



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



RAPPORT DE L'ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

dans la

**RÉPUBLIQUE
DÉMOCRATIQUE
DU CONGO**

AVRIL
2023



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Local Health System Sustainability Project/ /Durabilité des Systèmes de Santé Locaux

Le projet de durabilité du système de santé local (LHSS) dans le cadre de l'IDIQ des systèmes de santé intégrés de l'USAID aide les pays à revenu faible et intermédiaire à passer à des systèmes de santé durables et autofinancés comme moyen de soutenir l'accès à la couverture sanitaire universelle. Le projet travaille avec les pays partenaires et les parties prenantes locales pour réduire les obstacles financiers aux soins et aux traitements, assurer un accès équitable aux services de santé essentiels pour tous et améliorer la qualité des services de santé. Dirigé par Abt Associates, le projet de cinq ans renforcera les capacités locales pour maintenir une solide performance du système de santé, en soutenant les pays dans leur cheminement vers l'autonomie et la prospérité.

Soumis à: Scott Stewart, COR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health, USAID

No Contrat USAID: 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

Citation recommandée: The Local Health System Sustainability Project (LHSS) under the USAID Integrated Health Systems IDIQ. Avril 2023. *Rapport de l'Analyse du Financement de la Santé en RDC*. Rockville, MD: Abt Associates.

TABLE DES MATIERES

Acronymes et Abréviations	iii
Résumé Exécutif	1
Contexte – Justification et Objectifs de l'étude	4
Rappel du Contexte et Justification	4
Objectifs de l'étude	5
Objectif Spécifique	6
Méthodologie de l'étude	7
Type d'étude.....	7
Vision du PNDS	9
Analyse du Systeme de Financement de la Sante en RDC vers La CSU	10
Cadre Conceptuel de la Stratégie de Financement de la Santé	10
Niveau de Financement de la Santé	10
Principales Sources de Financement.....	12
Domaines du Financement de la Santé	13
Principaux Constats Relatifs a l'analyse du Financement de la Santé en RDC..	31
Recommandations	34
Les Références Bibliographiques	37
Annexe A: Liste des Structures et Organisations Potentiels pour la Phase de Collecte des Données	39
Annexe B: Questions de l'évaluation de la Situation du Paysage Financier.....	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Evolution des principaux agrégats des comptes de la santé de 2017 à 2021 en million USD	11
Tableau 2. Evolution des dépenses courantes en santé 2017 à 2021 en million USD...	12
Tableau 3. Analyse du Financement Public National De La Santé.....	14
Tableau 4. Analyse du Financement Des Collectivités Locales.....	15
Tableau 5. Analyse du Financement Extérieur	16
Tableau 6. Analyse du Financement des ménages	17
Tableau 7. Analyse du Financement privé.....	17
Tableau 8: Méthodes d'achat des services	23
Tableau 9. Affectation des dépenses du Gouvernement par prestataire selon les activités en 2021 (USD)	27
Tableau 10: Affectation des dépenses du RDM par prestataire selon les activités en 2021 (USD)	27
Tableau 11. Affectation de la DCS des Ménages par prestataire par fonction en 2021 (USD)	28
Tableau 12. Analyse de la gestion des finances publiques	30

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Cadre conceptuel de la stratégie de financement de la santé	10
Figure 2. Analyse des différents types d'acheteurs de soins en RDC	25

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
BM	Banque Mondiale
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CNS	Comptes Nationaux de la santé
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNSSAP	Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Agents Publics
CPP-SS	Comité Provincial de Pilotage du Secteur de la Santé
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DCS	Dépenses Courantes de Santé
DAF	Direction Administrative et Financière
DEP	Direction d'Études et Planification
DPG	Dépenses Publiques Générales
DPS	Division Provinciale de la Santé
DPT	Dépense Publique Totale
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DTS	Dépense Totale de Santé
FEC	Fédération des Entreprises du Congo
FDS	Financement De la Santé
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FNSS	Fonds National de Solidarité Sociale
FOSA	Formation Sanitaire
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GIBS	Groupe Inter Bailleurs pour la Santé
HC	Classification of Health Care Functions (Fonctions de Santé)
HF	Classification of Health Care Financing Schemes (Régimes de
HGR	Hôpital Général de Référence
HP	Classification of Health Care Providers (Prestataires des soins de santé)

ISBLM	Institutions sans but lucratif au service des ménages
MESP	Mutuelle des Enseignant des Services Publics
MSPHP	Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAG	Programme d'Action du Gouvernement
PAP	Plan Annuel de Performance
PBF	Performance basée sur les résultats
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PDSS	Programme de Développement du Secteur de la santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMUAC-19	Plan Multisectoriel d'Urgence pour l'Atténuation des impacts de la COVID-19
PNCNS	Programme National des Comptes Nationaux de la santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNPS	Programme National de Protection Sociale
PNSD	Plan National Stratégique de Développement
PROSANI	Projet de Santé Intégré
PSN CSU	Plan Stratégique National pour la Couverture Sanitaire Universelle
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAP	Rapport Annuel de Performance
RDC	République Démocratique du Congo
RDM	Reste Du Monde
SCS	Système des Comptes de la Santé
SFS	Stratégie de Financement de la Santé
SHA	System of Health Account (Système des Comptes de la Santé)
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRSS	Système de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de Santé Primaires

SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
USD	Dollars Américains
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome immunodéficience
ZS	Zone de Santé

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La République Démocratique du Congo (RDC) est riche en ressources naturelles, mais c'est aussi l'un des pays les plus pauvres du monde. Les défis extrêmes et chroniques auxquels la RDC a été confrontée au cours des dernières décennies (conflits armés, instabilité politique et une épidémie de virus Ebola qui est la deuxième plus grave jamais enregistrée dans le monde) ont rendu difficile la mise en place d'un système de santé réactif capable de fournir des soins de qualité et équitables à ses citoyens.

Les services de soins de santé primaires, la santé maternelle et infantile ainsi que la planification familiale ne disposent pas de ressources suffisantes. En effet, la plupart des indicateurs clés de performance de la santé sont faibles, comme le taux de retard de croissance des enfants de moins de 5 ans, 42% en RDC, l'un des plus élevés en Afrique subsaharienne (Banque Mondiale 2021). Le financement public de la santé est aussi faible en termes relatifs et absolus : la dépense totale en santé en % du produit intérieur brut (PIB) est de 4% en 2021¹, avec une forte dépendance du financement externe (38% de la Dépense Courante de la Santé (DCS) en 2021)².

Cette étude a pour objectif de décrire la situation du financement de la santé, notamment les aspects de gouvernance, de finances publiques, et principalement ceux en rapport avec les trois fonctions du financement de la santé à savoir : la mobilisation des ressources, la mise en commun et les achats des services.

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective et analytique, focalisé sur la période 2006 à 2023, qui a utilisé les méthodes traditionnelles à savoir : examen de la littérature, entretiens avec des informateurs clés pour explorer le contexte et identifier les obstacles et goulots d'étranglement au financement adéquat du secteur, ainsi que les leçons apprises et opportunités de solutions.

Le financement de la santé en RDC demeure tributaire de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dans sa vision d'accélérer les progrès, et dans la dynamique de la stratégie nationale, vers la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030 (Banque mondiale 2019).

L'analyse des principaux indicateurs du système de financement de la santé en RDC et les données recueillies auprès des informateurs clés, montrent une forte variation d'indicateurs par province et par région. Suivant leur importance, la mobilisation des ressources du financement de la santé en RDC est caractérisée par les principales sources à savoir : (i) les ménages (43% de la DCS en 2021), (ii) les bailleurs bilatéraux et multilatéraux (Reste du Monde) 38% de la DCS et le gouvernement (16% de la DCS).

Plusieurs mécanismes de paiements des soins de santé existent en RDC: (i) les régimes de l'administration publique ; (ii) les régimes d'assurance sociale ; (iii) les régimes d'assurance communautaire ; (iv) les régimes des systèmes de financement des Institutions Sans But Lucratif au service des Ménages ISBLM (y compris les agences de développement) ; (v) les régimes de financement des entreprises ; et (vi) le paiement direct des ménages³.

¹ Comptes nationaux de la santé (CNS) 2021

² CNS 2021

³ Système des Comptes de la Santé 2011 version abrégé juin 2012. OCDE-Commission Européenne-OMS, P.70

Le paiement direct des ménages en tant que régime⁴, a engagé 40% de la dépense courante en santé (DCS) en 2021 et occupe la première position devant les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (37%)⁵ et les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé (23%). Ce niveau de contribution des ménages est très élevé, dépassant ainsi le seuil recommandé par l'OMS (20 à 25%)⁶. Ce faisant, la population congolaise n'est pas protégée contre les risques financiers en santé, et par conséquent elle est exposée à des dépenses catastrophiques et appauvrissantes.

En RDC, les différentes méthodes d'achat et de paiements des services et soins de santé pratiquées dans le pays peuvent se résumer dans les mécanismes suivants : (i) les transferts directs ; (ii) les crédits délégués ; (iii) l'assurance obligatoire ; (iv) l'assistance médicale ; (v) le paiement de la performance ; (vi) les gros investissements par les constructions/réhabilitations ciblées à moindre risque ; (vii) le paiement à l'acte ; (viii) la tarification forfaitaire ; (ix) le transfert conditionnel cash ; (x) le paiement du bonus d'équité. L'achat stratégique est encore en phase d'expérimentation à cause de l'insuffisance de compréhension du PNDS et du manque de l'internalisation des règles de procédures budgétaires. De même, la présence des régimes de financement sans cohérence et parfois sans transparence, crée des distorsions dans le système, et ne favorise pas l'achat adéquat d'un paquet de services prédéfini par niveau.

Les résultats de l'analyse situationnelle montrent que malgré l'accroissement du budget de l'Etat pour la santé (35,79% entre 2017 et 2021), les ressources mobilisées sont inférieures aux besoins. A cette faible allocation budgétaire s'ajoutent une multiplicité de contraintes liées (i) à la fragmentation importante des fonds, (ii) au non alignement du financement extérieur sur la politique et les priorités nationales de l'achat et du paiement des services, exacerbé par une insuffisance de leadership du ministère de la santé, (iii) au faible taux de décaissement et d'exécution du budget dû à une insuffisance des capacités techniques et institutionnelles, (iv) à une forte dépendance au financement extérieur, (v) à l'iniquité dans l'allocation des ressources budgétaires nationales entre différents niveaux du système de santé et types de structures de soins.

Les textes et les règles de procédures de gestion budgétaire avec des initiatives de financement basé sur les résultats sont élaborées et connaissent une amélioration. Des institutions de mise en commun des ressources tels que le Fonds de Solidarité de Santé (FSS) et le Fonds de Promotion de Santé (FPS) sont créées pour accompagner la marche vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) mais manquent d'opérationnalisation. Par ailleurs, les problèmes de gouvernance persistent et le processus de décentralisation n'est pas effectif. Cette situation est également corrélée avec une insuffisance de dialogue entre le MSPHP, le Ministère des Finances, les autres ministères et les parties prenantes. Ces principaux goulots d'étranglement reflètent l'importance des défis à la réalisation du projet ambitieux du gouvernement Congolais pour son peuple, à savoir la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030.

Au terme de cette analyse situationnelle, des recommandations prioritaires sont formulées et visent à mobiliser tous les efforts pour augmenter le financement national et domestique en

⁴ Système des Comptes de la Santé 2011 version abrégé juin 2012. OCDE-Commission Européenne-OMS, P.77 – "Les dépenses directes des ménages sont par définition considérées comme un régime de financement. Son trait distinctif est qu'il s'agit d'un paiement direct pour des services prélevé sur la principale source de revenus ou sur l'épargne du ménage (aucun tiers payant n'est impliqué) : le paiement est fait par l'utilisateur au moment de l'utilisation des services. Sont pris en compte : la participation aux coûts et les paiements informels (à la fois en espèces et en nature)"

⁵ Comptes Nationaux de la Santé 2021

⁶ Comptes Nationaux de la Santé 2021

faveur de la santé suivant les engagements internationaux, pour une meilleure utilisation, accessibilité et qualité des services de santé et pour réduire le poids de la contribution des ménages.

L'amélioration de l'environnement du financement de la santé en RDC passe par le renforcement d'un leadership fort afin de faciliter l'alignement sur les priorités nationales et une véritable approche sectorielle consensuelle autour d'un plan unique, un financement synergique et un seul système de suivi et évaluation. Le renforcement du cadre législatif et réglementaire doit occuper une place prépondérante assorti d'un renforcement de capacités (institutionnelles et techniques) adéquat à tous les niveaux pour atteindre les objectifs de gestion optimale des finances publiques, le plein fonctionnement et la mise à l'échelle du budget-programme, la mise en place effective de circuits financiers et budgétaires performants afin d'améliorer le niveau de planification, de décaissement et d'exécution budgétaire.

Il convient également d'aller progressivement vers un système d'assurance maladie universelle adaptée aux différents groupes de population cibles en intégrant les différents mécanismes d'achat incluant la gratuité. Dans ce dispositif vers une mise en œuvre programmatique efficiente du Plan Stratégique National CSU 2020-2030, la promotion et le développement des mécanismes de partage de risque maladie doivent occuper une place importante en permettant aux individus, aux familles et aux communautés les plus pauvres et les plus marginalisés d'accéder aux services et soins de santé de base.

La mise en œuvre effective de ces recommandations appelle à des actions concertées plus ambitieuses, intelligentes et innovantes pour des résultats probants de financement de la santé induisant une amélioration réelle de la santé et du bien-être de la population, indéniables au développement social et économique du pays.

CONTEXTE – JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

RAPPEL DU CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La République démocratique du Congo (RDC) regorge de nombreuses ressources naturelles, mais c'est aussi l'un des pays les plus pauvres du monde. Aussi, elle fait face à plusieurs problèmes socio-économiques qui limitent considérablement sa capacité à améliorer son système de santé. Les services de soins de santé primaires, y compris la santé maternelle et infantile ainsi que la planification familiale, ne disposent pas de ressources suffisantes en RDC. Le taux de retard de croissance des enfants de moins de 5 ans, 42% en RDC, est l'un des plus élevés d'Afrique subsaharienne et la malnutrition est la cause sous-jacente de près de la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans. Avec un indice de capital humain établi à 0,37, au-dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (0,40) en 2022, la RDC n'a que faiblement progressé dans le domaine de la santé. La mortalité infantile, moins de 5 ans, demeure élevée avec un taux de 43 décès pour 1 000 naissances vivantes.⁷ Le financement public de la santé est faible en termes relatifs et absolus (la dépense totale en santé en % du produit intérieur brut (PIB) est de 4% en 2021)⁸, avec des niveaux élevés de financement externe (38% de la DCS en 2021) et de paiements directs par les ménages qui représentent 40% de la dépense courante en santé (DCS) en 2021⁹. Une situation de financement de la santé aussi déséquilibrée contribue à une prestation de services qui n'est ni accessible ni équitable.

Comme pour d'autres pays Africains, la RDC est également confrontée aux problèmes de rationalisation de ressources disponibles qui entravent l'efficacité et l'efficacités en matière de santé. Il s'agit notamment de :

- La présence d'une multitude d'acteurs sans mécanismes efficace de coordination
- Des arrangements institutionnels inappropriés
- Une fragmentation omniprésente des interventions
- Un enchevêtrement de plusieurs mécanismes de paiements sans stratégie d'achat cohérente à l'échelle du pays

En outre, les problèmes de gouvernance, les problèmes d'approvisionnement et les problèmes de priorisation et d'exécution du budget entraînent une qualité des soins sous-optimale, marquée par des taux élevés de ruptures de stock de médicaments essentiels au niveau local, des agents de santé dont les salaires ne sont pas systématiquement payés et des installations non ou sous équipées¹⁰.

