



Bureau International du Travail



Programme Stratégies et Techniques pour
l'Extension de la Protection Sociale

Version de : Vendredi, 3 octobre 2008

Mutuelles de santé et financement du système de santé

Cas de la République Démocratique du Congo

ANDRE Bernard, BIT/STEP
Avril 2008

Table des matières

INTRODUCTION	3
LES DONNEES DE BASE	7
I-1) LE BUDGET DE LA SANTE	7
A) L'ESTIMATION DU BUDGET DES DEPENSES EN SANTE	7
B) LE BUDGET ET LES DEPENSES PUBLIQUES EN SANTE DE L'ÉTAT	7
C) L'APPORT DES BAILLEURS DE FONDS AU FINANCEMENT DE LA SANTE	8
I-2) LES ACTEURS DU FINANCEMENT DE LA SANTE ET LEUR IMPORTANCE RESPECTIVE	10
I-3) LES DEPENSES DE SANTE DE LA POPULATION	10
LA REPARTITION DU FINANCEMENT DE LA SANTE ENTRE L'ÉTAT ET LES POPULATIONS	13
II-1) LA PART DU FINANCEMENT DE LA SANTE INCOMBANT A CHACUN DES ACTEURS	13
A) LA PROBLEMATIQUE DE LA REPARTITION DES PARTS DU FINANCEMENT	13
B) LA REPARTITION DES PARTS DU FINANCEMENT	15
C) LE « TOUT A CHARGE DE L'ÉTAT »	15
D) LE « TOUT A CHARGE DE LA POPULATION »	17
E) LE PARTAGE DES COÛTS ENTRE L'ÉTAT ET LA POPULATION	21
II-2) L'ÉVOLUTION TEMPORELLE DE LA PART DU FINANCEMENT DE LA SANTE INCOMBANT A CHACUN DES ACTEURS	26
LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT DU PARTAGE DES COÛTS DU FINANCEMENT DE LA SANTE	29
III-1) LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT	29
A) LA POLITIQUE DE TARIFICATION DES SOINS DE SANTE.	31
B) L'ÉTENDUE DE LA COUVERTURE DES SOINS PROPOSÉE PAR LES MUTUELLES.	32
C) LES MODALITÉS D'ADHÉSION : INDIVIDUELLE OU FAMILIALE.	33
LA DEMULTIPLICATION DES MONTANTS DES FINANCEMENTS DE LA SANTE PAR L'UTILISATION DE L'OUTIL MUTUALISTE	36
IV-1) LA SUBVENTION DES COTISATIONS DES MUTUELLES	36
IV-2) LA FONGIBILITÉ DE L'AIDE AU SECTEUR DE LA SANTE	41
LE FINANCEMENT DE LA SANTE ET QUELQUES RECOMMANDATIONS VERS DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT PLURALISTES DE LA SANTE	44
V-1) LA STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTE ET DE DÉVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE EN RDC	44
V-2) VERS DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT DE LA SANTE PLURALISTES INTEGRANT L'OUTIL DE FINANCEMENT MUTUALISTE AFIN DE PARVENIR A UNE COUVERTURE UNIVERSELLE	46
V-3) LE PARTAGE DES COÛTS DU FINANCEMENT DE LA SANTE ENTRE PLUSIEURS MÉCANISMES DE FINANCEMENT DE LA SANTE. UN CADRE GLOBAL DU FINANCEMENT DE LA SANTE	48
A) LA COUVERTURE DU BUDGET GÉNÉRAL NATIONAL DE LA SANTE.	48
B) FINANCEMENT PAR VOIE DIRECTE ET FINANCEMENT PAR VOIE INDIRECTE	50
V-3) L'IMPORTANCE DES MUTUELLES DANS LE CADRE DU FINANCEMENT DE LA SANTE	52
CONCLUSION	55

Mutuelles de Santé et financement du système de santé

ANDRE Bernard, BIT/STEP

Introduction

Introduction

Le financement de la santé est une problématique complexe qui se pose d'une manière d'autant plus aiguë dans les pays d'Afrique où les ressources sont rares. En effet, il existe toujours un gap plus ou moins important entre les ressources disponibles et les besoins en financement de la santé et cette situation implique de faire des choix en matière de financement de la santé.

Selon l'OMS¹, une politique de financement de la santé a pour but d'améliorer le niveau et la répartition de la santé de la population ; d'améliorer le niveau et la répartition de la réactivité du système de santé à l'égard des attentes (autres que sanitaires) des populations ; d'améliorer l'équité des contributions financières au système de santé fournies par la population ; et d'améliorer l'efficacité globale du système, c'est-à-dire maximiser la réalisation des buts précédents dans les limites des ressources disponibles.

Dans ce cadre, le financement de la santé s'articule autour de trois fonctions fondamentales : la mobilisation des ressources, la mise en commun de ces ressources et l'achat de prestations de soins. En conséquence, tout système de financement de la santé doit mobiliser par divers moyens les ressources disponibles auprès des principaux acteurs qui peuvent y contribuer : l'Etat par l'allocation budgétaire, les entreprises et les employeurs par le paiement de cotisations, les ménages par le paiement direct, le paiement de taxes spécifiques, de cotisations et primes d'assurances, et les partenaires internationaux de l'Etat par des subventions ou des prêts.

Chaque pays doit, en fonction de sa politique et des choix que cela implique, mettre ces ressources en communs et les gérer au travers de divers organismes ou systèmes de financement. Soit cette fonction est assurée par le ministère de la santé, soit par un régime de sécurité sociale, soit par des caisses d'assurance maladie privée à but lucratif, soit par des organisations privées de type communautaire à but non lucratif comme les mutuelles de santé.

Le présent document s'attache plus particulièrement à analyser les contributions des mutuelles de santé au financement de la santé en qualité d'organisme impliqué dans la mobilisation des ressources financières auprès des populations qu'elles organisent en vue de leur mise en commun pour le paiement ou l'achat de prestations de soins dans une optique de meilleure équité de l'accessibilité financière.

¹ Rapport sur la santé dans le monde 2000

Les liens entre un système de mutuelles de santé et le financement du système de santé au niveau national sont multiples et complexes. En effet, une mutuelle de santé est une institution financière qui œuvre dans le domaine des soins de santé en vue de résoudre les problèmes d'accessibilité financière des usagers aux services de santé. Elle y joue le rôle d'intermédiaire financier entre ses membres et les prestataires de soins. A partir de la collecte régulière des cotisations des bénéficiaires en contrepartie des garanties offertes, la mutuelle finance le système de la santé par paiement anticipatif ou par remboursement des factures de soins de santé émises par les prestataires de soins.

En raison de ce positionnement des mutuelles de santé comme acteur financier du secteur de la santé, le développement de celles-ci se trouve être étroitement lié aux décisions prises en matière de politique de financement du système de la santé (le budget général national de la santé et la manière dont il est couvert). Les décisions en cette matière déterminent les canaux et les modalités par lesquels sont financés les prix de revient des services de santé et les montants qui sont répercutés au niveau des populations qui y recourent. Ce sont finalement ces derniers montants qui décideront des possibilités qu'auront les populations d'adhérer et d'utiliser les services des mutuelles de santé en s'acquittant des montants plus ou moins abordables des cotisations qui en résultent.

Aborder la problématique du développement des mutuelles de santé par le rôle qu'elles jouent en matière de financement de la santé, permet de mettre en évidence l'interrelation et l'interdépendance très étroites qui existent entre les prix de revient des soins, les montants facturés aux patients et les montants des cotisations des mutuelles de santé. Il s'agit en l'occurrence de construire une chaîne de relations et d'implications financières au sein de laquelle les apports des mutuelles de santé (et par derrière elles, la contribution financière de la population au système de santé) doivent trouver et prendre correctement leur place. L'élaboration d'une politique de développement des mutuelles de santé est en conséquence étroitement liée à la politique de financement du secteur de la santé et plus globalement à la politique de la santé d'un pays.

Le programme BIT/STEP² intervient en République Démocratique du Congo depuis 2004. Il est actuellement confronté à la problématique de l'appui/conseil/technique à l'élaboration d'une politique nationale de développement des mutuelles de santé. Celle-ci est l'une des priorités du Gouvernement au sein d'un cadre plus global d'élaboration d'une politique nationale de protection sociale pour tous. C'est pour cette raison que ce document s'articule plus particulièrement autour du cas spécifique de la RDC. Il vise dans ce cas à participer à l'enrichissement des débats en cours au niveau national. Cependant, la réflexion élaborée et les arguments développés sur la base des données chiffrées concernant la RDC restent valables et sont extrapolables à d'autres situations et contextes nationaux.

Il ne s'agit pas ici de donner une "recette" à suivre ou de fournir les réponses précises à toutes les questions soulevées dans ce cadre mais bien, au travers de ce document, d'attirer l'attention sur un ensemble d'éléments importants à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration d'une politique de développement des mutuelles de santé. Il semble nécessaire d'élargir la réflexion à un cadre plus large que le seul secteur des mutuelles de santé en raison de l'imbrication étroite de celui-ci avec le cadre plus global de la politique de santé mais également et au-delà avec la politique plus globale de protection sociale dans laquelle s'insèrent nécessairement et naturellement les mutuelles de santé. Dans chaque pays les réponses pourront et seront sans doute différentes à celle que la RDC doit elle-même trouver et proposer pour mettre en œuvre ses propres politiques : la politique de développement des mutuelles de santé, la politique de la santé, la politique de financement de la santé, ainsi que la politique de protection sociale dont la couverture maladie est l'une des branches.

Il existe une grande imprécision en ce qui concerne les données sur les dépenses de santé des ménages. Cependant, les rapports et les statistiques disponibles confirment que la population constitue le principal contributeur au financement de la santé en RDC. Malgré ce constat, cette capacité de financement de la santé par les populations est le plus souvent ignorée ou n'est pas utilisée de manière rationnelle, laissant les individus confrontés à d'importants problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé. Dans ce contexte, une meilleure organisation des populations, sur la base notamment de mutuelles de santé ou tout autre système de protection sociale en santé, permettrait à la fois d'apporter une réponse adaptée aux problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé des individus et contribuerait de manière conséquente à résoudre les problèmes de l'insuffisance des financements en matière de santé.

² Programme Stratégies et Techniques pour l'extension de la Protection Sociale du Bureau International du Travail.

Mettre en relation une politique de développement des mutuelles de santé et, au-delà, une politique de protection sociale pour tous avec les politiques de la santé et de son financement ouvre l'occasion d'aborder le financement de la santé en prenant en compte l'équité de l'accès aux soins pour tous. Cette dimension sociale de l'accessibilité financière aux soins constitue, par ailleurs, l'une des principales vocations des mutuelles de santé. Selon l'optique sociale, les soins de santé interviennent comme une « réparation » d'une diminution ou d'une perte de la santé ou d'un niveau de santé des individus. En ce sens, ils viennent en bout de chaîne et se présentent comme la dernière étape d'une préoccupation sociale envers la santé. En tenant compte de l'organisation de l'accessibilité sociale aux soins de santé, le risque d'une médicalisation excessive des problèmes liés à l'inégalité sociale, avec en corollaire le surenchérissement des coûts qui y sont liés, peut être évité avec un impact positif tant sur le budget santé des ménages que sur le budget de la santé de l'Etat.

La prise en compte de la dimension sociale du financement de la santé permet à ce que le problème de la santé soit abordé à sa source en présageant à l'avance des difficultés d'accessibilité financière des patients ou, des personnes dont ils dépendent financièrement, aux soins de santé. De cette manière les conditions et les modalités de l'organisation d'un partage des coûts peut être organisé et mis en place en gommant les difficultés liées à un recouvrement direct des coûts qui ne peut satisfaire ni les besoins en financement de la santé, ni les problèmes d'accessibilités de plus grand nombre aux soins de santé. Cela permet d'insérer le financement de la santé dans une chaîne de financements solidaires qui se complètent les uns les autres. Cette stratégie « sociale » du financement de la santé permet de lever les principales barrières d'accessibilités financières dans les mêmes conditions, avec les mêmes chances et avec un accès à la même qualité de soins, pour toutes les couches socio-économiques de la population. De plus, cette participation et l'association de tous au financement des soins de santé et à ses bénéfices (envisagé sous l'aspect meilleur état de santé) au travers d'un système social organisé de prévention du financement des soins, ont une incidence directe sur les besoins en soins de santé et sur leurs coûts qui peuvent être mieux maîtrisés et couverts.

La prise en compte de la dimension sociale du financement de la santé au travers d'une optique de protection sociale de la santé, telle que promue par l'OIT³, permet d'envisager l'intégration harmonieuse de tous les mécanismes de financement de la santé dans une perspective à plus ou moins long terme d'une couverture universelle en soins de santé de la population. Les mutuelles envisagées dans ce cadre comme un des outils de financement de la santé peuvent y trouver leur juste place et être intégrées à l'ensemble des mécanismes de financement de la santé. Ce n'est que dans de telles conditions que les mutuelles, comme chacun des autres mécanismes de financement de la santé, peuvent se compléter et consolider progressivement le système de santé par leurs financements respectifs dans le cadre d'une couverture universelle pour tous mais qui peut être diversifiée dans les outils mis en œuvre pour l'atteindre.

En l'occurrence, il ne s'agit plus simplement d'élaborer une politique de développement des mutuelles de santé mais de l'élaborer en cohérence avec les autres politiques connexes. Cette manière plus globale d'envisager le développement des mutuelles de santé en liaison notamment avec les problèmes du financement de la santé, permet de rationaliser l'utilisation de l'outil mutualiste. Cette approche globale est la véritable manière de déterminer pourquoi, pour qui, comment et en combien de temps mettre en place des mutuelles de santé dans le cadre d'une politique globale de financement de la santé.

Ce document a pris le parti d'une approche ciblée autour d'une réflexion sur la problématique d'une politique de développement des mutuelles de santé et de l'intégration de celles-ci comme composante du système de financement de la santé. Il doit cependant rester clair que la problématique du financement de la santé ne peut être résolue uniquement par la voie mutualiste. Cette problématique qui n'est qu'abordée dans ce document, est beaucoup plus vaste et la mise en œuvre d'une politique de développement des mutuelles de santé devra nécessairement en tenir compte si elle veut avoir notamment pour finalité de s'inscrire de manière harmonieuse dans le cadre d'un système national de financement de la santé.

Cependant la voie mutualiste implique nécessairement d'aborder la problématique du financement de la santé en y incorporant la dimension sociale dans une optique d'accessibilité universelle aux soins de santé pour toute la population. La stratégie actuelle du financement de la santé en RDC ne se positionne pas clairement sur ce sujet et les choix en cette matière peuvent sembler confus. Cela se traduit notamment par l'absence d'échanges et de complémentarités entre les acteurs de la protection sociale en santé et

³ Organisation Internationale du Travail

les acteurs de la santé. L'élaboration d'une politique de développement de mutuelles de santé gagnerait à ce que de tels échanges et complémentarités soient instaurées dans le cadre d'une vue et d'une stratégie globale à long terme du financement de la santé dans un objectif de couverture universelle des soins de santé.

Le choix d'aborder le problème du développement des mutuelles de santé par l'approche du financement de la santé ne présage pas non plus de la complexité de l'outil mutualiste, ni des difficultés de sa mise en œuvre comme également de ses nombreux impacts potentiels sur les autres aspects de la vie et de l'organisation de la protection sociale d'un pays. L'outil mutualiste n'est pas non plus l'unique alternative de l'organisation de la solidarité d'une protection sociale de la santé. Les propos de ce document ont volontairement été limités au sujet qu'il entendait aborder, les liens réciproques entre les mutuelles et le financement de la santé. En conséquence, le lecteur ne trouvera pas dans celui-ci tous les arguments que la complexité de l'objet mutualiste et de la protection sociale en santé nécessiteraient de développer.

Ce document commence par la présentation des données et des questions de base autour desquelles s'articule le développement des problématiques à prendre en compte. Il s'agit dans un premier temps d'estimer le budget global de la santé et de déterminer quels sont les acteurs en présence dans le cadre du financement de la santé et de préciser quels sont les acteurs nationaux essentiels de celui-ci. Ensuite, l'argumentaire concernant la problématique du financement de ce budget sera développé en l'abordant par une série de questions relatives aux parts à attribuer à chaque acteur et aux mécanismes et systèmes de mobilisation des fonds vers le système de santé. Après que l'alternative du partage des coûts aie été mise en évidence comme l'approche la plus favorable au développement des mutuelles de santé en RDC, il est fait part de quelques mesures d'accompagnement qui doivent être analysées en vue de garantir que les objectifs de financements de la santé attendus de la population au travers de l'outil mutualiste sont atteints dans les meilleures conditions. Il s'agit de la tarification des soins, le contenu de la couverture des soins des mutuelles et la forme de mise en œuvre de la couverture mutualiste. Il sera également montré que l'outil mutualiste permet de démultiplier le volume des financements de la santé en associant au financement public le financement privé de la population. De cette manière aussi la fongibilité de l'aide au financement de la santé pourra être mieux appréhendée.

Finalement des considérations plus générales tenteront de souligner l'intérêt qu'il y a d'envisager le budget global de la santé avec comme fil conducteur une approche à plus long terme visant à l'atteinte d'une couverture universelle aux soins de santé. Cette stratégie semble être une approche judicieuse pour combiner les diverses fonctions de génération des ressources, de mise en commun des risques, de fourniture des soins de santé et de financement de la santé. C'est seulement à partir d'une telle stratégie plus globale et plus cohérente que devrait être envisagé la mise en œuvre d'une politique de développement des mutuelles de santé. En effet, les choix qui doivent être fait ne sont pas neutres tant en ce qui concerne l'efficacité et l'équité du système de santé qu'en ce qui concerne l'efficacité et l'équité de chacun des éléments qui le constitue. Les mutuelles doivent s'inscrire dans une telle logique et c'est à cette seule condition qu'elles contribueront efficacement au renforcement du financement du système de santé.

I-1) Le budget de la santé

a) L'estimation du budget des dépenses en santé

L'estimation des coûts moyens requis pour le financement de la santé en Afrique est comprise entre 34 à 40 \$ par habitant et par an⁴. Ces montants permettent de fournir l'ensemble indispensable des services essentiels de santé de base à chaque individu y compris les soins concernant le VIH-SIDA. Actuellement, la plupart des Etats en Afrique ne parviennent pas à consacrer et à mobiliser de tels montants d'investissements pour la santé. En moyenne, ils dépensent moins de 20 \$ par an et par habitant et certains moins de 10 \$. C'est le cas pour la République Démocratique du Congo (RDC) qui se situe en deçà de ces estimations avec des montants du budget de l'Etat dans le secteur de la santé compris entre 1,3 et 1,7 \$ par habitant⁵ et par an entre 2004 et 2007.

A partir de ces références internationales, le budget à mobiliser par pays pour fournir les services essentiels à la population en matière de santé peut être estimé. Pour un Etat comme la RDC peuplé d'environ 60 millions d'habitants⁶, la limite supérieure de 40 \$ de cette estimation représente un coût global en dépenses de la santé de 2,4 milliards de \$ par an.

A titre de comparaison, le Projet du Millénaire des Nations Unies se basant sur l'étude des cas du Ghana, de la Tanzanie et de l'Ouganda, a estimé que l'atteinte des OMD liés à la santé (y compris les cibles concernant le VIH/SIDA) sur une période de dix ans nécessiterait des dépenses publiques annuelles comprise entre 16 à 22 \$ par habitant et qu'elles devront ensuite passer à un montant compris entre 30 et 40 \$ par habitant et par an. Pour la RDC, les estimations des besoins totaux de financement pour la réalisation des OMD en matière de santé sont, en millions de \$, de 1.482 en 2006 (25 \$ par habitant), 2.210 en 2010 (33 \$ par habitant) et de 3.540 en 2015 (45 \$ par habitant)⁷.

b) Le budget et les dépenses publiques en santé de l'Etat

Pour la RDC, ces montants sont conséquents et actuellement très au-dessus des budgets actuellement mis en oeuvre dans le secteur de la santé par l'Etat et les partenaires au développement. Comme l'indique le tableau ci-après, le budget annuel de l'Etat en matière de santé entre 2001 et 2007 a évolué de 3 à 101 millions de \$⁸.

⁴ Stratégies africaine de la santé. Troisième session ordinaire de la conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine. Johannesburg 9-13 avril 2007 et l'OMS qui indique que le minimum nécessaire pour assurer les soins de santé de base à une population est compris entre 35 à 40 \$ par an et par habitant. OMS, « Spending on health : A global overview » Fact sheet.

⁵ Santé et Pauvreté en RDC : Analyse et Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté. Banque Mondiale. 2005.

⁶ 62.660.551 hab. en 2006. (Wikipedia). La RDC est classée au 19^{ème} rang des pays du monde par classement de taille de population (populationdata.net).

⁷ Estimations chiffrées à partir des données du rapport final du projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies. Chapitre 17.

⁸ Sources : estimations à partir des données du Ministère du budget de la RDC, FMI (2006) et Banque Mondiale (2002).

Tableau 1 : Budget et dépenses publiques en matière de santé 2001- 2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Budget de la santé (millions de \$)	3,0	13,5	42,0	71,0	75,7	89,4	101,3
Dépenses de santé (millions de \$)	2,5	0,9	22,5	23,5	48,6	48,3	95,6 ⁹
Dépenses de santé en % du budget de la santé	83,1 %	7,0 %	53,6 %	33,1 %	64,1 %	54,0 %	94,34
dont % PPTÉ				7,3 %	43,1 %	56,7 %	70 %
Dépenses de santé par habitant (en \$)	0,05	0,02	0,41	0,42	0,84	0,81	1,68

Source : Revue des dépenses publiques (RDP) - Février 2008 - Tableau 0.2: Budget et dépenses publiques en matière de santé, 2001-07. Estimations à partir des données communiquées par le Ministère du budget de la RDC, FMI (2006) et Banque mondiale (2002).

Par rapport à ce budget, les dépenses publiques en matière de santé ont évolué de 2,5 millions de \$ en 2001 à 48,3 millions de \$ en 2006. Cela représente pour cette dernière année une dépense de 0,8 \$ par habitant ce qui place la RDC parmi les pays dont les dépenses publiques en matière de santé sont les plus faibles au monde. (L'exécution du budget en 2007 serait de 94,34 % ce qui donnerait une dépense de 1,68 \$ par habitant et par an¹⁰).

En comparaison avec le PIB, ces budgets représentent des pourcentages relativement modestes et loin des pourcentages que le budget total devrait atteindre pour couvrir les besoins en dépenses de santé. Cependant l'évolution positive du PIB depuis 2003 permet de constater que le montant des besoins en financement de la santé à atteindre baisse, relativement en pourcentage, de manière régulière : en moyenne de 3 % par an par rapport au PIB. Dans le même temps le pourcentage des dépenses publiques c'est amélioré passant de 0,45 % en 2003 à 1,12 % du PIB en 2007.

Tableau 3 : Comparaison du PIB de la RDC avec le % des ressources propres consacrées à la santé et % du budget global de la santé de 2003 à 2007

	2003	2004	2005	2006	2007
PIB en milliards de Fc	2.298,7	2.601,3	3.366,4	4.000,7	
Moyenne des taux de change	373,0	397,8	474,4	468,3	
PIB en milliards de \$	6,163	6,539	7,096	8,543	8,953
Ressources propres consacrées à la santé (en millions de \$)	25,973	23,101	49,438	39,571	100,646
% des ressources propres consacrées à la santé dans le PIB	0,45 %	0,35 %	0,70 %	0,46 %	1,12 %
% des ressources du PIB nécessaire pour couvrir le budget global de la santé sur la base de 40 \$/hab/an	38,9 %	36,7 %	33,8 %	28,09 %	26,81 %

Sources : BM revue des dépenses publiques. Février 2008 et Ministère de la santé, Commission Financement de la Santé. Avril 2008

c) L'apport des bailleurs de fonds au financement de la santé

L'apport des bailleurs de fonds internationaux au secteur de la santé en RDC a considérablement augmenté au cours des dernières années (figure 1)¹¹. Leur appui aux programmes de santé et de lutte

⁹ Montant des dépenses calculées à partir du pourcentage des dépenses du budget de la santé.

¹⁰ Commission Financement de la santé. Analyse de l'exécution du budget de l'Etat alloué à la santé : 2006-2007. Avril 2008.

¹¹ Banque Mondiale. Rapport N° 42167 – ZR. République Démocratique du Congo. Revue des dépenses publiques (RDP). Février 2008. Département en charge de la Réduction de la Pauvreté et de Gestion Économique 3 Région Afrique

contre le VIH/SIDA, y compris les projets humanitaires, était estimé à 117 millions de dollars (2,20 \$ par habitant) en 2003. Il a ensuite augmenté régulièrement pour atteindre un montant total estimé à 302 millions de dollars (4,30 \$ par habitant) en 2006. À l'exclusion des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et des programmes d'assistance humanitaire, les financements internationaux destinés aux programmes de développement du secteur de la santé étaient estimés à 64 millions de dollars en 2003 (1,20 \$ par habitant), augmentant ensuite pour s'établir à un montant estimé à 175 millions de dollars en 2006 (2,95 \$ par habitant). Cette même année, les financements des bailleurs de fonds étaient 6,3 fois supérieurs aux dépenses de santé du gouvernement et représentaient 3,5 % du PIB (tableau 5.8).

Figure 1 : Estimation et projection de l'appui des bailleurs de fonds internationaux aux programmes de santé et de lutte contre le VIH/SIDA, 2003-10¹²

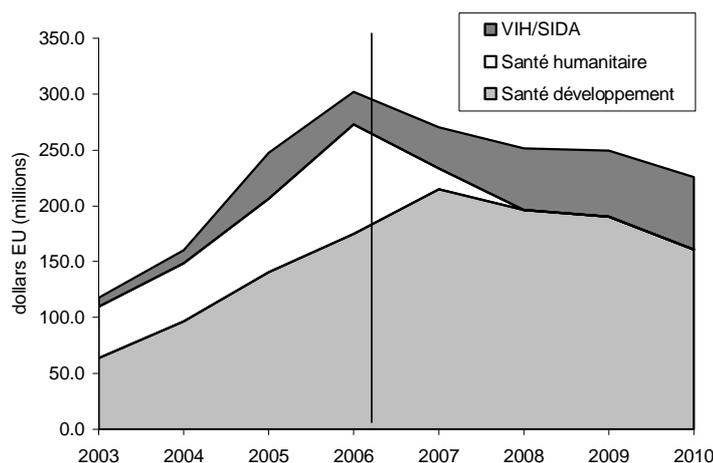


Tableau 4 : Estimation et projection de l'appui des bailleurs de fonds internationaux aux programmes de santé et de lutte contre le VIH/SIDA en RDC, 2003-10¹³

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Santé Développement (millions \$EU)	63.8	96.6	140.5	174.7	214.9	196.1	190.0	160.6
Santé Humanitaire (millions \$EU)	45.8	52.4	65.7	98.0	18.3	0.0	0.0	0.0
VIH/SIDA (millions \$EU)	8.2	11.4	41.0	29.3	37.1	55.3	59.3	65.1
Total (millions \$EU)	117.7	160.4	247.2	302.1	270.3	251.4	249.4	225.8
Santé Développement (en \$EU par habitant)	1.18	1.73	2.44	2.95	3.52	3.12	2.93	2.41
Santé Humanitaire (\$EU par habitant)	0.84	0.94	1.14	1.65	0.30	0.00	0.00	0.00
VIH/SIDA (\$EU par habitant)	0.15	0.20	0.71	0.49	0.61	0.88	0.92	0.98
Total (\$EU par habitant)	2.17	2.87	4.29	5.10	4.43	4.00	3.85	3.38
Total en % des dépenses publiques de santé	523%	682%	509%	626%				
Total en % du PIB	2.1%	2.5%	3.5%	3.5%	3.0%	2.5%		
<i>Postes pour mémoire</i>								
Population (millions)	54	56	58	59	61	63	65	67
Dépenses publiques de santé (millions \$EU)	23	24	49	48				
PIB (millions \$EU)	5,681	6,539	7,096	8,543	8,953	9,954		

¹² Source: Résumé des estimations présentées en détail à l'annexe 5 du rapport de la Banque Mondiale N° 42167 – ZR, République Démocratique du Congo. Revue des dépenses publiques (RDP), Février 2008 et établies à partir d'informations fournies par le Ministère de la santé, divers bailleurs de fonds et des agences de l'ONU.

