

# La Mobilisation des Ressources: Sommaires des Expériences des Etudes

---

Sénégal  
Zimbabwe  
Sri Lanka  
Bolivie

Septembre 1996

# Table of Contents

Mobilisation des Ressources au Zimbabwe .....	1
Introduction.....	1
L'assurance privée.....	2
Les Tarifs de Santé .....	3
Leçons pour les autres pays .....	4
Mobilisation des Ressources en Bolivie .....	5
Sommaire .....	5
La Mobilisation des Ressources au Sri Lanka .....	11
Sommaire .....	11
L'impôt Général .....	

# Mobilisation des Ressources au Zimbabwe

Par Charles Normand

## Introduction

Les demandes croissantes des utilisateurs du service et les règles strictes sur le financement public des soins de santé au Zimbabwe ont conduit à la recherche de mécanismes supplémentaires pour mobiliser les ressources. Les recettes fiscales constituent une importante source de financement car elles peuvent aider à assurer un accès pour tous à la santé et un certain degré de justice. L'instauration de tarifs hospitaliers plus élevés et le développement de l'assurance privée constituent des options pour générer des ressources supplémentaires.

L'utilisation du prélèvement fiscal pour financer les programmes de sécurité sociale provient du principe général qui consiste à abaisser les charges fiscales pour les ressources orientées vers les dépenses qui supportent la croissance économique. La croissance peut être encouragée en réduisant l'impôt direct et indirect, l'impôt sur le tourisme pour attirer de nouveaux investisseurs, et les taxes sur les droits d'entrée. Ceci pourrait être compensé en partie par des actions réduisant la fraude fiscale. Dans l'ensemble il est peu probable que les recettes fiscales vont augmenter s'il n'y a pas de croissance économique.

Le revenu réalisé par les impôts constitue la plus importante source de financement des soins de santé mais on s'attend à ce qu'il baisse. Les impôts locaux (impôts locaux sur la propriété) ont contribué largement aux dépenses.

En 1980, lors de l'indépendance, une politique de santé gratuite pour les personnes à faibles revenus a été introduite, rendant ainsi les redevances de santé moins contributives au financement des services. La gestion de la gratuité des soins a été difficile et coûteuse. Inévitablement, le facteur injustice est présent dans la décision d'accorder l'exemption. Depuis l'introduction du programme d'ajustement structurel (PAS) en 1990, l'accent a été mis sur la collecte des recettes. En 1995 tous les tarifs de santé dans les zones rurales ont été suspendus.

## L'assurance privée

L'assurance maladie privée est fournie par des sociétés d'aide médicale (SAM). Elles sont en mesure de faire baisser les primes pour un nombre de raisons : (a) la négociation des prix chaque année avec les praticiens et les hôpitaux en utilisant leur pouvoir d'achat pour abaisser les charges, (b) l'accès limité aux services hospitaliers dans les zones rurales où plusieurs fonctionnaires assurés vivent, (c) le retard dans la facturation ou le défaut de facturation des services rendus aux clients SAM par les hôpitaux publics.

Les services rendus aux SAM sont subventionnés par l'Etat de différentes façons: (a) une dérogation fiscale sur 20% des primes d'assurance SAM des employés comme incitation à participer aux organisations bénévoles, (b) dans les structures publiques de santé établir quelques tarifs en dessous des coûts de revient. Les établissements privés peuvent aussi influencer l'accès aux services publics à cause de la tendance des professionnels à passer du secteur public au secteur privé.

Il y a 25 SAM au Zimbabwe qui sont membres de l'Association Nationale des Sociétés d'Aide Médicale (ANSAM). Ce sont des organisations but non lucratif qui tirent leurs origines des plans médicaux des grandes sociétés et industries. Un nombre de propositions de participation et de prestations sont disponibles, y compris des propositions minimum et celles de grand luxe qui prendront en charge les traitements coûteux à l'étranger. Les participations sont calculées sur la base du revenu de l'individu et du coût prévu des services, sans risque de classification individuelle. En général, les employeurs font marcher les SAM, et dans la plupart des cas les employeurs paient une partie ou la totalité des participations. Cependant, des groupes de personnes travaillant à leur propre compte peuvent être acceptés comme membres. De manière générale il semble que les SAM sont bien gérées et efficaces (vraisemblablement les coûts de gestion se situent entre 8-12% du chiffre d'affaires), et il n'y a presque rien qui montre que seuls les cas qui présentent le moins de risque ont été sélectionnés. Les agents retraités peuvent conserver leur qualité de membre. Près de 6% de la population est actuellement couverte par les plans SAM. En principe les SAM financent les soins mais n'offrent pas de services directement, bien qu'il y ait quelques cas d'investissements de leur part dans des structures de santé (en principe pour une raison commerciale).

Les SAM et les prestataires de soins se mettent d'accord sur les prix, mais la plupart des paiements des services hospitaliers est faite suivant une liste des prix connue sous le nom d'Echelle de Valeur Relative (EVR). Elle tire ses origines de la recherche sur les coûts totaux mais n'est pas une analyse détaillée des coûts relatifs. Néanmoins, elle assure que les services rendus aux membres par les prestataires privés sont couverts par les frais.

Quoique la couverture de l'assurance privée ait augmenté de façon rapide, l'éventail des personnes à couvrir s'est élargi avec l'introduction des plans à bas prix comportant des propositions de prestations limitées. Toutefois, l'expansion est financièrement limitée par la large portion de la population qui se trouve dans le secteur informel (environ 70%), la plupart d'entre eux ne pouvant pas raisonnablement devenir membres.

## Les Tarifs de Santé

Les tarifs de santé ont deux objectifs virtuels: (a) génération de revenus pour financer les services totalement ou en partie (b) création d'un ensemble de motivations financières pour susciter une production plus efficace et l'utilisation des services. En particulier ils peuvent être utilisés pour soutenir le système d'envoi des malades et ainsi éviter la présentation spontanée de cas simples aux services de soins intensifs. Il est démontré que l'utilisation actuelle des services et du personnel n'est pas toujours efficace. Toutefois, il est important de noter qu'une utilisation plus rationnelle des services de haut niveau augmenterait sûrement les coûts, car plus de cas complexes seraient traités. Il est important de s'informer plus sur ceux qui viennent à l'hôpital sans être envoyés par un médecin et comment ils y sont traités pour déterminer les conséquences de la présentation spontanée aux services sur l'efficacité.

