

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**



**STRATÉGIE DE FINANCEMENT  
DE LA SANTÉ POUR LA COUVERTURE  
SANITAIRE UNIVERSELLE EN RDC**

**avril 2018**

## **Préface**

La République Démocratique du Congo, comme plusieurs pays du monde, a souscrit aux Objectifs de Développement Durable (ODD), dont la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) reste un pilier important pour la santé. Au terme de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, dont la vision est orientée vers la Couverture Sanitaire Universelle, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont défini, dans un document à la fois stratégique et opérationnel, les principes de base pour une meilleure orientation du financement du système de santé, conformément aux grandes réformes en cours.

En 2006, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont adopté la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) comme stratégie de réforme. Les différentes évaluations de la mise en œuvre de cette stratégie montrent que le pays a fait des progrès notables, mais qu'il lui reste encore beaucoup de chemin à parcourir, surtout en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Il est également ressorti de ces évaluations que plusieurs mécanismes de financement de la santé coexistent sans une orientation politique précise qui permettrait de mieux les canaliser vers les priorités du secteur.

Pour faire face à tous ces défis, le Ministère de la Santé a opté pour la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle ainsi que d'une Stratégie de financement de la Santé qui devrait permettre d'atteindre cette Couverture Sanitaire Universelle.

La présente Stratégie de financement de la Santé est donc un document du Gouvernement qui indique la voie à suivre pour les grandes réformes à entreprendre dans le domaine du financement de la santé afin d'atteindre les objectifs escomptés dans le secteur de la santé. Cette stratégie, qui s'est inspirée des expériences pays mais aussi des expériences internationales, s'est focalisée sur les leçons apprises lors de la mise en œuvre de la SRSS de première et de deuxième génération. Elle s'inspire également des leçons tirées de la réforme du financement initiée en 2009, ainsi que des expériences réussies et non réussies des projets de santé exécutés dans divers contextes.

Le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé de 2010, le *Financement de la santé : vers la couverture sanitaire*, a fortement inspiré l'équipe dans sa réflexion, en mettant un accent particulier sur l'efficacité du financement.

Nourris par le souci de s'appuyer sur les expériences du passé, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont initié, ces ~~derniers~~ dernières années ~~mois~~, des réformes courageuses, qui comprennent des efforts d'harmonisation des interventions et des modes de financement du secteur. C'est donc autour des réflexions touchant à la fois la mobilisation des ressources, la mise en commun, et l'achat stratégique, que l'élaboration de cette stratégie de financement a impliqué plusieurs autres secteurs connexes à la santé, car les enjeux du financement de la santé vont au-delà du secteur de la santé. C'est dans cette

perspective qu'au cours de plusieurs consultations et capitalisations tant stratégiques qu'opérationnelles, le Ministère et ses partenaires se sont accordés sur une démarche consensuelle pour la Stratégie de financement de la Santé.

Ce document stratégique est donc le fruit d'efforts collectifs et devient par excellence le cadre de référence pour la loi sur la Couverture Sanitaire Universelle et toutes les questions de financement dans le secteur.

De ce fait, il y a lieu de remercier toutes les personnes représentant les services publics et les organisations bilatérales et multilatérales qui ont travaillé ensemble à la production de ce document stratégique. Cette stratégie capitalise sur les expériences du pays et de la sous-région pour les consolider dans un document fédérateur et intégrateur en soutien aux réformes en cours dans le secteur.

Le Ministre de la Santé Publique

## **Remerciements**

La publication de cette Stratégie de financement de la santé m'offre l'opportunité de remercier tous celles et ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à son élaboration, dans une vision très participative des acteurs impliqués.

Mes remerciements vont principalement aux cadres du Groupe de la Banque mondiale (GBM) et de l'Organisation ~~mondiale~~ Mondiale de la Santé (OMS), tant aux niveaux national qu'international, ainsi qu'à tous les partenaires techniques et financiers (PTF) qui n'ont pas ~~regardé~~ lésiné sur les ~~aux moyens~~ matériels, humains, et financiers, pour produire non seulement cette Stratégie de financement, mais également la loi sur la Couverture Sanitaire Universelle. Ces deux documents, ainsi que d'autres portant sur les soins et services de santé, balisent la voie pour mieux cheminer vers les ODD.

La dynamique ainsi créée autour de l'élaboration de la Stratégie de financement de la Santé, constitue une riche expérience au sein du ministère de la Santé, après celle de l'élaboration de la SRSS, du PNDS, et du Cadre d'investissement pour la Santé reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA). Que chacun trouve ici l'expression de ma sympathie.

Je tiens également à remercier, à travers toutes les organisations, tous les experts qui ont apporté leur expertise éprouvée lors des différentes étapes de la rédaction de cette Stratégie.

À toutes et à tous, un grand merci.

Le Secrétaire général

## **Table des matières**

<b><u>Préface .....</u></b>	<b><u>2</u></b>
<b><u>Remerciements.....</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>Table des matières.....</u></b>	<b><u>5</u></b>
<b><u>Liste des tableaux.....</u></b>	<b><u>87</u></b>
<b><u>Liste des figures .....</u></b>	<b><u>87</u></b>
<b><u>Lexique.....</u></b>	<b><u>98</u></b>
<b><u>Sigles et abréviations.....</u></b>	<b><u>1110</u></b>
<b><u>Résumé.....</u></b>	<b><u>1312</u></b>
<b><u>INTRODUCTION .....</u></b>	<b><u>1514</u></b>
<b><u>CHAPITRE 1 : PRINCIPAUX DÉFIS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN RDC.....</u></b>	<b><u>1817</u></b>
1.1.1 Sources de financement de la santé.....	2019
1.1.2 Équité et protection financière.....	2322
1.1.3 Efficience technique et allocative .....	2423
1.1.4 Besoins importants en ressources du secteur de la santé .....	2726
1.2 Mise en commun des ressources .....	2827
1.3 Achat.....	2928
<b><u>CHAPITRE 2 : VISION, PRINCIPES ET FONCTIONS DU SYSTÈME DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ.....</u></b>	<b><u>3130</u></b>
2.1 Vision .....	3130
2.2 Principes du système de financement.....	3130
2.3 Fonctions d'un système de financement de la santé .....	3231
2.4 Aspirations à moyen et long terme pour atteindre la CSU .....	3332
<b><u>CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DE LA STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ .....</u></b>	<b><u>3534</u></b>
<b><u>CHAPITRE 4 : PLAN D'ACTION DE LA STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ .....</u></b>	<b><u>3736</u></b>
4.1 Priorité 1 : Mobilisation de ressources suffisantes et durables pour le financement de l'offre et de la demande de services de santé .....	3736
4.1.1 L'utilisation d'outils de planification et de budgétisation .....	3736
4.1.2 Le plaidoyer pour l'alignement des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) sur les priorités du MSP et l'augmentation des allocations par l'État.....	3736
4.1.3 L'augmentation des allocations destinées aux structures sanitaires au niveau provincial .....	3837
4.1.4 Les études de faisabilité sur l'augmentation de l'imposition de l'alcool et du tabac et sur d'autres financements innovants .....	3837

4.1.5 Transfert des compétences pour les salaires et la gestion des ressources humaines au niveau des provinces .....	<u>3837</u>
4.1.6 Sécuriser les fonds sur ressources propre destinés à la mise en œuvre du paquet de soins pour la CSU .....	<u>3938</u>
<b>4.2 Priorité 2 : Réduction de la fragmentation du financement de la santé pour une prise en charge plus large et équitable .....</b>	<b><u>3938</u></b>
4.2.1 Étude de faisabilité pour la mise en place du Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) .....	<u>3938</u>
4.2.2 Concertation avec les parties prenantes pour identifier et préparer les modifications institutionnelles, afin de permettre la collecte des ressources liées à l'assurance maladie .....	<u>3938</u>
<b>4.3 Priorité 3 : Réduction des barrières financières à l'accès à des services de santé de qualité .....</b>	<b><u>4039</u></b>
4.3.2 Développer des actions correctives sur la base de l'étude sur l'équité dans l'utilisation des services de santé et la protection financière .....	<u>4241</u>
<b>4.4 Priorité 4 : Optimisation de l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé .....</b>	<b><u>4241</u></b>
4.4.1 Déterminer les paquets de services à couvrir par les différents régimes de financement et assurer une complémentarité dans leur couverture .....	<u>4241</u>
4.4.2 Passer contrat avec toutes les formations sanitaires (publiques, confessionnelles et privées lucratives) intégrées dans la pyramide sanitaire et répondant à des critères minimaux de fonctionnalité et de qualité .....	<u>4241</u>
4.4.3 Mettre à échelle l'approche d'achat des prestations, en quantité et en qualité, comme mécanisme de subvention des soins (formations sanitaires) ainsi que le financement de la performance des services de santé .....	<u>4342</u>
4.4.4 Développer la synergie de l'approche de l'achat des prestations avec les autres mécanismes de financement (tarification forfaitaire, gratuité, mutuelles de santé et autres assurances maladies, financement passif par intrants) .....	<u>4443</u>
4.4.5 Mettre en œuvre les recommandations des études portant sur la gestion des finances publiques en santé .....	<u>4645</u>
4.4.6 Accroître les transferts vers les provinces dans le contexte de la décentralisation .....	<u>4746</u>
4.4.7 Accroître la part du budget santé allouée aux soins de santé primaires et à la prévention .....	<u>4746</u>
4.4.8 Mettre en œuvre la tarification forfaitaire .....	<u>4746</u>
4.4.9 Actualiser les mesures réglementaires sur l'autonomie de gestion des formations sanitaires publiques .....	<u>4746</u>
4.4.10 Améliorer la distribution géographique et rationnelle des ressources humaines pour la santé (RHS) .....	<u>4847</u>
4.4.11 Améliorer les compétences en financement de la santé, planification et budgétisation .....	<u>4847</u>
4.4.12 Réaliser les Comptes Nationaux de la santé .....	<u>4847</u>
4.4.13 Actualiser la revue des dépenses publiques .....	<u>4847</u>
4.4.14 Mettre en place des réformes transversales .....	<u>4847</u>
4.4.15 Renforcer la coordination dans la mise en œuvre de la Stratégie de financement .....	<u>4948</u>
<b><u>CHAPITRE 5 : SUIVI ET ÉVALUATION .....</u></b>	<b><u>5049</u></b>
<b>5.1 Dispositif institutionnel .....</b>	<b><u>5049</u></b>
<b>5.2 Mécanismes de Suivi et évaluation de la Stratégie de financement de la Santé .....</b>	<b><u>5150</u></b>
<b>5.3 Budget indicatif (en dollars) .....</b>	<b><u>5352</u></b>
<b><u>Références bibliographiques .....</u></b>	<b><u>5453</u></b>



## **Liste des tableaux**

Tableau 1: Indicateurs macroéconomiques en RDC .....	<u>1817</u>
Tableau 2: Évolution des indicateurs de mortalité infantile .....	<u>1918</u>
Tableau 3: Évolution des indicateurs de mortalité maternelle.....	<u>1918</u>
Tableau 4 : Évaluation de l'équité du financement en l'absence d'indices de Kakwani dans le cas de la RDC .....	<u>2019</u>
Tableau 5 : Inégalités dans la couverture en services essentiels.....	<u>2423</u>
Tableau 6 : Sources d'inefficience, causes et conséquences pour le secteur de la santé ...	<u>2524</u>
Tableau 7 : Priorités et objectifs de la stratégie de financement de la santé pour les cinq premières années.....	<u>3534</u>
Tableau 8 : avantages et désavantages des différents modes de paiement des prestataires .....	<u>4443</u>
Tableau 9 : Indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie de financement de la Santé.....	<u>5251</u>

## **Liste des figures**

Figure 1 : Sources de financement de la santé (2016).....	<u>2019</u>
Figure 2 : Budget de la santé en RDC de 2003 à 2015 .....	<u>2120</u>
Figure 3 : Classification économique des dépenses publiques de santé en pourcentages du total (de 2011 à 2015) .....	<u>2221</u>
Figure 4 : Fonctions d'un système de santé, objectifs d'une politique de financement de la santé, et relations avec les objectifs du système de santé.....	<u>3332</u>
Figure 5 : Organisation actuelle du financement de la santé .....	<u>3433</u>
Figure 6 : Organisation du financement de la santé à court et moyen terme .....	<u>3433</u>
Figure 7 : Organisation du financement de la santé à long terme .....	<u>3433</u>

## Lexique

**Achat** : Fonction par laquelle une structure détermine la nature et les modalités des biens ou services à acquérir chez un prestataire (structures de prestation des soins et services administratifs). L'achat est également l'acte qui consiste à fixer les types de prestations à payer (prestations cliniques ou administratives), leur coût, ainsi que les modalités et les mécanismes de paiement.

**Acheteur** : Dans le contexte de cette stratégie, il s'agit d'une institution gouvernementale ou non gouvernementale qui exécute la fonction de l'achat des services de santé en allouant les financements aux structures qui offrent les soins de santé.

**Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)** : Structure opérationnelle de gestion qui assure la mise en commun des ressources et l'orientation du flux de financement (achat) aux différents niveaux du système de santé.

**Capitation** : Revenu perçu par un prestataire pour fournir des soins à un groupe défini de la population. L'unité en est l'utilisateur (caput, ou tête, en latin). De façon réaliste, le paiement doit tenir compte des besoins en santé de chaque usager, car certains patients auront besoin de plus d'attention que d'autres.

**Contractualisation** : Fait d'établir un contrat entre deux personnes physiques ou morales, dans une alliance volontaire, sur un objet donné. Les partenaires indépendants ou autonomes s'engagent sur des devoirs et des obligations réciproques, pour des bénéfices réciproques.

**Efficiences techniques** : Elle est réalisée lorsque les résultats (ou réalisations) de santé maximale sont obtenus pour un niveau donné d'intrants.

**Efficiences allocatives** : Elle est réalisée lorsque la bonne combinaison des programmes de santé — trouver, par exemple, un bon équilibre entre les soins curatifs et préventifs, ou entre les soins primaires et hospitaliers — maximise la santé de la population.

**Fonds National de Solidarité Santé (FNSS)** : Fonds fiduciaire alimenté par diverses sources de financement, y compris le budget de l'État et d'autres types de financements innovants potentiels dont les études de faisabilité auront préalablement été réalisées.

**Indigents** : Personnes reconnues comme telles à la suite d'une enquête effectuée par le personnel du service des Affaires Sociales de la commune de résidence, conformément à la loi.

**Paiement** : Fonction basée sur la canalisation des fonds aux prestataires. C'est la mise à disposition des subventions aux prestataires ayant fourni des services de santé à la population.

**Tarif** : Il s'agit du montant exigé par le prestataire en compensation de l'offre de sa prestation.

**Tarifification** : Mode de financement qui vise la mise en place d'un cadre unique de facturation et de paiement des services de santé des formations sanitaires, qu'elles soient publiques ou privées.

**Tarifification forfaitaire** : Système de contributions financières par les patients pour financer les soins de santé.

**Subvention** : Une aide pécuniaire versée par l'État ou par une institution publique ou privée pour favoriser une œuvre d'intérêt général.

**Vulnérables** : L'ensemble des personnes faisant partie des groupes qualifiés de vulnérables en fonction de leur état physiologique ou de leur exposition particulière au risque. Il s'agit notamment des femmes enceintes, des femmes allaitantes, des personnes du troisième âge, des enfants de moins de cinq ans, des personnes vivant avec un handicap majeur, et des enfants abandonnés.

## **Sigles et abréviations**

AS	Aire de Santé
BM	Banque mondiale
CAG	Cellule d'Appui et de Gestion
CAGF	Cellule d'Appui et de Gestion Financière
CDF	Franc congolais ( <i>Congo Democratic Franc</i> )
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CGMP	Cellule de Gestion des Marchés Publics
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé
CCT-SS	Comité de Coordination Technique du Secteur de la Santé
CNAME	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COREF	Comité d'Orientation de la Réforme des Finances Publiques
CPN	Consultation Périnatale
CPP-SS	Comité Provincial de Pilotage du Secteur de la Santé
CS	Centre de Santé
CSSAPE	Caisse de Sécurité Sociale des Agents Publics de l'État
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CU	Contrat Unique
DAF	Direction administrative et financière
DPS	Division Provinciale de la Santé
DTS	Dépenses Totales de Santé
ECZ	Équipe cadre de Zone de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESB	État de suivi budgétaire
FED	Fonds Européen de développement
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FNSS	Fonds National de Solidarité Santé
FOSA	Formation sanitaire
GFF	Mécanisme de financement Mondial ( <i>Global Financing Facility</i> )
HGR	Hôpital Général de Référence
INSS	Institut National de Sécurité Sociale
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
LOFIP	Loi sur les Finances Publiques
MAD	Mise à disposition des fonds
METPS	Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MSP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PAPNDS	Projet d'appui au Plan national de développement sanitaire
PAP OMD	Projet d'accélération des progrès vers les Objectifs du millénaire pour le développement
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités

PDSS	Projet de développement du système de santé
PEMFAR	Revue de la gestion des dépenses publiques et de la responsabilisation financière ( <i>Public Expenditure Management and Financial Accountability Review</i> )
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaire technique financier
PVSBG	Projet d'urgence relatif à la violence sexuelle et basée sur le genre et la santé des femmes
RDC	République démocratique du Congo
RHS	Ressources humaines pour la santé
SFS	Stratégie de financement de la Santé
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONAS	Société Nationale d'Assurance
SRMNEA	Santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
USD	Dollar ( <i>United States Dollar</i> )
ZS	Zone de Santé

## Résumé

La Stratégie de financement s'inscrit dans le contexte de la Politique Nationale de Protection Sociale en RDC, qui repose sur les quatre dimensions de la protection sociale, à savoir : i) l'accès pour tous aux soins de santé ; ii) l'éducation, l'alimentation et la santé pour les enfants ; iii) la sécurité élémentaire de revenu pour les personnes sans revenu suffisant ; et iv) la sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées. La Stratégie est également arrimée au Plan national de développement sanitaire (PNDS) de 2016-2020, qui prône la réforme du financement dans le secteur de la santé, comme énoncé dans la Stratégie de Renforcement du Système de santé (SRSS).

La Stratégie détermine aussi certains principes cardinaux, en se référant à la Constitution de la République, qui garantit à tous le droit à la santé et à la sécurité alimentaire. Parmi ces principes, il y a lieu de citer les principes de l'universalité de l'accès aux soins, de la solidarité nationale, de l'équité dans le financement, de la protection financière, et de la redevabilité.

La SRSS et le PNDS ont clairement décrit les principaux objectifs du financement de la santé en RDC, qui sont les suivants : i) réduire progressivement la part des paiements directs dans le financement de la santé ; ii) améliorer l'efficacité et l'efficience de la dépense publique en matière de santé ; iii) assurer la protection financière des catégories de population vulnérables, tout en veillant à l'équité dans la contribution au financement de la santé.

