenté par Stephanie Simons

UNICEF, représenté par Peter Salama

WHO, représenté par Ahmed Shadoul

L'organisation Swedish Committee, bien que ne faisant pas partie des donateurs, était également présente à cette conférence, ainsi que MSH, représenté par Laurence Laumonier, William Newbrander et Cynthia Walker.

Six fonctionnaires du ministère de la santé, dont le Dr Abdulah Fahim, responsable des relations internationales du ministère participaient à cette conférence.

3.1 Contexte général

Cette conférence, officiellement organisée par le ministère de la santé Afghan, était programmée à l'initiative principale de Benjamin Loevinsohn, responsable du programme santé Afghanistan à la banque mondiale. Cette initiative avait été prise après que le ministère de la santé afghan a communiqué à l'ensemble des donateurs un document de synthèse sur ses interrogations et ses réserves quant à la mise en œuvre du projet banque mondiale de PPAs (*performance based partnership agreements* ou *contrats de partenariats basés sur la performance*).

Précisons ici que cette conférence ayant lieu en anglais, les prises de parole étaient largement conditionnées par la maîtrise de la langue.

Les principaux intervenants furent : Benjamin Loevinsohn (Banque Mondiale), Laurence Laumonier (MSH), Egbert Sondorp (Commission Européenne), le représentant du Swedish committee, François Crémieux (France) et, au titre du ministère de la santé, Dr Cherzai.

Du côté Banque Mondiale, l'enjeu de cette conférence était clairement de faire accepter par l'ensemble des donateurs et officiellement valider par le ministère de la santé le concept des PPA.

Rappel des éléments constitutifs des PPA :

- Organisation de l'offre de soin sur une base géographique : la province ou le *groupe* de districts (« cluster of districts ») ;
- Contractualisation avec une ONG ou un consortium d'ONG, sur appel d'offre et mise en concurrence, pour la délivrance d'un paquet minimum d'offre de soin ou *basic package of health services* - BPHS.

- Au sein de sa zone géographique, l'ONG aurait toute latitude pour organiser l'offre de soin comme elle l'entend et deviendrait l'employeur de tous les personnels de santé avec la liberté de recruter ou de licencier
- Le montant de ces contrats entre le donateur et l'ONG serait fixé sur une estimation d'un coût par habitant, les évaluations actuelles se situant entre 2.5\$US et 3.0\$US.
- Le contrat serait évalué sur la base d'un nombre limité d'indicateurs répartis sur l'évaluation des moyens (i.e. nombre de centres de santé primaire construits), des processus (i.e. système d'adressage mis en place), des résultats directs –*outputs*- (i.e. nombre de consultants / nombre d'enfants vaccinés) et des résultats épidémiologiques indirects –*outcomes*- (i.e. mortalité maternelle).

Le concept de BPHS est promu par le ministère de la santé

Le BPHS comprend 7 éléments principaux :

- 1-La santé maternelle et infantile de la prise en charge de la grossesse aux soins au nouveau né, y compris les césariennes ;
- 2-la santé de l'enfant (vaccinations) ;
- 3-les problématiques de nutrition ;
- 4-la prévention et le traitement des maladies transmissibles (tuberculose et malaria) ;
- 5-la santé mentale ;
- 6-la prise en charge du handicap ;
- 7-la distribution des médicaments essentiels.

3.2 Débat sur les « *performance based partnership agreements* » : la position des principaux donateurs

3.2.1 Ministère de la santé (Dr Ferouzedeen Ferouz)

Le Dr Ferouz a ouvert la conférence en rappelant la position très réservée de son gouvernement sur les PPAs. Il a particulièrement insisté sur les points suivants :

- 1- La priorité d'atteindre rapidement les populations afghanes les plus démunies en terme d'accès aux soins de santé primaire ;
- 2- L'impérieuse nécessité de soutenir son ministère dans l'accroissement de ses compétences et de ses moyens.

3.2.2 Banque Mondiale (Benjamin Loevinsohn)

La banque mondiale, à l'initiative du concept de PPA, en est le principal promoteur.

L'analyse de la banque mondiale se fonde sur quelques hypothèses principales :

- 1- L'incapacité du gouvernement afghan – de manière plus générale, de tout gouvernement - à prendre en charge la distribution de ce *Basic Package of Health Services* ;
- 2- La capacité des ONG à se comporter de manière entrepreneuriale et donc à répondre à tout appel d'offre et à agir de manière économiquement rationnelle dans une mise en concurrence entre ONG fondée sur la capacité à répondre au mieux aux indicateurs sélectionnés sous la contrainte d'un « prix par habitants » pré déterminé ;
- 3- L'organisation géographique de l'offre de soins comme élément déterminant de la mise en œuvre de la politique de santé afghane ;

3.2.3 *Position française* (Frédéric Tissot / François Crémieux)

Les représentants français ont largement lancé le débat en ouverture de cette conférence en présentant quelques réserves majeures sur la pertinence de ce modèle.

- 1- La priorité du gouvernement français est l'aide à la construction de l'Etat afghan, donc de son administration, y compris dans le secteur de la santé. Le concept de PPA nous semble par plusieurs aspects mettre en danger cette construction administrative : les « fonctionnaires » actuels du ministère de la santé pourraient devenir salariés d'ONG (les directeurs régionaux de la santé pourraient être rémunérés par l'ONG du « secteur ») ; la contractualisation laisserait une autonomie maximum aux ONG dans l'organisation de l'offre de soin indépendamment des priorités politiques et des directives administratives du ministère.
- 2- Il nous apparaît que ce projet sous-entend une conception des ONG et de leur rapport à l'état qui ne nous semble pas être juste : certaines ONG ont une histoire et une culture spécifiques et interviennent sur une région particulière ; certaines ont développé des compétences dans des domaines sanitaires particuliers comme la prévention, les soins maternels et infantiles ou les consultations de médecine générale ; la plupart n'ont aucune expérience dans la gestion d'hôpitaux et d'un système de référence. Ainsi, exiger des ONG qu'elles prennent en charge l'ensemble de l'offre de soin d'une région déterminée risque d'exclure du processus celles qui ont conservé une expertise particulière, celles qui – très anciennes sur le territoire – ont une tradition d'intervention dans une zone qui ne correspond pas à une délimitation administrative.
- 3- Ce concept ne sous semble pas de nature à garantir la viabilité à long terme de l'offre de soins : au départ des ONG à l'issue des contrats, l'administration sanitaire afghane risque d'être exsangue et incapable de reprendre à sa charge les systèmes mis en place.
- 4- La mise en concurrence des ONG conduira à des distorsions importantes sur le territoire : niveaux de salaires, modalité d'organisation des structures de santé, etc.

Le modèle présenté par la banque mondiale présente cependant quelques éléments positifs rappelés lors de la conférence :

- 1- L'idée d'une contractualisation plus stricte avec les ONG de nature à limiter les dérives actuellement constatées chez certaines organisations ;
- 2- L'idée d'inciter les ONG à réaliser non seulement des projets (telle structure de santé, tel hôpital) mais à prendre en charge l'organisation de la prise en charge des patients tout au long de la chaîne de soins (prévention, traitement, adressage, dispense de médicaments, etc.) ;

3.2.4 *Position de USAID et MSH* (Laurence Laumonier)

USAID et MSH (Management Sciences for Health, cabinet de consultant américain) ont soutenu la position française en insistant particulièrement sur le fait qu'ils estiment que très peu d'ONG présentes en Afghanistan aujourd'hui ont l'expérience et les capacités de prendre en charge les hôpitaux (de district et provinciaux). Cet élément leur apparaît essentiel puisque

les hôpitaux constituent l'élément central dans la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle avec notamment la possibilité de réaliser des césariennes (argument très fortement repris par UNICEF). Sur ces éléments au moins, il apparaît à USAID et MSH que l'approche géographique n'est pas pertinente et que les donateurs devraient fortement soutenir un nombre limité d'opérateurs pour les aider à développer des compétences dans ce champ spécifique.

USAID et MSH ont mis en place des systèmes de quasi-contractualisation avec certains de leurs opérateurs. Ils insistent sur le fait que l'évaluation des actions se fait alors principalement sur la qualité des indicateurs, de leur suivi et des comptes-rendus. USAID a alors constaté que les ONG locales étaient en grande difficulté méthodologique même si les résultats sur le terrain étaient bons – à l'inverse, certaines autres ONG, principalement internationales, ont des compétences méthodologiques parfois supérieures à leur réelle qualité d'intervention.

