



*République Démocratique du Congo  
Ministère de la Santé Publique  
Secrétariat Général*



*Programme National des Comptes de la santé  
(PNCNS)*



## *Comptes de la Santé RDC 2013*



*Rapport narratif*



Soins de Santé Primaire  
En Milieu Rural



AGENCE BELGE DE DÉVELOPPEMENT



*Kinshasa, Mars 2015*

## **PREFACE**

Les résultats des comptes de la santé de la République Démocratique du Congo de 2013 présentés dans ce rapport final confirment la volonté du Gouvernement, d'abord de poser des diagnostics pertinents sur le financement de la santé, ensuite de procéder à une réévaluation régulière de ce dernier en vue de dégager les changements intervenus sur une période, en se fondant sur des statistiques fiables ; enfin et surtout, la volonté d'engager les actions appropriées en vue d'améliorer l'état de santé de la population congolaise.

En effet, la mise en exécution d'un ensemble de mesures notamment de stabilisation du cadre macroéconomique a permis de redresser une croissance autrefois négative 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 en même temps que la participation citoyenne est devenue effective sur l'ensemble du territoire national. La culture statistique financière s'est également développée, au regard du nombre d'études sur les comptes de la santé réalisées durant ces cinq dernières années.

C'est pourquoi, dans le cadre de l'utilisation des données des comptes de la santé, il sied de rappeler que les recommandations des rapports de ces études ont incité le Gouvernement d'insérer certains services aux lignes des exercices budgétaires, et d'allouer plus des fonds supplémentaires à d'autres notamment : les programmes de santé visant l'amélioration de l'état de santé de la population, le financement de la contrepartie du Gouvernement de l'Achat des vaccins, de la lutte contre la maladie (VIH/sida, Paludisme, Tuberculose) qui a permis à la RDC de bénéficier pour les trois prochaines années de l'argent apporté par le Fonds Mondial, de même de justifier la pertinence du projet d'Equipement des Structures de Santé (PESS) financé essentiellement par les Fonds du Trésor Public ; également l'élaboration du projet de cadre d'accélération des OMD 4 et 5 (CAO-RDC) et enfin de suivre et d'évaluer le PNDS et le CSDMT secteur santé.

Ce rapport est rédigé selon la méthodologie de 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 un meilleur approfondissement des analyses par les chercheurs et autres acteurs intéressés. Puissent ces données statistiques financières analysées dans la plus grande rigueur, être exploitées et utilisées au maximum de leur potentiel, grâce à une large appropriation, vulgarisation et diffusion auprès de tous les acteurs. Enfin, cette étude 2013 comme le rapport qui en résulte est le fruit des efforts des experts de l'équipe technique multidisciplinaires et des partenaires techniques et financiers qui n'ont ménagé aucun effort pour la mener à terme. Au nom du Gouvernement, je voudrais saluer la qualité du travail abattu et dire merci à tous ceux qui ont contribué à sa réalisation.

**Dr Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA**  
**Ministre de la Santé Publique**

## **REMERCIEMENTS**

Ce rapport est élaboré sous haut patronage de Son Excellence Dr Félix Kabange Numbi Mukwampa, Ministre de la Santé Publique de la RDC. Les résultats qui sont présentés dans ce rapport ont été collectés auprès du Gouvernement central à travers les Ministères ci-après : du Plan (INS et PGAI), de la Santé, des Finances, du Budget (DPSB), de l'Enseignement Primaire et Secondaire, de la Défense Nationale, du Genre, de la famille et de l'Enfant, de l'Enseignement Supérieur et Universitaire (Ecole de Santé Publique /UNIKIN), du Travail et de la Prévoyance Sociale (PNPS). Aussi, dans les Administrations Provinciales (11 Gouvernorats, Ministères Provinciaux du Budget & Finances, Santé, Affaires Sociales et Actions Humanitaires, et les Divisions provinciales du Budget, des Finances et Santé), ainsi que les partenaires bi et multilatéraux, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et Fondations Nationales et Internationales, les Entreprises publiques et privées, les Ménages, les Mutuelles de santé et des Associations Mutualistes, etc. ont également été mises à contribution.

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 de logiciel HAPT version 3.3.0.2 de production des comptes de la santé, 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, etc., CTB /DEP-Santé et enfin l'UCP/PARSS (Banque Mondiale) en complément des informations manquantes.

En somme, le Ministère de la Santé Publique remercie vivement Madame Nathalie Van Maele de l'unité Gouvernance et Systèmes de Financement de la santé de l'OMS-Genève, Pr Gérard Eloko Eya Matangelo, Directeur du PNCNS, Laurent Musango du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, Dr Joseph Waogodo Caboré, Représentant de l'OMS en République Démocratique du Congo, Dr Jean-Pierre Lokonga Nzeyabe et Dr Casimir Manzenge du Bureau de l'OMS en RDC, Hadia Nazem Samaha, Senior Operations Officier (Health) Africa Région – AFTHE de la Banque Mondiale, Dr. Marie Jeanne Offosse de l'USAID, Dr Hyppolite Kalambay Ntembwa, de l'OMS Afro, Dr Albert Kalonji, Directeur Technique de l'Asbl SANRU –RDC, Dr Adrien Nsiala, Conseiller Technique et Stratégique du Projet SANRU-Fonds Mondial et Dr Fabienne Ladrière, Ancienne Assistante Technique de la CTB au Ministère de la Santé Publique qui ont apporté toutes leurs expertises à l'équipe technique multidisciplinaire des comptes de la santé pour la production de ce rapport.

**Le Secrétaire Général à la Santé, ai**

**Dr MUKENGESHAYI KUPA**

## AVANT-PROPOS

Les systèmes de santé continuent d'évoluer dans tous les pays, suite aux changements démographiques et pathologiques, aux progrès technologiques rapides et aux mécanismes de financement et de fournitures des services et soins de santé, de plus en plus complexes, pour ne citer que ces quelques facteurs. Dans les efforts consentis pour l'atteinte de certains des objectifs communs du système de santé à savoir l'équité, l'efficacité et l'efficacités des soins, une des questions essentielles qui se posent aux décideurs politiques est la suivante : « *combien dépensons-nous en santé ?, et , est-ce que cela se mesure de façon comparable ?* »

Pour répondre aux besoins croissants des analystes et des décideurs politiques en rapport avec les informations sur les dépenses de santé, *le Système de Comptes de la Santé* (SCS) 2011 a proposé un cadre pour une description systématique des flux financiers relatifs aux soins de santé. Le SCS a pour but de décrire le système de soins de santé du point de vue des dépenses pour les besoins nationaux et internationaux.

Donc, le présent rapport des Comptes de la santé 2012 est élaboré selon les exigences de la nouvelle classification internationale de la dépense de santé, conformément à la nomenclature de la méthodologie du « *Système de Comptes de la Santé 2011* ». Les résultats ont été produits à l'aide du logiciel HAPT de production des comptes de la santé, version 3.3.0.2.

Quant à l'analyse des données, celles-ci ont été exportées dans le logiciel HAAT, version 2.2.0.0. Ce qui nous a permis d'obtenir les graphiques et les analyses produites par l'outil immédiatement générés par le logiciel HAAT.

Enfin, dans ce rapport, les dépenses totales de santé sont réparties en deux grandes catégories complémentaires et indissociables dans la mesure où, le développement équilibré du système sert à assurer efficacement le maintien de la santé de la population. Il s'agit de la dépense courante et de la dépense d'investissement. La première catégorie 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 renvoie un peu plus au développement du système et à la planification des ressources.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>PREFACE</b>	<b>1</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>3</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>4</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX</b> .....	<b>6</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>7</b>
<b>SIGLES ET ABBREVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>RESUME</b>	<b>11</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>13</b>
<b>II. METHODOLOGIE</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1. Type d'étude</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2. Echantillon</b> .....	<b>14</b>
<b>2.3. Variables d'étude</b> .....	<b>14</b>
<b>2.4. Période d'étude</b> .....	<b>14</b>
<b>2.5. Méthode et Technique de collecte des données</b> .....	<b>15</b>
<b>2.6. Instrument de collecte des données</b> .....	<b>15</b>
<b>2.7. Déroulement de l'étude</b> .....	<b>15</b>
<b>2.8. Traitement des données</b> .....	<b>15</b>
<b>2.9. Difficultés rencontrées</b> .....	<b>16</b>
<b>III. AGREGATS GENERAUX DES COMPTES DE LA SANTE</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1. Dimensions analytiques des comptes de la sante</b> .....	<b>17</b>
<b>IV. PRESENTATIONS DES RESULTATS ET DISCUSSIONS</b> .....	<b>19</b>
<b>4.1. Budget de l'Etat consacré à la santé au cours des dix dernières années</b> .....	<b>19</b>
<b>4.2. Evolution de la PART DU FINANCEMENT DE LA SANTE PAR SOURCES         EN RDC du 2008 à 2013</b> .....	<b>21</b>
<b>4.3. Principaux Agrégats Comptes de la santé</b> .....	<b>21</b>
<b>4.4. La dépense totale de santé</b> .....	<b>23</b>
<b>4.4.1. Analyse de la dépense courante de santé par sources de financement</b> ..	<b>23</b>
<b>4.4.2. Analyse des dépenses courantes de santé par régimes de financement en                 2013</b> .....	<b>29</b>

4.4.3. Analyse des dépenses courantes de santé par agents des régimes de financement.....	31
4.4.4. Analyse des prestataires des soins de santé en 2013.....	32
4.4.5. Analyse fonctionnelle de la dépense courante en santé.....	33
4.4.6. Analyse de la dépense courante des Maladies .....	34
4.4.7. Distribution de la dépense courante par Facteur de prestation en 2013	38
4.5. La dépense courante de santé par province en 2013.....	39
4.6. Analyse de la dépense d'Investissement par source de financement en 2013....	40
V. CONCLUSION.....	41
RECOMMANDATION .....	42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	43
ANNEXE	45

## **TABLE DES TABLEAUX**

Tableau n°1. Les indicateurs essentiels de comparaison internationale de 2008 à 2013 (En USD).....	<b>10</b>
Tableau 2: Evolution de principaux agrégats des comptes de la santé de 2010 à 2013 .....	<b>21</b>
Tableau n°3 : Financement de la santé per capita en USD de 2010 à 2013 en RDC.....	<b>22</b>
Tableau n°4 : Evolution de la dépense totale de santé de 2010 à 2013 .....	<b>23</b>
Tableau n° 5 : Les prestataires des services et soins de santé en 2013 .....	<b>32</b>
Tableau n°6 : Evolution de DCS par Fonction de 2010 à 2013.....	<b>33</b>
1° Tableau n° 7 : VIH-SIDA .....	<b>36</b>
2° Tableau n°8 : Tuberculose .....	<b>37</b>
3° Tableau n°9 : Paludisme.....	<b>37</b>
Tableau n°10 : Dépense d'Investissement par source de financement en 2013.....	<b>40</b>

## TABLE DES FIGURES

Figure n° 1 : Cadre de financement des comptes nationaux de santé .....	18
Figure n° 2 : Evolution du % de budget de l'Etat alloué à l'Administration santé et le taux d'exécution de 2003 à 2013.....	19
Figure n° 3 : Evolution des Agrégats Comptes de la santé du Gouvernement, Ménages, Reste monde (2010 à 2013).....	22
Figure n° 4 : Proportion de la dépense courante de santé par sources de financement de la santé en 2013. ....	24
Figure n°5 : le pourcentage de prépaiement et le paiement direct des services et soins de santé par les ménages/Population de 2010 à 2012. ....	26
Figure n°6 : Schéma de circulation des fonds des ménages au niveau provincial. ....	27
Figure n°7 : Evolution de la dépense de santé de reste du monde par hab/an et en % de la dépense totale de santé de 2010 à 2013 .....	28
Figure n°8 : La proportion des fonds mobilisés par les régimes de financement en 2013.....	29
Figure n° 9 : Le pourcentage de la gestion des fonds de santé par agent de financement de 2010 à 2013 .....	31
Figure 10 : Analyse de la dépense courante des maladies.....	35
Figure n°11 : Distribution de la dépense courante par Facteur de prestation en 2013 .....	38
Figure n°12 : Evolution de la dépense courante de santé par province de 2010 à 2013.....	39



## SIGLES 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
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	: Agent de Financement
FS	: 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 Santé
HC	: Fonctions de Santé
HF	: Régimes de Financement
HGR	: Hôpital Général de Référence
HLTF	: Groupe de Travail de Haut Niveau sur le Financement Innovant de Système de Santé
HP	: Prestataires des soins de santé
ICHA	: International Classification Health Account
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

NHAPT	: National Health Account Product Tool
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	: Radio Télévision Nationale Congolaise
SANRU	: Soins de Santé primaires en milieu Rural
SCS	: Système de Comptes de Santé
SHA	: System of Health Account
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 Humain
ZS	: Zone de Santé

**Tableau n°1. Les indicateurs essentiels de comparaison internationale de 2008 à 2013 (En USD)**

Indicateurs	2008	2009	2010	2011	2012	2013
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
Population [2]	58 800 000	60 500 000	62 200 000	63 900 000	65 700 000	67 510 000
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
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
Dépenses Publiques globales en % du PIB	19,47%	23,03%	28,04%	23,82%	22,22%	23,37%
Dépenses Publiques globales par habitant par an	41,87	42,21	59,47	59,83	59,83	59,31
Budget alloué à la santé Administration	95 863 403	191 541 363	359 684 082	254 296 739	562 546 382	319 740 741
% du Budget de l'Etat alloué à Administration santé	3,02%	5,29%	5,81%	3,47%	7,83%	4,57%
Budget alloué à la santé	103 484 140	200 358 839	361 934 201	316 572 371	816 400 277	635 380 396
% du Budget de l'Etat alloué à la fonction santé (Fonction et )	3,26%	5,53%	5,85%	4,31%	11,36%	9,08%
Dépenses publiques de santé	129 263 422	127 970 788	94 704 871	108 050 688	165 535 141	224 103 935
Dépenses publiques de santé en % du PIB	1,02%	1,15%	0,72%	0,67%	0,94%	1,31%
Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques globales	5,25%	5,01%	2,56%	2,83%	4,21%	5,60%
Dépenses publiques de santé par habitant par an	2,2	2,1	1,5	1,7	2,5	3,3
Dépenses totale de santé	869 831 369	893 362 951	891 954 543	904 984 779	1 036 777 487	1 249 836 679
Dépenses totale de santé en % du PIB	6,88%	8,06%	6,76%	5,64%	5,86%	7,29%
Dépenses Totale de santé par habitant par an	14,79	14,77	14,34	14,16	15,78	18,51
Dépenses courante de la santé	841 281 576	867 655 542	829 600 635	842 860 910	984 687 530	1 160 297 133
Dépenses courante de santé en % du PIB	6,65%	7,82%	6,29%	5,25%	5,57%	6,77%
Dépenses d'investissement de la santé	28 334 611	33 434 960	62 352 907	61 575 602	52 089 957	89 539 546
Dépenses d'investissement de la santé en % du PIB	0,22%	0,30%	0,47%	0,38%	0,29%	0,52%
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	14,86%	14,32%	10,62%	11,94%	15,97%	17,93%
Dépenses totale des ménages	376 227 807	371 441 099	329 214 104	338 861 615	405 399 290	475 483 805
Dépenses totale des ménages en % de dépenses Totale de la santé	43,25%	41,58%	36,91%	37,44%	39,10%	38,04%
Dépenses totale de santé des ménages par habitant par an	6,40	6,14	5,29	5,30	6,17	7,04
Dépenses courante de santé des ménages	375 797 547	370 359 747	328 589 203	338 793 560	405 238 308	475 479 125
Dépenses courante de santé des ménages en % de dépenses courante	45%	43%	40%	40%	41%	41%
Dépenses courante de santé des ménages par habitant par an	6,39	6,12	5,28	5,30	6,17	7,04
Paiement direct des soins de santé	375 289 675	370 514 903	308 431 966	327 446 001	389 619 527	459 418 979
Paiement direct en % de dépenses Totale de la santé	43%	41%	35%	36%	38%	37%
Paiement direct en % des dépenses totales des ménages	100%	100%	94%	97%	96%	97%
Paiement direct par habitant par an	6,38	6,12	4,96	5,12	5,93	6,81
Dépenses externes de santé	291 477 599,00	297 307 151,00	424 032 860,01	425 039 428,35	379 664 371	462 665 467
Dépenses externes en pourcentage des dépenses Totale de santé	33,51%	33,28%	47,54%	46,97%	36,62%	37,02%
Dépenses externes par habitant par an	4,96	4,91	6,82	6,65	5,78	6,85

## RESUME

Le diagnostic de la situation du financement de la santé décrit lors de l'élaboration du PNDS 2011-2015 et de la révision de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé en 2010, a permis d'en dégager les problèmes prioritaires : problèmes qui interpellent tous les acteurs intervenants dans le secteur de la santé en RDC.