Ces objectifs, qui sont des défis, ne peuvent être atteints qu'en définissant les orientations stratégiques du pays en matière de financement de la santé. C'est ce sur quoi se concentre cette Stratégie de financement.

Pour la RDC, cette stratégie repose sur 3 fonctions essentielles, qui sont : i) la mobilisation des ressources ; ii) la mise en commun des ressources ; et iii) l'achat de services. Pour sa mise en œuvre, cette stratégie présente un plan d'action qui souligne les priorités et actions à mener à court, moyen, et long terme, assorti d'un cadre de suivi-évaluation.

La mobilisation des ressources consiste à mener des plaidoyers pour une allocation suffisante et adéquate des ressources publiques de l'État au secteur de la santé, un alignement réel des financements extérieurs sur les priorités nationales du secteur, et une affectation efficiente des ressources provenant de la population. La mise en commun vise à répartir le risque financier associé à la nécessité d'utiliser les services de santé et aussi à mieux conjuguer les efforts de financement des acteurs et prestataires de santé.

L'achat stratégique dans le secteur de la santé est l'allocation des ressources basée sur les informations en rapport avec la performance des prestataires et les besoins de santé de la population qu'ils couvrent (Kutzin, OMS, *Strategic purchasing for UHC: Unlocking the potential*, 25-27 avril 2017).

Pour garantir son financement, il est prévu, à moyen terme, de créer un Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) qui recevra tous les fonds destinés à l'extension de la Couverture

Sanitaire Universelle dans le pays, mettant ainsi fin à la fragmentation observée au niveau de la mise en commun des ressources. La mise en place du FNSS se fera de manière progressive puisque de nombreux prérequis institutionnels, financiers et relatifs au système de santé, doivent être remplis au préalable.

Pour la mise en œuvre de cette stratégie, il convient de compter avant tout sur les ressources propres du pays. Si la croissance économique a permis au PIB de passer de 8,1 % en 2006 à 14,4 % en 2012, depuis 2015, en revanche, la situation s'est détériorée, et a eu un impact direct sur l'espace budgétaire en santé. Cette situation de décroissance continue d'affecter profondément le secteur de la santé, ce qui explique que le secteur de la santé en RDC reste largement sous-financé, et présente des dépenses totales de santé de 21,9 dollars par habitant et par an en 2015, soit beaucoup moins que le minimum des 86 dollars par habitant et par an que recommandent McIntyre et Meheus (2017) [[1. McIntyre D., F. Meheus, et J. A. Rottingen. « What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? » \*Health Econ. Policy Law\* 2017, 12: 125-137.](#) 1].

Les conséquences de ce faible financement se répercutent durement sur l'état de santé de la population. En effet, dans la situation actuelle, la RDC perd chaque heure 3 femmes enceintes, 10 nouveau-nés, et 185 enfants de moins de cinq ans.

L'opérationnalisation de cette stratégie vise l'extension progressive d'un paquet de services comprenant des interventions préventives, curatives, et promotionnelles, à haut impact, relatives à la santé maternelle, néonatale, infantile et juvénile et offertes dans le cadre des programmes de santé publique, mais également la mise en place d'un système de protection financière pour garantir l'accès aux soins. Le coût de ce paquet de soins atteindrait plus de 2,7 milliards de dollars en 2030.

En 2014, le financement de la santé par source était de 14 % pour l'État, 40 % pour les ressources extérieures, et 42 % pour les ménages. Pour alléger la charge financière supportée par les ménages, il est envisagé que les apports des différentes sources atteignent les niveaux suivants en 2021 : 12 % pour l'État, 39,5 % pour les partenaires techniques et financiers (PTF), 26 % pour les ménages, et 21 % pour divers mécanismes de subvention du partage des risques, à affiliation volontaire ou obligatoire.

Y parvenir suppose que plusieurs mécanismes de financement soient développés et mis à contribution pour l'achat stratégique, notamment l'expansion des mutuelles de santé, le subventionnement des soins pour tous, les transferts monétaires, l'achat des services, la création du fonds national d'équité et du fonds de solidarité, et le financement par intrants.

## **INTRODUCTION**

Par financement de la santé, l'on entend la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans le système de santé [2. [Kutzin, J. « A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. » \*Health Policy\* 2001, 56: 171-204.](#)

2]. Le financement de la santé vise à mobiliser suffisamment de ressources, à maximiser l'efficacité de l'utilisation de ces ressources, et à s'assurer de l'équité de la contribution et de l'accessibilité financière des services de santé pour toute la population [3. [Richard, V. \[Funding for healthcare in sub-Saharan Africa--cost recovery\]. \*Med. Trop. \(mars\)\* 2004, 64: 337-340.](#)

3]. Dans ce but, le financement de la santé, qui porte sur l'offre et la demande, doit être équitable, en vue d'assurer la protection financière des personnes, c'est-à-dire réduire les risques de dépenses catastrophiques et appauvrissantes liées à la santé [1. [McIntyre D., F. Meheus, et J. A. Rottingen. « What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? » \*Health Econ. Policy Law\* 2017, 12: 125-137.](#)

4, 4. [Kutzin, J. « Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. » \*Bull. World Health Organ.\* 2013, 91: 602-611.](#)

4].

Le financement de l'offre veille à donner les moyens nécessaires pour que soit développée une offre rationnelle et de qualité des services et des soins. Le financement de la demande vise quant à lui à permettre que ceux qui ont besoin de soins de santé puissent y avoir accès sans difficulté financière ou ne soient pas contraints d'y renoncer faute d'argent [5. [McIntyre, D. Enseignements tirés de l'expérience : le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus, Genève, 2007.](#)

5].

« Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » est le 3<sup>e</sup> Objectif de développement durable (ODD) énoncé par la Déclaration des Nations Unies du 25 septembre 2016. Ainsi, pour accélérer l'atteinte de cet objectif, le Secrétaire général des Nations Unies a lancé la stratégie globale de promotion de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, désignée par l'expression « *Chaque femme, chaque enfant* ».

Dans cette perspective, la République démocratique du Congo (RDC) s'est engagée à mettre en œuvre la Couverture Sanitaire Universelle, qui comprend une protection contre les risques financiers, et qui donne accès à des services de santé essentiels de qualité à chacun, quand il en a besoin.

C'est dans cette optique que la RDC vient d'élaborer la présente Stratégie de financement de la santé, qui identifie et décrit les problèmes du financement, les possibilités substantielles

d'accroissement de l'espace budgétaire, les approches efficaces pour un meilleur arrimage des dépenses de santé aux soins de qualité, à la gouvernance, et aux performances macro-économiques. Cette Stratégie de financement s'inscrit dans le contexte plus large de la Politique Nationale de Protection Sociale en RDC, qui repose sur les quatre dimensions suivantes<sup>1</sup> : i) l'accès aux soins de santé ; ii) l'enfance (alimentation, santé et éducation des enfants) ; iii) la sécurité des revenus pour les personnes en situation difficile, notamment les plus vulnérables et les indigents ; et iv) le troisième âge, notamment les personnes du troisième âge qui sont indigentes.

Elle s'aligne également parfaitement sur la Stratégie Nationale de Protection Sociale, qui, pour rendre effectif le droit à la santé et assurer l'accès de toute la population à des soins de santé de qualité, envisage entre autres, de développer un programme devant permettre de : i) réduire progressivement la part des paiements directs dans le financement de la santé ; ii) améliorer l'efficacité et l'efficience de la dépense publique et privée en matière de santé ; et iii) assurer la protection financière des catégories de population vulnérables, tout en veillant à l'équité dans la contribution au financement de la santé<sup>2</sup>.

Le secteur de la santé dispose d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 [6. [Ministère de la Santé Publique. \*Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle\*. Disponible en ligne à l'adresse suivante : http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/democratic\\_republic\\_of\\_congo/pnds\\_2016-2020\\_version\\_finale\\_29\\_avril\\_2016.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2016-2020_version_finale_29_avril_2016.pdf).

6]. pour rendre opérationnelle sa Stratégie de Renforcement du Système de Santé [7]. Les interventions du PNDS 2016-2020 reposent sur trois principaux axes stratégiques : i) le développement des Zones de Santé (ZS) ; ii) les actions concernant les piliers du système de santé de manière à créer des conditions favorables à la disponibilité de services de santé de qualité et à leur accessibilité et utilisation par la population ; iii) le renforcement de la gouvernance et le pilotage du secteur. Le budget global du PNDS 2016-2020 s'élève à 9,1 mille milliards de francs congolais, soit 9,5 millions de dollars.<sup>3</sup>

Le PNDS 2016-2020 reprend les priorités relatives aux piliers du système de santé, y compris le financement de la santé. La Stratégie de financement de la Santé articule la vision à long terme pour la durabilité du financement dans la réalisation de l'ODD relatif à la santé, y compris la Couverture Sanitaire Universelle.

Un des résultats escomptés dans le PNDS 2016-2020 est d'accroître de 30 % l'accessibilité financière des soins de santé de qualité aux populations, et de réduire de 90 % à 60 %, la part du paiement direct dans les dépenses de santé des ménages<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Politique Nationale de Protection Sociale.

<sup>2</sup> Stratégie Nationale de Protection Sociale.

<sup>3</sup> Montant converti au taux de 1 dollar américain = 950 francs congolais.

<sup>4</sup> PNDS 2016-2020.

Pour garantir cette accessibilité financière de soins de santé de qualité aux populations, le pilier financement inscrit dans le PNDS 2016-2020 prévoit la mise en œuvre des quatre programmes suivants : i) la mobilisation des ressources, surtout domestiques, ce qui suppose des politiques et systèmes de fiscalité plus équitables (c'est-à-dire des impositions plus progressives) ; ii) la mise en commun et la rationalisation de l'affectation des ressources ; iii) le développement des mécanismes de partage des risques et de financement de la santé ; et iv) l'amélioration de la gestion des ressources financières dans les services et formations sanitaires.

La Stratégie de financement couvre les trois fonctions de financement de la santé que sont la mobilisation des ressources, la mise en commun, et l'achat de services dans un contexte de recherche de plus d'efficacité et d'équité. Elle présente le plan d'action qui souligne les priorités et actions à mener à court, moyen, et long terme. Enfin, elle dispose d'un cadre de suivi-évaluation pour sa mise en œuvre.

L'élaboration de la stratégie a été coordonnée par la Commission financement et Couverture Sanitaire Universelle (CSU) du Comité National de pilotage du secteur de la santé (CNP-SS). Plusieurs séances de travail et ateliers ont permis d'élaborer et d'enrichir le document en une approche multisectorielle regroupant les partenaires techniques et financiers, la société civile, les autres ministères, et les services publics de l'État.

Le document final a été présenté pour validation au Comité de Coordination Technique du secteur de la santé (CCT-SS) ainsi qu'au Comité Interministériel de Protection Sociale, afin de garantir une appropriation au plus haut niveau de décision, ainsi qu'une coordination des actions à mener en collaboration avec les initiatives menées dans les autres secteurs.

## **CHAPITRE 1 : PRINCIPAUX DÉFIS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN RDC**

Depuis 2015, la situation s'est détériorée, avec un impact direct sur l'espace budgétaire en santé. La croissance a reculé jusqu'à 6,9 % en 2015, et les dernières prévisions du Gouvernement pour 2016 la placent à 4,3 %, contre 2,7 % selon la Banque mondiale. En raison des tensions politiques et de l'incertitude prolongée, il est prévu qu'en 2017-2018, la croissance demeure inférieure aux niveaux observés entre 2012 et 2015. Du fait de ce ralentissement de l'économie, le taux de pauvreté devrait rester élevé au cours des années à venir ([Tableau 1](#) ~~tableau 1~~).

La RDC a affiché une croissance économique considérable au cours de la dernière décennie, après deux décennies de guerre civile. Sur une période de cinq ans allant de 2010 à 2014, le PIB réel a, en moyenne, augmenté de 7,8 % par an. En 2014, la croissance du PIB réel, de 9,5 %, a largement dépassé la moyenne de l'Afrique subsaharienne (5,2 %). Grâce à cette performance encourageante, les recettes domestiques du gouvernement en tant que part du PIB, ont augmenté plus rapidement que l'ensemble de l'économie, passant de 8,1 % en 2006 à 14,4 % en 2012. En 2013 et 2014, cependant, les revenus du gouvernement ont stagné autour de 13 % du PIB, pour diminuer ensuite, atteignant 12,4 % en 2015. Pour préserver l'équilibre budgétaire, les dépenses gouvernementales ont également été freinées.

**Tableau 1: Indicateurs macroéconomiques en RDC**

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>PIB réel, à prix constants du marché (%)</b>	8,5	9,5	6,9	2,7	4,7	5
<b>Inflation (indice des prix à la consommation)</b>	1,6	1,3	1,3	2,4	2	1,5
<b>Balance courante (% du PIB)</b>	-4,9	4	-2,5	-6,5	-6,3	-6
<b>Balance fiscale (% PIB)</b>	1,9	0,2	0,1	-1,4	-0,9	-0,2
<b>Dettes (% PIB)</b>	22,6	24,8	29,3	31,3	31	30,5
<b>Taux de pauvreté (1,9 dollar / jour)</b>	75,7	74	73,1	73,2	72,8	72,2
<b>Taux de pauvreté (3,1 dollar / jour)</b>	90	89,2	88,6	88,7	88,4	88,1
<b>% du budget de la santé dans le budget général</b>	4,57 %	6,92 %	4,23 %	-	-	-
<b>Taux d'exécution du budget de la santé</b>	69,5 %	31,8 %	58,7 %	96 %	-	-

Source : Banque mondiale (2017).

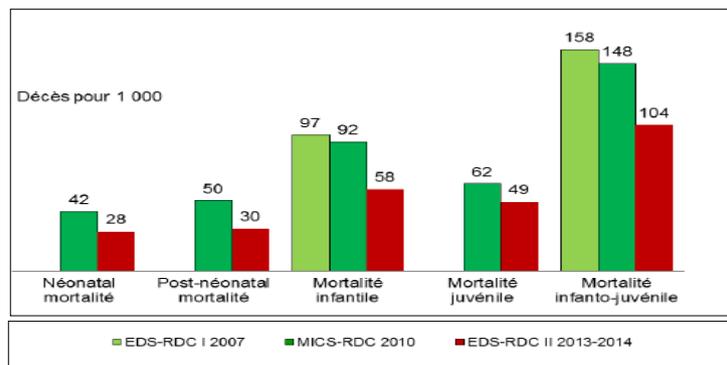
Le secteur de la santé de la RDC reste largement sous-financé, à 19 dollars de dépenses totales de santé par habitant et par an en 2013, et 21,9 dollars en 2015 [8. [Ministère de la Santé Publique de la RDC / PNCNS. Rapport des comptes de la santé 2013, Kinshasa, mars 2015.](#)

8], ce qui est comparable aux données de l'étude selon laquelle le budget de fonctionnement minimum nécessaire pour gérer un district sanitaire en RDC est de 17,91 dollars par habitant et par an [9]. Ce niveau de dépenses est largement inférieur aux 86 dollars par habitant préconisés par Meheus et McIntyre (2017) [10]. Le coût minimal

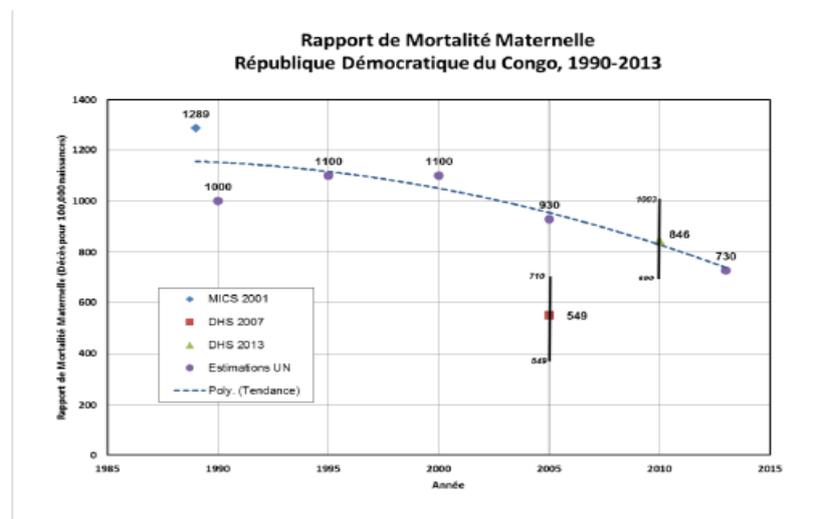
acceptable de la réalisation de la CSU pour un ensemble de services de base, représente des dépenses publiques (y compris les contributions obligatoires à l'assurance maladie sociale) de 5 % du PIB, soit 86 dollars par habitant en 2012, ou 100 dollars selon une mise à jour [11].

En conséquence, les progrès réalisés en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile se présentent comme suit ([Tableau 2](#) ~~tableaux 2 et 3~~) :

**Tableau 2: Évolution des indicateurs de mortalité infantile**



**Tableau 3: Évolution des indicateurs de mortalité maternelle**

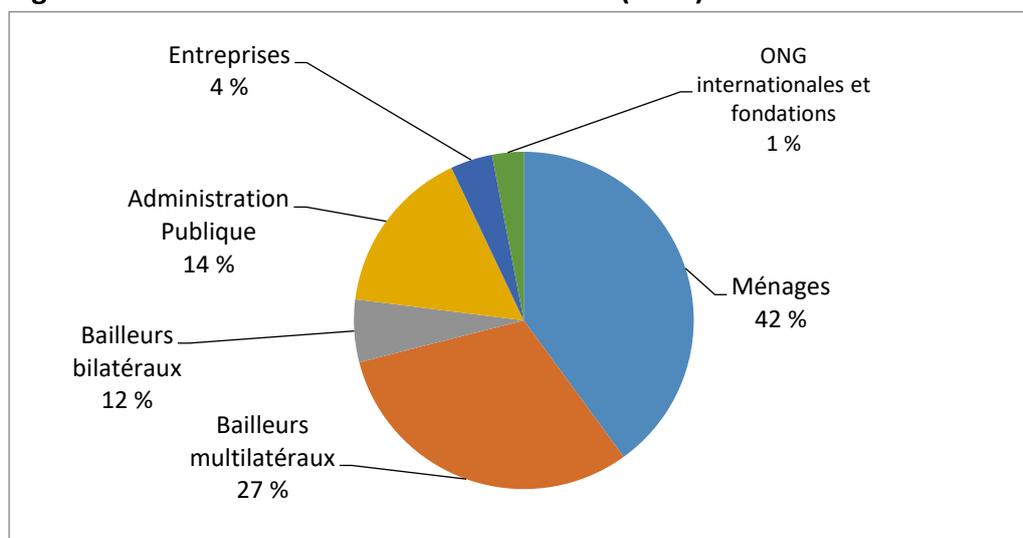


## 1.1 Mobilisation des ressources

### 1.1.1 Sources de financement de la santé

Les ménages et les bailleurs de fonds assurent la plus grande partie des dépenses totales de santé en RDC. Les données des comptes nationaux de la santé réalisés pour l'année 2016 montrent que les ménages constituent la première source de financement de la santé (42 %), suivis par les bailleurs de fonds (40 %). L'État n'est que la troisième source de financement, loin derrière, avec seulement 14 % des dépenses totales de santé (niveaux central et provincial confondus) ([Figure 1](#) ~~figure 1~~).