La règle actuelle selon laquelle les fonds provenant des recettes de l'hôpital sont reversés au trésor public signifie que les hôpitaux et cliniques qui les ont collectés ne font pas de profit direct. Des projets de changement existent, et un tel changement pourrait sensiblement améliorer le niveau de recouvrement des recettes. Il est généralement démontré que les usagers du service acceptent volontiers de payer une bonne prestation au lieu de recevoir un service gratuit de moindre qualité.

En instaurant un système de dépenses approprié pour ceux qui ne sont pas en mesure de payer, les tarifs hospitaliers peuvent servir à élargir un accès plus juste aux services. Cependant, la plupart du temps ces tarifs ont des effets négatifs sur la justice. Actuellement les tarifs sont fixés par le Ministère de la Santé et de la Sécurité de l'Enfant après avis du Conseil des Ministres. Ces tarifs sont applicables dans les institutions publiques et celles tenues par les religieux.

La hausse des tarifs a été importante, et si de nouvelles augmentations sont décidées il va falloir accorder des dispenses de paiement à la frange de la population la plus pauvre. Dans cette étude, des simulations simples ont été effectuées pour un éventail de tarifs et de dispenses de paiement. Les résultats obtenus révèlent que si la politique actuelle était strictement appliquée, elle pourrait générer environ 20% des revenus nécessaires pour financer la santé. Les politiques visant à faire plus de profits sur les services rendus aux personnes

assez riches pourraient augmenter ces revenus de 40%. Toutefois, cela voudrait dire que la plupart des personnes ayant une assurance privée devraient payer pleins tarifs, et que certains services seraient plus accessibles chez les prestataires privés, avec comme conséquence la nécessité de réduire les prestations publiques.

## Leçons pour les autres pays

La principale conclusion de cette étude est qu'il y a d'importantes possibilités pour un plus large recouvrement des coûts, particulièrement si les personnes assurées devraient payer pleins tarifs. Mais en réalité, ceci nécessitera d'aller chercher la plupart des fonds dans d'autres sources de revenus (probablement plus de 10%). Les SAM fournissent une assurance à peu près similaire à celle initialement offerte par la Caisse Allemande d'Assurance Maladie qui peut être considérée comme une sorte d'assurance sociale. Il est évident que de tels aménagements peuvent être faits et ils peuvent marcher à merveille pour les personnes à revenus élevés et les personnes travaillant dans le secteur formel. Aussi il est évident qu'il est difficile d'élargir cette formule au reste de la population. Le système s'est développé sans le soutien d'une politique forte, et le statut juridique des SAM a été toujours un peu ambigu. Les SAM sont populaires dans le milieu des adhérents, et elles peuvent être un point de départ pour un développement plus grand de l'assurance maladie.

L'histoire des tarifs hospitaliers au Zimbabwe montre à la fois le souci du gouvernement d'offrir des services gratuits au moment opportun, avec une attention particulière à l'accès des populations pauvres aux services, et le besoin de procurer des incitations et des recettes. Bien que les tarifs hospitaliers ne puissent pas aller au-delà de la couverture d'une partie des coûts de prestation actuelle de services, il est clair qu'une plus grande proportion des coûts pourrait être recouvrée. De même, il est clair que l'emploi actuel des services est inefficace, et qu'une meilleure utilisation des structures de santé conduirait à des coûts globalement plus élevés.

# Mobilisation des Ressources en Bolivie

Par Marina Cardenas Robles, Jorge A. Munoz, Mukesh Chawla

## Sommaire

Dans le cadre de sa stratégie globale de mener une politique pertinente de recherche sur des sujets qui sont susceptibles d'intéresser les décideurs publics et les missions de l'USAID en Afrique, le Bureau de l'USAID pour l'Afrique à travers son projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique (HHRAA) a chargé de projet "Data for Decision Making" (DDM) à l'Université Harvard de faire cinq études de cas sur la mobilisation des ressources dans le secteur de la santé. Parmi ces études, trois ont été conduites en Afrique sub-saharienne, et deux à l'extérieur de l'Afrique. L'un des pays choisis pour ces études réalisées en dehors de l'Afrique est la Bolivie. Le présent rapport décrit l'expérience de ce pays en matière de mobilisation des ressources.

Située pas loin du centre de l'Amérique du Sud, la Bolivie a une population de 7,0 millions d'habitants, dont 58% vivent dans les zones urbaines (table 1). Plus de 75% des Boliviens sont d'origine indigène et sont principalement Quechua et Aymara, bien que d'autres groupes ethniques puissent être trouvés dans l'Amazone Bolivienne. Environ un tiers de la population est analphabète au point de ne pas pouvoir faire face aux situations courantes (20% d'entre eux n'ont jamais été à l'école) et concerne surtout les zones rurales et les femmes. Environ la moitié des ménages en milieu urbain et plus de 90% de ceux en milieu rural ont des besoins inassouvis tels que l'accès à l'eau courante, au système du tout-à-l'égout, à l'éducation de base et aux services de santé. Le taux de la mortalité infantile est assez élevé si on considère les standards de l'Amérique Latine (75 pour 1000). La diarrhée et les maladies respiratoires aiguës continuent d'être les principales causes de la mortalité infantile, comptant respectivement pour 32% et 19% du total des décès. Le taux de mortalité maternelle est élevé aussi si on considère les standards de l'Amérique du Sud (390 pour 100000).

Au début des années 80, la Bolivie a connu une crise économique avec un taux moyen d'inflation de 46% par mois. En Août 1985, la Bolivie entama un programme d'ajustement structurel énergique qui a stabilisé l'économie, réduit le rôle de l'Etat dans les activités productives à proprement parler, et contrôlé les finances publiques. L'inflation est restée constante entre 8,5% et 14,5% durant

les six dernières années, et pendant les trois dernières années le déficit du secteur public n'a pas excédé 3,2%. En 1993 dans la seconde phase des réformes, une réforme intitulée "Participation Populaire et Décentralisation Administrative" a été initiée; une réforme qui a transféré les ressources et la responsabilité de base pour ce qui concerne la planification et la mise en oeuvre des projets d'investissement public, du gouvernement central aux préfectures et aux municipalités. Ceci concerne le système public des soins de santé antérieurement géré de façon centralisée par le Secrétariat National à la Santé (SNS). Dans le cadre du programme d'ajustement structurel, la Bolivie va initier une "Réforme du Secteur de la Santé" dans les années à venir, et pour le compte de laquelle des études préliminaires sur le modèle et la planification ont été déjà lancées.

Les principales sources de financement des soins de santé en Bolivie sont (i) les recettes fiscales du gouvernement central canalisées à travers le Trésor Public, et les recettes municipales, y compris les fonds reçus du gouvernement Central appelés "fonds de participation"; (ii) les fonds publics pour l'assurance maladie; (iii) l'assurance maladie privée et les plans médicaux prépayés; (iv) les tarifs hospitaliers; et (v) les fonds provenant de la coopération internationale.