Le pourcentage du budget de l'Etat de l'exercice budgétaire 2013 de la « Fonction santé » est de 9% du budget total, mais le pourcentage du budget de l'Etat consacré à « l'Administration santé », nous renseigne que la part réservée à la santé dans notre pays est très faible : 4,57% en 2013, 7,83 % en 2012; 3,47% en 2011; 5,81% en 2010<sup>1</sup>. Cette situation est loin inférieure aux engagements d'Abuja adoptés par les Chefs d'Etat et des Gouvernements le 20 Avril 2001, d'allouer au moins 15 % du budget de l'Etat au secteur Santé<sup>2</sup>.

Ce rapport nous montre que la dépense totale en santé au fil des années n'a cessé de croître, passant de 891 954 543USD en 2010 à 1 249 836 679 USD en 2013. La dépense totale par habitant par an est passée de 14,79 USD à 18,78 USD de 2010 à 2013. Cet accroissement est lié à l'augmentation des dépenses courantes en santé qui sont passées de 829 600 635 USD en 2010 et à 1 160 297 133 USD en 2013. Malgré cette augmentation, la dépense totale par habitant reste encore inférieure au seuil fixé par le groupe de travail international de haut niveau sur le financement de la santé en 2009(HLTF)<sup>3</sup> qui est à 44 USD par habitant par an. Ces agrégats sont alimentés principalement par la contribution du Gouvernement, des ménages et le Reste du monde.

La part du Gouvernement est passé de 85 501 125 USD soit 10% en 2010 à 163 108 729 USD soit 13 % en 2013 , des ménages de 328 589 203 USD soit 40% en 2010 à 475 479 124,93 USD soit 41% en 2013 et le Reste du monde de 371 507 600USD soit 45% à 462 665 467 USD soit 40% en 2013. Malgré les efforts consentis par le gouvernement, le financement de la santé repose majoritairement sur les ménages par paiement direct des soins de santé offert par les prestataires qui varie de 94% en 2010, à 97 % en 2013. Un très faible financement est effectué par le régime d'assurance communautaire géré par les mutuelles de santé (6% en 2010, 3% en 2011, 4% en 2012 et 3% en 2013). Cette situation expose les ménages aux dépenses catastrophiques et à l'appauvrissement.

Le rapport montre que le financement extérieur, qui était de 424 032 860 USD soit 48% de la DTS en 2010 est passée à 462 665 467 USD soit 37% de la DTS en 2013, ce qui témoigne d'une

---

<sup>1</sup> Ministère du Budget : Clé de répartition en % par institutions et ministères pour l'exercice budgétaire, 2009 à 2013, <http://www.ministerebudget.cd>

<sup>2</sup> La Déclaration d'Abuja du 20 avril 2001, des Chefs d'Etat et du Gouvernements 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.

<sup>3</sup> OMS, le financement des systèmes de santé, 2013.

dépendance vis-à-vis des fonds externes et qui constitue une menace pour la pérennité du système, et fragilise son développement.

Du point de vue gestion de fonds mise à la disposition du gouvernement, il y a un effort consenti dans le renforcement de son leadership dans la gestion du financement de la santé par la mise en place de la Cellule d'Appui à la Gestion(CAG), conformément à la Déclaration de Paris et de l'Agenda de Kinshasa. Ainsi le financement géré par l'Administration Publique est passé de 257 747 652 USD soit 28% de la DTS en 2010 à 474 409 920,5 USD soit 38 % de la DTS en 2013.

En termes de services de santé, il est à noter que les soins de santé curatifs représentent un poids significatif dans les dépenses de santé, dont la majorité a été allouée aux services curatifs hospitaliers qui sont passées de 368 743 951 USD soit 44% de la DCS en 2010 à 466 292 310 USD soit 40 % de la DCS en 2013 tandis que les soins préventifs sont passés de 207 147 495 USD soit 25% de la DCS en 2010 à 495 373 421 USD soit 43% de la DCS en 2013. Les dépenses pour les hôpitaux et les Programmes de santé publique sont les principaux bénéficiaires du financement alloué au secteur de la santé en RDC. Ils ont consommé au cours de l'année 2013 respectivement 36% et 29% des dépenses réalisées pour le secteur de la santé au Congo.

Le rapport renseigne aussi le faible financement de la plupart des maladies en générale et en particulier, *Les maladies liées à la pauvreté* (Tuberculose, paludisme et VIH/Sida) : les dépenses relatives aux maladies liées aux pauvretés sont passées de 181 441 549 USD soit 20% en 2010, et à 290 231 967 USD soit 25% en 2013, *les maladies tueuses de l'enfant* (Infections des voies respiratoires, maladies diarrhéiques, carences nutritionnelles et maladies à prévention vaccinale) : les dépenses relatives à ces maladies sont passées de 125 580 947 USD soit 13% en 2010, et à 353 385 465 USD soit 30% en 2013, *les dépenses des maladies non transmissibles* sont restées stationnaire de 2010 à 2013 (12 756 695 USD soit 1% à 2010 et à 12 223 212 USD soit à 1% en 2013, *les affections liées à la santé de reproduction* sont passées à 124 092 793 USD soit 14% en 2010 et à 220 950 276 USD soit 19% en 2013. On observe une régression progressive par rapport à cette dépense. Il est important d'augmenter le financement dans cette catégorie pour espérer réduire le taux de mortalité maternelle à long terme.

## I. 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'amélioration<sup>4</sup>.

Pour permettre au pays de connaître les dépenses de santé, le Ministère de la Santé Publique à travers le Programme National des Comptes de la santé (PNCNS) en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers avait produit en 2010, les résultats des Comptes de la santé 2008 et 2009, et en 2013, les résultats 2010 et 2011. Ils sont disponibles au site web du Ministère (<http://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 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.

A l'heure actuelle, le Gouvernement de la République voudrait que la production des Comptes de la santé soit régulière. Cela, permettra de disposer des tableaux standardisés de séries temporelles des résultats, en vue de faire une évaluation plus approfondie du progrès réalisé, dans l'atteinte des objectifs nationaux de notre système de santé et également de l'améliorer.

Le processus de production de ces résultats 2013 a respecté toutes les premières étapes recommandées par le Système des comptes de la santé (SHA 2011) qui sont notamment : la collecte des données, le contrôle de qualité, la saisie et le codage (selon la classification internationale de la dépense de santé), la vérification du codage, la production des tableaux préliminaires et la triangulation des résultats, la validation des données. Ainsi, les secondes étapes ont 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 de notre 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 dans notre pays. Il retrace également la situation de financement de la santé en RD Congo de 2008 à 2013 de façon à favoriser des discussions et la

---

<sup>4</sup>*Système des comptes de la santé (SHA 2011) Version abrégée, OMS-Genève, juin 2012*

prise de décisions politiques fondées sur des bases factuelles. Enfin, il donner les résultats de suivi et évaluation des indicateurs du PNDS 2011-2015 pour les années où, nous avons produit le rapport.

## **II. 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.

### **2.1. Type d'étude**

Elle est une étude descriptive rétrospective et analytique des dépenses de santé 2013 effectuées par le Gouvernement et les différents acteurs du secteur santé en République Démocratique du Congo.

### **2.2. Echantillon**

Les données ont été collectées auprès du Gouvernement et des autres acteurs du secteur santé identifiés en République Démocratique du Congo. La taille de 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.

### **2.3. Variables d'étude**

Les variables d'étude sont exprimées à travers les différents résultats présentés dans les tableaux de ce rapport.

### **2.4. Période d'étude**

Les résultats présentés dans ce rapport concernent la période du 01 janvier au 31 décembre 2013

## **2.5.Méthode et Technique de collecte des données**

Plus de 80% des données ont été collectées de manière Active. La proportion des données en routine ou envoyées directement au Programme National des Comptes de la santé était très faible dans l'ensemble de cas.

## **2.6.Instrument de collecte des données**

Le questionnaire produit directement à l'aide de 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 au type d'enquête à mener. C'est un outil international qui donne les mêmes résultats lorsqu'il est utilisé dans n'importe quel pays qui produit les comptes de la santé.

## **2.7.Déroulement de l'étude**

Comme dans toutes les études de production des comptes de la santé, le processus comprend plusieurs étapes. Mais les principales sont : la planification des activités de production des comptes de la santé, la collecte des données, le contrôle de qualité, le traitement des données (saisie, importation et codage des données à l'aide de logiciel HAPT), la vérification du codage, la production des tableaux préliminaires et la triangulation des résultats, la validation des données. Ainsi, les secondes étapes ont porté sur l'analyse et la validation des résultats, la rédaction du rapport final, la dissémination des résultats et enfin l'utilisation des résultats.

## **2.8.Traitement des données**

Le traitement des données était réalisé parallèlement avec la collecte des informations auprès des institutions sources pour un meilleur suivi de la qualité des données recueillies. Les questionnaires remplis en durs ont été saisis en Excel dans un format importable dans le logiciel HAPT avant d'être importés tandis que les canevas remplis électroniquement, y ont été directement importés afin de procéder au codage et à la triangulation des données des dépenses de santé conformément à la nomenclature et 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 en atelier organisé en juin 2014 avec l'Expert de l'OMS-Genève en Consultance internationale et qui fait le coaching de l'équipe technique de production des comptes de la santé de la RD Congo. Ensuite, l'équipe technique multidisciplinaire de la RD Congo est restée contrôler la qualité de codage conformément aux normes internationales, et a produit des résultats.



## **2.9. Difficultés rencontrées**

Les difficultés rencontrées sont de plusieurs ordres. Mais, les principales sont les suivantes :

(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) Mobilité des personnes chargées de fournir les données des dépenses de santé, (iii) retard dans l'élaboration du rapport annuel des finances par plusieurs institutions sources d'information sur le financement de la santé en RD Congo, (iv) manque des détails dans certaines données collectées auprès des acteurs de la santé.

## **III. AGREGATS GENERAUX DES COMPTES DE LA SANTE**

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

### **a. Dépenses courantes en santé**

Dépenses de consommation finale d'unités résidentes en biens et services de santé. En outre, 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), ou la personne qui paye.

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.

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

### **c. 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 formation brute de 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 « formation brute de 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 1.05.

### **3.1. Dimensions analytiques des comptes de la sante**

Les tableaux des CNS 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.

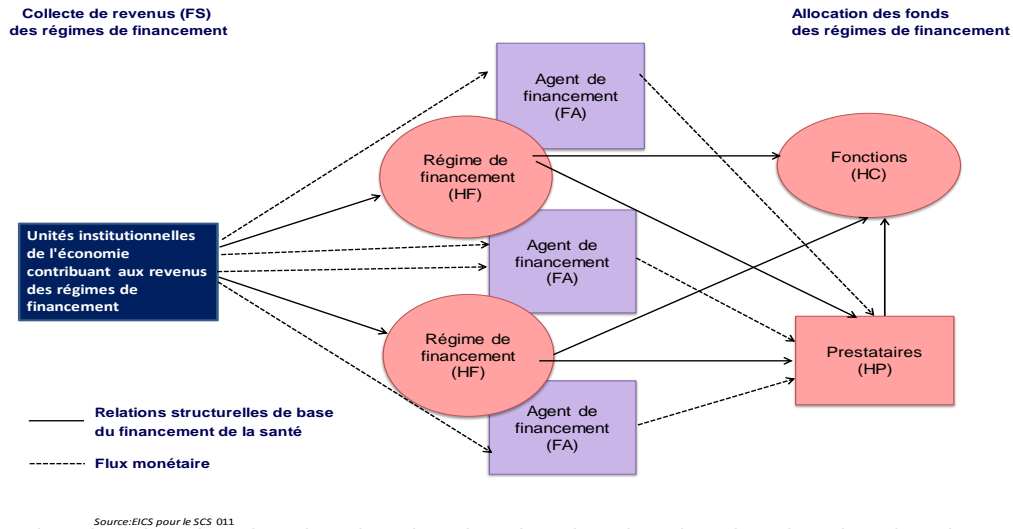
- a.** Recettes des régimes de financement: sont les organisations ou les entités qui fournissent les fonds utilisés par les agents de financement dans le système de santé.
- b.** Les Régimes de financement : Mécanismes de financement à travers lesquels les services sont payés. Les régimes de financement de la santé mobilisent et allouent les ressources financières au sein du système de santé, pour couvrir les besoins en santé courant 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)<sup>6</sup>.
- c.** Les Agents de financements : Unités institutionnelles gérant les régimes ou pourvoyeur de fonds, les agents de financement sont les entités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement.
- d.** Les prestataires de soins : sont les entités qui reçoivent de l'argent en échange de quoi ils ont réalisé un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé.<sup>7</sup>
- e.** Les fonctions : sont les types de biens et services fournis ainsi que les activités réalisées dans le champ délimité des comptes de la santé.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> OMS, OCDE, EUROSTAT, Système de Comptes de Santé (SHA 2011)

<sup>6</sup>

<sup>7</sup> Pour les prestataires aussi, un compte en T est désirable. Il n'a pu être agencé dans cet exercice. Les fonds reçus par les prestataires sont, dans certains cas, la distribution des fonds des Agents de Financement et non un calcul indépendant.



**Figure n° 1 : Cadre de financement des comptes nationaux de santé**

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 Régime (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 Régime 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 ? ».

<sup>8</sup> Dans la pratique, des fonctions non santé telles que la corruption, les détournements et le gaspillage existent dans la mise en œuvre des activités de santé. Les retracer et les isoler dans une catégorie fonctionnelle spécifique est utile pour une analyse efficace du système de santé.

