



## **Note Technique sur le draft de la Stratégie de Financement de la Santé (Version du 01/04/ 2017)**

par :  
**Patrick Mitashi**  
**Jeff Kabinda**  
**Faustin Chenge**





## Introduction

Dans la perspective de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU), le Gouvernement de la République Démocratique du Congo (RDC), par le biais du Ministère de la Santé Publique (MSP), est en train d'élaborer la « Stratégie de financement de la santé ». Ce document stratégique décrira en détails, notamment la façon dont les ressources financières seront collectées, mises en commun et utilisées au bénéfice de l'ensemble de la population congolaise.

Le Centre de Connaissances en Santé en RDC (CCSC) a reçu du MSP un draft du document en élaboration pour commentaires, et surtout pour apporter des évidences pour soutenir certaines déclarations et les options stratégiques en perspective contenues dans le document.

## Commentaires d'ordre général

Il ressort de la lecture du document que celui-ci est en élaboration en appui à la future loi sur la CSU. Nous proposons que le titre soit en conséquence libellé comme suit : « Stratégie de financement de la couverture sanitaire universelle en République Démocratique du Congo »

Globalement et compte tenu de son importance stratégique, le document requiert plus de littérature publiée et correctement référée dans le texte pour soutenir certains propos, avec plus de souci de cohérence et d'exactitude. En lisant le document, l'on se rend tout suite compte qu'il est en élaboration depuis plusieurs mois, voire quelques années ; beaucoup d'informations sont dépassées et nécessitent une mise à jour.

Dans les lignes qui suivent, nous faisons une synthèse systématique (page par page) des commentaires et propositions que nous formulés pour une amélioration qualitative du document que nous laissons à l'appréciation des auteurs. Des inputs (editings, ajouts, ...) n'altérant pas fondamentalement l'idée originelle exprimée par les auteurs sont directement intégrés dans le document de la stratégie, et reconnaissables par l'activation de la fonction Suivi des modifications (track changes). Des questions de clarification et des compléments d'information sont aussi suggérés ci-et-là dans le document. Une liste de références à intégrer dans le document de stratégie est fournie à la fin de cette note.

### Page 7

Au Chapitre de Lexique, nous suggérons de mettre les références des documents scientifiques pour certains termes utilisés dans le financement de la santé :

Pour les termes : Capitation, Contractualisation, indigent....(McIntyre 2007) [1]

Pour le terme : Tarification forfaitaire : remplacer la définition par paiement par le patient de soins à un prix unique pour chaque consultation, qui comprend à la fois le prix de l'acte effectué par le personnel de soins et le prix des médicaments délivrés.....[2]

Pour le terme Subventionnée..... (Gerstl et al. 2013; Stasse et al. 2015a)[3,4]

Pour le terme Subvention ..... (Muvudi et al. 2011) [5]

### Page 11

Résumé : 2e ligne : citer les 4 dimensions de la protection sociale mettre à jour les ressources à la santé sur base des CNS 2015;

### Page 12

Dernier paragraphe : Il y a un flou conceptuel : ici on parle et 'des plus démunis' et 'des indigents', quelle différence ?

De plus, un subventionnement pour les soins est nécessaire pour une très grande partie de la population de la RDCongo, même si le niveau de subventionnement peut/devrait différer en fonction de la classe socioéconomique et du pouvoir d'achat des gens/ménages.

La notion de fonds de solidarité dans les ZS est intéressante (cohérente avec une politique de décentralisation), mais ne revient plus dans le reste du texte...

### Page 13

Fin 2e paragraphe, il est dit : « Le Gouvernement de la RDC a souscrit aux ODD et s'est engagé par ailleurs à augmenter progressivement ses allocations pour la santé de 5 \$ par habitant en 2015 à 15 \$ par habitant en 2020 ». On est en Décembre 2017; il faut faire le point du niveau d'exécution de cet engagement et de le remettre en perspective par rapport à 2020

### Page 16

Tableau 1 : Quelles sont les unités utilisées (USD milliards? %?). Le PIB à prix constants pourrait être exprimé en % de diminution d'une année à l'autre; il faut expliquer pourquoi ces indicateurs sont importants dans le faible financement public du secteur de la santé. Par ailleurs, le tableau 1 ne montre pas l'impact direct sur l'espace budgétaire en santé annoncé en gras à la première ligne du paragraphe qui le précède. Nous proposons de placer (aussi) le graphique de l'évolution du budget de la santé et son exécution pendant la même période.

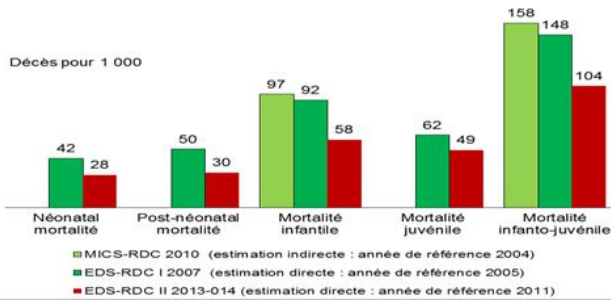
C'est au bas du paragraphe immédiatement en dessous du tableau 1, qu'il faut placer le graphique de l'évolution de la croissance économique au cours des 10 dernières années. Tous les chiffres doivent être soutenus par les références soit à la fin de la phrase soit au bas de la note.