Ces problèmes de financement et de gouvernance de la santé ont conduit le gouvernement de la RDC à s'engager dans une série de réformes du système de santé au cours des dernières décennies, y compris la décentralisation des fonctions de santé du niveau central au niveau provincial. En outre, le niveau central du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) connaît une réforme administrative avec le nouveau « cadre organique » réduisant le

⁷ URL : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.MORT?locations=CG>. La Banque mondiale, Données, 2023. Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1000) – Congo, Rep. (RDC)

⁸ Comptes nationaux de la santé 2021

⁹ CNS 2021

¹⁰ Stratégie de financement de la santé pour une couverture sanitaire universelle en RDC. 2018

nombre de directions de 13 à 9. Sous le nouveau schéma, la nouvelle Direction administrative et financière (DAF) est créée et joue un rôle important dans la mise en œuvre de la politique de Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Pour se doter d'un système de financement adéquat garantissant une allocation optimale et équitable des ressources, ainsi qu'une protection financière pour chaque individu en cas de recours aux services de santé, une stratégie de financement de la santé a aussi été élaborée couvrant la période 2018-2022 et alignée aux objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020. Le PNDS recadré a par suite été élaboré pour s'étendre jusqu'en 2022. Le MSPHP, notamment à travers ses directions (DAF & DEP- Direction des Etudes et de la Planification), travaille en synergie avec les différents partenaires et autres acteurs publics et privés afin de pouvoir traduire de manière concrète la vision du PNDS et de contribuer à la mise en place d'un système de financement performant dans le but d'accélérer les progrès vers la CSU dans le pays.

Les études les plus récentes telles que l'analyse de l'espace budgétaire du secteur de la santé réalisée par la banque mondiale en 2019, de même que le briefing budgétaire pour un accroissement soutenable des financements vers le secteur de la santé en RDC réalisé par l'UNICEF en 2021, démontrent qu'il demeure des déficits de financement de la santé pour mener la RDC vers la CSU. Cependant les auteurs notent que leur analyse peut être approfondie pour compléter et consolider les résultats déjà obtenus par ces différentes études. Par ailleurs, la stratégie de financement du secteur de la santé 2018-2022 ainsi que le PNDS recadré 2019-2022 sont arrivés à terme. Le moment est donc opportun pour cette étude pour faire le point sur la situation du financement de la santé en RDC, éclairer les différents acteurs par rapport aux nouvelles orientations et faciliter les mises à jour nécessaires. Ceci afin de contribuer à améliorer la gouvernance et le leadership sur la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et l'achat des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

OBJECTIF GENERAL

L'objectif de cette analyse est de décrire la situation du financement de la santé, notamment les aspects de gouvernance mais aussi ceux en rapport avec les trois fonctions du financement de la santé : à savoir la mobilisation des ressources, leur mise en commun et l'achat des services.

En s'appuyant sur les études déjà réalisées et les documents de politiques existants, cette analyse va apporter des informations complémentaires et documenter les bonnes pratiques et les faiblesses dans le processus de mobilisation des ressources, de mise en commun et d'achat des services. Cela permettra de renforcer le dialogue entre les parties prenantes sur les aspects de finances publiques et de revisiter les priorités dans le domaine du financement de la santé. Tout ceci afin d'améliorer la gouvernance financière et d'ajuster les interventions déjà entreprises dans le secteur par le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers.

De par son caractère national, cette analyse pourrait également servir à la mise à jour de documents de politique tels que la stratégie de financement de la santé et le manuel des procédures de gestion administrative et financière, entre autres. En ce sens, cette étude constitue un socle d'informations utiles à la prise de décision politique autour des questions stratégiques de financement de la santé dans les prochaines années.

OBJECTIF SPECIFIQUE

L'analyse situationnelle devrait permettre de faire l'état des lieux par rapport :

- Aux politiques, processus et gouvernance de financement de la santé
- Aux stratégies actuelles de mobilisation des ressources
- Aux mécanismes de mutualisation des ressources et des risques
- À l'achat des services et aux modes de paiement des prestataires

L'analyse montre les lacunes actuelles mais aussi les écarts par rapport au financement requis et au dispositif nécessaire pour atteindre les objectifs sectoriels décrits dans le PNDS et dans la stratégie de financement de la santé. Cette analyse permet aussi d'avoir une compréhension meilleure et plus structurée des lacunes, des opportunités et des besoins de capacités institutionnelles et techniques des différents organes et directions publiques œuvrant dans le domaine du financement de la santé et de la gouvernance. En termes de politiques de financement publiques dans le secteur de la santé, les résultats de cette analyse constituent une ressource en vue du basculement du mode budget de moyens vers le budget-programme. Les options de solution pour combler les lacunes et les écarts seront ensuite identifiées et analysées.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

TYPE D'ÉTUDE

Cette analyse situationnelle du financement et de la gouvernance du secteur de la santé est une étude descriptive rétrospective et analytique qui a utilisé les méthodes traditionnelles : examen de la littérature, entretiens avec des informateurs clés pour explorer le contexte et identifier les obstacles et goulots d'étranglement au financement adéquat du secteur, ainsi que les leçons apprises et opportunités de solutions.

PERIODE D'ANALYSE

Les données primaires présentées dans ce rapport ont été collectées d'août 2022 à janvier 2023. L'ensemble des documents examinés (données secondaires) couvrent la période allant de 2006 à 2023. L'information collectée concerne les régimes ou programmes dans le domaine du financement de la santé effectivement existantes jusqu'en 2022, et mis en œuvre par les différentes structures ainsi que les institutions, services et organismes investigués dans cette étude.

METHODE ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

La revue de la littérature

La revue documentaire a couvert une gamme variée de documents dont les plans stratégiques et sanitaires du pays, les rapports d'évaluation et d'enquêtes sur le financement de la santé et sur les mécanismes de financement existants, les documents stratégiques sur la couverture sanitaire universelle et la protection sociale, les documents d'orientations et plan de développement des organismes nationaux et internationaux et des partenaires techniques et financiers, d'autres rapports de consultation, des articles, et la webographie.

Les entretiens avec les informateurs clés

Les informations ont été collectées lors des entretiens intégrant tous les trois niveaux du système de santé (national, intermédiaire et opérationnel) et un échantillon de provinces. Les données ont été collectées auprès des informateurs clés ayant un lien direct ou indirect avec la gouvernance et le financement de la santé, lors d'entretiens individuels. Ces informateurs clés ont été organisés selon les trois groupes suivants : (i) les autorités administratives publiques en charge de la santé et autres secteurs connexes, (ii) les partenaires techniques et financiers et (iii) les organes nationaux opérationnels de mise en œuvre et d'accompagnement des différents régimes de financement (Voir Annexe 1 pour le détail des structures ciblées). Chaque niveau du système de santé et/ou type de structure a été interrogé sur la base d'un guide d'entretien (cf. Annexe 2).

Les guides d'entretien ont été adaptés à chaque interlocuteur selon son rôle et ses fonctions dans le domaine du financement et de la gouvernance de la santé, et en fonction des spécificités certaines questions ont davantage été approfondies.

TRAITEMENT DES DONNEES

A l'issue de la collecte des données (examen de la littérature, entretiens avec les informateurs clés) plusieurs niveaux de validation ont été effectués. Il s'agit de :

- Qualité de l'interview : l'équipe s'est assurée que la bonne personne à interviewer a été choisie, c'est-à-dire le responsable de la structure ou la personne habilitée à donner les bonnes informations de la structure délégué par le responsable de la structure
- Contrôle de l'exhaustivité : l'équipe s'est assurée que tous les groupes d'informateurs ciblés ont effectivement été interrogés et que les données ont été saisies sur la base des maquettes de données préalablement approuvées. Au décours de la vérification de l'exhaustivité de la base de données constituée, un plan de rattrapage pour chaque niveau de collecte a été mis en œuvre auprès des institutions et organismes concernés et permet d'accéder aux données manquantes.
- Vérification de la complétude : un deuxième niveau de lecture des transcriptions des documents ayant servi à l'analyse documentaire et aux entretiens a aussi été effectué pour vérifier la pertinence des informations, les corrélations avec le financement et la gouvernance de la santé et l'intérêt stratégique pour l'étude à restituer ces données.

ANALYSE DES RESULTATS

La revue documentaire et les premières investigations ont permis d'identifier les principaux régimes et programmes de financement de la santé investigués dans l'étude et de ressortir les analyses et questions visées pour les entretiens. Cette première étape a aussi contribué à fournir une compréhension meilleure et plus structurée des forces et des opportunités pour renforcer la gouvernance et le financement de la santé.

L'ensemble des informations issues des entretiens avec les informateurs-clés ont été transcrits par saisie sur le logiciel Excel. Ensuite, les données ont été analysées manuellement par item et par mot-clé puis compilés pour en ressortir les thématiques structurantes avant de procéder à l'analyse thématique des données.

LIMITES DE L'ANALYSE

Comme limite de cette étude, il est à noter que deux structures au niveau de l'administration centrale, soit environ 10% de toutes les structures ciblées pour ce niveau, n'ont pas été rencontrées après plusieurs relances. Le gap a été comblé par la revue documentaire qui a permis de collecter et d'analyser les principaux documents liés à leurs fonctions respectives dans le financement de la santé.

VISION DU PNDS

La vision du secteur de la santé, dans le PNDS 2019 – 2022 est formulée comme suit : « À l'orée de 2022, la République démocratique du Congo aura évolué vers l'accès universel à des services de qualité et la réduction de l'incidence des dépenses catastrophiques des ménages, afin de leur permettre de contribuer au développement économique de la nation dans un environnement favorable à une bonne santé. Cette vision sera ancrée dans un renforcement du système de santé national axé sur des soins de santé primaires justes et solidaires, alignés sur le contexte, le cadre législatif et les priorités nationales ».

Les priorités du PNDS 2019 – 2022, s'articulent autour de trois axes / orientations stratégiques déclinées comme ci-après :

- Axe 1 : Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé
- Axe 2 : Appui aux piliers du système de santé pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des soins de qualité
- Axe 3 : Appui à la gouvernance, au leadership et au pilotage du système de santé

L'évaluation du PNDS 2019-2022 intervenue en décembre 2022 a montré globalement quelques progrès réalisés mais également des difficultés persistantes quant à l'atteinte de ses objectifs. q Entre autres résultats de l'évaluation nous pouvons noter : (i) la stabilisation à 80% de la proportion des Centres de Santé offrant un PMA basique durant les trois dernières années avec l'évolution de la proportion des Centres de Santé offrant un PMA complet de 5,1% en 2019 à 6,3% en 2021, (ii) l'inégale répartition des effectifs de ressources humaines pour la santé sur le plan géographique, matérialisés par une concentration dans les milieux urbains au détriment des milieux ruraux, (iii) le stationnement de la motivation et la fidélisation des agents de l'Etat depuis plusieurs années lié entre autres raisons à la réforme de la fonction publique inachevée au niveau national. Par ailleurs, le rapport montre que plusieurs projets de textes juridiques ont été initiés conjointement ou par les seules Directions du MSPHP. Parmi ceux-ci un certain nombre de textes de création d'organes ont abouti pendant la mise en œuvre de ce PNDS. Cependant, la plupart de ces structures ne sont pas encore opérationnels.

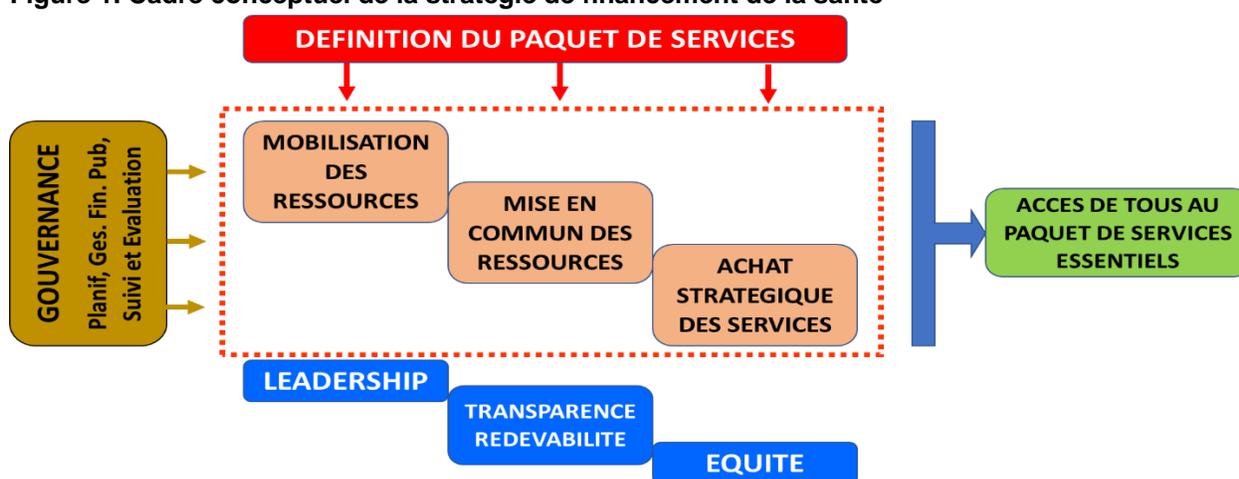
Dans l'ensemble, selon l'analyse des indicateurs dans ce rapport d'évaluation, le PNDS recadré 2019-2022 a effectivement été mis en œuvre avec un impact mitigé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant, il a été observé une grande disparité des indicateurs par province et parfois par zone de santé (ZS) dans une même province. Les ZS en contexte de crise et les ZS enclavées avaient généralement les plus mauvais indicateurs. En effet, en s'appuyant sur les financements de la santé en 2020, en termes de fonds destinés aux projets financés par les partenaires techniques et financiers et exécutés sur le terrain notamment dans les ZS, le rapport souligne que l'affectation des ressources mobilisées par niveau de la pyramide sanitaire n'a pas totalement suivi les attentes suggérées par le PNDS. Il apparaît donc que le niveau central a reçu les allocations attendues tandis que le financement du niveau opérationnel a dépassé les attentes au détriment du niveau provincial qui a été sous-financé. Les mécanismes de mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle sont encore limités et nécessiteraient d'être renforcés dans le prochain PNDS. Les dépenses totales en santé ont eu un écart de 4%, soit un déficit de 84 millions en 2020 par rapport aux coûts estimés.

ANALYSE DU SYSTEME DE FINANCEMENT DE LA SANTE EN RDC VERS LA CSU

CADRE CONCEPTUEL DE LA STRATEGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTE

En RDC, le PNDS représente le plan du gouvernement pour le secteur de la santé en réponse à l'obligation de la constitution du pays qui garantit, en son article 47, le droit à la santé et à la sécurité alimentaire à toute la population comme un droit inaliénable. Il constitue l'outil de mise en œuvre de sa Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) révisé et adopté en 2010 par le ministère de la santé publique et ses partenaires comme contribution aux efforts de développement du pays. Les stratégies contenues dans ces documents de politique se déclinent en des interventions clés qui articulent une déclinaison du cadre conceptuel de leur développement ci-après :

Figure 1. Cadre conceptuel de la stratégie de financement de la santé



Source : Auteurs

NIVEAU DE FINANCEMENT DE LA SANTE

Selon les derniers comptes de la santé de la RDC, au cours des dernières années, la dépense totale de santé a connu une évolution croissante passant de 1622,6 à 2203,4 (en million USD) soit un accroissement de 35,79% entre 2017 et 2021. Cet accroissement provient de plusieurs sources notamment, des engagements du gouvernement dans le système de cofinancement avec les partenaires tels que le Fonds mondial, Gavi, etc. Il est également imputable aux ressources mobilisées dans le cadre de la COVID-19 et des initiatives pour atteindre l'éligibilité au Millenium challenge corporation Account (MCCA) des Etats-Unis (augmentation de 1,14% du PIB pour la santé) ainsi si que des engagements avec le Fonds monétaire international (FMI) dans la lutte contre les maladies exigeant plus de ressources orientées vers le VIH et le SRMNIA-Nut avec des cibles définis. La proportion de la Dépense courante de santé (DCS) a aussi connu un accroissement (+ de 96% pour la DCS) et celle de la Dépense d'investissement de la santé (DIS) une baisse substantielle de (-4%) durant la période. La dépense totale par habitant par an a connu un léger accroissement durant la période allant de 21,27 USD en 2017 à 25,54 USD en 2021. La dépense totale en santé en % du PIB était de 4% en 2021.¹¹

Le tableau ci-après renseigne sur les indicateurs macroéconomiques en santé.