USAID et MSH insistent sur le fait que selon eux, le ministère de la santé n'a pas actuellement les moyens opérationnels d'assurer le suivi de ces contrats de type PPA et préconisent une mise en place très progressive (plusieurs années) de ce type de modèle, parallèlement à une aide technique forte au ministère. MSH s'oppose par ailleurs au concept de site pilote estimant d'une part qu'il pose d'importants problèmes éthiques et qu'il ne sera d'autre part pas valide sur le plan méthodologique puisque le promoteur serait alors conduit à évaluer la pertinence d'un modèle sur une base régionale alors même que les moyens et le soutien politique auraient été radicalement différents selon les régions.

3.2.5 Position de la Commission Européenne (Egbert Sondorp)

Le représentant de la Commission Européenne est peu intervenu sur ce sujet spécifique des PPA, sinon pour prévenir que les règles de la Commission Européenne dans l'attribution de fonds pourraient ne pas être compatibles avec ce concept : financement exclusif d'ONG européennes (pas de consortium possible donc avec des opérateurs non européens, y compris afghans).

3.2.6 Position du DFID (Stephanie Simons)

Le DFID octroie peu de subventions à des ONG et est à ce titre peu concerné par le sujet. Stephanie Simons a cependant rappelé que la mise en place des PPA au Cambodge, exemple fréquemment repris par la banque mondiale, ne s'est fait que plusieurs années après la fin du conflit alors justement que l'administration cambodgienne commençait à se structurer.

3.2.7 Position de JICA (M Hashimoto)

Les fonds japonais n'entreront pas dans un processus d'allocation de ce type. JICA poursuivra ses actions en finançant des opérateurs sur la base de projets précis.

3.2.8 Position de l'UNICEF (Peter Salama)

L'UNICEF a présenté ses deux sujets de préoccupation majeurs :

- 1- L'UNICEF a aujourd'hui la charge de programmes transversaux (comme le programme de vaccination) et demeure très attachée à la poursuite de ces programmes, et ne souhaite pas les voir fragmentés région par région ;
- 2- L'UNICEF estime que la mise en place des hôpitaux de référence (provinciaux et de district) est une condition à l'efficacité d'un programme de lutte contre la surmortalité maternelle et infantile, érigée en priorité nationale ;

3.2.9 Position de l'OMS

Lors du tour de table, les deux représentants de l'OMS n'ont pas souhaité prendre la parole.

3.3. Discussions techniques

Les discussions, initialement centrées sur la problématique stricte des PPA a évolué au cours des réunions pour aboutir à la mise en place d'un dispositif de coordination qui ne mentionne plus les PPA, laissant à la banque mondiale le choix de les mettre en œuvre si elle le souhaite mais ne conditionnant plus l'action des autres donateurs.

3.3.1 Mise en place d'une « grant management unit »

(voir Annexe 3 – Donors coordination process – position paper)

Les représentants français à la conférence ont fortement soutenu cette initiative. Selon les premiers termes de référence de cette unité (proposés sur l'initiative de B. Loevinsohn) et amendés en réunion, cette commission aura pour objet :

- i. la coordination des donateurs
- ii. la coordination géographique
- iii. la coordination sectorielle
- iv. la validation des principaux documents des donateurs afin de s'assurer de leur cohérence avec la politique de santé afghane et les directives techniques ;
- v. Assurer un soutien technique aux ONG afghanes qui souhaiteraient présenter des demandes de financement à des donateurs ;
- vi. Recenser et évaluer les propositions d'ONG et émettre des recommandations quant aux modalités de financement ;
- vii. Selon les procédures propres à chaque donateur, participer ou non aux négociations contractuelles entre le donateur et l'opérateur ;
- viii. Selon les procédures propres à chaque donateur, participer ou assurer directement l'évaluation et le contrôle des programmes mis en place ;
- ix. Assurer un contrôle des coûts et mettre en place les modalités nécessaires à une coordination entre donateurs de nature à éviter l'inflation ;
- x. Assurer le retour d'information régulier vers les ONG ;
- xi. Prendre les mesures nécessaires à l'encontre des ONG n'assurant pas un niveau de qualité dans leurs opérations ou s'exonérant du respect de la politique de santé ou des directives du ministère ;

Sur le plan des moyens, cette commission du ministère de la santé serait dotée :

- i. De 15 personnels afghans de haut niveau ;
- ii. De véhicules et d'un budget *transport* conséquent ;
- iii. De formation pour ses personnels afghans ;
- iv. De locaux adaptés et équipés au sein du ministère de la santé ;
- v. D'un soutien de 5 consultants internationaux ;

La banque mondiale a proposé une contribution financière à la mise en place de cette commission :

- i. Prise en charge salariale des personnels du ministère mis à disposition de cette commission ;
- ii. 1 consultant (2 mois) pour assurer la formation initiale des personnels afghans de cette commission ;
- iii. 1 consultant étranger (3 ans) et 1 consultant afghan (3 ans) pour prendre en charge la mise en place de PPAs ;
- iv. 1 consultant étranger (2 ans) et 1 consultant afghan (3 ans) pour assurer l'aide technique aux ONG ;
- v. 3 véhicules et 100.000\$US pour les frais de transports ;
- vi. Visites sur site pour le personnel au Cambodge et au Bangladesh ;
- vii. Enseignement d'anglais si nécessaire pour 6 personnes ;
- viii. 100.000 \$US d'équipement de bureau

Les représentants français ont très fortement insisté sur le fait qu'une telle commission n'aurait de légitimité et d'indépendance qu'à la condition d'être cofinancée substantiellement par au moins deux autres institutions qui pourraient être la Commission Européenne et l'OMS.

3.3.2 La coordination provinciale – concept de lead donor

3.3.2.1 Les comités de coordination provinciaux

Le Dr Cherzaï a présenté l'état d'avancement de mise en place des comités de coordination provinciaux (Provincial Coordination Committee – ou PCC).

Ces comités seront présidés par les directeurs provinciaux de la santé.

Ils auront pour mission la coordination de l'ensemble des acteurs intervenants dans le champ sanitaire au niveau de la province.

La conférence des donateurs n'a pas conclu sur la composition exacte de ces comités. Le ministère de la santé prévoit de poursuivre la réflexion sur cette question. Il est probable que la composition exacte de ces comités sera variable en fonction des provinces.

Benjamin Loevinsohn (Banque Mondiale) a proposé de rédiger des termes de référence généraux pour ces comités.

Parmi les idées retenues :

- Rédaction d'un rapport d'activité et d'un rapport d'orientation annuels à destination du ministère de la santé ;
- Avis sur les projets d'ONG déposés auprès de donateurs, notamment sur ceux d'un montant inférieur à 100.000\$ (approx.) qui ne feraient l'objet que d'une validation sommaire par la *Grant Commission Unit* nationale sur la base des avis des comités de coordination provinciaux ;
- Evaluation des projets mis en place (à un niveau qui reste à déterminer en fonction des moyens dont disposeront ces comités) ;

3.3.2.2 Le concept de « lead donor »

Sur proposition française, les donateurs ont retenu le concept de *lead donor* pour assurer la coordination des donateurs à l'échelle provinciale.

Dans chaque province, l'un des « grands » donateurs assurera aux côtés du directeur provincial de la santé, la coordination de la mise en œuvre de programmes financés par l'ensemble des donateurs. Les deux objectifs principaux sont d'éviter la duplication de projets dans une même région et de favoriser l'allocation de moyens dans les zones non desservies.

Les principaux donateurs ont proposé d'assurer cette coordination provinciale. La Banque Mondiale a proposé d'assurer la coordination sur 8 provinces, la commission européenne sur 5 provinces, USAID sur 6 provinces, JICA sur 2 provinces. Les donateurs ont prévu de proposer la coordination des 11 autres provinces courant février.

L'attaché de coopération santé à Kaboul a proposé que la France assure cette coordination pour la province du Parwan (vallée du Panshir). Cette action s'inscrirait dans la continuité des actions françaises (gouvernementales ou non gouvernementales) dans cette région depuis plus de 23 ans. Elle assurerait de plus une grande légitimité à la France dans le cadre des discussions entre donateurs.

L'engagement des donateurs autour de ce dispositif de coordination est énoncé dans un *position paper*. A la demande des donateurs, nous avons assuré la rédaction de la version initiale de ce document, puis l'avons finalisé avec Benjamin Loevinsohn, représentant de la banque mondiale, au cours d'une réunion à l'ambassade.

