

Table ronde sur le financement de la santé en République Démocratique du Congo

1. Contexte

1.1. Problématique

La République Démocratique du Congo (RDC) figure parmi les derniers pays en matière de financement des services médico-sanitaires comme le montre la figure 1. L'OMS a fixé à 44 dollars US (USD) par an et par tête d'habitant le montant

nécessaire pour assurer les soins de santé primaires ou de base (SSP). Les dépenses totales de santé de la RDC restent bien en dessous de ce minimum vital. Depuis 1997, le Gouvernement déploie de gros efforts pour améliorer la situation socio-économique du pays. Ses différents efforts ont permis d'élever la dépense totale de santé de 19 USD per capita en 2006 à 21,91\$ en 2015.

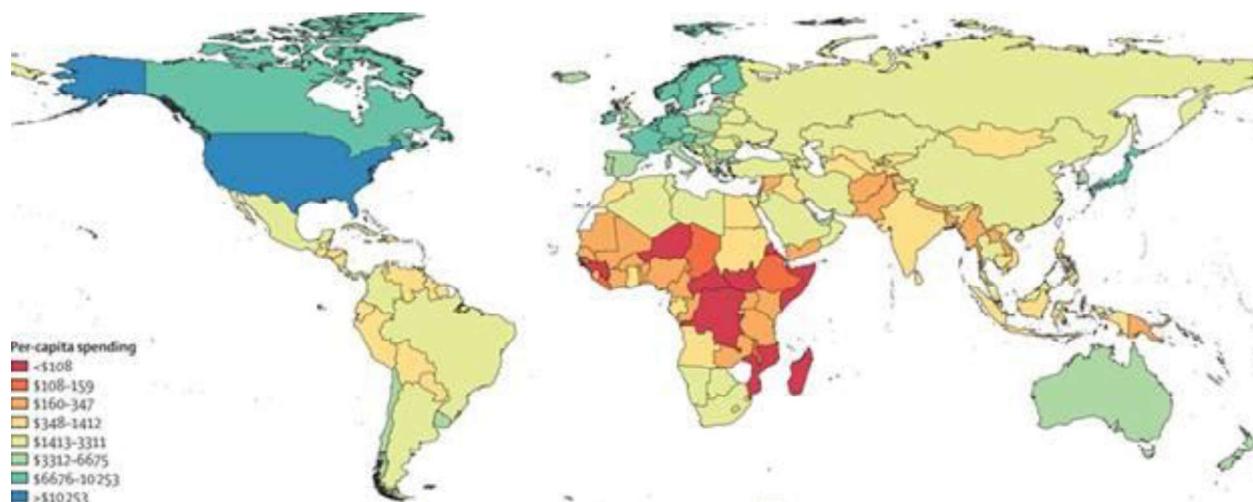


Figure 1 : Dépenses de santé per capita dans le monde (*)

(*) The Lancet DOI: (10.1016/S0140-6736(16)30167-2)

Tableau 1 : Dépenses de la santé per capita de 2011 à 2015 en \$ RDC (USD)

| Indicateurs | 2 011 | 2 012 | 2 013 | 2 014 | 2 015 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Dépenses totales de santé per capita \$ | 14,16 | 15,76 | 18,87 | 21,03 | 21,91 |
| Dépenses courantes de la santé per capita \$ | 13,13 | 14,96 | 17,26 | 20,55 | 21,02 |
| Dépenses d'investissement de la santé per capita \$ | 0,96 | 0,79 | 1,61 | 0,42 | 0,90 |
| Dépenses Courantes du Gouvernement central per capita \$ | 1,38 | 2,34 | 2,23 | 2,68 | 3,13 |
| Dépenses Courantes du Gouvernement provincial per capita \$ | 0,05 | 0,04 | 0,18 | 0,17 | 0,34 |
| Dépenses Courantes des Entreprises per capita \$ | 0,36 | 0,63 | 0,87 | 0,87 | 0,86 |
| Dépenses totales de santé des ménages per capita \$ | 5,30 | 6,17 | 7,04 | 8,59 | 8,43 |
| Paiement direct per capita \$ | 5,12 | 5,93 | 6,81 | 8,39 | 7,87 |
| Dépenses externes per capita \$ | 5,95 | 6,45 | 7,39 | 8,49 | 8,25 |

1.2. Conséquences de la problématique

L'insuffisance de financement du secteur de Santé a un impact néfaste sur la santé des populations congolaises. Elle contribue à garder au rouge les indicateurs socio-sanitaire du pays. Dans les conditions de manque de ressources, les hôpitaux et les autres formations sanitaires sont dans l'incapacité de dispenser des soins nécessaires, tels que les

césariennes, les transfusions sanguines, la prise en charge des toxémies et la ressuscitation néonatale. Ces conditions expliquent pourquoi la RDC demeure parmi les pays à haute mortalité maternelle et néonatale.