Le montant total des perceptions d'impôt par le gouvernement central a montré une augmentation constante dans le temps, de 1166 millions Bs en 1989 à 2435 millions Bs (environ 530 millions dollars Américains) en 1994 (chiffres estimés en Bs au taux de l'année 1990). Le fisc a contribué à la majeure partie de cette croissance, en faisant plus que doubler pendant une période de cinq ans, alors que les recettes provenant des tarifs n'a enregistré qu'une modeste croissance de 10%.

Les dépenses publiques en santé ont augmenté de 226,10 millions Bs en 1989 à 346,31 Bs en 1994 ( chiffres estimés en Bs au taux de l'année 1990), ce qui représente une chute de 19,4% du total de la perception d'impôt en 1989 à 14% en 1994. En 1995, le SNS a dépensé 477 millions Bs environ (99 millions dollars Américains) à la moyenne de 68Bs (environ 14 dollars Américains) par personne en coûts récurrents concernant les soins de santé. La plus grosse partie de cette dépense (environ 85%) revient aux salaires du personnel (médical et administratif), le reste allant aux autres coûts récurrents.

Les recettes fiscales du gouvernement central soutiennent un large réseau d'institutions publiques de santé qui sont sous le contrôle administratif du Secrétariat National de la Santé. Cependant, depuis la mise en oeuvre de la loi sur la Participation Populaire, toutes les institutions du SNS ont été transférées aux Gouvernements Municipaux. Selon le système National sur l'Information Sanitaire, le nombre d'institutions enregistrées dans le secteur de la santé publique a augmenté de 1304 en 1990 à 1788 en 1994 totalisant ainsi 7203 lits, de sorte qu'en 1994 il y avait un secteur public de la santé prestataire de

services pour chaque 2758 personnes, ou bien un lit pour 685 personnes. Le SNS utilise ses recettes fiscales pour embaucher 2011 médecins, c'est à dire 2,9 médecins pour 10000 personnes.

En termes d'utilisation des structures du SNS, le recensement national de 1992 montre que 30% de la population malade va chercher un traitement auprès de ces structures. Les structures du SNS ont particulièrement été couronnées de succès dans les programmes d'immunisation et dans la santé de la mère et de l'enfant. Toutefois, un nombre de problèmes concernant l'utilisation équitable des structures du SNS, demeurent car seulement 10% de ceux qui ont cherché un traitement auprès de ces structures faisaient partie du quintile dont le niveau de dépense par personne est le plus bas. Le système de fonds publics pour la santé (assurance) plus connu sous le nom de "Cajas de Salud" constitue une autre source majeure de financement des services de soins de santé en Bolivie. Il y a 7 fonds pour la santé et 10 plans intégrés d'assurance, et ensemble ils contrôlent 236 structures avec 3123 lits. Toutes les agences publiques sont obligées par la loi de contribuer à un fonds public pour la santé, alors que les organisations du secteur privé ont l'option de s'affilier à un fonds pour la santé, ou de contribuer à des plans médicaux prépayés au nom de leurs employés. Les taux de contribution aux fonds pour la santé sont fixés à 10% de la masse salariale. Le système de fonds publics pour la santé ne reçoit pas de virements de fonds de la part des Gouvernements National et Municipaux. En 1995, le système de fonds publics pour la santé avait un budget d'environ 108 millions dollars Américains, ce qui représentait une dépense de 67,8 dollars par bénéficiaire potentiel.

En Bolivie l'assurance maladie privée est très peu utilisée. Seule une poignée de sociétés offrent des polices d'assurance maladie, et celles-ci exigent des primes annuelles très élevées. Les programmes prépayés deviennent de plus en plus populaires. Ces programmes exigent un droit d'entrée qui donne au client l'accès à un ensemble de services limités. La prime moyenne par an pour ces centres est de l'ordre de 215 dollars Américains par personne. Les offres les plus courantes sont la gynécologie, les soins prénatals, la dentisterie, et la gériatrie. Ce sont des services de santé à risques bas caractérisés par une demande assez prévisible, aussi bien pour l'utilisateur de services que pour le prestataire de services.

Les cabinets médicaux privés et la médecine prépayée offrent des soins médicaux principalement à la haute et moyenne classe, et se trouvent presque exclusivement dans les zones urbaines. Selon des séries répétées d'études LSMS sur le terrain, les ménages disposant de revenus élevés utilisent les prestataires de services de santé privés dans les zones urbaines. Environ 70% de tous les utilisateurs du secteur privé font partie des 40% les plus riches de la population, alors que 15% seulement font partie des 40% les plus pauvres. Un 43% disproportionné des utilisateurs font partie du cinquième quintile, alors que moins de 5% font partie des 20% les plus pauvres de la population.

Il y a peu d'information disponibles en ce qui concerne les dépenses de soins de santé des ménages payées comptant. Selon l'Enquête sur les Budgets des Ménages (EPF) menée à la Paz, Cochabamba, Santa Cruz et El Alto en 1990, les ménages dépensent environ 45 Bs par mois (14 dollars Américains) sur les soins de santé, ce qui représente moins de 4% du total des dépenses des ménages (Urquiola 1994). Cette proportion varie de 2,4% dans le quintile le plus pauvre (quintile 1) à 4,9% dans le quintile le plus riche (quintile 5). La différence entre quintiles est plus sensible en termes absolus; la dépense moyenne par personne et par mois dans le premier quintile est de 3,11 dollars Américains, alors que dans le cinquième quintile c'est 38,3 dollars Américains. En moyenne, 40% de ces dépenses sont réservés aux médicaments et les 60% restants sont pour les services (figure 6). Ces répartitions sont semblables à celle d'autres pays d'Amérique Latine (OPS/OMS, 1994). En assumant que les ménages dans les plus petites villes et dans les zones rurales dépensent moins que le ménage moyen dans les quatre villes principales, le montant total des dépenses de santé par les ménages en Bolivie peut être estimé dans l'ordre de 375 millions Bs (117 millions dollars Américains).

