



République Démocratique du Congo

Ministère de la Santé Publique

Secrétariat Général

Programme National des Comptes de la santé
(PNCNS)



Rapport sur les comptes de la santé RDC 2014



Soins de Santé Primaire
En Milieu Rural

Kinshasa, Octobre 2016
Version finale revue et corrigée

PREFACE

Les résultats des comptes de la santé de la République Démocratique du Congo de 2014 présentés dans ce rapport confirment la volonté du Gouvernement, d'abord de poser des diagnostics pertinents sur le financement du secteur de la santé et ensuite, de procéder à une réévaluation régulière des ressources financières ayant servi à la réalisation des activités qui restaurent, rétablissent et améliorent la santé de la population de notre pays.

Aussi, ces résultats montrent le changement observé dans le financement de la santé en se fondant sur des statistiques fiables qui orientent la prise des décisions politiques responsables en matière de santé publique, en vue d'améliorer l'état de santé de la population congolaise en permettant à tous, de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, à tout âge dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

En effet, la mise en exécution d'un ensemble de mesures qui ont contribué à la stabilisation du cadre macroéconomique a permis à l'économie nationale de retrouver le chemin de la croissance perdue pendant des décennies et de conforter la position de la RDC parmi le top cinq des pays africains dont la croissance moyenne au cours de la dernière décennie est au-dessus de 5%. Durant la même période, les institutions politiques se sont solidement enracinées et la participation citoyenne est devenue effective sur l'ensemble du territoire national. La culture des statistiques financières s'est également développée, au regard du nombre d'études sur les comptes de la santé réalisées durant ces cinq dernières années.

De plus, l'utilisation des résultats des comptes de la santé par le Gouvernement de la RDC lui a conduit : (i) à l'insertion de certains Services du Ministère de la santé publique qui, jadis, n'avaient pas de lignes de crédits dans les lois des exercices budgétaires ; (ii) à l'allocation de fonds supplémentaires à d'autres Services notamment les Programmes de santé visant l'amélioration de l'état de santé de la population en général et de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en particulier ; (iii) au paiement du financement de la contrepartie du Gouvernement pour l'achat des vaccins et des contraceptifs, la lutte contre les maladies (Paludisme, Tuberculose et VIH/Sida) dans le cadre du Fonds Mondial (FM) permettant ainsi à la RDC de bénéficier des ressources financières pour la période (2015-2017) ; (iv) à la justification de la pertinence du Projet d'Equipe des Structures de Santé (PESS) financé essentiellement par les fonds du Trésor Public; (v) à l'élaboration du Cadre d'Accélération du progrès pour la réalisation des OMD 4 et 5 (CAO-RDC) ; et, (vi) au costing des interventions du PNDS 2016-2020.

Les résultats des comptes de la santé ont servi également au suivi et à l'évaluation de l'exécution du Cadre Sectoriel des Dépenses à Moyen Terme du secteur santé (CSD-MT) dans le cadre de la réforme des finances Publiques dont l'application optimale de la loi y relative (Loi sur les Finances Publiques, LOFIP en sigle) est attendue en 2019.

Ce rapport est rédigé selon la méthodologie du Système des Comptes de la Santé (SHA 2011) dans un souci de comparabilité des indicateurs et de suivi de l'évolution du financement de la santé en RDC. Cette approche ouvre la voie, au-delà de ce rapport, à l'analyse approfondie des données statistiques financières, à l'exploitation et l'utilisation maximale de celles-ci aussi bien par les acteurs de terrain, les partenaires techniques et financiers, les partenaires sociaux et les chercheurs intéressés. L'appropriation, la vulgarisation et la diffusion de ces données financières auprès de toutes ces parties prenantes, à travers les différents canaux et nouvelles technologies d'information et de communication demeurent donc indispensables.

Dr Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA

Ministre de la Santé Publique

REMERCIEMENTS

Ce rapport est élaboré sous le haut patronage de Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique de la RDC, **le Dr Félix Kabange Numbi Mukwampa**. Les résultats qui sont présentés dans ce rapport proviennent des données collectés auprès du Gouvernement central à travers les Ministères ci-après : Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (INS et PGAI), Santé Publique, Finances, Budget (DPSB), Enseignement Primaire et Secondaire et Initiation à la nouvelle Citoyenneté, de la Défense Nationale, Genre, Famille et Enfant, de l'Enseignement Supérieur et Universitaire (Ecole de Santé Publique /UNIKIN), de l'Emploi, Travail et de la Prévoyance Sociale (PNPS).

Cette collecte des données a aussi concernée les Administrations Provinciales (26 Gouvernements provinciaux, 26 Ministères Provinciaux en charge du Budget & des Finances, de la Santé, des Affaires Sociales et des Actions Humanitaires, et les Divisions provinciales du Budget, des Finances et de la Santé), ainsi que les partenaires bi et multilatéraux, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les Fondations Nationales et Internationales, les Entreprises publiques et privées, les Ménages / Population, les Mutuelles de Santé et des Associations Mutualistes, etc. ont également été mises à contribution. Que toutes ces structures trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Ce travail réalisé par l'équipe technique multidisciplinaire des Comptes de la santé a été financé par le Gouvernement Central de la RDC (Trésor Public) et ses partenaires techniques et financiers notamment l'OMS qui a apporté son appui technique et financier dans la formation sur l'utilisation du logiciel HAPT version 3.5.1.4 de production des comptes de la santé et du logiciel HAAT d'analyse des données de dépenses de santé, le Fonds Mondial à travers l'Asbl SANRU pour les missions de collecte des données et différents ateliers de codage, importation, triangulation et production des tableaux des résultats, analyse et interprétation et reproduction du rapport et dissémination, etc.

En conclusion, le Ministère de la Santé Publique remercie particulièrement Madame Nathalie Van Maele de l'unité Gouvernance et Systèmes de Financement de la santé de l'OMS-Genève, Dr Alain Mboko Iyeti, Directeur de la Direction d'Etudes et Planification du Ministère de la Santé Publique RDC, Prof Gérard ELOKO EYA MATANGELO, Directeur du PNCNS, Madame Collectte Mata, Directeur de la DPSB du Ministère de Budget, Laurent Musango du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, Dr ALLARANGAR YOKOUIDE, Représentant de l'OMS en République Démocratique du Congo, Dr Jean-Pierre Lokonga Nzeyabe et Dr Casimir Manzengo du Bureau de l'OMS en RDC, Dr Marie Jeanne Offosse Ngbesso ex Consultant de l'USAID en Comptes de la Santé en RDC, Dr Albert Kalonji, Directeur Technique de l'Asbl SANRU –RDC, Dr Adrien Nsiala, Conseiller Technique et Stratégique du Projet SANRU- Fonds Mondial, qui ont apporté toutes leurs expertises à l'équipe technique multidisciplinaire de production des comptes de la santé pour la rédaction de ce rapport.

Le Secrétaire Général à la Santé, ai

Dr MUKENGESHAYI KUPA Marcel

AVANT-PROPOS

Le financement de la santé en RDC provient de quatre principales sources, à savoir : (i) le Gouvernement central et les Gouvernements provinciaux qui allouent, chaque année, une part de leurs budgets au secteur de la santé, (ii) les partenaires internationaux bi et multilatéraux ainsi que les initiatives internationales qui apportent l'aide extérieure au développement, (iii) la communauté (Ménages) à travers la consommation des services et soins de santé, (iv) le financement de privé lucratif ou non lucratif, y compris les entreprises paraétatiques et privées, à travers la dispensation des services et soins de santé à leur personnel et leurs ayants-droit.

Le présent rapport sur les comptes de la santé 2014 est élaboré selon les exigences de la nouvelle classification internationale de la dépense de santé, conformément à la nomenclature de la méthodologie du « *Système des Comptes de la Santé 2011* ». Les résultats ont été produits d'abord à l'aide du logiciel HAPT de production des comptes de la santé, version 3.5.1.4 et, ensuite, les données ont été analysées avec le logiciel HAAT, version 2.5.0.4

Enfin, dans ce rapport, les dépenses totales de santé sont réparties en **deux grandes catégories** complémentaires et indissociables dans le développement équilibré du système de santé. Il s'agit de la **dépense courante et de la dépense d'investissement en santé**. La première catégorie vise principalement les besoins immédiats de la population et agit par conséquent sur le contrôle des pathologies à travers des mesures préventives et curatives pour la restauration, le maintien et l'amélioration de l'état de santé, tandis que la seconde renseigne sur la planification des ressources et le développement du système de santé.

Professeur Gérard ELOKO EYA MATANGELO, GIS, Ph. D

**Directeur National du Programme National des Comptes Nationaux de la
Santé / Ministère de la Santé Publique -RDC**

TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	1
REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS.....	3
TABLE DES MATIERES.....	4
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES	7
SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS	8
RESUME ANALYTIQUE.....	10
INTRODUCTION	15
I. METHODOLOGIE.....	16
1.1. Type d'étude	16
1.2. Echantillon	17
1.3. Variables d'étude	17
1.4. Période d'étude	17
1.5. Méthode et technique de collecte des données.....	17
1.6. Instrument de collecte des données.....	17
1.7. Déroulement de l'étude.....	18
1.8. Traitement des données.....	18
1.9. Difficultés rencontrées	18
II. AGREGATS GENERAUX DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE.....	19
2.1. Dépenses courantes en santé	19
2.2. Dépenses d'investissement en santé.....	19
2.3. Dépenses totales de santé (SCS 1.0)	19
III. DIMENSIONS ANALYTIQUES DES COMPTES DE LA SANTE.....	20
3.7. CADRE DE FINANCEMENT DU SYSTEME DES COMPTES DE LA SANTE (SHA 2011).....	21
IV. PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	22
4.1. MOBILISATION DES RESSOURCES DE LA SANTE.....	22
4.1.1 Budget de l'Etat alloué au secteur de la santé.....	22
4.1.2. Evolution de la part du financement de la santé par source de 2010 à 2014 en RDC.....	24
4.1.3. Evolution des principaux agrégats des comptes de la santé de 2010 à 2014	25
4.1.4. Dépense totale de santé	27
4.1.5. Analyse de la Dépense Courante par Source de Financement en 2014	27
4.1.5.1. Fonds Publics.....	28
4.1.5.2. Fonds du Reste du Monde	29

4.1.5.3. Fonds des Ménages.....	30
4.1.5.4. Fonds des Entreprises de 2010 à 2014.....	32
4.1.5.5. Fonds des ONGs et Fondations nationales.	32
4.2. AFFECTATION DES RESSOURCES.....	33
4.2.1 : Affectation des ressources par niveau de la pyramide sanitaire en RDC.....	34
4.2.2. Analyse des Dépenses Courantes par régimes de financement.....	35
4.2.3. Evolution des dépenses courantes de santé par agent de Régimes de financement	37
4.2.4. Analyse de la Dépense Courante par Prestataires en 2014	38
4.3. UTILISATION DES RESSOURCES EN 2014.....	40
4.3.1. Fonction par source de financement en 2014.....	40
4.3.2. Les Facteurs de prestation.....	41
4.3.3. Dépenses d'investissement	42
4.4. LE FINANCEMENT DE LA CONTREPARTIE DU GOUVERNEMENT DANS LA LUTTE CONTRE LA MALADIE : PALUDISME, TUBERCULOSE ET VIH/SIDA EN 2014.....	43
4.5. DISTRIBUTION DE LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ PAR MALADIE SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM 10) ET PAR SOURCE DE FINANCEMENT	45
4.5.1. Maladies infectieuses et parasitaires	46
4.5.2. Maladies tropicales négligées en 2014.....	47
4.5.3. Carences nutritionnelles en 2014	48
4.5.4. Maladies non transmissibles en 2014.....	49
4.5.5. Santé de la Reproduction	50
4.6. SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT, DU NOUVEAU-NÉ ET DE L'ADOLESCENT .	52
4.7. DISTRIBUTION DE LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ PAR TRANCHE D'ÂGE .	54
4.8. DISTRIBUTION DE LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ PAR PROVINCE DE 2010 À 2014	54
CONCLUSION	56
RECOMMANDATIONS	58
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59
ANNEXES	61
EXPERTS AYANT CONTRIBUÉ A LA RÉALISATION DE CETTE ÉTUDE	64
CONTACT	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les indicateurs essentiels de comparaison internationale du financement de la santé de 2008 à 2014.....	14
Tableau 2 : Evolution de principaux agrégats des comptes de la santé de 2010 à 2014.....	25
Tableau 3 : Dépenses per capita de 2010 à 2014 en RDC.....	26
Tableau 4 : Evolution de la dépense totale de santé de 2010 à 2014 en USD.....	27
Tableau 5. Dépenses Publiques de santé en 2014	28
Tableau 6 : Paiement direct des ménages et leur prépaiement volontaire.....	30
Tableau 7 : Evolution de la dépense totale de santé au niveau central, provincial et périphérique de 2010 à 2014.....	34
Tableau 8 : Dépenses courantes de santé par Régimes de financement de 2010 à 2014	36
Tableau 9 : Evolution de la dépense courante de santé par agent des Régimes de financement de 2010 à 2014.....	37
Tableau 10 : Origines des fonds gérés par les Administrations publiques en 2014.....	38
Tableau 11. Fonds gérés par les mutuelles de santé en 2014.....	38
Tableau 12 : Répartition de la dépense courante de santé par prestataire en 2014	39
Tableau 13 : Fonctions par source de financement en 2014	40
Tableau 14 : Distribution de la DCS par facteur de prestation et par source de financement en 2014.....	41
Tableau 15. Dépenses d'investissement par source de financement en 2014.....	42
Tableau 16 : Financement de la contrepartie du Gouvernement dans lutte contre le VIH/Sida en 2014.....	44
Tableau 17: Financement de la contrepartie du Gouvernement dans la lutte contre la Tuberculose en 2014.....	44
Tableau 18 : Financement de la contrepartie du Gouvernement dans la lutte contre le Paludisme en 2014.....	45
Tableau 19 : Dépenses de santé des maladies selon la classification internationale de la maladie (CIM 10) et par source de financement.....	46
Tableau 20 : Evolution du financement des MTN par source de financement et par habitant/an de 2010 à 2014.....	48
Tableau 21 : Evolution des dépenses relatives à la lutte contre les carences nutritionnelles par source de financement de 2010 à 2014	49
Tableau 22 : Evolution de la dépense courante en santé de la reproduction par source de financement de 2010 à 2014.	51
Tableau 23 : Indicateurs de suivi des dépenses de santé de la mère, de l'enfant, du nouveau-né et adolescents de 2010 à 2014.....	52
Tableau 24 : Evolution de la DCS par province de 2010 à 2014	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Synthèse des informations sur les dépenses de santé de financement.	21
Figure 2 : Evolution du % de Budget de l'Etat alloué à l'Administration santé et le taux d'exécution de 2003 à 2015	23
Figure 3: Evolution du % de budget de l'Etat alloué à l'Administration santé et % de budget de l'Etat alloué à la fonction santé par rapport au 15% d'Abuja de 2003 à 2015	23
Figure 4 : Evolution de la part du financement de la santé par source de 2010 à 2014 en RDC	24
Figure 5: Evolution de la dépense courante en santé du Gouvernement, Ménages et du Reste du Monde de 2010 à 2014	26
Figure 6: Dépense Courante par Source de Financement en 2014.....	28
Figure 7: Distribution de Transferts d'origine étrangère dans le secteur de la santé en 2014	30
Figure 8: Evolution du financement des Entreprises de 2010 à 2014	32
Figure 9: Evolution du financement de la santé par les ONGs et les Fondations nationales de 2010 à 2014.....	33
Figure 10 : Evolution de la Dépense Totale de santé au niveau central, provincial et périphérique en RDC de 2010 à 2014	34
Figure 11 : Distribution du financement de la santé au niveau opérationnel par structure	35
Figure 10 : Dépense effective pour chaque pathologie (maladie) en 2014	47
Figure 11 : Financement des maladies non transmissibles par source de financement en 2014.....	50
Figure 12 : Répartition la DCS par tranche d'âge en 2014	54

SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

%	: Pourcentage
AG	: Administrateur Gestionnaire
BCeCO	: Bureau Central de Coordination
BM	: Banque Mondiale
CIM	: Classification Internationale des Maladies
CNS	: Comptes Nationaux de la santé
CPCC	: Conseil Permanent de la Comptabilité au Congo
CS	: Centre de Santé
CSR	: Centre de Santé de Référence
DCS	: Dépenses Courantes de Santé
DEP	: Direction d'Études et Planification
DPS	: Division Provinciale de la Santé
DPSB	: Direction de la Préparation et du Suivi du Budget
DTS	: Dépense Totale de Santé
ECP	: Equipe Cadre Provinciale
ECZ	: Equipe Cadre de Zone de Santé
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ESB	: Etats de Suivi Budgétaire
ESP	: Ecole de Santé Publique
FA	: Financing Agents (Agent de Financement)
FS	: Classification of Revenues of Health Care Financing Schemes (Source de Financement)
FSRDC	: Fonds Social de la République Démocratique du Congo
GAVI/RSS	: Alliance Globale pour la Vaccination et Immunisation / Renforcement de Système de Sante
HAPT	: Health Account Product Tool (Outil d'Analyse des Comptes de la Santé)
HC	: Classification of Health Care Functions (Fonctions de Santé)
HF	: Classification of Health Care Financing Schemes (Régimes de Financement)
HGR	: Hôpital Général de Référence
HLTF	: Groupe de Travail de Haut Niveau sur le Financement Innovant de Système de Santé
HP	: Classification of Health Care Providers (Prestataires des soins de santé)
ICHA	: International Classification for Health Account (Classification internationale des comptes de la santé)
INS	: Institut National des Statistiques
MICS	: Multi Indicators Clusters Survey
MNT	: Maladies Non Transmissibles

MSP	: Ministère de la Santé Publique
MTCA	: Médecine Traditionnelle Complémentaire et Alternative
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNCNS	: Programme National des Comptes de la santé
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PPTE	: Pays Pauvre Très Endetté
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	: Personne Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine
RDC	: République Démocratique du Congo
RDM	: Reste du Monde
RTNC	: Radiotélévision Nationale Congolaise
SANRU	: Soins de Santé primaires en milieu Rural
SCS	: Système des Comptes de Santé
SHA	: System of Health Account (Systeme des comptes de la santé 2011)
SONAS	: Société Nationale d'Assurances
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	: Soins de Santé Primaires
UCP/PARSS	: Unité de Coordination de Projets d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNIKIN	: Université de Kinshasa
USAID	: Agence Américaine de Développement International
USD	: Dollar américain
VIH/SIDA	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zone de Santé

RESUME ANALYTIQUE

Le coût élevé des services et soins de santé dans les formations sanitaires par rapport au revenu de la population constitue un défi majeur auquel le secteur de la santé doit faire face d'ici 2020 comme le décrit le Gouvernement à travers le Plan National de Développement Sanitaire « PNDS 2016-2020 ».

Les dépenses totales de santé en 2014 étaient de 1 462 093 561 USD, soit 7,8 % du Produit Intérieur Brut dont 1 428 969 948 USD, soit 98 % représentaient les dépenses courantes en santé et 33 123 4 613 USD, soit 2% pour les dépenses d'investissement.

Les dépenses totales de santé (DTS) par habitant / an en RDC sont de 21,03 USD en 2014 et sont inférieures au minimum de 86 USD par habitant par an, tel que fixé par le groupe de travail international de haut niveau sur le financement de la santé en 2009.

La part de la dépense courante en santé de l'Administration Publique (Gouvernement Central et Provincial), était de l'ordre de 197 823 937 USD / 1 428 969 948 USD en 2014, soit 14 % dont 99% ont été gérés par le Ministère de la santé publique et 1% par les autres Ministères connexes, Institutions et Services publics. La dépense d'investissement était de 15 639 325 USD / 33 123 613 USD, soit 47%.

Les dépenses courantes de l'Administration Publique ont été essentiellement consacrées à la rémunération (82%), aux achats des produits pharmaceutiques (8%), au fonctionnement (fournitures de bureau, entretien et réparation etc. (10%). Elles constituent la troisième source de financement de la santé après les ménages et les bailleurs.

Le Budget de l'Etat alloué à la *fonction santé* au cours de l'année 2014 était de 869 594 954 USD / 8 027 203 538 USD du budget global, soit 10,83%, tandis que le budget de l'Etat alloué au secteur de la santé « *Administration Santé* » était de 555 872 388 USD / 8 027 203 538 USD du budget global, soit 6,92 % du taux d'allocation budgétaire en 2014. Il est inférieur à « la Déclaration d'Abuja des Chefs d'Etat et des Gouvernements du 20 Avril 2010 dans laquelle la RDC s'était engagée à allouer au moins 15% de Budget tel que voté par le Parlement (Assemblée Nationale et Sénat), et promulgué par le Président de la République, au secteur de la santé. Au cours de la même période, le taux d'exécution du budget de l'Etat alloué au Secteur de Santé « *Administration Santé* » n'était que de 100 057 029,8 USD / 555 872 388 USD du montant total alloué, soit 18 % du taux d'exécution globale.

