

# Atelier de Collaboration, Leçons Apprises, et Adaptation dans le secteur santé

20-21 mars 2024



# Mots de Bienvenue

## Mr. Le Représentant de La Couverture de la Santé Universelle



## Mots de Bienvenue Coordinateur du GIBS



# Agenda

Prof Chenge

*Banque Mondiale, Officier de liaison GFF*

**Principes d'engagement et Résultats Attendus**

Cait Unites

*USAID, Directrice Programme Sante*

JOUR 1	
HEURE	SÉANCE
8:30 - 08:50	<p style="text-align: center;"><i>Modérateur : Prof Chenge</i></p> <p>Présentation de USAID programme santé sur l'approche à leur stratégie 2025-2030 (<i>Emma Din</i>)</p>
8:50 - 9:20	Vers la couverture universelle de la santé ( <i>Dr. Kabila</i> )
9:20 -10: 10	Travaux de Groupe I
	Pause Café Flexible (pendant le travaux de groupe)
10:10 - 10:40	Restitution des travaux de groupe en plénière ( <i>Emma Din</i> )
10:40 - 12:10	<p style="text-align: center;"><i>Modérateur: Begin Salumu</i></p> <p><b>Situation Actuelle vis-à-vis du financement du secteur santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>COREF sur la décentralisation (20 min)</i></li> <li>● <i>Questions et Réponses (15 min)</i></li> <li>● <i>DAF/Santé (20 min)</i></li> <li>● <i>DAF/Education (20 min)</i></li> <li>● <i>Questions et Réponses (15 min)</i></li> </ul>

12:10 - 12:15	Réorganisation de Groupes de Travaux
12:15 - 12:45	Travaux de Groupe II
12 :45 - 14:00	Déjeuner
14:00 - 15:35	<p style="text-align: center;"><b>Modérateur: Dr Thibaut Mukaba</b></p> <p><b>Situation Actuelle vis-à-vis du financement du secteur santé (Suite)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Coordinateur de la CN-CSU sur le financement à long terme de la CSU (20 min)</i></li> <li>● <i>Chef de Division du Plan (Lualaba) (20 min)</i></li> <li>● <i>*Réénergiser* (5 min)</i></li> <li>● <i>DPS: Ajouter la présentation de la DPS (Lualaba) (20 min)</i></li> <li>● <i>Questions et Réponses (30 min)</i></li> </ul>
15:35 - 16:05	Travaux de Groupe III
16:05 - 16:30	Gallery Walk et Réactions
16:30-16:45	<p><b>Synthèse du J1 et Clôture</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Synthèse des points clés du jour 1 (les Modérateurs)</i></li> <li>● <i>Commentaire final (le SG)</i></li> </ul>

## JOUR 2

HEURE	SÉANCE
7:30 - 8:00	Café pendant l'enregistrement
8:00 - 8:15	<p>Modératrice : Dr Marie Jeanne Bokoko</p> <p>Résumé de la première journée et rappel de l'agenda de la deuxième journée</p>
8:15 - 9:05	<p>Plan de RDC pour la Qualité et l'Achat des médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● <i>Présentation par l'ACOREP</i></li><li>● <i>Présentation par Directeur PNAM</i></li></ul>
9:05 - 9:55	Discussion en Plénière Guidée
9:55- 10:05	Pause-Café
10:05-10:30	<p><i>Modératrice: Dr Brigitte Kini</i></p> <p>Présentation de la Banque Mondiale sur l'extension de la maternité gratuite (<i>Michel Muvudi</i>)</p>
10:30 - 11:00	Questions et Réponses
11:00 - 11:30	Présentation de la Banque Mondiale sur les résultats de l'étude sur les RHS ( <i>Michel Muvudi</i> )

11:30 - 12:10:	Discussion en Plénière Guidée
12:10 - 13:25	Déjeuner
13:25-15:15	<p style="text-align: center;"><i>Modérateur : Dr Ferdinand Ntoya</i></p> <p><b>Les approches innovantes des PTF pour avancer la CSU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Présentation sur les mutuelles de santé (CGAT) (5 min)</li> <li>● Présentation sur l'approche MOU et ses résultats (BMGF) (5 min)</li> <li>● Présentation sur les approches spécifiques au contexte urbain (Prof Tchenge) (5 min)</li> <li>● Présentation sur la ligne verte (IGS) (5 min)</li> <li>● Présentations sur la mobilisation des ressources locales pour la santé (USAID) (5 min)</li> <li>● Echange Round Robin (1h20 min)</li> </ul>
	Pause-Café Individuelle (selon besoin pendant la période précédente)
15:15 - 15:45	<p style="text-align: center;"><i>Modérateur : Dr Albert Mudingayi</i></p> <p><b>Stratégie de la qualité des soins de santé en RDC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Présentation de la DGOGSS (Dr José Kumumangi)</li> </ul>
15:45 - 16:30	Discussion en Plénière Guidée
16:30 - 16:45	Réflexions finales et Clôture de l'atelier (Coordonnateur GIBS)

## Les Principes d'engagement de l'Atelier

- Nous sommes dans un processus pour apprendre, écouter.
- Toutes les voix comptent. Toutes les idées sont valables et respectées.
- Les idées sont capturées sur travaux de groupe y inclus flip-charts, pleniére, et autres.
- Un engagement actif (écouter et participation) est attendu pour les deux jours.
- Les contraintes de temps doivent être respectées.
- Téléphone portable sur silencieux. Merci

## Les Objectifs de l'Atelier

- Promouvoir la collaboration entre certains ministères de la RDC et bailleurs pour un **partenariat renforcé**.
- Mieux comprendre la problématique de la **mise en œuvre de la CSU** et son financement.
- Identifier des solutions pour améliorer la **mobilisation et décaissement** des ressources domestiques.
- Partager les informations vis-à-vis des **ressources humaines** pour la santé
- Collaborer pour orienter la **stratégie de USAID/RDC** dans le secteur santé pour 2025-2030

# Les Résultats Attendus de l'Atelier CLA

- Meilleure compréhension des parties prenantes pour la CSU
- Inventaire: leçons apprises vis-à-vis de la gratuité de l'accouchement et soins du nouveau-né.
- Identification des défis et solutions pour mobilisation et décaissement des ressources
- Identification des goulots d'étranglement et recommandations vis-à-vis des ressources humaines
- Répertoire d'informations pour orienter le développement de la stratégie de USAID/RDC en secteur santé



- **L'Approche de USAID dans  
l'élaboration de sa stratégie sante  
2025-2030**

**Emma Din, USAID Chef de l'Équipe de la Santé Intégrée**

## Qui est l'USAID ?

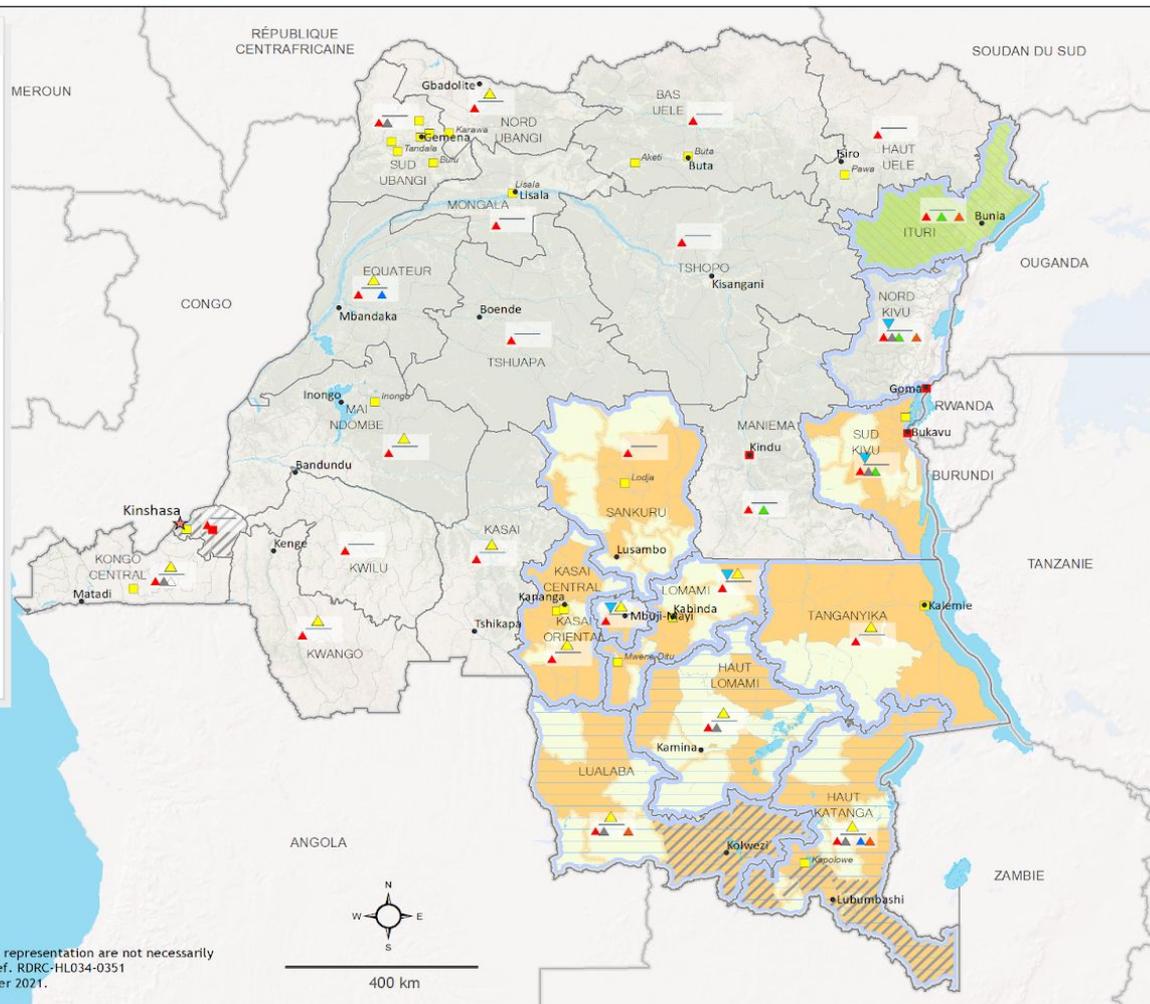
- United States Agency for International Développement
- **Financée par les contribuables américains**
- **Redevabilité:** Résultats des programmes revus annuellement au niveau de Kinshasa (USAID/DRC), au niveau siège (USAID/Washington), et par le Congrès américain (parliament) et les journalistes américains
- **Enveloppe de financement par domaine santé approuvée par le Congrès chaque ans**
- USAID/Washington et USAID/DRC lancent des appels d'offres pour la mise en œuvre des programmes.
- Systèmes de rigueur pour sélectionner les partenaires de mise en œuvre, partenariat pour mise en oeuvre, suivi technique et opérationnel

LEGENDE

- Soins de la fistule
- Malaria - Surveillance entomologique de la résistance aux insecticides
- 👤 Projet de Santé Intégré (PROSANI)
- 👤 Paquet Complet, incluant la malaria, le Planing Familial, la TB, l'eau, assainissement et hygiène, la nutrition
- Malaria
- 👤 VIH
- Sur toute la province
- Tuberculose
- ▲ Projet "End Malaria"
- ▼ Eau, assainissement et hygiène
- Nutrition
- 👤 Immunisation
- 👤 Chaîne d'approvisionnement
- Partenaires du programme mondial de sécurité sanitaire :
- ▲ AFROHUN
- ▲ Breakthrough ACTION
- ▲ IDDS
- ▲ MTaPS
- ▲ IFRC
- ▲ FAO

- ★ Capitale
- Capitale provinciale
- 🌐 Frontière internationale
- 🌐 Limite provinciale
- 🌐 Limite de zone de santé

Names and boundary representation are not necessarily authoritative. Map ref. RDRC-HL034-0351 USAID/DR. November 2021.



400 km

# Domaines d'Intervention

- VIH / SIDA
- Paludisme
- Santé de la Mère, de l'Enfant, et du Nouveau-né
- L'Eau et Assainissement (WASH)
- Planification Familiale et Santé de la Reproduction
- Tuberculose
- Sécurité de Santé Mondiale
- Nutrition
- Renforcement de Système Sanitaire

# Contraintes et Opportunités de Notre Financement

Contraintes	Opportunités
Seulement notre financement WASH peuvent être utiliser pour faire la construction.	Cofinancement avec d'autres partenaires (e.g. si quelqu'un d'autre finance la construction, nous pouvons financer les équipements et matériels, les formations, etc)
Le Congrès américain suit très proche l'usage approprié des fonds alloués et l'augmentation chaque année de la performance sur des indicateurs standards.	L'USAID en RDC finance aussi l'éducation, la gouvernance, la croissance économique, l'environnement, et les urgences humanitaire, donc nous pouvons amplifier l'impact de nos programmes santé en capitalisant sur ces investissements.
Bientôt nous ne pourrions plus acheter des médicaments essentielles pour la SMNE.	Nous ciblons les populations vulnérables et marginalisés.

## Les étapes suivies jusqu'à aujourd'hui dans l'élaboration de la stratégie santé 2025-2030

- 2 ans de réflexions stratégiques interne (2022-2023)
- Consultations avec le Ministère de la Santé régulièrement
- Analyse du portfolio des activités en alignement avec revues des indicateurs de santé-où sont les priorités? Juillet-Aout 2023
- 1:1 Consultations avec les membres du GIBS de juillet à septembre 2023
- Demande d'Informations (RFI) publiée sur le web et partagée avec le GIBS en septembre 2023
- Atelier de consultation avec tous les parties prenantes chaîne d'approvisionnement en septembre 2023
- Ateliers de consultation intensives et visites de sites dans deux provinces (Lualaba et Sud-Kivu) en octobre 2023
- Atelier de consultation et réflexion avec tous les partenaires de mises en oeuvres USAID sante en decembre 2023

## CLA Provinciales: Consultations a Lualaba et Sud-Kivu

- **Jour 1:** Gouverneur, Ministre de la Sante, Directeur DPS, Directeur, Inspectorat Sante, Directeur, Division du Plan, Centre de Distribution Régionale des Médicaments
- **Jour 2-3:** Atelier CLA avec des représentatives de Zone de Santé, CDR, FOSA, RECOs, NGOs locales, et societe civile
- **Jour 4:** Visites de sites: Centres de santé et hôpitaux de référence; secteur prive; approches innovantes
- **Jour 5:** (Bukavu): 3 tables rondes: 1 avec les partenaires de USAID, 1 avec les PTFs sante, et 1 avec les Entités Décentralisées (ETDs)

# Feedback provincial: Thème 1 - l'initiative de l'accouchement gratuit

- **Grande anxiété** dans le milieu des prestataires (centre de santé publique et hôpitaux publics): « *Avant l'accouchement gratuit, les accouchements étaient la "plus grande source" de nos revenus.* »
- Manque de **compréhension** du système:
  - Comment est-ce que les prestataires vont être rémunérés?
  - Retard de paiement
  - Redevabilité: Qui vérifie le nombre d'accouchement? Qui autorise les paiements? Qui débourse les fonds vers les provinces?
- **Risque de perte du personnel:** *"Je ne vais plus venir à mon poste de sage-femme. Je ne serais pas payée"*

## Feedback provincial: Thème 1 (suite)

- **Compétition entre structures:** Exclusion dans la même zone géographique des structures

Structures Non-Ciblées	Conséquences	Structures Ciblées	Conséquences
Faible fréquentation des malades (CS-10 lits)	Faible recette, difficultés de fonctionnement, défis dans approvisionnement en médicaments	Certaines ne disposent pas d'équipements, de matériels, d'infrastructures d'accueil adéquates. (CS)	Débordement dans les structures
Reduction des primes des staffs	Envoi des agents en congés techniques	Staffs peu formés	Faible performance de la structure
Fonctionnent avec leurs fonds propres	Diminution sensible des recettes faute de fréquentation, tendance vers la fermeture	<b>Fonctionnent avec leurs fonds propres</b> Accroissement de la fréquentation par les malades	Retard dans le transfert de la subvention

# Feedback provincial: Thème 2 - le financement

## DEFIS

- Les budgets des provinces sont souvent **inconnus** par la plus grande partie des acteurs
- **Mis-alignement** du processus budgétaire entre le secteur santé et le système budgétaire de la province
- Délai dans le décaissement des fonds santé du niveau central aux provinces
- Retards dans les allocations au niveau des ZS, FOSA.
- Cadre systématique de concertation entre ETD et ZS limité.
- Engagement du secteur privé pour mobilisation des ressources limité
- Peu de solutions (assurance, assistance médicale) pour aider les ménages indigents résultant à des situations inacceptables comme garder des patients plus de 6 mois dans un hôpital.

## Feedback provincial: Thème 2 - le financement (suite)

### INITIATIVES PROMETTANTES

- Tarification Forfaitaire: négociée avec CODESA et publiée sur les murs du centre de santé
- Gestion des centres de santé sur le financement par performance, décrivant le pourcentage des revenus alloués au salaire du personnel, au fonctionnement du centre de santé, à l'achat des médicaments, et au CODESA (3%)
- Rôle des CODESA pour améliorer la qualité des soins et application de la tarification forfaitaire
- Mutuelles de santé: « avec ces mutuelles nous pouvons faire sortir les clients des structures, une fois guéris »

## Feedback provincial: Thème 3 - Ruptures de stock en médicaments essentiels

- Préoccupation prioritaire à tous les niveaux: communauté, FOSA, zone de santé, DPS
- Capacité pour quantifier les besoins basés sur la consommation et fréquentation des FOSA limitée
- Processus de distribution (CDRs) pas toujours suivi-manque de standardisation dans l'achat/commandes des médicaments
- Manque d'harmonisation entre bailleurs-Banque Mondiale et USAID ont des niveaux différents de remboursement



## Questions-discussion 8:50-9:00

1. Y-a-t-il des informations qui vous surprennent?
2. Si oui, lesquelles?
3. Si non, voyez-vous les défis entendu dans les provinces à grande échelle?

# Vers la couverture Universelle de la santé

**Dr. Polydore Kabila**  
Coordinateur National CSU

Moderateur: Professeur Chenge

8:50-9: 20



# **l'Atelier de Collaboration, Leçons Apprises, et Adaptation**

Initié par le Groupe Inter-Bailleurs de Santé (GIBS)

## **Renforcer la CSU en RDC Partenariats, Défis et Stratégies « Cas de la Gratuité de la Maternité »**

Du mercredi 20 au jeudi 21 mars 2024

*Dr MBONGANI KABILA Polydor  
Coordonnateur du CN CSU  
Présidence RD Congo*



# Plan



1. Introduction
2. CSU comme opportunité
3. Cadre organique de la CSU en RD Congo
4. Institutions et secteurs clés
5. Niveau actuel de collaboration
6. Défis de la collaboration
7. Recommandation pour améliorer la collaboration
8. Leçons apprises
9. Recommandations aux PTF et au Gouvernement
10. Parcours des Soins pour la Gratuité de la Maternité
11. Succès et Défis de la Gratuité de la Maternité
12. Conclusion

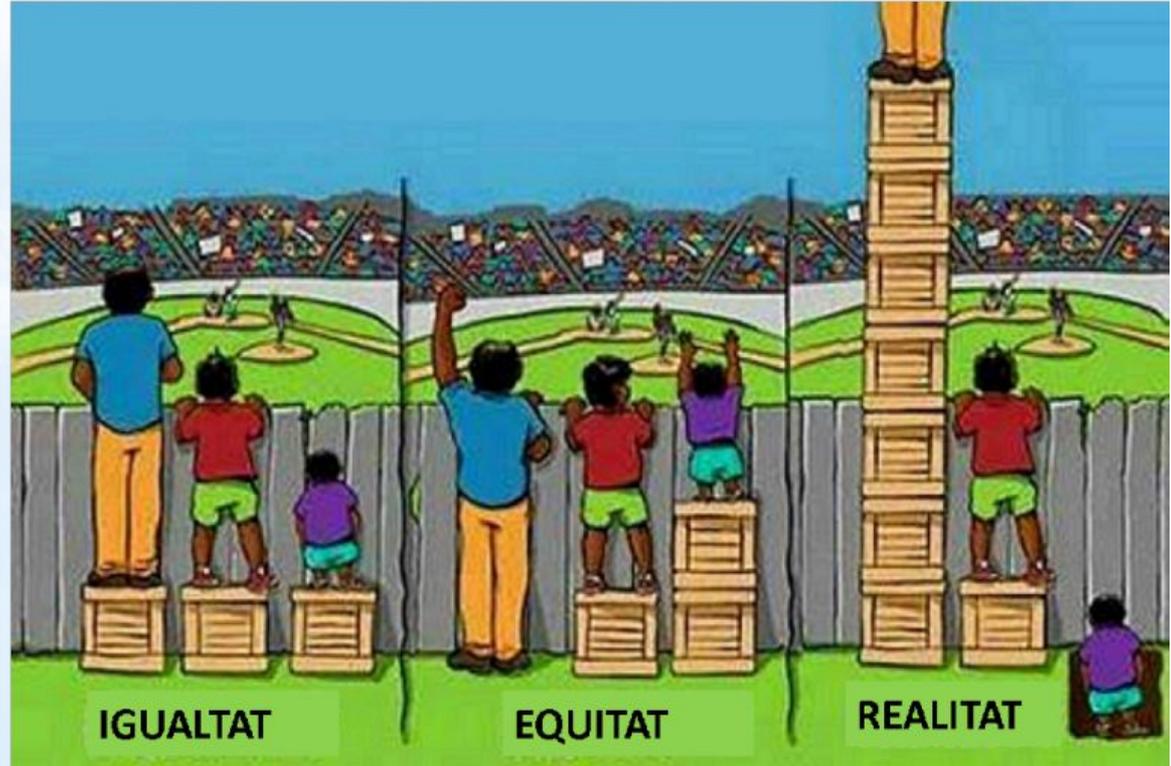
# Introduction



- La République Démocratique du Congo (RDC) est engagée dans une transformation majeure de son système de santé, visant à réaliser la Couverture Santé Universelle (CSU) pour tous ses citoyens.
- Cette initiative, soutenue par le Président Felix Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO, aspire à offrir un accès universel à des soins de santé de qualité, équitable et abordable.
- La présente présentation explore donc Partenariats, Défis et Stratégies associés à cette ambitieuse réforme.

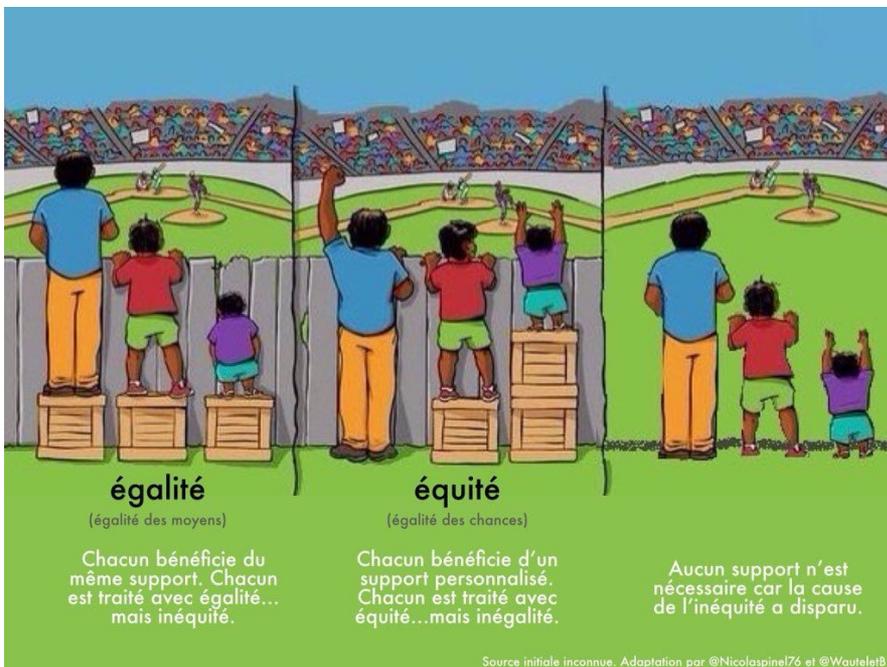
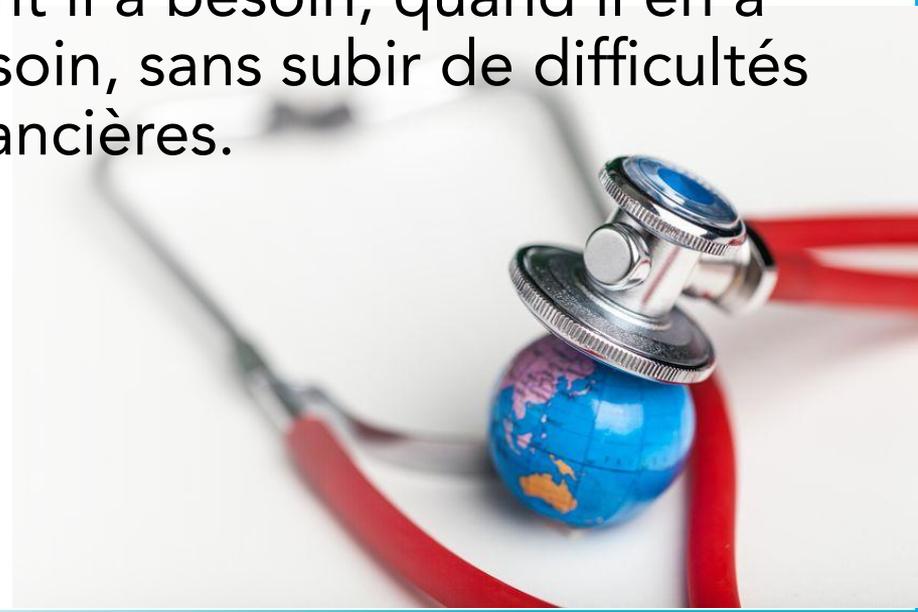
## 2. La CSU comme opportunité

## La CSU : Contexte national en matière de santé



# Qu'est-ce que la CSU ?

La CSU est un concept qui vise à garantir que chaque individu puisse accéder aux soins de santé dont il a besoin, quand il en a besoin, sans subir de difficultés financières.



Chacun ce qu'il peut, chacun ce dont il a besoin

### 3. Cadre Organique de la CSU



- Définition: son objectif principal est de fournir un accès universel à des soins de santé de qualité et abordables.
- Cadre organique en RDC: Le cadre législatif et institutionnel sur lequel repose la CSU, y compris les lois, politiques et plans nationaux de santé.



# Expérience et succès de la RDC en matière de CSU (Multisectorialité ou Santé dans toutes les politiques)



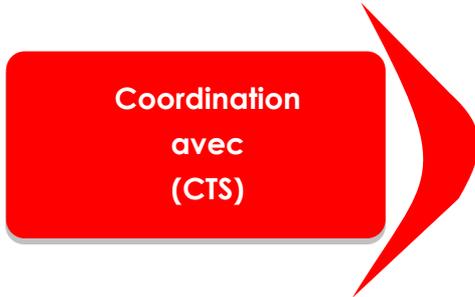
## CN CSU : LES ORGANES

### National

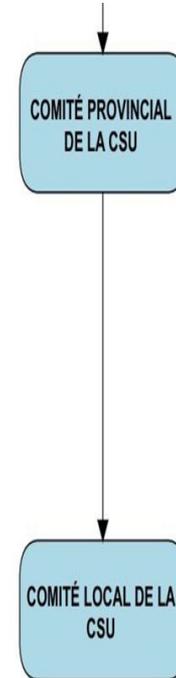
### Provinciale



- SEM le Président de la République
- SEM le Premier Ministre (PM)
- SEM le Dircab du président de la République
- SEM Ministres sectoriels (+17)
- SEM Coordonnateur CN CSU



- SEM Coordonnateur CN CSU
- SG Min. sectoriels (+27)
- 1 Délégué du PM
- DG des Établissements publics créés
- 1 Représentant du patronat
- 1 Représentant de l'intersyndicale
- Mutuelle de santé



#### COMPOSITION

1. SEM le Gouverneur de Province
2. Leurs Excellences les Ministres provinciaux ayant dans leurs attributions : (Tous les secteurs dont les Ministres sont membres du Comité de Pilotage)
3. Le Directeur Provincial du Fonds de Promotion de la Santé
4. Le Directeur Provincial du Fonds de Solidarité de la Santé
5. Le Directeur Provincial de l'Agence Nationale d'Ingénierie Clinique, de l'Information et d'Informatique de la Santé
6. Le Directeur Provincial de l'Autorité de Régulation de la Prestation en Santé
7. Le Directeur Provincial de l'Institut National de Santé Publique/CDC, RDC
8. Un représentant provincial du patronat
9. Un représentant provincial de l'intersyndicale

#### COMPOSITION

1. L'Administrateur du Territoire/le Bourgmestre de la Commune
2. Le(s) Médecin(s) Chef(s) de Zone de Santé
3. Les Chefs de Bureau (tous) dont les portefeuilles sont membres du CP CSU
4. Un représentant local de l'intersyndicale
5. Le représentant local de la/des mutuelle(s) de santé
6. Le(s) Directeur(s) de l'Agence/des Agences d'Achat de Prestations de Santé



# Expérience et succès de la RDC en matière de CSU



**La Couverture  
Santé Universelle  
en RDC**

**En quelques mots**



Accédez aux paramètres

**1**

La **Couverture Santé Universelle, CSU** en sigle, est un système qui consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population puisse : Avoir **accès à tous les services de santé** dont elle a besoin **(1)** et à ce que ces services soient **de qualité suffisante** pour être efficace **(2)** sans que leur **COUT n'entraîne des difficultés financières** pour les usagers **(3)**.




Dès sa prise de pouvoir, le Chef de l'Etat, **SE Félix Antoine TSHISEKEDI TSHOLOMBO** a immédiatement inscrit la CSU dans sa vision, c'est le 9<sup>ème</sup> pilier de son programme quinquennal

Ainsi pour le rendre concret, Le Président de la République a créé en juin 2021, le **Conseil National de la Couverture Santé Universelle, CNCSU** en sigle, qui est un des Services Spécialisés à la Présidence. Ce CNCSU est un cadre qui réunit le Chef de l'Etat et le Gouvernement à travers 17 Ministères sectoriels.

**2**

Le **CNCSU** ainsi créé, a adopté en décembre le **Plan Stratégique National de la CSU**.  
À travers ce Plan, le **Premier Ministre** a créé **6 Établissements Publics** qui travaillent à la mise en œuvre effective de la CSU, suivant l'Ordonnance -Loi

**Breve description des 6 Etablissements de la CSU :**

**1** **FPS (Fonds de Promoti Santé)** 



**Principal rôle :**  
Financement de l'offre (infrastructures médicales, médicaments y compris la production locale, équipements, formation des prestataires)

**2** **FSS (Fonds de Solidarité de Santé)**

**Principal rôle :**  
Assurance Maladie Obligatoire, financement de la demande, paiement de prestations, protection financière.



**3** **ARC-CSU (Autorité de Régulation et de Contrôle de la CSU)**

**Principal rôle :**  
Réguler et contrôler le système de la CSU ainsi que les prestations sanitaires en RDC. Et sanctionner toutes non-conformités aux normes.




**4** **ACOREP (Autorité Congolaise de Règlements Pharmaceutique)**

**Principal rôle :**  
Veiller à la bonne qualité des médicaments  
Veiller à la mise sur le marché des produits médicaux de qualité et efficaces (réglementation adéquate et de contrôle d'un système)




**5** **INSP (Institut National de Santé Publique)**

**Principal rôle :**  
> Assurer la matérialisation de la « Santé dans toutes les politiques ».  
> Prévenir les maladies, par la riposte contre les épidémies et gestion des urgences sanitaires (à travers les Programmes de lutte contre la maladie, l'INRB, etc.).





# Expérience et succès de la RDC en matière de CSU

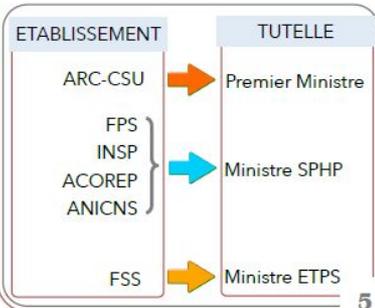
**6** ANICNS (Agence Nationale de l'Ingénierie Clinique et du numérique en santé)

**Principal rôle :** Assurer la digitalisation du système de CSU et d'appuyer le développement numérique de la Santé et de l'ingénierie clinique en RDC.



## LES TUTELLES

Les 6 Etablissements sont chacun sous les tutelles de 3 entités : Soit du Premier Ministre, du Ministre de la Santé, Publique Hygiène et Prévention (SPHP) ou du Ministre de l'Emploi Travail et Prévoyance Sociale (ETPS).



Pour harmoniser les actions de ces 6 Etablissements Publics suivant la vision sociale du Chef de l'Etat à travers le CNCSU, le Président de la République a nommé un **Coordonnateur**.

Ainsi, à travers tout ce cheminement, la **CSU est maintenant une réalité**. Elle a débuté en 2023 à travers le paquet de soins dénommé « **Gratuité de la Maternité et prise en charge du nouveau-né** »



Le CNCSU est train de déployer progressivement des Comités provinciaux.

Au premier trimestre 2024, le CNCSU lancera le Paquet de Base pour tout le monde (homme, femme et enfant).

Ce paquet permettra la mise en application de l'Ordonnance-loi n° 23/006 du 3 mars 2023



Vive la CSU en RDC !

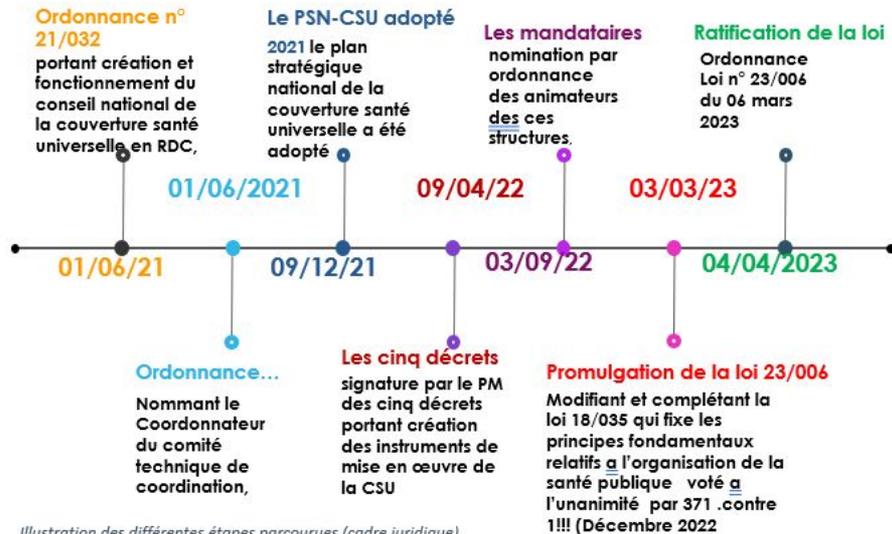


Illustration des différentes étapes parcourues (cadre juridique)



## Institutions et Secteurs Clés



- Secteur public : Premier ministre, ministère de la Santé, ministère de l'emploi, travail et prévoyance sociale, ministère des Finances, autres ministères impliqués comme susmentionnés), parlement.
  - Secteur privé et ONGs : Rôle des prestataires privés de soins de santé, organisations des employeurs et travailleurs, ONGs et organisations communautaires, sous-traitance.
  - Partenaires internationaux : Agences de l'ONU, donateurs bilatéraux, banques multilatérales de développement.
- ### Niveau Actuel de Collaboration
- État de la collaboration : Coopération effective avec le gouvernement, le secteur privé (ex. confessions religieuses), la société civile, et les partenaires internationaux.
  - Initiatives phares : Exemples de programmes ou projets réussis grâce à une collaboration efficace (Reunions du Comite de pilotage, SGs, EFCSU, GIBS, USAID, ENABEL, BM et autres). Collaboration entre les EFCSU et IGS, IGF



## Défis de la Collaboration

- Financement : Problèmes de financement insuffisant ou irrégulier.
- Coordination : Difficultés de coordination efficace entre les différents acteurs ( ex: alignement des PTF sur les programmes en cours).
- Capacité institutionnelle : Limitations en termes de capacité institutionnelle et de gouvernance (mesures et modalités d'application pour une meilleure synergie, ex. INSP).
- Engagement du secteur privé : Défis liés à l'intégration du secteur privé dans le système de santé publique (ingénierie financière, implication des institutions financières privées et autres).



## Recommandations pour Améliorer la Collaboration

- **Renforcement des capacités** : Formation et développement des compétences pour les acteurs clés avec la participation de toutes les parties prenantes, y compris les PTF
- **Amélioration de la coordination** : Mise en place de mécanismes de coordination plus robustes avec toutes les parties prenantes . Cela nécessite un appui conséquent à la coordination du CNCSU.
- **Financement durable** : Stratégies pour assurer un financement durable de la CSU tant en ce qui concerne l'offre que la demande :appui conséquent et alignement des PTF aux priorités nationales y compris le renforcement de la gestion des finances publiques de l'Etat; amélioration des mécanismes de collecte et de mise en commun des ressources, élargissement de l'espace fiscal, augmentation du budget de l'Etat en santé,
- **Engagement communautaire** : Encourager une plus grande participation de la communauté et de la société civile (concept villages santé, professionnalisation et rémunération des RECO).