Ce *position paper* doit désormais être soumis à l'ensemble des donateurs pour avis puis transmis au ministère de la santé afghan pour validation.

3.3.3 Le rôle du ministère de la santé

Le Dr Ferouz a présenté l'organisation du ministère de la santé.

Il a insisté sur le fait que le niveau *régional* n'était plus une entité administrative reconnue par le gouvernement afghan.

Il a précisé que les directeurs provinciaux de la santé seraient nommés par le ministère de la santé et qu'ils devraient coordonner leurs actions localement avec le gouverneur de la province.

Les processus de coordination entre le ministère et les provinces ne sont pas encore en place et pourraient donner lieu par exemple à des réunions trimestrielles.

- voir tableau de synthèse page suivante -

Niveau administratif	Missions	Ressources		Etat d'avancement
		Humaines	Matérielles	
National	Définition de la politique de santé Coordination Standardisation Evaluation et monitoring	Un ministre Deux vice-ministres (technique / administration) 4 départements : - Politique de santé / planification / coordination - Services de soins - Coordination des bureaux provinciaux et de district - Administration Voir organigramme du ministère – Version 5 – 21 janv. 2003, diffusée à l'occasion de cette conférence	Infrastructure du ministère de la santé à Kaboul	- La ministre et les vice-ministres sont nommés. - Les quatre directeurs de département sont nommés (?) - Quelques conseillers techniques sont présents, principalement « mis à disposition » par des agences des Nations-Unies (UNICEF, OMS)
Provincial	Adaptation de la politique nationale de santé aux contraintes provinciales Coordination de l'offre de soin provinciale Evaluation des besoins Monitoring du système de référence Soins d'urgence et organisation des réponses aux situations de catastrophe	Un directeur de la santé provinciale Deux directeurs adjoints (médecine préventive et médecine curative) + Une équipe de 6 à 7 personnes	Liaisons radio HF Véhicule(s)	- Une dizaine de provinces ont actuellement une administration provinciale de la santé opérationnelle. - Les moyens matériels ne sont pas encore disponibles – l'OMS s'est engagée à les fournir (véhicule et moyens de communication radio)
District	Evaluation des besoins Supervision du <i>Basic Package of Health Services</i>	Un directeur de la santé du district Une équipe de 1 à 2 personnes	Non déterminé à ce jour	- Pratiquement aucun district n'est administrativement relié au ministère de la santé

3.3.4 Le contrôle des coûts

Le contrôle des coûts est en Afghanistan une préoccupation majeure des donateurs et des ONG.

Les donateurs constatent une inflation des coûts dans les projets qui leur sont soumis par les ONG, sans toujours de justification. L'inquiétude est d'autant plus grande que de nouveaux fonds (banque mondiale) vont être mis en place, conduisant à une augmentation de la demande (par exemple en personnels afghans qualifiés) avec une offre constante.

Les ONG de leur côté regrettent une course aux salaires, conduisant à des roulements de personnels très importants et à une fuite permanente des afghans les plus qualifiés qui passent de structure en structure (ONG ou agence des Nations-Unies) au gré de l'inflation des salaires.

Deux options ont été discutées pour mettre en place un contrôle des coûts.

- 1- Un encadrement direct des coûts par des « recommandations » des donateurs et/ou du ministère.

Ce premier dispositif aurait pour avantage de coller aux préoccupations des ONG avec un encadrement des principaux coûts : salaire, transport, construction, etc.

Ce dispositif nécessite un consensus entre donateur sur ces échelles de coûts et un engagement à la faire respecter par les opérateurs.

- 2- Un encadrement indirect par l'instauration de coûts par habitant.

Ce dispositif est fortement soutenu par la banque mondiale, en cohérence avec les projets de PPA. Les ONG se verraient signifier qu'elles sont financées à hauteur de X\$ par habitant, charge à elle de répondre aux objectifs du contrat. Ce dispositif n'encadrerait pas les coûts individuels.

L'encadrement des coûts par habitant ne répondrait pas aux préoccupations des ONG qui ne seraient pas impliquées dans un PPA ;

Il apparaît en conclusion que les deux dispositifs seront mis en place.

D'une part un groupe de travail sera chargé de présenter les échelles de coûts par section (salaires, construction, etc.) en souhaitant que le partage de cette information et l'incitation de la part des principaux donateurs conduisent les opérateurs à respecter ces indicateurs et à éviter de contribuer à une inflation des prix.

D'autre part, la banque mondiale déterminera certainement un coût par habitant pour la mise en place du BPHS. Ce coût devrait osciller autour de 2,5\$ - 3,0 \$.

3.3.5 Le soutien aux ONG Afghanes

Le soutien aux ONG afghanes est une préoccupation particulière de USAID et MSH. Laurence Laumonier a insisté sur la nécessité de mettre en place des actions de soutien

technique aux ONG afghanes depuis l'écriture de propositions de projets jusqu'à l'évaluation des projets réalisés.

Ces fonctions devraient être assurées par la *Grant Commission Unit*.

Sur proposition des représentants français, il a également été proposé un système d'accréditation des ONG afghanes de la part du ministère de la santé. L'hypothèse sous-tendant cette proposition est que les ONG afghanes sont relativement exclues des dispositifs de financement actuels pour deux raisons : le manque de compétences techniques et le manque de confiance des donateurs vis-à-vis des ONG afghanes.

Cette idée est retenue par le ministère de la santé et cette proposition sera mise en place. Cette procédure pourrait inclure des critères comme le partenariat entre l'ONG afghane et une ONG étrangère ayant une expérience dans la gestion de fonds en Afghanistan au travers d'une convention tri-partite ONG afghane / ONG étrangère / ministère de la santé, engageant notamment l'ONG étrangère à un soutien technique fort auprès de l'ONG afghane.

3.3.6 L'articulation secteur privé / secteur public

Cette thématique, bien qu'inscrite à l'ordre du jour, n'a pas été discutée faute de temps.

3.4 Conclusions de la conférence

3.4.1 Performance based partnership agreements

Sur la question précise des PPAs, il est manifeste que malgré la réticence presque unanime de l'ensemble des participants, y compris du ministère de la santé afghan, la banque mondiale poursuivra son projet et y affectera une part très substantielle des 60 millions de \$US qu'elle prévoit d'injecter dans le système de santé afghan.

L'opposition de la majorité des participants a été largement portée dans la discussion par les représentants français.

3.4.2 Dispositif de coordination entre donateurs

Nous avons assuré avec Frédéric Tissot la rédaction du document de synthèse de la réunion des donateurs qui précise le dispositif de coordination mis en place. (Voir ANNEXE 1 – Donors coordination process - *position paper*).

3.4.3 Mise en place de groupes de travail

Le Dr Ferouz a clôt la réunion par une synthèse des thèmes de travail et un rappel des responsabilités et des délais.

Thèmes de travail	Responsabilité	Délais
Finalisation de l'organigramme du ministère de la santé	Dr Ferouz	Fin Janvier
Analyse des personnels	Stephanie Simons (DFID)	

manquant dans cet organigramme		
Structure de coordination entre les différents niveaux administratifs	Dr Cherzai (MOH)	Fin mars
Définition des soutiens nécessaire aux hôpitaux de district – analyse de coûts	-	-
Politique de ressources humaines pour la mise en œuvre du BPHS	-	-
Publication de salaires de référence	Xxxx (Swedish Committee)	Fin mars
Evaluation financière pour la mise en œuvre du BPHS	Xxxx (Swedish Committee)	Fin Janvier
Finalisation des termes de référence de la GMU	B. Loevinsohn (BM)	Fin Janvier
Publication d'indicateurs d'évaluation des actions des ONG	Dr Cherzai (MOH)	Fin Mars

En conclusion, le Dr Ferouz a remercié les participants et très fortement insisté sur l'urgence à agir et sur la responsabilité des responsables politiques afghans mais également de la communauté internationale à ne pas ralentir la mise en place d'actions de nature à améliorer l'état de santé de la population du pays.

4. Contacts avec la commission européenne

Une longue réunion s'est tenue au siège de la commission européenne avec Jean-François Cautain, *program coordinator*.

4.1 Bilan de la réunion des donateurs

Jean-François Cautain nous a exprimé sa satisfaction quant au déroulement des réunions des donateurs. Il s'est notamment félicité que le débat ait pu évoluer de la problématique des PPA promue par la banque mondiale à une approche plus ouverte sur le processus de coordination entre donateurs.

Il nous a assuré du soutien de la commission européenne au dispositif mis en place et précisera les modalités financières exactes de la participation de la commission sous peu.

