



Exposé liminaire:
**La couverture santé universelle
et son financement**

Elisabeth Paul, PhD (E.Paul@uliege.be)

Chargée de recherche et maître de conférences

Economie politique et finances publiques, *Tax Institute*, projet ARC « Effi-Santé »

Université de Liège

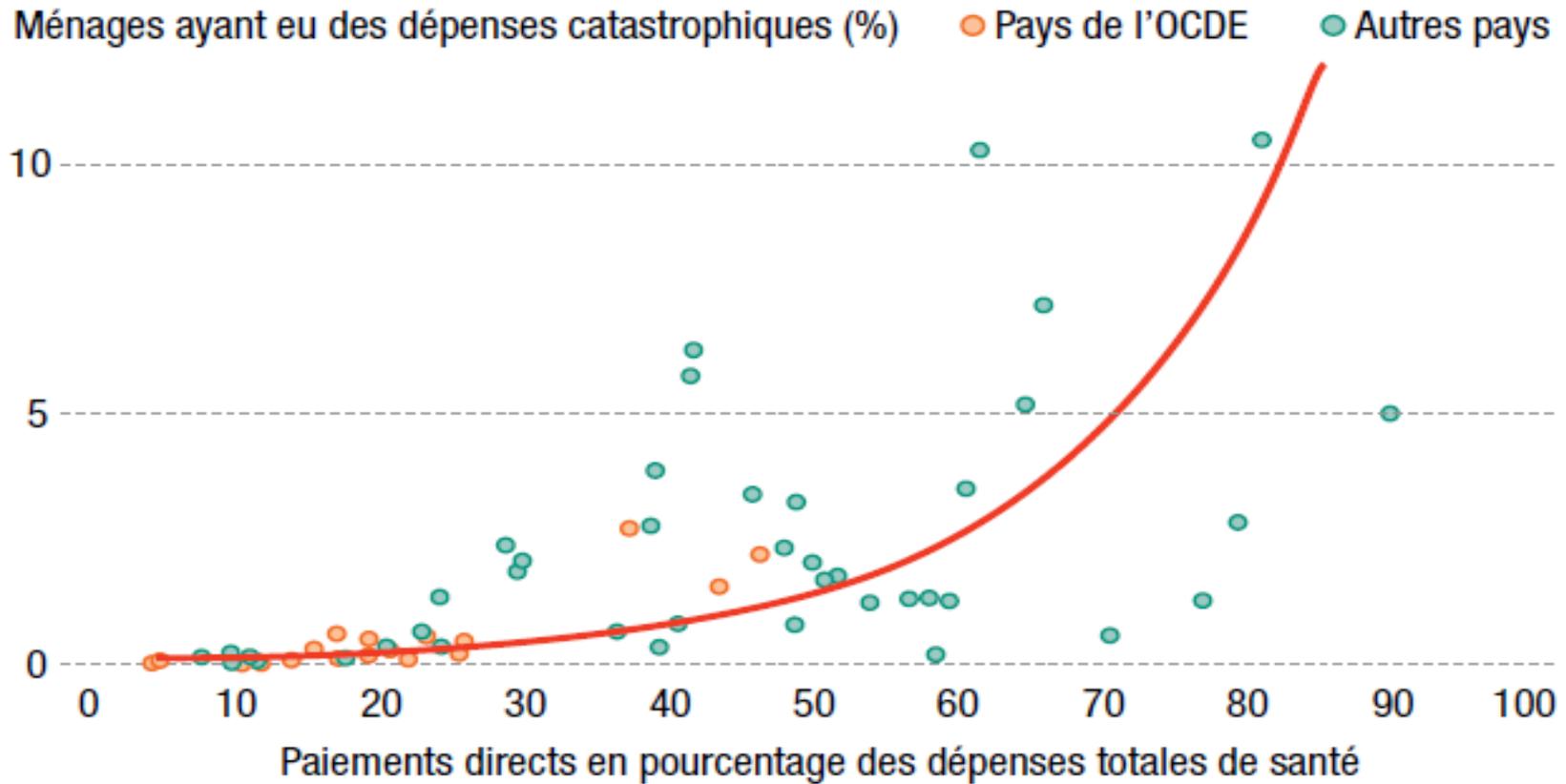
Structure de l'exposé

- 1. La couverture santé universelle et son financement dans le monde**
- 2. La couverture santé universelle et son financement au Sénégal**
- 3. Défis et enjeux courants dans la progression vers la CSU**
- 4. Leçons de la littérature**
- 5. Conclusion**

1. La couverture santé universelle et son financement dans le monde

Problématique bien connue

Figure 2.1 Relation entre les dépenses catastrophiques et le paiement direct au lieu des soins¹



Source : OMS (2008) p. 26

Concept de CSU

- “Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n’entraîne pour les usagers de difficultés financières” (site OMS: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/)
 - UHC is “the single most powerful concept that public health has to offer” (Margaret Chan, ex-DG/OMS)
 - « Parvenir à une couverture sanitaire universelle en assurant la sécurité financière des patients est fondamental pour atteindre les objectifs sanitaires des [ODD]. Or, il reste encore beaucoup à faire. Environ 400 millions d’individus dans le monde – soit une personne sur 17 – n’ont toujours pas accès aux services de santé de base. » (Dr Tedros, DG/OMS)
- Trois problèmes fondamentaux, étroitement liés, empêchent les pays de se rapprocher d’une couverture universelle (OMS 2010):
 - La disponibilité des ressources
 - La dépendance excessive aux paiements directs au moment où les personnes ont besoin de soins
 - L’utilisation inefficace et inéquitable de ressources

Concept de CSU

► Origine:

- Santé pour tous en l'an 2000 (1977)
- Soins de santé primaires (Alma Ata 1978)

► Mise à l'agenda international:

- WHA58.33 Resolution: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance (2005)
- Rapport OMS 2008 « Les SSP: maintenant plus que jamais »
- Rapport OMS 2010 « Le financement des systèmes de santé »
- Resolution WHA64.9: Sustainable health financing structures and universal coverage (2011)
- UN General Assembly resolution GA/11326 on UHC (Dec. 2012)
- ODD / UHC 2030: cible 3.8

Figure 1 Les réformes des SSP nécessaires pour réorienter les systèmes de santé vers la santé pour tous



