

Situation macro-économique et système de la santé au Kosovo

Une vue d'ensemble

Jens Holst

Extraits du rapport d'évaluation de la part du Ministère des Affaires
Étrangères de Luxembourg

Auszüge aus /
Extracts from /
Extraits de /
Pjesë nga



TRADUCTION FRANCAISE

Evaluation des activités de la Coopération au développement luxembourgeoise dans le secteur de la santé au Kosovo

Rapport final

Version du 15/05/07

Mission au Kosovo : 5 – 25 février 2007

Jens Holst
Alfons Fuchs
Anton Berishaj

Documentation
par extraits avec
l'aimable auto-
risation du
Ministère des
Affaires Étran-
gères de Grand
Duché de
Luxembourg

Version originale en Allemand, traductions disponibles en Français et Albanais

InSyDe Information, Systèmes et Développement, sàrl
31, Boulevard Grande Duchesse Charlotte
L-1331 Luxembourg

6. La situation macro-économique

Si, au milieu du 20^e siècle, le Kosovo vivait en prépondérance de l'agriculture, il s'y est produit, pendant son appartenance à la République Fédérale Socialiste de Yougoslavie, une industrialisation progressive avec établissement d'un secteur minier. Au cours des années 1990, le conflit d'indépendance provoqua une régression sensible des activités économiques et un retour en majeure partie à l'économie agricole. A partir de 1999, le Kosovo a connu une abondance d'arrivée de moyens des communautés exilées et de l'aide massive à la reconstruction ainsi que du transfert de revenus de la Communauté Internationale, en prépondérance de la part de l'UNMIK et de la KFOR. Ceci a eu comme conséquence une croissance économique temporaire de 21% jusqu'à la fin 2001. En 2002 et 2003, la performance économique du Kosovo a regressé de 0,1 et de 0,5% respectivement (Banque Mondiale 2006, p. 3). En 2004 l'instabilité de l'économie kosovare s'est à nouveau révélée: l'augmentation de 20% des salaires et traitements, indispensables pour une stabilité politique et sociale, a provoqué des goulets d'étranglement importants et a généré un déficit budgétaire de 5,4 % du PIB (ibid., page 5).

Tableau 5: Budget 2005¹¹

Budget 2005¹²	
Revenue	641,9
Tax Revenue	544,4
Tax on Income	77,1
Profit Tax	37,2
Presumptive Tax	21,0
Wage Tax	18,9
Tax on Consumption	415,5
VAT	228,0
Imports	179,5
Domestic	48,5
Excise	187,5
Tax on International Trade	62,8
Customs Duties	62,8
Other taxes (offences + penalties)	3,6
Refunds of Taxes	-14,6
Non-tax Revenue	56,2
Municipal Own Source Revenue	34,8
Telecommunication license	6,5
Expenditure¹³	726,8
Central Government	542,4
PISG	330,7
RPA	211,7
Municipalities	172,4
Grants	126,8
Own source revenue ¹⁴	45,6
Designated Donor Grants ¹⁵	not avail.
KCB loans to KEK and Airport	22,0
Overall Balance	-94,9
Financing	94,9
Designated Donor Grants ¹⁵	not avail.
Undesignated Donor support ¹⁶	0,00
Change in Bank Balances	94,9
Memo Item "Retained Earnings" ¹⁷	76,2

Source: PISG/World Bank 2007 (Schedule 1 Ang)

¹¹ Remarque: le total peut varier du fait des arrondissements

¹² Excluding: (a) Public investment program financed by Donors; (b) Public money held by KTA in relation to its administration of SOE's and any payments from the KTA charter capital.

¹³) a) As appropriated in Schedule 2, Tables A, B & C; b) Excluding expenditure of central government own source revenues and designated donor grants.

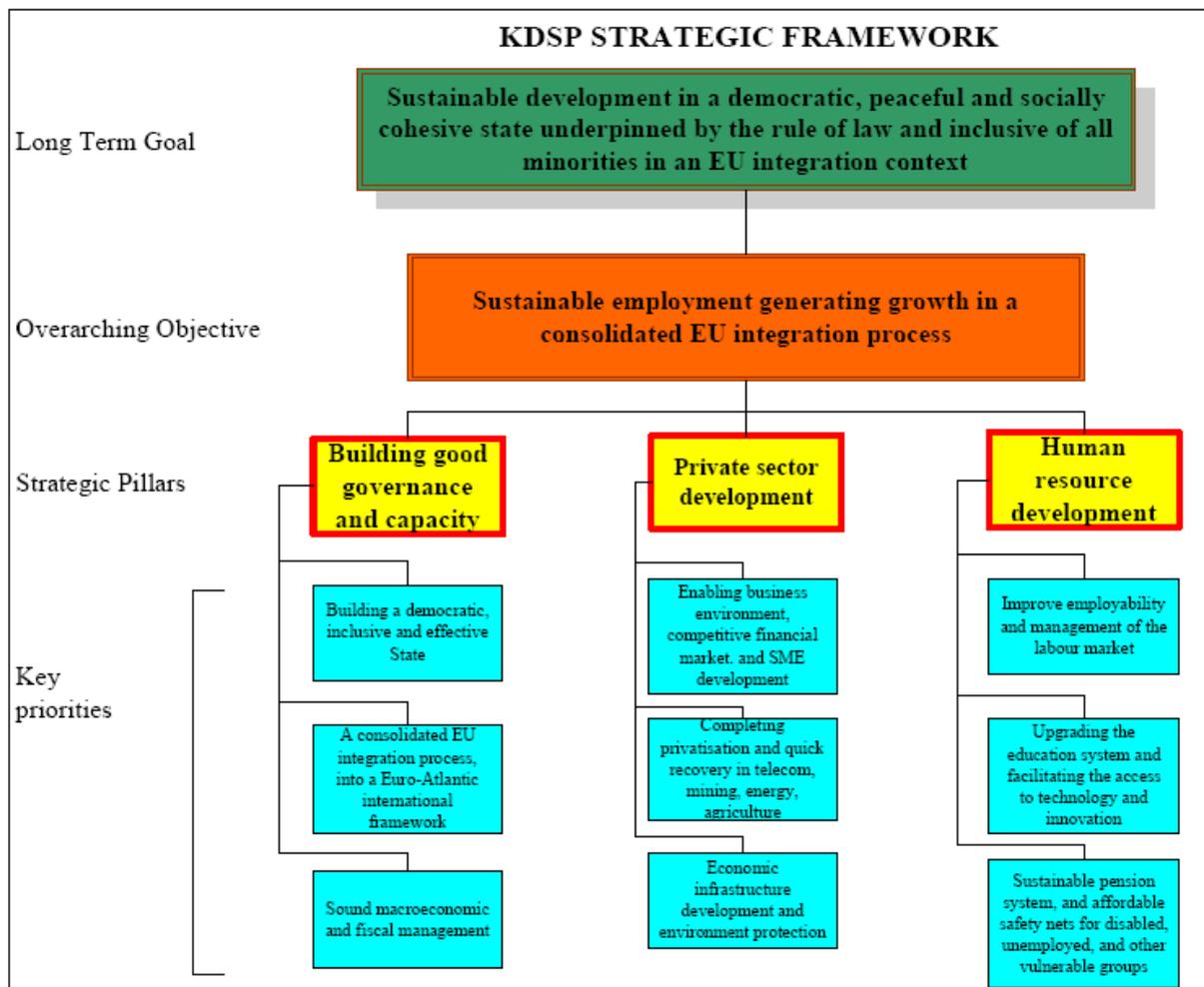
¹⁴) Including unspent municipal own-source revenues carried forward from 2004 (Euro 10.8 million). b) Excluding education fees and health care co-payments. c) Central Government own-source revenues are carried forward according to the financial situation.

