

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**POLITIQUE ET PLAN DIRECTEUR
DU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE**

Février 1999

PARTIE 1

PROBLEMATIQUE ET FACTEURS EXPLICATIFS.

CHAPITRE I. . PROBLEMATIQUE ET FACTEURS EXPLICATIFS

1.1. PROBLEMATIQUE

En adoptant l'objectif de la santé pour tous pour l'an 2000, les autorités de la République Démocratique du Congo ont voulu y parvenir par la stratégie des soins de santé primaires

Pour devenir une approche crédible susceptible de conduire au résultat escompté (la santé pour tous à l'an 2000), le financement des soins de santé primaires devait répondre à un certain nombre d'exigences dont l'EQUITE, LA QUALITE ET L'EFFICIENCE.

A l'heure actuelle, des indices sérieux, indiquent que non seulement ces conditions n'ont pas été respectées, mais que surtout la santé n'a pas bénéficié des stratégies adéquates de financement.

Le déficit de financement est aujourd'hui à la base de certaines contre-performances justifiant la mise en place urgente des réformes. Une liste exhaustive de ces contre-performances peut se présenter en ces termes :

- l'insuffisance globale du budget alloué à la santé ;
- la démotivation du personnel de santé souvent accablé sous le poids des arriérés de salaires par ailleurs insignifiants ;
- la dégradation des infrastructures et des équipements sanitaires ;
- l'insuffisance de couverture sanitaire au plan global et sectoriel ;
- le dysfonctionnement des services sanitaires aggravé par de nombreuses ruptures de stock des médicaments et autres consommables ;
- l'inexistence de normes et standard dans l'organisation et la gestion des services de santé ;
- l'inaccessibilité financière de la population aux soins de santé.

Dans ce contexte la réforme devient une nécessité inéluctable, pour autant qu'elle est entrevue comme un ensemble de changements destinés à apporter des solutions viables permettant de rétablir l'équilibre rompu entre les fins et les moyens.

Dans la perspective de financement, l'histoire sanitaire de notre pays retient 4 époques spécifiques à savoir :

- la période coloniale caractérisée par des budgets de santé suffisants financés essentiellement par le trésor public avec l'appui du secteur privé et des confessions religieuses ;

L'efficacité de ce système s'était notamment traduite par l'éradication des maladies telles que la trypanosomiase et la variole.

- la période de l'après-indépendance (1960-1980) durant laquelle les troubles politiques et la crise socio-économique provoquèrent un amenuisement de plus en plus drastique de la contribution du gouvernement ;
- la période dite de "l'AGE D'OR " des soins de santé primaires (1982-1988) durant laquelle le pays reçut un flot de ressources extérieures contre balançant les effets négatifs du désengagement de l'Etat hôte ;

- la période du retour des ténèbres (1990-1997) caractérisée par une absence quasi complète de la contribution du secteur public au financement de la santé et la suspension de la coopération bilatérale. Durant cette période, le secteur de la santé expérimenta à fond l'arme de l'autofinancement.

Aussi héroïque qu'elle fût, cette expérience fut loin d'assurer un fonctionnement normal du secteur (moins de 100 zones de santé restèrent fonctionnelles contre 175 en 1989).

Pour être viable, le système de financement de la santé doit être conçu de manière à reposer sur une réelle mise à contribution des ressources intérieures.

De même un tel système doit viser la prise en compte des besoins sanitaires des couches les plus pauvres de la population.

Ces deux considérations militent en faveur d'une présence renforcée de l'Etat et non pour son désengagement.

Dans cette perspective, la réforme vise l'amélioration de la mobilisation, de l'affectation et de l'utilisation de toutes les ressources financières tant publiques que celles provenant des autres sources.

1.2. – FACTEURS EXPLICATIFS DE LA CRISE ACTUELLE

- **Facteurs liés à la volonté politique :**

- exclusion de la santé des priorités du Gouvernement ;
- double insuffisance des budgets de l'Etat en relation aussi bien avec les prévisions qu'avec l'exécution ;
- désengagement impromptu de l'Etat ;
- options politiques favorisant des attitudes de dépendance contraires à l'auto-promotion des populations ;
- mauvaise compréhension de la notion des SSP.

- **Facteurs liés à l'organisation socio-économique :**

- mauvaise gestion des budgets de l'Etat ;
- politiques macro-économiques liées à l'ajustement structurel ;
- trop grande dépendance de la santé des apports extérieurs ;
- fuite des ressources humaines qualifiées vers le privé et l'extérieur ;
- paupérisation généralisée de la population.

- **Facteurs institutionnels et socio-culturels :**

- absence d'un cadre juridique dynamique en matière de financement de la santé ;
- absence de normes et standards ;
- faible mobilisation sociale autour du financement de la santé ;
- politiques mettant l'accent sur les professionnels de santé plutôt que sur la communauté dans le domaine de la mobilisation ;
- manque de structures d'encadrement pour canaliser les initiatives locales des populations en faveur de la mobilisation de ressources (ONG, mutuelles, coopératives, etc).

Section 1. Contenu de la législation actuelle

Cette législation se limite essentiellement aux sources de financement dont :

Le financement par les Pouvoirs Publics (l'Etat) :

Base : Loi financière n° 083-003 du 23 février 1983 telle que modifiée et complétée par l'Ordonnance-loi n° 87-004 du 10 janvier 1987.

- Ressources courantes de l'Etat :
 - Budget général (B.O) ;
 - Budgets annexes (B.A.) ;
 - Budget pour Ordre (BPO) ;
 - Budgets provinciaux ;
 - Budget d'investissement (BI et PIP).

Base : D.E. n° 46/CC/86 du 11 avril 1986 en matière de santé publique.
Création des taxes sur les produits réputés nuisibles à la santé (boissons alcoolisées, le tabac et sur la publicité y afférents).

Ressources exceptionnelles de l'Etat :

- Les fonds sociaux :

Il est question d'institutions dotées de personnalité civile et reconnues comme établissements publics.

- Les fonds de contrepartie.

2. Le financement par les Entreprises Publiques :

Base : Ordonnance-loi n° 68-491 du 20 décembre 1968 modifiant le Décret-loi du 29 juin 1961 organique de la sécurité sociale

- INSS
L'Institut National de la Sécurité Sociale finance la santé dans le cadre des accidents et des maladies professionnelles.

Base : Loi n° 78-002 du 6 janvier 1978 portant dispositions générales applicables aux entreprises publiques telle que modifiée et complétée à ce jour (J.O. numéro spécial, mai 1978).
Ce texte ouvre la fenêtre permettant aux entreprises publiques de se doter d'une mission en relation avec la santé compte tenu de l'autonomie qui leur est conférée en matière de gestion financière.

Section 2: Les usages en matière de financement de la santé en République Démocratique du Congo 1960 - 1998

Les usages en matière de financement durant la période coloniale (jusqu'en 1960)

Dès le départ la mise en valeur du Congo fut l'œuvre d'une trilogie dynamique comprenant l'Etat colonial, la société civile représentée à l'époque essentiellement par les confessions religieuses et le secteur privé animé par les sociétés dites à charte.

Durant toute l'époque coloniale (1885 à 1960) le financement de la santé était assuré par ces trois composantes. Il est néanmoins permis de constater que dans cette action l'Etat jouait un rôle prépondérant tant sous l'angle normatif que celui de la prise en charge du secteur.

Dès cette époque déjà la participation des usagers au moyen de paiement des factures des soins est une constance qui demeure jusqu'à ce jour. Toutefois, l'Etat subventionnait les soins en les rendant accessibles financièrement.

Il est permis au vu des performances réalisées à l'époque (éradication des maladies telles que la trypanosomiase,...) de conclure qu'un niveau d'adéquation acceptable avait alors été réalisé entre les fins et les moyens. On sait par exemple qu'en 1957 et 1958 les dépenses d'investissement, prévues pour la santé dans le cadre du plan décennal (1950-1959) représentaient respectivement 11,3 % et 13 % des prévisions. Ces chiffres sont significatifs dans la mesure où en 1972 et 1982, le pourcentage des dépenses publiques allouées à la santé était en moyenne respectivement de 9,9 pour les pays développés contre 3 pour les pays sous-développés.

Au cours de cette période, les apports des autres partenaires et la volonté politique manifestée par l'Etat sont donc à la base du succès de la politique sanitaire de cette époque.

2. Les usages en matière de financement de la santé entre 1960 et 1981

Au moment de l'indépendance (1960), le Congo bénéficiait d'un des systèmes de santé les mieux organisés et parmi les plus performants du continent.

Mais suite aux difficultés budgétaires apparues à partir de 1958, aggravées par les troubles et les rebellions des années 1960 à 1967, le financement de la santé à l'instar de celui des autres secteurs de la vie nationale, devint aléatoire comme l'indiquent les chiffres ci-après :

Pourcentage des dépenses publiques consacré à la santé en République Démocratique du Congo

*Source : - 1977 et 1981 : Appui économique aux stratégies nationales de la santé pour tous (OMS- Genève), 1989, p. 36
- 1978, 1979, 1980, 1985, 1990, 1993 et 1994 : Rapports de la Banque du Zaïre*

L'amenuisement des ressources d'origine publique a eu un impact très sévère sur les performances du secteur de la santé en République Démocratique du Congo. Ainsi donc durant la période 1960 à 1981, le système de financement de la santé au Congo n'a pas permis d'atteindre les

objectifs qui étaient visés ni même de maintenir l'acquis résultant de la période coloniale.

3. Les usages en matière de financement de la santé en République Démocratique du Congo entre 1982 – 1997.

3.1. La sous-période 1982 - 1989

Cette période coïncide avec l'adoption de la politique de SANTE POUR TOUS grâce à la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires.

Au cours de cette période, les pôles de financement de la santé sont constitués par le GOUVERNEMENT, L'EXTERIEUR, LE SECTEUR PRIVE DES ENTREPRISES et LES ONG, et LA PARTICIPATION DE LA POPULATION.

Les fonds provenant de ces sources finançaient les dépenses aux différents échelons où se déroulaient les activités :

- a. au niveau central du Ministère de la Santé ;
- b. au niveau intermédiaire (Province + District) ;
- c. au niveau périphérique (Zone de Santé) ;
- d. au niveau des services spécialisés.

3.1.a. LE GOUVERNEMENT

Malgré une adhésion déclarée aux principes et aux exigences de la santé pour Tous, l'amplification de la crise socio-économique et l'absence d'une volonté politique résolue ont fait que au fil des années la part des ressources publiques réellement allouées à la santé se contracta drastiquement.

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO POURCENTAGE DES DEPENSES PUBLIQUES VOTEES POUR LA SANTE EXECUTEES ET LEUR TAUX D'EXECUTION ENTRE 1978 ET 1989.

Source : Rapports de la Banque du Congo. 1985, 1990.

Comme on le voit la part du gouvernement allouée à la santé a non seulement régressé en pourcentage du total entre 1978 et 1989, mais même les décaissements des crédits ont souffert des amputations, 2,7 % de taux d'utilisation en 1984 et 0,3 % en 1989.

Pour compléter le tableau, il y a lieu de souligner l'apport du PIP (programme d'Investissement Public) pour cette même période. Ce programme était censé réaliser la couverture sanitaire à 60 % de la population du pays. Malgré un taux d'exécution appréciable, 96 % pour la santé en 1988, la part du PIP allouée à la santé resta modique (autour de 2,80 % entre 1986 et 1988).

Ainsi durant la période 1982-1989, le financement public de la santé fut de plus en plus insuffisant et incertain. Ses caractéristiques principales étaient :

1. la modicité des crédits réellement alloués (4,6 à 0,33 %) du budget entre 1978 et 1989) ;
2. le faible taux d'exécution des budgets (100,9 % en 1978 à 19 % en 1989) ;
3. la lenteur dans les décaissements ;
4. les difficultés de trésorerie ;
5. le trafic d'influence dans le décaissement des frais de fonctionnement ;
6. l'exécution du budget de la santé destiné à tire principal au paiement des salaires.

3.1.b. L'AIDE EXTERIEURE

Avec la chute du volume des budgets de l'Etat, l'aide extérieure surtout bilatérale est devenue prépondérante dans le financement de la santé (149 % du budget 1984, 119 % pour 1985 et 181,6 % du budget pour 1987).