Le dernier paragraphe de la page 16 (et l'encadré de la p17) donne l'impression que les faibles progrès en matière de la réduction de la mortalité maternelle et infantile sont essentiellement dus à l'insuffisance du financement. Il faudrait relativiser cela, car il y a bien d'autres facteurs, notamment liés à l'organisation du système (la mortalité maternelle est un bon indicateur du fonctionnement du système de santé), à la façon (inefficace et inéquitable) dont est utilisé l'argent, ... Combien d'argent arrive effectivement au niveau opérationnel et bénéficie réellement à la population ? Ceci est d'ailleurs bien étayé à la page 23 du document dans le paragraphe qui commence par « Le système de santé de la RDC est caractérisé par un manque d'efficacité dans l'utilisation des ressources internes et externes »



**Page 17**

Le tableau 2 peut être remplacé par la figure ci-dessous tirée de l'EDS 2013-2014 et concernant la mortalité des enfants. Mais, si le tableau est maintenu, il faut définir les unités.



**Page 18**

La figure sur les sources de financement de la santé montre que la contribution des ONG internationales est nulle, contrairement à ce qui est dit au premier paragraphe de la page 21 où elle est de moins de 1%. Il serait alors souhaitable de construire cette figure avec des chiffres décimaux pour que la part des ONG internationales ne soit pas nulle.

Dernière phrase de la page 18 : Quelle analyse peut être tentée pour expliquer l'exécution du budget en dents de scie? En fait, plus le budget est bas, plus l'exécution devrait être élevée....

**Page 19**

Les deux paragraphes qui suivent la figure de l'évolution du budget de la santé en RDC de 2003-2015 semblent contradictoires. En plus, ce qui est dit dans le premier des deux paragraphes n'est reflété nulle part, en tout cas pas dans les figures sur les sources de financement de la santé à la page 18 et sur celle sur l'évolution du budget de la santé à la page 19.

**Page 20**

Point b) : Le financement sur ressources extérieures .... Il faudrait ajouter la référence sur la moyenne de l'aide extérieure de l'Afrique subsaharienne.  
 Point c) : Le financement des ménages: ajouter les références à la fin de deuxième la phrase (Muvudi et al. 2011, Manzambi et al. 2013a)[5,6]et à la fin de la troisième phrase (Manzambi et al. 2013b)[7]:

**Page 21**

Point a) : Equité dans l'accès aux services : on parle de la couverture de la plupart des services essentiels de santé qui a augmenté entre 2007 et 2013 : quels sont les critères pour considérer la couverture atteinte ? quelle est la définition de 'couverture' ? couverture géographique ? (l'on sait qu'on a souvent tendance à dire que si la population habite à moins de 5 kms d'un centre de santé, elle est couverte. Marcher 5 kms quand on est malade : ce critère de 5 kms arbitraire et trompeur.

**Page 22**

Au point 1.1.3 traitant de l'efficacité technique et allocative, l'illustration par les indicateurs de santé maternelle et infantile entraîne une redondance, car ils sont déjà repris dans le tableau 2 à la page 17 du document. Il y a lieu de choisir un autre exemple et comparer avec des pays pairs (à rechercher pour illustrer ce propos)

Par ailleurs, il vaudrait mieux illustrer par des évidences, lorsqu'au paragraphe suivant de la même page 22, il est dit que la mortalité infantile reste largement plus élevée en RDC que dans les pays pairs

Les chiffres avancés dans le paragraphe parlant de déficit d'infrastructures et d'équipements... doivent être soutenus par la référence de l'enquête SARA((Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS 2015) [8] :

Au dernier paragraphe de la page 22, il est fait mention du Projet d'Equipement des Structures de Santé (PESS) mis en œuvre par le

Gouvernement sur ressources propres et destiné à apporter une solution au déficit d'infrastructures et d'équipements. Il serait intéressant à ce niveau de souligner l'engagement du gouvernement dans ce projet en indiquant p.ex. l'inscription explicite de ce projet au budget de l'Etat, donner l'évolution de ce budget et de son exécution depuis le début du projet.

**Page 23**

Dans le premier paragraphe, on évoque l'étude de l'OMS 2015 sur les ressources humaines en santé, mais nulle part, la référence n'est donnée.