Figure 1 : Sources de financement de la santé (2016)



Source : MSP, *Comptes nationaux de la santé 2016* [12].

La progressivité relative du financement de la santé est fortement influencée par les sources de financement et la structure des contributions. Ces sources et structures varient d'un pays à l'autre, et il en va de même de la progressivité relative du financement. L'incidence effective du financement du système de santé selon les indices de Kakwani n'étant pas connue, une évaluation générale de l'équité du financement en RDC a été menée. Le [Tableau 4](#) ~~tableau 4~~ résume la progressivité (ou la régressivité) probable de chaque mécanisme de financement.

Tableau 4 : Évaluation de l'équité du financement en l'absence d'indices de Kakwani dans le cas de la RDC

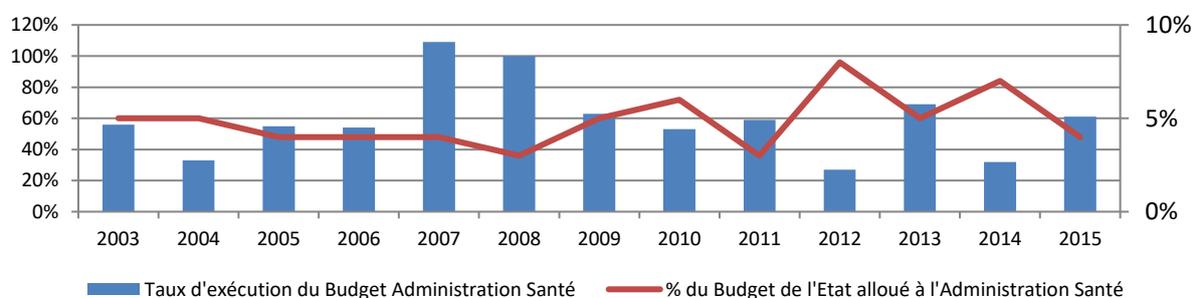
Mécanisme de financement	Pourcentage	Progressivité probable	Considérations
<b>Sources publiques</b>			
1. Impôts directs (sur le revenu des personnes physiques et des entreprises)	?	++	Impôt sur le revenu des personnes physiques fortement progressif qui n'est payé que par un très faible % de la population.
2. Impôts indirects	?	+	Biens et services intéressant les plus démunis exemptés

			de la TVA, % élevé de la population vivant en milieu rural et achetant des denrées alimentaires produites localement.
3. Recettes fiscales générales (1 + 2)	23 %	+	Financement progressif (plutôt que fortement progressif) en raison de la part importante des impôts indirects.
4. Prélèvements sur les salaires au titre de l'assurance-maladie obligatoire (qui constituent aussi une forme d'impôt direct)	?	++	Ne couvrent que certains employés du secteur structuré. Il s'agit d'une charge supportée par les groupes à revenu plus élevé (progressivité moins prononcée si le niveau des cotisations est plafonné, ce qui implique un taux plus faible pour les employés les mieux payés).
<b>Sources privées / volontaires</b>			
5. Assurance-maladie volontaire privée	?	++	Seuls les plus riches souscrivent à ce type d'assurance.
6. Entreprises	7 %	+	Contribution des entreprises à la prise en charge progressive de leur personnel, mais qui n'est payée que par un très faible % de la population.
6. Assurance maladie communautaire	?	-	Couvre les groupes les plus pauvres ; chacun paie le même montant indépendamment de sa situation socio-économique.
7. Paiements directs	70 %	--	Les tarifs sont les mêmes quel que soit la situation socio-économique ; très peu d'exemptions accordées.
Financement global (3 + 4 + 5 + 6 + 7+8)	100 %	--	Plus de la moitié du financement étant assurée par des sources régressives, les systèmes de financement domestique en place restent fortement régressifs

### a) Le financement public

**La part du budget de l'État allouée à la santé révèle la faible priorité accordée au secteur en RDC.** En 2014, le budget du Ministère de la santé représentait 6,9 % du budget global ; il ne représentait plus que 6 % du budget global en 2017. La [Figure 2](#) montre l'évolution du budget de l'État alloué à la santé et le taux d'exécution de 2003 à 2015, révélant une priorisation de la santé bien en deçà de l'objectif d'Abuja (15 % du budget total) et en déclin au cours de la dernière décennie. L'analyse révèle également d'importantes lacunes relatives à l'exécution du budget suite à la faible mobilisation des recettes publiques.

**Figure 2 : Budget de la santé en RDC de 2003 à 2015**



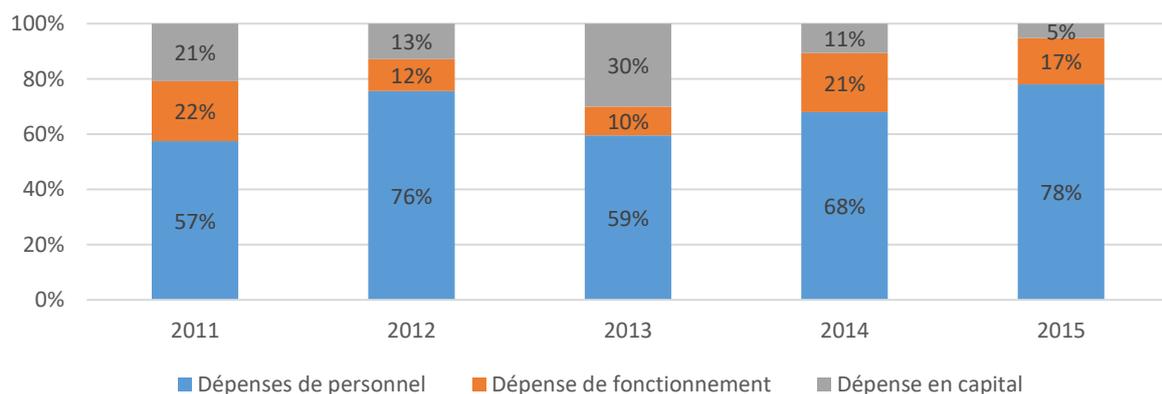
Source : MSP , *Rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2015* [12].

**Avec la décentralisation, une plus grande partie des fonds publics affectés à la santé doit transiter par les provinces.** Depuis 2011, les transferts destinés aux provinces ont gonflé l’enveloppe budgétaire de la santé, lors de la planification, mais n’ont eu que peu d’effet sur le volume des dépenses effectives lors de l’exécution. En effet, malgré ces allocations budgétaires vers les provinces, ces dernières n’ont vu le volume des dépenses effectives du MSP n’augmenter que de 2 % en 2011 et 8 % en 2015 [13].

Suite à l’exécution partielle (entre 20 % et 30 %) du principe budgétaire sur la rétrocession<sup>5</sup> de 40 % aux provinces, la dépense publique par province n’arrive pas à s’ajuster à la réalisation des résultats de santé au niveau provincial. C’est-à-dire que les ressources publiques transférées pour la santé en province ne reflètent pas une allocation stratégique des ressources en fonction des besoins ni des priorités d’intervention. Malgré la décentralisation, une grande partie des fonds publics, y compris les salaires, continuent d’être exécutés par le niveau central au profit des provinces.

Les dépenses publiques de santé sont en grande partie absorbées par les dépenses de personnel, laissant peu de ressources pour réaliser d’autres types de dépenses. Au cours des dernières années, les dépenses courantes ont représenté près de 90 % des dépenses publiques de santé. Les dépenses en personnel ont vu leur part quasiment doubler entre 2007 et 2015, passant respectivement de 42 % à 78 %. Les dépenses en capital ont baissé sensiblement entre 2013 et 2015, passant ainsi de 30 % à 5 %. La [Figure 3](#) montre la classification économique des dépenses publiques de santé.

**Figure 3 : Classification économique des dépenses publiques de santé en pourcentages du total (de 2011 à 2015)**



Source : Ministère du budget (Analyse sur la base des états de suivi budgétaire).

<sup>5</sup> La question de la retenue à la source des recettes, telle qu’énoncée dans la Constitution, a été discutée lors de la 6<sup>e</sup> conférence des Gouverneurs, qui s’est tenue à Goma les 18 et 19 décembre 2017. Il a été décidé qu’en attendant l’application de cette disposition de la Constitution, le Gouvernement devrait rétrocéder 40 % des recettes aux provinces.

## **b) Le financement sur ressources extérieures**

**L'aide extérieure a représenté en moyenne 40 % du financement total du secteur de la santé en 2008-2014.** Malgré cela, elle s'élevait à 5,7 dollars par habitant en 2013 selon les comptes nationaux de la santé de 2015. Elle était par ailleurs majoritairement concentrée sur le financement du traitement des maladies transmissibles et les investissements en santé (près de 90 % des dépenses totales d'investissement).

## **c) Le financement des ménages**

**Les fonds des ménages représentaient la première source de financement de la santé en 2014,** à hauteur de 42 % des dépenses totales de santé. Ils constituaient de ce fait la principale source de financement des services et soins de santé en RDC [14, 15]. La dépense de santé des ménages par habitant et par an a augmenté, passant de 6,4 dollars en 2008 à 8,5 dollars en 2014. Cette source de financement est la plus inéquitable et plus de 90 % des dépenses se font par le biais de paiements directs [14].

## **d) Le financement des entreprises et autres institutions caritatives**

**Les autres sources de financement privé sont encore très limitées en RDC.** Le financement des entreprises privées et para-étatiques est toutefois en augmentation, du fait, notamment, d'une meilleure saisie des dépenses de santé des entreprises minières, mais il ne représentait que 4 % des dépenses de santé totales en 2014. Durant la période de 2010 à 2014, le financement des ONG et fondations caritatives nationales a connu une régression très significative, et représentait moins d'1 % des dépenses totales de santé en 2014.

## **1.1.2 Équité et protection financière**

### **a) Équité dans l'accès aux services**

La couverture en intervention de la plupart des services essentiels de santé a augmenté entre 2007 et 2013, mais l'accès à ces services reste concentré au sein des populations les plus aisées. Par ailleurs, les inégalités dans l'accès à ces services ne se sont pas améliorées entre 2007 et 2013 ([Tableau 5](#)~~tableau 5~~). L'accouchement assisté par du personnel qualifié en 2013, par exemple, est quasiment universel pour les 20 % les plus aisés (97.5 %), alors que seuls les deux tiers des accouchements parmi les femmes du quintile le plus pauvre, sont couverts.

**Tableau 5 : Inégalités dans la couverture en services essentiels**

	Prévalence nationale (pourcentage)			Inégalités (Indices de concentration   Q5/Q1)			EDS 2013/14					
	2007	2013	Annual change	2007	2013	Period change	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
							(Pauvres)				(Riches)	
Besoin de PF non satisfait	31.8	32.9	0.6%	-0.03 (***)	-0.03 (***)	-0.01	33.9	33.1	34.1	34.9	28.7	■■■■■
Contraception (méthode moderne)	7.0	7.8	1.7%	0.24 (***)	0.29 (***)	0.04	3.3	4.7	4.5	11.0	17.2	■■■■■
Soins prénatals (au moins quatre visites)	44.8	46.3	0.5%	0.09 (***)	0.11 (***)	0.02	36.7	41.0	45.5	48.8	64.2	■■■■■
Accouchement assisté par du personnel qualifié	74.0	80.1	1.3%	0.13 (***)	0.08 (***)	0.05	66.3	72.3	78.7	91.6	97.5	■■■■■
Supplémentation vitamine A (mère)	29.3	26.6	-1.6%	0.17 (***)	0.13 (***)	0.04	17.7	25.7	26.7	29.1	35.8	■■■■■
Supplémentation vitamine A (enfant)	54.6	70.4	4.3%	0.03 (***)	0.07 (***)	0.04	60.2	66.1	67.0	75.5	87.8	■■■■■
Vaccination complète	30.6	45.3	6.8%	0.18 (***)	0.13 (***)	0.05	36.1	36.4	43.7	49.5	65.0	■■■■■
Utilisation de la MILDA (femme enceinte)	7.1	60.2	42.8%	0.32 (***)	0.02 (**)	0.30	54.4	61.9	65.0	64.5	53.9	■■■■■
Utilisation de la MILDA (enfant)	5.8	55.4	45.7%	0.25 (***)	0.02 (**)	0.22	47.2	59.8	59.7	60.6	49.8	■■■■■
Traitement IRA	41.9	41.6	-0.1%	0.05 (***)	0.03 (**)	0.01	37.2	39.9	49.0	39.2	43.5	■■■■■
Traitement diarrhée	44.9	41.9	-1.1%	0.03 (***)	0.05 (***)	0.02	33.5	43.1	44.2	46.6	42.9	■■■■■

Source : Banque mondiale (à paraître), *Rapport sur l'équité et la protection financière dans le secteur de la santé en RDC*.

**Les services de santé dépendent du recouvrement des coûts effectué à travers le paiement des usagers lors de l'utilisation des services et soins de santé.** Ce paiement direct par les usagers agit comme une barrière pour l'accès aux services et soins de santé [16-19]. Le niveau élevé des tarifs fixés est la cause la plus souvent rapportée du non-recours aux soins, et elle constitue une barrière pour près de 20 % des personnes ayant besoin de soins [20]. En conséquence, au niveau national, l'utilisation des services reste très faible et avoisine 0,4 consultation par personne et par an.

## **b) Protection financière**

L'importance des dépenses directes des ménages dans les dépenses totales de santé est une première indication de la faible protection financière assurée par le système de financement de la santé en RDC. Avec plus de 90 % des dépenses des soins effectuées sous forme de paiements directs, la protection financière contre le risque maladie est quasi inexistante [21]. Les systèmes de prépaiement volontaire à travers les mutuelles et autres mécanismes de partage des risques, ne couvrent qu'une part infime de la population [22, 23]. En effet, l'inventaire de 2015 compte 109 mutuelles couvrant 1 089 265 personnes.

### **1.1.3 Efficience technique et allocative**

Malgré une amélioration de la couverture en interventions, l'inefficience du système se traduit par des résultats finaux peu probants. Les indicateurs de santé maternelle et infantile restent en deçà de ceux des pays pairs en raison d'importantes inefficiences dans le système.

Les problèmes de qualité et d'accès aux soins entravent considérablement l'atteinte de meilleurs résultats de santé. Les rendements du système sont relativement faibles, à dépenses totales de santé égales. Près de 60 % des enfants de moins de cinq ans n'ont pas

accès aux traitements de base [24]. L'accès à du personnel qualifié reste l'un des défis majeurs [25].

Le déficit d'infrastructures et d'équipements répondant aux normes nationales en RDC constitue un obstacle considérable ne permettant pas d'assurer de façon équitable une offre de soins de qualité à la population selon l'enquête consacrée à la disponibilité et à la capacité opérationnelle des services (Service Availability and Readiness Assessment, SARA) [8. [Ministère de la Santé Publique de la RDC / PNCNS. Rapport des comptes de la santé 2013, Kinshasa, mars 2015.](#)

8]. En effet, sur les 8504 Aires de Santé (AS) planifiées en RDC, 238 ne disposent pas d'un Centre de Santé (CS). Sur les 8266 CS existants, seuls 1006 d'entre eux (soit 12 %) sont construits en matériaux durables, ce qui représente 88 % des besoins en construction et réhabilitations des CS. Pour ce qui est des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR), plus d'une centaine de Zones de Santé ne disposent pas d'HGR.

Le système de santé de la RDC est caractérisé par un manque d'efficacité dans l'utilisation des ressources internes et externes. D'après Kalambay et Van Lerberghe [26], ces inefficiences sont principalement liées aux coûts de gestion trop élevés des unités de gestion pour les financements extérieurs ; au gaspillage, à la duplication, et à l'inefficacité des programmes du fait de leur fragmentation ; aux inefficiences de la gestion et de l'organisation ; au déploiement sous-optimal des ressources humaines ; et à la duplication des chaînes d'approvisionnement en médicaments et produits de santé. En effet, dans un rapport relatif à l'amélioration de l'efficacité dans le secteur de la santé en RDC, ces auteurs estiment que l'abondance de ressources humaines en santé dans les Centres de Santé et hôpitaux urbains affecte l'efficacité et l'efficacité du système de santé : certains Centres de Santé urbains ont plus de 30 infirmières, alors qu'ils n'enregistrent au total que 5 consultations par jour. Ils estiment également que le personnel fantôme et le personnel en âge de partir à la retraite représentent près de 30 % des employés en milieu urbain. Bien qu'ils ne travaillent pas, ils continuent à percevoir leurs salaires.

Concernant les médicaments, le programme national d'approvisionnement en médicaments essentiels [27] avait documenté qu'il existait près de 99 réseaux de distribution de médicaments en 2009, et que 85 % des partenaires au développement utilisaient leurs propres agences d'achat, et leurs propres entrepôts et systèmes de distribution, générant ainsi des duplications et gaspillages de ressources. La modicité des ressources publiques allouées aux médicaments, en comparaison des fonds provenant des partenaires au développement, est une entrave majeure à la mise en place d'un système national d'achat et d'offre de produits pharmaceutiques. Le [Tableau 6](#) résume les principales conséquences de ces sources d'inefficacité.