## IV. PRESENTATIONS DES RESULTATS ET DISCUSSIONS

### 4.1. Budget de l'Etat consacré à la santé au cours des dix dernières années.

Le tableau ci-dessous reprend le budget de l'Etat consacré à la santé de 2003 à 2013, tel que voté par le Parlement (Assemblée Nationale et Sénat) et promulgué par le Chef de l'Etat. Ces tableaux retracent également les prévisions budgétaires, les exécutions par l'administration publique (Secteur de santé) et la fonction santé (qui prend en compte le budget de la santé pour tous les autres Ministères).

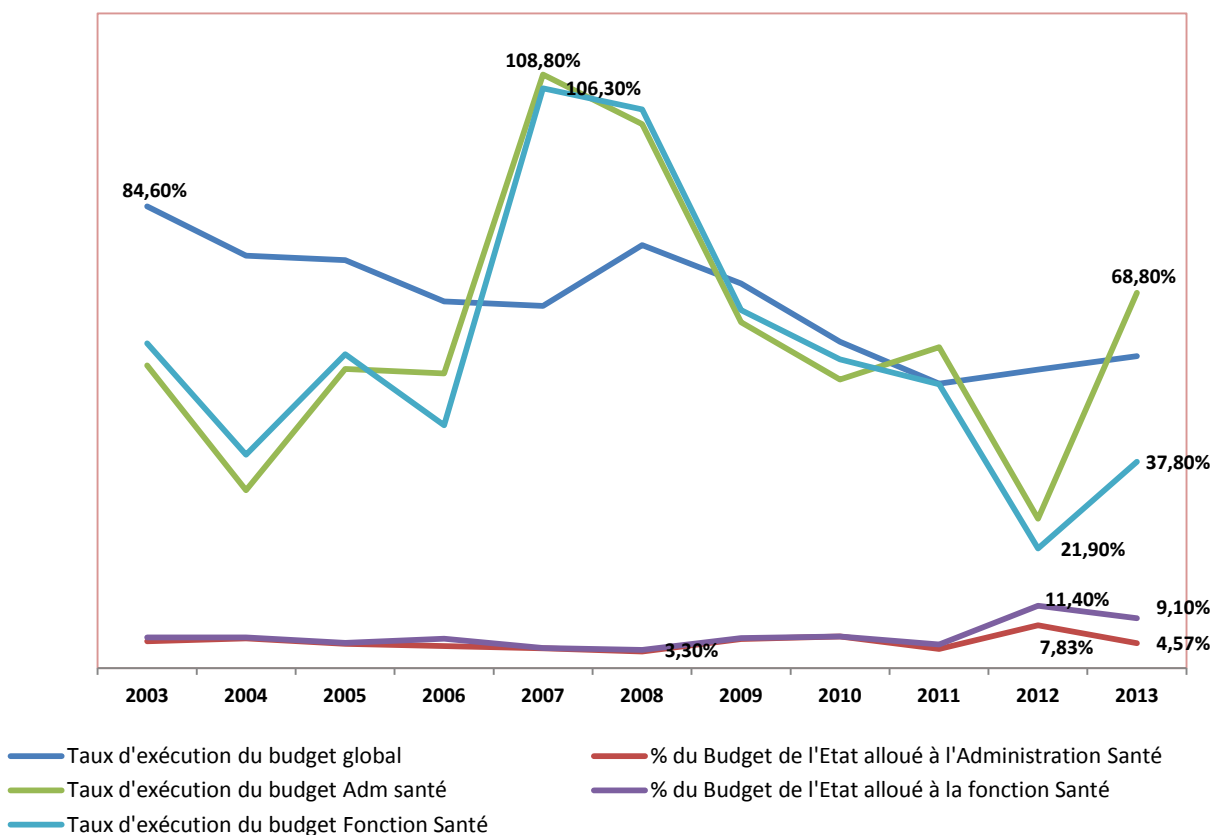


Figure n° 2 : Evolution du % de budget de l'Etat alloué à l'Administration santé et le taux d'exécution de 2003 à 2013

Le Budget de l'Etat est bien représenté par deux allocations, à savoir : Administration santé et Fonction santé. La première montre la part allouée au Secteur de la santé par rapport aux autres Secteurs. Quant à la deuxième, elle représente la part du budget de l'Etat allouée aux Ministères et Institutions en ce qui concerne la santé.

Ainsi, la part du budget Secteur de santé permet de comparer notre Gouvernement par rapport aux Gouvernements africains à revenu faible et moyen si, il a respecté son engagement « à la Déclaration d'Abuja des Chefs d'Etat et des Gouvernements qui consistait à allouer au moins 15% de Budget de l'Etat au Secteur Santé», voté par le Parlement (Assemblée Nationale et le Sénat, et promulgué par le Président de la République.

Le Président de la République, le Gouvernement (le Premier Ministre, le Ministre du Budget, des Finances) et le Parlement (Assemblée Nationale et le Sénat) sont des institutions clés qui décident de l'allocation du pourcentage de budget de l'Etat à accorder au secteur de santé.

On observe une faible allocation du budget de l'Etat au secteur santé comme montre la figure ci-dessus : 4,57% en 2013, 7,83 % en 2012; 3,47% en 2011; 5,85% en 2010 et 5,29% en 2009<sup>9</sup>. Si cette tendance ne s'inverse pas, les services et les soins de santé vont demeurer trop coûteux et inaccessibles à la population. Ainsi, l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 sera compromise d'ici 2015. Toutefois, cette allocation tient compte du Poids Démographique (Taille de la population) ; des mobiles politiques ; de la situation sociale ; de la situation épidémiologique et enfin des besoins importants de la Santé<sup>10</sup>.

Bien que le budget de l'Etat alloué à la santé était faible au cours de ces dernières années, on constate également un faible taux d'exécution : 68.8% en 2013, 27,4% en 2012 ; 58,8% en 2011 ; 52,9% en 2010 ; 63,4% en 2009 ; 99,7% en 2008 ; 108,8% en 2007 ; 54% en 2006 ; 54,8% en 2005 ; 32,6% en 2004 ; 55,5% en 2003.

La couverture universelle en soins de santé, l'un des 4 axes de la réforme prônés par l'OMS dans son Rapport mondial sur la santé 2008<sup>11</sup> afin d'accroître l'équité et l'accessibilité des populations aux soins ne sera qu'un slogan. Car, il faudrait que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

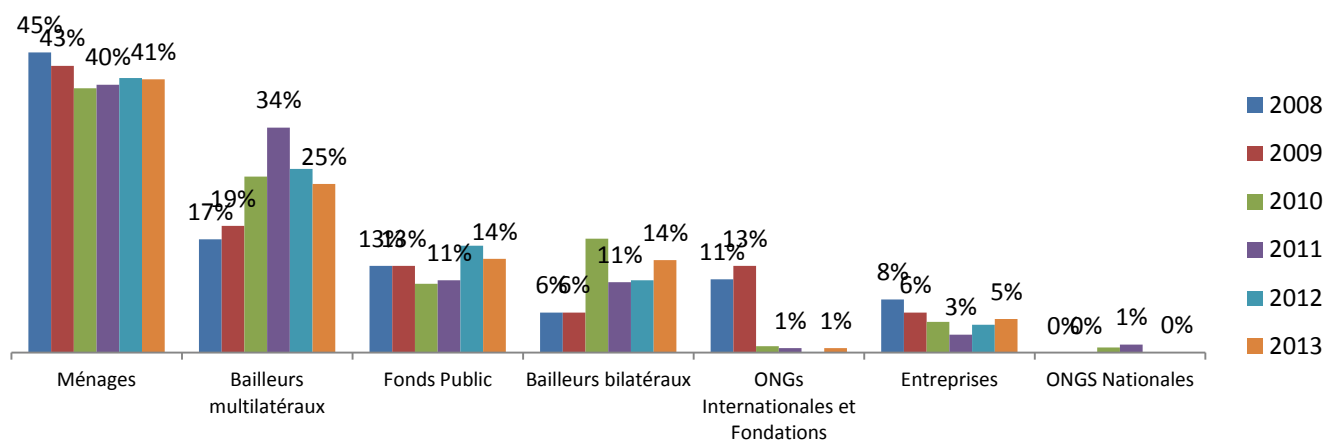
Comme le financement du système de santé par l'Etat est faible à travers l'allocation budgétaire, cela engendre l'extraversion du financement de la santé avec comme corolaire la fragmentation des appuis apportés par les partenaires techniques et financiers.

---

<sup>10</sup> Eloko Eya M Gérard, Cours de Financement de la Santé, à l'intention des étudiants en 2<sup>ème</sup> Licence, option Santé publique et Financement des Systèmes de Santé, Section de Santé Communautaire, ISTM-Kinshasa, 2012-2013

<sup>11</sup> OMS, Le Rapport sur la santé dans le monde 2008, OMS, Genève, 2008

## 4.2. Evolution de la PART DU FINANCEMENT DE LA SANTE PAR SOURCES EN RDC du 2008 à 2013



## 4.3. Principaux Agrégats Comptes de la santé

Tableau 2: Evolution de principaux agrégats des comptes de la santé de 2010 à 2013

Libellé	2010	2011	2012	2013
Population	62 200 000	63 900 000	65 700 000	67 510 000
PIB (USD courant)	13 191 265 170	16 052 884 128	17 136 000 000	17 136 000 000
Dépense Totale de Santé	891 951 372,5	904 984 779,3	1 036 777 487	1 249 836 679
Dépense Totale de Santé par habitant ((US\$)	14,34	14,16	15,78	18,51
Dépense Totale de Santé en % du PIB	6,76%	5,64%	6,05%	7,29%
Dépense du Gouvernement en % de la Dépense totale de Santé	11%	12%	16%	18%
Dépense des ménages en % de la Dépense totale de Santé	37%	37%	39%	38%
Dépense du Reste du Monde en % de la Dépense totale de Santé	47%	47%	41%	39%
Dépense courante de santé	829 600 636	843 409 177	984 687 530	1 160 297 133
Dépense totale d'investissement	62353906,92	61577527,48	52089957,03	89539545,66
Dépense Courante en santé du Gouvernement en % de la Dépense Courante totale de Santé	10%	11%	16%	14%
Dépense Courante en santé des ménages en % de la Dépense Courante totale de Santé	40%	40%	41%	41%
Dépense Courante en santé du Reste du Monde en % de la Dépense Courante totale de Santé	45%	45%	39%	40%
Dépense d'invest en santé du Gouvernement en % de la Dépense totale d'investissement de Santé	15%	27%	15%	68%
Dépense d'invest en santé des ménages en % de la Dépense totale d'investissement de Santé	1%	0%	0%	0%
Dépense d'invest en santé du Reste du Monde en % de la Dépense totale d'investissement de Santé	84%	72%	85%	32%

Les comptes de la santé présentent plusieurs agrégats qui figurent sur le tableau n°4 pour suivre l'évolution de la dépense de santé par source de financement parmi lesquelles on peut citer l'Etat, les ménages et le reste du monde.

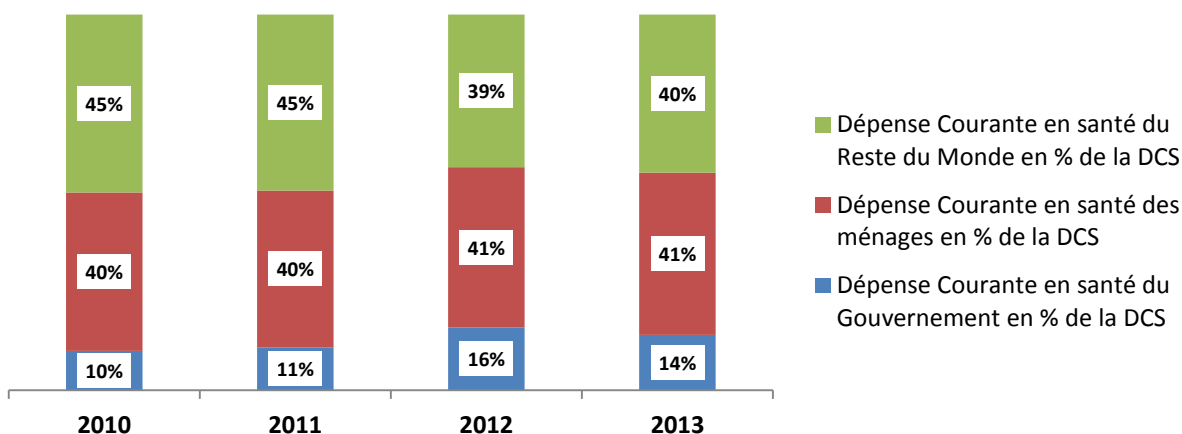


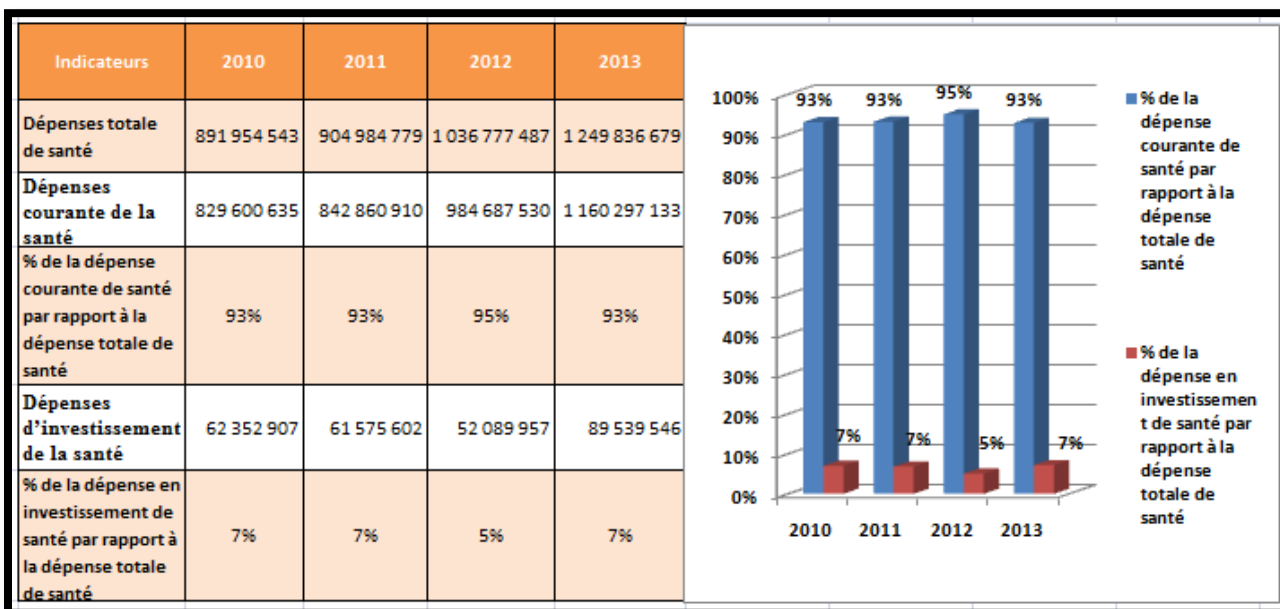
Figure n° 3 : Evolution des Agrégats Comptes de la santé du Gouvernement, Ménages, Reste monde (2010 à 2013).