**Page 24**

Tableau 4 : Il y a quand même des formations sanitaires où la pléthore de personnel n'est pas un vain mot. Et où la majorité du personnel n'est pas payé par l'Etat. Les principes d'allocations des ressources et d'efficacité pourraient être davantage appliqués à pléthore de personnel non-payé qui exerce aussi une forte pression pour la participation des patients au fonctionnement des structures (et primes)

**Page 26**

Cette section est très théorique, et n'apporte pas d'éléments propres à la RDC sur la mise en commun des ressources

Idéalement, ces impôts et contributions à une assurance doivent être progressives, c.à.d modulés en fonction du revenu du ménage. Ainsi, un ménage riche devrait payer relativement plus (en %) de taxes qu'un ménage pauvre. Ainsi une contribution forfaitaire à une mutuelle est régressive car elle implique que chacun paye le même montant, mais le revenu des ménages (aussi dans le secteur informel) est inégal.

**Page 27**

Au point 1.3 relatif à l'achat, il est évident que dans la mise en œuvre de la CSU, l'achat stratégique est préférable à l'achat passif. Il serait alors intéressant d'intégrer dans ce paragraphe un état des lieux sommaire (quoi, avantages, désavantages, ...) des différentes modalités d'achat stratégique expérimentées en RDC, y compris le PBF.

**Page 28**

Au dernier paragraphe qui parle de PBF, il faudrait ajouter la référence (Bertone et al. 2011; Fox et al. 2014) [9,10]:

Quoi que le PBF semble améliorer la qualité de services et la disponibilité de fonds aux structures de soins, la revue des expériences de PBF en RDC (Soeters et al. 2011 ; Huillery&Seban, 2014)[11,12]a noté que le PBF:

- n'a pas tenu compte de la rationalisation des structures sanitaires, infrastructures et équipements.
- n'a pas résolu le problème de la rationalisation des ressources humaines.
- n'a pas résolu le problème de la disponibilité des médicaments et consommables médicaux

Le PBF est un mode d'achat stratégique. N'oublions pas non plus que les (petites) mutuelles de santé, qui existent parfois depuis des décennies (et donc bien avant l'avènement du PBF) sont aussi un mode d'achat stratégique (avant la lettre !).

**Pages 29-30**

Toutes les définitions des mots utilisés devaient être soutenues par une référence



**Page 30**

Point 2.3. Fonctions d'un système de financement de la santé : peut-être que cette section devrait se trouver au début du document car elle établit le canevas

Point 4) D'après l'OMS, la fonction de régulation (par ailleurs capitale) ne fait pas partie des fonctions d'un système de financement de la santé. A vérifier dans les sources (OMS).

**Page 31**

Au point 2.4, nous faisons des suggestions suivantes :  
o Bien décrire les différentes étapes (initiale, intermédiaire et à terme) et montrer comment (via quels changements) on passe progressivement d'une étape à une autre. Des délais indicatifs peuvent être mentionnés.

Développer les prérequis institutionnels, financiers et relatifs au système de santé pour mieux comprendre leur impact dans la mise en place du Fonds National de Solidarité Santé (FNSS)

En plus des deux schémas à la page 32 qui présentent respectivement l'architecture du financement de la santé prévue à moyen et long terme, il y a nécessité d'un troisième schéma qui décrit la situation initiale (de départ) afin de mieux comprendre l'évolution

Enfin, il est dit : « A très long terme, le FNSS assurera l'ensemble de la mise en commun au niveau national. Ceci viole le principe de décentralisation. En plus, tel que présenté dans la figure 3, les recettes publiques propres aux provinces ne contribuent pas à ce fonds. La constitution prévoit la retenue à la source et la caisse de péréquation, et non la rétrocession. Il faut refaire le schéma en incluant ces aspects dans la mobilisation des ressources et la mise en commun. Au début du document il était question de fonds de solidarité au niveau des zones de santé. Où est-ce que cette piste/option est passée ?

**Page 33-34**

Le fait que la première colonne du tableau sur les Priorités et objectifs de la stratégie de financement de la santé comprend une numérotation discontinue suppose qu'il y a des thèmes abordés pour chaque série de numéros, lesquels ? Peut-être faut-il intervertir les colonnes 1 et 2 pour plus de cohérence.

**Page 37**

Les différentes actions développées dans le chapitre 4 pour chaque priorité n'expliquent pas suffisamment comment elles vont contribuer à la réalisation de la priorité. Quelques évidences sont aussi requises

**Page 38**

Aux points 4.1.6 et 4.1.7, pourquoi chercher à mobiliser des ressources suffisantes et durables spécifiques pour le financement de la planification familiale et la vaccination? Ceci ne risque-t-il pas de contribuer davantage à la fragmentation de la mise en commun (et mettre en mal les valeurs sous-jacentes : solidarité, équité) et miner l'achat stratégique. Ne faut-il pas privilégier une ligne budgétaire qui finance le paquet de soins de base retenu dans le cadre de la CSU.

**Page 39**

Pour la prise en charge des indigents, il est prévu une caisse de secours, créée au niveau du Secrétariat des Affaires Sociales et Solidarité Nationale. Cette caisse ne ressort pas dans les figures à la page 32, et nous ne pensons pas que ce soit la meilleure option pour les indigents d'avoir une caisse spécifique à eux pour leur prise en charge. C'est une forme de fragmentation.