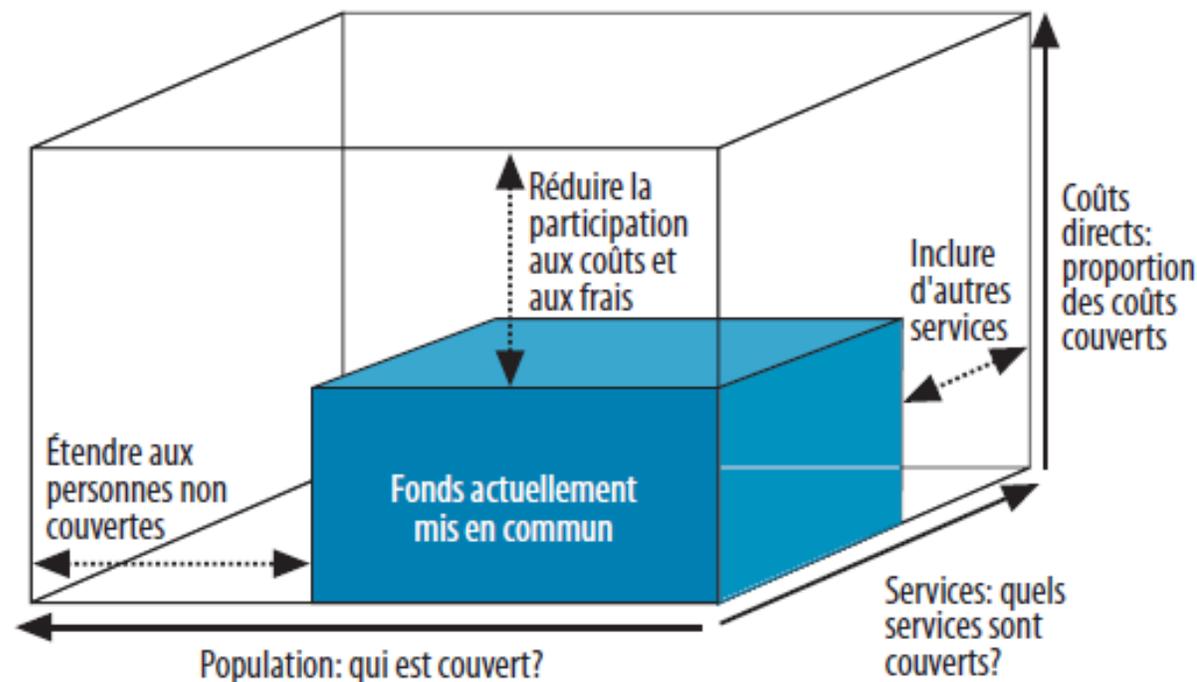
Concept de CSU

- ▶ Concept multidimensionnel, abordé différemment par diverses disciplines : concept légal, humanitaire, économie, santé publique (Abihiro and De Allegri 2015)
- ▶ En lien avec d'autres concepts:
 - ▶ Les droits humains (internationaux)
 - ▶ La protection sociale au sens large
 - ▶ L'équité (Commission OMS déterminants sociaux de la santé, Brearley et al. 2013)
- ▶ Concept de CSU large voire ambigu (O'Connell et al. 2014)
- ▶ Besoin d'un fort engagement politique pour progresser vers la CSU ⇔ redistribution des ressources (Nicholson et al. 2015)
- ▶ Impact CSU → meilleur accès aux soins de base et amélioration de la santé de la population, surtout des pauvres (Moreno-Serra & Smith 2012; Giedion et al. 2013)

Cadre analytique standard de la CSU

- Rapport OMS 2010 « Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture universelle »
- 3 dimensions:
 - Population
 - Services
 - Coûts directs
- 2 « volets » de l'accessibilité:
 - Offre de services
 - Demande de services