Nous avons insisté auprès de lui pour que la commission « donne le ton » de cette coopération en organisant au mieux la coordination avec l'ensemble des donateurs sur la procédure d'appel à projet lancée par la commission (ouverture des plis fin février).

4.2 Projet de mission conjointe Commission Européenne / France

Nous avons présenté les termes de référence d'une future mission conjointe commission européenne / France à J.F. Cautain.

4.2.1 Accord de principe

JF Cautain nous a assuré du soutien politique, technique et financier de la commission pour cette mission.

Ce projet s'intègre parfaitement dans la ligne d'action de la commission qui souscrit à l'analyse française (voir rapport de la première mission d'expertise hospitalière) sur le danger à laisser les hôpitaux de Kaboul fonctionner en l'absence d'une politique hospitalière structurante garantissant notamment la viabilité à long terme du système de santé afghan et définissant le rôle des structures de référence dans la mise en place du Basic Package of Health Services et de manière générale le développement de la santé primaire en Afghanistan.

La commission serait prête à financer l'un des trois experts et à assurer un budget logistique pour la mission.

Il se chargera de transmettre les termes de référence définitifs à ses correspondants pour rechercher un expert. F. Crémieux s'est engagé à contacter quelques collègues britanniques qui pourraient être intéressés et à transmettre le cas échéant des propositions de CV.

Cette mission devrait débuter en avril et se conclure par un rapport d'ici l'été.

4.2.2 Termes de référence

JF Cautain a approuvé les termes de référence dans leur ensemble et émis la suggestion que soit ajoutée une analyse de la situation des principaux hôpitaux provinciaux.

Les termes de référence tels que transmis à la commission européenne sont présentés en annexe à ce rapport.

5. Contacts avec l'ambassade du Japon

5.1 Contexte

Une rencontre a eu lieu à Paris en janvier entre l'ambassadeur du Japon à Paris et la direction de la coopération. Cette réunion avait donné lieu à un feu vert de principe pour un échange de vue franco-japonais dans le domaine de la santé à Kaboul.

C'est sur cette base que nous avons sollicité une rencontre avec Madame Chikako Kodama, 2^{ème} secrétaire de l'ambassade du Japon en charge des programmes de coopération bilatéraux. Cette rencontre a eu lieu à l'ambassade de France.

5.2 Rencontre avec Madame Chikako Kodama (deuxième secrétaire de l'ambassade du Japon)

5.2.1 Présentation du dispositif de coopération japonais

Madame Kodama nous a présenté le dispositif de coopération japonais à Kaboul.

5.2.1.1 L'ambassade du Japon

L'ambassade du Japon est divisée en deux sections :

- *section de développement économique et de coopération*
Chef de section : M Miahala
Coopération bilatérale : Mme Kodama
Subventions : 1 personne
Coordination de l'aide : 1 personne
Education et relations culturelles : 1 personne (ministère de l'éducation)
- *section politique*
Un premier conseiller
Un attaché de défense
1 personne chargé de la section « visas »

Pas encore de consulat japonais à Kaboul.

Une dizaine de diplomates travaillent à l'ambassade du Japon. La répartition des fonctions n'est pas faite sur une base sectorielle mais en fonction des éléments techniques de coopération.

Lors de notre entretien, Mme Kodama s'est présentée comme l'interlocutrice adéquate pour d'éventuels projets de coopération conjoints France – Japon.

5.2.1.2 Les structures du dispositif de coopération japonais

- JICA : Japanese International Cooperation Agency
JICA est l'agence de coopération japonaise. Son budget est décidé par le ministère des affaires étrangères japonais. JICA intervient dans tous les secteurs de la coopération et dispose d'un expatrié plein temps sur le secteur de la santé. Son bureau se situe au ministère de la santé.
- JPA: Japanese Procurement Agency
Cette agence a la charge des achats d'équipements. Le matériel médical en cours de distribution dans de nombreux hôpitaux afghans est payé sur budget JICA mais les commandes / appels d'offre et paiements sont réalisés par JPA. Cette agence dispose de deux expatriés en Afghanistan.
- JBIC: Japanese Bank for International Development
La banque japonaise pour le développement n'est pas encore présente en Afghanistan. Elle aura la charge de développer des outils financiers de coopération de long terme.
- Pacific Consultants
Pacific Consultants est un cabinet japonais de consultants privé. Ils ont été contractés par le gouvernement japonais pour mettre en place certaines actions de coopération, notamment la réhabilitation de l'hôpital de Kandahar ainsi que les « small scale projects ». Ils sont 3 ou 4 expatriés à Kaboul et 1 ou 2 à Kandahar.

5.2.1.3 Les domaines de coopération

- Les équipements

Les japonais disposent d'un budget de 15 M dollars US pour financer des équipements médicaux. Mme Kodama nous a transmis la liste des hôpitaux et cliniques qui seront concernés par ces dons ainsi que la liste des équipements envisagés.

- L'aide technique

L'aide technique est principalement réalisée par l'intermédiaire de JICA. C'est dans ce cadre que M Hashimoto est « mis à disposition » du ministère. Plusieurs experts japonais sont venus en mission de court terme.

C'est également dans ce cadre que sont gérées les reconstructions de centres de santé primaire, mises en œuvre par le cabinet de consultants Pacific Consultants.

- La réhabilitation de l'hôpital de Kandahar

Kabul et Kandahar sont les deux provinces « focus points » des japonais.

Via le dispositif de financement « Emergency Development Research » du ministère des affaires étrangères japonais, le gouvernement réhabilite l'hôpital de Kandahar. L'opérateur est Pacific Consultants.

- "Grass roots grant aid"

Ce système de financement concerne les projets de 100.000€ maximum. Il n'y a pas d'enveloppe fléchée sur l'Afghanistan ni sur un secteur spécifique. Le système est souple : l'ambassade diffuse des formulaires de demande et soumet les projets à Tokyo qui décide de l'allocation des fonds.

5.2.2 Potentiel de coopération France Japon

Suite aux échanges avec l'ambassade du Japon à Paris, nous avons longuement discuté avec Mme Kodama du potentiel de coopération entre les deux pays dans le champ hospitalier à Kaboul et plus spécifiquement autour de la reconstruction éventuelle de l'hôpital d'Ali Abad.

Nous avons présenté à Mme Kodama l'enjeu de cette reconstruction de l'hôpital universitaire.

5.3 Conclusions

Mme Kodama doit contacter Frédéric Tissot pour l'informer des suites que le gouvernement japonais souhaite donner à cette perspective de coopération France – Japon.

6. Contacts avec le DFID

Madame Stephanie Simons est représentante du DFID pour le secteur sanitaire à Kaboul. Elle est mise à disposition du ministère de la santé, travaille dans un bureau du ministère et est principalement chargée de questions relatives à la rédaction de documents de politique de santé et à la mise en place de l'organigramme du ministère.

Le responsable de Stephanie Simons est le Dr Nick Banatlava, *senior health and population advisor for Afghanistan*, mais qui n'est pas basé dans le pays.

6.1 Contexte

L'intérêt du DFID pour les questions de santé, y compris pour les questions hospitalières, était connu.

Le DFID avait en effet communiqué pour information à l'ensemble des donateurs les termes de référence de cinq missions d'expertise (1 mois). Ces missions doivent avoir lieu avant la fin du mois de mars pour des raisons d'engagement budgétaire.

Les cinq sujets d'expertise étaient initialement :

- *Policy/institutional development*
- *Health financing*
- *Budget development and accounting systems*
- *Human resource planning*
- *Hospital management*

Compte-tenu du calendrier budgétaire afghan, la seconde mission sera finalement abandonnée, les questions financières (budget de la santé) devant être bouclées début février pour préparer le budget 2003 (l'année afghane commence le 21 mars).

Stephanie Simons est donc en cours de recrutement d'experts sur les quatre autres thématiques. Il devrait donc y avoir une mission « hospitalière » courant février ou mars. S. Simons n'avait pas encore de CV soumis par Londres pour cette mission.

Ci-après le rappel des termes de référence de la mission hospitalière prévue par le DFID.

Hospital management

The Ministry of Health has focused to date on the development of a basic health services package because the highest rates of mortality and morbidity are in the rural areas, especially among women. This emphasis on rural areas and on women will continue to be a top priority for the ministry but there is now recognition that some attention must be given to secondary and tertiary care. Hospitals employ the greatest number of staff yet some cannot, for example, perform emergency caesarean operations. One of the 12 strategies in the (draft) interim health strategy is therefore 'Develop a package of essential hospital services and strengthen hospital management'.