¹¹ Comptes Nationaux de la santé 2021

Tableau 1. Evolution des principaux agrégats des comptes de la santé de 2017 à 2021 en million USD

Indicateurs (Million USD)	2017	2018	2019	2020	2021
Population (millions)	75, 98	78, 49	80, 85	83, 51	86, 27
PIB	37 604, 2	39 951, 5	50 006, 1	46 501, 2	55 299, 7
Dépense courante de santé (USD)	1 580,6	1 556, 2	1 785,7	1 973,5	2 119, 2
Dépense totale d'investissement	42, 05	29, 78	52, 21	66, 10	84, 26
Dépense Totale de Santé	1 622, 6	1 586	1 837, 9	2 039, 6	2 203, 4
Dépense Courante en santé du Gouvernement	151, 59	229, 10	277	312, 43	329, 50
Dépense Courante en santé des ménages	692, 24	705, 92	749	852, 34	913, 91
Dépense Courante en santé du Reste du Monde	671, 32	548, 03	693, 32	739, 67	802, 83
Dépense Courante en santé des autres sources	65, 42	73, 11	66, 35	69, 04	72, 92
Dépenses Publiques de Santé	152, 78	234, 85	301, 31	341, 69	359, 93
Dépenses Totales de Santé par habitant par an	21,27	20,4	22,75	24,42	25,54
Dépense Totale de Santé en % du PIB	4,31%	3,97%	3,67%	4,38%	4,00%
Dépense Courante en santé du Gouvernement en % de la Dépense Courante totale de Santé	10%	15%	16%	16%	16%
Dépense Courante en santé des ménages en % de la Dépense Courante totale de Santé	44%	45%	42%	43%	43%
Dépense Courante en santé du Reste du Monde en % de la Dépense Courante totale de Santé	42%	35%	39%	37%	38%
Dépense Courante en santé des autres sources en % de la Dépense Courante totale de Santé	4%	5%	4%	3%	3%
Dépenses Publiques de Santé en % du PIB	0,41%	0,59%	0,60%	0,73%	0,65%

De l'analyse de ce tableau, le niveau de mobilisation des ressources nationales ne permet pas de tendre vers la CSU. La part allouée au secteur de la santé est inférieure aux directives internationales et le PIB de la RDC classé à faible revenu, ne permet pas de dégager suffisamment de ressources. Le seuil cible de 86 USD par habitant et par an demeure une référence utilisée par le Groupe de Haut Niveau sur le financement de système de santé dans les pays à faible revenu¹² pour promouvoir l'accès universel aux soins primaires. Ce seuil n'a même pas été atteint à moitié en RDC lorsque l'on se réfère aux dépenses totales de santé par habitant (25,54 USD en 2021). La part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est de 11,5%¹³ et les dépenses publiques de santé représentent 0,65% du PIB en 2021. Face à ce niveau le pays devra mobiliser plus d'efforts pour atteindre le seuil de 1% d'augmentation additionnelle annuelle nécessaire à l'atteinte de la CSU comme défini par les Nations Unies¹⁴. Ce gap de financement est en partie compensé par l'effort consenti par les ménages à hauteur

¹² Groupe de Haut niveau sur le financement de la santé dans les pays à faible revenu, CNS 2021

¹³ Pour un accroissement soutenable des financements vers le secteur de la santé. Briefing budgétaire Déc. 2021

¹⁴ Déclaration des Nations Unies du 23 Septembre 2019

de 43% des dépenses totales de santé en 2021, ce qui montre un réel fardeau sur les populations, particulièrement les plus vulnérables. Une réflexion récemment engagée au plus haut niveau décisionnel du pays¹⁵, autour de la CSU, vise particulièrement à garantir, à toute personne résidant sur le territoire national, les services et soins de santé de qualité sans difficulté financière par la création du Fonds de promotion de la santé.

PRINCIPALES SOURCES DE FINANCEMENT

Les sources de financement sont les organisations ou les entités qui fournissent les fonds utilisés dans le système de santé. Elles peuvent aussi alimenter un ou plusieurs régimes de financement. L'analyse du financement de la santé en RDC montre que les fonds proviennent : (i) des gouvernements (central et provinciaux) ; (ii) des bailleurs de fonds (coopérations bi et multilatérales, Organisation non-gouvernementale (ONG) & Fondations internationales y compris les initiatives internationales) ; (iii) des ménages /population ; (iv) des Entreprises publiques et privées ; (v) des ONG et Fondations nationales. Le tableau ci-dessous montre l'évolution du financement selon les principales sources de financement de la santé.

Tableau 2. Evolution des dépenses courantes en santé 2017 à 2021 en million USD¹⁶

Sources de financement	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%
Administration publique	151, 59	10%	229, 10	15%	277,00	16%	312, 43	16%	329,50	16%
Entreprises	63, 87	4%	64, 89	4%	66, 19	4%	67, 51	3%	68, 86	3%
Ménages	692, 24	44%	705, 92	45%	749	42%	852, 34	43%	913, 91	43%
ONG Nationales et Fondations	1, 53	0.1%	8, 22	1%	0,18	0.01%	1, 53	0.07%	4, 06	0.2%
Bailleurs bilatéraux	202, 81	13%	193, 33	12%	212, 84	12%	253, 59	13%	233, 15	11%
Bailleurs multilatéraux	390, 37	25%	331, 71	21%	466, 03	26%	483, 56	25%	562, 37	27%
ONGs Internationales et Fondations	78, 159	5%	22, 99	1%	14, 46	1%	2, 52	0.12%	7, 31	0.3%
Total Dépenses courantes en santé	1 580, 57	100%	1 556, 17	100%	1 785, 68	100%	1 973, 49	100%	2 119, 17	100%

L'analyse de ce tableau montre que la principale source de financement demeure les ménages (43% de la DCS en 2021). Son financement est passé de 692,244 millions USD à 913,915 millions USD entre 2017 et 2021 soit un accroissement de 32,02% en valeur nominale. De même si elle semble plus faible, une augmentation en valeur réelle relative autour de 8,6% est

¹⁵ Adoption le 27 janvier 2023 à la 84e réunion du conseil des ministres du projet d'ordonnance loi modifiant et complétant la loi n°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique en République Démocratique du Congo. Il institue " un système de couverture santé universelle fondé sur les principes d'équité, d'assurance qualité des soins, de protection financière pour tous et de solidarité nationale" par la création du Fonds de promotion de la Santé pour soutenir le système national de Santé"

¹⁶ Comptes Nationaux de la Santé 2021

enregistrée entre 2017 et 2021 avec respectivement 9,11 USD par habitant et 10,59 USD par habitant.

En 2021, les paiements des ménages occupent la première place de la dépense courante de la santé et dans cette proportion, le paiement direct de santé des ménages s'élève à 92%, le prépaiement volontaire venant des individus représente 7% et l'assurance sociale venant des employés 1%. Cette situation montre que la population congolaise est exposée aux risques financiers et aux dépenses catastrophiques du paiement direct des services et soins de santé à leur charge. Selon l'indicateur 3.8.2 ODD-CSU et l'estimation la plus récente disponible, en RDC le nombre de personnes ayant effectué des dépenses catastrophiques en santé aux seuils de 10% et 25% est respectivement égal à 4,8% et 0,6% en 2012¹⁷.

Ensuite, les bailleurs occupent la deuxième place (38% de la DCS en 2021). Leur financement est passé de 671,317 millions USD à 802,832 millions USD entre 2017 et 2021 soit un accroissement de 20%. En 2020, le financement de la maladie à virus Ebola a atteint un montant de 68,234 millions USD dont 97% constitue le financement du reste du monde et 3% celui du gouvernement. Aussi la maladie à coronavirus 19 (Covid-19) a été financée à hauteur de 68,627 millions USD dont 55% par les bailleurs et 45% pour la contrepartie du gouvernement.

Le gouvernement prend la troisième position avec 16% de la DCS faisant passer son financement de 151,592 millions USD à 329,499 USD, soit un accroissement de 117% entre 2017 et 2021.

Les dépenses des autres sources de financement (ONG, fondations et entreprises) sont passées de 65,417 millions à 72,920 millions USD soit un accroissement de 11%, ils occupent la dernière place avec 3% de la DCS en 2021¹⁸.

DOMAINES DU FINANCEMENT DE LA SANTE

MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

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.

Financement public national

En RDC, le budget du gouvernement central en 2022 est présenté en équilibre entre les recettes et les dépenses, soit à 22.253 milliards de FC (10,7 milliards de USD) contre 16.621,6 milliards de FC en 2021, soit un taux d'accroissement de 33,9%¹⁹. Le tableau ci-dessous relève les différents éléments d'une analyse Forces, Faiblesses, Opportunités, et Menaces (Strengths, Weaknesses, Opportunities, et Threats [SWOT]) du financement public national de la santé en RDC.

¹⁷ Rapport mondial de suivi sur la protection financière en santé, 2019. OMS – Banque Mondiale. 32. Annexes

¹⁸ Comptes Nationaux de la santé en RDC 2021

¹⁹ République Démocratique du Congo. Budget citoyen, loi des finances 2022, Kinshasa Février 2022

Tableau 3. Analyse Du Financement Public National De La Santé

Forces Du Financement Public National	Faiblesses Du Financement Public National
<ul style="list-style-type: none"> • La santé est un droit fondamental garanti par la Constitution de la RDC (article 47) • Le PNDS comme plan stratégique du Gouvernement pour le secteur de la santé et l'outil de mise en œuvre de la stratégie de renforcement du secteur de la santé. • Augmentation progressive du budget de la santé de 2017 à 2021 pour répondre aux défis du secteur : 7,8 % à 11,5% du budget national total. • Evaluation des performances du secteur de la santé par la réalisation des revues périodiques • Mise à niveau de plusieurs instruments organiques disposant la Couverture sanitaire universelle (9ème des 20 piliers des quatre axes stratégiques du programme d'action du gouvernement (PAG). • Elaboration régulière des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) pour une meilleure prise de décisions politiques en santé fondées sur des données probantes et aux fins d'analyse comparative de la performance du financement de la santé en RDC par rapport autres pays. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non prise en compte des besoins réels exprimés par le MSPHP lors de la défense des prévisions budgétaires (conférence budgétaire). • Faible allocation des ressources (10%) n'atteignant pas les 15% (Déclaration d'Abuja). • Fixation de taux d'assignation ne tenant pas compte de l'historique des services d'assiette. • Absence de système centralisé de gestion de l'information du financement de la santé entraînant une disparité d'informations entre différents ministères. • Inefficience et iniquité dans la structuration des dépenses publiques de santé • Faible décaissement des fonds alloués pour les investissements transferts aux Provinces et ETD. • Faible utilisation d'informations stratégiques pour dans le suivi et l'évaluation. • Faible taux de décaissement et d'exécution du budget de la santé. • Retard dans la mise à disposition des crédits. • Faible application des textes légaux et réglementaires pour la régulation et la normalisation dans le du secteur. • Lenteur dans la mise en place des réformes structurelles du secteur • Forte dépendance du secteur de la santé vis-à-vis de l'aide extérieure. • Faible couverture des employés des administrations publiques. • Absence de système centralisé de gestion de l'information du financement de la santé entraînant une fragmentation de la gestion de l'information entre différents ministères • Inefficience et iniquité dans la structuration des dépenses publiques de santé • Importantes disparités dans l'allocation des transferts pour la santé au niveau des provinces. • Faible taux de décaissement et d'exécution du budget de la santé • Retard dans la mise à disposition des crédits • Manque d'efficacité de la régulation et la normalisation du secteur • Lenteur dans la mise en place des réformes structurelles du secteur • Déficit d'utilisation d'informations stratégiques pour le suivi et l'évaluation • Forte dépendance du secteur de la santé vis-à-vis de l'aide extérieure.
Opportunités Du Financement Public National	Menaces Du Financement Public National
<ul style="list-style-type: none"> • Ratification par la RDC des instruments juridiques internationaux dont les différents conventions orientant la marche vers la CSU tels que : <ul style="list-style-type: none"> – Déclaration d'Abuja du 27 Avril 2001 sur les engagements des gouvernements africains de consacrer 15 % des budgets nationaux à la santé – Adoption en 2017, par les ministres de la santé de la Région Africaine de l'OMS, du Cadre d'Actions pour le renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation de la CSU et des autres Objectifs de développement durable (ODD). – La loi N°18/035 du 13 décembre 2018, fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique en RDC, dont l'article 41 dispose l'institution en RDC d'un système de couverture sanitaire universelle. – Lois et Décrets relatifs à la mutualité, portant création, organisation et fonctionnement de la Caisse nationale de sécurité sociale des agents publics 	<ul style="list-style-type: none"> • Croissance mitigée du PIB depuis 2017 entraînant une détérioration de la situation avec un impact direct sur l'espace budgétaire de la santé : ce qui explique que le secteur de la santé, largement sous-financé. • Forte dépendance du secteur de la santé vis-à-vis de l'aide extérieure fragilisant ainsi le système de santé, la pérennisation des interventions et la durabilité du financement.

<p>(CNSSAP), et création du Programme National d'Appui à la Protection Sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réforme annoncée de la CNSS et promotion de la mise en place d'un écosystème de couverture santé adapté couvrant l'ensemble des catégories sociales²⁰. Fonds COVID pour le renforcement du système de santé. • Alternatives existantes dans le pays pour les financements innovants en faveur de la santé, spécialement le financement du secteur privé 	
--	--

Financement Des Collectivités Locales

Une plus grande partie des fonds publics affectés à la santé par les provinces connaît une transition avec la décentralisation. Depuis 2011, les transferts en direction des provinces ont accru l'enveloppe budgétaire de la santé pendant la planification, mais avec un faible effet sur le volume des dépenses effectuées à l'exécution. La dépense publique par province n'arrive pas à s'ajuster à la réalisation des résultats de santé au niveau provincial à l'issue de l'exécution partielle, entre 20% et 30 %, du budget sur la rétrocession de 40 % aux provinces ; autrement 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 et ne sont pas entièrement utilisées par les provinces. 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.

Le tableau ci-dessous relève les différents éléments d'une analyse Forces, Faiblesses, Opportunités, et Menaces du financement de la santé par les collectivités locales en RDC.

Tableau 4. Analyse Du Financement Des Collectivités Locales

Forces Du Financement Des Collectivités	Faiblesses Du Financement Des Collectivités
<ul style="list-style-type: none"> • En moyenne, les provinces allouent 18 %²¹ du montant total de leurs transferts centraux à la santé. • Existence de plusieurs sources et opportunités de collecte de fonds ; le budget des gouvernements provinciaux et les transferts centraux entre autres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible capacité de mobilisation des ressources financières (hors budget) par les collectivités territoriales. • Insuffisance dans le transfert des compétences et ressources aux collectivités • Non-application de la retenue des 40% à la source • Non vulgarisation de la loi de finances (LF) Volume III (services déconcentrés) / rétrocession de 40%. • Transferts aux structures de santé n'incluant pas le budget de fonctionnement, qui provient d'une enveloppe centrale • Faible capacité d'exécution et d'absorption des allocations reçues • Dispositif de centralisation des recettes au niveau du gouvernement central limitant les rétrocessions des fonds aux provinces telle que prévue.
Opportunités Du Financement Des Collectivités	Menaces Du Financement Des Collectivités
<ul style="list-style-type: none"> • La Constitution de la RDC du 18 février 2006 telle que modifiée par la loi n° 11/002 du 20 janvier 2011, a prévu la retenue à la source (au profit des provinces) de 40% des recettes nationales • Proposition dans le PNDS recadré 2019-2022 de clé de répartition utilisant des indicateurs tels que les taux de mortalité et le niveau de pauvreté pour l'allocation des ressources et de transferts pour la santé entre les différentes provinces. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif de centralisation des recettes au niveau du gouvernement fédéral limitant les rétrocessions des fonds aux provinces telle que prévue.