Les fonds provenant de la coopération internationale jouent aussi un rôle important dans le financement du secteur de la santé, particulièrement en termes d'investissements fixes, et plusieurs grands projets ont été financés à travers ces fonds. Ces projets ont eu un impact important sur la construction de nouveaux centres de santé, et ont généralement amélioré la qualité des soins de santé dans ces centres. Les fonds provenant de l'aide internationale ont contribué pour 27,7 millions dollars Américains par an en moyenne pendant les six dernières années. La Bolivie a une expérience intéressante dans le financement des soins de santé primaires par le secteur privé. PROSALUD est une association privée à but non lucratif qui a vu le jour en tant que projet USAID en Août 1985. PROSALUD offre : (i) des services de santé à la communauté; (ii) du marketing social des produits de santé; (iii) de la formation; (iv) de la recherche appliquée; et (v) de l'assistance technique. Aujourd'hui elle a 28 centres de santé qui servent une population de 300000 personnes. Environ 75% du total des coûts de fonctionnement sont couverts par les fonds PROSALUD générés par le paiement de tarifs hospitaliers. Les 25% restants sont payés sur les revenus générés par le marketing des produits de santé (tels que les contraceptifs, lunettes, etc.). Les activités de formation et de recherche appliquée procurent de maigres ressources supplémentaires. PROSALUD semble être un modèle que l'on peut maintenir pour la prestation de services de soins de santé primaires complets et continus à travers des structures décentralisées, à buts multiples, et à demeure.

La Bolivie a récemment initié un programme d'Assurance Nationale pour la Mère et l'Enfant au bénéfice des femmes en âge de procréer et les enfants de moins de cinq ans. L'assurance couvre les soins de maternité et les complications qui pourraient résulter de la grossesse et de l'accouchement. Elle couvre aussi les

enfants de moins de cinq ans dans le cas de maladies diurétiques et d'infections respiratoires aiguës. Le programme est financé partie par les fonds du Trésor Public, et partie par les fonds de participation que les municipalités reçoivent du Trésor Public. Les prêts et les dons faits par l'aide internationale couvrent l'infrastructure, les équipements, la formation, les coûts d'exploitation et d'évaluation. L'estimation du coût total du programme d'assurance est de 14,1 millions de dollars Américains par an.

Plusieurs leçons peuvent être tirées de cette étude. D'abord, compte tenu de la nouvelle structure de financement des services publics, combinée à la stricte discipline fiscale mise en place depuis 1985, une augmentation dans les dépenses du Gouvernement Central en matière de santé est peu probable. Le Gouvernement est entrain de prendre d'importantes mesures pour augmenter les recettes fiscales, en améliorant et en appliquant les mécanismes de perception d'impôts, mais cette augmentation va probablement réduire le déficit fiscal au lieu d'augmenter les dépenses. Deuxièmement, grâce à la Participation Populaire, les Gouvernements Municipaux ont maintenant une responsabilité première dans le système des soins de santé qui, combinée à une plus grande pression sociale au niveau local, va probablement résulter en augmentation des recettes fiscales au niveau local, et va probablement réduire le déficit fiscal au lieu d'augmenter les dépenses. Toutefois, compte tenu de la négligence traditionnelle dans tous les services publics dans la plupart des municipalités, une part seulement de cette augmentation des revenus va aller aux soins de santé. Troisièmement, une proportion importante des utilisateurs des structures publiques de santé dans les zones urbaines (SNS et fonds pour la santé) fait partie des quintiles ayant les revenus élevés et pourrait payer des frais augmentés pour les services utilisés. Simultanément, les patients ayant les revenus élevés qui ont le droit d'utiliser les structures faisant partie des fonds publics pour la santé choisissent en réalité des prestataires de services privés.

Nos conclusions suggèrent que les problèmes de justice et d'efficacité dans le système de santé publique Bolivien peuvent être mieux résolus en rationnant le service de santé sur la base du revenu. Il y a aussi des possibilités d'élargir la base pour la contribution aux fonds publics pour la santé (médium et large firmes privées, de même que les micro-entreprises et le secteur informel) qui, combinées à un meilleur rationnement des utilisateurs, augmenteraient de façon significative l'accès des pauvres aux soins de santé, notamment dans les zones urbaines. De même, le gouvernement devrait chercher différents moyens de rendre les structures financées sur les fonds publics pour la santé, plus accessibles aux pauvres des zones rurales. Aussi, il est recommandé que la structure actuelle de financement (qui sépare les coûts de personnel et les investissements et autres coûts récurrents) soit évaluée avec attention sur le plan de l'efficacité et de la pérennité du système de santé. Les strictes contraintes fiscales du Gouvernement Central vont limiter le montant des coûts en personnel qui peut être supporté par l'état, et les Municipalités devront

trouver des sources de financement alternatives pour couvrir ces coûts en personnel, comme par exemple augmenter les tarifs aux structures de santé locales.

L'expérience Bolivienne fournit plusieurs leçons importantes aux autres pays ayant l'intention de décentraliser leurs secteurs de santé de façon certaine. La décentralisation propose un cadre de motivation plus efficace pour les services publics de santé, et elle recommande plus d'attention à l'égard des finances, du contrôle de qualité, et de la définition des priorités, bien qu'il y ait toujours des chances que les priorités nationales de santé puissent être négligées.

La décentralisation encourage aussi les décideurs locaux à chercher des sources de fonds alternatives pour financer la santé. Cela peut signifier des tarifs plus élevés, des impôts spécifiques, ou d'autres contributions obligatoires mises en place localement. L'expérience Bolivienne souligne aussi l'importance de définir avec précaution les responsabilités financières des gouvernements central et locaux, car une séparation technique stricte des articles budgétaires par source de financement peut résulter en un amalgame excessif de différents facteurs nécessaires pour la prestation des soins de santé.

# La Mobilisation des Ressources au Sri Lanka

Par Ravindra Rannan-Eliya et Nishan de Mel

## Sommaire

Le Sri Lanka a une importance particulière pour ceux qui examinent les problèmes de savoir comment mobiliser les ressources dans les pays en développement afin d'atteindre les objectifs stratégiques de l'USAID en matière de santé, de population, de démocratie et de développement durable. Avec un niveau de revenus de 650 dollars Américains par personne seulement, le Sri Lanka a abaissé son taux de mortalité infantile à 17 et celui de la mortalité juvénile à 19, son taux total de fertilité en dessous du niveau de substitution (plus bas que les Etats -Unis), et a élevé l'espérance de vie à la naissance à 73 ans. Cela montre que les pays à faible niveau de revenus peuvent réduire les taux de mortalité et de fertilité pour les ramener au niveau de ceux des pays développés, même dans des conditions de guerre civile prolongée, pourvu que l'ensemble du système de mobilisation des ressources soit fondamentalement fiable et durable. C'est le seul pays à faibles revenus où l'AID a éliminé progressivement toute assistance en matière de santé et de population dès lors que les objectifs stratégiques ne sont plus applicables, et c'est le plus pauvre pays qui ait jamais atteint un taux de fertilité en dessous du niveau de substitution. Sa stratégie de mobilisation des ressources a contribué grandement aussi à améliorer la sécurité sociale de ses citoyens les plus démunis ainsi qu'à l'établissement et au maintien d'un gouvernement démocratique.