¹⁵ Designated donor grants are automatically appropriated and funds allocated as received, with unspent funds carried forward each year.

¹⁶ No general budgetary support by donors is forecasted for 2005.

¹⁷ a) Including unspent municipal own-source revenues carried forward from 2004 (Euro 10.8 million), b) Excluding education fees and health care co-payments, c) Central Government own-source revenues are carried forward according to the financial situation.

Malgré une certaine augmentation des activités économiques et de l'emploi formel l'établissement d'un système économique performant et durable semble être un travail d'Hercule dans les conditions actuelles. Jusqu'à présent l'amélioration visible de l'infrastructure était en grande partie due à l'aide à la reconstruction et au développement de la Communauté Internationale, en tout premier lieu de l'Union Européenne et de ses états-membres, ainsi qu'à celle des États Unis et des différentes organisations de l'ONU. La locomotive du développement économique était représentée par des retransferts de fonds des Kosovars à l'étranger et par leurs investissements prudents qui ont cependant eu lieu dans un espace en majeure partie non réglementé légalement et non coordonné. Il n'y a pas qu'en ce qui concerne les initiatives économiques légales et moins légales du Kosovo qu'existe une méconnaissance importante, ceci s'applique également aux bases élémentaires des planifications aux niveaux économique et sociopolitique. C'est ainsi que divers intérêts ont jusqu'à présent empêché la tenue d'un recensement dans cette région relativement peu étendue, et il manque, de la même manière, des évaluations fiables relatives à la structure des âges, à l'emploi, aux taux de dépendance et aux situations des revenus.



Source: PISGK/UNMIK 2006, p. 20.

Selon les évaluations de la Banque Mondiale, près de la moitié de la population active est au chômage, une partie de ce groupe travaillant de manière saisonnière et informelle, et près d'un tiers des Kosovars ne disposant pas d'une activité professionnelle. Près de 37% de la population vit sous le seuil de pauvreté qui est de 1,42 EUR par jour, et 16% sont même considérés comme extrêmement pauvres (Banque Mondiale 2006b₁, p. 5; Banque Mondiale 2006c, p.

17). Le revenu per capita au Kosovo était en 2003 de 755 EUR, et donc inférieur au niveau de toutes les autres régions des Balkans.¹⁸ Comme à l'habitude, ce type d'évaluation manque d'analyses de la répartition des revenus qui est, selon les observations d'experts internationaux, actuellement très inégale et qui présente une tendance marquée à l'accroissement des inégalités. La disparité des revenus s'accroît de plus en plus et n'est pas uniquement due à la différence ville-campagne et aux accès différents aux virements en provenance de l'étranger, mais qui est également dû aux structures de puissances politiques ou économiques existantes. Elle revêt une grande importance pour le développement social et en particulier pour la structure future des systèmes sociaux.

Les perspectives économiques du Kosovo sont basées en tout premier lieu sur des ressources souterraines très importantes, la planification stratégique actuelle accordant une importance particulière à la houille en tant que matière première non renouvelable pour la production d'énergie électrique. Le Kosovo possède également des gisements de nickel et d'autres métaux adaptés à l'extraction, à l'exportation et, le cas échéant, à la transformation. Il paraît cependant douteux que ceci soit suffisant pour une croissance économique pérenne et consolidée

Tableau 6: Indicateurs de croissance et emploi, sur la base du scénario de réforme

Growth and employment indicators, according to the Reform-Driven Scenario			
	2006	2009	2013
GDP (M Euros)	2,393	2,518	3,100
GDP per capita (Euros)	1,137	1,138	1,310
Consumption (M Euros)	2,260	2,392	2,807
Investment (M Euros)	655	828	1,328
Government revenue (M Euros)	682	724	995
Government expenditure (M Euros)	681	751	985
<i>Growth rates</i>			
	2007-9	2010-13	2007-13
GDP average real growth	2.4%	5.7%	4.3%
GDP p.c. average real growth	0.0%	3.6%	2.1%
Investment average growth	9.2%	12.3%	11.0%
<i>Employment</i>			
	2006	2009	2013
Total Population (x 1000)	2033	2067	2287
Employment (x 1000)	454	467	558
Unemployment (x 1000)	180	180	179
Unemployment rate*	28.4%	27.9%	24.4%
<small>*IMF estimates. Applying different methods the estimates may increase at 45%</small>			

Source: PISGK/UNMIK 2006, p. vii.

sur les ressources du sous-sol, sur la production d'énergie électrique fossile pour le marché régional et sur une relance de l'agriculture. Il serait également envisageable qu'avec le faible coût du travail, le Kosovo se développe pour devenir un pays à bas salaires proche des marchés européens, cette perspective n'est cependant pas encore apparue dans le débat. Il faut dans tous les cas partir du fait que le Kosovo continuera à être à la remorque de l'UE pendant de longues années, et qu'il continuera à s'alimenter à partir du budget de la Communauté pour obtenir des moyens sûrs et stables dans le temps.