## Leçons Apprises

- Importance de la gouvernance : Le rôle central d'une gouvernance forte et réactive. Ici la digitalisation du système va jouer un rôle central.
- Engagement communautaire : L'importance de l'implication des bénéficiaires des services dans la planification et la mise en œuvre.
- Flexibilité et adaptation : Nécessité d'adapter les approches en fonction des réalités locales et des changements de contexte.

## Recommandations aux PTF et au Gouvernement

- Pour les PTF : Continuer à soutenir financièrement et techniquement la CSU, avec un accent sur le renforcement des systèmes de santé locaux, l'amélioration de l'offre et un appui à la demande; réduction de la fragmentation et de la duplication des interventions par un engagement commun dans les interventions (ex: RECO); appui au déploiement de la CSU en provinces, et mobilisation commune et mutualisation des ressources financières au niveau provincial et local.
- Pour le gouvernement : Prioriser la santé dans les allocations budgétaires, renforcer la gouvernance et les capacités institutionnelles, et promouvoir une approche multisectorielle pour la santé.

## 4. Le Parcours des Soins: Gratuité

- Le parcours des soins est une approche qui vise à coordonner **les différentes étapes d'un traitement médical tout au long de la vie d'un patient.**
- Il s'agit de garantir une prise en charge globale et continue, **de la prévention à la réadaptation, en passant par le diagnostic, le traitement et le suivi.**

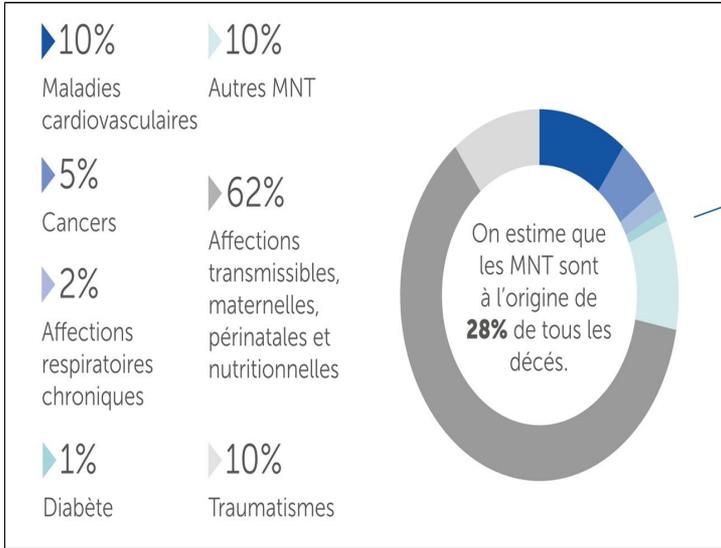


# Contextualisation à la RDC

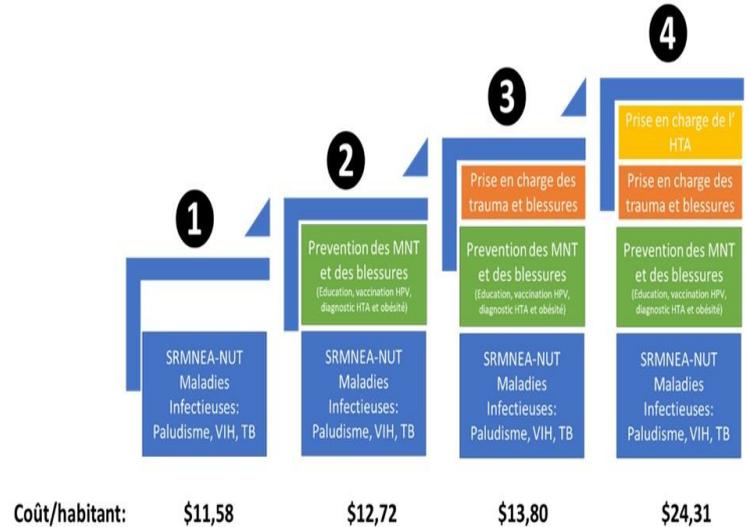
## Expérience et **menaces** de la RDC en matière de CSU

Illustration de la mortalité proportionnelle

Illustration de la progressivité des paquets de soins



**Banque Mondiale 2019**  
 SRMNEA-NUT-INF: 56%  
 MNT: 34%  
 Traumatismes: 10%  
 Source: <https://data.worldbank.org>



Source: OMS 2018 (données de 2016)

# 1<sup>er</sup> paquet de soins

## GRATUITE DE LA MATERNITE

**Choix du Président de la République** lors de son discours a la nation le 30 juin 2022.

**BUT** : Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en RDC.

**Comment?**

Les soins et services de santé de qualité et gratuits à toutes les femmes enceintes, aux accouchées et aux nouveau-nés durant leur premier mois de vie ;

Point de départ: Ville de Kinshasa

300 centres et hôpitaux de référence sélectionnés.

# Motivations

Statistique estimée	Valeur
Taux de mortalité maternelle en RDC en 2023	<b>Plus de 500</b> décès pour 100 000 naissances vivantes, classant le pays au 17e rang mondial en mortalité maternelle
Nombre de femmes décédant des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement <b>chaque heure</b> en RDC	Au moins <b>quatre</b>
Nombre de <b>nouveau-nés décédant chaque jour</b> en raison de complications à la naissance en RDC	<b>27</b>
Taux de mortalité des nouveau-nés en 2023 en RDC	<b>25</b> décès pour 1 000 naissances vivantes (96000/an)

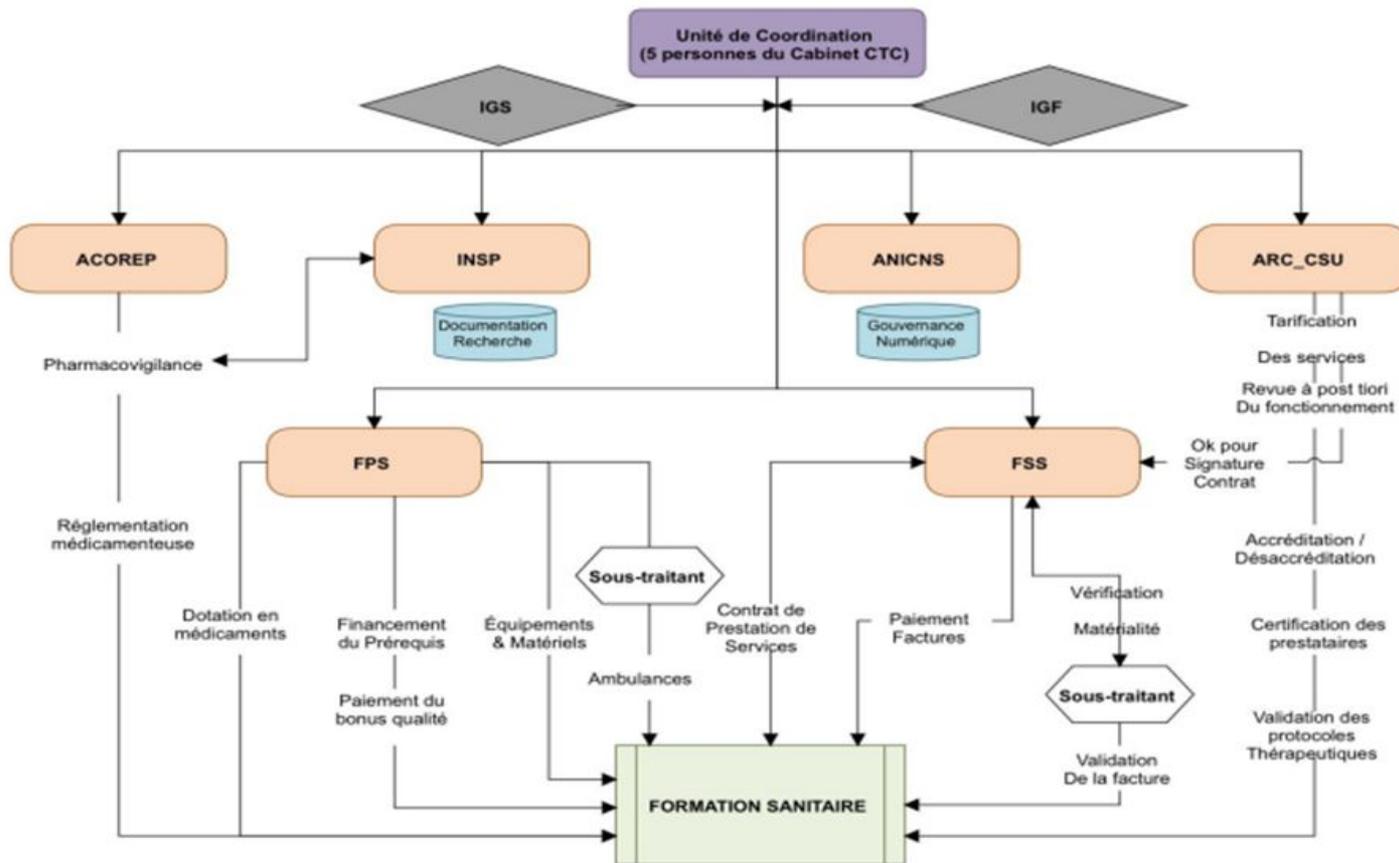
# Parcours des Soins

- Des **CPN** à 1 mois de vie de l'enfant
- **Prise en charge gratuite** dès leur arrivée à l'hôpital et après l'accouchement dans les établissements de santé sélectionnés :
  - **La femme enceinte,**
  - **L'accouchement,**
  - **Les soins les nouveau-nés.**
- Couverture des toutes les pathologies liées à la grossesse dans les établissements de santé publics, confessionnels, et privés avec lesquels nous avons signé des conventions





# Expérience de la collaboration





## Défis rencontrés : **En rapport avec la gratuité**

1. **Problèmes liés au risque moral** : hyper utilisation des services sans respect de l'itinéraire de patients
2. **Difficultés dans la gestion du transport des patients** : communication inefficace entre les intervenants
3. **Retards de paiement des prestataires** : liés à des vérifications et aux délais de la banque.
4. **Coordination complexe des établissements de facilitation** : questions sur les conventions avec les prestataires, rôles dans le transport des patients, approvisionnement en médicaments.
5. **Gestion du partenariat avec les prestataires** en mode département des établissements de soins..
6. **Abus des prestataires** dans la prescription et la fraude.
7. **Difficultés d'approvisionnement** en raison de lourdeurs dans les procédures d'acquisition des marchés publics.
8. **Implémentation partielle**, seulement 3 quarts de prestataires ont accepté d'adhérer au programme.

## Défis rencontrés : **En rapport avec le démarrage effectif des autres régimes d'assurance maladie**

1. **Défi d'adoption par certaines parties prenantes**
2. **Concurrence avec les assureurs privés** du fait de la mise en place de l'assurance maladie obligatoire, pour le paquet de base où FSS a le monopole.
3. **Finalisation et validation des mesures d'application** de l'ordonnance Loi de mars 2023 modifiant la Loi du secteur santé.
4. **Nécessité d'exécuter plusieurs études** (actuarielles, catégorisation des populations, paquets de soins, etc.)
5. **Défi et retards dans l'organisation des dialogues** avec les parties prenantes.
6. **Réflexions sur le financement des établissements de facilitation**, visant à garantir deux ans de financement avant d'atteindre une autonomie financière.



## Leçons apprises

1. L'ajustement constant est essentiel, système apprenant. L'engagement fort des dirigeants politiques est crucial pour la CSU.
2. Une mobilisation de ressources durable est nécessaire.
3. Les infrastructures, ressources humaines et accessibilité géographique doivent être renforcés ou améliorés.
4. L'intégration coordonnée des soins de santé est efficace.
5. L'implication des communautés est essentielle.
6. Des données de qualité et une surveillance sont nécessaires.
7. Les stratégies doivent être flexibles et adaptables.
8. La nécessité de la mise en place des mécanismes d'accès financier pérennes et équitables.
9. Une coordination efficace est cruciale y compris dans le cadre de la santé dans toutes les politiques (multisectorialité).

## Recommandations : Responsabilité pour une extension de la couverture

1. Renforcer l'engagement politique, la coordination, l'inclusion et l'alignement des PTF.
2. Mobiliser des ressources durables y compris la formalisation de l'économie informelle et l'inclusion des individus vulnérables.
3. Prioriser le renforcement des systèmes de santé.
4. Promouvoir l'intégration des services.
5. Renforcer l'engagement communautaire.
6. Améliorer la collecte de données et la surveillance.
7. Maintenir la flexibilité et l'adaptabilité.
8. Élargir l'accès financier dans une approche visant à atteindre l'équité.
9. Renforcer la coordination des acteurs.
10. Établir des processus d'apprentissage continu et d'évaluation.





## En résumé : Succès et Défis de la Gratuité de la Maternité

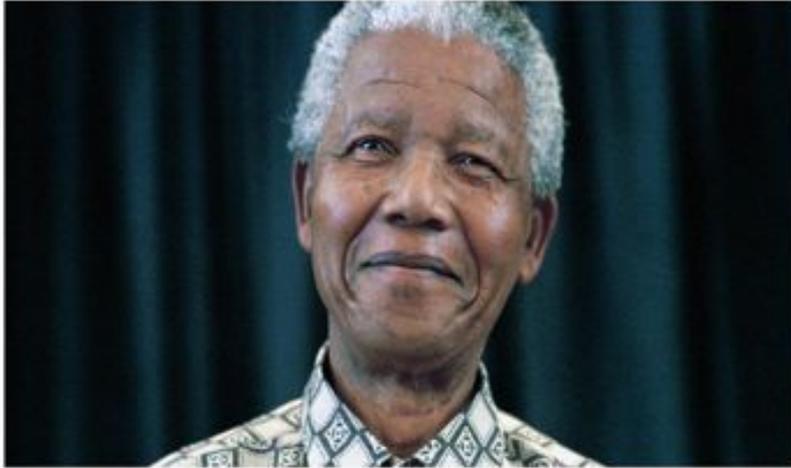
- Succès : Avancées notables, améliorations dans l'accès aux soins de maternité, protection financière accrue, organisation d'un système de référence entre le niveau primaire et secondaire, tertiaire, mise en place d'un N° d'enregistrement et de plaintes, début de digitalisation des ESS accrédités, mise en place d'un réseau des ESS pour la prise en charge des NN malades).
- Défis : Problèmes persistants tels que la qualité des soins, l'accès inégal et le financement insuffisant (IGS et coordination).



## Conclusion

- L'atteinte de la Couverture Santé Universelle en République Démocratique du Congo, avec un focus particulier sur la gratuité de la maternité, est à la fois un défi ambitieux et une opportunité d'améliorer profondément la santé maternelle et infantile.
- Cette initiative repose sur une synergie entre acteurs du secteur de la santé et partenaires au-delà, confrontés à des défis non négligeables mais surmontables avec une approche collaborative. L'engagement de tous est crucial : renforcement des capacités, amélioration de la gouvernance, et mobilisation des ressources sont des étapes clés vers notre objectif commun.
- Ensemble, faisons de la CSU une réalité pour chaque mère et chaque enfant en RDC, marquant un pas décisif vers un système de santé plus inclusif et équitable.





« IT ALWAYS  
SEEMS  
IMPOSSIBLE  
UNTIL IT IS  
DONE»

- Nelson Mandela

Merci

# Travaux de Groupe: I

*9:20-10:10-Café intégré dans le travail de groupe*

## **GROUPE 1-5: Comment Renforcer les approches multisectorielles pour la CSU?**

1. Y a-t-il d'autres parties prenantes ?
2. Quels sont **les défis majeurs** qui limitent la collaboration entre parties prenantes?
3. Quelles seraient vos **recommandations clés** pour améliorer la collaboration?

## **GROUPE 6-10: Comment soutenir la gratuité de l'accouchement?**

1. Lister 4 défis **prioritaires** vis à vis de l'accouchement gratuit
2. Quelles sont vos recommandations **clés** pour soutenir la gratuité de la maternité?



## RESTITUTION DU TRAVAIL DE GROUPE I (10:10-10:40, Facilitateur: Emma)

- **Groupes 1-5:**
  - Chaque groupe présente seulement 2 recommandations pour améliorer la coordination avec les parties prenantes. (2 minutes par groupe)
- **Groupe 6-10**
  - Chaque groupe présente deux recommandations clés pour appuyer la mise en oeuvre de l'accouchement gratuit. (2 minutes par groupe)
- **Discussion/clarification ( 10 minutes, si le temps permet)**
  - Y-a-t-il des recommandations qui vous ont surpris ?
  - Y-a-t-il des recommandations qui sont prioritaires ?

# Situation Actuelle vis-à-vis du financement sante

10:40-12:10 *Moderateur: Begin Salumu*

## Objectifs:

1. Comprendre le rôle de la DAF, la situation, la feuille de route pour la rendre opérationnelle
2. Comprendre le processus de déconcentration de l'ordonnancement des finances
3. Comprendre les mécanismes de financement à long terme de la CSU au niveau national et provincial

## 3 presentations:

- COREF sur la decentralisation (20 minutes)
- Questions/Reponses (15 minutes)
- DAF/Sante (20 minutes)
- DAF/Education (20 minutes)
- Questions/Reponses (15 minutes)



- **Financement du Secteur Santé**
  - **Situation Actuelle**

**3 présentations**  
**10:40-12:10**

**COREF (décentralisation)**  
**DAF/Santé**  
**DAF/Education**

**Moderateur: Begin Salumu**

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DES FINANCES

*COMITE DE PILOTAGE ET D'ORIENTAION DE LA REFOEME DES FINANCES PUBLIQUES*



---

# LA DÉCONCENTRATION DE L'ORDONNANCEMENT

*Dans une gestion budgétaire axée sur les résultats au  
moyen de Budget-programme*

---

Par

**Jean-Baptiste VEKO BILLA**

*Assistant Technique*

*en charge de la réforme de la gestion de la dépense publique*

# PLAN DE L'EXPOSE



**I. La LOFIP et la gestion budgétaire axée sur la performance**

**II. Le budget-programme**

**III. La déconcentration de l'ordonnancement**



# I. LA LOFIP ET LA GESTION BUDGÉTAIRE AXÉE SUR LA PERFORMANCE

1. La GAR,  
une  
nouveau  
de la LOFIP
2. Concepts de  
base



# I. LA LOFIP ET LA GESTION BUDGETAIRE AXEE SUR LA PERFORMANCE

## I.1. La GAR, une nouveauté de la LOFIP



- La LOFIP, promulguée le 13 juillet 2011 introduit d'importantes réformes ayant pour vocation la refondation du système de gestion des finances publiques congolaises dans un cadre juridique rénové.
- Elle instaure *une gestion budgétaire orientée vers la performance* au moyen d'une budgétisation fondée sur les politiques publiques au travers le budget-programme .
- Elle consacre la culture de la redevabilité au travers *la responsabilisation des acteurs* en contre partie de la justification des résultats à atteindre dans la réalisation des politiques leurs assignés.



# I. LA LOFIP ET LA GESTION BUDGETAIRE AXEE SUR LA PERFORMANCE

## I.2. Quelques concepts de base



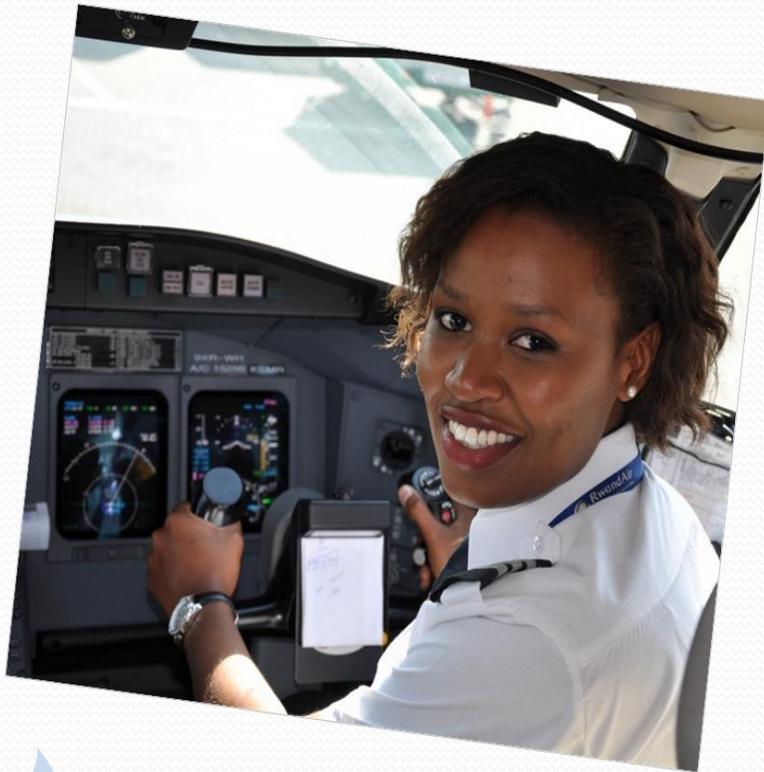
- **Programme:** Un programme budgétaire regroupe les crédits destinés à mettre en œuvre une action ou un ensemble cohérent d'actions relevant d'un même ministère et auquel sont associés des objectifs précis, définis en fonction de finalités d'intérêt général, ainsi que des résultats attendus et faisant l'objet d'une évaluation. *(Définition différente de celle utilisée en gestion de projets ou par les bailleurs de fonds où le programme est un groupe de projets.)*

- **Action:** composante d'un programme créée pour la prestation de services et d'activités subordonnés. Elle précise le but de la dépense.
- Elle peut rassembler des crédits visant un public particulier d'utilisateurs ou de bénéficiaires, ou un mode particulier d'intervention de l'administration.
- Au sein d'un programme, la répartition des crédits entre les actions est indicative.



# I. LA LOFIP ET LA GESTION BUDGETAIRE AXEE SUR LA PERFORMANCE

## I.2. Quelques concepts de base (1/2)



- **Responsable de programme (RProg):** acteur principal de la gestion de programme désigné par le ministre concerné. Il joue le rôle d'ordonnateur délégué en charge d'engagement juridique et ordonnancement des dépenses.
- **Responsable d'unité opérationnelle(RUOP):** second acteur de la gestion de programme compétant pour exécuter les activités de l'Unité opérationnelle. Dans la limite des crédits budgétaires qui sont accordés à l'UOP, il procède à l'engagement comptable et à la liquidation des dépenses nécessaires à la mise en œuvre des activités.



# I. LA LOFIP ET LA GESTION BUDGETAIRE AXEE SUR LA PERFORMANCE

## I.2. Quelques concepts de base (2/2)



- **Unité opérationnelle:** segment de la mise en œuvre du programme entre lesquelles sont répartis les crédits et au sein desquelles ils sont consommés. Elle correspond dans la classification administrative à un chapitre budgétaire
- **Chaîne managériale:** chaîne de responsabilité dans la gestion budgétaire en mode programme, établie en correspondance avec l'organigramme du ministère et propice à un pilotage effectif et efficace de chaque programme.
- **Opérateur de l'Etat:** toute entité publique, le cas échéant privée, à personnalité juridique à laquelle est confiée la mise en œuvre totale ou partielle d'une politique publique.
- L'opérateur de l'Etat bénéficie, sous forme de transfert ou intervention, des crédits budgétaires et, le cas échéant, du produit des taxes lui affectées en vue de l'atteinte des objectifs et performance du programme.
- L'opérateur de l'Etat *signe un contrat d'objectifs et performance* avec le RProg dans le cadre de la mise en œuvre du programme auquel il participe ou qu'il met en œuvre totalement.



## II. LE BUDGET-PROGRAMME

1. Définition du budget-programme
2. Découpage des politiques publiques en programmes
3. Maquette budgétaire structurée en programme



# II. LE BUDGET-PROGRAMME

## II.1. Définition du budget-programme



- Le **budget-programme** ou budget par objectif de programme est un budget basé sur les résultats précis à atteindre au bout d'une période donnée.
- Il est un outil de gestion et de planification qui privilégie *la performance c'est-à-dire le lien entre des fonds alloués dans le budget d'une part et des résultats mesurables de l'autre.*
- Le PB combine des actions prioritaires à réaliser sous des contraintes de ressources matérielles, financières et humaines.
- Le programme constitue l'unité de vote au parlement.



# II. LE BUDGET-PROGRAMME

## II.2. Découpage des politiques publiques en programmes (1/3)

La maquette budgétaire d'un ministère correspond au découpage des politiques publiques au sein d'un ministère en programmes et actions. Ce découpage est encadré par quelques principes et critères inspirés des bonnes pratiques internationales.

**Un programme a vocation à être stable dans le temps**

**Limiter le nombre en tenant compte de la taille critique des programmes**

**Tenir compte du périmètre et frontières des programmes**

**L'ancrage de la maquette budgétaire dans la structure administrative existante**

## II. LE BUDGET PROGRAMME

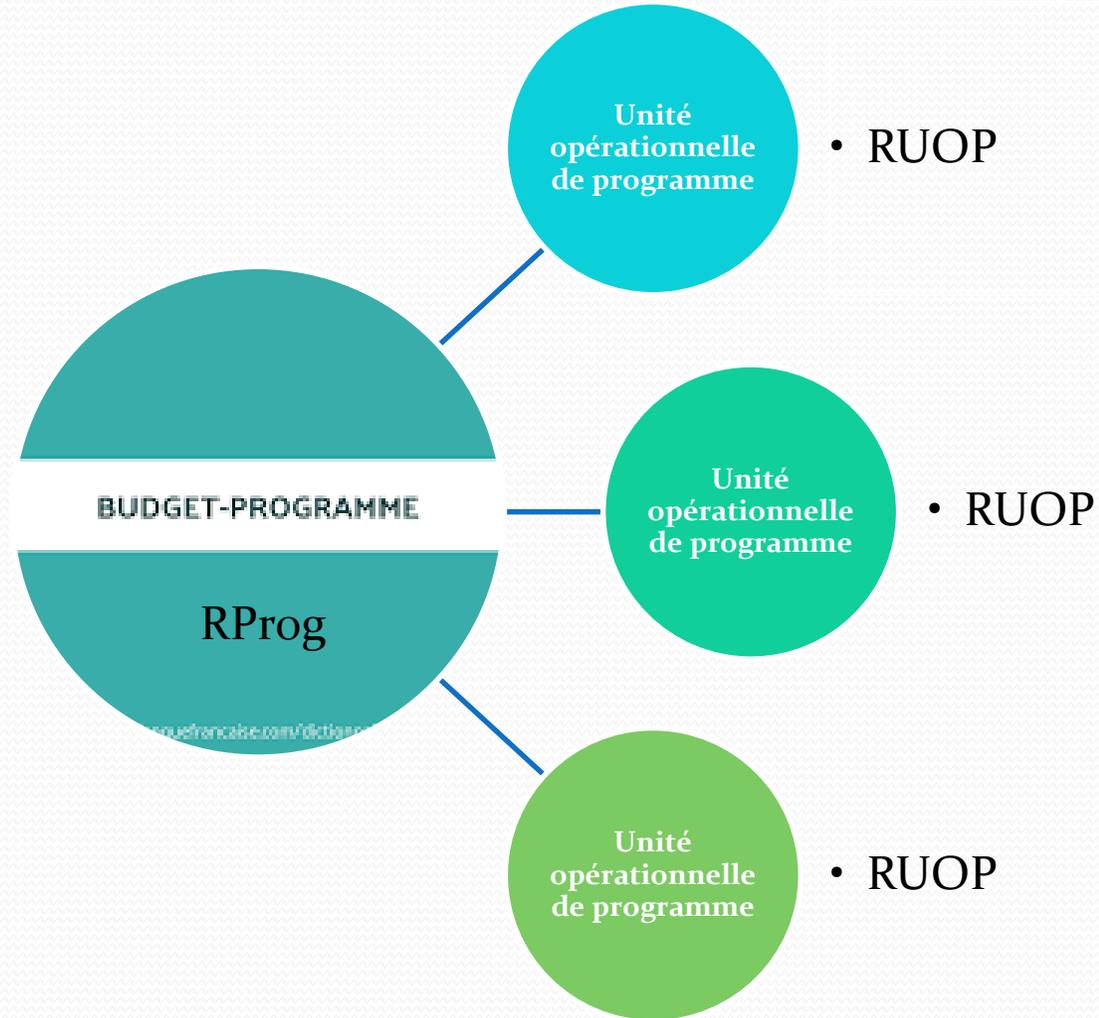
### II.3. Maquette budgétaire structurée en programme

#### 1. Ministère de la Santé (les programmes et leurs déclinaisons)

Programmes	Actions	
Administration générale	Pilotage de la stratégie Ministérielle de la Santé	Cab Min
	Coordination Administrative de la Santé	Sec Gén; PNPCS
	Renforcement des Mécanismes d'Inspection-Contrôle	IGS, IPS
	Développement des ressources Humaines pour la Santé	DRH, DESS, DFC
	Renforcement du Système d'information Sanitaire	DANTIC, PNCNS
	Planification Stratégique, Equité, Evaluation et suivi	DEP, CT-AS, PNPMS, CSE
	Gouvernance Financière	DAF, CGPMP
Prestations de services de santé et continuité des soins	Offre des soins	
	Infrastructures sanitaires	
	Médicaments et intrants spécifiques	
	Renforcement de la SRMNEA-NUT	
	Hygiène aux frontières	
Lutte contre la maladie	Epidémies, Endémies	
	Urgences Sanitaires et catastrophes	
	Maladies transmissibles et non transmissibles	
	Appui à l'action sanitaire communautaire	

# II. LE BUDGET PROGRAMME

## II.4. Déclinaison opérationnelle des programmes



# II. LE BUDGET-PROGRAMME

## II.5. Le budget-programme et le budget des moyens



- Le budget des moyens ou budget objet est un budget qui énumère les objets de dépense.
- Il affecte les moyens financiers de l'Etat (*crédits budgétaires*) à des objets de dépense (*fonctionnement de services, investissements, transfert*).
- Les gestionnaires ne s'engagent pas en terme des résultats à atteindre mais du respect des plafonds des autorisations budgétaires.
- *Le budget objet* informe sur les destinations des crédits mais ne prévoit pas une évaluation au terme de l'exercice budgétaire.



# II. LE BUDGET-PROGRAMME

## II.5. Le budget-programme et le budget des moyens



- A la différence du budget de moyens, essentiellement caractérisé par l'importance accordée à la consommation des crédits mis à la disposition des administrations, l'approche du budget-programme constitue le cadre par excellence de mise en œuvre des politiques publiques.
- En effet, le budget-programme permet d'assurer :
  - (i) une meilleure lisibilité autour des politiques publiques identifiées dans le programme et des PAP permettant ainsi une meilleure appréciation des choix budgétaires du Gouvernement ;
  - (ii) une plus grande efficacité dans l'allocation et la gestion des ressources ;
  - (iii) une amélioration de la qualité du service public ;
  - (iv) une plus grande responsabilisation des acteurs ;
  - (v) un meilleur suivi-évaluation de l'action de l'Etat ;
  - (vi) un alignement du budget sur les priorités nationales ;
  - (vii) une réforme des administrations publiques et leur mode de fonctionnement suivant la logique de la performance et
  - (viii) le renforcement du rôle du parlement à travers le recentrage du débat budgétaire autour de la performance de l'action publique.



# II. LE BUDGET-PROGRAMME

## II.5. Le budget-programme et le budget des moyens

### II.5.1. Le budget des moyens de l'EPST

#### DETAILS DES DEPENSES PAR SECTION ET RUBRIQUE BUDGETAIRE

Page 194 sur 619

37 SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET PREVENTION				5 279 544 376 706 FC
<b>Fonctionnement des Ministères</b>				<b>90 869 748 079 FC</b>
<b>CHAPITRE</b>	<b>37100</b>	<b>Cabinet</b>		<b>4 214 917 433 FC</b>
2407600371000000366251000000	36625	Prime, gratification et indemnité non permanentes		375 107 337 FC
2407600371000000460111000000	46011	Fournitures et petits matériels		99 512 602 FC
2407600371000000561311000000	56131	Location et affrètement de moyens de transport		64 802 056 FC
2407600371000000561321000000	56132	Titre de voyage à l'intérieur		29 056 132 FC
2407600371000000561331000000	56133	Titre de voyage à l'extérieur		46 162 475 FC
2407600371000000561811000000	56181	Frais de mission à l'intérieur		95 920 593 FC
2407600371000000561821000000	56182	Frais de mission à l'extérieur		96 747 188 FC
2407600371000000561851000000	56185	Prestations intellectuelles, d'organisme de formation et		407 609 050 FC
<b>CHAPITRE</b>	<b>37202</b>	<b>Etudes et Planification</b>		<b>1 583 326 334 FC</b>
2407310372020000366251000000	36625	Prime, gratification et indemnité non permanentes		104 726 081 FC
2407310372020000460111000000	46011	Fournitures et petits matériels		67 416 410 FC
2407310372020000561221000000	56122	Impression, reproduction, reliure et conservation		59 408 708 FC
2407310372020000561321000000	56132	Titre de voyage à l'intérieur		49 054 673 FC
2407310372020000561331000000	56133	Titre de voyage à l'extérieur		20 478 089 FC
2407310372020000561811000000	56181	Frais de mission à l'intérieur		101 665 464 FC
2407310372020000561821000000	56182	Frais de mission à l'extérieur		38 217 138 FC
2407310372020000561851000000	56185	Prestations intellectuelles, d'organisme de formation et divers		142 359 771 FC
2407310372020000561881000000	56188	Autres prestations		1 000 000 000 FC
<b>CHAPITRE</b>	<b>37203</b>	<b>Établissement des Soins et Partenariat</b>		<b>322 981 020 FC</b>
2407210372030000366251000000	36625	Prime, gratification et indemnité non permanentes		55 955 768 FC
2407210372030000460111000000	46011	Fournitures et petits matériels		156 985 449 FC
2407210372030000561321000000	56132	Titre de voyage à l'intérieur		33 172 749 FC
2407210372030000561811000000	56181	Frais de mission à l'intérieur		76 867 054 FC
<b>CHAPITRE</b>	<b>37204</b>	<b>Pharmacie, Médicaments et Plantes médicinales</b>		<b>1 420 644 368 FC</b>
2407240372040000366251000000	36625	Prime, gratification et indemnité non permanentes		500 444 785 FC
2407240372040000460111000000	46011	Fournitures et petits matériels		122 466 035 FC
2407240372040000561321000000	56132	Titre de voyage à l'intérieur		67 580 799 FC
2407240372040000561811000000	56181	Frais de mission à l'intérieur		167 403 289 FC



## II. LE BUDGET-PROGRAMME

### II.5. Le budget-programme et le budget des moyens

#### II.5.1. Objectifs poursuivis par le Ministère de la Santé



- Les principaux objectifs qui concourent à la mise en œuvre de la politique stratégique du Ministère de la Santé (La Loi fixant les principes fondamentaux relatifs à la santé publique ):

- ✓ garantir le bien-être de la population ;
- ✓ de prévenir des incapacités des maladies et des mortalités précoces;
- ✓ de promouvoir un meilleur état de santé de la population ; et
- ✓ d'assurer la couverture, la qualité, l'efficacité des services et la satisfaction des besoins de santé.



## II. LE BUDGET-PROGRAMME



**MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
HYGIÈNE ET PRÉVENTION**

### II.5. Le budget-programme et le budget des moyens

#### II.5.1. Présentation des crédits en mode programme du Ministère de la Santé

Programmes	Actions	3 Personnel	4 Biens et Mat	5 Transfert	Titre(...)
Administration générale	Pilotage de la stratégie Ministérielle de la Santé	1 000 000	25 000 000	15 500 000	
	Coordination Administrative de la Santé	300 000 000	45 000 000	22 800 000	
	Renforcement des Mécanismes d'Inspection-Contrôle	1 000 000	25 000 000	15 500 000	
	Développement des ressources Humaines pour la Santé	400 000 000	54 000 000	33 800 000	
	Renforcement du Système d'information Sanitaire	1 000 000	28 000 000	16 500 000	
	Planification Stratégique, Equité, Evaluation et suivi	300 000 000	45 000 000	22 800 000	
	Gouvernance Financière	1 000 000	25 000 000	15 500 000	
Prestations de services de santé et continuité des soins	Offre des soins	300 000 000	45 000 000	22 800 000	
	Infrastructures sanitaires	1 000 000	25 000 000	15 500 000	
	Médicaments et intrants spécifiques	1 000 000	25 000 000	15 500 000	
	Renforcement de la SRMNEA-NUT	300 000 000	45 000 000	22 800 000	
	Hygiène aux frontières	1 000 000	25 000 000	15 500 000	
Lutte contre la maladie	Epidémies, Endémies	1 000 000	25 000 000	15 500 000	
	Urgences Sanitaires et catastrophes	300 000 000	45 000 000	22 800 000	
	Maladies transmissibles et non transmissibles	300 000 000	45 000 000	22 800 000	
	Appui à l'action sanitaire communautaire	1 000 000	25 000 000	15 500 000	



## II.2. Le budget-programme et le budget des moyens

### II.2. Indicateurs de performance « Programme 059 : Prestations de services de santé et continuité des soins »

Objectif 1 : Améliorer la couverture de la population et la qualité en soins et service de santé de premier contact									
Indicateur		Unité de mesure	Réalizations			Exercice en cours	Cibles		
N°	Nom de l'Indicateur		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
1	Proportion de la population, dans un rayon de 5km, couverte par un CS offrant un paquet minimum d'activités conforme aux normes Nationales	%	40	45	50	50	70	75	80
Source : DEP, Tableau synoptique du suivi du PNDS, 2015									
Mode de calcul : Effectif de la population résidant à moins de 5 km d'un CS offrant un PMA conforme aux normes / Population totale de l'aire de santé x100									
Commentaire : La couverture géographique des CS a faiblement progressé, nous comptons la faire progresser davantage en vue d'atteindre 70% d'ici 2024.									

