

ÉTUDE

FAISABILITÉ DE L'ASSURANCE MALADIE AU NORD-KIVU

2021

Éric Tchouaket
Équipe AT ULB-Coopération



PADISS²

projet financé par l'Union européenne



Hôpital
Érasme



Belgique

partenaire du développement



Table des matières

Table des matières	ii
Liste des Tableaux	v
Liste des figures	vi
I- Contexte et justification	1
II- Objectifs du mandat de consultation.....	2
III- Articulation des missions de consultation	2
IV- Cadre théorique du mandat de consultation	3
IV-1 Le processus de Prélèvement dans un système d'assurance maladie	4
IV-2 Le processus de Stockage dans un système d'assurance maladie	5
IV-3 Le processus d'Allocation dans un système d'assurance maladie	5
IV-4 Le processus de Paiement dans un système d'assurance maladie	5
V- Les questions à répondre par le mandat de consultation	5
VI- Résultats attendus et livrables	6
VII- Méthodologie utilisée.....	7
VII-1 Phase d'analyse documentaire	7
VII-2 Phase de collecte de données	7
VII-2-1 La collecte de données dans la province du Nord-Kivu	8
VII-2-2 La collecte de données à Kinshasa.....	8
VII-3 Phase d'analyse des données	9
VIII- Résultats consolidés des deux missions.....	10
VIII-1 Lecture des lois en lien avec l'assurance maladie universelle	10
VIII-1-1 Loi nationale déterminant les principaux fondamentaux relatifs à la mutualité	10
VIII-1-1-1 Description de la loi nationale	10
VIII-1-1-2 Constats et questionnements sur la loi nationale et sa mise en œuvre	11
VIII-1-2 Loi fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique	11
VIII-1-2-1 Description sommaire de la loi cadre de l'organisation de la santé publique en lien avec l'assurance maladie.....	11
VIII-1-2-2 Constats et questionnements au sujet de la mise en œuvre de la loi cadre de la santé publique	13
VIII-1-3 L'édit provincial pour la promotion des mutuelles de santé au Nord-Kivu : résumé, avantages, et questionnements	13
VIII-1-3-1 Résumé de l'édit provincial pour la promotion de la santé primaire par les mutuelles de santé au Nord-Kivu	13
VIII-1-3-2 Constats et questionnements sur la mise en œuvre de l'édit provincial pour la promotion de la santé primaire par les mutuelles de santé au Nord-Kivu	13
VIII-2 Les principaux constats émergents des entretiens.....	14



VIII-2-1 Méconnaissance de la loi nationale et de l'édit provincial	14
VIII-2-2 Faible taux de pénétration des mutuelles de santé existante	15
<i>VIII-2-2-1 Faible culture mutualiste pour la santé au sein de la population</i>	15
<i>VIII-2-2-2 Volontariat comme mode d'adhésion</i>	15
<i>VIII-2-2-3 Faible capacité contributive des personnes</i>	15
<i>VIII-2-2-4 Mauvaise qualité de l'offre de soins</i>	16
<i>VIII-2-2-5 Manque de confiance dans la gestion des fonds et la gestion des problèmes assurantiels</i>	17
VIII-2-3 Sources potentielles existantes de financement pour une assurance maladie	17
<i>VIII-2-3-1 Les cotisations obligatoires</i>	17
<i>VIII-2-3-2 Les fonds des gouvernements nationaux et provincial</i>	17
<i>VIII-2-3-3 Financements innovants et obligations indirects</i>	18
<i>VIII-2-3-4 Dons, prêts et legs des bailleurs de fonds internationaux</i>	19
VIII-2-4 Modalités de gestion d'un système d'assurance maladie	19
VIII-2-5 Accréditation et assurance qualité des institutions de santé	19
VIII-2-6 Mode de tarification des soins	19
VIII-3 Des propositions pour la mise en œuvre opérationnelle de loi nationale et l'édit provincial : Architecture d'une régie d'assurance maladie	20
VIII-3-1 Propositions au niveau du prélèvement et de la collecte des fonds	20
<i>VIII-3-1-1 Détermination du montant global des soins à assurer et des tarifs de cotisation</i>	20
<i>VIII-3-1-2 Vulgarisation et sensibilisation de la population</i>	20
<i>VIII-3-1-3 Accompagnement des initiatives mutualistes</i>	21
<i>VIII-3-1-4 Mettre en place des mécanismes d'obligations indirectes</i>	22
<i>VIII-3-1-5 Discuter au sujet des financements innovants</i>	22
VIII-3-2 Propositions au niveau du stockage ou de la mise en commun des fonds	22
<i>VIII-3-2-1 Caractéristiques d'un organisme d'assurance maladie provincial</i>	23
<i>VIII-3-2-2 Les organes de gestion d'un organisme d'assurance maladie</i>	23
<i>VIII-3-2-3 Le directeur gestionnaire d'un organisme d'assurance maladie</i>	23
<i>VIII-3-2-4 Contrôle d'un organisme d'assurance maladie</i>	24
VIII-3-3 Propositions au niveau de l'allocation des fonds collectés et stockés	24
VIII-3-4 Propositions au niveau du paiement	25
VIII-3-5 Architecture d'une Régie provinciale d'assurance maladie	26
<i>VIII-3-5-1 La Branche du secteur formel de la Régie provinciale d'assurance Maladie</i>	27
<i>VIII-3-5-2 Branche du secteur non contributif de la régie provinciale d'assurance maladie</i>	31
<i>VIII-3-5-3 Branche du secteur informel de la régie provinciale d'assurance maladie</i>	32
VIII-4 La Régie d'Assurance Maladie de la province du Nord-Kivu : Une analyse actuarielle des coûts totaux de sa mise en œuvre	33



VIII-4-1 Coût directs des soins à couvrir pour la régie provinciale d'assurance maladie du Nord Kivu.....	33
VIII-4-2 Montant à combler selon la capacité à payer des ménages et de la population du Nord-Kivu.....	33
IX- Conclusion	35
Références bibliographiques.....	37
Tableaux.....	40



Liste des Tableaux

Tableau 1 : Liste des documents consultés	40
Tableau 2 : Rôles et contributions pour la mise en œuvre des acteurs	42
Tableau 3 : Personnes interviewées, dates et durées dans la province du Nord-Kivu du 8 au 18 octobre 2018	44
Tableau 4 : Personnes interviewées, dates et durées à Kinshasa du 25 février au 9 mars 2019	46
Tableau 5 : Constats et questionnements sur la loi nationale et sa mise en œuvre	48
Tableau 6 : Constats et questionnements sur la loi l'organisation de la santé publique	49
Tableau 7 : Sources potentielles de financement d'une AMO d'après les acteurs	50
Tableau 8 : Caractéristiques d'un organisme d'assurance maladie selon les acteurs	52
Tableau 9 : Capacité à payer des ménages et montant total à combler pour couvrir les coûts directs et indirects des prestations de soins.	54



Liste des figures

Figure 1. Cadre théorique d'analyse des flux et fonctions principales du financement des soins	4
Figure 2 : Loi nationale déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité en RDC.....	12
Figure 3 : L'édit provincial pour la promotion de la santé primaire par les mutuelles de santé au Nord-Kivu	14
Figure 4 : Architecture simplifiée d'une Régie Provinciale d'assurance Maladie	27
Figure 5 : Division DAMAPU de la Régie provinciale d'assurance maladie.....	28
Figure 6 : Division DAMAPRI de la Régie provinciale d'assurance maladie.....	29
Figure 7 : Division DAMEPS de la Régie provinciale d'assurance maladie	30
Figure 8 : Division DAMETUS de la Régie provinciale d'assurance maladie	30
Figure 9 : Division DAMVU de la Régie provinciale d'assurance maladie	31
Figure 10 : Division DAMSINF de la Régie provinciale d'assurance maladie	32



I- Contexte et justification

La province du Nord-Kivu qui compte environ 8,9 habitants est l'une des provinces de la République Démocratique du Congo (RDC) avec un niveau de pauvreté très élevé. En effet, selon les données de l'enquête démographique et de santé (EDS) de la RDC 2014, plus de 50% de la population ont un indice de bien-être économique se situant parmi les quintiles le plus bas^{1,2}. Selon les mêmes données, et 31,1% de femmes de 15-49 ans et 14% des hommes de la même tranche d'âge n'avaient pas travaillé au cours des 12 derniers mois. La plupart des personnes de cette province travaillent à leur propre compte dans le secteur agricole (56,9% des hommes et 63,4% des femmes). Le deuxième secteur d'activité est la vente et les services qui occupent 18,3% des hommes et 27,9% des femmes de la même tranche d'âge. Par ailleurs, d'après les données du PNUD en 2009, plus de 89% de la population active de cette province travaillent dans le secteur informel. Le secteur organisé n'emploie que 5% pour l'administration publique, 1,4% pour le secteur parapublic, et 1,2% pour le secteur privé formel. Seulement 6,8% des femmes et 22% des hommes de cette province sont des salariés. Le revenu mensuel moyen des ménages est d'environ de 17\$. Le revenu le plus faible se retrouve chez les travailleurs du secteur agricole (14\$ par mois), les travailleurs du secteur parapublic (20\$ par mois), les fonctionnaires de l'administration publiques (23\$ par mois), les associations (25\$ par mois), le secteur informel non agricole (25\$ par mois) et dans le secteur privé formel (37\$ par mois).

Bien que plusieurs progrès aient été faits ces dernières années, la situation sanitaire de la province du Nord-Kivu en RDC n'est pas tout à fait reluisante. En effet, selon les chiffres de l'annuaire statistique de la RDC 2014, le taux de mortalité infanto-juvénile est de 65 pour mille, le taux de mortalité infantile est de 41 pour mille, seulement 70,6% des enfants de 12 à 23 mois ont une couverture vaccinale complète, et près de 59% des enfants de moins de cinq ans ont un retard de croissance à cause de la malnutrition³. Ces constats confirment la précarité économique et sanitaire de la population de la province du Nord-Kivu. Plus encore, **plus de 97% des hommes et plus de 93% des femmes âgés de 15 à 49 ans n'avaient aucune assurance médicale** selon l'EDS-RDC 2014. Aussi, près de 63,2% de la population n'avait pas utilisé les services de santé à cause d'un problème d'argent, et 28,8% pour cause de distance. Cette situation de pauvreté cause donc un problème d'accessibilité financière qui est sans nul doute le principal problème d'accès aux soins de santé dans cette province.

Afin de faire face au problème d'accessibilité financière des populations, les gouvernements des pays continuent de réfléchir en permanence sur le système de financement de la santé le plus adéquat pour améliorer le problème d'accessibilité financière des populations aux soins de santé. Plusieurs modes de financement de santé sont actuellement développés en RDC : tarification forfaitaire subsidiée ; les Fonds d'achat de services ; le financement basé sur les performances ; les mutuelles de santé ; le paiement direct ; etc. Cependant, le paiement direct des soins de santé demeure toujours le mode de financement le plus prédominant. Il a pour conséquence de rendre commercialisables les soins dans les formations sanitaires au but non lucratif. Plus encore, **il est contraire aux principes de couverture de santé universelle (CSU) prônés par l'OMS⁴ car elle entraîne une exclusion des usagers des services de santé qui sont en général pauvres ou indigents, et qui travaillent à 70-80% dans le secteur informel⁵.**

Les mutuelles de santé constituent une alternative au paiement direct. Ils représentent des regroupements de personnes physiques ou morales, individuelles ou collectives, de façon privée et communautaire, à but non lucratif, au moyen des cotisations dans l'intérêt de celles-ci ou des personnes à leur charge, dans un but de prévoyance, de mutualisation des risques, de solidarité et d'entraide⁶. Dans l'ensemble du territoire de la RDC, et plus particulièrement dans la province du Nord-Kivu en RDC, le taux de pénétration aux mutuelles demeure encore très faible avec 0,52% de couverture (voir TDR).

Malgré que ce mode de financement qui s'articule autour d'une adhésion volontaire montre des limites, et n'a apporté de résultats escomptés en matière de l'élargissement de la couverture médicale et la couverture santé universelle, le parlement de la RDC a décidé en février 2017 de s'engager dans la voie des mutuelles de santé. Il a ainsi promulgué une loi nationale sur l'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires de l'État et les travailleurs du secteur formel, et une assurance maladie d'adhésion volontaire aux mutuelles de santé pour les personnes du secteur informel. La province du Nord Kivu a emboîté le pas en ordonnant un édit provincial en juillet 2018 pour la promotion des soins de santé primaires par les mutuelles de santé en province du Nord-Kivu. Cet édit impose un système d'assurance obligatoire pour les travailleurs du secteur formel, et une adhésion volontaire pour le reste de la population (80-90%). L'implantation de la loi nationale et de l'édit provincial paraît comme une



alternative pour se rapprocher de la CSU, assurer une réelle protection sociale et améliorer ainsi l'accès de tous aux soins de santé dans la province du Kivu.

Il semble donc opportun de se questionner sur leur **opérationnalisation tant au niveau de la structuration de la caisse d'assurance maladie qui sera mise en place, qu'au niveau du renforcement, du réseautage, et de la gestion des fonds des mutuelles de santé** afin d'assurer le paiement des soins de tous les membres adhérents. Une analyse de la faisabilité de l'opérationnalisation de la loi nationale et l'édit provincial est indispensable afin de répondre aux divers questionnements suivants :

- i- Est-ce que la loi nationale déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité en RDC traduit une avancée vers la couverture sanitaire universelle en RDC ? N'est-elle pas le socle sur lequel toutes les provinces doivent s'appuyer pour bâtir un système d'assurance maladie pour leur population ?
- ii- Est-ce que la loi nationale sur la mutualité couplée à la loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique⁷ n'ouvre pas la porte au développement d'un système d'assurance maladie universelle en RDC ?
- iii- Quelles sont les raisons pour lesquelles les mutuelles de santé actuelles ont un taux d'adhésion très faible, et pourquoi ne perdurent-elles pas dans le temps ?
- iv- Est-ce que l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé au Nord-Kivu découlant de la loi nationale présente une opportunité intéressante pour pallier la problématique de l'accessibilité financière aux soins dans l'ensemble de la province du Nord Kivu ?
- v- Comment pourrait-on renforcer les mutuelles de santé existantes au Nord-Kivu ?
- vi- Quel système d'assurance maladie ? pour quelle population ? pour quel type de soins et services de santé dans la province du Nord-Kivu ?