Les effets du sous-financement sont aggravés par de graves déficiences dans l'utilisation des ressources qui sont rendues disponibles. Selon l'OMS, entre 20

à 40% des ressources du secteur congolais de la Santé sont perdues suite à l'inefficience (1). Divers audits menés en RDC ont révélé la mauvaise gestion des finances du secteur du point de vue affectation, achat, régulation, contrôle. La régulation et le contrôle constituent le maillon faible du circuit des financements publics dans le secteur de la santé. La plupart des projets appuyés par les partenaires présentent, eux aussi, de graves déficiences. Leur gestion présente souvent les défauts suivants : (i) manque de rigueur dans le suivi des procédures de passation, (ii) manque de transparence et de redevabilité, (iii) laxisme dans la gestion des informations et des dossiers comptables ne sont bien tenus et (iv) inexistance des normes d'utilisation des recettes générées au niveau des structures sanitaires. Des pertes supplémentaires sont occasionnées par le manque de professionnalisme et de rigueur dans l'entretien des équipements et autres matériels, dans la rédaction des prescriptions médicales. La combinaison de tous ces défauts de gestion des ressources sectorielles réduit fortement les bénéfices sanitaires que les populations pourraient retirer des efforts investis en faveur du secteur de la Santé.

Pour faire face au sous-financement du secteur Santé et à ses conséquences, le pays s'est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2016-2020 (PNDS 2016-2020). Ce plan vise, entre autres choses, à assurer la couverture universelle des populations congolaises aux soins de santé de qualité par un ensemble coordonné de stratégies, y compris une augmentation des ressources sectorielles, ainsi qu'une distribution équilibrée et une utilisation rationnelles de ces moyens.

1.3. Causes de la problématique

Le financement du secteur congolais de la Santé provient de quatre sources à savoir : l'Etat, les Ménages, les Employeurs, les Bailleurs. La figure 2 ci-dessous montre la contribution des différentes sources aux dépenses totales de santé en 2005. En cette année, les ménages ont contribué pour 40% ; les Bailleurs ont financé pour 40% dans le cadre l'aide au développement. La part des Pouvoirs publics a été de 16% et celle des Employeurs non étatiques de 4%.

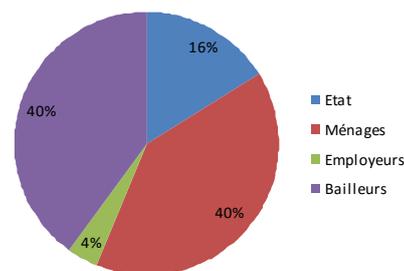


Figure 2 : Différentes sources des dépenses totales de santé

1.3.1. La contribution de chacune de ces sources laisse beaucoup à désirer. En ce qui concerne l'Etat, le budget alloué au secteur de la Santé reste bien en dessous des minima recommandés tant en termes absolus qu'en pourcentage. En termes de masse budgétaire, l'Etat congolais a perdu la capacité de mobilisation des recettes qui le caractérisait avant 1960. Sous le régime colonial, l'Etat disposait d'un système fiscal piloté par une Administration publique performante/de haute qualité. Ce système lui permettait de collecter des impôts au niveau d'un grand nombre d'entreprises et de personnes physiques et d'allouer d'importantes ressources financières à tous les services, y compris à ceux en charge de la santé et de l'hygiène. L'impôt par capitation – l'un de piliers de ce système fiscal - fut supprimé au lendemain de l'accession du pays à l'indépendance dans le cadre de la politique d'élimination des abus et excès du régime colonial. Cette suppression entraîna une réduction significative de l'assiette fiscale de l'Etat. En ce qui concerne le pourcentage du budget alloué à la Santé, la RDC n'alloue pas le minimum de 15% qui a été recommandé dans le cadre de la Déclaration d'Abudja, 2001 des Chefs d'Etat AFRICAINS et ce, malgré le plaidoyer fait par le Ministère de la Santé Publique (MSP) et de nombreuses déclarations d'intention du Gouvernement congolais. Les allocations budgétaires du MSP ont tourné autour de 4,7% du budget national durant la période allant de 2003 à 2015 (Figure 2). Avant 1960, l'Etat accordait, à la Santé, 12% de son budget, lequel était déjà plus important par tête d'habitant. En 2015, le budget alloué à ce ministère par l'Etat était de 346.896.482 USD¹ sur un budget global de 8.192.638.030 USD, soit exactement 4,2% du total ou 3,47 USD par tête

