

26 avril 2014

---

**RESUME**  
**DES DISCUSSION DU FORUM SUR LE SITE**  
**IAPHL**

---

---

**REpondre aux PROBLEMATIQUES DES**  
**RESSOURCES HUMAINES DANS LA**  
**SUPPLY CHAIN DE LA SANTE PUBLIQUE**

**LES RESSOURCES HUMAINES : UNE**  
**LIMITE A L'EFFICACITE DE LA SUPPLY**  
**CHAIN DE LA SANTE PUBLIQUE**

---

---

Forum en ligne du site IAPHL  
Approche systémique aux Ressources Humaines  
Semaine n: 1, du 14 au 18 avril 2014  
Modérateur: Pamela Steele, Directeur, PSA Ltd.  
[www.pamsteele.co.uk](http://www.pamsteele.co.uk)

---

---

## ANALYSE DU CONTENU

---

Ce rapport synthétise les commentaires recueillis lors du forum pour les professionnels de la chaîne d'approvisionnement de la santé publique qui ont été invités à discuter les questions suivantes:

1. Quels problèmes de ressources humaines affectent votre chaîne d'approvisionnement et comment impactent-ils la disponibilité des produits ?
2. Qui est responsable des diverses fonctions de la chaîne d'approvisionnement et des prises de décision à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement ?
3. Dans quelle mesure les responsables au sein de la chaîne d'approvisionnement ont les capacités pour s'acquitter de leurs responsabilités ?
4. Répondre aux problématiques des ressources humaines : ressources humaines comme un obstacle à des chaînes d'approvisionnement efficaces de santé

Les profils des contributeurs variaient en termes de situation géographique (Europe, Asie et Afrique) et en termes de fonction (pharmacien, gestionnaire de programme, directeur de programme, consultant, etc.). L'analyse effectuée révèle au moins six thèmes résumés dans la figure ci-dessous.



## ABSENCE DE STRATÉGIE POUR LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT : RESPONSABILITÉS MAL DÉFINIES DANS LE PROCESS DE DÉCISION

---

Dans les commentaires des répondants, le manque visible de stratégie dans la chaîne d'approvisionnement au niveau national/systemique est un problème communément identifié. L'une des principales raisons en serait l'appréciation trop récente de la discipline aux niveaux les plus élevés dans la hiérarchie. Le sentiment général est que c'est au niveau gouvernemental qu'il y a une compréhension limitée des impacts de la gestion de la chaîne d'approvisionnement dans le succès d'un système de santé (AV; MS), que les responsables gouvernementaux *« pensent que ces tâches sont tout simplement administratives »* (AB). (BMH) résume ce manque de stratégie en soulignant à quel point les responsabilités ne sont pas attribuées clairement :

*« Qui est responsable du fonctionnement général de votre chaîne d'approvisionnement ? Est-ce qu'il y a quelqu'un qui est responsable de s'assurer que l'ensemble du système de la chaîne fonctionne correctement ? (BMH) »*

(PT) suggère que *« les officiels du ministère doivent être sensibilisés sur la façon dont cette lacune opérationnelle impacte la couverture globale de la santé et donc que c'est en priorité qu'une solution personnalisée doit être élaborée »*.

Les répondants (A) et (GW) suggèrent que l'accent mis sur la chaîne d'approvisionnement a glissé en renforcement des compétences techniques, telles que *« celles des docteurs, des infirmières, ou alors l'amélioration des bâtiments »* en l'absence d'un système logistique efficace et appropriée. Cette remarque correspond bien à la pratique courante de se concentrer davantage sur l'urgence et les programmes verticaux par maladie plutôt que le système de la chaîne d'approvisionnement (AK) dans son ensemble.

L'un des contributeurs a partagé une avancée récente dans ce sens :

*« En Zambie en particulier, une stratégie nationale de la chaîne d'approvisionnement (NNC) a été élaborée et le ministère de la Santé en collaboration avec USAID et d'autres partenaires ont pris les devants en veillant à ce qu'elle soit mise en œuvre » (LK).*

## SOUS-ESTIMATION FONDAMENTALE DE LA COMPOSANTE MANAGÉRIALE

---

Une position commune dans les commentaires est la sous-estimation fondamentale de la composante managériale, non seulement au niveau national, comme suggéré ci-dessus, mais également aux niveaux de district et même localement. Selon (MS),

*« l'évolution de la fonction de la chaîne d'approvisionnement (...) a été telle que la fonction est considérée presque exclusivement comme une mesure administrative, nécessitant peu ou pas de formation spécifique et, par conséquent, pas d'investissements supplémentaires en ressources humaines »;*

Alors que (GW) suggère que les fonctions de la chaîne d'approvisionnement requièrent encore *« beaucoup de main-d'œuvre, à tous les niveaux »*.

26 avril 2014

En outre, le manque de ressources pousse les travailleurs de la santé à effectuer des tâches logistiques qui sont souvent négligés par les autres:

*«Souvent, le district n'a pas les ressources (personnel, véhicules et carburant, per diem) pour s'assurer que les produits soient livrés aux centres de santé. Dans cette situation, le système devient plus ad hoc, en fonction de la motivation de l'employé à organiser le transport et l'heure pour aller chercher les médicaments. Aller chercher les médicaments du district est en dehors des responsabilités (écrites dans la description de poste) de l'employé, mais est nécessaire pour le fonctionnement du centre de santé. (WP)*

(NB) en résumé avec précision la cause initiale: désintérêts politiques et bureaucratiques, manque de responsabilité des professionnels de la chaîne d'approvisionnement et enfin absence d'un bon leadership:

