

**MINISTERE DE LA SANTE
TABLE RONDE DES PARTENAIRES**

**LA PROBLEMATIQUE DU FINANCEMENT
DE LA SANTE EN RDC**

Par
Docteur MAKAMBA MBONARIBA, Directeur de la DEP,
en collaboration avec
Mr MANUNGA, SANRU III

Kinshasa, du 11 au 12 mai 2004.

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|---------|---|
| BAD | : Banque Africaine de Développement |
| BEP | : Bureau d'Etudes et de Planification |
| BCZS | : Bureau Central de la Zone de Santé |
| BI | : Budget d'Investissement |
| BO | : Budget Ordinaire |
| CABMIN | : Cabinet du Ministre de la Santé |
| CCM/RDC | : Comité National de Coordination de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme en République Démocratique du Congo |
| COPI | : Coopération Italienne. |
| CTB | : Coopération Technique Belge |
| CS | : Centre de Santé |
| DEP | : Direction d'Etudes et de Planification du Ministère de la Santé |
| DGCD | : Direction Générale de la Coopération au Développement |
| DTF | : Dossier Technique et Financier |
| DSRP | : Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté |
| EGS | : Etats Généraux de la Santé |
| FAD | : Fonds Africain de Développement |
| ETRI | : Etudes et renforcement du Secteur de la Santé |
| FABAT | : Fonds d'Appui au Bureau d'appui Transitoire |
| FAD | : Fond Africain de Développement |
| GTZ | : Geslleschalt für Technische Zusammenarbeit (Coopération Allemande) |
| Gvt | : Gouvernement de la RDC. |
| HGR | : Hôpital Général de Référence |
| MAP | : Mutlticountry AIDS Programme |
| NEPAD | : Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé. |
| PA | : Plan d'Action = plan de travail du BEP. |
| PATS | : Programme d'Appui Transitoire au Secteur de la Santé. |
| PDDS | : Plan Directeur de Développement Sanitaire |
| PCA | : Paquet Complémentaire d'Activités |
| PMA | : Paquet Minimum d'Activités |
| PMURR | : Programme Multisectoriel de Réhabilitation et de Reconstruction |
| PMURRIS | : Programme Multisectoriel de Réhabilitation et de Reconstruction pour les Infrastructures Sanitaires |
| PPTE | : Pays Pauvres Très Endettés |

| | |
|---------|--|
| RDC | : République Démocratique du Congo |
| RI | : Résultat intermédiaire |
| R.S. | : Réforme Sanitaire |
| SENAREC | : Secrétariat Général pour le Renforcement des Capacités |
| SG | : Secrétaire Général |
| SMCL | : Structure Mixte de Concertation Locale |
| SNIS | : Système National d'Information Sanitaire |
| TDR | : Termes de Référence |
| U.E | : Union Européenne. |
| Z.S | : Zone de Santé. |

Table des matières

| | |
|---|------|
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | 2 |
| O. INTRODUCTION..... | 5 |
| I. BREF HISTORIQUE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN RDC | 6 |
| II. ANALYSE DE LA SITUATION | 7 |
| 2.1. LA MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES POUR LA SANTE | 7 |
| 2.1.1. LA MOBILISATION A TRAVERS LE BUDGET DE L'ETAT | 7 |
| 2.1.2. LA MOBILISATION DES RESSOURCES EXTERIEURES POUR LA SANTE | 910 |
| 2.1.3. LA MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES DE LA COMMUNAUTE (PAIEMENT DES USAGES) | 11 |
| 2.2. L'AFFECTATION DES RESSOURCES FINANCIERES POUR LA SANTE | 14 |
| 2.2.1. L'AFFECTATION DU BUDGET DE L'ETAT POUR LA SANTE | 14 |
| 2.2.2. L'AFFECTATION DES RESSOURCES FINANCIERES EXTERIEURES POUR LA SANTE | 16 |
| 2.3.. L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES DESTINEES A LA SANTE..... | 18 |
| 2.3.1. L'UTILISATION DU BUDGET DE L'ETAT DESTINE LA SANTE..... | 18 |
| 2.3.2. L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES DE LA COMMUNAUTE POUR LA SANTE | 19 |
| III. BESOIN DES STRUCTURES EN FINANCEMENT | 20 |
| 3.1.. Besoin annuel de financement : salaires, fonctionnement et investissements | 20 |
| 3.2. Besoin de financement en Investissements..... | 21 |
| 3.3. Besoin de financement en Fonctionnement..... | 22 |
| IV. LES CONSEQUENCES DE CETTE SITUATION | 2223 |
| V. LES DEFIS A RELEVER..... | 23 |
| VI. SOLUTIONS ALTERNATIVES..... | 23 |
| 6.1. RENFORCER LA MOBILISATION DES RESSOURCES ET LES PRINCIPES DE SOLIDARITE | 23 |
| 6.1. LE BUDGET DE L 'ETAT..... | 23 |
| 6.2. MAITRISER LES COUTS ET ACCROITRE LE RESULTAT PAR DOLLAR INVESTI DANS LA SANTE | 25 |
| VII.- LES QUESTIONS A DEBATTRE..... | 26 |
| VIII. CONCLUSION..... | 26 |

O. INTRODUCTION

En RDC le financement de la santé repose sur trois sources que sont (i)- Le budget de l'Etat, (ii)- Le financement extérieur et (iii)- Le paiement des usagers habituellement appelé « Financement communautaire. Il s'agit en fait du paiement des soins par les ménages. Mais l'évolution historique des mécanismes a conduit à une spécificité préoccupante par rapport à la mission dévolue à tout système de santé vis-à-vis de sa population. Cette situation pose avec acuité la problématique de l'efficacité, l'efficience et l'équité dans le financement de la santé en ce pays.

La particularité du financement du secteur de la Santé en RDC aujourd'hui (2004) est le niveau élevé du financement privé du système sanitaire, y compris le complément de rémunération des prestataires de soins. Cela représente une rupture par rapport aux années 80 où quasiment seule la charge du fonctionnement des centres de santé reposait sur le système de recouvrement des coûts auprès des ménages. Si aujourd'hui l'aide extérieure et le financement par les ménages représentent plus de 99% du financement du secteur, l'analyse de la dépense publique dans le secteur de la santé reste primordiale dans la mesure où un objectif majeur du gouvernement est d'accroître la dépense publique dans le secteur afin d'améliorer la qualité et l'équité des soins de santé.

L'objectif de cette dissertation est de décrire la situation actuelle du financement du secteur de la santé avec les conséquences qu'elle entraîne sur les performances du système, de proposer quelques pistes de solutions à court /moyen et long terme avant de terminer par une série de questions qui feront l'objet de débats durant la table ronde.

Ce document tire l'essentiel de sa substance de l'excellente analyse réalisée sur cette question par la Banque mondiale.¹ Des larges extraits dudit document ont par conséquent été intégrés dans le présent texte.

La démarche adoptée dans le présent document consiste à traiter la question du financement du secteur de la santé sous les trois angles classiques à savoir, les problèmes liés à la :

- (i)-Mobilisation des ressources financières,
- (ii)- L'affectation des ressources financières et
- (iii)- L'utilisation des ressources financières.

L'analyse se fera selon les sources (Budget de l'Etat, Financement extérieur et le paiement des ménages).

¹ Banque Mondiale , « Rapport d'Etat de Santé et Pauvreté, RDC, Avril 2004, pp.67-87.