Tableau n°3 : Financement de la santé per capita en USD de 2010 à 2013 en RDC

Dépense en Santé per capita en USD				
Dépense Courante en Santé per capita en USD	2 010	2 011	2 012	2 013
Population	62 200 000	63 900 000	65 700 000	67 510 000
Dépenses courantes en santé financées par les ménages per capita	5,28	5,30	6,17	7,04
Dépenses courantes en santé financées par les entreprises per capita	0,61	0,36	0,63	0,87
Dépenses courantes en santé financées par le gouvernement central per capita	1,36	1,38	2,37	2,23
Dépenses courantes en santé financées par le gouvernement province per capita	0,02	0,05	0,04	0,18
Dépenses courantes en santé per capita financées par la coopération bilatérale	2,28	1,40	1,63	2,39
Dépenses courantes en santé per capita financées par la coopération Multilatérale	3,52	4,45	4,13	4,35
Dépenses courantes en santé per capita financées par les ONG et Fondations Internationales	0,17	0,09	0,02	0,12
Dépenses d'investissement en santé per capita	2 010	2 011	2 012	2 013
Dépenses en investissement de santé des ménages per capita	0,01	0,00	0,00	0,00
Dépenses en investissement de santé financées par le gouvernement central per capita	0,09	0,21	0,08	0,84
Dépenses en investissement de santé financées par le gouvernement province per capita	0,06	0,05	0,04	0,07
Dépenses en investissement de santé per capita financées par la coopération bilatérale	0,13	0,33	0,08	0,36
Dépenses en investissement de santé per capita financées par la coopération Multilatérale	0,69	0,35	0,59	0,06
Dépenses en investissement de santé per capita financées par les ONG et Fondations Internationales	0,02	0,02	0,00	0,00

#### 4.4. La dépense totale de santé

Tableau n°4 : Evolution de la dépense totale de santé de 2010 à 2013



La dépense totale de santé est répartie en deux grandes catégories : la dépense courante et la dépense d'investissement. La première catégorie 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, renvoie un peu plus au développement du système et à la planification des ressources.

Les dépenses courantes en santé ont passé de 891 954 543 USD soit 93% de la DTS en 2010 et à 1 2836 679 USD soit 93% de la DTS en 2013 tandis que les dépenses d'investissements ont passé de 62 352 907 USD soit à 7% de la DTS en 2010 et à 89 539 546 USD soit 7% de la DTS en 2013. Il ressort de cette analyse que bien qu'en en pourcentage les dépenses sont restées les mêmes mais en valeur absolu les dépenses en santé ont augmenté en 2013.

##### 4.4.1. Analyse de la dépense courante de santé par sources de financement

Le financement de la santé en RDC est assuré par trois sources principales, à savoir : le secteur public; les partenaires techniques et financiers (la coopération bi et multilatérale, les ONGs, Fondations et Initiatives Internationales), le secteur privé (les ménages/Population, les mutuelles de santé et les entreprises).



En 2013, les fonds publics représentent 14% de la dépense courante de santé. Tandis que les Fonds privés et l'aide extérieure supportent 86% de la dépense courante de santé, ce qui explique que le financement du secteur soit essentiellement assuré par le secteur non étatique.

La figure ci-dessous montre la proportion de la dépense courante de santé de différentes sources de financement de la santé en RDC.

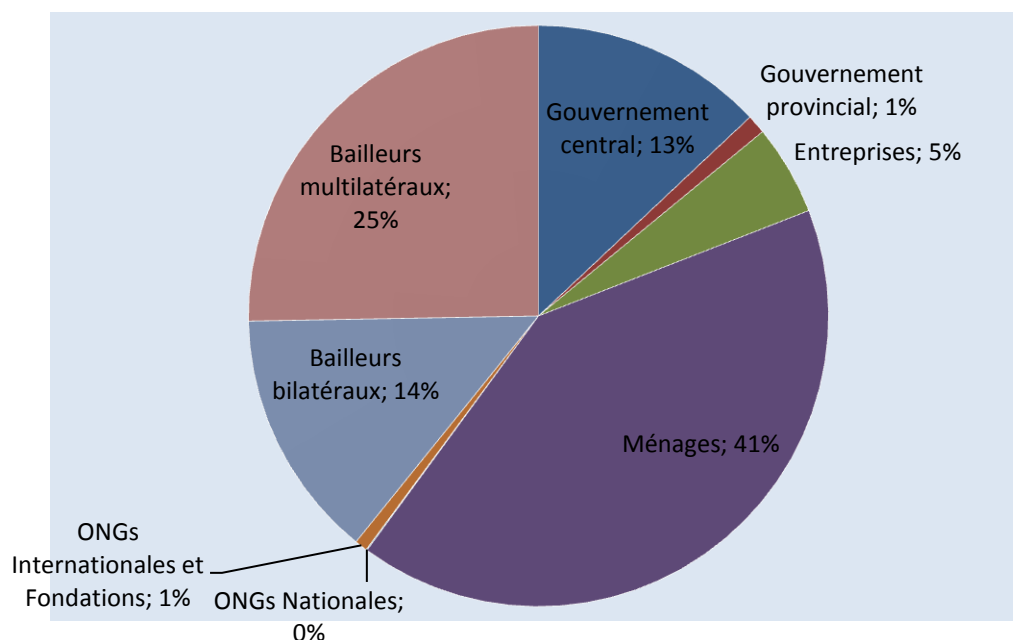


Figure n° 4 : Proportion de la dépense courante de santé par sources de financement de la santé en 2013.

Il ressort de cette figure que la dépense courante était de 1 160 297 133 USD dont celle des ménages représente 41%, le Reste du monde 40% (14% de Bailleurs bilatéraux, 25% de Bailleurs Multilatéraux et 1% des ONGs et Fondations Internationales), le Gouvernement central supporte à hauteur de 13%, les Entreprises 5% et le Gouvernement provincial 1%.

#### 4.4.1.1.Fonds Publics

Malgré les efforts du Gouvernement, sa contribution au financement de la santé reste faible 163 108 729 USD en 2013 soit 14 % de la DCS dont 99% ont été gérés par le Ministère de la santé publique et 1% par les autres Ministères connexes, Institutions et Services publics. En plus ce financement a servi essentiellement à la rémunération de ses agents. Notons aussi que hormis les programmes spécifiques de la lutte contre les maladies (60%) et la gouvernance du système de santé (33%), le financement du gouvernement va vers les hôpitaux à raison de 5% de la DCS et vers les centres de santé à 0.01% de la DCS.

Cette faiblesse de l'Etat dans le financement des centres de santé, va à l'encontre du besoin de la population car selon l'étude d'équité en santé effectué en 2015, l'allocation totale du gouvernement bénéficie à concurrence de 38% des subsides au quintile le plus riche contre seulement 9% pour le quintile le plus pauvre et on observe que la population bénéficiant le plus des services à l'hôpital est concentrée parmi les tranches les plus riches de la population<sup>12</sup>. Cette situation est très préjudiciable à la population qui est obligée d'augmenter sa contribution malgré sa pauvreté.

Ce niveau de financement de l'Etat à la santé risquerait de compromettre la vision du Chef de l'Etat qui est de faire du Congo, à l'horizon 2030, un pool d'intelligence et de savoir faire grâce au « renforcement du capital humain, la création des conditions d'émergence d'une intelligence au service du développement, le renforcement de la gouvernance du secteur de l'éducation » ; un vivier de la nouvelle citoyenneté et de la classe moyenne, un grenier agricole, un pool économique et industriel, doté des zones économiques spécialisées, une puissance énergétique et environnementale, une terre de paix et de mieux-être et une puissance régionale au cœur de l'Afrique.

Pour matérialiser cette vision, le Gouvernement de la République a élaboré son Programme d'Action 2012- 2016 contenant six objectifs principaux : poursuivre et finaliser les réformes institutionnelles pour améliorer l'efficacité de l'Etat (Réforme de l'Administration Publique, de l'Armée, des services de sécurité, de la justice, des finances publiques, décentralisation) ; consolider la stabilité macroéconomique et accélérer la croissance et la création d'emplois ; poursuivre la construction et la modernisation des infrastructures de base ; améliorer le cadre de vie et les conditions sociales de la population ; renforcer le capital humain et l'éducation à la citoyenneté ; et renforcer la diplomatie et la coopération au développement<sup>13</sup>.

Ce plan met un accent particulier sur l'amélioration du cadre de vie et des conditions sociales de la population. *L'amélioration de l'état de santé des populations constitue à la fois un objectif économique et social de développement et de réduction de la pauvreté.* Ainsi donc, trois objectifs spécifiques qui ont été fixés, à savoir : assurer à la population et en particulier aux groupes vulnérables l'accès aux soins de santé primaires de qualité et aux coûts abordables ; combattre les grandes pandémies ; développer progressivement les zones de santé pour accroître l'accès de la population aux soins de santé de qualité<sup>14</sup> ne seront pas atteint si l'apport du gouvernement dans le secteur de la santé reste faible.

---

<sup>12</sup> Ministère de la Santé Publique, Etude d'équité en santé et protection financière en RDC, Kinshasa, 2015

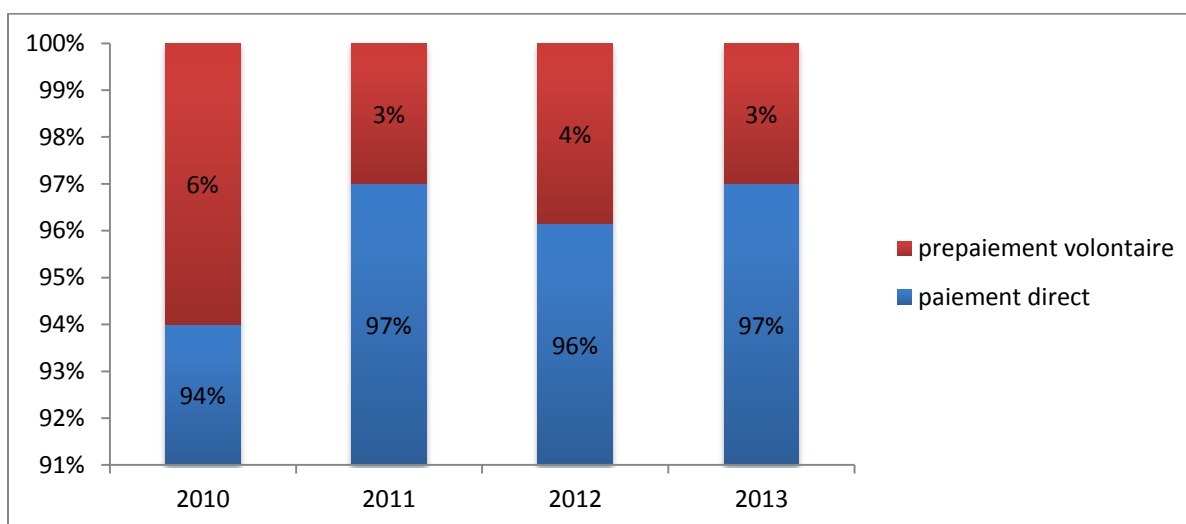
<sup>13</sup> Daniel Mukoko Samba, Vice-Premier Ministre, Ministre du Budget de la RDC, Budget de l'Etat 2013, expliqué en sept points, Kinshasa, Octobre 2013.

<sup>14</sup> Augustin Matata Ponyo Mapon, Premier Ministre et Chef du Gouvernement de la RDC ; Budget de l'Etat 2013, Grandes lignes et politiques publiques, Kinshasa, Octobre 2013.

#### 4.4.1.2.Ménages

Les ménages constituent la première source et un acteur clé de financement de la santé en RDC avec une contribution d'environ 475 479 124,93 USD, soit 41% de la DCS. Cependant, cette dépense pour les soins de santé se réalise essentiellement par paiement direct sans partage des coûts car des inégalités profondes persistent dans le pays au sujet de la protection financière pour la santé et le taux de la couverture de l'assurance maladie à l'échelle nationale reste faible et insuffisant<sup>15</sup>. Ainsi le paiement des soins de santé par la population à travers le mécanisme de partage de risque reste faible soit 6% en 2010, 3% en 2011, 4% en 2012 et 3% en 2013. Cette situation expose la population à des dépenses catastrophiques.

La figure ci-dessous montre le % de financement de la santé des ménages à travers le mécanisme de partage de risque (Mutuelles de santé, assurance maladie) et le paiement direct des soins de santé.

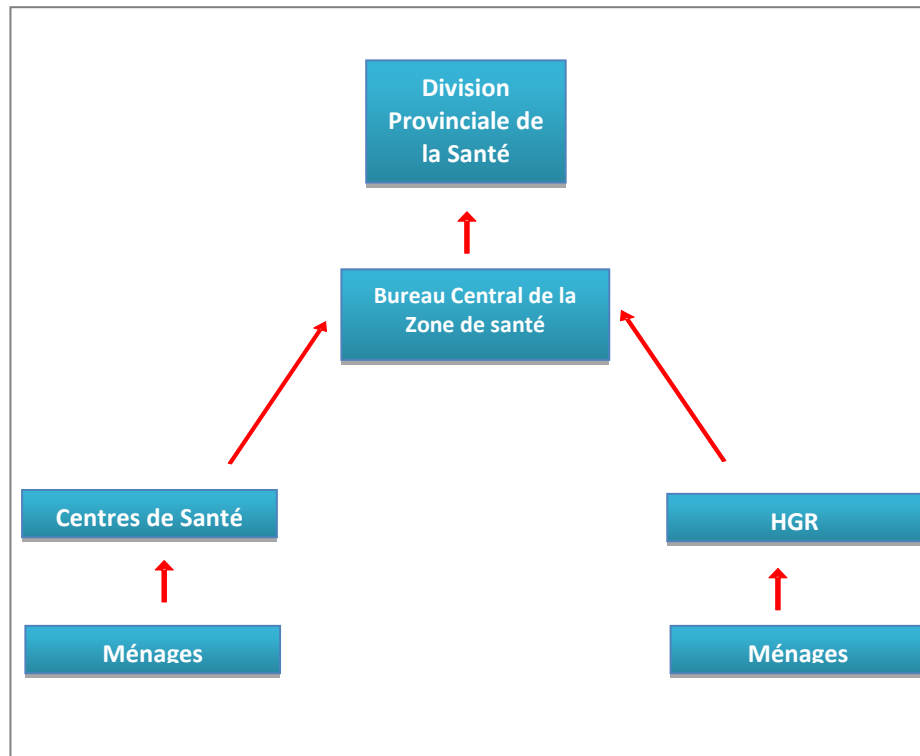


**Figure n°5 : le pourcentage de prépaiement et le paiement direct des services et soins de santé par les ménages/Population de 2010 à 2012.**

En 2013, le mode de paiement des services et des soins de santé dans les formations sanitaires tant publiques que privées en milieu urbain ou rural se fait soit par paiement épisode maladie, soit paiement par acte soit encore par une cotisation annuelle de système d'assurance soit par le paiement par mécanisme de partage des risques.

<sup>15</sup> Rapport sur l'analyse de l'équité en santé en RDC 2013

Malgré ces différents modes de paiement, la population supporte plus le coût des services et des soins de santé lorsqu'elle fréquente les formations sanitaires. Cela préjudicie la politique de lutte contre la pauvreté et la diminution de la mortalité bien que les résultats de l'étude d'EDS 2013-2014 montrent une tendance à la baisse de la mortalité des enfants. Le niveau de la mortalité entre la naissance et l'âge de 5 ans étant passé de 158 ‰ en 2004 à 104 ‰ en 2011<sup>16</sup>.