Les réponses à ces questions permettraient de repenser le financement de la santé et offrir un mode qui implique une adhésion massive obligatoire ou volontaire de toute la population (travailleurs du secteur public, secteur privé, secteur informel, étudiants, élèves, personnes vulnérables, etc.) et d'assurer ainsi une couverture universelle de la population. D'où la réflexion qui entoure ce mandat d'étude de faisabilité de la mise en place d'un système solidaire de prépaiement des soins dans le contexte du Nord-Kivu.

Le mandat d'étude de faisabilité sur l'opérationnalisation de la loi nationale et l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé au Nord Kivu en République Démocratique du Congo (RDC) s'inscrit dans une volonté du Ministère provincial de la santé du Nord Kivu d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins à l'ensemble de la population de sa province. Il découle du projet FED/2016/382-015 intitulé « *projet d'appui au développement intégré du système de santé du Nord Kivu* » (**PADISS**) financé par l'Union Européenne (UE) via la subvention COFED et mise en œuvre par ULB-Coopération. Le but de ce mandat est d'alimenter le septième résultat attendu par le PADISS qui prévoit la mise en place d'un système d'assurance maladie, adapté au contexte, dans la province du Nord Kivu

II- Objectifs du mandat de consultation

Les objectifs préconisés dans ce mandat de consultation sont les suivants dans les TDR :

Objectif 1 : Mener une étude de faisabilité de la mise en place d'un système solidaire de prépaiement des soins dans le contexte du Nord-Kivu, en lien avec la loi nationale et l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé ;

Objectif 2 : Formuler des stratégies basées sur une base factuelle, en rapport avec les mesures d'application de la loi nationale et de l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé ;

Objectif 3 : Établir un plan opérationnel de la mise en place du système d'assurance maladie dans le contexte du Nord Kivu.

III- Articulation des missions de consultation

Afin d'atteindre les objectifs visés et surtout répondre à l'ensemble des questionnements mentionnés précédemment, il a été initialement prévu d'exécuter ce mandat à travers **trois missions de terrain.**



Chacune des missions a pour but de fournir des éléments de réponses aux questions et permet de disposer d'informations pertinentes, solides et spécifiques pour le Ministère provincial de la santé du Nord-Kivu assorties de recommandations pour une meilleure prise de décision en matière de financement de la santé dans la province du Nord-Kivu en RDC.

La **première mission 1** qui s'est déroulée du 8 au 18 octobre 2018 au niveau provincial et périphérique à Goma avait pour but d'explorer et surtout de faire une première proposition d'un cadre de mise en œuvre de l'édit provincial pour l'assurance maladie dans la province du Nord-Kivu.

La **deuxième mission 2** qui s'est effectuée du 25 février au 9 mars 2019 au niveau central à Kinshasa. Elle a permis de : (i) discuter de l'approche de mise en œuvre construite lors de la première mission ; (ii) explorer les différentes sources de financement existant au niveau national pouvant financer une assurance maladie universelle ; (iii) analyser l'acceptabilité et la faisabilité des propositions identifiées par les acteurs du niveau provinciale ; (iv) construire un corpus de propositions et stratégies acceptables en vue de bâtir une feuille de route pour l'implantation d'un système d'assurance maladie du Nord-Kivu en respectant les normes et directives du niveau central

La **troisième mission 3** qui devait se dérouler en juillet 2019 à Goma a été finalement annulée à cause du contexte de santé de la province du Nord-Kivu et des nouvelles priorités du ministère de la santé en place (dixit email Dr Jean Bosco Kahindo au consultant Pr Eric Tchouaket du 10 juin 2019). Cette mission devait permettre d'effectuer une consolidation des résultats issus des deux premières missions à travers **une proposition d'un plan détaillé d'opérationnalisation de la mise en œuvre de l'édit provincial**. Elle allait se tenir sous forme d'ateliers délibératifs participatifs avec la participation des groupes d'acteurs du niveau national, provincial et du niveau périphérique. Les leçons apprises et recommandations émergentes devaient être discutées et raffinées pour définir ensemble une feuille de route d'implantation d'un système d'assurance maladie dans la province du Nord-Kivu

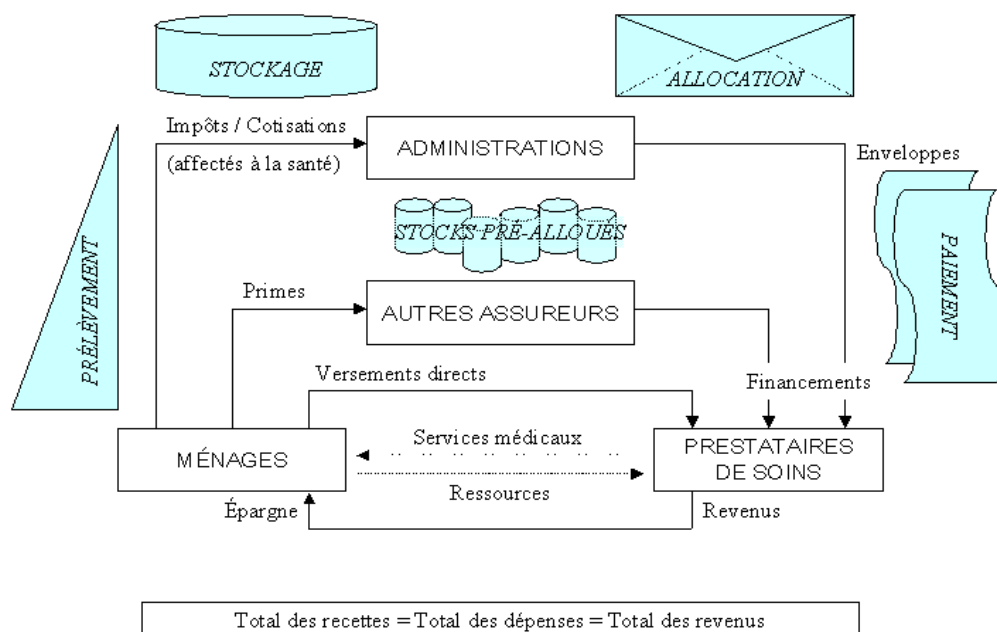
IV- Cadre théorique du mandat de consultation

Ce mandat de consultation s'appuie sur une démarche théorique d'analyse et d'implantation d'un système de financement de la santé dans une province donnée (Nord Kivu). La compréhension du mandat passe donc par bien définir le concept complexe et multidimensionnel du financement de la santé. Selon l'OMS, le financement de santé représente l'ensemble des moyens mis en place pour financer le système de soins. Avec la gouvernance, la création des ressources (investissement, ressources financières et humaines), l'approvisionnement en services personnels et non personnels dans le but de responsabiliser les acteurs de santé, le financement de la santé est l'une des quatre fonctions essentielles du système de santé⁸⁻¹⁰. Décrivant le cycle de circulation de l'argent dans un système de soins, **le financement des soins de santé** représente l'ensemble des processus par lesquels l'argent nécessaire à la fourniture des biens et soins de santé est **prélevé et réparti**. Autrement dit, il désigne « **un ensemble de tuyauteries et de bassins, de capacités plus ou moins importantes, à travers lesquels l'argent circule pour que l'offre de services réponde aux besoins** »^{8,11}. En effet, il a pour objectifs de mettre des fonds à disposition, de garantir le choix et l'achat d'interventions rentables, d'accorder des incitations financières appropriées aux prestataires, et d'assurer l'accès de tous les individus aux services de santé efficaces. Le financement des soins est donc un facteur crucial qui détermine l'état de santé et le bien-être de la population. Toutes les politiques de financement doivent porter sur les moyens de mobiliser équitablement, suffisamment les ressources en faveur de la santé.

Quatre fonctions essentielles décrivent le processus de circulation de l'argent dans le système de soins : **le processus de prélèvement des ressources, le stockage des ressources collectées, l'allocation des ressources collectées et stockées, et enfin le paiement des professionnels et des établissements à l'aide des ressources collectées, stockées et allouées**. La figure 1 illustre le flux et les fonctions principales du système de financement des soins.



Figure 1. Cadre théorique d'analyse des flux et fonctions principales du financement des soins



Source : Lamarche et al. (2008) et Tchouaket (2011) inspiré d'Evans R.G (2000, 2002)

L'équation en dessous de la figure, appelée communément *équation d'Evans*, permet d'analyser l'équilibre sans cesse recherché entre les recettes, les dépenses et les revenus dans la politique de financement des soins. Les recettes ($T+R+C$) représentent les impôts et taxes (T), les cotisations privées (R) et le paiement direct (C). Les dépenses ($P \times Q$) font référence au produit entre les prix (P) et les quantités des services fournis (Q). Enfin, les revenus ($W \times Z$) désignent le produit du taux de salaire (W) par le nombre de prestataires (Z). La question qui découle de cette équation est la suivante : Quelle quantité de recettes doit-on collecter et stocker afin non seulement de produire de façon efficiente des biens et services prioritaires de santé (dépenses), mais aussi assurer une rétribution adéquate des prestataires de santé (revenus) ? Cette question évoque ainsi le rôle important à jouer par les différentes fonctions dans le processus de financement.

Le cadre théorique, décrit à travers les quatre fonctions du financement de la santé (prélèvement, stockage, allocation et paiement), permet ainsi d'analyser l'organisation et la dynamique du financement des soins à travers la mise en place d'un système d'assurance maladie.

IV-1 Le processus de Prélèvement dans un système d'assurance maladie

Le prélèvement consiste en la collecte de l'argent pour payer les coûts des soins. Il sert à approvisionner les systèmes en ressources financières et détermine aussi le degré auquel les risques financiers liés à la maladie peuvent être collectivisés. La collecte des ressources effectuée auprès des principaux payeurs (ménages, entreprises, extérieur) du système de soins se fait principalement de trois façons : (1) soit par les **prélèvements obligatoires** : impôts et taxes, et déduction sur le salaire des travailleurs pour constituer l'assurance sociale ; (2) soit par les **prélèvements volontaires** : contributions directes des ménages via les paiements directs, les cotisations pour souscrire à une assurance privée, et les cotisations à souscrire pour l'adhésion communautaire à une mutuelle de santé ; (3) soit par **des dons ou des prêts** provenant des sources externes. Pour comprendre cette fonction, les questions indispensables à poser sont les suivantes : Qui paye ? Sous quelle forme ? Sur quelle base et de quelle façon (obligations directes et indirectes éventuellement) ? Combien paye-t-il ? Quelles sont les stratégies de sensibilisation, d'adhésion (individuel ou collectif), d'accroissement des fonds collectés par les contributeurs potentiels (travailleurs du public, privé, informel, mutuelles, etc.) pour l'assurance maladie ? quelles sont les sources de financement de chaque contributeur ? Quels sont les montants adéquats des contributions ; Quelles sont les sources de financement innovants pour accroître les fonds collectés ?



IV-2 Le processus de Stockage dans un système d'assurance maladie

Le stockage est la mise en commun des fonds prélevés. Il représente le processus par lequel l'argent prélevé est agrégé et réservé pour une utilisation collective ultérieure. Il peut aussi être vu comme une accumulation de recettes prépayées pour faire face au risque de maladies futures en faveur des populations. Par ailleurs, une fois prélevé, les fonds doivent être stockés dans une **caisse** : i) Laquelle ? À quel niveau se situera la caisse : au niveau provincial ou communal, au niveau des associations ou des associations des malades ? Au niveau ministériel ou bien dans une caisse particulière ? Au niveau de la caisse de prévoyance sociale comme les retraites ? Au niveau des mutuelles de santé ? ii) Quelle est le mode de gestion de la caisse : gestion parapublique ? Privé ? Publique ? iii) Quelles sont les ressources humaines, matérielles, financières et d'investissement de la caisse ? iv) Comment s'assurer que les fonds prélevés seront bien gérés, sans malversation et détournement ; le système d'audits ? v) comment le système de gestion de la caisse pourrait-elle éjecter par elle-même un gestionnaire défaillant et incompétent ?

IV-3 Le processus d'Allocation dans un système d'assurance maladie

L'allocation est le processus par lequel l'argent collecté et stocké est réparti pour couvrir les besoins sanitaires des populations. Elle guide la conversion de l'argent en interventions de santé et ce faisant, détermine le degré de décentralisation (versus centralisation) des systèmes de soins. Il s'agit donc d'un processus de planification des ressources qui poursuit les objectifs d'équité et d'efficacité et qui se fait en fonction des besoins en santé des populations. La compréhension du processus d'allocation passe par la réponse aux questions suivantes : i) personnes pouvant bénéficier des fonds stockés (ensemble de la population ou sous-groupes de populations (femmes, enfants, famille, indigents, hommes, fonctionnaires, travailleurs du secteur formel non étatique, travailleur du secteur informel) : Universalité ; (ii) quels sont les biens et services couverts par la caisse (ensemble ou une partie : Globalité) ; (iii) Quelles sont les structures sanitaires et les pharmacies avec lesquelles la caisse pourrait contractualiser : Processus d'accréditation ?

IV-4 Le processus de Paiement dans un système d'assurance maladie

Le paiement est le mécanisme par lequel les prestataires de soins sont rétribués pour la fourniture des services. Il regroupe la « rémunération des professionnels » et la « rétribution des établissements ». Le paiement des prestataires de soins peut affecter les coûts, la qualité des soins et contribuer à l'utilisation optimale des ressources. De plus, les modes de paiement jouent un rôle crucial dans le fonctionnement des systèmes de soins. Comprendre cette fonction nécessite de bien connaître les différents modes de paiement des prestataires de soins de santé ainsi que la proportion des soins et prestations de services de santé à couvrir. Les questions de ce processus de financement de santé sont rattachées au montant, à la proportion de contribution à l'assurance maladie. Elles concernent aussi les professionnels de santé ainsi que les modes de rétributions des types d'établissements de santé à payer par la caisse d'assurance maladie. Les questions suivantes permettent de comprendre cette fonction : i) Comment les comptes sont-ils rétribués ? ii) comment et à quelle fréquence se fait le paiement des factures ; iii) Quelles sont les modalités de vérification des factures et des adhésions des membres ? ; (iv) l'informatisation des cartes est-elle nécessaire pour contrôler les fraudes ?