I. BREF HISTORIQUE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN RDC

Après l'indépendance, le Gouvernement Congolais a tenté de dispenser des soins de santé gratuits à la population. La structure sanitaire en place en RDC pendant les années 60 était considérée parmi les meilleures de l'Afrique subsaharienne. Toutefois, le Gouvernement Congolais n'a pas été en mesure d'affecter un financement suffisant pour faire fonctionner le système. Au début des années 80, la majeure partie de la population était ainsi privée d'accès aux services de santé de base.

A la suite d'études pilotes réalisées à la fin des années 70 et début 80, la RDC s'est engagée en 1982 dans le développement du système des zones de santé. La stratégie de financement des zones de santé se fondait sur le partage des coûts: l'assistance des donateurs pour les dépenses d'investissement, le paiement des salaires de base et du fonctionnement des structures centrales et intermédiaires par le gouvernement et le quasi-autofinancement à terme des dépenses de fonctionnement et d'entretien du niveau périphérique. La nécessité d'assurer les dépenses de fonctionnement avait obligé les zones à instaurer des services de santé payants ou à établir d'autres mécanismes de recouvrement des coûts.

Des résultats positifs avaient été enregistrés et en 1987, on considérait que 220 sur 306 des zones existantes étaient opérationnelles. Toutefois, la majorité des zones signalait des difficultés à assumer totalement le financement des dépenses de fonctionnement. Le Document du Projet de soins de santé primaires en milieu rural, 1986-1992 (SANRU II) indiquait que d'après l'expérience de SANRU, la zone avec la meilleure capacité d'auto-financement arrivait à récupérer 90% de ces dépenses de fonctionnement, celle avec la plus faible atteignait 67%, la moyenne arithmétique pour sept des dix zones s'élève à 79%. Il faut néanmoins noter que ce taux de couverture était très variable entre le BCZ (40%), le HGR (79%) et le CS (90%).

A l'aube du conflit en 1992, l'aide extérieure dans le secteur de la santé, qui couvrait les coûts d'investissement du système et palliait aux difficultés d'autofinancement des ZS, a fortement diminué suite aux sanctions internationales contre le Congo. Seules la Commission Européenne (Programme d'Appui Transitoire à la Santé (PATS I et II)), les gouvernements belges et allemands et l'UNICEF ont continué une aide sporadique à travers les ONGs et les églises pour assurer le maintien d'un niveau minimal d'activités dans le secteur et l'accessibilité aux soins de santé de base ainsi qu'aux hôpitaux de référence. Dans le même temps, le système de Santé a vu au cours des années l'appui de l'état diminuer.

II. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. LA MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES POUR LA SANTE

2.1.1. LA MOBILISATION A TRAVERS LE BUDGET DE L'ETAT

Ce canal de mobilisation présente deux caractéristiques majeures à savoir : (i)- La modicité de la part du budget alloué à la santé, (ii)- Le faible taux de décaissement des crédits alloués.

La crise économique, qui touche la RDC depuis le début des années 80, a eu pour conséquence une crise des finances publiques due à la chute des revenus de l'état. . Durant les années 90, la gestion de la dépense publique était très confuse et il est presque impossible d'établir son évolution durant cette période. Les revenus totaux avoisinaient 5% du PIB contre une norme acceptable de 25 % du PIB. A l'exclusion du service de la dette, l'essentiel de ces revenus était consacré au paiement des salaires. Les montants dépensés pour l'achat de biens ou de services et l'investissement étant minimes.

a. Evolution du budget du secteur de la Santé

En 2002, la dotation budgétaire du Ministère de la Santé était de l'ordre de 4,6 milliards de francs congolais, soit \$EU 13,5 millions et se situait aux environs de 1.54% du budget total de l'Etat. En 2003, la dotation du secteur (budget aménagé en novembre 2003) était de 5,3% représentant un montant de 17 milliards de francs congolais soit \$EU44 millions et 0.77% du PIB. Comme on peut l'observer dans le tableau ci-dessous, cela représente une augmentation par rapport aux années 90 mais se situe loin des objectifs de 15% et 10% que s'est fixé le gouvernement dans le DSRP intérimaire et le Plan Directeur.

| Année | 1972 | 1995 | 1998 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------------|------|------|------|-------|-------|------|
| % budget de l'état | 2,5% | 0,8% | 0,3% | 1,54% | 5,30% | 7,54 |

Tableau.1 : Part du budget de l'état consacré à la santé

Source : Banque Mondiale, op. cit. – p.70

Il faut noter que la dotation du secteur de la santé a bénéficié de l'initiative PPTTE, ainsi 30% des dépenses pro-pauvres sur ressources PPTTE en 2003 ont été allouées au secteur de la Santé pour un montant de EU\$9 millions, toutefois elles n'ont pas été exécutées. Il y a lieu de noter que cette sous allocation des ressources budgétaires en faveur de la santé est un constat chronique de ces 40 dernières années. En effet cette part varie entre 1,3% et 5% entre 1978 et 1989, et entre 1,6% et 2,5% entre 1990 et 1994.

Il y a lieu de faire remarquer que durant les années 1986 les entreprises finançaient les soins des populations ayant droit à une hauteur non négligeable (20\$/personne /an contre seulement 0.33\$/personne an pour l'Etat) mais ces entreprises sont actuellement en faillite.

b. L'exécution du budget du secteur de la santé

Les crédits budgétaires alloués à la santé sont constamment sous décaissés. Ce niveau d'exécution variait entre 19% et 23,5% entre 1989 et 1994 et était même descendu à 5,3% en 1993.

A l'époque de la Revue de 2002, il n'était pas possible d'obtenir des chiffres fiables pour l'exécution du budget. Toutefois l'analyse des données de l'année fiscale 2001 suggère que l'exécution des dépenses est : (a) partielle, (b) irrégulière, et (c) pas toujours comptabilisée. Ainsi les taux d'exécution sont d'environ 70% pour les salaires et d'environ 40% pour les dépenses courantes hors personnel. Il n'existe aucune information disponible sur l'exécution des crédits pour les dépenses communes et pour les budgets annexes; ainsi en 2001, aucun crédit à l'investissement ne semble avoir été exécuté dans le secteur de la santé. De même à la fin décembre 2003, uniquement 89% du budget de la Santé avait été exécuté.

En outre, les données sur l'exécution des directions du MSP ne sont pas disponibles mais l'information du Tableau des crédits 1. montre que moins de la moitié des crédits de fonctionnement votés en 2001 ont été engagés. Le tableau.1. montre aussi les différences entre le budget voté et les crédits de fonctionnement réellement engagés.

(Milliers de francs congolais)

| Secti on | Chapitre | Unité | Budget Voté | | Crédits engagés | | Solde |
|---------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|
| 81 | 111 | Cabinet du Ministre | 14,765 | 8% | 74,237 | 97% | -59,472 |
| | 112 | Cabinet du Vice- Ministre | 0 | 0% | 236 | 0% | -236 |
| | 121 | Secrétariat Général | 23,900 | 12% | 1,669 | 2% | 22,231 |
| | 131 | Services Généraux | 143,784 | 75% | 56 | 0% | 143,728 |
| | 211 | Enseignement Technique | 1,681 | 1% | 37 | 0% | 1,644 |
| | 221 | Pharmacie Médicale | 1,660 | 1% | 41 | 0% | 1,619 |
| | 231 | Epidémiologie | 1,750 | 1% | 35 | 0% | 1,715 |
| | 241 | Soins Santé Primaire | 2,310 | 1% | 40 | 0% | 2,270 |
| | 251 | Services Hôpitaux | 1,679 | 1% | 41 | 0% | 1,638 |
| Total (FC) | | | 191,529 | 100% | 76,392 | 100% | 115,137 |
| Total (\$US 000s) | | | 563 | | 225 | | |

Tableau 1 : Dépenses de fonctionnement du Ministère de la Santé, 2001²

² La mauvaise répartition reflète des faiblesses dans la classification des dépenses, ainsi que dans l'exécution des crédits.