Figure 1. Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle

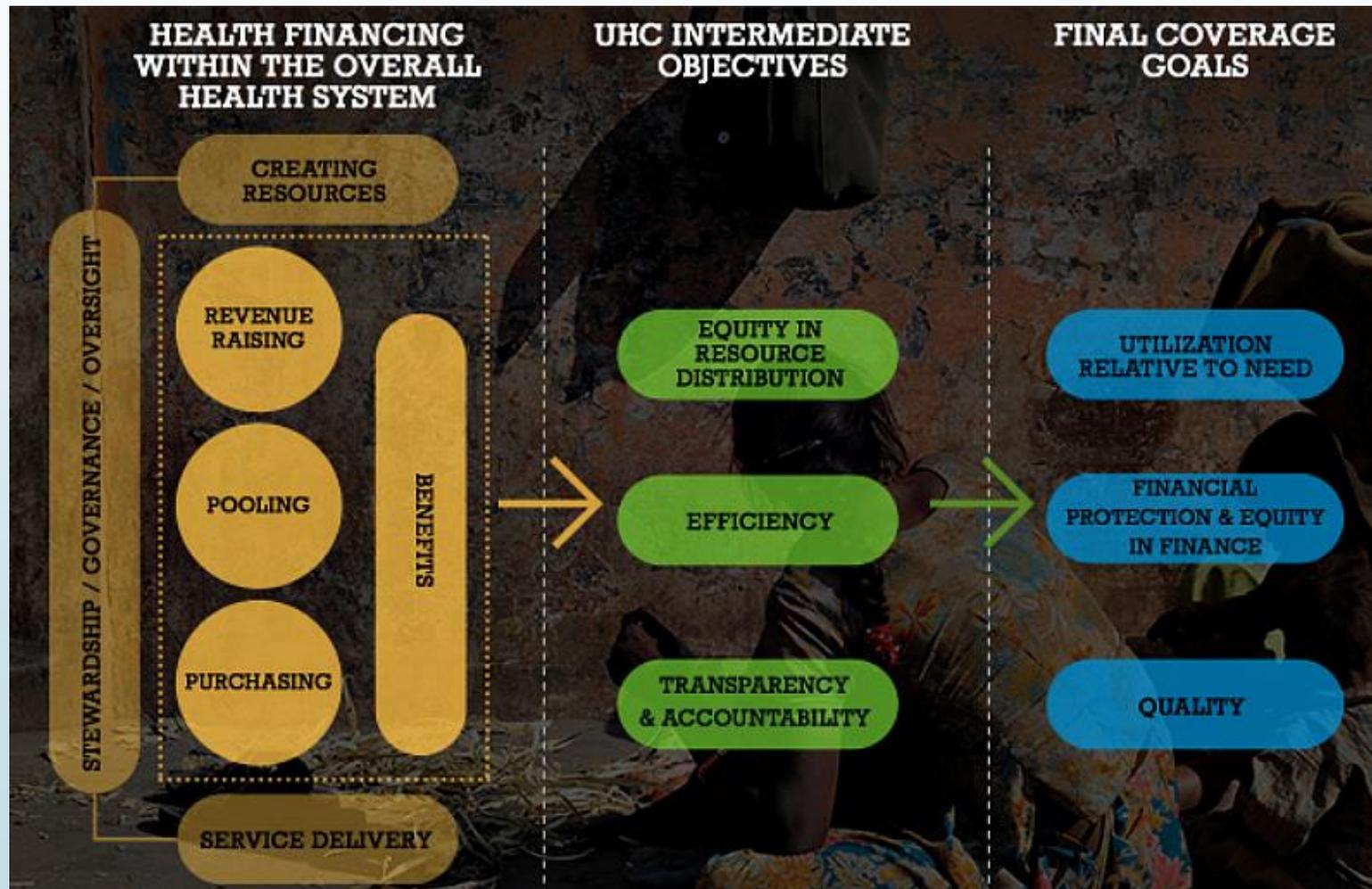


Financement et CSU

- Objectif = Assurer le **prépaiement** et la **mise en commun** des fonds → réduire les dépenses directes (facteurs de pauvreté/iniquité), mise en commun des risques et redistribution (OMS 2010, Kutzin 2012)
- 3 grands principes doivent guider les **réformes du financement** de la santé pour accélérer les progrès vers la CSU (Mathauer et al. 2017c):
 - Compter davantage sur les **sources de financements obligatoires** (publiques)
 - **Réduire la fragmentation** dans la mise en commun des fonds pour augmenter la capacité redistributive des fonds prépayés;
 - Aller vers davantage d'**achat stratégique**, qui cherche à aligner le financement et les incitants pour fournir les services promis
- Collecte des fonds ⇔ augmenter **l'espace fiscal**:
 - Financements domestiques >> (Reeves et al. 2015)
 - Y compris la re-priorisation des dépenses, la réduction des **inefficiences**, etc.
- Mais attention:
 - **L'équité** semble implicite mais n'est pas automatique (O'Connell et al. 2014)
 - Maintien de barrières non financières (O'Connell et al. 2015)

Financement et CSU: cadre analytique

WHO's approach to health financing is embedded in the health systems framework
http://www.who.int/health_financing/policy-framework/en/



Suivi des progrès en vue de la CSU

La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial

Cadre, mesures et objectifs

mai 2014

- Suivi national → s'assurer que les progrès vers la CSU reflètent le profil démographique et épidémiologique particulier du pays, son système de santé, son niveau de développement économique ainsi que les demandes et les attentes de sa population
- Suivi mondial → encourager les pays à adopter une approche commune de suivi de la CSU et de mesure des progrès à l'aide d'indicateurs normalisés à l'échelle internationale; un suivi périodique mondial permet de comparer les progrès vers la CSU
- Principes directeurs:
 - 2 mesures liées et simultanées, mais distinctes:
 - Couverture de la population en **services de santé essentiels**
 - Couverture du **risque financier** pour la population
 - Mesures de la couverture: sur l'intégralité des interventions de santé essentielles (promotion, prévention, traitement, rééducation et soins palliatifs) ainsi que sur leurs coûts relatifs
 - Mesures portent sur l'intégralité des individus et des systèmes de santé
 - Mesures décomposées par strates socioéconomiques et démographiques afin de permettre l'évaluation de la répartition équitable en matière de couverture en services et du risque financier

Comment progresser vers la CSU?

- Chaque pays suit un chemin différent vers la CSU, il n'existe pas de solution de « prêt-à-porter » (OMS 2010, Giedion et al. 2013, Reich et al. 2015, Cotlear et al. 2015)
- Choix (*trade-offs*) à faire entre les dimensions à privilégier en priorité (ex.: augmenter la population couverte ou étendre le paquet de services couverts ou diminuer la part des dépenses à charge des patients) – or, certains *trade-offs* sont jugés inacceptables si l'on veut respecter l'équité (OMS 2014: "Making fair choices on the path to UHC")
 - Étendre la couverture pour les services à priorité faible ou moyenne avant qu'il y ait une couverture quasi universelle pour les services hautement prioritaires
 - Accorder une priorité élevée aux services très coûteux dont la couverture offrira une protection financière substantielle lorsque les avantages pour la santé sont très faibles par rapport à d'autres services moins coûteux
 - Élargir la couverture pour les groupes aisés avant de le faire pour les groupes les plus défavorisés lorsque les coûts et les avantages ne sont pas très différents
 - Inclure d'abord dans le système de couverture universelle uniquement ceux qui ont la capacité de payer et n'incluent pas les travailleurs informels et les pauvres
 - Passer du paiement direct au paiement anticipé obligatoire de telle sorte que le système de financement soit globalement moins progressif

Comment progresser vers la CSU?