**Figure n°6 : Schéma de circulation des fonds des ménages au niveau provincial.**

La figure n° 6 ci-dessus nous montre la circulation des fonds des ménages dans les institutions sanitaires au niveau des provinces. Il ressort que les recettes provenant de paiement direct des ménages (94 à 97 % de paiement direct de ménages) pour les soins de santé servent au fonctionnement, à l'achat des équipements des Centres de Santé et des Hôpitaux Généraux de Références en RDC. Il en résulte de ce qui précède qu'en cas de non fréquentation des services de santé par la communauté, les formations sanitaires auront du mal à fonctionner. Cette situation est dramatique même en milieu urbain étant donné que les formations sanitaires

publiques ne reçoivent guère des subsides de fonctionnement de l'Etat pendant plusieurs années<sup>17</sup>.

#### 4.4.1.3. Le Reste du Monde

Les Fonds du reste du monde proviennent de la coopération bi et multilatérale, des ONGS, Fondations et Initiatives Internationales. Leurs dépenses de santé en 2013 sont estimées à 462 665 467 \$US, soit 40% de la dépense courante de santé. Ce niveau de financement de la santé en RDC témoigne d'une forte dépendance vis-à-vis des fonds extérieurs et fragilise le développement du système de santé.

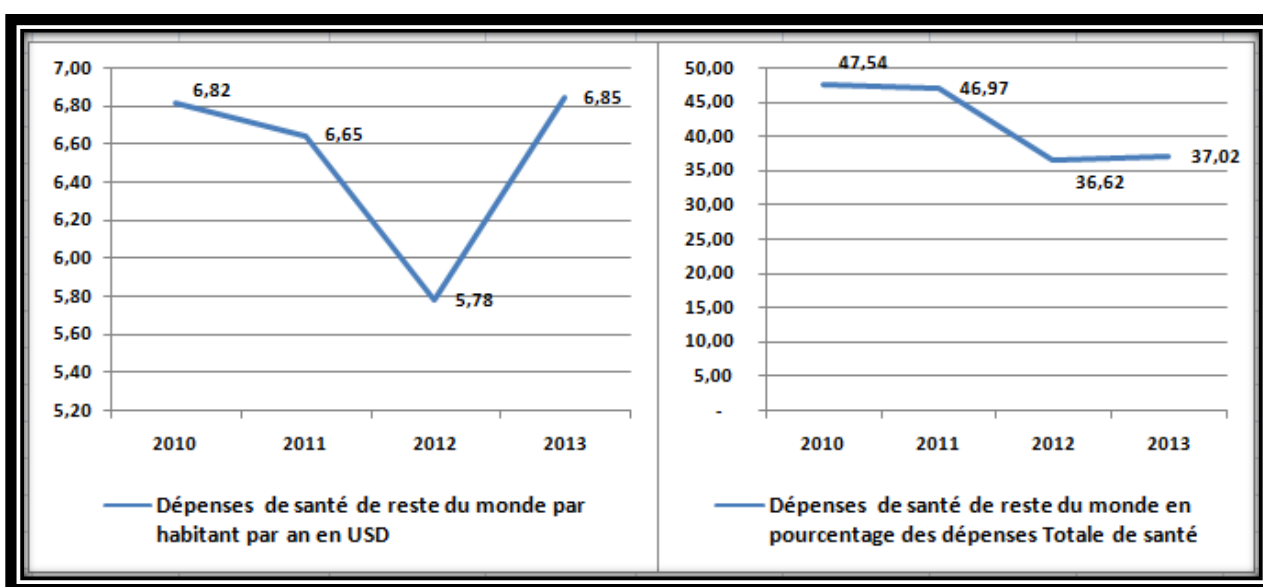


Figure n°7 : Evolution de la dépense de santé de reste du monde par hab/an et en % de la dépense totale de santé de 2010 à 2013

Les figures ci-dessus montrent d'une part, une augmentation de la dépense de santé du reste du monde passant de 5,78 USD en 2012 à 6,85 USD en 2013 et, d'autre part, une légère augmentation de la dépense de santé du reste du monde en pourcentage des dépenses totales de santé. Ceci est dû entre autre à la reprise du financement des initiatives internationales.

<sup>17</sup> Ministère de la Santé Publique, Rapport de l'évaluation de la Gestion Administrative, Financière et Technique de l'HPGR/Kinshasa, mai 2013.

#### 4.4.2. Analyse des dépenses courantes de santé par régimes de financement en 2013

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 paiements directs des services et des biens ou à travers les dispositifs de financement d'une tierce partie constituée de : (i) sociétés d'assurance maladie, (ii) le régime public, (iii) le régime des agences de développement étrangères résidentes, (iv) le régime des ISBLM (ONG), (v) le régime de financement des entreprises.

La figure ci-dessous montre le pourcentage de financement mobilisé par ces régimes de financement.

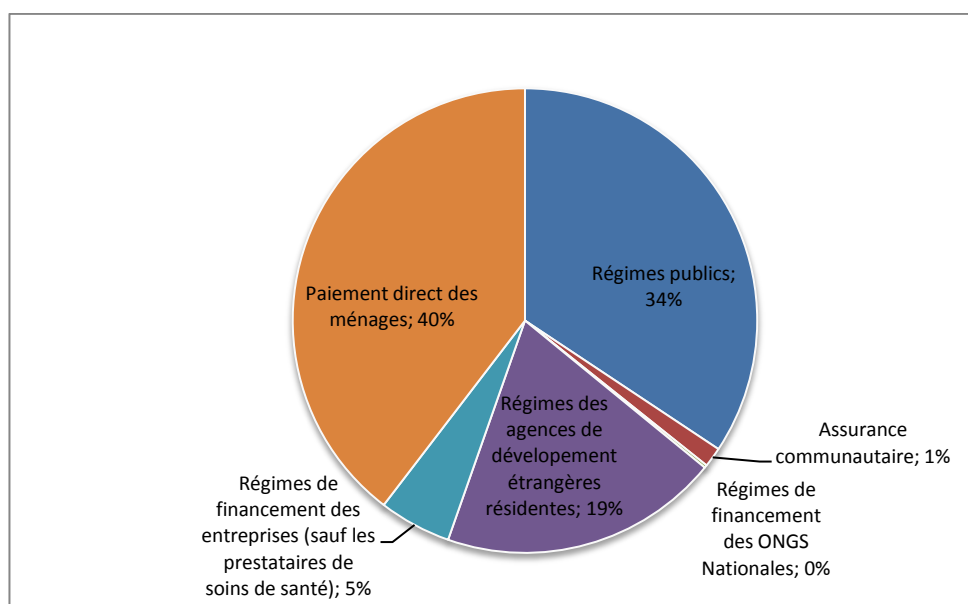


Figure n°8 : La proportion des fonds mobilisés par les régimes de financement en 2013.

Il ressort du tableau ci-dessus que le financement de la santé en RDC est assuré par l'action conjuguée de plusieurs régimes (mécanismes) de financement dont la dépense courante totale de santé est de 1 160 297 133 USD en 2013.

*Les paiements directs des ménages* constituent le principal mécanisme de financement de la santé. La mobilisation des dépenses dans ce mode de financement s'élève à 459 418 979 USD, soit 40% de la DCS en 2013. En d'autres termes, plus d'un tiers du financement de la santé est

réalisé sans une mutualisation de risque. C'est un régime risqué et dangereux qui témoigne de l'absence de toute protection financière dans la mesure où, dans un contexte de pauvreté aigue, le patient ne peut se faire soigner faute d'une capacité immédiate à mobiliser des fonds nécessaires à la prise en charge de sa maladie. Ce régime est de toute manière contre-productif, car s'il arrive que le patient puisse mobiliser des fonds, c'est pour s'engager dans des dépenses catastrophiques ou appauvrissantes

**Les régimes Publics** constituent le deuxième mécanisme de mobilisation du financement de la santé en RDC. Leur contribution est de 398 340 198 USD, soit 34 % de la DCS en 2013.

**Le régime de des agences de développement étrangères résidentes** représente 225 792 249 USD, soit 19% de la DCS. Ce régime constitue la troisième force de mobilisation du financement du système de santé en RDC. **Les régimes des ISBLM (ONG)** représentent 2 264 164 USD soit 0,4% de mobilisation du financement de la santé en RDC.

**Les Régimes de financement des entreprises**, ils représentent les cotisations d'assurance maladie sociale à la charge des ménages. Techniquement parlant, les employés cotisent directement ou leurs contributions sont déduites de leurs salaires et transférées en leur nom par leurs employeurs. En 2012, ces régimes ont mobilisé 58 421 397 USD, soit 5% de la DCS.

Enfin, **les Régimes d'assurance maladie facultative** ont mobilisé 16 060 146 USD, soit 1% de la DCS. Ces sont les primes d'assurance volontaires sont des paiements reçus de l'assuré ou d'autres unités institutionnelles au nom de l'assuré qui garantissent le droit aux allocation des régimes d'assurance maladie volontaires Les sous-catégories de prépaiement volontaires sont classées en fonction du type d'unités institutionnelles responsable du financement, de la manière suivante : les prépaiements volontaires venant des individus/ des ménages ; les prépaiements volontaires venant des employeurs ; les autres prépaiements volontaires (par exemple les paiements reçus des unités institutionnels autres que les ménages ou les employeurs)<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> OCDE, OMS : Manuel du Système de Comptes de la Santé 2011 (SCS 2011), Genève, Version Juin 2012.

### 4.4.3. Analyse des dépenses courantes de santé par agents des régimes de financement

Les agents de financement est toute institution ou entité qui canalise les fonds fournis par un bailleur et qui les utilise pour payer ou acheter les activités déterminées par le bailleur et émergeant du Plan d'Action Opérationnel des Services ou Directions et programmes de santé. Il sert d'intermédiaire entre le bailleur de fonds et le service bénéficiaire<sup>19</sup>.

Les figures ci-dessous renseignent sur la gestion des Fonds par *agent de financement*, de santé au cours de quatre dernières années.

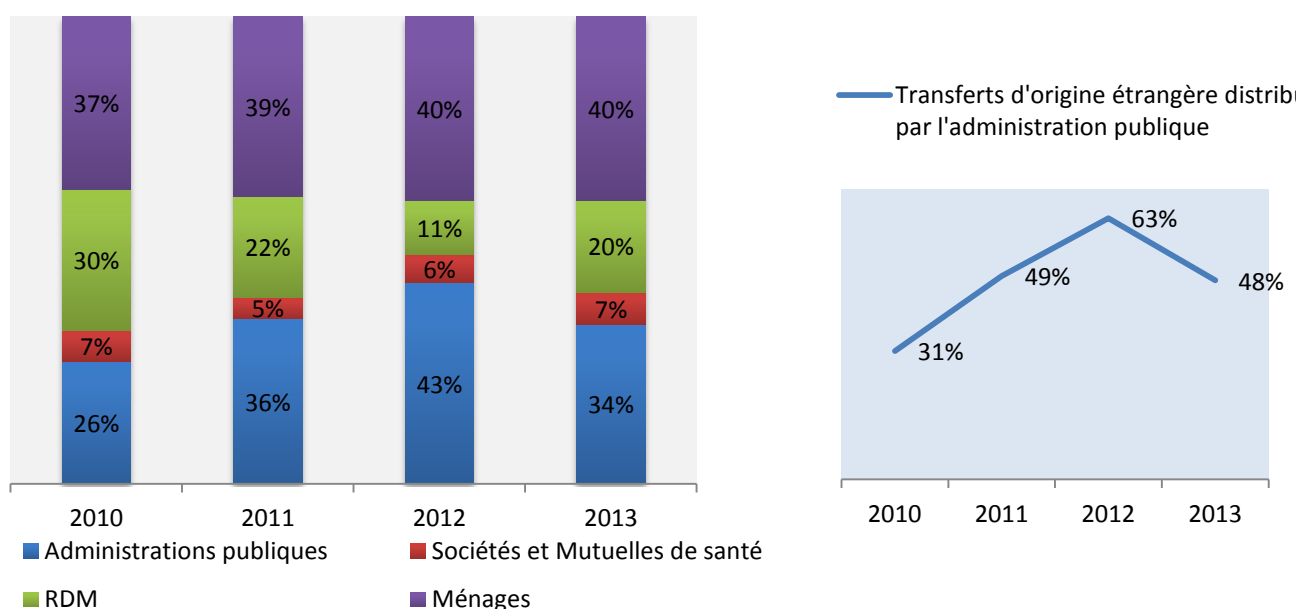


Figure n° 9 : Le pourcentage de la gestion des fonds de santé par agent de financement de 2010 à 2013

La gestion des Fonds par l'*administration publique* s'améliore d'année en année, passant de 26% en 2010, à 36% en 2011, 43 % en 2012 et 34% en 2013. Par ailleurs, la gestion de, les Fonds par les agents privés et le Reste du monde est passée de 74% en 2010 à 64% en 2011, 57% en 2012 et à 66% en 2013. Ces résultats montrent un effort de reprise du leadership de l'Etat sur la gestion du financement de la santé par rapport aux années précédentes. Ceci grâce à la mise en place de la Cellule d'Appui à la gestion au Ministère de la santé qui gère l'argent mobilisé par le ministère auprès de ses partenaires. A titre d'exemple, les Fonds des partenaires

<sup>19</sup> Eloko Eya Matangelo Gérard, Financement de la santé, Syllabus, à l'attention des auditeurs de D.E.A. en Didactique de Santé Publique, option Santé Communautaire, UPN, Promotion 2013-2015. Cours Inédit.



gérés par l'Administration publique sont passés de 132 494 976 USD soit 31% en 2010, à 209 276 868 2011 USD soit 49% en 2011, 267 072 778 USD soit 63% en 2012 et 235 375 082 USD soit 48% en 2013 de Fonds total des partenaires.

#### 4.4.4. Analyse des prestataires des soins de santé en 2013

*Les prestataires des soins de santé* regroupent les organisations et les acteurs qui fournissent des biens et services médicaux comme leur activité principale, de même que ceux pour qui la prestation de soins de santé constitue seulement une activité parmi tant d'autres.<sup>20</sup>

Le tableau ci-dessous montre le financement du Gouvernement, des privés et du reste du Monde auprès des prestataires des services et soins de santé en 2013.

**Tableau n° 5 : Les prestataires des services et soins de santé en 2013**

	Administration publique		Fonds Privés		Reste du monde		Total Général
Hôpitaux	8 388 544	5%	283 743 999	53%	47 971 571	10%	340 104 113
	2%		83%		14%		100%
Etablissements résidentiels de soins de longue durée	66 711	0%	-				66 711
Prestataires de soins de santé ambulatoire	2 439 100	0.01%	151 962 263	28%	45 947 755	10%	200 349 118
	1%		76%		23%		100%
Prestataires de services auxiliaires			28 818 225	5%			28 818 225
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux			48 035 753	9%			48 035 753
Prestataires de soins préventifs	98 573 527	60%	21 191 145	4%	301 447 827	65%	421 212 499
	23%		5%		72%		100%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	53 640 847	33%	771 552	0%	67 298 315	15%	121 710 714
	44%		1%		55%		100%
Total Général	163 108 729	100%	534 522 936	100%	462 665 467	100%	1 160 297 133

De l'analyse verticale du tableau ci-dessus, il ressort que la grande partie des fonds du gouvernement est affectée aux prestataires des soins préventifs (60%), suivis des prestataires de services administratifs (33%) et des hôpitaux (5%). Alors que les centres de soins ambulatoires ne bénéficient que de 0,01% de ces fonds. Quant aux fonds des ménages, ils sont destinés à 53% aux hôpitaux et aux prestataires des soins ambulatoires (28%). Ceux du reste du monde

<sup>20</sup> OCDE, OMS : Manuel du Système de Comptes de la Santé 2011 (SCS 2011), Genève, Version Juin 2012.

sont affectés à 65% aux prestataires des soins préventifs, 15% aux prestataires des services administratifs et le reste aux hôpitaux et centres de soins ambulatoires.