Source : Banque Mondiale, op. cit .p74.

La conséquence en est que les services fonctionnels du Ministère se désintéressent très largement du processus budgétaire, pour se concentrer sur l'aide extérieure. Les services ne connaissant pas les crédits qui leur sont alloués, n'essaient pas de poursuivre leur exécution et ne se sont pas intéressés à la préparation des prévisions budgétaires d'une année à l'autre. Cette situation mène à **une fragmentation des efforts du secteur et encourage la pratique de non-exécution.**

c. Contraintes pour accroître la contribution de l'Etat à court terme

La difficulté d'accroître les ressources de l'état pour le secteur de la Santé sont multiples. Tout d'abord, les revenus domestiques doivent s'accroître et si la réforme des finances publiques et la rationalisation de la collecte des recettes de l'état sont en cours d'exécution, il faudra attendre avant de constater des résultats tangibles. Ensuite le coût fiscal de la réunification sera probablement élevé avec la reprise du paiement des fonctionnaires dans les provinces de l'Est. Troisièmement, la potentielle croissance des recettes de l'état devra aussi répondre aux besoins pressants d'autres secteurs (infrastructure, éducation etc...). Enfin avec la reprise du fonctionnement normal des institutions, la pression sur le gouvernement pour régler les arriérés et ré-évaluer les salaires de la fonction publique se fera plus importante. Il faut toutefois noter (Tableau II.a.2) que les dépenses de l'état ont cru ces trois dernières années à un rythme bien plus élevé que la croissance du PIB pour atteindre en 2003 la proportion de 17% du PIB.

| | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|---------------|----------------|----------------|
| Produit Intérieur Brut (milliards de Francs Congolais) | 1,128 | 1,976 | 2,134 |
| Taux de croissance | | 75% | 8% |
| Dépenses totales (millions de Francs Congolais) | 62,149 | 201,905 | 361,230 |
| Taux de croissance | | 225% | 79% |
| % du PIB | 6% | 10% | 17% |

Tableau .2 : Evolution des dépenses totales de l'Etat – Taux de change 1\$=FC399

Source : Banque Mondiale, op. cit.p.70.

2.1.2. LA MOBILISATION DES RESSOURCES EXTERIEURES POUR LA SANTE

Les mécanismes de financement de la santé par l'aide extérieure sont basés en général sur le modèle existant de « l'appui global » aux zones de santé, canalisé par des ONGs (souvent des ONG internationales déjà présentes dans les zones

appuyées). Les partenaires du secteur de la santé se partagent le support financier du pays en prenant en charge un certain nombre des 515 zones de Santé existantes actuellement. Par ailleurs, outre l'appui global, certains donateurs supportent directement les niveaux centraux et intermédiaires particulièrement les programmes verticaux.

Le don IDA mis en œuvre dans le cadre du PMURR par la Banque Mondiale couvre, sur la période 2003-2005 avec un montant de 42 millions \$EU, 67 nouvelles³ zones de santé, 5 centrales d'achats et distribution des médicaments, 14 écoles d'infirmiers, 12 inspections médicales des Districts et 5 inspections médicales des Provinces.

L'Union Européenne à travers le PATS et ECHO a financé, durant les 7 années passées (1997 – 2004) pour un montant d'environ 81 millions d'euros, 78 anciennes zones de santé, la lutte contre le SIDA, la sécurité transfusionnelle, l'eau et l'assainissement et l'approvisionnement en médicaments et l'aide d'urgence.

Le Royaume de Belgique finance le développement de 44 anciennes zones de santé (via les ONG et en coopération directe), l'appui à la Direction d'Etudes et Planification ainsi que des programmes spécifiques tels que la trypanosomiase, la tuberculose, le VIH/SIDA et l'approvisionnement en médicaments essentiels.

La Coopération Française appuie la surveillance épidémiologique, la lutte contre la trypanosomiase et le laboratoire.

Les Etats Unis d'Amérique à travers l'USAID, le CDC et l'Eglise du Christ au Congo appuie 67 nouvelles zones de santé pour environ 30 millions \$EU ainsi que l'eau et l'assainissement, les MST/SIDA, la malaria, les vaccinations, etc.

Le fonds GAVI donne un appui considérable au Programme Elargi de Vaccination (PEV)

GAVI.

Avec la Banque Africaine de Développement la coopération structurelle a repris pour 5 millions de dollars US en faveur des infrastructures de 6 zones de santé et 8 banques de sang à Kinshasa. Actuellement un projet de 38 millions de dollars est en cours d'identification : il soutiendra 29 nouvelles Zones de Santé (25 dans la province Orientale et 3 à Kinshasa), 2 inspections médicales provinciales, 3 Instituts techniques médicaux et 3 centrales d'achats et distribution des médicaments l'aménagement de sources et puits d'eau potable

L'accès au Fonds Mondial pour les composantes Tuberculose (7 973 004 \$EU pour 3 ans), VIH/SIDA (113 946 000 \$EU pour 5 ans) et Paludisme (53 936 000 \$EU pour 5 ans dont l'appui à la lutte dans 120 ZS) renforcera considérablement la lutte contre ces maladies.

³ Il existe 515 « nouvelles » zones de santé contre 306 « anciennes » avant le re-découpage de la carte sanitaire.

L'appui de la GTZ est essentiellement axé sur la lutte contre le VIH/SIDA (y compris la transfusion sanguine), l'appui au Programme de Promotion des mutuelles de Santé et l'appui institutionnel à la Direction des Soins de santé primaires, l'élaboration du DSRP et le renforcement du CCM (250 000 Euros) dans le cadre du Fonds Mondial

L'UNICEF intervient essentiellement dans les communautés pour la survie de l'enfant et de la femme, la protection des groupes vulnérables, développement et éducation. Le montant total des dépenses en 2003 (y compris les dépenses pour les autres secteurs) s'élève à 38 063 000 US\$

L'OMS développe les capacités institutionnelles

2.1.3. LA MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES DE LA COMMUNAUTE (PAIEMENT DES USAGES)

La population Congolaise est une population qui, depuis la mise en pratique de l'initiative de Bamako, avait pris l'habitude de payer pour ses soins. Toutefois, la charge du financement du secteur n'a fait que croître pour les ménages avec la diminution du budget de l'état. Le paiement des frais de consultation par les ménages finance l'essentiel du salaire des prestataires et toutes les autres dépenses courantes du niveau local et intermédiaire (transferts négatifs) non prises en charge par les Bailleurs de Fonds.

Le poids du financement du secteur sur la dépense des ménages en RDC est mal-connu dans la mesure où aucune Enquête Nationale Démographique et Sanitaire n'a été menée à ce jour dans le pays. Des études ponctuelles menées par Médecin sans Frontières et Save the Children UK permettent de se faire une idée du poids du poste Santé dans le budget des ménages mais aucune étude transversale sur l'accessibilité financière n'existe. La pauvreté de la population et la précarité des revenus expliquent le fait que des ménages ne parviennent plus à couvrir le coût des soins (plus de 60% des individus vivant avec moins d'un dollar par jour).