¹ Le FC Barcelone a annoncé chiffre d'affaires prévisionnel de 695 millions d'euros pour l'exercice 2016-2017. En 2015-2016, l'équipe avait enregistré 679 millions d'euros de revenus (eurosport.fr)

d'habitant. La réalité du sous-financement des services sanitaires du pays par le Pouvoir public est plus préoccupante du fait des insuffisances dans l'exécution des allocations budgétaires du secteur Santé. Entre 2011 et 2015, le taux d'exécution n'a jamais dépassé 60%¹. Les raisons citées sont : (i) la limitation de la pression fiscale ; (ii) l'existence des dépenses contraignantes ; (iii) le coulage des recettes publiques ; et (iv) la faible contribution des Gouvernements provinciaux (1%² du budget total en 2013).

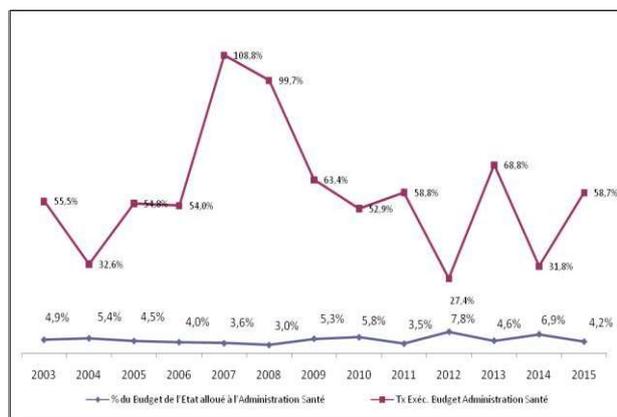


Figure 3 : Evolution du% du Budget de l'Etat alloué à l'Administration santé et le taux d'exécution de 2003 à 2015 (Source des données : Ministère du Budget/DPSB, états de suivi budgétaires de 2003 à 2015 RDC)

1.3.2. Quant aux ménages, leur contribution aux dépenses totales du secteur de la Santé est plus importante que celle de l'Etat. Par ailleurs, elle est en nette progression permanente depuis 1975 suite au recul des Pouvoirs Publics. Selon le Ministère de la Santé, Les ménages ont contribué à 39,3% des dépenses totales de santé en moyenne entre 2008 et 2013³ contre 16% pour l'Etat. La part des ménages a légèrement baissé entre 2008 (42%) et 2013 (38%)⁴, mais elle reste élevée. La contribution des ménages se bute à deux facteurs limitants, à savoir : le recours au paiement direct et l'appauvrissement des ménages. Le recours au paiement direct est important. Son importance résulte du fait qu'une très faible frange de la population congolaise est couverte par l'assurance

maladie. Selon le rapport des Comptes Nationaux de la Santé, le niveau de paiement des soins de santé par la population au travers d'un mécanisme de partage de risque est très faible de 'ordre de 6% en 2010, de 3% en 2011, de 4% en 2012 et de 3% en 2013⁵. Cette situation expose la majorité de la population à des dépenses catastrophiques et à la renonciation pure et simple aux soins, surtout parmi les plus pauvres. L'appauvrissement des ménages résulte directement de la détérioration de la situation économique de la RDC. Il place une proportion de plus en grande de la population dans l'incapacité de payer à la fois pour les soins et pour d'autres biens et services prioritaires tels que l'alimentation et le logement. Selon l'EDS 2013-14, près de 70% des habitants de la RDC ont des problèmes pour accéder aux soins de santé par manque d'argent au niveau des ménages. En 2012, les dépenses en santé ont occupé, en moyenne, 1,5% des dépenses totales des ménages, bien loin après l'alimentation (66,4%) et le logement (14,6%).⁶