En 1989 l'aide extérieure en faveur de la santé atteignit 94.543.651 \$ soit une moyenne de 2,8 \$ par tête d'habitant. L'aide extérieure finançait surtout les activités de soins de santé primaires, elle visait également le renforcement du programme d'ajustement des secteurs sociaux (PASS).

Dans l'aide extérieure, il faut également comprendre les FONDS DE CONTREPARTIE qui jouèrent un rôle déterminant dans le financement de la santé en RDC entre 1982 et 1989.

3.1.c. LE PAIEMENT PAR LES USAGERS

Des études effectuées en 1986 dans 10 ZS semblaient indiquer que la participation communautaire constituait à cette époque une source non négligeable de financement du fonctionnement des ZS. Cette source permettait de couvrir jusqu'à 80 % des charges récurrentes des ZS les mieux gérées. En 1989, le projet SANRU et le Ministère du Plan indiquent que l'Etat intervenait pour 25 %, les ONG pour 9 % et la population pour 66 % dans le financement des zones de santé rurales.

Cette situation se comprend si on sait qu'à cette époque le taux d'inflation n'était que de 30 % contre 9.796,9 % en 1994.

3.1.d. LES ENTREPRISES

Durant les années 1989, la contribution des entreprises au financement de la santé était estimée à 142 millions de dollars et ce réseau permettait de prendre en charge environs 27 % de la population.

3.1.e. PROTECTION SOCIALE

- *d'origine publique : INSS*
- *d'origine privée : Mutuelles de Santé*

Vers les années 1989 il existait dans le pays un millier de mutuelles de santé environs. Mais à cause de leurs tailles réduites, leur impact réel sur la mobilisation des ressources était mitigé.

Malgré le désengagement de l'Etat et la réduction qui s'en était suivi pour le financement de la santé en RDC, la période de 1982 à 1989 peut sans conteste être qualifiée comme celle de l'âge d'or des soins de santé primaires dans notre pays.

C'est au cours de cette période que l'afflux des ressources extérieures compensèrent largement la contraction des budgets de l'Etat.

Mais avant d'apprécier globalement cette période (1982-1989), il y a lieu de voir rapidement la situation particulièrement catastrophique qui a prévalu entre 1990 et 1997, à la lumière de l'aggravation de la crise socio-économique et de la suspension de la coopération bilatérale et multilatérale privant ainsi la santé de la source la plus importante de financement qui lui a permis de fonctionner durant la décennie 80.

3.2. La sous-période 1990-1997

Cette période se caractérise par une transition politique trouble, le gel des coopérations bilatérales et multilatérales, l'exacerbation de la crise socio-économique et la paupérisation extrême de la population résultant de la destruction de l'outil de production.

Quelques indicateurs donnent la mesure de la gravité de la situation et permettent de comprendre le comportement des opérateurs sanitaires en relation avec le financement de la santé durant cette période.

Tout au long de cette période, la situation socio-économique est restée préoccupante :

- un taux d'inflation annuelle débridée 9.796,9 % en 1994 ;
- une contraction persistante de l'activité économique générale ;
- une contraction du volume d'emploi de 18,5 % entre 1989 et 1994 ;
- la déliquescence de l'économie officielle au profit de l'informelle (60 % de la force de travail et 78,4 % du PIB en 1992) ;
- la perte drastique du pouvoir d'achat de la population (99 % en 1994).

Cette perte de pouvoir d'achat est bien reflétée par l'indice du salaire réel dans le secteur privé entre 1989 et 1994. En cette dernière année ce salaire a un pouvoir d'achat nul.

Cette toile de fond dressée, comment s'est opéré le financement de la santé dans ce contexte ?

3.2.a. LE GOUVERNEMENT

Durant cette période, le financement d'origine publique est quasi nul comme le témoignent les chiffres ci-après :

Source : calculés d'après les chiffres du rapport de la Banque du Zaïre, 1993 et 1994.

En observant ce tableau les remarques suivantes s'imposent :

1. la faiblesse de la part des crédits votés en faveur de la santé (entre 1,6 et 2,5 %) dénote l'inexistence d'une volonté politique ferme ;
2. les dépenses en faveur de la santé représentent une part bien plus réduite encore du

total des réalisations (entre 0,035 et 0,59 %) que des prévisions ;

3. les crédits votés pour la santé n'ont jamais été libérés au-delà de 75 % durant la période considérée.

c. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

En l'absence du financement d'origine publique et face à l'insuffisance ou même l'absence d'une assistance des ONG, les institutions sanitaires surtout les ZS n'avaient plus d'autres alternatives que de recourir à l'autofinancement.

Mais compte tenu de la situation générale et de l'aggravation de la crise, cette source n'est plus en mesure d'assurer la prise en charge de 80 % des charges récurrentes des ZS comme en 1986.

Dans quelques ZS assistées la part de l'autofinancement couvrait seulement 23 à 25 % des charges récurrentes en 1996.

Pourtant cette crise a permis à certaines ZS de mettre en place des mécanismes de gestion efficace des ressources RARES DISPONIBLES. Il s'agit là des premiers pas vers la culture de la lutte contre le gaspillage des ressources.

En effet en mai 1995 des représentants d'une vingtaine d'institutions comprenant les réseaux confessionnels des santé, des ONG et des Zones de santé étatiques, se sont réunis à Kinshasa. Cette rencontre convoquée autour du thème :

“VIABILITE FINANCIERE DES ZONES DE SANTE FACE A L'ACCESSIBILITE DE LA POPULATION AUX SOINS DE SANTE” par l'ONG HORIZON SANTE, avait comme objectif général d'apprécier le degré de viabilité financière des zones de santé en cette période de crise très profonde.

Pour faire face à une situation caractérisée par l'absence de financement public et l'amenuisement des ressources extérieures, les institutions avaient recours à une politique visant à la fois la maximisation de l'autofinancement tout en se préoccupant de l'accessibilité des population à des soins de santé de qualité.

Stratégie appliquée

1° Au niveau de la communauté

Inventorier toutes les ressources mobilisables ainsi que les techniques pour y parvenir.

2° Au niveau des institutions de santé

• Au plan financier :

- réorientation des dépenses vers les priorités ;
- investir dans l'équipement en tenant compte des charges récurrentes que le matériel ainsi acquis générera ;
- maintenir l'équilibre entre le niveau réel de l'activité et les ressources mobilisables ;

- cibler les interventions sur certaines activités.

- Au plan organisationnel :

Deux formules permettent d'assurer l'efficacité de la gestion :

Le système décentralisé :

- participation du personnel à la gestion ;
- responsabilisation et prééminence des organes ponctuels (ex. Commission de suivi des recettes et des dépenses) sur les organes classiques tels que le Comité de gestion et le Conseil d'administration.

L'expérience semble indiquer que le système décentralisé avec participation du personnel encourage la transparence, le consensus, l'équité entraînant une élévation de la motivation du personnel à encadrer la gestion de l'institution.

Le système centralisé :

Dans ce système l'institution sanitaire se greffe à une organisation plus importante qui lui sert de gestionnaire et centralise tout le processus de management.

CHAPITRE 2 :

CRITIQUES DES RESULTATS DES INTERVENTIONS ACTUELLES (1982 –1997)

SECTION 1 : IMPACT SUR LE SYSTEME DE SANTE

Le système de financement conjoint (ETAT, EXTERIEUR et COMMUNAUTE) en vigueur entre 1982 et 1989 avait permis des réalisations appréciables.

Au début de la décennie 1990, il avait permis d'atteindre le chiffre de 175 zones de santé fonctionnelles ce qui représentait 49 % de l'ensemble.

Vers le milieu des années 80, ce système s'était déjà cristallisé dans une configuration qui servait de rudiments à la politique de financement acceptée par la majorité des opérateurs sanitaires et des intervenants.

Cette approche de financement a fait l'objet d'une étude en 1986 par REACH et SANRU sur le financement des dépenses de fonctionnement des zones de santé.

PART DES DIFFERENTES SOURCES DANS LE FINANCEMENT DU FONCTIONNEMENT DES ZONES DE SANTE (1986)

Source : BITRAN, R., *Financement des zones de santé au Zaïre, 1986, P. 38.*

Ce tableau a permis de tirer les conclusions suivantes en matière de politique de financement :

1° la participation communautaire représente une source non négligeable de financement du

fonctionnement des ZS. Mais elle ne saurait assurer l'autofinancement intégral de ce fonctionnement ;

- 2° bien que réellement présente, les apports du gouvernement et de l'extérieur étaient calibrés en fonction de la capacité des structures à se prendre en charge, d'où le caractère supplétif qu'ils reflètent. Le BCZS, structure la moins performante recevait un appui plus consistant de l'état et de l'extérieur que les autres ;
- 3° le financement des investissements est laissé plus à la charge de l'extérieur (70 %) que du gouvernement (30 %) ;
- 4° la hauteur exceptionnelle de l'autofinancement du centre de santé exprimerait éventuellement une certaine adéquation que représente cette institution par rapport au contexte de pauvreté des communautés de base.
Le centre de santé représenterait ainsi la structure dont le coût de fonctionnement semblait le mieux correspondre aux capacités contributives des populations. Dans ce sens il corrobore la pertinence des SSP dans le contexte de notre pays.

APPRECIATION DE LA POLITIQUE DE FINANCEMENT DES ANNEES 80 ET 90 PAR RAPPORT AUX CRITERES CLASSIQUES.

Il faut cependant indiquer que les constats que nous venons d'opérer par rapport aux critères d'appréciation ne sont valables que compte tenu de la façon dont ces ressources ont été mobilisées et utilisées.

SECTION 2 : LES FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME ACTUEL

Pour être viable et efficace la réforme des politiques de financement de la santé doit viser un développement humain durable. Cette nécessité impose dès lors l'adoption d'une démarche PROSPECTIVE par opposition à l'approche exclusivement PRAGMATIQUE et SITUATIONNELLE que nous avons adopté jusqu'ici face aux problèmes de santé.

Cette réforme vise la résolution des problèmes immédiats, mais aussi servir et accompagner le cheminement de notre société dans son évolution future.

Dans l'optique de la recherche des solutions aux problèmes de financement, il convient de relever les forces et les faiblesses du système actuel mais aussi les opportunités et les risques éventuels.

LES FORCES :

1. une longue tradition de participation communautaire au paiement des soins ;
2. une expérience concrète de gestion des différentes sources de financement ;
3. une capacité évidente de s'adapter et transcender les adversités les plus profondes ;

4. un consensus quasi général sur le rôle que doit jouer la zone de santé dans l'exécution de la stratégie des soins de santé primaires ;
5. un consensus général dans la complémentarité des 4 modes de financement classique (Vente des services, subsides, dons, participation de la communauté...) ;
6. une volonté exprimée de redéfinir les rôles des partenaires dans le financement et la révision des mécanismes de gestion à tous les niveaux ;
7. une expérience dans l'expérimentation de plusieurs modes de financement par les usagers.

LES FAIBLESSES :

1. sa trop grande dépendance de l'aide extérieure ;
2. le désengagement inopportun de l'Etat ;
3. l'absence de cadre juridique devant orienter la mobilisation et la gestion des ressources financières de la santé ;
4. la paupérisation généralisée de la population ;
5. l'insuffisance des compétences en planification, exécution et évaluation des programmes au plan financier à la périphérie ;
6. la fragilité généralisée de l'économie empêchant une relance ferme des activités sociales (santé, éducation) ;
7. l'absence ou la complaisance dans le suivi de la gestion financière.

LES OPPORTUNITES FAVORABLES A LA REFORME :

1. changements politiques de grande envergure survenus au pays depuis le 17 mai 1997 ;
2. période d'élaboration et de mise en œuvre du plan triennal de relance de l'économie ;
3. consensus général autour de la nécessité de réfléchir pour un nouveau départ dans tous les secteurs de la vie nationale ;
4. prédisposition des organisations internationales (PNUD, OMS, UNICEF, BANQUE MONDIALE) pour soutenir les efforts de réforme ;
5. consensus général sur le constat de faillite de l'ancien système de financement.