Connaître le comportement de la population face aux prix des services de santé est nécessaire afin de trouver des schèmes de paiement optimum sous le double angle de l'accessibilité et du recouvrement des coûts.

Nous ignorons dans cette partie, la problématique des mutuelles de santé, qui sont à ce jour marginales en RDC. Toutefois, il existe au sein des programmes du Ministère de la santé, un Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé.

Le coût des soins pour les ménages

Alors que le revenu des ménages s'effondrait, le coût des soins a dramatiquement augmenté, laissant les services médicaux souvent hors de

portée des populations les plus pauvres. Aujourd'hui, un épisode de paludisme est estimé en RDC à 3,8 \$ US. Un épisode de diarrhée coûte au prestataire en moyenne 4,7 \$ US. Ces chiffres sont supérieurs au revenu moyen quotidien (estimé entre 0,20 et 0,30 \$EU/jour) et ce pour les médicaments uniquement sans compter la fiche ni les frais de consultation ou les examens. Selon le ministère de la santé un enfant de moins de cinq ans fait en moyenne trois à sept épisodes de diarrhée par an et en moyenne 10 épisodes de fièvre palustre/an.

Une évaluation de l'économie de ménages (HEA) menée par Save the Children (UK) en 2002 à Bwito (Nord Kivu) permet de se faire une idée des ressources des ménages. Le revenu annuel estimé des ménages « pauvres » (représentant 55% de la population) est estimé à environ 140 \$EU. La dépense de ces ménages se limite aux besoins de base. A peu près 85 % du revenu annuel va à l'achat de la nourriture. Ceci signifie que très peu reste pour les autres besoins importants tel que l'éducation et la santé. Les ménages « pauvres » contractent souvent des dettes des soins médicaux aux centres de santé.

Une autre étude du même type menée à Masina (Kinshasa) par Save the Children, en Juin 2000 montrait que les ménages les plus pauvres (représentant ici 35% de la population) et dont le revenu mensuel est estimé à 2700 Fc/mois (\$EU9/mois) dépensent 65% de leur revenus en nourriture et 5% pour le poste santé (contre 2,5% pour les ménages dits « moyens »). Les familles déclaraient dépenser en moyenne 300FC (1\$ à l'époque) tous les deux mois pour couvrir les frais liés à des maladies telles que la malaria et les diarrhées.

Médecins Sans Frontières, pour sa part, a mené une enquête épidémiologique rétrospective d'août à octobre 2001 dans cinq zones de santé en Equateur, Katanga, Bas-Congo, Bandundu auprès de 4,500 familles. L'enquête a conclu que dans les deux zones de l'Equateur environ trois à quatre malades sur dix n'ont pas consulté quelqu'un d'extérieur à la famille (infirmier, médecin, tradipraticien, pharmacien, secouriste), essentiellement pour des raisons financières (consultation et médicaments trop chers pour environ les trois-quarts d'entre eux), mais également en raison du manque de médicaments disponibles. Par ailleurs, entre le quart et la moitié des patients qui consultent n'obtiennent pas les médicaments ou se contentent de la cure incomplète de la prescription médicale, essentiellement par manque de moyens (pour plus de 80% d'entre eux) et, dans une moindre mesure, en raison du manque de médicaments disponibles. Ainsi, comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous pour la ZS de Kilwa, 81% des ménages ayant eu un malade dans les derniers six mois et n'ayant pas consulté quelqu'un d'extérieur à la famille (28,2%) évoquent des raisons financières.

| <i>Raisons invoquées non consultation (n=237)*</i> | # | % |
|--|-----|-------|
| Consultation trop chère | 192 | 81.0% |
| Médicaments trop chers | 177 | 74.7% |
| Problèmes de distance/transport | 38 | 16.0% |
| Consultation n'était pas nécessaire | 23 | 9.7% |
| Absence de personnel soignant dans la structure de santé | 18 | 7.6% |
| Absence de médicaments | 14 | 5.9% |
| Pas de confiance dans le personnel soignant | 2 | 0.8% |
| Problèmes de sécurité | 2 | 0.8% |

*Plusieurs réponses étaient possibles

Tableau IV : Raisons invoquées par les ménages ayant eu un cas de maladie et n'ayant pas consulté

Source : Banque Mondiale, op. cit p 78.

De même l'étude de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa⁴ menée auprès de 4000 ménages en 2003 dans les zones appuyées par le PMURR a conclu que le coût moyen des soins pendant l'épisode de maladie est de 1806 francs congolais (soit \$5,5) Ce coût semble plus élevé dans le Katanga 2, au Kasai – occidental 2 et dans le Bas –Congo urbain. Le manque d'argent associé au coût élevé du traitement représente les raisons les plus citées par les ménages qui n'ont pas pu soigner leurs malades. Ces raisons ont été les plus citées au Bandundu (70%), au Katanga (70%) au Kasai (60%) et à Kinshasa (50%). Le coût de traitement pendant l'épisode de maladie a été estimé très élevé par 53 % des ménages qui ont consulté quelqu'un d'extérieur à la famille durant l'épisode de maladie (soit 40% des ménages ayant eu un épisode de maladie dans les six mois précédent l'enquête).

Il est important de noter que l'accès gratuit aux soins pour les indigents qui était en vigueur aux origines du système n'est plus appliqué maintenant que les CS vivent en quasi-autonomie.

Le poids de la contribution de la population au financement de la santé est aggravé par l'anarchie qui règne dans les système de tarification, de recouvrement des coûts et la multiplicité des modes de paiement dont la majorité privilégie le paiement par acte. Un système non adapté en contexte de solidarité et de partage des coûts.

⁴ Enquête KPC dans les zones de santé appuyées par le PMURR. Etat des lieux au début du projet. Kinshasa, Septembre 2003 – Rapport final p. 31

Les modalités de contribution des CS au financement des charges de fonctionnement du BCZS n'étant pas réglementées on assiste à une véritable exploitation du premier par le second (un BCZS assisté peut prélever jusqu'à 66% des recettes des actes du CS, d'autres prélèvent 35% et d'autres encore 30% ou 40%).

2.2. L'AFFECTATION DES RESSOURCES FINANCIERES POUR LA SANTE

2.2.1. L'AFFECTATION DU BUDGET DE L'ETAT POUR LA SANTE

Concernant l'affectation du budget de l'Etat, les constats suivant peuvent être faits à savoir :

(i)-Une affectation souvent incohérente, en saupoudrage et non liée aux priorités avouées ou supposées de l'Etat ainsi :

(ii)-Ne tient pas compte de la répartition géographique des populations. L'essentiel du financement va aux villes qui ne regroupent que 28% de la population.

(iii)- La non participation des échelons intermédiaires et périphériques à l'établissement des priorités du Gouvernement.

(iv)- Bien que privilégiés les salaires sont modiques et versés irrégulièrement (varie souvent entre 5 et 30\$ aussi bien pour le médecin, l'infirmier que le huissier et le manœuvre).

(v)-Budget de fonctionnement des structures périphériques souvent non libéré.