*«Nous avons investi des milliards dans l'amélioration de la disponibilité et l'accès aux médicaments et produits essentiels en les achetant, mais en mettant des centimes pour sa gestion, y compris l'investissement dans le renforcement des entrepôts et les ressources humaines (formation et renforcement de la capacité des professionnels de la chaîne d'approvisionnement, renforcement des systèmes de surveillance, acquisition es managers performants par des rémunérations attrayantes, etc.). Selon mon expérience en Inde, cette région a toujours négligé la chaîne d'approvisionnement en raison du manque d'intérêts politico-bureaucratiques, manque de responsabilité des personnes en charge de la chaîne d'approvisionnement et enfin un bon leadership. »*

(RN) confirme cette vision en affirmant combien l'aspect managérial de la chaîne a été largement ignoré :

*«La gestion de la chaîne nécessite des compétences techniques et managériales. Compétences techniques, parce que vous devez comprendre les produits auxquels vous avez à faire et compétences managériales pour planifier et gérer les ressources - argent, marchandises, l'efficacité du système, etc. »*

Il devient très important de savoir où placer les professionnels dans le système pour en améliorer l'efficacité des programmes. (MS) se demande *«combien de profil supply chain sont au niveau stratégiques. »*

Un commentaire de (GW) appuie sur un autre aspect très pertinent lié à la formation : la coordination au niveau central avec les universités locales pour inclure la chaîne d'approvisionnement dans les cours de santé.

## HIERACHIE DES RESPONSABILITES DANS LA CHAINE D'APPROVISIONNEMENT

Compte tenu de la limitation exprimée dans les deux premiers points (manque systémique de stratégie de la chaîne d'approvisionnement et mécompréhension de son mandat), les commentateurs ont été invités à localiser les responsabilités dans leur chaîne .

Au niveau national, il y a le sentiment que «les cadres n'ont pas les capacités pour apprécier la chaîne d'approvisionnement» (A) et cela provoque un effet de cascade sur tous les niveaux inférieurs de professionnels et de travailleurs impliqués dans cette chaîne.

Les commentateurs ont remarqué qu'un certain professionnalisme a cependant été instillé dans la chaîne d'approvisionnement autant à l'entrepôt central comme au niveau des districts. En effet, les établissements de santé sont directement responsables de leur stock (AV). Auparavant, ces responsabilités étaient attribuées à des personnes qui «*n'avaient pas les capacités pour les exécuter, maintenant ces emplois sont donnés à de bons professionnels comme, dans leur domaine respectif, aux ingénieurs biomédicaux et les technologues de laboratoire*» (DT). Cependant, ce n'est pas uniforme à travers le monde, comme (NB) le suggère, même si au niveau national, des mesures ont été prises, que ces fonctions «*pourraient être renforcées par la participation de jeunes diplômés en pharmacie / sciences, etc. avec une formation adéquate à la chaîne d'approvisionnement et l'Assurance Qualité, pour gérer les stocks de district, y compris les prévisions, l'inventaire, la distribution, l'Assurance Qualité, l'utilisation rationnelle, etc*».

Au niveau local, il existe également des disparités entre les répondants. (AV) exprime un manque de clarté entre la responsabilité et l'exécution dans les établissements de santé:

*«L'autre question qui doit être posée: qui est responsable des activités de la chaîne d'approvisionnement des établissements de santé? Est-ce que la propriété et la responsabilité peuvent être données aux gestionnaires des niveaux des établissements de santé?»*

Bien que (BO) rapporte que des «*professionnels de la chaîne sont responsables de la commande, l'envoi, la réception, le dédouanement, le stockage et la distribution aux bénéficiaires finaux dans mon organisation*», (AP) et (AK) suggèrent que les pharmaciens, des assistants en pharmacie et les infirmières gèrent toutes les activités de la chaîne dans les établissements de santé, (A) estime qu'ils ne sont «pas en nombre suffisant», et manquent de formation formelle ce qui conduit à une mauvaise gestion (NB).

Les pharmaciens ont été caractérisés comme «les bonnes personnes au mauvais endroit» (PdV) car elles «*ont été considérées comme le spécialiste de la chaîne d'approvisionnement alors qu'en réalité, elles ne l'ont pas appris en école*» à un tel point que «*personne ne croit plus en nous et cela affecte toute la motivation et l'image de la profession* (AV). »

(LM) suggère que le système de santé n'a pas besoin d'un autre groupe de professionnels en dehors du cadre de la pharmacie :

*«La solution ne réside pas seulement dans la création d'un nouveau cadre de chaîne d'approvisionnement en dehors du cadre de la pharmacie. Les pharmaciens peuvent toujours constituer le pivot autour duquel la professionnalisation de la chaîne d'approvisionnement est centrée.*

Cette position est soutenue par (DT) selon qui l'intégration de nouveaux cours de chaîne d'approvisionnement dans les écoles de pharmacie pourrait être suffisante :

*«Récemment, des cours tels que la pharmaco-économie permet également aux pharmaciens de prendre des décisions en connaissance de cause en faisant/utilisant l'analyse de minimisation des coûts, l'analyse coûts-avantages, l'analyse coût-efficacité et l'analyse coût-utilité. Au cours*

26 avril 2014

*des neuf dernières années, les cours des pharmaciens ont changé et il en va de même dans leur contribution à la chaîne d'approvisionnement.*

En tant que pharmacien, (AV) présente un point de vue différent : *«Pour ma part je voudrais voir le changement dans le paradigme des experts en chaîne d'approvisionnement pour sauver la profession de pharmacien ».*

D'après les remarques recueillies, il n'est toujours pas clair comment aller de l'avant : si la création de professionnels de la santé avec une formation étendue en chaîne d'approvisionnement ou des spécialistes aux côtés des professionnels de la santé et à surtout à quels niveaux. Le paragraphe suivant va fournir une preuve de l'efficacité de certaines formations.