¹⁸ A l'exception de la Moldavie, qui ne disposait que de 364 EUR per capita; le revenu per capita était p. ex. pour la Bosnie et Herzégovine de 1.300 EUR, de 1.470 EUR en Albanie et même de 4.790 EUR en Croatie (Banque Mondiale 2006c, p. 17).

L'espoir exprimé partout voulant que la relance verrait le jour d'elle-même et de manière inéluctable après obtention de l'indépendance est beaucoup plus basé sur un désir et des hypothèses à caractère politique. Le fait de savoir cependant si les investissements des Kosovars de l'étranger et des entreprises internationales augmenteront aussi nettement que ceci est anticipé, et que le Kosovo aurait à ce moment l'accès désiré aux crédits internationaux est loin d'être chose faite. Jusqu'à présent les experts économiques locaux et internationaux, y compris la Banque Mondiale, misaient en prépondérance

7. Le système de la santé au Kosovo

Sur la base de la tradition de la République Fédérale Socialiste de Yougoslavie, il existe au Kosovo, comme dans toute la région jusqu'à présent un degré élevé de médicalisation et une tendance marquée à l'hospitalisation. Du fait qu'une majeure partie des problèmes de santé peut être réglée, au premier niveau de soins, le soin ambulatoire non stationnaire offre des avantages certains en matière d'efficacité et de coût. Depuis la fin du conflit armé, le secteur de la santé dans l'ex-province yougoslave du Kosovo est confronté à des problèmes importants. Une discrimination de plusieurs années dans le secteur des soins de la santé à domination serbe a provoqué une pénurie d'expérience professionnelle pratique des médecins et des personnels soignants albanais-kosovars, a gêné leur accès à de nouvelles méthodes de traitement et de manière générale ne leur a pas permis de s'aligner aux standards internationaux. Après une décennie sans investissement, entretien ou rénovation, l'infrastructure était en majeure partie obsolète et usée.

En outre, depuis les années 1990, la population albanophone avait évité les institutions de santé car elle craignait d'être discriminée par le personnel en majorité serbe. L'OMS est présent au Kosovo depuis 1998 et s'occupe en priorité de l'infrastructure, de la planification et de la politique de la santé. Après le conflit de l'indépendance, une demande croissante s'est confrontée à une offre de soins insuffisante. Dans le cadre de son engagement global en faveur du Kosovo, la communauté internationale s'est efforcée à partir de 1999 de contribuer à la réduction des goulets d'étranglement importants augmentés encore par le retrait total du personnel non albanais. Pour pallier ce manque et également en vue de satisfaire les attentes exprimées, un engagement non contrôlé de personnel a eu lieu après le conflit armé. Les relations personnelles étaient le premier critère de base pour le recrutement de personnel d'encadrement, les personnels moyens et les personnels techniques.

Les conséquences de cette politique clientéliste continuent à influencer le travail du secteur kosovar de la santé. Les médecins en chef ne sont pas toujours les plus qualifiés, et l'éthique du corps médical laisse de manière globale à désirer. Compte tenu d'un salaire mensuel de 200 EUR pour les médecins généralistes et de 250 EUR pour les médecins spécialistes, la recherche de recettes supplémentaires par paiement direct des patients pour certaines prestations, pour des temps d'attente réduits ou d'autres traitements préférentiels est compréhensible. L'ouverture d'un cabinet privé où il est possible de gagner environ le quadruple de ce que l'on gagne dans le service public est une option attrayante, d'autant plus qu'un engagement simultané à l'hôpital fournit la possibilité de canaliser les patients vers son propre cabinet. Une bonne formation du personnel recèle en particulier le danger de voir un exode des médecins vers le secteur privé.

Caractéristiques fondamentales du secteur de la santé au Kosovo:

- Sous-financement
- Investissements insuffisants
- Infrastructure défectueuse
- Mauvais management
- Faible salaire des employés
- Détérioration de leur morale et augmentation des paiements non-officiels
- Menace croissante des budgets par dépenses ruineuses
- Indicateurs de santé et sociaux défavorables

Source: Bislimi et al. 2006, p. 6

Sous la houlette de l'OMS a commencé un processus intense de reconstruction, de remise en état et de formation auquel participèrent au début pratiquement tous les donateurs internationaux de manière intensive mais non coordonnée. L'origine nationale des collaborateurs UNMIK qui changeaient a introduit dans les débats des idées de systèmes très différentes relativement au futur système de la santé au Kosovo. Entre-temps, les soins primaires de la population sont en majeure partie assurés et la situation s'est nettement améliorée, également dans les secteurs secondaires et tertiaires.

Entre-temps, la qualification des médecins est au moins en partie considérée comme bonne, mais selon les informations de membres d'autres groupes professionnels, les médecins qui ont terminé leur formation dans un système parallèle au cours des années 90 ne disposent pas de connaissances de laboratoire suffisantes et ne maîtrisent pas de manière fiable la connaissance médicale nécessaire au traitement de patients.

Les questions sociales et le sujet de la santé n'occupent pas une place de choix particulière sur la liste des priorités des instances gouvernementales provisoires du Kosovo. L'accent très net est mis sur les efforts dans les domaines de la politique fiscale, des secteurs énergétiques et du développement macro-économique. Il existe une relation très étroite du MdF avec le MdEn mais pas avec le MdS et le MdTAS. Il existe cependant encore un besoin en investissements en capitaux non seulement dans le secteur énergétique, qui jouit d'une considération supérieure à celle des besoins sociaux, mais également dans les secteurs de l'éducation et de la santé.

Le secteur de la santé ne joue cependant qu'un rôle secondaire et le gouvernement a même réaffecté, l'année passée, une partie du budget de la santé à d'autres secteurs. Du fait qu'un grand nombre d'organisations internationales et de donateurs se sont entre-temps, soit retirées du Kosovo, soit retirées au moins du secteur de la santé, il est possible que compte tenu du budget local globalement faible, l'on en arrive à un manque permanent de soins avec des conséquences sociales possibles. Ceci est dû en tout premier lieu au fait que les perspectives de dépenses publiques demeurent faibles et que *l'espace fiscal* est relativement limité, car le Kosovo a également dû trouver, en 2006, 12 millions d'Euros pour les dépenses d'aides sociales.