²⁰ S.E. Félix-Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO, *Allocution à l'occasion du Séminaire des Gouverneurs de provinces*, Kinshasa, le 22 août 2019

²¹ CNS 2021

Financement extérieur

Les ressources externes constituent une frange non moins importante du financement de la santé après les ménages. Elles proviennent directement ou indirectement des partenaires techniques financiers (bailleurs) qui financent la santé par les investissements, l'achat de prestation de soins c'est à dire la subvention des soins de santé, les dépenses de fonctionnement et les primes au personnel.

En 2021, le niveau central et le niveau opérationnel ont bénéficié de plus de ressources extérieures par rapport au seuil fixé dans la programmation des allocations prévues par niveau de la pyramide sanitaire dans le PNDS. Des fonds extérieurs financent aussi le niveau provincial, soit directement, soit sous forme de transferts²².

Le tableau ci-dessous relève les différents éléments d'une analyse Forces, Faiblesses, Opportunités, et Menaces du financement extérieur de la santé en RDC.

Tableau 5. Analyse Du Financement Extérieur

Forces du financement extérieur	Faiblesses du financement extérieur
<ul style="list-style-type: none"> Financement non négligeable : deuxième source de financement du secteur après celui de la population (ménages). Le degré de dépendance à ce financement est en moyenne de 40% sur la période allant de 2017 à 2021. 	<ul style="list-style-type: none"> Non application du contrat unique dans certaines provinces. Fragmentation du financement et duplication des interventions de terrain liées à l'affectation des fonds à des programmes verticaux. Non alignement du financement extérieur sur les priorités du gouvernement. Insuffisance de financement extérieur pour appuyer la recherche dans le domaine de l'économie de la santé et la formation de futurs cadres pour une gestion plus performante du financement de la santé.
Opportunités du financement extérieur	Menaces du financement extérieur
<ul style="list-style-type: none"> Présence accrue de PTFs et ONG Internationales. Leur nombre sans cesse croissant témoigne de la priorité et de l'attention de l'aide extérieure pour la RDC. Existence de plusieurs documents de planification, de gestion et cadres de coopération (Groupe Inter Bailleurs pour la Santé) pour le financement de la santé. Coordination accrue entre les différentes parties prenantes du financement de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Problème généralisé de gouvernance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et faible engagement du gouvernement dans le financement extérieur du secteur de la santé Zone endémo-épidémique : le paludisme demeure la première cause de la mortalité infantile avec plus de 17.000 décès en 2019 et 20.000 en 2020²³ sur un ensemble de plus de 21 millions de cas, dont plus de 50 % sont des enfants. Persistance et résurgence d'épidémies augmentées de la Covid-19, la rougeole (8000 décès selon l'OMS de 2018 à 2020) ; du choléra (691 de 2019 à 2020) ; du virus à Ebola (2 154 décès en 2019) Conflits armés et insécurité dans certaines de zone de santé

Financement des ménages

Les ménages, (la population) représentent la plus grande partie du financement de la santé en RDC (43% en 2021) comme indiqué plus haut. Ils financent leur santé par paiement direct et volontaire, à travers l'utilisation des services de santé, et ce financement souvent sert au fonctionnement et au paiement des primes locales du personnel au niveau des structures de santé. De plus, il convient de souligner que 65% des ménages ont perdu des revenus avec la

²² Plan Stratégique National pour la Couverture Sanitaire Universelle 2020-2030

²³ Rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2021

COVID-19 depuis le début de la pandémie et 15 % ont perdu tous leurs revenus. Les ménages les plus touchés sont ceux à faibles revenus et les personnes de plus de 65 ans²⁴.

Le tableau ci-dessous relève les différents éléments d'une analyse Forces, Faiblesses, Opportunités, et Menaces du financement de la santé par les ménages en RDC.

Tableau 6. Analyse du Financement des ménages

Forces du financement des ménages	Faiblesses du financement des ménages
<ul style="list-style-type: none"> • Contribution des ménages à l'autonomie de financement des structures sanitaires et à la continuité des soins dans certaines structures. • Possibilité de choix et d'achat de services de santé par les ménages entre structures publiques et privées, et par différents niveaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribution la plus élevée de toutes les sources de financement importante des ménages dans le financement de la santé, les exposant les ménages à des dépenses catastrophiques et appauvrissantes. • Protection financière contre le risque maladie quasi inexistante avec plus de 90% des dépenses de soins effectuées par les ménages par paiements directs • Faible accessibilité aux soins de santé de plus démunies et faible mobilité des ressources.
Opportunités du financement des ménages	Menaces du financement des ménages
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de la CSU pour la protection de la population contre les risques financiers avec la création de mécanismes et structures de protection sociale tels que le Fonds de promotion de la santé. • Poursuite de la réforme budget programme et décentralisation fiscale dans le secteur de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de rationalisation et d'optimisation des ressources disponibles au niveau du système pour réduire la contribution des ménages. • Croissement des dépenses courantes des ménages par habitant par an de 9,1 à 10,6 entre 2017 et 2021 compromettant ainsi l'engagement du pays vers la couverture sanitaire universelle par élimination progressif du paiement direct des ménages à travers le développement de l'assurance maladie obligatoire, et l'assistance médicale ciblée pour ne laisser personne en rade.

Financement privé (ONG, associations, communautés, entreprises)

L'implication du secteur privé dans la mobilisation des ressources est faible, ce qui constitue une entrave à mobiliser d'importantes ressources. En RDC, le secteur privé n'est pas assujéti à la responsabilité sociétale des entreprises, qui pourtant peut représenter un mécanisme de mobilisation de ressources conséquentes.

Le tableau ci-dessous relève les différents éléments d'une analyse Forces, Faiblesses, Opportunités, et Menaces du financement de la santé par le secteur privé en RDC.

Tableau 7. Analyse du Financement privé

Forces du financement privé	Faiblesses du financement privé
<ul style="list-style-type: none"> • Contribution au financement du secteur de la santé à travers la prise en charge de leurs employés et leurs familles est mandatée par le code du travail en vigueur dans le pays. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible couverture des employés par les entreprises.
Opportunités du financement privé	Menaces du financement privé
<ul style="list-style-type: none"> • Institutionnalisation du Programme National d'Appui à la Protection Sociale • Existence de la Caisse National de Sécurité Sociale des Agents Publics (CNSSAP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ménages dont la taille est de plus en plus importante (familles nombreuses) • Maladies et hospitalisations de longue durée • Insuffisance de services de soins préventifs et promotionnels pour éviter les cas de maladie et d'accidents.

²⁴ PERC (Partnership for Evidence-based Response to Covid-19), 2021. *Responding to Covid-19 in African member: Data Deck of polling Results*: RDC

En conclusion, le système de santé en RDC est donc soutenu à plus de 80% par le financement des ménages et des bailleurs. La part du gouvernement (16% en 2021) vaut trois fois moins que celle de ces derniers. La mise en œuvre effective et rapide de la CSU pourrait alléger la souffrance de la population vivant à plus de 60 % dans la pauvreté.

MUTUALISATION DES RESSOURCES FINANCIERES MOBILISEES

Comme définit dans le document de stratégie de financement de la santé 2018 – 2022 en RDC, 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 concerne, selon la législation de la RDC, tous les citoyens et pas seulement 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.

Existence de mécanismes organisant la mise en commun des fonds

Plusieurs lois sont votées et adoptées pour faciliter la mise en commun du financement public national en RDC, il s'agit des lois budgétaires, lois de finances mais aussi l'engagement du pays à mettre en œuvre la Couverture sanitaire universelle (PSN CSU 2020-2030) avec la création de deux instruments principaux à savoir le Fonds de solidarité de santé (FSS) et plus récemment le Fonds de promotion de la santé (FPS).

En effet, le Fonds de solidarité de santé a été créé par la Loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 et son décret d'application n°22/13 du 09 avril 2022. L'objectif de ce fonds consiste à la mobilisation des financements de la couverture santé universelle et la gestion des fonds destinés au paiement des prestations de santé. Le Fonds de Solidarité de la Santé sera représenté dans toutes les provinces pour assurer les services de proximité. Au niveau local, le Fonds aura la latitude de contractualiser avec les prestataires des services de santé du secteur public et privé lucratif et non lucratif. Cette contractualisation respectera le principe de séparation des fonctions (en l'occurrence la fonction de collecte de fonds et celle d'utilisation de ces fonds pour l'achat des prestations). Les animateurs et personnes ressources ont été désignés mais depuis sa création, le Fonds de solidarité de santé enregistre différentes limites pour atteindre ses objectifs de fonds commun aussi bien dans sa gestion, sa fonctionnalité et son niveau de couverture. Il souffre particulièrement de l'insuffisance de participation des partenaires techniques et financiers.

Quant au Fonds de promotion de la santé, il a été créé le 27 janvier 2023 par un projet d'Ordonnance-Loi modifiant et complétant la Loi N°18-035 du 13 décembre 2018 pour soutenir le système national de santé. L'établissement public créé avec une autonomie de gestion, a pour entre autres missions d'offrir au public du crédit pour assurer un système de couverture santé universelle fondé sur les principes d'équité, d'assurance qualité des soins, de protection financière pour tous et de solidarité nationale. Il est chargé de mobiliser et de mettre à disposition des acteurs Publics (ministère de la santé publique, ministère de l'enseignement supérieur et universitaire, Services de santé de l'armée et de la police, etc.) des ressources additionnelles pour développer l'offre et la qualité des services de santé sur toute l'étendue de la République. La mise à disposition de ces fonds au bénéfice des dits services se fera par contractualisation.

Il y a également la mise en place du Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé sur la base de texte juridique qui s'inscrit dans la logique de la mutualisation. Aussi, les différents plans

stratégiques ont été révisés et recadrés pour tenter une meilleure organisation de la mise en commun du financement de la santé.

Malgré tout ce dispositif juridique et politique adopté au niveau central pour la réussite de la mutualisation, des difficultés existent quant à leur dissémination, leur application et leur exploitation aux niveaux intermédiaire et périphérique sans une feuille de route harmonisée et cohérente. Leur adoption au niveau central ne pose pas de problème mais il y a une insuffisance par rapport à l'appropriation des textes et outils de programmation. On assiste à une faible implication des responsables de santé dans le processus de mise en place des réformes et une insuffisance de vulgarisation des textes qui sous-tendent ces réformes. En effet, ces textes sont élaborés sans une garantie de financements pour leur vulgarisation et application. On observe également un décalage entre la planification et la mise en œuvre des différentes réformes. Aussi le dialogue technique et politique entre Ministères pour coordonner le processus des réformes n'est pas permanent, sans un cadre formel et une périodicité clairement définie. De plus, il y a une insuffisance dans l'harmonisation des mécanismes de coordination dans la mise en commun des fonds ; qui ne facilite pas un alignement des programmes de santé spécifiques sur les stratégies et politiques de financement de la santé.

Les mutuelles de santé

La loi organique n° 17/002 du 08 Février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité, prévoit la requalification des obligations mises à charge des employeurs en matière de prise en charge des soins de santé des travailleurs et leurs familles. Elle instaure des cotisations différenciées notamment en fonction de la capacité contributive des risques couverts ou de prestations offertes. Elle institue différents types de mutuelles selon certaines catégories (entreprises, administration publique, corporatiste) ainsi que l'assurance maladie obligatoire.

La tutelle des mutuelles est confiée au METPS (Ministère en charge de l'organisation, de la promotion et de l'agrément des mutuelles de prévoyance sociale²⁵ à travers la Direction des mutuelles et assurances²⁶), mais c'est le Programme national de promotion des mutuelles de santé (PNPMS), créé en 2001 qui est actuellement opérationnel et dispose de l'expérience en matière de promotion et d'appui à la gestion des mutuelles de santé.

Du point de vue organisationnel, le MSPHP dispose, avec les bureaux de zones de santé, d'un maillage territorial beaucoup plus dense que le METPS, ce dernier n'étant parfois pas déconcentré en deçà du niveau provincial.

Le secteur de la santé a légèrement anticipé la création des nouvelles provinces en organisation un concours national dès 2014, afin d'installer les 26 nouveaux chefs de Divisions provinciales de la santé (DPS). En province, sous l'autorité de la DPS, c'est le Bureau de coordination de la zone de santé (BCZ) qui supervise directement les formations sanitaires (FOSA). Alors que la santé est un secteur à compétence exclusive des provinces depuis la Constitution de 2006, le transfert des charges et des ressources par le pouvoir central aux gouvernements provinciaux n'a cependant toujours pas commencé, et en province on parle de services déconcentrés de l'Etat.

Le secteur de la prévoyance sociale comprend également en principe une division provinciale dans chaque province, mais en comparaison à celui de la santé ses démembrements s'arrêtent le

²⁵ Ordonnance n°15/015 du 21 mars 2015 fixant les attributions des ministères (Journal Officiel du 27 mars 2015).

²⁶ Arrêté ministériel n°12/CAB.MIN/FPTPS/MK/033/00 du 31 juillet 2000 portant fonctionnement provisoire du secrétariat général à la prévoyance sociale.

souvent au niveau du District, avec des distances allant jusqu' à plusieurs centaines de kilomètres des Entités territoriales décentralisées (ETD), créant « un vide » entre Etat et population.

Ainsi, l'assertion selon laquelle le MSP devrait se cantonner à fournir une offre de soins de qualité et en quantité suffisante et laisser le METPS se charger de l'organisation de la demande risque de se heurter aux questions de capacités institutionnelles, matérielles et humaines.

Les CNS recommandent la mutualisation du risque maladie pour réduire le risque financier des usagers, et, à travers le PNPMS, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) a prévu d'ici 2020 la mise en place de mutuelles dans 1/10ème des zones de santé (ZS).

Mais il existe actuellement en RDC beaucoup d'initiatives locales de création de « mutuelles » ou « mutualités » qui ont pour objet d'intervenir au profit de leurs membres pour la prise en charge des soins de santé.

La Plateforme des organisations promotrices des mutuelles de santé (POMUCO) a adopté ses statuts en début d'année 2015. Elle regroupe cinq organisations promotrices des mutuelles de santé (CAMS, CENADEP, CGAT, MOCC, PRODES) qui rassemblent au total une centaine de mutuelles, qui elles même comprennent probablement la très grande majorité des membres de mutuelles de santé en RDC avec environ 317.000 bénéficiaires selon les déclarations faites.

Par ailleurs différents partenaires dans le domaine de la santé et de la protection Sociale en RDC réfléchissent sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé par la promotion des initiatives mutualistes (UNICEF, OMS, ANMC, BRS, GIZ, MEMISA, CORDAID, CTB, ...).

Les mutuelles de santé jouent les trois fonctions de financement de la Santé : collecte de fonds, mise en commun et les achats de services

Le bilan qui peut être fait de l'expérience des mutuelles en RDC est basé sur la revue documentaire de différents rapports d'études et documents cadres ainsi que sur l'analyse des données tirées de l'enquête réalisée auprès des personnes clés.