## FORMATION: A QUEL NIVEAU DE LA HIERARCHIE ET A QUI

---

Différentes positions ont été présentés pour comprendre à quel niveau de la hiérarchie, la formation à la chaîne d'approvisionnement doit être dispensée, et le type de formation.

Comme déjà énoncé, les travailleurs de la santé et en particulier les pharmaciens ont été déclarés responsables de la chaîne d'approvisionnement au moins au niveau local. Pour cette raison, leurs cours ont changé, dans les dernières années, d'après certains répondants. Pour l'Éthiopie, (SA) affirme :

*« Dans le système de santé éthiopien, les pharmaciens font la majorité des activités de la chaîne. Dans leurs cours de premier cycle, il n'y a pas assez de sujets couverts dans cette chaîne (...). Actuellement, le gouvernement a compris ces problèmes et a commencé un diplôme de maîtrise pour les pharmaciens à l'université de Jimma - maîtrise à la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits pharmaceutiques ».*

(DT) reconnaît l'effort d'inclure la chaîne d'approvisionnement en cours de pharmacies et constate ses premiers effets: *«En conséquence, j'observe l'amélioration de la pratique de la chaîne d'approvisionnement, mais je pense que la couverture de cours est encore insuffisante.»* Cependant, (PT) et (LS) sont d'accord que si la chaîne d'approvisionnement était incluse dans les cours de pharmacie/infirmier et il y en aurait un résultat positif.

(GW) signale l'effet d'inclure la chaîne d'approvisionnement dans l'enseignement des professionnels de santé en Papouasie-Nouvelle-Guinée mais avec des résultats tangibles très limités en termes d'augmentation de l'efficacité :

*«L'expérience ici en PNG, montre que, au cours des 10 dernières années, et avec des subventions du Fonds mondial et du FNUAP, par exemple, le pays a formé un grand nombre de travailleurs de la santé en chaîne d'approvisionnement, en particulier au niveau provincial et du district et jusqu'à aujourd'hui, il n'y a rien à montrer, notre chaîne d'approvisionnement de la santé n'est toujours pas à niveau. Un point qui ressort très clairement : nous avons dépensé trop d'argent et de temps à la formation des mauvaises personnes telles que les infirmiers et infirmières qui ont d'autres fonctions primaires et passent très peu ou pas de temps à la chaîne d'approvisionnement.»*

(LM) suggère tous les niveaux de la SC devraient être couverts : *«La solution ne doit pas seulement résider dans la création d'un employé hautement qualifié (MSc en chaîne d'approvisionnement). La professionnalisation de la chaîne d'approvisionnement devrait englober toutes les tâches le long de cette chaîne du central au périphérique (employés de qualification inférieurs). (PK) y inclue également les fonctionnaires et les bailleurs de fonds à qui cela leur donnerait une meilleure compréhension de ce qui est nécessaire.*

La perception est cependant que les professionnels de la chaîne d'approvisionnement existent, mais le processus de recrutement les maintient en dehors du système. Par exemple, (PK) commente que :

*«En fait, le groupe de professionnels que vous recherchez existe déjà et pourrait être utilisé. Le diplôme existe depuis des années. Mais il faut qu'il soit reconnu comme une compétence utile et pour les 10 dernières années, les institutions telles que le Fonds mondial et divers autres instances internationales ont insisté pour que la chaîne d'approvisionnement de médicaments soit gérée par les pharmaciens et les médecins. Une maîtrise en gestion de la chaîne d'approvisionnement ne compte tout simplement pas si par exemple, vous voulez travailler comme LFA sur le PSM. Donc, si un ensemble de compétences différentes entre en jeu, il doit être reconnu par ces institutions. Sinon, vous serez considéré comme moins qualifiés que tout pharmacien ou médecin ».*

Une remarque similaire de (RN) selon laquelle la non-inclusion des compétences managériales après l'audit des définitions de poste a des effets négatifs sur le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement :

*«J'ai été choqué quand récemment, le gouvernement du Kenya a fait des vérifications des définitions de poste, qu'ils ne favorisaient pas les pharmaciens avec des diplômes de MBA, mais plutôt ceux qui avaient une maîtrise en disciplines connexes à la pharmacie. Cela donne alors aux pharmaciens aucun intérêt à poursuivre des compléments de formation liés à la gestion. Alors que c'est ce dont ils ont besoin pour être des gestionnaires efficaces en chaîne d'approvisionnement. En l'absence de reconnaissance de ces compétences, nous constatons que la chaîne d'approvisionnement n'est pas efficacement intégrée ».*

Toutefois, (MH) et (DT) croient que le nombre insuffisant de professionnels formés en chaîne d'approvisionnement est la raison pour laquelle les pharmaciens doivent prendre le relais et de couvrir leur rôle.

## LES RESSOURCES DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

---

Le manque de stratégie de la chaîne d'approvisionnement a un impact jusque au bas de la hiérarchie et il entraîne inefficacités et performance en dessous des standards. Selon (RN), ce processus est exacerbé par ségrégation des tâches. En fait, les pharmaciens sont en charge de la prévision, la quantification et l'assurance qualité, d'autres employés s'occupent d'appels d'offre et de mobilisation des ressources. Ceci conduit à un manque d'harmonisation où les tâches individuelles fonctionnent en silo.