The consultant in hospital management will help the Ministry of Health:

- Develop a brief options paper for hospital services and financing based on international experiences and lessons learnt
- Develop a package of essential hospital services and how best to cost the package
- Identify the number and type of management and technical staff needed to effectively and efficiently deliver the essential services
- Review the information on geographical and population densities and the number and type of hospitals identified in the recent health resources assessment and define and suggest what type of hospital may be needed where
- Outline some basic management systems and standards/guidelines for hospital design and services

Outputs

- Options paper for hospital services and financing
- A package of essential hospital services
- Outline of the human resource mix and capacity needed to deliver the package
- Hospital coverage mapping
- Proposals for minimum management systems and practice guidelines

6.2 Projet d'une mission d'expertise DFID / MAE

Nous avons communiqué à Stephanie Simons le projet de termes de référence pour la mission hospitalière. S. Simons a transmis ce projet à ses correspondants à Londres.

Cependant, et suite à la rencontre avec JF Cautain (commission européenne) au cours de laquelle nous avons décidé de solliciter un expert britannique soit par l'intermédiaire de la London School of Hygiene and Public Health (contractant de la commission) soit via les relations personnelles, **S. Simons recommande que la France et la Commission Européenne poursuivent ce projet sans impliquer le DFID à ce stade.**

Sa recommandation est également appuyée par le risque d'un retrait brusque du DFID de l'Afghanistan en cas de déclenchement du conflit en Irak.

7. Conclusions de la mission

Le *donors coordination position paper*, en cours de validation par l'ensemble des donateurs et le ministère de la santé afghan, augure positivement de la coordination entre donateurs.

L'absence de l'OMS sur cette question, malgré son apparente légitimité, avait conduit depuis plusieurs mois la banque mondiale à prendre l'initiative de cette coordination et à focaliser les discussions autour de son concept de PPA. La réunion des donateurs des 25 et 26 janvier avait d'ailleurs pour titre « *joint donor meeting on PPAs and working with NGOs* ».

Le *position paper* que nous avons rédigé permet de conclure cette réunion autour d'un processus de coordination consensuel, qui ne s'articule plus autour des PPAs de la banque mondiale.

L'initiative des représentants français à ces réunions a contribué à renforcer notre pays dans un rôle important au sein du groupe des donateurs.

L'accord avec la commission européenne pour une mission conjointe commission / France autour de la problématique du système de référence à Kaboul confirme l'initiative française dans ce domaine suite à la première mission d'expertise hospitalière de mai 2002. La commission a validé le principe d'un soutien politique conjoint à cette mission et celui d'un financement partagé.

Les contacts pris avec l'ambassade du Japon, dans le prolongement des premiers échanges qui avaient eu lieu à Paris, sont très positifs et font apparaître un potentiel de coopération franco-japonaise dans le domaine de la santé. Il apparaît cependant clairement que des contacts entre nos deux pays devront être poursuivis à un niveau politique pour accompagner le travail des experts dans le domaine de la santé si nous souhaitons voir aboutir un projet franco-japonais à Kaboul – par exemple la reconstruction de l'hôpital universitaire Ali Abad.

La réunion avec le vice-ministre de la santé, Dr Ferouz, le dernier jour de la mission a permis de refaire avec lui un point sur l'ensemble des questions présentées dans ce rapport. (voir TD du Dr Frederic Tissot)

Rapport de mission validé en février 2003
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



Frédéric Tissot

ANNEXE 1 – Donor coordination process – draft position paper
(version provisoire)

A la demande des participants à la réunion des donateurs, nous avons été chargé de rédiger ce *position paper*. Ce document a été validé avec le représentant de la banque mondiale au cours d'une réunion à l'ambassade de France. Il doit être soumis à l'ensemble des donateurs avant présentation au ministère de la santé pour validation.

Joint donor meetings
25/26/28 January 2003
Ministry of Health – Kabul

Donors coordination process
- Position paper -

In order to better coordinate donors actions in Afghanistan, the joint donor meetings held on the 25th, 26th and 28th of January under the auspices of the Ministry of Health of the Interim Authority of Afghanistan, have led to an agreement between the Ministry and major donors to implement a coordination process.

The objective of this process is to coordinate the actions of donors and to contribute in the best and most efficient manner to the implementation of the Afghan Health Policy. The coordination among donors seeks especially at avoiding duplication of services, promoting the extension of services in underserved areas, building capacities of the ministry of health

This process relies on two major initiatives:

- I] The support of a grand management unit within the ministry of health;
- II] The implementation of *lead donors* on a provincial basis;

**I] THE SUPPORT OF A GRANT MANAGEMENT UNIT WITHIN THE
MINISTRY OF HEALTH**

**MOPH GRANT MANAGEMENT UNIT:
Terms of Reference and Resource Requirements**

DRAFT: January 27, 2003

Objectives

1. The objectives of the grant management unit (GMU) are to: (i) help expand the delivery of the basic package of health services (BPHS) through work with NGOs and the private sector; (ii) strengthen the MOPH's stewardship role in the health sector so it can ensure MOPH priorities and policies are realized; (iii) integrate donor and NGO efforts into a national health care system; and (iv) develop the capacity of the MOPH to work

2. Effectively with NGOs and the private sector so that in the medium term it is able to utilize domestic resources to partner with the private sector.

Terms of Reference

3. **Donor Coordination:** Coordinate the activities of all donors providing financing to NGOs aimed at the delivery of health services (not just the BPHS). This would include: (i) avoiding duplication of services; (ii) expanding services to underserved areas; and (iii) minimizing lapses in services.

4. **Geographical Coordination:** Help monitor and implement the mechanism agreed to by MOPH and donors on the geographical coordination of their activities. Ensure that donors are taking on areas and populations commensurate with the resources they have available.

5. **Coordination with NGOs:** Liaise regularly with NGOs and: (i) ensure NGOs abide by MOPH policies and technical guidelines; (ii) formulate standardized memoranda of understanding (MOU's) with NGOs; (iii) help provinces and districts to implement agreed coordination mechanisms, including the provincial coordination committees; and (iv) maintain a database of health NGOs.

6. **Coordination with Vertical Programs:** Work closely with vertical programs in the MOPH to ensure that their technical guidelines and initiatives are being implemented by NGOs.

7. **Vetting of RFP Documents:** Vet donor documents to ensure they meet MOPH standards and comply with MOPH policies and technical guidelines.

8. **Provide Proposal Preparation TA to NGOs:** Provide technical assistance to NGOs (particularly local ones) in preparing proposals.

9. **Implementation TA for NGOs:** Provide and/or coordinate provision of technical assistance to NGOs in successfully implementing service delivery. Coordinate the response to specific NGO requests for technical assistance.

10. **Review of Proposals:** Review and evaluate proposals received from NGOs in response to donor RFPs with assistance from selected experts and make recommendations about financing of proposals.

11. **Negotiate Contracts/Grants:** According to the procedures of the funding donor, participate in the negotiation of the details of any contract or grant.

12. **Monitoring and Supervision:** Carry out regular monitoring and supervision of NGO service delivery activities and support the provinces and regions in conducting supervision. Provide information to donors on NGO implementation.

13. **Constrain Costs:** Help keep costs of service delivery low and help avoid inflation. Help implement measures agreed between MOPH and donors on constraining cost inflation including development of guidelines on health worker salaries and ensuring donor documents and NGO proposals use per capita costs in keeping with the results of costing studies and historical experience.

15. **Remedial Actions:** Take or recommend remedial actions in keeping with signed contracts/grant agreements against NGOs found not to be performing well or in breach of important MOPH policies.

16. **Evaluation:** Help evaluate and/or coordinate the evaluation of NGO performance based on the agreed indicators (including household surveys). Evaluate the different approaches that have been implemented for working with NGOs.

Resource Requirements

17. **Staffing:** 15 high performing and well motivated MOPH staff, led by a dynamic and high level official able to make decisions with confidence. Accounting help is probably needed.

18. **Transportation and Travel:** Vehicles and an extensive travel budget to ensure regular field visits. Funds to allow many other MOPH officials to visit NGO sites to assess how activities are going.

19. **Training of Staff:** English courses for those who don't have high level English language skills. In-service training of staff by experienced consultants. Field visits to other countries to see how grants/contracts have worked on the ground.

20. **Office Space, Furniture, and Equipment:** Contiguous and open office space in the MOPH able to accommodate all staff and consultants. Computers, generators, and other office equipment.