Par contre l'analyse horizontale révèle que 72% des fonds affectés aux prestataires des soins préventifs proviennent du reste du monde et 23% du gouvernement. Les hôpitaux sont financés à 83% par les ménages. Cette affectation des fonds des ménages vers les prestataires des services et des soins de santé se fait à travers les paiements directs. Alors que dans le cadre de la couverture universelle, il ne devrait pas y avoir de paiements directs qui dépassent un certain plafond d'accessibilité économique généralement fixé à zéro pour les plus pauvres et les plus défavorisés.<sup>21</sup>

#### 4.4.5. Analyse fonctionnelle de la dépense courante en santé

Les soins de santé sont généralement consommés comme un service complet intégré (préventifs, curatifs, promotionnel et de réadaptation).

**Tableau n°6 : Evolution de DCS par Fonction de 2010 à 2013**

	2 010		2 011		2 012		2 013	
Soins curatifs	368 743 951	44%	280 003 371	33%	510 841 164	52%	466 292 310	40%
Soins de réadaptation		0%		0%	71 459	0%		0%
Soins (de santé) de longue durée		0%		0%	75 760	0%	66 711	0%
Services de laboratoire d'analyses médicales	14 432 194	2%	13 281 889	2%	9 227 925	1%	18 850 325	2%
Services d'imagerie	6 702 347	1%	7 104 561	1%	3 121 365	0%	9 967 900	1%
Autres services auxiliaires (n.c.a.)		0%		0%	298 508	0%		0%
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	113 146 834	14%	112 091 993	13%	8 477 311	1%	46 711 195	4%
Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux	887 643	0%	944 024	0%	989 061	0%	1 324 558	0%
Soins préventifs	207 147 495	25%	304 399 816	36%	369 716 716	38%	495 373 421	43%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	117 032 683	14%	124 484 264	15%	78 107 198	8%	121 710 714	10%
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	1 507 590	0%	1 099 259	0%	3 761 064	0%		0%
Fonctions des soins de santé	829 600 736	100%	843 409 177	100%	984 687 530	100%	1 160 297 133	100 %

<sup>21</sup> OMS, le Rapport sur la santé dans le monde 2013, OMS, Genève, 2013

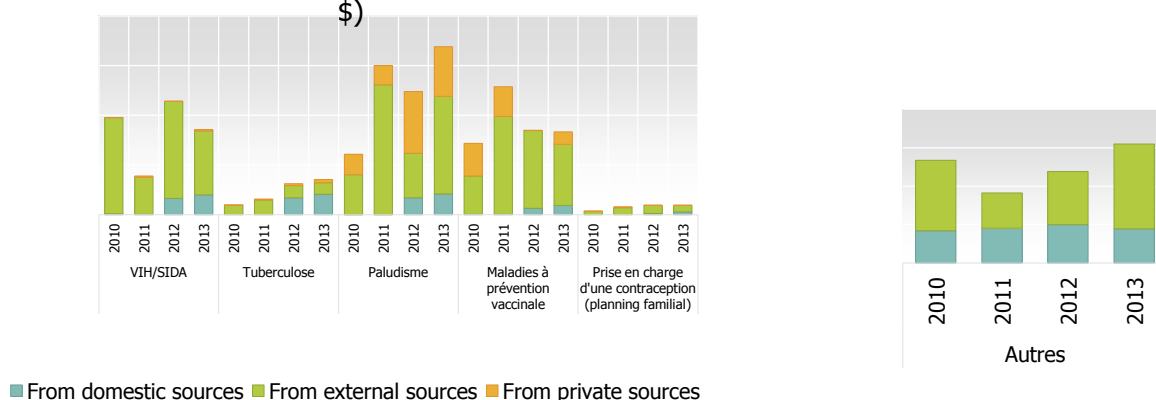
L'analyse de ce tableau ressort deux fonctions majeures à savoir les soins curatifs, préventifs. Les dépenses des soins curatifs sont passées de 44% en 2010, à 33% en 2011, 52% en 2012 et 466 292 310 en 2013 de la DCS. Les fortes augmentations du montant des fonds curatifs en 2012 et 2013 sont au fait qu'ils prennent en compte aussi bien les coûts des soins curatifs que ceux des produits pharmaceutiques contrairement aux années précédentes. Ce qui explique le 1% et 4 % des produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durable.

S'agissant des soins préventifs, les dépenses sont passées de 25% en 2010, à 36% en 2011, à 38% en 2012 et à 43% en 2013. On constate une amélioration progressive des soins préventifs.

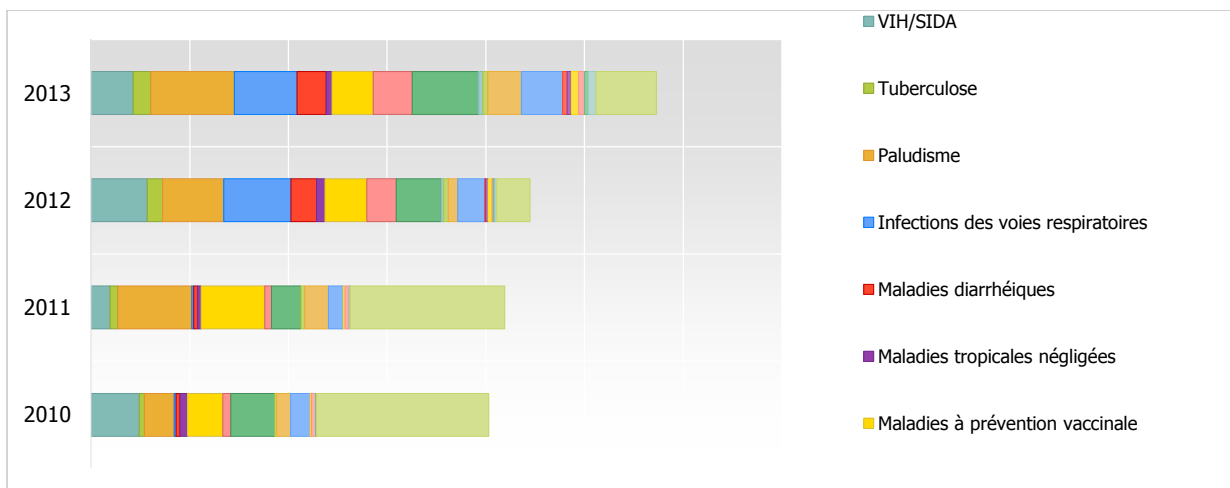
#### 4.4.6. Analyse de la dépense courante des Maladies

Les maladies, les affections et évènements qui sont sous surveillance en RDC sont au nombre de 36. Il s'agit de : (i) maladies à potentiel épidémique, (ii) maladies faisant l'objet de mesures d'éradication ou d'élimination, (iii) les autres maladies, affections, (iv) les maladies ou évènements de portée internationale<sup>22</sup>.

Dépense courante en US Dollar (millions de US \$)



<sup>22</sup> Ministère de la Santé Publique/ Direction de lutte contre la maladie, Rapport annuel 2012, Kinshasa, mars 2013



**Figure 10 : Analyse de la dépense courante des maladies**

Les figures ci-dessus mettent un accent particulier sur les maladies liées à la pauvreté (Tuberculose, paludisme et VIH/Sida), les maladies tueuses de l'enfant (Infections des voies respiratoires, maladies diarrhéiques, carences nutritionnelles et maladies à prévention vaccinale), maladies non transmissibles et les affections liées à la santé de reproduction.

**Les maladies tueuses de l'enfant** (Infections des voies respiratoires, maladies diarrhéiques, carences nutritionnelles et maladies à prévention vaccinale) : les dépenses relatives à ces maladies sont passées de 125 580 947 USD soit 13% en 2010, à 173 356 880 USD soit 18% en 2011, à 335 101 206 USD soit 32% en 2012 et à 367 292 924 USD soit 29% en 2013. L'évolution de ces dépenses s'explique par l'amélioration de la couverture des services de prise en charge des maladies de l'enfance ; ce qui pourra avoir un impact positif sur la mortalité des enfants 0 à 5 ans.

Il convient de signaler que les dépenses relatives aux IRA prédominent dans ce groupe.

**Les dépenses des maladies non transmissibles** sont passées de 12 756 695 USD soit 1% à 2010, à 12 225 619 USD soit 1% à 2011, à 21 922 860 USD soit à 2% en 2012 et à 86 759 945 soit 5% en 2013. Il ressort de l'analyse de cette catégorie que la dépense effectuée reste relativement faible et stationnaire au cours de la période. La faiblesse de cette prise en charge est préjudiciable aux personnes adultes car l'enquête STEPS effectuée en 2005 montre que 20 % d'adultes à Kinshasa était soit hypertendu, diabétique ou les deux. Une attention particulière doit être accordée pour la prise en charge dans l'optique d'augmentation du financement.

**Les affections liées à la santé de reproduction** sont passées de 124 092 793 USD soit 14% en 2010, à 116 546 867 USD soit à 13% en 2011, à 125 444 453 USD soit 12% en 2012 et à 231 562 321 USD soit 19%. On observe une régression progressive de 2010 à 2012 et un rebondissement en 2013 par rapport à cette dépense. Il est important de continuer à augmenter le

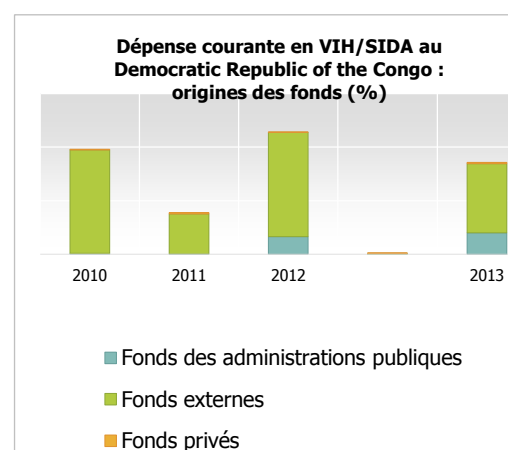
financement dans cette catégorie pour espérer réduire le taux de mortalité maternelle à long terme.

**Les maladies liées à la pauvreté** (Tuberculose, paludisme et VIH/Sida) : les dépenses relatives aux maladies liées aux pauvretés sont passées de 181 441 549 USD soit 20% en 2010, à 218 104 882 USD soit 24% en 2011, à 272 374 269 USD soit 26% en 2012 et à 304 199 736 USD soit 24% en 2013. Cette augmentation des dépenses d'une année à l'autre s'explique par l'amélioration sans cesse croissante de l'utilisation des services de la lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH/Sida. Ce qui aura un impact sur la pauvreté et la mortalité liée à ces maladies

Par ailleurs, l'Analyse détaillée du financement de ces trois maladies liées à la pauvreté (lutte contre le VIH-SIDA, la Tuberculose et le Paludisme) présente les dépenses par sources de financement de 2010 à 2013.

**1° Tableau n° 7 : VIH-SIDA**

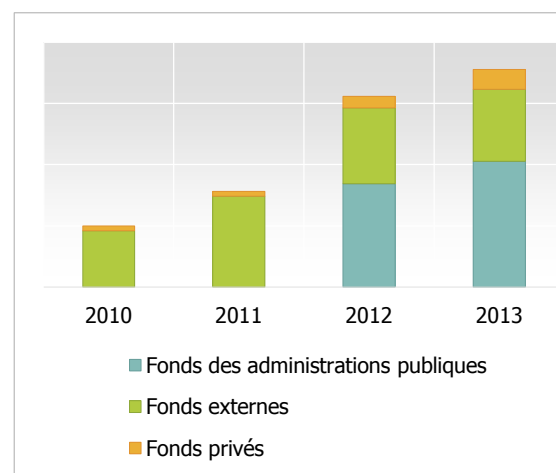
	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
Fonds internes des administrations publiques	923 257	1	359 725	1	16 468 779	14	20 031 316	23
Fonds mondial	21 089 978	22	12 941 973	33	63 906 535	56	36 463 462	43
Autres sources étrangères	75 361 266	77	24 269 235	62	33 547 200	29	27 964 011	33
Ménages	111 274	0	69 370	0	2 329	0	988 736	1
Autres sources privées	438 437	0	1 234 453	3	244 380	0	241 395	0
Dépenses totales pour VIH/SIDA	97 924 212	100	38 874 756	100	114 169 222	100	85 688 920	100
Part du Fonds mondial dans les dépenses totales en VIH/SIDA	22%		33%		56%		43%	
Part du Fonds mondial dans le financement étranger total pour VIH/SIDA	22%		35%		66%		57%	



La figure et le tableau ci-dessus montre que le VIH –SIDA est financé essentiellement par les Fonds externes dont la principale source en RDC est le Fonds Mondial. Notons que le financement de ce dernier s'est progressivement accru, passant de 22% en 2010, à 33% en 2011, à 56% en 2012 et à 43% en 2013. Le financement du Gouvernement s'est accru largement grâce à l'intégration des fonds de contrepartie d'une part et à l'utilisation de l'outil HAPT d'autre part.

## 2° Tableau n°8 : Tuberculose

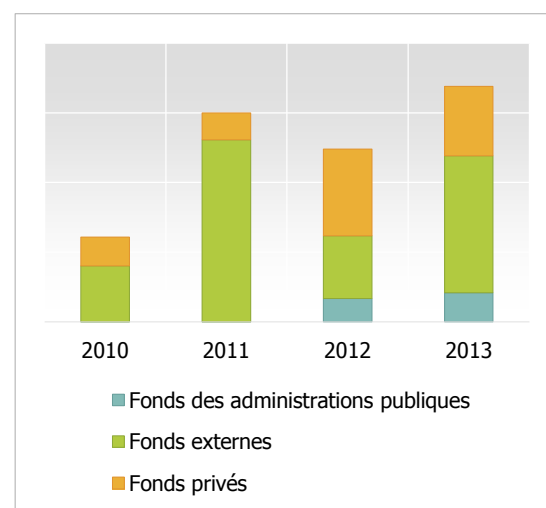
	2010		2011		2012		2013	
Fonds internes des administrations publiques		0		0	16 899 728	54	20 521 412	58
Fonds mondial	1 446 782	14	8 291 050	53	6 236 874	20	7 271 430	20
Autres sources étrangères	7 744 643	78	6 543 415	42	6 138 265	20	4 525 387	13
Ménages	796 713	8	768 855	5	1 468 918	5	2 112 948	6
Autres sources privées		0	0	0%	414 998	1	1 093 388	3
Dépenses totales pour Tuberculose	9 988 139		15 603 320		31 158 783		35 524 565	
Part du Fonds mondial dans les dépenses totales en Tuberculose	14%		53%		20%		20%	
Part du Fonds mondial dans le financement étranger total pour Tuberculose	16%		56%		50%		62%	



Il ressort de la lecture de ce tableau et figure que de 2010 à 2011 le financement de la Tuberculose était effectué essentiellement par les Fonds externes. Ce n'est qu'en 2012 et 2013 que la tangence s'est renversée au profit du Gouvernement (54% en 2012 et 58% en 2013) suivi des partenaires extérieurs dont la moitié des apports est assuré par le Fonds Mondial.