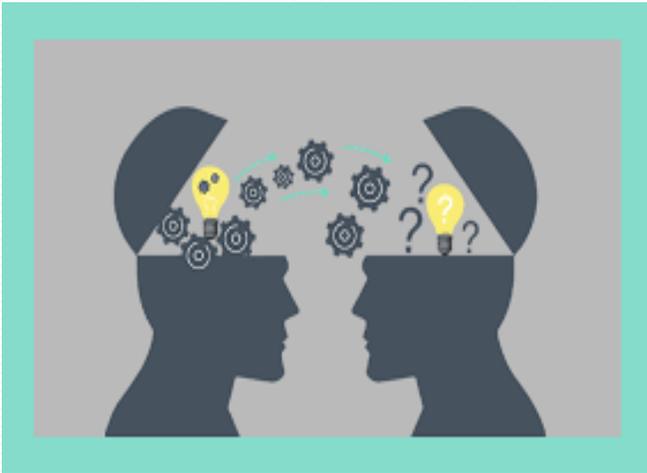
### III. LA DÉCONCENTRATION DE L'ORDONNANCEMENT

1. Du cadre de gestion des dépenses publiques en mode programme
2. Le rôle particulier de la DAF dans la gestion budgétaire en mode programme
3. Les outils de mesure de la performance
4. Etat des lieux, perspectives et défis



# III. LA DÉCONCENTRATION DE L'ORDONNANCEMENT

## III.1. Du cadre de gestion des dépenses publiques en mode programme



### III.1.1. Transfert du pouvoir d'ordonnancement aux Ministères dépensiers

- Transfert des compétences d'exécution de toute la phase administrative de la dépense vers les Ministres sectoriels et les responsables des Institutions.
- Cette déconcentration vise à mieux responsabiliser ces autorités dans la gestion de leur budget et l'atteinte des résultats.



# III. LA DÉCONCENTRATION DE L'ORDONNANCEMENT

## III.1. Du cadre de gestion des dépenses publiques en mode programme

### III.1.2. Les acteurs de la gestion budgétaire en mode programme

#### 1. L'ordonnateur

- Les responsables des institutions et les Ministres sont ordonnateurs de dépenses pour les crédits mis à leurs dispositions. Ils ont la compétence d'engager, de liquider et d'ordonnancer les dépenses de son institution ou Ministère. Ils délèguent leurs compétences au RProg et RUOP.

#### 2. Le Responsable de programme (RProg)

- Sous l'autorité du responsable de l'institution ou du Ministre, le responsable de programme a la charge du pilotage de la mise en œuvre du programme.
- Sur la base des objectifs généraux fixés par l'ordonnateur, le RProg détermine les objectifs spécifiques, affecte les moyens et contrôle les résultats des services chargés de la mise en œuvre du programme sous sa responsabilité. Il procède à l'engagement juridique de la dépense ainsi qu'à son ordonnancement.



# III. LA DÉCONCENTRATION DE L'ORDONNANCEMENT

## III.1. Du cadre de gestion des dépenses publiques dans la gestion budgétaire en mode programme

### III.1.2. Les acteurs de la gestion budgétaire en mode programme

#### 3. Le responsable de l'Unité Opérationnelle de Programme RUOP

- Le responsable de l'Unité Opérationnelle de Programme détermine les modalités de mise en œuvre des activités définies dans le programme. Il prescrit l'exécution des dépenses de l'unité opérationnelle dont il a la responsabilité et en rend compte au responsable de programme.

#### 4. Opérateurs de l'Etat

#### 5. Les services d'appui et de conseil aux programmes

- la DAF ;
- la DRH;
- la DEP ;
- la CGPMP.



# III. LA DÉCONCENTRATION DE L'ORDONNANCEMENT

## III.2. Le rôle particulier de la DAF dans la gestion budgétaire en mode programme

- La DAF est le responsable de la fonction financière et budgétaire au sein du Ministère sectoriel.
- Elle met en œuvre les modalités et règles transversales de gestion financière des programmes conformément à la charte de gestion. Elle exerce les fonctions de conseil, d'expertise et d'assistance auprès des responsables des programmes. A ce titre, elle est chargée :
  1. D'assurer la synthèse de l'information budgétaire des programmes ;
  2. d'élaborer le plan d'engagement budgétaire sectoriel ;
  3. d'assister le responsable de programme dans l'élaboration du projet du document de programmation des crédits ;
  4. de veiller à la soutenabilité budgétaire des programmes, à travers l'organisation du contrôle interne budgétaire ;
  5. de participer aux négociations, conférences et arbitrages budgétaires ;
  6. d'assister le responsable de programme dans l'élaboration du PAP et du RAP ;
  7. d'exercer les fonctions de gestion financière en centralisant les dossiers de dépenses à soumettre au responsable de programme ;
  8. de suivre la réalisation de la programmation financière et proposer, le cas échéant, les mesures nécessaires au respect des plafonds de crédits et des emplois ainsi que les mouvements de crédits entre les programmes de l'institution ou du ministère ;
  9. d'élaborer le projet de charte de gestion ministérielle ou de l'institution à soumettre à l'ordonnateur.



# III. LA DÉCONCENTRATION DE L'ORDONNANCEMENT

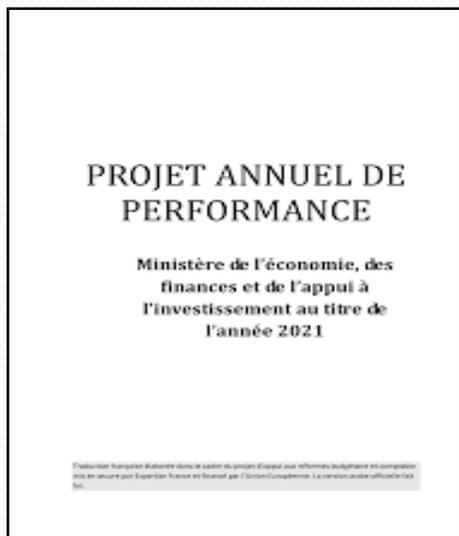
## III.3. Les outils de mesure de la performance



- Le Projet Annuel de Performance, **PAP** en sigle, et le Rapport Annuel de Performance, **RAP** en sigle, constituent les documents de suivi de la performance.

### III.3.1. Le PAP

- Le PAP accompagne le projet de loi de finances, projet d'édit budgétaire ou de décision budgétaire de l'année.
- Il contient les objectifs, les indicateurs de performance et leurs cibles ainsi que la description des principales actions du programme.



# III. LA DÉCONCENTRATION DE L'ORDONNANCEMENT

## III.3. Les outils de mesure de la performance



shutterstock.com · 1496931842



### III.3.2. Le RAP

- le RAP accompagne le projet de loi portant reddition des comptes.
- Le rapport annuel de performance décrit les activités conduites au cours du dernier exercice clos et présente les résultats en matière de performance, sur la base du suivi des indicateurs figurant dans le PAP.
- L'évaluation de la performance se fait au travers le contrôle a posteriori exercé sur l'atteinte des résultats telle que renseignée dans le RAP.

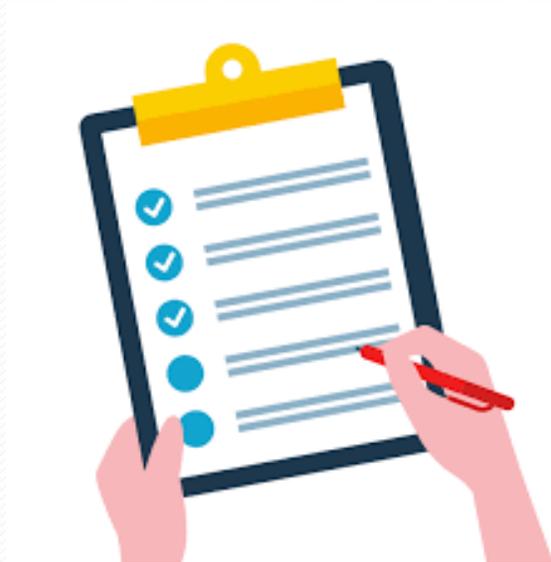


# III. LA DÉCONCENTRATION DE L'ORDONNANCEMENT

## III.4. Etat des lieux de mise en œuvre de la réforme et perspectives

### III.3.2. Etat des lieux

- Elaboration et validation par le Gouvernement de la feuille de route de mise en œuvre du budget programme;
- Mise en place des DAF dans 21 ministères;
- Désignation de 7 ministères pilotes dans la loi des finances 2024 pour appliquer la déconcentration de l'ordonnancement;
- Élaboration des PAP par les ministères pilotes;
- Production du manuel des procédures administratives et financières des DAF;
- Elaboration et validation du plan de formation des DAF;
- Signature du manuel des procédures de la dépenses prenant en compte la déconcentration de l'ordonnancement;
- Développement du logiciel de la chaîne de la dépense prenant en compte la déconcentration de l'ordonnancement;
- Création des postes comptables dans le cadre de la mise en place des centres d'ordonnancement dans quatre ministères pilotes dont celui de la Santé;
- Production du manuel de comptabilisation des dépenses;
- Acquisition des équipements informatiques pour les 4 centres d'ordonnancement;



# III. LA DÉCONCENTRATION DE L'ORDONNANCEMENT

## III.4. Etat des lieux et perspectives



### III.3.2. perspectives

- Déconcentration de l'ordonnancement:
  - Déploiement de la chaîne de la dépenses dans les 8 centres d'ordonnancement;
  - Formation des DAF (recrutement d'une firme);
  - Formation des intervenants de la chaîne de la dépense dans les quatre centre d'ordonnancement;
  - Lancement de la phase de production;
- Pour le budget-programme(moratoire 1<sup>er</sup> janv 2024):
  - validation des programmes budgétaires par le Gouvernement ;
  - élaboration des stratégies sectorielles et production des PAP pour ensemble des ministères et institutions;
  - validation des principaux outils techniques et pédagogiques ;
  - renforcement des capacités des ressources humaines
  - consolidation des fondamentaux de la gestion classique des finances publiques.



# III. LA DÉCONCENTRATION DE L'ORDONNANCEMENT

## III.4. Etat des lieux et perspectives

### III.3.2. Défis

- (i) Parachèvement de la création des DAF dans les institutions et ministères non pourvus (organisation des concours de recrutement et affectation du personnel). [*A ce jour l'on comptabilise 21 ministères sur 54 qui sont dotés des DAF*] ;
- (ii) Financement du déploiement des DAF (Bâtiment pour les bureaux; mobiliers; équipements informatiques; fournitures de bureau...)
- (iii) Financement du plan de renforcement des capacités ;
- (iv) mise en œuvre des réformes transversales notamment :
  - (i) la comptabilité publique ;
  - (ii) la rationalisation des cadres et structures organiques des ministères et
  - (iii) l'adaptation du système d'information [SIGeFiP]



# LA FIN !

*Merci de votre aimable attention*

# **La DAF du MSPHP :** ***Situation actuelle et*** ***perspectives***

***KOMBE NZAU Honoré***

***Mars 2024***

# Plan de présentation

- **Historique**
- **Gestion administrative**
- **Gestion financière**
- **Difficultés**
- **Perspectives**

# Historique de l'opérationnalisation de la DAF

- Une des structures standards créées par décret N°15/043 du 28 décembre 2015 portant fixation du cadre organique des structures standards à compétences horizontales communes à toutes les administrations centrales des ministères et services publics;
- **Décembre 2019** : Nomination du directeur de la DAF suivant l'arrêté du Ministre de la Santé Publique.
- **Octobre 2020** : L'élaboration de la Feuille de route de l'opérationnalisation de la DAF financée par la BM.
- **Décembre 2021** : Affectation et mise en service du staff minimum (12 unités), Cf. Commission collective MSPHP.
- **Janvier 2022** : Entame du fonctionnement de la DAF, signature du contrat unique financé par la BM (PTBA 2022 PDSS), mise en œuvre du PAO 2022 et fixation des livrables par Monsieur le Secrétaire Général.

# Gestion Administrative de la DAF

- Personnel admis sous statut : 10/12 unités.
- Personnel mécanisé pour le salaire (3/12 unités) et la prime de risque (11/12 unités).
- Formation des cadres et agents de la DAF et du MSPHP (SG, DRH, CGPMP) sur la déconcentration de l'ordonnancement (financée par LHSS/USAID)
- Formation des cadres et agents de la DAF sur les cadres normatifs des finances publiques en RDC (LOFIP, le règlement général de comptabilité publique, Loi sur la passation des marchés, Gouvernance budgétaire,) financée par LHSS/USAID
- Participation des cadres de la DAF aux travaux d'élaboration du PTBA 2024 de COREF /Projet ENCORE.

## Gestion Administrative de la DAF *(suite)*

- Stratégie de gestion logistique et du patrimoine et annexes (textes sur les indicateurs de suivi de gestion logistique et du patrimoine) : **En attente de validation au CCT-SS**, document élaboré avec appui de la BM et de LHSS/USAID.
- Draft de Manuel de procédure de gestion administrative et financière financé par l'UG-PDSS/BM: **En attente de finalisation**. Le Gouvernement est en plein processus de mise en œuvre de la déconcentration. A cet effet, des manuels de gestion et des outils devant être utilisés sont en cours de finalisation (COREF).

## Gestion Administrative de la DAF *(suite et fin)*

- Mise à disposition par Monsieur le Secrétaire Général de cinq (05) locaux à la CAGF dont **trois (03) rendus disponibles**
- Mise en place de l'Unité de Gestion Budgétaire (UGB/Santé) dont la coordination est assurée par Monsieur le Secrétaire Général. La DAF assume le secrétariat technique
- Participation aux travaux des conférences budgétaires et de performance (PAP sectoriel).
- Participation aux travaux préparatoires sur la reddition des comptes du Secteur.
- Participation aux travaux de relecture du guide de dialogue de gestion du Budget-Programme, organisés par le COREF.

# Gestion Financière

- La DAF dispose d'un chapitre budgétaire dans la loi de finances depuis l'exercice 2020. Elle a bénéficié de frais de fonctionnement en 2023 (pour le mois de mars).
- La DAF élabore le rapport de suivi du financement du secteur transmis au Ministre et à Monsieur le Secrétaire Général chaque semestre; élabore aussi le rapport des états de suivi budgétaire chaque trimestre;
- La DAF élabore depuis 2021 les rapports de la cartographie du financement de la santé avec l'appui financier du PDSS/BM

## Gestion Financière *(suite et fin)*

- La DAF a bénéficié de l'appui financier du projet LHSS/USAID pour l'organisation des formations ciblées sur les finances publiques
- La DAF a bénéficié de l'appui de l'UG-PDSS pour l'élaboration de son PAO 2024 et la formation des cadres et agents des Structures du MSPHP alignées dans la loi de finances exercice 2024, portant sur les finances publiques /du PSRFP à l'étape de **la déconcentration de l'ordonnancement**.
- La DAF encadre le suivi de la mobilisation des recettes du Ministère avec le concours des Services d'assiette sous le lead du Secrétaire Général.
- La DAF assume le secrétariat technique de l'équipe d'élaboration de la cartographie des ressources et suivi des dépenses du MSPHP (SG, DAF, DEP & PNCNS), financée par la BM à travers CHAI, sous la coordination du Secrétaire Général.
- La DAF préside le groupe de travail du domaine financement du RSI.

# Difficultés

- **La non définition des liens fonctionnelles et de partage d'informations entre la DAF et les autres services financiers du MSPHP** : En matière de gestion financière, certaines attributions de la DAF restent partagées par d'autres acteurs du Ministère (SGC, les unités de gestion des projets financés par d'autres bailleurs, les services administratifs et financiers des Directions centrales et des Programmes spécialisés, ...).

# Perspectives

- Continuer à assurer le suivi du financement de la Santé ;
- Finaliser le processus de complément des effectifs de la Direction ;
- Poursuivre l'encadrement des recettes du Ministère;
- Vulgariser les outils et cadres normatifs sur les finances publiques, particulièrement dans le cadre de la déconcentration de l'ordonnancement ;
- Poursuivre l'élaboration la cartographie des ressources et suivi des dépenses
- Poursuivre le processus de renforcement des capacités des agents et cadres du MSPHP en matière des finances publiques ;
- Finaliser le processus de l'installation et de la dotation en équipements en faveur de la Direction ;
- Poursuivre le processus de collecte des données des immobilisations du Ministère
- Assurer le suivi des recommandations du RSI domaine financement que la DAF/Santé préside

***Merci***

## Reorganisation des participants

Nous allons travailler en plusieurs groupes par catégorie

Categorie Gouvernement (Tables 1 -4) et Categorie PTFs (Tables 5-10)

S'il vous plait, tous les participants représentant la partie étatique, pouvez-vous vous mettre en groupe? (plusieurs groupes)

S'il vous plait, tous les participants représentant la partie PTF, pouvez-vous vous mettre en groupe? (plusieurs groupes)

## Travaux de Groupe II: Financement de la Santé

*12:15-12:45 (30 minutes)    Modérateur: Begin Salumu*

### **Groupe Gouvernement** (Table 1 -4)

1. Quelles sont les barrières qui entravent le décaissement du financement santé vers les provinces et ETDs?
2. Quelles seraient vos recommandations pour adresser ces barrières?

### **Groupe PTF** (Table 5-10)

1. Après avoir entendu les 3 présentations, quelles sont les opportunités prioritaires pour appuyer la DAF?
2. Que faites-vous pour appuyer la feuille de route de la DAF( soit actuellement ou en prévision-pour le future?)

- Déjeuner

- 

-

# Financement du Secteur Santé

- **Situation Actuelle (*suite*)**

Moderateur: Thibaut Mukaba

## 1. Le financement de la CSU

*Icebreaker*

## 2. Division du Plan Lualaba

## 3. Division de la DPS Lualaba



# La Couverture Santé Universelle en RD Congo

**"Vers une CSU Durable en RDC : Financement, Défis et Collaboration pour l'Extension de la Gratuité des Accouchements"**

**l'Atelier de Collaboration, Leçons Apprises, et Adaptation  
Kinshasa - Mercredi 20 mars 2024**

*Dr MBONGANI KABILA Polydor  
Coordonnateur du CN CSU  
Présidence RD Congo*



# Plan de la Présentation

1. Introduction à la CSU en RD Congo
2. Politiques Nationales et Objectifs
3. Financement des Soins de Santé
4. Mutualisation des Ressources
5. Allocation des Ressources et Achats
6. Capacités Sous-jacentes
7. L'Économie Politique
8. Mécanismes de Redevabilité et Suivi
9. Conclusion
10. Références
11. Remerciements



## Avant-propos

### La CSU en RD Congo

Cette structure de présentation offre un cadre complet pour discuter de la CSU en RD Congo, mettant en lumière :

- Les efforts,
- Les stratégies, et
- Les défis clés
- Tout en offrant une vue d'ensemble claire, en envisageant les étapes futures pour une mise en œuvre réussie, et en invitant à l'action collective pour un avenir plus sain.



# Introduction

- La République Démocratique du Congo (RDC) est engagée dans une transformation majeure de son système de santé, visant à réaliser la Couverture Santé Universelle (CSU) pour tous ses citoyens.
- Cette initiative, soutenue par le Président Felix Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO, aspire à offrir un accès universel à des soins de santé de qualité, équitable et abordable.
- La présente présentation explore donc les stratégies et les défis associés à cette ambitieuse réforme.



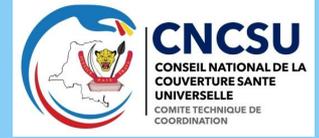
# En définitive

- **Objectif** : Présenter la vision de la RD Congo pour la CSU
- **Points Clés** :
  - Engagement du Président Felix Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO
  - Importance de l'accès universel à des soins de qualité



# Politiques Nationales et Objectifs

- **Les réformes engagées:** Gratuité des soins de santé primaires et promotion de la CSU.
- **Objectif:** Établir un accès équitable aux soins, réduire les disparités de santé.
- **Exemple:** Programme de prise en charge gratuite des maternités et des soins de santé primaires.
- **Défi:** Alignement des politiques avec les capacités financières et attentes des citoyens.



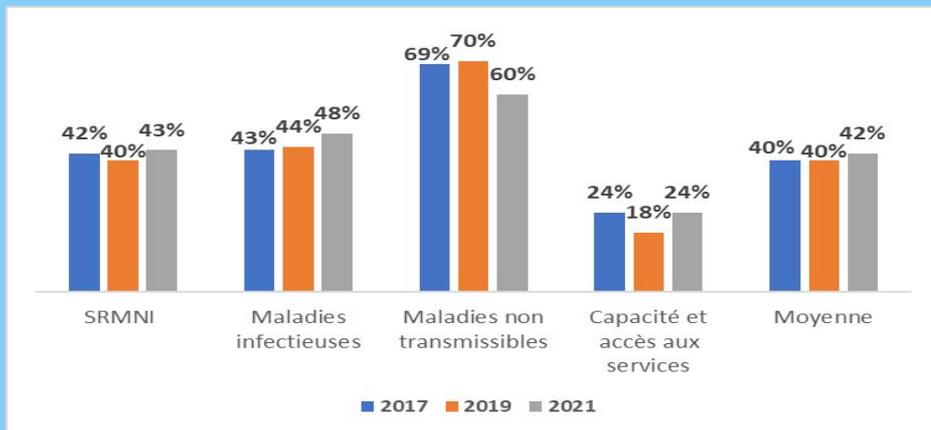
## Objectif de la CSU de manière générale

- Assurer des services de santé de qualité sans difficultés financières.
- **Services inclus** : Promotion, **Prévention**, **Traitement**, Réadaptation, Palliatifs.
- **Importance** : Accès équitable et abordable aux services de santé.
- **But** : Atteindre les ODD santé 2030 (ODD 3).
- **Appel à l'action** : Coordination internationale, politiques contextuelles.
- Indicateurs **ODD** :
  - **3.8.1** : **Couverture des services de santé.**
  - **3.8.2** : **Exposition à des difficultés financières.**
- Inversion nécessaire des trajectoires actuelles.
- Politiques claires pour protéger les dépenses publiques.
- Engagement pour la CSU mondiale.

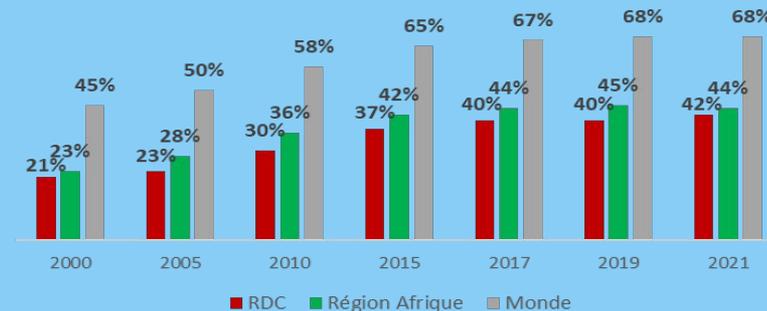
# Rapport mondial 2023 : Situation de la RDC



## Indice de Couverture des Services (ODD 3.8.1) / RDC



## Tendance de l'indice de couverture des services (ODD 3.8.1)



## Incidence des dépenses catastrophiques en santé (ODD 3.8.2) / RDC

- Légende
- Couverture très élevée (≥80)
- Couverture élevée (60–79)
- Couverture moyenne (40–59)
- Faible couverture

Année	Population avec dépenses directes en santé <b>dépassant</b> : • <b>10%</b> du budget du ménage	• <b>25%</b> du budget du ménage	• Appauvris par les dépenses directes en santé	• Avec dépenses insuffisantes en santé à cause de la pauvreté extrême
• 2015	• 5.81%	• 0.84%	• -	• -
• 201	• 4.8%	• 0.6%	• -	• -



## Expérience et **faiblesses** de la RDC en matière de CSU

Tableau 1. Evolution de la Dépense Courante de Santé de 2016 à 2020 par sources de Financement

Sources de Financement de la Santé	2016		2017		2018		2019		2020	
FS.RI.1.1 Administration publique	197 333 273	12%	151 592 283	10%	229 104 864	15%	277 002 167	16%	312 434 280	16%
FS.RI.1.2 Entreprises	62 862 421	4%	63 868 220	4%	64 890 112	4%	66 187 914	4%	67 511 672	3%
FS.RI.1.3 Ménages	658 980 708	41%	692 243 689	44%	705 921 834	45%	748 996 412	42%	852 343 618	43%
FS.RI.1.4 ONG Nationales	1 455 158	0%	1 528 359	0%	8 222 418	1%	178 506	0%	1 527 080	0%
FS.RI.1.5 Reste du Monde (Extérieur)	701 010 122	43%	671 337 347	42%	548 035 877	35%	693 320 427	39%	739 748 420	37%
<b>DCS</b>	<b>1 621 641 682</b>	<b>100%</b>	<b>1 580 569 898</b>	<b>100%</b>	<b>1 556 175 105</b>	<b>100%</b>	<b>1 785 685 426</b>	<b>100%</b>	<b>1 973 565 070</b>	<b>100%</b>

MSPH/ PNCNS, Rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé 2020, Kinshasa, Novembre 2021



## Expérience et **forces** de la RDC en matière de CSU



Nous pouvons financer le développement de l'offre de services (infrastructures et équipement)

- 1,5 million de dollars américain par hôpital de 50 lits :
- 1 hôpital par Territoire x 145 Territoires = **217,5 millions de dollars américains.**
- Construction d'un hôpital de niveau tertiaire 'HGRK, ex Mama Yemo' : **120 000 000 de dollars américains**
- Estimations du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention : **747 000 000 de dollars américains** par an (Pour couvrir tous les besoins en médicaments essentiels pour toute l'année).



# Expérience et succès de la RDC en matière de CSU



## La Couverture Santé Universelle en RDC

En quelques mots



1

La Couverture Santé Universelle, CSU en sigle, est un système qui consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population puisse : Avoir **accès à tous les services de santé** dont elle a besoin (1) et à ce que ces services soient **de qualité suffisante** pour être efficace (2) sans que leur **COUT n'entraîne des difficultés financières** pour les usagers (3).



Dès sa prise de pouvoir, le Chef de l'Etat, SE **Félix Antoine TSHISEKEDI TSHOLOMBO** a immédiatement inscrit la CSU dans sa vision, c'est le 9<sup>ème</sup> pilier de son programme quinquennal

Ainsi pour le rendre concret, Le Président de la République a créé en juin 2021, le **Conseil National de la Couverture Santé Universelle, CNCSU** en sigle, qui est un des Services Spécialisés à la Présidence. Ce CNCSU est un cadre qui réunit le Chef de l'Etat et le Gouvernement à travers 17 Ministères sectoriels.

2

Le **CNCSU** ainsi créé, a adopté en décembre le **Plan Stratégique National de la CSU**.

À travers ce Plan, le **Premier Ministre** a créé **6 Établissements Publics** qui travaillent à la mise en œuvre effective de la CSU, suivant l'Ordonnance -Loi

Breve description des 6 Etablissements de la CSU :

**1** **FPS (Fonds de Promoti Santé)**



**Principal rôle :**

Financement de l'offre (infrastructures médicales, médicaments y compris la production locale, équipements, formation des prestataires)

**2** **FSS (Fonds de Solidarité de Santé)**

**Principal rôle :**

Assurance Maladie Obligatoire, financement de la demande, paiement de prestations, protection financière.



3

**3** **ARC-CSU (Autorité de Régulation et de Contrôle de la CSU)**



**Principal rôle :**

Réguler et contrôler le système de la CSU ainsi que les prestations sanitaires en RDC. Et sanctionner toutes non-conformités aux normes.



**4** **ACOREP (Autorité Congolaise de Règlementation Pharmaceutique)**



**Principal rôle :**

Veiller à la bonne qualité des médicaments  
Veiller à la mise sur le marché des produits médicaux de qualité et efficaces (réglementation adéquate et de contrôle d'un système)



**5** **INSP (Institut National de Santé Publique)**



**Principal rôle :**

> Assurer la matérialisation de la « Santé dans toutes les politiques ».  
> Prévenir les maladies, par la riposte contre les épidémies et gestions des urgences sanitaires ( à travers les Programmes de lutte contre la maladie, l'INRB, etc.).

4



# Expérience et succès de la RDC en matière de CSU



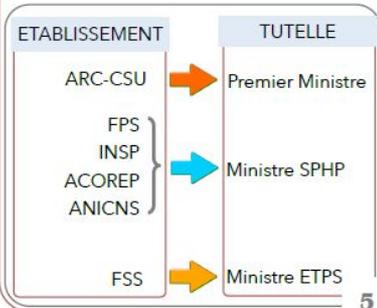
**6** ANICNS (Agence Nationale de l'Ingénierie Clinique et du numérique en santé)

**Principal rôle :** Assurer la digitalisation du système de CSU et d'appuyer le développement numérique de la Santé et de l'ingénierie clinique en RDC.



## LES TUTELLES

Les 6 Etablissements sont chacun sous les tutelles de 3 entités : Soit du Premier Ministre, du Ministre de la Santé, Publique Hygiène et Prévention (SPHP) ou du Ministre de l'Emploi Travail et Prévoyance Sociale (ETPS).



Pour harmoniser les actions de ces 6 Etablissements Publics suivant la vision sociale du Chef de l'Etat à travers le CNCSU, le Président de la République a nommé un **Coordonnateur**.

Ainsi, à travers tout ce cheminement, la **CSU est maintenant une réalité**. Elle a débuté en 2023 à travers le paquet de soins dénommé « **Gratuité de la Maternité et prise en charge du nouveau-né** »



Le CNCSU est train de déployer progressivement des Comités provinciaux.

Au premier trimestre 2024, le CNCSU lancera le Paquet de Base pour tout le monde (homme, femme et enfant).

Ce paquet permettra la mise en application de l'Ordonnance-loi n° 23/006 du 3 mars 2023



Vive la CSU en RDC !

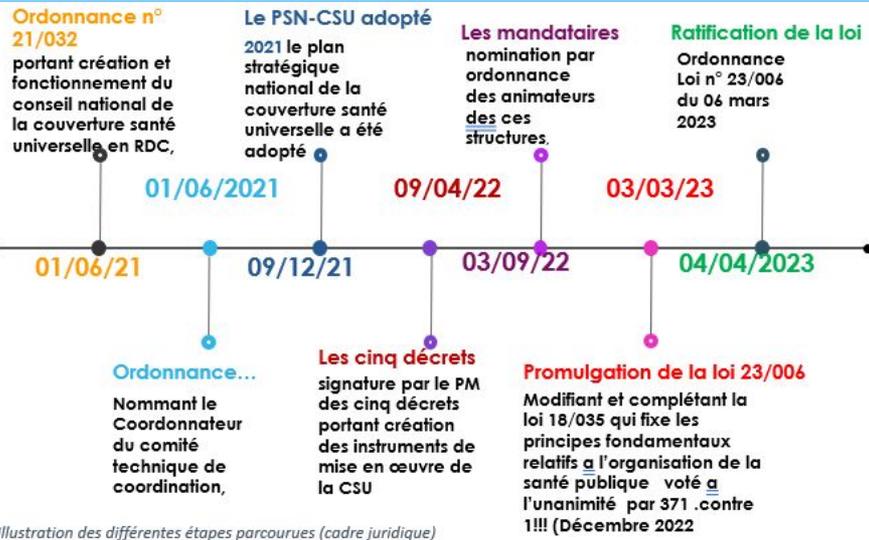


Illustration des différentes étapes parcourues (cadre juridique)



# Expérience et succès de la RDC en matière de CSU (Multisectorialité ou Santé dans toutes les politiques)



## CN CSU : LES ORGANES

### National

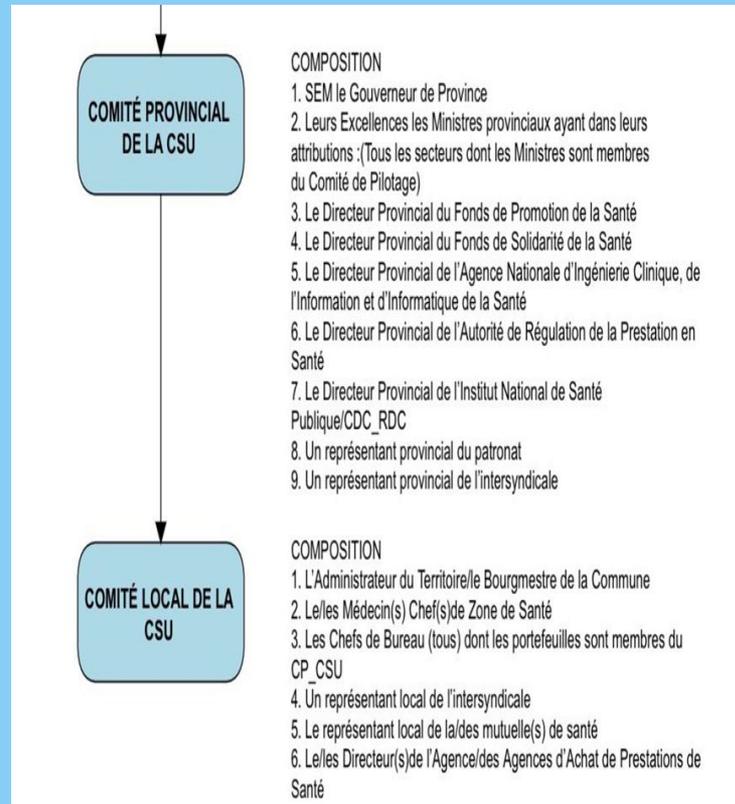
### Provincial



- SEM le Président de la République
- SEM le Premier Ministre (PM)
- SEM le Dircab du président de la République
- SEM Ministres sectoriels (+17)
- SEM Coordonnateur CN CSU



- SEM Coordonnateur CN CSU
- SG Min. sectoriels (+17)
- 1 Délégué du PM
- DG des Établissements publics créés
- 1 Représentant du patronat
- 1 Représentant de l'intersyndicale

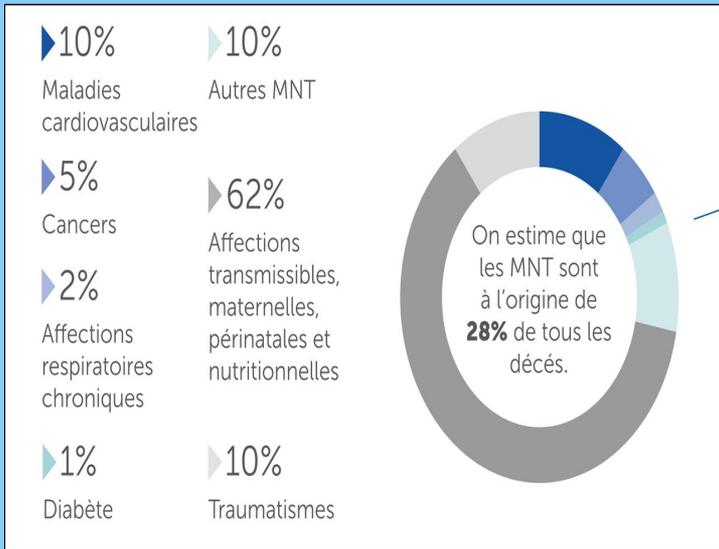




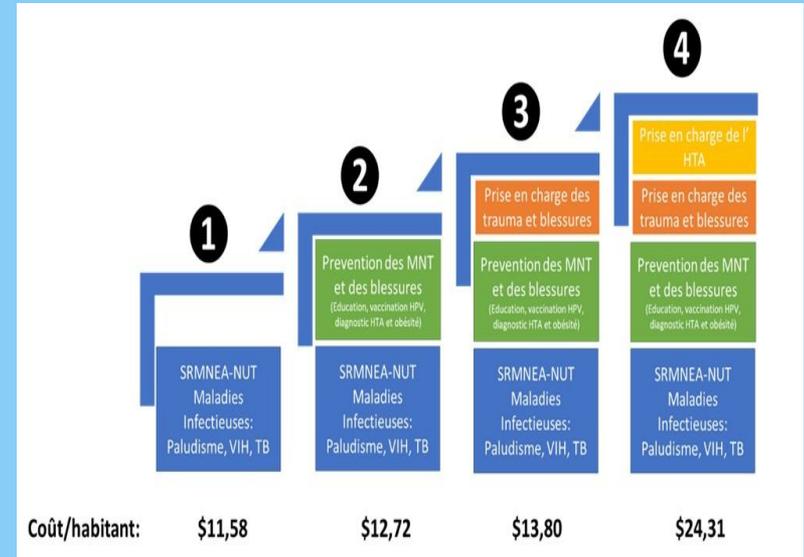
## Expérience et **menaces** de la RDC en matière de CSU