1.3.3. Concernant les Employeurs, la Loi les oblige à assurer les soins de leurs employés et des membres de famille de ces agents et ce, par eux-mêmes ou par des tiers, De façon générale, les Employeurs se conforment à ces prescrits. Ils disposent souvent de dispensaires voire des hôpitaux qui servent parfois de structures de référence pour des zones de santé et le bénéfice des populations générales environnantes. C'est le cas des formations sanitaires de la GECAMINES, de la MIBA, Kwilu Ngongo et de la SCAM. Il n'est pas rare que ces soins pèsent lourdement sur les frais de fonctionnement des entreprises tant privées que publiques et poussent celles-ci à se désengager par la sous-traitance. C'est le cas de la Banque Centrale du Congo qui a signé le 23 novembre 2016 une convention de partenariat avec la firme STRATEGOS pour accélérer le processus de désengagement d'avec son Centre Hospitalier. La création de la filiale commune en 2017, permettra à la Banque Centrale de réaliser une économie des coûts sur les dépenses de soins de santé, avec, en prime, l'amélioration sensible de la qualité des services rendus aux ayants droit.⁷ Depuis

¹Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Ibidem, p.20

²Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Comptes Nationaux de la Santé, Op.cit, p.24

³Banque Mondiale, Analyse de la stratégie de financement, p.10, 2015

⁴Banque Mondiale, Op.cit, p.10

Ann. Afr. Med., vol. 11, n° 1, Déc. 2017

This is an open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

⁵Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Comptes Nationaux de la Santé, Idem, p. 26

⁶Ministère du Plan. Enquête 1-2-3, 2012

⁷<http://zoom-eco.net/secteur-public/rdc-deogracias-mutombo-presente-rapport-de-gestion-de-banque-centrale-2016/> tiré le 15/07/2017 17:37

1975, on assiste, toutefois, à une réduction de la contribution de cette troisième source de financement du secteur de la Santé. La Zaïrianisation et surtout les pillages de 1991 et de 1993 ont fait disparaître un grand nombre d'entreprises privées. Avant l'Indépendance, le Congo disposait de 9000 unités de production. Aujourd'hui, il en dispose moins de 500¹. En 2012, l'ensemble "Employeurs" a contribué à hauteur de 4% de la dépense totale à travers le paiement direct des frais de santé de certains employés du secteur formel.

1.3.4. Les Bailleurs, quant à eux, regroupent non seulement des organismes de coopération bi- et multilatérale mais aussi diverses organisations, fondations et initiatives internationales non gouvernementales. L'année 2001 a vu la reprise de l'aide internationale au développement de la RDC et ce, après une suspension de près dix ans soit de 1993 à 2001. La part de l'aide extérieure a augmenté entre 2008 (33%) et 2013 (37%), avec un pic à plus de 47% en 2010. Au cours de cette période, les Comptes Nationaux de la Santé indiquent, en effet, une augmentation de 291 millions USD (en 2008) à 462 millions (en 2013).

Malgré cette progression (379.664.371 \$USD en 2012 à 462.665.467 \$US en 2013), la contribution des Bailleurs au financement de la Santé reste faible par tête d'habitant quand on la compare au reste de la région Afrique centrale (entre 5.7 et 7 US\$ contre 11 US\$ dans la région en 2012)². Par ailleurs, cette contribution est fragmentée et ses divers coûts de gestion réduisent sensiblement l'efficacité de l'aide

1.4. *Chemin de la réponse*

Une faible proportion de la population est au courant du chemin jusque-là parcouru au niveau de différentes institutions du pays (à savoir le gouvernement, l'Assemblée Nationale et la Société civile) pour répondre à ce besoin vital d'accès et de financement des soins de santé. Il est important de suivre le processus et au besoin de s'y arrimer afin de le conduire ensemble à bon port. La revue du chemin parcouru permet de rassembler les pièces du puzzle

¹ Interview du ministre de l'Economie nationale sur Radio Okapi (XX/7/2017)

² Groupe de la Banque mondiale ; Investir dans la couverture santé universelle: opportunités et défis pour la République Démocratique du Congo, Revue des dépenses publiques de santé, Kinshasa, 2014

e2694

This is an open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>)

4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

destiné à couvrir ce besoin et à identifier les chaînons manquants.