V- Les questions à répondre par le mandat de consultation

Les objectifs du présent mandat de consultation spécifiés dans la section III s'inscrivent dans le cadre théorique présenté dans la section IV. De là découlent plusieurs questions dont les réponses seront fournies durant les missions de terrain. Ces questions peuvent être subdivisées selon les trois objectifs :

Questions relatives à l'objectif 1 : Un système solidaire de prépaiement des soins dans le contexte du Nord-Kivu, en lien avec la loi nationale et l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé **est-il une opportunité intéressante (viable)** pour pallier à la problématique de l'accessibilité financière aux soins dans l'ensemble de la province du Nord Kivu ?

Questions relatives à l'objectif 2 : Comment pourrait-on renforcer les mutuelles de santé existantes au Nord-Kivu afin d'atteindre l'universalité de la couverture assurantiel santé alors que l'adhésion de plus de 90% des personnes serait volontaire ?

Questions relatives à l'objectif 3 : Quel système d'assurance maladie dans la province du Nord-Kivu : pour qui (quelles populations) ? pour quoi (type de soins et services de santé) ? Comment (sources



potentielles de financement ; gestion et sécurisation des fonds) ? Comment l'implanter dans le contexte du Nord Kivu (cadre juridique, fiscal, légal ; rôles de acteurs concernés, etc.).

VI- Résultats attendus et livrables

Pour l'objectif 1 : Analyse d'opportunité de la mise en place d'un système solidaire de prépaiement des soins dans le contexte du Nord-Kivu, en lien avec la loi nationale et l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé.

Le principal résultat attendu pour l'objectif 1 est d'identifier les avantages et les inconvénients de mettre en place un système de prépaiement des soins au Nord Kivu en lien avec les articulations de la loi nationale et de l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé. À cet effet, il sera question de :

- (i) Réaliser une analyse stratégique de la pertinence de la loi nationale et de l'édit provincial autrement dit, déterminer l'adéquation ou la cohérence entre les objectifs et le problème à résoudre d'une part, et la cohérence entre les objectifs et les modalités (légal, techniques, institutionnelles, technologiques, juridiques, fiscales, etc.) de mise en œuvre d'autre part ;
- (ii) S'assurer de la disponibilité des ressources humaines et techniques, financières, matérielles, immobilières et infrastructurelles, technologiques pour la mise en œuvre d'un système de prépaiement au Nord Kivu en RDC ;
- (iii) Dresser une liste des divers acteurs directement ou indirectement concernés au niveau national et provincial (autorités nationales et provinciales, ONGs, les bailleurs de fonds, organisations des nations unies, les représentants des mutuelles de santé, les directions des hôpitaux et des centres de santé, les associations des patients, les personnes de la société civile, etc.) susceptibles de soutenir la mise en œuvre de la loi nationale et l'édit provincial en matière d'assurance maladie et de mutuelles de santé. Pour chacun de acteurs, spécifier clairement leurs rôles dans l'opérationnalisation de la loi nationale et de l'édit provincial dans la province du Nord Kivu ;
- (iv) Dresser le profil démographique de la clientèle (femmes, enfants, hommes, indigents, etc.) en spécifiant clairement leurs modalités d'adhésion à un système de prépaiement de soins, ainsi que les possibilités de levée de fonds pour leur contribution à une caisse d'assurance maladie ;
- (v) Identifier les contraintes législatives, juridiques et fiscales liées à la mise en place de la loi nationale et l'édit provincial ;

Pour l'objectif 2 : Analyse d'implantation des mutuelles de santé dans la province du Nord Kivu, en lien avec la loi nationale et l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé

Le principal résultat attendu dans cet objectif est l'identification des facteurs facilitant et contraignant de la mise en place des mutuelles de santé au Nord Kivu. Cette analyse permettra de comprendre le faible niveau du taux de pénétration ainsi que les défis que font face les mutuelles de santé dans la province du Nord Kivu. Il sera question donc de :

- (vi) Dresser le portrait des différentes initiatives des mutuelles de santé existantes et de mettre en exergue leurs forces et faiblesses ;
- (vii) Identifier les raisons pour lesquelles les mutuelles de santé ne perdurent pas dans le temps. Mettre aussi en évidence les « *best success* » (les meilleurs succès) ainsi que les facteurs qui ont contribué à leur succès ;
- (viii) Connaître le type de population ou clientèle inscrit dans les mutuelles de santé, ainsi que les formes de contributions effectuées (obligatoires ou volontaires, à quelle fréquence, etc.)
- (ix) Définir les stratégies de structuration des mutuelles de santé pour les fonctionnaires de l'État et le secteur formel non étatique (privé formel), ainsi que les travailleurs du secteur informel et les autres personnes (chômeurs, indigents, ménagères par exemple) ;

Pour l'objectif 3 : Élaboration du plan opérationnel de la mise en place du système d'assurance maladie dans le contexte du Nord Kivu, en lien avec la loi nationale et l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé

Le principal résultat attendu ici est le plan de mise en œuvre d'un système d'assurance maladie de prépaiement de soins au Nord Kivu. À cet effet, il sera question de :



- (x) Définir pour chaque clientèle selon l'âge et le sexe (enfants, femmes, hommes, fonctionnaires de l'État, travailleurs du secteur formel non étatique, travailleurs du secteur informel, indigents, etc.), les modalités d'inclusion et de contribution éventuelle à une caisse d'assurance maladie ;
- (xi) Dresser la liste des soins et services de santé assurés selon le profil de la clientèle concernée ;
- (xii) Identifier dans le contexte du Nord Kivu les différentes sources de financement de la caisse d'assurance maladie ;
- (xiii) Définir les procédures de collecte et de stockage des fonds collectés. Un accent sera mis sur un cadre de fonctionnement, de gestion, de sécurisation de fonds, et de paiement dans un délai raisonnable ;
- (xiv) Discuter des contributions et rôles de l'État, des bailleurs de fonds, des nations unies, des ONGs, des associations de patients, des hôpitaux et centres de santé, des mutuelles de santé, etc. à la mise en place d'un système de prépaiement des soins basé sur la loi nationale et l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé dans le Nord Kivu ;
- (xv) Composer avec le cadre juridique, fiscal et légal de la province du Nord-Kivu pour l'implantation des mesures d'application de la loi nationale et de l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé ;
- (xvi) S'assurer d'une collaboration avec des structures de soins situées hors de la province et qui offrent certains soins absentes dans la province du Nord Kivu.

VII- Méthodologie utilisée

Afin d'atteindre les objectifs de la mission 1, une **approche participative** a été utilisée pour maximiser les points de vue des différents acteurs clés, s'assurer de la qualité et de la pertinence des informations recueillies, et développer des propositions basées sur les informations recueillies. Une stratégie en trois phases a été utilisée pour exécuter cette mission : (i) une phase d'analyse documentaire ; (ii) une phase de collecte de données via des entrevues individuelles ou en groupe de 2 à 9 personnes ; (iii) et, une phase d'analyse des données.

VII-1 Phase d'analyse documentaire

Cette phase a été réalisée en deux étapes. La première étape a consisté à une analyse **de quatre** documents préparatoires aux missions 1 et 2. À cet effet, les rapports de missions des études menées en 2016 par Professeur *Jean-Claude Mubalama Zibona*¹² et Maître *Guy Kabeya*¹³ au Nord-Kivu en RDC, la loi nationale¹⁴, et l'édit provincial du Nord Kivu sur la promotion des soins de santé primaire par les mutuelles de santé en province du Nord-Kivu¹⁵. La deuxième étape réalisée sur le terrain (Goma et Kinshasa) a permis d'analyser **37 autres documents** pertinents utiles à la réalisation des missions. **Un total de 41 documents** (lois, rapports et autres documents) a été consulté et analysé en vue de réaliser cette mission. Le tableau 1 présente la liste complète des documents étudiés^{7,13-49}.

Au terme de l'analyse documentaire, une définition et clarification des questions d'entrevues auxquelles les missions 1 et 2 ont été effectuées. Plus encore, elle a permis de faciliter l'identification des principaux acteurs clés à rencontrer et à interroger sur le terrain tant au niveau provincial et périphérique au Nord-Kivu qu'au niveau national. Le choix des acteurs a été affiné avec l'équipe de l'ULB-Coopération (via Dr Jean Bosco Kahindo) et celui du projet PRO DS (via Dr Simbi).

VII-2 Phase de collecte de données

La collecte des données terrain a été effectuée auprès des acteurs, directement ou indirectement impliqués dans la mise en place de loi nationale et l'édit provincial, dans la province du Nord-Kivu (Mission 1) et dans la ville de Kinshasa (mission 2).

La collecte de données a été réalisée à l'aide des entretiens semi-structurés à questions ouvertes permettant de répondre aux principales questions mentionnées dans le cadre théorique (partie IV) selon les quatre fonctions de financement de la santé (prélèvement, stockage, allocation et paiement). Au préalable, chaque entretien a commencé par une présentation individuelle de chacun des acteurs interviewés, leur connaissance de la loi nationale et l'édit provincial, leurs rôles et contributions (tableau 2) potentielles dans la mise en œuvre d'une caisse d'assurance maladie au Nord-Kivu. Une question de transition en lien avec les difficultés potentielles de mise en œuvre de la loi nationale et l'édit provincial permettait de rentrer dans le vif du sujet.



VII-2-1 La collecte de données dans la province du Nord-Kivu

Au Nord-Kivu, la collecte de données via des discussions individuelles ou en groupe a été réalisée du 8 au 18 octobre 2018. **Trente (30) rencontres d'une durée moyenne d'une heure et dix minutes ont été effectuées.** Il est important de préciser qu'en plus du consultant, Mme Daniela Chinnici et Dr Jean Bosco Kahindo ont participé à quasi-totalité de ces rencontres. Durant ces dernières, **61 personnes** ont participé à la discussion en personne. **Enfin, deux échanges par email** ont été effectués. Il s'agit des acteurs suivants :

- Ministre de la santé, de la fonction publique et de la prévoyance sociale de la province du Nord-Kivu : 1 personne rencontrée
- députés du parlement provincial du Nord-Kivu : 6 personnes rencontrées
- association de travailleurs du secteur informel (ayant plus 30 000 membres) : 1 personne rencontrée ;
- deux (02) caisses de solidarité sociale : 6 personnes rencontrées ;
- deux (02) centres de santé : 4 personnes rencontrées ;
- cinq (05) divisions provinciales (santé, fonction publique, finance, budget, famille et enfants) : 9 personnes rencontrées ;
- trois (03) ONG financés par des bailleurs de fonds : 3 personnes rencontrées ;
- deux (02) institutions internationales bailleurs de fonds : 3 personnes rencontrées ;
- directeurs et responsables de fonds de projets en lien avec les services de santé et les médicaments : 3 personnes rencontrées ;
- direction générale des recettes (DRG-NK) : 6 personnes rencontrées
- fédération des entreprises du Congo (FEC)-bureau provincial du Nord-Kivu : 2 personnes rencontrées ;
- hôpital provincial du Nord-Kivu : 1 personne rencontrée ;
- trois (03) ordres professionnels en santé : 4 personnes rencontrées
- quatre (04) syndicats professionnels en santé : 4 personnes rencontrées
- union nationale des travailleurs du Congo et l'intersyndical : 1 personne rencontrée ;
- la Société civile santé, bureau du Nord-Kivu : 2 personnes rencontrées ;
- Cinq (05) mutuelles de santé en fonction : 5 personnes rencontrées ; et 2 personnes par email. Il est important de mentionner que bien que prévu au départ, nous n'avons pas effectué d'entretiens en personne en région et en zone rurale à cause de l'épidémie d'Ébola et les problèmes d'insécurité qui ont limité nos déplacements hors de la ville de Goma. Cependant, nous avons envoyé une série de questions à la responsable de la Mutuelle de solidarité et de la santé (MUSOSA) de Butembo. En outre, nous avons également contacté la responsable de la Mutuelle de santé Notre Vie de Goma (trois semaines après la fin de la mission 1).

Le tableau 3 contient tous les détails sur les personnes interviewées, leurs noms, fonctions, les dates et durées complètes d'entretiens effectuées dans la province du Nord-Kivu

VII-2-2 La collecte de données à Kinshasa

À Kinshasa, la collecte de données via des discussions individuelles ou en groupe a été réalisée par le consultant et Dr Jean Bosco Kahindo du 25 février 2019 au 09 mars 2019. **Vingt-quatre (24) rencontres d'une durée moyenne d'une heure et dix minutes** également **ont été effectuées.** Durant ces rencontres, **40 personnes** ont participé à la discussion en personne, et **une personne** via la plateforme web Skype. Il s'agit des acteurs suivants :

- Coordonnateur National Projet de Développement du Système de santé (PDSS) : 1 personne ;
- Cellule de mise en œuvre de la réforme de l'administration publique (CMRAP) : 2 personnes ;
- Direction d'études et planification du Ministère de la Santé Publique : 4 personnes ;



- Centre de Gestion des risques et d'Accompagnement Technique des mutuelles de santé (CGAT) : 3 personnes ;
- Direction du Budget : 1 personne ;
- Programme National de promotion de mutuelle de santé (PNPMS) du Ministère de la santé publique : 3 personnes ;
- Comité d'orientation de la réforme des finances publiques (COREF) : 2 personnes ;
- Solidarité Mondiale : 1 personne ;
- Association des Diabétiques : 2 personnes ;
- Mutuelle des Enseignants de l'enseignement primaire, secondaire et professionnelle (MESP abs) : 2 personnes ;
- Direction d'études et planification du ministère des Affaires Sociales : 1 personne ;
- Direction d'études et planification du Secrétariat Générale à la Prévoyance sociale : 2 personnes ;
- Coopération du Développement de l'Ambassade du Royaume de Belgique : 1 personne ;
- UNICEF via Skype : 1 personne ;
- Mutuelle de santé de Kinshasa (MUSAK) : 1 personne ;
- Secrétariat Général du Ministère de la Solidarité et l'Action Humanitaire : 4 personnes (y compris le secrétaire général)
- Coopération Canadienne : 1 personne ;
- Société Nationale d'Assurance SA (SONAS) : 2 personnes ;
- Délégation de l'Union Européenne : 2 personnes ;
- Assistants Techniques 11e FED/ PRO DS : 3 personnes ;
- Secrétaire Général du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité Sociale : 1 personne (SG de la prévoyance sociale en charge de piloté les mesures d'application de la loi nationale)
- Secrétaire Général du Ministère la Santé : 1 personne.