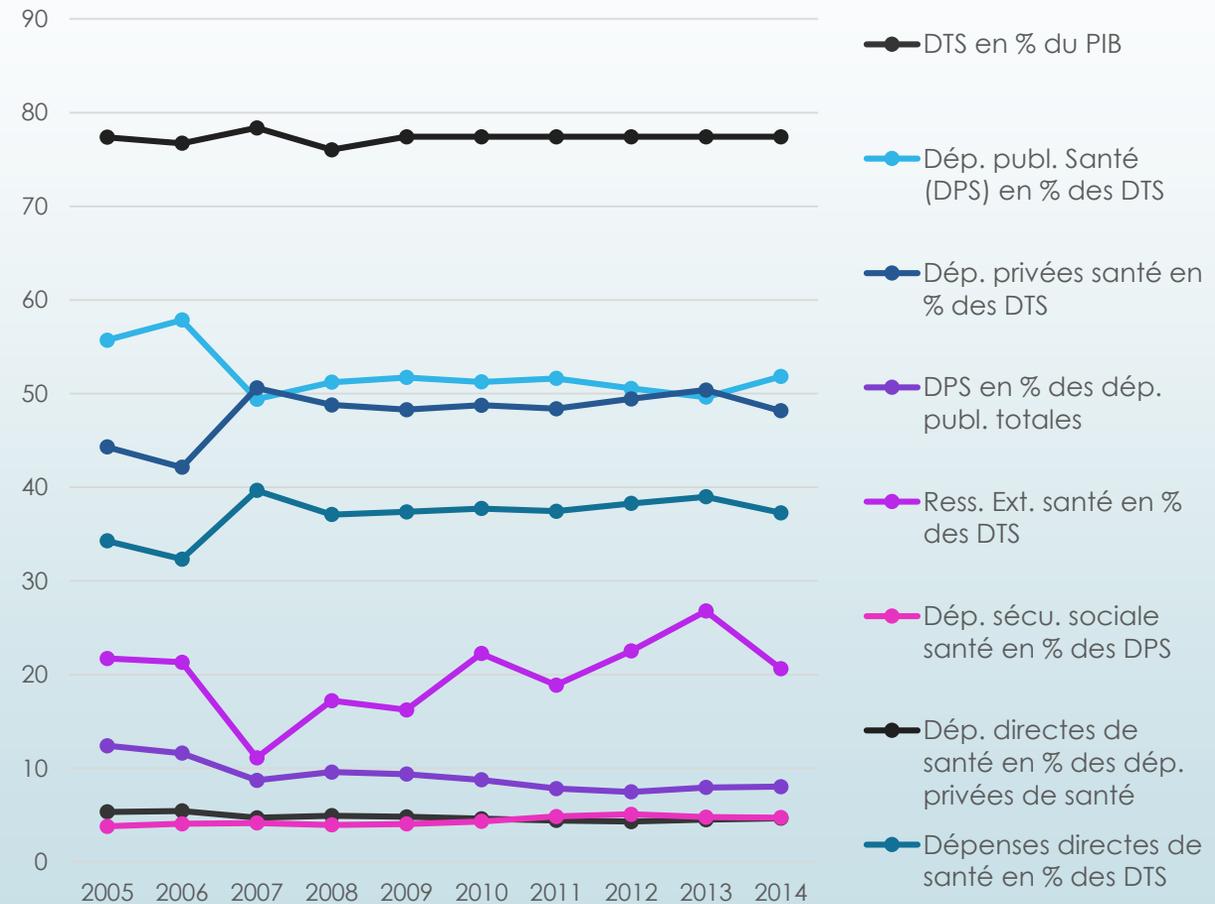
- Contrainte budgétaire → chaque pays doit définir ce qu'il entend par services **essentiels** de qualité (Summers et al. 2015)
- Multiplicité des dimensions ⇔ multiplicité des stratégies
- Différentes stratégies sont souvent promues de manière concomitante:
 - Stratégie de financement: financements innovants, achat stratégique, ...
 - Stratégies d'inclusion de la demande: financières (gratuité, vouchers, mutuelles, ...)
 - Stratégies d'augmentation de la couverture en services: GRH, PPP, approche « progressive universalism » (Brearley et al. 2013, Jamison et al. 2013), ...
 - Stratégies d'amélioration de la qualité des soins

2. La couverture santé universelle et son financement au Sénégal

Enjeux au niveau du financement de la santé

- Globalement, le montant total des **ressources** (toutes sources confondues) allouées à la santé (dépenses totales de santé = DTS) est depuis plusieurs années **en-deçà du minimum de 5% du PIB** recommandé au niveau international (McIntyre et Meheus 2014)
- La **part des dépenses privées** de santé dans la DTS a augmenté et représente environ la moitié de la dépense totale
- Les **dépenses publiques** allouées à la santé, en % du budget total de l'Etat, sont loin de l'objectif de 15% (Abuja 2001)
- Les **dépenses directes** de santé constituent plus du tiers des DTS, ce qui augmente le risque de dépenses catastrophiques ou appauvrissantes de santé
- Les **ressources extérieures**, de nature plus volatile que les ressources domestiques, représentent encore un cinquième des dépenses totales de santé

PRD financement CMU



Dakar, 30 novembre 2017

Enjeux au niveau de l'offre de services: persistance de fortes disparités dans l'accès à des services de santé de qualité

- Bonne disponibilité des services de base
- Mais problème récurrent: très faible offre de services spécialisés en-dehors de Dakar
- Ex: 5% des structures offrent des services de césarienne (ECPSS 2016)

PRD financement CMU

Tableau 3.1 Disponibilité des services de base

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant des services de base indiqués et tous les services de base, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2016

Caractéristique	Soins curatifs infantiles	Services de suivi de la croissance des enfants	Services de vaccination infantile	Méthodes modernes de planification familiale	Services de soins prénatals (CPN)	Services pour les IST	Tous les services de base ¹	Effectif des structures
Type de structure								
Hôpital	92	56	43	76	82	89	33	16
Centre de santé	96	70	76	78	78	100	69	30
Poste de santé	96	89	86	87	89	99	82	325
Autorité de gestion								
Publique	100	96	95	98	96	100	93	294
Privé	81	47	41	41	55	96	22	77
Région								
Dakar	83	62	66	77	77	94	58	62
Diourbel	100	95	93	90	95	100	88	27
Fatick	100	99	94	90	99	100	85	23
Kaffrine	99	99	93	94	99	100	93	17
Kaolack	93	91	86	81	91	100	79	24
Kédougou	93	88	82	87	87	100	82	10
Kolda	98	69	59	69	73	100	57	17
Louga	100	89	89	96	89	100	78	23
Matam	100	100	99	100	100	100	99	17
Saint Louis	100	91	89	97	93	100	88	30
Sédhiou	100	95	95	97	97	100	95	12
Tambacounda	100	90	85	86	86	100	85	25
Thiès	96	91	84	79	85	98	78	52
Ziguinchor	100	86	87	85	81	100	78	33
Total	96	86	84	86	88	99	78	371
Case de santé	94	90	72	81	33	12	7	97

¹ Les services de base comprennent les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade, le suivi de la croissance infantile, les services de vaccination infantile au sein de la structure, n'importe quelle méthode moderne de planification familiale, de la consultation prénatale et les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST).

Plusieurs stratégies conçues et mises en œuvre pour tendre vers la CSU

- ▶ Du côté de l'**offre**: PNDS (2009-2018) et PIS (2017-2021)
 - ▶ Extension de la couverture en services
 - ▶ Réduction des inégalités / iniquités en santé
- ▶ Du côté de la **demande**: la CMU (2013)
 - ▶ Vise à mieux coordonner les différents régimes (obligatoires, contributifs non obligatoires, d'assistance médicale) et augmenter la couverture
 - ▶ Proportion de la population effectivement couverte estimée à 47% en 2017 (communication Présidence à l'APS, 19 septembre 2017)
- ▶ ... Ainsi que les interventions du côté des **déterminants sociaux** de la santé (PUDC, ...)