LES RISQUES :

1. tentation de limiter les réformes aux besoins à court terme en se contentant d'institutionnaliser les démarches d'antan ;

2. persistance du désengagement de l'Etat basé sur une mauvaise interprétation des principes de l'économie sociale du marché ;
3. évacuation de la santé hors de la matrice des priorités de la reconstruction suite à la concurrence des autres besoins plus apparents (sécurité, routes, agriculture, etc...) ;
4. échec de la relance de l'économie privant l'Etat et la communauté des ressources susceptibles de les aider à jouer leur rôle dans le financement de la santé.

Compte tenu des forces, des faiblesses, des opportunités et des risques qui viennent d'être recensés, les orientations de la réforme telles que reflétées dans l'énoncé des politiques à recommander (voir partie 2, chapitre 3) devront viser :

1. à renforcer les FORCES du système actuel ;
2. d'éliminer, neutraliser ou réduire les FAIBLESSES du système actuel ;
3. de profiter au maximum des OPPORTUNITES qui s'offrent en vue de la réforme ;
4. de prémunir ou couvrir les évolutions futures contre les RISQUES qui les menacent.

Ces quatre considérations devront servir de toile de fonds à l'évaluation des réformes qui seront proposées.

PARTIE 2 :

OPTIONS FONDAMENTALES DE LA POLITIQUE EN MATIERE DE FINANCEMENT DE LA SANTE

La politique de financement de la santé a pour objet de définir des lignes de conduite et des normes en relation avec la MOBILISATION, l'AFFECTATION et l'UTILISATION des ressources financières destinées au secteur de la santé.

CHAPITRE I :

LES FONDEMENTS DE LA REFORME DES POLITIQUES DE FINANCEMENT DE LA SANTE EN RDC

La réforme des politiques de financement de la santé doit reposer sur des assises solides d'adéquation, de fonctionnalité et d'efficacité. Il s'agit des valeurs, des options philosophiques, des principes, des stratégies et des postulats.

Section 1 : Les options philosophiques fondamentales

1° L'ECONOMIE SOCIALE DE MARCHE

Le financement de la santé est largement dépendant des exigences de la politique macro-économique globale du pays. Il est donc indispensable que dans leur formulation et mise en œuvre les politiques dans cette matière soient conformes aux options fondamentales.

Nous alignons nos propositions dans le cadre d'une économie sociale de marché non seulement parce que le gouvernement actuel y clame son adhésion, mais surtout parce qu'elle est l'alternative la plus admise et semble-t-il la plus efficace dans les conditions de nos pays. La politique de la santé pour tous et les soins de santé primaires s'inspirent largement de ses principes de base.

* L'ECONOMIE SOCIALE DE MARCHE

1. Définition :

L'économie sociale du marché se définit comme une troisième voie entre le système libéral du laissez-passer et le système de planification centralisée ” 1

2. Le but :

Ce système est une recherche constante de la combinaison la plus efficace entre une performance optimale que peut permettre le mécanisme de marché d'une part et la sécurité et la justice d'autre part.

3. Les principes de base de l'économie sociale du marché :

a. Les principes “économiques” :

- la concurrence effective ;
- la stabilité monétaire ;
- la propriété privée.

b. Les principes “sociaux” :

- la sécurité sociale ;
- la justice sociale.

c. Les fonctions de l'Etat dans une économie sociale de marché

Tout en attribuant par principe le secteur productif au secteur privé, l'économie sociale du marché exige la présence d'un état fort capable de faire respecter les principes de la concurrence effective, de la stabilité monétaire et surtout de la sécurité sociale et de la justice sociale.

Mais en intervenant, l'Etat doit le faire en respectant les principes de la “SUBSIDIARITE ” et de la “ CONFORMITE AU MARCHE ”.

LA SUBSIDIARITE:

soutient que l'Etat n'interviendra qu'en cas de défaillance du marché et donc en l'absence d'une alternative privée viable et crédible. C'est sur la base de ce même principe que les ONG, sont considérées comme des partenaires clés et spécifiques du système de gestion sociale.

LA CONFORMITE AU MARCHE :

stipule qu'en intervenant, l'Etat doit éviter de bloquer ou d'empêcher le mécanisme de marché de jouer son rôle. L'Etat doit clarifier l'environnement en vue de permettre au marché de fonctionner.

2° LA STRATEGIE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

En effet, malgré ce qui vient d'être dit, il est clair que les modèles de développement en vigueur privilégiaient souvent la croissance économique seule sans se préoccuper des questions d'équité et de solidarité.

Dans ce contexte la réforme des politiques de financement de la santé devra sans cesse avoir à l'esprit les questions suivantes :

1°) le modèle de développement socio-économique en vigueur est-il compatible avec les principes de base des soins de santé primaires ?

2°) l'économie de marché, la privatisation et la libre entreprise sont-ils la solution adéquate à tous les problèmes du secteur sanitaire ?

3°) si le rôle de l'Etat est réduit à son strict minimum, qui garantira alors l'équité dans l'accès aux soins ?

Aussi dans ce contexte est-il nécessaire de dire ce que devrait être la réforme et ce qu'elle n'est pas. Comme on peut s'en rendre compte, les mécanismes de marché ne peuvent pas assurer à eux seuls une allocation optimale des ressources dans le secteur de la santé, le rôle de l'Etat y est donc indispensable.

Setion 2 : les principes de base de la reforme des politiques de financement .

1. Ce que la réforme n'est pas :

1) Un simple processus de remodelage ou de modernisation de l'Etat en adéquation avec les programmes d'ajustement structurels.

L'objectif poursuivi dans ce cas semble alors être la réduction des gaspillages dans l'utilisation des ressources.

Cette vision peut améliorer l'efficacité dans l'administration mais pas nécessairement l'équité et surtout le développement de la couverture sanitaire.

2) Un processus de désengagement de l'Etat vis-à-vis des programmes sanitaires pour s'investir dans une mission exclusivement normative. Cette privatisation à outrance des services de santé aboutit au contraire à la réduction des capacités normatives et coordinatrices du Ministère de la Santé Publique.

3) Un processus d'adaptation du secteur de la santé aux normes de décentralisation en cours dans les sphères politiques et administratives du pays. Cette perspective aboutit souvent à la contradiction entre des pôles de prises de décision décentralisés et des sphères de capacité techniques centralisées et l'inégalité entre les régions riches et celles pauvres.

2. Ce qu'est la réforme :

Dans une perspective globalisante prenant en considération les éléments évoqués ci-dessus mais allant au delà, la réforme du financement des services de santé consiste en l'élaboration des normes, des mesures et des dispositions pratiques devant d'une part permettre la mobilisation et l'utilisation rationnelle des ressources financières et d'autre part assurer l'accessibilité de la population aux soins de

santé de qualité.

In extenso, les principes de base de la réforme se rapportent à :

- l'équité ;
- la décentralisation ;
- la participation communautaire ;
- l'efficacité ;
- l'efficience ;
- la qualité ;
- l'adéquation ;
- l'autoresponsabilité ;
- le partenariat ;
- la coordination des interventions.

La réforme est habituellement considérée comme un changement positif de ce qui existait.

CHAPITRE II : LES BESOINS A COUVRIR EN MATIERE DE FINANCEMENT DE LA SANTE

SECTION 1 : LES BESOINS DE FINANCEMENT A COUVRIR

Etant donné l'importance de ce chapitre dans le calcul des coûts des structures ou des interventions, il y a lieu d'identifier et de catégoriser les différents besoins de financement susceptibles de surgir dans la vie des institutions.

Habituellement ces besoins se regroupent en 2 grandes catégories 2 :

1. le financement des INVESTISSEMENTS ;
2. le financement du FONCTIONNEMENT.

1. LES DEPENSES D'INVESTISSEMENT (ou d'EQUIPEMENT)

D'après les économistes ces dépenses concernent l'achat de biens (matériel, équipement, construction) dont la durée de vie est supérieure à une année. Partant de la notion de durabilité, ces dépenses sont étendues aux activités telles que : la formation initiale et le stock de démarrage en intrants.

Ces dépenses comprennent donc :

- le matériel durable (véhicule, matériel hospitalier, matériel de bureau, etc...);
- l'équipement lourd ;
- les constructions ;
- la formation initiale du personnel et de la population ;
- le stock de démarrage en médicaments et autres consommables.

2. LES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT (OU CHARGES RECURRENTES)

Cette catégorie concerne l'achat de biens dont la durée de vie est inférieure à une année. Habituellement ces charges résultent de la mise en œuvre des biens d'équipement ci-dessus ; elles concernent :

- la charge du personnel ;
- la maintenance des équipements et des matériels ;
- l'entretien général ;
- la formation (récurrente) ;
- l'approvisionnement normal en médicaments ;
- les fournitures de bureau ;
- le carburant ;
- etc...

SECTION 2 : LES ECHELONS ET LES STRUCTURES A FINANCER

Parmi les échelons et les structures appelés à bénéficier du financement on retiendra :

- l'échelon central (Ministère) ;
- l'échelon provincial (Inspection Médicale Provinciale) ;
- l'échelon District (Inspection Médicale du District) ;
- l'échelon de la Ville (Inspection Médicale Urbaine) ;
- l'échelon périphérique (Zone de Santé) ;

- . le Bureau Central de la Zone de santé (BCZS) ;
- . l'Hôpital Général de Référence (HGR) ;
- . le Centre de Santé (CS) ;
- . le Poste de Santé (PS) ;
- . le Comité du village (COSA, CODE).

Il va de soi que le financement de chaque échelon ou structure sera ventilé en INVESTISSEMENT et FONCTIONNEMENT, tel que indiqué à la section 1.

CHAPITRE III:

ENONCE DES POLITIQUES DE FINANCEMENT DE LA SANTE

Section 1 : Considérations générales et formulation de la politique de financement de la santé

La problématique du financement de la santé se pose souvent en termes de non intégration de l'objectif de la santé pour tous dans la stratégie globale du développement du pays. Ce fait a alors un impact négatif en termes de MOBILISATION, ALLOCATION et UTILISATION des ressources au niveau du secteur de la santé.

Formulation générale :

La République Démocratique du Congo fait de la santé une des priorités de son développement socio-économique. Pour financer ce secteur dont les bénéficiaires forment l'ensemble de la communauté nationale, et demeurant en cela fidèle aux exigences de la politique des soins de santé primaires, la République Démocratique du Congo opte pour une approche susceptible de mobiliser aussi bien les ressources financières publiques, privées et extérieures que celles de la communauté; l'Etat restant toutefois tenu, en sa qualité de garant de la santé de la collectivité, d'assurer l'essentiel de ce financement tel que déterminé dans le Plan Directeur Financier résultant de tout environnement spécifique donné.

Les ressources financières mobilisées dans le cadre de l'effort national et international ainsi spécifiées seront affectées et utilisées selon des normes qui en assureront l'efficacité et l'efficacités.

Section 2 : LE PLAN DIRECTEUR FINANCIER.

Ce plan directeur est la pièce maîtresse fournissant le cadre" logique de la relation entre les objectifs, les stratégies et les moyens.

PLAN DIRECTEUR - PROBLEME 1 : Faible capacité de mobilisation des ressources pour la santé.

Objectifs : Accroître la capacité de mobilisation des ressources financières.