Les documents de politique et de stratégie de protection sociale du METPS²⁷ indiquent que « Le nombre de mutuelles a augmenté significativement depuis une vingtaine d'années » et positionnent les mutuelles de santé comme « levier essentiel » pouvant « contribuer à la progression vers la couverture sanitaire universelle » ou encore « les bases sur lesquelles la Protection Sociale en RDC peut s'enraciner ». Les atouts suivants sont cités :

- faibles niveaux de cotisation permettent d'avoir des adhésions massives ;
- persistance du mouvement avec de bons taux de fidélisation sur une longue période ;
- le fort intérêt actuel de la population et sa forte réactivité quand elle est engagée ;
- la professionnalisation progressive de la gestion des mutuelles et leur meilleure capacité à négocier des tarifs préférentiels ;
- l'implication des pouvoirs publics qui a un effet levier sur leur développement.

Toutefois les insuffisances suivantes sont aussi mentionnées :

- faibles taux d'adhésion et de pénétration ;
- le (faible) niveau de la cotisation limite la portée du paquet de services assuré ;
- les difficultés rencontrées dans le recouvrement des cotisations ;

²⁷ « Notre Protection Sociale », Politique Nationale et stratégie de Protection Sociale, Volume I et II, Décembre 2015

- la (faible) capacité d'autofinancement des mutuelles ;
- les défaillances au niveau de l'offre et de la qualité des services ;
- la (petite) taille des mutuelles et donc la faible mutualisation des risques.

De nos jours, la RDC compte environ 119 mutuelles de santé (30 seulement agréées par le ministère de l'Emploi, Travail et Prévoyance Sociale) dont 117 sont communautaires et 2 sont à adhésion obligatoire et réparties en 16 provinces sur 26. Le nombre de bénéficiaires dans l'ensemble des mutuelles de santé est estimé à 1.089.265 avec un taux de pénétration très faible de l'ordre de 1,6 %. Ainsi donc, 61,54% des provinces disposent d'au moins une mutuelle de santé (PNPMS, 2021).

Les assurances privées

Les assurances privées sont des organisations à but lucratif généralement réservées à la minorité aisée. Elles couvrent une infime frange de la population congolaise avec une offre très limitée et non diversifiée²⁸. Selon la liste publiée par l'autorité de régulation et de contrôle des assurances (ARCA) en RDC du 29 juin 2022, le marché congolais des assurances compte à ce jour 41 opérateurs d'assurance dont seulement une institution intégrant l'assurance maladie dans ses produits à savoir le Groupement de gestion d'assurance RDC SA (CGA RDC SA). Leur contribution au financement de la santé, mais plus encore à la protection financière, sera plus significative dans le cadre de réformes structurelles menées par l'Etat. Il s'agirait à travers ces réformes de fournir un environnement adapté à la promotion de la mutualité, en régulant le secteur des assurances privées, incluant le vote et l'application effective de textes réglementaires les obligeant à prendre en charge des personnes de faible revenu, et en définissant la couverture minimale que ces assurances doivent offrir aux bénéficiaires telle que la prise en charge des urgences. Ce faisant, l'Etat favorisera l'accès aux services de santé des groupes à plus faible revenu par des subventions. Il est important de souligner que le paysage des assurances privées dans le partage de risques financiers en RDC est très peu documenté.

La fragmentation dans la mise en commun des fonds

Le ciblage du financement public national repose sur tous les citoyens selon les textes fondamentaux en RDC. Cependant, il existe des systèmes vers des allocations prioritaires à travers des fonds dédiés aux démunis, aux personnes vulnérables et groupes spécifiques.

Avec la multiplicité de petits fonds généralement volontaires offrant une protection financière limitée, le ciblage du financement public national souffre d'insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau des services déconcentrés de l'Etat (DPS). Par ailleurs, cette multiplicité de fonds sans harmonisation et mise en commun véritable entrainerait le risque que les prestataires se fassent payer doublement par exemple par les mutuelles de santé et le gouvernement à travers certaines dépenses déjà prises en compte par les subventions et les régimes de gratuité pour certaines maladies.

Quant au financement extérieur, la plupart manque de flexibilité et le ciblage se fait par les partenaires eux-mêmes. Il existe une insuffisance de coordination et de mutualisation de ces différents financements pour être alignés aux priorités nationales. Cependant, les outils qui doivent faciliter cette coordination et cet alignement peinent à être imposés. De même, la signature de certaines conventions de financement ne respecte pas les choix stratégiques du secteur de la santé. Cela est dû à une insuffisance de leadership et de coordination des

²⁸ MA Mundabi. 2015. Quel système de sécurité sociale pour la RDC : Assurance maladie ? Mutuelles ? Assurances privées ?, Annales africaines de médecine : revue de la faculté de médecine de l'Université de RDC

modalités de financement des partenaires techniques et financiers (PTF) par les responsables nationaux.

ACHAT DES SERVICES ET PAIEMENT DES PRESTATAIRES

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, à travers les fonds mis en commun, ou via le paiement direct. « C'est le processus par lequel « les fonds mis en commun sont payés aux prestataires pour fournir des interventions de santé par des institutions comme le ministère de santé et les agences nationales de l'assurance maladie, etc »²⁹

Les prestataires de soins sont les entités qui reçoivent de l'argent en échange de la réalisation d'un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé. Les fonctions sont les types de biens et services fournis ainsi que les activités réalisées selon les Comptes Nationaux de la Santé (SHA 2011).

D'après les directives de l'OMS³⁰, l'achat stratégique suppose l'alignement du financement et des incitations sur les droits aux services de santé et donc doit se fonder sur des informations détaillées relatives à la performance des prestataires et aux besoins de santé de la population desservie. Il vise à réaliser au mieux les objectifs du système de santé grâce à un processus actif fondé sur des données factuelles qui définit les services de santé spécifiques à acheter à quels prestataires, le mode de paiement de ces services et les modalités tarifaires. Les réformes de l'achat stratégique impliquent généralement d'améliorer la façon dont le ministère de la santé, les caisses maladie et les autres acheteurs prennent les décisions clés concernant les interventions qu'ils couvrent, les prestataires qu'ils contractent et les méthodes de paiement afin d'améliorer l'accès, l'équité, l'efficacité, la qualité des soins et la protection financière.

Types d'achat des services

L'analyse des dépenses en RDC montre la coexistence de plusieurs modalités d'achat des services de santé avec des caractéristiques très diverses. Les procédures de mise en œuvre des différents mécanismes d'achat des prestations existent et sont quasi respectées. La séparation des fonctions est réelle y compris les structures qui s'occupent de la contractualisation et les payeurs. Mais il subsiste, pour plusieurs méthodes d'achat, des efforts importants à faire dans le remboursement régulier et à temps des services fournis par les prestataires liés aux longues périodes de vérification et aux lourdes procédures de décaissement. De plus, les paiements de fournisseurs ne sont pas harmonisés au sein des acheteurs et entre eux pour assurer une cohérence. Par ailleurs, il se dégage aussi une insuffisance dans la prise de mesures ou dispositions pour faciliter l'alignement des différents acteurs sur la politique nationale de l'achat des services de 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. 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

²⁹ World Health Organization (WHO) 2000

³⁰ OMS 2000

extérieure de manière systématique principalement pour les médicaments. Avec ses partenaires techniques et financiers, le MSPHP met ainsi en œuvre plusieurs régimes d'achat des prestations tels que le régime de l'administration publique (achat stratégique), les subventionnements, les paiements directs, le régime d'assurance maladie sociale du type assurance maladie obligatoire et le régime d'assurance communautaire (les mutuelles de santé).

Tableau 8: Méthodes d'achat des services

Méthode	Acheteur	Avantages	Inconvénients
Transferts directs (salaires)	Etat	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un mécanisme de bancarisation de salaire au profit des fonctionnaires à tous les niveaux ; • Meilleure prévisibilité dans la collecte des fonds avec un prélèvement à la source • Réduction de la fraude dans le paiement du salaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'application du mécanisme de transfert de financement dans les provinces (caisse de péréquation obligeant de céder 40% des recettes nationales aux provinces)
Crédits délégués	Etat	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe un mécanisme de financement mis en place par la commission financement logée au niveau de la DPS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les paiements des crédits délégués aux fournisseurs ne sont pas harmonisés, sans critères d'allocation transparents et cohérents • L'allocation des crédits délégués et des subventions aux structures de santé se fait sur la base d'une logique de moyens et non une logique de résultats à la suite du retard de la mise en œuvre de la réforme Recommandation : rendre opérationnelle la DAF pour accélérer la mise en œuvre du Budget-programme • Absence de priorisation à l'allocation ou au décaissement des ressources publiques de l'Etat • Insuffisance de redevabilité et de suivi envers l'exécution de ces ressources publiques
Assurance obligatoire (fonctionnaires)	Etat	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une assurance maladie obligatoire (AMO) intégrée à la CSU et gérée par la Mutuelle de santé des Enseignants. • Existence d'un cadre sur la CSU ainsi qu'un comité de pilotage composé du président de la République et des autres ministères concernés qui travaille avec le comité technique de coordination du conseil national de CSU. • - Mise en place par le comité technique de 6 commissions pour la santé qui aide à analyser les coûts des soins et services. • - Création de 5 structures de facilitation de la CSU par décrets du gouvernement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les ressources mises en commun au niveau de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale ne couvrent que les prestations liées aux maladies professionnelles et accidents de travail.
Assistance médicale (gratuités) et Fonds de Solidarité de Santé (FSS)	Etat	<ul style="list-style-type: none"> • Les gratuités et autres modalités d'assistance médicale sont considérées, en partie, répondant à un achat stratégique, au vu de leur impact (i) sur l'accès aux services et aux soins, (ii) sur l'amélioration de la santé des plus vulnérables, (iii) sur leur protection financière et 	<p>Le passage à un achat stratégique fait face à des obstacles (/ défis) suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix sécurisé et efficace des bénéficiaires dans le cadre d'un registre social solide (ciblage)

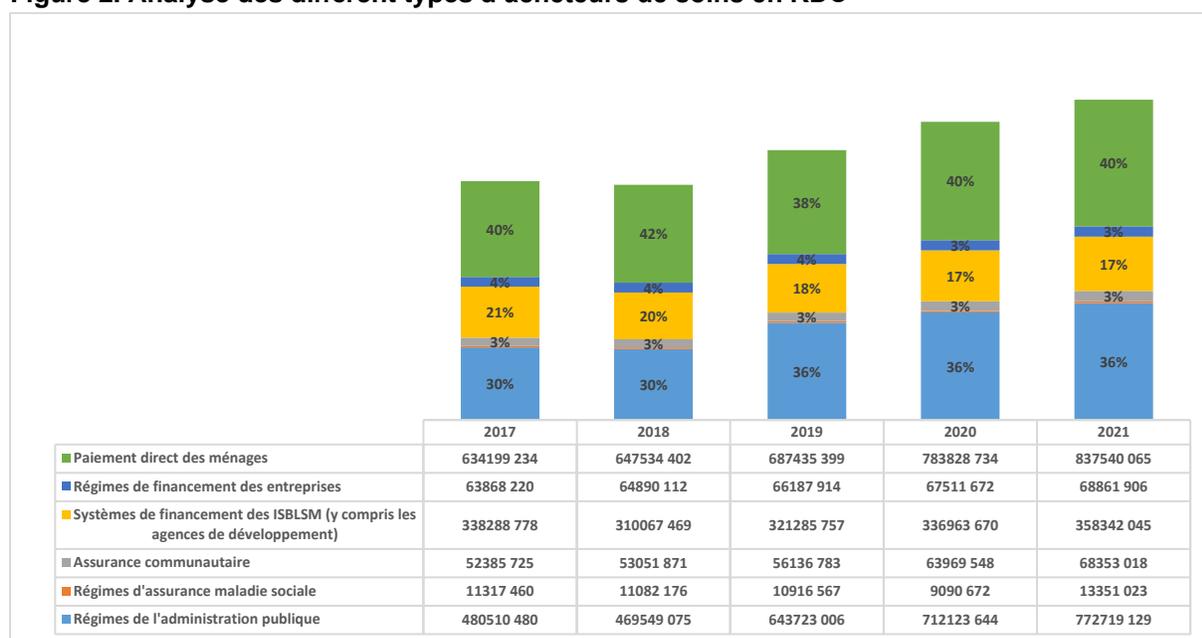
Méthode	Acheteur	Avantages	Inconvénients
		(iv) sur l'existence d'un paquet bien défini des soins à prendre en charge.	<ul style="list-style-type: none"> la tarification des actes à acheter en termes de pertinence et d'harmonisation, la qualité des services offerts et le remboursement optimal des actes sur la base de factures contrôlées.
Payement à la performance (Financement Basé sur le Résultat-FBR)	Partenaires techniques et financiers (PTF)	<ul style="list-style-type: none"> Le paiement des prestataires est déterminé par des informations recueillies lors des enquêtes de satisfaction des ménages : il y a le score et un bonus qui est fait sur la base du seuil. Les tests pilotes de financements basés sur les résultats, appuyés par certains PTF, constituent de véritables achats stratégiques permettant (i) de renforcer l'offre de soins, (ii) d'instaurer une culture de résultats, (iii) de motiver le personnel de santé et (iv) d'impliquer la communauté dans le développement de leur santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Les dispositifs du FBR existants rencontrent des défis dans leur mise en œuvre à savoir : (a) le manque d'harmonie entre les mécanismes et procédures, (b) les frais de gestion élevés, (c) le risque de falsification des données, (d) le risque de complaisance et de complicité des vérificateurs et (e) le lourd fardeau des documents et outils à renseigner périodiquement
Amélioration de gros investissements par les constructions/réhabilitations ciblées à moindre risque	Etat	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation effective grâce à l'exploitation des informations issues des grilles qualité et des services de management Mise en concurrence des communautés bénéficiaires pour inciter leur contribution 	<ul style="list-style-type: none"> Les budgets d'investissement font face à des taux d'exécution faibles Non-respect d'application des procédures et lourdeur dans le traitement des dossiers et l'exécution des passations de marchés.
Payement à l'acte	Payement direct des ménages	<ul style="list-style-type: none"> Accessibilité aux soins pour ceux qui le peuvent. 	<ul style="list-style-type: none"> Croissante contribution des ménages sans cesse, exposant les ménages aux dépenses catastrophiques et appauvrissements Les paiements directs des ménages souffrent (i) de l'absence d'harmonie et de non-actualisation de la tarification des actes, (ii) du coût élevé au regard de « l'acheteur », vu le pouvoir du ménage, et (iii) du coût insuffisant au regard du prestataire La qualité de soins influe sur la fréquentation des services Coût élevé des médicaments Insuffisance dans la gestion des mutuelles de santé qui nécessitent une évaluation de l'existant pour améliorer leur fonctionnalité
	Assurances / Mutuelles	<ul style="list-style-type: none"> Accès aux soins des bénéficiaires Prise en charge précoce des maladies Accessibilité de la population du secteur informel aux soins et à la protection sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> La première contrainte demeure la qualité de soins qui influe sur la fréquentation des services qui constitue un déterminant important dans l'adhésion des usagers aux mutuelles de santé. Coût élevé des médicaments. Insuffisance dans la gestion des mutuelles de santé qui nécessitent une évaluation de l'existant afin d'identifier les besoins et les gaps à combler pour améliorer leur fonctionnalité

Méthode	Acheteur	Avantages	Inconvénients
Tarifification forfaitaire	Etat	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'accessibilité financière aux soins Les tarifs forfaitaires sont négociés entre les structures et les communautés sur la base des études de coûts réalisés au préalable et en fonction des subsides de performance tenant compte des contextes spécifiques de chaque structure. 	<ul style="list-style-type: none"> Faible taux de couverture, Manque d'harmonisation grille de tarification pour toutes les provinces
Transfert conditionnel de cash	Etat	<ul style="list-style-type: none"> Le conditionnement du paiement de l'aide est assujéti à ce que le bénéficiaire s'acquitte de certaines obligations ou remplisse certains critères comme l'envoi de ses enfants faire des visites médicales régulières ou la vaccination. 	<ul style="list-style-type: none"> Faible couverture de la population sur le plan national. Exclusion ou renoncement d'une catégorie de la population des transferts conditionnés due au non-respect des conditions exigées.
Le paiement du bonus d'équité	Etat	<ul style="list-style-type: none"> Outil qui contribue aux diverses stratégies de lutte contre la pauvreté Complète la stratégie d'abolition du paiement direct des soins par les usagers. aide les patients les plus démunis à lever les barrières non médicales à l'accès aux services de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Faible cohérence des informations recueillies lors des enquêtes de satisfaction des ménages avec celles disponibles au niveau des FOSA afin de déterminer le score et un bonus sur la base du seuil défini.