Le **tableau 4** contient tous les détails sur les personnes interviewées, leurs noms, fonctions, les dates et durées complètes d'entretiens effectuées à Kinshasa.

En résumé, **54 rencontres ont été effectuées** avec 101 personnes rencontrées en personne, 2 personnes par email, et 1 personne via Skype (104 personnes) lors des deux missions. La durée moyenne des entrevues individuelles était de **70 minutes, soit 1h10min**.

VII-3 Phase d'analyse des données

Dans un premier temps, la loi nationale sur la mutualité, la loi fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique, et l'édit provincial pour la promotion de la santé primaire par les mutuelles de santé au Nord-Kivu, ont été analysés en profondeur. Après leur description, des constats et questionnements qu'elles soulèvent sur leur mise en œuvre ont été mis en évidence.

Dans un deuxième temps, à l'aide des analyses de contenu des entrevues, les principaux constats émergents des entretiens ont été présentés.

Dans un troisième temps, l'intégration des résultats des analyses documentaires et de celle des entrevues a permis de présenter nos propositions et de développer une version du **cadre de mise d'un système d'assurance maladie**.

Dans un quatrième temps, à l'aide des documents analysés, **une analyse actuarielle des coûts totaux de mise en œuvre d'un système d'assurance maladie dans la province du Nord-Kivu** a été effectuée. Cette analyse permet d'estimer les coûts directs et indirects des soins à couvrir et la capacité à payer des ménages et des personnes selon la fréquence d'utilisation des services de santé.



VIII- Résultats consolidés des deux missions

Cette section se subdivise en quatre parties. La première partie présente une description des lois en lien avec l'assurance maladie, une présentation des constats et questionnements émergents. La deuxième partie mettra en évidence les principaux constats émergents des entretiens. La troisième partie présente des propositions et une version du cadre de mise en œuvre d'un système d'assurance maladie sous forme de Régie provinciale d'assurance maladie (RPAM). Dans une quatrième partie, une analyse actuarielle des coûts directs des soins à couvrir à l'aide d'un système d'assurance maladie dans la province du Nord-Kivu.

VIII-1 Lecture des lois en lien avec l'assurance maladie universelle

Dans le cadre de cette analyse, la lecture de trois textes de lois en lien avec la mise en œuvre d'une assurance universelle en RDC et dans la province du Nord Kivu a été effectuée. Il s'agit des textes suivants : la loi nationale déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité ; la loi fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique ; et l'édit provincial pour la promotion de la santé primaire par les mutuelles de santé au Nord-Kivu.

VIII-1-1 Loi nationale déterminant les principaux fondamentaux relatifs à la mutualité

VIII-1-1-1 Description de la loi nationale

La loi nationale a été promulguée par l'assemblée nationale et le Sénat le 08 février 2017. Il s'agit d'un **cadre légal** traduisant une **volonté politique** du Gouvernement National mettre en place des mutuelles en RDC. Les articles 4, 5, 6, 7, et 73 indiquent qu'une mutuelle vise à **regrouper** en membres adhérents **des personnes de 18 ans et plus**. Une mutuelle est une **organisation à but non lucratif** avec une subrogation de plein droit de ses membres (selon les articles 4, 8 et 11). L'article 15 précise qu'avant d'exercer, une mutuelle doit avoir l'**autorisation** du Gouverneur de province (art. 12, 13, 14) et l'**agrément** du Ministère du travail, de l'Emploi et de la Prévoyance Sociale (MTEPS). Selon l'article 71, **l'État s'engage à subventionner** chaque mutuelle au prorata du nombre de ses membres. En outre, l'adhésion à une mutuelle est **volontaire, non discriminatoire, individuelle ou collective** avec des **cotisations individuelles** (articles 5 et 72). Tel qu'indiqué dans l'article 77, **les mutuelles d'entreprise, professionnelle ou corporative, scolaire et étudiante** organisent une **assurance maladie obligatoire**.

Au niveau de son architecture, les articles 31 et 49 précisent qu'une mutuelle doit être composée **d'une Assemblée Générale des membres, d'un Conseil d'Administration, d'un Comité exécutif et d'une commission de contrôle**. Les **ressources d'une mutuelle** sont : **Cotisations ; contribution des membres d'honneur ; les dons ; les legs ; les subsides de l'État ; les subventions diverses ; et les emprunts** (article 50). Selon l'article 51, les dépenses d'une mutuelle sont les : **paiements des prestations ; les dépenses d'activités ; les versements aux unions et fédérations ; les autres dépenses indispensables**. En tant qu'organisation à but non lucratif, ses excédents sont reversés en : **fonds de réserve légal ; fonds d'établissement ; et réserves libres** (articles 55). Les articles 18 à 25 précisent que les mutuelles **peuvent** se constituer en **unions des mutuelles**, les unions **peuvent** se grouper en **fédérations des mutuelles**, et les fédérations **peuvent** se réunir au niveau national en **réunions des mutuelles**.

Par ailleurs, la coordination provinciale des mutuelles est assurée par la **Commission provinciale de coordination des mutuelles** (articles 89 à 91). La coordination nationale des mutuelles est assurée par le Conseil supérieur des mutuelles (article 85 à 88). Selon l'article 92, le pouvoir central et provincial doivent inciter à l'action mutualiste par des allègements fiscaux et les subventions nécessaires. Selon l'article 85, le conseil supérieur des mutuelles comprend un ou des représentants du : ministre de la sécurité sociale ; ministre du travail ; ministre de la santé ; ministre des finances ; ministre du budget ; ministre des affaires sociales ; des mutuelles par province ; des organisations professionnelles d'employeurs (4 représentants) ; intersyndical du Congo (4 représentants) ; professionnels de santé (3 représentants).

Selon l'article 93, le **Fonds National d'Action Mutualistes (FNAM)** sera créé afin d'accorder des subventions ou des prêts aux mutuelles qui ont été victime de dommages résultats de cas de force majeure ou des risques exceptionnels. Ces prêts peuvent également couvrir les dépenses de promotion et d'éducation mutualistes. Seul un **Décret du Premier Ministre** délibéré en Conseil des ministres **détermine le FNAM** (Article 94).



Au niveau du contrôle, l'**État assure le contrôle** des mutuelles, et applique si possible des sanctions administratives et pénales (articles 100 à 103). Au niveau des dispositions spéciales et transitoires, **toutes les associations ou regroupements de toute nature qui font appel à des cotisation des membres adhérents** en vue d'assurer l'un des services de l'article 2 de loi (soins de santé, allocations familiales et de maternité, allocation de vieillesse et de décès), se placent sous le régime des mutuelles (conformément à l'article 104).

En ce qui concerne la santé, l'article 70 de la loi nationale indique qu'une **mutuelle de santé** est conçue et développée comme **une assurance maladie nationale**. Elle peut couvrir : **les soins de santé (primaires préventifs et curatifs, soins hospitaliers et produits pharmaceutiques, soins spécialisés et dentaires)** (article 74) ; les soins de santé en cas **d'accident et de maternité** (articles 2 et 70). Une mutuelle de santé protège les personnes par le paiement **par la méthode de tiers payant** (article 75 alinéa 1). L'article 70 alinéa 1 ainsi que les articles 76 et 77 indiquent que **l'assurance maladie est obligatoire** pour les mutuelles de santé du **secteur formel public et privé, scolaires et étudiantes** car les personnes offrent une possibilité de **cotisations sous forme de retenue à la source**. À l'article 70 alinéa 2 et article 76, **l'assurance maladie est facultative pour les mutuelles de santé de quartier, de village ou du secteur informel** car les personnes n'offrent aucune possibilité de **cotisations sous forme de retenue à la source**.

Pour terminer, selon l'article 75 alinéa 2, une mutuelle de santé **peut** pour le service de ses membres **construire, aménager ou équiper toutes espèces d'œuvres** médico-sociales telles les institutions d'hospitalisation, de médecine préventive ou curative, les pharmacies.

Cette lecture de la loi nationale est résumée de façon schématique dans la figure 2 (page suivante).

VIII-1-1-2 Constats et questionnements sur la loi nationale et sa mise en œuvre

L'analyse de la loi nationale a permis de d'effectuer les constats suivants. À chacun des constats est associé un ou plusieurs questionnements pour sa mise en œuvre tel qu'indiqué dans le tableau 5.

VIII-1-2 Loi fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique

VIII-1-2-1 Description sommaire de la loi cadre de l'organisation de la santé publique en lien avec l'assurance maladie

Promulguée le 13 décembre 2018 et apparu au journal officiel du 31 décembre 2018, cette loi fixe le cadre d'organisation de la santé publique en RDC. Elle permet de décrire les principes de : l'organisation et fonctionnement du système de santé; de la santé de la reproduction; la vaccination; la protection sanitaire du cadre de vie et hygiène publique; des maladies; la lutte contre la toxicomanie; et le financement du système national de santé.

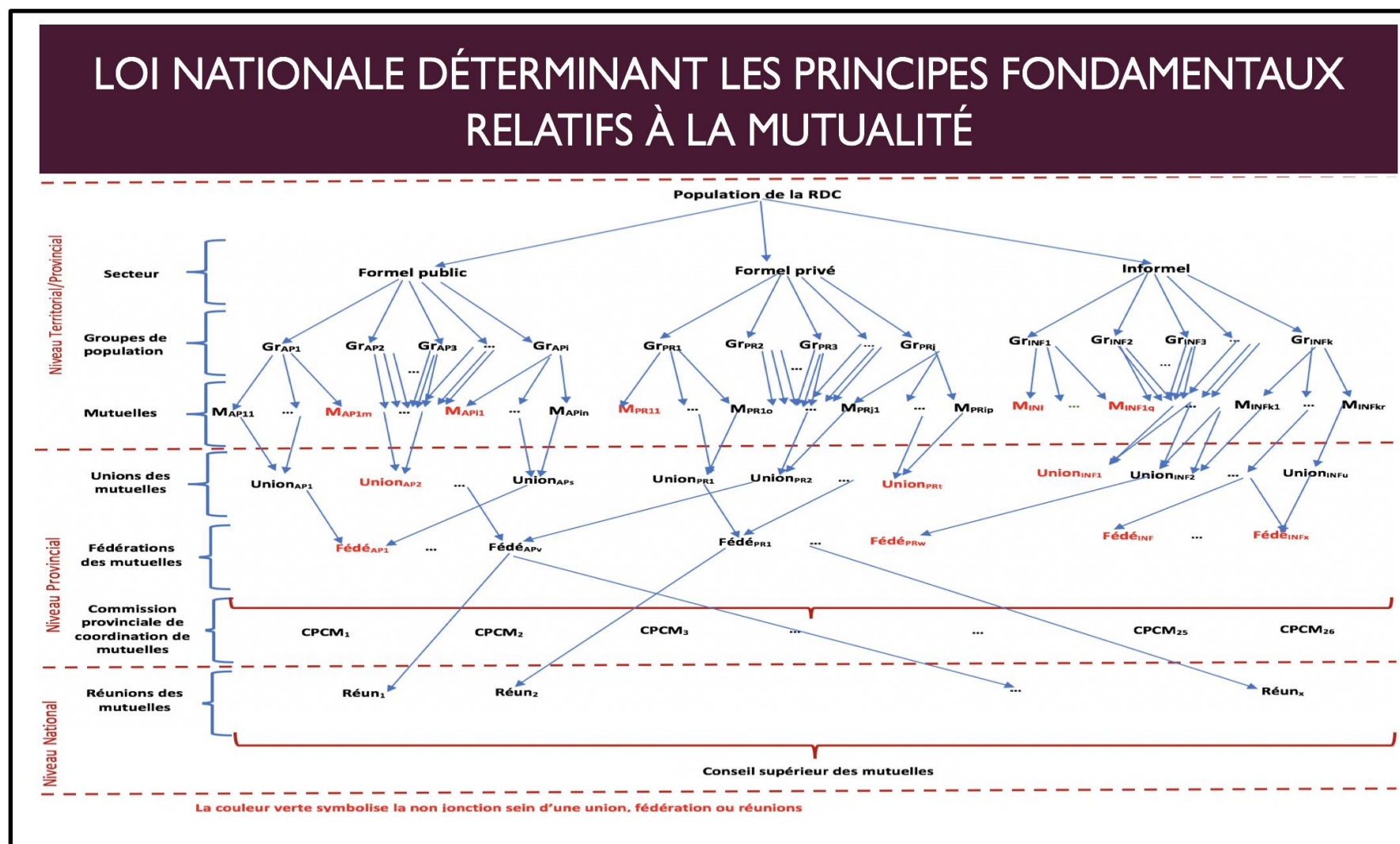
L'article 41 de la section 5, du chapitre 2 et du titre II stipule qu'il **est institué en RDC un système de couverture sanitaire universelle (CSU) fondé sur les principes d'équité, d'assurance qualité de soins et de protection financière de tous**. L'article 42 alinéa 1 renchérit en disant le système de couverture sanitaire universelle **garanti à tout congolais sur le territoire le bénéfice de santé**. À l'alinéa 2, un **Décret du Premier ministre délibéré en Conseil des ministres détermine les soins et services concernés** par la couverture sanitaire universelle, ainsi que les modalités de mise en œuvre. L'article 43 indique de la soins et services offerts à travers la couverture sanitaire universelle doivent **être de qualité à coût accessible**.

Dans l'article 128 du titre VIII, il est créé un **Fonds de Promotion de la santé (FPS)** pour **soutenir le système de santé**. Ce fonds est alimenté par **les pouvoirs publics et la contribution des communautés, de la solidarité nationale et internationale, les partenaires agréés ainsi que les financements innovants**. Le financement public provient du budget de l'État.

Enfin, dans l'article 129 du même titre VIII, il est institué un **Fonds de solidarité de santé (FSS) pour financer la couverture sanitaire universelle**. Ce fonds est alimenté par le budget de l'État, les assurances maladie de tout régime, les dons et les legs. **L'État peut instituer d'autres taxes contributives au Fonds de solidarité santé**.



Figure 2 : Loi nationale déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité en RDC





VIII-1-2-2 Constats et questionnements au sujet de la mise en œuvre de la loi cadre de la santé publique

L'analyse de la loi cadre fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique a permis de d'effectuer les constats suivants. À chacun des constats est associé un ou plusieurs questionnements pour sa mise en œuvre tel qu'indiqué dans le tableau 6.