AXES STRA-TEGI-QUES	OBJECTIFS SPECIFI-QUES	ACTIVITES	RESPONSABLES	RESSOURCES	COUT	INDICA-TEURS DE SUIVI
1. Mobilisation des ressources financières	Obtenir l'affectation effective des ressources du BPO en faveur du Ministère de la Santé.	1.1.1. Identifier les ressources du BPO 1.1.2. Déterminer les activités à financer 1.1.3. Plaidoirie auprès du Gouvernement en faveur de cette affectation 1.1.4. Mettre en place les mécanis. de recouvrement de ces ressources 1.1.5. Contrôler l'effectivité de ce recouvrement.	MSP/Cabinet, S.G., Finances et BudgetMSP, SG/SantéMSP - CabinetMSP, SG.MSP, S.G.	Experts MSP, Finances et Budg. Partenaires. Perdiem/experts.Idem + fournit. de bureau et matériel de bureautique Experts MSP, SG, Fournit. bur. + matér. bureaut. Idem Experts MSP, Frais mission, Ordre mission		Existence d'une liste et les textes légaux sur le BPO. Nombre activités déterminées Texte plaidoirie disponible Procédu-res et instruc. mises en place Rapp. de mission Montants des sommes recouvrées

AXES STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	RESPONSABLES	RESSOURCES	COUT	INDICATEURS DE SUIVI
	1.2. Comptabiliser dans le plan d'action global du MSP les ressources du Secteur Public.	<p>1.2.1. Prendre un arrêté interminist. rendant obligatoire la communication par les services médic. au MSP de leurs ressources en matière de santé.</p> <p>1.2.2. Elaborer et multiplier les fiches modèle de rapp. de recensements (organisation, catégories du pers., infrastr. diverses, médicaments, budgets...)</p> <p>1.2.3. Recens. des entreprises publ. disposant des serv. médicaux en leur sein ou disposant d'un budget pour soins médicaux</p> <p>1.2.4. Mise à la disposition de ces entrepr. des mod. des rapp. périodiques d'activ. (mod. SNIS)</p> <p>1.2.5. Suivi de l'application des dispositions de l'arrêté</p>	MSP/SG/DHMSP, SG/DHMSP, SG/DHMSP, SG/DH	Experts MSP, SG, Partenaires, Fournit., Logist. Perdiem. Experts MSP, SG, Parten., Fournit., Logist., PerdiemExp., Enquêteurs, Fournit., Logist. Perdiem + Frais miss. experts, Perdiem enquêt., titres voyage Fournitures (rapp. SNIS), Logistique Experts DH/DE, Fournit., Logistique		<p>Existence arrêté et mesures d'applic. (instruct., circul.)</p> <p>Disponibilité modèle fiches et rapport d'activit.</p> <p>Fiche opérationnelle</p> <p>Liste ent-reprises recensées</p> <p>Disponib. fiches SNIS dans entrepri-ses</p> <p>Disponib. rapp. aux DH/DE</p> <p>Exist. rétroinfo. niveau entrepr.</p>

AXES STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	RESPONSABLES	RESSOURCES	COUT	INDICATEURS DE SUIVI
	<p>1.3. Promouvoir l'implication des entités décentralisées dans le plan d'action global du Ministère de la Santé</p> <p>1.4. Conformer les efforts de mobilisation des ress. extér. de financ. de la Santé aux normes procédures et priorités du Gouvernement.</p>	<p>1.3.1. Recensement activ. de santé et plans d'actions des entités décentralisées</p> <p>1.3.2. Insertion de ces activités et de leur coût global dans le plan global du MSP</p> <p>1.3.3. Suivi de la mise en oeuvre de ces activités.</p> <p>1.4.1. Détermination par voie légale des normes pour la mobilisation des ressources extérieures de financement de la Santé.</p>	MSP/SGMSP, /MIP/BCCMSP, Cabinet	<p>Fournit., Fonctionnaires, Exp.</p> <p>MSP/MinInterFonctionnaires MSP, FournituresFonctionnaires MSP, Fournit., Frais de fonctionn. pour le suiviExperts MSP/SG, Partenaires, Fournit. bureau et Matériels bureau. Perdiem pour les experts</p>		<p>Activités de santé par entité.</p> <p>Disponibilité activ. et plans de santé entités décentr. dans le plan global du MSP.</p> <p>Dispon. tableaux de bord et de budget nécessaires. Exist. textes.</p> <p>Exist. loi cadre en mat. de coopér., en mat. de res-sources extér.. Perdiem payés.</p>

PLAN DIRECTEUR - PROBLEME 2 : Modicité des crédits alloués à la Santé, crédits par ailleurs doublement exécutés suite à la lenteur dans les décaissements.
Objectifs. : Augmenter les budgets alloués à la Santé en rendant le Ministère de la Santé Publique responsable de la gestion de son budget et en décentralisant certaines dépenses de santé des entités de base.

AXES STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	RESPONSABLES	RESSOURCES	COUT	INDICATEURS DE SUIVI
2. Affectation des ressources financières.	<p>2.1. Allouer un financement adéquat à tous les niveaux du syst. de santé (selon les principes d'équité, d'adéquation, de fiabilité et de liens intersectoriels).</p> <p>2.2. rendre le MSP responsable de la gestion de son budget</p> <p>2.3. Responsabiliser les entités décentr. dans la prise en charge de certaines dépenses de santé.</p>	<p>2.1.1. Fixation par un texte légal de la clé de répartition des ressour. à tous les niveaux, périphérique, interméd. et central</p> <p>2.2.1. Plaidoirie auprès du Gouv. pour obtenir la mise à la disposition régulière du 1/12è mensuel pour le fonctionn. des services de santé.</p> <p>2.3.1. Déterminer par voie lagale les dépenses de santé à charge des entités locales (entretien, rémun. d'une catég. du pers., réparations, fonctionn.)</p>	MSP/Cabinet, S.G., MinInter, MinFin-Budg, PrésidenceMSP, SG/SantéMSP/Cabinet; MiniFin. & Budg., Présidence, MinInter.	<p>Experts MSP, Intér., Fin., Présidence, Fournit. bureau et matér. bureaut., Perdiem/experts.Experts MSP, Fournit. bureau et matér. bureaut., Perdiem/experts.Experts MSP, Finances, Présidence, Fournit. bur. et Mat. bureaut., Perdiem.</p>		<p>Tableau exist. ou clef de répartition des ress. dispon. par niveau</p> <p>Texte plaidoyer dispon. et résultat du plaidoyer</p> <p>Exist. textes légaux. Liste dépenses à charge entités décentr.</p>

PLAN DIRECTEUR - PROBLEME 3 : Mauvaise gestion des structures sanitaires suite à la mauvaise utilisation des ressources financières, à l'inexistence des outils de gestion, à l'absence de maîtrise de coût de fonctionnement de ces structures et surtout à l'absence de mécanisme de contrôle de leur gestion.

Objectif : Assurer la gestion adéquate des structures sanitaires par l'innovation de leur règles de bonne gestion comptable avec la réglementation en matière des services publics de l'Etat.

AXES STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	RESPONSABLES	RESSOURCES	COUT	INDICATEURS DE SUIVI
3. Utilisation des ressources financières.	3.1. Assurer le développement et l'utilisation des outils de gestion à tous les niveaux du système sanitaire.	3.1.1. Identifier des outils pertinents de gestion. 3.1.2. Elaboration et développement des outils existants 3.1.3. Adaptation du PCGC au secteur de la santé 3.1.4. Formation du personnel à l'utilisation des outils de gestion retenus. 3.2.1. Analyse de la structure de tarification.	MSP/Cabinet, S.G., MSP, Finances et budg., CPCCMSP/Cabinet/S.G. MSP/Cabinet, S.G., PartenairesMSP/Cabinet, S.G.	Experts MSP, Partenaires, fourn. Bureau et matér. Bureautique Experts MSP, Fin. Et Budg., CPCC, Fournit. Bureau et matér. Bureaut., Perdiem. Experts MSP, Partenaires, Fournit. Bur. Et Mat. Bureautique. Experts MSP, Finan. Et Budg.(ENF, CPCC). Experts MSP, Econ. Nat. Et Parten., Fournit. Bur. Et mat. Bureaut., Perdiem		Exist. Liste des outils de gestion. Exist. Plan Compt. Gén. Co. Adapté au secteur Santé Exist. Liste nouveaux outils. Exist. Progr. De format, nombre sessions de form. Organ., nombre personn. formé. Exist. Rapport d'analyse et recommandat.

AXES STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	RESPONSABLES	RESSOURCES	COUT	INDICATEURS DE SUIVI
4. Mécanismes de contrôle.	4.1. Respecter les procédures d'utilisation des ressources de l'Etat	3.2.2. Elaboration d'une politique de tarification. 3.2.3. Traduction de cette polit. en textes réglement. 4.1.1. Vulgaris. des procédures 4.1.2. Mise en place des mécanismes de contrôle interne	MSP/Cabinet, S.G., MSP/CabinetMSP/Cabinet? S.G.MSP/SG	Experts MSP, Econ. Nat., Fin. & Budg., Aff. Soc., Trav. & Prév. S., Présidence Rép., F.P., Partenaires Experts MSP, Parten., Fournit. bur. et matériel bureautique Experts MSP, Fourn. bureau, Mat. bureautique Experts MSP, Fin. & Budg. (IGF), Partenaires.		Existen. polit. de tarif.; texte légal instituant cette pol. de tarif. Exist. textes réglement. sur tarif. en mat. de serv. dans domaine Santé Nbre textes de procéd. instruc. vulgarisées et transmises aux services utilisateurs à tous les niveaux Exist. textes réglement. sur mécanismes de contrôle

	<p>4.2. Développer les mécanismes de contrôle.</p> <p>4.3. Renforcer les mécanismes de contrôle externes du système de santé.</p>	<p>4.1.3. Renforcement des organes de gestion existants</p> <p>4.2.1. Systématisation des audits internes</p> <p>4.2.2. Exploitation régulière par la hiérarchie des rapports d'activités</p> <p>4.3.1. Renforcement de</p> <p>4.3.2. Renforcement de capacités de contrôle des inspecteurs de la Santé.</p>	<p>MSP/Cabinet, S.G.,</p> <p>MSP/Cabinet/S</p> <p>GMSP/Cabinet/S.G.MSP/SG/M</p> <p>IP et Partenaires</p>	<p>MSP/Cabinet S.G.MSP/Services audit interne de la structure</p> <p>Experts MSP, Finances & Budg. (EMF, IGF) Justice (Ecole de form. de la Police Judiciaire).</p>	<p>Nombre instructions données, nombre sanctions prises, nombre rapp. de tenue de Conseil Gestion.</p> <p>Nombre rapports audits effectués</p> <p>Nombre rapp. d'activ. reçus et traités, nombre lettres.</p> <p>Nombre sessions format. organis.;</p> <p>Nombre inspect. formés; taux occup. lits; accroiss. nombre consult.; % d'accroiss. ou rupt. stock médicam.</p>
--	---	--	--	---	--

PARTIE I :

PRATIQUES ET RESULTATS DU SYSTEME DE FINANCEMENT ACTUEL (1960 – 1998)

CHAPITRE 1 :

LES PRATIQUES DES INTERVENTIONS ACTUELLES

En République Démocratique du Congo, le système de financement de la santé en vigueur est avant tout une résultante de la praxis au lieu d'être le fruit d'une réflexion cohérente au départ basée sur la prise en compte d'une vision intégrée à une approche globale du développement.

La plupart de temps les lois sont édictées en vue de légaliser des situations de fait et cela sous la pression des opérateurs sanitaires (surtout ceux appartenant à la société civile). Cette réalité se comprend quand on se rappelle que très souvent lors de la pénétration européenne les confessions religieuses ont précédé l'Etat sur le terrain (les missionnaires protestants étaient au Congo depuis 1878 alors que l'administration ne s'organisa qu'à partir de 1885).

Par rapport à la politique du financement dans notre pays, il est nécessaire d'aborder les questions relatives

- aux cadres juridiques sur lesquels sont bâties ces dites interventions ;
- aux usages en matière de financement de la santé.

Section 1 : Les cadres juridiques sous-tendant les interventions actuelles

Une revue rapide de la législation en matière de financement de la santé révèle son caractère à la fois tronqué, incomplet et surtout ponctuel.

La législation actuelle est tronquée et incomplète en ce qu'elle couvre uniquement l'aspect relatif à la mobilisation des ressources. Elle néglige par contre tout le champ relatif à l'affectation, l'utilisation des ressources et au calcul des coûts.

Le caractère ponctuel de cette législation paraît en ce qu'elle s'est élaborée au gré des événements et des circonstances et non pas à partir d'une réflexion de base cohérente liée à des objectifs prédéterminés.

L'arsenal juridique existant régit les domaines ci-après :

-
-
-
- Aucune disposition législative ne régit le financement par les utilisateurs.

Vous trouverez en annexe les détails sur ces dispositions.

- INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE ET DES MUTUELLES DE SANTE

Cette disposition recommande notamment la création d'un organisme d'assurance maladie et des mutuelles de santé.

L'instauration du système de Budget-Programme et la réforme du système de la sécurité sociale.

Base : Ordonnance n° 161 du 27 juillet 1963 portant création du FNPSS, complétée et modifiée par l'Ordonnance n° 68/057 du 13 février 1968 article 1er.