### Illustration de la mortalité proportionnelle

### Illustration de la progressivité des paquets de soins



**Banque Mondiale 2019**  
 SRMNEA-NUT-INF: 56%  
 MNT: 34%  
 Traumatismes: 10%  
 Source: <https://data.worldbank.org>

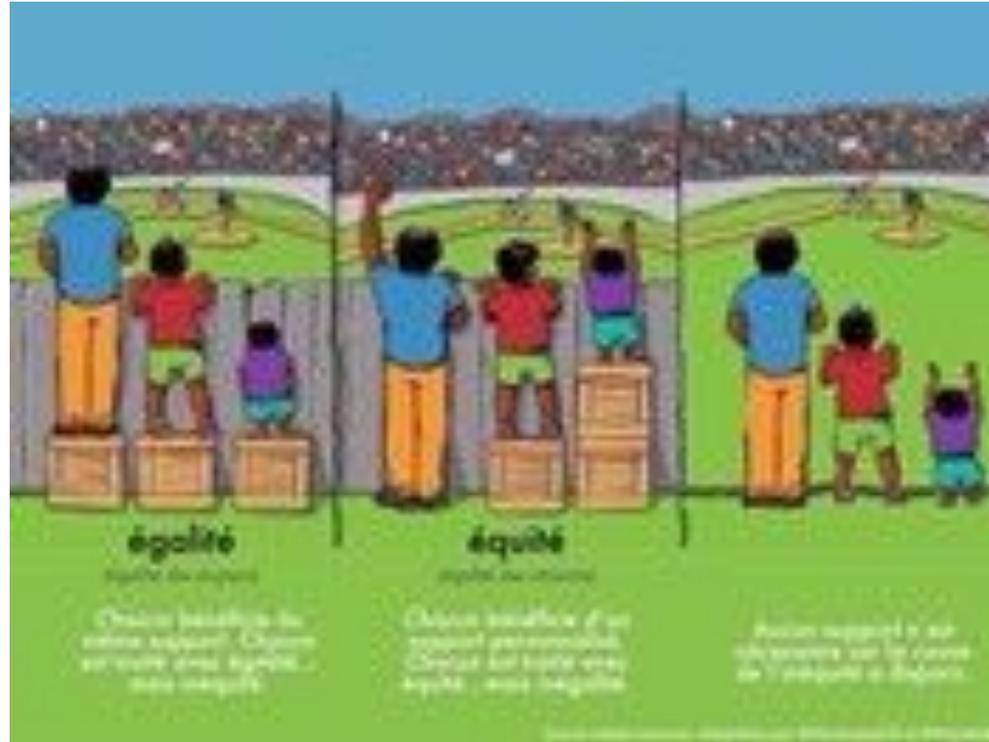


Source: OMS 2018 (données de 2016)



# Perspectives

## L'Équité par la Progressivité



# Opportunités



Moteurs de  
développement :

- ▣ EPARGNE
- ▣ CONSOMMATION  
PRODUCTION



# Financement des Soins de Santé

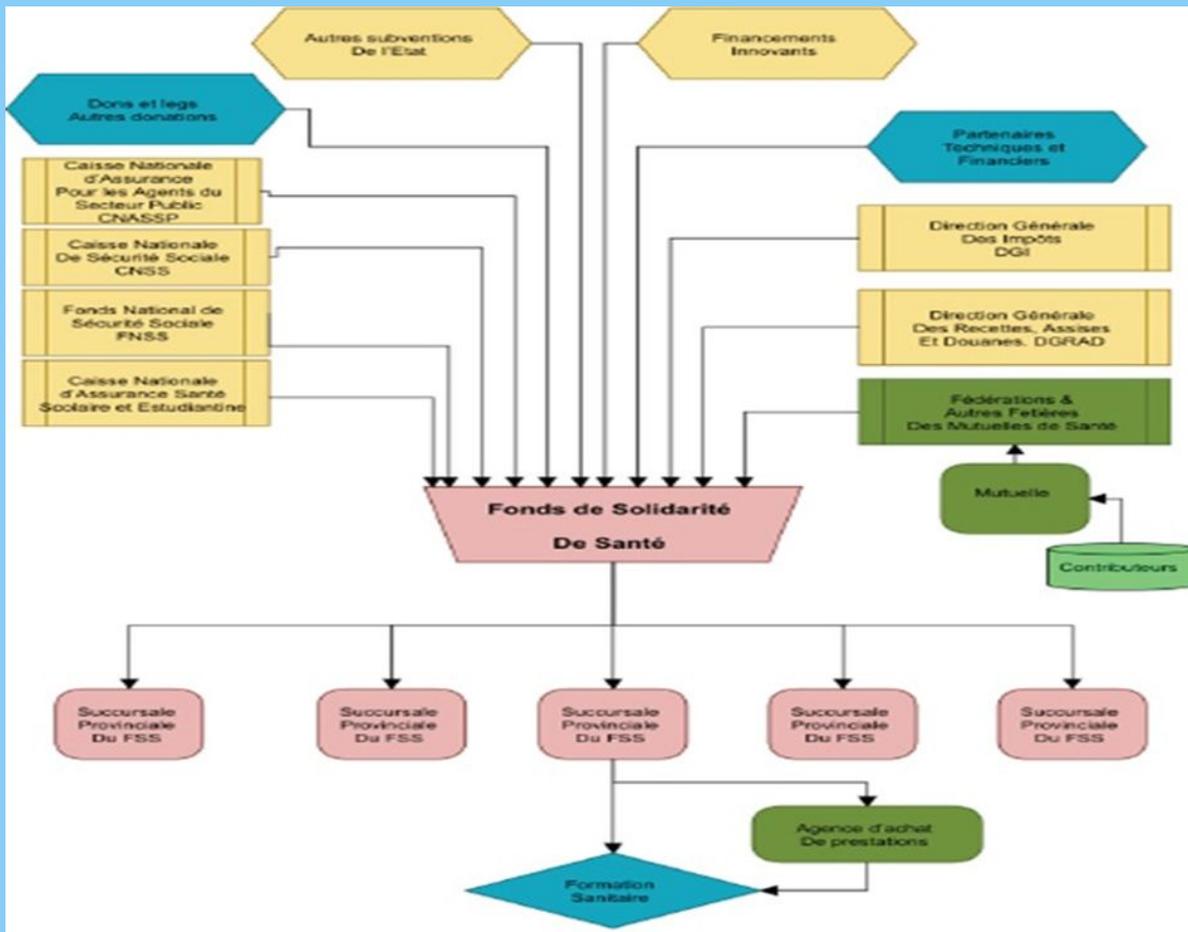
- **Stratégies de mobilisation des revenus** : Impôts progressifs, taxes sur produits nocifs, cotisations sociales.
- **Exemple**: Taxe spécifique sur les produits du tabac.
- **Défi**: Réduire la dépendance aux financements extérieurs et renforcer la mobilisation interne.



## Expérience de la RDC en matière de CSU

Icônes  
représentant  
les  
mécanismes  
de  
financement

Caisse enregistreuse (FSS)





# Mutualisation des Ressources



- 
- **Mécanismes de mutualisation:** Financement basé sur la performance (FBP) et partenariats internationaux.
- **Exemple:** Création d'un fonds national de santé (FSS).
- **Défi:** Contribution équitable et gestion transparente des fonds.
-



## Expérience de la RDC en matière de CSU

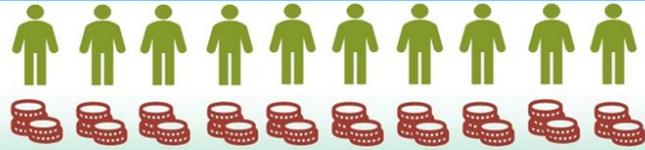


*Payement par le malade ou son ménage*



Qu'est-ce qui se passe si la personne a des revenus faibles ?

**Illustration de dépense catastrophique**



Ici tout le monde contribue à rassembler les ressources avant de tomber malade



1. La mobilisation des ressources

2. La mise en commun

L'allocation

Prestataire

3. Achat

**Illustration de l'Assurance Maladie**

# ETABLISSEMENTS PUBLICS DE FACILITATION DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE (CSU)

1

N°	Etablissement Public	Texte juridique	Mission principale	Ressources	Tutelle
1	Fonds de Solidarité de la Santé (FSS)	Décret n° 22/13 du 09 avril 2022	Mobiliser les financements de la Couverture Santé Universelle (CSU) et gérer des fonds destinés au paiement des prestations de santé.	<ol style="list-style-type: none"> <li>la dotation initiale ;</li> <li>les allocations budgétaires ;</li> <li>les cotisations des tous les régimes d'assurance maladie ;</li> <li>les quotités des taxes fiscales et/ou parafiscales instituées au profit de la couverture sante universelle ;</li> <li>les produits de placement ;</li> <li>les emprunts ;</li> <li>les pénalités de retard de cotisation ;</li> <li>les dons, legs et donations diverses ;</li> <li>les fonds alloues par les partenaires dans le cadre des conventions de financement ;</li> <li>les fonds provenant de la coopération bi et multilatérale.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoyance sociale</li> </ul>
2	Autorité de Régulation et de Contrôle de la Couverture Santé Universelle (ARC-CSU)	Décret n° 22/14 du 09 avril 2022	Assurer la régulation et le contrôle du système de CSU ainsi que des prestations sanitaires en république démocratique du Congo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>la dotation initiale ;</li> <li>une quotité des recettes générées par tous mécanismes de financement innovant, fiscal ou para fiscal déniés spécialement au financement de la CSU ;</li> <li>la quotité de 1,5% sur les cotisations des régimes d'assurance maladie collectée par le FSS ;</li> <li>les produits d'exploitation ;</li> <li>les subventions ;</li> <li>les dons, legs et libéralités de diverses sources légales ;</li> <li>les recettes diverses.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primature</li> </ul>

# ETABLISSEMENTS PUBLICS DE FACILITATION DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE (CSU)

2

•	3	Fonds de Promotion de la Santé (FPS)	•	Décret n° 22/15 du 09 avril 2022	•	Soutenir le système national de santé en appui de la mise en œuvre de la CSU	1.	la dotation initiale ;
							2.	une quotité de redevances minières dévolue au pouvoir central ;
							3.	une taxe de promotion de la santé fixée à 2% de la valeur CIF des marchandises à l'importance ;
							4.	une quotité des droits d'accises prélevée sur les produits nocifs à la santé notamment le tabac, les boissons alcoolisées, énergisantes et sucrées et la télécommunication ;
			•	Ordonnance-Loi n°23/006 du 03 mars 2023 (article 128 bis)			5.	une quotité des recettes générées par tout mécanisme de financement innovant, fiscal ou para fiscal déniés spécialement au financement de la CSU voie légale ou réglementaire ;
							6.	une contribution des établissements de soins de santé et des établissements pharmaceutiques dont les taux et modalités de perception sont déterminés par arrêté du Ministre ayant la Santé Publique dans ses attributions ;
							7.	une quotité de 2% sur les cotisations des régimes d'assurance maladie collectée par le FSS ;
							8.	les produits d'exploitation ;
							9.	subventions ;
							10.	les dons, legs et libéralités de diverses sources légales ;
							11.	les financements de la coopération bi et multilatérale destinés à l'amélioration de l'offre et de la qualité de services et de soins de santé ;
							12.	les emprunts ;
							13.	recettes diverses.

# ETABLISSEMENTS PUBLICS DE FACILITATION DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE (CSU)

3

4	Institut National de Santé Publique (INSP)	Décret n° 22/16 du 09 avril 2022	Mettre à la disposition des programmes, de la société civile et des décideurs, l'information, les compétences et un cadre de riposte performant dans le but d'assurer efficacement la prévention, la détection et la riposte contre les épidémies et urgences sanitaires	<ol style="list-style-type: none"><li>1. la dotation initiale ;</li><li>2. une quotité des recettes générées par tout mécanisme de financement innovant, fiscal ou para fiscal dédiés spécialement au financement de la CSU ;</li><li>3. une quotité de 1,5% sur les cotisations des régimes d'assurance maladie collectée par le FSS ;</li><li>4. produits d'exploitation ;</li><li>5. subventions ;</li><li>6. les dons, legs et libéralités de diverses sources légales ;</li><li>7. financements de la coopération bi et multilatérale destinés à l'amélioration de l'offre et de la qualité de services et de soins de santé ;</li><li>8. les emprunts ;</li><li>9. les recettes diverses.</li></ol>	Santé Publique
---	--	----------------------------------	--	---	----------------

# ETABLISSEMENTS PUBLICS DE FACILITATION DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE (CSU)

4

5	Agence Nationale d'Ingénierie Clinique et du Numérique de la Santé (ANICNS).	Décret n° 22/17 du 09 avril 2022	Assurer la gouvernance numérique de la CSU et appuyer le développement du numérique de la santé ainsi que de l'ingénierie clinique RDC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. la dotation initiale ;</li> <li>2. une quotité des recettes générées par tout mécanisme de financement innovant, fiscal ou para fiscal dédiés spécialement au financement de la CSU ;</li> <li>3. une quotité de 1,5% sur les cotisations des régimes d'assurance maladie collectée par le FSS ;</li> <li>4. les produits d'exploitation ;</li> <li>5. les subventions ;</li> <li>6. les dons, legs et libéralités de diverses sources légales ;</li> <li>7. les recettes diverses</li> </ol>	Santé Publique
5	Autorité Congolaise de Règlementation Pharmaceutique (ACOREP)	Décret n° 20/002 du 05 mars 2020	Veiller à la mise sur le marché des produits médicaux de qualité et efficaces (réglementation adéquate et de contrôle d'un système)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. la dotation initiale ;</li> <li>2. produits d'exploitation</li> <li>3. taxes et parafiscales éventuelles</li> <li>4. emprunts</li> <li>5. les subventions ;</li> <li>6. les dons, legs et libéralités ;</li> <li>7. apports de partenaires.</li> </ol>	Santé Publique



# Allocation des Ressources et Achats

- **Méthodes d'achat:** Paiement par capitation, à l'acte, PBF, paiements forfaitaires.
- **Exemple:** Adoption du PBF pour améliorer la qualité des soins.
- **Défi:** Distribution équitable des ressources, surtout dans les zones isolées.



## Expérience de la RDC en matière de CSU



**Gratuité des maternités**  
Court terme

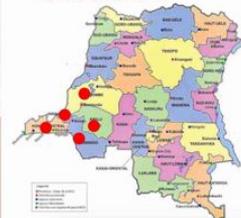
- **Objectif Phase I (Kinshasa) :**
  - A. 500 000** femmes enceintes reçoivent gratuitement des services de consultation et d'un accouchement assisté
  - B. 500 000** nouveau-nés reçoivent gratuitement, au cours de leur 1<sup>er</sup> mois de vie, des services néonataux de qualité adaptés à leurs besoins.

*Déploiement de la gratuité des maternités*

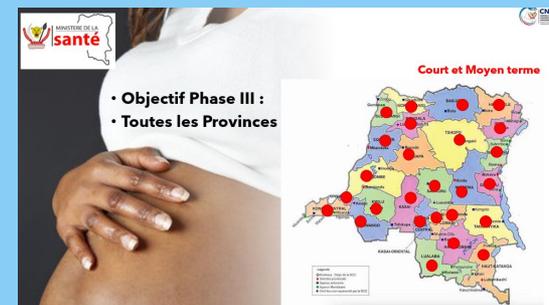


**Objectif Phase II :**  
• **4 Provinces :**

Court et Moyen terme

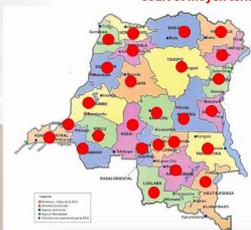


*1ère phase suivie de 2<sup>ème</sup> phase :  
Kinshasa et les provinces limitrophes*



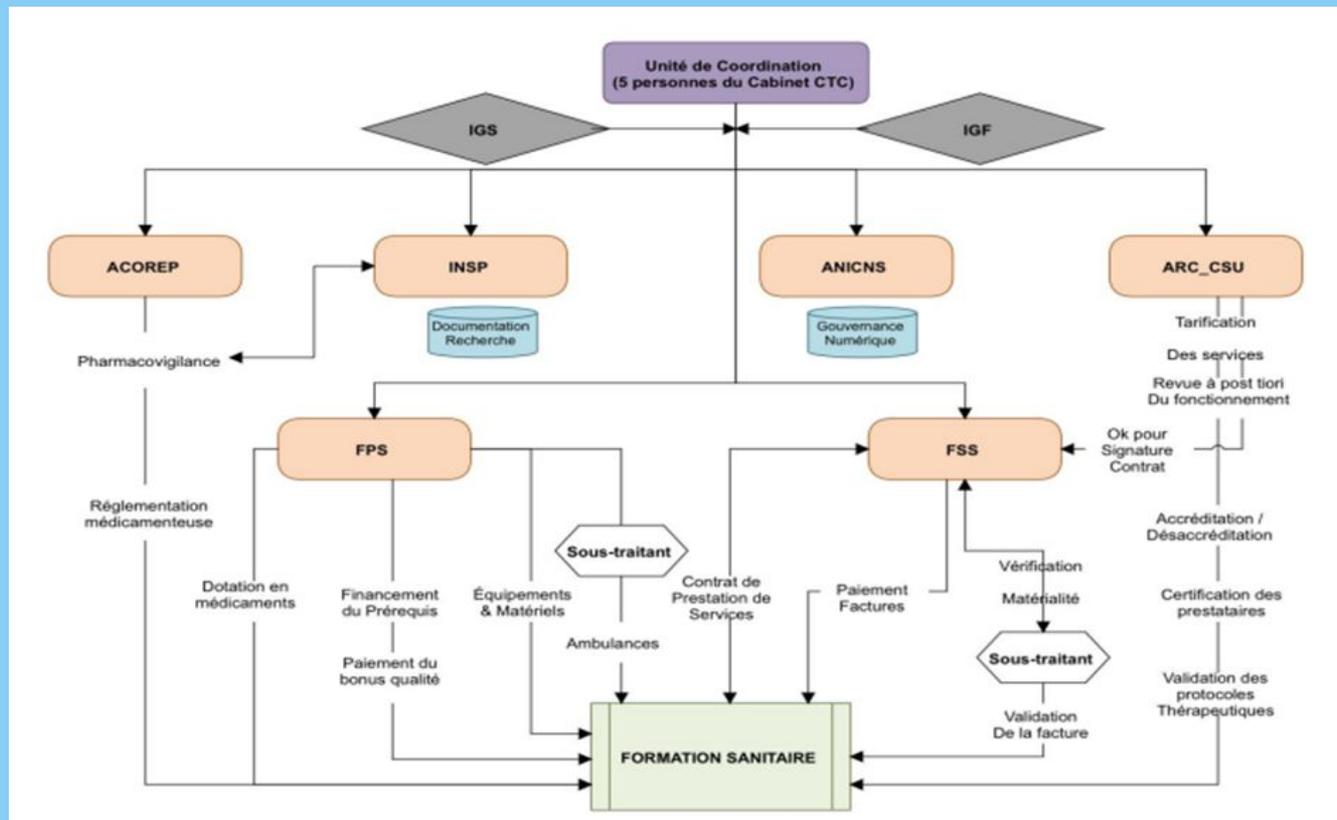
**Objectif Phase III :**  
• **Toutes les Provinces**

Court et Moyen terme





# Expérience de la RDC en matière de CSU





# Capacités Sous-jacentes

- **Efforts d'amélioration:** Formation continue des professionnels sur la gestion financière.
- **Exemple:** Programmes de renforcement des capacités administratives et techniques.
- **Défi:** Améliorer les capacités à tous les niveaux du système de santé.



# L'Économie Politique



- Engagement politique et consultation des parties prenantes pour des réformes significatives.
- **Exemple:** Campagnes de sensibilisation avec des leaders communautaires.
- **Défi:** Naviguer dans le paysage politique pour maintenir l'élan vers la CSU.



# Mécanismes de Redevabilité et Suivi



**Mécanismes de suivi** : Plateforme en ligne pour le suivi des dépenses en santé.

**Importance** : Fiabilité des données et utilisation efficace pour l'amélioration continue.

**Défi** : Assurer la redevabilité et l'efficacité des interventions en santé.

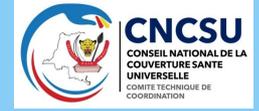


## Défis rencontrés : **En rapport avec la gratuité**

1. **Problèmes liés au risque moral** : hyper utilisation des services sans respect de l'itinéraire de patients
2. **Difficultés dans la gestion du transport des patients** : communication inefficace entre les intervenants
3. **Retards de paiement des prestataires** : liés à des vérifications et aux délais de la banque.
4. **Coordination complexe des établissements de facilitation** : questions sur les conventions avec les prestataires, rôles dans le transport des patients, approvisionnement en médicaments.
5. **Gestion du partenariat avec les prestataires** en mode département des établissements de soins..
6. **Abus des prestataires** dans la prescription et la fraude.
7. **Difficultés d'approvisionnement** en raison de lourdeurs dans les procédures d'acquisition des marchés publics.
8. **Implémentation partielle**, seulement 3 quarts de prestataires ont accepté d'adhérer au programme.

## Défis rencontrés : **En rapport avec le démarrage effectif des autres régimes d'assurance maladie**

- 1.
2. **Défi d'adoption par certaines parties prenantes**
3. **Concurrence avec les assureurs privés** du fait de la mise en place de l'assurance maladie obligatoire, pour le paquet de base où FSS a le monopole.
4. **Finalisation et validation des mesures d'application** de l'ordonnance Loi de mars 2023 modifiant la Loi du secteur santé.
5. **Nécessité d'exécuter plusieurs études** (actuarielles, catégorisation des populations, paquets de soins, etc.)
6. **Défi et retards dans l'organisation des dialogues** avec les parties prenantes.
7. **Réflexions sur le financement des établissements de facilitation**, visant à garantir deux ans de financement avant d'atteindre une autonomie financière.



## Leçons apprises

1. L'ajustement constant est essentiel, système apprenant. L'engagement fort des dirigeants politiques est crucial pour la CSU.
2. Une mobilisation de ressources durable est nécessaire.
3. Les infrastructures, ressources humaines et accessibilité géographique doivent être renforcés ou améliorés.
4. L'intégration coordonnée des soins de santé est efficace.
5. L'implication des communautés est essentielle.
6. Des données de qualité et une surveillance sont nécessaires.
7. Les stratégies doivent être flexibles et adaptables.
8. La nécessité de la mise en place des mécanismes d'accès financier pérennes et équitables.
9. Une coordination efficace est cruciale y compris dans le cadre de la santé dans toutes les politiques (multisectorialité).

10.

## Recommandations : Responsabilité pour une extension de la couverture

1. Renforcer l'engagement politique.
2. Mobiliser des ressources durables y compris la formalisation de l'économie informelle et l'inclusion des individus vulnérables.
3. Prioriser le renforcement des systèmes de santé.
4. Promouvoir l'intégration des services.
5. Renforcer l'engagement communautaire.
6. Améliorer la collecte de données et la surveillance.
7. Maintenir la flexibilité et l'adaptabilité.
8. Élargir l'accès financier dans une approche visant à atteindre l'équité.
9. Renforcer la coordination des acteurs.
10. Établir des processus d'apprentissage continu et d'évaluation.



# Conclusion

## Vers une CSU Réussie en RD Congo

- La CSU représente une opportunité sans précédent pour améliorer la santé publique en RD Congo.
- Collaboration étroite entre gouvernement, partenaires internationaux et communautés locales essentielle.
- L'avenir de la CSU en RD Congo repose sur des politiques solides, une mobilisation efficace des ressources, une gestion transparente et des mécanismes de redevabilité.
-



# Références

## Organisation Mondiale de la Santé (OMS):

- "Rapport sur la santé dans le monde 2019: Nous pouvons faire mieux et nous devons faire mieux pour la couverture santé universelle". Disponible sur:  
<https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/the-world-health-report-2019>

## Banque Mondiale:

- "La Couverture Sanitaire Universelle en Afrique : Comment y parvenir". Disponible sur:  
<https://www.banquemondiale.org/fr/region/afr/publication/universal-health-coverage-in-africa-how>

## United Nations Development Programme (UNDP):

- "La Couverture Sanitaire Universelle : un engagement vers le développement durable". Disponible sur:  
<https://www.undp.org/content/undp/fr/home/librarypage/hiv-aids/universal-health-coverage.html>

**Coordination CSU RD Congo** : « PSN pour CSU 2021 – 2030 Décembre 2021 »; « Ordonnance loi n°23/006 du 0 » mars 2023 »; Décret n°63 du JO du 29 Avril 2022.

## Ministère de la Santé Publique, RD Congo:

- "Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022". Une recherche sur le site officiel du ministère de la Santé de la RD Congo ou une demande directe peut être nécessaire pour accéder au document.

## The Lancet:

- "Séries sur la couverture santé universelle". Disponible sur:  
<https://www.thelancet.com/series/universal-health-coverage>

## Global Health Observatory (GHO) de l'OMS:

- "Données par pays - République Démocratique du Congo". Disponible sur:  
<https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/democratic-republic-of-the-congo>



# Remerciement s

La gratitude envers les participants :

- Les organisations partenaires,
- Le gouvernement de la RD Congo,
- Tous ceux qui contribuent à la réalisation de la CSU en RD Congo.

# FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE PAR LE GOUVERNEMENT PROVINCIAL

GUY MUZENGA MWEMA

## 1 . OBJECTIF DU MODULE

Le présent module édicte les modalités pratiques devant guider les services de la santé à mobiliser les ressources financières auprès de l'exécutif provincial, Dans le but d'exécuter les activités et les projets sectoriels.

## 2 . PREALABLES POUR L'INTEGRATION DES PREVISIONS BUDGETAIRES DANS LE BUDGET PROVINCIAL.

NB: les projets budgétaires de l'année sont élaborés concomitamment par le Gouvernement central, le Gouvernement provincial et les ETDs.

- Le Gouvernement central élabore son projet de lois budgétaires pour le déposer au plus tard **le 15 septembre** au bureau de l'Assemblée National ;
- L' Edit budgétaire doit être déposé au plus tard le **25 novembre** par le Gouvernement Provincial au bureau de l'Assemblée provinciale de son ressort;
- Le dépôt des décisions budgétaire des ETDS quant à lui, doit se faire avant le **15 décembre**.
- Les projets des investissements du secteur proviennent du Plan de développement Provincial .

## 2 . PREALABLES POUR L'INTEGRATION DES PREVISIONS BUDGETAIRES DANS LE BUDGET PROVINCIAL. / suite

- Le PAO de la Division de la santé doit être validé par le CPP au plus tard **le 30 septembre**, c'est-à-dire avant la conférence budgétaire de la province.
- L'apport des ressources extérieures des partenaires doivent être transmis au Ministère provincial du Plan en vue d'harmoniser les interventions avant la conférence budgétaire.

### 3 . ELABORATION DES PREVISIONS BUDGETAIRES

Les Prévisions budgétaires de chaque institutions et ministères sont élaborées par l'unité de gestion budgétaire sectorielle instituée en son sein, constituée des acteurs ci-après : Ministre Provincial sectoriel, Conseillers, Sous-gestionnaire, Chef de division provinciale du secteur, chef de bureau chargé des questions financières et budgétaires.

Les prévisions budgétaires sont présentées conformément au PDP au modèle des tableaux type du Ministère du budget avant leur transmission au Ministère du Budget, elles doivent être validées en commission budgétaire interne, avant d'être approuvées et signées par le Ministre sectoriel.

## 4. DEFENSES DES PREVISIONS EN CONFERENCE BUDGETAIRE DE LA PROVINCE

Après la transmission de leurs prévisions budgétaires au Ministère du Budget pour dépouillement et centralisation, les institutions et les Ministères ont l'obligation de le défendre en conférence budgétaire, suivant le calendrier établi à cet effet. Sous peine de rejet et nullité, aucune prévision budgétaire ne peut être déposée après les conférences budgétaires.

## 4. DEFENSES DES PREVISIONS EN CONFERENCE BUDGETAIRE DE LA PROVINCE suite

- Les prévisions de chaque Ministère ou institution sont défendues en conférence budgétaire par l'Unité de gestion budgétaire sectorielle, dans le respect des prescrits des circulaires : instructions relatives à l'élaboration de la loi de finances du (**Ministère du budget**) et le circulaire fixant les orientations spécifiques pour l'élaboration des prévisions des dépenses en capital (**Ministère du Plan**).
- Une fois l'avant-projet de l'édit budgétaire de l'année approuvé par la commission budgétaire, le Ministère du Budget prépare les documents à soumettre à l'examen et l'adoption du Conseil des ministres.

## 5 . L'EXECUTION DU BUDGET

Deux outils sont important dans l'exécution du budget, il s'agit du Plan d'Engagement Budgétaire (**PEB**) et du Plan de Trésorerie (**PTR**). Ces instruments servent à réguler le rythme de consommation des crédits budgétaires et de paiement des dépenses.

Ils permettent aussi, dans un contexte de précarité de trésorerie, la mise en œuvre satisfaisante des priorités sectorielles.

Le PEB est élaboré en partant de la trajectoire annuelle définissant les priorité sectorielles exprimées par chaque gestionnaire des crédits.

En effet, compte tenu de nouvelles procédures introduites dans la passation des marchés, il sied de préciser quant aux provinces et aux ETD que les règles de passation des marchés doivent être scrupuleusement ; respectées .

## 6 . CIRCUIT DE L'EXECUTION DU BUDGET

1 :Engagement

2:Liquidation

3:Ordonnancement

4: Paiement

# 7 GRANDE RÉALISATION DU GOUVERNEMENT PROVINCIAL DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

- Réhabilitation et équipement de l'hôpital Mwangeji ;
- Construction de clinique universitaire et autres infrastructures sanitaires ;
- Construction du bâtiment de la PDS et de l'IPS ;
- Subventions du Gouvernement Provincial aux activités de vaccination et aux urgences ;
- Dotation de primes aux agents de la santé ;
- Achat des médicaments pandémies...

## 8 . PROBLÉMATIQUE DE FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

- Lors de préparation et d'arbitrage du PEB en référence du PTR et aux politiques sectoriels trimestriel, la santé comme d'autres secteurs reçoivent le crédit insuffisant par apport à la programmation faute de la faible rétrocession du gouvernement centrale, (la non opérationnalisation de la caisse de péréquation) Priorisation de paiement des urgences (épidémie) et des dépenses contraignantes.
- Centralisation de tous payement et priorisation au Ministère des finances.

## 9 . AUTRE OPPORTUNITÉ DES FINANCEMENTS

- Construction et équipement des hôpitaux centres de santé, dotation des ambulances, achat de médicaments , par les Ressources infranationales du secteur minier (Cahiers des charges 20, dotation de 0,3 %des chiffres d'affaires des entreprises minières 16, les redevances minières ET Ds 7) ;
- RSE pour les entreprises minières.

# 10 . RECOMMANDATIONS

- Rétrocéder aux provinces les 40%
- Opérationnaliser la caisse de péréquation ;
- Appliquer le budget programme dans les provinces en vue de décentraliser la gestion et le payement des fonds par les ministères sectoriels ;
- Inviter les responsables des ETD, DOT, les directeurs des départements sociaux des entreprises et les présidents des communautés locaux de développement dans les réunions et assemblée du CPP;
- Participer les MCZ aux travaux d'élaboration de PDP, PDL et PAI de la province et des ETD .
- Intégrer les ETD et les DOTS dans le contrat unique;
- Validé le PAO du secteur de la santé avant la conférence budgétaire ;
- Transmission des allocations budgétaires des partenaires avant décembre dans le but d'harmonisation des interventions;

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

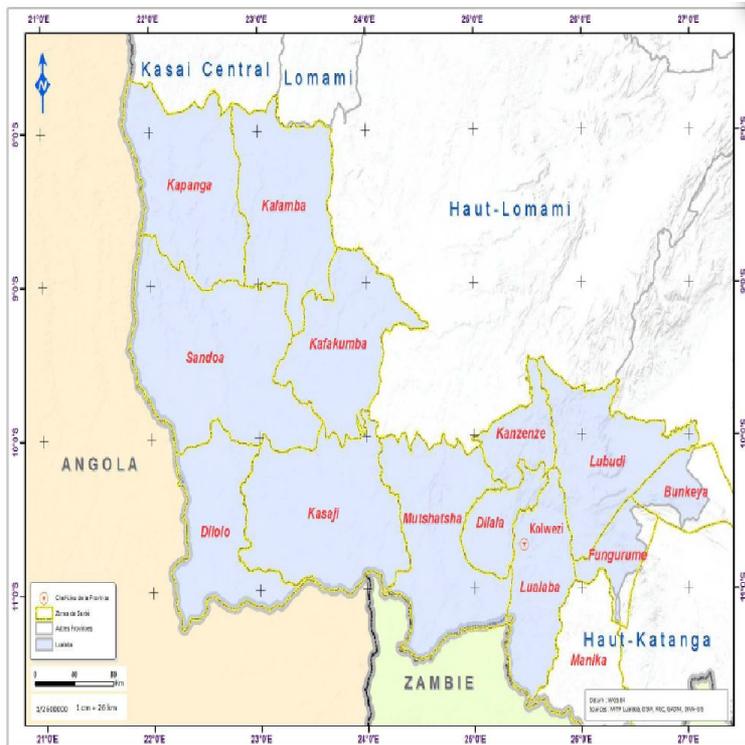
# Financement du secteur santé

Francis KAMBOL YAV

# Plan de présentation

- Carte postale DPS Lualaba
- Processus de planification
- Mobilisation des ressources
- Réalisations des ETD et le gouvernement provincial
- Leçons apprises
- Contrat Unique
- Défis

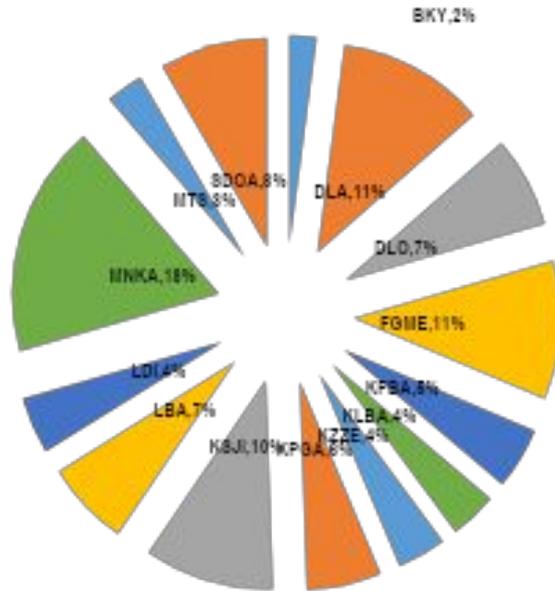
# 1. Carte postale DPS Lualaba 1/5



- Population totale: 3203026 **habitants**
- Superficie: 130907 km<sup>2</sup>
- Densité: 24 habitants au km<sup>2</sup>
- 14 zones de santé
- 243 AS planifiées dont 243 fonctionnelles
- 619 ESS paramétrés dont 48 de 2<sup>ème</sup> échelon
- ZS plus éloignée: Kalamba (925km)
- ZS plus proches: Dilala et Manika (Kolwezi)
- **6 ETD viables** ( Dilala, Fungurume, Manika, Bayeke, Lufuba et Luilu)

# 1. Carte postale DPS Lualaba

## 2/5



# 1. Carte postale DPS Lualaba 3/5

N0	Nom du partenaire	Type d'appui	Domaine d'intervention	Contenu de l'appui	Services bénéficiaires à préciser (ECZ, HGR, CS...)	Durée
1	PROSAN I USAID	Global	Paludisme, TBC, SRMNEA, WASH, PF, NUTRITION,	renforcement de capacité institutionnelle, prévention et prise en charge des cas, ccc, approvisionnement en médicaments du BCZS vers les FOSA	ECZ, HGR ET CS	4 / 7ANS
2	HEC/ ESPOIR 2030	Partiel	VIH	Frais des supervisions, validation des données, frais des performances, fonctionnement, appui en intrants VIH	BCZS, HGR ET CS	3 ANS
3	Unicef	Partiel	PEV, WASH, NUTRITION, CAC, CAMPAGNE DES MASSE, FORAGE DES POINTS D'EAU	Logistique, Approvisionnement en intrants PEV et Nutritionnels, frais (EFL, supervision ECZ, Appui à l'organisation des stratégies avancées et monitoring à la base)	BCZS, HGR et CS	continue
4	OMS	Partiel	Survépi, PEV, campagne des masses	Recherche active des MEV, fonds de campagne des masses	ECZ, HGR, CS	Continue
5	F.M	Partiel	L/TBC	Frais de supervision, validation des données, appui en intrants L/TBC	ECZ, HGR, CS	Indéterminée

# 1. Carte postale DPS Lualaba 4/5

6	GHSC-T A	Partiel	Approvisionnement en médicaments	VIH, PALUDISME, PF, TBC, SRMNEA	ECZ, HGR, CS	2 ans
7	FHI 360	Partiel	VIH	Lutte contre le VIH et la qualité des données	ECZ, HGR, CS	3 mois
8	MUMI	Partiel	MEG	Approvisionnement en médicaments, intervention dans la malnutrition	ECZS, HGR, CS	Indétermi né
9	TFM	Partiel	MEG	Approvisionnement en médicaments, intervention dans la malnutrition	ECZS, HGR, CS	Indétermi né
10	GAVI	Partiel	Immunisation	Transport des vaccins	Zone de santé	Indétermi nés
11	BMGF	Partiel	Immunisation	Supervisions, matériel de chaîne de froid, renforcement des capacités, fonctionnement	BDPS, Antennes PEV, ECZS, CS, Communauté	3 ans

# 1. Carte postale DPS Lualaba 5/5

12	Kamoa	Partiel	Approvisionnement en médicaments & Infrastructures	Dotation en médicament, Construction des infrastructures	ECZ, HGR, CS	Continue
13	Tulane	Partiel	PF	Appui à la distribution des commodités et autres maladies en milieu scolaire	ECZ, HGR, CS	Continue
14	Lumière pour le monde	Partiel	PF	Supervision, Matériels et équipements	ECZS, HGR, CS	Indéterminé
15	BDOM	Partiel	SMNEA	Renforcement des capacités, supervision, matériels et équipements	ECZS, HGR, CS	Indéterminé
16	ETD	Partiel	RHS, Infrastructure et équipement	Renforcement des capacités, construction et équipement des infrastructures	ECZS, HGR, CS	Indéterminés
17	PAM	Partiel	Immunisation	Transport des vaccins	Zone de santé	Indéterminés

# 3. Processus de planification

## Mars

- **Mini Santé & DPS:** Évaluation du PAO de l'année précédente
- Réception des différents de planification DEP

## Avril

- Briefing acteurs
- **Aires de Santé:** Élaboration Micro plan
- **Zones de Santé, COGE & ETD** Revue et Consolidation des Microplan

## 1. Mai

- **IPS, DPS & PS** Élaboration du PAO
- **DPS & IPS :** Revue et Consolidation en Macro plan (Plan Global de la province)
- **DPS:** Transmission du Macroplan au Mini Santé et PTF pour alignement de leurs

## 1. Juin

1. **Campagne de mobilisation des ressources**
2. **Mini Santé & DPS:** Réunion avec les Ministères du Budget et des Finances, les PTF et autres parties prenantes.
- **DPS & Assemblée Prov (REPACAV):** Réunion de sensibilisation
- **DPS :** Contacter les parties prenantes pour connaître leurs contributions.