Plusieurs stratégies conçues et mises en œuvre pour tendre vers la CSU

► SNFS (2017)

1. Amélioration effective de la disponibilité de services de santé de qualité
2. Extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie
3. Renforcement des interventions multisectorielles à haut impact sur la santé
4. La mobilisation accrue des ressources financières pour tendre vers la CSU

► Plan de mise en œuvre de la SNFS

► Forum national de plaidoyer sur la mobilisation des ressources: Dakar, 14-15 (pré-forum) et 17 novembre derniers

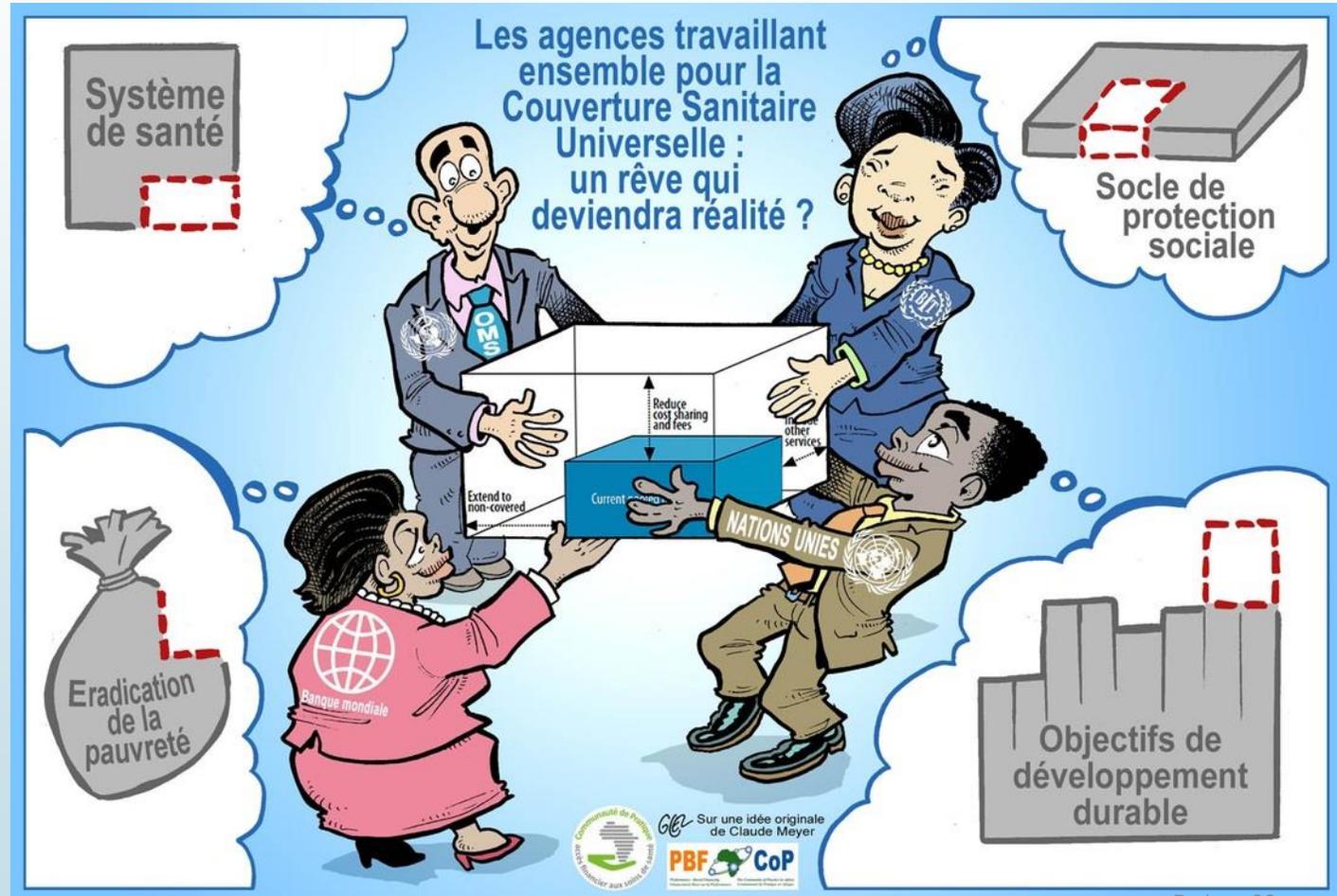
- Argumentaire technique de mobilisation et d'utilisation efficiente des ressources dans le cadre de la SNFS-CSU
- Déclarations d'engagement des parties prenantes

3. Défis et enjeux courants dans la progression vers la CSU

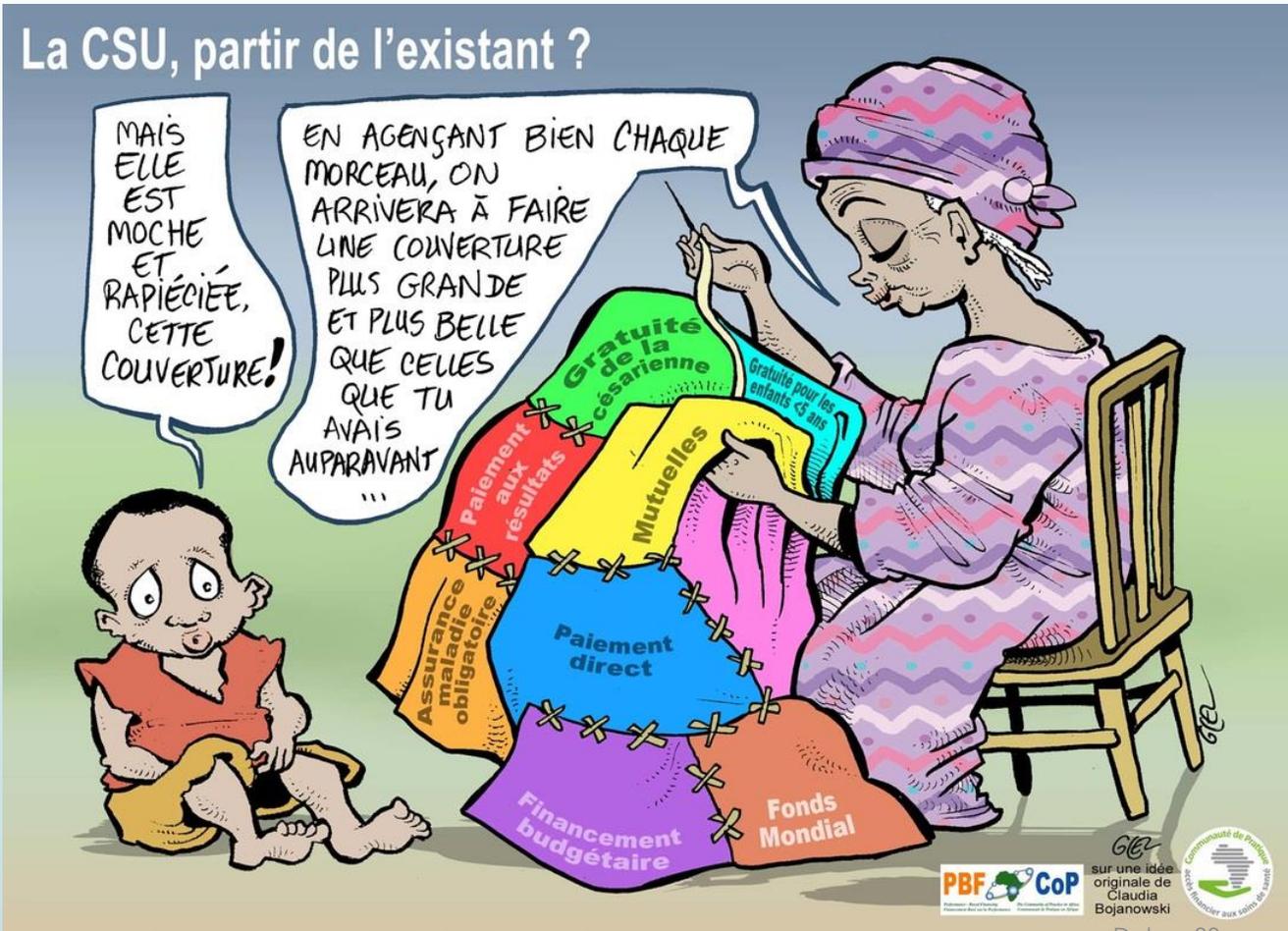
Mobiliser davantage de ressources, et ce de façon soutenable