Il est à noter que : (i) la limitation de la pression fiscale, (ii) l'existence des dépenses contraignantes, (iii) le faible niveau de recouvrement des recettes publiques et (iv) la faible

contribution de certains Gouvernements provinciaux aux assignations des recettes prévues ont conduit à la faible exécution du budget de l'Etat alloué à la santé au cours de l'année 2014.

Les ménages constituent la principale source et un acteur clé du financement des services et soins de santé en RDC. Ils ont financé les services et soins de santé qui leur sont offerts à hauteur de 595 670 252 USD / 1 428 969 948 USD, soit 42% des dépenses courantes de santé en 2014.

La dépense courante des ménages était affectée en grande partie aux hôpitaux (50%) et aux centres de santé et autres prestataires des services (14%), aux pharmacies (30%), aux laboratoires et imageries (3%) et aux services prestataires de soins préventifs (2%). Les soins curatifs ont été financés à hauteur de (64%), les soins préventifs (2%), l'achat des médicaments délivrés sur ordonnance (30%) par les ménages.

Le paiement direct constitue le principal mode de financement des ménages, il s'est élevé à hauteur de 553 245 808 USD/ 595 670 252 USD, soit 93 % de la DCS des ménages au cours de l'année 2014. L'insuffisance des mécanismes de partage des risques accentue la prépondérance des paiements directs des ménages. Ainsi, en 2014 la part de financement qui passe par les Mutuelles de Santé « assurance volontaire » était très faible et représentait 42 662 544/ 595 670 252 USD, soit 7%. Il en résulte donc qu'une très faible frange de la population congolaise est couverte par l'assurance maladie volontaire.

Le financement externe communément appelé le Reste du Monde se chiffre à 574 379 175 USD / 1 428 969 948 USD, soit 40 % de la dépenses courantes de la santé dont la contribution de la coopération bilatérale 213 911 023 USD soit 15%, celles, de la coopération multilatérale 355 008 975 USD soit 25%, et des ONGs Internationales 5 459 178 USD soit 0%. Ce qui démontre que l'aide extérieure est la deuxième source de financement du secteur de la santé en RDC et témoigne d'une forte dépendance à l'aide extérieure.

En outre, la dépense courante des Bailleurs était affectée en grande partie aux prestataires de soins préventifs (40%), suivi des prestataires des soins Ambulatoires 28% et prestataires des services administratifs et financement du système de santé (25%), enfin aux hôpitaux (5%) et aux laboratoires et imageries (2%). Ainsi, contrairement au financement des ménages, les bailleurs avaient orienté leurs financements principalement vers les soins préventifs (58%), ensuite la gouvernance, l'administration et le financement du système de santé. Les soins curatifs ont été financés à 15%. Dans son ensemble, cette dépense a été utilisée pour le paiement de la rémunération 25%, l'achat des vaccins (17%), des ARV (2%), autres médicaments (6%), frais de laboratoire et imagerie 2%, MILD (0,001%), service non sanitaire (13%) et autres (20%).

S'agissant de la lutte contre la maladie, les résultats montrent qu'il y a eu une augmentation du financement de la plupart des maladies. Les maladies infectieuses et parasitaires ont coûté 856 437 678 USD soit 60% de la DCS, les problèmes de santé de la reproduction 187 981 508 USD soit 13% de la DCS, les Carences nutritionnelles 61 086 650 USD soit 4% de la DCS, les maladies non transmissibles 36 748 521 USD soit 3% de la DCS, les traumatismes 15 279 395 USD soit 1% de la DCS et les autres 86 090 410 USD soit 6% de la DCS.

Quant aux *maladies liées à la pauvreté* (paludisme, tuberculose et VIH/Sida) : les dépenses courantes de santé 2014 y relatives sont passées de 181 441 549 / 829 603 906 USD, soit 22 % en 2010 à 382 965 419 / 1 428 968 957 USD, soit 27% de la dépense courante de santé en 2014. Le VIH-SIDA était financé à 81% par le reste du monde, et 19% par l'administration publique. La dépense de lutte contre Tuberculose a été financée à hauteur de 16 281 795 USD soit 75%, par le Reste du monde, à 4450 785 USD, soit 21% par l'Administration Publique et à 870591 soit 1% par le ménages.

Quant au Paludisme, les ménages ont supporté 95 973 619 USD, soit 39% de la charge du paludisme pour les soins curatifs. Le reste du monde a financé à hauteur de 136 332 705 USD, soit 55% la charge du paludisme essentiellement pour les soins préventifs. Les entreprises ont dépensé 6% alors que l'Administration Publique n » y a contribué à hauteur de 1 720 953 USD, soit 1% dans le cadre du financement de la contrepartie.

S'agissant des *maladies tueuses de l'enfant* (Infections des voies respiratoires, maladies diarrhéiques, carences nutritionnelles et maladies à prévention vaccinale), les dépenses courantes y relatives sont passées de 125 580 947 / 829 603 906 USD, soit 15 % en 2010 à 407 916 382/1 428 968 957 USD, soit 29 % en 2014.

Enfin, les dépenses courantes des maladies non transmissibles sont passées de 12 756 695 / 829 603 906 USD, soit 2 % en 2010 à 36 748 521 / 1 428 968 957 USD soit 3% en 2014, celles des soins des affections liées à la santé de la reproduction sont passées de 124 092 793 / 829 603 906 USD, soit 15% en 2010 à 187 981 509/1 428 968 957, soit 13% en 2014. Comparée à ces deux années d'intervalle de 5 ans, nous constatons que la dépense courante de santé de la reproduction a diminué. C'est pourquoi, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo a pris l'engagement d'augmenter le financement de la SRMNEA de 5 \$ à 20\$ d'ici 2020. On observe une régression progressive par rapport à cette dépense. Il est important d'augmenter le financement dans cette catégorie des groupes spécifiques et vulnérables pour espérer réduire le taux de mortalité maternelle et infantile à long terme en RDC.

Le tableau ci-dessous présente les indicateurs de financement de la santé selon les standards de comparaison internationale de 2010 à 2014. Il expose les résultats clés des dépenses de santé en RDC. Ces résultats facilitent la compréhension du financement de la santé en RDC et apportent des réponses appropriées aux questions pertinentes que se posent les acteurs du secteur de la santé et les décideurs sur le financement des dépenses courantes et d'investissement dudit secteur.

Tableau 1 : Les indicateurs essentiels de comparaison internationale du financement de la santé de 2008 à 2014

Indicateurs	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PIB courant en dollars [1]	12 644 312 789	11 089 282 924	13 191 265 170	16 052 884 128	17 691 122 701	17 136 000 000	18 725 019 466
Population [2]	58 800 000	60 500 000	62 200 000	63 900 000	65 700 000	67 510 000	69 535 300
Budget Global [3]	3 174 743 549	3 623 765 964	6 190 332 371	7 337 422 963	7 188 882 712	6 996 710 283	8 027 203 838
Dépenses Publiques globales	2 461 978 326	2 553 710 463	3 698 906 353	3 823 045 665	3 930 930 517	4 003 870 318	3 976 578 770
Dépenses Publiques globales en % du PIB	19,47%	23,03%	28,04%	23,82%	22,22%	23,37%	21,24%
Dépenses Publiques globales par habitant par an	41,87	42,21	59,47	59,83	59,83	59,31	57,19
Budget alloué à la santé Administration	95 863 403	191 541 363	359 684 082	254 296 739	562 546 382	319 740 741	555 872 388
% du Budget de l'Etat alloué à Administration santé	3,02%	5,29%	5,81%	3,47%	7,83%	4,57%	6,92%
Budget alloué à la santé	103 484 140	200 358 839	361 934 201	316 572 371	816 400 277	635 380 396	869 594 954
% du Budget de l'Etat alloué à la fonction santé (Fonction et)	3,26%	5,53%	5,85%	4,31%	11,36%	9,08%	10,83%
Dépenses publiques de santé	129 263 422	127 970 788	94 704 871	96 260 973	165 697 724	240 783 574	213 463 263
Dépenses publiques de santé en % du PIB	1,02%	1,15%	0,72%	0,60%	0,94%	1,41%	1,14%
Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques globales	5,25%	5,01%	2,56%	2,52%	4,22%	6,01%	5,37%
Dépenses publiques de santé par habitant par an	2,2	2,1	1,5	1,5	2,5	3,6	3,1
Dépenses totale de santé	869 831 369	893 362 951	891 954 543	904 984 779	1 035 109 881	1 273 910 768	1 462 093 561
Dépenses totale de santé en % du PIB	6,88%	8,06%	6,76%	5,64%	5,85%	7,43%	7,81%
Dépenses Totale de santé par habitant par an	14,79	14,77	14,34	14,16	15,76	18,87	21,03
Dépenses courante de la santé	841 281 576	867 655 542	829 603 906	839 226 178	983 019 924	1 165 063 076	1 428 969 948
Dépenses courante de santé en % du PIB	6,65%	7,82%	6,29%	5,23%	5,56%	6,80%	7,63%
Dépenses courante de santé par habitant par an	14,31	14,34	13,34	13,13	14,96	17,26	20,55
Dépenses d'investissement de la santé	28 334 611	33 434 960	62 352 907	61 575 602	52 089 957	108 847 692	33 123 613
Dépenses d'investissement de la santé en % du PIB	0,22%	0,30%	0,47%	0,38%	0,29%	0,64%	0,18%
Dépenses d'investissement de la santé par habitant par an	0,48	0,55	1,00	0,96	0,79	1,61	0,48
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	14,86%	14,32%	10,62%	10,64%	16,01%	18,90%	14,60%
Dépenses Gouvernement central par habitant par an							2,68
Dépenses totale des ménages	376 227 807	371 441 099	329 214 104	338 861 615	405 399 290	475 483 805	597 144 912
Dépenses totale des ménages en % de dépenses Totale de la santé	43%	42%	37%	37%	39%	37%	41%
Dépenses totale de santé des ménages par habitant par an	6,4	6,14	5,29	5,3	6,17	7,04	8,59
Dépenses courante de santé des ménages	375 797 547	370 359 747	328 589 203	338 793 560	405 238 308	475 479 125	595 670 252
Dépenses courante de santé des ménages en % de dépenses courante	45%	43%	40%	40%	41%	41%	42%
Dépenses courante de santé des ménages par habitant par an	6,39	6,12	5,28	5,3	6,17	7,04	8,57
Paiement direct des soins de santé	375 289 675	370 514 903	308 431 966	327 446 001	389 619 527	459 418 979	553 245 808
Paiement direct en % de dépenses Totale de la santé	43%	41%	35%	36%	38%	36%	38%
Paiement direct en % des dépenses totales des ménages	100%	100%	94%	97%	96%	97%	93%
Paiement direct par habitant par an	6,38	6,12	4,96	5,12	5,93	6,81	7,96
Dépenses Totales externes de santé	291 477 599	297 307 151	423 937 183	380 289 593	423 813 313	498 919 002	574 379 175
Dépenses externes en pourcentage des dépenses Totale de santé	33,51%	33,28%	47,54%	46,97%	36,62%	37,02%	39,28%
Dépenses externes par habitant par an	4,96	4,91	6,82	5,95	6,45	7,39	8,26

Source : Ministère de la Santé Publique/PNCNS : Synthèse des données de dépenses de santé collectées de 2010 à 2014 en RDC

INTRODUCTION

Les comptes de la santé sont conçus pour répondre à des questions précises sur le système de santé d'un pays. Ils fournissent une compilation et une estimation méthodique de la dépense en santé. Ils peuvent faire le suivi de combien est dépensé, où, sur quoi et pour qui, comment la dépense évolue dans le temps, et comment elle se compare à la dépense des pays rencontrant des problèmes similaires. Ils constituent une partie essentielle de l'évaluation du succès d'un système de santé et de l'identification d'opportunités d'amélioration¹.

Depuis 2010, la RDC produit régulièrement les comptes de la santé et dispose des résultats couvrant la période allant de 2008 à 2014, soit sept années consécutives. Ils sont disponibles sur le site web du Ministère : www.minisanterdc.cd. Ceux-ci ont permis au Gouvernement et ses différents partenaires agissant dans le secteur de la santé de connaître les sources de financement, les régimes de financement de la santé, les agents de financement, les prestataires des soins et les différentes fonctions (activités) et la dépense nationale de santé par habitant et par an. Ces résultats sont actuellement utilisés et ont aidé les décideurs du secteur de la santé à orienter les politiques sur le financement de la santé.

Aussi, l'utilisation des résultats des comptes de la santé par le Gouvernement a conduit, notamment : à insérer dans les lois des exercices budgétaires les subsides des Services de santé visant l'amélioration de l'état de santé de la population en général et celui des groupes vulnérables en particulier, le financement de la contrepartie du Gouvernement pour l'achat des vaccins et contraceptifs, la lutte contre les maladies (Paludisme, Tuberculose et VIH/Sida) ayant permis à la RDC de bénéficier de l'appui du Fonds Mondial, de plus de 701 millions USD pour la période 2015 à 2017.

La maîtrise des comptes de la santé a servi également à justifier la pertinence du Projet d'Équipement des Structures de Santé (PESS) financé par les fonds du Trésor Public, à élaborer également le Cadre d'Accélération du progrès vers la réalisation des OMD 4 et 5 (CAO-RDC), à suivre et à évaluer l'exécution du Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme du secteur santé et à prendre l'engagement auprès des Nations Unies d'augmenter la dépense Publique en santé de 5 \$ US à 20\$US par habitant par an d'ici 2020. Cet accroissement vise spécifiquement le financement de la Santé de la Reproduction dans le cadre de l'implémentation de la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, adopté en septembre 2014 en vue d'accélérer le progrès vers l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle en République Démocratique

¹Système des comptes de la santé (SHA 2011) Version abrégée, OMS-Genève, juin 2012

du Congo. Le costing des interventions du PNDS 2016-2020 a bénéficié aussi des résultats des comptes de la santé.

Par ailleurs, le processus de production des résultats 2014 a respecté les étapes recommandées par le Système des comptes de la santé (SHA 2011) : la première qui comprend : la collecte des données, le contrôle de qualité, la saisie et l'encodage (selon la classification internationale de la dépense de santé), la vérification de l'encodage, la production des tableaux préliminaires et la triangulation des données ainsi que la validation de celles-ci ; la seconde étape a porté sur l'analyse des résultats, la rédaction du rapport final, la dissémination des résultats et enfin l'utilisation des résultats à travers la prise des décisions politiques par le Gouvernement et ses différents partenaires de la santé dans le cadre de l'amélioration du système de santé et de son financement sur base des faits avérés.

Le présent rapport a pour objectif principal de fournir une base solide d'informations sur le financement du secteur de santé de la RDC. Il retrace également la situation du financement de la santé en RDC de 2008 à 2014, de façon à suivre l'évolution des dépenses effectivement engagées et exécutées par différents acteurs du secteur de la santé et de formuler les décisions politiques sur base des données probantes, en vue d'améliorer significativement le financement de la santé.

Dans ce rapport, l'on entend par le budget alloué à l'Administration de la santé, les apports quelles que soient leurs sources, mais dont bénéficient les services et structures de santé établis au trois niveaux de la pyramide sanitaire en RDC, tandis que le budget alloué à la fonction « santé » traduit les ressources attribuées aux Services et structures de santé développés dans l'ensemble des secteurs de la vie nationale y compris celui de la santé.

Enfin, le rapport des comptes de la santé les valeurs des indicateurs de suivi et évaluation du PNDS 2011-2015 en ce qui concerne les années pour lesquelles, ils ont été produits.

I. METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée est celle du Système des Comptes de la Santé (SHA 2011) qui est basée sur une nomenclature et une classification internationale fine et détaillée de la dépense de santé.

1.1. Type d'étude

Elle est une étude descriptive rétrospective et analytique des dépenses de santé 2014 effectuées par le Gouvernement et les autres acteurs du secteur santé en République Démocratique du Congo.

1.2. Echantillon

Les données ont été collectées auprès du Gouvernement et des autres acteurs du secteur santé identifiés en République Démocratique du Congo. L'échantillon était constituée de : (i) Ministère de la Santé Publique (Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés); (ii) 26 Divisions Provinciales de la santé (avec toutes les Coordinations Provinciales des programmes spécialisés du Ministère de la santé publique), (iii) les autres Ministères connexes à la Santé et Institutions (Président, Parlement), (iv) 11 Gouvernorats, 11 Ministères Provinciaux (Budget, Finances, Santé, Affaires Sociales et Aide Humanitaire), (v) 16 Bailleurs Multilatéraux, 11 Bailleurs Bilatéraux, ONGs et Fondations Nationales et Internationales ; (vi) 101 Mutuelles de santé et autres Associations mutualistes; (vii) 1318 Entreprises ayant déposé les documents techniques et financiers au CPCC ; (viii) 09 Centrales d'Achat et de Distribution des médicaments, et 7 Dépôts relais d'achat et de distribution des Médicaments Essentiels et Génériques.

1.3. Variables d'étude

Les variables d'étude sont exprimées à travers les différents résultats présentés dans les tableaux de ce rapport, notamment le pourcentage du budget national alloué à la santé, le financement des PTF en pourcentage des dépenses courante en santé (DPS), dépenses publiques de santé (DPS) en pourcentage des dépenses publiques totales (DPT), part des dépenses de santé supportées par les ménages, le paiement direct des ménages....

1.4. Période d'étude

Les résultats présentés dans ce rapport ont été collectés du 15 Mars au 11 Novembre 2015 et concernent les dépenses effectuées réellement du 1er janvier au 31 Décembre 2014

1.5. Méthode et technique de collecte des données

La plus grande partie des données (95%) a été collectes de manière active. La proportion des données en routine ou envoyées directement au Programme National des Comptes Nationaux de la santé était ainsi très faible dans l'ensemble des cas (5%).

1.6. Instrument de collecte des données

Le questionnaire produit directement à l'aide du logiciel HAPT version 3.3.0.2 de production des comptes de la santé a permis de collecter les données des dépenses de santé. Les différents Questionnaires tirés de l'outil HAPT version 3.3.0.2 sont standards dans le type d'enquête à mener.

C'est un outil international qui est utilisé dans n'importe quel pays pour produire les comptes de la santé, et permet d'obtenir des résultats comparables.

1.7. Déroulement de l'étude

Le processus de production des résultats 2014 a respecté les étapes recommandées par le Système des comptes de la santé (SHA 2011) : la première qui comprend : la collecte des données, le contrôle de qualité, la saisie et l'encodage (selon la classification internationale de la dépense de santé), la vérification de l'encodage, la production des tableaux préliminaires et la triangulation des données ainsi que la validation de celles-ci ; la seconde étape a porté sur l'analyse des résultats, la rédaction du rapport final, la dissémination des résultats et enfin l'utilisation des résultats à travers la prise des décisions politiques par le Gouvernement et ses différents partenaires de la santé dans le cadre de l'amélioration du système de santé et de son financement sur base des faits avérés.

1.8. Traitement des données

Le traitement des données était réalisé parallèlement à la collecte des informations auprès des institutions sources pour un meilleur suivi de la qualité des données recueillies. Les questionnaires remplis en dur ont été saisis au préalable dans Excel dans un format importable dans le logiciel HAPT, tandis que les canevas remplis électroniquement, y ont été directement importés afin de procéder à l'encodage et à la triangulation des données des dépenses de santé conformément à la nomenclature et à la classification internationale fine et détaillée de la dépense de santé.

La vérification de la cohérence interne des données saisies a été d'abord réalisée au cours d'un atelier organisé en Décembre 2015 dans la Province du Kongo Central avec les experts de l'équipe technique de production des comptes de la santé en RDC. Ensuite, l'équipe a procédé au contrôle de la qualité de l'encodage des données 2014, conformément aux normes internationales de la classification de la dépense de santé du système des comptes de la santé « SHA 2011 », et a produit des résultats.

1.9. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées sont de plusieurs ordres. Mais, les principales étant: (i) le financement non permanent de la production des comptes de la santé tant par le Gouvernement que par les Partenaires Techniques et Financiers, (ii) la mobilité des personnes chargées de fournir les données des dépenses de santé, (iii) le retard dans l'élaboration du rapport annuel des finances par plusieurs institutions sources d'information sur le financement de la santé en RDC, (iv) le manque des détails dans certaines données collectées auprès des acteurs de la santé.