21. **Technical Assistance:** Two international consultants and 3 local consultants to focus on grant/contract management and administrative activities. Three international consultants and 4 local consultants to provide technical assistance to NGOs on proposal formulation and service implementation.

22. **Multi-donor Support:** It is proposed that financial and technical support for the GMU would be shared among the donors providing significant support to NGOs and the private sector.

D. Donor Inputs:

23. The World Bank proposes to provide support for: (i) salary support for MOPH staff on secondment to the GMU if allowed under Government decree; (ii) one international consultant in April/May for 2 months to provide training to MOPH staff on contracting with NGOs; (iii) one international consultant (3 years) and one local consultant (3 years) to assist with contract management and administrative aspects of PPAs; (iv) one international consultant (2 years) and 1 local consultant (3 years) to provide technical assistance to NGOs with service delivery; (v) 3 vehicles and about \$100,000 for domestic travel; (vi) field visits for staff to Bangladesh and Cambodia; (vii) English lessons for 6 staff if needed; (viii) about \$100,000 for office equipment, refurbishment, and communications.

24. The European Commission: Inputs still to be determined.

26. USAID: Inputs still to be determined.

II] THE IMPLEMENTATION OF *LEAD DONORS* ON A PROVINCIAL BASIS

In concert with the Grant Management Unit, the donors have agreed to further coordinate their involvement in Afghanistan based on the concept of *lead donor*.

Donors will continue to support Afghanistan and its people on a national basis.

In order to ensure coordination among donors and the most efficient allocation of resources in the health sector, as well as coherence between donor's intervention and the Afghan health policy, donors have decided to share responsibilities as *lead donors*. The action of all donors in each Afghan province will therefore be coordinated by one, in under the guidance of the MOH.

A- Terms of reference of the "lead donor"

1- Coordination

The role of the *lead donor* will be to coordinate the allocation of donor-funds at the provincial level and to ensure efficient resource allocation.

2- Support to Provincial Coordination Committee

The *lead donor* will support the work of the Provincial Coordination Committee (PCC).

The *lead donor* will therefore work along with the provincial health director to promote coordination among actors at the provincial level, to support the PCC to attract donor's or NGO's support to underserved areas, to provide information to other donors and implementing partners about the general health situation in the province.

Under the lead of the provincial health director, the lead donor will promote among implementing partners capacity building actions directed at MOH staff and PCC members.

3- Analysis of RFP / Review of proposals

The MOH and the *lead donor* will review all RFPs concerning the province and will work along with all donors to achieve coherence in donor's intervention. The lead donor will be involved in the review of all proposals for NGO funding in that province to ensure expansion of services, avoidance of overlap, and continuity of services.

The *lead donor* will be the referral for NGO's proposals. It will therefore review proposals in close coordination with the MOH grant management unit, advise the NGO on the best approach to supply useful, coherent and efficient health provision and recommend a financial strategy to NGOs according to all donors fund allocation policies.

5- Support to Grant Management unit

The *lead donor* will be expected to feedback the grant management unit with information on the health sector, at least on the list of NGO's funded and their respective programs in the province. This information will enable the grant management unit to better do its work, especially the review of RFP's and NGO's proposals.

6- Evaluation process

Every six months, the *lead donor* will transmit to the Ministry of Health and to other donors, a report on the situation in the provinces regarding the donors' coordination process.

7- Conflict of interest clause

In order to avoid conflicts of interest, to guarantee the independence of professionals from the Ministry of Health and to promote a sustainable Afghan administration, the *lead donor* will not give direct financial support to provincial or district health directors. Salary and other support needed by the provincial and district health offices will be channelled through the central MOH and will be standardized across the country.

B- The list of donors by regions

During the January donor meeting, a **draft** list of *lead donor* per provinces has been issued. This list will be completed by the end of February 2003.

AIMS province code	Province	Lead donor
1	Kabul	JICA
2	Kapisa	World Bank
3	Parwan	France ?
4	Wardak	
5	Logar	
6	Ghazni	USAID
7	Paktya	USAID
8	Nangarar	European Union
9	Laghman	European Union
10	Kunar	European Union
11	Badakhstan	USAID
12	Takhar	
13	Baghlan	
14	Kunduz	
15	Samangan	World Bank
16	Balkh	
17	Jawzjan	
18	Faryab	World Bank
19	Badghis	World Bank
20	Hirat	
21	Farah	
22	Nimroz	World Bank
23	Helmand	
24	Kandahar	JICA
25	Zabul	World Bank
26	Urozgan	European Union
27	Ghor	World Bank
28	Bamyan	World Bank
29	Paktika	USAID
30	Nuristan	USAID ? European Union ?
31	Sari Pul	
32	Khost	USAID

Health supply and hospital reference system in Kabul: a contribution for enhancing government policy guidance delivery

Background

Following the withdrawal of the Taliban Regime, the international community has committed substantial funds for assisting the reconstruction of the country.

During 2002, the Ministry of Public Health, now Ministry of Health (MoH), of the Transitional Islamic Government of Afghanistan has made significant progress in policymaking and strategy development. There is now a **Policy Statement** and a draft **interim health strategy**. This interim strategy is still under reviewing by staff of the ministry and major donors.

Position Papers² have been produced and handed out to other government bodies and the international community.

Groundwork to ensure management effectiveness has also been undertaken. This was mainly through discussing the roles and responsibilities of the ministry and the development of a **Mission Statement**, **12 priority strategies**, and a revised (draft) **organizational chart**.

THE INTERIM HEALTH POLICY

12 strategies(*)

POLICY AND PLANNING

Institutional development

- 1- *Ensure clarity of roles, functions and responsibilities of the ministry of health at different levels of the health system through developing flexible structures, organizational charts, functions, responsibilities, lines of accountability, capacity building, stewardship, leadership and coordination*
- 2- *Develop strategic focus through setting priorities and planned outcomes and allocating resources and responsibilities in an interim health strategy, and overseeing its coordination, implementation, monitoring and evaluation within the framework of strengthened systems for planning, monitoring and evaluation, and health information*

MANAGEMENT REGULATION

Management development

- 3- Develop a management development program that enables professionals to effectively and efficiently manage health sector wide through creating a learning from experience environment
- 4- Ensure effective and efficient quality support services through the development of appropriate management systems and practices

Human resource development

- 5- *Develop a human resource coverage plan through a needs / functional analysis and consideration of a cost limit*
- 6- *Lay the foundations for an increase in the number of female midwives, doctors and other professional health staff and of community health workers through developing quality trainers, training curricula and continuing education programs, and advocacy on women's rights in health*

Health financing

- 7- Design a health financing framework through rigorous examination of financing alternatives while also developing transparent, effective and efficient budgeting, accounting and audit systems

Regulation

- 8- Develop ethics based professional regulatory and accreditation bodies
- 9- Develop a regulatory framework on activities and standards while also determining responsibility and resources for inspection and enforcement, monitoring procedures to ensure compliance, and sanctions to enforce compliance

HEALTH SERVICES

Reducing inequalities in access to health care

- 10- Develop a health facilities coverage plan through mapping the number and type of facilities in coordination with the development of a human resource plan
- 11- *Strengthen the delivery of sustainable, quality, accessible health services, especially targeted at women, through planning for, and the effective and efficient implementation of, the basic health services package with an emphasis on the community and outreach*
- 12- Develop a package of essential hospital services and strengthen hospital management

The Afghan health policy articulates around a general **goal** to be achieved in the long term, **objectives** to be reached by 2015, and **outcomes** expected within the time period from 2002 to 2006.

<p>GOAL of the health sector</p> <p>Develop the health sector to improve the health of the people of Afghanistan, especially women and children</p>
<p>Objectives (2015)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Reduce by 2/3 between 1990 and 2015 the U5MR 2- Reduce by 3/4 between 90 and 2015 the MMR 3- Attain universal access to safe reliable contraceptive methods by 2025 4- Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS 5- Have halted by 2015 and begun to reverse the incidence of malaria and other major diseases
<p>Outcomes (2002 - 2006)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Reduced MMR, U5MR, IMR 2- Improved nutritional status among children 3- Sector wide equity, effectiveness and efficiency

The interim health policy was written in 2002 and covers the two years period from January 2002 to December 2003.

The interim health policy has a **purpose** to be accomplished by December 2003 and defines 8 **outputs** to be fulfilled within the time period.