7.1. Financement

La politique de la santé au Kosovo est en prépondérance déterminée par la faiblesse actuelle du budget. Le budget global du MdS est de 74 millions Euros et les dépenses per capita pour la santé ne représentent pas plus de 70 Euros, les dépenses publiques pour la santé ne représentant que 35 Euros et les paiements directs des patients, qu'il s'agisse de compléments ou de prise en charge totale des coûts pour les traitements représentent une source de financement importante du secteur de la santé au Kosovo. Des enquêtes ont prouvé que les personnes dépensaient annuellement un total de plus de 45 millions d'Euros et donc 2,5% du revenu intérieur brut pour les soins médicaux (Bislimi et autres 2006, p. 15). Les paiements directs ont été effectués soit sous la forme de frais officiels pour prestations sanitaires, soit sous la forme de "paiements de dessous-de-table" informels au personnel.

Une assurance maladie devrait aider à surmonter la misère financière des secteurs de la santé en permettant simultanément une liberté de contracter. Un tel système d'assurance-maladie pourrait contribuer à concurrence de 25 millions d'Euros supplémentaires au financement de la couverture médicale et des médicaments et permettre des prestations meilleures voire plus étendues. Le parlement a voté, le 22.02.2006, une loi AM s'appuyant sur l'exemple croate et autorisant également les assurances-maladie privées. Le Premier Ministre provisoire et le conseil des ministres provisoire n'accordent pas une haute priorité à l'introduction d'une assurance-maladie.

Le tableau suivant fournit un aperçu de la structure des dépenses publiques:

Tableau 7: Dépenses publiques selon fonction gouvernementale

Public expenditure by government function	Bosnia & Herzegovina	Croatia	Macedonia	Serbia & Montenegro	Kosovo	Slovenia	SEE-4	SEE-5	SEE-6	CEEC	EU-15
	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'00-02	avrg'02-04	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'96-02
<i>(in percent of GDP)</i>											
General public services	2.70	2.94	3.70	3.20	4.49	3.90	3.14	3.58	3.64	2.91	7.30
Defense	4.04	4.03	2.64	4.53	0.58	1.29	3.81	3.05	2.76	1.64	1.70
Public order and safety	4.10	2.87	2.73	2.23	2.44	1.90	2.98	3.08	2.88	2.03	1.50
Education	5.60	4.06	3.87	2.53	3.48	6.01	4.02	4.10	4.42	5.71	5.40
Health	6.46	7.06	5.89	5.67	2.59	6.20	6.27	5.66	5.75	4.90	6.20
Social security & welfare	15.50	17.53	12.79	14.60	2.52	18.21	15.10	12.92	13.81	12.95	18.90
Housing & commun. Amenity	0.83	3.73	0.13	0.00	1.39	1.40	1.56	1.38	1.38	1.97	1.00
Recreational, cultural	0.40	1.30	0.60	0.00	0.34	1.20	0.77	0.69	0.79	0.90	1.00
Economic affairs	3.69	6.11	3.54	2.97	4.53	4.76	4.08	4.42	4.47	5.00	4.50
Others, n.i.e. 1/	7.01	2.47	1.17	5.12	0.13	-1.79	3.94	3.24	2.40	3.26	0.60
Total expenditure	50.33	52.09	37.06	40.85	22.49	43.09	45.67	42.11	42.29	41.26	48.10
<i>(in percent of total expenditures)</i>											
General public services	5.36	5.65	9.90	7.63	19.66	9.05	6.87	8.51	8.60	7.06	15.18
Defense	8.03	7.71	7.16	11.34	2.62	2.98	8.35	7.24	6.52	3.96	3.53
Public order and safety	8.15	5.51	7.37	5.44	10.90	4.41	6.53	7.31	6.81	4.91	3.12
Education	11.13	7.80	10.47	6.12	15.76	13.96	8.79	9.73	10.44	13.84	11.23
Health	12.83	13.55	15.91	14.04	11.71	14.39	13.72	13.44	13.59	11.88	12.89
Social security & welfare	30.80	33.67	34.57	35.57	9.97	42.28	33.07	30.69	32.65	31.38	39.29
Housing & commun. Amenity	1.65	7.14	0.34	0.00	7.53	3.25	3.42	3.27	3.27	4.77	2.08
Recreational, cultural	0.79	2.50	1.62	0.00	1.57	2.79	1.68	1.64	1.87	2.18	2.08
Economic affairs	7.32	11.74	9.59	7.12	19.77	11.04	8.93	10.49	10.58	12.11	9.36
Others, n.i.e. 1/	13.94	4.73	3.07	12.74	0.52	-4.15	8.63	7.68	5.67	7.90	1.25
Total expenditure	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Source: IMF Government Finance Statistic (GFS), MFE-Kosovo.

SEE-4 includes Bosnia & Herzegovina, Croatia, Macedonia, and Serbia & Montenegro.

SEE-5 refers the SEE-4 plus Kosovo; SEE-6 refers to SEE-5 plus Slovenia.

Source: Banque Mondiale 2006b1, S. 51

Le financement public des différents niveaux des soins de la santé a lieu par différents canaux. Dans la couverture secondaire, la planification des besoins hospitaliers et l'affectation de budgets s'oriente par rapport aux expériences historiques et aux prestations fournies dans les années antérieures; la planification budgétaire pour les différents hôpitaux contient les dépenses en personnel, une projection des dépenses courantes ainsi que les dépenses prévues pour les investissements.

L'affectation de moyens pour la couverture de santé de base est du ressort du Ministère des Affaires Locales (MdAL) qui fournit des fonds aux communes, lesquelles ont été chargées, dans le cadre de la décentralisation, de la compétence en matière d'éducation et de santé de base. Dans le cadre de la présente évaluation il n'a pas été possible de trouver de déclarations fiables et concordantes relatives aux critères du financement par le MdAL. Ce financement semble avoir lieu d'après un code qui n'est ni clairement défini ni vérifiable sous la forme d'un type de forfait per capita mais qui n'est déterminable, attendu l'absence de données à jour, que de manière hypothétique aux habitants du pays. En outre, le MdAL et les communes n'ont à connaître que de 60% du financement des CSF, le MdS se chargeant en principe de la livraison des médicaments et des consommables médicaux nécessaires.