Nonobstant cela, nous avons pu produire ces comptes de la santé 2014 de la RDC qui constituent le septième exercice consécutif, à partir de 2008. Ce qui montre la mise en œuvre de l'institutionnalisation effective des comptes de la santé.

II. AGREGATS GENERAUX DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE

Bien que les décideurs aient besoin d'informations assez détaillées sur la structure du financement, de la production et l'utilisation des services de santé dans leurs pays ; ils désirent avoir également les données d'ensemble, fournissant une image instantanée du volume du financement de la santé et l'amélioration conséquente de la fonctionnalité du système de santé.

2.1. Dépenses courantes en santé

Le Système de Comptes de la Santé (SCS) se préoccupe principalement des biens et services de santé consommés par les unités résidentes uniquement, quel que soit le lieu où la consommation a lieu dans le territoire économique ou dans le reste du monde.

Par conséquent, les exportations de biens et services de santé (fournis aux unités non résidentes), sont exclues, alors que les importations de biens et services de santé pour usage final sont incluses.

2.2. Dépenses d'investissement en santé

La distinction entre les dépenses courantes en biens et services de santé et les dépenses en capital dans les industries de la santé est importante. Les biens d'équipement constituent une composante essentielle de la demande des prestataires de services de santé et jouent un rôle crucial dans la fourniture des services et biens de santé afin de maintenir ou agrandir leur production.

La formation brute de capital dans le système de santé, se mesure par la valeur totale des actifs que les prestataires ont acquis pendant l'exercice fiscal (moins la valeur de cession d'actifs de même nature) et qui sont utilisés fréquemment ou pendant plus d'une année dans la fourniture des services de santé.

2.3. Dépenses totales de santé (SCS 1.0)

L'approche prise dans le SCS 1.0 consistait à additionner les deux agrégats des « dépenses courantes en santé » et « la dépense en capital » pour arriver aux « dépenses totales de santé ». Toutefois, l'utilisation de l'agrégat « dépenses totales de santé » avait tendance à être mal comprise. Il est recommandé de garder les deux agrégats « dépenses courantes en santé » et « dépenses en capital » distincts dans le SCS 2011, et de décourager l'utilisation de l'agrégat « dépenses totales de santé (DTS) », tout au moins pour ce qui est de l'utilisation qui en avait été faite dans le SCS 1.0.

Retenons que la première catégorie (dépenses courantes en santé) vise principalement les besoins immédiats de la population et agit par conséquent sur le contrôle des pathologies à

travers des mesures curatives et préventives pour le maintien de l'état de santé. La seconde catégorie (la formation brute de capital), renvoie plutôt au développement du système et à la planification des ressources.

III. DIMENSIONS ANALYTIQUES DES COMPTES DE LA SANTE

Les tableaux des Comptes de la Santé représentent une vision d'un même objet, la dépense nationale de santé (DNS), qui est analysée à travers les différentes relations qu'entretiennent les Fonctions de soins et les entités du système de santé que sont : les Sources de financement, les Agents de financement et les Prestataires de soins.

La mobilisation des ressources du secteur de la santé consiste à collecter des fonds qui peuvent provenir de différentes sources dont les principales sont : l'Etat à travers le budget de la santé et les budgets des provinces et bientôt ceux des ETD dans le cadre de la décentralisation en cours, les partenaires au développement, les ménages / communauté et les initiatives privées

3.1. Recettes des régimes de financement jadis appelées sources de financement : Ce sont les organisations ou les entités qui fournissent les fonds utilisés par les agents de financement dans le système de santé.

3.2. Les Régimes de financement sont des mécanismes de financement à travers lesquels les services sont payés. Les régimes de financement de la santé mobilisent et allouent les ressources financières au sein du système de santé pour couvrir les besoins courants en santé des populations, (individuellement et collectivement), en tenant compte également des besoins futurs attendus. Les individus peuvent avoir accès aux soins au moyen de paiement direct des services et des biens ou à travers les dispositifs de financement d'une tierce partie, telle que l'Institut National de Sécurité Sociale, la Société Nationale d'Assurance et l'assurance volontaire (Mutuelle de Santé).

3.3. Les Agents de financement sont des unités institutionnelles gérant les régimes ou pourvoyeurs de fonds. Ils gèrent un ou plusieurs régimes de financement.

3.4. Les prestataires de soins sont les entités qui reçoivent de l'argent en échange de quoi, ils réalisent un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé.

3.5. Les fonctions : sont les types de biens et services fournis ainsi que les activités réalisées dans le champ délimité des comptes de la santé. (OMS, SHA 2011)

3.6. Les facteurs de prestation : représentent la valeur totale des ressources, en espèces ou en nature utilisée dans la fourniture des biens et services de santé. Ils représentent la valeur du montant payé au prestataire des services et soins de santé à travers les régimes de financement.

3.7. CADRE DE FINANCEMENT DU SYSTEME DES COMPTES DE LA SANTE (SHA 2011)

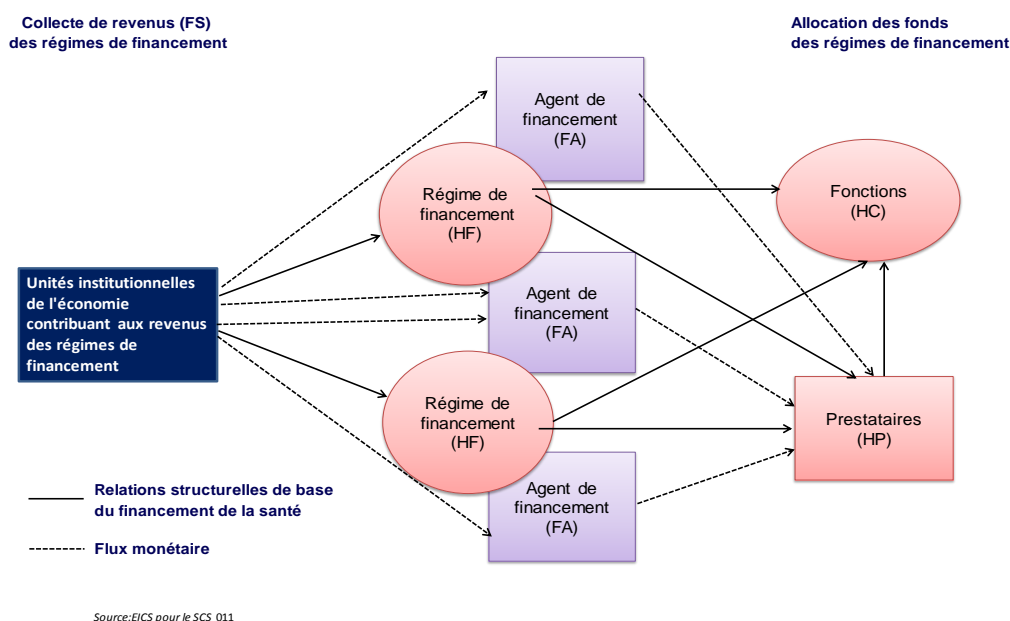


Figure 1. Synthèse des informations sur les dépenses de santé de financement.

La synthèse des informations sur les dépenses de santé est organisée à travers les 4 croisements suivants :

Les dépenses de santé des Sources de financement (FS) par Régime de financement (HF);
Le tableau FS x HF présente la répartition des fonds par source de financement. Il répond à la question « Qui finance qui ? ».

Les dépenses de santé des Régimes (HF) de financement par Prestataires de soins (HP);
Le tableau HF x HP présente l'affectation des ressources entre les prestataires. Il répond à la question « A quel type de prestataire, les Régimes de financement affectent les ressources financières du système »

Les dépenses de santé des Prestataires de soins (HP) par Fonction de soins (HC) ;
Le tableau HP x HC répond à la question « Quelles activités ont été réalisées ou quel service a été acheté avec les fonds reçus par les prestataires de soins. ».

Les dépenses de santé des Agents de financement (FA) par Fonction de soins (HC). Le tableau FA x HC répond à la question « Quelles fonctions ont été achetées par les agents de financement. ».

IV. PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Le financement de la santé en RDC provient de quatre principales sources à savoir : (i) le gouvernement (central et provincial) qui alloue chaque année à travers le budget de l'Etat des subsides de fonctionnement et d'investissement pour le secteur de la santé voté par le Parlement, (ii) les bailleurs de fonds et les autres partenaires internationaux, (iii) les ménages à travers la consommation des services et soins de santé et, (iv) les privés lucratifs et non lucratifs y compris les entreprises publiques et privées à travers la dispensation des services et soins de santé à leur personnel.²

S'agissant des résultats des comptes de la santé RDC 2014, la discussion de ceux-ci est faite en tenant compte des fonctions de financement de système de santé : (i) la **mobilisation des ressources** qui consiste à collecter des fonds qui peuvent provenir de différentes sources dont les principales sont l'Etat, les partenaires au développement, les ménages/population et les initiatives privées; (ii) la **mise en commun des ressources** qui permet d'atteindre les objectifs communs inscrits dans le plan d'action consensuel, de lutter contre le gaspillage à cause de la duplication de certaines interventions, de maximiser les résultats dans l'achat des intrants, des prestations ou des services devant répondre aux besoins de la population ; (iii) l'**allocation équitable des ressources** dans l'optique d'améliorer l'équité dans l'offre des prestations et l'utilisation des services de santé, répondre à la demande par une utilisation rationnelle des ressources et mettre en place des mécanismes de partage des risques entre différents âges, suivant le niveau économique, entre les malades et les non malades, évitant ainsi l'exclusion ou la discrimination ; (iv) la **régulation et le contrôle** pour assurer le respect des normes dans l'ensemble du système de financement de la santé et garantir la qualité des prestations, n'a pas fait l'objet de discussion car cette fonction de « régulation et contrôle » relève de la gouvernance et n'est pas abordée dans ce rapport, étant donné que l'analyse ne porte que sur les dépenses réellement effectuées par les différents acteurs de santé.

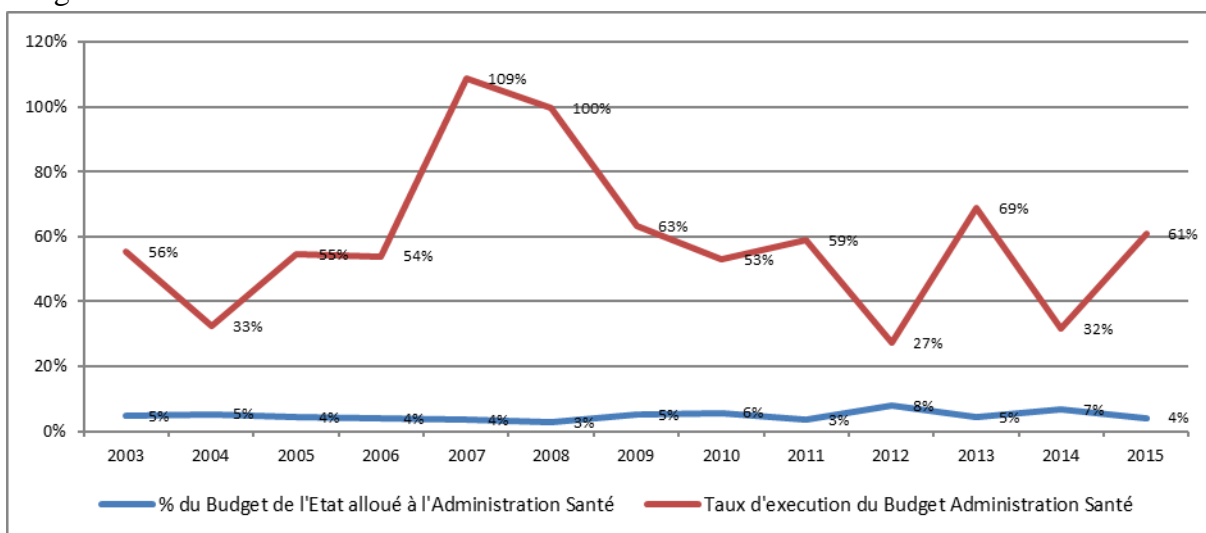
4.1. MOBILISATION DES RESSOURCES DE LA SANTE

4.1.1 Budget de l'Etat alloué au secteur de la santé

La figure ci-dessous traduit l'évolution et le niveau d'exécution du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé de 2002 à 2014. Elle indique le pourcentage du budget alloué au secteur de la santé tel que voté par le Parlement (Assemblée Nationale et Sénat) et

²MSP 2015, Diagnostic sur le Financement de la santé en RDC, Kinshasa, octobre 2015

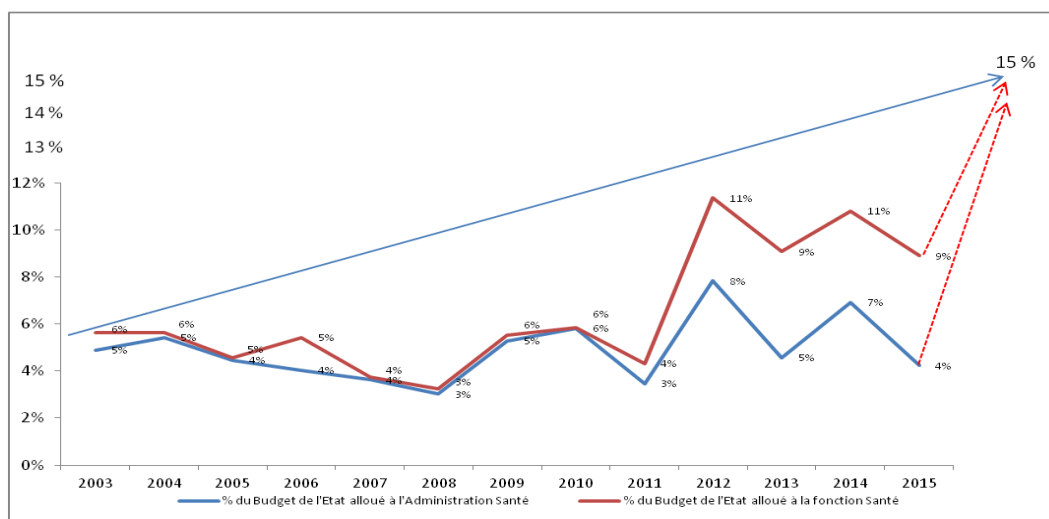
promulgué par le Chef de l'Etat dans les lois de finances relatives aux exercices budgétaires de 2002 à 2014 de la RDC.



Source : Mini Budget / DPSB

Figure 2 : Evolution du % de Budget de l'Etat alloué à l'Administration santé et le taux d'exécution de 2003 à 2015

La part du budget allouée au Secteur de la Santé (Administration de la santé) permet de comparer celle-ci avec les parts accordées par les autres Etats membres de la région africaine de l'OMS dans le cadre du suivi de réalisation de la Déclaration d'Abuja des Chefs d'Etat et des Gouvernements qui recommande aux Etats signataires d'allouer au moins 15% de leurs Budgets au Secteur Santé.



Source : Ministère du Budget/ DPSB, état de suivi budgétaire de 2003 à 2015 RDC

Figure 3: Evolution du % de budget de l'Etat alloué à l'Administration santé et % de budget de l'Etat alloué à la fonction santé par rapport au 15% d'Abuja de 2003 à 2015

Si l'on considère la part du budget de l'Etat alloué à la fonction santé, on observe une amélioration générale à partir de 2012. Toutefois, même en tenant compte de ces allocations, le poids du Budget du secteur de la santé dans le budget de l'Etat demeure

insuffisant par rapport à la Déclaration d'Abuja. Le Gouvernement est donc invité à mobiliser plus de ressources financières en faveur du secteur de la santé.

4.1.2. Evolution de la part du financement de la santé par source de 2010 à 2014 en RDC

La figure ci-dessous montre le pourcentage de mobilisation des ressources financières auprès des différentes sources.

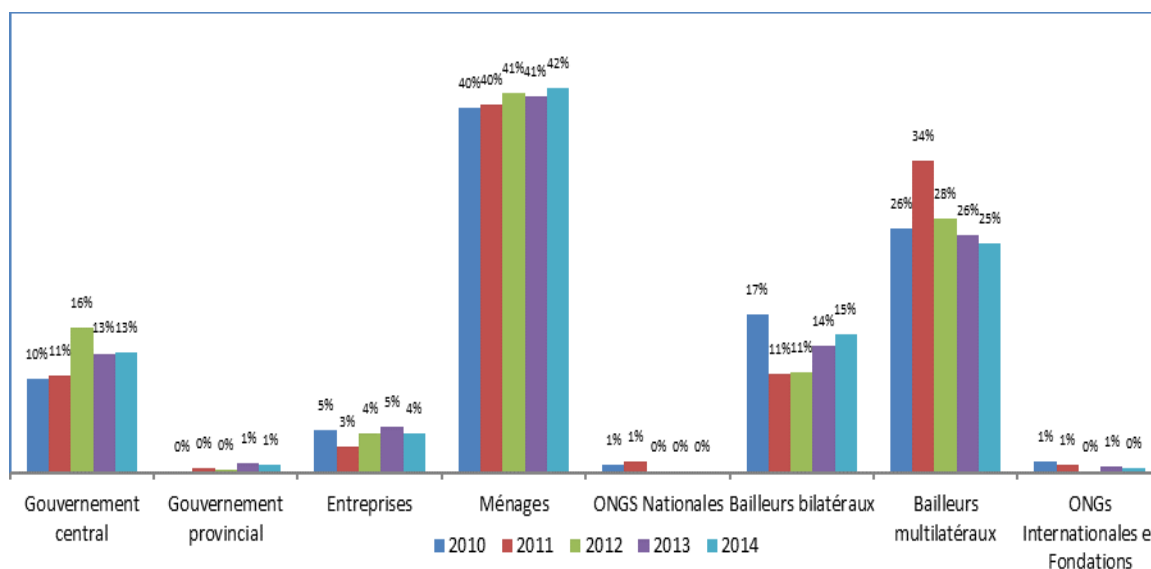


Figure 4 : Evolution de la part du financement de la santé par source de 2010 à 2014 en RDC

Au cours des cinq dernières années, plus de fonds ont été mobilisés par des ménages/population essentiellement par paiement direct des services et soins de santé.

Quant à l'aide extérieure pour la santé qui provient de la coopération bi et multilatérale, des ONGs et Fondations internationales, y compris les Initiatives Internationales. Elle est la deuxième source de financement de la santé. Les partenaires au développement ont mobilisé et financé dans l'ensemble près de 40 % des dépenses courantes de santé en RDC en 2014.

Les ressources provenant de l'Etat à travers le budget alloué au secteur de la santé représentent la troisième source de financement de la santé avec 13% pour l'ensemble des dépenses de santé.

Enfin, les Entreprises constituent la quatrième source de financement de la santé avec 2% pour l'ensemble des dépenses de santé en 2014.

4.1.3. Evolution des principaux agrégats des comptes de la santé de 2010 à 2014

Le tableau ci-dessous, présente les principaux couramment demandés dans le financement de la santé.

Tableau 2 : Evolution de principaux agrégats des comptes de la santé de 2010 à 2014

Libellé	2010	2011	2012	2013	2014
Population	62 200 000	63 900 000	65 700 000	67 510 000	69 535 300
PIB (USD courant)	13 191 265 170	16 052 884 128	17 136 000 000	17 136 000 000	18 725 019 466
Dépense Totale de Santé	891 956 813	900 801 780	1 035 109 881	1 273 910 768	1 462 093 561
Dépense Totale de Santé par habitant ((US\$)	14,34	14,1	15,76	18,87	21,03
Dépense Totale de Santé en % du PIB	6,76%	5,61%	6,04%	7,43%	7,81%
Dépense Courante en santé du Gouvernement en % de la Dépense Courante totale de Santé	10%	11%	16%	14%	14%
Dépense Courante en santé des ménages en % de la Dépense Courante totale de Santé	40%	40%	41%	41%	42%
Dépense Courante en santé du Reste du Monde en % de la Dépense Courante totale de Santé	45%	45%	39%	40%	40%
Dépense courante de santé	829 603 906	839 226 178	983 019 924	1 165 063 076	1 428 969 948
Dépense totale d'investissement	62 352 907	61 575 602	52 089 957	108 847 692	33 123 613

L'analyse de ce tableau montre que les dépenses courantes de santé ont augmenté au cours de ces cinq dernières années au regard même du progrès de la croissance économique et de la stabilité macroéconomique de la RDC qui est en moyenne de 7% par an.

La RDC a connu une période de forte et durable croissance économique depuis 2009 selon les données issues de la revue des dépenses publiques, 2014 (Groupe de la Banque Mondiale : investir dans la couverture sanitaire universelle : opportunités et défis pour la République Démocratique du Congo, Mai 2014).

De la même manière, la dépense courante de santé, est passée de 829 603 906 USD en 2010 à 1 428 969 948 USD, en 2014 soit un accroissement de 42%. La dépense totale d'investissement, est passée, de 62 352 907 USD en 2010 à 33 123 613 USD en 2014, soit un net recul de 46,88 %.