Mais en même temps il faudrait insister sur le fait que cette dimension d'assistance sociale (qui est partie intégrante d'une politique globale de protection sociale) implique une relation de travail intense avec le secteur de l'Action Sociale, qui est nichée au sein d'un autre Ministère. Ici, une collaboration entre secteurs a tout son sens. L'action sociale implique aussi des compétences spécifiques en termes de ressources humaines, notamment des assistants sociaux. L'identification et le suivi personnalisé de personnes 'indigentes' implique des compétences spécifiques que les professionnels de santé ne possèdent pas forcément.

Pour les couches vulnérables de la population, encore une fois pour éviter la fragmentation, le kit familial doit être intégré dans le paquet de service de base défini dans le cadre de la CSU

Pour le secteur privé formel, il y a lieu d'instituer aussi une assurance sociale au même titre que celle des fonctionnaires, et qui sera alimentée par des prélèvements sur salaires et les subventions des employeurs. C'est mieux de laisser les mutuelles au secteur informel (cf. Note de politique du CCSC sur l'inclusion du secteur informel dans la CSU). Dans le même ordre d'idées, donner quelques évidences sur les limites des mutuelles volontaires (faibles pénétration, sélection adverse, exclusion des plus nécessiteux, ...) en illustrant par des résultats-pays (cf. Note de politique du CCSC sur l'inclusion du secteur informel dans la CSU)[13].

**Page 40**

Point 4.4.2 relatif à la mise en œuvre des recommandations des études portant sur la gestion des finances publiques en santé : Il faut synthétiser ces recommandations, sinon c'est trop abstrait. Gardons à l'esprit qu'on est là en train de développer une stratégie qui doit être opérationnalisée.

-Pour ce même point, l'action ici est aussi limitée par l'autorité du Ministère des Finances dans ce processus. Il faudrait plutôt travailler avec le Ministère des Finances pour améliorer la gestion des finances publiques dans le sens indiqué par lui.

**Page 41**

Point 4.4.5 relatif à la mise en œuvre de la tarification forfaitaire : de quelles évidences dispose-t-on ?

-Point 4.4.7 relatif à l'amélioration de la distribution géographique et rationnelle des RHS. Il est vrai que cette action passe par un appui financier à la mise en place des mesures incitatives (primes ou autres avantages) afin de stimuler le personnel à travailler en milieu rural : de quelles évidences dispose-t-on ? (voir tableau ci-dessous). Dans le même ordre d'idées, il convient de mentionner dans le document l'absence d'une politique cohérente en termes de production et de distribution des ressources humaines en santé (cf.. pléthore d'instituts de formation). Ici un lien entre MSP et Ministère de l'Enseignement Supérieur est impératif.

**Page 56**

Contenu du paquet d'activités : la liste des interventions ne semble pas complète, ni pour le CS, ni pour l'HGR. Pour le HGR, les 4 services de base ne sont même pas renseignés. On dirait qu'il s'agit du PMA et PCA liés aux "programmes"....



## Synthèse des évidences sur les options de la stratégie de financement de la santé proprement dite (Cfr. Chap.4 de la Stratégie)

### 4.1 . Mobilisation des ressources suffisantes et durables pour le financement de l'offre et la demande des services de santé