La politique de la santé dépend de manière très importante également d'autres ministères qui influencent fortement la situation de la santé de la population. L'infrastructure a la priorité absolue au Kosovo. Bien qu'elle comprenne des institutions de santé, elle est en prépondérance prévue pour un approvisionnement suffisant en produits alimentaires, pour l'alimentation en eau et l'élimination des eaux usées, pour la pollution de l'environnement, la construction routière, le logement, l'alimentation énergétique en tant que facteur indirect de la politique de santé. Dans le secteur de la santé proprement dit, il existe toujours un besoin d'une amélioration de la structure de la couverture, les investissements futurs devant remplir visiblement les critères de durabilité.

7.2. Structure sectorielle

Dans l'ex-République Fédérale de Yougoslavie, le traitement médical général avait lieu dans des petits centres de santé. Il existait en outre des polycliniques pour le traitement ambulatoire général et spécialisé. Les maisons de la santé compétentes étaient raccordées à l'un des cinq hôpitaux régionaux (voir Banque Mondiale 2006b1, p. 69). Il existait historiquement, de la sorte, une relation relativement étroite entre la couverture de santé primaire et secondaire, la couverture tertiaire étant réalisée par la clinique universitaire de Pristina ainsi que, pour les cas plus importants, par les grandes cliniques de Belgrade. Au cours des années 1990, les Kosovars dans leur recherche de séparation et compte tenu de la discrimination toujours croissante par les édiles serbes développèrent une structure parallèle pour la couverture de la population albanaise.

Après le conflit, à la fin des années 1990, l'infrastructure des soins ambulatoires était en majeure partie détruite, le personnel qualifié, en grande majorité serbe, fut retiré et il n'existait pratiquement aucun spécialiste qualifié. L'OMS et d'autres organisations internationales¹⁹ se concentrèrent pendant les premières années sur une couverture de santé de base, les investissements dans les infrastructures correspondantes, et enfin sur l'introduction d'une formation continue de médecins généralistes ou familiaux. Cette accentuation des soins primaires a en fin de compte provoqué une séparation marquée du PHC, des SHC et THC.

¹⁹ Citons ici outre les institutions exécutrices multilatérales OMS, UNICEF, UNFPA, etc., en particulier USAID, le Ministère des Affaires Étrangères Finlandais ainsi que l'Ambassade Japonaise de Belgrade.

D'un autre côté, le concept de la santé familiale du Kosovo est en théorie à tout le moins plus développé que dans tous les autres pays de la région. Dans les années passées, la construction et l'extension progressives d'une formation reconnue de médecin spécialisé pour la médecine familiale qui est le préalable d'une activité dans les institutions ambulatoires de santé ont été réalisées. Il n'en demeure pas moins que persistent dans la pratique des manques sensibles et un besoin de rattrapage important. C'est le motif pour lequel presque toutes les organisations internationales continuent à miser sur une formation permanente parallèle à l'activité professionnelle, non seulement pour le personnel médical mais également pour le personnel soignant.

Une différence organisationnelle décisive entre les soins primaires et secondaires voire tertiaires est celle de la responsabilité et du financement. Depuis la décentralisation du PHC, l'affectation des moyens aux CSF a eu lieu par les communes qui reçoivent leurs fonds pour la santé, pour l'éducation et d'autres secteurs du Ministère des Affaires Locales (MdAL). Ces ressources ne représentent cependant pas plus de 60% du budget PHC, les 40% restants devant être mis à disposition par le Ministère de la Santé pour les médicaments et autres consommables médicaux. Le MoH ne respecte cependant en règle générale pas la totalité de cette obligation. Les évaluations des membres des CSF partent du fait qu'ils ne reçoivent que près de la moitié des médicaments, aiguilles, seringues, matériel de suture et autres prévus à cet effet. Remarquons dans ce cadre de manière limitative, que les interlocuteurs manquaient de compréhension claire et consultable des processus et des obligations précis, de sorte qu'une analyse plus poussée et surtout une comparaison entre la théorie et la réalité seront inévitables.

Bien que les patients se sentent en majeure partie bien traités par le personnel médical et de soins, ils ne se plaignent pas moins de manière parfois véhémement du manque d'équipement et du fait qu'ils doivent acheter eux-mêmes leurs médicaments. Autre problème important : les délais d'attente relativement longs, qui ne sont pas prévisibles et qui ne sont pas compréhensibles pour les patients. Depuis quelque temps, le CSF Prizren a introduit une des fiches d'information trilingue en couleur destinée à aider les patients à retrouver le poste sanitaire adéquat et à leur indiquer les options existantes (voir annexe 9). Aucune évaluation de ces fiches récemment introduites n'a été réalisée et il semble bien à première vue que la taille des caractères doive être améliorée, en particulier pour les personnes âgées.

7.3. Coopération internationale

C'est en tout premier lieu lors de la phase de démarrage de 1999-2002 qu'existait un besoin marqué d'assistance internationale. L'Agence Européenne de Reconstruction (AER) s'est chargée du pilotage et a investi prioritairement dans la formation des médecins généralistes pour les CSF, dans la formation de personnel soignant, dans la réforme des études de médecine et dans un SIS ensemble avec l'équipement des centres de santé principaux en matériel informatique et logiciels. Au début, l'OMS a dirigé l'administration du secteur de la santé et s'est concentrée, ce faisant, sur la couverture de santé primaire. Entre 1999 et 2003, USAID a investi près de 10 millions de \$ US dans des programmes d'infrastructures à court terme²⁰. Le Fonds Mondial de la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) a investi

²⁰ USAID est actif principalement dans les secteurs PHC, santé mère-enfant et SR. Le projet actuel fonctionnant jusqu'en fin 2007 "Alliance for health Newborn" en relation étroite avec la Dartmouth Medical School de Hanover, New Hampshire, qui accompagnera également la phase de fin de projet et se chargera de la poursuite de l'accompagnement du projet PPP d'intérêt économique privé sous la forme d'une fondation communautaire. Les accents sont dans ce cas placés sur les soins à la santé pré- et périnatale (à l'aide de poupées, d'exercices de réanimation, de stratégies de transfert etc.)