1.4.1. Une proposition de loi cadre de la santé publique a pris l'ambition de porter depuis plus d'une décennie cette préoccupation sur le financement de la santé. La session actuelle de l'Assemblée Nationale (15 Septembre – 15 Décembre 2017) l'a inscrite dans son agenda³. Le texte de loi propose en son article 150 la création d'un Fonds de promotion de la santé pour soutenir le système national de santé en ce compris la vaccination, la santé de la reproduction et la lutte antitabac. Ce Fonds de promotion de la santé sera alimenté par le financement des pouvoirs publics et la contribution des communautés, de la solidarité nationale et internationale, les partenaires agréés ainsi que les financements innovants. Le financement des pouvoirs publics élargera au budget de l'Etat. Un décret du Premier ministre délibéré en Conseil des ministres fixera l'organisation et le fonctionnement de ce Fonds.

³ Voir la lettre du Président de l'Assemblée Nationale du 16/09/2017 (N/Réf. RDC/AN/CP/AM/CM/09/1337/2017) concernant l'examen d'un projet et proposition de lois.

Ann. Afr. Med., vol. 11, n° 1, Déc. 2017

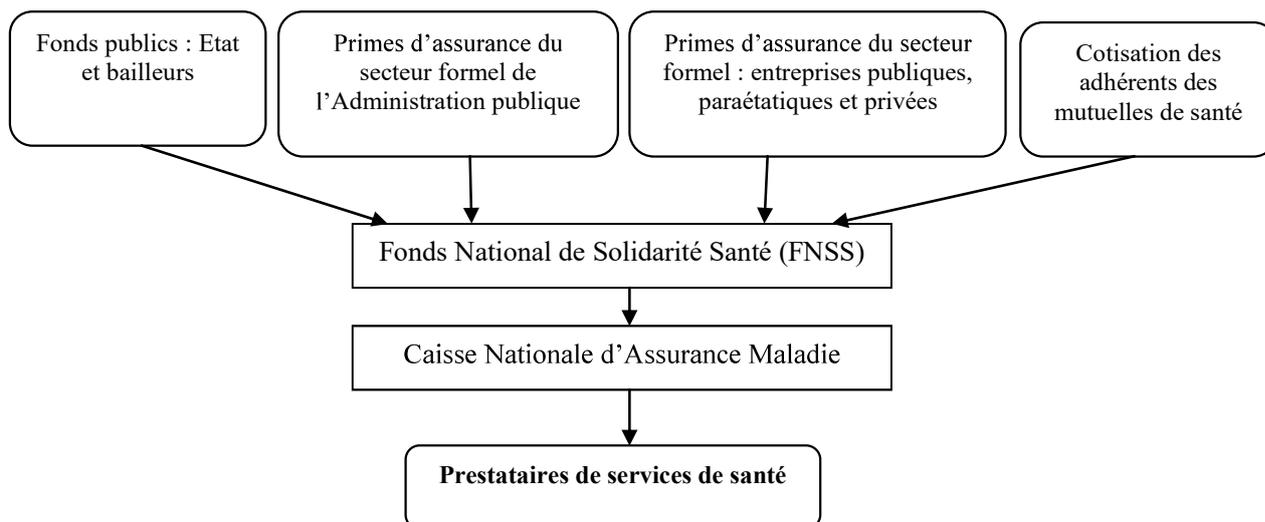


Figure 4: Organisation du financement de la santé à long terme (*Source* : MSP : Document de stratégie nationale de financement de la santé)

1.4.2. Le ministère de la santé travaille avec les différentes parties prenantes et se trouve en phase de finalisation en 2017 de la stratégie nationale de financement de la santé.

Cette stratégie est orientée vers la couverture de santé universelle. Elle est basée essentiellement sur l'achat stratégique des paquets progressifs de services selon les ressources disponibles et les groupes prioritaires cibles déterminés dans le cadre d'un dialogue social permanent.

Elle sera organisée autour de la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et l'achat des services. La stratégie privilégiera l'efficacité à travers une recherche permanente de l'amélioration de la performance du personnel de santé et la qualité des services pour un accès sans peine aux services et soins de santé.