La ségrégation des tâches et la mentalité de silo ont un certain nombre d'effets. Certains d'entre eux ont été soulevés par les participants. Par exemple, les travailleurs de la santé élaborent

et transmettent les commandes, mais ils reçoivent souvent moins que demandé sans aucune explication (WP). (KM) rapporte le point de vue au niveau régional ou du district où les employés qui reçoivent des commandes croient que ces chiffres sont des approximations et non des chiffres fermes avec des fondements précis. Cela crée un biais le long de la chaîne d'approvisionnement et donc ruptures de stock et inefficacités. Les données sont un problème constant, alors que la chaîne d'approvisionnement est confrontée à une inadéquation entre l'offre et la demande. De nombreux participants, parmi lesquels (AR), font état d'un manque de ressources en termes de systèmes adéquats d'information et de gestion des stocks et de formation. (RN) rapporte l'expérience du Kenya, où il a été développé et installé un système eSCM avec des données agrégées automatiquement à chaque niveau pouvant être consultées en temps réel par les décideurs. Elle reconnaît que le défi est maintenant l'adoptabilité du système partout dans la chaîne d'approvisionnement national.

L'adoption de la Gestion de Stock par le Fournisseur (VMI - Vendor Managed Inventory) a été proposée par (RN) comme un bon moyen de surmonter les inefficacités (quand le temps alloué est limité et l'absence de bonnes méthodes de calcul - au niveau des établissements de santé). C'est un outil couramment utilisé dans les chaînes d'approvisionnement commerciales et la chaîne logistique globale pourrait en tirer bénéfice.

(LK) fait un lien intéressant entre le manque de visibilité et l'efficacité des mesures de Ressources Humaines :

*« Tant que nos chaînes d'approvisionnement ne sont pas visibles et fonctionnent en silo - c'est à-dire que les établissements de santé du terrain ne voient pas à l'image globale de la chaîne d'approvisionnement -, même si on renforce les Ressources Humaines, aucun avantage tangible ne pourra être observé ».*

## LES PROBLEMATIQUES DES RESSOURCES HUMAINES

La perception sous-jacente dans les commentaires recueillis, c'est que les fonctions de la chaîne d'approvisionnement ne sont pas formelles mais plutôt *ad hoc*. Cela conduit à l'absence de responsabilité (MS), à l'incapacité de plaider pour des budgets (AK; MS), et une pénurie de professionnels bien formés (désertion pour le secteur commercial) (LS). En fait, à cause du manque de clarté des limites de la fonction de la chaîne, les salaires ne sont pas compétitifs et la spécialisation en chaîne d'approvisionnement ne représente pas toujours un avantage compétitif. Des compétences plus scientifiques (pharma) sont préférées, même au niveau des positions de cadres. La compréhension limitée des problématiques en chaîne d'approvisionnement mentionné ci-dessus - et l'absence de stratégie - au niveau hiérarchique le plus haut est considérée comme une limitation à l'établissement d'un niveau de rémunération approprié.

(MS) exprime ce caractère informel de la manière suivante : « *Quelles que soient nos responsabilités (SC), nous devrions toujours veiller à ce qu'elles soient inscrites dans notre description de poste, et qu'elles soient alignées avec les objectifs généraux de l'organisation et des plans de travail associés* ». (AR) précise comment les pratiques de Ressources Humaines peuvent soutenir l'alignement entre les quatre phases principales : la sélection, l'approvisionnement, la distribution et l'utilisation. Ce commentaire fait référence à la mentalité de silo décrit ci-dessus. (GW) donne de



26 avril 2014

la substance au rôle central des Ressources Humaines à travers son expérience en Papouasie-Nouvelle-Guinée:

*« Les Ressources Humaines, et tout particulièrement dans la chaîne d'approvisionnement, sont au cœur de la réalisation du cycle d'objectifs et nécessaire à l'améliorer la qualité globale des soins de santé. Dans les pays en développement comme ici, en Papouasie-Nouvelle-Guinée (PNG), où les fonctions de la chaîne d'approvisionnement demandent encore beaucoup de main-d'œuvre, à tous les niveaux, le placement des personnes de la chaîne d'approvisionnement dûment formés à des points critiques de la chaîne devient très nécessaire. »*

Formation et éducation sont essentielles pour surmonter ces problèmes, si elles sont alignées avec une nouvelle prise de conscience de la façon dont la chaîne d'approvisionnement peut contribuer à l'efficience et l'efficacité des programmes de santé.

26 avril 2014

## APPENDIX

---

The quotes gathered in the blog have been reorganised by the researcher to analyse their content according to arising themes. Some of the comments are reported under a different question to the one initially intended by the respondent – this is only for the use of the researcher as certain themes were covered in more than one question.

Question 1: What workforce issues affect your public health supply chain and how do they impact the availability of goods?	
Concept/node	Quote(s)
Misconception of SC competencies	<p><b>SC seen as administrative role:</b></p> <p>'I think that the evolution of the supply chain function in many countries, especially in the so-called resource-poor settings, has been such that the function is seen almost entirely as an administrative one, requiring little or no specific training and, therefore, further HR investment.' (MurtadaS)</p> <p>'In developing countries like here in Papua New Guinea (PNG) (...)supply chain functions are still very much labour intensive, from top to bottom.' (GrahamW)</p> <p>'..the complexity of health logistics and supply chain is not known by those in power (ministries etc.), and they may feel that these tasks are just administrative. How do we advocate to these leaders so they become aware of the complexity of health logistics and supply chain so that it gets the priority attention it deserves?' (AndrewB)</p> <p>'Many countries within the region and maybe elsewhere, do not necessarily think this is a priority and focus mostly on investing in other cadres of health workers, nurses, doctors etc. Maybe because those of us responsible for flagging this important agenda, are not doing enough to get this agenda on the table for deliberation and pushing it to policy and decision makers. (GrahamW)</p> <p><b>Unclear where to position SC responsibility along the chain:</b></p> <p>'In developing countries like here in Papua New Guinea (PNG), where supply chain functions are still very much labour intensive, from top to bottom, the placement of appropriately trained supply chain individuals at critical points of the supply chain becomes very necessary.' (GrahamW)</p> <p>'For example, in the countries surveyed, I wonder how many had an independent SCM profile at strategic decision making level.' (MurtadaS)</p> <p>'Although, we may not be able to place pharmacists and logisticians at all points where we want them to be, at the Central Level, the Department of Health has begun talks with a local university here to develop curriculum for the training of Pharmacy Technicians and Logisticians. It is anticipated that, when this people get trained, they will be posted to lower level health facilities, alongside nurses to perform supply chain functions.' (GrahamW)</p> <p><b>Need to cover tasks neglected by others:</b></p> <p>'Oftentimes, the district does not have the resources (personnel, vehicle, and fuel, per diem) to ensure the commodities are delivered to the health centres. In this situation, the system becomes more ad hoc, depending on</p>