Actions prévues	Evidences
4.1.1 Utilisation d'outils de planification et budgétisation	La planification et la budgétisation du secteur public doivent non seulement viser à rationaliser et à hiérarchiser les ressources disponibles limitées, mais aussi inévitablement à répondre aux facteurs environnementaux internes et externes, tels que les besoins des donateurs, les intérêts politiques, la planification et la budgétisation (Tsofa et al. 2016)[14]. Les valeurs comme outil de dialogue ont 4 buts : (i) Instrument de plaidoyer et de négociation; (ii) Instrument d'alignement des donateurs; (iii) Planification du terrain ; (iv) Base de données d'établissement des coûts pour extraire des données si nécessaire. Mais, cet outil a donné un budget fonctionnel minimum indicatif pour une zone de santé à 17,91\$ par habitant par an (Rajan et al. 2014)[15], qui est inférieur à 86 \$ par habitant par an pour mettre en place une CSU (McIntyre et al. 2017;Meheus & McIntyre 2017) [16,17].
4.1.2 Plaidoyer pour l'augmentation des ressources externes sur les interventions prioritaires	Cette action doit s'appuyer sur l'argumentaire du point 1
4.1.3 Augmentation des allocations pour les structures sanitaires au niveau provincial	C'est vague : est-ce pour augmenter le taux d'utilisation ou pour permettre la décentralisation... L'approche de la décentralisation politique, de la planification du secteur de la santé, de la budgétisation et la gestion financière globale au niveau des provinces devrait permettre l'atteinte de l'objectif poursuivi par cette activité mais il faudrait noter que cela est inhérent aux capacités organisationnelles des provinces et/ou zones de santé et de l'engagement des communautés (O'Meara et al. 2011;Tsofa et al. 2016)[14,18].La responsabilisation dans la définition des priorités en matière de soins revient aux zones de santé et aux partenaires opérationnels pour espérer l'augmentation de budget et non au niveau national (Maluka et al. 2011;Maluka 2011;Maluka and Bukagile 2016)[19-21].
4.1.4 Etudes de faisabilité sur l'augmentation de l'imposition de l'alcool et du tabac et sur d'autres financements innovants	L'augmentation des impositions et/ou l'introduction d'une nouvelle fiscalité sur un produit précis de consommation peut constituer une source de financement conséquent (Meheus & McIntyre 2017)[17]. C'est le cas du Gabon qui mobilise les ressources pour financer la couverture sanitaire universelle à travers les taxes de téléphonie mobile et transfert d'argent. Mais, il faudrait mettre en place un organisme qui rassemblerait les fonds pour les mettre à disposition des prestataires(CNAMGS 2017)[22]. Le Ghana finance la CSU en grande partie à travers les fonds prélevés sur la TVA (Alhassan et al. 2016;Reeves et al. 2015)[23,24].
4.1.5 Transfert des compétences pour les salaires et la gestion des ressources humaines au niveau des provinces	L'argumentaire et les évidences du point 4.1.3 peuvent être utilisés dans cette activité de transfert des compétences. L'administration provinciale doit être installée dans le secteur de santé avec des responsabilités bien définies(Maluka 2011;Maluka & Bukagile 2016;Tsofa et al. 2016)[14,20,21]. Pour le salaire, il faudra le lier aux résultats. Mais le transfert de la gestion du salaire au niveau des provinces requiert des préalables dans la réforme de l'administration de la fonction publique (Olowu 2010)[25]. ressources humaines au niveau des provincesposition des prestataires(CNAMGS 2017)[22]. Le Ghana finance la CSU en grande partie à travers les fonds prélevés sur la TVA (Alhassan et al. 2016;Reeves et al. 2015)[23,24].
4.1.6 Distribution des intrants de planification familiale sous fonds domestiques	Plusieurs fonds de protection sociale concourent à la fragmentation avec comme corollaire inefficience et inefficacité des politiques mises en place (McIntyre et al. 2008)[26]. Meuheus et al. 2017 [17] montrent que , pour progresser vers la CSU, les dépenses de santé du gouvernement devraient représenter au moins 5% du PIB et qu'il en coûterait 86 dollars par personne pour assurer l'accès aux services de soins de santé primaires (McIntyre et al.2017)[16].
4.1.7 Sécurisation des fonds sur ressources propres destinés à la vaccination et à la prévention des maladies	Une seule structure de mise en commun de ressources serait plus efficace que plusieurs structures de récolte de fonds. Ce phénomène favoriserait la fragmentation et engendrerait l'inefficacité et inefficience de la stratégie de financement ((McIntyre et al. 2008)[26].



Actions prévues	Evidences
4.2.1 Etude de faisabilité pour la mise en place du Fonds National de Solidarité Santé (FNSS)	Le fonds national de solidarité santé (FNSS) doit être une structure qui met en commun tous les fonds pour la protection sociale à l'instar des fonds d'assurance nationale de la santé des autres pays comme le Ghana, Tanzanie, Rwanda ((Alhassan et al. 2016;Chomi et al. 2014;Nyandekwe et al. 2014)[23,27,28]. Il faudrait dans les préalables de cette étude aussi capitaliser les expériences des autres travaux dans la mise œuvre de stratégie de financement pour la CSU. La littérature est assez éloquent en la matière, les expériences du Ghana avec le NHIF (National Health Insurance Fund), l'expérience du Rwanda dans la mise en œuvre de la fédération des mutuelles. Compte tenu de la grandeur du pays, il faudra construire cette structure en fonction du contexte de la RDC, le mieux serait de placer cette structure dans chaque province en fonction de son contexte (Lagomarsino et al. 2012)[29] voir Note du CCSC sur l'inclusion du secteur informel dans la CSU
4.2.2 Concertation avec les parties prenantes pour identifier et préparer les modifications institutionnelles pour permettre la collecte des ressources liées à l'assurance maladie	Fusheini, et al. 2016 [30] ont démontré par une analyse des parties prenantes qu'il faut une implication des politiques pour une meilleure implémentation des processus d'assurance sociale et/ou des collectes des fonds. Et aussi, le processus de collecte mérite d'être clarifié dans le document. A l'exemple du Gabon où la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) constitue l'organe de mise en commun des fonds collectés même s'il dispose en son sein des trois fonds différents. En plus la CNAMGS est le seul organe qui paie les remboursements aux structures sanitaires. Il en est de même de la Tanzanie et / ou du Ghana et de Kenya. Cette structuration permet de limiter les effets de la fragmentation ((Agyepong et al. 2016;Alhassan et al. 2016;Chomi et al. 2014;Fusheini 2016)[23,27,31,32]
4.2.3 Mise en œuvre du Contrat Unique	Le contrat unique (basket funding de Nigeria) constitue un mécanisme de mise en commun de fonds provenant de sources diverses (les gouvernements, les donateurs et le secteur privé) pour soutenir les priorités et assurer une allocation adéquate des ressources pour les domaines de programme convenus dans un plan d'action. Le basket funding exige une gouvernance et une transparence de toutes les parties, et une volonté politique significative de la part de l'Etat et des autorités politiques et sanitaires provinciales et locales. Le basket funding ne résout pas la dépendance à l'aide extérieure (Ankita et al. 2015)[33]