- FONDS NATIONAL DE PROMOTION ET DE SECURITE SOCIALE (FNPSS)

La mission du FNPSS consiste à financer des projets sociaux en faveur du bien-être des populations rurales et urbaines.

Base : Ordonnance n° 86-066 du 12 février 1986 portant statut d'un établissement public dénommé "FONAMES "

- FONDS NATIONAL MEDICO-SOCIAL (FONAMES)

Arrêté Ministériel n°0018/BUR/CE/SPAS/S/86 portant mesures d'exécution de l'Ordonnance n° 86/066 du 12 février 1986 portant statut du FONAMES.

Ce texte fixe les ressources du FONAMES dont la mission consistait à soutenir l'action sanitaire au Congo (Zaïre).

Base : Ordonnance n° 84-155 du 4 juillet 1984 (Constitution)
Ordonnance n° 84-156 du 4 juillet 1984 (Organisation)

- SOCIETE ZAIROISE DE LOTERIE (SOZAL)

Les bénéfices nets de la SOZAL (SONAL actuellement) devaient servir à financer des actions à caractère économique et social en faveur spécialement des populations rurales.

3. Le financement par les Privés

Base : Décret-loi du 18 septembre 1965 et Ordonnance n° 66 du 31 décembre 1965.

- Les Associations sans but lucratif (ASBL)
- Les Fondations ou Etablissements d'utilité publique

Base : Décret du 19 juillet 1926 : peuvent avoir dans leur objet les soins de santé primaires.

Exemple : Fondation "Mama Mobutu".

- Les Entreprises Privées

Base : Arrêté Départemental n° 01/76 du 21 janvier 1976 faisant obligation aux entreprises privées d'organiser le service médical ou sanitaire en faveur de leurs travailleurs.

4. Le financement par les Associations étrangères (ASBL de droit étranger)

- Médecins Sans Frontières (MSF) ;
- Les Amis du Père Damien (APD) ;
- La Fondation Médicale Internationale.

5. Le financement par les Partenaires Publics extérieurs

- Les Etats étrangers
Financent la santé par le moyen des aides, de dons non remboursables.
- Les Organisations internationales
- Organismes des Nations Unies
OMS, UNICEF,
- Organismes financiers internationaux
FMI, Banque Mondiale, IDA, BAD
- Banques Privées étrangères
Cas rare.

6. le financement par les utilisateurs

° Les Associations sans but lucratif (ASBL)

* les fondations ou Etablissement d'utilité publique

Base: décret du 19 juillet 1926 : peuvent avoir dans leur objet les soins de santé primaires

exemple : Fondation "Mama Mobutu"

* Les entreprises Privées

Base : Arrêté départemental N° 01/76 du 21 janvier 1976 faisant obligation aux entreprises privées d'organiser le service médical ou sanitaire en faveur de leur travailleurs

4. Le financement par les associations étrangères (ASBL de droit étranger)

- * Médecins sans frontières (MSF);
- * Les Amis du Père Damien (APD);
- * La Fondation Médicale Internationale.

5. Le financement par les Partenaires Publics extérieurs

* Les Etats étrangers

financent la santé par le moyen des aides, des dons non-remboursables.

* Les organisations internationales

* Organismes des Nations Unies

OMS, UNICEF,

* Organismes financiers internationaux

FMI, Banque Mondiale, IDA, BAD

* Banques Privées étrangères

Cas rare

6. Le financement par les utilisateurs

Il s'agit de la participation communautaire et des bénéficiaires individuels.

7. Le financement des maladies sociales

Base: Acte N° 18-20/CNS/92 relatif au financement et à la prise en charge des soins. Il promulguait la gratuité de soins des maladies telles que le TBC, la trypanosomiase, la Lèpre, l'Onchocercose, le goître en démique, la drépanocytose et le SIDA.

Il va sans dire que les réformes à proposer dans ce cadre précis de financement de la santé, devront se faire sous la constante contrainte de respect des critères d'EQUITE, d'ADEQUATION, de FIABILITE, etc)

Ce qui donne la synthèse synoptique suivante:

1. élaboration d'une politique sanitaire nationale ;
2. élaboration d'un plan d'action national de santé fondé sur la politique sanitaire nationale ;
3. dégager un Plan Directeur financier reflétant le coût des options retenues dans le plan d'action national. Ces coûts doivent inclure les investissements et les dépenses de fonctionnement qui en résultent pour la mise en œuvre du plan d'action ;
4. étaler les dépenses du plan directeur financier à partir de l'année de son établissement jusqu'à celle où se réalisera l'objectif de la santé pour tous (An 2000) ;

5. identifier toutes les sources de financement mobilisables pour financer le plan ;
6. veiller à l'équilibre indispensable entre les ressources et les emplois dans le cadre du plan ;
7. tenir compte des évolutions du PNB avant de décider celles des dépenses du plan.

Dans le cadre d'un financement centralisé au niveau d'un plan directeur financier, le budget de l'Etat doit tenir compte de deux aspects liés respectivement à des considérations micro-économiques et macro-économiques.

Les considérations micro-économiques consistent dans la détermination des BESOINS FINANCIERS se rapportant au financement des services de santé à différents niveaux (Hôpital général de référence, centre de santé, etc) et de l'administration (Bureau central de la zone de santé, Inspections médicales, niveau central)

Les considérations macro-économique sont liées au volume de ressources au plan national et même international. Cet aspect permet d'évaluer l'impact des décisions prises dans le cadre de la santé par rapport à l'équilibre général des comptes de la nation.

Pour exécuter les simulations à ces deux niveaux, l'OMS dispose d'un modèle informatisé dénommé "SIMFIN". Il consiste en un programme destiné aux manipulations micro-économiques (MICROFIN) et un autre branché sur la macro-économie (MACROFIN).

Il est souhaitable que ce programme fasse partie des outils à installer dans le cadre de l'élaboration du Plan d'action sanitaire national et du plan directeur financier.

Section 3 : Mobilisation des ressources financières pour la santé

§ 1 Critères pour le choix d'une stratégie de financement de la santé

a) Problèmes à résoudre :

Les sources de financement ne financent pas l'essentiel des besoins de la santé.

b) Objectif :

1. Identifier les sources de financement pertinentes ;
2. Déterminer le niveau d'apport de chaque source dans le financement de la santé

Recommandation n° 1 :

Les sources de financement à sélectionner doivent répondre aux critères d'EQUITE, d'ADEQUATION, de FIABILITE, d'IMPACT SUR L'OFFRE et de FAISABILITE ADMINISTRATIVE.

§ 2 La mobilisation des ressources financières du secteur public

a) Ressources du trésor

Par ressource du trésor nous entendons le financement direct par les pouvoirs publics.

Ces ressources sont habituellement reprises sous les rubriques du budget intitulées :

- Budget Ordinaire (BO) ;
- Budget d'Investissement (BI) ;
- Budget Annexe (BA) ;
- Budget pour Ordre (BPO).

Le budget ordinaire (BO)

Consacré à la couverture des charges récurrentes, ce budget est exécuté au cours de l'année budgétaire.

Recommandations n° 2 :

Que la part du BO consacrée à la santé soit évaluée en relation avec les investissements qui la génère au lieu d'être attribuée sur des bases arbitraires.

Le budget d'investissement (BI) :

Destiné à couvrir les dépenses en capital, ce budget peut sous certaines conditions être exécutée pendant une période dépassant l'année budgétaire.

Recommandation n° 3 :

Que la part du BI consacrée à la santé soit induite du plan d'action sanitaire national qui est une composante du plan de développement national en tenant compte du Plan directeur financier.

Le budget annexe (BA)

Ces budgets financent les organismes publics autonomes à caractère social, scientifique ou administratif. Ils couvrent à la fois le fonctionnement et l'investissement.

Recommandation n° 4 :

Que la part du budget annexe allouée à la santé soit déterminée en fonction des besoins résultant du plan directeur financier. Mais aussi des recettes éventuelles réalisées par les institutions bénéficiaires.

Le budget pour ordre (BPO)

Recommandation n° 5 :

Pour assouplir la rigueur du principe de la non spécialisation des recettes publiques, que l'Etat affecte le produit de certains instruments fiscaux particuliers à la santé. C'est le cas par exemple des produits des taxes sur le tabac, l'alcool et le jeu. (préciser et exécuter les dispositions préexistantes).

Recommandation n° 6 :

Que la part du financement public devienne déterminante dans le financement de la santé et que la contribution des autres partenaires intérieurs reste suppléative.

Recommandation n° 7 :

Que l'Etat puisse éventuellement utiliser des techniques comme la loterie pour renflouer le secteur de la santé. (préciser les dispositions préexistantes en la matière et les opérationnaliser).

Autres suggestions susceptibles d'accroître la prise en charge du financement de la santé par les ressources du trésor :

Pour accroître son soutien au financement de la santé, l'Etat peut recourir aux mécanismes suivants :

1. réaménager l'allocation des crédits budgétaires destinés à d'autres affectations en faveur de la santé ;
2. fixer la part du budget à allouer à la santé à un certain pourcentage (exemple 15 %) du budget total et :
 - a. soit maintenir cette part constante lorsque le revenu national s'accroît
 - b. soit indexer cette part sur l'évolution de la pression fiscale quand elle est position.

Cette deuxième solution est préférable à la première mais elle suppose qu'un effort soit réalisé en terme de croissance économique et de mobilisation de ressources.

3. procéder à des emprunts publics au plan intérieur au moyen de " BON DE TRESOR " spécialement destinés à financer la santé. Des emprunts peuvent aussi être contractés au plan international.

Habituellement les fonds collectés, dans ce genre d'opérations sont affectés à des projets spécifiques (constructions d'infrastructures, services spécialisés, projet d'assainissement de l'environnement). La meilleure solution consiste alors à investir en faveur de groupes spécifiques qui à leur tour participeront au remboursement de la dette ainsi contractée. L'échelon compétent pour engager ce genre d'opération doit faire l'objet d'une spécification claire.

La participation au remboursement se fera par le moyen de paiement des services par les usagers.

Sur le marché international de tels emprunts contractés à long terme bénéficient d'une longue période de grâce et se limitent souvent à financer l'importation des équipements ;

4. quand aux taxes sur les produits nuisibles à la santé (tabac, alcool, liqueurs, bière) ainsi que sur les jeux de hasard, leur effet régressif est de nature à nuire à l'équité. Il serait plutôt préférable de taxer au bénéfice de la santé, des biens de luxe et ceux achetés avant tout par les hautes classes de la société ;
5. la loterie comme source de financement de la santé ne devient efficace que si elle justifie des économies d'échelle susceptibles de dégager un revenu net.

b) Autres ressources du secteur public

1. Ressources des entreprises publiques

Recommandation n° 8 :

Que les entreprises publiques dégagent une provision de l'ordre de 10 à 20 % des charges du personnel destinée à financer les soins de santé de leurs agents.

Recommandation n° 9 :

Que l'action sanitaire de ces entreprises s'inscrive dans le cadre d'un contrat programme lié au plan d'action sanitaire national et intégré au plan directeur financier.

2. Ressources des entités décentralisées

Les entités décentralisées (communes, secteurs) bénéficient d'une série de taxes dont le produit leur sert notamment à effectuer des dépenses destinées aux :

- service d'administration générale ;
- service juridique et de police ;
- service financier et affaires économiques ;

- service de l'enseignement et affaires sociales ;
- service de travaux publics et aménagement du territoire ;
- service d'hygiène et d'assainissement.

Recommandation n° 10 :

Que les entités décentralisées indiquent clairement dans leur budget les dépenses de santé qu'elles effectueront dans le cadre du service d'hygiène et d'assainissement. et en contrepartie les sources qui leur permettront de couvrir ces dépenses. Que cette situation soit prise en compte dans le plan directeur financier.