VIII-1-3 L'édit provincial pour la promotion des mutuelles de santé au Nord-Kivu : résumé, avantages, et questionnements

Avant de présenter les points importants sur lesquels l'édit provincial ne fournit quasiment pas de réponses afin de faciliter sa mise en œuvre opérationnelle, il est important de le présenter sommairement et mettre en évidence ses avantages.

VIII-1-3-1 Résumé de l'édit provincial pour la promotion de la santé primaire par les mutuelles de santé au Nord-Kivu

L'édit provincial a été promulgué par le gouvernement provincial du Nord-Kivu en juillet 2018. Les articles 4, 6, 7 et 12 indiquent les modalités de création et la composition de la commission provinciale de coordination des mutuelles. Cette commission est constituée : d'un représentant de la division provinciale de la santé (DPS) ; d'un représentant de la division provinciale de la prévoyance sociale (DPPS) ; d'un délégué d'une mutuelle existante ; et d'un délégué de prestataire de soins. Il est important de mentionner qu'un arrêté provincial portant création, organisation et fonctionnement de la commission provinciale de coordination des mutuelles de santé en province du Nord-Kivu a été promulguée le 25 août 2018.

En outre, l'édit provincial mentionne dans les articles 2, 4, 8, 13, 14, 15, 27, 28, 32 et 35 les définitions, la création des mutuelles et le fonctionnement des mutuelles de santé. Il fait une distinction claire dans l'article 3 dans le mode de cotisation des travailleurs du secteur formel (public et privé) et ceux du secteur informel. À cet effet, l'article 30 de l'édit provincial mentionne **une cotisation obligatoire avec une retenue à la source de 10% sur le salaire des travailleurs du secteur formel public et privé.** Le même article 30 indique que **les travailleurs du secteur informel doivent adhérer de façon volontaire (assurance volontaire) aux mutuelles de santé.**

D'autre part, les articles 16, 17, 18 et 21 indiquent les modalités de regroupement des mutuelles en unions ou en fédérations afin d'avoir une voie pouvant effectuer la contractualisation (article 5) auprès des structures de santé et des pharmacies pouvant offrir des prestations de meilleure qualité.

L'article 9 de l'édit provincial mentionne la création **d'un fonds provincial d'achats mutualiste**. Ce fonds doit faire partie du budget du Ministère de santé provincial et devra permettre de soutenir les mutuelles en situation difficile.

Enfin, les articles 38 et 40 présentent les **dispositions de transitions** des associations actuelles existantes (qui permettent à leurs membres de bénéficier d'une couverture sanitaire) vers des mutuelles de santé.

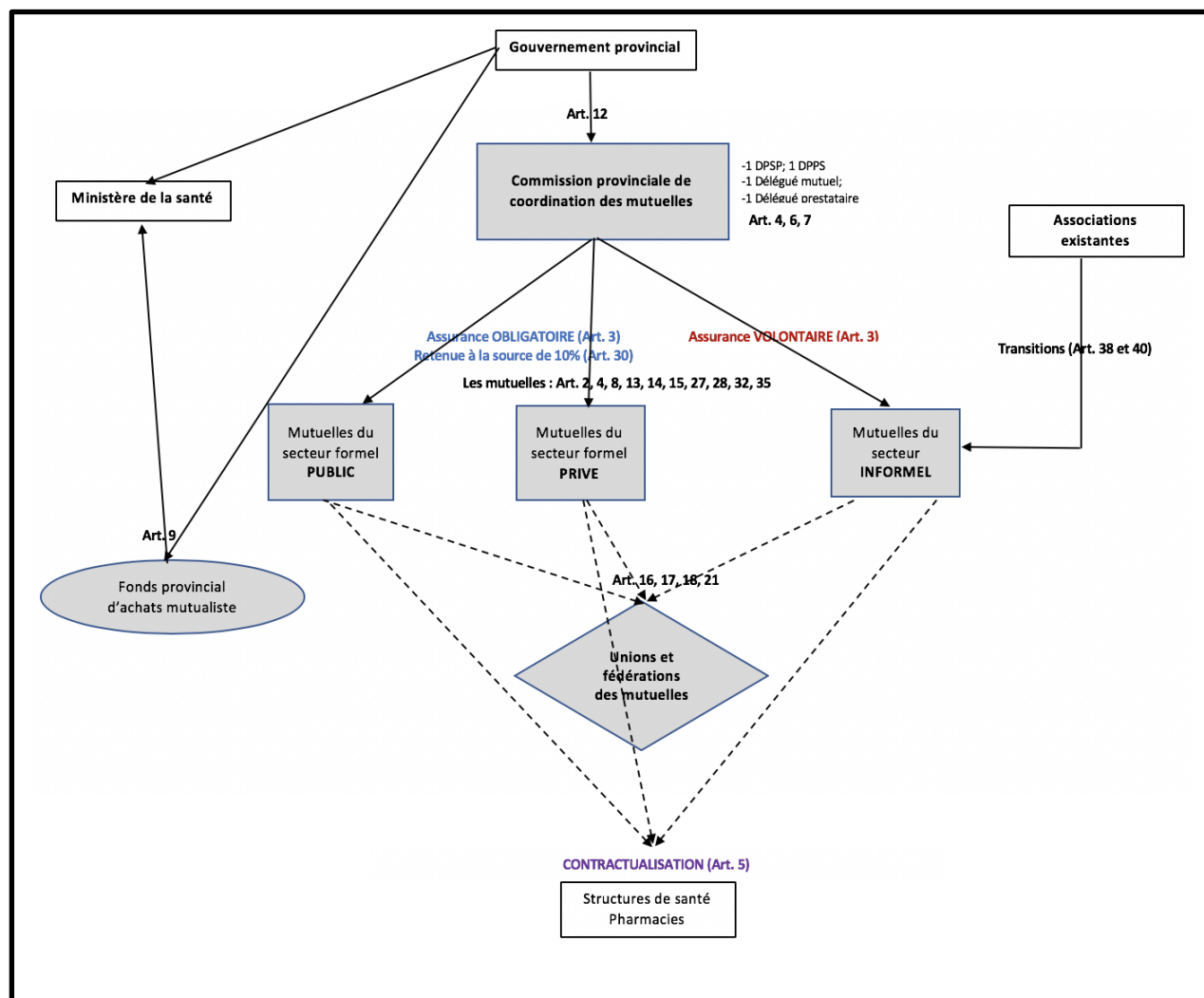
La figure 3, issue d'une analyse documentaire, présente de façon schématique une description sommaire de l'édit provincial pour la promotion de la santé primaire par les mutuelles de santé au Nord-Kivu.

VIII-1-3-2 Constats et questionnements sur la mise en œuvre de l'édit provincial pour la promotion de la santé primaire par les mutuelles de santé au Nord-Kivu

Étant donné que l'édit provincial est inspiré de la loi nationale, les constats et questionnements effectués précédemment sont les mêmes. Le constat majeur au niveau de l'édit provincial est la fixation de la retenue à la source de 10% sur les salaires des travailleurs du secteur formel public et privé. **Il est donc opportun de questionner sur comment ce taux a-t-il été déterminé ? Sur quelle base ? Y a-t-il eu concertation avec le niveau national pour déterminer ce taux ?**



Figure 3 : L'édit provincial pour la promotion de la santé primaire par les mutuelles de santé au Nord-Kivu



VIII-2 Les principaux constats émergents des entretiens

La plupart des constats effectués ont émergé à la fois lors des entretiens dans la province du Nord Kivu et à Kinshasa. Bien qu'ils soient assez nombreux et nécessitent comme préalable une volonté politique et une bonne gouvernance, nous les regroupons en six (06) éléments : méconnaissance de la loi nationale et de l'édit provincial ; faible taux de pénétration des mutuelles de santé existantes ; plusieurs sources potentielles existantes de financement pour la CSU ; modalité de gestion d'un système d'assurance maladie ; accréditation et assurance qualité des institutions de santé ; mode de tarification des soins.

VIII-2-1 Méconnaissance de la loi nationale et de l'édit provincial

Près du quart des personnes interviewées à Kinshasa et près de la moitié des personnes rencontrées au niveau du Nord-Kivu n'avait jamais entendu parler respectivement de la loi nationale et de l'édit provincial. La plupart de celles ayant entendu parler a une connaissance très vague et très générale de la loi nationale et l'édit national comme en témoigne cette assertion : « *j'ai entendu parler de la loi nationale, mais je ne saurai vous dire réellement en quoi elle consiste. Pourriez-vous nous donner le numéro du titre du journal officiel, nous allons l'acheter pour mieux prendre connaissance* ». De plus, toutes les personnes rencontrées considèrent la loi nationale et l'édit provincial comme une fenêtre d'opportunité pour améliorer la santé de tous les congolais, et lutter contre la pauvreté. À l'exception de deux personnes, toutes les gens rencontrées croyaient que la loi nationale est applicable si une bonne feuille de route permet non seulement de la vulgariser, de sensibiliser les gens et surtout de la mettre



en application. Pour terminer, comme l'a mentionné une personne « *tout cela est possible si les décideurs politiques (Gouvernement National ; gouvernement provincial ; députés nationaux et provinciaux ; tous les ministres nationaux et provinciaux, et d'autres décideurs, etc.) mettent la main à la patte et décide de prendre ce projet en main* ». Ainsi, une **volonté politique** semble nécessaire comme préalable pour la mise en œuvre la loi nationale et l'édit provincial.

VIII-2-2 Faible taux de pénétration des mutuelles de santé existante

Cinq raisons majeures ont émergé comme frein à l'expansion des mutuelles de santé tant à Kinshasa que dans la province du Nord-Kivu : le manque de culture mutualiste ; le volontariat comme mode principal d'adhésion ; la faible capacité contributive des personnes ; la mauvaise qualité de l'offre des soins ; et le manque de confiance dans la gestion des fonds collectés.

VIII-2-2-1 Faible culture mutualiste pour la santé au sein de la population

Bien qu'il existe une solidarité pour les décès et funérailles des individus et leurs proches, une solidarité pour les mariages et les baptêmes, la mutualisation du risque santé est quasi inexistante de façon formelle. Les gens ne voient pas la nécessité de faire des cotisations santé qu'elles ne bénéficieront pas immédiatement, mais plutôt qui serviront à d'autres personnes plus malades. Une personne a affirmé ceci : « *pourquoi cotiser et pourtant je ne vais jamais à l'hôpital...* ». La logique de prévention n'existe quasiment pas, les gens préfèrent réagir face à un événement que de le prévenir grâce à des actions mutualistes. Des besoins en termes d'information et surtout de formation en matière d'assurance maladie et de mutualité santé ont été signifiés : « *nous avons tous besoin de formation car même à la conception de cet édit il y a beaucoup de choses qui étaient difficiles à comprendre. Nous gagnerons à être bien formés afin de convaincre nos populations...* » témoigne un député de la province du Nord-Kivu.

VIII-2-2-2 Volontariat comme mode d'adhésion

Toutes les personnes interviewées ont affirmé que l'un des problèmes majeurs de la non pénétration des mutuelles de santé est **le mode d'adhésion basé sur le volontariat**. Comme l'a affirmé un des responsables des mutuelles de santé interviewé : « *Comment parler de couverture sanitaire universelle et assurance maladie obligatoire, et bâtir sur des mutuelles de santé à adhésion volontaire ? Pour moi, c'est quasiment contradictoire...* ». Les analyses montrent qu'avec un taux de pénétration de moins d'1%, les mutuelles de santé basées sur du volontariat ont montré leur limite. Plusieurs personnes rencontrées indiquent qu'il est opportun de mettre en place des **obligatoires indirectes**. Ces dernières sont des mesures d'obligatoires qu'une personne doit s'acquitter afin de bénéficier d'un service (public en l'occurrence). **En guise d'exemple, comme suggestions, une obligation d'avoir une carte de mutuelle de santé avant de bénéficier d'un acte de mariage, d'un acte de décès de proche, d'un acte de naissance, d'inscrire un enfant dans une école primaire et secondaire, d'inscrire ou de s'inscrire dans une université ou d'un établissement d'enseignement supérieur et professionnelle, de conduire un engin (associé au permis de conduire) soit une voiture, un camion, une moto, avion, bateau, pirogue, etc.** Toutes ces mesures permettront non seulement d'adhérer à une mutuelle de santé mais aussi de contribuer à la collecte de fonds pour financer la CSU.

VIII-2-2-3 Faible capacité contributive des personnes

De façon générale, la population en RDC et au Nord Kivu sont très pauvres. Près de 60% vivent avec moins d'un dollar et près de 90% de la population vivent avec moins de 2 dollars. Le secteur informel y compris le secteur agricole hyper développé représente de 70-80% plus de la population de la RDC et également du Nord-Kivu⁵. En outre, près 90% de la population a comme mode de financement de leur santé le paiement direct (70% de la population de l'informel, et 15-20% des fonctionnaires de l'État). Toutes les personnes rencontrées ont indiqué une grande volonté de la population à contribuer ou cotiser pour une assurance maladie. Malheureusement, ils ont des **difficultés de payer pour couvrir leurs soins de santé**.