Les ressources mobilisées pour le secteur de la santé ont été modestes, en moyenne 3,0-3,4% du Produit Intérieur Brut (PIB) pendant les cinquante années passées. Le Sri Lanka a terminé sa transition en matière de santé il y a juste cinquante ans, mais il a maintenu le total de ses dépenses nationales en matière de santé à moins de 8 dollars Américains par personne et par an, moins que dans les pays ayant 75% de la population d'Afrique Sub-Saharienne.

Au total, le montant des dépenses publiques en matière de santé tourne en moyenne autour de moins de 2% du PIB et 5 dollars Américains par personne par an, en dessous des 13 dollars Américains de la proposition de rentabilité de la Banque Mondiale concernant les services de santé de base. Malgré cela, il est

démontré que les services modernes de santé étaient nécessaires pour améliorer la santé, complétant ainsi d'autres actions publiques telles que l'éducation de la femme au lieu de les augmenter.

Le Sri Lanka est parvenu à ce résultat par le moyen d'une stratégie de mobilisation des ressources utilisant les fonds publics et privés disponibles d'une manière efficace, efficiente, équitable et durable, assurant ainsi le maintien des coûts unitaires en général à des niveaux bas. Il utilisa toutes les méthodes clés de mobilisation des ressources, mais en fin de compte celles qui sont les plus importantes et les plus efficaces ont été (I) l'impôt général et (II) les paiements au comptant aux prestataires de services privés.

A la longue, des gains substantiels peuvent être tirés de l'augmentation de la productivité du secteur public plutôt que la tentative d'obtenir des ressources supplémentaires provenant des tarifs publics ou de l'assurance maladie. Ces deux derniers n'ont jamais été capables de produire des ressources significatives, ou si c'est le cas, de le faire de manière efficiente ou équitable.

## **L'impôt Général**

Les recettes fiscales constituaient le mécanisme de financement de base pour les services publics de santé pendant la plupart du temps durant les 2300 années passées. Cette expérience montre que : (i) le financement public est durable quand la culture qui le soutient entretient des attentes sociales concernant la légitimité de l'état à financer les services de santé au profit des individus, et un consensus relatif aux obligations de la société à aider les moins fortunés qui souffrent; et (ii) le financement public de la santé est possible en temps de prospérité économique sur laquelle un effort d'imposition efficace dépend. Depuis les années 20 l'utilisation des recettes fiscales pour la santé a été élastique, la croissance économique s'est toujours traduite par une augmentation des dépenses de santé.

La culture Sri Lankaise admet peut être l'utilisation des fonds publics pour financer la santé, mais le vote est la plus importante variable de son exceptionnelle expérience. Le suffrage universel qui a été introduit en 1931 a obligé les décideurs publics à faire plus attention à l'état de santé de la majorité. Les premiers résultats du gouvernement démocratique étaient constitués par l'introduction de formes progressives d'imposition, comme l'impôt sur le revenu, et les augmentations dans les parts des recettes fiscales et du revenu national allouées à la santé. Les pressions électorales ont sauvé les dépenses en matière de santé pendant les périodes de rétrécissement des recettes fiscales. Depuis 1940, les dépenses publiques en santé ont été maintenues à 1,5 -2,2% du PIB, et ont contribué à hauteur de 60% du total des dépenses en santé dans les années 50, déclinant actuellement à 40%.

Les pressions électorales font que le financement à travers les recettes fiscales est équitable. Les taxes sont souvent indirectes et régressives, mais 30% des dépenses en santé du gouvernement vont aux 20% de la population la plus pauvre comparativement à moins de 10% atteignant les 20% de la population la plus riche.

L'effet exact de ce financement est la redistribution de revenus aux pauvres, et ceci compense les dépenses privées de plus en plus élevées faites par les ménages les plus riches. L'utilisation globale des services de santé est élevée et égale à travers les tranches de salaire.

Deux mécanismes ont abouti à cette justice. D'abord, dans les années 40-50 lorsqu'on créait les infrastructures de santé, la compétition électorale avait forcé les décideurs Sri -Lankais d'accorder une plus grande priorité à l'accès universel aux services de santé plutôt qu'à la qualité de consommation. Les structures de santé étaient largement dispersées, le personnel du Ministère de la Santé n'avait pas le droit de refuser l'admission à n'importe quel patient cherchant un traitement, et les taux d'occupation de plus de 200% étaient officiellement tolérés. Deuxièmement, la qualité technique a été maintenue dans les services publics de santé alors que la qualité de consommation était resté à un bas niveau.

L'existence d'écarts dans la qualité de consommation a poussé les plus riches Sri Lankais à choisir de payer des services privés dans le secteur privé, abandonnant les services publics techniquement appropriés mais d'une qualité de consommation mauvaise aux pauvres. L'auto-sélection assure le ciblage de services sans vérification des moyens en bonne et due forme. La vérification serait inefficace et chère, car les Sri-Lankais sous-estiment naturellement leurs revenus lorsqu'on les leur demande.

Le Sri-Lanka ne vérifie pas les moyens, mais il réalise la répartition des dépenses publiques en matière de santé la plus équitable qu'aucun autre pays en développement n'a jamais connue.

La dépendance sur le financement à travers les revenus de l'impôt général pendant les périodes de rétrécissement des recettes fiscales du gouvernement rend difficile la satisfaction de la demande qui est de plus en plus croissante.

Le Sri Lanka a résolu ce problème, pas en adoptant des mécanismes supplémentaires, mais en réduisant de moitié les coûts unitaires dans le secteur public pendant les années 50-70. L'utilisation annuelle des services du Ministère de la Santé avait augmenté de 1,5 à 2,5 visites en consultations externes par personne et de 8 à 16 admissions par 100 personnes, alors que le financement avec les revenus de l'impôt général était resté constant. Dans l'ensemble les coûts unitaires au Ministère de la Santé sont les plus bas, et sont plusieurs fois plus bas que dans certains pays en développement. La considération de facteurs

politiques et institutionnels suggère que ceci est possible uniquement avec une main d'oeuvre médicale salariée du secteur public, et impossible si les prestataires de services étaient des contractants privés payés sur fonds publics à travers l'assurance ou la capitation.