## Juillet

- **Gouverneur , Consortium Bailleurs & PTF :** Confirmation par tous les Bailleurs du montant de leur participation au PAO (début juillet à la revue semestrielle)
- **Gouverneur :** Approbation des prévisions budgétaires ( au plus tard le 30 juillet)

## Aout

- **DPS:** Soumission du PAO Consolidé au Gouvernement, Avant-Projet

## Septembre

- **Ministère Budget/Plan:** Avant-projet est revue et validé au Conseil des ministres - Projet de Budget

## Novembre

• **Gouverneur :** Soumission du Projet de Budget à l'Assemblée pour Projet d'Édit, 25 Nov.

## Décembre

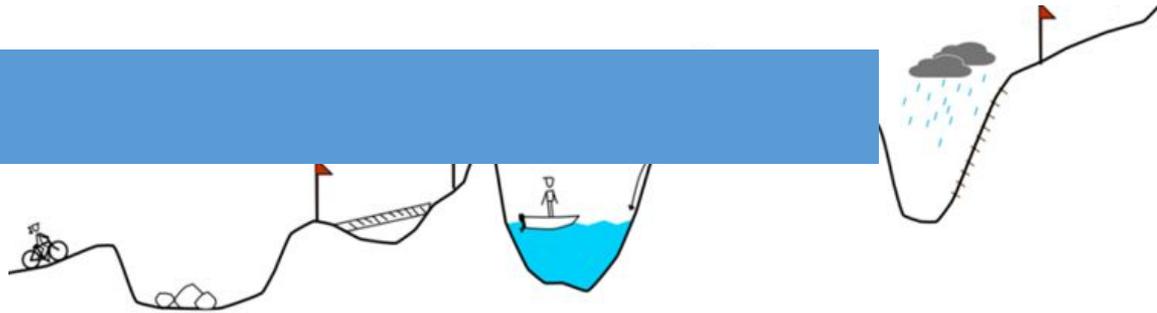
- **Assemblée provinciale:** Promulgue l'Édit (15 décembre)
- **Ministère du Budget/Plan:** Communiquer la répartition des crédits
- **DPS:** Intégration des montants votés dans le PAO
- **Secrétariat Technique:** Transmission au CPP
- **CPP-SS:** Validation du PAO par le Gouverneur

# 3. Mobilisation des ressources 1/2

Ce que nous avons prévu



La réalité!



### **3. Mobilisation des ressources 2/2**

- Mise en place du REPACAV à l'assemblée provinciale pour le suivi de la ligne budgétaire en faveur de la vaccination avec l'appui de BMGF
- Organisation d'une mission de plaidoyer auprès de 6 ETD avec l'appui de PROSANI USAID
- Présentations des problèmes prioritaires et des gaps des ZS aux ETD
- Chaque ETD a souscrit et inscription des activités au PDL/PAI
- Participation des MCZS au CLD a permis aux ZS de faire valider leurs activités au DOT

# 4. Réalisation des ETD et Gouv Pro 1/2

## □ **Province:**

- Constructions: BDPS, IPS et programmes, cliniques modernes à Mwangeji, hôpital à Kasaji, Mutshatsha, CS Lubudi 1 et Samujinga et des morgues à Kasaji, Sandoa
- Approvisionnement en médicaments des quelques ZS
- Paiement des subventions aux prestataires et octroi des frais de fonctionnement aux ECZS
- Appui aux urgences, catastrophes et riposte aux épidémies
- Subventions aux activités de vaccination avec BMGF
- Dotation des motos aux 5 ZS, ambulances et 2 jeeps land cruiser BDPS et PEV

# 4. Réalisation des ETD et Gouv Pro 2/2

## □ ETD:

- Construction des ESS( Kanina, Kapata, Marie Thérèse, Kasulo, Kizito, Mupanja, Manomapia, Mukabe, Kalulu, Tenke, Bunkeya et Mugembe)
- Morgues à Bunkeya, Tenke, Mupanja et Kapata
- Octroi des bourses de spécialisation en santé publique (Bayeke)
- Paiement des subventions aux prestataires et octroi des frais de fonctionnement aux ECZS
- Appui aux activités de vaccination de routine et de masse
- Appui aux urgences, catastrophes et riposte aux épidémies
- Dotation des motos aux ZS, ambulances et corbillards
- Mise en place du projet de la gratuité des accouchements (Bayeke)



 Pouvoir 3  
4 Days Standby



CAMON 20

 25mm 1/1.7 1/50 ISO102

## 5. Leçons apprises

- ❑ La mission de sensibilisation des ETD a permis aux ZS de mobiliser les ressources pour la mise en œuvre de leurs PAO
- ❑ Le début tardif du processus de planification, privait le secteur santé des ressources du gouvernement provincial et des ETD
- ❑ L'octroi des fonds supplémentaires pour les prestataires des campagnes de vaccination par la chefferie a contribué aux performances de la ZS de Bunkeya lors des campagnes
- ❑ L'implication des ETD et Gouv Pro dans le riposte contre l'épidémie de choléra a permis une bonne réponse à cette dernière

## 6. Contrat Unique 1/2

- Le contrat unique n'a pas amélioré le financement de la DPS Lualaba (virtualité du basket fund).
- De toutes les parties prenantes seule la DPS a fait entièrement sa part en menant les activités en dépit de faible ou de l'inexistence de financement.
- Le financement des PTF n'a pas bougé, bien au contraire, certaines parties prenantes attendent que les autres financent les activités qu'ils étaient censés financer (Histoire de la calebasse du roi).

# 6. Contrat Unique 2/2

## ❑ Au Gouvernement provincial :

- Harmoniser et prendre des mesures nécessaires pour l'alignement et le financement du contrat unique.
- S'acquitter de ses engagements dans le cadre du contrat unique.
- Assurer le paiement régulier de la prime additionnelle aux agents de la santé

## ❑ Aux Partenaires Techniques et Financiers :

- S'aligner et s'acquitter à temps opportun des engagements pris dans le cadre du contrat unique
- Opter le modèle MoU pour le financement du contrat unique

# 7. Les Défis

- ❑ La présence de l'IGF dans les ETD alourdi les procédures
- ❑ Le comportement des responsables des ETD
- ❑ Faible alignement des certains PTF

**MERCI POUR VOTRE  
ATTENTION !!**



## Travail de Groupe: III: Mobilisation des Ressources

15:35-16:05 *Moderateur: Thibaut Mukaba*

Q. 1: Que faites vous actuellement pour faciliter de mobiliser plus de fonds pour la santé au niveau provinciale?

Q. 2 Qu'est-ce que dans votre organisation compte faire dans le futur pour capitaliser sur les opportunités de financement en province (gouvernement provincial, secteur prive, ETD)?



# Cloture du premier jour de reflexions

*16:30-16:45*

Synthese presentee par les trois moderateurs:

- Professeur Chenge
- Begin Salumu
- Thibaut Mukaba

**Merci, et a demain, 7:30-8:00 enregistrement**





**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

# DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO

Collaboration, Leçons Apprises, Adaptation  
Atelier de Réflexions  
Initié par Le Groupe Inter-Bailleur Sante (GIBS)  
Jour 2  
20-21 mars 2024



# Partage par “gallery walk”

*Moderateur: Emma Din*

1. Chaque groupe met au mur 3 flip-charts de leur travail
2. 2 Flip charts Travail de Groupe II: Situation Actuelle du Financement
3. 1 Flip Chart: Qu'est-ce que votre organisation compte faire dans le futur pour capitaliser les opportunités des financements en province

Tous les participants auront des stickers ou markers

Tous les participants s lisent les flip charts au mur

Les participants avec les stickers ou markers marquent:

-Bleu/Vert: opportunité de synergie avec leur organisation (les participants écrivent leur organisation) pres de leur marque.

-Rouge: ce qui les intéresse-aimerait en savoir plus

## Agenda: Jour 2-matin: Vers la Couverture de Santé Universelle

<b>7:30-8:00</b>	<b>Enregistrement-café pendant l'enregistrement</b>
<b>8 :00-8 :30</b>	<b>Gallery Walk</b>
<b>8:30-9:20.</b>	<b>Plan de la RDC pour la Qualité des médicaments et l'achat</b>
<b>9:10-9:20</b>	<b>Discussion en plénière</b>
<b>9:20-10: 05</b>	<b>Travaux de Groupe : Médicaments</b>
<b>10:05-10:35</b>	<b>Restitution des travaux de groupe</b>
<b>10:35-11:05</b>	<b>Présentation: Vers la maternité gratuite.</b>
<b>11:05-11: 35</b>	<b>Questions-Réponses</b>
<b>11:35-12:00</b>	<b>Discussions sur les Ressources Humaines pour la Santé</b>
<b>12:00-12 30</b>	<b>Travaux de Groupe RHS</b>
<b>12:30-12:45</b>	<b>Restitution des Travaux de Groupe</b>
<b>12 :45 - 13:45</b>	<b>Déjeuner</b>

## Agenda: Jour 2-après-midi: Vers la Couverture de Santé Universelle

<b>13:45-15:50</b>	<b>Les approches Innovantes des PTFs pour avancer la CSU (pause cafe incluse)</b>
<b>15:50-16:20</b>	<b>Stratégie de la qualité des soins</b>
<b>16:20-16:35</b>	<b>Discussion/questions</b>
<b>16:35-16:45</b>	<b>Clôture par Coordinateur du GIBS</b>

# Plan de la RDC pour la Qualité et l'Achat de Médicaments

8:30-9:20

## 2 presentations: (20 minutes x 2)

- l'ACOREP: "Les défis de la qualité des médicaments"
- Directeur PNAM: Plan de la RDC pour l'achat des médicaments de qualité

## Questions/Reponses (10 minutes)

### Objectifs:

1. Clarifier l'engagement actuel du gouvernement par rapport à l'achat des médicaments essentiels génériques, l'approvisionnement des hôpitaux et sites de soins communautaires
2. Clarifier les gaps en besoins et la vision du gouvernement pour combler ces gaps
3. Comprendre les défis liés à la qualité des médicaments en RDC



# PRESENTATION DE L'ACOREP

- AUTORITE CONGOLAISE DE REGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE
- DECRET N 20/002 DU 5 MARS2020
- ISSUE DE LA FUSION DE LA DPM ET DU LNCQ-LAPHAKI

# MISSION DE L'ACOREP

**LES MISSIONS DE L'ACOREP S'ARTICULE AUTOUR DE  
MISE EN PLACE DU SYSTEME REGLEMENTAIRE  
PHARMACEUTIQUE NATIONAL A TRAVERS LES 9  
FONCTIONS REGLEMENTAIRES SUIVANTS**

# AUTORISATION D'OUVERTURE DES ETABLISSEMENTS PHARMACEUTIQUES

# AUTORISATION DES ESSAIS CLINIQUES

# AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ DES MÉDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTÉ

# INSPECTIONS PHARMACEUTIQUES

# AUTORISER LES IMPORTATIONS ET EXPORTATIONS DES MÉDICAMENTS

# CONTROLE DE QUALITE DES MEDICAMENTS

# DEFIS DE LA QUALITE DES MEDICAMENTS EN RDC

- DEFIS DE LA QUALITE DES MEDICAMENTS
- DEFIS DE FORMATION D'UN PERSONNEL OUTILLE ET EN NOMBRE SUFFISANT
- DEFIS D'APPLICATION DES TEXTES REGLEMENTAIRES
- DEFIS D'EXPANSION DE L'ACOREP A TRAVERS TOUTE LA REPUBLIQUE
- DEFIS DE DELOYEMENTS DES LABO DE CONTROLE AUX POINTS D'ENTRÉE DES MEDICAMENTS
- DEFIS DE DISPOSER DES RESSOURCES FINANCIERES POUR ORGANISER DES CAMPAGNES DE SURVEILLANCE DU MARCHE

# DEFIS DE LA QUALITE DES MEDICAMENTS EN RDC

- DEFIS D'IMPLEMENTER CHACUNE DES FONCTIONS REGLEMENTAIRES A DIFFERENTS COINS DUPAYS
- DEFIS DE DOTER LE SERVICE D'INSPECTION DES MOYENS APPROPRIES POUR LE RENDRE PERFORMANT
- DEFIS DE CREER UN LABO DE CONTROLE DE NIVEAU INTERNATIONAL
- DEFIS DE FAIRE RESPECTER LES NORMES ET DE VEILLER A LEUR APPLICATION

# REHABILITATION DU LABORATOIRE NATIONAL DE CONTROL DE QUALITE LAPHAKI



# RENFORCEMENT DE CAPACITE DES AGENTS ET CADRE DU LABORATOIRE NATIONAL DE CONTROL DE QUALITE LAPHAKI



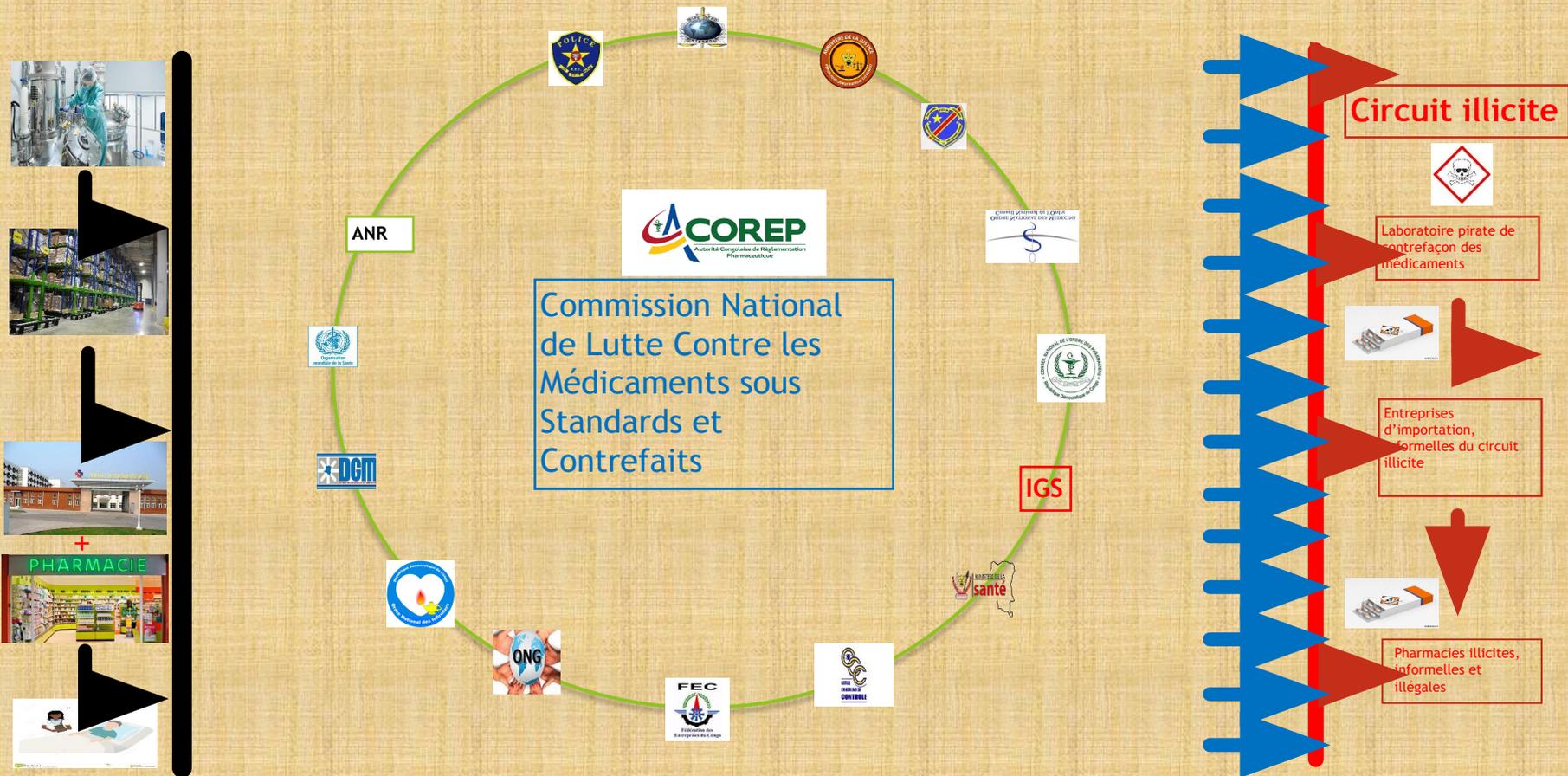
# EN CONCLUSION

LA GARANTIE DE LA QUALITE DU MEDICAMENT  
REPOSE SUR DEUX SOCLES

LES PRESTATIONS: RESPECT DES BONNES PRATIQUES  
PHARMACEUTIQUES TOUT LE LONG DE LA CHAINE  
D'APPROVISIONNEMENT

CONTROLE ET INSPECTION: INSPECTION ET AUDIT DES  
BPF, SURVEILLANCE DU MARCHE,  
PHARMACOVIGILANCE

# ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES QIFS



## LES DIVERS PROJETS EN COURS D'EXECUTION dans le cadre de la lutte contre les produits médicaux QIFs



PQMS PLUS



Medisafe



RAM



Medicrime



Vigibase



GS1



GSMS



**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**



# Plan de la RDC pour l'achat des médicaments

**Franck BIAYI**  
**Directeur du PNAM**  
Contact: [biayifranck@gmail.com](mailto:biayifranck@gmail.com)  
**+243818125838**

**21 Mars 2024**

# Plan de présentation

1. Contexte de la CA en RDC
2. Etat des stocks dans quelques ESS
3. Financement des médicaments
4. Perspectives

# Contexte de la SC en RDC

- ✓ (i) La sélection,
- ✓ (ii) L'estimation des besoins,
- ✓ (iii) La planification des achats,
- ✓ (iv) Les achats,
- ✓ (vi) Le dédouanement,
- ✓ (vii) Le stockage, (22 CDR, 2 dépôts secondaires et 0 relais logistiques.)
- ✓ (viii) La gestion des stocks,
- ✓ (ix) La distribution
- ✓ (x) L'utilisation rationnelle

## Les fonctions de soutien

- ✓ (xi) Le SIGL ([www.infomedrdc.org](http://www.infomedrdc.org))
- ✓ (xii) La régulation des prix,
- ✓ (xiii) Les ressources humaines
- ✓ (xiv) Le financement
- ✓ (xv) L'assurance qualité.

## Légende

Déjà fait mais sans atteindre la maturité.

En cours

Pas encore fait







# Etat de la situation des MEG dans quelques ESS

## *Pourquoi cette situation?*

- ✓ Gestion en « silos » des quelques fonctions opérationnelles (**achats sans planification des achats, distribution**) de la chaîne d'approvisionnement par les établissements de facilitation de la CSU.
- ✓ Financements des médicaments manifestement insuffisants % aux besoins exprimés (19M\$ pour Kinshasa )
- ✓ Non utilisation du Système National d'Approvisionnement en Médicaments
- ✓ Absence totale d'une coordination de la chaîne d'approvisionnement
- ✓ Mise en œuvre des approvisionnements comme si le système de santé était « normalement opérationnel »
- ✓ Absence de préparation et mise en place des préalables nécessaires à la réduction des risques liés aux fonctions opérationnelles non encore fonctionnelles.

# Financement des médicaments (1)

Données, Hypothèses et médicaments	BAS UELE	EQUATEUR	HAUT KATANGA	HAUT LOMAMI	HAUT UELE	ITURI	KASAI	KASAI CENTRAL	KASAI ORIENTAL	KINSHASA	KONGO CENTRAL	KWANGO
<b>ACCOUCHEMENT</b>												
Ocytocine 10 UI	156 002	260 440	1 053 287	548 897	175 794	618 197	374 080	587 598	684 761	966 748	364 899	292 557
Misoprosol 200 mcg	78 001	130 220	526 644	274 449	87 898	309 099	187 040	293 799	342 381	483 374	182 450	146 279
Sulfate de Magnésium, 500mg, 10ml, Amp, Unité	17 551	29 300	118 495	61 751	19 778	69 548	42 084	66 105	77 034	108 760	41 052	32 913
Dexaméthasone sodium phosphate, 4mg/ml, 1ml, Amp, Unité	39 001	65 110	263 322	137 225	43 949	154 550	93 520	146 900	171 191	241 687	91 225	73 140
Dextrose (Glucose), 50%, 50ml,	9 751	16 278	65 831	34 307	10 988	38 638	23 380	36 725	42 798	60 422	22 807	18 285
Bupivacaïne, 0,5% hyperbare, 4ml, Amp, Unité	4 874	8 139	32 916	17 154	5 494	19 319	11 690	18 363	21 399	30 211	11 404	9 143
<b>Sous-total</b>	<b>305 182</b>	<b>509 487</b>	<b>2 060 495</b>	<b>1 073 783</b>	<b>343 903</b>	<b>1 209 351</b>	<b>731 794</b>	<b>1 149 490</b>	<b>1 339 566</b>	<b>1 891 202</b>	<b>713 837</b>	<b>572 317</b>
<b>CPN</b>												
Fer sulfate+Acide Folique, 200mg+0,25mg	1 365 010	2 753 691	10 211 879	5 953 474	1 945 810	7 262 168	4 251 903	5 315 184	6 682 546	8 459 045	3 624 279	2 637 269
Mebendazole 100 mg	585 005	1 180 153	4 376 520	2 551 489	833 919	3 112 358	1 822 245	2 277 936	2 863 948	3 625 305	1 553 263	1 130 258
<b>Sous-total</b>	<b>1 950 015</b>	<b>3 933 844</b>	<b>14 588 399</b>	<b>8 504 963</b>	<b>2 779 729</b>	<b>10 374 526</b>	<b>6 074 148</b>	<b>7 593 120</b>	<b>9 546 494</b>	<b>12 084 350</b>	<b>5 177 542</b>	<b>3 767 527</b>
<b>SOINS ESSENTIELS DU NN</b>												
Nitrate d'argent 1%, gouttes ophtalmiques	66 204	164 134	638 518	329 852	95 864	382 880	268 129	351 600	384 980	437 840	13 811	179 074
Phytomenadione ( Vit K1) 1mg/ml	19 862	49 241	191 556	98 954	28 760	114 864	80 439	105 480	115 494	131 352	4 144	53 723
Chlorhexidine digluconate 7,1%, gel	66 204	164 134	638 518	329 852	95 864	382 880	268 129	351 600	384 980	437 840	13 811	179 074
<b>Sous-total</b>	<b>152 274</b>	<b>377 513</b>	<b>1 468 592</b>	<b>758 660</b>	<b>220 488</b>	<b>880 624</b>	<b>616 697</b>	<b>808 680</b>	<b>885 454</b>	<b>1 007 032</b>	<b>31 766</b>	<b>411 875</b>
<b>Total Général (Accouchement, CPN, Soins essentiels NN)</b>	<b>2 407 471</b>	<b>4 820 844</b>	<b>18 117 486</b>	<b>10 337 406</b>	<b>3 344 120</b>	<b>12 464 501</b>	<b>7 422 639</b>	<b>9 551 290</b>	<b>11 771 514</b>	<b>14 982 584</b>	<b>5 923 145</b>	<b>4 751 719</b>

# Financement des médicaments (2)

Données, Hypothèses et médicaments	KWILU	LOMAMI	LUALABA	MAI NDOMBE	MANIEMA	MONGALA	NORD KIVU	NORD UBANGI	SANKURU	SUD KIVU	SUD UBANGI	TANGANYIKA	TSHOPO	TSUAPA
<b>ACCOUCHEMENT</b>														
Ocyclocine 10 UI	687 834	565 963	412 647	255 642	346 063	291 247	572 685	160 122	304 044	494 678	255 948	376 569	409 630	250 714
Misoprosol 200 mcg	343 917	282 982	206 324	127 821	173 032	145 624	286 343	80 061	152 022	247 339	127 974	188 285	204 815	125 357
Sulfate de Magnésium, 500mg, 10ml, Amp, Unité	77 382	63 671	46 423	28 760	38 932	32 766	64 428	18 014	34 209	55 652	28 799	42 364	46 084	28 206
Dexamethasone sodium phosphate, 4mg/ml, 1ml, Amp, Unité	171 959	141 491	103 162	63 911	86 516	72 812	143 172	40 031	76 011	123 670	63 987	94 143	102 408	62 679
Dextrose (Glucose), 50%, 50ml,	42 990	35 373	25 791	15 978	21 629	18 203	35 793	10 008	19 003	30 918	15 997	23 536	25 602	15 670
Bupivacaïne, 0.5% hyperbare, 4ml, Amp, Unité	21 495	17 687	12 896	7 989	10 815	9 102	17 897	5 004	9 502	15 459	7 999	11 768	12 801	7 835
<b>Sous-total</b>	<b>1 345 577</b>	<b>1 107 167</b>	<b>807 243</b>	<b>500 101</b>	<b>676 987</b>	<b>569 754</b>	<b>1 120 318</b>	<b>313 240</b>	<b>594 787</b>	<b>967 716</b>	<b>500 700</b>	<b>736 665</b>	<b>801 340</b>	<b>490 461</b>
<b>CPN</b>														
Fer sulfate+Acide Folique, 200mg+0,25mg	6 351 671	5 602 765	3 664 317	1 947 679	10 632 571	2 824 468	5 046 353	1 591 478	9 865 022	12 684 604	2 442 776	5 792 682	4 306 342	2 345 240
Mebendazole 100 mg	2 722 145	2 401 189	1 570 422	834 720	4 556 816	1 210 487	2 162 723	682 062	4 227 867	5 436 259	1 046 904	2 482 578	1 845 575	1 005 103
<b>Sous-total</b>	<b>9 073 816</b>	<b>8 003 950</b>	<b>5 234 739</b>	<b>2 782 399</b>	<b>15 189 387</b>	<b>4 034 955</b>	<b>7 209 076</b>	<b>2 273 540</b>	<b>14 092 889</b>	<b>18 120 863</b>	<b>3 489 680</b>	<b>8 275 260</b>	<b>6 151 917</b>	<b>3 350 343</b>
<b>SOINS ESSENTIELS DU NN</b>														
Nitrate d'argent 1%, gouttes ophtalmiques	416 039	350 365	253 155	144 823	204 303	168 384	359 484	96 995	190 028	306 791	148 159	225 167	233 552	96 419
Phytomenadione ( Vit K1) 1mg/ml	124 812	105 110	75 947	43 447	61 291	50 515	107 846	29 099	57 009	92 038	44 448	67 550	70 066	28 926
Chlorhexidine digluconate 7,1%, gel	416 039	350 365	253 155	144 823	204 303	168 384	359 484	96 995	190 028	306 791	148 159	225 167	233 552	96 419
<b>Sous-total</b>	<b>956 890</b>	<b>805 840</b>	<b>582 257</b>	<b>333 093</b>	<b>469 897</b>	<b>387 283</b>	<b>826 814</b>	<b>223 089</b>	<b>437 065</b>	<b>705 620</b>	<b>340 766</b>	<b>517 884</b>	<b>537 170</b>	<b>221 764</b>
<b>Total Général (Accouchement, CPN, Soins essentiels NN)</b>	<b>11 376 283</b>	<b>9 916 957</b>	<b>6 624 239</b>	<b>3 615 593</b>	<b>16 336 271</b>	<b>4 991 992</b>	<b>9 156 208</b>	<b>2 809 869</b>	<b>15 124 741</b>	<b>19 794 199</b>	<b>4 331 146</b>	<b>9 529 809</b>	<b>7 490 427</b>	<b>4 062 568</b>

# Total Financement des médicaments (3)

Province	Total (CPN, Accouchement, Soins essentiels NN)
BAS UELE	2 407 471
EQUATEUR	4 820 844
HAUT KATANGA	18 117 486
HAUT LOMAMI	10 337 406
HAUT UELE	3 344 120
ITURI	12 464 501
KASAI	7 422 639
KASAI CENTRAL	9 551 290
KASAI ORIENTAL	11 771 514
KINSHASA	14 982 584
KONGO CENTRAL	5 923 145
KWANGO	4 751 719
KWILU	11 376 283
LOMAMI	9 916 957
LUALABA	6 624 239
MAI NDOMBE	3 615 593
MANIEMA	16 336 271
MONGALA	4 991 992
NORD KIVU	9 156 208
NORD UBANGI	2 809 869
SANKURU	15 124 741
SUD KIVU	19 794 199
SUD UBANGI	4 331 146
TANGANYIKA	9 529 809
TSHOPO	7 490 427
TSUAPA	4 062 568
<b>Total Général</b>	<b>231 055 021</b>

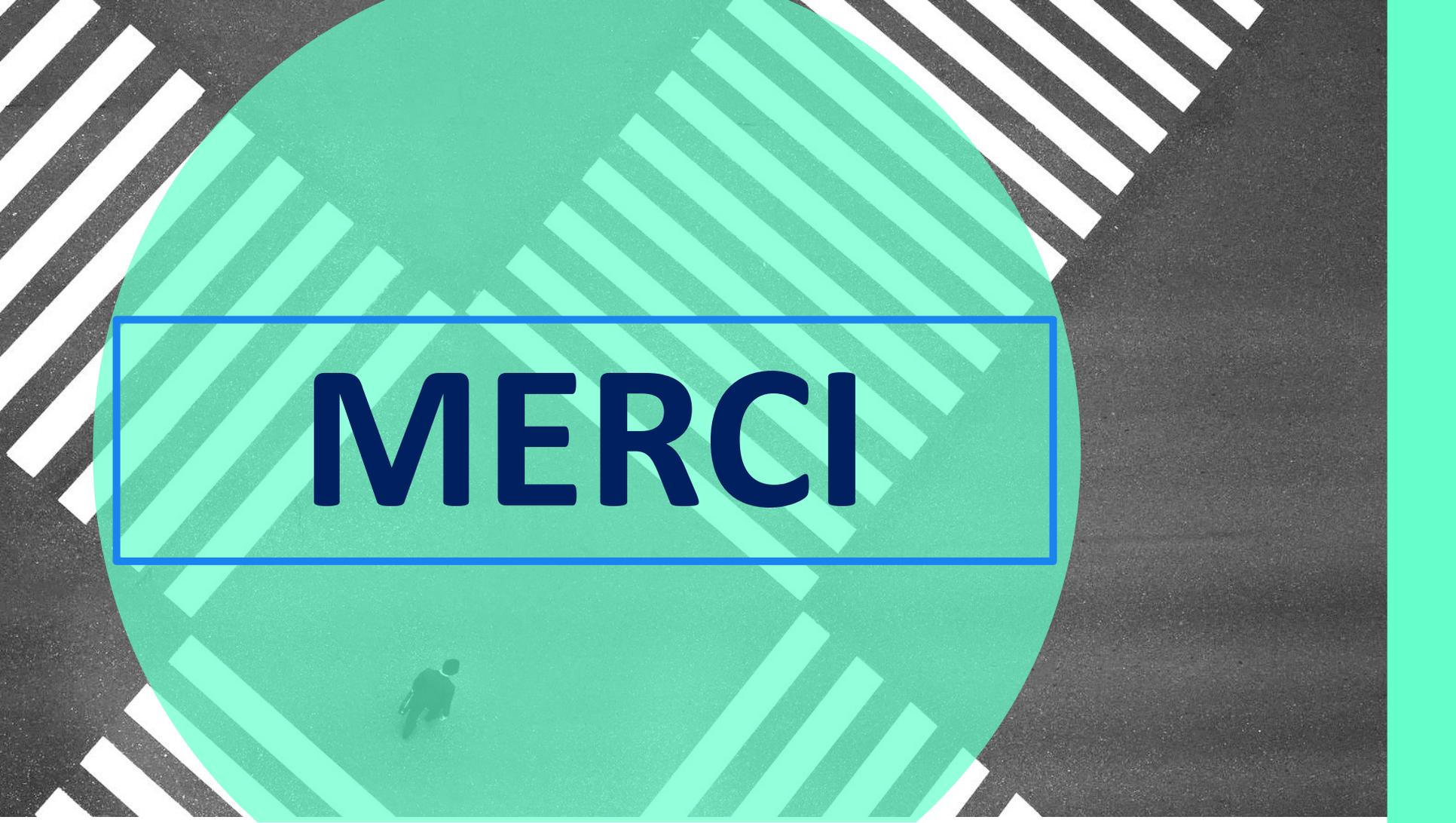
## Financement des médicaments: estimation coût unitaire moyen à Kinshasa

Tableau Synthèse par type d'ESS par mois

Rubriques	HGR	CS
Coût pour les accouchements et Soins du NN par type d'ESS	3247,73	2789,75
Coût des soins pour les problèmes de santé type d'ESS	703,04	238,41
<b>Total</b>	<b>3950,77</b>	<b>3028,16</b>

# Perspectives

- ✓ Renforcer les fonctions opérationnelles de la chaîne d'approvisionnement
- ✓ Evaluer les besoins en médicaments par province
- ✓ Financer les coûts d'achats et de distribution des médicaments
- ✓ Financer la chaîne d'approvisionnement pour son fonctionnement



**MERCI**

# Travaux de Groupe: Medicaments

9:20-10:05

*Moderatrice: Dr. Bokoko*

## **Travail de groupe: 45 minutes**

(la pause café est pendant les travaux de groupe)

Q 1. Comment est-ce que les médicaments à moyen terme peuvent être financés par le pays, la RDC?

Q2: Quelles seraient vos **deux** recommandations prioritaires pour améliorer la qualité des médicaments dans le contexte de la RDC?