**Tableau 6 : Sources d'inefficacité, causes et conséquences pour le secteur de la santé**

Source d'inefficacité	Causes du problème	Conséquences du problème
Coûts administratifs	1) Effondrement de l'État en	Une part importante de l'aide dans le

<b>Source d'inefficience</b>	<b>Causes du problème</b>	<b>Conséquences du problème</b>
<b>disproportionnés</b>	raison des conflits armés et de la faible gouvernance. 2) Manque de leadership pour pousser les bailleurs à réduire les frais d'administration des projets.	secteur de la santé n'a pas été utilisée pour mettre en place des services de santé durables. Très peu de ressources ont atteint les communautés ciblées par les projets. Faible amélioration de l'état de santé.
<b>Fragmentation et duplication des interventions de terrain</b>	1) La RDC est presque entièrement dépendante de l'aide pour financer la prestation de services de santé. En 2005, la plupart de ces fonds étaient affectés à des programmes verticaux. 2) Du fait du faible niveau de gouvernance, les partenaires avaient peu confiance en le système de santé. La mise en place de leurs propres services était considérée comme la seule façon d'obtenir des résultats rapides.	1) Duplication et gaspillage dans l'allocation et l'utilisation des ressources. 2) Forte pression sur le temps du personnel au niveau du district et des structures sanitaires pour assister aux séminaires de formation, répondre aux visites de supervision et écrire des comptes rendus. 3) Frustration du personnel de santé qui n'a pas assez de temps pour fournir les services de santé. 4) Déclin de la qualité des services de santé de district, créant ainsi les conditions d'expansion des services de santé privés non réglementés. 5) Perte de confiance dans les services de santé publics.
<b>Perturbation de la prestation de services dans les Zones de Santé</b>	Avec l'effondrement de l'État, les hôpitaux de district n'ont plus reçu que les frais payés par les usagers. Pour augmenter leurs ressources, ils ont commencé à offrir les soins de santé primaires qui étaient financés par les partenaires internationaux.	1) Baisse de qualité des services de santé à tous les niveaux. 2) Détérioration de la capacité des hôpitaux de district à offrir des services de deuxième ligne de qualité ou un appui technique aux Centres de Santé. 3) Développement non régulé des services de santé privés dans la Zone de Santé (jusqu'à 118 Centres de Santé par Zone de Santé, au lieu de la norme de 15 à 20 Centres de Santé par Zone de Santé) et faible qualité de leurs services.
<b>Sureffectifs dans les structures sanitaires publiques urbaines</b>	1) Développement rapide et non régulé d'instituts de formation privés. 2) Gel des prestations de retraite pour le personnel du secteur public. 3) Gestion des ressources humaines centralisée qui ne reflète pas les besoins réels des structures sanitaires.	1) Gaspillage de ressources financières, car le personnel ne travaille plus mais continue à toucher salaire et primes. 2) Dysfonctionnement des structures sanitaires. 3) Baisse de la qualité des soins de santé.
<b>Multiplication des</b>	Les raisons principales sont	1) Duplication et gaspillage des

Source d'inefficience	Causes du problème	Conséquences du problème
chaînes d'approvisionnement de médicaments et produits médicaux	l'effondrement de l'État en raison des conflits armés, la faible gouvernance, et le faible leadership. Le manque de leadership n'a pas permis de pousser les bailleurs à s'aligner sur le système d'approvisionnement national.	ressources. 2) Certaines structures sanitaires ont reçu plus de produits que nécessaire, alors que d'autres expérimentaient des ruptures de stock en l'absence d'un système d'approvisionnement coordonné. 3) Médicaments et autres produits périmés dans les formations sanitaires. 4) Système d'approvisionnement national dépassé, baisse du volume et du chiffre d'affaires. 5) Multiplication des systèmes de distribution parallèles.

Source : adapté de Kalambay et Van Lerberghe. *Improving Health System Efficiency in DRC*, 2015.

### 1.1.4 Besoins importants en ressources du secteur de la santé

Les besoins en ressources du secteur de la santé ont été exprimés dans le PNDS 2016-2020 et se chiffrent à 9,100 milliards de francs congolais (9,5 milliards de dollars, soit 1,9 milliard de dollars par an). Comparé au volume des ressources attendues sur la même période, toutes sources confondues, il apparaît que les cinq années du PNDS souffriront d'un déficit des ressources de l'ordre de 325 milliards à 488 milliards de francs congolais (soit 342 millions et 513 millions de dollars, soit un déficit de 27 %) chaque année.

#### Le paquet de soins de la CSU

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) et ses partenaires définiront progressivement un paquet de services qui comprendra, dans un premier temps, des interventions préventives, curatives et promotionnelles à haut-impact relatives à la santé maternelle, néonatale et infantile. Ainsi, il y aura un panier de soins pour la CSU, tiré du paquet minimum d'activités (PMA) au Centre de Santé, et du paquet complémentaire d'activités (PCA) à l'hôpital général de référence. La même démarche sera réalisée pour les soins secondaires de référence, et les soins tertiaires de référence, offerts au niveau des hôpitaux provinciaux, nationaux et universitaires. Cette organisation de la carte sanitaire facilitera l'achat des services grâce à une identification rapide de la capacité des structures de santé dans l'offre des soins.

Le coût total du paquet de soins atteindrait plus de 2,7 milliards de dollars en 2030, contre un demi-milliard en 2015<sup>6</sup>. En 2015, les prestations au niveau des Centres de Santé représentaient 72 % du coût total, et 28 % au niveau des hôpitaux. Cette proportion des

---

<sup>6</sup> Le paquet de soins a été chiffré pour l'année de référence 2014 au niveau actuel de fourniture des interventions, puis projeté jusqu'en 2030 sur la base de projections démographiques et d'hypothèses d'extension de la couverture. Pour chaque intervention, la couverture a été augmentée de façon linéaire ; bien que cela ne reflète pas la réalité, il aurait été difficile de justifier des augmentations non linéaires avec les données disponibles.

prestations au niveau des Centres de Santé tendrait à augmenter entre 2015 et 2030, puisqu'elle passerait de 72 % à 77 %, la majorité des services du paquet de soins étant concentrés au niveau primaire. De plus, la plus grande partie des coûts est axée sur la prestation de soins curatifs, qui représentaient 86 % du coût total en 2015, et s'élèveraient à 90 % en 2030. Les services curatifs représentent 93 % du coût total, tandis que les services préventifs représentent les 7 % restants. Le coût par habitant, de 6,89 dollars en 2015, s'élèverait à 22,25 dollars en 2030. Avec la prise en charge de la malnutrition, le coût par habitant passerait de 7,94 dollars en 2015 à 24,81 dollars en 2030<sup>7</sup>.

## ***1.2 Mise en commun des ressources***

La mise en commun vise à répartir le risque financier associé à la nécessité d'utiliser les services de santé, ainsi qu'à mieux conjuguer les efforts de financement des acteurs. Elle repose, selon la constitution de la RDC, sur tous les citoyens et pas seulement sur les personnes malades. Les fonds à mettre en commun peuvent provenir des impôts, des taxes indirectes, des aides au développement, et / ou des contributions à un système assurantiel. La plupart des systèmes qui financent la santé comprennent un élément de mise en commun financé par prépaiement, combiné à des paiements directs aux prestataires de services de santé, parfois appelés participation aux coûts ou recouvrement des coûts, ou encore ticket modérateur.

**À l'heure actuelle, la mise en commun est quasi-inexistante** : une multiplicité de petits fonds généralement volontaires offre une protection financière limitée ; des fonds dédiés aux démunis et aux personnes vulnérables existent, mais restent cloisonnés. Il est donc urgent d'engager une réflexion sur la question, et ce en étroite collaboration avec les acteurs de la protection sociale qui développent une nouvelle politique de « sécurité sociale ». Si les mutuelles ont joué un rôle à l'échelle locale, notamment pour la promotion d'une solidarité extra-familiale ou communautaire, seule une prédominance de ressources publiques (impôts, parafiscalité, et cotisations obligatoires), collectées et mises en commun de manière obligatoire, à l'échelon central ou provincial, pourrait permettre d'accroître durablement la couverture et la protection<sup>8</sup>.

La mobilisation des ressources s'organise à plusieurs niveaux mais aucun mécanisme de mise en commun au niveau national ou provincial n'existe à ce stade. En effet, le système de financement de la santé se caractérise à ce jour par une fragmentation importante des fonds. Au niveau central, l'enchevêtrement de différents fonds issus des programmes verticaux sur financement extérieur et domestique rend la situation très complexe et génère des duplications entraînant des inefficiences. Au niveau provincial, les fonds issus du niveau central et ceux mobilisés localement sont gérés de manière cloisonnée. Des fonds extérieurs financent le niveau provincial, soit directement, soit sous forme de transferts.

---

<sup>7</sup> Banque mondiale, *Stratégie de financement : Analyses et Recommandations*, 2015, p. 38.

<sup>8</sup> Banque mondiale, *Stratégie de financement : Analyses et Recommandations*, 2015, p. 63.

Il existe plusieurs mécanismes de protection contre le risque maladie en RDC, mais leur couverture reste faible et leur taille restreinte. Les Comptes nationaux de la santé de 2015 relèvent qu'à peine 7 % du financement des ménages passe par le mécanisme d'assurance communautaire, dont, essentiellement, les mutuelles de santé des privés et la mutuelle de santé des enseignants (MESP). La majeure partie de la population reste à ce jour non couverte, et accède aux soins par un paiement direct au niveau des formations sanitaires. Des fonds d'envergure restreinte financés généralement à travers le budget de l'État, cofinancent un fonds d'assurance obligatoire pour certaines catégories de fonctionnaires de l'État (c'est le cas des enseignants et des agents de police, etc.). La population la plus solvable du secteur informel tente de s'organiser à travers des mutuelles de santé volontaires, qui jouent le rôle de collecteur, et pour certains, négocient l'achat du paquet de services à travers des structures d'appui aux mutuelles. D'autres mutuelles jouent à la fois le rôle de collecteur de fonds et d'acheteur. Ce système de mutuelles sur affiliation volontaire existe depuis les années 1980, mais son développement reste embryonnaire. En effet, en dépit de l'environnement très difficile dans lequel évoluent les mutuelles de santé, bon nombre d'entre elles présentent des résultats satisfaisants [23]. Enfin, dans le secteur formel privé, la loi impose aux entreprises de prendre en charge les soins de santé des employeurs et des membres de leurs familles. Ainsi trois cas de figure sont observés pour ce segment de la population : 1) les ressources mises en commun au niveau de l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) ne couvrent que les prestations liées aux maladies professionnelles et accidents de travail ; 2) certains employeurs et employés souscrivent des assurances maladies ou signent des conventions avec des structures de prestation des soins (telles que la Société Nationale d'Assurance, SONAS) ; et 3) certaines entreprises organisent elles-mêmes l'offre de soins ([Figure 5figure-5](#)).

### **1.3 Achat**

Globalement, l'achat, dans le secteur de la santé, consiste en l'allocation des fonds aux prestataires des services de soins de santé au bénéfice de la population. L'achat peut se faire à travers les fonds mis en commun, ou via le paiement direct [[1. McIntyre D., F. Meheus, et J. A. Rottingen. « What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? » \*Health Econ. Policy Law\* 2017, 12: 125-137.](#)

[1, 28](#)].

Le volume des subventions destinées aux formations sanitaires reste marginal, tant du point de vue du budget de l'État, que de celui du total des ressources des formations sanitaires. Plusieurs études ont montré que les frais des usagers représentaient jusqu'à 90 % des frais de fonctionnement des formations sanitaires (Hôpitaux Généraux de Référence et Centres de Santé).

Les formations sanitaires se rémunèrent alors principalement à partir des paiements directs des usagers, déboursés au moment de l'utilisation des services, en plus des subventions provenant du budget de l'État ou d'autres sources de financement.

En plus des paiements directs, des mécanismes assurantiels (communautaires ou obligatoires) couvrent une partie infime de la population. Certaines entreprises, principalement à Kinshasa et dans les grandes villes, assurent le paiement des services à l'acte, au nom de leurs employés. Certains partenaires pratiquent aussi l'appui forfaitaire, sans que ce dernier soit quantifié de manière précise. Le financement par intrants est pratiqué par le secteur public et les partenaires de l'aide extérieure de manière systématique (pour les médicaments principalement). Avec ces partenaires techniques et financiers, le Ministère de la Santé Publique met en œuvre plusieurs régimes d'achat des prestations.

La présence de ces régimes de financement sans cohérence entre eux et parfois sans transparence, crée des distorsions dans le système, et ne permet pas d'envisager l'achat adéquat d'un paquet de services prédéfini par niveau. L'enchevêtrement de plusieurs mécanismes de paiements (paiement direct, appui forfaitaire marginal, achat des prestations, bonus lié à la performance, intrants, et appui multiforme extérieur), sans stratégie d'achat cohérente à l'échelle du pays, est source de fortes disparités, mais aussi d'inefficience dans le financement de la santé.

Le secteur public, à travers le Budget de l'État, ainsi que la plupart des subventions provenant des partenaires, assurent un financement aux formations sanitaires publiques ou sous contrat, sous forme de « transferts forfaitaires » (généralement en fonction du nombre de lits). Il s'agit de l'achat passif, qui est le mode de financement que l'on observe généralement en RDC. Ce mode de financement alloue des ressources sur la base de normes ne tenant souvent pas compte des besoins réels des structures, avec peu ou pas de sélection des prestataires, et sans prise en compte réelle du monitoring de la qualité.

## **CHAPITRE 2 : VISION, PRINCIPES ET FONCTIONS DU SYSTÈME DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ**

Dans ce chapitre sont développés les éléments relatifs à la vision, aux principes et aux fonctions du système de financement de la santé.

### ***2.1 Vision***

Pour garantir le bien-être socio-économique de la population, la République démocratique du Congo est résolument engagée à mettre en place un système de Couverture Sanitaire Universelle (CSU). La CSU consistera à développer de manière progressive un paquet de services de qualité accessibles à l'ensemble de la population et répondant à ses besoins réels. Ce système veillera également à assurer une protection financière et sociale à la population en vue de réduire le risque d'appauvrissement pour cause de maladie. Conformément à la politique nationale de santé fondée sur les « soins de santé primaires », le système envisagé sera basé sur la transparence, la redevabilité et la participation communautaire. À ce système, seront joints des mécanismes de contrôle à tous les niveaux.

### ***2.2 Principes du système de financement***

La Stratégie de financement de la Santé trouve son fondement dans l'article 47 de la Constitution du 18 février 2006, qui dispose que « **le droit à la santé** et à la sécurité alimentaire est garanti » [33]. Ainsi, les principes suivants sous-tendent la mise en œuvre de cette Stratégie de financement, notamment :

**L'universalité** : tous les citoyens de la RDC ont les mêmes droits d'accès aux soins, sans discrimination par rapport au statut socio-économique ;

**La solidarité nationale** : la contribution de tous, à savoir la population active du secteur formel et informel, excepté les indigents, permet de garantir l'équité et la mutualisation généralisée du risque maladie notamment entre les bien-portants et les malades ;

**La décentralisation** : le système national de Couverture Sanitaire Universelle est décentralisé, proche des communautés et des prestataires de soins de santé. L'autonomie des systèmes décentralisés de couverture sanitaire est assurée à chaque niveau (national, provincial ou local) ;

**La complémentarité et la spécificité** : dans la mise en commun des ressources financières, et même concernant les financements qui ne sont pas encore mis en commun, il faut prévoir des mécanismes pour atténuer les effets du cloisonnement de certains financements ;

**L'équité dans le financement** : le système de la Couverture Sanitaire Universelle prévoit et repose sur le transfert des ressources des plus riches vers les plus pauvres et les plus vulnérables, afin d'éliminer les barrières financières à l'accès aux soins ;

**La protection financière** : le paquet de services de la CSU doit être offert à tous sans exception, et les usagers ne doivent pas être appauvris du fait de l'utilisation des services de santé. Ils ne doivent pas non plus être contraints de ne pas recourir aux services de santé pour préserver leur bien-être économique ;

**L'équité en matière d'accès et d'utilisation** : les ressources et services de santé doivent être répartis en fonction des besoins de la population pour réduire les inégalités géographiques et de revenu ;

**L'efficience** : il convient de réduire les sources d'inefficience technique et allocative, pour optimiser les ressources disponibles dans le secteur. D'un point de vue institutionnel et organisationnel, la recherche de l'efficience vise à réduire les chevauchements et les doublons ;

**La redevabilité** : les services et pouvoirs publics sont dans l'obligation de rendre des comptes de manière régulière à la population, et de respecter les droits de cette dernière, en particulier le droit à l'information.

### ***2.3 Fonctions d'un système de financement de la santé***

Le système de financement de la santé repose sur quatre fonctions essentielles, telles que reprises dans le Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en 2010 [34], à savoir :

**La mobilisation des ressources** : elle consiste à collecter des fonds, qui peuvent provenir de différentes sources ;

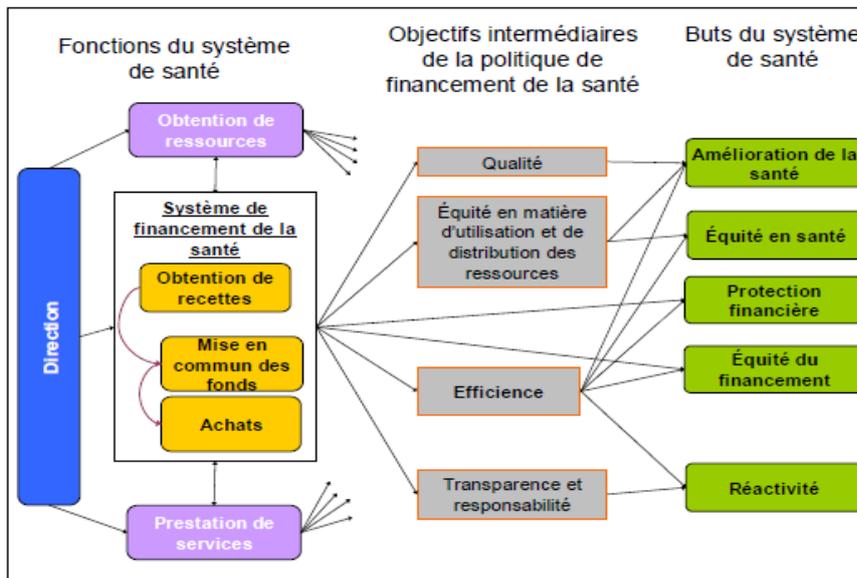
**La mise en commun des ressources** : elle permet de lutter contre le gaspillage, et favorise le partage des risques entre différents âges et niveaux économiques, ainsi qu'entre les personnes malades et non malades ; pour garantir la protection financière et la mutualisation du risque maladie ;

**L'allocation équitable des ressources / l'achat stratégique** : ils peuvent être appréhendés selon l'optique de l'offre ou de la demande, et consistent à utiliser les ressources mises en commun, pour l'achat de la prestation de services répondant aux besoins de la population ;

Outre ces trois fonctions, il convient de relever l'importance de la mise en place d'un mécanisme de régulation de l'ensemble du système, afin d'assurer l'équité de l'ensemble du système de financement de la santé.

La ~~Figure 4~~ [figure-4](#) résume les fonctions d'un système de santé, les objectifs intermédiaires d'une politique de financement de la santé, et leurs relations avec les buts du système de santé.

**Figure 4 : Fonctions d'un système de santé, objectifs d'une politique de financement de la santé, et relations avec les objectifs du système de santé**



Source : OMS, *Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs*, 2011.