	<p>the motivation of the health worker to arrange transport and time away from the health centre to fetch medicines from the district level. Fetching medicines from the district is out of the scope of work for the health worker but is necessary for the functioning of the health centre. Consequences are more frequent and severe stock-outs, lost opportunities for care when a nurse is fetching commodities, and even less supervision at the health centre level as no one from the district is visiting for distribution.' (WendyP)</p>
<p>Lack of supply chain strategy</p>	<p><b>Working on contingency</b>          '.. country priorities focus more on disease programs leaving SCM to lower priority.' (AsaeliK)</p> <p><b>Decision making level</b>          'For example, in the countries surveyed, I wonder how many had an independent SCM profile at strategic decision making level. Usually this, and the many complex administrative matters, is lumped in one "Permanent/Senior Secretary" who may not necessarily fully appreciate the implication of SCM issues including, for example, the right level of remuneration for SCM personnel.' (MurtadaS)</p> <p>'The shift of the responses to the public health needs have somehow increased triple fold (understatement) with focus more on the technical competency such as upskilling of Drs, nurses, improve facility, strengthen health promotion and so on. A successful public health program for any settings must depend also on a competent and effective logistics system which are currently lack universally.' (Avosanibola)</p> <p>'Lack of political will because lack of political understanding therefore support is lacked.' (ApolosiV)</p> <p>'It is always important to note that supply chain management is just slowly being appreciated in most set ups. In Zambia in particular a National Supply Chain Strategy (NSCS) has been drafted and the Ministry of Health in collaboration with USAID and other key partners are taking the lead in ensuring that it gets implemented. The NSCS is addressing a number of aspects and one of them is the HR component. The mere fact that the Ministry is part of the NSCS process, indicates that there is growing interest in strengthening the current operations.' (LamekK)</p>
<p>Target level of education</p>	<p><b>Master level or other qualifications</b>          'In the Ethiopian health care system pharmacists do the majority of health care supply activity. In their undergraduate courses there is no sufficient topics covered. In some institutions nurses or other health professionals will also be involved in supply of health commodities. even accountants/other non-health professionals may be involved, especially in private sectors which have led the country's health system to frequent stock outs and expiry of products.</p>

	<p>Currently, the government understood these problems and has started a master’s degree for pharmacists at jimma university; MSc at pharmaceuticals supply chain management.’ (SolomonA)</p> <p>‘The solution should not only lie in creating a highly qualified cadre (MSc in Supply Chain). Professionalization of SCM should encompass all chores along the chain from the Central to the periphery (lower qualification cadres).’ (LloydM)</p> <p>‘In Ethiopia, pharmacists are highly involved in the management of health commodities. Nine years back graduates of the school of Pharmacy had no courses directly addressing health SCM in their curriculum but now attempts were made to include SCM courses with reasonable credit hours in the harmonized curriculum in the country. As a result, I am observing improvements in the health SCM practice but I feel that the course coverage is still insufficient.’ (DawitT)</p> <p><b>Access to experts/academics</b>          ‘Getting the right experts (academicians) who specialized on health commodities and SCM, and retaining these highly trained academicians is also a big challenge. (...) Partners and government have also been trying to fill gaps of their employee through in-service training but it rarely includes academicians.’ (DawitT)</p> <p><b>Training health workers</b>          ‘Experience here in PNG, shows that that, over the past 10 years, with grants from GFATM and UNFPA, for example, the country has trained a lot of health workers on supply chain management, especially at the provincial and district level and till today, there is nothing to show, our health supply chain here still performs below par. One point that comes out very clear from this is that, we have been spending too much money and time on training the wrong cadres of health workers such as nurses, who have other primary duties and spend very little to no time on supply chain management.’ (GrahamW)</p> <p>‘The future, though looks bright in our setting as the stakeholders are engaging academicians in institution training health worker to inco-operate SCM in their curriculums.’ (LucksonS)</p>
<p>Data inaccuracy</p>	<p><b>Mismatching between supply requested and delivered</b>          ‘in consumption-based distribution systems that we have seen, health workers will complete requisition forms to submit to the higher distribution level, but then will receive only a fraction of what they requested without any explanation of the reason why. This results in <u>deprioritizing quality data for requisitions</u> as the information is not actually used at higher levels of distribution.’ (WendyP)</p>