¹³ Idem 8)

Selon la banque Mondiale et compte tenu des informations actuellement disponibles sur les engagements, le financement des programmes de développement devrait atteindre un pic en 2007 et baisser ensuite, même si en réalité les décaissements effectifs en 2007 seront probablement inférieurs aux engagements et reportés sur les années à venir, de sorte que les dépenses de développement annuelles pourraient être de l'ordre de 200 millions de dollars au cours des trois prochaines années. Les fonds consacrés à l'assistance humanitaire pour les prochaines années ne sont pas connus et pourraient être progressivement retirés. Une nette diminution des niveaux estimatifs des financements humanitaires entre 2006 et 2007, de l'ordre de 80 % a déjà été observée.

Etat et partenaires représentent, ensemble et au mieux de leurs contributions, un budget alloué à la santé compris entre 250 à 310 millions de \$ par an. Ce budget qui équivaut environ à 5 \$ par an et par habitant est loin de correspondre aux besoins évoqués ci-dessus. Il ne représente que 12,5 % du total de ceux-ci.

I-2) Les acteurs du financement de la santé et leur importance respective

Quatre acteurs du financement de la santé peuvent être identifiés. Il s'agit de l'Etat, des partenaires extérieurs ou bailleurs de fonds, des entreprises et des employeurs, et de la population.

La description des budgets et des besoins en financement de la santé a permis de cibler plus particulièrement deux des acteurs du financement de la santé et d'évaluer leur importance respective : il s'agit de l'Etat qui couvre 4,2 % des besoins¹⁴ et des partenaires extérieurs qui financent 8,3 % de ceux-ci¹⁵.

A ceux-ci, il convient d'ajouter les entreprises et plus particulièrement les entreprises publiques. Par le passé (dans les années 80) celles-ci dépensaient annuellement plus de 145 millions de \$ dans les soins de santé et couvraient 27 % de la population. Cependant, avec la faillite des entreprises publiques ce financement de la santé (qui à l'époque représentait de 3 à 4 fois le budget de l'Etat consacré à la santé¹⁶) s'est écroulé. Des études récentes ont montré que seul 2,6 % à 4,1 % des répondants aux enquêtes déclaraient avoir bénéficié des soins médicaux payés par leurs employeurs. Bien que l'importance de cet acteur soit actuellement fortement réduite en matière de financement des soins de santé (cependant dans certaines zones du pays il reste encore le seul acteur présent avec ses propres structures de soins), il convient de noter qu'il est un acteur potentiel très important. Son impact en termes de financement de la santé devrait évoluer positivement avec la reprise de l'économie et à condition qu'il en soit tenu compte dans les choix fait par le Gouvernement en matière des règles et des systèmes de protection sociale au niveau national.

Le recouvrement des coûts¹⁷ à travers le paiement des usagers tel qu'il est institué en RDC depuis de nombreuses années, amène à identifier la population comme le quatrième acteur du financement de la santé. De tous les acteurs recensés c'est elle qui constitue la source de financement la plus importante du secteur de la santé. Il est admis en RDC que les usagers financent 65 à 70 % de la couverture des charges actuelles du système de la santé.

I-3) Les dépenses de santé de la population

Les données concernant les dépenses de santé des ménages sont peu nombreuses et manquent de fiabilité en RDC. Cependant quelques études récentes donnent des éléments de réponses quant à l'estimation de l'importance des dépenses des populations en soins de santé.

¹⁴ 101,3 millions de \$ sur les 2,4 milliards de \$ nécessaires.

¹⁵ 200 millions de \$ sur les 2,4 milliards de \$ nécessaires.

¹⁶ Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé. DEP. Octobre 2004. Tableau d'évolution du budget des dépenses courantes de la santé de 1968 à 2004.

¹⁷ Le « recouvrement des coûts » devrait plus justement être appelé le « partage des coûts » car il s'agit bien dans son esprit d'un recouvrement partiel des coûts auprès de la population qui participe ainsi au financement de la santé.

La Banque Mondiale renseigne que certaines études ponctuelles ont estimé le coût par épisode maladie entre 1 \$ et 5,5 \$ et le nombre moyen d'épisodes maladies par personne et par an à 3. En partant de l'hypothèse (?) que 60 % des épisodes maladies font l'objet de soins et que le coût moyen par épisode est de 3 \$, on obtient, selon la BM, une dépense annuelle par habitant de 5,4 \$. En 1980, la BM estimait que la dépense de santé annuelle par habitant avoisinait les 5,6 \$. Les données actuellement estimées par la BM sont de 7 \$ par habitant et par an¹⁸. Dans ces conditions et en calculant à partir de ces moyennes les dépenses de santé des 60 millions d'habitants de la RDC cela représente un budget annuel compris entre 324 millions de \$ et 420 millions de \$, soit le double ou plus, de ce qu'investissent chacun des autres acteurs considérés à leur meilleur niveau (Etat, entreprises et partenaires).

D'autres études donnent des montants des dépenses de santé des ménages plus importants. L'enquête socio-économique et d'accessibilité aux soins dans la province du Nord-Kivu de NOVIB et IPS/Nord-Kivu réalisée par CIF-santé et publiée en 2005, indique que le revenu annuel moyen d'une personne par aire de santé est de 118,8 \$ (43,2 \$ pour les 50 % de ménages les plus pauvres et 176,4 \$ pour les 50 % des ménages les plus riches). L'étude estime les dépenses en santé à 16 % de l'ensemble du revenu des ménages dont la taille moyenne est de 6,1 personnes. A partir de ces chiffres et en extrapolant à l'ensemble de la population cela donne un budget de dépenses santé des ménages de 1,14 milliard de \$ par an.

Le rapport de l'enquête ménage réalisée dans les Zones de Santé de Ndesha, Katoga et Tshikula dans le Kasai oriental par CORDAID en juin 2004 renseigne les dépenses de santé suivante suivant les différents groupes socio-économiques :

	Nbre ménages	Nbre personnes	Revenu moyen par an et par personne	Dépenses moyennes pour la santé par an et par personne	% du total des dépenses
0-25 % Très pauvre	75	581	35,16 \$	4,41 \$	12,5 %
26-50 % Pauvre	75	523	86,55 \$	8,81 \$	10,2 %
51-75 % Moyen	75	523	140,92 \$	15,52 \$	11,0 %
76-100 % Fortuné	75	449	294,40 \$	24,81 \$	8,4 %
TOTAL	300	2.076	130,82 \$	12,55 \$	9,6 %

Et en classant les ménages par milieu, rural, semi-urbain et urbain :

	Nbre ménages	Nbre personnes	Revenu moyen par an et par personne	Dépenses moyennes pour la santé par an et par personne	% du total des dépenses
Rural	150	1.053	74,62 \$	10,33 \$	14 %
Semi-urbain	75	454	150,78 \$	12,11 \$	8 %
Urbain	75	569	274,34 \$	21,34 \$	7,8 %
TOTAL	300	2.076	130,82 \$	12,55 \$	9,6 %

En prenant la moyenne et en l'appliquant à l'ensemble de la population du pays le montant total des dépenses de santé peut être estimé à 753 millions de \$ par an. La fourchette des dépenses allant de 66,15 millions de \$ pour les 25 % des ménages les plus pauvres à 372,15 millions de \$ pour les 25 % de ménages les plus riches.

L'étude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé du ministère du Plan et du Ministère de la Santé en octobre 2004 confirme l'ordre de grandeur ci-dessus. Le rapport de cette étude présente les données suivantes¹⁹ et permet d'estimer les dépenses au niveau national :

¹⁸ Page 190 du rapport de la Banque Mondiale N° 42167 – ZR. République Démocratique du Congo. Revue des dépenses publiques (RDP). Février 2008

¹⁹ Tableau 12 page 24 de l'étude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé.

Tableau 5 : Répartition des dépenses de santé par habitant et par an dans les ménages enquêtés

	En \$ par personne et par an	En \$ pour total de la Population nationale
Nord	2,61	156.600.000
Ouest	19,16	1.149.600.000
Capitale	22,68	1.360.800.000
Centre	23,24	1.394.400.000
Nord-Ouest	11,04	662.400.000
Est	13,59	815.400.000
Sude	13,06	783.600.000
Moyenne	15,07	904.200.000

La troisième colonne est calculée par nos soins et ne fait pas partie du rapport mentionné.

Ce montant moyen de 904 millions de \$ par an pour les dépenses de santé confirme l'ordre de grandeur du montant calculé à partir des données de l'étude du Nord-Kivu plutôt que celui de la première estimation mais ces dernières ne considéraient que les dépenses dans les systèmes « moderne » des soins.

Les données de l'étude « Rapport analyse des coûts des services de santé et leur accessibilité financière dans la zone de santé de Kenge en Province de Bandundu » (en cours de rédaction au moment de la rédaction de cette étude), renseigne que globalement la population paye environ 7,5 \$ par personne et par an en soins de santé dans le système de soins (3,7 \$ pour le niveau primaire ainsi que pour le niveau de référence). Le groupe socio-économique le plus pauvre (revenu inférieur à 1 \$ par jour et par personne) paye environ 5,7 \$ par personne et par an (3,6 \$ pour le niveau primaire et 2,1 \$ que pour le niveau de référence). Le groupe le plus aisé (revenu supérieur à 1 \$ par jour et par personne) paye environ 11,2 \$ par personne et par an (3,9 \$ pour le niveau primaire et 7,2 \$ que pour le niveau de référence).

Pour l'ensemble des différents recours, y inclus en dehors du système sanitaire, la population paye en moyenne 8 \$ par personne et par an ; la population pauvre 6 \$ par personne et par an et la population plus aisée 12 \$ par personne et par an, ce qui est le double de ce que paye le groupe plus pauvre.

Tableau 6 : Coûts de soins moyen payé par personne dans la zone de santé de Kenge.

Niveau	Coût de soins moyen payé par personne		
	Moyenne	Pauvre < 1\$	Plus aisé > 1\$
Total	3.709 Fc (7,5\$)	2.863 Fc (5,7\$)	5.582 Fc (11,2\$)
Niveau de soins primaire	1.868 Fc (3,7\$)	1.822 Fc (3,6\$)	1.961 Fc (3,9\$)
Niveau de soins secondaire	1.841 Fc (2,7\$)	1.042 Fc (2,1\$)	3.621 Fc (7,2\$)

En extrapolant les données du tableau ci-dessus pour une population de 60 millions d'habitants cela donne un montant global moyen des dépenses de santé de 480 millions de \$.

L'ensemble de ces études confirme l'imprécision actuelle des estimations et indique une très large fourchette d'estimation des dépenses de santé qui vont de 324 millions de \$ à 1,1 milliards de \$ par an. Toutefois ces informations permettent de confirmer le rôle principal que joue ou que pourrait et devrait jouer la population en terme de financement de la santé.

La répartition du financement de la santé entre l'Etat et les populations

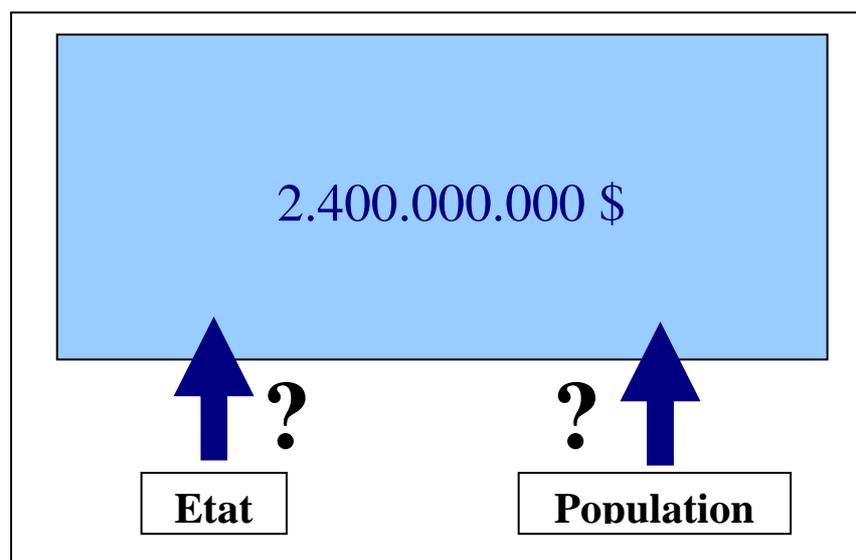
II-1) La part du financement de la santé incombant à chacun des acteurs

a) La problématique de la répartition des parts du financement

Les acteurs du financement de la santé étant identifiés et leur positionnement clarifié, il convient ensuite de déterminer qu'elles seront leurs contributions respectives dans le cadre d'une politique nationale de financement de la santé. Plus particulièrement, il s'agit de se prononcer, d'une part, sur le volume du financement que l'Etat prendra en charge (y compris avec l'appui de ses partenaires) via le budget national et, d'autre part, sur le volume que l'Etat demandera à la population de financer directement (via le recouvrement des coûts).

Cette décision est primordiale car elle participe à la détermination de la politique de financement de la santé du pays. Elle permet de clarifier et de fixer le cadre de l'organisation des différents systèmes de paiement mis en œuvre par chacun des acteurs en présence. En ce sens, elle constitue un choix national en matière de système de protection sociale car elle décidera du type de participation de la population au financement de la santé. Celle-ci pourra se faire ; soit par voie directe, via le recouvrement des coûts au niveau des individus ; soit par l'intermédiaire de l'organisation des populations dans des systèmes d'assurances sociales contributives ; soit via la perception d'impôts de natures diverses et le financement de la santé par le budget de l'Etat sans contribution directe de la population ou, soit encore, par une combinaison de ces différentes alternatives. En ce qui concerne des mutuelles de santé, cette décision permet de clarifier leur position dans le système du financement de la santé et spécifie plus précisément la raison de leur développement au niveau national.

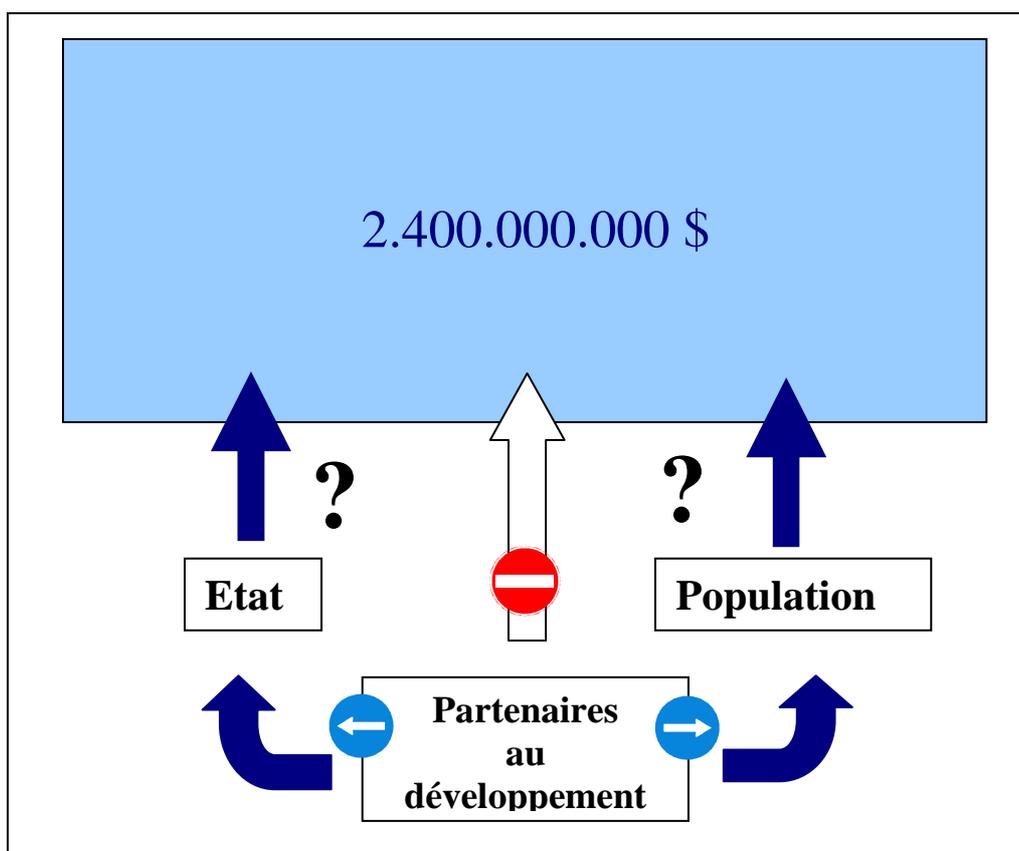
Figure 2 : Schéma de base illustrant la problématique posée de la détermination des parts des besoins en financement de la santé à attribuer à chacun des acteurs directement concernés.



La figure 2 ci-dessus, permet de visualiser la problématique qui sous-tend la décision à prendre. Dans ce schéma, le rectangle indique l'ampleur du budget du financement à mettre en œuvre et les deux points d'interrogation posent le problème de l'attribution des montants respectifs à attribuer aux deux acteurs directement concernés : l'Etat et la population.

Bien qu'ils contribuent de manière plus ou moins importante au financement de la santé, les partenaires au développement n'apparaissent pas dans ce schéma de base de la figure 2. La raison est que leurs contributions financières ne doivent pas entrer dans le système de santé indépendamment ou en contradiction avec la politique nationale de financement de la santé. Elles doivent s'intégrer dans les systèmes de financement nationaux de la santé en vue de les renforcer. Cela est d'autant plus important, que ces contributions extérieures au financement de la santé ont également des répercussions sur la mise en œuvre des autres politiques complémentaires comme la politique de protection sociale en santé ou la politique de développement des mutuelles de santé pour ne citer que celles qui sont directement concernées par la présente analyse. Ces politiques connexes impliquent en effet également la mise en œuvre de systèmes de financement de la santé. En ce sens, l'ensemble des systèmes se doivent d'être complémentaires et il convient d'éviter qu'un ou plusieurs intervenants, isolément ou en coalition, ne viennent fausser et perturber les règles de l'attribution des charges de financement de la santé et les canaux et systèmes de financement mis en place pour y contribuer. Dans le schéma de base, leurs apports sont supposés venir renforcer les contributions réparties respectivement entre l'Etat et les populations. C'est cette situation qu'illustre la figure 3 dans laquelle les financements des partenaires au développement sont intégrés à travers les canaux de paiement mis en œuvre par l'Etat et/ou par la population.

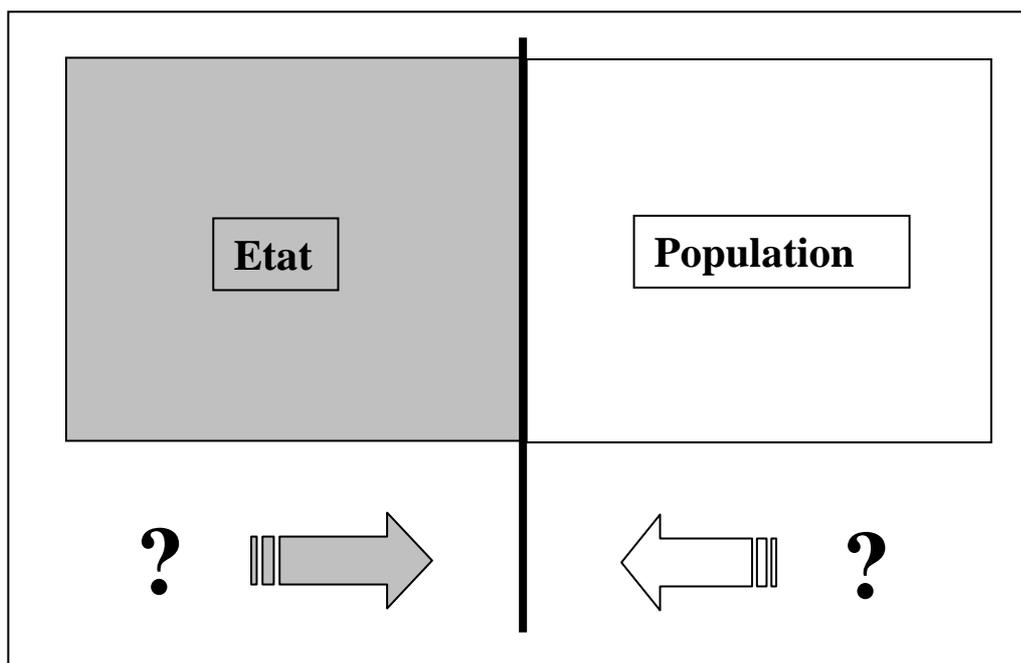
Figure 3 : La place naturelle des partenaires au développement dans le cadre du financement du secteur de la santé est le soutien aux mécanismes de financement développés par chacun des deux acteurs.



b) La répartition des parts du financement

La décision de répartition des parts du financement de la santé entre la population et l'Etat peut s'illustrer via le positionnement d'un curseur qui est ici symbolisé (figure 4) par une ligne noire qui traverse et coupe le rectangle du budget en deux parties. A titre d'exemple, le curseur est ici placé au milieu du rectangle répartissant ainsi la contribution envisagée de chacun des acteurs en deux parties égales : 50 % du budget total à charge de chacun des partenaires concernés.

Figure 4 : Comment positionner le curseur afin de déterminer les parts respectives du financement du budget de la santé ?



Dans un premier temps ce sont les deux cas limites du positionnement du curseur qui seront analysées : d'une part, le positionnement de celui-ci à l'extrémité droite du rectangle symbolisant le budget des dépenses en santé, ce qui signifie « le tout à la charge de l'Etat » et, d'autre part, le positionnement à l'extrémité gauche du rectangle, ce qui signifie « le tout à charge de la population ».

c) Le « tout à charge de l'Etat »

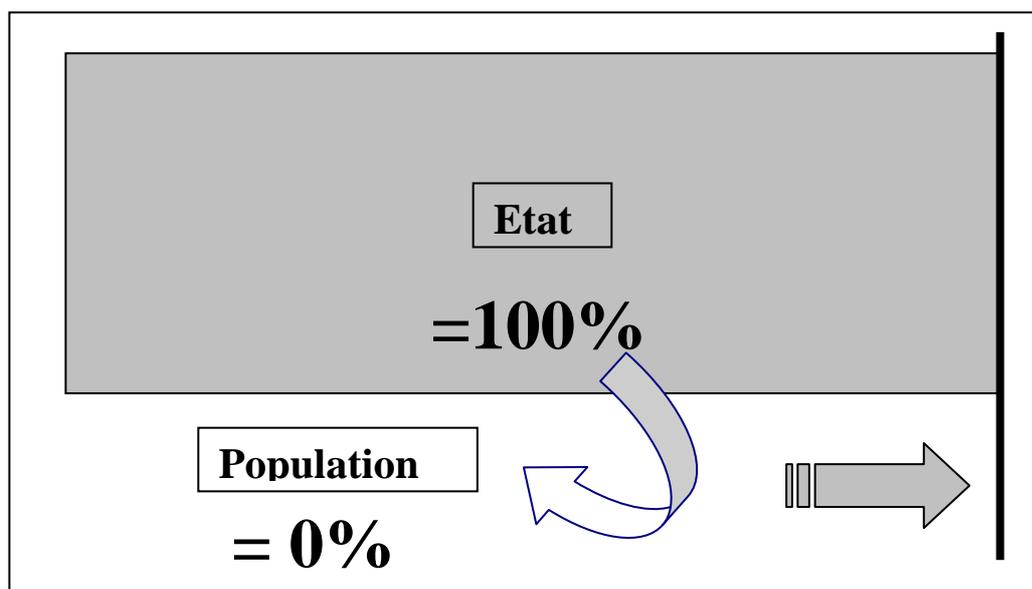
Dans la figure 5, ci-après, le curseur a été positionné à l'extrémité droite du rectangle. Cela signifie que l'entièreté des coûts de la santé est directement et entièrement à la charge de l'Etat. Le « tout à la charge de l'Etat » signifie également que la population est écartée ou dispensée du paiement direct des soins. C'est en l'occurrence dans ce cas de figure, l'option de la gratuité des soins pour tous. Cela implique également que l'Etat se prive des apports potentiels directs de l'acteur du financement de la santé identifié au préalable comme le plus important contributeur du financement de la santé.

Dans le cas de la RDC et afin de couvrir les soins de santé essentiels pour sa population, cela signifie que l'Etat devrait, à terme, consacrer annuellement un budget de 2,4 milliards de \$ au financement de la santé et en même temps se priver d'un potentiel de financement direct de la santé par les populations compris entre 350 millions et 1 milliards de \$ par an. (Notons également que le rôle de l'acteur « entreprise » en terme de contributeur au financement des soins des ses travailleurs et de leurs familles devrait être clarifié dans le cadre de cette option de gratuité des soins – dans le passé une contribution de 140 million de \$ par an).

Pour mieux comprendre l'enjeu que représente actuellement la couverture d'un tel budget par l'Etat, il convient de se remémorer que les objectifs du millénaire en matière de santé fixent les objectifs à atteindre en matière de budget de la santé dans le pays, à 15 % du budget national. En d'autres termes, cela implique que la RDC sera en mesure de financer un tel montant à partir du moment où le budget national atteindra 16 milliards de \$. A titre de comparaison et afin de souligner l'ampleur de l'écart entre les besoins et les disponibilités actuelles, ce montant est à mettre en relation avec le budget 2007 de l'Etat qui a été fixé à 2,446 milliards de \$US²⁰ et le budget adopté pour 2008 qui est de 3,6 milliards de \$.

Cela amène à constater que l'espace budgétaire actuel de l'Etat est insuffisant et que les différents instruments que l'on peut recenser en vue d'élargir la marge de manœuvre budgétaire sont actuellement limités quant à leur utilisation : les impôts directs, la TVA, la croissance du PIB, les ressources externes (prêts et dons), les allègements de la dette, le seigneurage (création de monnaie),...

Figure 5 : Le financement du budget de la santé est entièrement à charge de l'Etat.



Cette information permet également d'attirer l'attention sur le fait que le budget de la santé est un budget parmi d'autres et que bien d'autres objectifs également prioritaires se doivent d'être remplis par l'Etat envers la population et cela concomitamment avec les objectifs en matière de santé (éducation, infrastructures de base, sécurité, etc.). Il est en conséquence impossible d'isoler le budget de la santé, et les efforts qu'il convient de faire en vue de le renforcer, de toutes les autres obligations budgétaires de l'Etat en matière des multiples objectifs à atteindre dans les autres secteurs de l'économie. L'ensemble des objectifs sont complémentaires les uns des autres dans le cadre de l'amélioration des conditions de vie et de bien-être des populations et se concurrencent dans le cadre global de l'élaboration du budget de l'Etat.