3,9 millions \$ US pour le combat contre la TB, pour l'établissement de centres de dépistage volontaire VIH et pour les tests des groupes à haut risque. L'UNICEF, et de plus en plus l'UNFPA, se charge des grands problèmes de la santé mère - enfant par la promotion des SR. Des aides importantes pour le secteur de la santé vinrent également d'Allemagne (GTZ et KfW), du Canada, de Grande Bretagne, de Suède, de Norvège, d'Irlande, du Japon, de la Finlande et du Luxembourg. La coopération au développement luxembourgeois au Kosovo a un profil relativement bas dans sa perception par les donateurs internationaux, et le Grand-Duché n'apparaît pas du tout dans une représentation synthétique de la Banque Mondiale (Annexe 13). Il semble bien qu'à l'heure actuelle la Banque Mondiale planifie de nouveaux projets dans le secteur de la santé, lesquels semblent se concentrer en tout premier lieu sur le premier niveau de soins et son financement. En ce qui concerne les plans relatifs à l'introduction d'un système d'assurance-maladie, différents experts de Slovénie et de Croatie ont été consultés, sans que, jusqu'à présent, il n'ait été lancé une demande concrète de coopération technique.

Tableau 8: Assistance des donateurs au Kosovo 1999-2004 (milles)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Bilateral						
European Bilaterals/ 1	€53,184.04	€204,714.05	€126,686.04	€74,645.01	€61,721.20	€47,770.00
US	€9,386.21	€45,653.19	€71,758.14	€67,453.31	€60,352.34	€20,837.00
Japan	€70,441.20	€29,533.79	€21,846.15	€15,805.61	€2,607.68	€0.00
Others	€4,310.60	€25,783.13	€12,457.51	€31,569.56	€11,124.28	€0.00
Multilaterals						
EU	€25,563.50	€162,174.29	€271,817.00	€157,307.34	€126,786.38	€78,172.00
EBRD	€0.00	€1,530.00	€1,020.00	€1,000.00	€0.00	€0.00
United Nations	€0.00	€1,340.01	€4,850.72	€0.00	€0.00	€0.00
Agencies/2	€1,476.96	€4,885.30	€7,198.59	€6,624.65	€3,011.68	€8,010.00
World Bank/3	€0.00	€15,441.42	€24,946.47	€13,866.70	€7,794.01	€8,010.00
Others	€1,082.22	€39,466.59	€7,599.72	€0.00	€0.00	€0.00
NGOs	€12,072.21	€76,860.27	€43,020.67	€30,344.31	€0.00	€0.00
Total	€177,516.94	€607,382.04	€593,201.01	€398,616.49	€273,397.57	€162,799.00

Source: RIMS.

Notes: 1/ Includes all European countries not only EU member states.

2/ Includes Joint UNDP Japan program.

3/ Includes Joint World Bank Netherlands program.

Source: Banque Mondiale 2006b, S. 37

Les aides financières à la reconstruction du Kosovo listées de manière détaillée dans le tableau 8 ci-dessus ont contribué de manière décisive à ce que l'infrastructure médicale ait été entre-temps reconstruite, et qu'il existe suffisamment de personnel présentant en principe une formation adéquate. Il existe cependant toujours une absence de clarté relative à la répartition des responsabilités et des compétences. Après près de 8 ans d'aide de développement et après la reconstruction, les tâches prioritaires de l'aide internationale ont été reportées sur les secteurs suivants:

- Assistance technique
- Mise en œuvre politique
- Questions de réglementation
- Décentralisation
- Harmonisation par rapport aux normes de l'UE.

11. Bibliographie

- Arënlju, Aliriza (2006). Strengthened quality of Reproductive Health services through improved provider's competence. July 2004 - June 2006. Final Evaluation Report Swiss Red Cross/UNFPA, Pristina.
- Azémar, Serge (2004). Rapport final de Handicap International South East Europe (HI SEE). Lyon.
- Bislimi, Besnik; Muhaxheri, Edmond; Demukaj, Venera; Bislimi, Florin (2006). Financial Sustainability of a Health Insurance Fund for Kosovo. Consultancy work on the "Strengthening capacity in the Ministry of Health, Kosovo" programme MoH - HLSP – RIINVEST Project. Pristina.
- Costa, João; Boulton, George (2002). Source of Funds. Contract Consulting Services for Health Care Financing Development. Report to the Ministry of Health of the Provisional Self-Government of Kosova. Institute for Health Sector Development, London.
- Dartmouth Medical School (2007). Quarterly Progress Report: Kosovo – Dartmouth Alliance for Healthy Newborns 1. October – 31. December 2006. USAID/MoH, Lebanon/Pristina.
- Embassy of Japan in Belgrade (2006). Japanese Economic Co-operation to Kosovo. Pristina.
- Handicap International (2002). Soutien au Centre Ortho-Prothétique National de Pristina, Kosovo. Lyon.
- Holst, Jens (2006). User Fees in Health Care: Myths, Truths and Evidences. In: Laaser, Ulrich; Radermacher, Ralf (eds.). Public Health: Dialogue between Southeast Europe and Germany. Serie International Public Health, Verlag Hans Jacobs, Lage.
- Joint Interim Administration Structure (2001). Health Policy for Kosovo. UNMIK, Department of Health and Social Welfare, Pristina.
- Lamb, Mike (2007). Strengthening of the Regional Hospital of Prizren. Final Report Project - YUG/005. Lux Development/Conseil Santé, Luxembourg.
- Lamb, Mike (ed.) (2006). Operations Manual Kosovo. Ver. 1.0. Provisional Institutions of Self-Government of Kosovo/Lux-Development, Pristina.
- Lamb, Mike (2007). Strengthening of the Regional Hospital of Prizren. Mission Report, Lux Development, Luxembourg.
- LuxDevelopment (2005). Evaluierung Report YUG/005: Strengthening of the regional hospital of Prizren. Luxembourg.
- Ministry of Health/UNMIK (2004). Kosovo Health Strategy 2005 – 2015. Pristina [Institucionet e Përkohshme Vetëqeverisë në Kosovë, Institucije Privremene Samouprave Na Kosovo, Ministria e Shëndetësisë/ Ministarstvo zdravlja]
- MoH/WHO/UNFPA/UNICEF (eds.) (2006). Perinatal Situation in Kosovo for Years 2000-2005. Pristina.
- NN (2001). Comprehensive Disability Policy Framework for Kosovo. Disability Task Force. Pristina.
- Provisional Institutions of Self-Government of Kosovo/UNMIK (PISGK/UNMIK) (2006). Kosovo/a Development Strategy Draft 1 + 1. Pristina.
- Provisional Institutions of Self-Government of Kosovo (PISGK)/World Bank (2007). Buxheti 2005 per mehmetin. Pristina.
- Schaaf, Marta (2002). Kosovo's Roma: a Challenge for Public Health. EUMAP, Open Society Institute, Budapest
(<http://www.eumap.org/journal/features/2002/sep02/romainkosovo>).