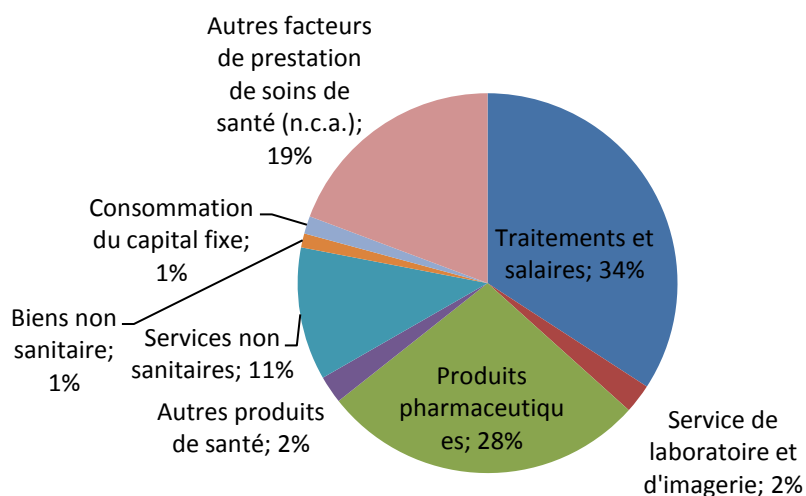
## 3° Tableau n°9 : Paludisme

	2010		2011		2012		2013	
Fonds internes des administrations publiques	948	0	10 503	0	16 878 706	14	20 901 333	12
Fonds mondial	8 061 992,70	13	36 564 591	24	26 388 827	21	75 846 613	45
Autres sources étrangères	32 223 132	53	94 041 711	63	18 572 695	15	22 290 224	13
Ménages	20 476 191	34	19 260 086	13	56 306 635	45	41 294 7545	24
Autres sources privées		0	131 233	0	5 850 668	5	8 685 558	5
Dépenses totales pour Paludisme	60 762 264	100	150 008 125	100	123 997 532	100	169 018 482	100
Part du Fonds mondial dans les dépenses totales de Paludisme	13,27%		24,38%		21,28%		44,87%	
Part du Fonds mondial dans le financement étranger total pour le Paludisme	20,01%		28,00%		58,69%		77,29%	



Le tableau et la figure ci-dessus indique également que la lutte contre le paludisme est principalement financée par les Fonds externes sauf en 2012 où la contribution des ménages s'est élevé à 56 306 635 USD soit 45% de la dépense totale consacrée à la lutte contre le paludisme. Elle est suivie de celle des partenaires extérieurs dont plus de la moitié est assuré par le Fonds Mondial en 2012.

#### 4.4.7. Distribution de la dépense courante par Facteur de prestation en 2013



**Figure n°11 : Distribution de la dépense courante par Facteur de prestation en 2013**

En 2013, comme l'indique la figure ci-dessus, la part la plus importante de la dépense courante est affectée au traitement et salaire des agents (34%) suivie des produits pharmaceutiques (28%). Au-delà de ces deux facteurs, une part non négligeable de ces dépenses est affectée aux services non sanitaires (11,3%) et techniques ou paramédicaux (2,5%)

#### 4.5. La dépense courante de santé par province en 2013

La figure ci-dessous présente l'évolution de la dépense courante de santé dans les onze provinces administratives ainsi que le niveau central et les dépenses non ventilées (multi province) entre 2010 et 2013.

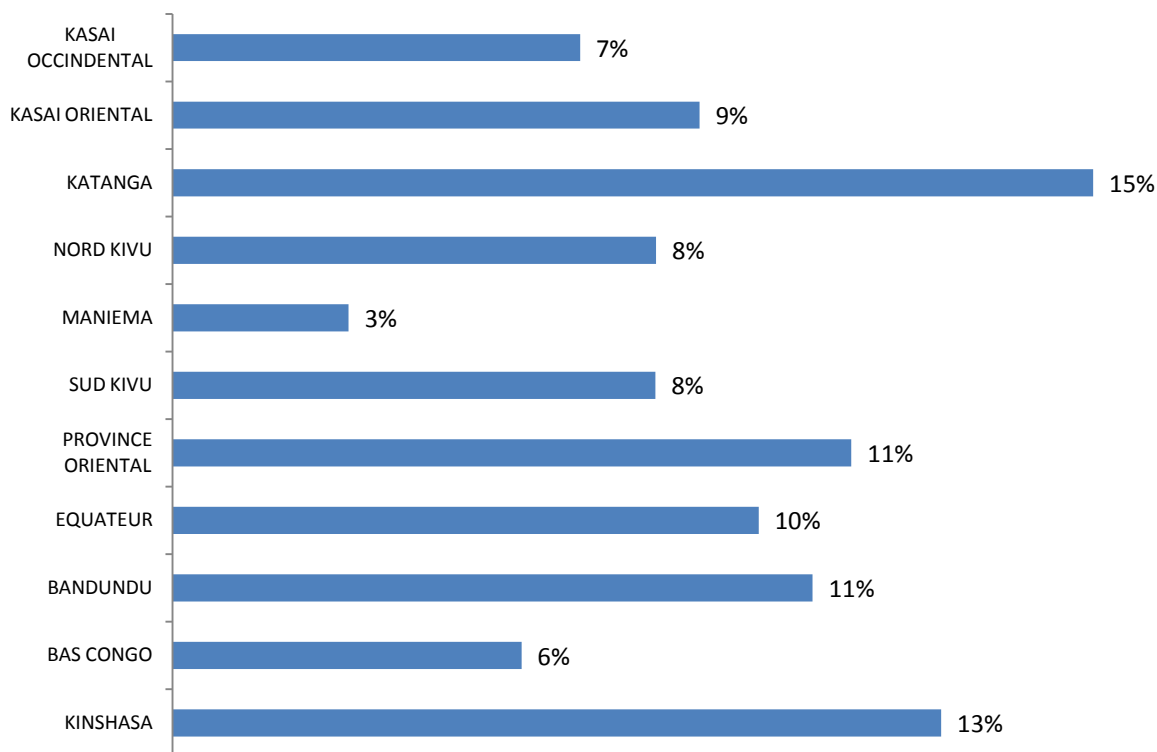


Figure n°12 : Evolution de la dépense courante de santé par province de 2010 à 2013.

En dehors de la part la plus importante non répartie mais logée dans la multi province, la figure ci-dessus montre que les provinces de Kinshasa (9%) et du Katanga (9%) ainsi que le niveau central (8%) sont les plus grands bénéficiaires de la dépense courante de santé en 2013. La province du Maniema est celle qui a reçu moins de fonds en 2013 (2% de la dépense courante de santé).



#### 4.6. Analyse de la dépense d'Investissement par source de financement en 2013

Le tableau ci-dessous reprend les différentes sources de financement ainsi que les bénéficiaires des fonds d'investissements en 2013.

**Tableau n°10 : Dépense d'Investissement par source de financement en 2013**

	Administration publique	Ménages	Bailleurs bilatéraux	Bailleurs multilatéraux	ONG Internationales	Total Général	
Construction des infrastructures sanitaires	1 042 273		10 132 345			11 174 619	12%
Bâtiments Administratifs	22 303 109		699 326			23 002 434	26%
Autres Bât résidentiels / non résid			27 832			27 832	0%
Equipements médicaux	28 275 107		2 058 043	21 864	2 729	30 357 742	34%
Matériel de transport	131 788		754 140	3 973 727		4 859 655	5%
Equipements TIC	3 320	3 600	352 756	178 993	1 468	540 136	1%
Machines et équipements nca	9 217 837	1 080	10 102 814	2 800	391	19 324 922	22%
Terrain	10 112					10 112	0%
Recherche et dév en santé	11 659		230 434			242 093	0%
<b>Total Général</b>	<b>60 995 205</b>	<b>4 680</b>	<b>24 357 689</b>	<b>4 177 384</b>	<b>4 588</b>	<b>89 539 546</b>	<b>100%</b>
	<b>68%</b>	<b>0%</b>	<b>27%</b>	<b>5%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	

Au regard de ce tableau l'effort que fournit le Gouvernement dans l'amélioration de l'infrastructure sanitaire à travers le projet PESS est remarquable étant donné que la première source de financement des investissements est l'Administration publique (68%) suivi des bailleurs bilatéraux (27%).

La plus grande part de toutes les dépenses d'investissement a servi à l'acquisition des équipements médicaux (34%) et autres machines et équipements non spécifiés (22%). La réfection ou la construction des infrastructures tant sanitaires qu'administratives a bénéficié de 38% (12%+26%) de ces dépenses.

## V. CONCLUSION

Ce rapport permet au Gouvernement et à ses différents partenaires de se rendre compte de la situation de financement du secteur de la santé.

Les données fournies peuvent aider à la prise des décisions politiques sur base des faits avérés qui peuvent permettre une allocation des ressources nécessaires à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Le rapport montre que la part du Budget de l'Etat consacrée à la santé reste faible conformément aux engagements d'Abuja (15%). Elle est passée de 5,85% en 2010 à 7,83 % en 2012 malgré les efforts du Gouvernement dans le financement de la santé.

Ensuite, le même rapport révèle que le financement total de la santé au fil des années n'a cessé de croître, passant de 891 954 543 USD en 2010 à 1 249 836 679 USD en 2013. Cet accroissement est lié à l'augmentation des dépenses courantes en santé qui sont passées de 829 600 635 USD en 2010 et à 1 160 297 133 en 2013. Cet agrégat est alimenté principalement par la contribution du Gouvernement, des ménages et le Reste du monde.

La part du Gouvernement est passé de 85 501 125 USD soit 10% en 2010 à 163 108 729 USD soit 14 % en 2012 , des ménages de 328 589 203 USD soit 40% en à 475 479 125 USD soit 41% en 2013 et le Reste du monde de 371 507 600USD soit 45% à 462 665 467 USD soit 40% en 2013. Malgré les efforts consentis par le gouvernement, le financement de la santé demeure extraverti et repose majoritairement sur les ménages qui sont exposés aux dépenses catastrophiques et à l'appauvrissement.

Le rapport renseigne le faible financement de la plupart des maladies en générale et en particulier, les maladies liées à la pauvreté (Tuberculose, Paludisme et VIH/Sida), les maladies tueuses de l'enfant (Infections des voies respiratoires, maladies diarrhéiques, carences nutritionnelles et maladies à prévention vaccinale), les dépenses des maladies non transmissibles et les affections liées à la santé de reproduction.

C'est aussi une occasion pour évoquer l'effort consenti par le Gouvernement dans le renforcement de son leadership dans la gestion du financement de la santé par la mise en place de la Cellule d'Appui à la Gestion(CAG), conformément à la déclaration de paris et de l'agenda de Kinshasa.

Ces constats attestent de l'ampleur des défis à relever et font entrevoir les efforts substantiels à accomplir pour conduire le pays à la couverture sanitaire universelle. Pour y parvenir, le secteur de la santé devrait mettre en œuvre un ensemble de mesures dont la production régulière des Comptes de la Santé. Les informations que fournissent les Comptes de la Santé doivent être utilisées dans le processus de prise de décisions des politiques en vue de permettre une plus grande mobilisation et une meilleure allocation des ressources pour un système de santé efficient.

## **RECOMMANDATIONS**

### **I. Au Gouvernement de la RDC**

1. Augmenter le budget du secteur de la santé en vue de tendre vers 15% fixés par la Déclaration d'Abudja;
2. Mettre en place des mécanismes de financement innovants provenant de :
  - a. La taxe sur la valeur ajoutée ;
  - b. La Taxe spéciale sur les bénéfices des grandes entreprises ;
  - c. La Taxe sur les transactions de change et autres transactions financières ;
  - d. Les Droits d'accise sur le tabac et l'alcool ;
  - e. Les Autres taxes et impôts destinés à la santé, etc.
3. Eliminer les barrières financières qui empêchent les individus, les familles et les communautés les plus pauvres et les plus marginalisés d'accéder aux soins de santé de base pour tendre vers la couverture sanitaire universelle ;
4. Inciter les Gouvernements provinciaux à allouer les subsides de fonctionnement et d'investissement aux formations sanitaires publiques.

### **II. Aux partenaires techniques et financiers**

1. Aligner le financement au mécanisme de gestion mis en place par le Ministère de la Santé Publique ;
2. Augmenter le financement de la santé alloué à la RDC par tête d'habitant.