3. Les ressources financières de la sécurité sociale

Recommandation n° 11 :

- a. que l'Etat réorganise l'INSS et initie une supervision rapprochée permettant une gestion plus efficace des ressources de cette institution, spécialement en relation avec sa mission de prise en charge dans le cadre des accidents et des maladies professionnels (que cette institution dégage un budget spécifique destiné à cette prise en charge) ;
- b. que l'Etat décrète l'affiliation des travailleurs indépendants à l'INSS selon les conditions adaptées au niveau de revenu de ces catégories ;
- c. que l'Etat matérialise le projet de création de l'Institut National d'Assurance Maladie et des Mutuelles de Santé. De même que l'Etat réévalue et redéfinit la mission et

opérationnalise le FNPSS et les fonds d'action sociale. Ceci permettra de contourner la faiblesse de couverture de l'INSS ;

- d. que l'Etat crée un système d'assurance sociale basé sur le modèle INSS pour les agents de la fonction publique. Que la gestion de cet organisme soit confiée à des privés.

c. Mobilisation des ressources financières du secteur privé.

Recommandation n° 12 :

Que le budget de chaque entreprise privée prévoie une enveloppe représentant 20 à 30 % de leur charge du personnel comme budget de soins à leurs agents. L'action sanitaire de ces entreprises s'inscrira dans le cadre d'un contrat-programme fondé sur les exigences du Plan directeur financier.

d. Mobilisation des ressources de la communauté

La participation de la communauté peut se faire soit en nature : TRAVAUX COMMUNAUTAIRES BENEVOLES, soit sous une forme MONETAIRE, cotisations, participation aux frais, etc...).

Recommandation n° 13 :

Que l'Etat facilite la création de coopératives, de groupements de santé et d'autres initiatives locales susceptibles de canaliser la contribution de la communauté au financement de la santé.

De telles associations pourraient comprendre :

- des caisses de santé ;
- la vente de cartes polyvalentes ;
- des pharmacies communautaires ;
- des régimes d'assurance informels ;
- des groupes d'entraide, etc...

L'assistance des pouvoirs publics consistera en appui :

- à la mise en place des systèmes de tenue de livres et de gestion financière de ces associations ;

à l'octroi de l'autorisation permettant à ces groupements de posséder des biens ;

- à procéder à la vérification de comptes de ces organisations assurant ainsi la bonne utilisation des fonds collectés ;
- par l'octroi des subventions en cas de déficit.

Ces dernières prérogatives pourraient être confiées à l'Institut National d'Assurance Maladie

Au delà du simple besoin de financement, la participation des usagers permet une meilleure appréhension de la problématique des coûts aussi bien dans le chef des consommateurs que des prestataires.

En plus, le paiement des soins dissuade l'utilisateur d'en abuser.

Recommandation n° 14 :

A moins d'exhiber l'évidence qu'il n'a pas les moyens de le faire, que tout usager soit assujéti au paiement de la facture des soins qu'il consomme et ce proportionnellement à la capacité contributive de chacun.

Recommandation n° 15 :

Qu'une liste officielle de critères soit élaborée permettant de catégoriser les paiements en vue d'harmoniser la facturation et la capacité contributive des patients.

Recommandation n° 16

Que des études périodiques permettent d'analyser l'impact de la facturation sur la fréquentation en général et sur l'accessibilité aux soins des classes les plus démunies de la population en particulier.

La facturation des usagers est par nature antinomique avec l'objectif de la santé pour tous, aussi l'Etat veillera-t-il au besoin, à l'exonération ou à la subvention des catégories les plus pauvres de la population.

Recommandation n° 17

Que des mécanismes de recouvrement basé sur la solidarité soient étudiés et adaptés aux réalités locales pour la récupération des créances auprès des usagers débiteurs.

e. Mobilisation des ressources par les ONG

Compte tenu de leur flexibilité, de leur proximité avec la population et de la volonté intrinsèque qui les caractérise, les ONG sont souvent mieux placées pour aborder avec succès des problèmes sanitaires spécifiques des communautés. Ces organisations sont en outre mieux outillées pour mobiliser les ressources de la communauté (travail bénévole, mobilisation sociale, participation financière).

Recommandation n° 18

Que l'Etat facilite la création et l'installation des ONG, et qu'il réglemente leur fonctionnement de manière à accroître l'efficacité de leur action dans la mobilisation des ressources pour le financement de la santé.

f. Mobilisation des ressources par les Mutuelles

Recommandation n° 19

Partant du constat que les mutuelles de santé sont une nouveauté dans le contexte de notre pays, les orientations en cette matière devront être axées sur :

- la promotion d'un cadre juridique approprié et stimulant (statuts, organisation, gestion financière, minima d'adhérents, etc);
- les normes d'éligibilité des organisations (conditions d'agrément);
- les mesures d'encadrement au niveau du fonctionnement (formation, assistance technique, etc.

Considérant leur caractère communautaire, les entités décentralisées et l'inspection médicale sont appelées à jouer un rôle primordial dans la mise en place et le suivi des mutuelles de santé. Ce rôle pourrait s'étendre à l'organisation de marchés pour la réalisation des articles reçus au titre de paiement en nature des soins.

g. L'Assurance-Maladies volontaire

Système basé sur la répartition des risques et la solidarité, l'assurance maladie est un moyen commode de mobiliser des ressources pour le financement de la santé.

Il s'agit surtout de groupes formés par des salariés d'une entreprise, des membres d'une organisation sociale ou des indépendants.

La sélection des adhérents doit éviter de ne recruter que des personnes susceptibles d'avoir besoin de soins surtout coûteux. Il s'agit de lutter contre le "RISQUE MORAL" et l'"ANTISELECTION" qui ont miné ces organismes durant les années 80.

Recommandation n° 20

Que l'Etat veille à promouvoir et à réglementer la création des groupements d'assurance volontaire de santé. Pour éviter le recours abusif aux soins, il sera exigé des membres le paiement d'un ticket modérateur en guise de participation aux

Pour viabiliser ces groupements, il serait louable qu'en accord avec ces derniers (les groupements), l'Etat établisse des tarifs fixes pour les actes courants et, au besoin, détermine la grille des services susceptibles d'être remboursés.

Conformément aux exigences déjà énumérées de l'économie sociale de marché, l'Etat veillera à l'instauration d'un environnement favorisant la concurrence entre les groupements, ceci dans le but d'accroître l'efficacité et de réduire les coûts des prestations.

Pour plus d'efficacité, il faut sans doute établir les différents types de régimes d'assurances. Certains couvrant uniquement les soins hospitaliers, d'autres pour les soins ambulatoires de type curatif et d'autres encore couvrant les deux premières catégories en prenant également en charge les soins préventifs.

h. Mobilisation des ressources financières extérieures

Ces ressources proviennent : des Donateurs extérieurs bilatéraux et multilatéraux, des banques ou des ONG.

Recommandation n° 21

Considérant la multiplicité des donateurs et le volume des fonds en cause, il appartient à l'Etat de mettre en place des mécanismes de suivi et de coordination de ces ressources. Cette coordination visera avec prédilection le renforcement des capacités nationales en conformité avec le Plan d'action sanitaire national.

L'Etat organisera la santé de manière efficace facilitant ainsi la mobilisation des ressources extérieures. (cfr notamment la recommandation n° 23).

Toute une série de considérations doivent être prises en compte pour favoriser la mobilisation, la rentabilité et l'utilisation des ressources extérieures :

Recommandation n° 22

L'octroi de ressources extérieures sera subordonné à l'existence d'un projet ou programme liés aux besoins réels des communautés et aux priorités formulées dans le plan d'action national.

Le projet ou programme dont question ci-dessus devra prévoir clairement les mécanismes de gestion, de suivi, d'évaluation interne et externe des activités.

Il s'agit de projets et de programmes avalisés par les instances compétentes à tous les niveaux. (central, intermédiaire, périphérique).

Recommandation n° 23

Pour favoriser le financement de la santé en général et la mobilisation des ressources extérieures en particulier, l'Etat devra adopter certains comportements en relations avec la technologie appropriée et le coût des ressources disponibles, consistant à :

- 1° - favoriser des fonctions de production Labor Intensive ;
- 2° - éviter la surévaluation de la monnaie nationale ;
- 3° - éviter la sous-évaluation des taux d'intérêt ;
- 4° - favoriser les stratégies de développement qui stimulent l'utilisation des ressources financières provenant des micro-entreprises rurales et intégrant les capacités managériales des couches les plus pauvres de la population. (coopératives, groupement de paysans de toutes sortes, investissement, travail, etc) ;
- 5°- tenir compte du ratio CAPITAL/MAIN D'ŒUVRE et du coefficient du capital dans l'évaluation ex ante des projets sanitaires.

Section 4 : Gestion et utilisation des ressources financières du secteur public.

Le point de départ d'une bonne utilisation, c'est d'affecter ces ressources conformément aux exigences des soins de santé primaires, c'est-à-dire financer des actions basées sur les 8 composantes classiques, les prestations plus complexes étant laissées aux autres échelons.

Ensuite gérer efficacement les ressources ainsi affectées.

§ 1 : Utilisation des ressources financières du secteur public

Recommandation n° 24

L'Etat adopte le système de budget-programme permettant une meilleure évaluation de l'efficacité dans l'exécution des activités. Cette proposition s'étend aux ressources des entités décentralisées et des entreprises publiques.

Recommandation n° 25

En vue de permettre l'atteinte des objectifs, l'Etat s'engage à disponibiliser en temps opportun les ressources destinées au financement de la santé.

Il s'engage en outre à libérer les crédits votés, en vue d'améliorer le taux d'exécution des budgets alloués à la santé.

§ 2 : Gestion et utilisation des ressources du secteur privé

Recommandation n° 26

Les entreprises privées tiendront une comptabilité claire et spécifique des dépenses de santé encourues relatives à l'exécution du budget y alloué.

§ 3 : Gestion et Utilisation des ressources de la communauté

Recommandation n° 27

Qu'il soit exigé la mise en place des systèmes comptables capables de rendre compte de manière analytique tant de ressources collectées que des dépenses effectuées avec les fonds ainsi collectés.

Recommandation n° 28

Que la mise en place des organes de gestion soit rendue obligatoire et que l'Etat détermine en concertation avec les partenaires les types, la composition, le mode de fonctionnement ainsi que les attributions de ces organes au niveau périphérique.

CHAPITRE III : LES NORMES RELATIVES AU FINANCEMENT DE LA SANTE

Ces normes concernent :

- 1° - l'ajustement des moyens de financement aux besoins ;
- 2° - les normes relatives à l'utilisation des ressources financières.

SECTION 1 : L'AJUSTEMENT DES MOYENS DE FINANCEMENT AUX BESOINS

Pour ajuster les moyens de financement aux besoins, il faut tenir compte de trois facteurs à savoir :

- l'expérience de l'histoire ;
- l'importance des fonds exigés par l'opération ;
- les besoins de responsabilisation.

Dans notre pays ces trois considérations ont été largement analysées dans le chapitre 1 et 2 de la première partie de ce document.

Ces trois considérations permettent de répondre à la question :

“ Quelle source de financement permet de financer quel besoins ? ”. Compte tenu de la contrainte du respect des principes d'Equité, d'adéquation, etc.

En résumé, la réponse à cette question est que :

- **L'INVESTISSEMENT** sera essentiellement financé par l'Etat et l'extérieur ;
- **LE FONCTIONNEMENT** sera financé avant tout par le Gouvernement (Etat) et par la contribution des Privés, des usagers et de la communauté locale. L'extérieur y contribuera également dans certains cas.

En détail, cela donne le tableau ci-après :

SECTION 2 : LES NORMES RELATIVES A L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

Ces normes concernent :

- la tenue des comptes à tous les niveaux ;
- la tarification ;
- le mode de paiement ;
- la méthode de calcul des coûts ;
- Les coûts indicatifs de quelques structures sanitaires.

§ 1 : Les normes relatives à la tenue des comptes

- Les comptes seront tenus selon les normes du Plan Comptable Général Congolais (PCGC)
- Pour des raisons de pertinence et d'adéquation, le tableau de formation de résultat classique (TFR) pourrait être réaménagé pour refléter les préoccupations spécifiques au secteur de la santé.

- Les exigences minimales en matière de tenue de comptes sont reprises dans le tableau suivant :

§ 2 : **Analyse et calcul des coûts**

A. Analyse des coûts

Cette analyse a été proposée au chapitre 2 (sect. 1, partie 2). Il n'est pas besoin d'y revenir ; signalons seulement pour rappel que les coûts s'analysent en :

- coûts de fonctionnement et
- coûts d'investissement.