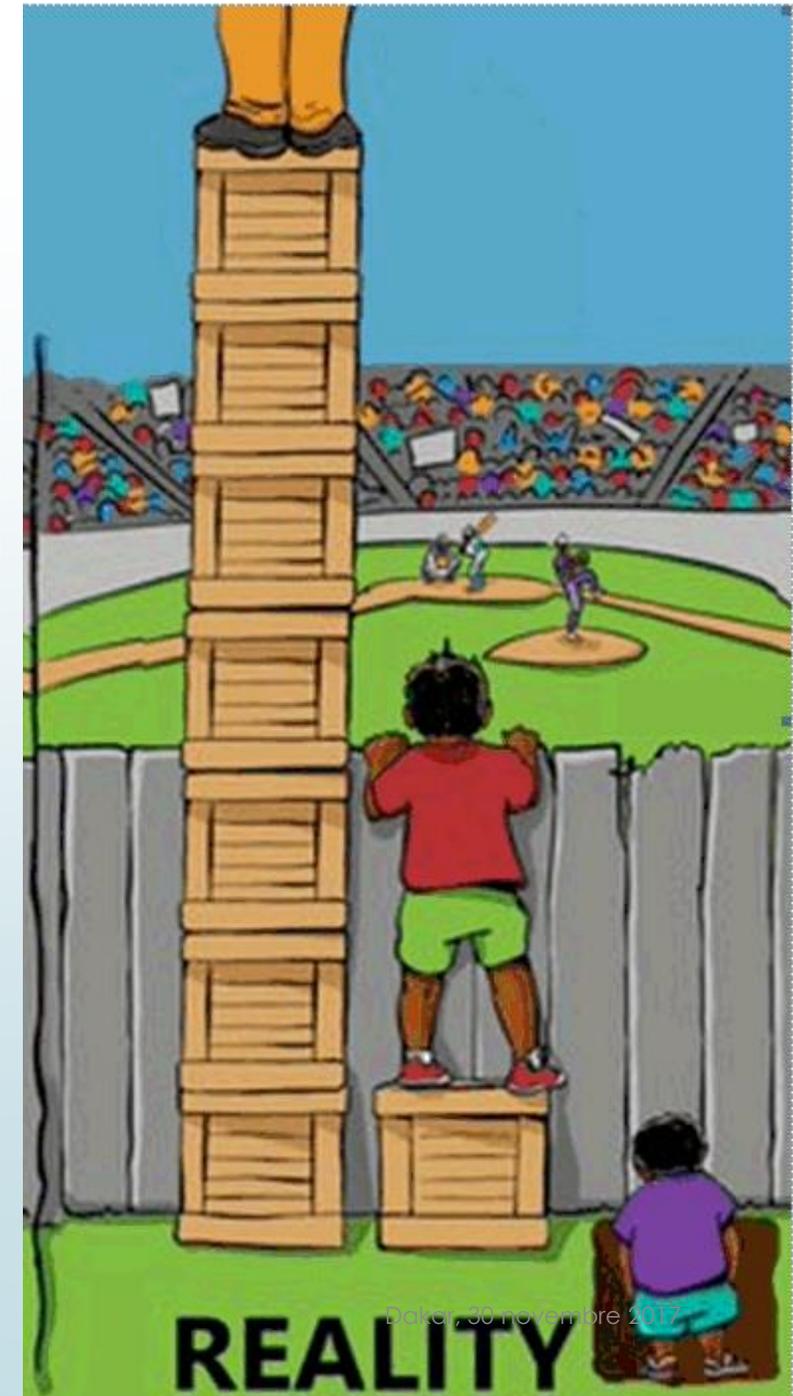
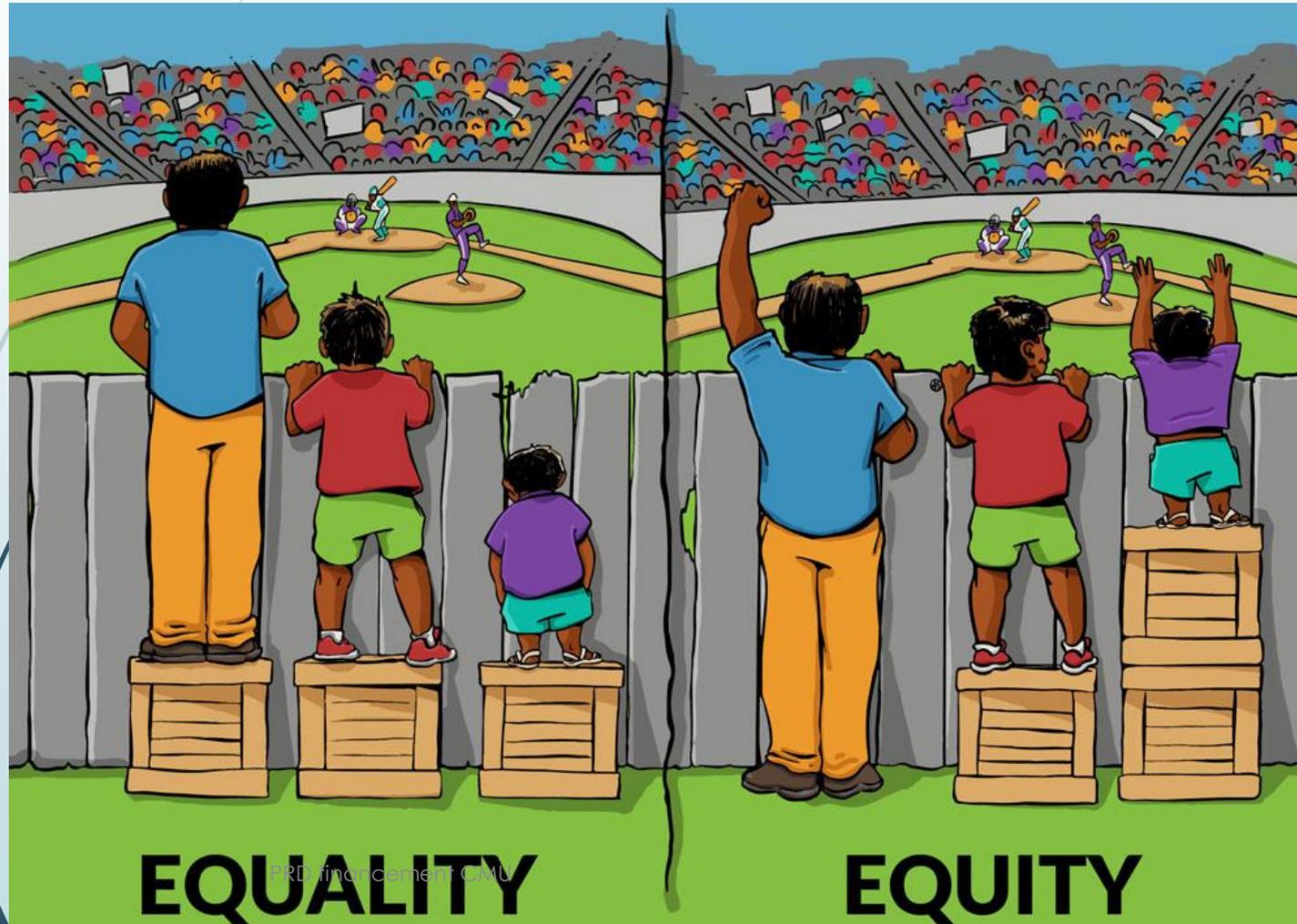
Garantir la cohérence des politiques et la coordination des acteurs