Beaucoup de gouvernements en Afrique ont tenté l'expérience de la gratuité des soins pour les plus pauvres. Cependant en l'absence de mécanismes de compensation pour les prestataires, les résultats de cette politique d'exemption ont été décevants et ont le plus généralement eu des effets pervers à l'encontre des objectifs visés (dégradation de la qualité des services, non disponibilité des médicaments, développement de pratiques de dessous de table, etc.). Souffrant déjà d'un sous-financement chronique (une des causes de la mauvaise qualité des soins), les prestataires de soins ne peuvent se permettre sans compensation au moins équivalente (risque de coûts plus élevés en raison de meilleures fréquentations) d'octroyer trop d'exemptions. Quant on sait que dans la situation actuelle, le financement de la santé avec les apports combinés de l'Etat, des bailleurs de fonds et de la population pose déjà un problème de volume, il convient d'envisager cette solution de la gratuité avec toutes les dimensions du problème. En effet, il ne s'agit pas seulement de résoudre le problème de l'accessibilité des plus pauvres aux soins de

²⁰ Loi n° 07/002 du 07 juillet contenant le Budget de l'Etat pour l'exercice 2007. (Journal Officiel de la RDC, 15 juillet 2007)

santé en décidant de la « gratuité des soins » pour ceux-ci ; il convient de résoudre ce problème d'accessibilité en tenant compte du coût de la solution de la gratuité des soins pour les plus pauvres et de la compensation et de la charge budgétaire complémentaire que cela nécessite par ailleurs.

En face de tels éléments de considération, il convient d'admettre qu'actuellement la généralisation d'une telle solution de la gratuité des soins est difficilement envisageable en RDC. De plus, le développement d'une telle alternative dans le pays ou dans certaines zones du pays, entraîne l'impossibilité de développer d'autres mécanismes de financement alternatifs ou complémentaires qui impliquent une participation directe des populations au financement des coûts de la santé. Il en est de même pour les mutuelles de santé qui dans de telles zones auront de grosses difficultés à émerger ou à exister.

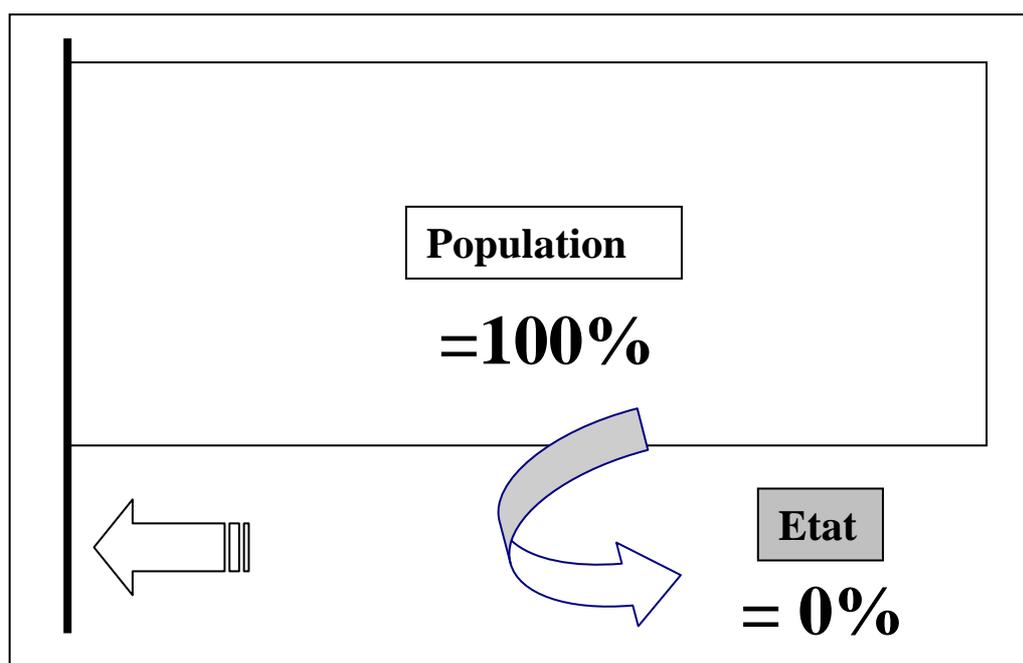
Finalement, la solution de la gratuité des soins, outre qu'actuellement elle semble irréaliste pour tous sur tout le territoire, entraînerait de fait l'impossibilité de recourir à la solution du financement de la santé par des mutuelles (ou toutes autres solution d'assurance santé) dans les zones ou territoires où elle serait appliquée. L'application de cette solution au niveau national serait en somme la décision de ne pas développer les mutuelles de santé qui n'auraient de facto plus d'objet, les soins étant gratuits. Cette alternative n'est pas compatible et est incohérente avec l'élaboration d'une politique nationale de développement des mutuelles de santé. C'est donc ici un choix exclusif à débattre au préalable.

d) Le « tout à charge de la population »

L'autre alternative extrême et inverse de la précédente, est « le tout à la charge de la population » (voir figure 6 ci-après). Le curseur est positionné complètement à la gauche du rectangle du budget de la santé.

Le « tout à charge de la population » signifie que l'Etat se désengage complètement du financement direct du système de santé. Cela implique également que l'ensemble des coûts des soins va entièrement être répercuté sur la population via la facturation. Cette alternative a des conséquences financières très brutales envers les populations. Cet acteur qui actuellement contribue dans la mesure de ses moyens à une partie seulement du budget global se trouverait ainsi dans l'obligation de trouver les moyens financiers supplémentaires pour financer la totalité du système de soins. Or il est avéré qu'une grande partie de la population a actuellement de grosses difficultés à accéder aux soins de santé en raison notamment des coûts élevés de certaines prestations de soins en regard de leurs faibles revenus.

Figure 6 : Le financement du budget de la santé est entièrement à la charge de la population



Sans grande démonstration il est aisé d'admettre qu'une telle solution serait catastrophique pour la toute grande majorité de la population, qui dans ces conditions verrait les barrières à l'accessibilité aux soins de santé se renforcer. Cette alternative du « tout à charge de la population » ne semble pas non une solution à recommander.

Toutefois, il convient de prêter une attention particulière à l'analyse de cette alternative car contrairement à la solution du « tout à la charge de l'Etat » cette solution du « tout à charge de la population » permet le développement de mutuelles de santé.

En effet, dans la situation actuelle en RDC et faute de dispositif de couverture du risque maladie, la majorité des dépenses des ménages en matière de soins se fait par paiement direct. Or, ce modèle de paiement, imprévisible et soudain, pénalise lourdement les foyers dans leur ensemble et plus particulièrement ceux déjà fragilisés par la pauvreté lorsque l'un des membres du ménage est confronté à un grave événement de santé auquel il n'est pas préparé financièrement. De plus, ce mode de financement des soins de santé par paiement direct accroît les inégalités existantes. Les catégories les plus pauvres consacrent aux dépenses de santé une proportion de leur revenu significativement plus importante que les catégories aux revenus plus élevés. Dans ces conditions, le coût des soins reste trop souvent dissuasif et les personnes aux revenus modestes et précaires ne se soignent plus, faute de couverture du risque maladie et en raison de la faiblesse et de l'irrégularité de leurs revenus. En conséquence, une décision vers le « tout à charge des populations » renforcerait encore les désavantages constatés dans la situation actuelle. Dans ces conditions, il n'y aurait sans doute guère d'autres alternatives pour la majorité de la population que de développer et d'adhérer à des systèmes d'assurance maladie. Les mutuelles se trouveraient ainsi, en apparence tout au moins, dans un environnement très favorables à leur développement. Nous allons cependant montrer que cela n'est pas aussi vrai que cela.

En avançant les explications relatives à la mutualisation du risque telle que mise en œuvre par les institutions d'assurance mutualistes, nous allons décrire les difficultés qu'il y aurait à décider d'une telle initiative sur la base d'une cotisation uniforme pour l'ensemble de la population. Cela permet également de mettre en évidence que le développement des mutuelles ne doit en aucun cas être présenté comme une solution permettant à l'Etat de se désengager du financement de la santé. Les mutuelles de santé ne sont pas une solution de substitution aux difficultés de financement de la santé. Elles doivent être envisagées et comprises dans cet aspect de la problématique comme un outil complémentaire à d'autres formes de financement de la santé et mises en œuvre uniquement avec l'assurance qu'elles ne seront pas les seules à participer au financement de la santé sur la base des seules contributions des populations.

La mutualisation du budget de la santé (2,4 milliards de \$) à toute la population revient à décider d'une cotisation moyenne de 40 \$ par personne et par an²¹. C'est à la fois peu et beaucoup. C'est peu par personne relativement au budget à couvrir (et cela témoigne de l'intérêt de toute solution de mutualisation des risques). C'est beaucoup, si l'on se réfère aux revenus moyens des ménages en RDC. En reprenant les informations des études déjà citées dans ce document, par exemple l'enquête socio-économique et d'accessibilité aux soins dans la Province du Nord-Kivu, on sait que les revenus moyens par an et par personne des 50 % des ménages les plus pauvres ne dépassent pas 43,2 \$ par an. Dans ces conditions ces ménages devraient consacrer la presque totalité de leurs revenus aux soins de santé ! C'est bien évidemment impensable, impossible et inenvisageable.

Nous ne disposons pas pour la RDC d'informations précises sur la répartition des populations par catégorie socio-économique. Nous allons pour les besoins de la démonstration utiliser une répartition tout à fait arbitraire dans ce domaine. Nous classons arbitrairement la population de manière égale en 11 catégories successives selon leurs possibilités de contribution au paiement de cette « cotisation ». La première catégorie concerne les personnes qui ne peuvent en rien contribuer, puis vient la catégorie des personnes qui peuvent contribuer avec 4 \$, ensuite ceux qui peuvent contribuer avec 8 \$ et ainsi de suite jusqu'à 40 \$. Dans ces conditions la population se répartit comme suit et le manque à gagner total de chaque catégorie peut être calculé :

²¹ A titre de comparaison les coûts des soins de santé dans les pays européens sont compris en moyenne entre 2.300 € et 3.000 € par personne et par an. Nos 40 \$ par personne et par an en Afrique permettent d'imaginer sans grande démonstration l'écart entre les formes de soins proposés et les budgets de la santé dont nous parlons ici.

Tableau 7 : Les 11 catégories de population réparties en fonction de leur capacité contributive aux soins de santé

Pourcentage de la population concerné	Montant minimum de la contribution en \$	Population concernée	Manque à gagner individuel en \$	Gap de financement en \$
9,09%	0	5.454.000	40	218.160.000
9,09%	4	5.454.000	36	196.344.000
9,09%	8	5.454.000	32	174.528.000
9,09%	12	5.454.000	28	152.712.000
9,09%	16	5.454.000	24	130.896.000
9,09%	20	5.454.000	20	109.080.000
9,09%	24	5.454.000	16	87.264.000
9,09%	28	5.454.000	12	65.448.000
9,09%	32	5.454.000	8	43.632.000
9,09%	36	5.454.000	4	21.816.000
9,09%	40	5.454.000	0	0
TOTAL du manque à gagner				1.199.880.000

Le tableau montre que dans ces conditions de contribution des différentes catégories, le manque à gagner du fait de l'impossibilité de s'acquitter du montant requis (pour l'ensemble des membres des ménages de la RDC) engendrerait un déficit de 1.2 milliards de \$ par an dans le financement du système de santé.

Dans ce cas, une des solutions envisagées pourrait être de reporter sur les catégories supérieures le paiement du déficit des catégories inférieures (solidarité nationale entre les différentes couches socio-économique de la population). Par exemple comme 9,09 % de notre population (les indigents) ne peut s'acquitter d'un quelconque montant, le manque à gagner (218.160.000 \$) est réparti sur le reste de la population. Dans ce cas la cotisation de base passe de 40 à 44 \$ par personne et par an (les 2,4 milliards sont à financer par 54,5 millions d'habitants)

Remarque :

Nous avons choisi arbitrairement comme population indigente 9,09 % de la population totale. En RDC on ne devrait pas être trop éloigné de ce pourcentage en ce qui concerne les indigents. Mais nous pouvons constater que la couverture des soins de santé de cette population indigente représente déjà un montant de plus de 218 millions de \$ par an. Ce montant à lui tout seul est supérieure au budget total actuel de l'Etat en matière de santé et égal au financement annoncé de l'ensemble des partenaires extérieurs. Cela témoigne une nouvelle fois de l'extrême prudence qu'il conviendra de prendre en matière de solution toute faite en ce qui concerne la prise en charge des populations les plus défavorisées. Les remarques que nous faisons pour la population en général sont aussi valables pour les populations les plus défavorisées. A terme, les budgets de prise en charge sont très importants et actuellement, sur la durée, au-delà des possibilités financières de n'importe quel acteur du financement des soins de santé en RDC. L'héritage par l'Etat de toute solution bancaire financièrement non viable dans la durée serait immédiatement sanctionné au mieux par un arrêt brutal du ce système inadéquat mis artificiellement en place avec à plus ou moins brève échéance toutes les conséquences dévastatrices en matière de santé pour les populations directement concernées.

La solution décrite ci-dessus montre rapidement ses limites puisque chaque fois que l'on reporte le montant du manque à gagner on renchérit la cotisation de base et on crée de nouveaux déficits dans chaque catégorie supérieure. Au final la cotisation dans la dernière catégorie (si tous les déficits étaient reportés sur celle-ci) atteindrait dans ces conditions 256 \$ par personne, soit 1.536 \$ par an pour une

famille moyenne de 6 personnes. Ce sont des montants qui sont rédhibitoires et qui font que cette solution, appliquée sans limite, ne ferait qu'empirer les déficits, déjà constatés dans le tableau de la page précédente, de paiement global du système de santé.

Les calculs sont faits sur la base des éléments suivants :

Population concernée	Paiement individuel en \$	Total payé en \$	Total paiements cumulés en \$
5.454.000	0	0	0
5.454.000	4	21.816.000	21.816.000
5.454.000	8	43.632.000	65.448.000
5.454.000	12	65.448.000	130.896.000
5.454.000	16	87.264.000	218.160.000
5.454.000	20	109.080.000	327.240.000
5.454.000	24	130.896.000	458.136.000
5.454.000	28	152.712.000	610.848.000
5.454.000	32	174.528.000	785.376.000
5.454.000	36	196.344.000	981.720.000
5.454.000	40	218.160.000	1.199.880.000

Le tableau ci-dessus montre qu'en appliquant à chaque catégorie de population une cotisation correspondant à ses capacités de paiements, on ne récupère au total que 1,2 milliards de \$ sur les 2,4 milliards nécessaires.

La solution serait alors pour recouvrir le manque à gagner de faire peser celui-ci sur l'une des ou plusieurs des catégories supérieures aux catégories déficitaires. La solution extrême serait de faire peser le total du manque à gagner sur la dernière catégorie, les 9,09 % des plus riches, en leur imposant une cotisation de 256 \$ par individu. Le tableau ci-après présente les montants des cotisations qu'il faudrait imposer aux différents niveaux pour arriver à la même solution.

Population concernée	A financer globalement en \$	Cotisation individuelle en \$
60.000.000	2.400.000.000	40
54.546.000	2.400.000.000	44
49.092.000	2.378.184.000	48
43.638.000	2.334.552.000	53
38.184.000	2.269.104.000	59
32.730.000	2.181.840.000	67
27.276.000	2.072.760.000	76
21.822.000	1.941.864.000	89
16.368.000	1.789.152.000	109
10.914.000	1.614.624.000	148
5.460.000	1.418.280.000	260

La solution du « tout à la population » est dans ces conditions une voie très difficile voire impossible à mettre en place et cela même en recourant à la solution d'une mutualisation du risque sur la base par exemple de la mise en œuvre d'une assurance maladie universelle obligatoire pour tous. Comme montré ci-dessus, cela n'est pas réalisable dans les conditions des capacités de contribution de notre population témoin telle que retenue dans cette démonstration.

En extrapolant au cas de la RDC et sans présager de la réalité des possibilités de contribution des différentes catégories socio-économique de la population, il semble douteux que dans les conditions

actuelles de reconstruction économique du pays, cette solution d'une assurance maladie universelle sur la base du « tout à charge de la population » soit applicable. En effet, une décision en ce sens serait confrontée à un scénario assez semblable au scénario présenté ci-dessus avec les mêmes limites et les mêmes inconvénients.

e) Le partage des coûts entre l'Etat et la population

Après avoir présenté et analysé les deux alternatives extrêmes du positionnement du curseur et avoir souligné les difficultés d'une application de ces solutions en RDC, il convient à présent de se pencher sur la problématique du positionnement du curseur dans une situation intermédiaire, quelque part entre les extrémités gauche et droite du rectangle symbolisant l'ampleur du budget à couvrir en matière de santé (voir figure 2).

Un positionnement entre les deux extrémités indique une décision de partage des coûts de la santé entre l'Etat et la population. En d'autres termes cela signifie que l'Etat prend en charge une partie du budget des coûts de la santé et qu'il fait le choix de répercuter l'autre partie des coûts de la santé directement auprès de la population (recouvrement partiel des coûts).

a) Recouvrement direct individuel des coûts ou recouvrement mutualisé

Ce recouvrement partiel des coûts au niveau de la population peut se faire sans aucune préoccupation concernant l'organisation de celle-ci en matière de solidarisation des risques. C'est la situation qui prévaut actuellement en RDC avec toutes les conséquences négatives en matière d'apparition et d'instauration de barrières financières à l'accessibilité aux soins de santé. Dans ce cas de figure, chaque individu se trouve confronté isolément au recouvrement direct des coûts à son niveau. C'est en l'occurrence cette modalité de confrontation individuelle aux coûts des soins qui constitue la principale cause de création de barrières financières d'accessibilité aux soins de santé. Et cela beaucoup plus que le montant lui-même du coût des soins, même si celui-ci, considéré isolément (par individu), peut sembler élevé.

Cette constatation permet de souligner l'intérêt que revêt toute politique en matière d'organisation des populations (la demande) envers le paiement des prestations de soins. La mutualisation du risque santé prend ici tout son sens. Il s'agit ici d'un basculement dans la manière d'aborder la problématique du financement de la santé par la population de la part des décideurs. En effet, et contrairement à une situation d'inorganisation des populations envers le financement de la santé, la mutualisation des risques « santé », permet d'organiser et de solidariser les individus. Dans ce cas, bien que toujours confrontés individuellement aux prestations de soins en qualité de patients, les individus ne sont plus seuls à affronter les paiements des coûts de leurs soins. Ceux-ci sont communautarisés et ne concernent plus directement chaque individu. De cette manière, la barrière financière individuelle du financement des soins disparaît et l'un des grands problèmes de l'accessibilité aux soins de santé peut être levé par cette solution.

Les avantages d'une solution mutualisée de la couverture du risque maladie par rapport à une solution de paiement direct ne seront pas développés ici. Ce n'est pas le propos de cette analyse qui se limite à développer les relations, implications et interdépendances du développement des mutuelles de santé dans le cadre de la problématique du financement de la santé. La mutualisation du risque maladie est, en raison de ses avantages en termes de transfert de la répartition des charges des coûts, d'un individu vers une communauté d'individus, d'emblée supposée retenue comme l'alternative la plus adéquate de la participation des populations au financement de la santé et à l'accessibilité financière aux soins de santé²². C'est également cette alternative du partage des coûts entre tous, la solidarisation des risques, qui

²² Pour exemple, la mutualisation du risque permet de transformer un coût de soins d'accouchement de 2.000 Fc et d'une fréquence de 4 % en une cotisation mutualiste mensuelle d'environ 7 Fc par personne. De même, un accouchement avec complications d'un coût de 40.000 Fc pour une fréquence de 5 % des accouchements se transforme en une cotisation mutualiste mensuelle d'environ 7 Fc par personne. Cet exemple est suffisamment explicite pour qu'il ne soit pas nécessaire de développer l'argumentaire pour montrer l'avantage de cette solution en termes de paiement des soins de santé par une population. (1 \$ = 500 Fc). Ces deux cotisations mensuelles sont respectivement 286 fois et 5.714 fois inférieures aux coûts des soins qu'elles permettent de couvrir. Cela montre également que la mutualisation du risque est d'autant plus performante que les soins sont moins fréquents ce qui correspond généralement à des soins plus rares mais de coûts plus élevés. Dans ces conditions les soins qui sont

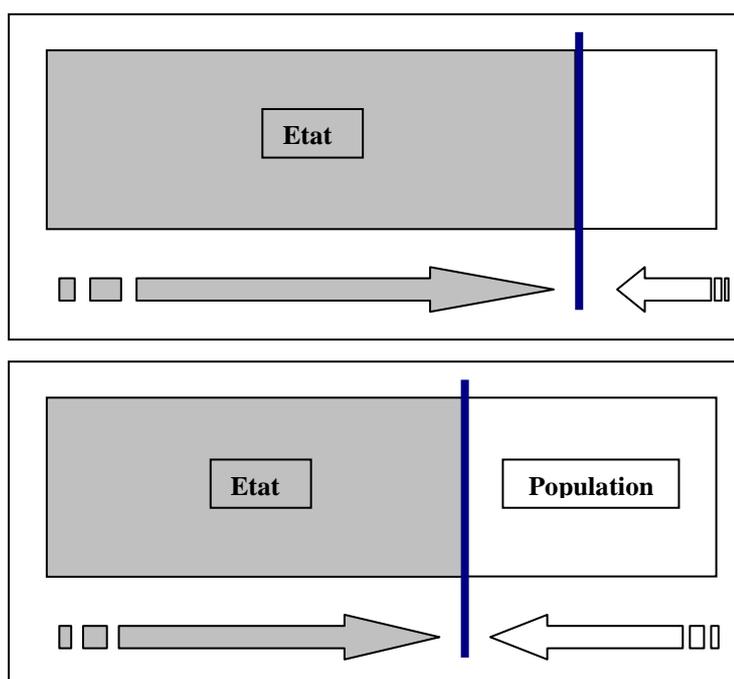
est la base de l'organisation du financement des soins de santé par les mutuelles de santé. La décision politique d'un développement de mutuelles de santé s'inscrit en conséquence dans le cadre d'un tel choix qui constitue de ce fait une condition préalable à la mise en œuvre d'une telle politique²³.

b) Liens entre positionnement du curseur et montant des cotisations mutualistes

Les mutuelles ne couvrent, en principe, que la part du recouvrement des coûts qui est répercuté au niveau de la population. En l'occurrence, elles servent d'intermédiaires financiers entre les populations et les prestataires de soins. En qualité d'institutions financières, elles proposent des garanties de couverture des soins, organisent le recouvrement des coûts, centralisent et gèrent les paiements correspondant à la participation financière des bénéficiaires, et remboursent ou prépayent de manière globale les prestations facturées par les prestataires de soins envers la population bénéficiaire de la couverture mutualiste.

Nous verrons cependant plus avant dans ce document qu'elles peuvent également servir d'intermédiaires financiers dans la mise en œuvre de subventions au profit du système de santé et dans ce cas mettre en œuvre des financements au profit de la santé supérieurs à la participation demandée à la population. Cette alternative est aussi pour les mutuelles de santé une opportunité d'étendre leur couverture à des populations qui ne pourraient cotiser régulièrement aux montants requis par les couvertures mutualistes proposées. Nous y reviendrons car cette alternative, et c'est un avantage considérable, permet également à l'Etat et aux partenaires de démultiplier les investissements en matière de santé.

Figure 7 : Impact de la position du curseur sur le montant des cotisations mutualistes.



Dans le cas de la figure supérieure la plus grande participation de l'Etat dans le financement de la santé entraîne un recouvrement des coûts moins important auprès de la population que dans le cas de la figure inférieure. Il en résulte des montants de cotisations mutualistes inférieurs. Au plus le curseur se déplace vers la gauche, et au plus le montant des cotisations augmente afin de suivre l'augmentation du recouvrement des coûts auprès de la population.

inabordables pour des individus ou des ménages pris isolément ne posent guère de problème à une population organisée autour de système d'assurance santé comme les mutuelles de santé.

²³ Il convient de différencier la notion de « mutualisation des risques » de la notion de « mutuelles ». Les mutuelles sont des organisations, une certaine forme d'entreprise d'assurance qui applique la technique de la mutualisation des risques mais cette mutualisation des risques peut être mise en œuvre par d'autres formes d'organisation et d'autres formes d'entreprises non mutualistes.

Le positionnement du curseur, qui symbolise le pourcentage des coûts globaux facturés aux patients, est dans ce cas l'élément qui détermine la base du calcul et le montant des cotisations que les mutuelles demanderont à leurs membres de payer pour être couverts par l'assurance santé mutualiste. Plus le curseur se déplace vers la gauche, et plus le montant de la cotisation est élevé. Inversement, moins la part de la contribution demandé à la population est élevée et plus les cotisations demandées pourront être modérées (voir figure 7).

Le développement des mutuelles va en conséquence devoir s'inscrire dans le cadre de la réponse à ce dilemme qui consiste à positionner le curseur à un endroit qui abouti à des cotisations « abordables » au plus grand nombre possible de personnes tout en permettant un recouvrement des coûts le plus élevé possible afin de soulager l'Etat de la charge actuellement trop élevée du budget global de la santé envisagé dans toute son ampleur.

A partir des éléments déjà présentés en ce qui concerne les dépenses de santé des ménages, nous disposons des premières indications qui peuvent nous aider à analyser divers positionnement intermédiaires possible du curseur. Nous allons nous servir des montants des dépenses en santé des ménages décrits dans la première partie pour estimer les montants de cotisations envisageables.

Le tableau suivant, présente les cinq montants cités précédemment en termes de dépenses de santé des ménages et le montant des cotisations individuelles annuelles et mensuelles que ceux-ci impliquent²⁴.

Tableau 8 : Dépenses de santé des ménages et cotisations potentielles correspondantes

Montant global annuel estimé des dépenses de santé des ménages	Montant de la cotisation annuelle individuelle	Montant de la cotisation mensuelle individuelle
324.000.000 \$	5,4 \$	0,45 \$
480.000.000 \$	8 \$	0,67 \$
753.000.000 \$	12,55 \$	1,05 \$
904.000.000 \$	15,1 \$	1,26 \$
1.114.000.000 \$	18,6 \$	1,55 \$

Une autre information nous indiquait que dans la province du Nord-Kivu 50 % de la population la plus pauvre a un revenu moyen par personne et par an de 43,2 \$ et qu'elle consacre 16 % de son budget aux dépenses de santé. Ces données nous permettent de calculer une cotisation individuelle de seulement 6,9 \$ annuel par personne soit 0,57 \$ de cotisation mensuelle individuelle.

L'étude de CORDAID indique que les 25 % de population la plus pauvre dans le Kasai oriental consacrent 4,41 \$ par an aux dépenses de santé soit l'équivalent d'une cotisation mensuelle individuelle de 0,37 \$.