## Les dépenses au comptant des ménages

Les dépenses au comptant des ménages ont permis un PIB stable de 1,1-1,8% dans les années 50-90. C'est une méthode efficace de procurer des ressources pour les soins de santé primaires dispensés dans le privé, mais pas pour des soins destinés aux hospitalisés et aux malades sérieusement atteints. C'est volontaire et par conséquent ne présente aucune difficulté politique contrairement aux tarifs hospitaliers. Dans les années 50-60, les dépenses des ménages allaient la plupart du temps aux guérisseurs traditionnels, et ainsi avaient très peu d'impact sur la santé. Le système de services de santé gratuits du gouvernement a introduit les Sri Lankais à la médecine moderne, et a finalement provoqué un changement dans la demande de traitement qui s'est déplacée des guérisseurs traditionnels aux prestataires de services privés et modernes. En effet le financement par l'intermédiaire des recettes de l'impôt a changé le marché des soins privés en réduisant le manque d'informations de la part des consommateurs. Aujourd'hui les dépenses au comptant participent pour 80% au total des ressources destinées aux services de soins de santé primaires modernes. Il est démontré que les médecins généralistes opérant dans le secteur privé au Sri Lanka offre des soins de haute qualité, en assurant une partie importante des immunisations, des soins prénatals et postnatals et du traitement des mères et des enfants.

## Les tarifs du secteur public

Des tarifs basés sur les revenus étaient utilisés par le Ministère de la santé avant 1951 pour la mobilisation des ressources. Exception faite quand ils étaient appliqués pour la vente d'une substance qui cause la dépendance (opium), ils ne contribuaient jamais pour plus de 10% au total des coûts récurrents du Ministère de la Santé, exactement moins de 5%. Un recouvrement des créances plus dynamique n'aurait pas procuré plus d'argent du fait que la plupart des gens étaient trop pauvres pour être responsables financièrement. Le système des tarifs hospitaliers n'a pas été couronné de succès quand il fut appliqué sans exemptions basées sur les revenus en 1971-77 par un Ministre des Finances marxiste. Le recouvrement des coûts s'est fait à moins de 3% en moyenne des coûts récurrents du Ministère de la Santé. Ces profits n'étaient pas justifiés par le niveau d'utilisation, qui tomba à 30% dans l'ensemble, surtout parmi les Sri-Lankais les plus pauvres.

Dans le but de protéger les pauvres et de générer d'importantes ressources, un système efficace de vérification des moyens doit être institué. Le Sri-Lanka a beaucoup d'expérience en matière de vérification des moyens pour les allocations de sécurité sociale, mais les méthodes utilisées sont soit inefficaces ou administrativement chères. Il est peu probable que le gouvernement puisse développer un système d'estimation des revenus qui est bon marché, efficace et juste, à moins qu'un développement économique important ait lieu. Quand de telles méthodes sont développées, les recettes fiscales vont procurer plus de revenus et plus de justice que les tarifs hospitaliers appliqués aux personnes malades.

Le système de tarifs hospitaliers est politiquement sensible. Son introduction en 1971 a provoqué la défaite du gouvernement aux élections. Le gouvernement nouvellement élu a gagné d'importants supports politiques pour son programme de libéralisation économique, en abolissant le système de tarifs hospitaliers. Les sondages d'opinion montrent que 75% des Sri Lankais désapprouvent toute politique prônant l'application du système de tarification hospitalière dans les structures du Ministère de la Santé. L'opposition est encore plus grande pour les tarifs d'hospitalisation que pour ceux des consultations externes. Plusieurs personnes sont prêtes à payer leurs soins privés ou à supporter une économie de marché, mais elles pensent qu'il est important d'avoir un système de santé gratuit accessible à tous. Les électeurs Sri Lankais montrent une grande solidarité sociale concernant ce problème, et semblent être plus proche des Européens de l'Ouest que des Américains dans leurs attitudes. Pour un régime Sri Lankais qui tenterait des réformes économiques de marché, introduire un système de tarification hospitalière apparaît peu probable pour procurer des profits économiques qui justifieraient les coûts électoraux qui y sont associés.

## L'assurance privée et les plans proposés par les employeurs

L'assurance privée et les soins assurés par l'employeur couvrent moins de 2% de la population Sri Lankaise, et participent pour une proportion similaire au total des dépenses nationales en matière de santé. Le marché de l'assurance maladie est restreint, mais est très compétitif avec la présence de plusieurs prestataires de services. La principale gêne à développer un plus grand rôle de ce marché est la taille limitée du secteur formel du travail dans une économie à prédominance rurale et pauvre.

L'analyse des données en matière d'assurance montre que la majorité des bénéficiaires de la mobilisation des ressources à travers l'assurance sont les adultes en âge de travailler employés officiellement. Il y a aussi une forte tendance urbaine, avec plus de 90% des bénéficiaires habitant Colombo. L'assurance maladie privée fait très peu pour mobiliser des ressources pour les vieux, les pauvres, les chroniquement malades et la population rurale. Elle

semble être aussi un mécanisme de mobilisation inefficace, avec presque 40% du total des primes allant dans les coûts administratifs et dans les profits des compagnies d'assurance. Pendant les années 1993-5, il y avait une escalation des prix provoquée par l'assurance dans le marché des consultations externes pour assurés. Cela montre que la plupart des ressources supplémentaires mobilisées à travers l'assurance contribuent à des profits plus élevés de la part des prestataires de services et non à une plus grande utilisation des services.

L'assurance maladie privée peut être profitable au secteur de la santé, si elle transfère les patients des structures du Ministère de la Santé au secteur privé, libérant ainsi des ressources pour d'autres patients. Toutefois, de tels gains semblent être minimes, car le prix des services privés dans le marché de l'assurance est plusieurs fois plus élevé que le coût des mêmes services dans le secteur public. De façon plus inquiétante, la répercussion finale sur la mobilisation des ressources peut être négative. La conséquente prime à l'impôt par bénéficiaire pour certains plans est déjà plus élevée que les dépenses de santé du gouvernement par personne, ainsi les économies nettes sur les coûts réalisées par le Ministère de la Santé peuvent être plus basses que la perte de revenus connue par le gouvernement.

## Leçon pour les autres pays

Le faible niveau de revenus et les contraintes fiscales ne sont pas des obstacles pour améliorer la santé. Le faible niveau de mortalité et de fertilité ainsi qu'une infrastructure sanitaire correcte peuvent être obtenus dans certains pays en dépensant beaucoup moins que le coût minimum de 13 dollars Américains proposé. Devant l'augmentation de la demande en services de santé et les contraintes fiscales, les décideurs ne devraient pas penser que la mobilisation de ressources supplémentaires est la seule solution. Dans les mêmes circonstances le Sri Lanka a trouvé que l'augmentation de la productivité dans le secteur public procure plus que probablement des mécanismes de mobilisation de ressources alternatifs. Quand on mobilise les ressources pour la santé, les recettes fiscales deviennent le mécanisme le plus important disponible aux gouvernements.