Défragmenter les régimes et éviter les duplications



Garantir l'équité



Garantir l'efficacité et l'efficience sur le terrain

Que notre année 2016 soit efficace



4. Leçons de la littérature

Leçons de la littérature

- ▶ Sur le chemin vers la CSU: Meilleures pratiques pour progresser vers la couverture universelle (OMS 2008, 2010):
 - ▶ Mettre l'accent sur le **prépaiement (obligatoire)** dès le départ
 - ▶ **Subventionner** la contribution des plus pauvres (par l'impôt)
 - ▶ **Coordonner** les sources de financement
 - ▶ **Fusionner** les régimes pour progresser vers la couverture totale (subvention croisée)
- ▶ Sur le choix des services:
 - ▶ Pas de CSU sans **soins de santé primaires** (Stigler et al. 2016)
 - ▶ Attention à la **couverture effective** en services (corrigée par la **qualité**):
Sénégal: seulement 19% (Leslie et al. 2017)

Leçons de la littérature

- ▶ Sur les mutuelles à base communautaire:
 - ▶ Efficaces pour la protection financière et l'augmentation de l'utilisation des services (Spaan et al. 2012)
 - ▶ Limites en termes de viabilité (Boidin 2015)
 - ▶ Enrôlement limité et taux de non-renouvellement élevé, notamment dû aux contraintes financières, à la qualité des soins et à la confiance des patients (Adebayo et al. 2015, Panda et al. 2015, Umeh and Feeley 2017)
 - ▶ Impacts limités en termes d'extension de la couverture et d'équité (Mathauer et al. 2017b, Umeh and Feeley 2017)
- ▶ Sur les initiatives de gratuité:
 - ▶ Efficaces pour la protection financière et l'augmentation de l'utilisation des services , surtout chez les plus pauvres (hypothèse de l'équité inverse)
 - ▶ Mais attention: difficultés si ciblage; difficultés de mise en œuvre; risque d'effets pervers sur les services (surcharge de travail, insuffisance des ressources)
 - ▶ Augmentent la fragmentation (Ridde & Morestin 2010, Ridde et al. 2013, Ridde 2015, Mathauer et al. 2017a)

Leçons de la littérature

► Sur l'augmentation de la mobilisation des ressources:

► $\frac{GGHE}{GDP} = \frac{GGE}{GDP} \times \frac{GGHE}{GGE}$ (McIntyre & Kutzin 2016)

- Une série de possibilités existent en matière de **financements innovants**, qui ont chacune leurs avantages et inconvénients (Nakhimovsky et al. 2014)
- Les **recettes affectées** (earmarking) n'ont qu'un potentiel limité d'augmentation pérenne des ressources pour la santé (Cashin et al. 2017)
- **Espace fiscal limité** au Sénégal (Avila et al. 2013)

► Taxes ou cotisations sociales?

- Certaines réformes du financement de la santé (même CSU) exacerbent l'iniquité (Kutzin 2012)
- OCDE 1960-2006: SHI systems moins efficace et efficiente que tax-funded (Wagstaff 2009)
- Recettes fiscales = déterminant statistique majeur des progrès en termes de CSU (surtout les impôts sur le capital et les revenus, mais moins les taxes sur la consommation qui sont régressives et nuisent aux indicateurs de santé) (Reeves et al. 2015)

5. Conclusion

En conclusion...