Au regard du tableau ci-dessus, on constate une décroissance des dépenses d'investissement due au faible décaissement du budget ordinaire alloué aux investissements de 2010 à 2014. Pour pallier cette situation, le Gouvernement a mis en place le Programme d'Equipement des Structures de Santé (PESS) qui contient un volet plus important qui est la modernisation des infrastructures médico- sanitaires tel que décrit au point 6.1.3 du présent rapport.

Par ailleurs, la figure ci- dessous, montre l'évolution de la dépense courante en santé du Gouvernement, des Ménages et du Reste du Monde en RDC.de 2010 à 2014.

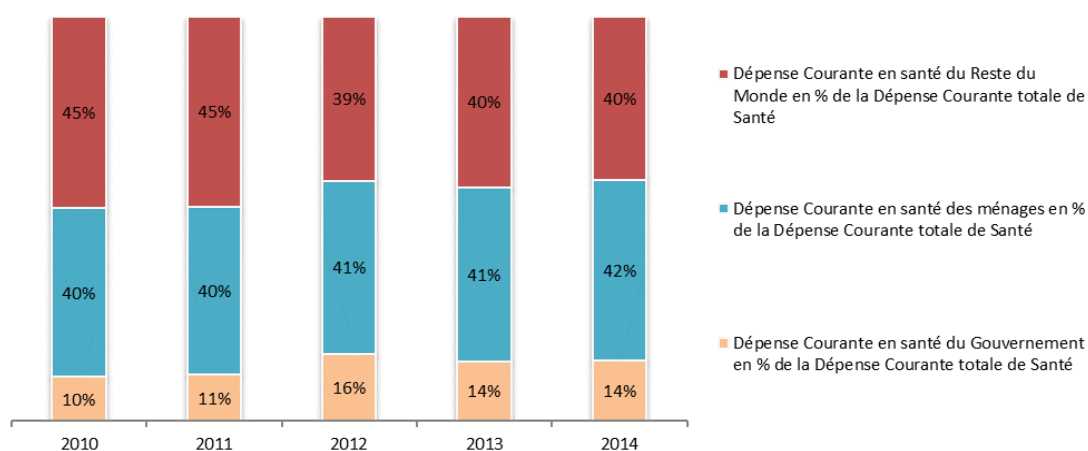


Figure 5: Evolution de la dépense courante en santé du Gouvernement, Ménages et du Reste du Monde de 2010 à 2014

Il ressort de lecture de la figure ci- dessus que les ménages/population restent la première source de financement de la santé (42% en 2014) en RDC de 2010 à 2014. Les partenaires techniques et financiers (Coopérations bi et multilatérales ainsi que les ONGs et Initiatives Internationales) constituent la deuxième source de financement (40% en 2014). Le Gouvernement avec ses diverses interventions occupe la troisième place soit 14% en 2014.

Toutefois, si toutes les interventions, par exemple les exonérations des biens et services de santé accordées dans le cadre des projets financés par certains bailleurs étaient comptabilisées, le rang occupé par le Gouvernement pourrait changer.

Tableau 3 : Dépenses per capita de 2010 à 2014 en RDC

	2010	2011	2012	2013	2014
Dépenses totales de santé per capita	\$14,34	\$14,16	\$15,76	\$18,87	\$20,97
Dépenses courante de la santé per capita	\$13,34	\$13,13	\$14,96	\$17,26	\$20,55
Dépenses d'investissement de la santé per capita	\$1,00	\$0,96	\$0,79	\$1,61	\$0,42
Dépenses du Gouvernement central per capita	\$1,35	\$1,38	\$2,34	\$2,23	\$2,68
Dépenses du Gouvernement provincial per capita	\$0,02	\$0,05	\$0,04	\$0,18	\$0,17
Entreprises per capita	\$0,63	\$0,36	\$0,63	\$0,87	\$0,87
Dépenses totale de santé des ménages per capita	\$5,29	\$5,30	\$6,17	\$7,04	\$7,96
Paiement direct per capita	\$4,96	\$5,12	\$5,93	\$6,81	\$8,39
Dépenses externes per capita	\$6,82	\$5,95	\$6,45	\$7,39	\$8,26

Ce tableau montre que les dépenses totales de santé (DTS) par habitant / an en RDC sont de 21 \$ en 2014 et sont inférieures au minimum de 86 USD USD par habitant par an /an fixé par le groupe de travail international de haut niveau sur le financement de la santé en 2009 (HLTF)

Les dépenses en santé des ménages sont de l'ordre de 6 USD en moyenne par tête, oscillant entre 5 et 8 USD entre 2010 et 2014.

4.1.4. Dépense totale de santé

Tableau 4 : Evolution de la dépense totale de santé de 2010 à 2014 en USD

	Dépense Courante de santé	Dépense d'investissement	Dépense Totale de santé
2010	829 603 906	62 352 907	891 956 813
	93%	7%	100%
2011	839 226 178	61 575 602	900 801 780
	93%	7%	100%
2012	983 019 924	52 089 957	1 035 109 881
	95%	5%	100%
2013	1 165 063 076	108 847 692	1 273 910 768
	91%	9%	100%
2014	1 428 969 948	33 123 613	1 462 093 561
	98%	2%	100%

Au cours de ces cinq dernières années, la part des dépenses courantes dans la dépense totale de santé en RDC a été supérieure à celles de la dépense d'investissement (en moyenne 94% pour la dépense courante de santé contre 6 % pour la dépense d'investissement).

Au regard de ces résultats, il est constaté que la dépense d'investissement a connu une nette augmentation passant de 52 089 957 USD en 2012 à 108 847 692 USD en 2013, soit plus du double, et forte diminution en 2014 passant de 108 847 692 USD en 2013 à 33 123 613 USD.

L'augmentation observée en 2013 est due au Programme d'Equipement des Structures de Santé (PESS) financé par Gouvernement à la hauteur de 80 milliards de Francs congolais.

4.1.5. Analyse de la Dépense Courante par Source de Financement en 2014

Ce point est consacré à l'analyse de la Dépense Courante de différentes sources de financement de la santé en 2014.

Il s'agit notamment de fonds Publics (Administration centrale et provinciale), les Fonds en provenance du reste du monde (Coopérations bi et Multilatérale, ONGs Internationales) et les fonds privés (Ménages, Entreprises et ONG Nationales).

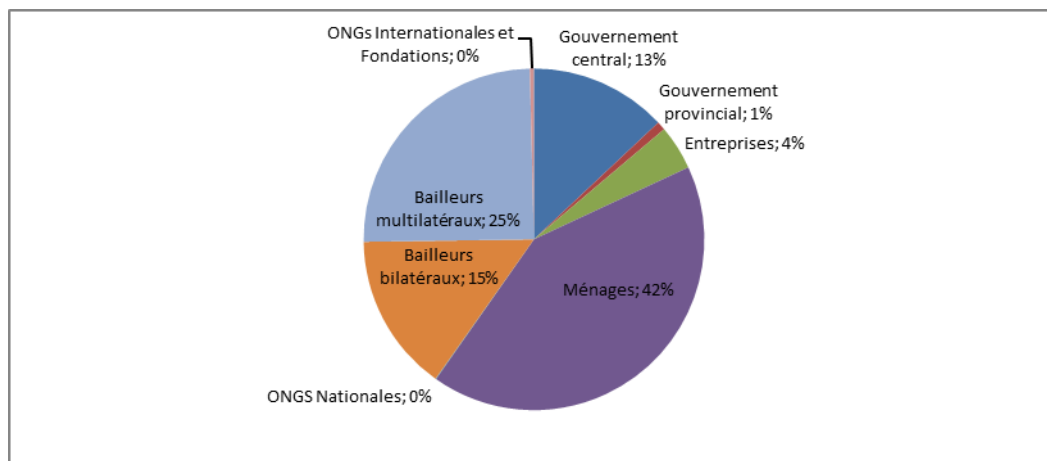


Figure 6: Dépense Courante par Source de Financement en 2014

Il est à noter qu'en 2014 sur un total de 1 428 969 948 USD de la Dépense Courante en santé : les dépenses de santé des ménages s'élèvent à 595 670 252 USD, soit 42% , celles de bailleurs multilatéraux à 355 008 975 USD, soit 25%, de bailleurs bilatéraux à 213 911 023 USD, soit 15%, des ONGs Internationales à 5 459 178 USD, soit 0,04 %, du Gouvernement central à 186 045 418 USD, soit 13%, des Gouvernements provinciaux à 11 778 519 USD, soit 1%, des ONGs nationales à 675 187 USD, soit 0,005 %, et des Entreprises à 60 421 397 USD, soit 4%

4.1.5.1. Fonds Publics

Les fonds publics comprennent les dépenses de santé effectuées par le Gouvernement Central et celles des Gouvernements provinciaux comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 5. Dépenses Publiques de santé en 2014

Dépenses de l'Etat	2014 (USD)	Part
Gouvernement central	186 045 418	94%
Gouvernement provincial	11 778 519	6%
Entités Territoriales Décentralisées (ETD)	ND	-
Total	197 823 937	100%

Il ressort de ce tableau que les dépenses du Gouvernement Central représentaient 94 % de la DCS en 2014 tandis que celles des Gouvernements provinciaux n'étaient que de 6%. Avec la décentralisation l'on espère que le financement des dépenses de santé des provinces sera croissant avec la mise en œuvre des dispositions constitutionnelles relatives à la mobilisation des ressources locales.

Hélas, malgré les efforts déployés par le Gouvernement central, sa contribution au financement de la santé demeure faible et s'élevait à 197 823 937 USD, soit 14 % de la DCS en 2014 ; dont 99% ont été gérés par le Ministère de la santé publique et 1% par les autres Ministères, Institutions et Services publics connexes.

4.1.5.2. Fonds du Reste du Monde

En RDC plus de 1/3 du financement de la santé provient de l'extérieur, et est principalement assuré par les coopérations bi et multilatérale, les ONGs et Fondations Internationales. Ce financement était de 574 379 175 USD, soit 40% de la DCS en 2014 dont 15% provenait de la coopération bilatérale, 25 % de la coopération multilatérale. La part des ONGs et Fondations Internationales représentait une proportion très faible.

Ces résultats indiquent une augmentation de la contribution du Reste du Monde au financement de la santé en RDC qui est passée de 462 millions à 574 millions USD entre 2013 et 2014). Ce niveau de financement de la santé en RDC témoigne 'une forte dépendance à l'aide extérieure du financement de son secteur de santé nonobstant les efforts déployés par le Gouvernement.

Malgré cette progression, l'aide extérieure en santé par tête d'habitant lorsqu'on la compare aux autres pays de l'Afrique centrale (entre 7 et 8 US\$ contre 11 US\$ dans la région en 2012), demeure faible. De plus, elle reste fragmentée (PNDS 2016-2020).

La figure ci-dessous montre les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique et ceux gérés directement par les PTF en 2014.

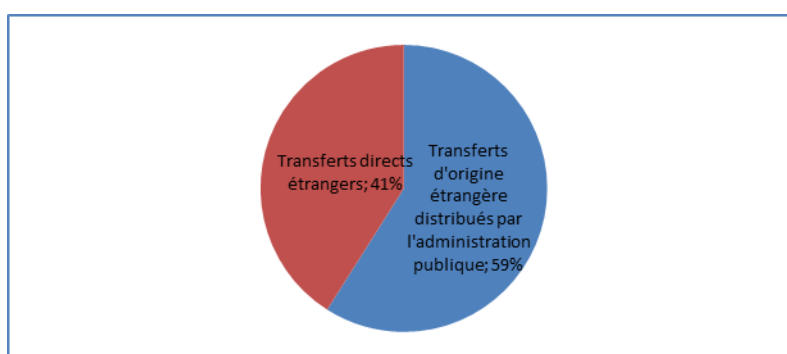


Figure 7: Distribution de Transferts d'origine étrangère dans le secteur de la santé en 2014

Les fonds provenant du Reste du monde sont gérés à 59% par l'administration publique qui les met à la disposition des Services et Structures de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire tandis que 41% de ce financement sont encore gérés par les partenaires techniques et financiers à travers les ONGs nationales et internationales, les projets et les programmes exécutés par les agences des Nations Unies.

4.1.5.3. Fonds des Ménages

La politique de financement de la santé a montré ses limites dans la capacité à assurer un accès aux services de soins de santé à l'ensemble de la population et à éviter à celle-ci des dépenses catastrophiques en matière de santé. Le tableau ci-après renseigne sur la dépense des ménages en mode paiement direct et en mode prépaiement volontaire en 2014.

Tableau 6 : Paiement direct des ménages et leur prépaiement volontaire

Ménages	Montant (USD)	part
Paiement direct	553 245 808	93%
Prépaiement volontaire (Mutuelles de santé)	42 662 544	7%
Total	595 908 352	100%

Au regard de ce tableau, 93% du financement des ménages sont effectués par paiement direct c'est-à-dire que lorsque la maladie survient, les ménages doivent faire face par prélèvement direct sur leurs propres revenus ou sur leurs épargnes, obligeant les plus pauvres à faire les choix douloureux du recours ou non aux soins au risque de s'appauvrir davantage.

A peine 7% du financement des ménages passent par le mécanisme de l'assurance communautaire dont essentiellement les mutuelles de santé des privés et la mutuelle de santé des enseignements (MSP).

Parmi les facteurs qui entretiennent cette situation, il convient de citer : (1) l'existence de paiements à l'acte, (2) la non application de la politique de protection sociale et l'absence d'une stratégie de financement, (3) le faible pouvoir d'achat de la population.

Insuffisance des mécanismes de partage des risques : Un certain nombre de mécanismes de partage des risques sont recensés en RDC, mais ces derniers ne couvrent qu'une infime partie de la population. On citera notamment la prise en charge médicale des fonctionnaires et agents des services publics de l'Etat à travers le budget de l'Etat, la prise en charge des

travailleurs des entreprises privées du secteur formel tel que le prescrit dans le Code du travail, enfin on compte aussi les mutuelles et l'assurance maladie qui sont peu développées. (Ministère de la Santé/ PNDS 2016- 2020).

4.1.5.4. Fonds des Entreprises de 2010 à 2014

La figure ci- dessous renseigne sur le financement des dépenses de santé effectuées par les entreprises de 2010 à 2014.

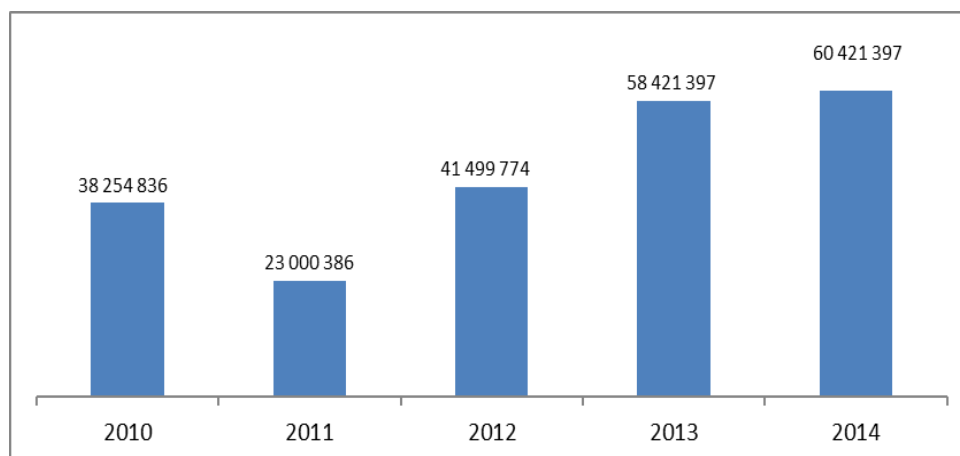


Figure 8: Evolution du financement des Entreprises de 2010 à 2014

Les dépenses de financement de santé des entreprises privées et paraétatiques sont passées de 38 254 836 USD à 60 421 397 USD entre 2010 à 2014, soit une variation de 37%. Cette augmentation se justifier d'une part, par les efforts réalisés par les Entreprises pour couvrir les dépenses en services et soins de santé de leur personnel et leurs ayants-droit, d'autre part, par la complétude des données financières des Entreprises ayant déposé les rapports auprès du Conseil Permanent de Comptabilité au Congo (CPCC).

4.1.5.5. Fonds des ONGs et Fondations nationales.

Il s'agit ici de suivre l'évolution du financement de la santé par les ONGs et les Fondations nationales de 2010 à 2014 dont notamment les confessions religieuses (Eglises Catholiques, Protestantes, Kimbanguistes, Salutistes, etc.) et les Fondations des Entreprises et des privés. La figure ci-dessous montre l'évolution du financement de la santé par les ONGs et Fondations nationales.

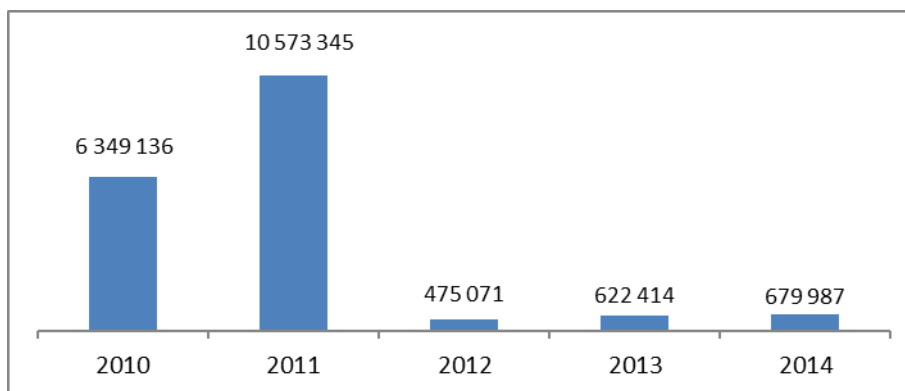


Figure 9: Evolution du financement de la santé par les ONGs et les Fondations nationales de 2010 à 2014

Le financement des ONGs et Fondations nationales a connu une régression significative entre 2011 et 2014 passant de 10 573 345 USD à 679 987 USD. Ceci montre qu'elles ne disposent plus, suffisamment des ressources propres pour réaliser les activités de santé.

4.2. AFFECTATION DES RESSOURCES

L'allocation des ressources dans l'optique d'améliorer l'équité dans l'offre des prestations et l'utilisation des services de santé, doit répondre aux priorités des Services et Structures de santé. Elle garantit leur utilisation rationnelle et en mettant en place des mécanismes de partage des risques de manière à assurer l'accessibilité des populations en leur évitant toute exclusion ou discrimination.

Cette affectation se fera au trois niveaux de la pyramide sanitaire de la RDC.

Il s'agit :

- Du niveau central qui est composé du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général avec les Directions centrales et les Programmes Spécialisés, l'Inspection Générale de la Santé (à mettre en place), les Hôpitaux nationaux et autres Services et structures à vocation nationale³ ;
- Du niveau provincial, constitué du Ministère Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'Hôpital provincial, Des Centrales de Distribution Régionale des Médicaments Essentiels (CDR), des Instituts Techniques et d'Enseignement Médical et des autres structures sanitaires à vocation provinciale ;

³ Ministère de la santé publique RDC/ Arrêté Ministériel N°004/1250/CAB/MIN/SP/2016 du 21 Avril 2016 portant reclassement des hôpitaux nationaux et des hôpitaux provinciaux de la RDC

- Du niveau opérationnel comprenant 516 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un Centre de Santé.

4.2.1 : Affectation des ressources par niveau de la pyramide sanitaire en RDC

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de l'affectation de la dépense totale de santé par niveau de la pyramide sanitaire en RDC de 2010 à 2014.