	<p>Lack of training among health workers, need for pharmacist at primary health care as they are trained: 'At the regional or district level where you have pharmacist or pharmacist-assistant you can be assured at list that the order will be more accurate as they are trained. If the district supplies to health centre and clinics, orders received are not based on evidence; most of the time the nurses are guessing (reasons are: work load, not our duty...). So in this system the data on quantification at central level is also biased. I think to have a pharmacist -assistant at primary health care will help improve the supply chain.' (KMukeya)</p> <p><b>Task segregation</b>          ' I found that adding the reporting of last's month usage to the stock replenishment requisition, therefore having a 2-in-1 form for 1/ requisition (supply chain) and 2/ usage (M&amp;E) helps staff to think again about the direct "linkage" of both, and increase work quality and prevent mistakes. It is also a huge incentive for on-time reporting of M&amp;E data. Task segregation (supply chain vs. M&amp;E staff at the local and central levels) has de-linked them unfortunately.' (PierredV)</p> <p><b>Visibility</b>          'The way to improve visibility in SCM is to ensure that facilities learn to demand and use data for decision making. This can only happen if the data is relevant, accurate and timely and this is where information management systems come in handy. Each facility data should then be escalated and aggregated at the next tier e.g. district/county/ provincial and national level through a seamless and real time system. Feedback should then be provided to the facilities from the facility data users upstream. In Kenya for example, we have developed an eSCM systems that helps each tier within the supply chain to auto aggregate facility data and have it viewed real time by decision makers within the supply chain. The current challenge is adoptability of this system across the entire national supply chain. If anyone wants to view this system, you can log on <a href="http://www.kenyapharma.org">www.kenyapharma.org</a>&lt;<a href="http://www.kenyapharma.org">http://www.kenyapharma.org</a>&gt;.' (RuthN)</p> <p>'There is another possible way forward then trying to build the capacity of thousands of people at health facilities and districts to do a good reporting via the LMIS.          The way supermarket wholesale has been operating for long time in industrial settings is via "Vendor Managed Inventory"          The system is that the vendor, - in our case the central pharmaceutical wholesaler - would know two things - the stock status and how much was issued at the site.          Then the wholesaler themselves are responsible for maintaining the right quantities in stock at site level by sending the items there. The central wholesaler can do this quite easily with appropriate IT support which</p>
--	---

	<p>would be standard in the system he anyway has.          That way of thinking would need only that the stock status and consumption is reported back from health facilities, and not demand any calculations. For many places it could probably even be simplified to only report the stock status. Over some time average demand can anyway be calculated.          At site level is the challenges in HR in many countries simply so big that it is not realistic to meet them. There it would be better to simplify, demand less from the personnel and develop mechanisms which can deliver - irrespective of ill equipped personnel with low salary and big turnover.’          (PK)</p> <p>‘Lack of supply chain visibility is what has led to creation of waste and eventual loss of limited resources. In most low and middle income based countries, their central medical stores, do not have real time information on the consumption trends happening at health facility level. This has led to usage of issues data for forecasting and quantification of commodities at national level thereby creating the bull whip effect. A lot of our resources are tied into some commodities we have assumed will be consumed during a particular period and have ended up expiring. In order for our countries to move with the 21st century supply chain practices, investment in information systems becomes a critical factor as opposed to increasing HR. Data generation at health center level should automatically be remitted to the central warehouse and eventually suppliers. This means that there has to be a link between the up and down stream SC. Lower level facilities, central medical stores, suppliers and manufacturers should all be integrated through just in time information transfer systems. In the recently launched electronic logistics management information system(eLMIS)in Zambia, efforts are being made to try and improve supply chain visibility in 50 pilot sites.’          (LK)</p>
<p>Transparency          (lack of)</p>	<p>‘Everybody either wants to be in procurement or has an interest in it! The result is that recruitment of the right or competent staff for this complex and sensitive role is quite a nightmare. Again, I must say that with increasing emphasis on transparency, improved procurement infrastructures, including robust independent oversight, this too could be improving.’ (MurtadaS)</p>

Question 2: Who are responsible for supply chain functions and for decision making at each level of your public health supply chain?	
Concept/node	Quote(s)
Responsible figures	<p><b>Pharmacist</b></p> <p>'In my context, pharmacists have been regarded as the SCM specialist when actually we did not learned this at school.....maybe proper stock management. (...)' (ApolosiV)</p> <p>' My experience at WHO, GFATM, RBM, etc. and with endless pharmacists. etc. show me that they are not, they do not understand it fully, and dislike implementing it. Supply Chain people are transversal, both on the system and the products (pharma, health supplies and non pharma). Pharmacists focus only on products and therefore are less likely to be efficient and effective. I don't deny that pharmacists are good at 1/ rational use of medicine, 2/ quantification and specification, 3/ Quality Assurance/Control since they are trained to do that. They do a really good job at the GFATM in these areas. But their job is to perform all the above. Therefore, they are good people but at the wrong place.' (PierredV)</p> <p>'Apart from what all you have raised, the pharmacy profession in the public sector in developing countries have been branded badly. No one believes in us anymore and it affects the whole moral and image of the profession. I for one would like to see the shift in the paradigm to SC experts to save the pharmacy profession.' (ApolosiV)</p> <p>'The solution does not only lie in creating a new SCM cadre outside the pharmacy framework. Pharmacists can still form the pivot point around which SCM professionalization is centred. Whereas SCM does not equal pharmacy practice, the practice of pharmacy should not be immune to change.' (LloydM)</p> <p>'Recently, introduced course like Pharmacoeconomics also enables pharmacists to make informed decision by doing/using cost-minimization analysis, cost-benefit analysis, cost-effectiveness analysis and cost-utility analysis. During the past nine years, pharmacists' curriculum has changed and so does their contribution in health the supply chain management too. Overall, pharmacist's contribution shouldn't be undermined and I am not also saying that they are the right professionals for all SCM activities. I do feel that we have gaps such as logistics information management system, tender management, transport management; monitoring and evaluation, which are the central part of health SCM, although it has been tried to fill these gap through in-service training for some.' (DawitT)</p> <p><b>Evolved Health professionals</b></p> <p>'The public SCM in Zambia faces similar HR challenges as highlighted by Dewit from Ethiopia - shortage of qualified personnel especially at SDP levels, staff exodus from public into private sector thereby leaving proxy's with no or inadequate training in SCM, lack of deliberate policy in the training institutions</p>