En toute évidence, la conclusion que nous pouvons tirer de ces données est que les populations les plus pauvres ne peuvent pas s'acquitter de montants de cotisations élevés. Dans ces conditions, pour atteindre le plus grand nombre, les montants de cotisations devraient être compris entre 0,4 à 1 \$ par mois et par personne ou entre 4,8 à 12 \$ par an et par personne. En conséquence, plus le montant de la cotisation augmente et s'éloigne d'une cotisation mensuelle d'un montant de 0,5 \$ et plus la taille potentielle de la population couverte sera moindre.

Une autre conclusion qui peut être tirée de ces informations est que quel que soit le montant de la cotisation, il y aura toujours des catégories de population qui ne pourront pas s'en acquitter. Une cotisation de 1 \$ par personne et par mois permet à un plus grand nombre de familles de cotiser que si la cotisation est de 3,33 \$ par personne et par mois (option de « tout à la charge de la population »). Cependant, ce même montant de 1 \$ par personne et par mois ne permet pas aux familles des 25 % les plus pauvres

²⁴ Dans les montants présentés nous faisons arbitrairement abstraction de la part des cotisations consacrée à la couverture des frais administratifs de gestion des mutuelles en considérant pour la facilité de la présentation que l'entièreté des cotisations est destinée au financement des soins de santé. Normalement la part des cotisations d'une mutuelle de grande taille et bien gérée est comprise entre 5 et 10 % au maximum.

dans le Kasai oriental d'y contribuer. Notons toutefois que pour ce même montant, ces mêmes familles pourraient potentiellement contribuer pour un certain nombre de leurs membres mais pas tous.

c) Financement de la santé et accès du plus grand nombre aux soins de santé

En conséquence de ce qui précède, il convient, dans le cadre d'une politique de développement des mutuelles de santé intégrée à une politique de financement de la santé, de se positionner sur la question des montants des cotisations que les mutuelles proposeront. Ces montants auront en effet un impact direct sur l'accessibilité des différentes catégories socio-économiques de la population à l'assurance maladie mise en oeuvre par les mutuelles de santé.

Si l'accent est mis sur l'accessibilité du plus grand nombre, il sera plus difficile de couvrir les besoins en financement du système de santé. Le budget annuel global théorique est de 2,4 milliard de \$. Une cotisation mensuelle individuelle d'un montant de 1 \$ permettrait en théorie de couvrir 30 % des coûts de la santé par la contribution de la population via le système mutualiste (720 millions de \$). Mais en raison du coût élevé de cette cotisation 50 % de la population ne parviendrait pas à s'acquitter de celle-ci (à ce stade et sans étude complémentaire ces données ne sont que des approximations). La participation de la population à la couverture du budget global de la santé serait dans ce cas ramené à seulement 15 % du total des besoins (360 millions de \$). Par contre une cotisation de 0,5 \$ permettrait (également au niveau d'approximation) à 75 % de la population de s'acquitter de leur cotisation mais dans ce cas cela ne représenterait plus que 11,25 % de la couverture du budget de la santé (270 millions de \$)²⁵.

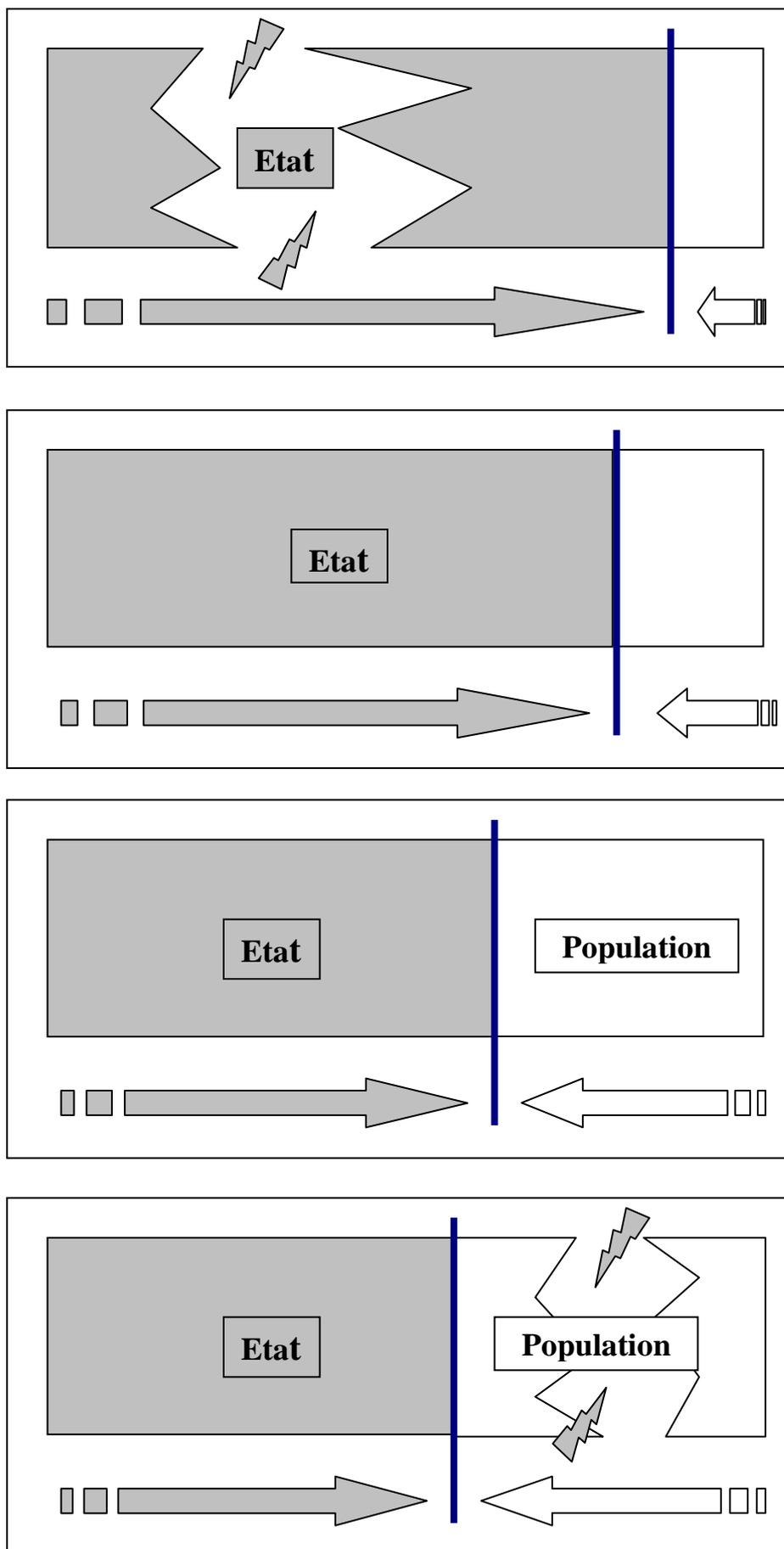
Comme on le constate, la décision du positionnement du curseur symbolisant la part de contribution de l'Etat et de la population au financement de la santé met en concurrence des intérêts antagonistes : d'une part, l'accessibilité du plus grand nombre à une assurance maladie abordable qui implique des niveaux de contribution peu élevés et, d'autre part, l'importance du volume de la participation financière de la population au financement de la santé qui permet à l'Etat de diminuer d'autant sa propre participation et/ou de remplir les objectifs de fournitures des services de santé de qualité, mais qui implique des niveaux de cotisation plus élevés.

Ces considérations permettent de conclure qu'il y a un choix politique à faire en matière de financement de la santé avant même de faire le choix politique de développer des mutuelles de santé. De plus, la conséquence d'une décision politique d'un financement partiel des coûts de la santé par un système d'assurance santé mutualiste entraîne nécessairement l'obligation pour l'Etat de trouver et de mettre en oeuvre les financements complémentaires nécessaires au financement global du système de santé. Si cette complémentarité dans les financements n'était pas assurée, le système mutualiste mis en place ne pourrait pas garantir l'accès à un système de soins de qualité. Rapidement et en réaction à une offre déficitaire, la population se détournerait d'une proposition d'assurance santé qui ne rejoindrait pas et ne correspondrait pas à ses besoins. La solution mutualiste sera dans ce cas mise à mal tant en ce qui concerne sa participation au financement de la santé que comme solution à une meilleure accessibilité financière aux soins de santé et les objectifs visés seront bien en deçà des espérances.

Le développement de l'option mutualiste implique des décisions qui dépassent le seul cadre de la mise en oeuvre de l'outil assurance maladie par des mutuelles de santé. Celui-ci ne pourra en effet être pleinement performant que s'il répond à la fois à des critères d'accessibilité du plus grand nombre et à la fois aux exigences liées au financement de la santé. Dans le cas présent cela implique que plusieurs partenaires (ici Etat et population) participent de concert et de manière coordonnée et complémentaire au financement de la santé.

²⁵ En réalité les calculs à réaliser sont plus complexes car si seulement 50 % de la population bénéficiait de la couverture santé des mutuelles, il devrait y avoir moins de recours et en conséquence moins de dépenses que dans le cas où 75 % de la population voient les barrières financières d'accessibilité aux soins de santé levées.

Figure 8 : Le dilemme du positionnement du curseur en termes de conséquence sur les possibilités du financement de la santé par chacun des partenaires.



La figure 8 illustre les conséquences possibles et à envisager dans le choix du positionnement du curseur. La première figure indique que lorsque l'accessibilité financière du plus grand nombre à l'assurance santé par le biais de contributions peu élevées est privilégiée à l'excès, l'Etat est placé dans une position difficile en matière d'obligation de financement de la santé. La dernière figure indique la situation opposée : l'excès dans le financement de la santé par la population par l'intermédiaire de contributions plus élevées, exclu une partie de la population de l'assurance et en corollaire l'Etat se prive de son apport financier. Dans les deux cas les apports prévisionnels en matière de financement de la santé ne peuvent être atteints.

Les deux figures centrales indiquent qu'il existe des positions intermédiaires et une certaine latitude d'action en ce domaine. Toutefois cela ne signifie pas que ces différentes positions ont des conséquences identiques pour les différentes couches socio-économiques de la population. Des applications pondérées de la participation financière de la population en fonction des capacités contributives de chaque couche socio-économiques pourraient dans ce cas être envisagées.

Les raisonnements présentés ci-dessus, le sont sur une base globale. Cependant il convient de garder présent à l'esprit que lorsque l'accent est mis sur l'accessibilité des plus pauvres à l'assurance mutualiste sur la base de montants de cotisation les plus bas possible, cette possibilité est également ouverte à des catégories de population qui sont économiquement plus privilégiées. De cette manière, ces catégories peuvent accéder aux soins de santé avec des montants inférieurs à ceux qu'elles pourraient payer sans difficultés. Dans ce cas, le système de financement de la santé se prive d'une partie des ressources potentielles que lui offre pourtant la facturation des soins à des tarifs moins privilégiés pour des catégories de population socio-économiquement mieux nanties.

Dans ces conditions, des mécanismes de solidarité sociale entre les catégories de population économiquement plus privilégiées et celles plus durement touchées par la pauvreté sont à envisager. Il est toutefois plus aisé d'envisager de tels mécanismes lorsque l'on sait mieux évaluer les revenus des populations. C'est notamment le cas dans une population salariée mais cela est plus difficilement réalisable dans une population qui œuvre en majorité dans le secteur de l'économie informelle. Des solutions différentes peuvent toutefois être proposées dans les deux catégories de l'économie en instaurant des régimes avec des règles différentes pour les travailleurs salariés et les travailleurs œuvrant dans l'économie informelle. Cette même difficulté rejaillira dans le fonctionnement des mutuelles lorsqu'il s'agira de mettre en place les mécanismes de perception des cotisations. Cela sera plus aisé à mettre en œuvre et à réaliser au niveau des travailleurs salariés (prélèvement à la source possible) tandis qu'au niveau de travailleurs du secteur de l'économie informelle dont les revenus sont inconnus et variables au cours du temps il sera beaucoup plus compliqué d'assurer la régularité de la perception des cotisations.

Il pourrait également être envisagé l'instauration d'une couverture de base abordable au plus grand nombre (pour les soins de santé essentiels) et des couvertures complémentaires moyennant des contributions supplémentaires. Cette solution doit être débattue dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de mutuelle de santé car si elle permet d'améliorer le recouvrement des coûts auprès d'une partie de la population elle introduit des inégalités sociales dans l'accès aux soins de santé.

II-2) L'évolution temporelle de la part du financement de la santé incombant à chacun des acteurs

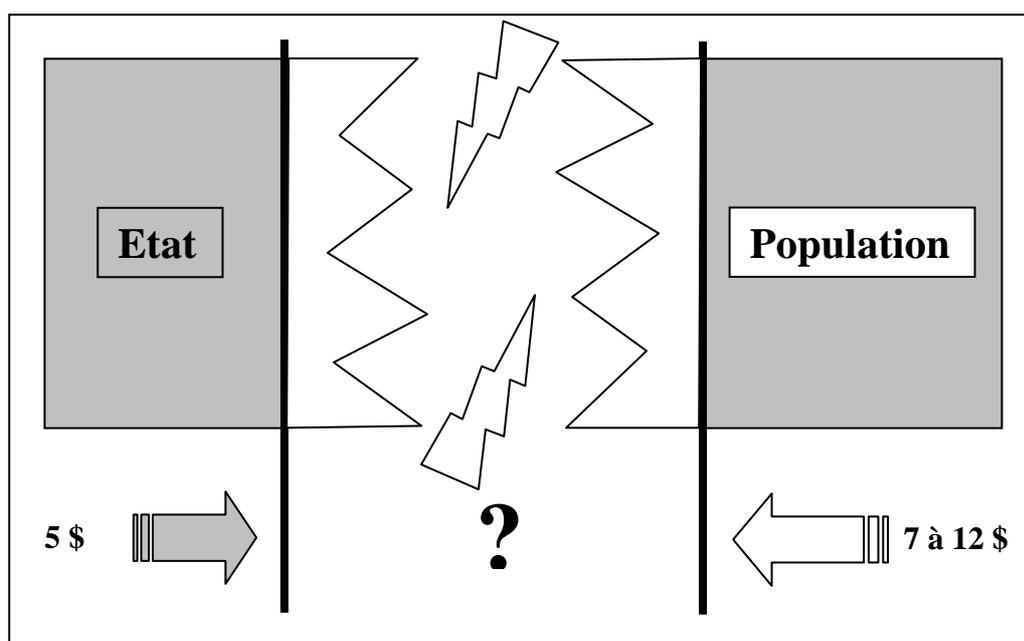
Parmi les trois options présentées quant à la couverture du budget global de la santé, la solution du partage des coûts constitue la voie la plus favorable à la mise en œuvre d'une politique de développement des mutuelles de santé.

Dans l'optique de l'analyse développée dans ce document, les mutuelles sont envisagées comme un outil performant d'organisation, de mobilisation et de stabilisation de la contribution des populations au financement du budget du secteur de la santé. Cependant les données des contributions des différents acteurs que nous avons présentées précédemment montrent que les financements actuellement mis en œuvre ne représentent qu'une petite partie des besoins de financement nécessaires pour atteindre la norme requise de 40 \$ par habitant et par an. L'Etat et ses partenaires au développement y contribuent

actuellement pour un montant de 5 \$ et les populations y contribuent pour un montant que l'on peut estimer compris entre 7 à 12 \$ par habitant et par an. Le total des apports de ces acteurs n'atteint pas la moitié du montant requis. Le choix du partage des coûts n'est en conséquence pas suffisant en lui-même pour assurer la solution au problème posé du financement de la santé en RDC.

La figure 9 illustre cet état de fait et montre qu'il existe un important gap financier entre les apports cumulés de l'Etat et les apports des populations.

Figure 9 : Les contributions directes de l'Etat et des Population ne couvrent qu'une partie des besoins totaux en financement du secteur de la santé.

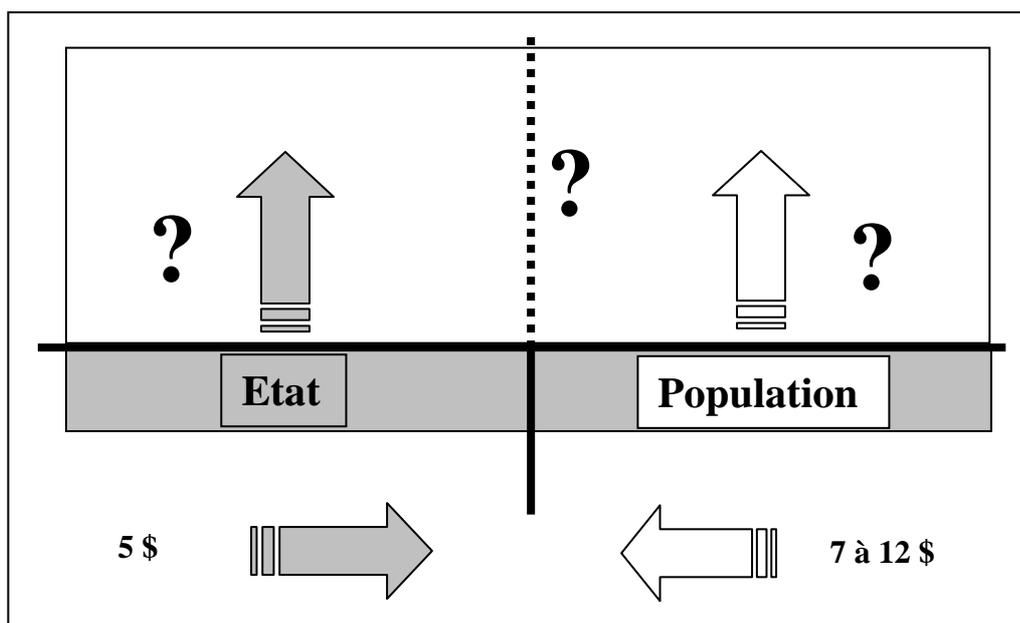


En conséquence toute décision en matière de partage des coûts devra se faire dans une perspective à plus ou moins long terme et devra prendre en compte l'évolution de cette répartition respective au cours du temps. La question sera dans ce cas de savoir si la proportion attribuée à chacun est celle attendue au final ou celle décidée au début du processus. Il conviendra de déterminer la manière dont évoluera la participation de l'Etat et des populations au fil du temps. La figure suivante illustre cette problématique : la part de contribution de chacun des deux acteurs doit être déterminée actuellement tout en sachant que celles-ci ne couvrent qu'une partie des besoins globaux en financement du secteur de la santé. Il convient ensuite de déterminer la manière dont évolueront dans le temps les parts de ces contributions respectives.

Par exemple, une décision qui aboutirait à une cotisation mutualiste de 1 \$ par bénéficiaire et par mois, soit 12 \$ par an à charge de la population représenterait dans les conditions actuelles de financement du secteur de la santé (5 \$ par l'Etat et 12 \$ par la population) à une participation de 70 % à la charge de la population. Si ce montant était conservé tel quel au fil du temps et que les fonds nécessaires à la couverture du budget de 40 \$ étaient réunis, la part de la population diminuerait progressivement pour être à terme et à paiement d'un montant identique, ramenée à un pourcentage de participation de 30 % des besoins globaux de financement de la santé.

A l'inverse, il pourrait être décidé de fixer le pourcentage de la participation de la population dès le départ à 30 % des montants mis en œuvre (soit dans les conditions actuelles 30 % d'un total de 7,14 \$). Cela représente une cotisation annuelle individuelle de 2,14 \$ ou une cotisation mensuelle de 0,18 \$. En conservant ce pourcentage identique, le montant de la participation des populations évoluerait au fil du temps en proportion de 30 % des montants totaux mis en œuvre pour couvrir le financement de la santé jusqu'à atteindre 12 \$ lorsque le montant complémentaire mobilisé par ailleurs serait de 28 \$.

Figure 10 : La participation de chaque acteur au financement de la santé doit être déterminée en tenant compte des capacités respectives actuelles et de leur évolution dans le temps.



De cet exemple il convient de retenir que les décisions qui seront prises en termes de répartition des charges de la santé entre l'Etat et les populations doivent s'inscrire dans une perspective de l'atteinte d'objectifs à plus long terme. La première alternative privilégie la solution de la mobilisation de fonds importants auprès de la population. Cette alternative est sans aucun doute moins favorable à l'émergence rapide d'un réseau de mutuelles auxquelles pourraient adhérer un nombre important de populations pauvres. La seconde alternative est par contre plus favorable au développement de réseaux de mutuelles de santé qui dès le départ pourrait mobiliser la participation de populations pauvres. Cependant cela se ferait au détriment de la mobilisation des fonds en faveur de la couverture des coûts du système de santé. Le potentiel serait de 162 millions de \$ contre 720 millions de \$ pour la première alternative. Il convient toutefois de nuancer ces données en prenant en compte les éléments qui seront présentés dans la partie suivante de ce document.

Une politique de développement des mutuelles de santé se devra en conséquence de se pencher sur cette problématique temporelle de l'évolution des capacités de contribution des populations au financement de la santé. En effet, les choix en cette matière auront un impact direct sur la rapidité de développement de la couverture mutualiste tant en ce qui concerne son évolution territoriale que sa capacité à s'adresser à des populations plus pauvres. Il y aura ici aussi une compétition entre les mêmes intérêts antagonistes déjà cités : soit privilégier la couverture du budget de la santé en maximisant la participation financière des populations au détriment de l'accessibilité financière des populations les plus pauvres, soit au contraire favoriser le développement de système favorisant l'accessibilité aux soins de santé des populations les plus pauvres mais au détriment de la mobilisation des fonds au profit de la santé.

Comme toutes autres politiques, une politique de développement des mutuelles de santé se doit de tenir compte de la situation économique du pays et des perspectives de son évolution dans le temps.

Les Mesures d'Accompagnement du Partage des Coûts du Financement de la Santé

III-1) Les mesures d'accompagnement

La détermination respective des parts du financement de la santé entre l'Etat et la population nécessite de se préoccuper des mesures d'accompagnement qui permettront d'assurer que les objectifs fixés en cette matière soient atteints dans les meilleures conditions.

A priori, en ce qui concerne l'Etat, aucun problème ne devrait se poser. L'Etat a, lui-même, la maîtrise de son budget et de ses décaissements. Toutefois, il convient de noter que l'approbation d'un budget ne signifie pas nécessairement que celui-ci pourra être mobilisé comme prévu, ni qu'une fois les ressources mobilisées, celles-ci ne soient réallouées à d'autres secteurs que celui de la santé en fonction des circonstances du moment. De plus, lorsque le budget de la santé est alimenté par des contributions extérieures des partenaires au développement cette assertion n'est plus aussi vraie. En effet, dans ce cas, pour la réalisation de ce budget l'Etat dépend du débloqué et de la mise à disposition effective des budgets de ses partenaires. Dans un tel contexte, il peut arriver que des engagements financiers de l'un ou l'autre des partenaires prévus pour une année spécifique ne soient effectivement versés qu'une année ultérieure ; ou ne soient versés à des périodes ne correspondant pas aux prévisions des dépenses du budget de l'Etat (par exemple des dépenses prévues en février ne peuvent se faire en temps voulu en raison du versement des fonds par le partenaire en décembre) ; ou encore qu'une promesse de fonds ou qu'un engagement soient finalement annulés ou réduits ; etc. La maîtrise et le bouclage de ce budget peuvent en conséquence être moins évidents qu'il n'y paraît à priori (voir également la remarque ci-après).

Note complémentaire :

(Source : Banque Mondiale, Rapport N° 42167 – ZR, République Démocratique du Congo. Revue des dépenses publiques (RDP), Février 2008. Département en charge de la Réduction de la Pauvreté et de Gestion Économique 3, Région Afrique)

« Les engagements des bailleurs de fonds sont peu prévisibles au-delà d'un horizon de temps limité tandis que les dépenses effectives sont souvent irrégulières et lentes. Les projets de développement financés par les bailleurs de fonds internationaux ont un horizon de quatre à cinq ans, tandis que certains volets importants des financements des bailleurs de fonds, en particulier le volet humanitaire, les programmes axés sur des maladies spécifiques et les programmes des Nations Unies, ont des périodes d'engagement aussi courts que six mois ou un an. Ceci traduit une défaillance structurelle majeure de l'architecture de l'aide internationale qui pose particulièrement problème pour le secteur de la santé en RDC, puisqu'une part considérable des financements internationaux est affectée aux charges variables liées à la fourniture des services qui a besoin d'un soutien durable et prévisible. En outre, malgré les efforts déployés pour coordonner le ciblage géographique des programmes de développement, l'appui aux différentes zones de santé a été erratique dans bien des cas. Tout comme les programmes humanitaires qui ne sont pas toujours remplacés par l'aide au développement, on a observé ces dernières années un certain nombre de cas où les programmes de développement dans certaines zones de santé s'arrêtent brusquement et ne sont pas remplacés. Encore une fois, comme le développement du secteur de la santé en RDC requiert l'engagement constant de maintenir les activités courantes (c'est-à-dire l'approvisionnement en médicaments, les primes aux agents de santé, la formation, la supervision), les progrès enregistrés pendant le déroulement d'un projet de quatre ans sont largement remis en cause lorsque l'aide internationale prend fin

car le gouvernement n'est pas en mesure de garantir les dépenses courantes nécessaires. Enfin, il est évident que les grands projets de développement sont actuellement lents à démarrer. Le démarrage des décaissements importants a accusé des retards d'un an ou plus dans plusieurs projets, de sorte que les estimations et les projections pour 2006/2008 (fournies au tableau 2 dans ce document) sont probablement surestimées car elles seront en réalité étalées sur une période plus longue. Le résultat net est une baisse du niveau annuel des dépenses réelles. Ce facteur est également source de discontinuité sur le terrain, d'autant que l'appui programmé aux différentes zones de santé ne se matérialise pas pendant quelque temps après la fin d'un projet antérieur. L'expérience de la première génération des projets de développement montre, cependant, qu'une fois que l'exécution a démarré, les taux de décaissement s'accroissent. »

En ce qui concerne la participation de la population, l'Etat qui peut en déterminer le niveau ne la maîtrise pas et il ne peut garantir que les objectifs fixés en cette matière seront atteints. Tout défaut dans la collecte des financements destinés à la santé par cette voie aura des répercussions sur les capacités de financement de la santé par l'Etat. Soit, celui-ci deviendra insuffisant et certains postes du budget de la santé ne pourront et ne seront pas financés, soit il imposera à l'Etat de revoir ses propres budgets afin de combler le gap financier et de lui permettre d'assurer dans la durée l'entièreté des services de santé qu'il se doit de fournir à la population.

Il convient en conséquence de se pencher sur les mesures d'accompagnement qui aideront à garantir que le recouvrement de la part de financement de la santé qui incombe à la population approche au plus près les prévisions budgétaires en cette matière. C'est l'objet de cette partie et comme le propos de ce document concerne les relations entre les mutuelles et le financement de la santé, celui-ci ne sera envisagé qu'au travers de cette optique.

A cet effet et afin d'illustrer les propos, nous retiendrons comme fil conducteur dans les exemples que nous utiliserons – et cela de manière tout à fait arbitraire – une part de financement de la santé de 30 % attribuée à la population. Cela ne constitue en rien une indication de ce qui est à recommander en la matière mais est déterminé uniquement dans le souci de faciliter les calculs et la présentation de la problématique. Une participation de 30 % d'un budget de 2,4 milliard de \$ pour une population de 60 millions de personnes correspond à un versement d'une cotisation de 1 \$ par mois et par habitant.