Les différents types d'acheteurs

L'analyse des régimes de financement de la santé en RDC dans le tableau ci-dessous montre l'évolution des différents types d'achats de soins selon l'acheteur.

Figure 2. Analyse des différents types d'acheteurs de soins en RDC



Comme rappelé plus haut, la population congolaise n'est pas protégée contre les conséquences financières du paiement direct des services et soins de santé. Avec 40% en 2021, l'achat direct de services par les ménages occupe la première place devant les régimes de l'administration

publique, les régimes contributifs obligatoires de financement de la santé et les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé. Ce niveau de paiement direct des services de soins de santé des ménages est très élevé, dépassant ainsi le seuil recommandé par l'OMS (20 à 25%)³¹. Ces chiffres confirment les résultats de l'étude sur la protection contre le risque financier réalisée en RDC avec l'appui de l'OMS en 2018 montrant que l'incidence de la pauvreté augmente chez les ménages après avoir effectué les dépenses directes de santé à tous les seuils. Cette étude a aussi montré que la profondeur de la pauvreté s'accroît après le paiement direct des services et soins de santé effectués par les ménages³².

Paquet de services à acheter

- Manque de cohérence entre les différents régimes de paiement des soins et parfois l'absence de transparence
- 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 coordonnée à l'échelle du pays
- Absence de critères objectifs devant être obligatoirement respectés lors de l'allocation interne des ressources et la non-effectivité de la budgétisation par programme entraînent certaines défaillances du système d'allocation des ressources
- Les défaillances du système d'allocation s'appréhendent au niveau de l'iniquité dans l'allocation des ressources budgétaires nationales entre différents niveaux du système de santé et entre différents types de structures de soins.
- Le transfert de fonds ne se fait pas suivant un mode de transfert stable
- Les responsables de programme ne disposent pas effectivement des prérogatives qui leur ont été définies, ce qui entraîne l'insuffisance de transparence et d'implication des responsables sectoriels dans la prise de décision en matière de répartition interne des ressources.

Le manque de cohérence entre les différents régimes de paiement des soins et parfois l'absence de transparence, crée des distorsions dans le système, et ne permet pas d'envisager l'achat adéquat d'un paquet de services harmonisé et 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 coordonnée à l'échelle du pays, est source de fortes disparités, mais aussi d'inefficacité dans le financement de la santé.

Il est nécessaire d'identifier les dépenses de santé qui correspondent à un caractère stratégique afin de les développer et d'engager une véritable mise à l'échelle de leur achat stratégique avec une réelle implication de l'Etat à la lumière de l'accroissement du coût du paquet de soins. Selon le PSN CSU 2020-2030, le coût total du paquet de soins atteindrait plus de 2,7 milliards de dollars en 2030, contre un demi-milliard en 2015. En effet, en 2015, les prestations au niveau des Centres de Santé représentaient 72 % du coût total, et 28 % au niveau des hôpitaux. Cette proportion des 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

³¹ Rapport mondial de suivi sur la protection financière en santé, 2019. OMS – Banque Mondiale.

³² Eloko Eya Matangelo. G et al, 2018. Etude sur l'analyse de la protection contre les risques financiers en santé. Cas de la République Démocratique du Congo. In Journal d'Épidémiologie et de Santé Publique, JESP N°20, Décembre 2018, pp 89-97, Service de Bio statistique et d'Épidémiologie Clinique, Faculté de Médecine, Université d'Oran / Algérie, (www.jesp-dz.com).

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 2030³³.

Dans la planification des ressources de 2023, il est prévu par le gouvernement la mise en place d'un paquet de base qui sera constitué des mécanismes d'équité et de l'achat stratégique (approche Gestion axée sur les résultats). Concernant l'offre et la demande, les financements sont prévus également pour améliorer l'offre afin de booster la demande.

Prestataires de services « vendeurs » des services

Tableau 9. Affectation des dépenses du Gouvernement par prestataire selon les activités en 2021 (USD)

Prestataire (HP)	Fonctions (HC)	Montant (USD)	%HC	%HP
Hôpitaux	Soins curatifs	172 495 752	52%	52%
	Soins préventifs	143 175	0.04%	
Prestataires de soins de santé ambulatoire	Soins curatifs	71 571 519	22%	28%
	Soins préventifs	18 278 284	6%	
Prestataires de services auxiliaires	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	30 874	0.01%	0.01%
Prestataires de soins préventifs	Soins préventifs	246 869	0.07%	0.07%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	60 578 614	18%	18%
Reste du monde	Soins curatifs	6 154 240	2%	2%
Total		329 499 331	100%	100%

Source: *Rapport Comptes Nationaux de la Santé 2021*

On observe que les dépenses de santé du Gouvernement ont été affectées pour plus de la moitié pour les soins curatifs hospitaliers dans les hôpitaux 52%, versus 27% affectés aux prestataires de soins de santé ambulatoire dont 22% pour soins curatifs ambulatoires et 6% pour les soins préventifs. Il convient de noter que cette allocation ne respecte pas les normes envisagées en faveur des soins de santé de primaire.

Les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé ont reçu 18%. Le Reste du monde 2% pour les soins curatifs hospitaliers à l'extérieur du pays (évacuations).

Tableau 10: Affectation des dépenses du RDM par prestataire selon les activités en 2021 (USD)

Prestataires	Fonctions	Montant (USD)	HC%	HP%
Hôpitaux	Soins curatifs	90 756 065	11%	12%
	Soins préventifs	5 206 413	1%	
Prestataires de soins de santé ambulatoire	Soins curatifs	94 060 147	12%	31%
	Soins préventifs	158 641 659	20%	
Prestataires de services auxiliaires	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	7 271 824	1%	1%

³³ MSPHP. 2020. Plan Stratégique National pour la Couverture Sanitaire Universelle en RDC 2020-2030.

³³ URL: <https://www.fpinancingroadmap.org/fr/learning/specific-topics/public-financial-management>. USAID. HP+. 26.0

Prestataires	Fonctions	Montant (USD)	HC%	HP%
Prestataires de soins préventifs	Soins préventifs	32 412 332	4%	4%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	400 698 300	50%	50%
Reste de l'économie	Soins préventifs	13 785 570	2%	2%
TOTAL		802 832 314	100%	100%

Source : Rapport des comptes de santé, 2021

Le financement du reste du monde a été affecté majoritairement aux prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé (50%), suivi des formations sanitaires (43%) dont 23% pour les soins curatifs et 21% pour les soins préventifs. Les prestataires des soins préventifs (hors formations sanitaires) représentent 4% et les services auxiliaires 1%.

Tableau 11. Affectation de la DCS des Ménages par prestataire par fonction en 2021 (USD)

Prestataires	Fonctions	Montant (USD)	HC%	HP%
Hôpitaux	Soins curatifs	533 384 753	58%	58%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	Soins curatifs	145 874 579	16%	18%
	Soins préventifs	18 533 987	2%	
Prestataires de services auxiliaires	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	21 696 495	2%	2%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	194 425 293	21%	21%
TOTAL		913 915 109	100%	100%

Source : Rapport des comptes de santé, 2021

Il s'observe que sur l'ensemble des Dépenses Courantes de Santé des ménages, 58% ont été affecté aux hôpitaux, 21% aux détaillants et autres prestataires des biens médicaux (majoritairement les médicaments délivrés sur ordonnance), 18% aux prestataires des soins ambulatoires dont 16% pour les soins curatifs et 2% pour les soins préventifs, et 2% pour les prestataires auxiliaires.

Facilitation de la gestion axée sur les résultats

La RDC a opté pour le financement basé sur les résultats (FBR) pour la réalisation des objectifs d'amélioration de la performance du système de santé en adéquation avec le PNDS et les objectifs de certains bailleurs à l'exemple de l'USAID, avec le projet de santé intégré PROSANI visant à améliorer la qualité, l'accès et la disponibilité du service PMA et PCA plus dans les zones ciblées³⁴. L'un des points forts de la gestion axée sur les résultats dans le financement public de la santé, est le paiement des prestations des structures administratives sur la base des performances et l'existence des grilles de qualité qui sont associées à l'évaluation des scores qualité.

Le paiement des prestataires est déterminé généralement par des informations recueillies lors des enquêtes de satisfaction des ménages. Il y a un score et un bonus qui est établi sur la base d'un seuil. A l'issue de l'enquête de satisfaction, un compte rendu est fait aux FOSA. Il existe par

³⁴ Manuel du financement basé sur les résultats. PROSANI, USAID, OSC, MSH, International Rescue Committee 2011

ailleurs des mécanismes de paiement mis en place par la commission financement au niveau de la DPS. Les prestataires sont autonomes. Ils reçoivent leurs fonds et les gèrent, mais ils sont assujettis à des contrôles et vérifications.

A noter que l'utilisation des ressources publiques nationales pour le FBR souffre d'insuffisance d'efficacité et de l'absence d'un dispositif actif de contrôle interne et de redevabilité dans le secteur de la santé. Quant au financement extérieur, la rigidité des procédures de la plupart des PTF entraîne des lenteurs dans le processus de décaissement des fonds. On note également une insuffisance dans l'évaluation des performances.

Efficiences dans l'allocation des ressources

Les mécanismes et procédures budgétaires pour l'allocation des ressources sont clairement définis en RDC. Les principes de l'équité dans l'allocation des ressources pour les structures administratives sont basés sur le volume d'activité et le score selon le contrat de performance. Les cadres de performance contiennent les prestations ou les indicateurs contractuels, leurs cibles, les sources de vérification, les critères de validation et la pondération. Les critères d'évaluation de ces contrats de performance permettent de clarifier les rôles et responsabilités de chaque acteur, la transparence des procédures de vérification et les modalités de paiements. Les missions de contrôle et vérification mesurent sur la base de ces critères pour chaque structure contractante le niveau de performance qui détermine le niveau d'équité dans l'allocation des ressources.

L'un des points forts de cette allocation est qu'avec la décentralisation, le gouvernement a fait un recadrage tel que recommandé par la gestion administrative. Cependant l'absence de critères objectifs devant être obligatoirement respectés lors de l'allocation interne des ressources et la non-effectivité de la budgétisation par programme entraînent certaines défaillances du système d'allocation des ressources. Entre autres ces défaillances s'appréhendent au niveau de l'iniquité dans l'allocation des ressources budgétaires nationales entre différents niveaux du système de santé et entre différents types de structures de soins. Ces insuffisances sont à l'origine d'une forte centralisation des dépenses de santé avec une utilisation abusive des ressources au niveau central. Le transfert de fonds ne se fait donc pas suivant un mode de transfert stable. En effet, les responsables de programme ne disposent pas effectivement des prérogatives qui leur ont été définies, ce qui entraîne l'insuffisance de transparence et d'implication des responsables sectoriels dans la prise de décision en matière de répartition interne des ressources.

Cette situation peut être exacerbée par une insuffisance d'évidences et d'études appropriées à tous les niveaux pour une meilleure orientation de l'allocation des ressources. Cela s'explique aisément par exemple par la faible capacité et le manque de compétences pour la collecte, la saisie et l'analyse des données au niveau des provinces dans la réalisation des études tels que les comptes nationaux de santé.

Bien qu'elles participent à un degré important du financement de la santé en RDC, l'allocation des ressources extérieures souffre aussi de ces insuffisances en matière d'équité. En effet, l'absence d'outils nationaux contraignants pour les PTF en matière de programmation pluriannuelle sectorielle avec priorisation thématique, géographique et populationnelle, ajouté à l'absence de cartographie exhaustive des interventions des PTF entraînent une iniquité dans la répartition des financements extérieurs par zone géographique et par groupes cibles.

Présentement, l'allocation du budget de l'Etat par le trésor public est transférée aux Ordonnateurs Délégués Provinciaux du gouverneur et ne parvient pas toujours aux structures sanitaires. Il est nécessaire de l'opérationnaliser afin que les fonds soient transférés directement aux structures pour plus d'équité.

Il existe par ailleurs un retard dans la libération des crédits et même dans l'ordre de libération des crédits qui ne prennent toujours pas en compte les véritables priorités du secteur. La libération fragmentée des crédits délégués, l'insuffisance de maîtrise des processus de passation des marchés publics et d'engagement des dépenses de santé explique l'exécution partielle des financements d'investissement alloués au secteur de la santé dans le budget de l'Etat.

Par ailleurs, le financement extérieur est aussi confronté à des difficultés d'accès parmi lesquelles on peut citer :

- La volonté manifeste de certains PTF à garder leurs spécificités en termes de modalités de programmation, de procédures de mise en œuvre ou d'outils de suivi et évaluation
- Le manque de confiance des PTF dans les procédures nationales pour garantir l'efficacité, la transparence et la redevabilité attendue : « l'imposition » d'un compte unique au trésor sans concertations préalables et les retards dans le décaissement des contreparties nationales de ces financements extérieurs viennent confirmer ces craintes.

En résumé, l'achat stratégique (et l'allocation efficace) est encore au stade expérimental en RDC lié (i) à l'insuffisance de compréhension du PNDS et (ii) au manque de l'internalisation des règles de procédures budgétaires. Les initiatives soutenues d'achat stratégique sont pour le moment réalisées par les partenaires techniques et financiers mais avec une couverture limitée. Les structures et organes du MSPHP au niveau central, provincial et opérationnel, qui gèrent l'achat stratégique le font à posteriori et non à priori. Il serait donc temps de capitaliser les premières expériences pour une mise à échelle de l'achat stratégique. L'achat stratégique pourrait ainsi contribuer à améliorer la qualité des services et la gouvernance des mécanismes. Cependant, la réussite de l'achat stratégique en RDC requiert par ailleurs un niveau plus élevé de gouvernance.

GESTION DES FINANCES PUBLIQUES

« La **gestion des finances publiques** est une série de règles et institutions, politiques et de processus qui gouvernent l'utilisation de fonds publics dans tous les secteurs, de la collecte de revenus à la **gestion des dépenses publiques** »³⁵. Les fonds publics comprennent les dépenses de santé effectuées par le Gouvernement Central, les Gouvernements provinciaux et les entités territoriales décentralisées. Les facteurs de prestation représentent la valeur totale des ressources, en espèces ou en nature utilisées dans la fourniture des biens et services de santé. En ce sens la gestion des finances publiques concerne tous les différents domaines du financement de la santé : la mobilisation des ressources, leur mise en commun et l'achat de services. Elle constitue un aspect central de l'atteinte des objectifs en termes de provision de soins de santé de qualité et abordables à la population congolaise. Le tableau ci-dessous présente une analyse SWOT de la gestion des finances publiques en RDC.

Tableau 12. Analyse de la gestion des finances publiques

Forces de la gestion des finances publiques	Faiblesses de la gestion des finances publiques
<ul style="list-style-type: none"> • Existence et connaissance des procédures d'exécution des différents mécanismes de planification et d'allocation budgétaires. • L'autorisation des établissements publics administratifs à disposer de comptes bancaires pour déroger aux 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible implication des responsables des programmes (de la réforme de budget-programme) dans les décisions en matière de gestion des finances publiques • Insuffisance dans le suivi et l'évaluation de l'exécution des finances publiques :

³⁵ URL: <https://www.fpinancingroadmap.org/fr/learning/specific-topics/public-financial-management>. USAID. HP+. 26.0³⁵ Manuel du financement basé sur les résultats. PROSANI, USAID, OSC, MSH, International Rescue Committee 2011

3. 2023.