Les documents analysés indiquent que seulement entre 2% à 5% des dépenses des ménages mensuelles (en moyenne) est destinée à la santé, soit moins 10 dollars par mois par ménage. Or, pour adhérer aux mutuelles de santé existantes, il faut déboursier plus de 25 dollars par personne par famille par an uniquement pour le paquet minimum de soins. Un haut responsable d'un des ministères rencontrés a mentionné ceci : « *En 2016, j'avais adhéré à une mutuelle de santé à Kinshasa. J'ai payé près de 55 dollars par personne par an pour chacun des membres de ma famille, environ 9 personnes. J'aurai bien voulu continuer à le faire, mais très rapidement je ne pouvais plus car cela me coûtait vraiment cher. Il est clair que j'aurai continué volontiers si ces frais d'adhésion était plus bas* ». Par



ailleurs, bien que le gouvernement national ait mis sur pied en 2018 la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Agents du Public (CNSSAP), cette caisse ne couvre pas les problèmes de maladie courante. Elle se consacre uniquement à la retraite des agents du secteur public (personnel de la présidence, parlementaires, agents de la justice, armée, police, enseignant d'université, et reste des fonctionnaires). Particulièrement **les personnes travaillant comme fonctionnaires de la fonction publique** font face à plusieurs problèmes :

- i. absence ou aérée de salaire;
- ii. manque de prime de risque;
- iii. salaire trop bas pour pouvoir accéder aux soins et couvrir les soins;
- iv. pas d'assurance maladie et pas de soins de qualité;
- v. grand recours à des soins offerts par les tradipraticiens;
- vi. incapacité de prendre en charge les accidents et les handicapés;
- vii. impossibilité de faire des évacuations sanitaires : Les gens sont parfois obligés de vendre leur parcelle/des terres, ou bien obligés, pour certains de leurs enfants d'arrêter les études pour payer leurs soins de santé

Les personnes travaillant dans le secteur privé communautaire (notamment dans la province du Nord-Kivu) mentionnent les problèmes de précarité des revenus dus à :

- viii. des problèmes de déplacement, notamment l'accès aux routes, l'accès aux marchés;
- ix. des difficultés d'accès à leur terre agricole ou à leur champ à cause l'insécurité et des conflits armés;
- x. des difficultés à vaquer à leur occupation quotidienne entraînant ainsi une rupture des intrants et ressources humaines;

VIII-2-2-4 Mauvaise qualité de l'offre de soins

Plus de 9 personnes sur 10 interviewés ont pointé du doigt la mauvaise qualité de l'offre de soins. Les formations sanitaires (FOSA) sont peu viables, aléatoires et dans un état de grande précarité. Un des responsables d'une ONG promotrice des mutuelles a mentionné ceci : *« nous sommes allés dans une province de la RDC voulant mettre sur pied une mutuelle de santé à la demande la population et des autorités locales. Une fois arrivée et après une étude de faisabilité nous avons décidé de ne pas le faire car aucune FOSA existante dans cette région n'était dans un état viable. Il n'y avait même pas de latrines dans ces FOSA. Quoi faire !? Pour moi, aucune mutuelle ne peut fonctionner si le ministère de la santé n'améliore pas l'offre de soins »*. Les principaux problèmes mentionnés sont :

- i) une absence d'équipements et d'infrastructures. Bien même quand ils existent, ils sont de mauvaise qualité;
- ii) une absence de matériel de déplacement des malades (exemple : transferts par avion médicalisé pour une évacuation sanitaire);
- iii) un faible niveau de financement des équipements tant au niveau de l'hôpital provincial, les hôpitaux de districts que les centres de santé
- iv) une grande disparité de soins offerts à Kinshasa ;
- v) une absence de renforcement de l'offre par des leviers et mesures d'accréditation des structures sanitaires et des pharmacies ;
- vi) un accueil peu convenable du personnel de santé des FOSA ayant contracté avec les mutuelles de santé : insatisfaction de la clientèle des mutuelles;
- vii) un endettement grandissant des FOSA travaillant avec les mutuelles de santé causant ainsi une réticence des FOSA à accepter les membres des mutuelles de santé;
- viii) des médicaments (notamment les spécialités) encore à la charge des personnes malades et leur famille. Comme en témoigne un responsable de mutuelles : *« les personnes assurées dans les mutuelles ne comprennent pas qu'en plus de leur frais d'adhésion, parfois plus de 25 dollars par personne par an, nous leur demandons encore de déboursier pour des médicaments. Pour eux, ces frais doivent couvrir tous les soins. D'où leur grande frustration »*;
- ix) Au Nord-Kivu, des structures sanitaires agréées sont parfois très distantes. Il est parfois possible de mettre plus de 72h pour se rendre dans certaines structures de santé;
- x) une présence de plusieurs programmes travaillant en silo au ministère de la santé : *« Si tous ces programmes pouvaient travailler en synergie et non en silo pour cibler des maladies et des*



malades, nous aurions des FOSA de meilleures qualités. Chaque programme construit et réhabilite ses propres hôpitaux au détriment de ceux existant ».

VIII-2-2-5 Manque de confiance dans la gestion des fonds et la gestion des problèmes assurantiels

Pour plusieurs personnes interviewées (environ 8 sur 10), les personnes impliquées dans la gestion des mutuelles de santé indiquent que les gens seront frileux et seront difficile à convaincre à cause des problèmes rencontrés par les précédentes mutuelles, notamment les abus et les fraudes dans la gestion des fonds collectés. Comme l'a mentionné une personne rencontrée « *Savez-vous que plusieurs mutuelles de santé ont échoué à cause de la mauvaise gestion de l'argent ?* ». Il existe donc une **stigmatisation à cause des échecs des anciennes mutuelles de santé**.

Toujours dans le même sens, les personnes interrogées qui ont une connaissance de l'histoire des mutuelles de santé (au Nord-Kivu notamment) ont indiqué qu'en plus des frais de cotisation très élevés, d'autres problèmes existent au niveau des mutuelles de santé : la surconsommation des soins par les assurés (aléa moral) ; l'attraction des mauvais cas dont les plus malades (sélection adverse) ; la surfacturation des structures sanitaires ; et les prescriptions abusives des prestataires de soins (trop de spécialités, peu de génériques, refus des génériques par certains patients assurés ; etc.). Pour ces personnes, la plupart des mutuelles de santé n'ont pas assez d'expertises dans la gestion de ces problèmes assurantiels.

VIII-2-3 Sources potentielles existantes de financement pour une assurance maladie

Les analyses ont mis en avant plusieurs sources potentielles de financement d'une assurance maladie. Il s'agit : des cotisations obligatoires ; des fonds des gouvernements national et provincial ; des financements innovants et obligations indirectes ; des dons, prêts et legs des bailleurs de fonds internationaux. Le tableau 7 résume toutes les sources potentielles de financement d'un système d'assurance maladie.

VIII-2-3-1 Les cotisations obligatoires

Selon la loi nationale et l'édit provincial, les agents du secteur formel public et privé doivent contribuer avec une contribution obligatoire via des retenues à la source en pourcentage de leur salaire. L'édit provincial fixe à 10% ce taux au Nord Kivu. En outre, les contributions des employeurs (entreprises du secteur privé) en frais médicaux doivent également servir à cet effet. Au lieu de remettre ces montants dans la poche des employés, ils peuvent servir à financer directement une mutuelle de santé et leur assurance maladie. Un responsable du syndicat a mentionné ceci : « *nous sommes ouverts à cela si l'employeur le mentionne clairement dans le contrat de travail, et que nous sommes certains que nos membres bénéficieront des services de santé* ».

VIII-2-3-2 Les fonds des gouvernements nationaux et provincial

Tel mentionné à l'article 71 de la loi nationale et repris dans l'édit provincial, l'État s'engage à subventionner toutes les mutuelles de santé au prorata de leur membre. Ainsi, l'état qui est le principal responsable de la santé des populations des congolais va offrir des subventions via les gouvernements national et provincial à travers leur budget. N'ayant pas une idée claire des sources de financement, les analyses ont montré l'existence de plusieurs fonds pouvant contribuer à financer la santé des populations. Bien que la liste soit non exhaustive (car il en existe plusieurs autres), il est important d'en mentionner quelques-uns :

- i) les frais médicaux et pharmaceutiques de la rubrique « charges communes » du budget de l'État destinés aux soins de santé de tout fonctionnaire congolais (excluant les parlementaires et agents de la présidence de la république) sur l'ensemble du territoire national, et aux évacuations sanitaires hors du pays. En 2018, le taux d'utilisation de ces frais était de 300% ;
- ii) les frais d'entretien des plateaux techniques des FOSA de la rubrique « charges communes » du budget de l'État destinés à la rénovation des équipements et des FOSA sur l'ensemble du territoire ;
- iii) les frais des parlementaires et agents de la présidence de république pour leurs soins de santé ;
- iv) le Fonds de Responsabilisation Sociétale des Entreprises (RSE). Étant donné que toutes les entreprises payent ces fonds, une proportion pourrait être destinée au financement de l'assurance maladie ;



- v) le Fonds National de Promotion et de Service Social (FNPS) qui permet de financer entre autres la santé des personnes vulnérables suivantes : enfants en situation difficile ; femmes en situation difficile ; personnes vivant avec un handicap ; et, personnes de 3^e âge sans soutien.
- vi) les lignes budgétaires « Aides et Secours » et « Bienfaisance publique » du gouvernement national pour le financement de la santé des personnes vulnérables ;
- vii) le fonds pour l'humanitaire et la solidarité pouvant financer la santé des personnes déplacées et retournées, y compris les prisonniers ;
- viii) le fonds de contrepartie qui est un don au gouvernement de la RDC par le gouvernement japonais. Une proportion de ces fonds peut financer la santé des populations notamment des producteurs agricoles du secteur informel ;
- ix) le fonds Social de la République qui permet de financer les actions sociales dans la république y compris la santé des populations ;
- x) le fonds de la Société Nationale des Assurances (SONAS) qui pourrait contribuer à financer une assurance maladie des élèves du primaire et secondaire.

VIII-2-3-3 Financements innovants et obligations indirects

Les financements innovants sont des ressources supplémentaires en provenance des contributions additionnelles via la consommation des produits. En plus de la loi cadre de la santé publique (article 128 et 129), plusieurs personnes interviewées ont mentionné qu'un levier majeur pour le financement de l'assurance maladie universelle est l'apport des financements innovants via des prélèvements obligatoires d'un petit pourcentage par exemple sur :

- i) les transferts monétaires et change d'argent ;
- ii) les revenus de parkings des véhicules ;
- iii) les frais de communications téléphoniques (SMS, internet, communication, etc.) ;
- iv) les frais de consommation d'alcool et de tabac ;
- v) les frais de carburant ;
- vi) les frais sur le Go-pass, les billets d'avions, les péages routiers ;
- vii) les frais sur toutes sortes de vignettes automobiles ;
- viii) les frais de consommation d'eau et d'électricité ;
- ix) les frais de TVA ;
- x) les taxes des églises, les taxes foncières ;
- xi) les frais d'occupation d'espace dans les marchés, et les frais de municipalité destinés à l'hygiène et salubrité ;
- xii) les frais des billets de tombola et loterie, des matchs de football ;
- xiii) les frais sur les biens issus de l'importation ;

Les personnes interviewées ont mentionné qu'à ces frais peuvent s'ajouter certaines obligations indirectes en vue d'être en règle professionnellement ou de bénéficier d'un service de l'état.

À guise d'exemple :

- i) seuls les professionnels ayant effectué leur cotisation pour une assurance maladie ou une mutuelle de santé pourraient être considérés en règle dans leur ordre professionnel ou dans leur syndicat ;
- ii) seules les personnes ayant cotisé pour une assurance maladie ou une mutuelle de santé peuvent élaborer un acte de naissance, de mariage, de décès, ou même peuvent légaliser une pièce personnelle ou celle de leur proche ;
- iii) seules les personnes ayant une carte d'assurance maladie ou membre d'une mutuelle de santé auront le droit de travailler dans le secteur informel. Comme l'a indiqué une des personnes interviewées : « *avant d'être motard, s'inscrire dans une association de motards et payer ses cotisations* » ;



iv) seuls les parents ayant une carte d'assurance maladie ou membre d'une mutuelle de santé, et ayant conscrit pour leur enfant pourrait inscrire ce dernier dans une école primaire ou secondaire ;

v) tous les étudiants doivent avoir une assurance maladie ou être membre d'une mutuelle de santé.

Bien que la loi cadre de la santé publique stipule à l'article 129 que « l'État peut instituer d'autres taux contributives... » pour la santé des populations, tous les prélèvements éventuels susmentionnés doivent nécessiter un dialogue et une collaboration entre toutes les parties prenantes et l'État, et surement faire l'objet d'un acte juridique sous forme de décret ou arrêté.

VIII-2-3-4 Dons, prêts et legs des bailleurs de fonds internationaux

Étant donné que plus de 50% des dépenses en santé actuelles proviennent des dons, prêts, et legs des bailleurs de fonds internationaux, il constitue un levier pour le financement de la santé et de l'assurance maladie de certaines couches de populations. « Une canalisation des fonds de bailleurs vers une assurance maladie est importante » le stipule un haut fonctionnaire. Ainsi, « les bailleurs de fonds tels que OCHA, PAM, UNICEF, UNOPS, BM, DFID, USAID, Fonds Mondial, Coopération Belge, Coopération Canadienne, OMS, Cord aid, etc. qui œuvrent parfois pour des programmes en silo doivent soutenir un système d'assurance maladie en RDC, ne serait-ce à court terme et contribuer à sa pérennité » tel mentionné par la même personne rencontrée.

VIII-2-4 Modalités de gestion d'un système d'assurance maladie

Toutes les personnes interrogées (100%) se sont questionnées sur le fonctionnement et les organes de gestion d'un système d'assurance maladie dans lesquels les fonds seront mis en commun. Voici quelques questions posées et affirmations faites par les personnes interviewées : « comment la caisse d'assurance maladie va être gérée ? » ; « qui va gérer la caisse » ; « y aurait-il des mécanismes de contrôle ? » « Savez-vous que plusieurs mutuelles de santé ont échoué à cause de la mauvaise gestion de l'argent ? » ; « L'argent peut rendre fou, même pour les hommes de Dieu » ; « Vous ne pouvez pas convaincre les gens si vous ne leur dites pas comment leur argent va être géré » ; « le succès passera par le bonne gouvernance car plusieurs personnes verront cela comme une vache à lait au détriment de la population » ; « regarder comment nos institutions publiques fonctionnent... » ; « le succès de cette caisse passe par une grande volonté politique et une justice très équitable ». Toutes affirmations indiquent des inquiétudes majeures palpables dans la gestion et surtout le contrôle d'un système d'assurance maladie.

Plusieurs personnes interrogées indiquent que la majeure partie de la population souscrirait à une assurance maladie ou à une mutuelle de santé si et seulement les fonds prélevés sont gérés de façon sécuritaire par les contributeurs eux-mêmes. Trois verbatim illustrent bien ce constat : « je ne me sens pas à l'aise si mon argent est géré par une personne que je ne connais pas bien. J'aime moi-même gérer mon argent ou bien que ça soit géré par quelqu'un de mon association... ». « Je ne veux pas que l'État s'en mêle, ce sont les membres de la mutuelle qui doivent gérer tout l'argent collecté comme actuellement pour les événements comme les funérailles » ; « Celui qui gère notre argent doit être proche de nous, et non loin ou très haut perché ». Ce constat indique une gestion de proximité.