Schlierf, Christian (2005). Orthopädietechnik in der Entwicklungsarbeit. Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt - Journal for Disability and International Development 16 (1), S. 13-16 (http://www.uni-kassel.de/fb4/zeitschriften/beh3w/ausgaben/2005/1_2005.pdf).

Shuey, Dean; Qosaj, Fatime; Schouten, Erik; Zwi, Anthony (2003). Planning for health sector reform in post-conflict situations: Kosovo 1999–2000. Health Pol 63 (3), p. 299-310.

Simpson, David; Maxhuni, Bayram (2003). Health Profile Kosovo. DFID/UNICEF, London (http://www.dfidhealthrc.org/publications/Country_health/europe/Kosovo.pdf).

Spitali Rajonal Prizren (2007). Biznes Plani-2007, Draft/1. Regional Hospital Prizren «Prim. dr. Daut Mustafa», Prizren.

Trebbin, Heinz; Castañeda, Mónica (2005). A comprehensive Distance Learning program to upgrade P+O practitioners in Latin America. Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt - Journal for Disability and International Development 16 (1), p. 17-19 (http://www.uni-kassel.de/fb4/zeitschriften/beh3w/ausgaben/2005/1_2005.pdf).

Trebbin, Heinz (2005). A comprehensive Distance Learning program to upgrade P+O practitioners in Latin America. ISPO Newsletter, Copenhagen (http://www.ispo.ws/article_show.php?aid=10).

United Nations Interim Mission for Kosovo (UNMIK)/Provisional Self Government in Kosovo Ministry of Health (PSGK-MoH) (2002). Letter sent to Mr. Manuel Vega-Mälitz on March 20th 2002. Pristina.

World Bank (2005). Project Appraisal Document on a Proposed Grant in the Amount of SDR 3.7 Million to the United Nations Interim Administration Mission in Kosovo for the Benefit of Kosovo for a Public Expenditure Management Technical Assistance Project. Report No. 31658-XK. World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/05/27/000112742_20050527113845/Rendered/PDF/31658.pdf).

World Bank (2006a). Interim Strategy Note for Kosovo for the Period FY06-FY07. Report No. 35262-XK, South East Europe Country Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Washington DC ([http://siteresources.worldbank.org/INTKOSOVO/Resources/Kosovo_ISN_\(Final\).pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTKOSOVO/Resources/Kosovo_ISN_(Final).pdf)).

World Bank (2006b1+2). Public Expenditure and Institutional Review. Report No. 32624-XK, Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Washington DC (Vol. 1: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/10/04/000310607_20061004161723/Rendered/PDF/326240XK.pdf, Vol. 2: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/10/04/000310607_20061004162402/Rendered/PDF/326241XK0vol02.pdf).

World Bank (2006c). Kosovo Poverty Assessment. Promoting Opportunity, Security, and Participation for All. Report No. 32378-XK, Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Washington DC (http://siteresources.worldbank.org/INTKOSOVO/Country%20Home/20662049/Kosovo_PA_report_final-16June2005.pdf).

World Health Organisation (2000a). World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. WHO, Genf (<http://www.who.int/whr/2000/en/>).

World Health Organization (2004). Health and Health Care in Kosovo. Pristina.

WHO/UNFPA/UNICEF (2006). Improving Health of Women and Children of Kosovo 2007-2010. Joint Programme Agreement between UNICEF, UNFPA and WHO. Pristina.

Kosovo at a glance

2/17/05

POVERTY and SOCIAL	Kosovo estimates	Europe & Central Asia	Lower-middle-income		
2004					
Population, mid-year (<i>millions</i>)	1.9	472	2,430		
GNI per capita (<i>Atlas method</i>) 1/	1,460	3,290	1,580		
GNI (<i>US\$ billions</i>)	2.9	1,553	3,847		
Average annual growth, 1997-03					
Population (%)	..	-0.1	1.0		
Labor force (%)	..	-0.5	0.7		
Most recent estimate (latest year available, 1997-04)					
Poverty (<i>% of population below national poverty line</i>)	37	..	..
Urban population (<i>% of total population</i>)	37	64	49		
Life expectancy at birth (<i>years</i>)	74	68	70		
Infant mortality (<i>per 1,000 live births</i>)	35	29	33		
Child malnutrition (<i>% of children under 5</i>)	..	..	11
Access to an improved water source (<i>% of population</i>)	54	91	81		
Illiteracy (<i>% of population age 15+</i>)	7	3	10		
Gross primary enrollment (<i>% of school-age population</i>)		101	114		
Male		103	115		
Female		101	113		
KEY ECONOMIC RATIOS and LONG-TERM TRENDS					
	1983	1993	2003	2004	
GDP (<i>US\$ millions</i>)	2.5	2.5	
Investment/GDP	22.9	26.3	
Exports of goods and services/GDP	9.6	10.0	
Domestic savings/GDP	-5.7	-4.2	
National savings/GDP	-3.6	0.0	
Current account balance/GDP	-26.6	-26.3	
Interest payments/GDP	0.0	0.0	
Total debt/GDP	n/a	n/a	
Total debt service/exports	n/a	n/a	
Present value of debt/GDP	n/a	n/a	
Present value of debt/exports	n/a	n/a	
	1983-93	1993-03	2003	2004	2004-08
<i>(average annual growth)</i>					
GDP	-0.5	2.0	..
GDP per capita	-2.2	0.3	..
Exports of goods and services

STRUCTURE of the ECONOMY

	1988	1996	2003	2004
<i>(% of GDP)</i>				
Agriculture	20.4	28.8	..	..
Industry	47.4	33.8	..	..
Manufacturing	..	..	..	..
Services	32.2	37.4	..	..
Private consumption	..	..	..	..
General government consumption	..	..	14.6	17.9
Imports of goods and services	..	..	..	..

Note: All data are estimates.