Tableau 7 : Evolution de la dépense totale de santé au niveau central, provincial et périphérique de 2010 à 2014

Niveau	2010		2011		2012		2013		2014	
1. Niveau central	75 948 916	9%	100 300 189	11%	116 121 324	11%	132 638 797	10%	152 184 496	10%
2. Niveau Provincial	8 649 182	1%	23 878 832	3%	19 662 557	2%	24 383 947	2%	12 181 666	1%
3. Niveau périphérique	362 659 924	41%	328 510 208	36%	580 515 520	56%	705 487 067	55%	758 276 896	52%
3.1 BCZS	4 077 267	0%	5 797 409	1%	8 754 293	1%	5 492 418	0%	45 668 024	3%
3.2 HGR	301 658 070	34%	261 783 283	29%	387 985 959	37%	438 035 642	34%	455 013 056	31%
3.3 CS	56 924 587	6%	60 929 516	7%	183 775 268	18%	261 959 007	21%	257 595 816	18%
4. MULTI-PROVINCES ⁴	444 696 521	50%	452 295 550	50%	318 810 480	31%	411 400 956	32%	539 450 503	37%
Total	891 954 543		904 984 779		1 035 109 881		1 273 910 767		1 462 093 561	100%

Les informations contenues dans le tableau ci-dessus sont illustrées dans la figure ci-après :

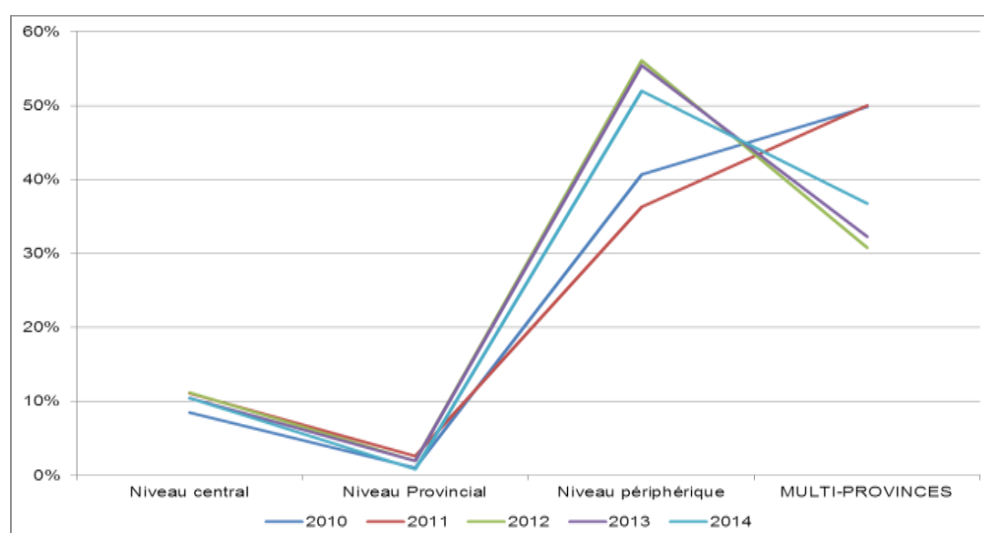


Figure 10 : Evolution de la Dépense Totale de santé au niveau central, provincial et périphérique en RDC de 2010 à 2014

⁴ Dépenses multi provinces, on entend toutes les dépenses non désagrégées par niveau.

Sur la Dépense Totale de 1 462 093 561 USD en 2014, celle affectée au niveau central s'est élevée en chiffre absolu à hauteur de 152 184 496 USD soit une moyenne de 10% de la DTS expliquant ainsi la stagnation du financement à ce niveau.

Quant au niveau provincial, les fonds y affectés étaient de l'ordre de 12 181 666 USD, soit 1% de la DTS. L'on constate que ce niveau demeure encore sous financé alors que les Institutions issues de la réforme (DPS et IPS) se mettent en place progressivement et ont besoin de ressources suffisantes pour mieux accompagner le développement sanitaire.

Enfin, le niveau opérationnel a bénéficié de 52% de la DTS. Ceci reflète la réalité dans l'allocation des ressources provenant de différentes sources de financement pour la planification et la mise en œuvre de la politique nationale de santé. La figure ci-dessous illustre les affectations au niveau des structures de la Zone de Santé.

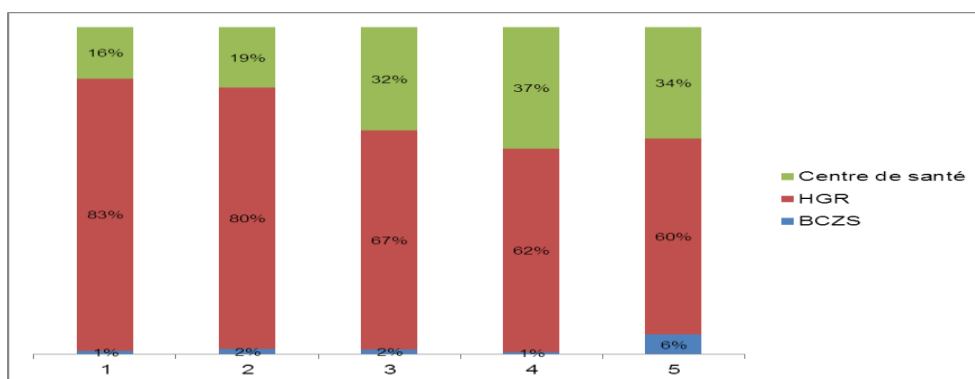


Figure 11 : Distribution du financement de la santé au niveau opérationnel par structure

On note qu'en moyenne 70% de la dépense s'effectuent au niveau des HGR, et près de 30% dans les centres de santé. Par contre les bureaux centraux des Zones de Santé qui sont des structures managériales et d'accompagnement technique des HGR et CS souffrent d'un déficit important de financement, à peine une moyenne de 1% pour la période de 2010 à 2014.

4.2.2. Analyse des Dépenses Courantes par régimes de financement

Les Régimes de financement sont des mécanismes de financement à travers lesquels les services sont payés. Ce sont les principaux dispositifs de financement par lequel les populations peuvent avoir les soins. Le tableau ci-dessous présente les dépenses courantes de santé par régimes de financement.

Tableau 8 : Dépenses courantes de santé par Régimes de financement de 2010 à 2014

Régimes	2010		2011		2012		2013		2014	
Régimes de l'administration Publique	418 657 115	50%	468 729 926	56%	424 602 759	43%	386 133 040	33%	524648684	37%
Régimes de l'administration locale/régionale/des états fédérés	33 916 624	4%	3 119 681	0%	2 868 216	0%	12 389 433	1%	11 974 832	1%
Assurance communautaire	20 913 855	3%	11 515 775	1%	15 622 681	2%	16 060 146	1%	42 662 544	3%
Régimes de financement des ONGS Nationales	10 733 819	1%	9 031 626	1%	3 464 122	0%	2 264 164	0%	675 187	0%
Régimes des agences de développement étrangères résidentes	00	0%	543 917	0%	105 342 844	11%	230 375 916	20%	235 341 496	16%
Régimes de financement des entreprises (sauf les prestataires de soins de santé)	38 011 761	5%	23 000 386	3%	41 499 774	4%	58 421 397	5%	60 421 397	4%
Paiement direct des ménages	307 370 732	37%	323 284 867	39%	389 619 527	40%	459 418 979	39%	553 245 808	39%
Total	829 603 906	100%	839 226 178	100%	983 019 924	100%	1 165 063 076	100%	1428969948	100%

Le financement du système de santé en RDC est réalisé grâce à l'action conjuguée de plusieurs régimes de financement, notamment : le Régime de l'Administration Publique, l'Assurance communautaire, le Régime des Agences de développement étrangères résidentes, les paiements directs des ménages,

Le régime de paiement direct des ménages constitue le principal mécanisme de financement des Services et Soins de santé en RDC en 2014. Ses ressources ont contribué au financement de la santé à hauteur de 553 245 808 USD, soit 39% de la DCS. Ceci amène les ménages à engager des dépenses souvent au-dessus de leurs capacités financières, occasionnant ainsi l'appauvrissement de la population qui tombe malade.

Le régime Public est le deuxième mécanisme du financement de la santé en RDC. Sa contribution au financement de la DCS était de 524 648 684 USD, soit de 37% en 2014. Bien que ce régime se situe en deuxième position par rapport à la DCS des autres régimes, il faudrait qu'il soit mobilisé davantage de ressources et les affecte dans les Services des soins de santé afin de réduire la charge financière des ménages.

Le Régime des Agences de développement étrangères résidentes a mobilisé 235 341 496 USD, soit 16% de la DCS. Ce régime constitue ainsi la troisième force de mobilisation du financement du système de santé en RDC.

Le Régime d'Assurance communautaire a mobilisé 42 662 544 USD, soit 3% des ressources dépensées. Ce régime est à encourager dans le cadre des mécanismes de partage des risques, afin que l'ensemble de la population ait accès aux services de santé de qualité, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers (OMS 2010).

Cependant, si cette situation n'est pas améliorée, le paiement direct va ruiner davantage les populations indigentes. Pourtant, le bon sens et la recherche de l'équité voudraient que nul ne devrait s'appauvrir pour avoir accès aux services et soins de santé.

4.2.3. Evolution des dépenses courantes de santé par agent de Régimes de financement

Les Agents des régimes de financement sont des unités institutionnelles gérant les régimes ou pourvoyeurs de fonds. Ils gèrent un ou plusieurs régimes de financement. Ils sont les acteurs du système de la santé qui se chargent de mettre en commun les ressources collectées auprès de différentes sources et de les distribuer entre les Prestataires. Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la gestion de régimes des financements par agent de financement de 2010 à 2014 (Dépenses Courante) en USD.

Tableau 9 : Evolution de la dépense courante de santé par agent des Régimes de financement de 2010 à 2014

Agent de régimes de financement	2010	2011	2012	2013	2014
DCS	829 603 906	839 226 178	983 019 924	1 165 063 076	1428 969 948
Fonds Publics	218 556 965	299 519 214	423 215 977	395 856 573	536 623 515
	26%	36%	43%	34%	38%
Entreprises	37 998 246	22 993 938	41 499 774	58 421 397	60 421 397
	5%	3%	5%	7%	7%
Mutuelles de santé	16 347 559	11 347 559	15 618 781	16 060 146	42 662 544
	2%	1%	2%	1%	3%
Bailleurs	249 330 405	182 074 252	113 065 864	235 305 981	236 016 683
	30%	22%	12%	20%	17%
Ménages	307 370 732	323 284 867	389 619 527	459 418 979	553 245 808
	37%	39%	40%	39%	39%

Le tableau ci-dessus montre que de 2010 à 2014, la plus grande partie de fonds ont été gérés par les ménages, les fonds publics et les bailleurs. Cependant, Le volume des ressources gérées par les ménages et les fonds publics a connu une augmentation, tandis que celui gérés par les bailleurs a progressivement baissé au cours de la même période.

En effet, le Gouvernement central et les Gouvernements provinciaux ont vu les ressources passées de 218 556 965 USD à 536 623 515 USD, soit un accroissement de 157, 88%, alors que celles des bailleurs ont connu une régression de 249 330 405 USD à 236 016 683 USD, soit – 5,4 %. Le tableau ci-dessous montre les origines des fonds gérés par les Administrations publiques.

Tableau 10 : Origines des fonds gérés par les Administrations publiques en 2014

	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	Total DCS	
Administrations publiques	197 823 937	338 799 578	536 623 515	38%
	37%	63%	100%	
Total DCS	197 823 937	338 799 578	1 428 969 948	100%
	14%	24%	100%	

En 2014, les fonds gérés par les administrations publiques étaient de 536 623 515 USD, soit 38 % de la DCS dont 37 % provenaient du Trésor Public et 63% de certains bailleurs.

En revanche, les mutuelles de santé ont gérés les fonds provenance des cotisations volontaires des ménages et également de transferts directs étrangers, comme montre le tableau ci-dessous.

Tableau 11. Fonds gérés par les mutuelles de santé en 2014

	Prépaiement volontaire	Transferts directs étrangers	Total DCS	
Mutuelles et autres organismes d'assurance sans but lucratif	42 424 444	238 101	42 662 545	3%
	99%	1%	100%	

Les fonds gérés par les Mutuelles de santé en 2014 se sont élevés à 42 662 544 USD, soit 3% de la DCS, dont 99% provenaient des cotisations des ménages à travers le régime communautaire.

4.2.4. Analyse de la Dépense Courante par Prestataires en 2014

Les prestataires de soins sont les entités qui reçoivent de l'argent en échange de la réalisation d'un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé.

Les transferts de ressources entre agents de financement et prestataires des services et soins de santé s'effectuent à plusieurs niveaux de la pyramide sanitaire. Le tableau ci-dessous montre le financement de l'Administration publique, des ménages, des Entreprises, des ONGs Nationales et du Reste du Monde auprès des prestataires des services et soins de santé en 2014.

Tableau 12 : Répartition de la dépense courante de santé par prestataire en 2014

	FS.RI.1.1 Administration publique	FS.RI.1.2 Entreprises	FS.RI.1.3 Ménages	FS.RI.1.4 IS/LSM	FS.RI.1.5 Reste du monde	Total
HP.1 Hôpitaux	73 412 306 37%	60 421 397 100%	298 074 366 50%	46 730 7%	28 278 312 5%	460 233 112 32%
	16%	13%	65%	0%	6%	100%
HP.2 Etablissements résidentiels de soins de longue durée	67 005 100%	0%	0%	0%	0%	67 005 0%
	100%	0%	0%	0%	0%	100%
HP.3 Prestataires de soins de santé ambulatoire	13 439 129 7%	0%	84 456 580 14%	37 200 6%	163 127 523 28%	261 060 432 18%
	5%	0%	32%	0%	62%	100%
HP.4 Prestataires de services aux iliares	62 503 0%	0%	19 144 647 3%	32 680 5%	10 572 846 2%	29 812 676 2%
	0%	0%	64%	0%	35%	100%
HP.5 Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	4 863 148 2%	0%	180 358 314 30%	0%	0%	185 221 462 13%
	3%	0%	97%	0%	0%	100%
HP.6 Prestataires de soins préventifs	11 356 535 6%	0%	11 257 400 2%	418 720 62%	227 114 560 40%	250 147 217 18%
	5%	0%	5%	0%	91%	100%
HP.7 Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	86 330 720 44%	0%	2 375 571 0%	139 857 21%	143 587 082 25%	232 433 230 16%
	37%	0%	1%	0%	62%	100%
HP.8.3 Agents de santé communautaires (ou travailleurs de santé communautaires, agents de santé des villages, etc.)	79 962 0%	0%	3 375 0%	0%	1 698 852 0%	1 782 189 0%
	4%	0%	0%	0%	95%	100%
HP.9 Reste du monde	8 212 629 4%	0%	0%	0%	0%	8 212 629 1%
	100%	0%	0%	0%	0%	100%
Total	197 823 939 100%	60 421 397 100%	595 670 255 100%	675 187 100%	574 379 179 100%	1 428 969 957 100%

A la lecture de ce tableau, il apparaît que les hôpitaux ont reçu un financement d'un montant de 460 233 112 USD, soit 32% de la DCS dont 65% provenaient des ménages, 16% de l'Administration Publique, 13% des entreprises et 6% de reste du monde.

Quant aux centres de santé, le montant de leur financement s'élevait à 261 060 432 USD, soit 18% de la DCS en 2014 dont 5% provenaient de l'Administration Publique, 32% de ménage et 62 % de reste du monde.

En outre, les prestataires des soins préventifs ont bénéficié d'un financement de 250 147 217 USD, soit 18% de DCS dont 91% de ces fonds provenaient du Reste du monde, 5% de l'Administration publique et 4% des ménages.

S'agissant des prestataires de Services Administratifs et de financement du système de soins de santé, leurs prestations ont coûté 232 433 230 USD, soit 16% de la DCS, dont 62% provenaient du Reste de monde, 37% de l'Administration Publique et 1% des ménages.

4.3. UTILISATION DES RESSOURCES EN 2014

Les fonctions sont les types de biens et services fournis ainsi que les activités réalisées dans le champ délimité des comptes de la santé. (OMS, SHA 2011). Le tableau ci-dessous renseigne sur les dépenses de santé par activité et par source de financement en 2014.

4.3.1. Fonction par source de financement en 2014

Tableau 13 : Fonctions par source de financement en 2014

	FS.RI.1.1 Administration publique		FS.RI.1.2 Entreprises		FS.RI.1.3 Ménages		FS.RI.1.4 ONGs Nationales		FS.RI.1.5 Reste du monde		Total	
HC.1 Soins curatifs	93 665 483	47%	60 421 397	100%	382 496 784	64%	83 930	12%	88 995 153	15%	625 662 749	44%
	15%		10%		61%		0%		14%		100%	
HC.3 Soins (de santé) de longue durée	67 005	0%									67 005	0%
	100%										100%	
HC.4 Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	62 503	0%			19 144 647	3%	32 680	5%	10 572 846	2%	29 812 676	2%
	0%		0%		64%		0%		35%		100%	
HC.5.1 Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	5 487 789	3%			178 669 542	30%					184 157 332	13%
	3%				97%						100%	
HC.5.2 Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux	53 707	0%			1 688 771	0%					1 742 478	0%
	3%				97%						100%	
HC.5.nec Biens médicaux non spécifiés (n.c.a.)	142 563	0%									142 563	0%
	100%										100%	
HC.6 Soins préventifs	12 014 166	6%			11 294 937	2%	418 720	62%	331 224 095	58%	354 951 919	25%
	3%				3%		0%		93%		100%	
HC.7 Gouvernance, administration du système de santé et des financements	86 330 720	44%			2 375 571	0%	139 857	21%	143 587 082	25%	232 433 230	16%
	37%				1%		0%		62%		100%	
Total	197 823 940	100%	60 421 397	100%	595 670 255	100%	675 187	100%	574 379 177	100%	1 428 969 955	100%

Ce tableau montre que les soins curatifs dans les Hôpitaux et Centres de santé ont été financés dans l'ensemble à 625 662 749 USD, soit 44% de la dépense courante dont 15% provenaient de l'Administration publique, 10% des entreprises, 61% des ménages et 14% du Reste de monde.

Les services auxiliaires notamment les examens de laboratoire d'analyse, l'imagerie médicale ont été financés à la hauteur de 29 812 676 USD, soit 2 % de la dépense courante de santé dont 64% provenaient des ménages, 35% des partenaires et 1 % du Gouvernement et des ONGs Nationales.

S'agissant de l'achat des produits pharmaceutiques, le financement effectué était de 184 157 332 USD soit 13% de la dépense courante de santé dont 97% étaient financés par les ménages et 3% par le Gouvernement.

Les soins préventifs représentaient un montant de 354 951 919 USD, soit 25% de la dépense courante de santé. Ils ont été financés principalement par les bailleurs à la hauteur de 93% de la DCS, tandis que 7% de ce financement provenaient respectivement du Gouvernement (3%), des ménages (3%) et des ONGs nationales (1%).

La Gouvernance, administration du financement de système de santé, a coûté 232 433 230 USD, soit 16% de la DCS. Ces fonds provenaient de l'Administration Publique (37%), du Reste du monde (62%) et des ménages (1%).

4.3.2. Les Facteurs de prestation

Les facteurs de prestation représentent la valeur totale des ressources, en espèces ou en nature utilisées dans la fourniture des biens et services de santé.

Ils représentent la valeur du montant payé aux prestataires des services et soins de santé à travers les régimes de financement. Le tableau ci-dessous montre la répartition de la Dépense Courante en Santé par facteurs de prestation selon les sources de financement en 2014.

Tableau 14 : Distribution de la DCS par facteur de prestation et par source de financement en 2014

	Administration publique	Entreprises	Ménages	Ongs Nationales	Reste du monde					
Facteurs de prestation de soins de santé	197 823 937	100%	60 421 397	100%	595 670 252	100%	675 187	100%	574 379 175	
Rémunération des employés	161 288 162	82%		1 812 812	0%	262 754	39%	142 832 424	25%	
Rémunération des professionnels particuliers						23 500	3%	5 480	0%	
Service de laboratoire et d'imagerie				19 144 647	3%			9 974 322	2%	
ARV	650 484	0%				46 530	7%	11 130 576	2%	
Anti-tuberculeux	2 154 099	1%						1 716 971	0%	
ACT	549 055	0%								
Autres anti-paludiques								20 424 271	4%	
Vaccins	3 804 344	2%						99 718 760	17%	
Contraceptifs				629 834	0%			2 655 076	0%	
Autres produits pharmaceutiques (n.c.a.)	8 675 461	4%		180 239 918	30%	39 200	6%	31 696 154	6%	
MII								1 057 617	0%	
Produits insecticides et vaporisateurs								54 673 037	10%	
Matériels d'injection	525 805	0%								
Matériels de diagnostique						29 600	4%	1 692 054	0%	
Autres produits de santé et produits non spécifiés (n.c.a.)	72 068	0%		2 148 423	0%			432 398	0%	
Services non sanitaires	2 435 932	1%		1 311 127	0%	244 342	36%	74 338 705	13%	
Fourniture de bureau	1 374 450	1%		61 757	0%	1 260	0%	916 184	0%	
Carburant et lubrifiant	23 208	0%		21 720	0%			6 271 908	1%	
Autres Biens non sanitaire	1 155	0%		5 110	0%			198 480	0%	
Autres facteurs	16 269 713	8%	60 421 397	100%	390 294 904	66%	28 000	4%	114 644 759	20%

Les données présentées dans ce tableau, montrent qu'en 2014 les Dépenses Courantes de santé de l'Administration publique, étaient principalement consacrées à la rémunération des Agents et Fonctionnaires de l'Etat à hauteur de 181 288 102 USD, soit 82%, aux achats de produits pharmaceutiques 15 833 443 USD, soit 8%, aux autres facteurs tels que les fournitures de bureau, entretien et réparation etc. 20 702 331USD soit 10%.