Nous prendrons une précaution supplémentaire en indiquant qu'il ne s'agit pas d'une facturation annuelle des soins de 12 \$ par habitant mais qu'il est question de la mutualisation par habitant du montant global de l'ensemble des factures de montants très divers qui doivent être répercutées au niveau des populations. De cette manière, nous restons dans une optique de gestion mutualisée des coûts comme toute mutuelle (ou système d'assurance maladie) la pratique. Il est utile également d'insister sur le fait que la manière d'aborder les coûts de santé par une mutuelle diffère de celle d'un prestataire de soins. Il s'agit ici d'apprécier la couverture des coûts par un ensemble d'individus qu'ils aient ou non recours au système de soins de santé, et non pas des seuls patients qui y ont recours.

En jouant le rôle d'intermédiaire financier entre les prestataires de soins et la population, les mutuelles ont pour effet vis-à-vis des individus de diviser et de répartir les coûts des soins de manière uniforme entre tous les individus et d'étaler automatiquement les paiements dans le temps. Elles lèvent ainsi les barrières financières liées aux coûts individuels élevés des soins et garantissent mieux le remboursement de l'ensemble des factures individuelles émises par les prestataires de soins. La mutualisation des risques santé est en conséquence déjà en elle-même une meilleure garantie du recouvrement des coûts de la santé auprès de la population. Mais à ce stade de l'analyse il ne s'agit plus de démontrer cela mais plutôt de se pencher sur les garanties qui aideraient au mieux les mutuelles de santé à assumer ce rôle.

Nous passeront en revue un certain nombre de ces mesures en retenant celles qui devraient nécessairement faire l'objet d'une analyse plus approfondie lorsque le choix d'une politique de développement de mutuelles de santé devra être décidé. Il s'agit des choix et des décisions en matière de :

- La politique de tarification des soins
- L'étendue de la couverture des soins proposée par les mutuelles
- La couverture individuelle ou familiale des soins de santé

a) La politique de tarification des soins de santé.

La décision de fixer la participation des populations à 30 % des besoins en financement de la santé ne présage pas du fait que les tarifs des différents actes de soins seront tous facturés dans la proportion de 30 % des prix de revient de ces mêmes actes de santé. Cela signifie seulement que l'on s'attend à recouvrer 30 % des coûts globaux de la santé sans aucune autre indication sur la tarification des soins qui sera pratiquée envers les populations. Il convient en conséquence de se pencher sur la problématique de l'application ou non d'une tarification harmonisée des soins au niveau national et d'analyser l'impact que cela peut avoir sur le fonctionnement des mutuelles et par voie de conséquence sur le financement de la santé lui-même.

Lorsque le pourcentage de la participation financière de la population a été fixé, une première alternative est de ne pas intervenir en matière de tarification des soins et de laisser à chaque prestataire de soins le libre choix en cette matière. En fonction de leur secteur d'appartenance, le public, le privé lucratif, le privé non lucratif, les prestataires, en fonction de leurs contraintes budgétaires et de leur philosophie d'intervention en matière de soins envers la population, pratiqueront une tarification adaptée et diversifiée.

L'option de liberté de tarification place les mutuelles dans des contextes et des situations très variables et leur oppose une grande diversité dans les tarifs de soins à couvrir. Il en résulte une grande variabilité des modalités des couvertures offertes par les différentes mutuelles et cette situation contextuelle se traduit par une variabilité tout aussi importante des montants des cotisations. Sans guide de référence en matière de tarification, les différentes mutuelles adapteront leurs couvertures des soins et leurs montants à la fois aux tarifs locaux en vigueur au niveau des prestataires de soins et aux revenus de la population qu'elles ciblent. Pour ce faire, elles joueront probablement et en priorité sur l'étendue de la couverture des soins proposées. Nous serons alors dans la situation actuelle de la RDC, dans laquelle des mutuelles se développent plus ou moins bien (ou plus ou moins mal) de manière disparate en fonction des opportunités et du contexte local. Chacune d'entre elles proposant des couvertures de soins très diverses et variables tant en ce qui concerne leur contenu que le niveau des montants des cotisations proposées.

Dans une telle situation, l'Etat ne peut plus réellement prévoir et maîtriser ni le volume des apports des populations au financement du système de la santé via le système mutualiste, ni les niveaux et les types de soins pour lesquelles les mutuelles proposent des couvertures santé. En conséquence, cela complique d'avantage la détermination des priorités d'interventions financières de l'Etat en matière de financement des soins de santé. Ce qui sera vrai dans telles régions ne le sera pas dans d'autres. En fin de compte, malgré l'option retenue de développer les mutuelles de santé l'Etat risquera dans certains cas par ces actions de financement de mettre en difficulté le développement des mutuelles qui auront des couvertures de soins en contradiction avec les politiques de financement ou de subventions du système de soins de santé. Il aura des difficultés à correctement positionner ses apports financiers au système de soins. Il sera également difficile d'établir la carte des soins valablement couverts et ceux qui nécessitent un appui et une intervention financière plus importante de la part de l'Etat. L'impact du développement de l'assurance santé mutualiste en sera d'autant amoindri, son évaluation d'impact plus difficilement mesurable et en fin de compte son pilotage global en sera rendu plus problématique.

Il convient également de noter qu'une liberté dans la tarification permet aux prestataires de soins de pratiquer des tarifs discriminatoires envers les mutuelles de santé. Par exemple en se servant de leur qualité de client solvable et en leur surfacturant les prestations de soins afin de compenser le manque à gagner et les pertes de prestations enregistrées auprès des patients moins ou non solvables. Dans ce cas, ces comportements viendront ralentir voir empêcher tout développement de mutuelles même si cette solution est par ailleurs retenue comme outil privilégié d'accessibilité financière aux soins de santé pour les plus pauvres. Les montants des cotisations n'étant plus calculés à partir des seuls coûts des prestations envers les mutualistes mais y incorporant également la « subvention » des prestations de soins des clients insolubles.

A contrario, une tarification nationale standardisée agit dans le sens d'une uniformisation des conditions d'exploitation des mutuelles de santé en ce qui concerne les montants des couvertures de soins proposées. Cette uniformisation facilite les prises de décisions en matière de financement de la santé. Elles ont dans ce cas le même impact dans toutes les zones du pays et ce, de la même manière en termes de montant des cotisations pour chaque bénéficiaire (à couverture égale des soins pris en charge). La part attendue du financement de la santé par les populations est dans ce cas mieux stabilisée et plus

prévisible. L'Etat peut mieux identifier ce qui est recouvert pour chaque type de soins et peut mieux identifier les priorités d'appui en cette matière. Les mutuelles quant à elles peuvent mieux contrôler les dépenses de soins qui leur sont facturées car elles peuvent se référer à une tarification réglementée.

Au-delà de cet aspect de tarification des soins au niveau national (ou local), l'Etat peut utiliser cet outil afin de favoriser l'émergence des mutuelles de santé. A cet effet, il peut envisager une tarification préférentielle envers les mutuelles afin d'inciter la population à y adhérer et ainsi en favoriser leur développement. Par exemple la tarification des soins envers les mutuelles pourrait être de 75 % ou 50 % du montant tel que pratiqué envers la population ou d'autres institutions d'assurance santé à but lucratif. Toutefois, cette alternative implique que l'Etat augmente ses contributions au budget de la santé car dans ce cas le tarif préférentiel envers les mutuelles correspond de fait à une subvention des soins de santé qu'il convient de couvrir afin de garantir le recouvrement des coûts des soins de santé. Toutes autres choses étant égales par ailleurs, l'effet sur les cotisations de cette tarification adaptée serait, pour les deux pourcentages évoqués ci-dessus, de diminuer la cotisation de 1 \$ par individu et par mois à respectivement 0,75 \$ et 0,5 \$. Dans de telles conditions de tarification, un plus grand nombre de personnes pourront financièrement adhérer et seront plus incitées à adhérer aux mutuelles de santé. Cependant afin de combler le déficit qui en résultera, l'Etat devra être en mesure de financer ou de subventionner la différence entre le tarif pratiqué envers la population mutualiste et le tarif « normal » des soins.

Cette remarque vaut également pour toute réglementation de la tarification pratiquée envers la population. De plus, et afin que le système de financement arrêté puisse remplir ses objectifs (accessibilité du plus grand nombre au système mutualiste et financement du budget de la santé), il conviendra de déterminer comment les prestataires de soins qui ne sont pas du public (privé lucratif et privé non lucratif) devront et pourront appliquer cette tarification imposée sans mettre en péril leur fonctionnement lorsqu'ils ne bénéficient pas des mêmes aides financières de la part de l'Etat (couverture des salaires du personnel, mise à disposition des médicaments, etc.). Plus particulièrement, en RDC les prestataires de soins du secteur caritatif occupent une place très importante au niveau de la fourniture des services de soins envers la population. En raison de la qualité des services qu'ils fournissent, la majorité des mutuelles existantes conventionnent avec le secteur caritatif et cela bien souvent de manière exclusive. Dans ces conditions toute politique de tarification devra tenir compte de son impact sur les impératifs de fonctionnement de ces structures du secteur privé non lucratif afin de ne pas les placer dans une situation financière impossible en ce qui concerne le recouvrement de leurs coûts.

b) L'étendue de la couverture des soins proposée par les mutuelles.

La composition de la couverture de soins proposée par les mutuelles à également une grande importance en matière de recouvrement des coûts de la santé. Une mutuelle qui couvre l'ensemble des soins de santé tous niveaux confondus n'a pas le même montant de cotisation qu'une mutuelle qui ne couvre que 50 % de l'ensemble des soins tous niveaux confondus et ce même s'il existe une tarification nationale uniformisée des soins de santé. Ces différentes mutuelles ne contribueront en conséquence pas de la même manière au financement de la santé. La première qui assure une couverture complète des soins captera une plus grande participation financière des populations que la seconde qui ne couvre que la moitié de la totalité des soins.

Par ailleurs, cette dernière mutuelle laisse les populations confrontées individuellement aux coûts des soins dont elle n'assure pas la couverture. Avec, en conséquence, toutes les difficultés d'accessibilité financière qui en résultent pour les individus et les impacts négatifs sur le recouvrement des coûts. Elle sera moins performante que la première en termes d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé mais également il conviendra de se poser la question de la pertinence globale de cette couverture si celle-ci ne prend pas en charge des soins de santé jugés comme essentiels.

La variabilité dans la couverture des soins proposée aura en conséquence la même influence sur les décisions en matière de financement du système de santé qu'une liberté de la tarification. Cette liberté de choix en termes d'étendue de couverture des soins laissée aux mutuelles permet à celles-ci d'adapter les montants des cotisations aux niveaux des revenus des populations mais cela se fait toujours au détriment de la qualité ou de l'étendue de la couverture proposée et rajoute autant d'incertitudes en matière de recouvrement des coûts au profit du système de santé.

Egalement, cette liberté aura les mêmes conséquences sur la connaissance des besoins complémentaires de financement de la santé qui, dans ce cas, seront liés aux différents choix de couverture des soins faits par les différentes mutuelles. Dans le premier cas (liberté de la tarification) ce sont les prestataires des soins qui sont à l'origine de la variabilité dans les financements des coûts de soins, dans le second cas (liberté de couverture) ce sont les mutuelles qui sont à l'origine de la variabilité. En conséquence bien que l'effet soit le même dans les deux cas de figure sur la variabilité des contributions au financement des soins de santé par la population, les moyens et les canaux d'actions de l'Etat afin de mieux maîtriser ses dépenses en matière de financement de la santé seront différents.

Au-delà d'une tarification des soins harmonisée, l'Etat pourrait favoriser l'application d'une couverture minimale ou standardisée des soins par les mutuelles en liant l'application d'une tarification plus avantageuse à la couverture d'un paquet minimum de soins et/ou en conditionnant l'octroi d'autres avantages ou de subventions à la mise en œuvre de cette couverture minimale.

Il convient également de noter qu'imposer un paquet minimal de soins dans la couverture proposée par les mutuelles ne devrait pas se faire sans tenir compte du montant de ce paquet minimum. En effet toute liberté tarifaire en ce sens pourrait amener, sinon à des abus, à une grande diversité de coût et pourrait poser des problèmes de montant de cotisation à certaines mutuelles confrontées à des coûts du paquet minimum de soins trop élevés eu égard aux revenus de ses membres.

Un juste milieu dans les décisions sera ici aussi à analyser en mettant en balance la qualité de la couverture mise en œuvre par les mutuelles avec leur capacité correspondante à l'offrir à un prix abordable à la population.

En matière de politique de développement des mutuelles il conviendra en conséquence de se prononcer sur la détermination ou non d'une couverture de santé minimum ou standardisée que les mutuelles de santé devraient mettre en œuvre au niveau national en analysant cette décision avec le coût de sa mise en œuvre en fonction de critère d'accessibilité du plus grand nombre.

c) Les modalités d'adhésion : individuelle ou familiale.

Après avoir posé les termes des problématiques de la liberté tarifaire des prestataires de soins et de la liberté de la couverture soins proposées par les mutuelles de santé il convient de se pencher sur les formes d'adhésion des bénéficiaires à l'assurance mutualiste.

Jusqu'à présent nous avons principalement fait référence à des montants de cotisations individuelles. Cependant il se pose la question de la pertinence de la liberté de choix en cette matière. Les individus qui s'assurent ne sont, en général, pas isolés dans la vie de tous les jours ; ils sont membres de ménages. Pour cette raison, il convient dans le cadre d'une politique de développement de mutuelles de santé d'apprécier les modalités d'adhésion que mettront en œuvre les mutuelles de santé. Une adhésion individuelle laisse la liberté aux individus (les chefs de famille) de faire adhérer plus ou moins de membres de leur famille. Il peut ainsi modeler le poids de la charge financière que représente à son niveau l'assurance maladie proposée par les mutuelles.

Cependant il est généralement constaté en cas de liberté d'adhésion que plus les montants des cotisations sont élevés et moins la taille de la famille mutualiste est importante. Pour des raisons financières les chefs de ménage font en effet un choix parmi les membres de la famille et n'inscrivent et ne cotisent que pour une partie d'entre eux.

Cela peut avoir des conséquences négatives sur la santé financière des mutuelles et peut remettre en question leur viabilité. En effet, cette pratique entraîne l'apparition de phénomènes de sélection adverse (ce sont les individus à plus hauts risques qui sont inscrits en priorité) et le développement de fraudes à l'assurance (les non inscrits, ou les non cotisants, se font soigner sous le couvert des inscrits). Lorsque ces phénomènes prennent de l'ampleur les mutuelles ne maîtrisent plus leurs dépenses de soins et doivent surenchérir les montants des cotisations pour compenser les surcoûts occasionnés par ces pratiques. Il en résulte une spirale qui met en péril le système lui-même : plus les cotisations augmentent et moins les gens savent y adhérer, et plus les pratiques incorrectes se développent. Les mutuelles régressent. A terme, et de

manière globale, cela met en péril le financement de la santé par les populations via le système mutualiste qui devient instable.

Par contre, une modalité d'adhésion familiale obligatoire permet de limiter de telles dérives dans le comportement des bénéficiaires. Il reste cependant, dans ce cas de figure, à déterminer les bases sur lesquelles les mutuelles pourront contrôler la taille des familles (identité nationale ?) et vérifier le respect de cette obligation si elle était retenue comme élément d'une politique de développement des mutuelles de santé. Cette option entraîne également le risque de faire réapparaître indirectement des barrières financières aux soins de santé. En effet dans ce cas, le chef de famille doit libérer l'entièreté des montants des cotisations de tous les membres de sa famille pour que n'importe lequel d'entre eux puisse bénéficier de la couverture mutualiste. Il n'a plus le choix et ne peut plus moduler sa participation en fonction de ses ressources. Soit, il fait adhérer toute sa famille soit, il ne peut y adhérer et aucun des membres de sa famille non plus.

Au-delà de l'aspect financier contraignant d'une adhésion familiale pour les plus pauvres, il convient par ailleurs de se prononcer sur la pertinence d'une assurance maladie qui ne couvrirait pas tous les membres de chaque famille. Le risque santé (la perte de revenu pour la famille en cas de coût de maladie insupportable en rapport à ses revenus) n'est pas levé si une partie seulement des membres de la famille sont assurés. En d'autres termes un tel système d'assurance partielle n'assure pas son rôle avec toute l'efficacité requise. Il sera en conséquence important de se prononcer en faveur ou non de cette modalité d'assurance maladie à adhésion familiale obligatoire en sachant que cette modalité entraîne automatiquement des coûts plus élevés pour les familles les plus nombreuses mais qu'en échange, c'est la seule alternative de garantir toute la famille contre le risque santé.

Notons toutefois qu'il existe des techniques qui permettent de solidariser les charges financières entre les différentes familles. Par exemple en augmentant les montants des cotisations des petites familles et en réduisant les cotisations des familles de plus grande taille. Il conviendra toutefois d'apprécier l'acceptabilité sociale de telles mesures de solidarité dans la zone concernée.

Les tableaux suivant présentent un exemple de cotisations adaptées à la taille des familles pour une assurance santé au Cambodge qui regroupe actuellement 10.393 personnes réparties dans 2.099 familles. (Montants des cotisations en \$ calculées d'après les informations issues de GRET – Health Insurance Project - Synoptic board of the three Health Insurance Schemes currently under test – 17/04/2008).

Dans cet exemple de cotisation adaptée à la taille des familles, la cotisation individuelle varie entre 0,23 \$ par mois (2,76 \$ par an) pour la plus modérée, pour des familles de 8 et plus de membres à un montant de 0,98 \$ par mois (11,76 \$ par an) pour une famille d'un individu. Le montant des cotisations varie également d'une zone à l'autre.

Tableau 9 : Cambodge : montants des cotisations en \$ calculées d'après les informations issues de GRET – Health Insurance Project - Synoptic board of the three Health Insurance Schemes currently under test – 17/04/2008).

CAMBODGE (Montants en \$)
ROLOUS - Kandal Province

Composition famille	Cotisation familiale mensuelle	Cotisation individuelle mensuelle	Cotisation individuelle annuelle
1 personne	0,5	0,5	6
2-4 personnes	1,08	0,54 - 0,36 - 0,27	6,48 - 4,32 - 3,24
5-7 personnes	1,5	0,3 - 0,25 - 0,21	3,6 - 3 - 2,52
> 8 personnes	1,83	0,23	2,76

Population assurée = 140 familles ou 612 personnes
 Taille moyenne famille assurée = 4,37

Ang Roka OD - Takeo Province
 Prey Rumdeng - Takeo Province

Composition famille	Cotisation familiale mensuelle	Cotisation individuelle mensuelle	Cotisation individuelle annuelle
1 personne	0,78	0,78	9,36
2-4 personnes	1,34	0,67 - 0,45 - 0,335	8,04 - 5,4 - 4,02
5-7 personnes	1,82	0,36 - 0,30 - 0,26	4,32 - 3,6 - 3,12
> 8 personnes	2,19	0,27	3,24

Population assurée = 1.362 familles ou 7.312 personnes
 Taille moyenne famille assurée = 5,36

Kâmpong Thôm Province

Composition famille	Cotisation familiale mensuelle	Cotisation individuelle mensuelle	Cotisation individuelle annuelle
1 personne	0,98	0,98	11,76
2-4 personnes	1,83	0,91 - 0,61 - 0,46	10,92 - 7,32 - 5,52
5-7 personnes	2,32	0,46 - 0,387 - 0,33	5,52 - 4,64 - 3,96
> 8 personnes	2,68	0,33	3,96

Population assurée = 78 familles ou 410 personnes
 Taille moyenne famille assurée = 5,25

Toutes ces considérations amènent à conclure qu'une politique de développement des mutuelles devra se pencher et se prononcer non seulement sur la tarification des soins pratiquée envers les mutuelles et l'étendue et le contenu des garanties proposées par les mutuelles ; elle devra également apprécier les modalités d'adhésion à la couverture proposée par les mutuelles de santé : individuelle ou familiale, obligatoire ou non.

La Démultiplication des Montants des Financements de la Santé par l'Utilisation de l'Outil Mutualiste

IV-1) La subvention des cotisations des mutuelles

Les mutuelles de santé servent d'intermédiaire financier entre les populations et les prestataires de soins. En cette qualité, elles collectent les contributions des populations au financement de la santé sous forme de cotisations régulièrement versées par les membres et injectent ces montants directement dans le financement du système de santé via le paiement des factures émises ou via un prépaiement des soins par forfait. Elles sont en conséquence un outil privilégié de captage et de canalisation des paiements de la population vers le système de santé « moderne ». Cette caractéristique des mutuelles de santé devient un atout dont l'Etat peut se servir afin de démultiplier ses investissements en matière de financement de la santé.

Nous avons expliqué précédemment que le positionnement du curseur symbolisant la part du financement qui incombait à la population et par voie de conséquence la part réservée aux mutuelles, déterminait le montant de la cotisation proposée par celles-ci. Arbitrairement et à titre d'exemple, nous avons retenu de fixer une participation de 30 % de la population (et des mutuelles) et cette décision aboutit à prévoir une cotisation moyenne globale de 1 \$ par bénéficiaire et par mois dans les conditions de budget à couvrir (2,4 milliards de \$).

Nous avons également souligné que ce montant de 1 \$ ne permettait pas à toutes les catégories de la population d'adhérer ou de payer un tel montant de cotisation et qu'en fonction des choix techniques complémentaires qui seront retenus ou non dans la politique de développement des mutuelles de santé, cela excluait une proportion plus ou moins importante de la population de ces systèmes d'accessibilité financière aux soins de santé. Une autre conséquence est qu'une partie des contributions attendues de la population n'est plus versée et que le budget attendu ne peut plus être couvert.

C'est à ce niveau d'intervention, que l'Etat va pouvoir utiliser l'atout que représente l'outil mutualiste en termes d'instrument de captage et de canalisation des paiements de la population vers le système de santé, pour améliorer le montant des investissements et des financements qu'il entend réaliser en matière de santé tout en améliorant l'étendue de la participation des populations à ces systèmes d'accessibilité aux soins de santé.

La population de la RDC est fortement touchée par la pauvreté économique et elle se caractérise dans sa grande majorité par des revenus faibles et irréguliers. Dans ces conditions, il ne fait nul doute que le choix de développer des mutuelles de santé n'aboutira pas dans l'immédiat à des taux d'adhésion conséquents. Le montant retenu à titre d'exemple de 1 \$ de cotisation par mois et par personne est en soit une barrière financière pour bon nombre d'habitants ou de familles de la RDC.

Afin d'améliorer cette situation, l'Etat peut envisager de prendre la décision de subventionner le montant des cotisations de toute la population ou de catégories spécifiques de manière plus ciblée (les catégories socio-économiquement les plus défavorisées). En agissant de cette manière il peut en retirer deux bénéfices immédiats et complémentaires : il va d'une part, pouvoir démultiplier les financements qui seront finalement injectés dans le système de santé en ajoutant à son propre financement, le financement supplémentaire capté de manière régulière auprès de la population et, d'autre part, il va étendre la couverture mutualiste à une plus large frange de la population du pays en rendant plus accessible le montant des cotisations pour ces catégories défavorisées. Cela lui permettra d'améliorer d'autant l'état sanitaire général de la population en levant les barrières d'accessibilité financières à l'assurance maladie et aux soins de santé que couvre celle-ci.

Le tableau suivant illustre cet effet de démultiplication des financements en prenant comme hypothèse la subvention des cotisations mutualistes selon 3 niveaux de participation : 75 %, 50 % et 25 %.

Tableau 10 : Augmentations induites du budget consacré à la santé en fonction des niveaux de subvention des cotisations mutualistes.

Disponibilité financière de l'Etat	Décision de subvention des cotisations de l'assurance mutualiste	Démultiplication du financement injecté dans le système de la santé	Budget injecté dans le système de santé par la voie du subventionnement des mutuelles (Etat + financement des populations)	Augmentation induite du budget consacré à la santé
100 millions \$	75 %	1,33 x	133 millions \$	+ 33 millions \$
100 millions \$	50 %	2 x	200 millions \$	+ 100 millions \$
100 millions \$	25 %	4 x	400 millions \$	+ 300 millions \$

Comme le tableau ci-dessus l'indique, en subventionnant les cotisations l'Etat associe ses propres financements avec ceux issus de la population et permet de démultiplier d'un certain coefficient les montants qui finalement sont consacrés au financement du système de santé. Entre un subventionnement de 75 % et 25 %, le montant initial peut multiplier de 1,3 à 4 fois la disponibilité financière initiale de l'Etat.

En utilisant comme exemple la norme de cotisation que nous avons retenue de 1 \$ par bénéficiaire et par mois, nous constatons que le subventionnement de la cotisation pour un montant de 0,25 \$ avec l'appui d'un fonds de 100 millions de \$, permettrait de démultiplier l'injection des fonds dans le système de santé par 4 et aboutirait à un financement de 400 millions de \$ du système de la santé. Un tel fonds de 100 millions de \$ permettrait de subventionner les cotisations de plus de 33 millions de bénéficiaires durant 1 an (3 \$ de subvention pour une cotisation annuelle de 12 \$). Ce nombre représente environ le tiers de la population du pays qui bénéficierait de cette manière d'une accessibilité financière garantie à une large gamme de soins de base et de niveau hospitalier.

Dans le même temps les cotisations individuelles annuelles évoluent de la manière suivante :

Tableau 11 : Evolution du montant des cotisations en fonction des niveaux de subvention

Décision de subvention des cotisations de l'assurance mutualiste	Montant de la cotisation mensuelle individuelle	Montant de la cotisation annuelle individuelle subventionnée	Montant de la cotisation non subventionnée
75 %	0,25 \$	3 \$	12 \$
50 %	0,5 \$	6 \$	12 \$
25 %	0,75 \$	9 \$	12 \$

L'impact des subventions sur le montant des cotisations pratiquées envers les bénéficiaires permet d'augmenter considérablement les taux d'adhésion à de tels systèmes contributifs. En l'absence de données précises, il est difficile de présager de l'impact d'une telle solution en RDC mais il est certain que celui-ci serait considérable en termes de nombre de bénéficiaires supplémentaires. Ce nombre de bénéficiaires supplémentaires dépendra du niveau initial du montant de la cotisation et du montant de la subvention permettant de réduire celui-ci.

A titre d'exemple

Les mutuelles dans la ville de Kinshasa qui sont actuellement confrontées à des cotisations d'un montant élevés en raison d'un forfait de soins de 2,5 \$ par bénéficiaire et par mois (30 \$ par an) pratiqué à leur encontre, ne parviennent pas véritablement à s'agrandir en taille depuis plusieurs années et stagnent aux alentours de quelques milliers de bénéficiaires couverts. Il en est de même, mais dans une moindre mesure, en milieu rural, en RDC, pour les mutuelles qui appliquent des montants de cotisations de 1 \$ par bénéficiaires et par mois (12 \$ par an).

Par contre, en ce qui concerne la mutuelle de Bwamanda en RDC qui a un montant de cotisation d'environ 1 \$ par an par bénéficiaire, soit moins de 0,1 \$ par mois, celle-ci arrive à regrouper 114.000 bénéficiaires et cela depuis plusieurs années. De même, en Asie, les mutuelles regroupent plusieurs centaines de milliers de bénéficiaires mais pratiquent des montants de cotisation peu élevés (SEWA – Inde : 100.000 bénéficiaires avec une cotisation de 2,5 \$ par an ou 0,2 \$ par mois ; Grammeen Kalyan – Bangladesh : 290.000 bénéficiaires avec des cotisations d'environ 1 \$ par an ou 0,1 \$ par mois).