(vi)-Pas de politique opérationnelle de prise en charge des indigents.

a. Répartition par postes budgétaires

Le budget de l'état dans le secteur de la Santé en 2002 se répartissait de la manière suivante entre les catégories de dépenses : 62 % des dotations sont alloués aux salaires, 14 % aux frais de fonctionnement, 13 % aux dépenses de l'investissement et 10 % aux budgets annexes. Plus que le signe d'un désintérêt de l'Etat pour l'investissement dans le secteur, ces chiffres montrent que le poids des salaires dans la dépense publique croit lorsque l'enveloppe consacrée à la Santé diminue.

Cette répartition est bien différente dans le budget aménagé 2003 avec l'accroissement des ressources disponibles ; la part des salaires tombe à 13% (soit environ USD 6 millions) ; les postes biens et équipements représentent 75% et enfin 8% est alloué aux constructions.

b. Répartition géographique

La revue des dépenses publiques de 2002 estime que les provinces bénéficient d'une allocation de 10-20 cents par habitants à comparer avec 1\$EU/habitant pour la ville de Kinshasa. Ainsi, 60% du montant des rémunérations sont dépensés à Kinshasa (sièges et ville) tandis que 35% sont destinés au personnel en province et 5% destinés au personnel des Budgets Annexes. Cela s'explique en partie par la répartition des médecins sur le territoire: en 1998 sur les 2056 médecins que comptait la RDC, 930 se trouvaient à Kinshasa. Un autre élément d'explication est que le nombre de directions centrales est passé de 6 à 11 entre 1998 et 2004 et le nombre de programmes spécialisés de 8 à 17. En conséquence, la distribution géographique des subventions publiques de santé entre les groupes socio-économiques est nettement en faveur des groupes les plus aisés.

c. Répartition selon les structures et les fonctions

Il est difficile de déduire de la lecture de la revue des dépenses publiques au niveau du budget, la répartition par entité administrative. Toutefois, il apparaît clairement que le niveau intermédiaire n'est pas représenté formellement dans les dépenses récurrentes.

Toutefois l'exécution réelle du budget révèle que l'investissement est inexistant à tous les niveaux et que les dépenses hors personnel servent uniquement à assurer le fonctionnement des administrations centrales.

| (millions de FC) | | Budget Aménagé | % du total |
|------------------|---|----------------|--------------|
| 07 | Santé | 17,739 | 5.30% |
| 07.10 | Médicaments, prothèses, mat. & appareils médicaux | 399 | 2.25% |
| 07.11 | Produits pharmaceutiques | 399 | 2.25% |
| 07.12 | Matériel | 0 | 0.00% |
| 07.20 | Services médicaux de proximité | 1,152 | 6.49% |
| 07.21 | Service de médecine général | 1,065 | 6.00% |
| 07.22 | Service de médecine spécialisé | 43 | 0.24% |
| 07.23 | Laboratoires | 43 | 0.24% |
| 07.30 | Services Hospitaliers | 3,042 | 17.15% |
| 07.31 | Hopitaux généraux | 966 | 5.45% |
| 07.32 | Hopitaux des provinces | 1,887 | 10.64% |
| 07.33 | Maternités et autres etab. Sanitaires | 189 | 1.06% |
| 07.40 | Services de santé publique | 13,122 | 73.98% |
| 07.41 | Prévention | 739 | 4.16% |
| 07.44 | Lutte contre épidémies | 3,689 | 20.80% |
| 07.45 | Autres actions de santé | 8,695 | 49.02% |
| | Incluant Equipement | 6,044 | 34.07% |
| | Salaires | 2,083 | 11.74% |
| 07.50 | Rech et Dév. Portant sur la santé | 2 | 0.01% |
| 07.51 | Recherche fondamentale, opérationnelle, cli | 2 | 0.01% |
| 07.60 | Autres affaires concernant la santé | 22 | 0.13% |

Tableau v : Dépenses publiques pour la Santé 2003, par fonction

A. (Millions de francs congolais)

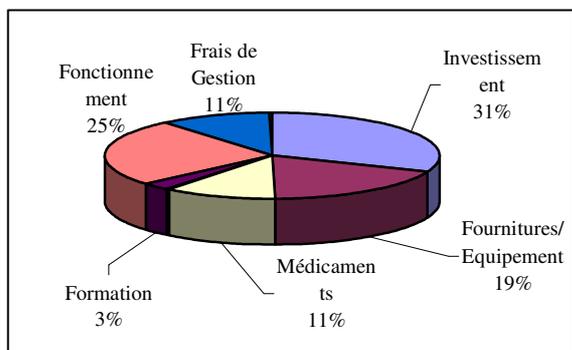
Source: Banque Mondiale, op. cit 73.

2.2.2. L'AFFECTATION DES RESSOURCES FINANCIERES EXTERIEURES POUR LA SANTE

Le financement extérieur est aujourd'hui avec le paiement des usagers la source la plus importante du financement de la santé en RDC.

La répartition de l'appui des Aides Extérieures entre les différentes catégories budgétaires est difficile à identifier faute de collecte d'information par la DEP en l'absence d'une unité qui produit des Comptes Nationaux de la Santé (en phase de financement par la BM). Toutefois, il est essentiel de considérer la grande variabilité qui existe entre les différentes Agences d'Exécution (souvent les ONGs) qui n'ont pas les mêmes stratégies, ni les mêmes objectifs et parfois n'ont pas les compétences techniques nécessaires pour réellement mettre en œuvre une stratégie. La coordination des ONGs au sein du programme n'est pas toujours assurée par le Bailleurs de Fonds et l'adéquation des appuis par rapports aux besoins sur le terrain ne semble pas supervisé par le MSP faute de moyens. Enfin il existe un certain nombre de projets qui ne sont pas gérés comme projets indépendants par les Bailleurs mais administrés par le Ministère directement.

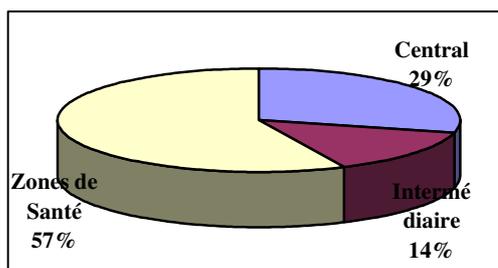
Il ressort des fiches de projets revues que la majorité accorde une place prépondérante à l'investissement. Ainsi, l'analyse des budgets du PMURR (graphique 1) montre que 50% des fonds sont alloués en moyenne à l'investissement, 25% au fonctionnement/primes de performance, 11% aux médicaments et 12% pour les frais administratifs des organisations intermédiaires. Il est certain que les frais de gestion des agences d'exécution peuvent parfois être plus importants. Cette rémunération est parfois plus élevée dans d'autres projets.



Graphique.1 : Répartition du budget (3 ans) du PMURR pour Kinshasa

Source : Banque Mondiale, op. cit p.84.

La répartition du budget PMURR entre les différentes strates du système montre en moyenne 70% pour les établissements de soins et 30% pour les structures centrales. Les schémas d'allocation de ressources favorisent les fonctions administratives versus les organisations de prestation de soins de manière générale. Le MSP semble confirmer cette tendance dans son analyse de l'aide apportée par les principaux bailleurs de fonds.



Graphique .2 : Engagements des 9 principaux bailleurs – version du 24/04/2003

Source : Banque Mondiale, op. cit p.84.