S'agissant des ménages, les dépenses effectuées étaient de 595 670 252 USD dont 180 869 753 USD, soit 30% ont servi à l'achat des produits pharmaceutiques, 19 144 647

USD, soit 3% pour les services de laboratoire et d'imagerie et 390 294 904 USD, soit 66% pour les autres facteurs non spécifiés.

Par ailleurs, les DCS des bailleurs qui se sont élevées à 574379175 USD ont été utilisées en vue de couvrir les dépenses de rémunération pour un montant 142832 424USD, soit 25 %, d'achat des vaccins pour un montant de 99 718 971 USD, soit 17%, de paiement des prestations de services de laboratoire et d'imagerie pour un montant de 9 974 322USD, soit 2%, d'achat des ARV pour un montant de 11 130 576 USD, soit 2%, d'achat des antipaludiques pour un montant 20 424 271 USD, soit 4%, d'achat des autres médicaments pour un montant de 31 696 154 USD, soit 6%, des MILD pour un montant de 1 057 616 USD, soit 0,001%, les services non sanitaires (location, entretien, restauration, training / formation, etc.) pour un montant de 74338 705USD, soit 13%, enfin pour celles liées autres facteurs non spécifiés 114 644 759, soit 20%.

4.3.3. Dépenses d'investissement

Tableau 15. Dépenses d'investissement par source de financement en 2014

Nature d'investissement	Administrati on publique	Ménages	ONGs Nationales	Reste du monde	Total	%
Construction infrastructures sanitaires	8 995 011		4 800	1 993 670	10 993 481	33%
Bâtiments Administratifs	94 843	921 839		2 117 765	3 134 447	9%
Equipements médicaux	2 911 120	22 102		3 084 910	6 018 131	18%
Matériel de transport	40 675	16 730		2 541 258	2 598 663	8%
Equipements TIC	1 634	1 665		1 695 495	1 698 794	5%
Machines et équipements	29 391	512 325		4 234 269	4 775 985	14%
Recherche et développement en santé	3 566 651			337 460	3 904 111	12%
Total	15 639 325	1 474 660	4 800	16 004 827	33 123 613	100%
%	47%	4%	0%	48%	100%	

Il ressort du tableau ci-dessus que sur 33 123 613 USD des dépenses d'investissements dans le secteur de santé en RDC en 2014, le Reste du Monde et l'Administration Publique y ont contribué respectivement à hauteur de 16 004 827 USD, soit 48% et 15 639 325 USD, soit 47%. Le financement des investissements des ménages dans ce secteur reste très faible et s'effectue à travers la participation communautaire.

La dépense de construction des infrastructures sanitaires y compris les bâtiments administratifs de santé était de 14 127 927,76 USD soit 43% du financement total d'investissement (dont 9 089 854 USD, soit 64% provenaient de l'administration publique à travers le projet PESS et 4 111 434 USD soit 29% des partenaires techniques et financiers) en 2014.

De plus, la participation des ménages dans les dépenses de construction des infrastructures sanitaires y compris les bâtiments administratifs de santé s'est élevée à 921 838 USD, soit 7%. Bien que nous n'ayons pas ressorti le type des constructions, ceci montre que dans la plupart des cas s'il y a une bonne gestion des ressources générées à travers l'utilisation des services et soins de santé par la population, celles-ci peuvent contribuer également au financement des dépenses d'investissements des édifices de santé.

Les équipements médicaux viennent en deuxième position avec 6 018 131 USD soit 18% des dépenses totales d'investissement. La ventilation de ces dépenses montre que les partenaires techniques et financiers de la RDC ont contribué à hauteur de 51%, tandis que l'Administration Publique, à travers le Programme d'Equipement des Structures Sanitaires (PESS) y a participé à concurrence de 48%.

Quant à la recherche et développement en santé, son financement a nécessité la mobilisation de 3 904 111 USD représentant 12% du financement total des investissements en 2014. Les dépenses pour cette catégorie montrent que 91% provenaient de l'Administration publique et 9% du Reste du monde.

4.4. LE FINANCEMENT DE LA CONTREPARTIE DU GOUVERNEMENT DANS LA LUTTE CONTRE LA MALADIE : PALUDISME, TUBERCULOSE ET VIH/SIDA EN 2014

Dans le contexte du Fonds Mondial, on entend par financement de contrepartie l'obligation, pour les autorités publiques du pays récipiendaire, de contribuer financièrement à la lutte contre les maladies soutenues par le Fonds Mondial.

En effet, depuis janvier 2012, les pays qui demandent des crédits au Fonds Mondial doivent garantir que la contribution de leurs autorités publiques atteigne un seuil minimal au moment de la reconduction. Si tel n'est pas le cas, les autorités doivent élaborer et présenter un plan d'action pour atteindre le montant minimal requis.

Les seuils de contribution sont fonctions du niveau de revenu du pays. Pour les Pays à faible revenu, comme la RDC, leur contribution doit être à hauteur de 5 % conformément aux exigences du Fonds Mondial. Ainsi, le Gouvernement s'est engagé à contribuer à hauteur de 5% du montant total de l'appui venant du Fonds Mondial pour la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida, en plus des subventions budgétaires allouées aux PNLP, PNLS, PNLT, PNTS et autres services. Les tableaux ci-dessous fournissent la hauteur du financement de la contrepartie du Gouvernement dans la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida en 2014.

Tableau 16 : Financement de la contrepartie du Gouvernement dans lutte contre le VIH/Sida en 2014

Origines des fonds pour le VIH/SIDA et les autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)	MONTANT en USD	%
Autres Fonds internes des administrations publiques	19 837 358	18%
Financement de la contrepartie du Gouvernement	1 161 578	1%
Fonds mondial	31 406 196	28%
Autres sources étrangères	59 964 490	53%
Ménages	435 296	0%
Autres sources privées	518 330	0%
Dépenses totales pou VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)	113 323 248	
Part du Fonds mondial dans les dépenses totales de lutte contre le VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)	28%	
Part du Fonds mondial dans le financement étranger total pour le VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)	34%	

L'analyse du tableau ci-dessus montre que la dépense totale de lutte contre le VIH/Sida était de 113 323 248 USD en 2014. Le Gouvernement a financé à hauteur de 19% (et la contrepartie ne représentait que 1%), le Fonds Mondial à hauteur de 28%. Les autres financements étrangers ont représenté 53% de ladite dépense. Le financement du Fonds mondial par rapport au financement étranger total pour la lutte contre le VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) représentait 34% en 2014.

Tableau 17: Financement de la contrepartie du Gouvernement dans la lutte contre la Tuberculose en 2014

Origines des fonds pour la Tuberculose dépenses	MONTANT en USD	%
Autres Fonds internes des Administrations publiques	54 666	0%
Contrepartie du Gouvernement	4 396 120	20%
Fonds mondial	6 269 550	29%
Autres sources étrangères	10 012 245	46%
Ménages	870 591	4%
Autres sources privées	0	
Dépenses totales pour la lutte contre la Tuberculose	21 603 172	
Part du Fonds mondial dans les dépenses totales pour la lutte contre la Tuberculose	29%	
Part du Fonds mondial dans le financement étranger total pour la lutte contre la Tuberculose	39%	

L'analyse du tableau ci-dessus montre que la dépense totale pour la lutte contre la tuberculose était de 21 603 172USD en 2014 dont 20% pour la contrepartie du Gouvernement. Le Fonds Mondial a financé à hauteur de 29% et les autres financements étrangers y ont concouru à hauteur de 46%. La contribution des ménages a été de 4%. Si on compare la part du financement du Fonds mondial avec celle des autres financements étrangers de lutte contre la Tuberculose, celle-ci a représenté 39% en 2014.

Tableau 18 : Financement de la contrepartie du Gouvernement dans la lutte contre le Paludisme en 2014

Origines des fonds pour la lutte contre le paludisme	Montant en USD	%
Fonds internes des Administrations publiques	1 171 898	0 ;5%
Contrepartie du Gouvernement	549 055	0 ;2%
Fonds mondial	105 246 240	42 ,4%
Autres sources étrangères	31 086 466	12,5%
Ménages	95 973 619	38,7%
Autres sources privées	14 011 722	5,6%
Dépenses totales pour la lutte contre le Paludisme	248 038 999	100%
Part du Fonds mondial dans les dépenses totales dans la lutte contre le Paludisme	42%	
Part du Fonds mondial dans le financement étranger total pour la lutte contre le Paludisme	77%	

L'analyse du tableau ci-dessus montre que la dépense totale de lutte contre le paludisme était de 248 038 999USD en 2014 dont 1% prise en charge par le Gouvernement (et la contrepartie représentait 0,002%). La contribution du Fonds Mondial représentait 42% de cette dépense, tandis que celle des autres financements étrangers et des ménages représentaient respectivement 13% et 39%. Si on compare la part du financement du Fonds mondial avec le financement étranger total pour la lutte contre le Paludisme, celle-ci a représenté 77% en 2014.

4.5. DISTRIBUTION DE LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ PAR MALADIE SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM 10) ET PAR SOURCE DE FINANCEMENT

En RDC, les maladies, les affections et événements qui sont sous surveillance sont au nombre de 36 regroupés en : (i) maladies à potentiel épidémique, (ii) maladies faisant l'objet de mesures d'éradication ou d'élimination, (iii) autres maladies, affections, (iv) maladies ou événements de portée internationale (Ministère de la santé publique RDC / DLM 2014).

Le tableau ci-dessous renseigne sur les dépenses de santé des maladies selon la classification internationale de la maladie (CIM 10) par source de financement. Ces dépenses sont réparties en maladies infectieuses et parasitaires, problèmes de santé de la reproduction, carences nutritionnelles, maladies non transmissibles, traumatismes et autres.

4.5.1. Maladies infectieuses et parasitaires

Tableau 19 : Dépenses de santé des maladies selon la classification internationale de la maladie (CIM 10) et par source de financement

	Administration publique	Entreprises	Ménages	ONGS Nationales	Reste du monde	Total
Maladies infectieuses et parasitaires						
VII/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	20 998 936 8%		435 296 0%	518 330 43%	91 370 687 9%	113 323 249 8%
Tuberculose	4 450 786 2%		870 591 0%		16 281 795 2%	21 603 172 2%
Paludisme	1 720 953 1%	14 011 722 13%	95 973 619 9%		136 332 705 13%	248 039 000 17%
Infections des voies respiratoires	4 800 690 2%	23 068 889 21%	103 535 082 10%		2 291 502 0%	133 696 163 9%
Maladies diarrhéiques	17 017 169 7%	6 730 944 6%	60 200 736 6%		4 076 144 0%	88 024 993 6%
Maladies tropicales négligées	2 118 330 1%			0%	11 954 031 1%	14 072 361 1%
Maladies évitables par la vaccination	7 212 625 3%		408 194 0%		117 487 756 12%	125 108 576 9%
Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	3 315 076 1%	6 773 239 6%	62 103 333 6%	17 000 1%	40 361 517 4%	112 570 165 8%
Sous total	61 634 565 7%	50 584 794 6%	323 526 851 30%	535 330 0%	420 156 137 41%	856 437 678 60%
Santé de la Reproduction						
Affections maternelles	375 133 0%		48 830 612 5%		10 190 645 1%	59 396 390 4%
Affections périnatales	35 786 0%		1 052 753 0%			1 088 539 0%
Prise en charge d'une contraception (planning familial)	58 506 0%		629 834 0%		6 407 956 1%	7 096 297 0%
Affections liées à la santé de la reproduction non spécifiées (n.c.a.)	1 005 425 0%		115 104 508 11%		4 290 349 0%	120 400 283 8%
Sous total	1 474 850 1%		165 617 708 15%		20 888 951 2%	187 981 509 13%
Carences nutritionnelles	1 128 086 0%	4 791 417 4%	35 777 632 3%		19 389 515 2%	61 086 650 4%
Maladies non transmissibles	18 492 938 7%	211 475 0%	17 747 632 2%		296 476 0%	36 748 521 3%
Traumatismes	11 467 652 4%	1 123 838 1%	2 675 918 0%		11 987 0%	15 279 395 1%
Non lié à une maladie spécifique	86 235 893 47%		3 102 220 2%	139 857 12%	95 867 816 9%	185 345 787 13%
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	17 389 953 7%	3 709 874 4%	47 222 290 4%		17 768 293 2%	86 090 410 6%
Sous total	260 933 355 100%	111 006 191 100%	1 084 814 818 100%	1 210 517 100%	1 015 424 270 100%	1 428 969 952 100%

Il ressort de ce tableau que les maladies infectieuses et parasitaires ont coûté 856 437 678 USD soit 60% de la DCS, les problèmes de santé de la reproduction, 187 981 508 USD, soit 13% de la DCS, les carences nutritionnelles, 61 086 650 USD, soit 4% de la DCS, les maladies non transmissibles, 36 748 521 USD, soit 3% de la DCS, les traumatismes 15 279 395, USD, soit 1% de la DCS et les autres 86 090 410 USD soit 6% de la DCS.

S'agissant du **VIH/Sida** qui est une priorité nationale de santé publique, ses dépenses représentaient 1 428 969 952 USD, soit 8% de la DCS. Cette dépense, a été supportée à 81% par le Reste du monde, et à 19% par l'Administration publique.

Concernant la **Tuberculose** qui demeure l'une des infections opportunistes frappant les PVVIH, sa dépense était de 21 603 172 USD, soit 2% de la DCS. De la même manière, le Reste du monde a supporté 16 281 795 USD, soit 75% de cette dépense, l'Administration Publique a financée à hauteur de 4 450 785 USD, soit 21% tandis que les ménages y ont consacré 870 591, soit 1%.

Le **Paludisme**, première cause de morbidité et de mortalité en RDC a couté 248 039 000 USD, soit 17% de la dépense courante de santé dont 95 973 619 USD, soit 39% ont été supportés par les ménages pour les soins curatifs. Le Reste du monde a financé à hauteur de 136 332 705 USD, soit 55% pour les actions préventives. Les Entreprises ont participé à la couverture de cette dépense à concurrence de 6%, et l'Administration Publique dans le cadre du financement de la contrepartie a financée à hauteur de 1 720 953 USD, soit 1%.

La figure ci-dessous indique le montant de la dépense pour chaque maladie se trouvant dans une composante donnée de la CIM 10 en 2014.

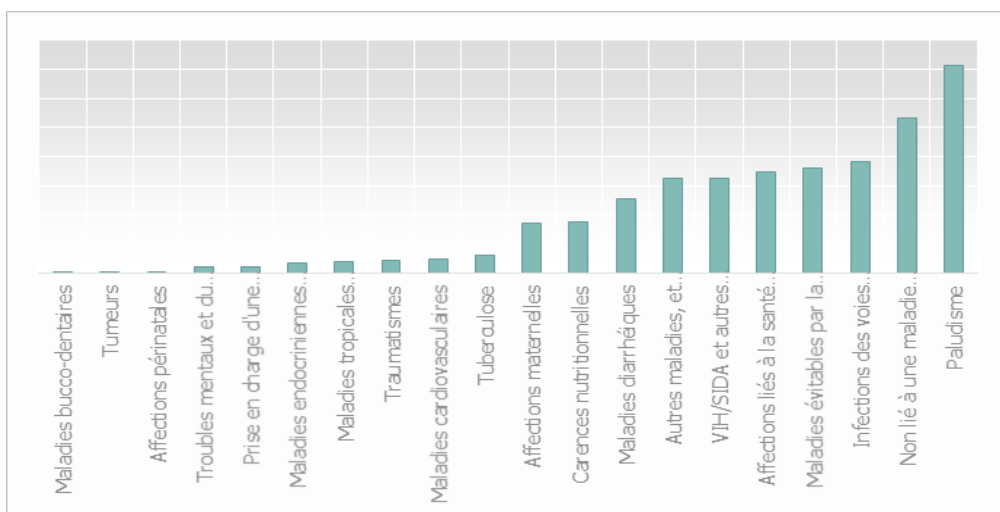


Figure 10 : Dépense effective pour chaque pathologie (maladie) en 2014

De cette figure, il ressort que le paludisme est la pathologie qui a occasionné la plus grande partie des dépenses de santé estimée à 248 039 000 USD, soit 17% de la DCS en 2014, les infections respiratoires aiguës 133 696 163 USD, soit 9%, les maladies évitables par la vaccination 125 108 575 USD, soit 9%, les maladies diarrhéiques 88 024 993 USD, soit 6%, etc.

4.5.2. Maladies tropicales négligées en 2014

Il existe quatorze maladies tropicales négligées (MTN) endémiques. Elles sont regroupées en deux catégories notamment, les MTN à Chimiothérapie Préventive (CTP), à savoir la filariose lymphatique, les géo helminthiases, l'onchocercose, la loase, les schistosomiasis et le trachome, ainsi que les MTN à prise en charge des cas (MTN PCC) qui regroupe la dracunculose, les leishmanioses, la lèpre, la peste, le pian, la rage, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), l'ulcère de Buruli et le noma. Le tableau ci-dessous présente l'évolution du financement des MTN en RDC de 2010 à 2014 par source de financement et par habitant/an.

Tableau 20 : Evolution du financement des MTN par source de financement et par habitant/an de 2010 à 2014

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014
Dépense courante en Maladies tropicales négligées (millions de \$ US)	16 359 360	8 444 141	18 239 270	5 840 326	14 072 361
Dépenses financées par des fonds des administrations publiques (%)	8%	18%	13%	13%	15%
Dépenses financées par des fonds externes (%)	92%	82%	87%	87%	85%
% de la dépense courante totale	2%	1%	2%	1%	1%
Dépense par habitant par an (en \$ US)	0,270	0,132	0,278	0,087	0,202
Dépense en biens pharmaceutiques % de la dépense courante totale en Maladies tropicales négligées	86%	58%	2%	57%	69%

L'analyse du tableau ci-dessus montre que les dépenses courantes de lutte contre les MTN ont diminué passant de 16 359 360 USD à 14 072 361 USD de 2010 à 2014, soit une baisse de 14%. Les fonds de l'Administration publique ont évolué en dents de scie, respectivement de 8% en 2010, 18% en 2011, 13% en 2012 et 2013 et enfin, 15% en 2014. De même, les fonds externes ont diminué au cours de la même période : 92% en 2010, 82% en 2011, 87% en 2012 et 2013 et 85% en 2014. Bien qu'on observe une diminution des dépenses pour la lutte contre les MTN, on note que son financement était plus assuré par le Reste du monde.

4.5.3. Carences nutritionnelles en 2014

La sous-nutrition est le type de malnutrition le plus fréquent en RDC. Elle inclut la malnutrition chronique, la malnutrition aiguë et les carences en micronutriments. Les diverses formes de malnutrition touchent surtout les jeunes enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les personnes de troisième âge.

Les carences nutritionnelles absorbent 61 086 650 USD soit 4% de la DCS dont le montant total s'élève à 1 428 969 952 USD en 2014. Les ménages ont supporté cette dépense plus que les autres sources de financement. Ils ont ainsi dépensé 35 777 632 USD, soit 59% de la DCS liée aux carences nutritionnelles en RDC. Ils sont suivis dans leurs efforts de financement par le Reste du monde (19 389 515 USD, soit 32%). Le tableau ci-dessous présente l'évolution des dépenses relatives à la lutte contre la carence nutritionnelle par source de financement de 2010 à 2014 en RDC.

Tableau 21 : Evolution des dépenses relatives à la lutte contre les carences nutritionnelles par source de financement de 2010 à 2014

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014
Dépense courante en carences nutritionnelles (millions de \$ US)	29 166 938	37 286 484	54 894 039	92 900 104	61 086 650
Dépenses financées par des fonds des Administrations publiques (%)	4%	2%	3%	2%	2%
Dépenses financées par des fonds externes (%)	28%	11%	46%	65%	32%
Dépenses financées par des fonds privés (%)	69%	86%	51%	34%	66%
% de la dépense courante totale	4%	4%	6%	8%	4%
Dépenses par habitant par en \$ US	0,48	0,58	0,84	1,38	0,88
Dépense en biens pharmaceutiques % de la dépense courante totale en Carences nutritionnelles	8%	10%	35%	15%	28%

Les dépenses courantes relatives à la lutte contre la carence nutritionnelle présentent une évolution ascendante de 2010 (29 166 938 USD) à 2014 (61 086 650 USD), soit 109%.