B. Approche de calcul des coûts

1. Options fondamentales

En matière de calcul des coûts 2 optiques différentes sont possibles :

- l'optique coûts financiers (comptables) ;
 - l'optique coûts économiques.
- les coûts financiers : représentent les dépenses monétaires telles que rapportées dans la la comptabilité de l'institution.
C'est une optique très limitée en ce qu'elle ne retient que les dépenses de l'exercice en cours.
- les coûts économiques : Se rapportent à une notion plus vaste englobant toutes les dépenses mêmes celles n'ayant pas entraîné une sortie réelle de fonds. Cette optique utilisée dans les analyses COUT EFFICACITE est la plus significative et la plus correcte.

Les coûts économiques se réfèrent également au concept de "COUT D'OPPORTUNITE " lié au fait que l'allocation d'une ressource à un emploi donné la rend indisponible pour un autre usage concurrent.

2. Précautions à prendre dans le calcul des coûts.

- a) Dès le départ, nous suggérons que ce calcul se fasse de préférence selon la méthode Proposée par le document de l'OMS intitulé " ANALYSE DES COUTS DANS LES PROGRAMMES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ".
- b) En exécutant les calculs, il faut comptabiliser les chiffres au centime près jusqu'à l'étape de la sommation finale.
- c) Il vaut mieux vérifier les calculs et effectuer les récapitulations au fur et à mesure de l'avancement du travail, ceci permet de vérifier à temps la validité et la pertinence des résultats obtenus.
- d) Indiquer la source de provenance des chiffres utilisés.

3. Calcul proprement dits :

a) INVESTISSEMENTS :

Etant donné que les investissements concernent des apports ayant une durée de vie supérieure à une année, le coût annuel ne prendra en compte qu'une fraction du coût de remplacement de l'investissement concerné.

La méthode de calcul choisie est celle dite des "COÛTS DE RENONCIATION" celle-ci tient compte de l'affectation des ressources au niveau national et du contexte de pénurie caractéristique de nos pays.

La formule de calcul du coût de renonciation annuel peut s'écrire :

$$\text{CRA} = \frac{\text{VA}}{\text{CA}} \quad \text{où} \quad \text{CRA} = \text{Coût de Renonciation Annuel}$$

VA = Valeur Actualisée

CA = Coefficient Actuariel

L'obtention des divers termes de la formule est facilitée par le recours à un tableau approprié des TAUX D'ACTUALISATION.

Les détails de calcul se rapportant aux investissements sont repris dans le manuel de l'OMS précité (PP 63-67)¹.

b) FONCTIONNEMENT:

Ce coût concerne les apports ayant une durée de vie inférieure à une année et se rapporte au :

1. Personnel ;
2. Fournitures ;
3. maintenance de matériels ;
4. entretien des bâtiments ;
5. formation ;
6. divers.

Les détails relatifs au calcul de ces divers éléments sont repris dans le manuel de l'OMS précité (pp. 39-49)².

¹ OMS, Analyse des coûts dans les programmes des soins de santé primaires, Genève, 1995, pp. 63-67

² OMS, Op. Cit., PP 39-49

1. LE PERSONNEL

* Catégories à inclure

Personnel œuvrant directement ou indirectement et prestant à temps plein ou à temps partiel dans le programme concerné.

* Coûts à considérer

La rémunération brute (= rémunération nette + cotisations sociales + impôts + Allocations ponctuelle + Autres avantages en nature ou non).
Ces frais seront prélevés pour toutes les personnes impliquées tel qu'indiqué ci-dessus.

2. FOURNITURES

Catégories à inclure

Toutes les fournitures ayant été consommées par le programme durant l'année y compris les pertes encourues.

Coûts à considérer

Le prix d'achat des fournitures + les autres frais accessoires (transport, manutention, magasinage, etc...) jusqu'au lieu d'utilisation. Ne pas inclure le coût des stocks.

3. MAINTENANCE DE MATERIEL

Surtout véhicules.

Coûts à considérer

Tous les coûts d'exploitation, d'entretien et de réparation sans oublier le carburant, les lubrifiants et les autres pièces de rechange. A ces frais il faut ajouter l'assurance et les autres taxes.

Dans le cas où la maintenance est assurée à l'extérieur du programme ou prise en charge par un autre organisme, le salaire du chauffeur et du mécanicien éventuel seront imputés à l'exploitation des véhicules, autrement ils seront imputés aux charges du personnel.

4. ENTRETIEN DE BATIMENTS

Coûts à considérer

Les coûts devront comprendre les frais d'électricité, d'eau, de téléphone, de chauffage, d'assurance, de plomberie, etc et le mobilier de bureau.

Les frais du personnel de sécurité et d'entretien sont imputés au personnel.

5. FORMATION

* Pas de dispositions spéciales.

6. DIVERS

Ils englobent tous les petits frais non susceptibles d'être inclus dans l'une ou l'autre des rubriques ci-dessus.

7. REPARTITION DES COÛTS DES RESSOURCES COMMUNES

Il arrive que des ressources soient utilisées simultanément par plusieurs programmes. Comment imputer les coûts à ces divers programmes ?

Le tableau ci-après aide à donner une assiette de répartition considérée comme

“ COMPOSANTE DETERMINANTE ”.

§ 3. Les normes relatives à la tarification

Pour fixer rationnellement le prix d'un bien ou d'un service, il faut partir du coût réel de ce service. Ceci suppose une comptabilisation exhaustive de l'ensemble des charges occasionnées par le processus de production du bien ou du service en question.

Dans la réalité cependant la plupart des tarifs sont fixés arbitrairement ou par expérience sans aucune référence aux coûts réels des ressources consommées. C'est le cas des forfaits qui ont prévalu au début des soins de santé primaires au Congo. Il suffisait alors de diviser le coût global des services par le nombre de nouveaux cas attendus.

Au niveau de l'hôpital, les tarifs sont plus difficiles à fixer qu'au centre de Santé (diversité de services offerts, complexité de la structure des coûts).

Habituellement les hôpitaux fixent des tarifs inférieurs au coût réel des intrants. Il en résulte un déficit au plan financier même dans un contexte où le taux d'occupation est de 100 % .

Dans la réalité, le point de départ de toute politique de tarification c'est l'option en faveur soit de l'ACCESSIBILITE ou alors de la VIABILITE FINANCIERE de l'institution.

Selon l'une ou l'autre option, il sera mis en place soit un système de recouvrement rigoureux et efficace permettant une comparaison rigoureuse entre les prix fixés et les prix de revient ou au contraire un faible niveau de recouvrement.

La position intermédiaire consistant à tenir compte autant de l'accessibilité que de la viabilité nous semble être la meilleure alternative.

a. Préalables à une méthode de tarification efficace :

1. tenir compte de tous les coûts impliqués ;
2. tenir compte de la faisabilité administrative et comptable du système ;
3. mettre en place un système d'informations financières capable de renseigner sur les consommations de ressources ;
4. tenir compte du revenu de la population.

b. Normes de tarification :

Nous basant sur ce qui a été dit au point ci-dessus, nous suggérons les modalités suivantes qui du reste sont déjà d'application :

1. Pour les services de soins curatifs simples :

C'est le cas des épisodes de paludisme ou de diarrhée ; fixer le tarif en incluant tous les frais globalement dans l'épisode.

2. Pour les services avec grande consommation de ressources :

C'est le cas des interventions chirurgicales et accouchements. Ici il faut fixer les tarifs

assez haut et ces tarifs doivent refléter le coût des ressources consommées.

3. Pour les autres services :

Certains services consomment beaucoup de ressources mais dont le coût réel est hors de portée du revenu des patients (ex. malnutrition). Dans ce cas les tarifs doivent être largement subventionnés.

Dans tous les cas les tarifs doivent refléter le coût des intrants et au moins couvrir les coûts variables des services en question.

4. Situation particulière des médicaments :

Les médicaments sont un intrant stratégique dans la fourniture des soins de santé à la population. Des études ont d'ailleurs démontré qu'ils ont une influence certaine dans la décision des consommateurs de fréquenter ou pas un établissement sanitaire.

Pour éviter l'arbitraire total, il y a lieu d'indiquer quelques principes de tarification pour les médicaments :

1. regrouper les médicaments en trois catégories :
 - a. les médicaments vitaux ;
 - b. les médicaments essentiels ;
 - c. les médicaments moins essentiels ;
2. pour les médicaments vitaux, il faut privilégier l'accessibilité. Les tarifs peuvent être fixés en dessous du prix de revient ;
3. pour les médicaments essentiels, tout en privilégiant l'accessibilité, il faut toutefois maintenir un taux de recouvrement supérieur à celui de la catégorie précédente ;
4. les tarifs des médicaments moins essentiels seront fixés au dessus du prix de revient en vue de subventionner les autres catégories déficitaires.

§ 4. Normes relatives au mode de paiement

Il est possible de distinguer 4 systèmes :

1. le paiement par épisode de maladie y compris les coûts des médicaments et des examens de laboratoire ;
2. le paiement par épisode de maladie non compris les coûts des médicaments ;
3. le paiement par acte ;
4. le paiement par tiers payant ;
5. les programmes de pré-paiement.

Le paiement à l'épisode sera surtout utilisé au niveau du centre de santé et le paiement par acte à l'hôpital.

Il faut toutefois noter que dans un contexte de crise économique, le système de forfait auquel nous ramène le paiement à l'épisode systématique n'est pas la bonne solution. Il est recommandé de tenir une comptabilité transparente des intrants tels que les médicaments. C'est un minimum indispensable si on veut assurer un niveau acceptable de recouvrement de coûts des institutions sanitaires.

- Le pré-paiement permet aux institutions de santé de disposer de ressources de manière anticipative, ce qui pourrait leur permettre de financer des programmes de croissance. Mais ce système exige une gestion rigoureuse que la plupart de ces entités n'expérimentent pas encore à ce jour.

- Appliqué au niveau du centre de santé le paiement par acte entraîne souvent une baisse de la fréquentation, les malades ayant l'impression de payer trop d'argent par le simple fait de se présenter plusieurs fois à la caisse pour le même épisode.

§ 5. Normes sur les coûts des structures sanitaires

Dans l'état actuel des choses, il semble difficile si pas hasardeux de proposer des normes universellement valables au plan national concernant les coûts des structures sanitaires.

En effet, les données existantes ont été soit calculées dans des contextes socio-économiques et spatiaux différents, soit suivant des méthodologies différentes alors même qu'il est difficile de déterminer la comparabilité du contenu sous-tendant les coûts ainsi obtenus.

Néanmoins à titre purement indicatif, nous proposons ici quelques chiffres.

D'après Bitran RICARDO1 :

le coût de fonctionnement annuel moyen d'une zone de santé rurale se situe entre 61.000 \$ et 113.000 \$ (1986) ;

- F. Baer repris par Bitran le situe à 185.000 \$ (1985) ;

- le même F. Baer repris par Bitran estime le coût de fonctionnement de l'Hôpital Général à 48.500 \$ par an en moyenne en milieu rural (1985) ;

- d'après PIPP (1983) cité par Bitran le fonctionnement annuel du centre de santé coûte entre 428 \$ et 2.125 \$. F. Baer le fixe autour de 5.500 \$;

- le Bureau central coûterait pour son fonctionnement 27.500 \$ par an (F. Baer 1985).

Des estimations plus récentes indiquent :

En milieu urbain :

A. SANTE POUR TOUS-KINSHASA

- fonctionnement annuel moyen de l'hôpital Général de Référence 370.000 \$ (1988) ;

- fonctionnement annuel moyen du centre de santé 10.000 \$;

- fonctionnement annuel moyen du Bureau Central 8.704 \$.

1 Bitran R., Etude sur le financement des Zones de Santé au Zaïre, Kinshasa, USAID, 1986.

B. BUREAU DIOCESAIN DES ŒUVRES MEDICALES (Kinshasa)

- coût de fonctionnement annuel moyen du centre hospitalier 4.207.356 FB soit environ 120.000 \$ (1997) ;

- coût de fonctionnement annuel moyen du centre de santé de référence 1.610.664 FB soit environ 46.019 \$ (1997) ;

- coût de fonctionnement annuel moyen du centre de santé 759.132 FB soit environ 21.689 \$ (1997).