**4.3 Réduction des barrières financières à l'accès aux services de santé de qualité.**

Actions prévues	Evidences
4.3.1 Définition des mécanismes de subvention, de mise en commun et de remboursement	Il faudrait déterminer correctement la part d'allocations budgétaires de chaque partenaire dans le financement des soins de santé. A l'exemple du Rwanda (Nyandekwe et al. 2014)[28]. En concret, il faudrait rédiger avec la participation de toutes les parties prenantes les dispositions législatives et administratives, les règles et procédures qui vont réguler le fonctionnement du système de financement mis en place. L'exemple du Ghana est assez instructif ((Agyepong et al. 2016;Alhassan et al. 2016;Fusheini et al. 2016;Fusheini 2016)[23,30-32]. En plus, il faudrait mettre en place un système de monitoring des activités planifiées
4.3.2 Développement des actions correctives sur la base de l'étude sur l'équité dans l'utilisation des services de santé et la protection financière	Il est nécessaire que le design de cette étude soit de type quasi-expérimentale et/ou expérimentales afin de produire les résultats avec niveau d'évidence élevé pour ainsi permettre de tirer des conclusions qui puissent être généralisables [34]. Toutefois, une revue réalisée par Umeh & Feeley, 2017 [35] démontrent que les pauvres n'ont pas d'accès équitable aux soins de santé dans les systèmes d'assurance maladie communautaires. Des plans flexibles de versements échelonnés, des primes subventionnées et l'élimination du co-paiement peuvent accroître l'inscription et l'utilisation des services de santé par les pauvres

**4.4 Optimisation de l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé**

Actions prévues	Evidences
4.4.1 Mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats dans la rémunération des prestataires (cliniques et administratifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire)	Si on envisage d'utiliser les incitations salariales pour booster l'utilisation des services des soins; la revue réalisée par Yuan et al. 2017[36] a révélé que cette intervention entraînerait probablement une légère amélioration de la prestation de services, comme l'utilisation de tests ou de traitements pour la prise en charge des facteurs de risque pour les maladies chroniques, mais ce système peut conduire à peu ou pas d'amélioration dans l'utilisation des services de santé. Les effets de l'ajout de PBF à une méthode de paiement existante sont incertains. Les effets de l'utilisation de PBF sans ressources supplémentaires sont également incertains (Wiyosong et al. 2017)[37]. Emmert et al. en 2011 ont démontré que les preuves sur l'efficacité de PBF dans l'utilisation des soins de santé sont rares et non concluantes [38].



4.4.2 Mise en œuvre des recommandations des études portant sur la gestion des finances publiques en santé	Il faudrait un bon design pour que les résultats générés soit utilisables. Une étude expérimentale ou quasi-expérimentale pourrait générer des recommandations de qualité supérieure et certaine que les études observationnelles ou encore des Interrupted series studies(Orton et al.2017)[39].
4.4.3 Augmentation des transferts aux provinces dans le contexte de la décentralisation	Ceci permettra de renforcer l'autonomie des provinces et rapprocherait les gouvernés de gouvernant pour éviter la dépendance au pouvoir central(Frumence et al. 2014)[40]. Mais cela ne prouve pas les indicateurs de santé se verront améliorer. Les arguments du point 4.1.3 et 4.1.5 sont valables
4.4.4 Augmentation de la part du budget de santé allouée aux soins de santé primaires et à la	Pour que le budget de l'état alloué à la santé puisse améliorer l'accès aux soins et même permettre d'atteindre la CSU, il faut qu'il soit fixé à 5%de PIB du pays (McIntyre et al. 2017;Meheus & McIntyre 2017;Reeves et al. 2015)[16,17,24]
4.4.5 Mise en œuvre de la tarification forfaitaire	La tarification requiert une subvention d'une partie des frais de soins des patients. Stasse et al. 2016 [41] ont rapporté l'expérience de Kisantu signalent qu'une partie des frais de soins de santé peut être payée par les bailleurs des fonds extérieurs et démontrent dans la même étude l'obtention d'un effet bénéfique sur la protection financière de la population couverte. Cependant, le travail réalisé par Maini et al.2014 a montré à travers une analyse économique correctement menée que la subvention des frais d'utilisation peut accroître l'utilisation des services à court terme et qu'il n'y aurait aucun effet à long terme[42]. Cette stratégie n'est pas équitable car une frange des groupes de population les plus vulnérables n'aurait toujours pas de protection financière (Opwora et al. 2015;Stasse et al. 2015b)[41,43].
4.4.6 Mise à jour des mesures réglementaires sur l'autonomie de gestion des formations sanitaires publiques	Rien à suggérer
4.4.7 Amélioration de la distribution géographique et rationnelle des RHS	Il y a très peu de données probantes dans ce domaine, le CCSC émet une recommandation pour que les études sur les ressources humaines soient menées. Néanmoins, certains travaux recommandent que la réalisation de la CSU doit dépendre non seulement de la disponibilité d'un nombre suffisant d'agents de santé, mais aussi de la répartition, de la qualité et de la performance du personnel de santé disponible (Cometto & Witter 2013)[44]. Le CCSC recommande une étude ou une note de politique sur les ressources humaines et la CSU.
4.4.8 Amélioration des compétences en financement de la santé, planification et budgétisation	Rien à suggérer
4.4.9 Réalisation des Comptes Nationaux de la santé	Rien à suggérer
4.4.10 Mise à jour de la revue des dépenses publiques	Rien à suggérer
4.4.11 Mise en place des réformes transversales	Rien à suggérer
4.4.12 Renforcement de la coordination dans la mise en œuvre de la stratégie de financement	Les arguments du point 4.1.3, point 4.1.5 et point 4.4.3 sont valables