#### **2.4 Aspirations à moyen et long terme pour atteindre la CSU**

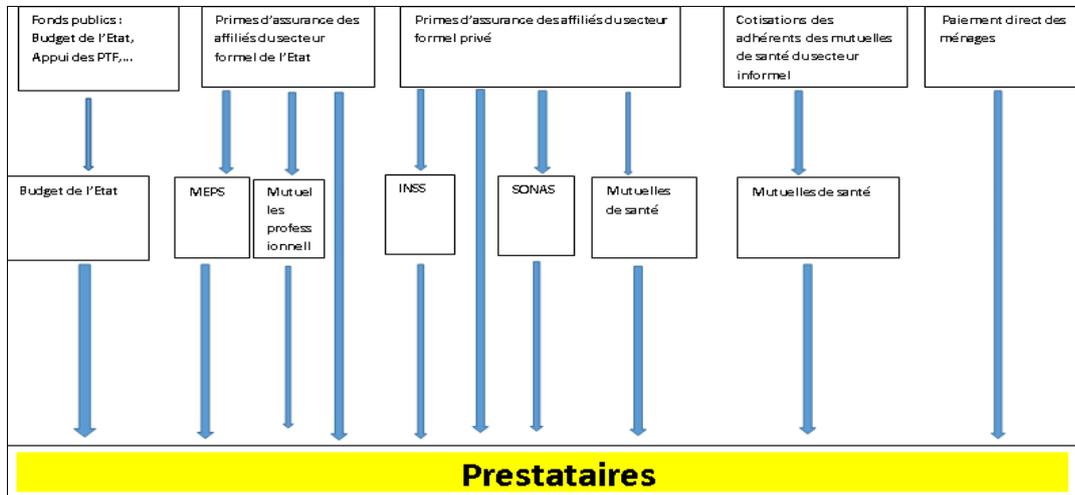
La Stratégie de financement , à long terme, la mise en place d'un Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) en RDC afin de réduire la fragmentation observée au niveau de la mise en commun des ressources. La mise en place du FNSS se fera de manière progressive, puisque de nombreux prérequis institutionnels, financiers, et relatifs au système de santé, seront nécessaires à sa mise en place. Nous citerons, entre autres, la compatibilité avec le cadre juridique et institutionnel existant, le besoin en ressources pour sa mise en place, et les questions de viabilité financière du Fonds.

**La stratégie prévoit donc une étape intermédiaire, au cours de laquelle il s'agira de bâtir sur ce qui existe déjà.** Cela permettra d'étendre la couverture aux populations non encore couvertes, de mettre en place ou de renforcer les mécanismes de mobilisation, de mise en commun, et d'achat de services, dans la perspective de leur fusion à plus long terme. Les trois schémas suivants présentent respectivement l'architecture prévue à moyen et long terme.

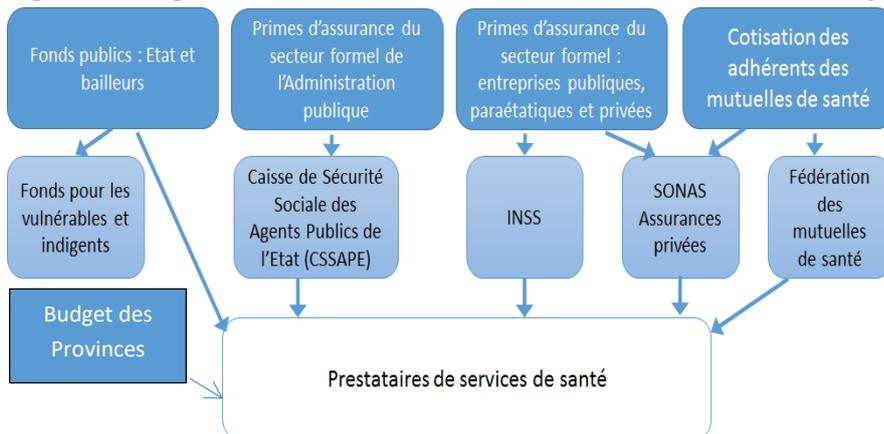
**La mise en commun des ressources et l'achat de services se fera de manière progressive.** À moyen terme, le système reposera sur l'État, les bailleurs de fonds, et les cotisations du secteur public et privé, ainsi que du secteur informel, organisé en mutuelles pour la mobilisation des ressources. La mise en commun se fera par la Caisse de Sécurité Sociale des Agents Publics de l'État (CSSAPE), l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS), le Fonds National pour les vulnérables et indigents, et la Fédération des mutuelles, la Société Nationale d'Assurance (SONAS) et les assurances privées.

À très long terme, le FNSS assurera l'ensemble de la mise en commun au niveau national. Le Bureau Provincial du FNSS sera la structure décentralisée dans les provinces ([Figure 6](#)).

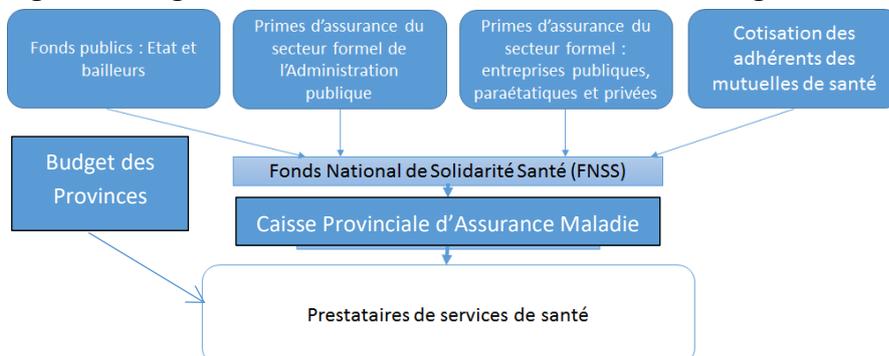
**Figure 5 : Organisation actuelle du financement de la santé**



**Figure 6 : Organisation du financement de la santé à court et moyen terme**



**Figure 7 : Organisation du financement de la santé à long terme**



## **CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DE LA STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ**

L'objectif général de la Stratégie de financement de la Santé est de contribuer à la mise en œuvre des approches et mécanismes de financement susceptibles d'améliorer la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) de la population, conformément aux prescrits du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020

Ce chapitre présente les priorités établies sur la base des défis identifiés pour chacune des fonctions du système de financement de la santé, telles que relevées dans le chapitre 2. Ainsi, dans les cinq premières années de sa mise en œuvre, la stratégie de financement se concentrera sur des actions visant à l'accroissement des ressources financières disponibles pour le secteur de la santé, notamment celles provenant des sources publiques. Un intérêt sera également porté sur des actions visant à réduire la fragmentation du financement de la santé, pour une prise en charge plus large et équitable. La réduction des barrières financières à l'accès à des services de santé de qualité sera également abordée comme une priorité de cette stratégie de financement. Enfin, dans la recherche des gains d'efficience et de plus de rationalité dans le financement de la santé, la stratégie de financement compte mettre en œuvre des actions visant à optimiser l'utilisation des ressources dans le secteur. Le [Tableau 7](#) résume les priorités de la stratégie de financement :

**Tableau 7 : Priorités et objectifs de la stratégie de financement de la santé pour les cinq premières années**

	<b>Défis du financement de la santé</b>	<b>Priorités de la Stratégie de Financement de la Santé</b>	<b>Objectifs</b>
1	<p>Faible priorité accordée au secteur en RDC. En 2014-2015, allocation modeste du budget public au secteur de la santé (4 % seulement) en comparaison avec d'autres pays</p> <p>Les dépenses de l'État ne représentent que 14 % des dépenses totales de santé, laissant la majorité des dépenses à la charge des ménages (problème d'équité) et des bailleurs (problème de durabilité et d'alignement avec les priorités du pays)</p>	Mobilisation de ressources suffisantes et durables pour le financement de l'offre et de la demande de services de santé	<p>Accroître les ressources financières disponibles pour le secteur de la santé dans le budget de l'État (jusqu'à 10 %)</p> <p>Mobiliser l'aide au développement pour les actions prioritaires</p> <p>Allouer les ressources en priorité aux structures sanitaires du niveau provincial</p> <p>Aligner l'aide au développement sur les priorités du gouvernement</p> <p>Harmoniser l'aide au développement</p> <p>Mobiliser des financements innovants pour la santé</p>
2	Faible proportion (4 %) de la population couverte par un mécanisme de partage des risques liés à la maladie	Réduction de la fragmentation du financement de la santé pour une prise en charge plus large et équitable	Accélérer le processus de décentralisation fiscale

	Fragmentation des mécanismes de mise en commun existants		Créer un fonds pour la mise en commun des ressources
	Mécanismes de mise en commun dans le secteur formel peu développés et fragmentés		Assurer la protection financière du secteur informel
3	Plus de 90 % des dépenses de santé des ménages sont réalisées par le biais de paiements directs	Réduction des barrières financières à l'accès à des services de santé de qualité	Rationaliser la mise en commun des ressources pour le secteur formel
	Les inégalités entre riches et pauvres dans l'accès aux services persistent		Améliorer l'efficacité dans le financement du fonctionnement des formations sanitaires
	L'accès à des soins de santé de qualité est insuffisant du fait de la faiblesse de la couverture sanitaire et du mode de paiement pratiqué		Subventionner l'accès aux services et soins de santé pour les pauvres et indigents via un Fonds d'équité
			Stimuler la demande de services de santé auprès des populations vulnérables via des transferts conditionnés
			Accroître la couverture maladie de la population dans les Zones de Santé
4	La gestion des recettes dans les formations sanitaires (FOSA) est faiblement encadrée et peu transparente	Optimisation de l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé	Réduire les inégalités d'accès dans l'utilisation des services par une catégorisation des Zones de Santé
	Coexistence de plusieurs modes de tarification	Rationalisation des systèmes de gestion	Améliorer l'exécution du budget santé et la gestion des finances publiques
	Prépondérance des dépenses en personnel, qui représentent 80 % des dépenses courantes		Améliorer l'efficacité allocative
	Faible volume des subventions accordées aux formations sanitaires		Améliorer l'efficacité dans le paiement des prestataires
	La part élevée des subventions accordées aux hôpitaux au détriment des structures de premier contact (Centre de Santé)		Encadrer la gestion des ressources financières dans les formations sanitaires publiques
	Faible exécution du budget de l'État		Renforcer les capacités des structures en matière de financement de la santé
	Fragmentation du financement sur ressources extérieures		Améliorer le financement de l'offre de médicaments et vaccins, ainsi que les chaînes d'approvisionnement sur ressources propres
			Améliorer la disponibilité et la qualité des données sur le financement de la santé
			Appuyer la mise en œuvre et de la stratégie de financement

## **CHAPITRE 4 : PLAN D'ACTION DE LA STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ**

### ***4.1 Priorité 1 : Mobilisation de ressources suffisantes et durables pour le financement de l'offre et de la demande de services de santé***

L'atteinte des objectifs assignés à cette priorité passe par les actions suivantes :

#### **4.1.1 L'utilisation d'outils de planification et de budgétisation**

En effet, la planification et la budgétisation du secteur public doivent non seulement viser à rationaliser et à hiérarchiser les ressources disponibles limitées, mais aussi, inévitablement, à répondre aux facteurs environnementaux internes et externes, tels que les besoins des bailleurs, les intérêts politiques, la planification et la budgétisation [35]. Les valeurs, comme outil de dialogue, ont quatre buts : i) instrument de plaidoyer et de négociation ; ii) instrument d'alignement des bailleurs ; iii) planification du terrain ; iv) base de données d'établissement des coûts pour extraire des données si nécessaire. Toutefois, cet outil a donné un budget fonctionnel minimum indicatif pour une Zone de Santé de 17,91 dollars par habitant et par an [9], ce qui est inférieur aux 86 dollars par habitant et par an nécessaires pour mettre en place la CSU [[1. McIntyre D., F. Meheus, et J. A. Rottingen. « What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? » \*Health Econ. Policy Law\* 2017, 12: 125-137.](#)

4, 10].

Pour réaliser un plaidoyer pour l'augmentation du budget public en faveur de la santé sur la base de preuves et de résultats, il faudra :

- i. Appuyer la révision du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) sectoriel, afin qu'il soit en phase avec le PNDS 2016-2020 et la cartographie (mise à jour) des financements sur ressources extérieures (mapping) ;
- ii. Élaborer et défendre un rapport annuel de performance présentant les progrès réalisés, les objectifs à atteindre, ainsi que les besoins en ressources pour les années à venir. Le Ministère de la Santé Publique (MSP) travaille sur ce point avec le Comité d'Orientation de la Réforme des Finances Publiques (COREF) / Ministère des Finances, dans le cadre de la mise en œuvre du pilier de la « Réforme budgétaire » du Plan Stratégique de la Réforme des Finances Publiques.

#### **4.1.2 Le plaidoyer pour l'alignement des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) sur les priorités du MSP et l'augmentation des allocations par l'État**

Il se fera par le biais d'un appui technique et financier à l'élaboration (ou à la finalisation) des documents de plaidoyer en rapport avec certaines priorités identifiées telles que la santé reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA) et la

nutrition ; c'est notamment le cas avec le cadre d'investissement du GFF, le Plan National Multisectoriel de Nutrition (PNMN), etc.

#### **4.1.3 L'augmentation des allocations destinées aux structures sanitaires au niveau provincial**

L'approche de la décentralisation politique, de la planification du secteur de la santé, de la budgétisation et de la gestion financière globale au niveau des provinces, devrait permettre l'atteinte de l'objectif poursuivi par cette activité, mais il est à noter que cela dépend des capacités organisationnelles des provinces et / ou des Zones de Santé, ainsi que de l'engagement des communautés [35, 36]. La redevabilité, dans la définition des priorités en matière de soins, revient aux Zones de Santé et aux partenaires opérationnels, quant à l'augmentation de budget, et non au niveau national [37-39]. Ainsi, lors des réunions de travail pour la préparation du budget de l'État, il convient de prévoir des séances au cours desquelles, il s'agira de revoir à la hausse les allocations faites en faveur des structures de soins au niveau provincial (Centres de Santé, CS) et Hôpitaux Généraux de Référence, HGR) ; et cela suivant des critères objectifs préalablement définis. Pour que le budget de l'État alloué à la santé puisse améliorer l'accès aux soins et même permettre d'atteindre la CSU, il faut qu'il soit fixé à 5% du PIB du pays [[1. McIntyre D., F. Meheus, et J.A. Rottingen. « What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? » \*Health Econ. Policy Law\* 2017, 12: 125-137.](#)

±, 10, 40].

#### **4.1.4 Les études de faisabilité sur l'augmentation de l'imposition de l'alcool et du tabac et sur d'autres financements innovants**

L'appui technique et financier visera à réaliser une étude dont les conclusions permettront d'avancer sur la question de l'accroissement des ressources disponibles (fléchées ou non vers la santé). Il s'agit également d'un appui technique et financier à la réalisation d'une étude visant, à terme, des options en faveur d'une mobilisation de ressources additionnelles à l'échelle nationale et provinciale (notamment une partie des montants des assurances motos et automobiles, contraventions routières, taxes perçues par l'État au titre de l'implantation des entreprises dans les régions, taxes touristiques, taxes sur les transferts d'argent, taxes sur les industries polluantes (chimique, cimenterie, etc.), et taxes sur les téléphones mobiles. Au terme de ces études, un plan d'action pour la mise en place de financements innovants sera élaboré et mis en œuvre. L'ensemble de ce processus est à placer sous le leadership du Ministère des Finances [41].

L'augmentation des impositions et / ou l'introduction d'une nouvelle fiscalité sur un produit précis de consommation, peut constituer une source de financement conséquent<sup>e</sup> [10]. C'est le cas du Gabon, qui mobilise des ressources pour financer la CSU à travers des taxes sur la téléphonie mobile et les transferts d'argent. Il faudrait cependant mettre en place un

organisme qui rassemblerait les fonds pour les mettre à la disposition des prestataires [42]. Le Ghana finance la CSU en grande partie à travers les fonds prélevés sur la TVA [40, 43].

#### **4.1.5 Transfert des compétences pour les salaires et la gestion des ressources humaines au niveau des provinces**

Le plaidoyer auprès de l'autorité compétente permettra d'accélérer la mise en œuvre de la décentralisation notamment le transfert des compétences et des ressources au niveau provincial. Il convient pour cela d'élaborer un document de plaidoyer dans ce sens. L'administration provinciale doit être installée dans le secteur de la santé, avec des responsabilités bien définies [35, 38, 39]. Le transfert de la gestion du salaire au niveau des provinces requiert des préalables dans la réforme de l'administration de la fonction publique [44].

#### **4.1.6 Sécuriser les fonds sur ressources propre destinés à la mise en œuvre du paquet de soins pour la CSU**

Cette action consistera à inscrire au budget sur ressources propres une ligne budgétaire destinée au financement du paquet de soins pour la CSU. Il s'agira de mener un plaidoyer auprès de l'autorité budgétaire afin de rendre prioritaire la dépense pour le financement du paquet de soins retenu dans le cadre de la CSU.

### ***4.2 Priorité 2 : Réduction de la fragmentation du financement de la santé pour une prise en charge plus large et équitable***

#### **4.2.1 Étude de faisabilité pour la mise en place du Fonds National de Solidarité Santé (FNSS)**

Cette activité consiste en un appui technique et financier pour mener une étude de faisabilité avec une estimation du coût, ainsi que l'identification des préalables sur le plan technique et administratif dans la mise en place du FNSS.

Le FNSS doit être une structure mettant en commun tous les fonds pour la protection sociale, à l'instar des fonds d'assurance nationale de la santé des autres pays comme le Ghana, la Tanzanie, et le Rwanda [43, 45, 46]. Il faudrait également, préalablement à cette étude, mettre à profit les expériences des autres travaux de mise œuvre de stratégies de financement pour la CSU. La littérature est assez éloquente en la matière, avec notamment les expériences du Ghana dans le cadre de la Caisse nationale d'assurance maladie (*National Health Insurance Fund, NHIF*), et l'expérience du Rwanda dans la mise en œuvre de la fédération des mutuelles. Compte tenu de la grandeur du pays, il faudra construire cette structure en fonction du contexte de la RDC, le mieux étant de placer cette structure dans chaque province en fonction de son contexte [47, 48].

#### **4.2.2 Concertation avec les parties prenantes pour identifier et préparer les modifications institutionnelles, afin de permettre la collecte des ressources liées à l'assurance maladie**

Cette activité se rapporte à une série de séances de concertation qui devront être menées par les autorités du MSP au sein du secteur, mais aussi avec les autres secteurs (Ministère du Plan, et Ministère de l'Emploi et de la Prévoyance Sociale) impliqués dans la réforme de la CSU. Ces concertations visent à harmoniser les vues sur les changements institutionnels à initier, et à mieux définir les rôles et responsabilités de chacune des parties prenantes dans le système de financement de la santé à mettre en place.

Fusheini, et al., 2016 [49] ont démontré, via une analyse des parties prenantes, qu'il faut une implication des politiques pour une meilleure implémentation des processus d'assurance sociale et / ou des collectes de fonds, à l'exemple du Gabon, où la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) constitue l'organe de mise en commun des fonds collectés, même s'il dispose en son sein de trois fonds différents. De plus, la CNAMGS est le seul organe versant des remboursements aux structures sanitaires. Il en va de même pour la Tanzanie, et / ou le Ghana et le Kenya. Cette structuration permet de limiter les effets de la fragmentation [43, 45, 45, 51].