# Restitution des Travaux de Groupe Medicaments

10:05-10:35

*Moderatrice: Dr. Bokoko*

Restitution des travaux de groupe en plénière

- Première question: Partage seulement des idées nouvelles
- Recommandations: Tous les groupes partagent
  - *Y-a-t-il des recommandations qui vous ont surpris?*

# Comprendre le programme de la BM vis à vis de la maternité gratuite

10:35-11:35

*Moderatrice: Dr. Brigitte Kini*

10:35-11:05: Présentation par la Banque Mondiale

11:05 -11:35: Questions & réponses

*Participants, sentez-vous libres d'écrire des questions sur les post-its en écoutant la présentation.*

République Démocratique  
du Congo



MINISTRE DE LA SANTÉ  
SECRETARIAT GÉNÉRAL  
UNITE DE GESTION DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT  
DU SYSTEME DE SANTÉ

**UG-PDSS**

## SUBVENTIONNEMENT DE LA GRATUITE DE LA MATERNITE DANS LE CADRE DE LA CSU

Expérience de l'UG-PDSS et leçons apprises



SUPPORTED BY  
**WORLD BANK GROUP**



UNITÉ DE GESTION DU PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

## NOS PROJETS :



PROJET DE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME  
DE SANTE



PROJET MULTISECTORIEL DE NUTRITION  
& DE SANTE



PROJET REGIONAL DE RENFORCEMENT  
DES SYSTEMES DE SURVEILLANCE  
DES MALADIES EN AFRIQUE CENTRE



**PUARP - COVID 19**  
Projet d'Urgence en Appui à la Riposte  
et Préparation du COVID-19 en RDC

PROJET D'URGENCE EN APPUI  
À LA RIPOSTE ET PREPARATION  
DU COVID-19 EN RDC

# Contexte

- La RDC est parmi les pays africains qui présentent des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale dans le monde :
  - Mortalité maternelle chiffrée à **547/100 000 NV** selon UN MMEIG **en 2020 contre 693 selon l'estimation de la BM en 2016.**
  - Les estimations de l'UNICEF placent notre pays parmi les 4 au monde ayant le plus grand nombre de décès néonataux : Le **taux de MN se situe à 14/1000 NV selon MICS 2018 et 27 /1000 NV selon les Statistiques Mondiales de la Santé 2022.**
- Les efforts ont réduit la mortalité maternelle et néonatale mais cette réduction est lente et risquerait d'enfreindre l'atteinte des cibles de l'ODD 3 à l'horizon 2030 (au moins 70 DM pour 100 000 NV et à 12 DN/1000 NV).
- Lancement en juin 2022 d'un programme de gratuité de la maternité par le Président de la République, dans le cadre de la Couverture Santé Universelle
- L'UG-PDSS (avec le projet PDSS) a été la première à appuyer cette gratuité des accouchements à travers ses projets dans 11 Provinces implémentant l'achat stratégique

# Zones d'intervention

- Du 1<sup>er</sup> Avril au 31 Décembre 2022 (**Projet PDSS**)
  - ✓ 11 provinces : Kinshasa, Kwango, Maindombe, Sud Ubangi, Tshuapa, Mongala, Haut Katanga, Lomami, Lualaba, Maniema et Nord Kivu (**du 1<sup>er</sup> Avril au 31 Décembre 2022**)
  - ✓ 146 ZS
  - ✓ 2 417 ESS
- Du 1<sup>er</sup> octobre 2023 à ce jour (**Projet PMNS**)
  - ✓ 4 Provinces : Kasai Central, Kasai, Kwilu et Sud-Kivu
  - ✓ 74 ZS
  - ✓ 1 661 ESS

# Dispositif d'intervention (1)

- Intégration dans un programme achat stratégique/FBP des soins, avec une Tarification Forfaitaire subsidiée (subsidés + ticket modérateur)
- L'approche de gratuité consiste à supprimer la barrière financière liée à l'accouchement en **subventionnant le ticket modérateur en plus des subsidés liés à la prestation** pour les accouchements dans tous les ESS sous contrat achat stratégique/FBP
- Ainsi, la prise en charge par le projet du ticket modérateur pour les accouchements permet de rendre gratuits les accouchements réalisés dans les ESS sous contrat FBP quel qu'en soit l'issue (eutociques, dystociques non césariennes et dystociques césariennes)
- La CPN, la CPON et la PF étant également subventionnées, la femme bénéficie également de ces services gratuitement
- PEC des Nnés à travers le fond d'équité

## Dispositif d'intervention (2)

- Le mécanisme de contractualisation, vérification et paiement des subsides est celui appliqué dans le dispositif national de l'achat stratégique/FBP
- Paramétrage du subventionnement la gratuité des accouchements dans leDHIS2  
Achat stratégique pour générer les factures et assurer le suivi
- Mise en place d'un programme d'investissement pour améliorer la qualité de l'offre des services et soins de santé dans les ESS appliquant la gratuité des accouchements

# Barème de Subsidés PMA & PCA

<b>Services PMA</b>		<u>Barème Moyen prestation</u>
1	<u>Consultation Externe (Nouveaux Cas)</u>	\$ 0,42
2	<u>Consultation Externe (Nouveaux Cas) pour des pers indigents (max 5%)</u>	\$ 2,80
3	<u>Cas sévère référé à l'hôpital et arrivés (y compris les cas de malnutrition aiguë sévère avec complication)</u>	\$ 2,10
4	<u>Enfant complètement vacciné</u>	\$ 2,10
5	<b>Consultation Postnatale 3</b>	\$ 2,80
6	<b>CPN - 1ère visite</b>	\$ 2,80
7	<b>CPN - 4ème visite</b>	\$ 3,50
8	<b>Accouchement assisté (Subsidés)</b>	\$ 4,20
9	<b>Accouchement assisté (Remboursement ticket modérateur)</b>	\$ 9,80
10	<b>PF: Nouvelles Acceptantes en post partum</b>	\$ 2,10
11	<b>PF: Renouvellement méthodes contraceptives modernes</b>	\$ 2,10
12	<b>PF: Nouvelles Acceptantes de moins de 20ans méthodes modernes</b>	\$ 2,10
13	<u>CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois</u>	\$ 2,80
14	<u>CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois</u>	\$ 1,68
15	<u>Enfant malnutris (MAM et MAS) 6-59 mois orienté par RECO, arrivé et confirmés au CS</u>	\$ 2,80
16	<u>Enfant MAS 6-59 mois pris en charge au CS et récupéré</u>	\$ 16,80

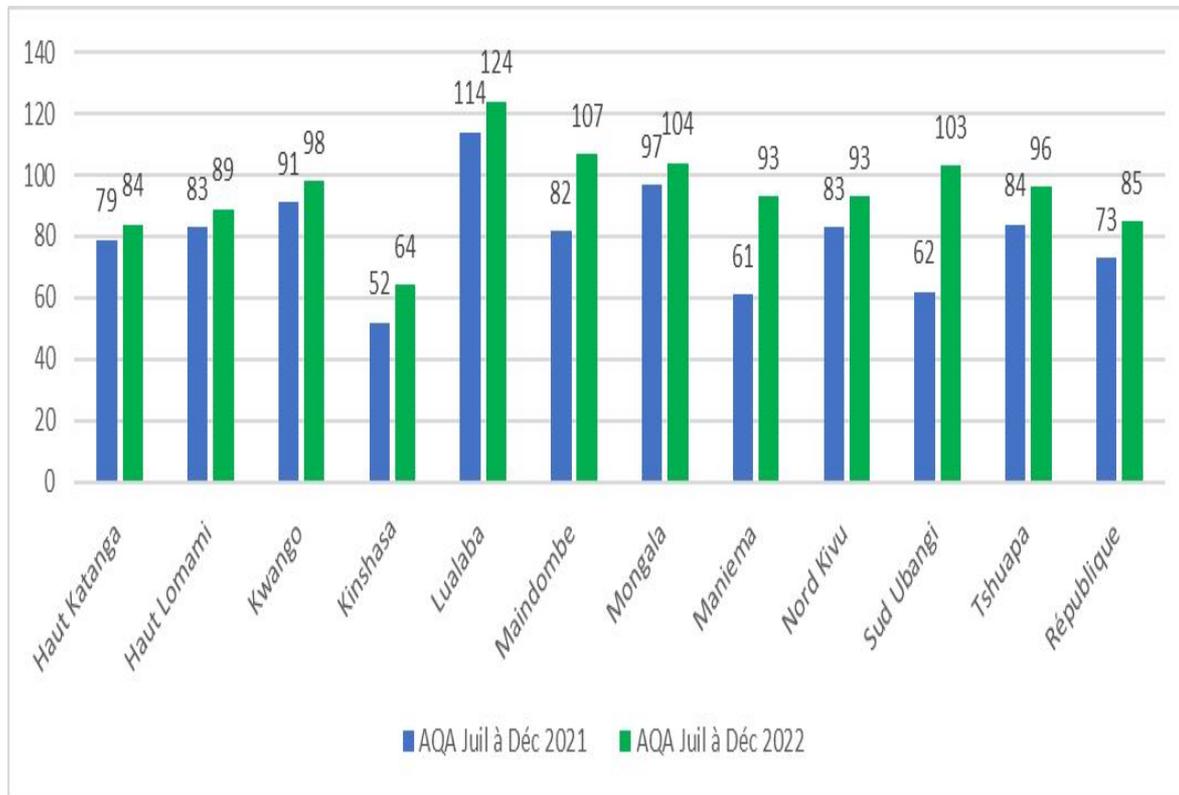
<b>Prestations PCA</b>	<u>Barème Moyen Prestation</u>
Consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin	\$ 4,8
Cas d'hospitalisation au-delà de 72h sortis au cours de la période sous revue (exclu les admissions UNTI)	\$ 7,2
Cas d'hospitalisation au-delà de 72h sortis au cours de la période - personnes indigents - plafond 10%	\$ 18,0
Intervention chirurgicale majeure	\$ 36,0
Intervention chirurgicale majeure personne indigent - plafond 10%	\$ 54,0
<b>Accouchement eutocique en milieu hospitalier (Subsidés)</b>	<b>\$ 7,2</b>
<b>Accouchement eutocique en milieu hospitalier (Remboursement ticket modérateur)</b>	<b>\$ 9,8</b>
<b>Césarienne (Subsidés)</b>	<b>\$ 40,0</b>
<b>Césarienne (Remboursement ticket modérateur)</b>	<b>\$ 98,0</b>
<b>Accouchement en milieu hospitalier – dystocique (Subsidés)</b>	<b>\$ 18,0</b>
<b>Accouchement en milieu hospitalier – dystocique (Remboursement ticket modérateur)</b>	<b>\$ 21,0</b>
<b>Consultation prénatale de référence: 1ère Visite</b>	<b>\$ 2,4</b>
<b>Consultation prénatale de référence : 4ème visite</b>	<b>\$ 2,9</b>
<b>Consultation Postnatale 3</b>	<b>\$ 2,4</b>
<b>PF: Nouvelles Acceptantes en post partum</b>	<b>\$ 1,8</b>
<b>PF: Renouvellement méthodes contraceptives modernes</b>	<b>\$ 1,8</b>
<b>PF: Nouvelles Acceptantes de moins de 20ans méthodes modernes</b>	<b>\$ 1,8</b>
Cas de malnutrition sévère des Enfant MAS 6-59 mois pris en charge à l'HGR	\$ 42,0
<b>Enfants de moins de 6 mois PEC malnutrition aiguë sévère</b>	<b>\$ 42,0</b>

# Préalables

- Sélection des ESS à travers le processus d'habilitation (outil du MSPHP)
- Renforcement des capacités des prestataires : besoins de formation en SONU, autres formations...
- Appui en médicaments
- Dotation en équipements et matériels médicaux de base
- Paiement trimestriel des subsides
- Appui à l'amélioration des infrastructures (Réhabilitation profonde /construction)

## Quelques Résultats

## Comparaison de Taux d'Assistance Qualifiée à l'accouchement (AQA) S2 2021/S2 2022 : Non Subventionnée 2021 versus subventionnée en 2022



Source DHIS2, DRC

## Distribution des accouchements réalisés du T2 au T4 2022 dans 11 DPS appuyées par le PDSS

Provinces	Accouchement Assisté			Accouchement dystocique (césarienne exclut) -			Césarienne (50% des accouchements dystociques)			TOTAL accouchements
	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	
hk Haut Katanga DPS	13007	14373	14853	223	313	259	495	579	535	44637
hl Haut Lomami DPS	22851	22414	22468	784	830	770	625	681	694	72117
kg Kwango DPS	10762	11208	11294	331	317	373	534	484	458	35761
kn Kinshasa DPS	25737	29085	36519	336	466	482	647	814	768	94854
ll Lualaba DPS	16672	17767	17220	797	815	860	1043	1133	1023	57330
md Maindombe DPS	12209	12212	13279	227	356	431	644	755	822	40935
mg Mongala DPS	21768	22277	22951	709	764	757	881	918	1005	72030
mn Maniema DPS	11273	11748	12708	274	532	645	533	591	782	39086
nk Nord Kivu DPS	25274	26410	27941	2089	2509	2542	6935	7796	8615	110111
su Sud Ubangi DPS	15795	16870	16888	116	109	107	641	708	841	52075
tu Tshuapa DPS	15527	15418	13780	1239	1211	938	1329	1361	1075	51878
<b>Total</b>	<b>190875</b>	<b>199782</b>	<b>209901</b>	<b>7125</b>	<b>8222</b>	<b>8164</b>	<b>14307</b>	<b>15820</b>	<b>16618</b>	<b>670814</b>

On note que 670.814 accouchements gratuits repartis de la manière suivante : 600.558 eutociques ; 23.511 dystocies hors césariennes et 46.745 dystocies césariennes ont été subventionnés par le projet PDSS durant la période allant du 1<sup>er</sup> Avril au 31 Décembre 2022 dans 11 DP's couvrant 2 417 ESS

## Accouchements déclarés dans les ESS des 4 Provinces sous appui du PMNS au T4-2023

<b>Provinces</b>	<b>Accouchements Assistés</b>	<b>Césarienne</b>
kl kwilu	38 414	651
kr Kasai Central	42 760	1 441
ks Kasai	53 355	904
sk Sud Kivu	77 139	6 398
<b>Total</b>	<b>211 668</b>	<b>9 394</b>

# Les investissements réalisés

Réhabilitation  
/construction de 176 ESS  
dans 11 provinces

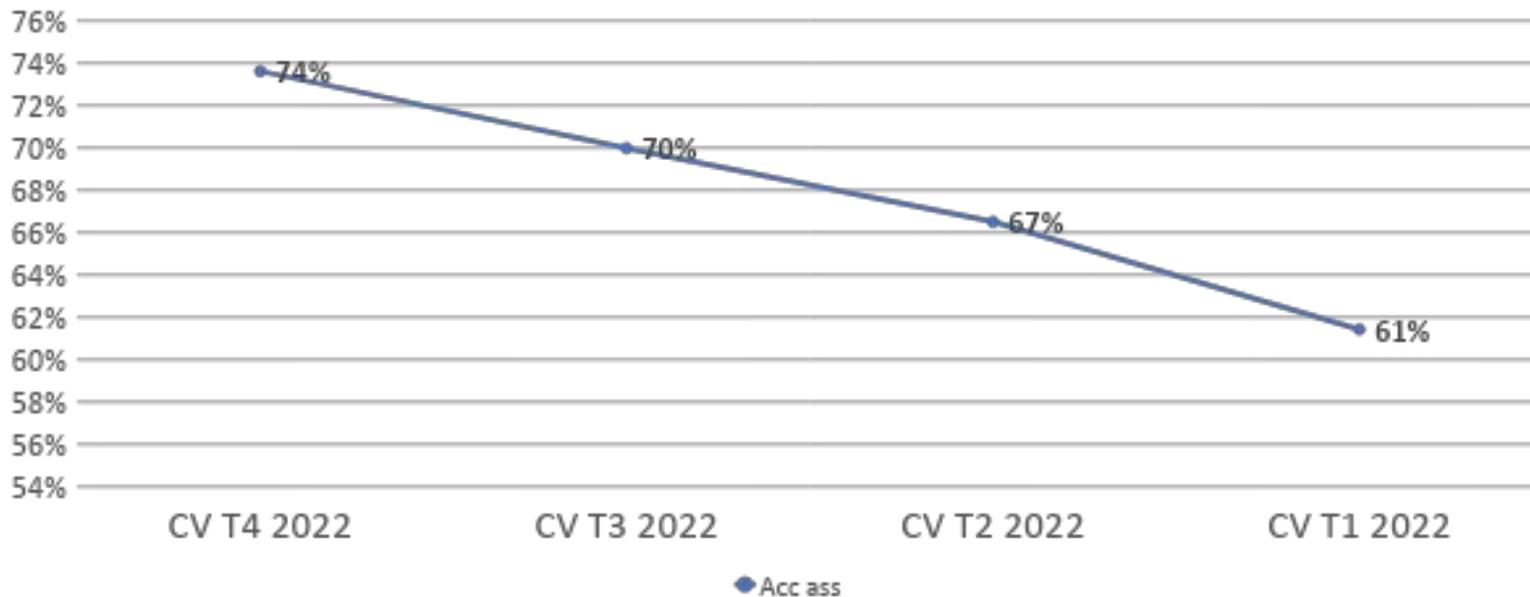
Solarisation de 613 ESS  
repartis dans 11 provinces

Dotation en équipements et  
matériels médicaux à +1500  
ESS



## Leçon apprise (1)

1. L'instauration de la gratuité des accouchements dans les ESS a contribué significativement à diminuer le nombre d'accouchement à domicile dans les zones d'intervention



## Leçons apprises (2)

2. « Le subventionnement des soins maternels et néonataux a amélioré davantage la fréquentation et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale. Cela a contribué à la réduction des décès maternels dans les communautés et des risques de tétanos des nouveau-nés ».
3. Un montant total de 9 950 300USD a été payé aux structures de santé sous forme de subsides et remboursement des tickets modérateurs en 2022 permettant de rendre gratuit les accouchements dans les ESS à travers un dispositif fonctionnel, soit ***une moyenne de 15USD payé par accouchement***
4. Ce mécanisme peut être étendu à d'autres provinces capitalisant sur le dispositif d'achat stratégique avec des financements croisés
5. La durabilité d'un programme de subventionnement total des soins maternels et néonataux implique la mise en œuvre d'un mécanisme d'appropriation et de pérennisation par le Gouvernement

# Perspectives

- Extension à partir du 1<sup>er</sup> avril 2024 dans 7 provinces (**Projet PMNS**)
  - ✓ 7 Provinces : Kwango, Mai Ndombe, Tshuapa, Mongala, Sud-Ubangi, Haut Lomami, Nord Kivu,
  - ✓ 97 ZS
  - ✓ ESS: Processus de sélection en cours
- Alignement progressif au montage national de la CSU : pérennisation
- Poursuite des investissements
- Renforcement de la collaboration avec les autres PTF pour des investissements dans la qualité de l'offre : formation du personnel, ....

MERCI

# Restitution des resultats de l'étude des Ressources Humaines

11:35-12:00

*Moderatrice: Dr. Brigitte Kini*

## **Presentation:**

Restitution des Résultats de l'étude de la Banque Mondiale sur les Ressources Humaines pour la santé.

## **Objectif:**

Restitution des résultats de l'étude de la Banque Mondiale sur les RHS

# Travaux de groupe: RHS

12:00-12: 30

*Moderatrice: Dr. Brigitte Kini*

## **Travaux de Groupe RHS**

Q.1: .Est-ce que certains résultats de cette étude vous ont surpris? Si oui, lesquels?

Q.2: Quelles seraient vos recommandations pour essayer d'améliorer la situation des ressources humaines pour la santé?

# Restitution des Travaux de Groupe: RHS

12:30-12:45

*Moderatrice: Dr. Brigitte Kini*

Est-ce que certains résultats vous ont surpris? Si oui, lesquels?

Quelles seraient vos recommandations pour améliorer les RHS?

- Déjeuner
- 12:45-13:45



# Les approches innovantes des PTFs pour avancer la CSU

13:45-15:50

Moderateur: *FERDINAND NTOYA*

## 5 présentations en plénière (25 minutes)

- Présentation sur les mutuelles de santé (*CGAT*) (5 min)
- Présentation sur l'approche MOU et ses résultats (*BMGF*) (5 min)
- Présentation sur les approches spécifiques au contexte urbain (*Prof Change*) (5 min)
- Présentation sur la ligne verte (*IGS*) (5 min)
- Présentations sur la mobilisation des ressources locales pour la santé (*USAID*) (5 min)

**Discussion/Echanges:** Presentateurs tournent a chaque table, les groupes restent a leur place.

**Pause-Cafe inclus dans l'activite**



# *LES STRATÉGIES EFFICACES POUR L'APPUI DES DES MUTUELLES DE SANTE DANS LE CONTEXTE DE LA CSU*

MARS 2024



# LE PLAN DE LA PRÉSENTATION



- I. QUI SOMMES-NOUS
- II. VISION ET MISSION
- III. OU SOMMES- NOUS
- V. IMPACTS D'UN SUIVI DE RISQUE EFFICACE
- VI. DIFFICULTES RENCONTREES



# I. POMUCO: SA VISION ET SA MISSION



- ❖ **LA PLATEFORME DES ORGANISATIONS PROMOTRICES DES MUTUELLES DE SANTÉ DU CONGO** EST UNE ORGANISATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO QUI EXISTE DEPUIS 2014 ET DONT LES MEMBRES SONT ACTIFS DANS 14 PROVINCES SUR LES 26 QUE COMPTE LE PAYS AVEC UN TOTAL DE 69 MUTUELLES DE SANTÉ (500.000 BÉNÉFICIAIRE)
- ❖ **LA POMUCO A REÇU DE SES ORGANISATIONS MEMBRES LES MISSIONS SUIVANTES :**
  - FÉDÉRER ET RENFORCER LES ORGANISATIONS MEMBRES DANS LES DOMAINES DE PLAIDOYER, LOBBYING ET GESTION DES RISQUES MALADIES,
  - DÉFENDRE LES INTÉRÊTS DES ORGANISATIONS MEMBRES SUR LE PLAN NATIONAL ET INTERNATIONAL,
  - APPUYER LES EFFORTS DES ORGANISATIONS MEMBRES POUR LA STRUCTURATION, PROFESSIONNALISATION ET DE FINANCEMENT DES ACTIONS MUTUALISTES EN RDC,
  - PROMOUVOIR L'APPROCHE MUTUELLE DE SANTÉ COMME INSTRUMENT PERMETTANT L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION N'AYANT AUCUNE COUVERTURE SANITAIRE.
- ❖ **LA VISION DE LA POMUCO** EST CELLE D'UN MOUVEMENT MUTUALISTE CONGOLAIS FORT, DYNAMIQUE MOBILISANT TOUTE LA SOCIÉTÉ CONGOLAISE POUR UN ACCÈS INCLUSIF ET DURABLE AUX SOINS DE SANTÉ GRÂCE À UNE APPROCHE COLLABORATIVE DES ORGANISATIONS APPUYANT LES MUTUELLES DE SANTÉ. APPROCHE INITIÉE PAR POMUCO COMME STRUCTURE FAITIÈRE DE TOUTES CES ORGANISATIONS EN RDC.



# I. POMUCO: SA VISION ET SA MISSION



**LES 5 ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE** CONSTITUENT LA POMUCO DONT CHACUNE DISPOSE DES POTENTIALITÉS DANS DIVERS DOMAINES. CES ORGANISATIONS SONT LES SUIVANTES :

- **LE CGAT**: LE CENTRE DE GESTION DES RISQUES ET D'ACCOMPAGNEMENT TECHNIQUE DES MUTUELLES DE SANTÉ CGAT A EN SIGLE. CRÉÉ À KINSHASA LE 11 MAI 2010. LE CGAT EST OPÉRATIONNEL DANS PROVINCES DONT: **NORD-KIVU, EQUATEUR, KINSHASA ET KONGO CENTRAL OÙ IL ACCOMPAGNE 13 MUSA;**
- **LE MOCC** EST UNE COUPOLE DE MOUVEMENTS SOCIO-ÉDUCATIFS . IL EST OPÉRATIONNEL DANS 4 PROVINCES DONT: **HAUT KATANGA , KWILU ,TSHOPO ET KINSHASA OÙ IL ACCOMPAGNE 29 MUSA;**
- **LE CENADEP** (CENTRE NATIONAL D'APPUI AU DÉVELOPPEMENT ET À LA PARTICIPATION POPULAIRE) EST UNE ONG DE DROIT CONGOLAIS CRÉÉE EN 2000. IL EST OPÉRATIONNEL DANS 2 PROVINCES DONT: **KINSHASA ET HAUT KATANGA OÙ IL ACCOMPAGNE 2 MUSA;**
- **LE PRODDES** (RÉSEAU POUR LA PROMOTION DE LA DÉMOCRATIE ET DES DROITS ECONOMIQUES ET SOCIAUX) EST UNE PLATE-FORME D'ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE CONGOLAISE CRÉÉE LE 2 JANVIER 2008 PAR 5 ONGD (CENADEP (**KINSHASA**)), CRAFOP (**EQUATEUR**), PLATE FORME DIOBASS (SUD KIVU), PREFED (KINSHASA ET BUACO (BANDUNDU));
- **LE REMUSACO**: LE RÉSEAU DES MUTUELLES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES DE BUKAVU, REMUSACO EN SIGLE, EST UNE FÉDÉRATION DES MUTUELLES DE SANTÉ DE BUKAVU CRÉÉE EN 2015. LE REMUSACO COMPORTE **22 MUTUELLES DE SANTÉ RÉPARTIS SUR L'ARCHIDIOCÈSE DE BUKAVU(SUD-KIVU: 17 ZONES DE SANTÉ SUR 34).**



## II. STRATÉGIE POUR LA COUVERTURE DES ACTEURS DE L'ÉCONOMIE INFORMELLE



- LA MODIFICATION DE LA LOI N° 18/035 DU 13 DÉCEMBRE 2018 FIXANT LES PRINCIPES FONDAMENTAUX RELATIFS À L'ORGANISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE CONSTITUE UNE OPPORTUNITÉ POUR LA RDC ET POUR CELA, LES ACTEURS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE RÉFLÉCHISSENT DÉJÀ SUR LA MATÉRIALISATION DU CARACTÈRE OBLIGATOIRE DES COTISATIONS PAR L'ORDONNANCE –LOI DE MARS 2023

### • STRATÉGIE POUR LA COUVERTURE DES ACTEURS DE L'ÉCONOMIE INFORMELLE

1. MUTATION DE L'ADHÉSION FACULTATIVE AUX MUTUELLES À L'ADHÉSION OBLIGATOIRE
2. MISE EN RÉSEAU DES ACTEURS PAR THÉMATIQUE, PAR FILIÈRE DE PRODUCTION OU PAR ZONE GÉOGRAPHIQUE (VILLAGE, TERRITOIRE, ETC...);
3. PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE DES COTISATIONS À TRAVERS LES DIFFÉRENTES STRUCTURES FAITIÈRES VERS LA FÉDÉRATION PROVINCIALE;
4. MISE EN PLACE D'UNE PLATEFORME DE PRÉLÈVEMENT NUMÉRIQUE DES COTISATIONS AUX MUTUELLES DE SANTÉ POUR CERTAINES CATÉGORIES DES ACTEURS DE L'ÉCONOMIE INFORMELLE (FAITIÈRE DES PRODUCTEURS AGRICOLES ET ÉLEVEURS (CONAPAC), FAITIÈRE DES MOTOCYCLISTES (ANAMMO), FAITIÈRE DES CHAUFFEURS TAXI (ACCO), FAITIÈRE DES ARTISANS (AAB); HÔTELLERIE, RESTAURANT, CAFÉ (HORECA) TRAVAILLEURS DOMESTIQUES)

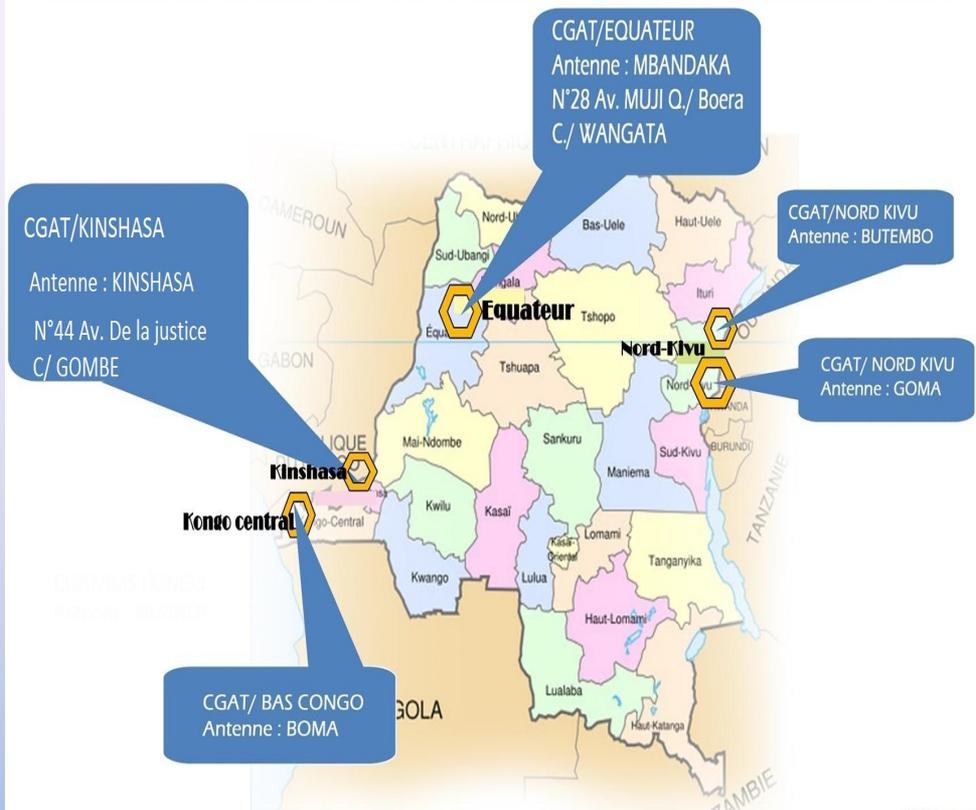


### III. CGAT: VISION ET MISSION

LE CGAT POURSUIT COMME **OBJECTIF DE CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DU DROIT À LA PROTECTION SOCIALE** EN VUE DE LUTTER CONTRE LA PAUVRETÉ EN RDC.

LE CGAT SE BAT DONC POUR **UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ** DE LA POPULATION **AUX SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ** PAR LA MISE EN PLACE DE NOUVELLES MUTUELLES DE SANTÉ ET PAR LA CONSOLIDATION DE CELLES EXISTANTES, COMMUNAUTAIRES OU CORPORATISTES

## Cartographie Actuelle du CGAT de la République Démocratique du Congo





# III. CGAT: VISION ET MISSION



## COORDINATION NATIONALE

- ❑ **PLAIDOYER POLITIQUE EN FAVEUR DE L'INSTITUTIONNALISATION** DES MUTUELLES DE SANTÉ ET DE LEUR ARTICULATION AVEC LES DISPOSITIFS NATIONAUX.
- ❑ CONSOLIDATION TECHNIQUE DES ANTENNES PROVINCIALES
- ❑ COLLABORATION AVEC D'AUTRES PROMOTEURS DE MUTUELLES DE SANTÉ DANS LES AUTRES PROVINCES;
- ❑ CAPITALISATION ET DIFFUSION DE L'INFORMATION

## COORDINATION PROVINCIALE

- ❑ **PROFESSIONNALISATION DES MUTUELLES DES MUTUELLES DE SANTÉ:** RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES TECHNIQUES, THÉMATIQUES, ORGANISATIONNELLES ET POLITIQUES ;
- ❑ **REPRÉSENTATION DES PATIENTS AUPRÈS DES PRESTATAIRES DE SOINS**
- ❑ **PROMOTION DES SOINS PRÉVENTIFS** CONFORMÉMENT À LA DIMENSION « MOUVEMENT SOCIAL » DES MUTUELLES DE SANTÉ;
- ❑ **PLAIDOYER ET APPUI** À L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES VULNÉRABLES ( TROISIÈME ÂGE , INDIGENTS) PAR UN MÉCANISME SOLIDAIRE DE PARTAGE DES RISQUES



## IV. IMPACTS D'UN SUIVI DE RISQUE EFFICACE



SERVICE/ TUZOLANA	2016-2017		2018-2019		2019-2020		2020-2021	
	Nbre	Coût	Nbre	Coût	Nbre	Coût	Nbre	Coût
<b>Consultation Ambulatoire</b>	<b>1.934</b>	<b>30.104</b>	<b>2.588</b>	<b>36.040</b>	<b>2.338</b>	<b>33.746</b>	<b>2.252</b>	<b>33.920</b>
<b>Hospitalisation</b>	<b>325</b>	<b>17.129</b>	<b>225</b>	<b>12.567</b>	<b>392</b>	<b>13.375</b>	<b>175</b>	<b>8.114</b>
Accouchement	4	141	9	220	8	168	14	309
Transfusion	14	140	00	00	15	150	11	110
Césarienne	8	800	22	2.207	18	1800	5	484
Chirurgie	29	2.776	44	4.440	28	2.928	24	2.348
Echographie	47	462	9	90	46	460	27	270
Radiographie	13	130	7	70	21	210	18	180
<b>TOTAL</b>	<b>2.362</b>	<b>51.682</b>	<b>2.904</b>	<b>55.634</b>	<b>2.866</b>	<b>52.837</b>	<b>2.526</b>	<b>45.735</b>

## IV. IMPACTS D'UN SUIVI DE RISQUE EFFICACE

MOIS/ MUSA LISANGA 2021	FACTURES DE SOINS INITIALES (\$)	FACTURES DE SOINS VALIDEES ET PAYEES (\$)	LES ECARTS (\$)
MARS 2021	49.621,21	41.545,51	8.075,71
AVRIL 2021	66.176,19	54.996,21	11.848,97
MAI 2021	78.606,10	61.791,76	16.848,98
JUIN 2021	81.201,16	65.708,87	15.492,29
JUILLET 2021	70.096,90	55.273,98	14.822,99
AOUT 2021	47.154,90	41.103,43	6.051,55
SEPTEMBRE 2021	65.025,60	51.103,43	13.172,77
OCTOBRE 2021	56.479,80	42.603,07	13.873,80
NOVEMBRE 2021	68.100,54	54.925,23	13.175,61
DECEMBRE 2021	73.157,44	62.990,98	10.166,46
<b>TOTAL</b>	<b>655.620,1</b>	<b>532.794,91</b>	<b>122.825,23</b>



## IV. QUELQUES INDICATEURS DE SUIVI DE RISQUE

	2017	2018	2019	2020	2021
EFFECTIF DES BENEFICIAIRES	37.598	36.525	28.945	29.619	36.681
NOMBRE D'ACCOUCHEMENT	432	534	318	290	394
<b>NOMBRE DE DECES</b>	<b>144</b>	<b>143</b>	<b>160</b>	<b>108</b>	<b>139</b>
DECES DE NOUVEAU NE	2	4	5	3	4
DECES MATERNEL	0	1	0	2	0
DECES POUR AUTRES CAUSES	142	138	155	103	135



# V. DES DÉFIS ET DES OPPORTUNITÉS PAR RAPPORT À L'INITIATIVE DE LA GRATUITÉ DE LA MATERNITÉ ET DES SOINS AUX NOUVEAU-NÉS

## OPPORTUNITÉ DE LA GRATUITÉ FACE AUX MUSA:

- ❑ LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE ET DU NOUVEAU-NÉ ÉPARGNE LES MUSA DE SES DÉPENSES POUR LEUR PERMETTRE DE SE CONSTITUER DE RÉSERVE;
- ❑ LA PRISE EN CHARGE DE PRÉMATURÉ ÉTAIT PLUS COÛTEUX POUR LES MUSA ET LES MUTUALISTES, AUJOURD'HUI SOULAGER PAR LE GRATUIT;
- ❑ CELA CONDUIRA AUX MUSA DE DIMINUER LE MONTANT DE COTISATION ANNUELLE ET IL AURA AUGMENTATION DE TAUX DE PÉNÉTRATION DES MUSA

## DÉFIS DE LA GRATUITÉ FACE AUX MUSA:

- ❑ LA PÉRENNISATION DE CE PROCESSUS DE LA GRATUITÉ DE PEC DE LA FEMME ENCEINTE ET DU NOUVEAU ;
- ❑ QUE L'OFFRE DE SOINS PUISSE ÊTRE DE QUALITÉ À TOUS LES NIVEAUX DE LA PEC

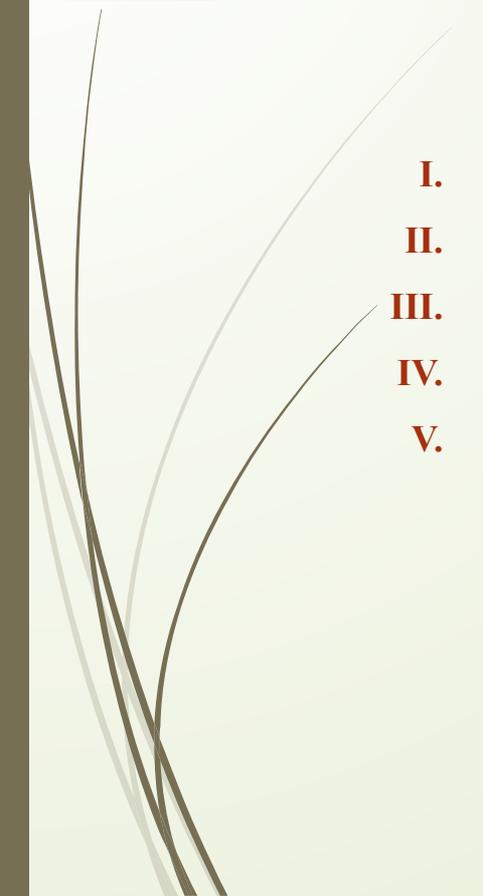


# MEDIBO ACCOMPAGNEE PAR LE CGAT

Mars 2023



# PLAN DE LA PRESENTATION

- 
- I. LA MEDIBO**
  - II. PAQUET DES SERVICES ET EFFECTIFS**
  - III. L'EQUILIBRE FINANCIER**
  - IV. APPUI DU CGAT**
  - V. CONSÉQUENCE DE LA GRATUITE DE LA MATERNITÉ**

# I. LA MEDIBO

- **La Mutuelle Maladie des Enseignants du Diocèse de Boma(écoles conventionnelles catholique) est créée en 1988.**
- **Son siège social est à Lukula, son rayon d'action prend toute l'étendue du Diocèse de Boma.**
- **Son objectif social est l'entraide et solidarité.**
- **Nous avons des membres adhérents et les membres d'honneur.**
- **Elle a quatre (4) organes: A.G, C.A, C.E et C.C**
- **La cotisation est mensuelle par membre soit 2,5\$/mois.**

# II. PAQUET DES SERVICES ET EFFECTIFS

SERVICE/ MEDIBO	2017-2018		2018-2019		2019-2020		2020-2021	
	Nbre	Coût	Nbre	Coût	Nbre	Coût	Nbre	Coût
<b>Consultation Ambulatoire</b>	<b>4.488</b>	<b>59.371</b>	<b>6.886</b>	<b>109.499</b>	<b>5.993</b>	<b>89.625</b>	<b>5.275</b>	<b>79.277</b>
<b>Hospitalisation</b>	<b>1.528</b>	<b>60.606</b>	<b>1.497</b>	<b>58.530</b>	<b>1.399</b>	<b>63.309</b>	<b>1.319</b>	<b>46.922</b>
Accouchement	35	896	113	3.308	59	1.238	23	442
Césarienne	40	3.794	57	5.600	36	3.599	12	1.160
Chirurgie	143	13.345	182	15.958	161	14.166	134	10.244
<b>Décès</b>	<b>97</b>	<b>15.520</b>	<b>109</b>	<b>17.440</b>	<b>72</b>	<b>11.520</b>	<b>78</b>	<b>12.480</b>
Echographie	16	153	86	852	71	703	21	206
Radiographie	21	205	51	507	37	370	17	170
Lunettes	00	00	78	780	83	930	93	1.030
Transfusion	11	110	37	370	22	220	16	160
<b>Total</b>	<b>6.163</b>	<b>154.000</b>	<b>9.099</b>	<b>212.919</b>	<b>7.933</b>	<b>185.680</b>	<b>6.987</b>	<b>158.103</b>

## II. PAQUET DES SERVICES ET EFFECTIFS

### SITUATION AVANT L'APPUI DU CGAT

- ❑ Avant le recadrage de la mutuelle par le CGAT/KC, elle intervenait seulement en cas de grand risque soit en cas d'hospitalisation(10 jours) pour les membres avec un montant forfaitaire de 65.000FC. L'ambulatoire non pris en charge.
- ❑ Avant l'accompagnement, on avait 3.750 bénéficiaires
- ❑ Avant l'accompagnement, la mutuelle avait un problème sérieux du point de vue finance. Le montant récolté auprès des membres était totalement dépensé pour les soins des membres mais de fois avec des dettes qui seront payées par l'année suivante. Pas de vérification des factures avant le paiement de ces dernières

### SITUATION APRES L'APPUI DU CGAT

- ❑ Après le recadrage ou étude de faisabilité, elle prend en charge le petit(ambulatoire) et grand risque(hospitalisation): consultation, MI, Pédiatrie, GO, Chirurgie et l'ophtalmologie y compris les frais funéraires
- aujourd'hui nous sommes à 9.672. bénéficiaires
- ❑ Après le recadrage, avec l'expertise des MC du CGAT/KC, la mutuelle a une bonne santé financière(les entrées sont supérieure aux sorties) avec une réserve chaque année

### III. L'EQUILIBRE FINANCIER

La situation financière de la MEDIBO en fin 2023	Montant en \$	%
❑ Montant global de la cotisation de 2023	240.103,69	
❑ Montant global de remboursement des factures de PEC MEDICALE en 2023	192.814	80
❑ Frais de fonctionnement en 2023	29.540	12,3
❑ Réserve de l'année 2023	11.739,69	4,8
❑ Perte de taux d'échange (car la cotisation est fixé en FC) en 2023	6.010	2,5



## IV. APPUI DU CGAT

- Le CGAT accompagne la MEDIBO du point de vue:
- **Technique** :
  - la formation des membres du comité exécutif, des élus mutualiste et les chefs d'antennes;
  - La sensibilisation des membres;
  - La représentation de la MUSA aux tiers(différentes instances);
  - Le suivi de risque, évaluation des plateaux techniques et les conventionnement des FOSA par les MC du CGAT
- **Supervision**
- **Financier** : pour le paiement de la gestionnaire; animateur de la MUSA ainsi que lors des reunions instances de MEDIBO.