## Références

1. McIntyre D: Enseignements tirés de l'Expérience : le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus, Genève, 2007.2007.
2. Richard V: [Funding for healthcare in sub-Saharan Africa--cost recovery].*Med Trop (Mars)* 2004, 64: 337-340.
3. Gerstl S, Sauter J, Kasanda J, Kinzelbach A: Who can afford health care? Evaluating the socio-economic conditions and the ability to contribute to health care in a post-conflict area in DR Congo.*PLoS One* 2013, 8: e77382.
4. Stasse S, Vita D, Kimfuta J, da Silveira VC, Bossyns P, Criel B: Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity.*Glob Health Action* 2015, 8: 25480.
5. Muvudi M, Coppieters Y, Mayaka S, Okenge L, Umuhire G, Quenum F et al.: [Analysis of the implementation of the Paris Declaration in the health sector in the Democratic Republic of Congo].*Med Trop (Mars)* 2011, 71: 229-231.
6. Manzambi Kuwekita J, Guillaume M, Balula Tshemutshari MP, Tshama Kabongo E, Mayamba Kilela J, Bruyère O et al.: Etude des conditions de vie et d'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations en situation de précarité, dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa (Congo) grâce à la micro-assurance sante en 2008.*Journal d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2013, 12.
7. Manzambi Kuwekita J, Gosset C, Guillaume M, Nsita Zava-Nsita B, Tshetu Pongo G, Eloko Eya Matangelo G et al.: Micro-crédit, Augmentation du pouvoir d'achat et Amélioration des conditions de vie des populations précaires en milieu urbain africain : Résultats d'une expérience menée dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa, Congo.*Psychologie et Société Nouvelle* 2013, XII: 3-14.
8. Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS. Rapport des comptes de la santé 2013, Kinshasa, mars 2015. Ref Type: Unpublished Work
9. Fox S, Witter S, Wylde E, Mafuta E, Lievens T: Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo.*Health Policy Plan* 2014, 29: 96-105.
10. Bertone MP, Mangala A, Kwete D, Derriennic Y. Revue des Expériences de Financement Basé sur les Résultats en République Démocratique du Congo. Bethesda, MD : Projet Health Systems 20/20, Abt Associates Inc. Mars 2011. Ref Type: Report
11. Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, Kimanuka C: Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo.*Health Aff (Millwood)* 2011, 30: 1518-1527.
12. Huillery E, Seban J. Pay-for-Performance, Motivation and Final Output in the Health Sector: Experimental Evidence from the Democratic Republic of Congo. 29-4-2014. Ref Type: Patent
13. Kabinda J, Mitashi P, Chengé F. Couverture sanitaire universelle: comment financer l'inclusion du secteur informel en République Démocratique du Congo. Note de politique. CCSC. 10-1-2017. Ref Type: Unpublished Work
14. Tsofa B, Molyneux S, Goodman C: Health sector operational planning and budgeting processes in Kenya-"never the twain shall meet".*Int J Health Plann Manage* 2016, 31: 260-276.
15. Rajan D, Kalambay H, Mossoko M, Kwete D, Bulakali J, Lokonga JP et al.: Health service planning contributes to policy dialogue around strengthening district health systems: an example from DR Congo 2008-2013.*BMC Health Serv Res* 2014,
16. McIntyre D, Meheus F, Rottingen JA: What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage?*Health Econ Policy Law* 2017, 12: 125-137.
17. Meheus F, McIntyre D: Fiscal space for domestic funding of health and other social services.*Health Econ Policy Law* 2017, 12: 159-177.
18. O'Meara WP, Tsofa B, Molyneux S, Goodman C, McKenzie FE: Community and facility-level engagement in planning and budgeting for the government health sector--a district perspective from Kenya.*Health Policy* 2011, 99: 234-243.
19. Maluka SO, Hurtig AK, Sebastian MS, Shayo E, Byskov J, Kamuzora P: Decentralization and health care prioritization process in Tanzania: from national rhetoric to local reality.*Int J Health Plann Manage* 2011, 26: e102-e120.
20. Maluka SO: Strengthening fairness, transparency and accountability in health care priority setting at district level in Tanzania.*Glob Health Action* 2011, 4.
21. Maluka SO, Bukagile G: Community participation in the decentralised district health systems in Tanzania: why do some health committees perform better than others?*Int J Health Plann Manage* 2016, 31: E86-E104.
22. CNAMGS. Bilan du plan stratégique Gabon émergent (2009-2015) sur la politique nationale de la prévoyance sociale, Libreville, Septembre 2015. Accessed by <http://www.cnamgs.ga/docs/BILAN%20PSGE%20CNAMGS%2009-2015.pdf> September 22, 2017.
23. Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Arhinful DK: A Review of the National Health Insurance Scheme in Ghana: What Are the Sustainability Threats and Prospects?*PLoS One* 2016, 11: e0165151.