Par contre en termes de financement de la santé, ces exemples montrent que des mutuelles qui sont de petites tailles en raison de montants de cotisations élevés injectent proportionnellement de plus grands montants dans le système de santé que des mutuelles qui ont des montants de cotisations très bas :

- La MUSECKIN de Kinshasa qui a un montant de la cotisation «forfait santé » de 2,5 \$ par bénéficiaire et par mois, regroupe seulement 2.100 membres mais a contribué au financement en soins de santé en 2007 pour un montant de 63.000 \$.

- La Mutuelle de Bwamanda dont le montant de cotisation est d'environ 0,083 \$ par mois par bénéficiaire regroupe 114.000 membres et a contribué au financement du système de santé en 2006 pour un montant de 86.500 \$.

En comparaison de ces chiffres et en termes de financement de la santé, la MUSECKIN de Kinshasa, 54 fois moins importante en termes de taille de bénéficiaires couverts est cependant à 23.000 \$ près comparable à la mutuelle de Bwamanda en ce qui concerne le financement du système de santé.

Inévitablement, la couverture des soins entre les deux mutuelles n'est pas comparable, Bwamanda ne couvre que le niveau hospitalier (avec réduction de 50 % des coûts des soins en centre de santé) et les soins d'hospitalisation facturés à la mutuelle sont subventionnés à 50 %. La MUSECKIN ne bénéficie pas de tarif subventionné et couvre les soins depuis le niveau primaire jusqu'à l'hospitalisation (mais pas la grosse chirurgie).

Ces exemples permettent d'illustrer les propos développés dans ce document en termes de financement de la santé et d'accessibilité de la population aux soins de santé via la solution mutualiste. Ils témoignent de l'intérêt d'une réflexion en profondeur sur les choix à faire en ce domaine en RDC en matière de politique de développement des mutuelles de santé. Ils illustrent de la disparité des conditions de couverture de protection sociale en santé qu'une absence de décision politique en cette matière engendre dans un pays. Il en est de même en ce qui concerne les impacts et la maîtrise du financement de la santé par le système mutualiste.

On constate également avec ces exemples que des mutuelles qui peuvent pratiquer des montants de cotisation individuelle inférieurs à 0,3 \$ et moins par mois parviennent à regrouper plusieurs centaines de milliers de bénéficiaires cotisant régulièrement. L'alternative de la subvention prend dans ce cas tout son sens lorsque le tarif des soins pratiqués envers la population ne permet pas de tel niveau de cotisation.

L'impact que peut avoir la subvention des cotisations mutualistes en ce qui concerne le développement des adhésions aux mutuelles de santé et les montants complémentaires qui de cette manière peuvent être mobilisés au profit du financement du système de santé indique clairement que l'élaboration d'une politique de développement des mutuelles de santé comme la politique de financement de la santé, à tout à gagner à approfondir ce thème. Le choix en matière des canaux d'injection des fonds dans le système de santé : soit par voie directe soit par voie indirecte en passant par des systèmes d'assurance contributive comme les mutuelles de santé peut en effet avoir une influence considérable sur le volume du financement de la santé et l'accessibilité financière des populations à une couverture d'assurance maladie qui indirectement leur assure l'accessibilité financière aux soins de santé. Cette stratégie a également un impact sur la rapidité avec laquelle un réseau de mutuelles pourra se développer dans le pays.

Dans le cadre du subventionnement des cotisations, le gouvernement et les différents bailleurs pourraient envisager de prévoir parmi les outils de financement de la santé, la mise en oeuvre de « fonds de solidarité » afin de faciliter la mise en oeuvre d'une telle stratégie de subvention d'assurance maladie contributive.

Ce genre de fonds en soutien au paiement de cotisations mutualistes permet en outre d'intégrer et de rester conforme aux différentes philosophies d'interventions en vigueur en matière de santé depuis les stratégies verticales qui ciblent les financements axés sur les maladies et problèmes spécifiques jusqu'aux stratégies plus globales de renforcement du système de santé par renforcement des zones de santé.

Les mutuelles de santé proposent une couverture globale et dans le meilleur des cas il peut être décidé qu'elles couvrent l'ensemble des niveaux de la pyramide des soins du niveau primaire au niveau tertiaire. La difficulté pour elles, est que, plus la couverture des soins est étendue et plus la cotisation est élevée, et moins les adhésions sont importantes en raison de barrières financières liées aux montants élevés des cotisations.

La mutualisation du risque en assurance exclu la stratégie de couverture spécifique pour une maladie mais cela ne présage pas du fait que les mutuelles couvrent effectivement parmi toutes les maladies qu'elles prennent en charge, les soins de maladies spécifiquement ciblés par certains bailleurs. Par exemple le subventionnement des cotisations des mutuelles à condition que les soins liés à une maladie spécifique soient couverts par la mutuelle a le même effet que n'importe quelle autre subvention de cotisation : elle baisse le montant global de la cotisation. Pour le bailleur qui cible des maladies spécifiques c'est tout bénéfique puisque son aide financière est intégrée de facto dans un système de financement des soins accessible à un plus grand nombre de personnes que les seules personnes atteintes de la maladie qu'il vise spécifiquement et en plus cela est réalisé de manière préventive. De même, par cette pratique, ce bailleur s'assure que d'autres maladies seront traitées en complémentarité, ce qui renforce la qualité sanitaire de l'appui. Pour exemple, une personne sauvée des conséquences d'une atteinte de paludisme grâce à l'aide financière du bailleur ne mourra pas quelques temps plus tard en raison d'une infection suite à l'impossibilité financière de soigner une blessure au départ bénigne. La couverture mutualiste qui est maintenant accessible au patient couvre l'ensemble de ses soins : les dépenses liées au traitement du paludisme et les dépenses liées aux autres soins.

A ce sujet il convient de noter que contrairement aux idées reçues c'est le plus souvent la couverture des soins de santé primaire qui occasionne la plus grande augmentation du montant des cotisations. La raison vient du fait que ces soins mêmes s'ils sont nettement moins coûteux interviennent à des fréquences beaucoup plus élevées que les soins hospitaliers. En conséquence avant de cibler les subventions pour les différentes catégories de soins il conviendrait d'en analyser l'impact sur le montant des cotisations afin d'avoir la meilleure efficacité sur la réduction de leur montant.

En termes de stratégie globale d'accès aux soins, les mutuelles ont tout intérêt à ce que les patients bénéficiaires de leur couverture soient correctement traités et le plus rapidement possible afin d'éviter l'explosion des coûts liés aux complications de maladies prises en charge tardivement. Elles font respecter la référence et veillent, pour des raisons de coût notamment, au respect de l'entrée des patients dans le système des soins au niveau le mieux indiqué. Le système de subventionnement des cotisations dans le cadre d'une stratégie de renforcement des zones de santé agira en la faveur de cette stratégie puisqu'il s'appuiera sur une organisation qui en applique les principes. Du fait de leur adhésion à un système de prépaiement des soins les populations bénéficiaires en acceptent les règles et le système de santé

bénéficie de cette manière d'un outil et d'un organisme de contrôle indépendant et efficace de la mise en œuvre conforme de la référence.

Les figures 11 et 12 ci-après illustrent les choix et les impacts qui résultent en termes de financement de la santé entre un canal de financement direct du système de la santé et un canal de financement indirect via un système de financement mutualiste. Dans le premier cas le volume de financement maîtrisé correspond au volume du financement de l'Etat. Dans le second cas le volume de financement maîtrisé correspond à l'addition du financement de l'Etat et du financement par la population. Ce dernier financement existe aussi dans le premier cas mais son montant n'est pas connu à l'avance, il est variable et instable.

Figure 11 : Exemple de l'injection directe d'un financement de l'Etat dans le système moderne de la santé

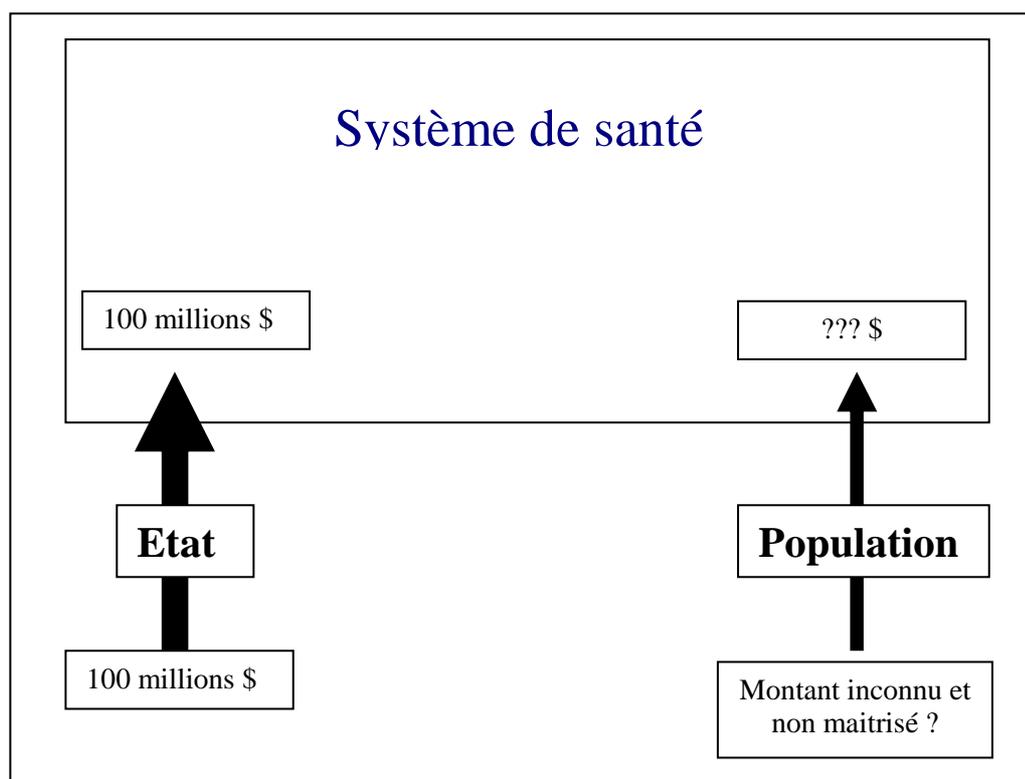
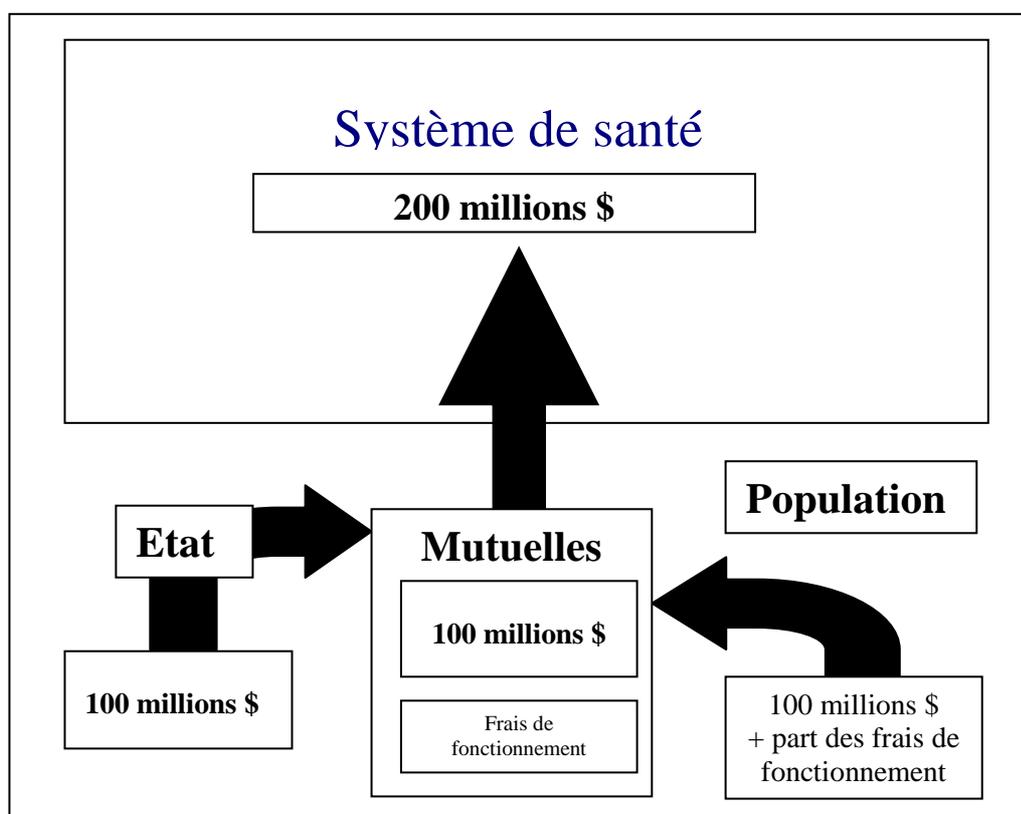


Figure 12 : Exemple de l'injection indirecte d'un financement de l'Etat dans le système moderne de la santé en l'associant au financement des mutuelles de santé.



IV-2) La fongibilité de l'aide au secteur de la santé

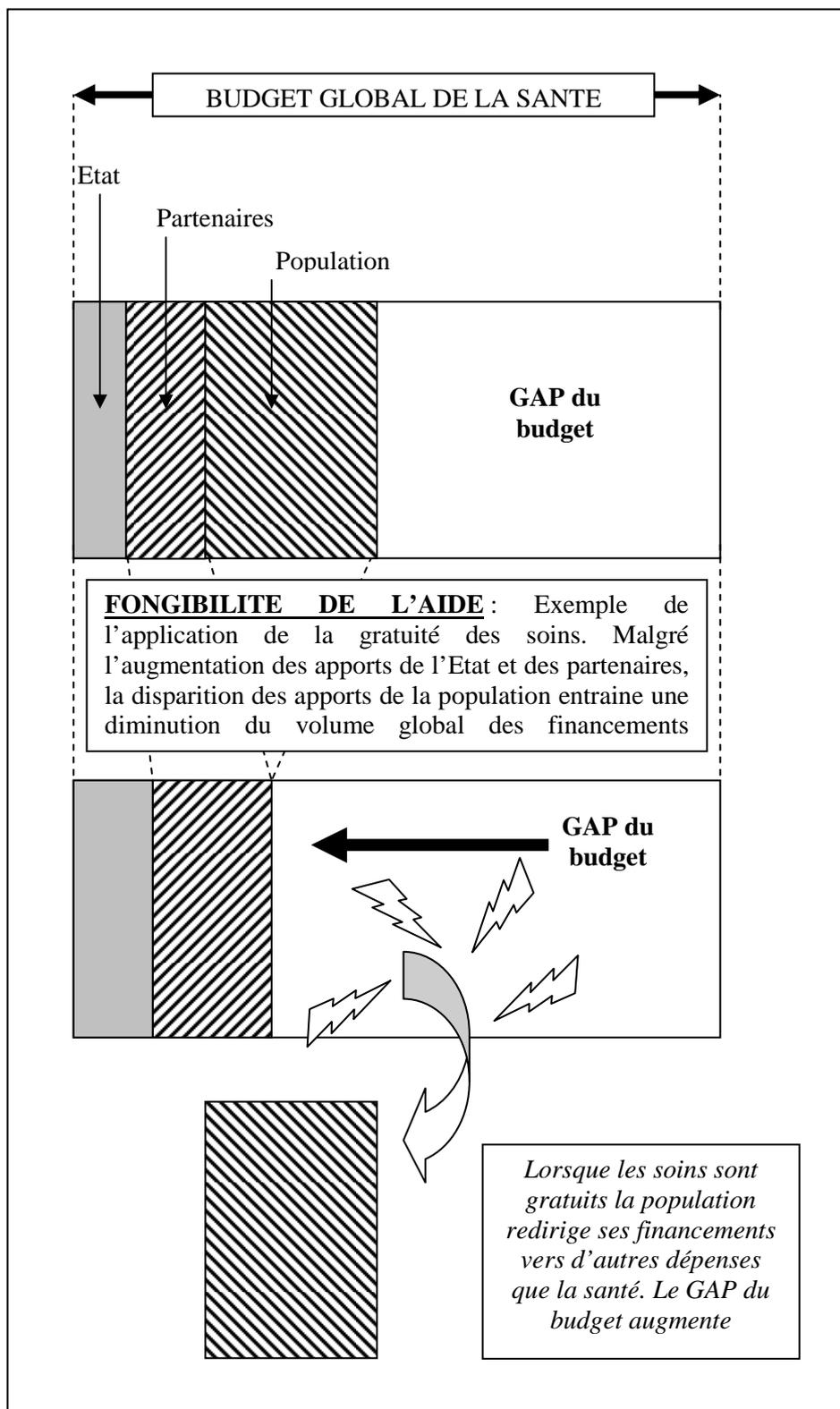
La subvention des cotisations des mutuelles a un impact sur les niveaux d'adhésion à ce système de couverture des risques maladies mais elle permet également d'apporter une réponse plus efficace au problème de la fongibilité de l'aide ou du financement public au secteur de la santé qu'une aide sous forme d'injection directe au système de santé.

La question soulevée ici est de savoir si l'aide, qu'elle soit extérieure ou nationale, affectée sous forme de projet, d'aide sectorielle ou de financement direct au secteur de la santé, à pour effet indirect de libérer des ressources, que ce soit du gouvernement ou de la population, et qui vont être utilisées pour financer d'autres dépenses que les dépenses initialement prévues dans le domaine de la santé. En d'autres termes et dans les cas de la fongibilité de ce financement, l'aide et les financements publics n'accroissent pas les financements dans le domaine de la santé mais s'y substituent. En conséquence, l'aide et le financement public ne contribuent pas à améliorer le volume déjà insuffisant du financement de la santé.

Dans ce cadre, la subvention de la cotisation mutualiste apparaît comme une solution ou une meilleure garantie que l'aide extérieure et le financement public viennent s'additionner au financement de la santé existant. En effet, elle permet de mobiliser un financement potentiel existant mais qui ne pourrait être mobilisé sans cette aide. Il s'agit ici du paiement des cotisations à montant subventionné par les populations plus pauvres qui ne peuvent s'acquitter des montants des cotisations non subventionnées. Par exemple, en subventionnant à 50 % une cotisation d'un montant de 1 \$ on permet à des populations dont la capacité de financement est limitée à 0,5 \$ par mois et par personne d'accéder à une couverture d'assurance maladie d'une valeur annuelle individuelle de 12 \$. Dans ce cas, l'aide accordée au financement de la santé (par l'Etat ou par un bailleur) est de 6 \$ et il est complété par le financement de 6 \$ complémentaires versés par la population. Comme ce financement ne l'est que si le financement complémentaire est effectivement payé, il y a une véritable garantie que l'aide ne se substitue pas au financement de la santé par la population (l'intégralité du versement de la cotisation doit être faite pour ouvrir le droit aux prestations). A titre de comparaison, l'exemple type de la fongibilité de l'aide à la santé

est celle qui est orientée pour l'instauration de la gratuité des soins. En effet dans ce cas, le financement de la santé par la population n'a plus de raison d'être. Le financement que celle-ci consacrait à sa santé est orienté vers d'autres dépenses en dehors du secteur de la santé. Cela peut être l'intention recherchée mais dans ce cas la question de savoir s'il s'agit effectivement d'une aide pour la santé, mérite d'être posée (voir figure 13).

Figure 13 : La Fongibilité de l'aide. Exemple de l'effet de la gratuité des soins



Cette solution n'exprime pleinement son potentiel que lorsqu'elle mobilise des cotisations au niveau de populations qui n'auraient pas pu les payer si leurs montants étaient restés trop élevés pour elles. En l'occurrence cela fonctionne seulement avec toute l'efficacité voulue que si les aides sont orientées vers la subvention de cotisations au profit de populations pauvres ne pouvant s'acquitter du montant intégral des cotisations. L'aide financière, orientée à bon escient, revêt ici un caractère d'aide sociale supplémentaire en sus de son impact sur la santé des bénéficiaires. Il s'agit en l'occurrence de l'instauration d'une solidarité sociale entre les personnes pouvant s'acquitter du montant des cotisations et qui ne bénéficient pas des subventions et celles qui ne le peuvent pas et qui à ce titre bénéficient des subventions.

L'amélioration du financement de la santé par une aide au paiement des cotisations des mutuelles devra en conséquence tenir compte d'un ciblage et d'une identification judicieuse des populations qui pourront ou devraient profiter de cette forme d'aide. Ce seront bien certainement les populations pauvres mais disposant d'un certain niveau de revenus qui permettront de maximiser l'impact de cette forme d'aide sur l'augmentation des volumes de financement de la santé via les mutuelles de santé.

Le Financement de la Santé et quelques Recommandations vers des Mécanismes de Financement Pluralistes de la Santé

V-1) La stratégie de financement de la santé et de développement des mutuelles de santé en RDC

En RDC, l'Etat et les partenaires au développement (bailleurs de fonds) se positionnent sur une approche du financement de la santé qui privilégie l'appui direct au système de santé. Dans cette optique, le gros du budget mis en œuvre par le Gouvernement et les partenaires transite par l'Etat ou, par sous-traitances, par des ONG spécialisées, pour financer directement le système et les différentes structures de soins. Il n'y a pas encore de véritables organisations de systèmes de prépaiements et actuellement, les fonds sont injectés dans le système de la santé sans mise en œuvre de systèmes de protection sociale en santé. Lorsqu'ils existent les financements de cette nature n'y sont pas associés ou pris en compte.

Les limites actuelles de cette stratégie peuvent être soulignées : les dépenses effectives de santé de l'Etat restent très inférieures au budget déclaré ; les engagements et apports extérieurs des bailleurs de fonds qui en 2006 représentaient 6,3 fois les dépenses de santé du gouvernement, sont peu prévisibles au-delà d'un horizon de temps limité et les dépenses effectives sont souvent irrégulières et lentes. Le total de ces contributions « publiques », Etat et bailleurs de fonds, sont du reste, comme cela a été décrit au début de ce document, relativement modestes eu égard aux besoins conséquents que nécessite le financement de la santé en RDC : 5 \$ d'apports publics contre des besoins évalués à 40 \$ par habitants et par an. De plus, le financement de la population compris entre 7 à 12 \$ par an et par personne n'est pas organisé ni coordonné en complémentarité avec les financements publics en matière de santé.

Il en résulte des populations démunies et non organisées face aux dépenses de santé. Dans ces conditions, le recouvrement direct des coûts des soins au niveau de la population est la règle et, au vu de l'ampleur du gap financier entre les apports publics et les besoins réels nécessaires pour assurer les soins de santé pour tous, cette formule de paiement des soins pèse d'un poids très conséquent sur le budget des ménages et agit négativement sur toutes les stratégies de réduction de la pauvreté. L'accessibilité financière aux soins de santé constitue un problème et devient une barrière sociale qui place les populations les plus défavorisées devant l'impossibilité réelle de recourir aux soins de santé de base essentiels.

En l'absence de référence à une politique de protection sociale de la santé et sans coordination d'une politique de la santé et de financement de la santé avec celle-ci, cette barrière financière est utilisée par différents partenaires comme prétexte à la mise en œuvre de solutions ponctuelles et limitées dans le temps. Celles-ci semblent plus répondre de philosophies d'intervention spécifique que d'une véritable préoccupation d'une solution sociale et à long terme au problème posé du financement de la santé et d'une garantie de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé. L'inaccessibilité financière est mise en avant pour défendre des approches qui naviguent entre une intervention du « tout par l'Etat » avec en corollaire la mise en avant d'une gratuité des soins pourtant irréaliste à l'échelle nationale dans les conditions de développement économique actuelle du pays, et une approche du « tout privé » avec en corollaire le développement de systèmes contributifs pour une assurance maladie obligatoire universelle pour tous, tout aussi irréaliste dans les conditions actuelles pour toute la population de la RDC. Pourtant jusqu'à présent aucune de ces alternatives n'est parvenue à solutionner de manière durable le problème posé d'accessibilité au soin de santé et il est reconnu que malgré les financements mis en œuvre par le public, c'est pourtant toujours les usagers qui assurent la majorité de la prise en charge du financement de la santé jusqu'à 70 % de la couverture des charges actuelles du système.

Dans de telles conditions de stratégie de mise en œuvre des financements de la santé il semble difficile d'assurer l'avenir des structures de santé qui restent sous-financées de manière récurrentes et qui sont tributaires d'un système de financement de la santé très instable dans le temps et trop variable en termes des priorités de santé, parfois contradictoires, retenues par les différents acteurs de ce financement.

Les solutions de régimes d'assurance maladies comme la solution mutualiste sont ignorées dans la stratégie de financement de la santé. Le développement des mutuelles de santé est en conséquence très modeste en RDC et cette alternative est elle-même caractérisée par cette pluralité de philosophies d'interventions. Certaines mutuelles privilégient l'accès aux seuls soins hospitaliers, d'autres aux soins de santé de base ; d'autre accordent une priorité aux faibles revenus des populations et instaurent des cotisations qui ne permettent que des couvertures dérisoires des soins sans véritable efficacité sanitaire, d'autres sont confrontés à des prestataires de soins intraitables en termes de tarifications surévaluées, etc.

En conséquence, la solution mutualiste nécessite elle aussi des réponses aux questions qui viennent d'être soulevées si l'on veut que celle-ci s'inscrive comme une composante performante d'un système de financement de la santé. En premier lieu, Il convient de décider si cette solution constitue effectivement une des composantes du système du financement de la santé ? En RDC, ce n'est pas encore le cas et une telle décision n'a pas encore été prise ni affirmée et, si certains préconisent le développement des mutuelles de santé, il n'y a pas encore de politique définie en la matière ni d'intégration d'une telle politique dans une politique plus globale de financement de la santé ou de la santé en RDC, ni encore de liens entre ces politiques et une politique de protection sociale de la santé.

En l'absence de décision en la matière, tout développement des mutuelles de santé en tant qu'outil de financement de la santé se fait actuellement comme les autres interventions en cette matière. L'outil mutualiste vient se juxtaposer sans coordination et sans intégration dans le système de financement de la santé ajoutant encore plus d'incohérences et de contradictions dans celui-ci. Il reste à un stade d'outil expérimental, avec des impacts locaux limités et associés à des contextes très spécifiques, sans que des enseignements au niveau national et une exploitation de ces potentialités ne soient envisagées en ce qui concerne ses apports au financement global de la santé, ni que ses limites ne soient mises en évidence, ni encore que des mesures d'accompagnement puissent venir soutenir le développement de cette alternative.

A titre d'exemple et pour illustrer ces propos, il y a dans la ville de Kinshasa des mutuelles de santé d'envergure très modestes (quelques milliers de bénéficiaires) qui injectent de manière anticipative à la fourniture des prestations et depuis plusieurs années dans le système de santé, l'équivalent d'une contribution financière de 30 \$ par bénéficiaires et par an. Cette contribution représente 6 fois plus que la moyenne par individu des financements du public dans le système de santé et constitue pour ces bénéficiaires une participation de 75 % du montant théorique individuel du financement de la santé qui est de 40 \$. Ces mutuelles sont en quelque sorte, un « rêve de bailleurs de fonds » pour les prestataires de soins qui en bénéficient.