<p>instructions liées au Compte unique du Trésor constitue une facilité en matière de circuit budgétaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie de gestion des prestataires pour les fonds qui leur sont alloués, encadrée de contrôles et vérifications. • Séparation claire des fonctions d'ordonnateur et d'exécution du budget. • Une bonne évolution des textes régulièrement actualisés et des organes de mise en œuvre dans le cadre de la gestion publique et du circuit budgétaire. 	<ul style="list-style-type: none"> – Faible alignement de l'exécution budgétaire sur la planification de l'allocation de ressources publiques. – Faible motivation des responsables de la santé pour une exécution plus efficiente des ressources mises à leur disposition – Retard dans la libération des crédits et lourdeur des procédures de décaissement des crédits de l'Etat. – Manque de capacités des services techniques et administratifs directement concernés dans la passation des marchés publics • Les ressources publiques transférées pour la santé en province ne s'alignent pas sur des actions stratégiques et programmatiques prioritaires, ni sur la répartition des populations. • Malgré la décentralisation, une grande partie des fonds publics, y compris les salaires, continuent d'être exécutés par le pouvoir central avec des conséquences sur le suivi des performances et la redevabilité.
<p>Opportunités de la gestion des finances publiques</p>	<p>Menaces de la gestion des finances publiques</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de la loi des finances publiques, du DPPD (5 ans, sur le plan budgétaire 3 ans au minimum), de l'autorisation de paiement et crédit de paiement et de la loi de gestion budgétaire pour une meilleure organisation de la gestion des finances publiques • Existence du Principe budgétaire de rétrocession de 40% des recettes nationales aux provinces par le gouvernement fédéral pour renforcer leur autonomie de gestion. • Depuis 2011 augmentation de l'enveloppe budgétaire de la santé pendant les planifications • Institutionnalisation des Comptes Nationaux de la santé pour assurer la disponibilité des informations pour la prise de décision. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inefficience dans l'utilisation des ressources de santé aux niveaux national et provincial (PNDS 2019-2022) • Faiblesse dans l'accroissement de la DPS liée à des prévisions économiques incertaines

PRINCIPAUX CONSTATS RELATIFS A L'ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA SANTE EN RDC

Cette analyse situationnelle du financement de la santé en RDC ressort les principaux constats suivants :

- Malgré les efforts consentis, les ressources mobilisées restent largement en deçà des besoins du pays au regard des estimations et directives développées au niveau international. Ce manque de financement serait lié (i) à une insuffisance de priorisation de la santé dans le budget de l'Etat (11,5% en 2021 et 8,08% en moyenne depuis 2014, et dépenses publiques de santé du gouvernement quasi stationnaires en pourcentage du PIB soit moins de 1%) en plus d'un environnement macro-économique peu favorable, (ii) à une faiblesse des capacités de mobilisation des ressources locales, (iii) à l'insuffisance du suivi de la performance des ressources allouées dans le cadre de la réforme de budget-programme. L'Etat devra renforcer la priorité budgétaire accordée à la santé pour tendre vers l'objectif d'Abuja d'investir au moins 15% du budget général du gouvernement dans la santé.
- Le déficit financier en matière de santé est substantiel et peut représenter, par habitant et par an, une moyenne de 60,46 à 86,46 dollars si l'on adopte un scénario plus ambitieux. L'écart est estimé de manière générale en comparant les 86 USD générique (ou 112 USD les plus ambitieux pour les soins primaires) par rapport au 25,54 USD disponibles en RDC. Dans l'état actuel des connaissances, on peut considérer que le cheminement du système de santé de la RDC vers la CSU exige de son gouvernement qu'il envisage d'investir plus et mieux dans la santé.

- La forte centralisation des dépenses de santé liée (i) à une insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau des services déconcentrés de l'Etat et (ii) à une application insuffisante des textes instituant la déconcentration des services publics.
- L'exécution partielle et parcellaire des financements d'investissement alloués dans le budget de l'Etat liée (i) à une libération fragmentée des crédits délégués et (ii) à une insuffisance de maîtrise du processus de passation des marchés publics, (iii) à une instabilité politique et sécuritaire.
- Le niveau de dépenses de santé des ménages reste élevé. Pour financer ses besoins – tenant compte d'importants défis auxquels il fait face – le système de santé s'est tourné vers les ménages qui supportent la moitié de la dépense de santé avec d'importants risques de dépenses catastrophiques chez les plus pauvres, de surcroît habitant en milieu rural moins couvert par les services de santé et avec des conséquences néfastes pour la protection et l'équité financière. Cette situation serait liée (i) à la faiblesse des systèmes de couverture du risque maladie (comparativement aux objectifs fixés par le PNDS 2019-2022 d'augmenter de 30% l'accessibilité financière des populations aux services et soins de santé de qualité et de réduire les dépenses des ménages de 90% à 60% par l'implémentation des mécanismes de partage des risques à travers le pays) et (ii) à l'insuffisance des budgets des structures de soins les amenant de plus en plus à collecter des ressources lors de la dispensation des soins dans le cadre d'une tarification peu harmonisée et ne se basant pas sur une évaluation objective des coûts de production des soins.
- Une insuffisance d'appropriation par les responsables du secteur des nouveaux outils de gestion budgétaire (Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses, Rapport Annuel de Performance, Plan Annuel de Performance) liée à une insuffisance du dialogue politique entre le ministère de la Santé d'une part et les Ministères des finances et du Plan d'autre part. Ce dialogue devrait s'étendre autour des principes de redevabilité mutuelle entre les trois ministères face aux engagements afin d'améliorer en quantité et en qualité le budget de l'Etat.
- Un espace fiscal réduit pour la santé. En s'engageant sur une évolution de la part de la DPS dans la Dépense publique générale (DPG) pour atteindre, d'ici 2030, le niveau d'engagement d'Abuja (15%), le pays pourrait dégager un espace fiscal substantiel (mobiliser des revenus à partir d'une stratégie de taxation de certains produits) pour la santé qui viendra compléter les efforts du secteur lui-même en améliorant l'efficacité de sa dépense, et celui des PTF pour un accompagnement efficace de cette ambition.
- Des avancées significatives sont notées en matière de législation, pour faciliter la mise en commun du financement public national en RDC, où plusieurs lois sont votées et adoptées (lois budgétaires, lois de finances), mais aussi l'engagement du pays à mettre en œuvre la Couverture sanitaire universelle (PSN CSU 2020-2030) avec la création de deux instruments principaux à savoir le Fonds de solidarité de santé (FSS) et plus récemment le Fonds de promotion de la santé (FPS). Malgré ses différentes limites, le Fonds de Solidarité de Santé constitue un exemple réel de mise en commun des ressources pour une action de santé conjointement financée. Il s'agira d'améliorer le suivi de sa performance et la transparence de sa gestion au niveau opérationnel pour convaincre davantage de PTF à le rejoindre.
- L'iniquité dans l'allocation des ressources budgétaires nationales entre différents niveaux du système de santé et entre différents types de structures de soins liée (i) à l'absence de critères objectifs devant être obligatoirement respectés lors de l'allocation interne des ressources, (ii) à la non effectivité de la budgétisation par programme et (iii) à l'insuffisance de transparence et d'implication des responsables sectoriels dans la prise de décision en matière de répartition interne des ressources.

- Le manque d'équité dans la répartition des financements extérieurs par zone géographique et par groupes cibles lié (i) à l'absence d'outils nationaux contraignants en matière de programmation pluriannuelle sectorielle avec priorisation thématique, géographique et populationnelle, (ii) à l'absence de cartographie exhaustive des interventions des PTF, (iii) à l'insuffisance de coordination entre le Ministère de la santé et le Ministère des finances et des autres Ministères concernés et (iv) à l'insuffisance d'affirmation du leadership et de la gouvernance du Ministère de la santé.
- Le volume des subventions destinées aux formations sanitaires reste marginal, tant du point de vue du budget de l'État, que de celui des collectivités locales. Les formations sanitaires se rémunèrent alors principalement à partir des paiements directs des usagers, déboursés au moment de l'utilisation des services, en plus d'autres sources de financement.
- Les procédures de mise en œuvre des différents mécanismes d'achat des prestations existent et sont quasi respectées. La séparation des fonctions est réelle y compris les structures qui s'occupent de la contractualisation et les payeurs. Cependant le système d'achat en RDC demeure minoritairement actif au détriment de son caractère globalement passif. Ce mode de financement qui alloue des ressources sur la base de normes et ne tenant souvent pas compte des besoins réels des structures par type, et sans prise en compte réelle du monitoring de la qualité associant la performance.

RECOMMANDATIONS

III. 1. Mobilisation des ressources financières

- Basculer en mode Budget-Programme pour améliorer la gestion financière dans le secteur ;
- Mener les plaidoyers intra gouvernemental pour accroître la part du budget alloué à la santé conformément aux engagements d'Abuja (15%) ;
- Accélérer le processus de digitalisation des procédures fiscales et non fiscales pour améliorer le recouvrement des recettes.
- Application effective des déclarations internationales - Déclaration de Paris sur l'alignement des partenaires en particulier
- Sensibiliser les collectivités locales à capter les informations sur les ressources allouées à la santé ;
- Augmenter la participation communautaire dans les actions de l'offre et de l'accès des services essentiels de santé ainsi que dans l'utilisation et la qualité des services ;
- Renforcer les capacités du personnel de santé en leur apportant une expertise requise afin de leur permettre de faire un plaidoyer efficace pour la mobilisation des ressources, mais également les outiller pour une utilisation rationnelle des ressources du secteur.
- Intégrer les approches de la responsabilité sociétale des entreprises (RSE) en appliquant le secteur privé pour accroître les ressources.
- Accroître la part de financement des investissements en santé et des subsides de fonctionnement des services de santé afin de combler le déficit du système de santé pour plus de portabilité et de soutenabilité des interventions.

III. 2. Mutualisation des ressources financières

- Le MSPHP doit assumer son leadership dans le cadre d'une véritable approche sectorielle consensuelle autour d'un Plan Stratégique unique et réalisable, d'un Financement synergique et d'un Système de suivi et évaluation conjoint.
- Inciter le Groupe inter bailleur du secteur de la santé (GIBS) à s'aligner au plan stratégique 2024-2030 du pays qui s'inscrit résolument dans l'approche sectorielle autour d'un seul plan, d'un financement complémentaire et synergique et d'un système unique de suivi et évaluation.
- Clarifier les rôles de chaque partie prenante et des structures concernées dans le financement de la santé afin de mieux accompagner l'Etat dans la mutualisation du budget programme.
- Impliquer les différents responsables de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le processus de mise en place des réformes sur la mise en commun des ressources.
- Mobiliser en amont les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des plans stratégiques (PNDS, PPDS et PDZS).
- Elaborer le texte et les lois sur la mutualisation des ressources financières de la santé.
- Instaurer un dialogue permanent entre les différents ministères pour opérationnaliser le mécanisme de coordination.
- Actualiser l'arrêté créant le Comité National de Pilotage (CNP-SS) et le cadre de concertation et coordination des organismes de financement de la santé pour une bonne coordination du processus des réformes de la mise en commun des ressources.

- Mettre à l'échelle et professionnaliser les mutuelles de santé existantes.
- Promouvoir les unions et les fédérations des mutuelles
- Etablir une cartographie des mutuelles de santé exhaustives
- Appuyer la mise en place des commissions provinciales interministérielles
- Une mutualisation du risque à l'échelle de la zone de santé dans un premier temps puis au niveau du réseau (partiellement ou total quand les conditions sont réunies)
- Appuyer des capacités de gestion professionnelles au niveau provincial
 - Capacités en gestion techniques et financière
 - Capacités en marketing
 - Capacité d'appui à la gouvernance
 - Personnel
 - Logiciel de gestion des données adapté (IMIS)
 - Moyens de fonctionnement
- Utiliser les mutuelles de santé comme mécanisme de financement des soins de santé des indigents là où elles existent.
- Inclure les mutuelles de santé comme mécanisme à part entière du système de santé
- Développer et Mettre en œuvre un projet d'expansion des mutuelles de santé

III. 3. Achat des ressources financières

- Le MSHPH doit ériger le basket fund pour harmoniser le paiement pour éviter la duplication des fonds et assurer la cohérence dans les achats et les paiements
- Rendre opérationnelle la DAF pour accélérer la mise en œuvre du Budget-programme
- Renforcer le mécanisme de redevabilité de l'exécution
- Vérification basée sur les risques ;
- Renforcer les mécanismes de contrôle et l'application des sanctions ;
- Simplifier et harmoniser les outils standards de la mise en œuvre du PBF
- Alléger les procédures dans le traitement des dossiers et l'exécution des passations de marchés
- Renforcer les mécanismes de suivi de l'exécution des passations de marchés
- Attendre l'étude en cours pour harmoniser les procédures de mise en œuvre de la tarification forfaitaire
- Renforcer le cadre législatif et réglementaire afin de donner plus de place à la déconcentration des responsabilités et à la redevabilité envers les ressources mises à disposition des provinces.
- Déterminer le panier de soins à couvrir par niveau de la pyramide et par type de prestataire qui comprendra, dans un premier temps, des interventions préventives, curatives et promotionnelles à haut-impact relatives à la santé maternelle, néonatale et infantile.

- Déterminer les coûts réels de production des soins essentiels et des paquets de service par niveau de la pyramide sanitaire et par type de prestataire de soins pour une mise à jour harmonisée des tarifs afin de contribuer à un bon achat stratégique, une meilleure couverture et une allocation efficiente des ressources.
- Harmoniser les modèles de FBR sur la base d'évaluations conjointes indépendantes permettant la levée des obstacles pour une mise à échelle.
- Aller progressivement vers un système d'assurance maladie universelle adaptée aux différents groupes de population cibles en intégrant les différents mécanismes de gratuité
- Motiver les ménages et rendre obligatoire leur adhésion aux institutions de partage de risque avec une subvention pour l'adhésion des groupes vulnérables et à faible revenus
- Promouvoir des structures à base communautaire permettant la mise en place des mécanismes de partage de risque maladie, pour permettre aux plus pauvres et plus marginalisés d'accéder aux services et soins de santé de base par une mise en œuvre programmatique efficiente du PSN CSU 2020-2030.

LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- MSPHP, 2006. *Stratégie de renforcement du système de santé*.
- 2- KALENGA ILUNGA Oly, 2019. *Politique nationale sur l'achat stratégique des soins et services de santé en RDC*. MSPHP.
- 3- MSPHP, 2019. *Guide de mise en œuvre de la tarification forfaitaire dans les formations sanitaires en RDC*. MSPHP.
- 4- MSPHP, 1974. *Charte de développement sanitaire*. Comité régional.
- 5- CTAS, 2019. *Document technique de la mise en œuvre de l'achat stratégique dans le programme PDSS en RDC pour l'année 2018*. MSPHP.
- 6- MSPHP. 2018. *Financement de la santé en RDC : étude sur l'espace budgétaire du secteur de la santé en RDC : la RDC peut si elle le veut réaliser la CSU*. Lettre 1, Groupe de la Banque Mondiale.
- 7- MSPHP. DEP. 2021. *Rapport de cartographie du financement de la santé 2020 – 2024*. RDC
- 8- MSPHP. 2020. *Plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2020-2030*. RDC
- 9- MSPHP. 2016. *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle*. RDC.
- 10- MSPHP. 2018. *Plan national de développement sanitaire recadré pour la période 2019-2022*. RDC.
- 11- Programme de Santé Intégré de l'USAID, "*Programme de Santé Intégré de l'USAID, Approche pour le renforcement des capacités institutionnelles : Guide d'utilisateur*." Elaboré pour l'USAID par TRG.
- 12- MSPHP, 2020. *Cartographie du financement de la santé Rapport préliminaire*. RDC.
- 13- MSPHP, 2018. *Stratégie de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle en RDC*.
- 14- Rosensweig, Fred and Steve Yank (Training Resources Group); Carol Adoum and Peter Eerens (Abt Associates). "*Capacity Development Approach*." Prepared for USAID IHP by Abt Associates, Rockville, Maryland, original submitted October 5, 2018; revision submitted November 5, 2018, Final Approved November 14, 2018.
- 15- WHO, 2020. *Assessing country health financing systems: the health financing progress matrix*. Health financing guidance NO 8.
- 16- MSPHP, 2011-2021. *Rapports Comptes Nationaux de la santé*. PNCNS. DEP.
- 17- PWC. 2021. *Assessment of capacities of 9 Provincial Health Divisions (Divisions Provinciales de la Santé-DPS) in DRC*. PwC Advisory SAS DRC
- 18- Journal officiel RDC. 2018. *Loi N° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique*. RDC
- 19- Jeff Maotela Kabinda. Patrick Mulopo Mitashi. Faustin Mukalenge Chenge. 2019. « Analyse des modalités de financement des soins de santé en République démocratique du Congo : Revue systématique. » *Annales Africaines de Médecine*. Article Original.
- 20- Moumounou GNANKAMBARY. 2021. *Rapport de mission. Assistance technique gouvernance financière dans le secteur de la santé*. Expertise France. AFD.

- 21- URL: <https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview>. *Banque mondiale en République démocratique du Congo (RDC)*. Mise à jour du 7 – 11 Octobre 2022
- 22- *BULL World Health Organ. 2013. Les agents sanitaires des collectivités pour la couverture sanitaire universelle : de la fragmentation à la synergie*. 91:847–852
- 23- URL: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118745>. UNICEF. MSPHP. 2021. *Pour un accroissement soutenable des financements vers le secteur de la santé*. Debriefing budgétaire.
- 24- UNICEF RDC. 2023. *Projections démographiques 2019-2025*.
- 25- URL : https://fr.wikipedia.org/wiki/Démographie_de_la_république_démocratique_du_Congo. RDC 2022. *Budget citoyen, loi des finances 2022*. Kinshasa.
- 26- S.E. Félix-Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO. 2019. *Allocution à l'occasion du séminaire des Gouverneurs de provinces*. RDC (Ministère des finances).
- 27- RDC 2020. *Plan Stratégique National pour la Couverture Sanitaire Universelle 2020-2030*.
- 28- PERC (Partnership for Evidence-based Response to Covid-19), 2021. *Responding to Covid-19 in African member: Data Deck of polling Results: RDC*
- 29- AFRICA CDC, 2011. *Manuel du financement basé sur les résultats*.
- 30- PROSANI, USAID, OSC, MSH, International Rescue Committee, 2017. *What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage?* 12: 125-137., 28
- 31- McIntyre D., F. Meheus, J. A. Rottingen, 2016. *Étude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle*. RDC

ANNEXE A: LISTE DES STRUCTURES ET ORGANISATIONS POTENTIELS POUR LA PHASE DE COLLECTE DES DONNÉES

NOM DE LA STRUCTURE	
Autorités administratives publiques en charge de la santé et autres secteurs concernés	
1	Secrétaire Général à la santé (SG)
2	Direction des études et de la planification (DEP) du MSPHP
3	Direction administrative et financière (DAF) du MSPHP
4	Programme National des Comptes Nationaux de la Santé (PNCNS)
5	Programme National de Promotion des Mutuelles de la santé (PNPMS)
6	Coordination de la Gestion Financière et Administrative (CAGF)
7	Direction des Ressources Humaines pour la Santé (DRHS)
8	Cellule Technique d'Achat Stratégique (CTAS)
9	Direction Générale d'Organisation et de Gestion des Services et Soins de Santé (DGOGSS)
10	Inspection Générale de la santé (IGS)
11	Commission des réformes des finances publiques (COREF) de ministère des Finances
12	École de Santé Publique de Kinshasa (ESPK)
13	Projet de Développement de Système de Santé (PDSS)
Membres du Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS) et autres partenaires techniques et financiers	
14	United States Agency for International Development (USAID)
15	L'Agence Française de Développement (AFD)
16	Groupe de La Banque mondiale (GBM)
17	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
18	La Direction générale de la coopération belge au développement
19	Foreign, Commonwealth and Development Office (FCDO) du Royaume-Uni
20	Programme de santé intégré de Abt Associates (IHP)
21	Catholic Organization for Relief and Development Aid (Cordaid)
Organes nationaux opérationnels de mise en œuvre	
22	Conseil National des ONG en Santé (CNOS)
23	Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de santé (POMUCO)
24	Division Provinciale de la Santé (DPS) de Kinshasa
25	Bureau central de la Zone de santé de la Gombe
26	Hôpital Général de Kinshasa (HGRK)
27	Centre Mère et Enfant de Bumbu
28	Division Provinciale de la Santé (DPS) du Sud Kivu
29	Bureau central de la Zone de santé de Kadutu
30	Hôpital Général de Ibanda
31	Centre de santé de Nguba
32	Division Provinciale de la Santé (DPS) du Haut Lomami
33	Bureau central de la Zone de santé de Kamina
34	Hôpital Général de référence de Kamina
35	Centre de santé de Kamina
36 ³⁶	Division Provinciale de la Santé (DPS) du Tanganyika

³⁶ Ce questionnaire est une adaptation de la liste des questions du « The health financing progress matrix : country assessment guide » de l'OMS : <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/health-financing/diagnostics/health-financing-progress-matrix>

NOM DE LA STRUCTURE	
37	Bureau central de la Zone de santé de Kalemie
38	Hôpital Général de référence de Kalemie
39	Centre de santé de Kalemie
40	Division Provinciale de la Santé (DPS) du Kasai Central
41	Bureau central de la Zone de santé de Kananga
42	Hôpital Général de référence de Kananga
43	Centre de santé de Katoka
44	Division Provinciale de la Santé (DPS) du Kongo Central
45	Bureau central de la Zone de santé de Nzanza

ANNEXE B: QUESTIONS DE L'ÉVALUATION DE LA SITUATION DU PAYSAGE FINANCIER

Cette annexe regroupe l'ensemble des questions analysées dans cette étude, par fonction clé. Et chaque niveau du système de santé et/ou chaque type de structure sera interrogé sur base d'un guide d'entretien spécifique.

Pour chacun des mécanismes de financement explorés pour cette étude, et en fonction de la source d'information (revue documentaire ou entretien avec les informateurs clés), les questions⁶ suivantes feront l'objet d'investigation. Il faut rappeler que ce guide d'entretien sera adapté à chaque interlocuteur selon son rôle et ses fonctions dans le domaine du financement et de la gouvernance de la santé, et en fonction des spécificités certaines questions peuvent feront l'objet de plus de plus d'approfondissement.

DOMAINE D'ÉVALUATION	QUESTIONS
Généralités	Qui finance la santé et selon quelles modalités (citez deux ou trois sources principales) ?
	Votre structure reçoit-elle un appui financier pour ses opérations (non inclus les salaires et primes des agents) de la part du gouvernement congolais (gouvernement central ou/et provincial) ?
	Si oui, de combien d'années date cet appui ? (Moins de trois années ? Entre 3 - 5 ans ? De plus de 5 ans?)
	Quelle est la dernière fois que vous avez reçu de l'argent du gouvernement (national ou provincial) ?
	Si votre structure reçoit un appui financier du gouvernement (national ou provincial), à combien se lève-t-il (en USD ou en CDF) ?
	Quels sont les régimes pertinents à inclure dans l'analyse dont vous pouvez nous parler brièvement ?
	Quels sont les mécanismes de protection sociale existants ?
	Dans quels domaines intervenez-vous ? (Mobilisation, mise en commun et achat, gouvernance) ?
	Quel rôle jouez-vous dans le financement et la gouvernance de la santé en RDC ?
	De quels textes, documents de politique et de stratégies sur le financement de la santé avez-vous connaissance ?
	Quel est selon vous leur niveau d'adoption, de dissémination et de compréhension ?
	Quel est le niveau de réalisation des documents stratégiques et politiques (par exemple sur l'achat stratégique, l'institutionnalisation des CNS, les budgets programmes, etc. ?) Quels en sont les lacunes et les défis ?
	Quels sont les directions, organismes et autres acteurs avec lesquels vous interagissez dans votre domaine ?
	Quelles sont les niveaux de mise en œuvre de votre intervention dans le domaine du financement de la santé ?
	Comment jugez-vous la coordination entre votre structure et les parties prenantes (DAF, DEP, PNCNS, etc.) ?
	Quelles sont les perceptions des différents acteurs par rapport au système de financement (perspectives) ?
	Quelles sont les opportunités pour le développement de vos actions/interventions dans le financement de la santé ?
	Quelles sont les contraintes et les défis rencontrés pour jouer votre fonction/rôle dans le financement de la santé ?
	Quels sont vos besoins en renforcement de capacité (technique, organisationnelle, institutionnelle, etc.) pour jouer pleinement votre fonction/rôle dans le financement de la santé ?
	Quelles sont les recommandations ?

DOMAINE D'ÉVALUATION	QUESTIONS
Politique, processus et gouvernance de	Existe-t-il une déclaration de politique de financement de la santé ? si oui laquelle ? Est-elle à jour guidée par des objectifs et basée sur des données probantes ?
Financement de la santé	Les organismes de financement de la santé sont-ils organisés selon un dispositif et processus de gouvernance appropriés (cadre de concertation et de coordination) ?
	Les informations sur le financement de la santé sont-elles systématiquement utilisées pour suivre, évaluer et améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques ?
	Les programmes de santé spécifiques sont-ils alignés ou intégrés dans les stratégies et politiques globales de financement de la santé (programmes de santé de maladies spécifiques) ?
Mobilisation des fonds	La stratégie du pays pour la mobilisation des ressources nationales reflète-t-elle l'expérience et les preuves internationales ?
	Dans quelle mesure le financement public de la santé en RDC est-il prévisible sur plusieurs années ?
	Comment s'effectuent les transferts budgétaires dans un système décentralisé ? Dans quelle mesure le flux de fonds publics vers les prestataires de santé est-il stable ?
	En dehors de ceux cités en dessous, quels sont les régimes ou programme de financement existants ? Achat stratégique, Les subventionnements, Le paiement direct, la Tarification forfaitaire, Le prépaiement volontaire et l'assurance maladie obligatoire
	Dans quelle mesure les différentes sources de revenus sont-elles levées de manière progressive ?
	Dans quelle mesure le gouvernement utilise-t-il les taxes et les subventions comme instruments pour influencer les résultats de santé ?
	Quelles sont les sources et les capacités de mobilisation des ressources au niveau intermédiaires et décentralisé ?
	Quelles sont les capacités des niveaux décentralisés à gérer, exécuter les financements mobilisés ?
	Comment jugez-vous l'implication du secteur privé dans la mobilisation des ressources ? Quelle place occupe le privé dans cette fonction ? Quelles actions pour promouvoir l'implication du privé dans le financement de la santé à tous les niveaux ?
	Mutualisation des ressources
Comment jugez-vous la capacité du système de santé à redistribuer les fonds prépayés (fonds disponibles) ?	
Quelles sont les mesures en place pour résoudre les problèmes résultant de plusieurs pools fragmentés ?	
Les multiples sources de revenus et flux de financement sont-ils organisés de manière complémentaire, à l'appui d'un ensemble commun d'avantages ?	
Quels sont le rôle et l'ampleur de l'assurance maladie volontaire dans le financement des soins de santé ? Quels en sont les défis et les lacunes à combler ?	
Les accords de mise en commun favorisent-ils la coordination et l'intégration entre les programmes de santé et avec le système de santé au sens large ?	
Existe-t-il une politique nationale d'achat des services de santé en République Démocratique du Congo	
Achats et paiement de services	Quels sont les différents mécanismes d'achat des soins et services de santé développés au pays ?
	Voir avec quel mécanisme nous pouvons discuter avec l'informateur (retenir un ou deux selon ses connaissances)
	a. Paiement direct
	i. Paiement à l'acte
	ii. Paiement forfaitaire

DOMAINE D'ÉVALUATION	QUESTIONS
	<p>b. Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</p> <p>c. Les subventions et gratuités</p> <p>d. Achat stratégique (PBF, etc.) (CTAS)</p> <p>e. Les mutuelles de santé (PNPMS)</p> <p>Existe – il des procédures de mise en œuvre de ces différents mécanismes d'achat des prestations ?</p> <p>Existe-t-il des expériences d'achat des services de santé que la RDC partage avec d'autres pays ?</p> <p>Combien d'intervenants / fournisseurs pratiquent l'achat des services dans le pays ? Quel est le niveau d'alignement des intervenants / fournisseurs par rapport à cette politique nationale d'achat de services de santé ?</p> <p>Comment sont subventionnées les prestations des structures administratives dans l'achat des prestations ?</p> <p>Comment le gouvernement achète-t-il les services de santé ? Comment les autres financeurs achètent-ils les services de santé ?</p> <p>Quels sont les critères d'allocation des ressources ?</p> <p>Dans quelle mesure le paiement des prestataires est-il déterminé par des informations sur les besoins de santé de la population qu'ils desservent ?</p> <p>Les paiements des fournisseurs sont-ils harmonisés au sein des acheteurs et entre eux pour assurer une cohérence ?</p> <p>Est-ce que les mécanismes d'achat répondent à un niveau d'efficacité ? Dans quelle mesure ?</p> <p>Les informations sur les activités des prestataires recueillies par les acheteurs y compris l'Etat sont-elles adéquates pour guider les décisions d'achat ? Existe-t-il un mécanisme d'analyse des données d'achat des services de santé dans le pays ?</p> <p>Quelles sont les mesures ou dispositions prises par les autorités sanitaires pour faire aligner les différents intervenants à la politique nationale de l'achat des services de santé en RDC ?</p> <p>Les modalités d'achat favorisent-elles la qualité des soins ?</p> <p>Comment l'achat des services contribue-t-il à la bonne gouvernance des ressources dans le secteur de santé en République Démocratique du Congo ?</p> <p>Les méthodes de paiement des prestataires et les mécanismes administratifs complémentaires permettent-ils de remédier à une éventuelle sur- ou sous prestation de services ?</p> <p>Comment l'achat des services assure-t-il la redevabilité des acteurs de mise en œuvre ?</p> <p>Quelles sont les leçons apprises et les dispositions à prendre pour assurer une efficacité des mécanismes et de la politique d'achat des services de santé en RDC ?</p>
Gestion des finances publiques	<p>Existe-t-il une évaluation à jour des principaux goulots d'étranglement de la gestion des finances publiques</p> <p>La formulation et la mise en œuvre du budget de la santé favorisent-elles l'alignement sur les priorités sectorielles et l'utilisation flexible des ressources ?</p> <p>Dans quelle mesure les prestataires ont-ils une autonomie financière ?</p> <p>Quels sont les mécanismes de canalisation des fonds publics vers les structures de santé par niveau ?</p> <p>Votre structure a-t-elle un budget annuel pour ses opérations ?</p> <p>Si oui, qui contribuent à son élaboration ? (Veuillez indiquer la qualité des personnes qui participent à l'élaboration de ce budget ? Membres du comité de pilotage, membres du comité de gestion...) ?</p> <p>Des processus sont-ils en place pour que les autorités sanitaires s'engagent dans la planification budgétaire globale et la budgétisation pluriannuelle ?</p> <p>Existe-t-il des mesures pour résoudre les problèmes découlant à la fois du sous budget et du dépassement budgétaire en matière de santé ?</p> <p>Les rapports sur les dépenses de santé sont-ils complets, opportuns et accessibles au public ?</p>