Il est cependant important de noter à ce niveau, la différence des terminologies utilisées entre l'Assemblée Nationale (Fonds de promotion de la santé) et le Gouvernement (Fonds national de solidarité santé). Cela préfigure-t-il déjà les germes de complications dans la mise en œuvre de la politique de couverture de santé universelle ?

1.4.3. En 2005, la RDC créait, par Décret n° 05/176 du 24 novembre 2005, le Programme National d'Appui à la Protection Sociale, en sigle « P.N.P.S. ». Ce Programme a pour vocation de développer des mécanismes de prévoyance collective permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des risques sociaux, à savoir les situations

susceptibles de compromettre la sécurité économique des individus ou de leurs familles, en provoquant une baisse de leurs ressources ou un accroissement de leurs dépenses. La Santé fait partie de ces secteurs sociaux de base qui rentrent dans les attributions de ce Programme.

Un des objectifs majeurs de ce Programme est de mettre en place et gérer un système de couverture universelle des soins de santé. Il a, par ailleurs, pour mission de mobiliser des ressources locales et externes en faveur de la protection sociale ; et d'édicter et harmoniser les procédures de gestion des ressources affectées au Programme National d'Appui à la Protection Sociale. Les activités du Programme sont autofinancées par les projets, notamment les mutuelles de santé ainsi que l'assurance-maladie obligatoire. Ses ressources financières proviennent : des contributions des employeurs, des cotisations des Mutuelles; du Trésor Public; de la Coopération bilatérale ou multilatérale; des partenaires nationaux ou internationaux, publics ou privés et des subsides, dons et legs éventuels.

1.4.4. Plus proche, la RDC a promulgué la loi N° 17/002 du 08 Février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité. Cette loi est un ingrédient indispensable à l'alimentation du Fonds de promotion ou de solidarité. Les mutuelles constituent un des piliers de la stratégie de financement de la santé. Si l'adhésion à une mutuelle est volontaire et non discriminatoire, le gouvernement a le pouvoir de

déterminer des dispositions ayant un caractère obligatoire.

Si près du but de la (re) construction du mécanisme de financement du secteur social de la santé, il est plus que temps de se projeter dans sa matérialisation.

Vu la complexité de la problématique du financement des soins de santé, la solution requiert la contribution de toutes les catégories-clés des acteurs qui interviennent directement ou indirectement dans le domaine de la Santé, dont les médecins et les autres prestataires de soins. Il faut, entre autres choses, organiser des rencontres entre ces différents intervenants de façon à leur donner l'occasion de rechercher des situations efficaces d'équilibre socialement acceptable et qui tiennent compte du contexte du pays. Concrètement, ces tables rondes doivent trouver des réponses conjointes aux cinq questions suivantes

Quel niveau de santé veut-on obtenir ?

Quels problèmes veut-on attaquer pour atteindre le niveau sanitaire que l'on veut obtenir ?

Quel niveau d'efficacité présentent les différents services, activités et stratégies du Secteur de la Santé pour la résolution des problèmes que l'on veut résoudre ?

Quels sont les coûts des intrants requis pour mettre en œuvre ce qui a été identifié comme services, activités et stratégies ?

Existen-ils de meilleures façons d'investir les ressources financières disponibles pour atteindre le niveau de santé que l'on veut obtenir ou pour résoudre les problèmes que l'on veut résoudre ?

2. But, objectifs et résultats attendus

But

La présente Table Ronde a pour but de contribuer à remédier à la problématique du financement des services médico-sanitaires de la RDC.

Objectif général

Elle vise l'objectif général d'étendre le dialogue social sur la problématique du financement de la santé en ce qui concerne l'organisation des aspects de l'offre et de l'accès aux soins de qualité.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de la Table Ronde sont :

- sensibiliser les différentes parties prenantes sur la complexité du financement du système de santé dans un environnement socio-économique délétère ;
- rechercher une situation d'équilibre socialement acceptable où les différents piliers de l'Etat participent au financement du système de santé ;
- présenter le document de stratégie nationale de financement de la santé.

Résultats attendus

- Plus de 50 cadres provenant de différentes parties prenantes sont sensibilisés sur la complexité du financement du système de santé et le processus actuel qui survient dans un environnement socio-économique délétère ;
- Une situation d'équilibre socialement acceptable ;
- Le document de stratégie nationale de financement est présenté et des amendements y sont proposés.