Enfin d'après Patrick Berckmans et Anne Perrocheau², on trouve les données suivantes (1996) :

Dès le départ ils reconnaissent deux évidences à savoir :

1. le coût des institutions de santé dépend des scénarios adoptés ;
2. les chiffres qu'ils rapportent ne reflètent pas la réalité concrète.

Ils donnent néanmoins les chiffres ci-après :

Les auteurs reconnaissent cependant que Kasongo visait une fonctionnalité maximale.

Les mêmes auteurs indiquent le chiffre de 3.157.930 FB (105.372 \$) comme coût de fonctionnement annuel pour une zone de santé MSF (Equateur + Katanga).

Les auteurs déterminent le coût moyen de fonctionnement annuel d'une zone de santé Horizon Santé à environ 97.600 \$ (plus ou moins 2.925.000 FB).

Pour la même structure (ZS Horizon Santé), le coût global comprenant l'investissement et le coût du bureau de coordination les auteurs précités le placent à hauteur de 185.007 \$.

D'après Bitran Ricardo, la structure des dépenses de fonctionnement donnait en 1986 la situation ci-après :

STRUCTURE DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT D'APRES LES INSTITUTIONS DANS LA ZONE DE SANTE EN POURCENTAGE

Le poids des différentes institutions de la zone de santé donné d'après Bitran Ricardo (1986) est le suivant :

HGR	: 49 %
CS	: 38 %
<u>BCZS</u>	<u>: 13 %</u>
	100 %

Comme il vient d'être indiqué, les déterminants des coûts des structures sont :

1. le scénario adopté (nombre de CS, équipements, Personnel) ;
2. le contexte géographique (rural – urbain) ;
3. la gamme des services couverts ;
4. la volonté des bailleurs ;
5. l'hypothèse adoptée (haute ou moyenne) etc.

Mais tous comptes faits, il semble bien que les chiffres du BDOM peuvent refléter la réalité urbaine et ceux de Bwamanda, MSF et Horizon Santé le milieu rural. Il y a toutefois lieu de considérer que des études sérieuses devront être menées pour asseoir des normes indiscutables en cette matière. En effet, à Kinshasa des centres de santé de la CPK (Communauté Presbytérienne de Kinshasa) présentent un coût moyen de fonctionnement annuel de 7.000 \$ environ pour certains et 18.000 \$ pour d'autres. Ces disparités suggèrent la diversité de conception entourant ces différentes structures.

Une étude inédite de Horizon Santé 1966 propose les coûts de fonctionnement suivants pour une Zone de Santé offrant 75 % des composantes classiques des soins de santé primaires :

- fonctionnement annuel d'une zone de santé rurale	: 148.000 \$;
- fonctionnement annuel d'une HGR rural	: 48.500 \$;
- fonctionnement annuel d'une centre de santé	: 3.234 \$;
- fonctionnement annuel d'un Bureau Central de la ZS	64.500 \$

La même étude suggère que le poids des différentes structures se répartissent de la façon suivante pour une zone de santé rurale :

- Bureau Central de la Zone de Santé : 34 %
- Hôpital Général de Référence : 32 %
- Centre de Santé (18 CS) : 34 %

Cette répartition diffère sensiblement de celle de RICARDO dressée en 1986. C'est que les orientations, l'envergure des opérations et les rôles joués par ces trois structures sont assez différentes entre les deux périodes.

PLAN DIRECTEUR DE DEVELOPPEMENT

DE LA POLITIQUE DE FINANCEMENT DE LA SANTE EN R.D.C.

OBJECTIF GENERAL

Expliciter les grandes orientations de la politique nationale ainsi que les modalités de son application en vue de mieux rencontrer les besoins en matière de financement de la santé.

Objectifs spécifiques

Objectif n° 1 :

Mobiliser l'opinion nationale sur les enjeux de la santé pour tous et la nécessité pour tous de participer au financement de la santé.

Produit :

Partenaires conscients de leur responsabilité dans le financement de la santé.

Activités :

- tenir à tous les niveaux des ateliers d'information sur la participation au financement de la santé ;
- identifier à tous les niveaux les partenaires susceptibles de participer au financement de la santé ainsi qu'aux diverses sources à mettre à contribution.

Objectif n° 2 :

Mettre en place un cadre juridique approprié, favorable au développement du financement de la santé.

Produit :

- institutionnalisation et accroissement de la transparence des interventions en matière de financement de la santé ;
- disponibilité des procédures légales en matière de financement de la santé.

Activités :

- tenir des concertations réunissant tous les partenaires (Etat, Privés, ONG, Extérieur, etc) en vue de définir les modalités d'élaboration d'un cadre juridique plus approprié au développement sanitaire ;
- mettre en place une commission chargée de réviser et compléter la loi sur le financement de la santé ;
- concertations ministérielles élargies aux autres partenaires pour valider le projet élaboré par la commission précitée ;
- vulgariser le cadre juridique ainsi créé parmi les partenaires impliqués et non impliqués ;
- mise à contribution de tous les médias : journaux, plaquettes, conférences, séminaires-ateliers, etc.

Objectif n° 3 :

Renforcer les capacités des partenaires à intervenir efficacement dans la mobilisation, l'affectation et l'utilisation des ressources.

Produit :

Partenaires sensibilisés, formés et prêts à intervenir efficacement dans le financement de la santé.

Activités :

- élaborer des modules appropriés de formation en mobilisation affectation et utilisation des ressources ;
- former les partenaires en mobilisation, affectation et utilisation des ressources ;
- intégrer les notions de financement de la santé dans les programmes de formation des Instituts Supérieurs ;
- élaborer un plan d'action sanitaire nationale ;
- élaborer un plan directeur financier expression, chiffrée des besoins exprimés dans le plan d'action sanitaire national ;

STRATEGIES :

1. la sensibilisation de tous les partenaires impliqués ;
2. l'information de tous ;
3. la formation aux techniques de mobilisation, d'affectation et de recouvrement de coûts dans le secteur de la santé ;
4. la création d'organisations à base susceptible de faciliter la mobilisation des ressources financières ;
5. l'application des principes de l'économie sociale de marché avec un engagement responsable de l'Etat.

RESULTATS ATTENDUS

1. disponibilité d'un plan d'action national de santé représentant un cadre cohérent des priorités et des interventions du secteur ;
2. disponibilité d'un plan directeur financier reflétant le coût des options retenues dans le plan d'action ;
3. la participation concrète et efficace de tous les partenaires (Etat, Privés, ONG, Population, Extérieur) au financement du plan directeur financier ;
4. la restauration de l'équilibre entre les objectifs et les ressources en matière de financement de la santé ;
5. concrétisation des critères d'équité, de qualité, d'efficacité et d'efficience en matière de distribution de soins de santé ;
6. une gestion plus rigoureuse des ressources financières disponibles à tous les niveaux ;
7. accélération globale du développement socio-économique résultant d'une plus grande maîtrise et contrôle des évolutions d'ensemble de la matrice macro-économique.

CONCLUSION

A l'aube du XXI^e siècle, la République Démocratique du Congo traverse un environnement représentant à la fois une opportunité et des risques pour son avenir en général et pour son secteur sanitaire en particulier.

Ayant résolument opté pour la mise à profit des opportunités qui s'offrent à lui, le pays s'est engagé sur la voie d'une réforme sanitaire globale.

S'attaquer aux problèmes qui handicapent le financement harmonieux de ce secteur fait partie de cette démarche à la fois nécessaire et délicate.

Le pays dispose heureusement d'une expérience élogieuse en ce domaine, mais cette expérience reste éclatée, diverse et parfois confuse suite aux insuffisances résultant d'un cadre juridique élaboré sous le coup des contingences ponctuelles sans une vision d'ensemble.

Réformer le cadre juridique est donc l'une des priorités de l'heure, mais cette réforme doit se faire en concertation avec tous les partenaires concernés.

L'expérience du passé autant que les impératifs de l'heure et l'importance de la tâche militent en faveur d'une réforme centrée sur un financement basé sur la mobilisation de ressources de toutes les origines (publiques, privées, communautaires, extérieures, etc...).

Mais compte tenu de la nature même des services de santé, il importe que l'Etat redevienne le moteur de cette mobilisation en ajustant en conséquence le volume du budget qu'il est appelé à allouer à ce secteur.

L'engagement des partenaires aussi bien que celui de l'Etat devra cette fois se faire autour d'un contrat social et non au hasard des interventions quelques fois anarchiques.

Les pièces maîtresses de ce contrat social seront le plan d'action sanitaire national ainsi que le plan directeur financier qui en est l'expression chiffrée en termes de coûts.

C'est à cette condition que pourrait s'augurer la mise en place d'une politique de financement de la santé respectant les critères traditionnels d'équité, d'efficacité, de qualité et d'efficience.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS, Appui économique aux stratégies nationales de la santé pour tous, Genève, 1989, 164 p.
2. WHO, Sim Fin a model of financial needs and government budget options for the functioning of the health system, Geneva, 1998, 132 p.
 1. CREESE, A., PARKER, D., Analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires, OMS, Genève, 1995. Pp. 39-49 et 63-67.
 2. VELASQUEZ G., et Cie Health Reform and Drug financing, WHO, 1998, 44 p.
 3. CARRIN, G., and POLITI, C., Health Economics, Poverty and health, Who Task Force, 1997, 34 p
 4. MACH, E.P, et ABEL SMITH, B. Planning the finances of the health sector, Geneva, WHO, 1983, 124 p.
 5. ZSCHOCK, D.K., Health care financing in developing countries, AID, Washington, D.C., 1979, 82 p.
 6. OMS, Mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, 2me évaluation, Vol. 2, Brazzaville, 1994, pp. 250-253.
 7. BERCKMANS, P. et PERROCHEAU, A., Evaluation des projets Horizon Santé au Zaïre : ZS de Kikimi, Bagata, Masi-Manimba et Kasansa, AEDES, 1996, P.V.
 8. HORIZON SANTE, Viabilité financière des zones de santé face à l'accessibilité de la population aux soins de santé, Kinshasa, 1995, 20 p.
 9. GTDS, Code de la santé au Zaïre, annoté et commenté, 1996, pp. 131-140.
 10. BITRAN A.R., et Cie , Etude sur le financement des zones de santé au Zaïre, Kinshasa, USAID, 1986.
 11. NGO BEBE et MANUNGA, A.E., Economie de la santé, Module de formation, ESP/UNIKIN, 1993.
 12. Banque Mondiale

13. Financement de la santé et de la protection sociale, Document du Colloque sur les priorités de développement, Kinshasa, 1997.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS, Appui économique aux stratégies nationales de la santé pour tous, Genève, 1989, 164 p.
2. WHO, Sim Fin a model of financial needs and government budget options for the functioning of the health system, Geneva, 1998, 132 p.
3. CREESE, A., PARKER, D., Analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires, OMS, Genève, 1995. Pp. 39-49 et 63-67.
4. VELASQUEZ G., et Cie Health Reform and Drug financing, WHO, 1998, 44 p.
5. CARRIN, G., and POLITI, C., Health Economics, Poverty and health, Who Task Force, 1997, 34 p
6. MACH, E.P, et ABEL SMITH, B. Planning the finances of the health sector, Geneva, WHO, 1983, 124 p.
7. ZSCHOCK, D.K., Health car financing in developing countries, AID, Washington, D.C., 1979, 82 p.
8. OMS, Mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, 2me évaluation, Vol. 2, Brazzaville, 1994, pp. 250-253.
9. BERCKMANS, P. et PERROCHEAU, A., Evaluation des projets
Horizon Santé au Zaïre : ZS de Kikimi, Bagata, Masi-Manimba et Kasansa, AEDES, 1996, P.V.
10. HORIZON SANTE, Viabilité financière des zones de santé face à l'accessibilité de la population aux soins de santé, Kinshasa, 1995, 20 p.
11. GTDS, Code de la santé au Zaïre, annoté et commenté, 1996, pp. 131-140.
12. BITRAN A.R., et Cie , Etude sur le financement des zones de santé au Zaïre, Kinshasa, USAID, 1986.

13. NGO BEBE et MANUNGA, A.E., Economie de la santé, Module de formation, ESP/UNIKIN, 1993.
14. Banque Mondiale
15. Financement de la santé et de la protection sociale, Document du Colloque sur les priorités de développement, Kinshasa, 1997.