- De nombreux défis persistent pour mettre en œuvre les recommandations de la SNFS et du **Forum sur le financement**, dont:
 - Mobiliser davantage de ressources pour la santé (recettes fiscales/non fiscales; **recettes affectées/fonds de péréquation**), et ceci en garantissant la progressivité du financement (**équité verticale**) et sa soutenabilité, notamment en améliorant l'environnement juridique et fiscal ⇔ *M.-C. Badiane*
 - Étendre la **population couverte** par un régime de CMU et ayant accès à des soins de qualité (**équité horizontale**) ⇔ *O. Bodson*
 - Élargir / optimiser le **paquet d'intervention** offert/couvert (efficacité, équité horizontale, qualité) ⇔ *M. Samba*
 - Renforcer la **protection financière** de la population et réduire les dépenses directes ⇔ **harmoniser voire fusionner les régimes** (efficacité, augmentation du pool de fonds mis en commun), **ciblage des mécanismes de gratuité** ⇔ *C. Deville*
 - Assurer la bonne mise en œuvre adaptative de la politique nationale
- ⇔ Besoin d'adopter une démarche de **recherche** bénéficiant de l'appui de différentes disciplines (santé publique, économie, sciences juridiques, finances publiques, gestion, socio-anthropologie, ...)
- ⇔ Besoin de **renforcer la collaboration et le partage d'informations** entre tous les acteurs concernés (MSAS, MEF, ACMU, institutions de gestion des régimes de CMU, PTF, chercheurs) (cf. Observatoire)

Références

- Abihiro, GA and De Allegri M (2015) "Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates", *BMC International Health and Human Rights* 15:17.
- Adebayo EF, Uthman OA, Wiysonge CS, Stern EA, Lamont KT, Ataguba JE (2015) "A systematic review of factors that affect uptake of community-based health insurance in low-income and middle income countries", *BMC Health Services Research* 15:543.
- Avila C, Connor C, Amico P (2013) *Universal Coverage of Essential Health Services in Sub-Saharan Africa: Projections of Domestic Resources*. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc (August).
- Boidin B (2015) « L'extension de la couverture maladie par les mutuelles communautaires en Afrique: mythes et réalités ». *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 108:63-69.
- Brearley L, Marten R, O'Connell T (2013) *Universal Health Coverage: A Commitment to Close the Gap*. New York: The Rockefeller Foundation, Save the Children, UNICEF and the World Health Organization.
- Cashin C, Sparkes S, Bloom D (2017) *Earmarking for health: from theory to practice*. Health Financing Working Paper No. 5. Geneva: World Health Organization and R4D.
- Cotlear D, Nagpal S, Smith O, Tandon A, Cortez R (2015) *Going Universal – How 24 Developing Countries Are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up*. Washington, DC: World Bank.
- Giedion U, Andrés Alfonso E, Díaz Y (2013) *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*. UNICO Studies Series 25, Washington, D.C.: World Bank.
- Kutzin J (2012) Anything goes on the path to universal health coverage? No. *Bulletin of the World Health Organization* 90: 867-868.
- Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. (2013) *Global health 2035: a world converging within a generation*. *Lancet* 2013; 382: 1898–955.
- Leslie HH, Malata A, Ndiaye Y, Kruk M (2017) *Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries*. *BMJ Global Health*;2:e000424.
- Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J (2017a) 'Free health care' policies: Opportunities and risks for moving towards UHC. *Health Financing Policy Brief No 2*. WHO/HIS/HGF/PolicyBrief/17.2. Geneva: World Health Organization.
- Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J. (2017b) *L'Assurance Maladie à Base Communautaire : Comment peut-elle contribuer au progrès vers la Couverture Universelle en Santé ?* Genève : OMS (WHO/HIS/HGF/Note de Politique/17.3).
- Mathauer I, Dale E, Meessen B (2017c) *Strategic purchasing for UHC: Key policy issues and questions*. A summary of from expert and practitioners' discussions. Health financing working paper No. 8. Geneva: World Health Organization
- McIntyre D, Meheus F (2014) *Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services – A Chatham House Report by Working group on financing Paper 5 (March)*. London: Royal Institute of International Affairs.
- McIntyre D, Kutzin J (2016) *Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development*. Health Financing Guidance no.1. Geneva: WHO.
- Moreno-Serra R, Smith PC (2012) *Does progress towards universal health coverage improve population health? Lancet* 380(9845): 917–23.
- Nakhimovsky S, Langenbrunner J, White J, Vogus A, Zelelew H, Avila C (2014) *Domestic Innovative Financing for Health: Learning From Country Experience*. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.

Références

- Nicholson D, Yates R, Warburton W, Fontana G (2015) "Delivering Universal Health Coverage – A Guide for Policymakers", Report of the WISH Universal Health Coverage Forum 2015. World Innovation Summit for Health.
- O'Connell T, Rasanathan K, Chopra M (2014) What does universal health coverage mean? *Lancet* 383(9913): 277–79.
- O'Connell, Thomas S. K., Juliet A. Bedford, Michael Thiede and Di McIntyre (2015) Synthesizing qualitative and quantitative evidence on non-financial access barriers: implications for assessment at the district level, *International Journal for Equity in Health* 14:54.
- OMS (2009) « Comblen le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève : OMS.
- OMS & Groupe de la Banque mondiale (2014) La couverture universelle en santé: suivi des progrès à l'échelon national et mondial – Cadre, mesures et objectifs. Mai.
- Panda P, Dror IH, Koehlmoos TP, Hossain SAS, John D, Khan JAM, Dror DM (2016) Factors affecting uptake of voluntary and community-based health insurance schemes in low-and middle-income countries – A systematic review. *Systematic Review* 27, International Initiative for Impact Evaluation
- Reeves A, Gourtsoyannis Y, Basu S, McCoy D, McKee M, Stuckler D (2015) Financing universal health coverage-effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *Lancet* 386(9990): 274–280
- Reich MR, Harris J, Ikegami N, et al. (2015) Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *Lancet* 387(10020): 811–816.
- Ridde V, Morestin F (2010) A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa, *Health Policy and Planning*.
- Ridde V, Agier I, Jahn A, et al. (2013) The impact of user fee removal policies on household out-of-pocket spending: evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso, *European Journal of Health Economics*.
- Ridde V (2015) From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies, *BMC Health Services Research* 15(Suppl 3):S6.
- Spaan E, Mathijssen J, Tromp N, McBain F, ten Have A, Baltussen R (2012) The Impact of Health Insurance in Africa and Asia: A Systematic Review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2012; 90:685–692A.
- Stigler F, Macinko J, Pettigrew LM, Kumar R, van Weel C (2016) No universal health coverage without primary health care. *Lancet correspondence*, April 18.
- Summers, Lawrence H et al. (2015) "Economists' declaration on universal health coverage", *Lancet* September 18.
- Umeh CA, Feeley FG (2017) Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From Low- and Middle-Income Countries. *Global Health: Science and Practice* 5(2).
- Wagstaff A (2009) Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD, Policy Research Working Paper 4821, Washington, DC: World Bank.
- World Health Organization (WHO) (2008) Primary Health Care: Now More than Ever, *The World Health Report 2008*. Geneva: WHO.
- WHO (2010) Health Systems Financing – The Path to Universal Coverage, *The World Health Report 2010*. Geneva: WHO.
- WHO (2014) Making fair choices on the path to universal health coverage. *Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. Geneva: WHO.