Si l'on considère uniquement la théorie du système originel des zones de Santé, la part des aides extérieures consacrée à l'investissement a diminuée de 100% à 50%, la part des aides extérieures consacrée aux établissements de soins est passée de 100% à 70%. Les donateurs ont repris un rôle bien plus large que celui qui leur avait été attribué dans les années 1970 et 1980. Mais cet apport extérieur peut être plus productif s'il finançait une part substantielle des frais de fonctionnement notamment des salaires. Il en résulterait un subventionnement des coûts de services en faveur des couches très pauvres de la population.

2.3.. L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES DESTINEES A LA SANTE.

2.3.1. L'UTILISATION DU BUDGET DE L'ETAT DESTINE LA SANTE

L'utilisation du budget de l'Etat se résume dans les quelques constats ci- après :

- Les procédures de gestion sont souvent désuètes et peu transparentes.
- Le suivi et le contrôle sont souvent insuffisants
- Les ressources financières sont souvent gérées directement au niveau de la cellule financière du Gouverneur de province sans implication du MIP. Comme résultats en 1999 abandon de 100 ZS sur 306, et 9% seulement des ZS avec un frigo fonctionnel et 2 inspections médicales sur 11 disposaient d'un véhicule.
- Dans les conditions actuelles, l'utilisation du budget de l'Etat est directement liée au financement des salaires

Budget pour la rubrique «salaires »

Le poste **rémunérations** de la santé ne représentait que US\$9 millions en 2002 et \$6 millions en 2003. Ce montant, qui représente un salaire moyen de \$14/mois (voir tableau VI) ne permet pas de verser une rémunération convenable aux salariés du secteur ou de mettre en œuvre l'actualisation des salaires et son insuffisance mène à l'accumulation d'arriérés.

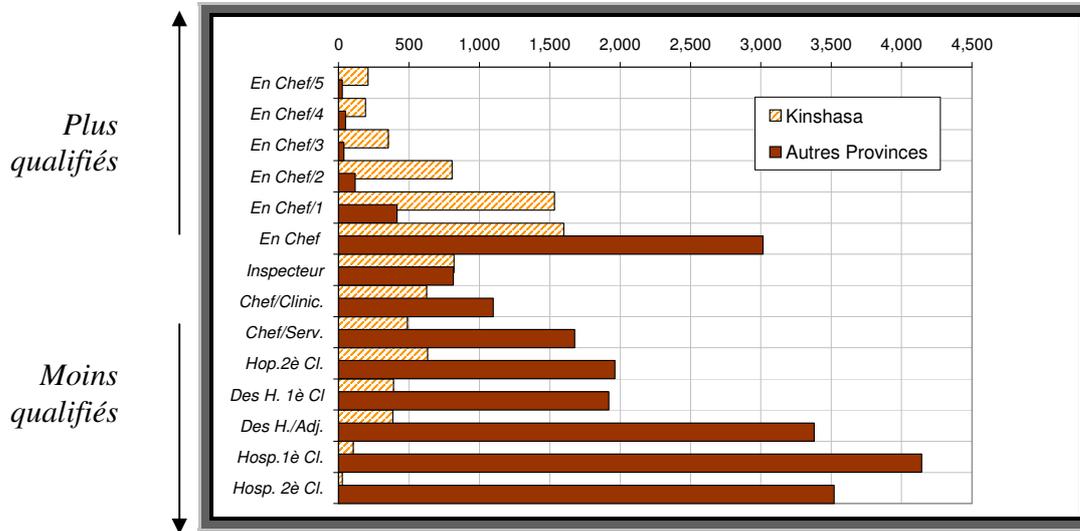
| | |
|---|-----------|
| Nombre estimatif de salariés | 50,000 |
| Montant annuel poste rémunérations (\$EU) | 8,370,000 |
| Salaire mensuel moyen (\$EU) | 13.95 |

Tableau Vi : Salaire mensuel moyen estimé

Source : Banque Mondiale, op. cit p. 75

Le Ministère de la Santé estime que les salaires versés par l'Etat avoisinent 15 à 20 dollars US pour un médecin chef de zone et moins de 50 dollars US/mois pour un médecin inspecteur provincial tandis qu'un infirmier de centre de santé reçoit entre 10 et 30 dollars US/ mois. Les résultats de quelques enquêtes informelles sur le terrain en 2002 ont évalué les arriérés à 1-2 mois à Kinshasa et de 4-5 mois dans les provinces. Au niveau du pays, les effectifs pris en charge par le Ministère de la santé au 30 juin 2002 s'élevaient à 39,086 (cela n'incluait

pas les zones occupées) dont 1731 médecins, 75 chirurgiens dentistes, 216 pharmaciens, 145 assistants en pharmacie et 648 administrateurs-Gestionnaires.



Graphique III.: Structure du personnel des services de santé

Source : Banque Mondiale, op. cit p. 75

2.3.2. L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES DE LA COMMUNAUTE POUR LA SANTE

Les ressources provenant de la communauté sont souvent consommées sans penser au renouvellement des stocks des médicaments. Les taux de recyclage des stocks avoisinent (41% pour l'ensemble de la ZS, 16% pour le BCZS, 64% pour le HGR et 64% pour le CS).

Les primes au personnel représentent jusqu'à 86% du total des dépenses de fonctionnement du BCZS, Leur financement est assuré à 40% par le grignotage sur le capital médicaments, 45% par des prélèvements divers au niveau des CS et 15% par le bénéfice sur ventes des médicaments (la quotité normale pour couvrir cette charge)

Il existe une multiplicité des systèmes pour rémunérer le personnel : Dans certaines ZS on y affecte 45% des recettes des actes, dans d'autres c'est 60% ou encore 34% pour l'enveloppe de la prime destinée au personnel du CS.

Il existe aussi une multiplicité par rapport à la répartition de l'enveloppe des primes : Tantôt l'IT reçoit 40% et les autres agents 60% de l'enveloppe ou encore l'IT a droit à 25% et les autres 75%.

La prime mensuelle de l'IT varie entre 15\$ et 50\$ selon les institutions.

Dans certaines structures il y a une répartition anarchique et inéquitable des primes ou on constate que : 3 agents (2 médecins + un AGH) représentant 8%

du personnel, s'accaparent de 55% de l'enveloppe des primes les, 92% autres se répartissant les 45% restants.

Aucune directive ne régleme l'utilisation des excédents éventuels dégagés par le CS

Il faut également remarquer la présence de multiples systèmes comptables incapables de permettre une analyse en vue de la prise de décisions.

Le budget est un outil presque inexistant et s'il y est c'est pour la bonne forme.

Pas de cogestion des ressources au niveau périphérique.

L'inflation du coût des soins de santé prend les structures dans un cercle vicieux. La nécessité de couvrir les frais de fonctionnement (réapprovisionnement en consommables médicaux et généraux, entretien et maintenance des infrastructures et équipements, rémunération du personnel) et les « taxes d'inspection » du niveau intermédiaire contribuent à l'augmentation du coût des soins. Cette augmentation entraîne à son tour de faibles taux d'utilisation, réduisant ainsi encore plus les possibilités d'autofinancement, et a pour conséquence l'augmentation des tarifs appliqués. L'absence de politique tarifaire visant à accroître les taux d'utilisation pour mieux répartir les charges récurrentes participe à l'augmentation du coût des soins.

Par ailleurs, les communautés ne sont pas réellement impliquées dans la gestion des structures de santé ainsi le comité de gestion de l'HGR est présidé par le MDH qui lui, n'est pas issu de la communauté. La question du renforcement de l'autorité des COSA dans les CS pour un meilleur contrôle par la cogestion est rarement abordée par le Ministère.