1/ Data for Kosovo are not Atlas Method

Annexe 11 Budget du Gouvernement provisoire du Kosovo

Org. Code	Ministries/Institutions	Maximum Number of Staff in 2005	Wages and Salaries	Goods and Services	Subsidies and Transfers	Capital Outlays	Reserve	Total 2005
10100	Assembly	316	2.461.431	1.726.906	1.901.783	2.665.000		8.755.120
10200	Office of the President	60	224.844	950.000		1.100.000		2.274.844
10400	Office of the Prime Minister	160	569.062	1.826.756		75.000		2.470.818
20100	Ministry of Finance and Economy	941	3.633.447	6.430.000	149.782.826	1.410.000	10.500.000	19.973.447
20200	Ministry of Public Services	1.068	2.877.475	6.272.800		7.002.000		16.152.275
20300	Ministry of Agriculture, Forestry and Rural Development	595	1.790.000	750.000		1.251.500		3.791.500
20400	Ministry of Trade and Industry	154	478.032	650.725		1.104.242		2.232.999
20500	Ministry of Transport and Communications	317	914.946	2.489.000		26.221.423		29.625.369
20600	Ministry of Health	7.513	17.920.441	25.443.918	724.082	8.100.000		52.188.441
20700	Ministry of Culture, Youth and Sports	495	1.252.445	1.594.636	3.045.415	6.989.174		12.881.670
20800	Ministry of Education, Science and Technology	3.059	7.217.306	8.028.823		7.777.390		23.023.519
20900	Ministry of Labor and Social Welfare	1.528	3.690.000	4.989.000	114.065.656	361.000		123.105.656
21000	Ministry of Environment and Spatial Planning	283	942.081	786.000		9.089.369		10.817.450
22000	Telecommunication Regulatory Authority	20	100.000	100.000		100.000		300.000
23000	Ministry of Communities	50	154.800	846.971	9.500.000	500.000		11.001.771
24000	Ministry of Local Government	55	157.000	263.000		1.080.000		1.500.000
25000	Ministry of Energy	50	153.327	1.303.398	53.275	490.000		2.000.000
27000	Independent Procurement Commission	31	76.000	270.000				346.000
28000	Academy of Science and Arts	36	131.356	268.644		1.000.000		1.400.000
20199	Advance to the Minister for Finance and Economy						3.845.725	3.845.725
	Total PISG Budget	16.731	44.743.993	64.990.577	279.073.037	76.316.098	14.345.725	330.686.604

Org. Code	Ministries/Institutions	Maximum Number of Staff in 2005	Wages and Salaries	Goods and Services	Subsidies and Transfers	Capital Outlays	Reserve	Total 2005
Org. Code	Directorate/Organisational Unit		Wages and Salaries	Goods and Services	Subsidies and Transfers	Capital Outlays	Reserve	Total 2005
30110	Customs	591	3.058.616	3.817.000		1.834.000		8.709.616
30150	Auditor General	87	281.144	1.158.248		100.000		1.539.392
30200	Directorate of Administrative Affairs	300	711.718	2.600.000		700.000		4.011.718
30300	Office of the KPC Coordinator	3.132	8.375.764	4.427.000		2.342.285		15.145.049
30400	Police Services	8.933	24.799.537	16.249.218	100.000	16.641.191		57.789.946
30500	Justice	2.932	7.920.089	5.334.329	50.000	3.465.621		16.770.039
30600	Prison Services	1.875	24.799.537	16.249.218	100.000	16.641.191		57.789.946
30610	Kosovo Police Service School			1.800.000		161.000		1.961.000
30700	Directorate of Rural Affairs	38	142.000	260.000		504.000		906.000
30800	Kosovo Trust Agency	10	20.000	8.891.574	54.963.000	16.701.018		80.575.592
30900	Central Regulatory Unit	35	136.555	1.402.445		70.000		1.609.000
31110	Independent Commission for Mines and Minerals	57	165.000	800.000		1.000.000		1.965.000
31200	Independent Media Commission	15	79.269	300.000				379.269
31400	Central Electoral Commission	60	150.000	300.000				450.000
31500	Ombudsperson	50	225.000	167.000		25.000		417.000
31700	Kosovo Judicial Institute	18	81.535	230.000				311.535
31800	Office of Community Affairs	10	31.056	27.472	3.734.696			3.793.224
31900	Office of Gender Affairs			50.000				50.000
31600	RTK				600.000			600.000
30198	Advance to the SRSG						3.008.008	3.008.008
	Total Reserved Budget	18.133	50.807.283	52.204.286	59.447.696	46.275.115	3.008.008	211.742.388
	Total Central Government Budget	34.864	95.551.276	117.194.863	338.520.733	122.591.213	17.353.733	542.428.992

Annexe 12

Current and anticipated Donor Assistance by Sector

	Canada (CIDA)	Danish (DANIDA)	EAR	European Commission	FAO	Finland	Germany (KfW and GTZ)	ILO	IMF	IMR	Italy	Ireland	Netherlands	Norway	OSCE	Sweden (SIDA)	Switzerland (SDC)	United Kingdom (DFID)	UNDP	UNFPA	UNHABITAT	UNHCR	UNICEF	USAID	WFP	WHO	World Bank
1. Agriculture, Natural Resources, Environment, Forestry and Pastures																											
Agriculture, Forestry and Pasture			x		x											x	x						x	x			x
Environment			x																								
2. Private Sector Development, Banking, SMEs and Finance																											
Banking/Finance			x				x		x								x	x									x
Private Sector Development and SMEs	x	x	x													x	x						x				x
3. Public Sector Reforms, Governance and Decentralization																											
Public Administration/Governance			x														x	x									x
Local Government/Decentralization			x								x						x	x									x
Tax Administration/Customs			x														x	x									
Democratization/Civil Society Devt			x	x			x										x	x									
Human rights			x																								
4. Economic Management, Planning and Capacity-Building																											
Macro support (PEM, NSSD)			x																								x
Statistics			x																								x
Advice/Technical Support			x					x																			x
5. Rule of Law (law and order)																											
Judiciary			x				x											x					x				x
Property Rights																		x									
Security and Police			x															x									
6. Social Sector																											
Education	x		x	x			x												x								x
Health																											x
Social protection/welfare																											x
Gender																											x
Minority protection			x																								x
Youth																											x
Culture/Media			x																								x
Labor			x																								x
7. Infrastructure and Other Economic Sectors																											
Energy/Heating			x																								x
Transport			x																								
Municipal Development																											
Housing			x																								
Sanitation																											
Water																											

Source: World Bank 2006a, p. 31

Evaluation des activités de la coopération au développement luxembourgeoise dans le secteur de la santé au Kosovo – traduction française