## REFERENCES 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
5. Déclaration du Président Jakaya Kikweta, 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 ; la participation des relais communautaires dans les activités de santé, cas de la ville province de Kinshasa, éditions universitaires Européennes, 2013.
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, 29septembre 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 de 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, <http://www.ministerebudget.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. OMS : 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. 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
26. Tiré du Guide d'élaboration des CNS, produit par l'OMS, la Banque Mondiale et l'USAID

## ANNEXE

**Tableau n°1 Source de financement par Régime de financement en 2013 (en USD)**

	Administration publique	Entreprises	Ménages	ONGS National	ONGs Internationales et Fondations	Bailleurs bilatéraux	Bailleurs multilatéraux	Total General	
Régimes publics	<b>163 108 729</b>					<b>25 994 144</b>	<b>209 237 324</b>	<b>398 340 198</b>	<b>34%</b>
Assurance communautaire		<b>16 060 146</b>						<b>16 060 146</b>	<b>1%</b>
Régimes de financement des ISBLSM (à l'exception du HF.2.2.2)				<b>622 414</b>		<b>1 641 750</b>		<b>2 264 164</b>	<b>0%</b>
Régimes des agences de développement étrangères résidentes					<b>8 163 861</b>	<b>133 528 111</b>	<b>84 100 277</b>	<b>225 792 249</b>	<b>19%</b>
Régimes de financement des entreprises (sauf les prestataires de soins de santé)		<b>58 421 397</b>						<b>58 421 397</b>	<b>5%</b>
Paiement direct des ménages			<b>459 418 979</b>					<b>459 418 979</b>	<b>40%</b>
Total General	<b>163 108 729</b>	<b>58 421 397</b>	<b>475 479 125</b>	<b>622 414</b>	<b>8 163 861</b>	<b>161 164 005</b>	<b>293 337 601</b>	<b>1 160 297 133</b>	<b>100%</b>
	<b>14%</b>	<b>5%</b>	<b>41%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>14%</b>	<b>25%</b>		

**Tableau n° 2 Source de financement par Agent de financement en 2013 (en USD)**

	Gouvernement central	Gouvernement provincial	Entreprises	Ménages	ONGs Nationales	ONGs Internationales et Fondations	Bailleurs bilatéraux	Bailleurs multilatéraux	Total	
Ministère de la santé	150 226 236	10 365 630					25 161 786	208 535 261	394 288 914	34%
Autres ministères et unités des services publics (appartenant à l'administration centrale)	622 602							621 403	1 244 005	0%
Administration provinciale/régionale/locale		1 894 261							1 894 261	0%
Mutuelles et autres organismes d'assurance sans but lucratif				16 060 146					16 060 146	1%
Sociétés (hors prestataires de services de santé)			58 421 397						58 421 397	5%
Agences de développement bilatérales résidentes							132 434 723		132 434 723	11%
Organisations internationales résidentes								42 903 869	42 903 869	4%
ONGs nationales					622 414		1 641 750	80 661	2 344 825	0%
ONGs internationales résidentes						8 163 861	1 925 746	41 196 408	51 286 015	4%
Ménages				459 418 979					459 418 979	40%
<b>Total General</b>	<b>150 848 838</b>	<b>12 259 891</b>	<b>58 421 397</b>	<b>475 479 125</b>	<b>622 414</b>	<b>8 163 861</b>	<b>161 164 005</b>	<b>293 337 601</b>	<b>1 160 297 133</b>	<b>100%</b>
	13%	1%	5%	41%	0%	1%	14%	25%	100%	

**Tableau n° 3 Agent financement par Prestataire en 2013 (en USD)**

	Gouvernement	Mutuelles	Sociétés (hors sociétés d'assurances)	Agences de développement bilatérales résidentes	Organisations internationales résidentes	ONGs nationales	ONGs internationales résidentes	Ménages	Total Général	
Hôpitaux	22 285 075	14 755 136	58 421 397	25 257 908	7 175 382	1 692 250		210 516 965	340 104 113	29%
Etablissements résidentiels de soins de longue durée	66 711								66 711	0%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	42 358 979	244 751		5 947 216		124 268		151 673 905	200 349 118	17%
Laboratoires Médicaux et de diagnostique	-	447 246				50 000		24 143 428	24 640 674	2%
Autres prestataires de services auxiliaires	-							4 177 551	4 177 551	0%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	-	218 469						47 817 285	48 035 753	4%
Prestataires de soins préventifs	234 501 863			87 138 727	35 727 497	101 300	42 653 267	21 089 845	421 212 499	36%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	98 214 551	394 545		14 090 873	990	377 007	8 632 747		121 710 714	10%
<b>Total Général</b>	<b>397 427 179</b>	<b>16 060 146</b>	<b>58 421 397</b>	<b>132 434 723</b>	<b>42 903 869</b>	<b>2 344 825</b>	<b>51 286 015</b>	<b>459 418 979</b>	<b>1 160 297 133</b>	<b>100%</b>
	34%	1%	5%	11%	4%	0%	4%	40%	100%	



Tableau n°4 Prestataire de soins de santé par fonction en 2013 (en USD)

	Hôpitaux	Etablissements résidentiels de soins de longue durée	Prestataires de soins de santé ambulatoire	Laboratoires Médicaux et de diagnostique	Autres prestataires de services auxiliaires	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	Prestataires de soins préventifs	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	Total Général	
Soins curatifs	335 812 415		130 173 414				306 481		466 292 310	40%
Soins (de santé) de longue durée		66 711							66 711	0%
Services de laboratoire d'analyses médicales				18 850 325					18 850 325	2%
Services d'imagerie				5 790 349	4 177 551				9 967 900	1%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)						48 035 753			48 035 753	4%
Soins préventifs	4 291 699		70 175 703				420 906 019		495 373 421	43%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements								121 710 714	121 710 714	10%
<b>Total Général</b>	<b>340 104 113</b>	<b>66 711</b>	<b>200 349 118</b>	<b>24 640 674</b>	<b>4 177 551</b>	<b>48 035 753</b>	<b>421 212 499</b>	<b>121 710 714</b>	<b>1 160 297 133</b>	<b>100%</b>
	29%	0%	17%	2%	0%	4%	36%	10%		100%

**Tableau n°5 Répartition de la Dépense courante par facteur de prestation en 2013 (en USD)**

	2 010		2 011		2 012		2 013	
Traitements et salaires	101 781 268	12%	134 140 246	16%	170 522 683	17%	395 232 782	34%
Tous autres coûts relatifs aux employés	2 511 414	0%	611 872	0%	9 353 902	1%	2 796 422	0%
Rémunération des professionnels particuliers		0%		0%	25 388	0%		0%
Service de laboratoire et d'imagerie	9 000	0%	13 294 380	2%	12 939 702	1%	28 818 225	2%
Autres services de soins de santé (n.c.a.)	54 405 438	7%	72 712 874	9%	2 001 969	0%	520	0%
Produits pharmaceutiques	213 093 047	26%	257 874 177	31%	263 384 210	27%	320 417 500	28%
Autres produits de santé	12 594 584	2%	93 253 857	11%	51 111 775	5%	27 250 289	2%
Services non sanitaires	70 153 395	8%	41 058 568	5%	46 231 601	5%	130 946 980	11%
Biens non sanitaire	5 862 378	1%	12 976 376	2%	5 722 143	1%	13 803 117	1%
Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	12 508 858	2%	15 954 588	2%	542 728	0%	72 500	0%
Consommation du capital fixe		0%		0%	406 135	0%	17 348 004	1%
Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	610	0%	827 380	0%	555 868	0%	532 961	0%
Autres facteurs de prestation de soins de santé (n.c.a.)	356 680 744	43%	200 704 858	24%	421 889 425	43%	223 077 832	19%
Facteurs de prestation de soins de santé	829 600 736	100%	843 409 177	100%	984 687 530	100%	1 160 297 133	100%

**Tableau n°6 Répartition de la dépense courante par maladie par source de financement 2013**

		Gouvernement central	Gouvernement provincial	Entreprises	Ménages	ONGs Nationales	ONGs Internationales et Fondations	Bailleurs bilatéraux	Bailleurs multilatéraux	Total General	
DIS.1	Maladies infectieuses et parasitiques	115 647 787	4 647 486	46 491 748	181 957 571	309 402	4 680 714	80 759 932	216 443 333	650 937 973	56%
DIS.1.1	VIH/SIDA	19 869 499	161 817	40 895	988 736	200 500	149 907	24 224 273	40 053 293	85 688 920	7%
DIS.1.2	Tuberculose	19 950 259	571 153	1 086 638	2 112 948	6 750	8 225	3 668 475	8 120 117	35 524 565	3%
DIS.1.3	Paludisme	20 325 289	576 044	8 617 156	41 294 755	68 402	618 460	12 668 248	84 850 129	169 018 482	15%
DIS.1.4	Infections des voies respiratoires	20 514 489	598 260	25 021 884	68 170 195	6 750		7 692 941	5 091 619	127 096 139	11%
DIS.1.5	Maladies diarrhéiques	3 752 511	670 439	5 964 825	29 840 802	6 750	142 351	4 255 268	14 333 284	58 966 230	5%
DIS.1.6	Maladies tropicales négligées	2 467 740	580 935		31 219	6 750	3 707 038	4 549 737	879 794	12 223 212	1%
DIS.1.7	Maladies à prévention vaccinale	8 245 592	899 720		12 357 282	6 750		16 380 416	45 325 446	83 215 206	7%
DIS.1.nec	Autres maladies infectieuses et parasitiques (n.c.a.)	20 522 409	589 118	5 760 350	27 161 634	6 750	54 733	7 320 575	17 789 650	79 205 218	7%
DIS.2	Santé de la reproduction	10 257 427	2 284 611	2 173 276	187 221 762	27 000	459 631	12 912 614	5 613 954	220 950 276	19%
DIS.2.1	Affections maternelles	2 355 255	571 153	2 173 276	124 922 593	6 750		3 765 051	873 911	134 667 988	12%
DIS.2.2	Affections périnatales	2 351 176	571 153		2 937 014	6 750		2 176 819	848 427	8 891 338	1%
DIS.2.3	Prise en charge d'une contraception (planning familial)	2 406 671	571 153		469 925	6 750	419 161	4 570 700	1 200 040	9 644 400	1%
DIS.2.nec	Autres maladies et problèmes de santé liés à la santé de la reproduction (n.c.a.)	3 144 326	571 153		58 892 230	6 750	40 470	2 400 044	2 691 576	67 746 549	6%
DIS.3	Carences nutritionnelles	2 532 503	576 044	4 632 817	20 366 390	9 350	7 405	9 521 312	46 462 060	84 107 881	7%
DIS.4	Maladies non transmissibles	12 977 043	2 955 690	204 475	18 718 361	33 750	15 032	13 200 465	4 313 790	52 418 606	5%
DIS.4.1	Tumeurs	2 345 045	571 153		2 937 014	6 750		2 176 256	848 427	8 884 645	1%
DIS.4.2	Troubles endocriniens	2 558 011	589 118		2 937 014	6 750		2 176 376	848 427	9 115 695	1%
DIS.4.3	Maladies cardiovasculaires	2 996 810	620 476	204 475	6 970 304	6 750		2 281 830	919 836	14 000 481	1%
DIS.4.4	Troubles mentaux	2 732 134	603 791		2 937 014	6 750	15 032	4 389 746	848 674	11 533 141	1%
DIS.4.9	Autres maladies non transmissibles (n.c.a)	2 345 045	571 153		2 937 014	6 750		2 176 256	848 427	8 884 645	1%
DIS.5	Traumatismes	3 211 017	635 470	1 086 638	6 343 301	6 750		2 387 365	848 518	14 519 058	1%
DIS.6	Non lié à une maladie spécifique	2 399 994	571 153		19 727	6 750	903 306	2 175 756	8 647 541	14 724 226	1%
DIS.nec	Autres maladies / affections (n.c.a.)	3 823 066	589 438	3 832 444	60 852 013	229 412	2 097 773	40 206 562	11 008 406	122 639 114	11%
<b>Total General</b>		<b>150 848 838</b>	<b>12 259 891</b>	<b>58 421 397</b>	<b>475 479 125</b>	<b>622 414</b>	<b>8 163 861</b>	<b>161 164 005</b>	<b>293 337 601</b>	<b>1 160 297 134</b>	<b>100%</b>

**Tableau n° 8 Tableau Répartition des investissements par source de financement de 2010 à 2013**

	2 010		2 011		2 012		2 013	
construction infrastructure sanitaires	18 463 754	30%	28 551 958	46%	6 266 894	12%	11 174 619	12%
Bâtiments Administratifs	1 101 901	2%	60 077	0%	541 026	1%	23 002 434	26%
Autres Bâtiments résidentiels et non résidentiels	11 327	0%		0%	6 526	0%	27 832	0%
Autres ouvrages	1 004 204	2%	579 768	1%	59 288	0%		0%
Equipements médicaux	23 018 968	37%	10 058 685	16%	33 243 475	64%	30 357 742	34%
Matériel de transport	4 494 762	7%	3 585 430	6%	6 568 776	13%	4 859 655	5%
Equipements TIC	774 241	1%	335 093	1%	666 098	1%	540 136	1%
Machines et équipements nca	9 773 822	16%	5 773 018	9%	4 671 444	9%	19 324 922	22%
Logiciels et bases de données informatiques		0%	58 177	0%	495	0%		0%
Autre formation brute de capital (n.c.a.)		0%	9 312 987	15%		0%		0%
Terrain		0%		0%		0%	10 112	0%
Recherche et développement en santé	3 707 658	6%	3 260 409	5%	65 934	0%	242 093	0%
Formation brute de capital	62 350 637	100%	61 575 602	100%	52 089 957	100%	89 539 546	100%

## **EXPERTS AYANT CONTRIBUE A LA REALISATION DE CETTE ETUDE**

### **I. CABINET DU PREMIER MINISTRE, CHEF DU GOUVERNEMENT**

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

### **II. CABINET DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

1. Schadrac BAITSHURA MUSOWA, Directeur de Cabinet
2. Pr Faustin CHENGE, Directeur de Cabinet Adjoint
3. Dr Félix KITENGE Wa MOMAT, Conseiller Chargé de la Gestion des Structures Médicales et des Nouveaux Projets

### **II. 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
5. Prof Théophile BUKELE, Cellule de Centralisation des projets

### **III. 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. Driss ZINE – EDDINE EL-IDRISSI, Ph.D, Banque Mondiale
7. Dr Godefroid MAYALA MABASI, USAID
8. Dr. Fabienne LADRIERE, Assistante Technique CTB-DEP/Santé

### **IV. 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. AG MONGANI MPOTONGWE Eddy : Chef de Service NTIC/PNCNS et Consultant/OMS
4. KIBUNDILA MULAMBA Crispin: Data Manager/PNCNS

## **V. EXPERTS AYANT CONTRIBUE A LA REDACTION DU RAPPORT**

1. Dr LOKONGA NZEYABE Jean-Pierre, MPN, OMS-RDC
2. Dr MANZENGO Casimir, Point Focal VIH et HFS //OMS-RDC
3. Dr Dr Albert KALONJI, Directeur Technique de l'Asbl SANRU –RDC
4. Dr Adrien NSIALA, Conseiller Technique et Stratégique du Projet Asbl SANRU-RDC
5. AG KISALAMBOTE Paulin, Directeur Adjoint PNCNS
6. NUNGA MATADI Raphael, Expert à la DEP/Santé
7. AG MABIALA MAKOSSO, CDAF/PNCNS
8. MINGIELE KALONJI Michel, CD Macroéconomie-Santé/PNCNS
9. LUVENGOMOKA NDONGALA Martin, Chef de Division à l'INS/ Mini Plan
10. ILONGA Simon, Expert du Programme National de Promotion de Mutuelle de Santé
11. DR SIBOKO Christian, Expert Division des Soins de Santé Primaires
12. ANGAWA KASONGO Gertrude : Secrétaire de Direction/PNCNS

## **V. EXPERTS AYANT PARTICIPE A LA COLLECTE DES DONNEES**

1. BUKOKO LUKODI Jean-Pierre, Chef de Division Standardisation des OGF/PNCNS
2. KINGUNZA PEMBELE Gabriel : Chef de Service Enquêtes / 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 : Chef de Service Etudes Macro Economie et Santé /PNCNS
7. BALIMO ONOWELA Henri : Analyste Financier/PNCNS
8. NYENGELE DIJIBA Louis : Chef de Service SNIS/CNS/PNCNS
9. KAKULI KISIMBA Jolie : Secrétaire de Direction/PNCNS
10. BASHIZI BIRINGANINE Flory : Chef du Personnel/PNCNS

## **VII. EXPERTS DES MINISTERES CONNEXES**

1. Akim NTAMBWE, Ministère de Budget
2. Fidèle MUKUTE, Ministère du Plan
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
4. Dr Erick MAFUTA, Chef des Travaux, Ecole de Santé Publique / Université de Kinshasa

## **VIII. PARTENAIRES AYANT APPORTE UN APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER**

1. GOUVERNEMENT de la République Démocratique du Congo
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

3. FONDS MONDIAL
4. BANQUE MONDIALE
5. COOPERATION TECHNIQUE BELGE (CTB)
6. SANRU, Asbl

## ***Point de 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 / 81 350 48 58 / 82 23 51 224***

***E-mail : [pncnsrdc@hotmail.fr](mailto:pncnsrdc@hotmail.fr) ; [gerardeloko@yahoo.fr](mailto:gerardeloko@yahoo.fr)***