Quand cela fonctionne bien, les systèmes de santé financés à travers l'impôt général peuvent être plus équitables et efficaces que n'importe quelle alternative, et vont redistribuer d'importants revenus aux pauvres, même avec un impôt régressif. Maintenir les services publics de santé à de bas niveaux de qualité de consommation peut promouvoir la justice avec un secteur privé persuadant les individus les plus riches à chercher un traitement dans le privé. Puisque les pays pauvres n'ont jamais assez de ressources pour couvrir tous les besoins en soins de santé, il est plus juste de persuader les plus riches de payer leur propre traitement. Des trois options de financement privé (paiement direct des prestataires de services privés, tarifs hospitaliers du secteur public et

assurance maladie privée), le Sri Lanka a trouvé que les dépenses au comptant dans le secteur privé est la meilleure. Contrairement au système de tarifs hospitaliers, cette option est volontaire et ainsi ne provoque pas de contentieux politique, de même elle protège les pauvres car il n'ya pas un besoin de les identifier. Contrairement à l'assurance, elle ne conduit pas à des problèmes d'escalation des coûts dans le secteur privé, et n'entraîne aucun coût supplémentaire tels que les dépenses d'administration ou la réglementation publique des compagnies d'assurance.

Le système de paiement au comptant fonctionne mieux pour ce qui concerne les soins de santé primaires, où les consommateurs ont probablement plus de chance de connaître une variété de services et de prestataires de services. Les ménages peuvent payer la plupart des consultations externes dans les soins de santé primaires, mais ils sont incapables de payer les soins pour maladies graves, tels que le traitement de malades hospitalisés. Comme l'assurance privée n'était pas une option fiable et que la bienfaisance privée était insuffisante, le Sri Lanka avait fait recours à l'impôt général pour le traitement des malades hospitalisés. Plus tard, comme les gens étaient informés de la médecine moderne, le Sri Lanka a trouvé que les soins de santé primaires peuvent être suffisamment financés principalement à travers le système de paiements au comptant, mais que le traitement des malades des hospitalisés nécessite un financement public continu. Le Sri Lanka a trouvé que le fait d'utiliser les fonds publics pour la prestation de services hospitaliers et les fonds privés pour les soins de santé primaires, était à terme la solution la plus raisonnable pour financer les soins de santé. Ceci peut être contraire à la sagesse populaire, mais les autres pays devraient comprendre que de tels aménagements existent et peuvent marcher.

# Etude des Stratégies de Mobilisation des Ressources dans le Secteur de la Santé: Le Cas du Sénégal

Par Moustapha Sakho en collaboration avec Malick Cisse, Laurence Codjia et Soumaïla Compaore

## Sommaire

### 1. Données générales

- Le Sénégal, pays classé dans la catégorie des pays à faible revenu avec un PNB par habitant de 600 dollars des Etats Unis en 1994, a connu des performances économiques modestes jusqu'à une date récente.

Grâce à la poursuite des réformes nécessaires à la stabilisation du cadre macro-économique et à une politique budgétaire rigoureuse mise en œuvre depuis le plan d'urgence d'Août 1993, des résultats encourageants ont été obtenus. En particulier, le taux de croissance du PIB est passé de 2 % en 1994 à 4,5 % en 1995 ;

### 2. Méthodologie de l'étude

Conformément aux termes de référence, il s'agit essentiellement d'une recherche documentaire. Cependant des entretiens et quelques collectes et traitements statistiques ont été nécessaires pour améliorer l'analyse.

### 3. Résultats de l'étude

#### *3.1 Mécanismes de mobilisation des ressources*

Ces mécanismes varient en fonction de la source de financement concernée.

- Les ressources de l'Etat proviennent du budget. Le budget du Ministère de la Santé est déterminé suite à un arbitrage effectué par le Ministère de

l'économie et des finances entre les différentes sollicitations de l'ensemble des Ministères. Il a tendance à être reconduit d'année en année moyennant quelques rares mesures nouvelles. Aucune référence en termes de mécanisme n'existe entre les ressources affectées à la santé et les recettes de l'Etat.

- S'agissant de l'Assistance extérieure, elle a tendance à s'orienter vers la santé de base, l'Assistance technique et l'investissement.
- Pour ce qui est du paiement par les usagers, il s'effectue principalement à travers deux mécanismes : le paiement direct qui se fait soit à un taux forfaitaire, soit au coût réel d'une part et l'Initiative de Bamako d'autre part. Le paiement direct s'adresse aussi bien aux structures sanitaires privées à travers leurs tarifs affichés qu'aux services de santé publics à travers la participation financière des populations.
- Les mutuelles et le financement à base communautaire ont en commun le fait que la mobilisation des ressources est obtenue grâce à l'engagement de leurs membres ayant en commun des problèmes de santé qui leur sont spécifiques. Toutefois, là où les adhérents de la mutuelle espèrent tirer un bénéfice direct et personnel de leur action, les acteurs du financement communautaire oeuvrent pour toute la communauté même si c'est souvent indirectement pour eux-mêmes.
- S'agissant des assurances, les mécanismes sont connus : on se rappellera pour mémoire qu'il existe un système d'assurance obligatoire découlant du statut de salarié et un système d'assurance volontaire ne faisant pas référence à la qualité de salarié et obéissant au principe du respect de la liberté de chacun.

### 3.2 Analyse

1. Au plan de l'importance des ressources mobilisées à travers les diverses stratégies, il est à noter que le paiement par les usagers occupent la première place, correspondant parfaitement aux choix politiques du Gouvernement et de ses principaux partenaires au développement.

Une source naissante, en l'occurrence, les mutuelles se caractérisent par un important dynamisme dans la création et le développement de l'assurance volontaire.

2. En ce qui concerne l'évolution des diverses stratégies de mobilisation, on constate qu'elle a été favorable pour tous les types, sauf pour l'assurance maladie commerciale et les ressources extérieures. Pour le budget du Ministère de la Santé, il faut rappeler qu'il a connu une baisse relativement au budget général de l'Etat, même si en valeur absolue, on

constate l'augmentation des crédits. Le paiement par les usagers a été amplifié depuis 1991 avec l'introduction de l'Initiative de Bamako dans les services publics de santé et dans les postes de santé privés catholiques.