Par contre, ce niveau de financement de la santé par la population via ces mutuelles est lui-même un frein considérable au développement de ces mutuelles de santé. Il n'est pas à recommander dans cette configuration car en raison de son coût, il n'est accessible qu'à une infime partie de la population. Les conditions de tarification des soins auxquelles sont confrontées ces mutuelles excluent de fait la toute grande majorité de la population de la ville de Kinshasa (et du pays) à une solution de mutualisation des risques. Nous sommes dans ce cas à la limite d'une situation du « tout à charge de la population » et les questions suivantes méritent d'être posées : Est-ce réellement le choix national en matière de financement de la santé ? Est-ce réellement le choix national en matière d'organisation de la protection sociale en santé ? Il n'y a actuellement pas de réponses à ces questions.

La solution mutualiste prise en exemple ci-dessus constitue, dans ce contexte, la seule solution envisageable pour les personnes qui en sont membres : des enseignants aux revenus pourtant modestes pour la plupart. Ils ont eut l'initiative de créer ce type de mutuelle pour accéder financièrement aux soins de santé et solutionner un problème qu'actuellement aucun autre système de financement de la santé ne leur permet de résoudre. Pourtant et normalement selon la réglementation en vigueur envers les travailleurs salariés, cette accessibilité aurait dû être prise en charge par leur employeur qui a pour obligation légale la prise en charge des soins de santé de ses travailleurs et de leur famille.

Cet exemple montre également qu'il y a un réel danger, en l'absence de règles bien définies et correctement appliquées, que la solution mutualiste apparaisse comme une solution de substitution par défaut pour que des employeurs, tous secteurs confondus, se déchargent de leurs obligations financières en la matière et ajoutent autant d'incertitudes dans le système de financement de la santé. Le problème de la fongibilité des financements envers la santé réapparaît ici dans toute son ampleur et se double de la perte considérable d'acquis sociaux et de pertes réelles de revenus pour ces travailleurs salariés.

Nous n'avons ici fait qu'effleurer la complexité des problèmes posés par la stratégie ou l'absence de stratégie globale de financement de la santé. Si elle existe, néanmoins, elle n'a semble-t-il pas encore pris toute la dimension de la complexité des interrelations et des interactions entre divers domaines et secteur de la vie des populations et de l'organisation de la protection sociale de celle-ci. Il en est de même pour une politique de développement des mutuelles de santé qui doit elle aussi s'attacher à approfondir toute la complexité de la mise en œuvre de cet outil d'assurance contributive tant en ce qui concerne ses capacités à lever les barrières de l'accessibilité financière aux soins de santé, que sa capacité à mobiliser et à canaliser de manière durable d'importants financements vers le système de la santé, ou encore de son rôle en matière de renforcement dans la lutte contre les inégalités sociales. Seules et isolées, les mutuelles ne constitueront au mieux et de manière très limitée qu'un outil ponctuel d'aide à certaines catégories de la population dans des contextes très spécifiques.

V-2) Vers des mécanismes de financement de la santé pluralistes intégrant l'outil de financement mutualiste afin de parvenir à une couverture universelle

Il n'y a pas qu'une seule manière de parvenir à une couverture universelle aux soins de santé et il n'existe pas non plus un modèle unique pour y parvenir. En fonction des réalités de chaque pays, il faut de nombreuses années et parfois des décennies pour y arriver. Comme dans de nombreux pays, en RDC il existe plusieurs modalités de financement de la santé contribuant plus ou moins efficacement à l'atteinte de cet objectif de couverture universelle. Celles-ci sont mises en œuvre selon des mécanismes et des systèmes qui couvrent des groupes et des sous-groupes de population distincts, ou qui se chevauchent sans toujours se compléter, alors que dans le même temps d'autres groupes et sous-groupes de population sont laissés sans aucune couverture.

La manière avec laquelle sont combinées les diverses fonctions du financement de la santé : la mobilisation des ressources, la mise en commun de ces ressources et l'achat de prestations de soins n'est pas neutre tant en ce qui concerne l'efficacité et l'équité du système de santé qu'en ce qui concerne l'efficacité et l'équité de chacun des éléments qui le constitue. Il y a soit, une combinaison harmonieuse qui renforce mutuellement chacune de ses composantes et ses impacts, ou, il y a absence d'harmonie et une incohérence et une incompatibilité entre les systèmes s'installent au détriment de la cohérence et de l'efficacité de l'ensemble.

Le développement des mutuelles de santé n'échappe pas à cette évidence et leur mise en œuvre nécessite d'une part l'élaboration et l'adoption d'une véritable politique en la matière mais en plus celle-ci doit s'inscrire en cohérence avec les autres politiques ayant des liens directs avec le secteur de la santé et son financement. Par ailleurs, ce qui est vrai pour le système mutualiste l'est également pour chacun des autres systèmes du financement de la santé qu'ils relèvent de régimes d'assurance maladies ou de systèmes de financement direct.

En ce sens, il semble intéressant dans le cadre de l'élaboration d'une politique de développement des mutuelles de santé et leur intégration comme composante à part entière du financement du secteur de la santé de se référer à la notion de « protection sociale de la santé » telle que définie par l'OIT et présentée succinctement ci-après²⁶.

En se basant sur les valeurs-clés que sont l'égalité, la solidarité et la justice sociale, l'OIT définit la notion de protection sociale de la santé comme un ensemble de mesures publiques ou organisées par les pouvoirs

²⁶ Pour de plus amples détails il convient de consulter le document du Département de la Sécurité Sociale du BIT : La protection sociale de la santé. Stratégies de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé. Août 2007.

publics et de mesures privées à caractère obligatoire contre la misère sociale et les pertes économiques provoquées par une réduction de la productivité, un arrêt ou une réduction des gains ou la nécessité de payer un traitement indispensable pour récupérer d'un état de santé détérioré.

L'égalité, la solidarité et la justice sociale s'entendent ici comme des caractéristiques fondamentales de l'accès universel à la protection sociale de la santé, fondées sur le partage des charges, la mise en commun des risques, l'autonomisation et la participation.

La protection sociale de la santé comprend différentes options financières et organisationnelles ayant pour but de fournir des ensembles de prestations suffisants pour protéger les intéressés contre le risque de maladie et les charges financières et autres graves problèmes qui en résultent. Les mutuelles de santé constituent l'une de ces options financières et en conséquence une politique de développement des mutuelles de santé doit s'inscrire dans un objectif général d'une politique nationale de protection sociale de la santé qui consisterait à élaborer une stratégie pragmatique visant à rationaliser l'utilisation des divers systèmes de financement de la santé pour parvenir à une couverture universelle et à un accès égal pour tous.

Dans ce contexte, l'État devrait jouer un rôle pivot et actif de facilitation et de promotion, et délimiter l'espace opérationnel de chaque sous-système. Il faut pour cela établir un cadre juridique global et adopter des mesures visant à garantir un financement suffisant et la fourniture de prestations complètes.

Ce cadre légal devrait également réglementer l'assurance maladie privée facultative, y compris les régimes communautaires tels que les mutuelles de santé, et comporter le cas échéant un certain nombre de règles permettant de garantir une bonne gouvernance et une protection efficace. Un tel cadre implique l'adoption d'une approche basée sur des droits de la protection sociale de la santé, qui se réfère en particulier à l'objectif consistant à intégrer la partie non couverte de la population en tenant compte de ses besoins et de sa capacité à payer. L'OIT est également favorable à ce que les partenaires sociaux jouent un rôle important, en particulier par le dialogue social et une large participation aux processus politiques et à la gouvernance des régimes, y compris par une participation de la société civile, des partenaires sociaux, des assurés et des autres intervenants dans la protection sociale de la santé.

Lors de l'établissement du plan de couverture, tous les types de mécanismes de financement – y compris toutes les formes de régimes obligatoires et facultatifs, les régimes à but lucratif et non lucratif, les régimes publics et privés allant des services nationaux de santé aux régimes communautaires – devraient être envisagés s'ils contribuent, dans le contexte national du moment, à l'objectif de la couverture universelle et de l'accès égal de l'ensemble de la population aux services essentiels.

Le plan de couverture doit permettre une conception cohérente de la couverture nationale de la santé par des systèmes de financement pluralistes et des systèmes de fourniture des services composés de sous-systèmes tels que les régimes d'assurance maladie nationaux et sociaux, les régimes d'assurance privés, les prestations financées par l'impôt, etc., afin que la couverture universelle puisse opérer dans un cadre de compétences bien défini et desservir des sous-sections précises de la population. Les objectifs du plan de couverture consistent donc, notamment :

- à mettre sur pied un sous-système de couverture pour l'ensemble des sous-groupes de population ;
- à déterminer les règles applicables aux mécanismes de financement de chaque sous-système ainsi que les liens financiers entre les sous-systèmes en question (de même, le cas échéant, que le système de compensation du risque financier entre les différents sous-systèmes) ;
- à concevoir des séries de prestations adaptées aux besoins et la protection financière correspondante pour chaque sous-système ;
- à optimiser l'efficacité institutionnelle et administrative de chaque sous-système et de l'ensemble du système ;
- à fixer une date butoir pour la réalisation de la couverture universelle.

Le plan de couverture devrait être accompagné d'un budget général national de santé, ou l'inclure, afin de pouvoir déterminer et projeter, sur la base des comptes nationaux de la santé, le montant total des ressources disponibles – impôts, cotisations et primes – pour financer les soins de santé, et estimer les dépenses des divers sous-systèmes, de manière à ce que le processus conduisant à une couverture et un accès universels et économiquement abordables puisse être accéléré et repose sur un plan réaliste et durable.

V-3) Le partage des coûts du financement de la santé entre plusieurs mécanismes de financement de la santé.

Un cadre global du financement de la santé

En inscrivant le développement des mutuelles de santé dans l'optique de l'atteinte d'une couverture universelle aux soins de santé, en complémentarité avec d'autres mécanismes de financement de la santé, on peut mieux présager du cadre global du financement de la santé et de la place que les mutuelles de santé doivent occuper dans celui-ci. Leurs contributions au système de la santé deviennent un objectif qui peut être clarifié et évalué en tant que tel.

Les données présentées dans ce document montrent que le budget général national de la santé sur la base d'un montant de 40 \$ par habitant est un budget conséquent. Actuellement et à court terme il ne peut être couvert ni par aucun des acteurs en présence ni par l'ensemble de ceux-ci réunis en coalition. Il reste un objectif qui doit être atteint dans la durée.

A) La couverture du budget général national de la santé.

La situation du financement de la santé peut être représentée en positionnant les différents acteurs du financement de la santé sur une ligne symbolisant l'ampleur du budget global de la santé qu'il convient d'atteindre. Dans les figures présentées ci-après, les acteurs y sont positionnés à leur meilleur niveau de financement sur la base des budgets suivants :

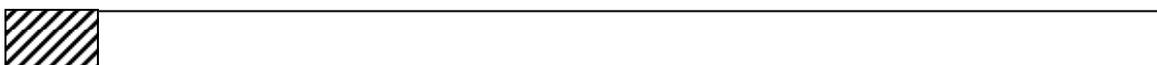
- L'Etat pour un budget 100 millions de \$ par an,
- Les bailleurs de fonds sur la base de 200 millions de \$ par an,
- Les entreprises et employeurs sur la base de 140 millions de \$ par an,
- La population sur la base d'une participation de 7,5 \$ par an par habitant soit 450 millions de \$,
- Le budget global de la santé à atteindre est de 2,4 milliards de \$ par an.

En positionnant les différents acteurs selon leur niveau de contribution au budget de la santé, nous pouvons matérialiser la proportion que ces contributions représentent actuellement par rapport au budget global à couvrir :

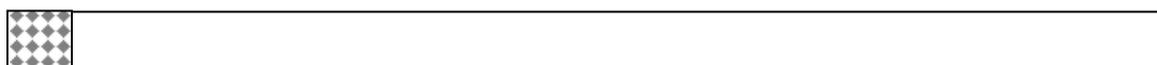
Pour l'Etat, 4,17 %



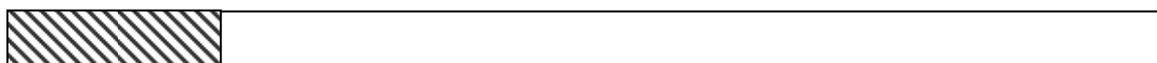
Pour les bailleurs, 8,33 %



Pour les entreprises, 5,83 %



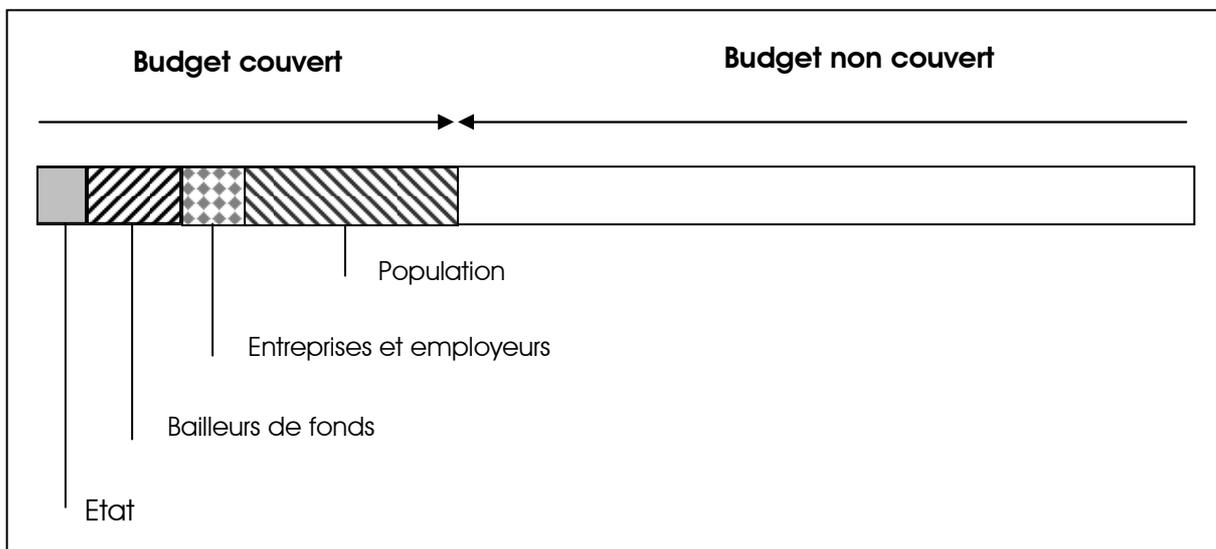
Pour la population, un minimum de 18,75 %



L'objectif à atteindre est que les différentes contributions se complètent et ne se substituent pas les unes aux autres (fongibilité des financements). De cette manière la contribution de chacun des acteurs

s'additionne aux autres et l'ensemble constitue un budget global consolidé de financement de la santé comme le montre la figure 13. Dans cette figure l'ensemble des apports représente 37 % du budget global.

Figure 14 : Le budget global de la santé couvert par l'addition des contributions de chacun des acteurs impliqués.



Pour arriver à ce résultat, il convient d'identifier tous les acteurs impliqués et de les reconnaître chacun comme une des composantes à part entière du budget national de la santé. Il s'agit d'acteurs qui peuvent être très différents les uns des autres et qui auront et devront être l'objet de mécanismes et de règles de perception et de mise en œuvre des fonds adaptés à leur caractéristiques propres. Ainsi les entreprises et les employeurs (qui contribuent pour les soins de santé de leurs salariés et de leur famille) participent au financement de la santé avec des règles de perception et de mise en œuvre de fonds qui leur seront propres. Dans ce cas des systèmes contributifs tels que des caisses d'assurance maladies adaptées à ce public spécifique (travailleurs salariés et employeurs) peuvent être envisagés.

Ces règles adaptées au financement de la santé pour cet acteur seront distinctes des modalités de mobilisation et de mise à disposition des fonds des bailleurs de fonds. Cela ne présage toutefois pas que les mécanismes de financement de la santé qui seront retenus puissent être alimentés par des acteurs différents. Par exemple, l'outil mutualiste peut mettre en œuvre les fonds prélevés par cotisation auprès de la population avec les fonds de subvention reçus de l'Etat ou des bailleurs. L'Etat peut contribuer au budget de la santé soit par financements direct du système de santé (paiement des salaires du personnel de santé par exemple) soit y contribuer par le paiement des prestations de soins de ses fonctionnaires en qualité d'employeur.

Ce dernier exemple permet de souligner que l'Etat est à la fois un bailleur de fonds institutionnel de la santé mais il est également en sa qualité d'employeur redevable d'une participation à la couverture sociale en santé de ses fonctionnaires et agents de l'Etat et de leurs familles. Il doit en conséquence avoir dans son budget, un budget de la santé (pour participer au financement du système de santé) et un budget de protection sociale en santé (pour remplir ses obligations sociales en qualité d'employeur). Ce budget de protection sociale de la santé des fonctionnaires et agents de l'Etat est conséquent et est sans doute déjà actuellement équivalent au budget de l'Etat consacré à la santé. Nous ne connaissons pas le nombre exact d'employés de l'Etat mais en estimant à 300.000 le nombre de fonctionnaires et de militaires avec une taille moyenne de famille de 6 personnes cela représente un budget de 40 \$ x 1.8 millions de bénéficiaires de la prise en charge des soins de santé soit un budget annuel de 72 millions de \$.

Comme on le voit, il y a dans le budget de la santé des financements qui relèvent de l'autorité de l'Etat et des financements qui relèvent du secteur privé. Les premiers dépendent du budget de l'Etat et peuvent évoluer en fonction des différentes priorités de celui-ci. Les systèmes alimentés par cette voie sont moins

stables que les financements du privé organisés dans des caisses d'assurance contributive dont les budgets indépendants du budget de l'Etat sont moins sensibles à l'évolution des priorités nationales. Par exemple le versement des cotisations des bénéficiaires des mutuelles est destiné à couvrir le paiement des factures de soins. Ce système est en raison de son organisation interne sous le contrôle direct des usagers. Par contre le paiement des soins de santé alimenté via un système financé par l'impôt reste toujours soumis à des aléas de financement qui dépendent des priorités budgétaires du gouvernement et de ses capacités à les couvrir. De plus les usagers n'ont pas de contrôle direct sur leur mise en œuvre.

Les différents choix fait en matière de financement de la santé ne sont pas neutres et c'est la raison pour laquelle l'élaboration d'une politique nationale de développement des mutuelles de santé, qui est elle-même un choix de philosophie de financement de la santé, doit s'inscrire dans le cadre beaucoup plus globale d'une réflexion sur l'ensemble du système de financement de la santé.

B) Financement par voie directe et financement par voie indirecte

Lorsque les différents acteurs sont identifiés et leur contributions respectives évaluées il convient d'établir la manière dont ces contributions seront mises en œuvre. Deux types de mécanismes sont à envisager : soit un financement par voie directe soit un financement par voie indirecte.

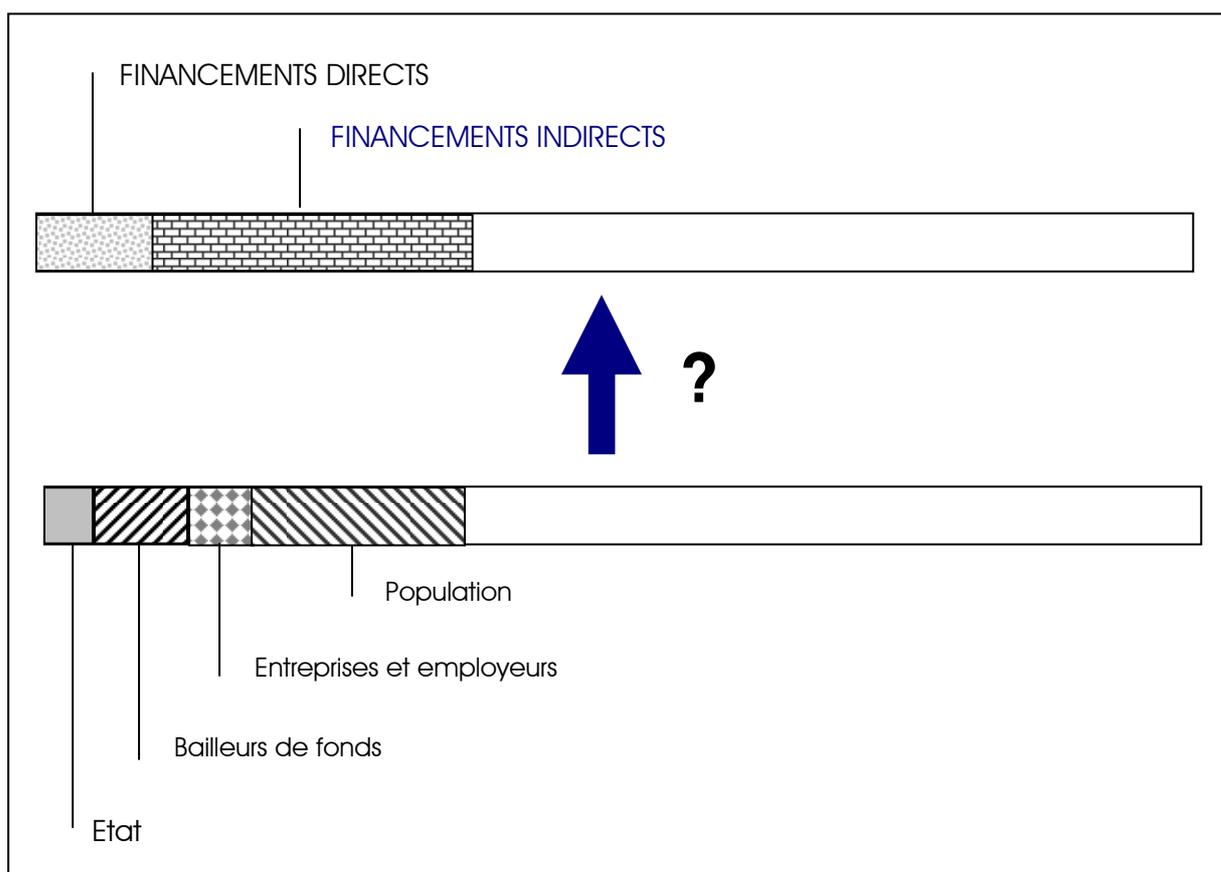
Nous entendons en termes de financement par voie directe, les financements qui entre dans le système de santé par un budget spécifique à la santé. Par exemple le paiement des salaires du personnel de santé par l'Etat, le financement d'infrastructures ou d'équipement de la santé par l'Etat ou des partenaires, mais aussi le paiement de factures de prestations de soins directement par les usagers, etc.

Par financement par voie indirecte nous entendons tous les financements de la santé qui avant d'alimenter le système de santé transite par des organismes ou des structures intermédiaires qui ne sont pas des prestataires de soins mais des organismes de prépaiement et de mutualisation des risques liés à la santé et qui ensuite consacrent ces financements au paiement de services de santé. Il s'agit notamment de tous les organismes financiers tels que des caisses d'assurance maladie ou les mutuelles de santé.

Il y a des choix stratégiques à faire et des priorités à déterminer. Les mutuelles, comme tout autre mécanisme qui s'inscrit dans le cadre du financement de la santé de santé, doivent pouvoir se référer à un cadre stratégique global.

Certains des financements de la santé concernent le budget du Ministère de la santé alors que certains des financements indirects de la santé concernent d'autres ministères comme le Ministère des affaires sociales ou le Ministère de l'emploi et du travail, etc. Le paiement des soins de santé des fonctionnaires concernent les budgets de plusieurs ministères différents.

Figure 15 : Positionnement des acteurs dans le cadre d'un financement direct ou d'un financement indirect de la santé.



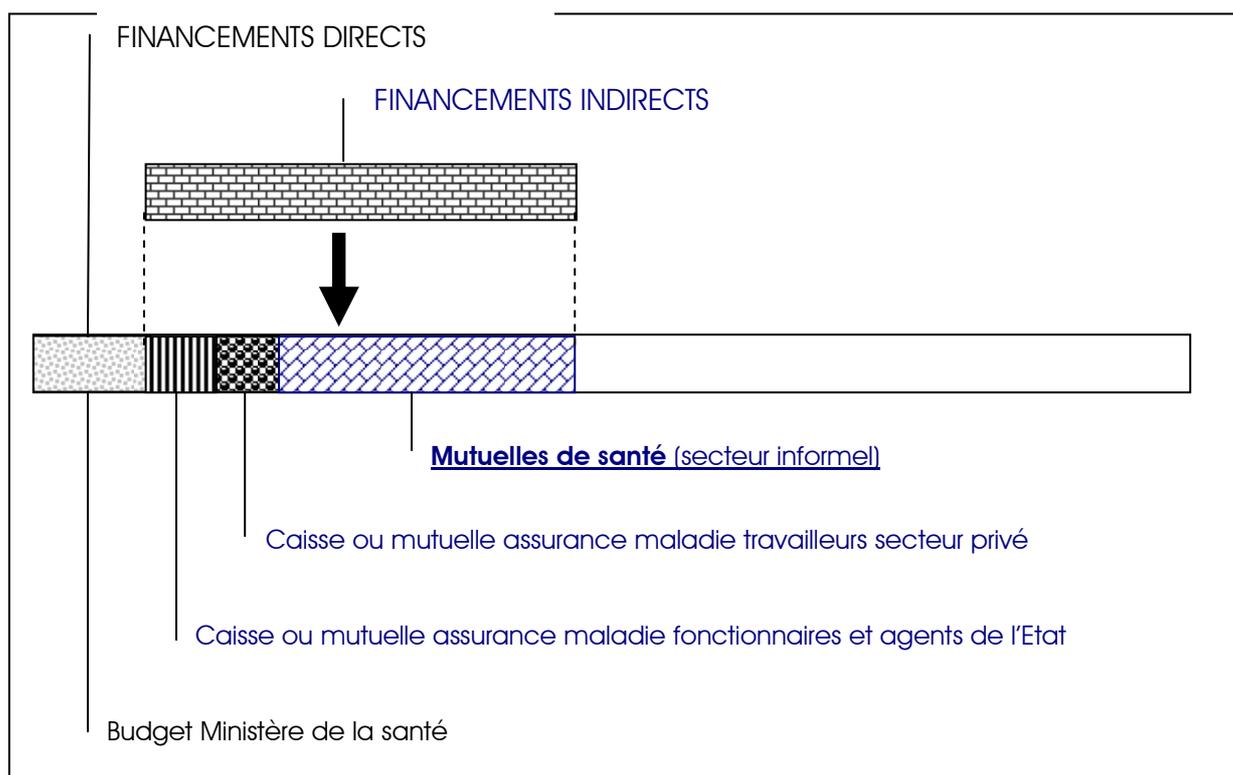
Le développement des mutuelles de santé s'inscrit dans un choix qui met en œuvre un mécanisme ou des mécanismes indirects de financement de la santé. Par exemple les mutuelles pourraient être retenues comme l'instrument de mise en œuvre d'une assurance maladie destinée plus spécifiquement aux populations du secteur informel et en milieu rural. Elles viendraient en complément d'autres caisses d'assurance maladie (caisse d'assurance maladie des travailleurs du secteur formel privé, Caisse maladie des travailleurs et agents du public, assurances privées) ainsi qu'en complément des financements direct du système de la santé.

Lorsque l'ensemble du système est dessiné chaque partenaire sait par quel canal et comment il peut contribuer au financement de la santé. L'État dispose d'un cadre national global du financement de la santé et peut orienter au mieux les différents financements mis en œuvre et mieux canaliser ceux-ci en privilégiant tels ou tels voies et instruments au gré de l'évolution des circonstances, des opportunités de financements ou de l'aide financière disponible ainsi que des performances de chacun des instruments existants.