A terme, la diminution de la dépendance des ZS sur l'autofinancement pour faire face à leurs charges et compléter la rémunération du personnel ainsi que la disparition des prélèvements du niveau intermédiaire devrait résulter théoriquement dans un allègement des pressions sur la tarification, la mobilisation des ressources et la prise en charge des indigents. Toutefois, l'élasticité de la demande de soins par rapport au prix reste à mesurer.

III. BESOIN DES STRUCTURES EN FINANCEMENT ⁵

D'après les calculs de la Banque Mondiale, la situation se présente comme ci-après :

3.1.. Besoin annuel de financement : salaires, fonctionnement et investissements

Il est crucial de différencier les besoins de financement du système en terme d'investissement (réhabilitations, constructions, équipements, véhicules) et de fonctionnement (consommables, rémunération des salariés, maintenance).

⁵ Banque Mondiale, op. cit. p.79.

Il est aussi important de noter que cette évaluation considère un Appui Global standardisé alors que les situations varient de manière extrême d'un district à l'autre et en conséquence les besoins de financement/zone de santé varient aussi. Il faudrait différencier le coût annuel d'une zone dite « Zone en phase de crise aiguë » d'une « Zone en Phase de Développement ».

A titre de point de référence, on peut considérer le projet de soutien de la Banque Mondiale PMURR qui couvre actuellement (investissement, fonctionnement et primes de salaire) 67 zones de santé, 67 BCZS, 5 inspections provinciales, 14 inspections médicales de districts, 14 écoles d'infirmiers, et 5 centrales d'achats en médicaments afférentes pour \$EU 42 millions sur trois ans. S'il était étendu aux 515 zones de santé du pays, le besoin de financement annuel estimé serait d'environ \$104 millions/an uniquement pour les niveaux intermédiaires et périphériques à l'exclusion des programmes verticaux.

Dans son « Plan d'action 2004 » (Ministère de la Santé, février 2004), le MSP estime pour sa part les besoins d'investissements et de fonctionnement du secteur pour l'année 2004 à 138,810,328 de \$EU (hors salaires des fonctionnaires mais incluant les « primes de performance » des BCZS et ZS).

Le financement ECHO par bénéficiaire/an (investissement, fonctionnement et primes de salaire à l'exclusion de l'administration sanitaire et programmes verticaux) lui varie de 0,45 € (ASRAMES) à 1,91 € (MERLIN)⁶. ECHO estime que idéalement le financement par habitant n'excéderait pas 2 € par pers/an ce qui dans le cas de la RDC représenterait environ un besoin de financement annuel de €110 millions pour le niveau local uniquement.

3.2. Besoin de financement en Investissements

Le besoin de financement du secteur n'est pas limité aux infrastructures de Santé mais aussi aux voies de communication, adduction d'eau et d'électricité sans lesquels de nombreuses zones de santé sont encore soit inaccessibles, soit difficilement accessibles par pirogue ou moto. Toutefois cette partie se concentrera sur les infrastructures dites de Santé.

Les infrastructures sanitaires et leurs équipements sont délabrés et vétustes, beaucoup de structures n'ont plus été entretenues depuis les années 1970 et d'autres ont subi des dégradations dues aux pillages et aux conflits. Les moyens de déplacement et de communication sont la plupart du temps inexistantes, la plupart des véhicules ayant été pillés.

Cependant, 66 % des ZS du pays bénéficient d'un appui global des partenaires dans le processus de réhabilitation fonctionnelle des zones de santé. En conséquence, on peut considérer que dans ces zones, l'investissement initial a

⁶ Rapport d'Evaluation - Evaluation des Plans Globaux 2000 et 2001 d'ECHO dans la République Démocratique du Congo (RDC) - Secteur: Santé - <
http://europa.eu.int/comm/echo/pdf_files/evaluation/2001/drc4.pdf>

été ou est en train d'être effectué. Le MSP évalue à US\$ 500,000 la différence de financement nécessaire pour une zone non-appuyée par rapport à une zone appuyée. On peut déduire qu'il existe un besoin en investissement de US\$85,000,000.

3.3. Besoin de financement en Fonctionnement

Le tableau ci dessous, estime le besoin annuel de financement du système hors réhabilitations/reconstructions mais incluant les primes de performance (qui sont une forme de salaires selon l'approche contractuelle adoptée par le MSP). Ce coût annuel de \$120 millions inclut le soutien à toutes les strates du système.

| | Coût U/an | Nbre | Total |
|--|------------------|------|------------------|
| I. Zone de Santé | Milliers de \$EU | | Milliers de \$EU |
| A. Bureau Central de la Zone de Santé | 39,560 | 515 | 20,373,400.00 |
| B. Hôpital Général de Référence | 24,500 | 515 | 12,617,500.00 |
| C. Aires de Santé de la zone | 137,250 | 515 | 70,683,750.00 |
| II. Structures intermédiaires et Centrales | | | |
| A. ITM (Institut tech/ens médical) étatiques | 41,250 | 76 | 3,135,000.00 |
| B. Centrales d'achats pour 7 ZS | 100,000 | 74 | 7,357,142.86 |
| C. Bureau Central de District | 29,750 | 41 | 1,219,750.00 |
| D. Inspection Médicale Provinciale | 109,000 | 11 | 1,199,000.00 |
| E. Direction Centrale/ Programme | 82,000 | 28 | 2,296,000.00 |
| | | | 118,881,542.86 |

Tableau VII. : Estimation du besoin de financement – Appui Global (hors réhabilitation/reconstruction) (2002)

Source : Banque Mondiale, op. cit p.81

Les chiffres de l'appui aux programmes spéciaux semblent pourtant sous-estimés dans la mesure où le MS estime le besoin de financement des programmes spéciaux à \$50 million/an pour lutter contre le paludisme, la trypanosomiase, l'onchocercose, la lèpre ainsi que pour les campagnes de vaccination et le renforcement des capacités d'alerte épidémiologique.

IV. LES CONSEQUENCES DE CETTE SITUATION

- Soins de santé a coût très élevé et inaccessibilité des populations.

- Taux d'utilisation des services faible
- Insolvabilité des malades et recours à la technique de SEQUESTRATION pendant parfois plusieurs mois pour les forcer à payer.

V. LES DEFIS A RELEVER

- Comment financer la couverture des besoins sanitaires de tous, y compris ceux des indigents ?
- Comment assurer la viabilité financière des structures prestataires ?

VI. SOLUTIONS ALTERNATIVES

Deux axes stratégiques à savoir :

- Renforcer la mobilisation des ressources et les principes de solidarité
- Maîtriser les coûts et accroître le rendement des fonds investis dans la santé

6.1. RENFORCER LA MOBILISATION DES RESSOURCES ET LES PRINCIPES DE SOLIDARITE

6.1. LE BUDGET DE L 'ETAT

6.1.1. A court terme

- Elaborer une vision claire de ce que sera le système de santé de la RDC dans les 5 ans à venir (Faire de l'Etat l'acteur financier principal du système et laisser un rôle supplétif aux autres partenaires (Extérieur - Communauté))
- Accroître la part du budget allouée à la santé et veiller à ce que cette part soit effectivement décaissée.
- Améliorer les salaires du personnel de santé et les payer effectivement.
- Prendre les dispositions permettant une utilisation optimale de la part des ressources provenant de l'initiative PPTTE (voir comment elles vont concrètement renforcer le budget pour faire face aux dépenses prioritaires retenues).
- Edicter des directives incitatives réglementant les conditions et la hauteur de la contribution des CS au fonctionnement du BCZS en distinguant les ZS assistées et celles qui ne le sont pas.
- Edicter des directives incitatives réglementant l'utilisation des excédents dégagés par les CS (subventionner les prix des services, amortir certains petits matériels ?)