24. Reeves A, Gourtsoyannis Y, Basu S, McCoy D, McKee M, Stuckler D: Financing universal health coverage--effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *Lancet* 2015, 386: 274-280.
25. Olowu D: «La réforme des salaires de la fonction publique en Afrique». *Revue Internationale des Sciences Administratives* 2010, 76: 665-686.
26. McIntyre D, Garshong B, Mtei G, Meheus F, Thiede M, Akazili J et al.: Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* 2008, 86: 871-876.
27. Chomi EN, Mujinja PG, Enemark U, Hansen K, Kiwara AD: Health care seeking behaviour and utilisation in a multiple health insurance system: does insurance affiliation matter? *Int J Equity Health* 2014, 13: 25.
28. Nyandekwe M, Nzayirambaho M, Baptiste KJ: Universal health coverage in Rwanda: dream or reality. *Pan Afr Med J* 2014, 17: 232.
29. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N: Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet* 2012, 380: 933-943.
30. Fusheini A, Marnoch G, Gray AM: Stakeholders Perspectives on the Success Drivers in Ghana's National Health Insurance Scheme - Identifying Policy Translation Issues. *Int J Health Policy Manag* 2016, 6: 273-283.
31. Agyepong IA, Abankwah DN, Abroso A, Chun C, Dodoo JN, Lee S et al.: The "Universal" in UHC and Ghana's National Health Insurance Scheme: policy and implementation challenges and dilemmas of a lower middle income country. *BMC Health Serv Res* 2016, 16: 504.
32. Fusheini A: The Politico-Economic Challenges of Ghana's National Health Insurance Scheme Implementation. *Int J Health Policy Manag* 2016, 5: 543-552.
33. Ankita Meghani, Ahmad Abdulwahab, Lois Privor-Dumm, Chizoba Wonodi. Basket Funds: A pooled arrangement to finance primary health care delivery and address the funding flow in Nigeria International Vaccine Access Center (IVAC), 2015, accessed by [www.jhsph.edu/ivac](http://www.jhsph.edu/ivac). 2015. Ref Type: Report
34. Frieden TR: Evidence for Health Decision Making - Beyond Randomized, Controlled Trials. *N Engl J Med* 2017, 377: 465-475.
35. Umeh CA, Feeley FG: Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From Low- and Middle-Income Countries. *Glob Health Sci Pract* 2017, 5: 299-314.
36. Yuan B, He L, Meng Q, Jia L: Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 3: Cd011153.
37. Wiysonge CS, Paulsen E, Lewin S, Ciapponi A, Herrera CA, Opiyo N et al.: Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 9: Cd011084.
38. Emmert M, Eijkenaar F, Kemter H, Esslinger AS, Schoffski O: Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. *Eur J Health Econ* 2012, 13: 755-767.
39. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O'Flaherty M, Capewell S: The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. *PLoS One* 2011, 6: e21704.
40. Frumence G, Nyamhanga T, Mwangu M, Hurtig AK: The dependency on central government funding of decentralised health systems: experiences of the challenges and coping strategies in the Kongwa District, Tanzania. *BMC Health Serv Res* 2014, 14: 39.
41. Stasse S, Vita D, Kimfuta J, da Silveira VC, Bossyns P, Criel B: Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity. *Glob Health Action* 2015, 8: 25480.
42. Maini R, Van den Bergh R, van GJ, Tayler-Smith K, Ousley J, Carter D et al.: Picking up the bill - improving health-care utilisation in the Democratic Republic of Congo through user fee subsidisation: a before and after study. *BMC Health Serv Res* 2014, 14: 504.
43. Opwora A, Waweru E, Toda M, Noor A, Edwards T, Fegan G et al.: Implementation of patient charges at primary care facilities in Kenya: implications of low adherence to user fee policy for users and facility revenue. *Health Policy Plan* 2015, 30: 508-517.
44. Cometto G, Witter S: Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress. *Bull World Health Organ* 2013, 91: 881-885.







# RIPSEC



Union Européenne