3. Sous l'angle de l'efficacité et de la pérennité, le paiement par les usagers semble offrir les meilleures perspectives malgré de nombreux efforts nécessaires pour rendre cette stratégie plus équitable et plus en adéquation avec les possibilités des populations. Les mutuelles et le financement à base communautaire, qui peuvent puiser dans les valeurs sociales de solidarité encore présentes dans les sociétés sénégalaises, pourraient constituer d'importants gisements en matière de financement de la santé, si leur développement s'inscrit dans un cadre de gestion rigoureuse et transparente.

## Recommandations

Les difficultés rencontrées au cours de l'étude et les résultats auxquels nous avons abouti, nous permettent naturellement de formuler un certain nombre de recommandations pour d'une part, tirer le plus grand profit de l'étude et d'autre part, prendre toutes les dispositions utiles pour éviter de telles difficultés à l'avenir.

1. Dans les pays en développement le temps est un facteur à prendre en compte pour les études, du fait d'un système de classement et d'archivage parfois déficient.
2. Cette étude aurait dû être accompagnée de plusieurs enquêtes parce que les informations contenues dans les documents sont lacunaires. Par exemple, il y a très peu d'informations financières globales relatives à la participation à base communautaire (associations villageoises, religieuses, etc), aux mutuelles, aux collectivités locales et aux ONG.

Une étude d'envergure mériterait d'être réalisée pour obtenir des informations plus détaillées et plus complètes sur les ressources mobilisées à partir de chaque source avec des indications précises sur les mécanismes mis en œuvre.

L'élément novateur de cette étude devrait être d'établir un lien étroit entre chaque source et les mécanismes de mobilisation la concernant. Cette étude permettra d'apprécier la capacité des ménages à continuer à supporter les charges qui leur sont adressées.

3. Pour éviter de perdre les bénéfices de cette étude, les parties impliquées (Ministère de la Santé, le CESAG, DDM) gagneraient à bâtir un mécanisme qui produise régulièrement des informations sur le système financier du secteur de la santé.

4. Si on veut que le financement de la santé atteigne les proportions requises pour faire face au minimum de besoin, il faut que l'Etat fasse un effort pour atteindre 7 à 9 % du budget général, concrétisant ainsi, le premier signe de sa volonté politique de considérer la santé comme une priorité.
5. Comparativement, les sources les plus prometteuses sont celles qui impliquent une responsabilisation croissante des populations ; en particulier celles qui comportent les valeurs de solidarité de la société Africaine.
6. Dans l'esprit de la recommandation précédente les performances des sources de mobilisation seront inséparables de la rigueur et de la transparence avec lesquelles les ressources mobilisées seront gérées.
7. Alléger le cadre juridique des mécanismes de mobilisation des ressources financières en vue de les rendre plus efficaces. En particulier, il est souhaitable qu'un cadre juridique souple intervienne pour soutenir le mouvement naissant des mutuelles.
8. Analyser la question du financement en terme de viabilité de l'ensemble du secteur de la santé.
9. A défaut d'application des textes qui existent sur la tarification des prestations du secteur privé, il convient de déréglementer pour instaurer une saine concurrence.

## Méthodologie

L'analyse documentaire et les entrevues sont les méthodes adoptées pour l'étude des stratégies de mobilisation des ressources financières dans le secteur de la santé au Sénégal.

Le choix de ces approches et la grille d'étude ont été fondés sur les termes de référence fournis par le commanditaire.

L'étude a donc démarré par l'inventaire des différentes sources de documentation et une stratégie d'approche a été définie. Ensuite l'équipe a procédé à l'identification des Institutions et des informateurs clé susceptibles d'orienter la recherche documentaire. Ainsi, ont été ciblés les bailleurs de fonds (USAID, Banque Mondiale, Coopération française), les Ministères (MSAS, MTE et MEFP), les Institutions de prévoyance sociale (IPRES, CSS, etc...).

La collecte des documents de base a été la première étape du travail sur le terrain. Ce travail de collecte s'est accompagné d'entretiens avec les informateurs clé. Ces derniers ont été sollicités pour étoffer l'inventaire initial

des documents de base.

La deuxième étape du travail a consisté à élaborer une grille d'exploitation des documents collectés (grille de lecture) et s'est prolongée avec l'organisation d'entrevues avec des personnes ressources préalablement identifiées. Ces entrevues ont permis d'approfondir les connaissances des membres de l'équipe sur les questions traitées, et dans certains cas de valider des informations contradictoires relevées dans les documents de base.

Une grille d'interprétation des informations reçues a été élaborée sur chacune des stratégies de mobilisation des ressources.

Une collecte et des traitements de statistiques ont été nécessaires pour compléter ou mettre à jour certaines informations parcellaires ou trop anciennes.

Il convient de noter que l'une des difficultés majeures de cette étude est la grande variabilité des données statistiques portant sur un même sujet, durant une même période, dans des documents officiels.

Avant toute rédaction l'équipe a convenu d'une grille de rédaction après analyse, à nouveau, des termes de référence. A cet égard, le lecteur relèvera sûrement des différences de style dans diverses parties du texte, toute l'équipe s'étant engagée dans la rédaction.

## Limites

Une étude sur un thème aussi complexe que le financement de la santé peut parfaitement présenter des limites.

Ces contraintes, dans le cas d'espèce, sont liées à la nature même de l'étude (recherche documentaire) mais aussi aux supports nécessaires pour la fiabilité de l'étude, (données de base).

Des limites spécifiques méritent d'être notées :

1. Risque de confusion lors de l'analyse, du fait de l'absence de différenciation, dans le listing des termes de référence entre les sources et les mécanismes.
2. Le temps à consacrer à la localisation et à la collecte de documents renseignant les différents sources et mécanismes n'est pas en adéquation avec la masse de travail à effectuer.
3. La fiabilité des informations contenues dans la plupart des documents n'est pas toujours évidente. Ce qui a obligé l'équipe à sélectionner et à interviewer des personnes ressources pour validation.

4. Quelquefois l'information était partielle obligeant l'équipe à procéder sous la contrainte majeure du temps, à une collecte de statistiques et de données complémentaires.
5. L'équipe a été parfois confronté à la réticence des personnes ressources à communiquer les documents.
6. La grille d'analyse et de rédaction proposée dans les termes de référence nécessite des informations qui sont rarement disponibles sous la forme voulue.
7. D'importantes études sont en cours de réalisation mais l'équipe n'a pas pu disposer des résultats préliminaires.
8. Les informations chiffrées pour renseigner certains points des termes de référence sont introuvables ou inexistantes.