<p>PURPOSE of the interim health policy (2002 – 2003)</p> <p>Lay the foundation for equitable, accessible, quality health care through strategic planning, management and actions that make the best use of limited resources</p>
<p>Outputs (2002 – 2003)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Clear roles, functions and responsibilities of the ministry of health 2- User friendly health planning, monitoring, evaluation and information systems especially at the central level, Kabul 3- Health facilities and human resource coverage plans 4- Management development program 5- Management systems and practices for efficient quality support services 6- A health financing framework, and budgeting, accounting and audit systems developed 7- Regulatory frameworks 8- The delivery of sustainable, quality basic health services package that especially targets women in 15% of rural underserved areas

In order for this interim health policy to be implemented before the end of December 2003, each region, province, the central level of the ministry, and the various institutions are expected to set objectives and outputs for each of the 12 strategies. The sum of the work should then contribute to achieving the national level strategies and planned outputs.

To implement this policy in 2003, the health sector is expected to require 172 M US\$.

The box below sums up the main income sources and expenditures.

In millions of US \$

Income sources:		Expenditures	
23	by the MOPH budget	<i>Operating – recurring costs</i>	
79	by donors	100	Basic health package
69	to be found	17,5	Referrals from clinic system
		9,89	Medical equipment supply
		2,90	Other
		<i>Capital investment</i>	
		25	Infrastructure rehabilitation
		17,5	Medical equipment
TOTAL:	172 million US dollars	TOTAL:	172 million US dollars

Kabul hospitals

A mission funded by the French government made an assessment of the health care and hospital referral system in Kabul in April 2002.

The **findings** of the mission are that:

- The present system centralizes in Kabul and the city center a major proportion of health care facilities that are of low quality and ineffective in meeting the health needs identifies as priorities
- It is disproportionately large, with too many sites and too many beds. It concentrates staff in structures that cannot use them. It has long diverted the resources needed in particular for primary health care in Kabul and in the provinces;
- The infrastructure is dilapidated, under equipped and dispersed and there is no clear management of functional relations either internal or external;
- The system is not accessible, which leads to considerable inequality of treatment. Although it is supposed to be free of charge, it is in practice highly expensive, for a quality of service that is not guaranteed;
- It does not maintain essential functional relations with the primary health system, for which it provides no effective support;
- The teaching function needs to be reorganized in order to be more effective.

The **conclusion** of the mission is that:

The priority is to implement the Afghan government's health plan based on developing primary health care. Investment [in Kabul's hospitals] is necessary as are difficult decisions. Kabul's hospital system in its present state does not correspond to chosen policy. It is unable to carry out its main missions in the service of primary health care: referral and teaching. Not least, it absorbs far too great a proportion of the available resources. In this sense, the

unplanned development of Kabul's hospital system clearly endangers the entire public health policy.

The mission report ends with **proposals**:

- 1- To organize the merging of some secondary and tertiary health care institutions in Kabul around six main sites in order to reorganize and therefore downsize the Kabul secondary and tertiary health care sectors (one north and one south medical – surgical centers, a gynecology and maternity center, one pediatric center and two special sites: Maiwand and Khair Khana hospitals).

This reorganization, although it may seem to be acting against the consensual paradigm not to invest in and not to support secondary and tertiary health care, has been presented by the French mission as a preliminary condition for the development of the primary health care sector and the subsequent reallocation of resources, both financial and human resources;

- 2- Strong decisions have to be made by the interim Afghan government and the ministry of health in order to
 - a) Stop the growth of Kabul hospitals (in April 2002, the mission stated that “*for non health reasons, given current social and political constraints, staff numbers in Kabul's hospitals have already increased by 20% in a few month*”);
 - b) Promote, decide, organize and implement a Kabul hospital strategy that will support the national health policy, namely its focus on primary health care.

This work along with others, has contributed to recognition that some attention must be given to secondary and tertiary care. Otherwise, it is the entire Afghan health strategy that would be jeopardized by letting the Kabul hospitals attract an oversized proportion of financial and qualified human resources

The support of French and EU expertise was therefore requested by the government to further investigate these issues and to support them in the elaboration of policy guidance on the Kabul referral system.

This support will be very closely tied-up with other ongoing expertise in all phases of this mission: preliminaries, field work, mission report and follow-up.

The expert team to the following projects will give specific attention to:

- World-Bank project (PPA's implementation);
- DFID projects and the work of 4-5 short term consultants;
- EU projects and funding issues;
- Projects of major NGO ;

Objective, purpose and expected outputs

Objective

The overall objective of the study is to support the Transitional authority of the Islamic Government of Afghanistan with policy guidance that will then enable the Ministry of Health to elaborate a referral policy for the Kabul hospitals. This policy guidance for Kabul hospitals will also be supported with some analysis of the situation of provincial hospitals and referral system in order make recommendations coherent nationwide.

This referral policy for the Kabul hospitals will aim at directly supporting four of the eight priorities of the interim health policy for the year 2003:

- 1- User friendly health planning, monitoring, evaluation and information systems especially at the central level, Kabul;
- 2- Health facilities and human resource coverage plans;
- 3- Management development program;
- 4- Management systems and practices for efficient quality support services;

Purpose

The purpose of the study is to pursue the work of the first French mission and to define all conditions (political, organizational, financial...) on the basis of which a Kabul referral system policy would be both operational and feasible.

More specifically, policy recommendation should be provided to the Government on the following aspects:

- 1- *General guidelines on the future of all secondary and tertiary health care institutions in Kabul, in regards to:***
 - a. The policy statement of the Ministry of Health and more specifically:
The need for a switch to a primary care orientated health system;
The needs for an allocation of resources targeted at provinces that are the less developed and have the lower accessibility ratios to health provision;
 - b. The needs of the people of the central region for secondary health care and the needs of the population of Afghanistan for tertiary health care;
 - c. The financial possibilities of the Transitional Islamic Government of Afghanistan and the foreseen (limited) share of the general budget expected to be devoted to Kabul hospitals;
 - d. The proposal of the French mission to merge some hospital sites and to orientate the mission of others towards new directions;
 - e. The expected attraction of the Kabul hospitals for bilateral international donors;
 - f. The social and political constraints;

These guidelines will take into account:

- a. Political and social constraints in the reorganization of health providers and the reallocation of resources; With specific attention to power relationships within the health sector that are of relevance in the perspective of secondary health provision reorganization;
- b. Human resources issues;
- c. The state of the infrastructure and the foreseen investment capacities of the government;
- d. The future of all hospital sites, including those that would be reallocated to other purposes than health care provision;
- e. The position, the role and the known projects of all main stakeholders in the health sector, with a specific attention to major non-governmental organizations involved in health care provision.

2- *A methodology to validate this policy and to start implementing such referral system policy for Kabul with a proposed agenda and planning of actions to be undertaken by the Ministry of Health.*

Outputs

The expected outputs of the mission are as follows:

- 1- An updated assessment of Kabul secondary and tertiary health institutions following the health care and hospital referral system in Kabul assessment from may 2002.
- 2- An assessment of Afghan provincial hospitals and referral systems;
- 3- A draft position paper on the policy for Kabul secondary and tertiary health institutions;

This position paper will include a draft memo from the ministry of health to all donors with *recommendations* concerning Kabul hospitals.

- 4- A draft methodology for the validation by all stakeholders and the implementation of this policy with clear planning of actions according to the interim health policy;

The draft methodology could include such elements as:

- a. Draft memorandums of understanding between the ministry of health and each secondary and tertiary health institutions in Kabul (3 pages maximum for each);
- b. A proposal for the organization of the hospital unit of the ministry of health;

Proposed elements of methodology and source of information

1. Methodology

Understanding of the political constraints

As no policy would be of any use for the Ministry of Health without clear understanding of the political constraints, the mission should start with meetings with main political and administrative leaders involved in the health sector at the national and the regional level to clearly evaluate the degree of understanding of and the level of consensus on these issues and identify the scope of reorganization possibilities. Hypothesis could be drawn according to political potential (such as “low”, “medium” and “high”) with indication of expected benefits depending on political potential level.

Financial expertise

Although this issue is very difficult to clearly define, the mission will be expected to produce as clear statistics as possible on the actual cost of the referral system in Kabul, its share in the 2003 budget, expected share in next year’s health budgets and potential financial downsizing according to reorganization hypothesis.

The Ministry of Health will be the main information source on this issue.

Human resources

Some documents and data exist on human resources of the health sector. The mission will not be expected to collect any new data. The human resource issue will be tackled in political terms: as the health policy clearly states a reallocation of competencies towards primary health care and rural areas, the question to be tackled will be the scope of possibilities regarding the oversize Kabul secondary health staff.