	<p>to inculcate SCM knowledge &amp; skill in pharmacist &amp; nurses who shoulder these responsibilities in most of the downstream SC nodes or levels. The future, though looks bright in our setting as the stakeholders are engaging academicians in institution training health worker to incorporate SCM in their curriculums.’ (LucksonS)</p> <p>‘Existing ad hoc mechanism of managing SCM by Pharmacy / Nursing professionals may not be sustainable as SCM too is a science hence short term methodology could be to have regular trainings &amp; recognition of existing staff (including incentivisation &amp; freeze role ), long term could be to add SCM topic in Pharmacy / Nursing courses.’ (PrashantT)</p>
<p>Decision level</p>	<p><b>Integration of Pharma knowledge</b> ‘Pharmacist can provide the technical assistance to the SCM to ensure compliance to the regulation however the right to manage SCM needs to be left with the qualified SCM’ (ApolosiV)</p> <p><b>National</b> ‘ At the national level I am aware that Pharmacists who have acquired certificate in SCM or MBA in SCM are responsible for the ordering, receiving and logistics activities.’ (BenedictO-Nigeria)</p> <p>‘They (doctors, nurses, pharmacist, lab tech, biomedical tech) are not equipped with the right attention from the executives because executives are not equipped with the right understanding of SC.’ (Avosanibola)</p> <p>‘The Ministry officials of Country needs to be sensitised on how ‘this Operational gap’ is effecting overall coverage and than customized solution needs to be designed as per priority.’ (PrashantT)</p> <p>‘Lack of political will because lack of political understanding therefore support is lacked.’ (ApolosiV)</p> <p><b>Central Medical Store</b> ‘It is the Central Medical Store is responsible for the SC functions at the health facilities. Why? If there is an out of stock at the health facilities, CMS is responsible for it and the manager is taken to task.’ (ApolosiV)</p> <p>‘At the central level here in Ethiopia, medical equipment, laboratory kits and reagents used to be selected, procured and received by peoples who are not equipped to execute these tasks but now these jobs are given to the right professionals like biomedical engineers and laboratory technologists.’ (DawitT)</p> <p>‘At the moment even though these cadres are being created at state level....it could be further strengthened by engaging young pharmacy graduates/Science graduates etc with proper training on PSCM &amp; QA to manage the district stores including managing forecasting, storage, distribution, ensuring QA, rational use,</p>

	<p>etc. and needs to be supervised on a regular basis to further strengthen the SCM. Apart from this, they need to be well paid including provision of performance based incentives, training for upgrading their skills, promotions etc.’ (NilakanthaB)</p> <p><b>Local</b>  ‘Managing the every SC activities in the health facilities is usually the pharmacist, pharmacy assistants and nurses.’ (ApolosiV)</p> <p>‘Supply Chain professionals are responsible for the ordering, expediting, receiving, customs clearance, storage and distribution to the final beneficiaries in my organisation.’ (BenedictO)</p> <p>‘They (doctors, nurses, pharmacists, lab tech, biomedical tech) are not equipped with the right numbers.’ (Avosanibola)</p> <p><b>Execution</b>  Currently, in most Pacific Countries, Nurses, Pharmacists, Doctors and Stores officers are responsible for Supply Chain Functions. This covers all that delivering health services in the Primary, Secondary &amp; Tertiary Health Care Level. At the same time they sometimes part of decision making but majority of times it is higher authority level that are empowered to do decision making.</p> <p><b>Lack of clarity on who holds the responsibility</b></p> <p>‘ The other question that needs to be asked who take ownership of the supply chain activities at health facilities? How can the ownership and responsibility be given to the health facility levels managers?’ (ApolosiV)</p> <p>‘Who is responsible for the overall functioning of your public health supply chain? Is there anyone who is responsible for ensure that the entire supply chain system is functioning adequately?’ (BrisgetMH)</p>
<p>Inhibitors</p>	<p>‘The lobby of pharmacists/doctors still hold on power in these international Organizations and in in-country healthcare, and therefore continue to cripple the supply chain systems, so that we will miss the 2015 targets and it costs a fortune and therefore lives.... Now the Global Funds request their PSM experts to be pharmacists, same for LFAs. It is going into the wrong direction.’</p> <p>‘Supply chain functions should be the sole responsibility of supply chain professionals but inadequate number of professionals in that sector allows Pharmacists assume that functions especially due to their role in management of drugs and commodities in our respective facilities. However for proper management we need to build their capacity in areas of quantification, procurement, warehouse management and proper distribution.’ (MohammedH)</p> <p>‘In my views, professionals who have adequate training in health (preferably about health commodities) and SCM i.e. health SCM professionals should be responsible for supply chain function but right now it is rare to find these</p>

26 avril 2014

	<p>professionals. So, I strongly believe that these tasks should temporarily be performed by teams who have the right expertise for each activity.' (DawitT)</p> <p>'The public SCM in Zambia faces similar HR challenges as highlighted by Dewit from Ethiopia - shortage of qualified personnel especially at SDP levels, staff exodus from public into private sector thereby leaving proxy's with no or inadequate training in SCM, lack of deliberate policy in the training institutions to inculcate SCM knowledge &amp; skill in pharmacist &amp; nurses who shoulder these responsibilities in most of the down stream SC nodes or levels.' (LucksonS)</p>
--	---