# V. CONSÉQUENCE DE LA GRATUITE DE LA MATERNITÉ

## **Opportunité de la gratuité face aux MUSA:**

- ❑ LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE et DU NOUVEAU-NÉ épargne les MUSA de ses dépenses pour leur permettre de se constituer de réserve;
- ❑ La prise en charge de prématuré était plus coûteuse pour les MUSA et les mutualistes, aujourd'hui soulagée par la gratuité;
- ❑ Cela aidera les MUSA à diminuer le montant de cotisation annuelle et à augmenter le taux de pénétration des MUSA.

## **Défis de la gratuité face aux MUSA:**

- ❑ la pérennisation de ce processus de la gratuité de PEC de la femme enceinte et du nouveau-né;
- ❑ Que l'offre de soins puisse être de qualité à tous les niveaux de la PEC.

Mars 2024

# Approche MoU en RDC

Mécanisme Commun de Financement de la Santé  
Primaire:

Province-Bailleurs de fonds



# Le MoU est un contrat entre une province et un ou plusieurs bailleurs



## Bailleurs

En 2018, la fondation Gates a signé individuellement des MoU avec Haut-Lomami, Tanganyika et Lualaba en 2021, pour cofinancer l'amélioration de la vaccination systématique dans le cadre de la décentralisation.

En 2023, trois provinces et la Fondation Gates ont renouvelé leur contrat pour cinq ans, avec l'ajout de l'USAID et l'Alliance GAVI au Lualaba et Haut-Lomami..

Ainsi, le MoU pour améliorer la vaccination devient un MoU pour renforcer les soins primaires via un financement commun.

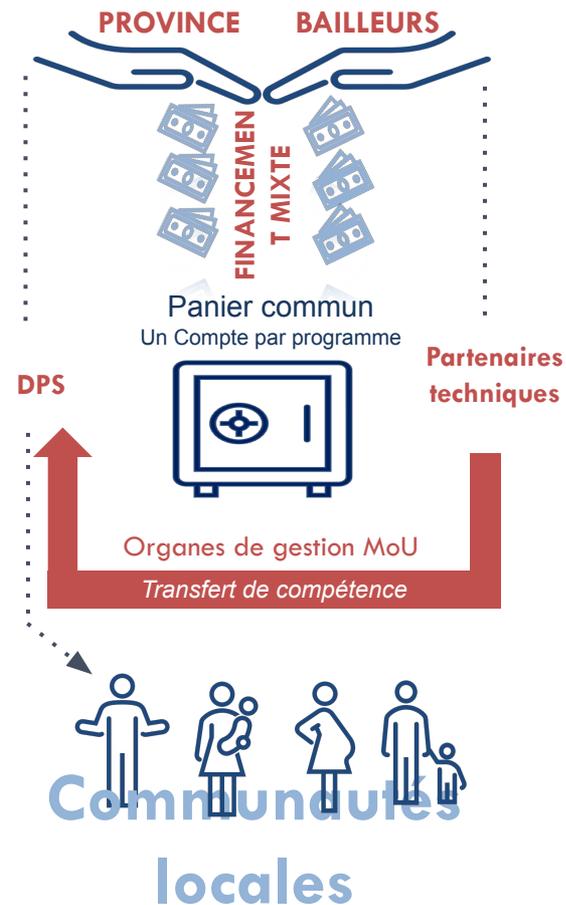
Le nouveau MoU vise à consolider le financement des soins de santé primaires afin d'atteindre une couverture sanitaire universelle (CSU) conformément à la vision du Chef de l'État.

Pour améliorer le service aux communautés, le MoU actuel:

- Utilise un mécanisme de cofinancement axé sur les résultats et l'appropriation.

- Assure le transfert des compétences des expertises des partenaires techniques mandatés par les bailleurs au sein des Organes de Gestion MoU .

- Établit un cadre de collaboration unique entre le gouvernement provincial, les bailleurs, les PTFs, les organisations civiques et les communautés pour la planification et la gestion communes..



## Domaines

## d'applications

Ce nouveau modèle met l'accent sur chaque programme et favorise la mutualisation des ressources :

- 1 MoU signé par la province et les bailleurs,
- 1 Manuel de Gestion pour toutes les parties prenantes,
- et 1 cadre programmatique pour chaque programme.

Mobilisation et engagement des communautés

Prestation, accès et utilisations des services

Chaîne de froid, Logistique, Sécurité des intrants/vaccins/médicaments

Gouvernance, Pilotage, Financement, Responsabilité

Suivi, évaluation, inspection et contrôle

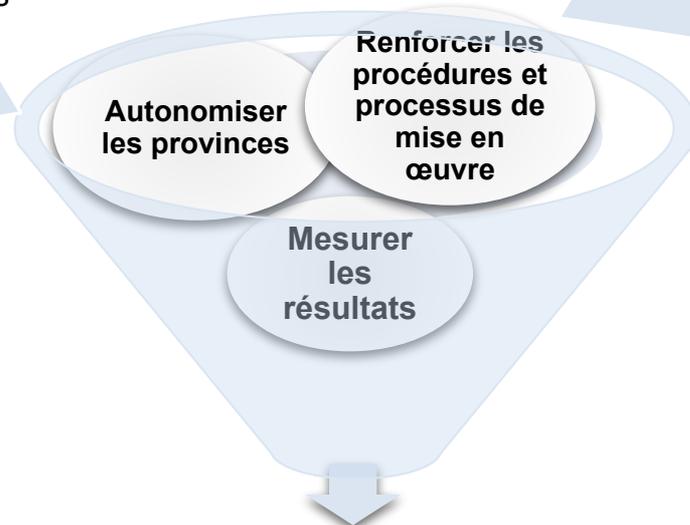
Formation/Développement des compétences

Gestion financière commune et Sécurité des fonds

Panier commun  
Zéro-Cas  
h

Redevabilité

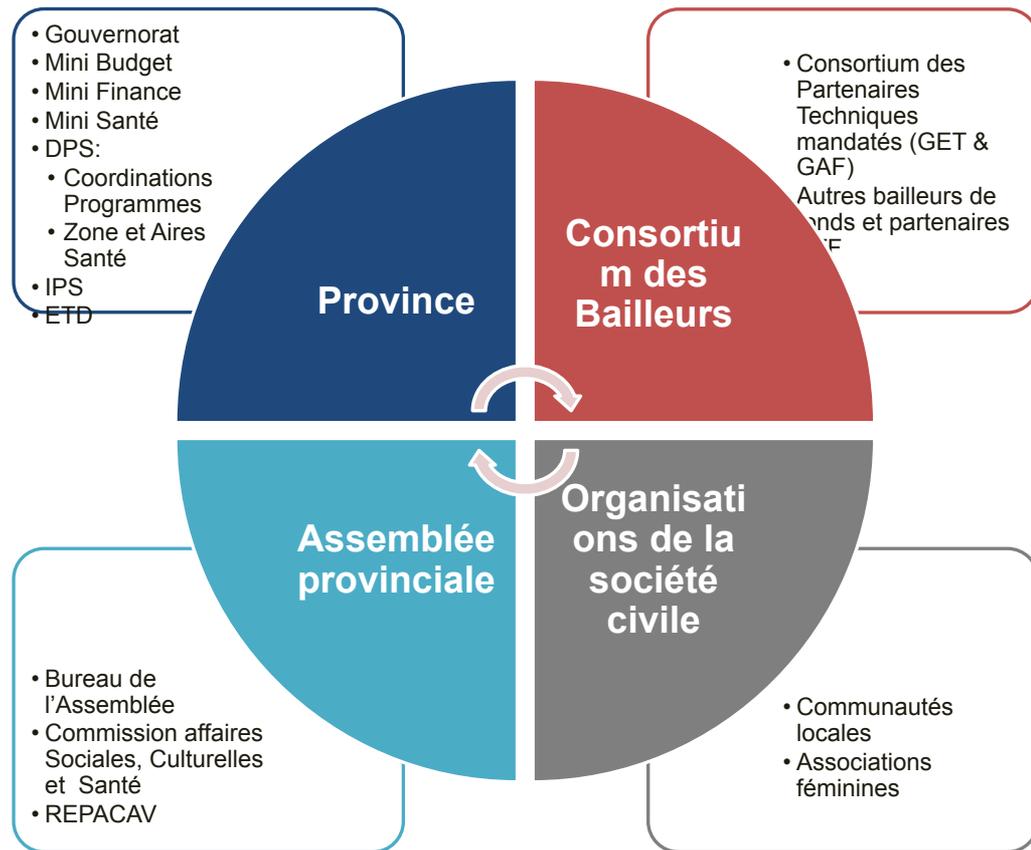
Dimension genre



**Système de santé résilient**

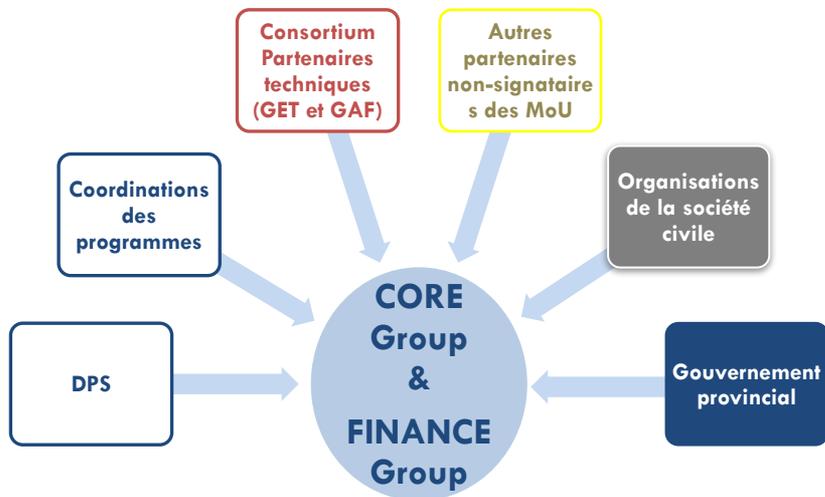
## Parties prenantes impliquées

- La province, sous le contrôle de l'Assemblée provinciale, est le bailleur de fonds responsable de la mise en œuvre du MoU.
- La DPS gère les aspects programmatiques et financiers sous la supervision du gouvernement provincial, selon le manuel de gestion.
- Le Consortium des bailleurs fournit, via des partenaires techniques, une assistance technique et financière aux acteurs étatiques et non étatiques.
- Les partenaires d'assistance technique soutiennent la DPS pour assurer la qualité et la conformité de la planification et de la mise en œuvre. Ils sont organisés comme suit:
  - Groupe d'Agents Fiduciaires (GAF): appui à la gestion financière
  - Groupe d'Experts Techniques (GET):
    - appui à la gouvernance
    - appui aux programmes
- Les organisations de la société civile qui représentent les différentes couches de la population locale sont représentées dans les organes de gestion du MoU.



# Organes de gestion communs

Tous les acteurs du secteur santé participent à la gestion à travers les organes MoU: CORE Group et Finance Group



## Finance Group

Rôle:

- Veiller à la conformité des requêtes
- Veiller au respect des lignes budgétaires

Prés.: MC Bureau Ressources

VP: Agent Fiduciaire du GAF

Secrétaire :Délégué Min. Finances

Cons.: Comptable Coordination Programme

2eme Cons. : Analyste Finances DPS

Cons.: Chargé Partenariat et Financement DPS

## Core Group

Rôle :

- Validation des requêtes
- Suivi de l'exécution du Budget
- Évaluation du PAO & PTBT

Prés.: MCP / Chef d'Antenne Programme

VP: Coordonnateur du GET

Sec.: Chef Bureau INFOSAN

Cons.: Experts Techniques GET

2eme Sec.: Délégué Min. Budget

Cons.: Délégué Min. Santé

Cons. Finances du Gouverneur

Cons.: Représentants des autres partenaires techniques non-signataires

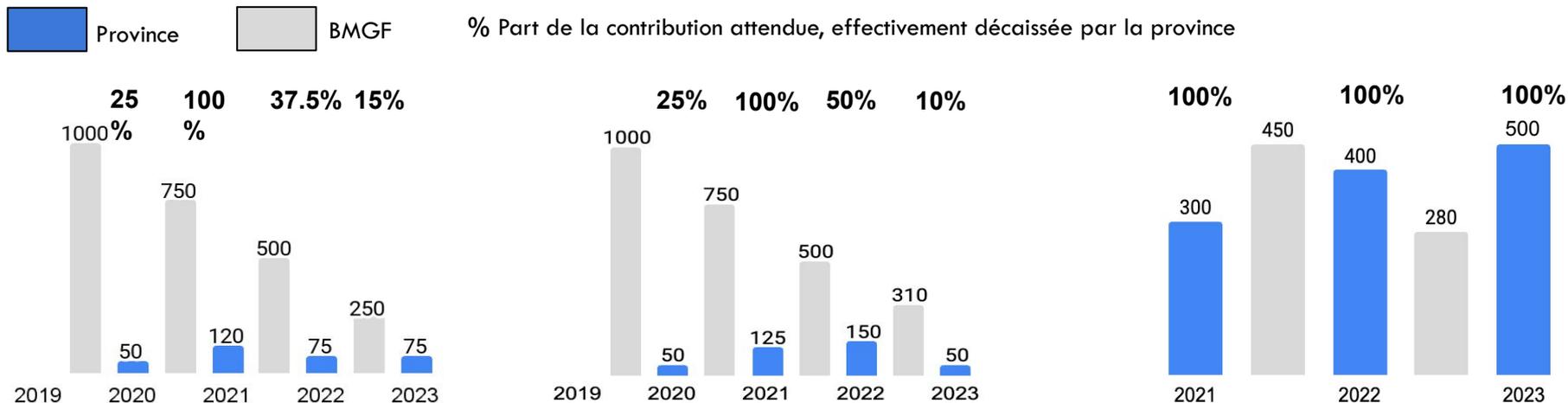
Membre: Délégué Société Civile

# Les 3 provinces MoU ont continuellement déboursé les fonds alloués à la vaccination pour totaliser \$1,950,000 de 2019 à 2023

**Les contributions du Tanganyika**  
[‘000 USD, 2019-23]

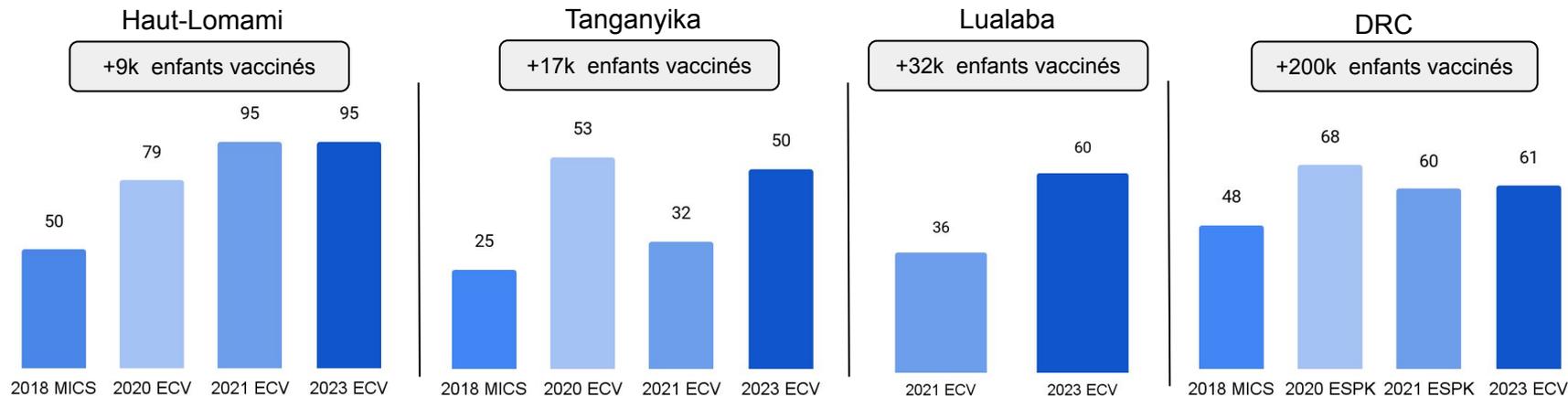
**Les contributions du Haut-Lomami**  
[‘000 USD, 2020-23]

**Les contributions du Lualaba**  
[‘000 USD, 2021-23]



- Les contributions ont été continue sur 3 ans mais à l'exception du Lualaba, les contributions ont été inférieures aux prévisions

Progrès de la couverture du DTC3 dans les cadres du MoU par rapport au pays, mesuré par des enquêtes indépendantes au niveau du district, [% MICS 17-18, Enquête 2020, Enquête 2021, Enquête 2023].



## INNOVATIONS



Décassement réel des fonds sous principe du zéros cash



Digitalisation de la comptabilité provinciale et formations sur le logiciel TomPro



Mise en place du vaccination tracker, formation continue (e-learning Gestion PEV)

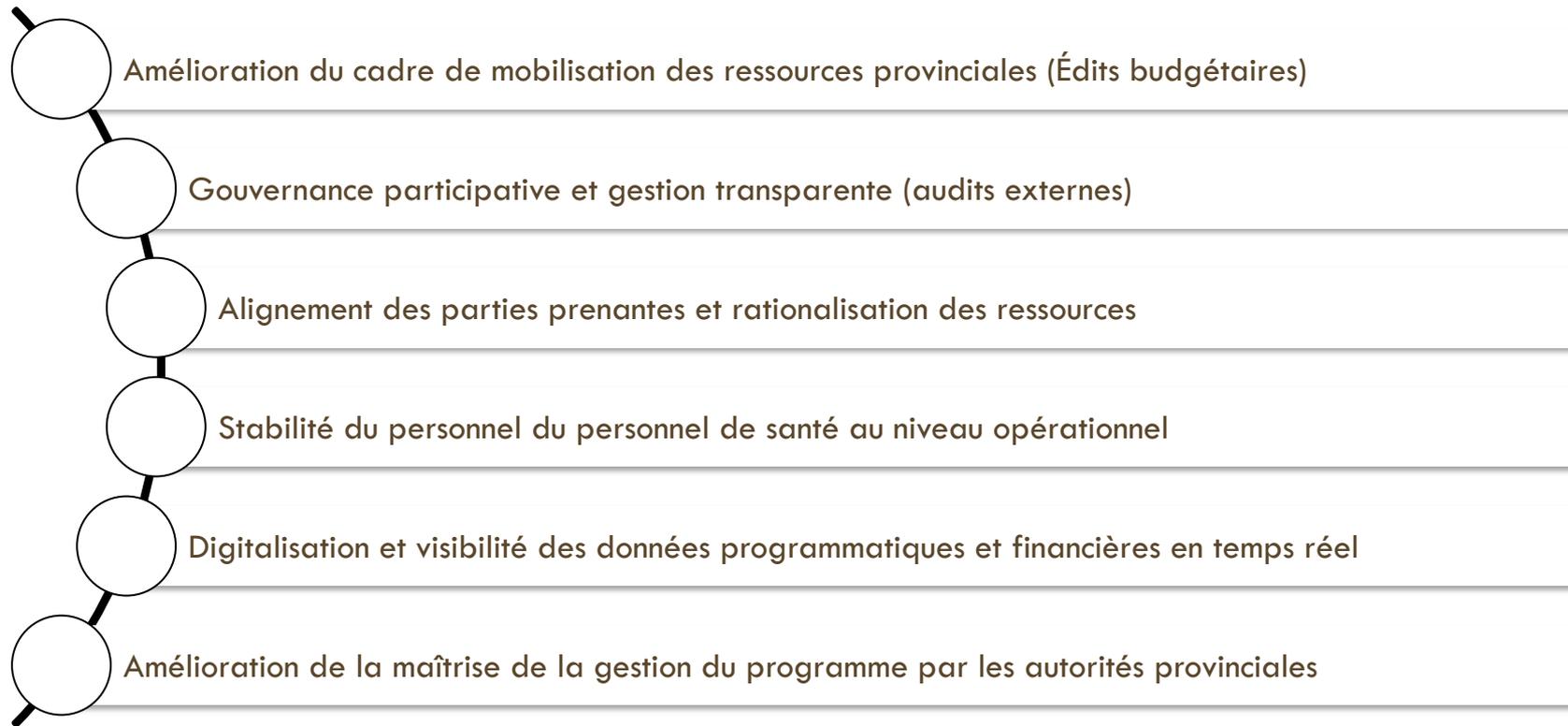


Mise en place de la Nouvelle Génération de la Chaîne d'Approvisionnement (NGCA)



Formation en décentralisation, élaboration des édits budgétaires, installation des REPACAV

## Avantages et Enseignements tirés des MoU en cours d'implémentation



# L'extension des MoU en RDC: la sélection finale des 3 nouvelles provinces

## Discussions avancées

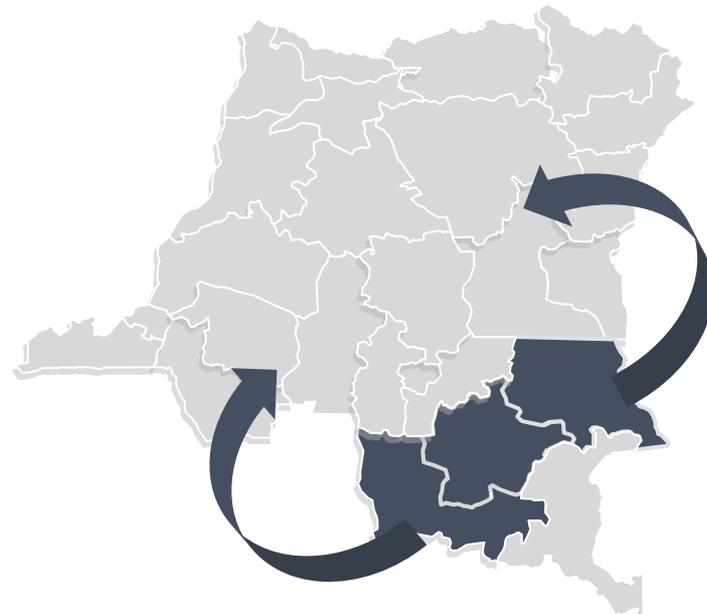


## Partenaires potentiels (liste non exhaustive)



## Objectifs d'extension:

1. Renforcement du Haut-Lomami et du Lualaba avec GAVI et USAID en **juin 2023**
2. Signature de 3 nouvelles provinces sous MoU avant **2024**



# MoU est une évolution pratique du Contrat Unique, posant les bases d'un financement effectif de la CSU en RDC

2014



**Le Contrat Unique**  
Alignement des fonds bailleurs et gouvernement pour mieux répondre aux priorités sanitaires



2018



**Le MoU**  
Le panier commun bailleurs gouvernement provinciaux piloté dans la vaccination et bientôt étendu aux soins de santé primaires



2022\*



**La CSU**  
La mise en place d'une fiscalité innovante incluant la province, les bailleurs et le secteur privé peut jouer un rôle significatif dans sa mise en oeuvre

\*Décret n° 22/13 du 09 avril 2022 portant organisation et fonctionnement d'un Établissement public dénommé Fonds de Solidarité de Santé

## Références

Mpiongo, P. B., Kibanza, J., Yav, F. K., et al. (2023). Strengthening immunization programs through innovative sub-national public-private partnerships in selected provinces in the Democratic Republic of the Congo. *Vaccine*, 41(51), 7598-7607.  
<https://doi.org/https://10.1016/j.vaccine.2023.11.029>

# Contrat Unique en RDC : Leçons Apprises

Dr Michel MUVUDI

Coordonnateur du programme santé de la BM

# 1. Contexte et Objectifs

Le contrat unique est un mécanisme de gestion développé par le MSPHP et ses PTF afin de favoriser [une meilleure coordination des financements](#), [optimiser l'utilisation des financements disponibles](#) et mieux répondre [aux priorités sanitaires au niveau des DPS](#).

Il vise à [mutualiser les financements](#) de sources nationales et externes et à les affecter de manière coordonnée aux DPS pour financer leurs coûts opérationnels sur la base d'un PAO unique, assorti d'un budget et d'un cadre de suivi et évaluation.

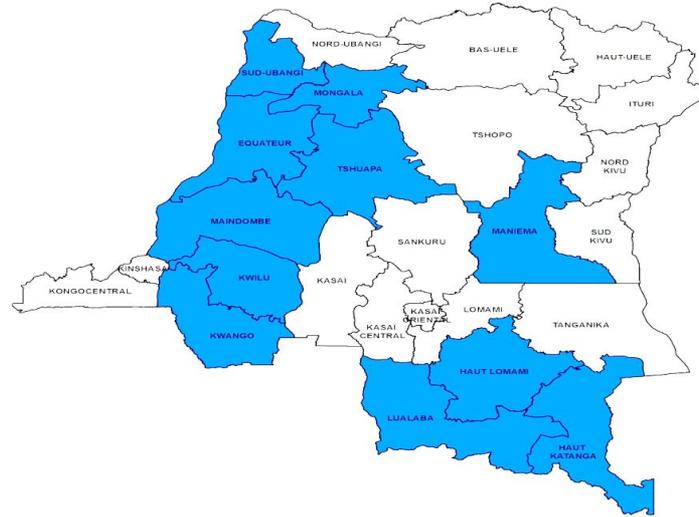
Il requiert la participation et la coordination des parties prenantes principales dans les processus de planification, de mise en œuvre et de suivi au niveau provincial.

Le contrat unique est officiellement [lancé par le Secrétaire général à la Santé en 2017](#). De nature volontaire, l'adhésion concrète des partenaires a été réalisée par paliers, avec :

- L'alignement seul de la Banque mondiale.
- Suivi de l'adhésion des membres de la plateforme du Plan de développement du système de santé : le Fonds mondial, Gavi, UNFPA, l'Unicef et USAID.
- Adhésion complétée par l'inclusion d'autres PTFs : l'Agence belge de développement, l'Agence de coopération internationale de la Confédération suisse, l'Agence de coopération internationale japonaise, l'Organisation mondiale de la Santé, l'Union européenne et l'ULB-Coopération.

## 2. Cartographie

- En 2024, 16 contrats uniques sont mis en œuvre dans les provinces du Bas-Uele, du Haut-Katanga, du Haut-Lomami, du Haut-Uele, du Kongo-Central, du Kwango, du Kwilu, du Lualaba, du Mai-Ndombe, de Maniema, du Nord-Kivu, du Sud-Kivu, du Sud-Ubangi et de Tshopo, Kasai central, Kasai.



## Leçons apprises: Leadership & Appropriation

L'implication des ministres provinciaux de la Santé peut faciliter le dialogue et contribuer à la résolution de goulots d'étranglement.

EX : Minipro Nord-Kivu et de Lualaba ont activement participé au décaissement de fonds planifiés pour la réalisation des activités de la DPS permettant de minimiser tout retard et assurer la continuité des activités.

- Leur participation active aux différentes rencontres du Comité de pilotage provincial de l'action sanitaire (CPP-AS) pour assurer l'adéquation du contrat unique perçue comme un facteur de succès dans ces deux provinces.
- Cela concoure à renforcer l'appropriation au niveau provincial.

## Leçons apprises: **Appropriation**

1. Compréhension du fonctionnement
2. Engagement du gouvernement central
3. Mobilisation des financements intérieurs
4. Décentralisation
5. Communication et responsabilisation

## Leçons apprises : Alignement

### **De nature volontaire, l'engagement des PTF du secteur de la santé est encore limité.**

- La **rigidité des procédures** de certains financements extérieurs,
- la **faible implication du gouvernement central**
- le **manque de confiance** dans les capacités de gestion des DPS participent à entraver l'adhésion ainsi que l'alignement.
- Certains PTF sont flexibles et adaptent leurs financements aux besoins formulés par la DPS et/ou la population. Ex. L'ULB-Coopération au Nord-Kivu (maladie à virus Ebola).
- Les **financements verticaux** persistent, et les **activités humanitaires** des PTF

## Leçons apprises: Alignement (suite):

- L'engagement des ministères provinciaux de la Santé, signataires des contrats uniques, et leur participation aux négociations ont permis d'améliorer le niveau d'autonomie des autorités provinciales.
- Au niveau provincial, les représentants des PTF manquent d'autonomie décisionnelle : ils doivent souvent se référer à leurs homologues situés à la capitale ou même au niveau de leurs sièges internationaux, ce qui a pour conséquence de retarder la mise en œuvre des PAO.
- Redynamiser les entités de coordinations provinciales des PTF: accroître la fréquence des réunions et mettre en place un GIBS provincial opérationnel.
- Les capacités de leadership des DPS ne sont pas suffisantes pour appuyer et renforcer un alignement effectif des PTF.

# Leçons apprises : Harmonisation

Le PAO = outil décisif de concertation pour l'harmonisation des actions sanitaires et d'amenuiser les doublons.

- Le fait que certains PTF maintiennent leurs propres procédures de transfert de fonds et leurs propres indicateurs de performance = implique une lourdeur administrative pour les DPS et une diversité de mécanismes incitatifs, parfois contradictoires.
- Ce manque d'uniformité d'indicateurs, besoin de développer un manuel de procédures standard, harmoniser les indicateurs de performance utilisés au niveau des DPS.
- Un asynchronisme existe entre le calendrier de planification des divisions provinciales de la santé (décembre/janvier) et la législation régissant l'élaboration du budget de l'Etat (juillet) aux niveaux national et provincial.
- Les décaissements des PTF sont moindres au premier trimestre de l'année et s'intensifient au troisième trimestre, forçant les DPS à modifier le séquençage de leurs activités et/ou à mettre en œuvre les activités retardées et les activités prévues de manière simultanée.

= implication importante et affectent la performance et l'obtention de financements futurs.

# Leçons apprises : Redevabilité mutuelle

Unidirectionnelle et certains acteurs ne sont pas ou peu impliqués

- Le contrat unique favorise la redevabilité à travers l'utilisation d'un cadre de performance commun.
- L'encadrement des DPS et les évaluations régulières de la performance favorisent la redevabilité et confèrent davantage de transparence au travail des DPS.
- Ancrée dans le cadre de performance, la redevabilité est perçue par les DPS comme étant unidirectionnelle, ne concernant que les DPS.
- Intégrer une redevabilité qui incite le gouvernement central, le gouvernement provincial et les PTF à respecter leurs engagements et participer activement à la mise en œuvre.
- Les zones de santé sont peu impliquées dans l'élaboration et le suivi des PAO, ce qui ne leur permet pas de veiller à l'adéquation contextuelle des activités.
- La société civile peu impliquée : ne joue pas de rôle actif pour assurer la redevabilité du gouvernement et des PTF.

# Leçons apprises

## 4. Gestion axée sur les résultats

- Le contrat unique a permis d'améliorer les capacités de planification, de traçabilité et de budgétisation des provinces.
- La mise en œuvre du PAO reste l'un des résultats les plus concrets.
- Les provinces disposant d'un contrat unique sont capables d'opérer un suivi trimestriel des financements et des activités inscrites au PAO.
- Le mécanisme permet de montrer de façon transparente la performance d'une province, et cela, avec des données probantes.
- L'exécution budgétaires des engagements du gouvernement et des PTF demeure néanmoins faible au niveau provincial.
- En effet, malgré la très faible mobilisation des ressources des DPS, seulement le tiers de ces ressources est utilisé.
- Dévolu par le niveau central, l'outil de planification n'a pas été adapté pour le contrat unique et ne correspond pas au nouveau mandat des DPS, tel que prescrit par la Stratégie de renforcement des systèmes de santé (2006 ; 2010). Cela génère des inefficiences pour la gestion des ressources.

# Perspectives

## **1. Importance d'un Leadership Fort**

Le succès du CU dépend d'un leadership fort au niveau national et provincial. Le gouvernement doit jouer un rôle actif dans la coordination des interventions et la mobilisation des ressources.

## **2. Nécessité d'un Renforcement des Capacités**

Le renforcement des capacités des provinces est essentiel pour une gestion efficace du CU. Cela inclut le développement des compétences en matière de planification, de budgétisation, de suivi et évaluation.

## **3. Simplification des Procédures**

La simplification des procédures de décaissement et de gestion financière est nécessaire pour améliorer l'efficacité du CU.

## **4. Amélioration de la Coordination et de la Communication**

Une meilleure coordination entre les PTF et une communication plus efficace entre tous les acteurs sont indispensables pour le bon fonctionnement du CU.

## **5. Partage des responsabilités/résultats**

## 8. Conclusion

Le CU en RDC est une expérience en cours qui offre des leçons précieuses pour la mise en œuvre de mécanismes efficaces de financement.

En renforçant le leadership, les capacités institutionnelles et la coordination, le CU a le potentiel de contribuer de manière significative à l'amélioration de la santé des populations en RDC.

Les ressources étant limités face aux multitudes des besoins, il y a lieu de canaliser les ressources pour plus d'efficacité.