The Ministry of Health and the DFID short-term consultant on this issue will be the main information sources.

Reorganization of secondary and tertiary health care providers

According to previous analysis (A, B, C), and following the first French mission report, proposal will be made for the reorganization of all hospital sites in Kabul.

The main information source will be the mission report of the First French mission, which relates to all previous studies. The experts should meet with some hospital managers / hospital management staff in order to better evaluate the degree of consensus / conflict on these issues.

2. Sources of information

The following documents are essential bibliographic references for the Afghan health system as it is after the fall of the taliban regime

- The policy statement of the ministry of health

- The mission statement of the ministry of health
- The position paper on capacity building of the ministry of health
- Afghanistan Interim Health Strategy, November 2002, Ministry of health
- Health care and hospital referral system in Kabul, May 2002, French government
- Afghanistan preliminary needs assessment for recovery and reconstruction, January 2002, Asian Development Bank, UNDP, World Bank

4. Timing

A total of two months and one week (63 days) input is required from a qualified multi-disciplinary team of four experts.

Therefore a total of 252 man-days will be resourced for the achievement of this study.

This includes 5 days of preparation of the mission and 15 days for the reporting.

Expected reporting

An inception report in English of no more than ten pages will be submitted to European Union / French embassy for approval 10 days after the launch of the mission. The inception report should present a detailed methodology, the conclusion of the preliminary assessment of the provincial hospitals and referral systems as well as the final proposed schedule for the different steps of the mission.

Before departure from Afghanistan, the four experts will carry out an oral presentation of the main findings for the government, the EC and the international aid working community. A written summary of this presentation will have to be provided at the same time in both English and Dari languages.

Fourteen days after return to home country, a draft report in English will be provided to European Commission / French Embassy, detailing the findings and recommendations on the above listed subjects. The government and the European Commission / French Embassy will provide comments within a delay of four weeks.

The final report in English should be delivered 14 days after reception of the comments. Electronic copies (cdroms) of the final version should be provided by the mission to European Commission / French Embassy.

Qualification and experiences

A multi-disciplinary team of four highly qualified and experienced experts is requested for this mission.

The profile of the team members should be as follow:

- 1. A hospital manager with good knowledge of the main hospital management issues (i.e. human resources; finances; medical equipment and investment; hospital strategy). This person will also have some experience in post conflict / reconstruction phase health system management;
- 2. A specialist in health care planning with good knowledge of secondary care issues, experience in development and post-war reconstruction planning.
- 3. A hospital engineer with good knowledge of both infrastructure and equipment issues, knowledge and/or understanding of the county / regional economic issues regarding these sectors;
- 4. An afghan top-level health professional, appointed by the ministry of health with the agreement of the European Commission / French Embassy. This person will be chosen on the basis of his / her competences on health matters, knowledge of Afghan politics, understanding of Kabul city referral system history, situation and constraints.

A team leader will be identified among the three international experts according to experience in this type of mission, knowledge of Afghanistan, team management skills and English speaking and writing competencies.

All team members should possess the following:

- MSc degree in their respective field with minimum 10 years experience and serious references;
- Fluency in English with good writing skills.
- Knowledge and experience of post conflict health system reconstruction issues and of the international community intervention and funding techniques in reconstruction processes;
- Ability to work in close collaboration with central government entities and to understand and analyze political issues related to health policy implementation;
- Ability to work effectively in the field;
- Familiarity with or some knowledge of Afghanistan health system would be an asset;

An EC standardized CV will have to be provided by experts to the European Commission / French Embassy prior to the start of the mission.

ANNEXE 3 – Chronologie de la mission

Mardi 21 janvier

Départ de Paris – transfert aéroport
Vol Paris – Dubai
Nuit aéroport de Dubai

Mercredi 22 janvier

Départ de Dubai
Vol Dubai – Kaboul
Arrivée Kaboul 12H00
Installation à l'ambassade de France de Kaboul
Visite à l'hôpital Ali Abad – rencontre avec Sonia – petite sœur de Jésus
Programme de la visite avec Dr Frédéric Tissot
Dîner avec les diplomates du SCAC

Jedi 23 janvier

Finalisation des termes de référence pour la mission MAE / France
Rencontre avec Dr Abdulah Fahim, responsable des affaires internationales du ministère de la santé
Points abordés : réception par le ministère du rapport de la première mission ; enjeux de la politique hospitalière à Kaboul ; Priorités du ministère
Rencontre avec Stephanie Simons (DFID) – échange bref sur les perspectives de coopération du DFID - accord pour se revoir le lendemain lors du colloque PPAs
Rencontre avec Olivier Puech – *Les nouvelles de Kaboul*
Dîner avec Dominique et Christian (mission pharmacie de Lyon)

Vendredi 24 janvier

Vallée du Panshir
Dîner avec Laurence Laumonier c/o Eric Lavertu

Samedi 25 janvier

Conférence des donateurs – Ministère de la santé

Dimanche 26 janvier

Conférence des donateurs – Ministère de la santé
Dîner avec Anne Pasquier de l'ONG MRCA

Lundi 27 janvier

Rédaction du compte-rendu de la conférence
Dîner avec Dominique et Christian (mission pharmacie de Lyon)

Mardi 28 janvier

Conférence des donateurs – réunion « coordination provinciale »
Dîner avec le Dr Denisa Ionete – UNICEF – MCH officer

Mercredi 29 janvier

Visite de l'hôpital Karte Seh – rencontre avec l'ONG *Hope International*
Rencontre avec Benjamin Loevinsohn – banque mondiale – à l'ambassade de France
Rencontre avec Nilab Moubarez – projet *Enfants Afghans*
Rencontre avec Jean-François Cautain, Commission Européenne
Dîner avec Olivier Puech *Les nouvelles de Kaboul*

Jedi 30 janvier

Rencontre avec Chikako Kodama – 2^{ème} conseiller d'ambassade du Japon à Kaboul
Rencontre avec Stephanie Simons – Représentante DFID
Rédaction du rapport de mission

Vendredi 31 janvier

Rédaction du rapport de mission
Rencontre avec Dr Ferouzedeen Ferouz, vice-ministre de la santé, à l'ambassade de France
Dîner avec Laurence Laumonier (MSH)

Samedi 1 février

Vol retour Kaboul – Dubai

Dimanche 2 février

Vol retour Dubai – Paris

ANNEXE 4 – Bibliographie sur les Performance-based Partnership Agreements

Draft PPA terms of Reference

By Benjamin Loevinsohn – date?

Issues with the draft PPA terms of reference of the World Bank

By MOPH Programme Secretariat Consolidated Statement – PPA Issues – 20/01/2003
Voir également la réponse de Benjamin Loevinsohn

Seminar on government / NGO collaboration

Compte-rendu de réunion – 22-25 juillet 2002 – Kabul hotel

USAID / MSH grants program in Afghanistan: how it has operated and what has been learned

- Issues paper for joint donor mission

W. Newbrander, E. Lynch, L. Laumonier, C. Walker, 19 novembre 2002

Sous-traitance des services de santé en Afghanistan: l'approche des contrats de partenariats basés sur la performance. L'analyse d'une intervention en santé internationale

Valery Ride, version provisoire, 20 décembre 2002

Performance-based Partnership agreements in Afghanistan

Valery Ride

Correspondance in *The Lancet*, 14 décembre 2002

Voir également les bibliographies présentées dans l'article de V. Ride paru dans *The Lancet*, ainsi que celle présentée dans son essai, non publié.

LEXIQUE

BPHS	Basic Package of Health Services / Paquet minimum de services de santé
DFID	Department for Foreign Investment and Development (Agence de coopération britannique)
GMU	Grant Management Unit / Cellule de gestion des subventions
JBIC	Japanese Bank for International Development
JICA	Japanese International Cooperation Agency (Agence de Coopération Japonaise)
JPA	Japanese Procurement Agency
MCH	Mother and Child Health / Santé maternelle et infantile
MRCFA	Medical Refresher Courses for Afghans (ONG française en charge de l'hôpital de Charikar et de l'unité de chirurgie plastique de l'hôpital Maiwand de Kaboul)
MSH	Management Science of Health (Cabinet de conseil américain, sous-traitant de USAID)
PACIFIC CONSULTANTS	Cabinet privé de consultants japonais en charge de la mise en place de certains programmes de coopération japonais.
PCC	Provincial Coordination Committee / Comité Provincial de Coordination
PPA	Performance-based Partnership Agreement / Contrat de Partenariat basé sur la Performance