Question 3: How are those with responsibility within the public health supply chain equipped to fulfil their supply chain responsibilities?	
Concept/node	Quote(s)
Training	<p>Educating Governmental officials and donors            ‘The purpose of such short trainings should not be to make them professionals in two days in the field - but to make these officials from government and donor side better decision takers, as they would have an improved insight in the implications of their decisions, and a better understanding of why professionalism is needed.            It would be possible to give them an idea of the bigger picture - effect of procurement process, lead times, policies when choice of drugs are changed, the effect of variations in funding’ (PerK)</p> <p>Ad hoc            ‘In the Pacific Island Countries I believe most people that have roles that are involved in SCM do not receive any formal training that will allow them to fulfil their responsibilities. Mostly, it is through attending workshops, seminars, short courses and on the job training or mentoring &amp; coaching by more experienced staffs.’ (AsaeliR)</p>
Establishing new cadres of professionals	<p>‘After decentralisation of procurement &amp; SCM, various state Governments are pushing forward to strengthen their Procurement &amp; supply chain management (PSCM) system by establishing Medical corporations, creation of special cadres for handling PSCM at state level (though on contractual mode) bringing in more professionalism, development of infrastructure including warehouses, strengthening LMIS to give information on real time basis and integration of PSCM with prescription practice.....Still miles to go.....!!’ (NilakanthaK)</p>
Resources	<p>‘Lack of infrastructure [system, policy, guidelines, physical buildings]’ (ApolosiV)</p> <p>‘Moreover, with lack of skills &amp; knowledge on SCM there is also lack of resources such as proper inventory management system, information system etc. The above somehow affect the effective functioning of SCM. If people are provided with adequate training and supported by appropriate resources then they will perform. ‘ (AsaeliR)</p> <p>‘However, it is important to note that these HR concerns will not be addressed in the short term, implying that, the current existing systems should be attuned to meet the expectations of a robust health supply chain. One of the key drivers of any supply chain is information management. Information flow in the supply chain plays a critical role in enhancing overall operations. What this entails is that investment in information systems will enable us make cost effective evidence based supply chain decisions and eliminate wastage of resources. As long as our supply chains we manage are not visible and operate in isolation i.e lower level health facilities not looking at the bigger picture of the SC, no tangible benefits shall be observed even if we beef up HR. ‘ (LameckK)</p>
Managerial component of	<p>Ignored managerial component of SCM            ‘We have been investing billions of money in improving availability and access</p>

SCM	<p>to essential drugs and commodities by procuring these, but putting peanuts for its management including that of investing in strengthening warehouses and strengthening HR component (training &amp; capacity building on SCM, strengthening monitoring mechanism, creation of special cadres of SCM professionals, attractive package etc.). As per my experience in PSCM in the context of India, this area has always been a neglected area due to lack of politico bureaucratic interests, lack of accountability in the part of people managing SCM and good leadership.’ (NilakanthaB)</p> <p>‘Lack of strategy in place to develop SC to what it is supposed to be. Technical professions are always more than important than support team.’ (ApolosiV)</p> <p>This is more so important because at the moment there is no special cadre on PSCM except store officer/store in charge (either pharmacist/general undergraduate/graduates) who have been managing the stores for a long time without any formal training on PSCM including that on forecasting, procurement, supply chain etc which leads to poor management of essential drugs and commodities which often leads to stock outs, overstocking, expiry etc. (NilakanthaB)</p> <p>‘Health supply chain management requires both technical skills and managerial skills. Technical skills because you have to understand the commodities you are dealing with and managerial skills to plan and manage the resources ( money, commodities, efficiencies in the system etc.). In my years managing supply chains in Kenya, I have found this combination of skills very useful. However, I was shocked when recently the government of Kenya was doing job audits that they were not promoting pharmacists with MBAs but rather those who had MSc in Pharmacy related disciplines. This then gives pharmacists no incentives to pursue management related causes yet that is what they need to be effective health supply chain managers. In the absence of recognition of such skills set, we find that the supply chain becomes disjointed. The pharmacists are relegated to forecasting and quantification, quality assurance and distribution whereas procurement functions and resource mobilization are given to other cadres. This lack of a harmonized approach does not guarantee commodity security as is the case in many public sector health supply chains. Again, because each cadre managing the supply chain sees only a portion of their supply chain piece, then they are ill equipped to have an overall understanding of the systems and again this leads to weak health supply chains. ‘ (RuthN)</p>
-----	--

Question 4: Addressing human resources in health supply chains: HR as a barrier to effective health supply chains	
Concept/node	Quote(s)
Retention of workforce	<p><b>Retention of workforce</b></p> <p>‘The pull of higher salaries in industrialized countries and the push of poor working conditions at home drive thousands of health workers to jobs abroad each year hence leaving a vacuum on SCM role for that respective countries. Yet developing countries face an escalating double burden of both infectious and non-communicable diseases and are in need of massive scale up of training and retention interventions and adequate staffing. (AsaeliK)</p>
HR issues	<p>‘However, as I suggested in an earlier posting, if we are assigned an SC responsibility, we should ensure that it is formalized and in alignment with the organizational goal. We should avoid leaving things permanently informal and/or ad hoc. Formalization forms the basis of accountability and strategy development. This in turn will justify our demand for organizational resources relevant to and commensurate with our responsibility. Also, in our day-to-day operations, we should remember to collect, analyze and use basic SC data as advocacy tools, at every opportunity, in our dialogue with key stakeholders; both internal and external.’ (MurtadaS)</p> <p>‘I was shocked when recently the government of Kenya was doing job audits that they were not promoting pharmacists with MBAs but rather those who had MSc in Pharmacy related disciplines. This then gives pharmacists no incentives to pursue management related causes yet that is what they need to be effective health supply chain managers.’ (RuthN)</p> <p>‘It means to me that a separate sets of skills, people with knowledge and the right qualification, dedicated cadre which means Position description and right remuneration. This group is an additional and new to support the health program just like an administrator, accountant and so on.’ (ApolosiV)</p> <p>‘There is a serious shortage of health workers across the world and has been identified as one of the most critical constraints to the achievement of health and development goals.’ (Asaeli K)</p>