VIII-2-5 Accréditation et assurance qualité des institutions de santé

Un autre constat effectué est un manque d'organe d'accréditation des FOSA et des pharmacies tant à Kinshasa au sein du ministère de la santé qu'au niveau de la province du Nord-Kivu. Face à l'état précaire de l'offre de soins, instaurer une CSU qui exige un accès aux soins et services et des médicaments de qualité dans un délai raisonnable est un réel défi. Comme l'indique une personne interviewée, « les gens ne peuvent cotiser pour une mutuelle de santé et recevoir des soins et médicaments de mauvaise qualité... Il nous faut donc de « vrais » centres de santé, hôpitaux, et pharmacie ». « La caisse doit contractualiser avec des structures de santé compétentes, tant au niveau médical qu'au niveau même de l'accueil ». En outre, « une démarche qualité doit être instaurer dans la culture des FOSA et des professionnels de santé » comme l'a indiqué une personne interviewée.

VIII-2-6 Mode de tarification des soins

Malgré que peu de personnes rencontrées (environ 8 personnes) aient abordé le mode de tarification des soins, il semble tout même un point important de l'instauration d'une assurance maladie. En plus des procédures de contrôle de factures et de contrôle des factures, les mutuelles de santé doivent négocier des tarifs abordables pour le paquet de soins et services à couvrir pour leur membre. Un des



responsables de mutuelle de santé rencontré a mentionné ceci : « *Nous négocions des tarifs de soins sous forme d'un tarif forfaitaire pour les paquets de soins. Nous avons donc négocié un montant forfaitaire de 11 dollars pour les soins dans les centres de santé de 1^{ère} ligne, un montant de 22 dollars pour les soins dans les hôpitaux référence, un autre montant dans les hôpitaux spécialisés.* ». Selon la politique sanitaire en matière de tarification, une assurance maladie sera viable si la tarification se fait selon les épisodes de soins et de façon forfaitaire. En outre, seuls les médicaments génériques en provenance des centrales de distribution et d'approvisionnement reconnus doivent être remboursés par l'assurance maladie.

VIII-3 Des propositions pour la mise en œuvre opérationnelle de loi nationale et l'édit provincial : Architecture d'une régie d'assurance maladie

En guise de rappel, l'objectif principal des missions 1 et 2 de ce mandat de consultation était de proposer un cadre opérationnel de la mise en œuvre de la loi nationale et l'édit provincial pour la promotion de la santé primaire à travers les mutuelles de santé dans la province du Nord-Kivu. L'analyse documentaire et les entretiens ont permis de mieux comprendre les lois (loi nationale, loi cadre de l'organisation de la santé publique et l'édit provincial), leurs avantages, leurs manquements. Des constats sur la problématique de la mise en œuvre de l'assurance maladie ont également été mis en avant.

Les propositions sont présentées pour chacune des fonctions du financement des soins (prélèvement, stockage, allocation, paiement) comme l'indique le cadre théorique à la partie IV ci-haut. En tant que mode de financement des soins, une assurance maladie s'articule autour de ces fonctions (nous y reviendrons).

VIII-3-1 Propositions au niveau du prélèvement et de la collecte des fonds

VIII-3-1-1 Détermination du montant global des soins à assurer et des tarifs de cotisation

Avant de déterminer les tarifs de cotisation des personnes membres des mutuelles de santé, il est important de connaître le montant global des soins à couvrir et à assurer comme préalable.

La détermination du montant global des soins à couvrir doit tenir compte :

- (i) des coûts (médian, minimum et maximum) des prestations de soins ;
- (ii) la consommation des médicaments ;
- (iii) la fréquentation des structures sanitaires ;
- (iv) la composition de la famille ;

Ainsi, **le montant total à collecter pour assurer la santé est : (Coûts des prestations de soins X fréquentation des structures) + (coûts des médicaments consommés X nombre de médicaments consommés).**

Ce montant sera reparti selon tous les acteurs du système de santé : État (subventions et financements existants) ; entreprises selon les chiffres d'affaires ; financements innovants ; obligations indirectes ; associations du secteur informel et leur taille ; bailleurs de fonds internationaux. Partant de là, les tarifs d'adhésion abordables seront définis et le montant de prise en charge des personnes vulnérables et incapables de payer (enfants de la rue, personnes incarcérées, personnes âgées, indigents, etc.) seront déterminés.

VIII-3-1-2 Vulgarisation et sensibilisation de la population

Mettre en place **des stratégies de vulgarisation de loi nationale et de l'édit provinciale. Des actions de sensibilisation de la population** en vue de répondre à leurs questions et surtout faire de l'éducation mutualiste sont primordiales. Comme suggéré par certaines personnes rencontrées, il est important d'avoir une stratégie en deux étapes. D'abord sensibiliser les responsables, les leaders d'associations, les groupes collectifs de la société, les députés, les chefs de division, les chefs de village, les leaders communautaires et religieux. Organiser des journées de dialogue assurantiel par analogie aux journées de dialogue fiscal organisées par les directions des recettes (DRG-NK au Nord Kivu). Ensuite, développer avec ces leaders, des stratégies d'actions individuelles. La sensibilisation pourrait se faire lors des assemblées générales (AG) des groupes, et via les grandes campagnes médiatiques, presses et journaux. Le politique de devrait également s'impliquer car comme l'a mentionné un haut



fonctionnaire : « *C'est nous qui devons commencer puis nos agents vont suivre. Les parlementaires ainsi que tous les ministres doivent embarquer* ».

D'autres stratégies de vulgarisation et de sensibilisation peuvent également être mises en avant :

- le porte à porte;
- les campagnes motorisées;
- la sensibilisation des corporations, ONG, entreprises privées;
- la sensibilisation dans les églises : Mettre des bureaux de représentation dans les églises (comme pour MUSSRA) avec une implication des évêques et pasteurs (de l'église Catholique et de l'ECC : Église du Christ du Congo);
- l'association de tous les membres de mutuelles de santé actuelles dans les campagnes;
- l'association des membres malades ayant bénéficié d'une mutuelle de santé pour des témoignages;
- l'impliquer des agents de l'État

VIII-3-1-3 Accompagnement des initiatives mutualistes

Toutes les initiatives mutualistes doivent être soutenues et accompagnées de façon professionnelle. Cet accompagnement consiste à :

- (i) une réalisation d'une étude préalable de faisabilité et de mise en place de la mutuelle selon sa location, la clientèle visée, et la capacité à payer des populations ;
- (ii) un accompagnement administratif et financier de futurs gestionnaires et des futurs membres du conseil d'administration des mutuelles qui recevront une formation adéquate en matière de gestion d'une structure assurantielle, de gestion des fonds, et de sécurisation des fonds ;
- (iii) un accompagnement technique sur le travail d'un médecin conseil pour le suivi des risques assurantiels (aléa moral, sélection adverse, et surfacturation) et la validation des factures ;
- (iv) une définition des tarifs et des frais de cotisations des membres. Une suggestion émise est une **cotisation annuelle (non mensuelle)** avec une période de **3 à 6** mois de paiement sur le cycle mutualiste d'une année.

Une mutuelle de santé se fera accréditer si et seulement si elle a reçu le seau de l'institution qui l'a accompagné pour son ouverture. « *Elle pourra recevoir ainsi un permis d'opération et un agrément d'une période de trois ans renouvelables, mais révocable en cas d'une faute de gestion* » telle l'a suggéré une personne interrogée.

La plateforme d'organisation des mutuelles de santé communautaire (POMUCO) et le Réseau national multi-acteurs (RNMA) seront les institutions impliquées pour l'accompagnement des initiatives mutualistes. Ce choix de ses deux plateformes vient du fait qu'une entente a été signée entre le ministère de la prévoyance sociale (en charge de piloter le processus de mise en œuvre des mutuelles), et les responsables de la POMUCO et du RNMA⁴³. Ces organisations détiennent de l'expertise avérée dans l'accompagnement des mutuelles de santé en RDC.

La POMUCO est une association sans but lucratif, apolitique, faisant partie de la société civile de la RDC. Il s'agit d'une organisation nationale qui s'appuie sur une large représentativité pour défendre : une plus grande équité dans l'accès aux soins ; une meilleure redistribution des moyens disponibles ; des acquis sociaux face aux effets de la mondialisation au bénéfice de l'ensemble des populations congolaises. La POMUCO se veut une plateforme multi-acteurs qui œuvrent pour la protection sociale. Elle est composée de six organisations : CAMS/REMUSACO, CENADEP, CGAT, MOCC, PRODESS et CAMS/REMUSACO, Congo- Dorpen. La Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (CAMS), est une structure d'appui technique aux mutuelles de santé qui organise l'accessibilité de la population aux soins de santé de qualité à un prix abordable dans la province du Sud-Kivu. Ces MUSA ont constitué le Réseau des Mutuelles de Santé Communautaires (REMUSACO) du Sud Kivu. Le Centre de Gestion des risques et d'Accompagnement Technique des mutuelles de santé (CGAT) a été créé à Kinshasa le 11 mai 2010. C'est une organisation de la société civile, sans but lucratif, apolitique, non-religieuse, autonome et au service des mutuelles de santé. Le Mouvement Ouvrier Chrétien du Congo (MOCC) est une coupole de mouvements socio-éducatifs implantés en RDC depuis 1946, notamment l'Action Féminine Chrétienne (AFC), La Confédération Syndicale du Congo (CSC), La Jeunesse Ouvrière Chrétienne (JOC), La Fédération des Œuvres Coopérative (FOCOM), L'union des Mutuelles de Santé du Congo (UMUSAC). C'est par sa branche UMUSAC que le MOCC organise et accompagne les mutuelles de santé. Le Centre National d'Appui au Développement et à la Participation Populaire (CENADEP) est une ONG de droit congolais créée en 2000. Il est partie intégrante de la société civile



congolaise et jouit d'une personnalité juridique. Le Réseau pour la Promotion de la Démocratie et des Droits Économiques et Sociaux (PRODDDES) est une plate-forme d'organisations de la société civile congolaise créée le 2 janvier 2008 par 5 ONGD dont CENADEP (Kinshasa), CRAFOP (Équateur), plateforme DIOBASS (Sud Kivu), PREFED (Kinshasa) et BUACO (Bandundu), ainsi qu'une soixantaine d'organisations de base. Enfin Congo- Dorpen (anciennement CDI-Bwamanda) est une ONG qui promeut et accompagne les mutuelles de santé dans l'ex province de l'Équateur (principalement dans les actuelles provinces de l'Équateur et du Sud Ubangi).

Le RNMA, créé en 2017, a pour objectif de coordonner les organisations œuvrant pour la mise en place des mutuelles de santé en RDC. Il s'agit d'une plateforme qui travaille en étroite collaboration avec la POMUCO et qui engage dans les lobbyings et les dialogues sociaux en vue de la promotion de l'action mutualiste. Ce réseau travaille dans le lancement des mutuelles de santé à l'instar de la mutuelle de santé : APUKIN (Association des Professeurs d'Université de Kinshasa); SYNAMED/Province de Kinshasa (Syndicat national des médecins); des paysans maraîchers et producteurs agricoles (CONAPAC et CEPROSEM) de Kinshasa Est; du réseau des artistes; ACCO (Association des chauffeurs du Congo); etc.

VIII-3-1-4 Mettre en place des mécanismes d'obligations indirectes

Mettre en place un mécanisme d'obligations indirectes. Il serait difficile de croire qu'une approche basée sur le volontariat conduirait à une couverture universelle. À preuve, les taux de pénétration hyper faibles des mutuelles de santé actuelles qui sont basées sur une adhésion volontaire. Les obligations indirectes pourraient contraindre à une adhésion indirecte des individus à une assurance maladie. Plusieurs idées ont été mentionnées précédemment.

VIII-3-1-5 Discuter au sujet des financements innovants

La mobilisation actuelle des fonds resterait encore insuffisante pour financer la santé de toute la population car : les salaires des fonctionnaires sont très précaires et faibles, le revenu des ménages est très bas conduisant à leur faible capacité à payer des biens et produits essentiels, le secteur informel représente 90% de la population, plus de 95% des personnes n'ont pas de couverture assurantielle et recourent encore aux paiements directs au Nord-Kivu. D'autres fonds devraient être collectés à travers des stratégies présentées plus haut. Les gouvernements national et provinciaux devront travailler de concert avec la Fédération des Entreprises du Congo (FEC) à cet effet afin de fixer les règles à cet effet.

Les personnes interrogées suggèrent de :

- discuter avec la population, les chefs d'entreprises, les acteurs de la société civile, sur les méthodes des stratégies innovantes de financement de la CSU;
- avoir une approche courtoise et digne de confiance;
- être hyper transparent;
- discuter de la clé de répartition et des principes de rétribution des fonds;
- impliquer les entreprises dans la gestion des fonds innovants pour qu'ils s'assurent que cela est destiné aux bonnes cibles;
- rassurer que les fonds seraient dirigés uniquement vers une assurance maladie et non dans les caisses de l'État.
- augmenter au sujet de la mise en place d'une contribution en termes de pourcentage sur la consommation des produits dits « de la mort » ou et à hauts risques pour la santé.

Cette idée des financements innovants est soutenue par l'OMS qui suggère que l'État pourrait imposer des taxes sur l'alcool (bières, vins et spiritueux) et les produits de tabac. Elle est également soutenue par la Banque Mondiale à travers les stratégies de plus de mobilisation de ressources domestiques internes (*Domestic resources mobilization*)⁵⁰⁻⁵² à travers des prélèvements de pourcentages sur les produits de loterie (pari foots), les produits de la téléphonie et de télécommunications (cartes téléphoniques, unités d'internet, SMS, etc.), les frais bancaires, les billets d'avion, le carburant, les billets de match de football, les produits polluants et pesticides, mines, etc.