Cependant, au cours de la période allant de 2010 à 2014, ce sont les ménages qui ont le plus contribué au financement des dépenses procédant des différentes affections liées aux carences nutritionnelles. Contrairement aux MTN, pour lesquelles le financement des ménages n'était pas significatif, les dépenses afférentes aux carences nutritionnelles ont été en grande partie financées par ces derniers, soit 69% en 2010, 86% en 2011, 51% en 2012, 34% en 2013 et 66% en 2014. Outre les ménages, celles-ci étaient aussi financées par le Reste du Monde.

4.5.4. Maladies non transmissibles en 2014

Une enquête de surveillance, utilisant l'instrument STEPS (enquête pas à pas) de l'OMS, montre que dans la ville de Kinshasa, chez les personnes de plus de 15 ans, la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) est de 11% et celle du diabète est de 15,5%.

Il est bien probable que la situation soit semblable dans d'autres grandes villes. Il y a toutefois lieu de signaler une insuffisance des données statistiques sur le diabète, l'HTA et les autres maladies cardio-vasculaires. Le diagramme ci-dessous montre la proportion du financement des maladies non transmissibles par source de financement en 2014.

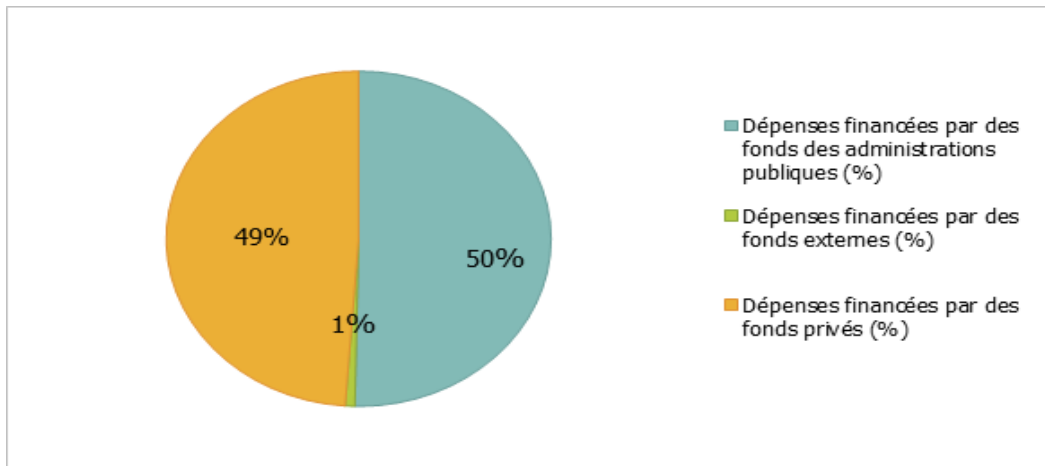


Figure 11 : Financement des maladies non transmissibles par source de financement en 2014

Les dépenses des maladies non transmissibles étaient de 36 748 521 USD en 2014 et réparties de la manière suivante : 18 492 938 USD, soit 50% provenaient des Administrations Publiques, 17 747 636 USD, soit 48% des ménages, 296 476 USD, soit 1% du Reste du Monde, et 211 475 USD, soit 1% des Entreprises.

4.5.5. Santé de la Reproduction

La RDC s'est engagée en faveur de la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016- 2030 afin de : (i) repositionner la planification familiale pour promouvoir un accès égal à de toutes les femmes à la contraception de leur choix et à des services de qualité ; (ii) continuer de renforcer l'engagement multisectoriel de mobiliser la ligne budgétaire pour l'achat des contraceptifs ; (iii) mettre en place des mécanismes pour subventionner les services de PF et des soins obstétricaux d'urgence pour les plus vulnérables ; (iv) augmenter les dépenses de santé de 5 USD à au moins 15 USD par habitant d'ici à 2020 en vue d'améliorer la santé et le bien-être des femmes, des enfants, et des adolescents pour les 10 prochaines années (*lettre n° CAB/PM/SOC/DK/2015/5998 du 21 septembre 2015 relative à l'engagement de la RDC en faveur de la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants, et des adolescents 2016- 2030, de Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement*).

De ce qui précède, les résultats des comptes de la santé ont été présentés en tenant compte de la composante Maternité à moindre risque (MMR) dont les dépenses concernant notamment :

- les soins prénatals, accouchements sans risque, soins essentiels en cas de complications obstétricales ; soins aux nouveau-nés, soins post-natals et allaitement maternel. Information et service en matière de planification familiale (PF) ;
- la Prévention et prise en charge de la stérilité et des dysfonctionnements sexuels tant chez l'homme que chez la femme ;

- la Prévention et prise en charge des complications de l'avortement ; Information des hommes en vue de leur implication dans la santé de la reproduction et leur Co-responsabilisation dans l'amélioration du rôle et du statut de la femme ;
- la Prévention et prise en charge des infections génitales notamment les maladies sexuellement transmissibles (MST) y compris des infections à VIH et du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ;
- la Promotion d'un développement sexuel sain.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution de la dépense courante en santé de la reproduction par source de financement en RDC de 2010 à 2014.

Tableau 22 : Evolution de la dépense courante en santé de la reproduction par source de financement de 2010 à 2014.

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014
Dépense courante en Santé de la reproduction (millions de \$ US)	120 370 009	105 766 042	122 099 437	211 174 961	187 981 509
Dépenses financées par des fonds des administrations publiques (%)	2%	0%	2%	3%	1%
Dépenses financées par des fonds externes (%)	14%	13%	14%	7%	11%
Dépenses financées par des fonds privés (%)	83%	87%	84%	91%	88%
% de la dépense courante totale	12%	13%	12%	18%	13%
Dépenses par habitant (en \$ US)	1	2	2	3	3
Dépenses par femme entre 15-49 (en \$ US)	8 700 923	7 881 813	8 849 709	14 895 498	12 873 318
Dépense en biens pharmaceutiques en % de la dépense courante totale en Santé de la reproduction	22%	4%	18%	21%	1%

La dépense courante relative à la Santé de la Reproduction a connu une évolution en dents de scie entre 2010 (120 370 009 USD) et 2014 (187 981 509 USD).

En 2014, les ménages étaient la principale source de financement des dépenses de santé de la reproduction (165 617 708 USD), soit 88% de la dépense totale courante sur la Santé de la Reproduction. Le Reste du monde a financé à hauteur de 20 888 951 USD, soit 11%, dépense tandis que l'Administration Publique contribué à hauteur de 1474 850 USD, soit 1%.

Les affections maternelles représentaient 59 396 390 USD, soit 4% de la DCS. Elles ont été financées par les ménages à hauteur de 48 830 612 USD, soit 82% de la dépense totale relative aux affections maternelles en 2014. Le Reste du monde vient en seconde position avec 10 190 645 USD, soit 17%.

Les affections périnatales représentaient 1 088 539 USD, soit 1% de la DCS. Les ménages ont dépensé 1 052 753 USD, soit 97% de la dépense totale relative aux affections périnatales en 2014. L'Administration publique vient en seconde position avec 35 786 USD, soit 3%.

4.6. SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT, DU NOUVEAU-NÉ ET DE L'ADOLESCENT

L'OMS au cours de l'atelier « Revue à mi-parcours de la mise en œuvre des feuilles de route sur la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant et du secteur de la santé dans son ensemble en Afrique centrale » qui s'était tenu à Douala/Cameroun du 06 au 10 octobre 2014, a recommandé à chaque pays de fournir des informations chiffrées sur les dépenses de santé génésique, maternelle, néonatale, infantile et adolescent (SRMNEA). Ainsi, les résultats des comptes de la santé 2014 dressent l'état actuel de financement de la santé de ces groupes spécifiques. Le tableau ci-dessous montre l'évolution du financement de la SRMNEA par source de financement de 2010 à 2014.

Tableau 23 : Indicateurs de suivi des dépenses de santé de la mère, de l'enfant, du nouveau-né et adolescents de 2010 à 2014

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014
Dépense Courante de RMNCH (USD)	212 975 464	290 724 934	430 511 542	575 539 377	566 701 901
(%) Gouvernement RMNCH	9%	7%	9%	6%	7%
(%) Dépenses externes RMNCH	43%	45%	27%	32%	30%
(%) Dépenses privées RMNCH	48%	48%	64%	62%	63%
(%) Dépense Totale Courante	26%	35%	44%	49%	40%
Deepness per capita (USD)	4	5	7	9	8
Produits pharmaceutiques en % de Dépense Totale Courante de RMNCH	28%	40%	36%	27%	33%

L'analyse du tableau ci-dessus montre une évolution croissante de la dépense totale de la SRMNEA passant de 212 975 464 USD en 2010 à 566 701 901 USD en 2014, soit le double de son montant en 2010. Ce tableau montre par ailleurs que la dépense courante totale de la SRMNEA a varié de 26 à 40 % au cours de la période allant de 2010 à 2014. Cette situation a des effets bénéfiques comme le montrent les résultats de l'enquête MICS 2014, à savoir une baisse de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 220 pour mille en 1995 à 104 pour mille en 2013 /2014 (MICS RDC 2014).

C'est la raison pour laquelle, la RDC doit poursuivre les efforts en s'appuyant sur les leçons apprises dans le cadre de l'accélération de l'atteinte des OMD 4 et 5 en faveur de la santé des femmes, nouveau-né, enfant, et adolescent à travers les objectifs de développement durable (Lettre n° CAB/PM/SOC/DK/2015/5998 du 21 septembre 2015 relative à l'engagement de la RDC en faveur de la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants, et des adolescents 2016- 2030, de Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement).

En outre, la dépense courante de la SRMNEA était plus financée par les ménages (48% en 2010 et 63% en 2014) pour les services et soins de santé liés à la maternité, aux affections maternelles et néonatales, et autres morbidités liées à la grossesse. Bien que les services de planification familiale soient offerts gratuitement selon la politique nationale de santé de la reproduction, on a observé également que les ménages ont supporté ces services et le contraceptif moderne (9% de la dépense totale de prise en charge d'une contraception).

Par contre, la dépense de la SRMNEA du Reste du Monde a diminué son poids dans la dépense courante totale de la SRMNEA passant de 43% en 2010 à 30% en 2014. Celle-ci portait sur le contraceptif moderne, les produits de commodité de santé de la reproduction et le renforcement des capacités des prestataires.

Quant aux fonds des Administrations publiques, ils ont également diminué de 9% en 2010 et de 7% en 2014 de la dépense courante totale relative à la SRMNEA. Au regard de la situation décrite ci-dessus, on constate que les ménages ont supporté la charge de la SRMNEA pour les services et soins de santé qui leur sont offerts. Si cette situation n'est pas renversée, l'atteinte de l'objectif de réduction de la mortalité des femmes et des enfants à l'horizon 2015, dans le cadre de l'accélération des OMD 4 et 5 et même pour les ODD, demeure une simple vue d'esprit.

C'est pourquoi, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo s'est engagé en faveur de la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016- 2020) afin d'augmenter les dépenses de santé de 5 USD à au moins 15 USD par habitant d'ici 2020, en vue d'améliorer la santé et le bien-être de ce groupe spécifique.

4.7. DISTRIBUTION DE LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ PAR TRANCHE D'ÂGE

La figure ci-dessous présente la répartition de la DCS en 2014 entre les enfants de moins de 5 ans, les personnes ayant un âge égal ou supérieur à 5 ans et la population ayant un autre âge non spécifié.

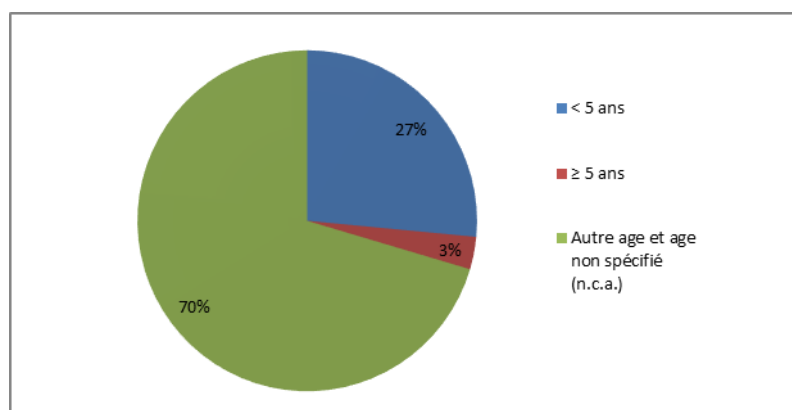


Figure 12 : Répartition la DCS par tranche d'âge en 2014

La figure ci-dessus montre la répartition de la dépense courante de santé par âge. Cependant, les difficultés de capter les dépenses spécifiques par tranche d'âge n'ont pas permis de bien répartir pour chaque tranche d'âge la dépense correspondante. C'est pourquoi, on observe plus d'argent dépensé pour la tranche d'âge non spécifiée. Dans les prochains rapports, un effort sera fait pour ressortir clairement les informations y relatives.

4.8. DISTRIBUTION DE LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ PAR PROVINCE DE 2010 À 2014

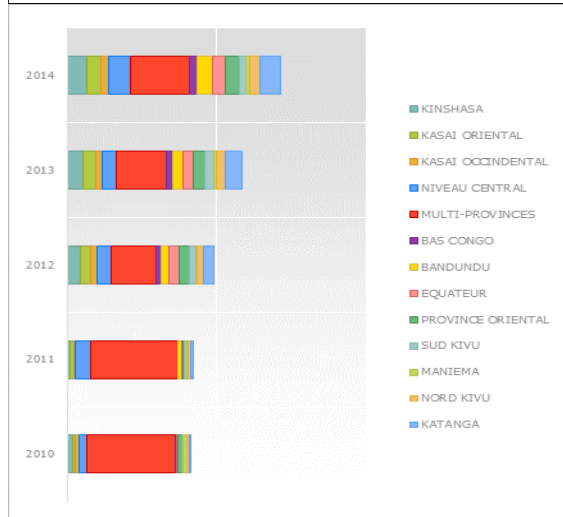
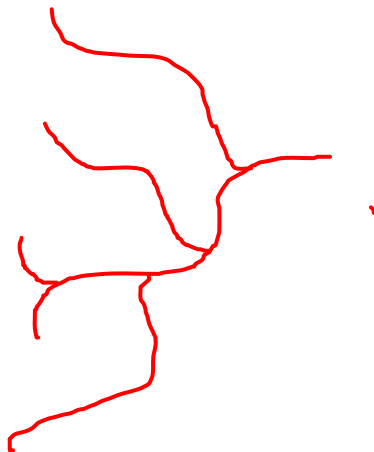
Les résultats des comptes de la santé des années antérieures ont permis au Gouvernement de la RDC et à ses différents PTF agissant dans le secteur de la santé de connaître les sources de financement, les régimes de financement, les Agents de financement, les Prestataires des soins, les Fonctions ainsi que les facteurs de production y compris la dépense de santé par habitant par an. Ils sont actuellement utilisés et aident les décideurs du secteur de la santé à mettre en place les meilleures politiques en vue d'améliorer les performances du système de santé. L'idéal serait que chaque province soit en mesure de fournir les données des dépenses de santé effectuées pour la restauration, le maintien et l'amélioration de la santé de la population.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution de la DCS du niveau provincial comparé avec celles du niveau central de 2010 à 2014. Pour les résultats des comptes de la santé 2014,

les données sont présentées dans l'ancienne configuration avant la mise effective de la décentralisation territoriale où l'on a actuellement 26 provinces.

Tableau 24 : Evolution de la DCS par province de 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
KINSHASA	36 047 693 4%	24 808 381 3%	91 741 804 9%	109 388 402 9%	134 339 354 9%
BAS CONGO	5 031 357 1%	7 095 017 1%	33 537 599 3%	39 385 166 3%	51 529 214 4%
BANDUNDU	7 440 629 1%	22 603 459 3%	51 849 791 5%	68 209 752 6%	104 864 285 7%
EQUATEUR	9 028 662 1%	7 951 623 1%	66 229 144 7%	65 253 102 6%	83 355 367 6%
PROVINCE ORIENTAL	19 523 777 2%	12 023 276 1%	72 429 450 7%	80 169 643 7%	89 387 615 6%
SUD KIVU	13 521 054 2%	13 059 428 2%	38 244 152 4%	57 566 286 5%	48 082 032 3%
MANIEMA	25 208 331 3%	8 604 190 1%	13 876 152 1%	23 722 810 2%	25 035 850 2%
NORD KIVU	16 505 932 2%	18 955 478 2%	42 881 511 4%	56 876 855 5%	70 752 212 5%
KATANGA	10 553 142 1%	12 518 482 1%	68 543 768 7%	107 216 230 9%	138 215 109 10%
KASAI ORIENTAL	18 465 828 2%	21 853 246 3%	65 906 095 7%	86 585 195 7%	90 248 826 6%
KASAI OCCIDENTAL	27 431 716 3%	7 246 459 1%	45 931 365 5%	42 699 176 4%	50 966 310 4%
NIVEAU CENTRAL	54 007 422 7%	100 300 189 12%	92 358 040 9%	93 502 980 8%	149 762 722 10%
MULTI-PROVINCES	586 838 364 71%	582 206 950 69%	299 491 053 30%	334 477 479 29%	392 431 054 27%
	829 603 906	839 226 176	983 019 924	1 165 063 076	1 428 969 948
		100%	100%	100%	100%



La DCS en 2014 était de 1 428 969 948 USD. Le niveau central a bénéficié de 149 762 722 USD soit 10% de la DCS. Le niveau provincial a effectué les dépenses de santé de l'ordre de 1 279 207 226USD, soit 90% de la DCS dont 138 215 109 USD pour la province du Katanga, soit 10%, de Kinshasa 134 339 354 USD, soit 9%, du Bandundu 104 864 285 soit 7%, de l'Equateur 83 355 367 USD soit 6%, du Kasai- Oriental 90 248 825 USD soit 6%, de la Province Orientale 89387615 USD soit 6%, du Nord- Kivu 70752211 USD soit 5%, du Bas- Congo 51 529 214 USD, soit 4%, du Kasai- Occidental 50 966 310 USD soit 4%, du Sud- Kivu 48 082 031 USD soit 3% et du Maniema 25 035 849 USD, soit 2%. Les dépenses non spécifiées par province qui entrent dans la rubrique multi- province se sont élevées à 392 431 053USD, soit 27% de la DCS.

CONCLUSION

1. Ce rapport permet au Gouvernement et à ses différents partenaires de mieux connaître les dépenses réellement effectuées dans le secteur de la santé pour la restauration, le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population congolaise.
2. Les données fournies et analysées aident à la prise de décisions politiques sur base des faits avérés. Elles renseignent également sur l'utilisation des ressources financières mobilisées et affectées dans les différents Services tant au niveau central, provincial que périphérique.
3. Elles montrent la part du financement de la santé du Gouvernement à travers le budget de l'Etat et autres interventions économiques liées à la santé, de même que celle des Partenaires techniques et financiers dans le cadre de leurs appuis au secteur santé, ainsi que les dépenses de santé supportées par les ménages pour les services et soins de santé qui leurs sont offerts, les dépenses de santé de la reproduction, de la mère, de l'enfant, du nouveau-né et de l'adolescent, celles de la lutte contre la maladie en rapport avec les maladies infectieuses et parasitaires, les carences nutritionnelles, les maladies non transmissibles, le traumatisme, etc...
4. Les résultats ont aussi montré que la part du Budget de l'Etat allouée à la santé reste faible au regard de l'engagement d'Abuja pris par les Chefs d'Etats et des Gouvernements qui consistait à accorder au moins 15% du Budget de l'Etat au secteur de la santé.
5. Les ménages continuent de supporter une part importante des dépenses des services et soins de santé dont ils sont bénéficiaires à tous les niveaux. Ce lourd fardeau qui pèse sur eux occasionne une barrière financière à l'accès aux services et soins de santé dont ils ont besoin là où ils se trouvent.
6. Les dépenses du Reste du monde sont plus importantes, mais elles sont plus orientées vers les soins préventifs et la gestion des appuis apportés au secteur de la santé. Toutefois, la part apportée par le Fonds Mondial dans la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida dans la prise en charge des cas reste plus élevée par rapport aux autres financements étrangers de la lutte contre les trois maladies.

7. Enfin, l'information que fournissent les comptes de la santé est utilisée dans le processus de prise de décisions parce qu'il s'agit d'une évaluation de l'utilisation actuelle des ressources. Elle est aussi utilisée pour comparer le système de financement de la santé de la RDC aux autres pays à revenu moyen et faible. Les données présentées dans ce rapport ont permis de suivre l'évolution des dépenses de santé de différents acteurs agissant dans le secteur de la santé en RDC. Elles ont aussi permis de jeter une base solide de discussions et de plaider pour améliorer le financement de la santé en RDC.