6.1.1.2. A moyen et long terme

- Elaborer un plan stratégique permettant de disponibiliser les ressources nécessaires pour réaliser la vision du gouvernement dans le domaine de la santé (Accroître la part du budget allouée à la santé, réorienter les dépenses et les priorités)

6.1.2. LE FINANCEMENT EXTERIEUR

6.1.2.1. A court terme

- Appuyer le renforcement des capacités de la DEP pour tenir la comptabilité de l'utilisation des fonds extérieurs
- Appuyer la mise en place des mécanismes de cogestion au niveau périphérique.
- Aider au subventionnement des médicaments essentiels.
- Augmenter la contribution des partenaires dans cette phase post crise.

6.1.3. LES RESSOURCES FINANCIERES DE LA COMMUNAUTE

6.1.3.1. A court terme

- Généraliser le mode de paiement par épisode tout en assurant le recyclage des médicaments.
- Mener des études en vue de l'unification du système de recouvrement des coûts

6.1.3.2. A moyen/long terme

- Dynamiser le programme d'installation des mutuelles de santé
- Réglementer les relations administratives et financières entre le BCZS et le CS de manière à renforcer la viabilité financière du CS

6.2. MAITRISER LES COÛTS ET ACCROITRE LE RESULTAT PAR DOLLAR INVESTI DANS LA SANTE

6.2.1. DANS L’AFFECTATION DES RESSOURCES FINANCIERES

6.2.1.1. A court terme

- Que le gouvernement tienne compte de la répartition géographique des populations et des exigences de priorité entre les soins curatifs et préventifs dans l’affectation de son budget (affecter le budget selon la répartition suivante : 20% niveau central, 30% niveau intermédiaire et 50% niveau périphérique)
- Que tout financement soit fondé sur un plan d’action élaboré conjointement entre les instances gouvernementales, les partenaires extérieurs et les instances des niveaux périphériques (BCZS, HGR, CS, CODESA et ONG locales)
- Que les partenaires mettent le collectif budgétaire (et pas seulement les lignes) à la disposition du prestataire bénéficiaire
- Déterminer les nouvelles priorités de l’Etat dans l’affectation des ressources de la santé.

6.2.1.2. A moyen et long terme

- Que le gouvernement réforme sa législation en vue de permettre plus de souplesse en vue de permettre la liaison Effectifs – Niveau d’activité

6.2.2. DANS L’UTILISATION DES RESSOURCES

6.2.2.1. A court terme

- Généraliser l’usage du budget comme outil de gestion de base au niveau périphérique (Etat, partenaires)
- Décentraliser la gestion des ressources (Etat, partenaires)
- Reformuler et renforcer les procédures de suivi de l’utilisation des fonds à tous les niveaux (audits, supervision etc). (Etat, partenaires)
- Réglementer la taille et la dotation du BCZS en personnel. (Etat)
- Déterminer le coût de fonctionnement standard des différentes composantes de la ZS (BCZS, HGR, CS et PS).
- Réglementer la contribution des CS au fonctionnement du BCZS en contexte d’autofinancement et d’assistance par un partenaire. (Etat)
- Edicter des normes minimales en matière de système et d’outils de gestion indispensables. (Etat, partenaires)

- Réglementer l'utilisation des fonds venant de la vente des médicaments (Etat, partenaires)

6.2.2.2. A moyen terme et long terme

- Renforcer l'efficacité dans la gestion des hôpitaux (comptabilité analytique)
- Renforcer l'utilisation efficace des ressources extérieures.
 - Harmoniser les stratégies et les objectifs des agences d'exécution sur terrain
 - Renforcer les capacités techniques des agences d'exécution dans la mise en œuvre des stratégies
 - Renforcer la coordination des interventions des partenaires à tous les niveaux
 - Assurer l'adéquation des appuis avec les besoins réels de terrain
 - Généraliser l'approche contractuelle
 - Rendre opérationnelle la SWAP

VII.- LES QUESTIONS A DEBATTRE

- Comment améliorer la productivité des dépenses de l'Etat dans la santé ?
- Comment mieux utiliser l'aide extérieure dans la santé?
- Quelle politique réaliser à l'égard des indigents ?
- Sur quelle base devra s'opérer la distribution des rôles entre l'Etat, l'Extérieur et la Communauté dans le financement de la santé en RDC ?
- Quel supplément d'effort sont les partenaires prêts à fournir à très court terme et qu'attendent-ils de la partie gouvernemental et de la population ?

VIII. CONCLUSION

- 1) depuis 1960, les mécanismes de financement du système sanitaire de la RDC ont successivement connu des mutations négatives dont la conséquence actuelle est son inadéquation par rapport aux exigences des besoins réels à couvrir ;
- 2) alors que la majorité de la population vit dans la pauvreté absolue (0,38\$/personne/jour), ce système en est venu à fonder une part substantielle de son financement sur la contribution de ces communautés démunies. Ce

- constat est contraire aux principes d'efficacité et surtout d'équité qui régissent une politique normale de financement de la santé
- 3) Les efforts fournis par la communauté des bailleurs ont atteint des niveaux jamais égalés auparavant, malheureusement, le désengagement de l'Etat depuis ces 15 dernières années et la contraction de son budget alloué à la santé inhibe ces initiatives et les empêchent de produire les résultats escomptés
 - 4) Malgré des espérances qu'autorisent les réformes et la mise en œuvre des principes de bonne gouvernance, des contraintes réelles empêchent une croissance substantielle du budget de l'Etat à court terme
 - 5) Les défis à relever restent (i) d'assurer la couverture des besoins sanitaires de tous y compris ceux des indigents et (ii) la viabilité financière des institutions prestataires
 - 6) Il est indispensable que toutes les parties impliquées dans le financement de la santé en RDC adoptent des réformes visant à (i) accroître le volume des ressources disponibles et (ii) maîtriser les coûts et améliorer la productivité des ressources investies dans la santé
 - 7) L'Etat devra pour cela :
 - a. Adopter une vision faisant de lui à long terme l'acteur principal du financement de la santé
 - b. Revoir ses priorités globales et dans le secteur de la santé et réallouer ses ressources en fonction de cette nouvelle politique, notamment supporter l'ensemble du fonctionnement du système pour alléger le fardeau de la population
 - 8) Tout en accroissant sa part, les partenaires devront surtout renforcer la productivité des ressources extérieures par :
 - a. L'harmonisation de leurs stratégies et objectifs
 - b. Le renforcement de leurs capacités techniques dans la mise en œuvre de ces stratégies
 - c. Une meilleure coordination des interventions (SWAP)
 - d. Une meilleure adéquation entre les appuis et les besoins réels de terrain
 - e. La généralisation de l'approche contractuelle
 - 9) Le paiement direct des usagers ayant montré ses limites, il est temps de promouvoir la solidarité à travers un programme viable d'implantation des mutuelles de santé
 - 10) Comme durant les années 1980, il y a aujourd'hui un besoin urgent de redistribution consensuelle des rôles entre l'Etat, l'extérieur et la communauté dans le financement de la santé en RDC.