# **Particularités du milieu urbain dans l'organisation des soins de santé primaires en RDC**

Faustin Chenge, MD, MPH, PhD

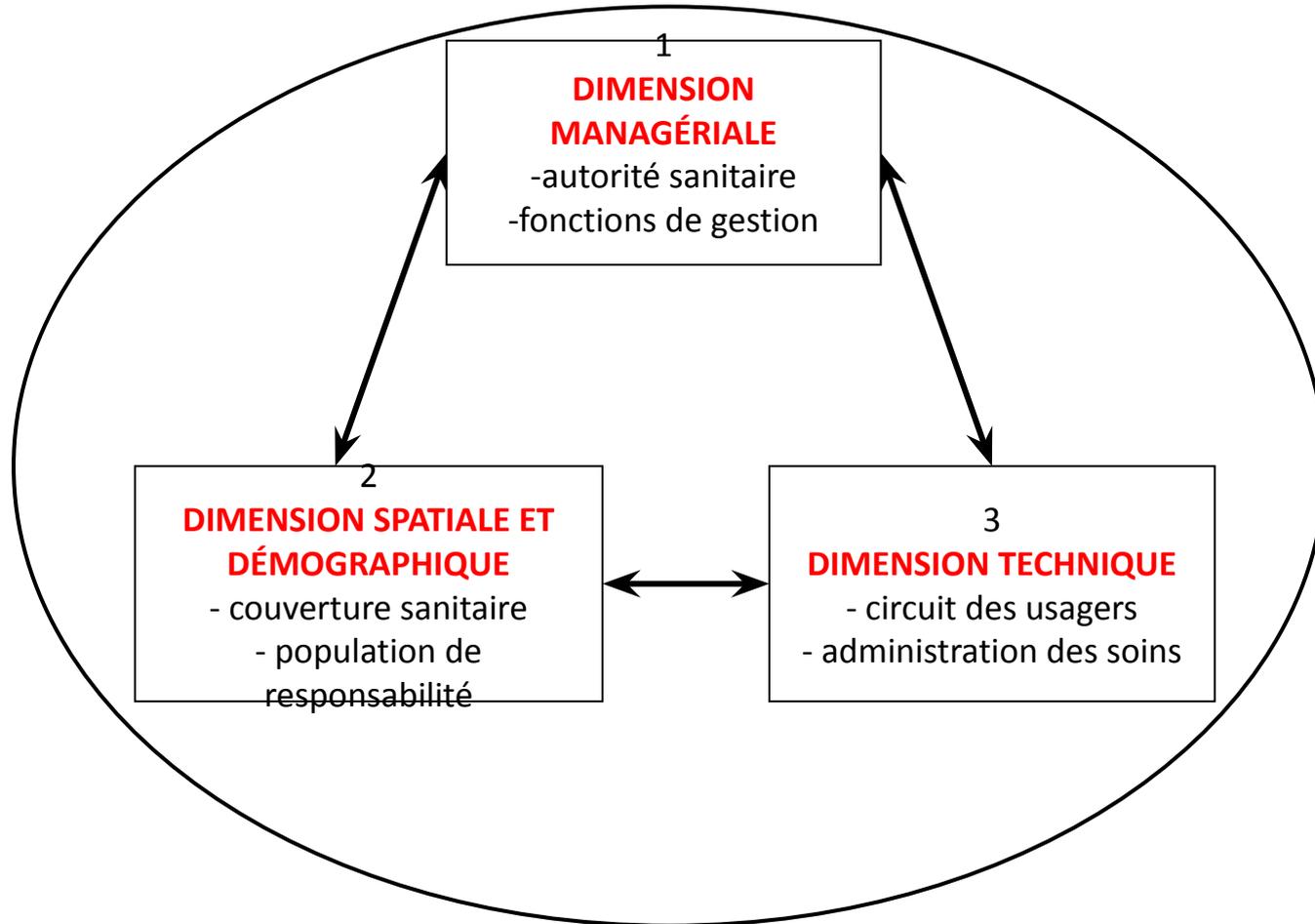
## **Bref rappel historique**

- 1978 (Alma Ata): Soins de sante primaires (SSP)
- 1987 (Harare): District sanitaire (zone de sante) comme outil de mise en oeuvre des SSP
- 2008 (Ouagadougou): SSP et Systemes de sante en Afrique
- 2008: SSP, maintenant plus que jamais
- 2018 (Astana): instaurer des SSP durables

## **Importance fondamentale des SSP**

- Prestation des services de santé essentiels
- Prévention et traitement des pathologies chroniques
- Poste de première ligne dans la réponse aux épidémies
- Prérequis pour finaliser la CSU et atteindre les ODD

# Relation entre les dimensions fonctionnelles d'une ZS



# Différences contextuelles entre le milieu urbain et le milieu rural congolais

Principes d'organisation	Milieu rural	Milieu urbain
Service de santé de 1 <sup>er</sup> échelon	Un ESS (CS ou HGR) public ou confessionnel ( <b>situation de monopole</b> )	ESS public et/ou confessionnel et/ou privés ( <b>pluralisme médical</b> ) et des acteurs ( <b>émergence du privé</b> )
Service de santé de 2 <sup>e</sup> échelon		
Articulation entre les 2 échelons en un système intégré	Complémentarité entre CS et HGR	Chevauchement entre les ESS de 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> échelon
Population de responsabilité	Définition géographique de la population de responsabilité	La population ne s'identifie pas forcément dans l'ESS de proximité
Coordination (pilotage) du système	Pouvoir effectif de l'ECZS exercé sur l'ensemble des ESS de la ZS	Faible pouvoir régulateur de l'ECZS

# Spécificités urbaines de la dimension spatiale et démographique et adaptations/actions possibles

## Spécificités

## Adaptations/actions possibles

1

Proximité d'une offre de soins variable et pluraliste

Déterminer la population de responsabilité de chaque ESS par une stratégie de **fidélisation des patients**

2

Concentration des ESS vers le centre-ville au détriment de la périphérie en expansion

Elaborer et faire respecter un plan de couverture

3

Existence de ZS sans HGR et celles où l'on trouve un hôpital, mais qui n'est pas un HGR

- Intégrer et organiser un PCA dans chaque hôpital
- Ramener le traitement de données au niveau d'un service urbain central

# Spécificités urbaines de la dimension managériale et adaptations/actions possibles

## Spécificités

## Adaptations/actions possibles

1

Privatisation non régulée de la première ligne de soins

Inviter l'autorité sanitaire publique à jouer effectivement son **rôle de régulateur** en garantissant essentiellement la qualité des soins par des supervisions et des interventions

2

Multiplicité d'acteurs institutionnels du côté de l'offre

Démocratiser l'espace sanitaire urbain en créant un **cadre de concertation** de tous les acteurs et définir le rôle de chacun dans le système

# Spécificités urbaines de la dimension technique et adaptations/actions possibles

## Spécificités

## Adaptations/actions possibles

1

Importance de l'automédication et du coût de médicaments

(i) Promouvoir des pratiques rationalisées d'automédication; (ii) Mettre en place un système d'approvisionnement de la ville en médicaments génériques essentiels

2

Pratique médicalisée à la première ligne

(i) Répartir de façon coordonnée et négociée les tâches entre médecin et infirmier; (ii) Revoir (si vraiment nécessaire) le paquet d'activités; (iii) Substituer les supervisions par les intervisions

3

Inexistence d'un système de référence cohérent

(i) Organiser formellement un système de référence impliquant tous les hôpitaux et en optimisant le circuit actuel des usagers dans le système; (ii) Ne pas restreindre formellement la référence à un hôpital pour les seuls patients provenant du district sanitaire où il est implanté



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE, HYGIÈNE ET  
PRÉVENTION**

**INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ**



**PRESENTATION HOTLINE**



**45001**

**Par BAROANI**

**Jobacky**



Appui Technique et  
Financier :



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

# PLAN DE PRESENTATION

1. **Ligne de redevabilité ou Hotline**
2. **Fonctionnement de la HOTLINE 45001**
3. **Avantages de la Ligne Verte de Redevabilité (Hotline)**
4. **Résultats Hotline Année 2023**
5. **Défis**



# **1 . LA LIGNE DE REDEVABILITÉ OU HOTLINE**

- C'est un numéro vert 45001, gratuit et anonyme; accessible à toute la population
- La ligne est consacrée à la dénonciation par la population des abus et fraudes commis dans le secteur santé
- La ligne est interopérable avec les principaux réseaux de télécommunication en RDC (Vodacom, Airtel et Orange)
- La ligne permet aux Inspecteurs Provinciaux de la Santé de capter les alertes émises (dénonciations), les traiter et diligenter des missions ciblées d'inspection et contrôle
- Hotline actuellement opérationnelle dans 9 provinces cibles appuyées par USAID IHP depuis octobre 2022 après la phase pilote dans 2 provinces.

## 2. Fonctionnement de la Hotline 45001...

- Les lanceurs d'alerte déposent leurs plaintes en appelant le numéro court 45001



- Le numéro court est intégré aux 3 plus grands de 4 opérateurs en RDC
- Les lanceurs d'alerte se connectent directement et sans frais. Le coût de l'appel est payé par le projet



- La ligne verte est connectée à l'interface de gestion des tickets, permettant de déplacer un ticket à travers différentes étapes du cycle pour être traité spécifiquement.

- Les alertes (tickets) sont gérées directement par le ministère de la Santé au niveau provincial ,supervisée par le niveau central
- Les gestionnaires de tickets peuvent accéder et traiter les alertes à leur rythme, où et quand ils le souhaitent

### **3. AVANTAGES DE LA LIGNE VERTE DE REDEVABILITE (HOTLINE)**

- La dénonciation est anonyme et donc, pas de représailles;
- La voix est donnée à la population pour réclamer l'amélioration du système de santé;
- La présence de la Hotline décourage les mauvaises pratiques, c'est un outil dissuasif;
- La Gouvernance et la Transparence sont améliorées dans le système de santé;
- Leadership renforcé dans le secteur;
- Les missions d'inspection inopinées deviennent ciblées, plus productives et plus efficaces;
- Les missions de supervision de la Hotline améliorent la qualité des prestations des Inspecteurs gestionnaires des tickets;
- Elle permet d'améliorer la qualité des services et des soins de santé en faveur de la population;
- Elle permet de recueillir à temps réel les dénonciations pour une surveillance des abus et fraudes dans le secteur;
- C'est un instrument de lutte contre la corruption, les abus et fraudes et fait partie intégrante du développement du

## 4.RESULTATS HOTLINE ANNEE 2023 (1/4)

TICKETS												
Provinces	Reçus	Modérés						Non Modéré		Alertes viables	Alertes inves-tiguées	Sanctions proposées
		Approuvés		Rejetés		Total	%	Nbre	%			
		Nbre	%	Nbre	%							
<b>KASAÏ CENTRAL</b>	16 860	164	1	16 115	99	16279	97	581	3	45	35	9
<b>LOMAMI</b>	4 114	616	15	3 450	85	4 066	99	48	1	139	107	68
<b>SANKURU</b>	3 503	132	5	2 354	95	2 486	71	1 017	29	67	40	17
<b>KASAÏ ORIENTAL</b>	17 450	100	1	8 499	99	8 599	49	8 851	51	80	20	7
<b>TANGANYIKA</b>	4 369	206	5	4 163	95	4 369	100	0	0	111	50	30
<b>LUALABA</b>	5 215	84	2	5 131	98	5 215	100	0	0	29	11	2
<b>HAUT KANTANGA</b>	4 737	68	2	3 059	98	3 127	66	1 610	34	68	35	42
<b>HAUT LOMAMI</b>	1 975	34	3	1 003	97	1 037	53	938	15	34	27	20
<b>SUD KIVU</b>	6 354	127	2	6 227	98	6 354	100	0	0	79	20	18
<b>Total Général</b>	<b>64 577</b>	<b>1 531</b>	<b>3</b>	<b>50 001</b>	<b>97</b>	<b>51 532</b>	<b>80</b>	<b>13 045</b>	<b>20</b>	<b>652</b>	<b>345</b>	<b>213</b>

Sources: Plateforme et Revue

## 4. COMMENTAIRES (2/4)

- Il ressort de ce tableau que 64.577 tickets ont été reçus dans la plateforme en 2023 dont 80% (51.532) ont été modérés contre 20 % (13.045) des tickets non modérés.
- De la modération des tickets, il sied de noter que sur les 51.532 tickets modérés, 97% (50001) ont été rejetés et 3% (1.531) tickets ont été approuvés parmi lesquels 42,6% (652) alertes viables dont 52,9% (345) alertes investiguées pour :
  - 213 sanctions proposées en majorité administratives , soit 95,8% (204)
  - 6 judiciaires, soit 2,8%
  - 3 sanctions ordinales, soit 1,4%.
- La supervision qui est la formation continue, par excellence, est irrégulière et a été réalisée à 44,4% dans 4/9 provinces.

## 4. SUCCES ENREGISTRES (3/4)

- Récupération des mousses de l'HGR DJALO détournées par les responsables de la ZS;
- Récupération d'un lot important des médicaments détournés par l'IT du CS LONGONYA, ZS de DJALO
- Récupération d'une moto détournée par un responsable de la ZS de BENA DIBELE
- Récupération des vélos dotés par TB LONE détournés par les responsables de la ZS Pania;
- Augmentation de versement de fond des médicaments dû aux mesures de répression des inspecteurs à la hauteur de 35.086.000 FC et 2945\$;
- Remboursement d'un montant de 750\$ au Fonds mondial lors de la distribution des MILD ZS BENA-DIBELE;
- Respect de la tarification des frais scolaires dans les ITM et abandon d'exigence des autres frais supplémentaires.
- Récupération d'un grand lot de matériels de 100 jours /Présidence, Chef de l'Etat dans la ZS KAMBOVE
- Sanction exécutée à l'IEM KAMALONDO suivi du recadrage de la dispensation des enseignements et encadrement des apprenants avec comme bénéficiaire « Lauréat jury national Edition 2021-2022 »

## 4. LES IMAGES LES PLUS RECENTES DES MATERIELS ET EQUIPEMENTS MEDICAUX RECUPERES APRES DENONCIATION AU SANKURU (4/4)



## 5. DEFIS

1. **Durabilité /Pérennisation** : à la fin du mandat de USAID IHP, il sera nécessaire que l'IGS mobilise le financement des autres partenaires et du Gouvernement pour garantir la gestion durable de la plateforme dans les provinces cibles et l'étendre vers les autres provinces; car les appels apparemment gratuits sont subventionnés et payés par USAID IHP
2. **Gestion optimale des alertes:** beaucoup d'alertes sont rejetées parce que concernent les autres secteurs (agriculture, éducation, conflits communautaires etc.), accès difficile aux ZS pendant la saison de pluie, faible financement des missions d'investigation des alertes viables, insuffisance des kits informatiques et en connexion internet pour le traitement des tickets
3. **Appui continu aux missions d'Inspection-contrôle et de Supervision** : les autres bailleurs devraient insérer dans leurs plans, l'appui logistique et financier à l'IGS pour la supervision et la validation des données et aux IPS sans lequel, les alertes émises par la Hotline ne seront ni traitées ni investiguées
4. **Sanctions abouties:** faible taux de sanctions qui aboutissent par suite de pesanteurs politiques, méfiance, complicité des chefs de Division et de MCZ, lourdeur administrative.....

**Voulez-Vous essayer?**

**Appelez le 45001**

**MERCI POUR VOTRE  
ATTENTION !**



# USAID IHP DRC MOBILISATION RESSOURCES ETD

—  
**PROSANI TEAM**  
**21 mars 2024**



# PLAN DE PRESENTATION

- ❑ MISE EN OEUVRE ET PROGRÈS
- ❑ CHALLENGES
- ❑ LEÇONS APPRISSES
- ❑ SYNERGIES AVEC D'AUTRES PARTENAIRES (E.G. AUTRES PROJETS USAID, AUTRE BAILLEUR, LE SECTEUR PRIVÉ, ETC.)
- ❑ PROCHAINES ÉTAPES

# IMPLEMENTATION & PROGRES



06 –

## SUIVI-EVALUATION

Trimestriel via les MCZ et les DPS

## 05 – MISE EN OEUVRE

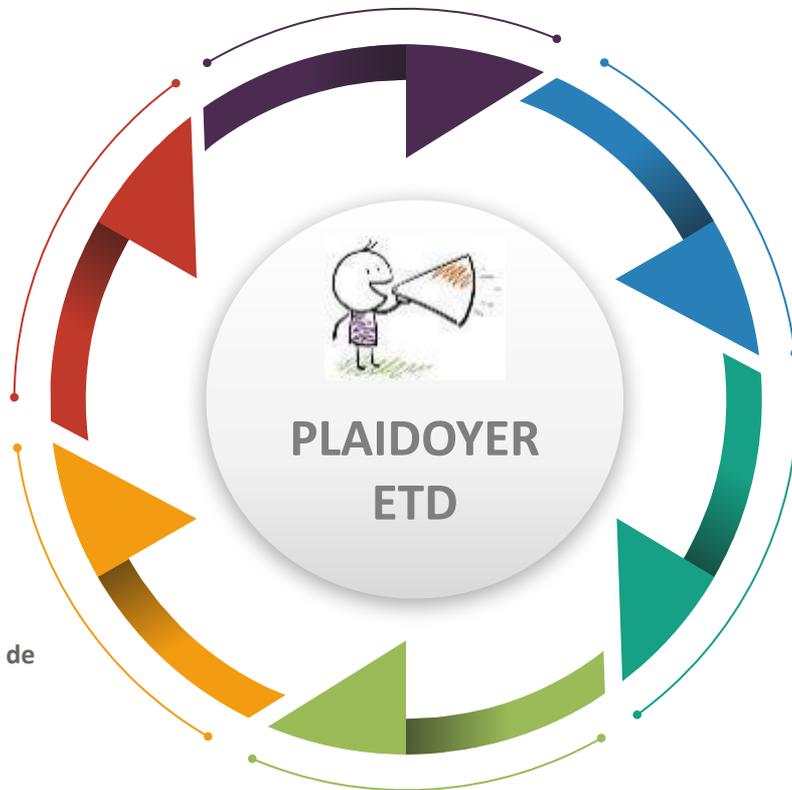


Rencontre avec les autorités provinciales ( Ministre, AT, Bourgmestre), réunions de présentation par les MCZ auprès des ETD (Bureau ETD), intégration des besoins des ZS dans le budget des ETD puis dans le PIA.



## 04 - PLANIFICATION

Elaboration du chronogramme et prise de contact avec les ETD et autorités provinciales.



## 01 - ANALYSE



Etat des lieux des interventions PTF & ETD, et identification des besoins des ZS

[Cartographie ETD.docx](#)

## 02 - STRATEGIE



Lobbying avec la DPS auprès des ETD

## 03 - MESSAGE



Améliorer la couverture sanitaire et la qualité des soins. La santé est primordiale

# IMPLEMENTATION & PROGRES



- ❑ \$10,532,190.00 (fin février 2024)
- ❑ 12 ETD ( Secteur Balamba, Secteur Bukanda, Secteur Lufira, Chefferie Basanga, Chefferie Kaponda, Chefferie Mpweto, Commune Shituru, Commune Panda, Commune Annexe, Commune Lubumbashi, Commune Kampemba, Commune Ruashi)

# IMPLEMENTATION & PROGRES



- ❑ \$6,530,437.00 (fin février 2024)
- ❑ **6 ETD** : Chefferie Bayeke, Secteur Lufupa, Secteur Luilu, Commune Dilala, Commune Fungurume, Commune Manika.

# DÉFIS

- ❑ Alourdissement des mécanismes de décaissement des fonds disponibles due à la longue chaîne de validation dans la chaîne de dépense. Pas de clarification sur la loi de finances en matière de contrôle des ETD (besoin d'arbitrage sur le rôle de l'IGF—DGI-Auditeur interne)
- ❑ Faible décaissement des fonds dans les ETD : les nouvelles nominations dans la territoriale ont causé du retard dans la mise en œuvre des plans d'investissement annuels (procédures lourdes, campagne électorale) d'où la reconduction de la quasi-totale des activités pour 2024.
- ❑ Le manque du personnel (experts) au sein des ETD pour une meilleure planification (**priorisation**), budgétisation et suivi des activités (recours au personnel externe— coût élevé-retard)
- ❑ Limite du Projet de Santé Intégré de l'USAID de poursuivre sur les détails ne relevant pas du cadre du projet [exemple: appui au PDL, formation sur les revues budgétaires, gestion financière, diversification de ressources, transparence (plateforme numérique.....)]

# LEÇONS APPRISSES



- ❑ Le plaidoyer a démontré que plusieurs questions et requêtes des zones de santé y compris de la DPS peuvent trouver réponse auprès des ETD
- ❑ L'implication des ECZ (ZS) dans les ateliers d'élaboration des PIA est un atout pour une planification réaliste et la pérennisation des acquis des PTF.
- ❑ Les redevances minières couplées au 0.3% du chiffre d'affaires des entreprises minières est un moyen de stabiliser le système sanitaire au niveau provincial et national

# LEÇONS APPRISES



- ❑ Les entreprises minières et le secteur privé peuvent servir de levier de synergie pour accroître les efforts dans la mise en œuvre du plan de la couverture santé universelle.
- ❑ Une planification concertée des ETD et sous le leadership de la province au niveau provincial rationaliserait les interventions.
- ❑ L'implication des IPS aiderait à une meilleure gouvernance.

## OPPORTUNITES---SYNERGIE

- PROJET USAID GGA
- GIZ CARITAS CONGO
- CARTER CENTER

## PROCHAINES ETAPES

- ❑ Suivi des engagements ETD
- ❑ Implication des IPS (ETD-IPS)
- ❑ Réunions de partage d'expériences (intra et interprovinciale)

MERCI BEAUCOUP!

---

[info@ihp-prosani.com](mailto:info@ihp-prosani.com)



# Stratégie de la qualité des soins

15:50-16:20      *Moderateur: Dr. Albert Mudingayi*

**15:15-15:45: Presentation (DGOGS) (30 minutes)**

**Objectif:** Mieux comprendre les défis qui entravent le développement de la stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité des soins. Quelles pourraient être les solutions pour faire face à ces obstacles? Quel rôle peuvent jouer les PTFs?

**16:20-16:35 Discussion**



# Stratégie d'amélioration continue de la qualité des soins de santé en RDC

Présentée par

**Dr José KUMUMANGI MALEKEA, MC. SDEV,**

DSSP/DGOGSS/Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention

Chef de Division Prestations et AQS, PF SI DQI.

Tél. 0823281865

**Dr Léon KATAMBAYI**

Primary health care & quality STA-SEMI

Tél. 0816539808

**Modérateur: Dr Albert MUDINGAYI**

Tél. 0819072842

**21 mars 2024**

# Plan de présentation



## › Objectifs de la présentation:

- Présenter les défis qui entravent le développement et la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité des soins,
- Echanger sur les potentielles solutions pour faire face à ces défis
- Discuter des rôles que peuvent jouer les parties prenantes

## ○ Contexte et justification

## ○ Où en sommes-nous?

- A propos de la mission d'étude au Ghana
- Ecriture du PSNAQS 2024-2030

## ○ Aperçu sur la feuille de route: les prochaines étapes

## ○ Aperçu PSNAQS 2024-2030

## ○ Prochaines étapes

## ○ Défis du processus d'écriture du PSNAQS

## ○ Opportunités à capitaliser





# Les défis qui entravent le développement et la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité des soins (1)

- Insuffisance, mauvais état et vétusté des infrastructures, matériels et équipements
- Insuffisance, problèmes de qualité et d'approvisionnement des médicaments, vaccins, consommables et autres intrants spécifiques
- Inadéquation entre la production et l'utilisation des ressources humaines, recrutement anarchique, répartition inéquitable entre les milieux urbains et ruraux
- Non vulgarisation des normes, directives et outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité dans les DPS et ZS





# Les défis qui entravent le développement et la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité des soins(2)

- Non vulgarisation des stratégies des soins(guides cliniques et thérapeutiques, ordinogrammes des soins, normes, directives et outils de référence et contre-référence)
- Retard dans la digitalisation de la supervision intégrée et la démarche qualité intégrée
- Faible et insuffisance de financement du processus de mise en œuvre de la qualité des soins et services à tous les niveaux du système de santé



# Contexte et justification

- La matérialisation de la stratégie « Couverture Santé Universelle (CSU) » a besoin d'un Plan Stratégique National d'Amélioration de la Qualité des Soins (PSNAQS);
- Le PSNAQS est une exigence de l'OMS quand on veut tendre vers la CSU
- Le pays a développé plusieurs approches de la qualité qui ont évolué à l'intégration à travers une démarche qualité (DQI) mais n'a jamais développé un plan stratégique de la qualité pour l'amélioration de la qualité des soins;
- Fort de ces attentes FCDO à travers SEMI a proposé d'accompagner le pays dans ce processus d'élaboration du PSNAQS;
- Y arriver nécessite la conjugaison des efforts du gouvernement et des PTF:
  - ✓ Le processus de consultation est en cours pour impliquer davantage les parties prenantes
  - ✓ La nécessité d'avoir les engagements des PTF sur leurs contributions au PSNAQS lors de la plénière du GIBS au mois d'avril



# Justification du PSNAQS: ces images parlent



- Délabrement des Infrastructures
- Détérioration des conditions d'hébergement et d'hygiène hospitalière
- Obsolescence des équipements sanitaires

- Multiplicité des approches et des outils d'évaluation de la qualité

- Des résultats disparates, inexploitable par les décideurs



- Nécessité d'une base de données nationales pour comparer les ESS entre eux et suivre leur évolution dans le temps

- Nécessité d'une démarche standardisée et coordonnée d'amélioration continue de la qualité

- D'où: un **PSNAQS** et des **outils de DQI** pour orienter les prises de décisions



# A propos de la mission d'étude au Ghana : du 23 Avril au 1<sup>er</sup> Mai 2023 à Accra



- Pour le ministère de la santé:

1. Dr Marcel Bokingo Directeur Général de la DGOSS
2. Dr Jean Bertin Epumba directeur de la direction de la famille et groupes spécifiques
3. Ir Jean Claude Tshimanga, représentant du cabinet du ministre de la santé
4. Mr Arthur Akawakow directeur de la direction des ressources humaines
5. Dr José Kumumangi chef de division Prestations et Assurance qualité des Soins de Santé
6. Dr Raphael Cikuya chef de service télémédecine

- Pour les partenaires techniques et financiers

1. Dr Bernard Mukuta Directeur Technique IMA
2. Mano Ntayingi Directeur appui au système de santé et information sanitaire
3. Dr Robert Mulunda spécialiste santé de l'adolescent OMS
4. Dr Léon Katambayi Conseiller technique Soins de santé primaires et qualité

# Structures visitées et différents contacts

La mission s'est déroulée comme suit sous la conduite de la délégué de l'OMS et la chargée de la qualité du ministère de la santé du Ghana:



1. Au ministère de la santé: avec l'introduction auprès des autorités sanitaires du pays, présentation du plan stratégique qualité et le déroulement du processus qui a conduit à son écriture
2. La visite des structures à tous les niveaux:
  - ✓ NHIA : présentation de NHIS ( National health Insurance system) en montrant son encrage avec le plan stratégique de la qualité
  - ✓ Le service national de l'ambulance ainsi que son call center, la programme de la transfusion ainsi que l'hôpital pour démontrer la continuité et la globalité des soins comme éléments de qualité
  - ✓ L'hôpital provincial, de district , centre de santé ainsi que le service communautaire dans le but de percevoir la mise en œuvre du plan stratégique

# Quelques leçons apprises (1)

- La bonne gouvernance et la redevabilité tiennent une place de choix dans le processus de la qualité au Ghana.
- Elaborer un Plan stratégique qualité exige l'implication de toutes les parties prenantes sous la coordination de l'autorité de tutelle avec une place importante au comité de pilotage de la stratégie,
- Certaines approches innovantes ont contribué à l'amélioration de la qualité:
  - Le système national des ambulances
  - L'évaluation de la satisfaction des patients
  - L'importance donnée aux structures de la qualité des soins
  - La bonne gestion des ressources humaines basée sur la rationalisation
  - L'importance donnée à la formation continue et surtout par rapport à l'amélioration de la qualité
  - Le système d'assurance en ce début pour améliorer les questions d'accès aux soins



# Quelques leçons apprises (2)



- Le système d'amélioration de la qualité des soins repose sur un système de santé centré sur le patient:
  1. Etablissements de soins accrédités,
  2. Un suivi des malades référés à partir d'une plate forme nationale visible sur les réseaux sociaux
  3. Système de triage à l'admission avec des niveaux de classement des urgences,
  4. Prescription rationnelle des médicaments et qui sont disponibles dans les structures,
  5. Respect d'une charte des patients, etc);
- L'existence d'une structure de coordination nationale avec des structures au niveau de district sanitaire, ESS et communautaires

# Quelques leçons apprises(3)

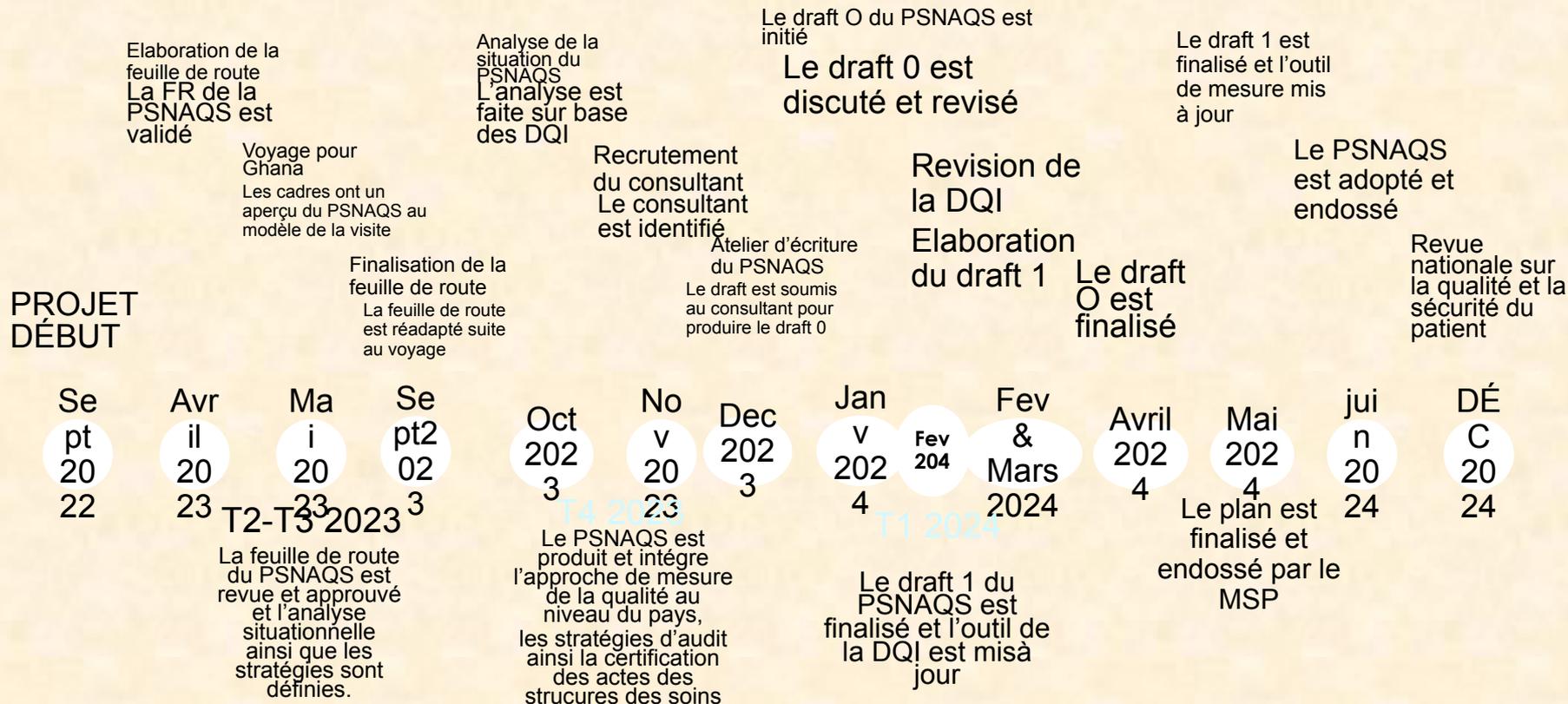


- Motivation des prestataires œuvrant en milieux reculés (avantages à la participation aux forums et autres formations continues, prime d'isolement etc) diminue la concentration du personnel en milieux urbains;
- Sécurité des soins: mise en attache place des comités pharmaceutiques/ comités pharmaco thérapeutiques/ pharmaco vigilance pour s'assurer de la prescription rationnelle des médicaments (protection financière) dans les structures, de la surveillance des effets indésirables ainsi que le suivi de la qualité des médicaments en circulation
- Le financement de fonctionnement des ESS est assuré par le fonds de l'état et ne dépend pas des recettes des structures de santé. Les ESS insèrent annuellement leur budget dans le budget programme y compris le budget de la qualité(maintien de la propreté)

# **Aperçu de la feuille de route et les prochaines étapes**

# FEUILLE DE ROUTE DE L'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE

*Améliorer l'accès de la population de la RDC aux soins de santé de qualité et centré sur le patient*



## BUDGET ESTIMATIF DU PROCESSUS

	<b>Phase</b>	<b>montant (\$)</b>
phase I	Plaidoyer et engagement du ministère de la santé	\$ 84 735,00
phase II	Etat de lieu et pré-écriture du PSNAQS	\$ 123 952,00
phase III	Ecriture du plan	\$ 57 580,00
phase IV	Validation du PSNAQS	\$ 9 490,00
phase V	Dissemination du PSNAQS	\$ 269 776,00
<b>GRAND TOTAL</b>		<b>\$ 545 533,00</b>

*Ce budget est prévisionnel , il est nécessaire d'avoir une séance de costing si des partenaires s'engagent pour une phase ou une autre pour avoir le vrai coût.*



**Où en sommes-nous dans le développement  
du Plan Stratégique National d'Amélioration  
de la Qualité des soins:**

## Ce qui a été fait

- L'analyse de la situation sur la qualité des soins est déjà faite en recourant aux données existantes et elle sera complétée
- Le draft 0 est en cours de finalisation avec le consultant national
- Les séances de consultation des organes de la CSU et les PTFs se poursuivent

## VISION

**VISION** : *A l'horizon 2030, dans le cadre de la couverture santé universelle*, tous les ESS du pays doivent offrir le PMA/PCA des prestations de soins de haute qualité

- A la pleine satisfaction des bénéficiaires
- En conformité avec les référentiels de la qualité fixés par le MSPHP
- Tenant compte des dimensions de la qualité recommandée par l'OMS
- Avec un plateau technique complet et adapté à chaque échelon des soins
- Selon un processus efficace de production des services et des soins
- Grâce à une bonne gouvernance hospitalière, à des compétences techniques renforcées et à un système d'information fiable
- Pour des résultats sanitaires performants en termes de disponibilité, de couverture, d'utilisation des services et d'impact durable sur la population.

**BUT**: *D'ici 2030, la population de la RDC a accès à des services et soins de santé de qualité centrés sur le patient avec la satisfaction des bénéficiaires.*

## Axes stratégiques du PSNAQS

- **Axe stratégique 1 : Amélioration de la qualité du système normatif de régulation et d'orientation stratégique**
- **Axe stratégique 2 : Amélioration de la qualité du plateau technique des ESS en adéquation avec les différents niveaux de prestation du PMA/PCA**
- **Axe stratégique 3 : Amélioration de la qualité du processus de production des services et des soins dans au moins 80% des ESS**
- **Axe stratégique 4 : Amélioration de la qualité de l'offre du PMA/PCA a tous les échelons**
- **Axe stratégique 5 : Mise à échelle d'un système de tarification forfaitaire subsidiée par des financements basés sur la performance pour assurer la viabilité des ESS et l'accès financier aux soins de qualité pour les usagers**
- **Axe stratégique 6: Renforcement du système d'information stratégique pour la prise de décisions pertinentes sur l'amélioration de la qualité des services et des soins**

## Prochaines étapes



- (1) Discussion sur les structures de mise en œuvre du PSNAQS
- (2) La mise en place d'un comité de pilotage du processus: structure qui doit coordonner l'amélioration continue de la qualité
- (3) L'engagements des bailleurs et PTF à disponibiliser des fonds pour l'élaboration du PSNAQS en supplément des fonds rendus disponibles par FCDO à travers SEMI
- (4) La mise à jour et la digitalisation de SI/DQI dans la vision du PSNAQS
- (5) La finalisation de l'analyse situationnelle en incluant les données des provinces n'ayant pas intégré la DQI
- (6) la finalisation et validation du PSNAQS au CPMSE et son endossement au CCT

## Défis du processus d'écriture



- La réforme en cours doit statuer sur la structure qui doit coordonner le processus de l'amélioration continu de la qualité étant donné la transversalité et la complexité du domaine;
- La disponibilité des cadres de la santé pour pouvoir respecter le chronogramme du processus: les chevauchements de certaines activités nous ont empêché de progresser dans le temps.
- Les besoins complets du processus ne seront pas satisfaits avec les fonds rendus disponible par FCDO;
- La finalisation du processus nécessite une synergie avec les agences de la CSU

## Opportunités à capitaliser



- SEMI pour la part dédié à la qualité des soins et l'acquisition des équipements et l'approvisionnement en MEG pour le Kasaï qui sera une des provinces pilotes
- L'IRHIS : la rationalisation des ressources humaines
- Le projet de 145 territoires qui a une part importante dans la réhabilitation et l'équipement des structures de santé
- L'existence des projets de santé bilatéraux ou multi latéraux dont les fonds peuvent être réorienter à la qualité
- Le GC7 2024-2026 du Fonds Mondial
- La bonne gouvernance et l'esprit de redevabilité qui s'installent surtout avec le suivi de l'IGF et de l'IGS

## Recommandations pour les étapes suivantes

- Discuter du montage institutionnel de la mise en œuvre du PSNAQS
- Adhérer au processus pour conjuguer ensemble nos efforts d'amélioration
- Appuyer la mise en œuvre du PSNAQS dans sa globalité pour la couverture nationale
- Participer aux réunions de la sous-commission Qualité des soins pour avoir toutes les informations utiles de la mise en oeuvre



**MERCI BEAUCOUP DE VOTRE ATTENTION**



*L'amélioration de la qualité a  
besoin des apports de tous*

# Considérations Finales et Clôture de l'atelier

16:35-16:45

**Coordinateur GIBS**

**USAID: Next Steps**