RECOMMANDATIONS

I. Au Gouvernement de la RDC

1. Augmenter le Budget de l'Etat consacré à la santé jusqu'à hauteur d'au moins 15% du Budget voté par le Parlement, conformément à la Déclaration d'Abuja ;
2. Honorer l'engagement pris par le Premier Ministre, Chef de Gouvernement d'augmenter les dépenses de santé de 5 USD à au moins 15 USD par habitant d'ici à 2020 en vue d'améliorer la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents pour les dix prochaines années. Ce dans le cadre de l'implémentation de la stratégie mondiale de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent ;
3. Développer les mécanismes des financements innovants permettant de mobiliser plus des ressources à allouer au secteur de la santé : (i) la taxe sur la valeur ajoutée, (ii) la taxe spéciale sur les bénéfices des grandes entreprises, (iii) la taxe sur les transactions de change et autres transactions financières, (iv) les Droits d'accises sur le tabac et l'alcool, (v) les Autres taxes et impôts destinés à la santé, etc.
4. Réduire les barrières financières qui empêchent les individus, les familles et les communautés les plus pauvres et les plus marginalisés d'accéder aux services et soins de santé de base pour tendre vers la couverture sanitaire universelle ;
5. Inciter les Gouvernements provinciaux à allouer des subsides de fonctionnement et d'investissement aux Services et Structures de santé de leur ressort.

II. Aux partenaires techniques et financiers

1. De s'aligner davantage aux priorités du secteur de la santé, telles que définies dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016- 2020) dans leurs appuis conformément à la Déclaration de Paris et à l'Agenda de Kinshasa ;
2. Accorder plus des ressources financières pour le fonctionnement et investissement des structures de soins (hôpitaux nationaux, provinciaux, Généraux de Référence, et les Centres de Santé) afin d'améliorer la prise en charge de la population ;
3. Allouer les ressources suffisantes aux différents niveaux de la pyramide en garantissant leur désagrégation par province et par Zone de Santé pour une bonne traçabilité.
- 4.

III. Aux ménages

1. D'adhérer aux institutions de partage de risque (mutuelles de santé, sociétés d'Assurance) ;

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Banque Centrale du Congo, Etude prévisionnelle du Taux de change moyen, juin 2013 ;
2. Banque Centrale du Congo, Produit Intérieur Brut courant, 2010 et 2011 ;
3. Déclaration d'Abuja du 20 avril 2001 des Chefs d'Etat et du Gouvernement pour l'allocation de 15% du budget consacré à la santé sur l'engagement de lutter contre le Paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida ;
4. Déclaration du millénaire pour le Développement, septembre 2000, Nations Unions, New York ;
5. Déclaration du Président Jakaya Kikwete, Président de la République Tanzanie, au Sommet de la redevabilité de Suivi des Résultats sur le financement de la Santé, 2010 ;
6. Eloko Eya M Gérard, Cours de Financement de la Santé, à l'intention des étudiants de 2ème Licence, option Santé publique et Financement des Systèmes de Santé, Section de Santé Communautaire, ISTM-Kinshasa, 2012-2013
7. Eloko Eya M. Gérard (2013) ; la participation des relais communautaires dans les activités de santé, cas de la ville province de Kinshasa, éditions universitaires Européennes ;
8. Loi N°11/011 du 13juillet 2011 Relative aux Finances Publiques, in Journal Officiel de la RDC, Cabinet du Président de la République, 53ème Année, Numéro Spécial, 29 Septembre 2013 ;
9. Ministère de la Santé Publique : Direction de la santé des groupes spécifiques et familles, Directives de PEC ;
10. Ministère de la Santé Publique, Rapport sur l'évaluation de la Gestion Administrative, Financière et Technique de l'HPGR/Kinshasa, mai 2013 ;
11. Ministère de la Santé Publique/ PNCNS : Résultats des CNS 2008 et 2009 RDC, Kinshasa, octobre 2011 ;
12. Ministère de la Santé Publique/ PNCNS ; Rapport sur les Comptes de la santé 2008 et 2009 RDC, Kinshasa, octobre 2011 ;
13. Ministère de la Santé Publique/Direction des Services Généraux et des Ressources Humaines : Plan de Développement des Ressources Humaines en Santé, Kinshasa, 2012 ;
14. Ministère de la Santé Publique/PNCNS Résultats des dépenses de santé 2008, 2009, 2010, 2011et 2012, Santé de reproduction, maternelle, néonatale infantile et adolescents (SRMNEA), Kinshasa, février 2012 ;
15. Ministère de la Santé Publique/PNCNS ; Impact des résultats des CNS 2008 et 2009 RDC, 4ème Forum sur le Financement de la Santé en RDC, UCP/ PARSS (Banque Mondiale), Exposé sur les CNS, Kinshasa, Aout, 2012 ;
16. Ministère du Budget : Clé de répartition en % par institutions et ministères pour l'exercice budgétaire, 2009 à 2013, [htt ://www.ministrebudget.cd](http://www.ministrebudget.cd) ;

17. Ministère du Budget/Direction du Contrôle Budgétaire « Chaine de la Dépense ».
18. Ministère du Plan /Institut National de la Statistique : Estimation des populations de la RDC de 2010 à 2015, juin 2012 ;
19. OMS Afro : L'état du financement de la santé dans la région africaine, Tunis, juillet 2012 ;
20. Organisation mondiale de la santé, Rapport sur la santé dans le monde 2010, Genève, OMS 2011 ;
21. OMS, OCDE, EUROSTAT, Système de Comptes de Santé (SHA 2011) ;
22. Organisation mondiale de la santé, Eléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé, mai 2010 ;
23. Organisation Mondiale de la Santé, OCDE, EUROSTAT – Système des Comptes de la Santé 2011, juin 2012 ;
24. Présidence de la RDC, Journal Officiel, n° Spécial, février 2006, Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006 ;
25. Présidence de la RDC, Journal Officiel, n° Spécial, février 2006, Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006 ;
26. RTNC : Journal de 7h00, heure de Kinshasa, invité du Journal, interview de SE Mr le Ministre de l'Economie, Commerce et Petite et Moyenne entreprise du 06 juin 2013 ;
27. OMS, la Banque Mondiale et l'USAID, Guide d'Elaboration des Comptes de la Santé, USAID, Washington, 2000 ;
28. Lettre n° CAB/PM/SOC/DK/2015/5998 du 21 Septembre 2015 relative à l'engagement de la RDC en faveur de la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants, et des adolescents 2016- 2030, de Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement).

ANNEXES

Les différents tableaux standards des Comptes de la Santé RDC 2014

Tableau 2 Evolution du Budget global et du budget alloué au secteur de la santé en RDC de 2003 à 2015

ANNEE	BUDGET GLOBAL			SANTÉ (ADMINISTRATION)					SANTÉ (FONCTION)				
	PREVISION	EXECUTION	TX EXEC. BUDGET GLOBAL	PREVISION	% du Budget de l'Etat alloué à l'Administration Santé	EXECUTION	TX EXEC. BUDGET ADMINISTRATION SANTE	PART EXEC. PAR RAPPORT AU BUDGET GLOBAL	PREVISION	% du Budget de l'Etat alloué à la fonction Santé	EXECUTION	TX EXEC. BUDGET FONCTION SANTE	PART EXEC. PAR RAPPORT AU BUDGET
2015	7586218963428	4445786144781	58,6%	321219204856	4,2%	196042268949	61,0%	4,4%	674895535570	8,9%	246826939224	36,6%	5,6%
2014	7449004345919	3983907566868	53,5%	515832900000	6,9%	163859002357	31,8%	4,1%	80461819396	10,8%	18170643509	22,6%	4,6%
2013	6434664545870	3682239414987	57,2%	294055967259	4,6%	202169509037	68,8%	5,5%	584340288846	9,1%	221132324374	37,8%	6,0%
2012	6609171209773	3613940279859	54,7%	517182641387	7,8%	141630237928	27,4%	3,9%	750565758676	11,4%	164575833861	21,9%	4,6%
2011	6746324098494	3515063153125	52,1%	233810730231	3,5%	137413770322	58,6%	3,9%	291069470465	4,3%	151338965162	52,0%	4,3%
2010	5607517614775	3350657329777	59,8%	325820117824	5,8%	172219440441	52,9%	5,1%	327858390684	5,8%	185577676885	56,6%	5,5%
2009	2922393815447	2059445266869	70,5%	154468941848	5,3%	97923981153	63,4%	4,8%	161579814545	5,5%	105956267501	65,6%	5,1%
2008	1781415163097	1381467653274	77,5%	53790965198	3,0%	53617745644	99,7%	3,9%	58067120434	3,3%	59474823885	102,4%	4,3%
2007	1370309606010	910139633568	66,4%	49609895796	3,6%	53988058480	108,8%	5,9%	51224047285	3,7%	54467776760	106,3%	6,0%
2006	1039581000000	688779959244	67,2%	41848168202	4,0%	22599240468	54,0%	3,2%	56387709646	5,4%	25108735923	44,5%	3,6%
2005	806169426001	602624981447	74,8%	35936413659	4,5%	19678465633	54,8%	3,3%	3671957462	4,6%	21130360233	57,5%	3,5%
2004	528333000000	399425980166	75,6%	28671577376	5,4%	9355927078	32,6%	2,3%	29719527145	5,6%	11623100030	39,1%	2,9%
2003	334629891724	283113828216	84,6%	16394063465	4,9%	9104035287	55,5%	3,2%	18848721760	5,6%	11207219822	59,5%	4,0%

Source : Ministère du Budget RDC/Direction de Suivi et Préparation du Budget, Kinshasa, Octobre 2016.

Tableau 3 Sources de financement par régimes de financement en 2014 (USD)

	Administration publique	Entreprises	Ménages	ONGS Nationales	Reste du monde	Total	
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	197 823 937				338 799 578	536 623 515	38%
Assurance communautaire			42 424 444		238 101	42 662 545	3%
Régimes de financement des ONGS Nationales				675 187		675 187	0%
Régimes des agences de développement étrangères résidentes					235 341 496	235 341 496	16%
Régimes de financement des entreprises (sauf les prestataires de soins de santé)		60 421 397				60 421 397	4%
Paiement direct des ménages			553 245 808			553 245 808	39%
Total	197 823 937	60 421 397	595 670 252	675 187	574 379 175	1 428 969 948	100%
	14%	4%	42%	0%	40%	100%	

Tableau 4 Recettes des régimes de financement par agent de financement en 2014 (USD)

	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	Prépaiement volontaire	Autres revenus nationaux n.c.a.	Transferts directs étrangers	Total DCS	
Administrations publiques	197 823 937	338 799 578				536 623 515	38%
Mutuelles de santé			42 424 444		238 101	42 662 545	3%
Entreprise				60 421 397		60 421 397	4%
Agences de développement bilatérales résidentes					159 876 255	159 876 255	11%
Organisations internationales résidentes					69 668 711	69 668 711	5%
ONGs nationales				675 187		675 187	0%
ONGs internationales résidentes					5 796 530	5 796 530	0%
Ménages				553 245 808		553 245 808	39%
Total DCS	197 823 937	338 799 578	42 424 444	614 342 392	235 579 597	1 428 969 948	100%
	14%	24%	3%	43%	16%	100%	

Tableau 5 Agents de financement par régime de financement 2014 (USD)

	Administrations publiques	Mutuelles de santé	Entreprises	Agences de développement bilatérales résidentes	Organisations internationales résidentes	ONGs nationales	ONGs internationales résidentes	Ménages	Total	
Régimes de l'administration publique	536 623 515								536 623 515	38%
Assurance communautaire		42 662 544							42 662 544	3%
Régimes de financement des ONGs						675 187			675 187	0%
Régimes des agences de développement étrangères résidentes				159 876 255	69 668 711		5 796 530		235 341 496	16%
Régimes de financement des entreprises			60 421 397						60 421 397	4%
Paiement direct des ménages								553 245 808	553 245 808	39%
Total	536 623 515	42 662 544	60 421 397	159 876 255	69 668 711	675 187	5 796 530	553 245 808	1 428 969 948	100%
	38%	3%	4%	11%	5%	0%	0%	39%	100%	

Tableau 6 Agents de financement par prestataire de soins de santé en 2014 (USD)

	Ministère de la santé	Autres ministères et unités des services publics (appartenant à l'administration centrale)	Administration provinciale/régionale/locale	Sociétés d'assurance	Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RI.1.2)	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Ménages	Total	
Hôpitaux	71 090 948	2 108 448	3 563 156	21 810 124	60 421 397	24 974 796	276 264 241	460 233 110	32%
Établissements résidentiels de soins de longue durée	67 005							67 005	0%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	148 321 479	40 262	137 746	17 507 725		28 104 366	66 948 855	261 060 432	18%
Prestataires de services auxiliaires	10 398 258	6 391	62 503	1 318		200 878	19 143 329	29 812 676	2%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux			4 863 148	726 330			179 631 983	185 221 462	13%
Prestataires de soins préventifs	113 567 455	207 847	793 156			124 321 358	11 257 400	250 147 216	18%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	162 934 983	7 550 672	2 075 164	2 613 672		57 258 740		232 433 229	16%
Reste de l'économie	542 306		79 962	3 375		1 156 546		1 782 189	0%
Reste du monde		8 211 833	796					8 212 629	1%
Total	506 922 433	18 125 453	11 575 630	42 662 544	60 421 397	236 016 683	553 245 808	1 428 969 948	100%
	35%	1%	1%	3%	4%	17%	39%	100%	

Tableau 7 Prestataires de soins de santé par activités en 2014 (USD)

	Hôpitaux	Établissements résidentiels de soins de longue durée	Prestataires de soins de santé ambulatoire	Laboratoires Médicaux et de diagnostic	Autres prestataires de services auxiliaires	Pharmacies	Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et appareils médicaux	Tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux	Prestataires de soins préventifs	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	Agents de santé communautaires (ou travailleurs de santé communautaires, agents de santé des villages, etc.)	Reste du monde	Total	
Soins curatifs hospitaliers	437 111 127											8 212 629	445 323 756	31%
Soins curatifs ambulatoires	23 031 016		157 420 282										180 451 298	13%
Soins curatifs à domicile			10 101										10 101	0%
Soins (de santé) de longue durée		67 005											67 005	0%
Services de laboratoire d'analyses médicales				24 398 971	23 092								24 422 063	2%
Services d'imagerie				62 503	5 328 110								5 390 613	0%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)						183 423 224	1 736 792	61 446					185 221 462	13%
Programmes d'information, d'éducation et de conseil (IEC)	42 530		11 219 574						140 976 836		1 700 845		153 939 795	11%
Programmes de vaccination			85 757 750						34 917 201				120 674 951	8%
Programmes de détection précoce de maladie			554 443						8 108 980				8 663 423	1%
Programme de suivi de l'état de santé	42 530		1 293 674						11 192 053				12 528 258	1%
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	5 908		4 562 733						33 845 032		81 344		38 495 017	3%
Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence			241 875						16 915 106				17 156 981	1%
Soins préventifs non spécifiés (n.c.a.)									4 192 008				4 192 008	0%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements										232 433 229			232 433 229	16%
	460 233 110	67 005	261 060 432	24 461 474	5 351 202	183 423 224	1 736 792	61 446	250 147 216	232 433 229	1 782 189	8 212 629	1 428 969 948	100%
	32%	0%	18%	2%	0%	13%	0%	0%	18%	16%	0%	1%		

EXPERTS AYANT CONTRIBUE A LA REALISATION DE CETTE ETUDE

I. CABINET DU PREMIER MINISTRE, CHEF DU GVERNEMENT

1. Dieudonné KWETE SHAMANTSHIEY, Conseiller du Premier Ministre en Charge des Questions de Santé

II. CABINET DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

1. Pr Faustin CHENGE, Directeur de Cabinet
2. UMPUNGU MUTOMBO Annie, Conseillère Financière
3. NLANDU PHUATI, Sous- Gestionnaire des crédits

III. SECRETARIAT GENERAL A LA SANTE

1. Dr MUKENGESHAYI KUPA, Secrétaire Général à la Santé
2. AG Epiphane NGUMBU MABANZA, Directeur des Services Généraux et des R H/ Santé
3. Dr Alain MBOKO IYETI, Directeur de la Direction d'Etudes et Planification/ Santé
4. Dr Philippe KABEYA, Chef de Cellule de Centralisation des projets

IV. EXPERTS INTERNATIONAUX DES COMPTES DE LA SANTE

1. Nathalie VAN DE MAELE, OMS-Genève
2. Pr Laurent MUSANGO, Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique
3. Dr Hyppolite KALAMBAY NTEMBWA, OMS, Afro
4. DAVID MORGAN, de l'OECD
5. Dr. Marie Jeanne OFFOSSE, Banque Mondiale
6. Dr Godefroid MAYALA MABASI, USAID

V. EXPERTS NATIONAUX DES COMPTES DE LA SANTE

1. Pr ELOKO EYA MATANGELO Gérard, GIS, Ph.D : Directeur du PNCNS
2. MINGA MINGA Georges : Chef de Division Comptes de la Santé/PNCNS
3. MINGIELE KALONJI Michel : Chef de Division Macroéconomie et Santé/PNCNS
4. AG MONGANI MPOTONGWE Eddy : Chef de Service NTIC/PNCNS et Consultant/OMS

5. KIBUNDILA MULAMBA Crispin: Data Manager/PNCNS
6. MUKENGESHAY KUPA Junior: Analyste/ PNCNS

VI. EXPERTS AYANT CONTRIBUE A LA REDACTION DU RAPPORT

1. Dr EPUMBA EPONDO Jean Bertin, Directeur Adjoint DEP/Santé
2. Dr LOKONGA NZEYABE Jean-Pierre, MPN, OMS-RDC
3. Dr MANZENGO Casimir, Point Focal VIH et HFS //OMS-RDC
4. Dr Mohamed Lamine TOURE, Consultant en Santé Publique
5. Dr Albert KALONJI, Directeur Technique de l'Asbl SANRU –RDC
6. Dr Adrien NSIALA, Conseiller Technique et Stratégique du Projet Asbl SANRU-RDC
7. AG KISALAMBOTE Paulin, Directeur Adjoint PNCNS
8. MITEO TSHISWAKA Robin, Expert à la DEP/Santé
9. MULENDA MBONGELA Wivine, Chef de Division de Surveillance Epidémiologique au PNHF
10. AG WEMBO NDJADI Jean de Dieu Nono, CDAF/PNSR
11. AG WOTO, Expert DDSP
12. ANGAWA KASONGO Gertrude : Secrétaire de Direction/PNCNS
13. LUBAKI Judith : Secrétaire de Direction/PNCNS

VII. EXPERTS AYANT PARTICIPE A LA COLLECTE DES DONNEES

1. BUKOKO LUKODI Jean-Pierre, Chef de Division Standardisation des OGF/PNCNS
2. KUMBA MUBENGA John, Analyste/PNCNS
3. TUTU NGONGO José, Chef de Service CNS/PNCNS
4. AG NTUMBA MUTOMBO Maguy, Chef de Service des Finances/PNCNS
5. MANGILA MULUBA Emmanuel, Chef de Service Analyse Financière/PNCNS
6. AG NGANDU DUMBI Achille, CDAF ai /PNCNS
7. BALIMO ONOWELA Henri, Analyste Financier/PNCNS
8. NYENGELE DIJIBA Louis, Chef de Service SNIS/CNS/PNCNS
9. KAKULI KISIMBA Jolie, Comptable/PNCNS
10. BASHIZI BIRINGANINE Flory, Chef du Personnel/PNCNS
11. MUTOMBO ILUNGA Elie, Analyste/PNCNS
12. MESU MPOYI Jeanine, Rédactrice/ PNCNS
13. MIBANGA NKUSU Jeannette, Commis/ PNCNS

VIII. EXPERTS DES MINISTERES CONNEXES

1. Akim NTAMBWE, Ministère de Budget/ DPSB
2. Fidèle MUKUTE, Ministère du Plan/ PGAI
3. Kelly MUKALAY BANZA, Ministère des Finances/ Banque Centrale du Congo
4. Prof Séraphin MVUDI MATINGU, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Université de Kinshasa
5. LUVENGOMOKA NDONGALA Martin, Chef de Division Statistiques à l'INS/ Mini Plan

IX. PARTENAIRES AYANT APPORTE UN APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)
2. FONDS MONDIAL
3. SANTE RURALE/ ASBL

CONTACT

**Programme National des Comptes Nationaux de la Santé
(PNCNS)**

Secrétariat Général à la Santé

Ministère de la Santé Publique / R D Congo

N° 42/ 46, avenue des Cliniques, Kinshasa / Gombe

Réf. (Hôpital) Clinique Kinoise

Tél (portable) + 243 99 99 055 06 / (0) 81 015 99 89

E-mail : pncnsrdc@hotmail.fr ; gerardeloko@yahoo.fr