#### **4.2.3 Mise en œuvre du Contrat Unique**

Le financement en commun exige une gouvernance et une transparence de toutes les parties, ainsi qu'une volonté politique significative de la part de l'État et des autorités politiques et sanitaires provinciales et locales. Le financement en commun ne résout pas la dépendance à l'aide extérieure [32].

Cette action consistera à assurer le suivi et l'encadrement de la mise en œuvre du contrat unique afin de documenter le processus dans les provinces pilotes.

### ***4.3 Priorité 3 : Réduction des barrières financières à l'accès à des services de santé de qualité***

Pour réaliser cette priorité de réduction des barrières financières, divers mécanismes de financement peuvent être envisagés, au regard des preuves existantes. Il s'agit notamment du développement de mutuelles de santé et d'autres mécanismes d'assurance maladie, du subventionnement des soins à travers l'achat de prestations, des transferts monétaires, et de la création des fonds d'équité, d'une part, et des fonds de solidarité, d'autre part.

#### **4.3.1 Développement des mécanismes de subvention, de mise en commun et de remboursement**

Il s'agit de la mise en place de mécanismes permettant d'assurer, à terme, la protection financière, en considérant différents segments de la population, à savoir les personnes indigentes et vulnérables, les agents des services publics de l'État, et les agents privés œuvrant dans les secteurs formel et informel. Ainsi, cette action, qui constitue, pour ces

différents segments de la population susmentionnés, un premier pas vers la Couverture Sanitaire Universelle, prendra en compte les aspects suivants :

La prise en charge des indigents se fera à travers la Caisse de secours (équivalent d'un Fond d'indigence), créée au niveau du Secrétariat des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. Le financement de cette caisse provient du Budget de l'État et est exécuté via une mise à disposition des fonds (MAD). Les modalités pratiques d'exécution de cette dépense doivent se référer au Protocole National d'application de l'attestation d'indigence.

Pour les couches vulnérables de la population, il sera envisagé de réaliser un certain nombre d'études visant à faire ressortir les possibilités de financement du paquet de soins pour cette couche de la population, en se basant, entre autres, sur l'expérience des kits familiaux mis en œuvre avec l'Unicef.

Pour les agents des services publics de l'État, sous réserve de dispositions contraires contenues dans leur statut, une prime d'assurance sera introduite, alimentée par les lignes budgétaires existantes (produits pharmaceutiques, évacuation à l'étranger, etc.), ainsi que par un prélèvement à la source sur le salaire.

Pour les agents privés relevant du secteur formel, et informel organisé, il sera institué une assurance sociale au même titre que celle des fonctionnaires, et qui sera alimentée par des prélèvements sur salaires et les subventions des employeurs.

Enfin, en ce qui concerne le secteur informel non organisé, les efforts seront axés sur la promotion des mutuelles de santé. En effet, la loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité, conformément à l'article 123, point 4 de la Constitution du 18 février 2006, dans son chapitre 2, évoque la création et le développement de mutuelles de santé comme une sorte d'assurance maladie nationale visant à offrir aux population la possibilité d'accéder à des soins de santé de qualité à des prix décents [33]. Cette loi prévoit deux sortes de mutuelles : l'assurance maladie obligatoire (sociale) pour toute personne offrant la possibilité de rétention des cotisations à la source, et l'assurance maladie facultative (volontaire), pour les catégories de personnes dont les cotisations ne sauraient être retenues à la source. L'article 74 de la loi définit le type de mutuelles de santé suivant les centres d'intérêt des populations cibles :

- i. Cette activité consiste à organiser des séances de sensibilisation de la communauté au niveau des Zones de Santé, afin de susciter leur adhésion à la mutuelle. Parallèlement à la sensibilisation, des actions de promotion seront réalisées afin de soutenir, à travers des subventions à l'adhésion, les mutuelles communautaires qui seront créées (ou qui existent déjà) dans les Zones de Santé.
- ii. Il s'agit également d'assurer un appui technique visant le regroupement des mutuelles en fédération, afin de mutualiser les risques sur une base plus large, et assurer ainsi une meilleure couverture du risque maladie, ainsi qu'une plus grande viabilité financière.

- iii. Enfin, cette action vise à initier un projet pilote de mutuelle obligatoire dans quelques Zones de Santé, en vue de cerner un modèle de contribution obligatoire adapté au contexte du pays, et susceptible d'être mis à l'échelle pour contribuer au mécanisme d'assurance maladie qui sera mis en place dans le cadre de la CSU.

Il faudrait déterminer correctement la part d'allocations budgétaires de chaque partenaire dans le financement des soins de santé, à l'exemple du Rwanda [46]. Concrètement, il faudrait rédiger, avec la participation de toutes les parties prenantes, les dispositions législatives et administratives, ainsi que les règles et procédures, qui vont réguler le fonctionnement du système de financement mis en place. L'exemple du Ghana est assez instructif [43, 49-51]. De plus, il faudrait mettre en place un système de suivi des activités planifiées.

#### **4.3.2 Développer des actions correctives sur la base de l'étude sur l'équité dans l'utilisation des services de santé et la protection financière**

Il s'agit d'un appui à la mise en œuvre des recommandations de cette étude auprès des décideurs politiques et de toutes les parties prenantes à l'action sanitaire, d'élaborer un plan de mise en œuvre des recommandations de cette étude, et d'assurer le suivi de cette mise en œuvre. L'appui à la mise en œuvre de ce plan d'action fera également l'objet d'un plaidoyer.

Il est nécessaire que le design de cette étude soit de type quasi-expérimental et / ou expérimental, afin de produire des résultats présentant un niveau probant élevé, permettant ainsi de tirer des conclusions généralisables [34]. Toutefois, une revue réalisée par Umeh et Feeley en 2017 [52], démontre que les pauvres n'ont pas un accès équitable aux soins de santé dans les systèmes d'assurance maladie communautaires. Des plans flexibles de versements échelonnés, des primes subventionnées, et l'élimination du ticket modérateur, peuvent accroître l'inscription et l'utilisation des services de santé par les pauvres.

#### ***4.4 Priorité 4 : Optimisation de l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé***

##### **4.4.1 Déterminer les paquets de services à couvrir par les différents régimes de financement et assurer une complémentarité dans leur couverture**

Dans le cadre de l'achat stratégique, le MSP a défini deux paquets de services de base devant être couverts, et considérés comme étant à haut impact : il s'agit d'un paquet minimum d'activités (PMA) constitué de 22 prestations, et d'un paquet de 24 prestations d'un paquet complémentaire d'activités (PCA). Ces deux paquets couvrent essentiellement la SRMNEA. Une considération primordiale dans la définition de ces paquets restreints est la possibilité actuelle et la durabilité de leur financement. Les autres prestations jugées prioritaires par les autres régimes de financement, constitueront un paquet complémentaire à couvrir pour leurs bénéficiaires respectifs.

#### **4.4.2 Passer contrat avec toutes les formations sanitaires (publiques, confessionnelles et privées lucratives) intégrées dans la pyramide sanitaire et répondant à des critères minimaux de fonctionnalité et de qualité**

La passation de contrat dans le cadre de l'achat des prestations se fera avec au moins un Centre de Santé par aire de santé, et avec chaque hôpital général de référence. Dans le cadre de la complémentarité et de la synergie avec les autres régimes de financement, ces derniers peuvent assurer la couverture des formations sanitaires non prises en considération par l'approche d'achat des prestations, mais qu'ils ont accréditées. Le contrat entre l'acheteur et le prestataire précise les types de services pouvant être fournis aux bénéficiaires, les barèmes d'achat pour les services fournis, le mécanisme de paiement du fournisseur, ainsi que la qualité et les autres exigences de performance liées au service fourni (McIntyre, D., Global Forum for Health Research, June 2007). Pour s'assurer que les formations sanitaires retenues pour prendre en charge la population offrent des soins de qualité acceptable, l'évaluation de la qualité des soins prodigués est organisée périodiquement.

#### **4.4.3 Mettre à échelle l'approche d'achat des prestations, en quantité et en qualité, comme mécanisme de subvention des soins (formations sanitaires) ainsi que le financement de la performance des services de santé**

En 2017, près de quatre mille formations sanitaires ont bénéficié des subsides provenant de cette approche<sup>9</sup>. Elles sont localisées dans 19 divisions provinciales de la santé (DPS) et 207 Zones de Santé. Le Ministère de la Santé Publique prévoit une augmentation progressive de cette couverture en intégrant à très court terme la ville-province de Kinshasa<sup>10</sup>, et à moyen terme les six provinces restantes<sup>11</sup>.

Selon les modèles développés d'achat de prestations<sup>12</sup>, plusieurs dispositifs sont utilisés dans le cadre de cette approche, dont le but est essentiellement d'améliorer la qualité des services de santé offerts à la population et ainsi que leur utilisation. Il s'agit : i) des grilles de qualité des soins à utiliser lors de l'évaluation de la qualité des soins dans les centres et les hôpitaux ; ii) des plans de gestion permettant aux formations sanitaires d'identifier les stratégies d'amélioration de la qualité de soins et de l'utilisation des services ; iii) des unités d'investissement permettant aux formations sanitaires d'améliorer leurs conditions de

---

<sup>9</sup> 38 Zones de Santé sont couvertes par le projet sur financement de l'Union Européenne, et 169 Zones de Santé sont appuyées par le Projet de développement du système de santé (PDSS) (USAID, Fonds mondial, UNICEF, FNUAP, Banque mondiale, et GAVI) et le Projet d'urgence relatif à la violence sexuelle et basée sur le genre et la santé des femmes (PVSBG) (Banque mondiale).

<sup>10</sup> 9 Zones de Santé en 2018, pour arriver à 32 Zones de Santé en 2020. La spécificité, pour cette province, est que c'est le Gouvernement lui-même qui a pris le leadership du financement de l'approche.

<sup>11</sup> Il est probable que le MSP, avec l'appui de différents partenaires techniques et financiers, puisse arriver à couvrir toutes les divisions provinciales de la santé (DPS) à l'horizon 2021.

<sup>12</sup> Deux grands modèles sont mis en œuvre en RDC : le modèle mis en place dans les Zones de Santé couvertes par le projet financé par le Fonds Européen de développement (FED) et celui développé dans le cadre du PDSS.

fonctionnement au début de la mise en œuvre de l'approche ; iv) de l'outil d'indices<sup>13</sup>, ou du tableau d'émergence<sup>14</sup>, pour aider les formations sanitaires à mieux allouer les ressources disponibles par rapport aux besoins ; v) de l'utilisation des Agences de Contractualisation et de Vérification<sup>15</sup> pour la vérification quantitative des prestations ; vi) de la vérification communautaire, pour renforcer la voix de la population, en enregistrant son niveau de satisfaction ; et vii) du portail web du FBR ainsi que du DHIS2, comme outils pour une meilleure prise de décision dans le cadre de l'achat stratégique et pour une meilleure transparence quant aux financements octroyés aux formations sanitaires et quant aux performances des formations sanitaires.

À court terme, le MSP prévoit une harmonisation des différents modèles développés, pour qu'une seule approche soit mise à l'échelle dans tout le pays. Cette approche consensuelle intégrera tous les dispositifs considérés comme les plus efficaces.

En moyenne, trois dollars par habitant et par an sont nécessaires pour couvrir ces subsides, mais aussi pour la gestion de l'approche<sup>16</sup>. Cette approche a l'avantage d'être facile à combiner avec les autres mécanismes de financement : i) dans le Nord Kivu et la province du Kongo Central, une synergie entre l'achat des prestations et les mutuelles de santé a été développée<sup>17</sup>, et l'approche a pu être couplée avec le fonds pour le prérequis de la construction des Centres de Santé à moindre coût<sup>18</sup> ; ii) dans l'Équateur, avec la survenue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola, le MSP a pu rapidement instaurer la gratuité des soins en la couplant avec l'achat des prestations ; iii) grâce à l'utilisation du plan de gestion, l'utilisation des autres recettes (recouvrement des coûts, subventions forfaitaires, et dotations) des formations sanitaires devient plus rationnelle ; iv) en RDC, la tarification forfaitaire choisie par le MSP facilite la mise en œuvre de l'achat des prestations.

#### **4.4.4 Développer la synergie de l'approche de l'achat des prestations avec les autres mécanismes de financement (tarification forfaitaire, gratuité, mutuelles de santé et autres assurances maladies, financement passif par intrants)**

**Tableau 8 : avantages et désavantages des différents modes de paiement des prestataires**

Mécanismes de paiement	Avantages	Désavantages (risques)	Conditions de réussite	Moyens pour minimiser les risques

<sup>13</sup> PDSS et PVSBG.

<sup>14</sup> Projet d'appui au Plan national de développement sanitaire (PAPNDS) et Projet d'accélération des progrès vers les Objectifs du Millénaire pour le développement (PAP OMD).

<sup>15</sup> Les Établissements d'Utilité Publique ou Agences d'Achat de Performance.

<sup>16</sup> Boîte à outils du financement basé sur la performance.

<sup>17</sup> Un représentant des mutuelles de santé est membre du Conseil d'Administration de l'EUP, et la Mutuelle de Santé de Vuhovi a mis à disposition de l'EUP le fonds pour le remboursement des soins de ses membres et bénéficiaires.

<sup>18</sup> Le fonds mis à disposition par l'EUP FDSS a pu permettre d'équiper et de construire les Centres de Santé dans la Zone de Santé de Musienene, grâce à la participation de la formation sanitaire et de sa population.

	Prévisibilité Coûts de transaction faibles	Faible production Mauvaise qualité des soins Peu d'incitation à l'efficacité Comportement et productivité non liés à la performance Païement de personnels fictifs	Rationalisation des ressources humaines	Évaluation par les pairs (qualité des soins) Lier une partie du paiement à la performance Cibler les formations sanitaires
<b>Par capitation</b>	Incitation à l'efficacité technique Et pour les soins préventifs Coûts de transaction relativement faibles	Incitation pour une sous-prescription Sélection des patients à faible risque (aiguillage des patients vers d'autres prestataires)	Rationalisation des ressources humaines Connaissance du profil épidémiologique de chaque population Passation de contrats avec les formations sanitaires	Ajuster le paiement par rapport aux risques couverts Suivi et revue par les pairs Utilisation des référentiels Élargir le choix des prestataires par les patients
<b>Païement à l'acte</b>	Incitation à l'efficacité technique si les barèmes d'honoraires sont bien fixés	Incitation à la surprescription Escalade des coûts Coûts de transaction élevés	Rationalisation des ressources humaines Système de vérification très performant Existence de référentiels de prise en charge	Fixation d'un plafond Ajustement des barèmes pour rester dans le budget
<b>Allocation budgétaire</b>	Prévisibilité des dépenses Contrôle strict Coûts de transaction faibles	Incitations directes pour l'efficacité limitées à moins d'être liées à la performance Sous-production et transfert de coûts	Rationalisation des ressources humaines Complémentarité avec le paiement à la performance Régularité des paiements	Lier une partie du paiement à la performance Suivi et revue par les pairs
<b>Séjour</b>	Incitation à l'efficacité technique	Incitation à garder les patients ou à augmenter le nombre d'admissions	Rationalisation des ressources humaines Système de vérification très performant Existence de référentiels de prise en charge	Fixer un plafond Baisser les barèmes pour les long-séjours
<b>Tarifs forfaitaires subventionnés et / ou gratuité</b>	Prévisibilité des dépenses pour la population Accessibilité financière Équité plus importante si ciblée vers les plus nécessiteux	Incitation à sous-prescrire  Stigmatisation des bénéficiaires si irrégularité des financements	Rationalisation des ressources humaines Études de coûts Régularité du paiement des subsides Système de vérification de l'application des tarifs	Évaluation systématique de la qualité des soins (achat des prestations)  Mettre en place le fonds d'équité couplé avec l'achat des prestations
<b>Achat des prestations (avec</b>	Incitation forte pour l'efficacité	Imprévisibilité des dépenses	Rationalisation des ressources humaines	Mettre en place l'achat stratégique

<b>des groupes homogènes de pathologies)</b>		Coûts de transaction assez élevés Risque de sélection des patients à faible risque	Autonomie de gestion des formations sanitaires Systèmes de vérification et de gouvernance efficaces	en suivant le niveau d'utilisation et l'exécution budgétaire  Élargir les paquets de prestation à acheter
<b>Transferts conditionnels en espèces</b>	Amélioration de la demande des services préventifs Équité pour l'accès aux soins	Ciblage des bénéficiaires du transfert Coûts de transaction importants	Dynamique communautaire (relais communautaires fonctionnels) Système de vérification des prestations	Renforcer la vérification de l'effectivité des services auprès de la communauté
<b>Coupons</b>	Amélioration de la demande des services préventifs Équité pour l'accès aux soins	Ciblage des bénéficiaires du transfert Coûts de transaction importants	Existence d'une offre de services acceptable (améliorée par l'achat des prestations)	Utiliser les relais communautaires et des coupons uniques Combinaison avec le FBP communautaire et l'achat des prestations plus facile

Sources principales : Carrin and Hanvoravongchai, 2002; Kutzin, 2001.

#### Principaux enjeux de la fonction achat stratégique dans le cadre de la CSU

<b>Critères Achat stratégique</b>	<b>Équité</b>	<b>Efficienne</b>	<b>Durabilité (pérennité)</b>	<b>Faisabilité</b>
<b>Paquet de prestations</b>	Le paquet de prestations détermine l'étendue des subventions croisées, qui sont limitées aux services inclus dans le paquet Le paquet de prestations influence le degré de protection financière accordée aux ménages Le ticket modérateur limite l'équité dans l'accès aux soins	Le paquet de prestations peut avoir un effet négatif sur l'efficience allocative s'il ne cadre pas avec les besoins de la population et les priorités de santé publique Les prestataires du PMA comme filtre pour l'utilisation du PCA	Le paquet de prestations devrait être adapté à la disponibilité des ressources et doit être clairement défini Il y a un compromis entre ampleur (population) et profondeur (service) de la couverture	La faisabilité dépend de la convergence du paquet de prestations avec les besoins de la population (acceptabilité)
<b>Mécanismes de paiement</b>	Certains mécanismes de paiement peuvent encourager les prestataires à se concentrer sur les personnes en bonne santé et riches	Un mécanisme de paiement peut avoir un impact profond sur l'efficience technique Un petit nombre de gros acheteurs (mise	Le choix du mécanisme de paiement peut influencer la prévisibilité des dépenses et la capacité à contenir	Les fournisseurs sont susceptibles de s'opposer aux mécanismes qui limitent leurs revenus

		en commun large) peut négocier plus efficacement avec les prestataires	les coûts	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------	-----------	--

#### **4.4.5 Mettre en œuvre les recommandations des études portant sur la gestion des finances publiques en santé**

Plusieurs études (Revue des dépenses publiques, PEMFAR, étude sur la gestion des finances publiques) ont été menées et ont mis l'accent sur les lacunes en matière de gestion des finances publiques, tant au niveau de la préparation du budget que de son exécution. Un plan de mise en œuvre des recommandations de ces études sera développé afin d'améliorer la gestion des finances publiques, dégageant ainsi de l'espace budgétaire pour le secteur, et instaurant davantage de confiance tant pour les bailleurs que pour le Ministère du Budget.