Tous ces mécanismes de financement direct et indirect ainsi que les acteurs qui les animent doivent être identifiés et positionnés à leur juste place. Il en est de même pour les mutuelles de santé. C'est ce qu'illustre de manière simple la figure 14.

Les mutuelles de santé interviennent en qualité d'organismes d'assurance maladie dans le cadre des financements indirects du budget de la santé. Elles ne sont pas à proprement parlé des acteurs de la santé mais des acteurs de la protection sociale de la santé. Une mutuelle de santé ne soigne pas des patients mais couvre leurs risques santé. Elles sont des institutions financières et répondent dans le cadre de leur fonctionnement du respect de règles financières plutôt que d'application de normes de santé.

Figure 16 : Positionnement possible des mutuelles de santé dans le cadre des financements direct et indirect de la santé



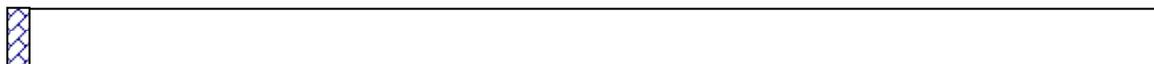
V-3) L'importance des mutuelles dans le cadre du financement de la santé

Dans le cadre du financement de la santé il est important de déterminer le type de mutuelles que l'on souhaite développer au niveau national en regard du rôle que l'on attend d'elles en matière de couverture du budget global de la santé et d'accessibilité financière du plus grand nombre aux soins de santé. C'est notamment l'ensemble des réponses apportées aux questions soulevées dans ce document en ce qui concerne le système de financement de la santé et les choix fait en matière de mutuelles de santé qui détermineront le type de mutuelles de santé qui seront développées en RDC ; les rôles et la place qu'elles occuperont en matière de financement de la santé ; les mesures d'accompagnement qui seront retenues pour favoriser leur développement ; les populations qui seront concernées ; les soins qui seront couverts et à quels prix (pour la population et pour l'Etat) ; et finalement leur contribution durable au financement de la santé et l'évolution attendue de celle-ci dans le temps.

Les réponses à ces questions aboutiront à des mutuelles mettant en œuvre une couverture des risques plus ou moins étendues et d'un montant de cotisation très variable. C'est ce que montre la figure 16 qui met en comparaison des mutuelles ayant des niveaux de cotisations différents en fonction de choix qui auront été fait au niveau national en matière de politique de développement des mutuelles de santé. Il en résultera un outil mutualiste qui aura un impact très différent dans le cadre de la couverture du budget global de la santé et une influence différente sur les autres contributions à ce budget.

Figure 17 : Positionnement des acteurs dans le cadre d'un financement direct ou d'un financement indirect de la santé.

Mutuelles de santé à cotisation 1 \$ par an et par bénéficiaire (2,5 %)



Mutuelles de santé à 12 \$ par an par bénéficiaire (30 %)



Mutuelles de santé à 30 \$ par an par bénéficiaire (75 %)



L'importance que les mutuelles prendront dans le financement de la santé déterminera également la place qu'elles occuperont dans le cadre du système de protection sociale en santé en termes d'éléments constitutifs de celui-ci : soit elles en constitueront l'un des socles principaux, soit elles ne seront qu'une des composantes marginales de ce système.

Dans la figure 16, le rectangle blanc illustre le coût complémentaire de la mise en oeuvre de l'option mutualiste. Lorsque les mutuelles de santé contribuent annuellement au financement de la santé pour 1 \$ par personne et par an, soit 2,5 % des besoins, il reste à compléter cette participation par le montant complémentaire nécessaire à l'atteinte du budget global du financement de la santé. Respectivement dans chacun des cas illustré dans la figure 16, il s'agit pour les mutuelles de 1\$ d'un coût complémentaire de 39 \$ par personne et par an ; pour les mutuelles de 12 \$ d'un coût complémentaire de 28 \$ et pour les mutuelles de 30 \$ d'un coût complémentaire de 10 \$.

Pour illustrer et compléter ces propos il convient de revenir à quelques exemples cités dans ce document. Nous utiliserons l'exemple de la mutuelle MUSECKIN de Kinshasa que nous comparerons à l'exemple de la mutuelle de Bwamanda (voir notamment page 42).

Chaque bénéficiaire de la MUSECKIN contribue au financement des soins de santé à raison de 30 \$ par an, soit 75 % des besoins globaux du financement de la santé par individu. Dans ce cas le besoin complémentaire pour assurer la couverture globale des dépenses de santé est de 10 \$ par individu ou 25 %.

Par contre, dans le cas de la mutuelle de Bwamanda, chaque bénéficiaire de la mutuelle contribue au financement de la santé pour un montant de 1 \$ par an, soit 2,5 % des besoins globaux du financement de la santé par individu. Dans ce cas le besoin complémentaire pour assurer la couverture globale des dépenses de santé est de 39 \$ par individu ou 97,5 %.

Ces deux exemples montrent clairement qu'un système de protection sociale en santé qui se base sur des mutuelles à contribution financières élevées fait le choix de placer l'outil mutualiste au centre du système de financement. Il en constitue le socle. Dans ce cas de figure et conformément à l'exemple de la MUSECKIN, la disparition du financement complémentaire ne mettra pas immédiatement en péril l'existence du financement du système de protection sociale en santé. La mutuelle continuera d'exister et les soins de santé seront encore largement couverts. Par contre, lorsque le choix est fait de se baser sur des mutuelles à faible contribution financière au système de soin, comme dans le cas de la mutuelle de Bwamanda, la disparition du financement complémentaire signifiera à la fois la disparition du système de la santé et celle des mutuelles.

Il n'y a en conséquence pas de réponses toutes indiquées aux différents questionnements soulevés dans ce document mais une préoccupation véritable de souligner l'importance qu'il y a de débattre de ceux-ci dans le cadre de l'élaboration d'une politique de développement des mutuelles de santé qui elle-même

reste l'instrument incontournable d'une mise en oeuvre efficace de l'outil mutualiste au niveau national si l'on veut que celui-ci s'intègre à sa juste place dans le cadre de la problématique du financement de la santé en vue de l'atteint à terme d'une couverture universelle des soins de santé.

En Afrique, on estime qu'une dépense moyenne comprise entre 33 et 40 \$ par habitant et par an²⁷ permet de fournir l'ensemble indispensable des services essentiels de santé de base à chaque individu y compris les soins concernant le VIH-SIDA. Pour un pays comme la RDC peuplée d'environ 60 millions d'habitants²⁸, cette référence représente un coût global en dépenses de la santé de 2,4 milliards de \$ par an. C'est un montant conséquent et actuellement très au-dessus des budgets actuellement mis en oeuvre dans le secteur de la santé par l'Etat et les partenaires au développement.

En RDC, la couverture de ces dépenses par l'Etat et les partenaires au développement représentent, ensemble et au mieux de leurs contributions, un budget compris entre 250 à 310 millions de \$ par an. Ce budget équivaut environ à 5 \$ par an et par habitant et ne représente que 12,5 % du total des besoins à couvrir à raison de 4,2 % des besoins couverts par l'Etat et de 8,3 % par les bailleurs de fonds.

Par le passé, les entreprises et les employeurs ont joué un grand rôle dans le financement de la santé. Dans les années quatre vingt leur contribution représentaient plus de trois fois le budget de l'Etat en ce domaine et pouvait atteindre plus de 150 millions de \$ par an assurant ainsi la couverture en soins de santé de 27 % de la population du pays. Cependant avec les différentes crises qui se sont succédé depuis, ces acteurs ne jouent plus un grand rôle. Néanmoins, Il convient d'en tenir compte dans les décisions futures, car la relance de l'économie et les règles de protection sociale qui seront adoptées en matière de santé pourraient lui redonner une place importante parmi les bailleurs de fonds de la santé.

Dans le contexte budgétaire actuel, le principal bailleur de fonds de la santé est la population de la RDC. Il est admis que les usagers financent 65 à 70 % de la couverture des charges actuelles du système de la santé. La détermination des dépenses en santé de la population est imprécise mais les estimations tirées des études les plus récentes permettent d'évaluer cet apport dans une fourchette comprise entre 350 millions de \$ par an jusqu'à 1,14 milliard de \$ par an, ce qui équivaut à une estimation des dépenses comprise entre 5,8 à 18 \$ par habitant et par an.

Compte tenu des ressources actuelles du pays, en voie de reconstruction économique, le budget de l'Etat ne permet pas à lui seul de couvrir l'ensemble des dépenses nécessaires dans le domaine de la santé. Il convient en conséquence d'analyser les voies et moyens qui permettront dans la durée de renforcer les investissements et le financement du système de santé de manière à combiner de manière complémentaire l'ensemble des sources de financement disponibles en vue de répondre à terme à la couverture des besoins de la population en ce domaine.

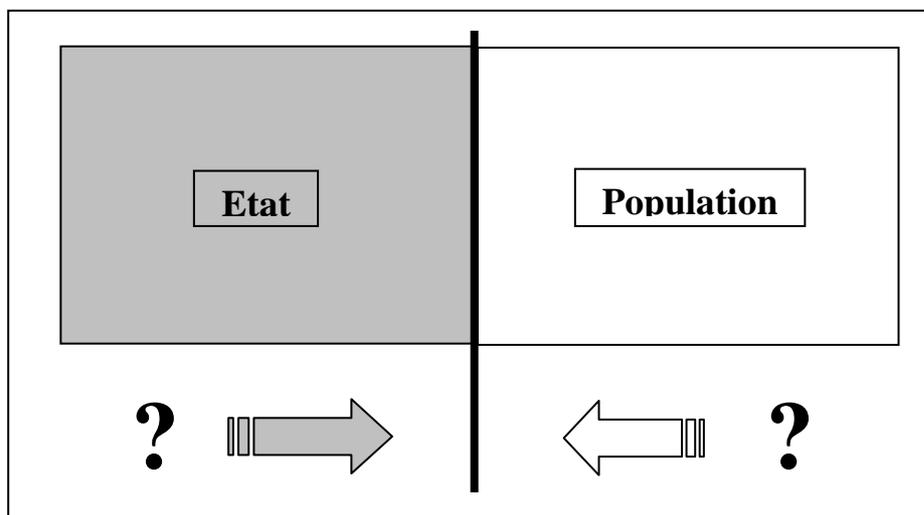
Dans ce cadre, les bailleurs de fonds et partenaires extérieurs doivent être considérés comme des partenaires indirects du financement de la santé. La raison de ce positionnement est qu'ils doivent passer par les canaux et les systèmes de financement mis en oeuvre au niveau national pour ne pas perturber les systèmes et mécanismes existants ou à venir. Il en est de même pour les employeurs et les entreprises. En conséquence cela revient à identifier l'Etat et la population comme étant les deux acteurs directs du financement de la santé. De ce fait, l'analyse menée dans ce document suggère d'utiliser le positionnement d'un curseur comme élément d'analyse de la problématique de répartition des charges du financement de la santé entre l'acteur « Etat » et l'acteur « population ».

²⁷ Stratégies africaine de la santé. Troisième session ordinaire de la conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine. Johannesburg 9-13 avril 2007 et l'OMS qui indique que le minimum nécessaire pour assurer les soins de santé de base à une population est compris entre 35 à 40 \$ par an et par habitant. OMS, « Spending on health : A global overview » Fact sheet.

²⁸ 62.660.551 hab. en 2006. (Wikipedia). La RDC est classée au 19^{ème} rang des pays du monde par classement de taille de population (populationdata.net).

En rapport avec l'estimation d'un budget global de financement de la santé de 2,4 milliards de \$ par an, il s'agit dans ce cas de faire varier la position du curseur, présenté dans la figure suivante, et d'analyser l'impact de cette variation sur la part des financements de la santé attendue de chacun des deux partenaires en présence : l'Etat en qualité de fournisseur des services de santé et la population en qualité de consommateur de ces services (voir figure 18).

Figure 18 : Comment positionner le curseur afin de déterminer les parts respectives du financement du budget de la santé ?



Le positionnement du curseur aux deux extrémités, droite et gauche, correspond d'une part au financement de la santé selon l'option du « tout à la charge de l'Etat » et d'autre part du « tout à la charge de la population ». Nous avons vu que ces deux alternatives ne peuvent fonctionner dans les conditions socio-économiques actuelles du pays car les montants requis ne peuvent être mobilisés ni au niveau du budget de l'Etat et des partenaires, ni au niveau de la population.

En conséquence, l'option la plus rationnelle dans les conditions économiques actuelles est de positionner le curseur de manière à combiner les contributions de l'Etat et de la population pour le financement de la santé. Néanmoins, cette solution ne peut dans l'immédiat satisfaire toutes les conditions nécessaires puisque le total des contributions de l'Etat (y compris celle des partenaires) et des populations ne peut actuellement couvrir l'ensemble de besoins. Toutefois, par rapport aux deux autres solutions, c'est celle qui offre la meilleure possibilité d'additionner toutes les contributions financières disponibles et mobilisables. Il convient en conséquence d'appréhender cette solution en tenant compte de son évolution dans le temps et d'envisager l'atteinte d'une couverture de l'ensemble des besoins en financement en plusieurs années en fonction de l'évolution des capacités contributives des différents acteurs en présence.

Comme cette solution implique la participation financière des populations au financement de la santé il est nécessaire d'analyser et de prendre en compte l'impact qu'a cette décision sur l'accessibilité financière des populations aux soins de santé. Dans cette optique ce sont deux intérêts antagonistes qui sont à prendre en compte. Soit l'Etat privilégiera le volume de financement à mobiliser auprès de la population et dans ce cas, il risquera de renforcer les difficultés d'accessibilités financière ; soit il privilégiera l'accessibilité financière du plus grand nombre et dans ce cas il limitera, à son encontre, le volume du financement mobilisé auprès de la population.

Dans la situation actuelle en RDC, faute de dispositif de couverture du risque maladie, la majorité des dépenses des ménages en matière de soins se fait par paiement direct. Dans ces conditions, la marge de manœuvre est très étroite et le déplacement du curseur dans le sens d'une plus grande participation de la population au financement des soins de santé aura des effets catastrophiques immédiats en termes d'accessibilité financière de la population aux soins de santé. En effet, ce modèle de paiement, imprévisible et soudain, pénalise lourdement les foyers dans leur ensemble et plus particulièrement ceux déjà fragilisés par la pauvreté lorsque l'un des membres du ménage est confronté à un grave événement de santé auquel il n'est pas préparé financièrement. De plus, ce mode de financement des soins de santé

par paiement direct accroît les inégalités existantes. Les catégories les plus pauvres consacrent aux dépenses de santé une proportion de leur revenu significativement plus importante que les catégories aux revenus plus élevés. Dans ces conditions, le coût des soins reste trop souvent dissuasif et les personnes aux revenus modestes et précaires ne se soignent plus, faute de couverture du risque maladie et de la faiblesse et de l'irrégularité de leurs revenus. En conséquence, une décision vers le « tout à charge des populations » renforcerait encore les désavantages constatés dans la situation actuelle.

Malgré ce constat, il existe des solutions permettant d'améliorer à la fois l'accessibilité financière des populations aux soins de santé tout en améliorant le volume de participation de la population dans le financement de la santé. L'un de ces moyens est de mutualiser les risques santé en développant des systèmes d'assurance maladie comme les mutuelles de santé. L'avantage de cette solution est de lever les barrières financières individuelles d'accessibilité aux soins de santé en répartissant le paiement des soins dans la durée et en communautarisant les charges des paiements entre l'ensemble des individus membres de la communauté assurée.

Les mutuelles ne couvrent, en principe, que la part du recouvrement des coûts qui est répercuté au niveau de la population. En l'occurrence, elles servent d'intermédiaires financiers entre les populations et les prestataires de soins. En qualité d'institutions financières, elles proposent des garanties de couverture des soins, organisent le recouvrement des coûts, centralisent et gèrent les paiements correspondant à la participation financière des bénéficiaires, et remboursent ou prépayent de manière globale les prestations facturées par les prestataires de soins envers la population bénéficiaire de la couverture mutualiste.

Le positionnement du curseur (figure 18), qui symbolise le pourcentage des coûts globaux facturés aux patients, est dans ce cas l'élément qui détermine la base du calcul et le montant des cotisations que les mutuelles demanderont à leurs membres de payer pour être couverts par l'assurance santé mutualiste. Plus le curseur se déplace vers la gauche, et plus le montant de la cotisation est élevé. Inversement, moins la part de la contribution demandé à la population est élevée et plus les cotisations demandées pourront être modérées.

Le développement des mutuelles doit en conséquence également s'inscrire dans le cadre de la réponse à ce dilemme qui consiste à positionner le curseur à un endroit qui abouti à des cotisations « abordables » au plus grand nombre possible de personnes tout en permettant un recouvrement des coûts le plus élevé possible. C'est en l'occurrence un choix de politique nationale en matière de protection sociale qui est étroitement lié à la politique de financement de la santé.

Lorsque le choix du volume attendu de la participation financière de la population est fait, il convient d'accompagner cette décision d'un ensemble de mesures relatives aux modalités de fonctionnement de l'assurance mutualiste en vue de stabiliser et de garantir que cette participation demandée à la population soit le plus proche possible des objectifs attendus. En ce sens, un certain nombre de mesures d'accompagnement au développement des mutuelles de santé devrait être analysée. Il s'agit notamment de la politique de tarification des soins, du contenu de la couverture des soins proposée et des modalités d'adhésion retenues. Il n'y a pas de réponse standard à ces questions mais des choix à faire en fonction du contexte et des objectifs fixés. En effet, les décisions politiques en ces matières auront une incidence sur le volume et la stabilité des financements mobilisés auprès des populations mais également sur l'accessibilité financière des cotisations demandées et en conséquence sur le volume d'adhésion aux mutuelles.

Les mutuelles de santé financent le système de santé à partir des cotisations versées par les membres mais elles peuvent également contribuer à démultiplier les financements publics dans le domaine de la santé par des apports complémentaires. En effet, toute décision de subvention du système mutualiste permet d'associer les apports en provenance des populations à d'autres financements disponibles par ailleurs. Pour l'Etat, l'intérêt est double : en subventionnant les mutuelles de santé pour la population ou pour certaines catégories de la population, il peut augmenter les taux d'adhésion mais également il rentabilise son investissement en s'assurant de cette manière un apport supplémentaire à ses disponibilités financières. A titre d'exemple une subvention de 25 % du montant des cotisations permet de démultiplier le financement de la santé par quatre en ajoutant à 100 millions de \$ de disponibilité l'apport de 300 millions de \$ des cotisants aux mutuelles.

De plus, cette alternative permet de limiter ou d'éviter tout phénomène de fongibilité du financement de la santé s'il vise plus particulièrement les catégories de population qui sans cette aide ne pourrait adhérer

ou aurait des difficultés d'adhésion aux mutuelles de santé. En effet, dans ces cas, il y a addition des financements et non pas substitution.

L'option mutualiste présente de nombreux avantages en termes de financement de la santé. Cependant cette alternative ne peut, à partir des seuls financements mobilisés auprès de la population, apporter une solution au financement global de la santé. Les mutuelles ne doivent pas constituer une solution de désengagement de l'Etat de ses responsabilités de financement de la santé car ce serait, dans ce cas, en venir à la solution du « tout à la charge de la population » qui dans les conditions actuelles n'est pas envisageable même en mutualisant les risques santé. Le choix de développer un système de mutuelles de santé permet de mobiliser un financement conséquent auprès des populations tout en solutionnant les problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé mais il implique toujours que l'Etat finance une partie des coûts de la santé. L'objectif sera que les coûts résiduels facturés aux populations permettent aux mutuelles de proposer des couvertures des soins à des prix accessibles au plus grand nombre. Le financement global de la santé sera binomial et cela impose que chaque acteur mobilise sa part de financement sous peine que la déficience de l'un n'entraîne des problèmes de financement par l'autre. Les performances des mutuelles sont en effet liées à leur capacité à accéder à des soins de qualité et dans un tel système ceux-ci ne peuvent être fournis que si l'ensemble des financements complémentaires nécessaires sont couverts.

Lorsque l'objectif national est la couverture universelle des soins de santé, il convient de retenir qu'il n'y a pas qu'une seule manière et qu'il n'existe pas non plus un modèle unique pour y parvenir. En fonction des réalités de chaque pays, il faut de nombreuses années et parfois des décennies pour y arriver. Comme dans de nombreux pays, en RDC il existe plusieurs modalités de financement de la santé contribuant plus ou moins efficacement à l'atteinte de cet objectif de couverture universelle. Celles-ci devront être mises en œuvre selon des mécanismes et des systèmes qui pourront couvrir des groupes et des sous-groupes de population distincts mais qui devront se compléter plutôt que se concurrencer.

La manière avec laquelle sont combinées les diverses fonctions de génération des ressources, de mise en commun des risques, de fourniture des soins de santé et de financement de la santé n'est pas neutre tant en ce qui concerne l'efficacité et l'équité du système de santé qu'en ce qui concerne l'efficacité et l'équité de chacun des éléments qui le constitue. Il y a soit, une combinaison harmonieuse qui renforce mutuellement chacune de ses composantes et ses impacts, ou, il y a absence d'harmonie et une incohérence et une incompatibilité entre les systèmes s'installent au détriment de la cohérence et de l'efficacité de l'ensemble.

Le développement des mutuelles de santé n'échappe pas à cette évidence et leur mise en œuvre nécessite d'une part l'élaboration et l'adoption d'une véritable politique en la matière mais en plus, celle-ci doit s'inscrire en cohérence avec les autres politiques ayant des liens directs avec le secteur de la santé et son financement. Par ailleurs, ce qui est vrai pour le système mutualiste l'est également pour chacun des autres systèmes du financement de la santé qu'ils relèvent de régimes d'assurance maladies ou de systèmes de financement direct.

Au final se sont les réponses aux différentes questions soulevées en matière de financement de la santé qui détermineront le type de mutuelles qui seront mises en œuvre au niveau national et les impacts que celles-ci auront tant sur l'accessibilité du plus grand nombre aux soins de santé que sur leur contribution au financement de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

ASRAMES. Etude socio-économique et d'accessibilité aux soins des ménages de la province du Nord-Kivu RDC. Mai 2003. 53 pp.

Banque Mondiale. Rapport N° 42167 – ZR. République Démocratique du Congo. Revue des dépenses publiques (RDP). Février 2008. 228 pp.

Banque Mondiale. « Santé et pauvreté en république Démocratique du Congo : Analyse et cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté ». Rapport analytique Santé Pauvreté. Avril 2005. 100 pp.

BERKE Carla, PULKOWSKI Jens, MARTIN Nicolas, VATERS Jürgen, WAGNER Marcus. KFW, BGR. Les ressources naturelles en République démocratique du Congo – Un potentiel de développement ? Avril 2007.

BIT. Question de protection sociale. Document de réflexion 16. La sécurité sociale pour tous : un investissement dans le développement social et économique mondial. Document de nature consultative. BIT. Département de la Sécurité Sociale. Août 2006. 53 pp.

BIT. Question de protection sociale. Document de réflexion 19 : La protection sociale de la santé. Stratégies de l'OIT pour un accès universel aux soins de la santé. Document de nature consultative. BIT. Département de la Sécurité Sociale. Août 2007. 94 pp.

BIT. Est-ce que les pays à faible revenu peuvent prendre en charge un niveau de base de sécurité sociale ? Document de Politique de sécurité Sociale. BIT. Département de la Sécurité Sociale. Document 3. 2008.

CARRIN Guy, JAMES Chris. L'assurance maladie universelle obligatoire : Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance. L'Assurance maladie en Afrique francophone. Banque Mondiale. 2006. L'Assurance maladie en Afrique francophone. Banque Mondiale. 2006. 44 pp.

CIF-Santé. « Enquête socio-économique et d'accessibilité aux soins dans la Province du Nord-Kivu. Enquête de Novib et IPS/Nord-Kivu. IPS, NOVIB, UE. Mars 2005. 66 pp.

DEP. « Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé ». Direction D'études et planification. Kinshasa. Octobre 2004. 68 pp.

DUSSAULT Gilles, FOURNIER Pierre, LETOURMY Alain. L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins de santé et lutter contre la pauvreté. Banque Mondiale. 2006. 557 pp.

ESP. « Enquête CAP-Ménage sur la situation sanitaire des zones de santé appuyées par la Banque Mondiale à travers le BCECO dans le cadre du PMURR. Rapport final. Janvier 2004. 92 pp.

GTMS RDC (*Groupe de Travail sur les Mutuelles de Santé*). « L'intégration de la couverture du risque maladie dans le cadre du renforcement du système de santé et de la problématique de son financement en RDC ». Mémo. Avril 2007.

IFC. Groupe Banque Mondiale. Investir dans la santé en Afrique. Le secteur privé : Un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations. 2008. 136 pp.

KELOTIN Dieudonné, NUNGA MATADI. « Financement de l'Etat pour la stratégie : Budget ordinaire, fonds PPTTE et appuis budgétaires ». Rapport de la revue annuelle 2005. Ministère de la Santé. Février 2006.

KUTZIN Joseph. Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs. Mémoire sur le financement de la santé. Division des systèmes de santé des Pays. OMS, Europe. 2008. 28 pp.

Ministère des Affaires étrangères/DGCDI. Belgique. Quelles approches pour le financement des systèmes de santé dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire ? Octobre 2001. 151 pp.

Ministère du plan, Ministère de la santé. « Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé ». DSRP. Octobre 2004. 64 pp.

Ministère de la santé. Direction d'Etudes et Planification. Commission Financement de la Santé. Analyse de l'exécution du budget de l'Etat alloué à la santé : 2006 – 2007. Avril 2008. (*Communication interne*).

Nations Unies. Millenium project. Rapport Investir dans le développement : plan pratique de réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. www.unmillenniumproject.org/reports/fullreport_french.htm.

NOIRHOMME Mathieu, THOME Jean-Marc. Les fonds d'équité, une stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres en Afrique ? L'Assurance maladie en Afrique francophone. Banque Mondiale. 2006. L'Assurance maladie en Afrique francophone. Banque Mondiale. 2006.

PLAZZA Christine. Etude socio-économique dans les zones d'intervention d'Action Contre la Faim, Territoires de Fizi et Uvira, Sud Kivu, République Démocratique du Congo. Action Contre la Faim. Décembre 2006-mars 2007. 87 pp.

POURSAT Christine. Quelles articulations entre politique de santé et microassurance ? Réflexion à partir d'un exemple cambodgien. CGAP. BIM N° 20. Juillet 2004. 5 pp.

Soeters R, Kubi K, Kankonde N. « Rapport de l'enquête ménage faite dans la Zone de santé de Ndesha, Katoga et Tshikula » RDC, CORDAID / BDOM Kananga. Juin 2004.

Union Africaine. « Stratégies africaine de la santé ». Troisième session ordinaire de la conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine. Johannesburg 9-13 avril 2007. 26 pp.

VAN DAELE Diana (GTZ). Rapport Analyse des coûts des services de santé et leurs accessibilités financière dans la zone de santé de Kengue en Province de Bandundu. Programme National des Comptes Nationaux de la Santé (PNCNS). Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé (PNPMS). GTZ. BIT/STEP. 2008. (en cours de rédaction).