#### **4.4.6 Accroître les transferts vers les provinces dans le contexte de la décentralisation**

Il s'agit, comme cela a été soulevé dans la priorité 2 d'une action de plaidoyer à l'endroit des parties prenantes impliquées dans ce volet de la décentralisation (Ministère du Budget, Ministère des Finances, Gouvernorat de province) en vue d'obtenir un accroissement du niveau des ressources transférées en province.

Ceci permettra de renforcer l'autonomie des provinces et rapprocherait les gouvernés des gouvernants pour éviter la dépendance au pouvoir central [56]. Mais cela ne prouve pas que les indicateurs de santé s'amélioreront.

#### **4.4.7 Accroître la part du budget santé allouée aux soins de santé primaires et à la prévention**

Cette action consistera à prioriser, dès la planification, les activités de soins de santé primaires, afin qu'elles puissent bénéficier de plus de ressources dans le budget. Cela pourra être réalisé à travers les appuis à l'élaboration des Plans d'Action Opérationnels (PAO) au niveau provincial, et à la préparation du budget.

#### **4.4.8 Mettre en œuvre la tarification forfaitaire**

La tarification requiert la subvention d'une partie des frais de soins des patients. Stasse et al., 2016 [57], ont rapporté l'expérience de Kisantu, et signalent qu'une partie des frais des soins de santé peut être payée par les bailleurs des fonds extérieurs, et démontrent dans la même étude l'obtention d'un effet bénéfique sur la protection financière de la population couverte. Cependant, le travail réalisé par Maini et al., 2014 [57], a montré à travers une analyse économique correctement menée, que la subvention des frais d'utilisation peut accroître l'utilisation des services à court terme, et qu'il n'y aurait aucun effet à long terme[42]. Cette stratégie n'est pas équitable car une frange des groupes de population les plus vulnérables n'aurait toujours pas de protection financière [57, 59].

Cette action passe par l'élaboration d'un guide pour la mise en place d'une tarification forfaitaire, et l'actualisation des textes réglementaires destinés à encadrer celle-ci.

#### **4.4.9 Actualiser les mesures réglementaires sur l'autonomie de gestion des formations sanitaires publiques**

Cette action vise à régler le problème de la perception des honoraires et de l'utilisation des recettes et autres ressources des hôpitaux et services de santé publics, et à améliorer la transparence dans la gestion financière. Elle procèdera à un appui technique pour le recensement des textes réglementaires régissant ce domaine et l'actualisation (et / ou la rédaction de nouveaux textes réglementaires), ainsi que l'informatisation de la gestion de ces structures.

#### **4.4.10 Améliorer la distribution géographique et rationnelle des ressources humaines pour la santé (RHS)**

Il existe très peu de données probantes dans ce domaine, et il convient de mener des études sur les ressources humaines. Néanmoins, certains travaux indiquent que la réalisation de la CSU doit dépendre non seulement de la disponibilité d'un nombre suffisant d'agents de santé, mais aussi de la répartition, de la qualité et de la performance du personnel de santé disponible [60].

Cette action passe par la mise en place de mesures incitatives (primes ou autres avantages) afin d'inciter le personnel à travailler en milieu rural. Elle doit toutefois être accompagnée par une assistance technique dans la formulation d'un plan social à l'attention du personnel pléthorique qui subsisterait après la redistribution géographique et la rationalisation des RHS. La mise en œuvre de la réforme de la fonction publique, avec la mise à la retraite des personnes éligibles au sein du Ministère de la Santé, permettra également une gestion plus rationnelle des RHS.

#### **4.4.11 Améliorer les compétences en financement de la santé, planification et budgétisation**

Cette action consiste à assurer la formation, la mise à disposition des outils de travail aux cadres du niveau national et provincial, sur les thématiques évoquées ci-dessus.

#### **4.4.12 Réaliser les Comptes Nationaux de la santé**

Dans le cadre de l'institutionnalisation des Comptes Nationaux, cette action consiste à réaliser les Comptes de la santé de manière annuelle, à élaborer un plan de mise en œuvre des recommandations issues du rapport des comptes nationaux de la santé, et à assurer le suivi de la mise en œuvre.

#### **4.4.13 Actualiser la revue des dépenses publiques**

Cette action consiste à mettre à jour les recommandations de la dernière revue des dépenses publique dans le secteur, et à assurer la réalisation périodique des revues des dépenses publiques.

#### **4.4.14 Mettre en place des réformes transversales**

Cette action consiste à finaliser le processus de la réforme du financement de la santé via la restructuration de la Cellule d'Appui et de Gestion Financière (CAGF), la mise en place de la Cellule de Gestion des Marchés Publics (CGMP), l'actualisation et la vulgarisation du manuel des procédures administratives et financières, le renforcement des capacités des bureaux de « gestion des ressources » dans les provinces, et la mise en place de la Direction administrative et financière (DAF). D'autres réformes sont en cours, dont la réforme de l'Administration Publique, la réforme des niveaux central et intermédiaire, la réforme des Finances Publiques, etc.

#### **4.4.15 Renforcer la coordination dans la mise en œuvre de la Stratégie de financement**

Cette action consiste à améliorer le mécanisme de coordination dans la mise en œuvre.

Le cadre d'action présenté en annexe de ce document pose les premiers jalons vers la CSU. Pour chaque priorité du financement de la santé, il vise à identifier les actions à entreprendre afin de progresser vers l'atteinte des objectifs.

Ceci permettra de renforcer l'autonomie des provinces et rapprocherait les gouvernés des gouvernants pour éviter la dépendance au pouvoir central [61]. Mais cela ne prouve pas que les indicateurs de santé s'amélioreront.

## **CHAPITRE 5 : SUIVI ET ÉVALUATION**

### ***5.1 Dispositif institutionnel***

La participation de tous les acteurs et l'amélioration du système de santé dans son ensemble sont autant d'éléments essentiels pour s'acheminer vers la Couverture Sanitaire Universelle, selon une approche multisectorielle. De ce fait, plusieurs ministères techniques et institutions impliqués sont chargés de mener des interventions diverses dans le cadre de la mise en œuvre de la présente stratégie de financement de la santé. Ces acteurs sont i) la Primature ; ii) le ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale ; iii) le ministère des Finances ; iv) le ministère du Budget ; v) le ministère des Affaires sociales ; vi) le ministère de la Santé ; vii) le ministère de l'Enseignement supérieur et universitaire et les autres ministères techniques ; viii) le secteur privé ; ix) la société civile ; et x) les Partenaires Techniques et Financiers :

- La Primature est chargée de coordonner l'ensemble du processus et d'organiser la plateforme ;
- Le ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale veille à la synergie des interventions entre la Stratégie de financement et la politique nationale de protection sociale ;
- Le ministère des Finances est chargé de mobiliser des ressources additionnelles, d'améliorer la gestion des finances publiques, et d'améliorer la collecte des impôts. Il intervient aussi dans l'ordonnancement des ressources du Budget de l'État. Il devra par conséquent accompagner le ministère de la Santé en matière de décaissement, et dans l'amélioration de la gestion des ressources mises à sa disposition par le Gouvernement et ses principaux bailleurs ;
- Le ministère du Budget a la responsabilité de préparer le budget de l'État et d'assurer la répartition des ressources entre les différentes entités bénéficiaires. Il veille à la bonne exécution du budget de l'État. Pour ce faire, il devra contribuer à l'identification des priorités des différents secteurs ;
- Le ministère de la Santé assure la régulation du secteur et organise l'offre de services. L'organisation et la gestion de l'offre de soins sera faite également dans le cadre de la décentralisation sanitaire. Il assure également le suivi et l'évaluation ;
- Le ministère des Affaires Sociales est chargé de la mise en commun des ressources et de l'achat des services, notamment pour les indigents ; mais aussi de veiller à avoir les ressources humaines nécessaires pour une politique efficace (et émancipatrice) de prise en charge des indigents : il faut donc des cadres formés en matière d'assistance sociale. Aujourd'hui, dans les Zones de Santé, il y a des services de santé, même au niveau communautaire, mais il n'y a pas de services sociaux, ce qui va tout à fait à l'encontre de la définition globale de la santé ;

- Les autres ministères connexes appuient et accompagnent la mise en œuvre de la Stratégie, chacun selon son domaine de compétence. Ils devront être impliqués dès la préparation, dans la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la stratégie de financement, en vue de son appropriation par les différentes autorités gouvernementales et l’alignement des priorités aux allocations du budget de l’État consacré à la santé ;
- Le secteur privé participe à la mise en commun des fonds à travers son réseau d’assurances et de mutuelles. Il fournit également des prestations via les formations sanitaires à but lucratif et non lucratif, selon les clauses des conventions établies avec l’État ;
- La société civile aura un rôle à jouer dans la mobilisation des ressources, l’appui à l’offre de soins et aux initiatives locales de santé en vue d’un meilleur accès des populations aux soins et services offerts, et la vérification communautaire de l’effectivité des soins et de la collecte de la satisfaction des usagers ;
- Les partenaires appuient techniquement et financièrement le processus conformément à la présente stratégie. Ils aident le ministère de la Santé Publique à mieux coordonner les interventions, notamment en matière de planification, de pilotage, de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

## ***5.2 Mécanismes de Suivi et évaluation de la Stratégie de financement de la Santé***

La stratégie de financement de la santé fera l’objet d’un suivi et d’une évaluation conjoints avec toutes les parties prenantes. Ce suivi est mis en place pour analyser l’évolution de la mobilisation des ressources et la réduction de la charge des ménages dans leur quête de soins, il portera sur la contribution des différentes sources de financement de la santé, notamment l’État, les partenaires techniques et financiers, les ménages, et les entités privées. Un aspect particulier de ce suivi portera sur l’évolution du volume global de financement et les changements dans la structure du financement de la santé par source de financement.

Le mécanisme de suivi et évaluation de la Stratégie de financement de la Santé fait partie intégrante du Cadre de suivi et évaluation du PNDS 2016-2020 :

- La Direction des Études et de la Planification assure la coordination technique du processus de suivi-évaluation de la Stratégie de financement.
- Le Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé (CNP SS), à travers la Commission pour le Financement et la Couverture Sanitaire Universelle et les Comités Provinciaux de Pilotage du Secteur de la Santé (CPP-SS), constitue l’instance suprême de prise de décision du processus de suivi-évaluation de la Stratégie. Il est chargé de valider les différents rapports de suivi et d’évaluation et d’orienter les décisions dans le processus de mise en œuvre. Les rapports de suivi-évaluation

présentent les progrès réalisés au regard des indicateurs retenus, les difficultés et contraintes rencontrées, ainsi que les recommandations en vue d'améliorer la performance.

- Le Président du CNP-SS étant membre du Comité Interministériel de Protection Sociale, il fera régulièrement rapport à ce Comité sur la mise en œuvre de la Stratégie, en vue d'une large diffusion auprès des acteurs impliqués.

Le suivi-évaluation de la Stratégie de financement portera sur une liste d'indicateurs dont les valeurs seront collectées à travers le suivi de routine, les revues sectorielles, les évaluations indépendantes, l'analyse des états de suivi budgétaire, les rapports et les enquêtes sur les dépenses de santé ([Tableau 9](#) ~~tableau 9~~).

**Tableau 9 : Indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie de financement de la Santé**

	Indicateurs	Valeur de base (2014)	Valeur cible (2021)	Source
1	Dépenses Totales de Santé en % du PIB*	7,8 %	9 %	CNS
2	Dépenses Publiques de santé en % des Dépenses Totales de santé*	14,6 %	18 %	CNS
3	Dépenses Publique de santé en % des Dépenses Totales du Gouvernement*	5,4 %	12 %	CNS
4	Ressources extérieures en santé en % des dépenses Totales de Santé*	39,3 %	39,5 %	CNS
5	Paiements directs en % des Dépenses Totales de Santé*	38 %	26 %	CNS
6	Dépenses Totales de Santé par habitant en dollars*	21,0 \$	30 \$	CNS
7	% de la population encourant des dépenses catastrophiques	19 % (2012)	10 %	Enquête 1-2-3
8	Taux d'exécution du budget de l'État pour la Santé	61 % (2015)	80 %	État de suivi budgétaire (ESB)
9	Pourcentage de l'aide au développement pour la santé inscrit au budget de l'État	39 %	85 %	ESB
10	Taux de croissance des dépenses nationales divisé par la croissance des dépenses extérieures pour tous les services de santé	-		Calcul sur la base des ESB
11	Pourcentage des dépenses courantes de santé consacrées aux soins de santé primaires	-	70 %	Calcul sur la base des ESB

\*Source : Rapport des comptes nationaux de la santé, exercice 2014.

### 5.3 Budget indicatif (en dollars)

Priorités/Action	An 1	An 2	An 3	An 4	An 5	Total sur 5 ans
<b>Priorité 1 : Accroître les ressources financières disponibles pour le secteur de la santé.</b>	1 644 700	1 626 200	1 706 200	1 603 200	1 576 200	8 156 500
Utilisation d'outils de planification et budgétisation pour réaliser un plaidoyer pour l'augmentation du budget public en faveur de la santé	1 532 700	1 472 700	1 532 700	1 472 700	1 532 700	7 543 500
Plaidoyer pour l'augmentation des ressources externes sur les interventions prioritaires (ex: investment case)	67 000	21 000	21 000	21 000	21 000	151 000
Augmentation des allocations pour les structures sanitaires au niveau provincial	22 500	-	-	-	-	22 500
Réalisation des études de faisabilité sur l'augmentation de l'imposition de l'alcool et du tabac	-	110 000	-	87 000	-	197 000
Transfert des compétences pour les salaires et la gestion des ressources humaines au niveau des provinces	-	-	130 000	-	-	130 000
Distribution des intrants de planification familiale sous fonds domestiques	-	-	-	-	-	-
Sécurisation des fonds sur ressources propres destinés à la vaccination et à la prévention des maladies.	22 500	22 500	22 500	22 500	22 500	112 500
<b>Priorité 2 : Réduire la fragmentation du financement de la santé pour une prise en charge plus large et équitable</b>	72 280	444 000	312 000	312 000	312 000	1 452 280
Etude de faisabilité pour la mise en place du Fonds National de la Sécurité Sociale (FNSS).	25 000	-	-	-	-	25 000
Concertation avec les parties prenantes pour identifier et préparer les modifications institutionnelles pour permettre la collecte des ressources liées à l'assurance maladie	27 500	-	-	-	-	27 500
Mise en place du Contrat Unique	19 780	444 000	312 000	312 000	312 000	1 399 780
<b>Priorité 3 : Réduire les barrières financières à l'accès aux services de santé</b>	587 030 976	587 209 676	589 081 676	589 081 676	589 081 676	2 941 485 680
Définition des mécanismes de subvention, de mise en commun et de remboursement pour les indigents en coordination avec le Ministère de la Protection Sociale	293 511 238	293 604 838	294 540 838	294 540 838	294 540 838	1 470 738 590
Extension des mécanismes innovants de stimulation de la demande	-	-	-	-	-	-
Promotion des mutuelles de santé pilotes dans les zones de santé.	293 511 238	293 604 838	294 540 838	294 540 838	294 540 838	1 470 738 590
Développer des actions correctives sur la base de l'étude sur l'équité dans l'utilisation des services de santé et la protection financière	8 500	-	-	-	-	8 500
<b>Priorité 4 : Optimiser l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé</b>	2 761 450	2 706 100	2 673 600	1 065 300	1 065 300	10 271 750
Mettre en œuvre le financement basé sur les résultats dans la rémunération des prestataires (cliniques et administratifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire)	-	-	-	-	-	-
Mettre en œuvre les recommandations de l'étude sur la gestion des finances publiques en santé	9 500	-	-	-	-	9 500
Accroître la part du budget santé allouée au soins de santé primaires et à la prévention	-	-	-	-	-	-
Accroître les transferts aux provinces dans le contexte de la décentralisation	-	-	-	-	-	-
Accroître la part du budget santé allouée au soins de santé primaires et à la prévention	-	-	-	-	-	-
Mettre en œuvre la tarification forfaitaire	309 850	-	-	-	-	309 850
Actualiser les mesures réglementaires sur l'autonomie de gestion des formations sanitaires publiques.	-	6 500	-	-	-	6 500
Améliorer la distribution géographique et rationnelle des RHS	-	-	-	-	-	-
Améliorer les compétences en financement de la santé, planification et budgétisation	1 608 300	1 608 300	1 608 300	-	-	4 824 900
Réaliser les Comptes Nationaux de la santé	742 800	1 035 300	1 035 300	1 035 300	1 035 300	4 884 000
Actualiser la revue des dépenses publiques	-	26 000	-	-	-	26 000
Mettre en place des réformes transversales	-	-	-	-	-	-
Appuyer la mise en œuvre et de la stratégie de financement	91 000	30 000	30 000	30 000	30 000	211 000
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>591 509 406</b>	<b>591 985 976</b>	<b>593 773 476</b>	<b>592 062 176</b>	<b>592 035 176</b>	<b>2 961 366 210</b>

## **Références bibliographiques**

1. McIntyre D., F. Meheus, et J. A. Rottingen. « What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? » *Health Econ. Policy Law* 2017, 12: 125-137.
2. Kutzin, J. « A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. » *Health Policy* 2001, 56: 171-204.
3. Richard, V. [Funding for healthcare in sub-Saharan Africa--cost recovery]. *Med. Trop. (mars)* 2004, 64: 337-340.
4. Kutzin, J. « Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. » *Bull. World Health Organ.* 2013, 91: 602-611.
5. McIntyre, D. Enseignements tirés de l'expérience : le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus, Genève, 2007.
6. Ministère de la Santé Publique. *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle*. Disponible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/democratic\\_republic\\_of\\_congo/pnds\\_2016-2020\\_version\\_finale\\_29\\_avril\\_2016.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2016-2020_version_finale_29_avril_2016.pdf).
7. Ministère de la Santé Publique. *Stratégie de Renforcement du système de santé*, Kinshasa. 2010.
8. Ministère de la Santé Publique de la RDC / PNCNS. *Rapport des comptes de la santé 2013*, Kinshasa, mars 2015.
9. Rajan, D., H. Kalambay, M. Mossoko, D. Kwete, J. Bulakali, J. P. Lokonga, et al. « Health service planning contributes to policy dialogue around strengthening district health systems: an example from DR Congo 2008-2013. » *BMC Health Serv. Res.* 2014, 14: 522.
10. Meheus F., et D. McIntyre. « Fiscal space for domestic funding of health and other social services. » *Health Econ. Policy Law* 2017, 12: 159-177.
11. Gheorghe, A., A. Lipcan, C. Picanyol, N. Bricksi, T. Ngwaru, T. Lievens, et al. « Financement de la Santé en Afrique : défis et opportunités » Les documents de référence de la conférence de CABRI. Disponibles en ligne à l'adresse suivante : [http://www.cabri-sbo.org/uploads/files/Documents/seminar\\_paper\\_2015\\_cabri\\_value\\_for\\_money\\_health\\_french\\_1.1cabri\\_challenges\\_in\\_financing\\_health\\_sectors\\_in\\_africa\\_french.pdf](http://www.cabri-sbo.org/uploads/files/Documents/seminar_paper_2015_cabri_value_for_money_health_french_1.1cabri_challenges_in_financing_health_sectors_in_africa_french.pdf).
12. Ministère de la Santé Publique. *Rapport des Comptes Nationaux de la santé*, Programme National des Comptes Nationaux de la santé, Kinshasa, 2017.
13. Ministère du Budget. *États de suivi budgétaire 2003-2015*, 2015, Direction de la Préparation et du Suivi Budgétaire, 2015.
14. Manzambi Kuwekita J., M. Guillaume, M. P. Balula Tshemutshari, E. Tshama Kabongo, J. Mayamba Kilela, O. Bruyère, et al. « Étude des conditions de vie et d'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations en situation de précarité, dans la zone

de santé de Bandalungwa à Kinshasa (Congo) grâce à la micro-assurance santé en 2008. » *Journal d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2013, 12.

15. Muvudi, M., Y. Coppieters, S. Mayaka, L. Okenge, G. Umuhire, F. Quenum, *et al.* [Analysis of the implementation of the Paris Declaration in the health sector in the Democratic Republic of Congo]. *Med. Trop. (mars)* 2011, 71: 229-231.
16. Dijkzeul D., et C. A. Lynch. « NGO management and health care financing approaches in the Eastern Democratic Republic of the Congo. » *Glob. Public Health* 2006, 1: 157-172.
17. Lagarde, M., et N. Palmer. « The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. » *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2011, CD009094.
18. Ponsar, F., K. Tayler-Smith, M. Philips, S. Gerard, H. M. Van, T. Reid, *et al.* « No cash, no care: how user fees endanger health - lessons learnt regarding financial barriers to healthcare services in Burundi, Sierra Leone, Democratic Republic of Congo, Chad, Haiti and Mali. » *Int. Health* 2011, 3: 91-100.
19. Watson, S. I., E. B. Wroe, E. L. Dunbar, J. Mukherjee, S. B. Squire, L. Nazimera, *et al.* « The impact of user fees on health service utilization and infectious disease diagnoses in Neno District, Malawi: a longitudinal, quasi-experimental study. » *BMC Health Serv. Res.* 2016, 16: 595.
20. Ministère de Plan. Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, 2010.
21. Manzambi Kuwekita J., G. Eloko Eya Matangelo, O. Bruyère, C. Gosset, M. Guillaume, et J. Y. Reginster. « Financement de la santé et recouvrement des coûts : le lourd fardeau des ménages congolais. Résultats des comptes nationaux de la santé. » *Journal d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2015, 15: 15-27.
22. Mutabunga bin Lubula, F., F. Chenge, B. Criel, A. Mukalay, O. Luboya, et H. T. Mundongo. « Micro-assurance santé comme levier financier à l'accès à des services de santé de qualité en RDC : défis, pistes de solutions et perspectives. » *International Journal of Multidisciplinary and Current Research* 2017, 5: 618-633.
23. Waelkens, M., S. Shomba, F. Kwilu, K. Mulinganya, et B. Criel. *Étude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle*. Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Anvers, Belgique, 2016.
24. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en Œuvre de la Révolution de la Modernité MdlSPMell. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. Rockville, Maryland, États-Unis d'Amérique : MPSMRM, MSP et ICF International. Disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.unicef.org/drcongo/french/00 - 00 - DRC DHS 2013-2014 FINAL PDF 09-29-2014.pdf>.
25. Banque mondiale. Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière (PEMFAR). Volume I. 78-79.
26. Organisation mondiale de la Santé. *Improving Health System Efficiency in DRC*. Disponible en ligne à l'adresse suivante:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186673/1/WHO\\_HIS\\_HGF\\_CaseStudy\\_15.4\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186673/1/WHO_HIS_HGF_CaseStudy_15.4_eng.pdf). 1-1-2015.

27. Ministère de la Santé Publique. *Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé en RDC*. Kinshasa: Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels, 2010.
28. Sakha, A. M., A. Rashidian, M. Bazyar, A. A. Sari, S. Yazdani, et A. V. Moghadam. « Health Financing Assessment and Policy Analysis toward Universal Health Coverage: A Systematic Review of Qualitative Research. » *Global Journal of Health Science* 2017, 9.
29. Fox, S., S. Witter, E. Wylde, E. Mafuta, et T. Lievens. « Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. » *Health Policy Plan* 2014, 29: 96-105.
30. Bertone, M. P., A. Mangala, D. Kwete, et Y. Derriennic. « Revue des Expériences de Financement Basé sur les Résultats en République Démocratique du Congo. » Bethesda, MD : Projet Health Systems 20/20, Abt. Associates Inc. Mars 2011. Rapport.
31. Soeters, R., P. B. Peerenboom, P. Mushagalusa, et C. Kimanuka. « Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. » *Health Aff. (Millwood)* 2011, 30: 1518-1527.
32. Ankita Meghani, Ahmad Abdulwahab, Lois Privor-Dumm, et Chizoba Wonodi. *Basket Funds: A pooled arrangement to finance primary health care delivery and address the funding flow in Nigeria International Vaccine Access Center (IVAC)*, 2015. Disponible en ligne à l'adresse suivante: [www.jhsph.edu/ivac](http://www.jhsph.edu/ivac).
33. Présidence de la République. *Constitution de la République Démocratique du Congo*. Journal Officiel, février 2006, 47<sup>e</sup> année, Kinshasa, RDC.
34. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde - le financement des systèmes de santé*, 2010.
35. Tsofa, B., S. Molyneux, et C. Goodman. « Health sector operational planning and budgeting processes in Kenya - 'never the twain shall meet'. » *International Journal of Health Planning and Management*, 2016, 31: 260-276.
36. W. P. O'Meara, B. Tsofa, S. Molyneux, C. Goodman, et F. E. McKenzie. « Community and facility-level engagement in planning and budgeting for the government health sector — a district perspective from Kenya. » *Health Policy* 2011, 99: 234-243.
37. Maluka, S. O., A. K. Hurtig, M. S. Sebastian, E. Shayo, J. Byskov, et P. Kamuzora. « Decentralization and health care prioritization process in Tanzania: from national rhetoric to local reality. » *International Journal of Health Planning and Management*, 2011, 26: e102-e120.
38. Maluka, S. O. « Strengthening fairness, transparency and accountability in health care priority setting at district level in Tanzania. *Glob. Health Action* 2011, 4.
39. Maluka S. O., et G. Bukagile. « Community participation in the decentralised district health systems in Tanzania: why do some health committees perform better than

- others? » *International Journal of Health Planning and Management*, 2016, 31: E86-E104.
40. Reeves, A., Y. Gourtsoyannis, S. Basu, D. McCoy, M. McKee, et D. Stuckler. « Financing universal health coverage — effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. » *Lancet* 2015, 386: 274-280.
  41. Boidin, B. « Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise. » *Économie publique / Public economics* [en ligne], 28-29, 2012/1-2, mis en ligne le 20 décembre 2012, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://economiepublique.revues.org/8820>.
  42. CNAMGS. *Bilan du plan stratégique Gabon émergent (2009-2015) sur la politique nationale de la prévoyance sociale*, Libreville, septembre 2015. Disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.cnamgs.ga/docs/BILAN%20PSGE%20CNAMGS%202009-2015.pdf>.
  43. Alhassan, R. K., E. Nketiah-Amponsah, et D. K. Arhinful. « A Review of the National Health Insurance Scheme in Ghana: What Are the Sustainability Threats and Prospects? » *PLoS One* 2016, 11: e0165151.
  44. Olowu, D. « La réforme des salaires de la fonction publique en Afrique ». *Revue Internationale des Sciences Administratives* 2010, 76: 665-686.
  45. Chomi, E. N., P. G. Mujinja, U. Enemark, K. Hansen, et A. D. Kiwara. « Health care seeking behaviour and utilisation in a multiple health insurance system: does insurance affiliation matter? » *Int. J. Equity Health* 2014, 13: 25.
  46. Nyandekwe, M., M. Nzayirambaho, et K. J. Baptiste. « Universal health coverage in Rwanda: dream or reality. » *Pan Afr. Med. J.* 2014, 17: 232.
  47. Kabinda, J., P. Mitashi, et F. Chenge. Couverture sanitaire universelle: comment financer l'inclusion du secteur informel en République Démocratique du Congo. Note de politique. CCSC. 10-1-2017.
  48. Lagomarsino, G., A. Garabrant, A. Adyas, R. Muga, et N. Otoo. « Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. » *Lancet* 2012, 380: 933-943.
  49. Fusheini, A., G. Marnoch, et A. M. Gray. « Stakeholders Perspectives on the Success Drivers in Ghana's National Health Insurance Scheme - Identifying Policy Translation Issues. » *International Journal of Health Planning and Management*. 2016, 6: 273-283.
  50. Agyepong, I. A., D. N. Abankwah, A. Abroso, C. Chun, J. N. Doodoo, S. Lee, et al. « The 'Universal' in UHC and Ghana's National Health Insurance Scheme: policy and implementation challenges and dilemmas of a lower middle income country. » *BMC Health Serv. Res.* 2016, 16: 504.
  51. Fusheini, A. « The Politico-Economic Challenges of Ghana's National Health Insurance Scheme Implementation. » *International Journal of Health Planning and Management* 2016, 5: 543-552.

52. Umeh, C. A., et F. G. Feeley. « Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From Low- and Middle-Income Countries. » *Glob. Health Sci. Pract.* 2017, 5: 299-314.
53. Yuan, B., L. He, Q. Meng, et L. Jia. « Payment methods for outpatient care facilities. » *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017, 3: CD011153.
54. Wiysonge, C. S., E. Paulsen, S. Lewin, A. Ciapponi, C. A. Herrera, N. Opiyo, et al. « Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. » *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 9: CD011084.
55. Emmert, M., F. Eijkenaar, H. Kemter, A. S. Esslinger, et O. Schoffski. « Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. » *Eur. J. Health Econ.* 2012, 13: 755-767.
56. Frumence, G., T. Nyamhanga, M. Mwangu, et A. K. Hurtig. « Participation in health planning in a decentralised health system: Experiences from facility governing committees in the Kongwa district of Tanzania. » *Glob Public Health* 2014, 9: 1125-1138.
57. Stasse, S., D. Vita, J. Kimfuta, V. C. da Silveira, P. Bossyns, et B. Criel. « Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity. » *Glob Health Action* 2015, 8: 25480.
58. Maini, R., R. den Bergh, J. van Griensven, K. Tayler-Smith, J. Ousley, D. Carter, et al. « Picking up the bill - improving health-care utilisation in the Democratic Republic of Congo through user fee subsidisation: a before and after study. » *BMC Health Serv Res* 2014, 14: 504.
59. Opwora, A., E. Waweru, M. Toda, A. Noor, T. Edwards, G. Fegan, et al. « Implementation of patient charges at primary care facilities in Kenya: implications of low adherence to user fee policy for users and facility revenue. » *Health Policy Plan* 2015, 30: 508-517.
60. Cometto, G., et S. Witter. « Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress. » *Bull World Health Organ* 2013, 91: 881-885.
61. Frumence, G., T. Nyamhanga, M. Mwangu, et A. K. Hurtig. « The dependency on central government funding of decentralised health systems: experiences of the challenges and coping strategies in the Kongwa District, Tanzania. » *BMC Health Serv. Res.* 2014, 14: 39.

## Annexes

### Annexe 1 : Plan d'action sur cinq ans

Objectif	Action	Institution responsable	Résultats escomptés	1 <sup>e</sup> année	2 <sup>e</sup> année	3 <sup>e</sup> année	4 <sup>e</sup> année	5 <sup>e</sup> année
Priorité 1 : Accroître les ressources financières disponibles pour le secteur de la santé								
Accroître la priorité donnée au secteur de la santé dans le budget de l'État	Utilisation d'outils de planification et de budgétisation pour réaliser un plaidoyer pour l'augmentation du budget public en faveur de la santé sur la base de preuves et de résultats	MS, MF	Le Budget santé atteint 15 % du budget total.  Les dépenses publiques de santé par habitant atteignent au moins 30 dollars					
Mobiliser l'aide au développement pour les actions prioritaires	Plaidoyer pour l'augmentation des ressources externes pour les interventions prioritaires (ex : dossier d'investissement)	MS, MF, PTF	La part de l'aide extérieure allouée à la SRMNEA augmente.					
Allouer les ressources en priorité aux structures sanitaires de niveau provincial	Augmentation des allocations aux structures sanitaires du niveau provincial	MS, MF, PTF	Le % des ressources allouées aux provinces dans le budget de l'État augmente.					
Mobiliser des financements innovants pour la santé	Réalisation des études de faisabilité sur l'augmentation de l'imposition de l'alcool et du tabac (fléchée ou non vers la santé) ainsi que sur d'autres financements innovants pour mobiliser des ressources à l'échelle nationale (partie des montants des assurances motos et automobiles, contraventions routières, taxes perçues par l'État au titre de l'implantation des	MS, MF	Les études sont réalisées.  Un plan d'action pour l'amélioration de la collecte des impôts et la mise en place de financements innovants est adopté et mis en œuvre.					

	entreprises dans les régions, taxes touristiques, taxes sur les transferts d'argent, taxes sur les industries polluantes (chimique, cimenterie, etc.), et taxes sur les téléphones mobiles)							
Accélérer le processus de décentralisation fiscale	Transfert des compétences pour les salaires et la gestion des ressources humaines au niveau des provinces	Ministère du Budget, Ministère de la santé	Le volume du budget de rémunération des ressources humaines dans le budget des provinces augmente de 5 % par an.					
Améliorer le financement de l'offre de médicaments et de vaccins ainsi que les chaînes d'approvisionnement sur ressources propres	Distribution des intrants de planification familiale sur fonds domestiques	MS	Le taux d'exécution sur ressources propres des fonds pour les intrants de PF augmente.					
	Sécurisation des fonds sur ressources propres destinés à la vaccination et à la prévention des maladies	MS	Le taux d'exécution sur ressources propres des fonds pour les vaccins augmente.					
Priorité 2 : Réduire la fragmentation du financement de la santé pour une prise en charge plus large et équitable								

Création d'un fonds pour la mise en commun des ressources	Étude de faisabilité pour la mise en place du Fonds National de la Sécurité Sociale (FNSS)	MS, MPS	Une étude de faisabilité pour la mise en place du FNSS est réalisée  Un plan de mise en œuvre est élaboré					
Rationaliser la mise en commun des ressources pour le secteur formel	Concertation avec les parties prenantes pour identifier et préparer les modifications institutionnelles pour permettre la collecte des ressources liées à l'assurance maladie	MS, MPS, MINASS et autres institution concernées	Un montage institutionnel pour une mise en commun des ressources dans le cadre de la CSU est élaboré et validé					
Aligner l'aide au développement sur les priorités du Gouvernement  Harmoniser l'aide au développement	Mise en place du Contrat Unique	MS, MF, PTF	Nombre de provinces ayant adopté le contrat unique sur 26 provinces					
Priorité 3 : Réduire les barrières financières à l'accès aux services de santé								
Subventionner l'accès aux services et soins de santé pour les pauvres et les indigents	Définition des mécanismes de subvention, de mise en commun et de remboursement	MS et MPS	Le fonds d'équité pour les indigents prend en charge le risque maladie.  Pourcentage de la population couverte par un mécanisme de partage des risques.					
Réduire les inégalités d'accès dans l'utilisation des services	Développer des actions correctives sur la base de l'étude sur l'équité dans l'utilisation des services de santé et la protection financière	MS	Le % des ménages faisant face à des dépenses catastrophiques passe de 19 % à 10 %.					
Priorité 4 : Optimiser l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé								

Améliorer l'efficacité dans le financement du fonctionnement des formations sanitaires	Mettre en œuvre le financement basé sur les résultats dans la rémunération des prestataires (cliniques et administratifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire)	MS	80 % des structures sanitaires mettent en œuvre le financement basé sur les résultats dans la rémunération.						
Améliorer l'exécution du budget santé et la gestion des finances publiques	Mettre en œuvre les recommandations des études sur la gestion des finances publiques en santé	MS, MF	Le plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations des études sur la gestion des finances publiques est mis en œuvre et son suivi est régulièrement assuré. Le taux d'exécution du budget de la santé passe de 61% à 80%						
Améliorer l'efficacité allocative	Accroître les transferts aux provinces dans le contexte de la décentralisation	MS	Le budget de la santé alloué en province augmente						
	Accroître la part du budget santé allouée aux soins de santé primaires et à la prévention	MS	La part du budget santé allouée aux soins de santé primaires et à la prévention atteint 70 %						
Améliorer l'efficacité dans le paiement des prestataires	Mettre en œuvre la tarification forfaitaire	MS	La proportion des structures qui appliquent la tarification forfaitaire atteint 80%						
Encadrer la gestion des ressources financières dans les formations sanitaires publiques	Actualiser les mesures réglementaires sur l'autonomie de gestion des formations sanitaires publiques.	MS	Les mesures réglementaires sont actualisées et validées						

Renforcer les capacités des structures en matière de financement de la santé	Améliorer la distribution géographique et rationnelle des RHS	MS	La proportion de structures avec un effectif conforme aux normes augmente						
Renforcer les capacités des structures en matière de financement de la santé	Améliorer les compétences en financement de la santé, planification et budgétisation	MS	Les compétences des structures ciblées sont renforcées en matière de financement de la santé, planification et budgétisation						
Améliorer la disponibilité et la qualité des données sur le financement de la santé	Réaliser les Comptes Nationaux de la santé annuellement	MS	Rapport des comptes nationaux de la santé publié chaque année.						
	Actualiser la revue des dépenses publiques	MS	La revue des dépenses publiques intégrant des données actualisées est publiée tous les deux ans.						
Améliorer la coordination, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la stratégie de financement	Mettre en place des réformes transversales	MS et autres ministères	Les réformes transversales en lien avec le financement de la santé sont finalisées.						
	Renforcer la coordination dans la mise en œuvre de la stratégie de financement	MS	Le financement de la santé est plus efficient et équitable.						