VIII-3-2 Propositions au niveau du stockage ou de la mise en commun des fonds

La mise en commun des fonds doit être faite au sein des mutuelles, ou des unions, des fédérations, au niveau d'un territoire et d'une province. Ainsi, plusieurs personnes rencontrées mentionnent l'importance d'avoir un système provincial d'assurance maladie dont un compte bancaire au niveau de la province (sachant que la ville de Kinshasa est également une province de la RDC). Que l'argent



collecté soit stocké au sein d'une mutuelle de santé, d'une fédération au niveau provinciale, les principes indiqués dans le tableau 8 doivent être respectés. Ce tableau présente les caractéristiques d'un organisme œuvrant pour l'assurance maladie de leurs membres. Ces caractéristiques pourraient être transposables dans la province du Nord Kivu :

- (i) mettre en place un **mécanisme de transfert des fonds collectés** via les retenues à la source, les obligations indirectes, les financements innovants directement vers le compte bancaire de l'organisme d'assurance maladie sans transit vers des caisses de l'État ou d'autres caisses ;
- (ii) mettre en place un **mécanisme de gestion de l'organisme d'assurance maladie** permettant de bien administrer et de contrôler les fonds collectés aux membres. À cet effet, les propositions suivantes ont été retenues tant au niveau de la structure de cet organisme, des caractéristiques du directeur gestionnaire, qu'au niveau des stratégies de contrôle.

VIII-3-2-1 Caractéristiques d'un organisme d'assurance maladie provincial

L'organisme d'assurance maladie qu'il soit une mutuelle de santé, une fédération ou une autre organisation doit respecter les critères suivants :

- i- être un Établissement d'Utilité Publique (EUP) ou une Fondation apolitique ;
- ii- encadré par un cadre législatif et juridique (arrêté provincial) ;
- iii- doté d'un manuel de procédure encadrant ses activités et bâti selon un audit organisationnel ;
- iv- doté d'un plan stratégique sur 4-5 ans et d'un plan opérationnel annuel ;
- v- doté d'un mécanisme et de processus permettant « d'éjecter » un gestionnaire incompetent ou soupçonné de fraudes ;
- vi- avoir une autonomie de gestion, avoir des organes solides et composés des contributeurs ;
- vii- accepter d'être soumis à des audits fréquents aussi bien internes qu'externes.

VIII-3-2-2 Les organes de gestion d'un organisme d'assurance maladie

Les informations analysées permettent de dégager les organes de gestion d'un organisme d'assurance maladie :

- i- une Assemblée générale (AG)* de tous les membres contributeurs : Gouvernement national et provincial, entreprises privées, corporations et ONG, toutes associations du secteur informel, mutuelles de santé, bailleurs de fonds, etc. Les AG doivent se tenir une (01) fois par an ;
- ii- un Conseil d'Administration (CA)* : Représentants du gouvernement national et provincial, du secteur privé, de la FEC, des corporations et ONG membres fondateurs de la Caisse, de l'intersyndical, des AVEC (Associations villageoises d'Épargne et de Crédit), des associations regroupées en unions ou en fédérations, des mutuelles de santé. Tous les membres du CA doivent avoir un mandat de trois (03) ans, non renouvelable. Ils doivent se rencontrer tous les trimestres. Ils doivent recruter deux ou trois (2-3) personnes recrutées pour assurer des audits internes au trimestre pour un mandat d'une année renouvelable selon les résultats ;
- iii- un Comité exécutif composé du bureau exécutif (CE)* : Composé de 4-5 membres du CA élus pour un mandat d'une (01) année renouvelable. Il comprendra un président, un vice-président en charge de la sensibilisation, un vice-président en charge de la gestion financière, un vice-président en charge de la contractualisation, et un secrétaire général exécutif. Ils devront se rencontrer chaque mois et discuter avec le directeur-gestionnaire de l'organisme ;
- iv- un Organe de vérification et de contrôle (OC)* : composé de deux à trois (2-3) personnes votées par l'AG pour assurer des vérifications et du contrôle de l'organisation. Ils prépareront de concert avec le CE et le directeur gestionnaire les dossiers d'audits internes et externes. Leur mandat est d'une année renouvelable une seule fois.

VIII-3-2-3 Le directeur gestionnaire d'un organisme d'assurance maladie

Le **directeur-gestionnaire** d'un organisme d'assurance maladie est toute personne recrutée par appel à candidature par le CA pour un mandat de trois (03) renouvelable une seule fois selon le rendement de l'organisme d'assurance maladie. Le CA se donne le droit de résilier le contrat du directeur-gestionnaire immédiatement en cas de soupçon d'incompétence et de fraudes sous recommandation du CE. Il doit être intègre et honnête, avoir une habilité à communiquer. De plus, il doit détenir une expertise en :



- i- gestion des fonds nationaux et surtout en provenance des bailleurs de fonds internationaux ;
- ii- gestion d'équipe pluridisciplinaire et de travail en équipe ;
- iii- signature des contrats avec les structures sanitaires, pharmacies et tout autre organisme d'utilité publique (EUP) ;
- iv- vérification qualitative et quantitative des factures, et des prestations de soins avec l'appui des médecins conseils ;
- v- paiement des factures sous forme de tiers-pays dans des délais raisonnables ;
- vi- enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires ;
- vii- accueil et organisation des visites des auditeurs.

VIII-3-2-4 Contrôle d'un organisme d'assurance maladie

L'organisme d'assurance maladie doit accepter d'être soumis à des contrôles périodiques et même inopinés. Ces contrôles doivent se faire via des :

- i- audits internes par le CA au trimestre ;
- ii- audits externes par un cabinet externe une à deux fois par an ;
- iii- audits bailleurs ou tout organisation membre de l'AG une à deux fois par an ;
- iv- audits inopinés ;
- v- audits organisationnels au trois ans après chaque mandat du CA.

VIII-3-3 Propositions au niveau de l'allocation des fonds collectés et stockés

-Accréditer l'ensemble des structures sanitaires et pharmacies qui contractualiseront avec un organisme d'assurance maladie. À cet effet, l'organisme d'assurance maladie doit travailler de concert avec un organisme d'accréditation autonome afin d'établir un système de pointage allant de : 1- Accrédité ; 2- Habilité ; 3- 1^{er} carton jaune d'avertissement ; 4- 2^e carton jaune d'avertissement ; et 5- carton rouge et ordre de fermeture.

L'organisme d'accréditation devra :

- a. s'assurer de la qualité des structures sanitaires incluant leur personnel soignant, administratif et d'appui ;
- b. s'assurer que le personnel soignant (médecins, infirmiers, laborantins, pharmaciens, etc.) soit inscrit au tableau de leur ordre professionnel respectif ;
- c. s'assurer que le personnel administratif et le personnel d'appui des structures sanitaires et des pharmacies soient en règle avec les normes de travail publiques et privées ;
- d. respecter les normes et standards de soins en matière de « *best practices* » ou « *evidence based medicine* » ;
- e. accréditer les officines pharmacies selon les standards de qualité de l'ordre des pharmaciens en termes de lieu d'approvisionnement, de conditionnement, de conservation, etc. ;
- f. réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des patients et leur famille pour s'assurer de la qualité de soins obtenue, du caractère humaniste du personnel soignant, et du respect des règles d'hygiène et salubrité dans les structures sanitaires ;

-Mettre en place ou bien travailler avec un centre de formation continue qui collaborera avec le centre d'accréditation afin **d'accompagner les structures et pharmacies non accréditées** vers un changement de pointage ;

-Accompagner les FOSA et les pharmacies vers leur processus d'accréditation en vue de signer des contrats d'achats de prestation avec mutuelles de santé, les fédérations des mutuelles, ou l'organisme d'assurance maladie avec l'aval des organismes financeurs. Seules les FOSA et pharmacies accréditées (ou à défaut habilitées) seront retenues par appel d'offre par les mutuelles, fédérations ou l'organisme d'assurance maladie.

Les institutions existantes qui pourront être impliquées dans ce processus de contractualisation et d'achat des prestations sont : les mutuelles ; le CGAT de la POMUCO ; l'EUP-FASS ; le Programme National de Promotion des Mutuelles de santé (PNPMS) ; l'organisme externe d'accréditation ; et un



centre de formation continue. Ils doivent travailler en collaboration et surtout signer des ententes de collaborations.

L'EUP-FASS est un établissement d'Utilité Publique de Fonds d'Achat des Services de Santé. Son rôle est de canaliser les fonds destinés à la santé des populations dans le but d'agir comme tiers-payant. Elle appuie les structures sanitaires dans le processus d'amélioration continue de la qualité de soins et développer une expertise dans le contrôle qualitatif et quantitatif des factures grâce aux médecins conseils qui y travaillent. Il se spécialise dans l'analyse des factures en vue de détecter la surfacturation, les fausses factures, et les fausses prescriptions. N'ayant pas l'expertise de suivi de risque actuarielle des bénéficiaires (aléa moral et sélection adverse), l'EUP-FASS devra travailler en collaboration avec la CGAT de la POMUCO qui a une expertise dans le suivi de risque actuarielle. Ce dernier pouvant conduire également à de la surfacturation. Un **principe de double vérification** pourrait être instauré : (i) une première vérification faite par un médecin conseil de la CGAT pour l'analyse du risque assurantiel (contrôle médical également) ; (ii) une deuxième vérification par le médecin conseil de l'EUP-FASS avant l'autorisation du paiement de la facture.

Le Programme National de Promotion des Mutuelles de santé (PNPMS) est un programme au sein du ministère de la santé qui était initialement destiné à la promotion des mutuelles de santé. Son rôle pourrait grande partie évoluer et tourner vers le soutien et l'accompagnement des FOSA et des pharmacies vers un processus d'accréditation, basé sur des normes et standards de démarche qualité, leur permettant de signer des contrats de prestations avec les mutuelles. Le PNPMS travaillera donc à la fois avec l'organisme externe d'accréditation, le (s) centre(s) de formation continue des professionnels de santé, les FOSA, pharmacies, les mutuelles de santé, la POMUCO et l'EUP-FASS en vue de faciliter la contractualisation et l'achat des prestations. **En bref, les fonctions essentielles du PNPMS porteraient sur les démarches qualité, l'accréditation et la contractualisation en appui à la promotion des mutuelles de santé, sous la coupole de la Direction des établissements des soins et partenariat (DESP).**

VIII-3-4 Propositions au niveau du paiement

L'organisme d'assurance maladie doit comme le suggère plusieurs personnes rencontrées :

-Émettre les cartes d'adhésion et développer des stratégies de sécurisation de ces cartes. Plusieurs ont conseillé d'avoir **des cartes informatisées ou des cartes à puces**. Ainsi, il faudrait :

- a. Mettre en place *des terminaux de lecteur de carte* dans l'ensemble des structures et des pharmacies avec lesquelles la caisse d'assurance maladie contractualisera. Plus encore, durant les inscriptions les membres devront fournir des photos format d'identité de l'ensemble des personnes à charge. La liste de ces personnes pourrait être actualisée à tout moment ;
- b. Mettre des inspecteurs dans les structures et pharmacies accrédités, le cas échéant.

-Définir les paniers de biens et services de santé (prestations et médicaments) qui seront couverts selon les profils de patients ;

-Bâtir des stratégies de recouvrement de fonds et de contrôle. À cet effet, il faudrait recruter et former :

- c. Des *collecteurs de fonds* qui travailleront en étroite collaboration avec les entreprises, les associations, les AVEC (Association Villageoises d'Épargne et Crédit), les ONG, les ménages ; etc.
- d. Des *inspecteurs et contrôleurs* qui travailleront permanemment sur le terrain pour s'assurer de la collecte des fonds ;
- e. Des *médecins conseils et des pharmaciens conseils* pour la vérification qualitative et quantitative des factures en provenance des structures et pharmacies ;

-Accompagner les mutuelles actuelles et futures pour leur pérennisation. L'organisme d'assurance maladie doit renforcer les actions de la POMUCO (CGAT) et la pérenniser. Comme l'a mentionné une personne interviewée, « la CGAT pourrait être une structure d'appui de la caisse d'assurance maladie... ».

Les institutions à impliquer dans le paiement seront des cellules qui participent à la vérification des factures notamment la POMUCO par la CGAT et surtout l'EUP-FASS. Cette dernière fera la dernière vérification et se chargera de payer les factures des soins des bénéficiaires d'une mutuelle de santé. Toutes les mutuelles feront des paiements via l'EUP-FASS. Cette dernière centralisera les fonds paiera



les FOSA et les pharmacies puis se fera rembourser par les mutuelles de santé qui collectent des fonds pour leur membre. Aucune prestation des membres d'une mutuelle de santé ne pourrait être payée à une FOSA et une pharmacie si la mutuelle de santé n'est pas jour dans ces remboursements avec l'EUP-FASS d'une part, si elle n'est pas agréée, ou si elle n'est pas accompagnée par un organisme de la POMUCO. Enfin, aucune FOSA ou une pharmacie ne pourra être contractualisée et remboursée si elle n'est pas accréditée.

VIII-3-5 Architecture d'une Régie provinciale d'assurance maladie

Les propositions présentées issues des données recueillies tant à Kinshasa qu'au Nord-Kivu nous ont permis de produire une architecture d'un système d'assurance maladie. Il est important de rappeler qu'un système d'assurance maladie repose sur les fonctions suivantes :

- (i) réalisation des études de faisabilité, sensibilisation, mobilisation, accompagnement (de la rubrique prélèvement des fonds)
- (ii) mise en commun des fonds collectés (de la rubrique stockage des fonds) ;
- (iii) services aux bénéficiaires sous forme de production des cartes d'adhésion, suivi des cotisation, mise à jour du fichier des membres (en cas de naissance, décès, mariage, divorce, etc.) (dans les rubriques prélèvement et stockage des fonds)
- (iv) contractualisation et achat des prestations (de la rubrique allocation des fonds) ;
- (v) suivi et évaluation des risques assurantiels (contrôle médical) (de la rubrique allocation des fonds) ;
- (vi) vérifications des factures (dans les rubriques allocation et paiement des fonds) ;
- (vii) paiement des factures (de la rubrique paiement).

Aucune des institutions susmentionnées (mutuelles de santé, Fédérations des mutuelles, POMUCO, RNMA, EUP-FASS, organismes d'accréditation, PNPMS, Ministères impliquées, FOSA, Pharmacies) ne saurait à elle seule exercer l'ensemble des fonctions d'une assurance maladie. La réussite d'un tel système complexe passe par un travail en collaboration afin de maintenir un équilibre entre la demande de soins et l'offre de soins de qualité et à moindre coûts.

Au lieu de parler de « Caisse d'assurance maladie », nous suggérons d'utiliser le concept de « Régie d'assurance maladie » afin d'éviter de réduire un système d'assurance maladie à sa seule fonction de mise en commun des fonds ou de stockage. Plus encore, le concept de « caisse » renvoie uniquement à l'argent alors qu'une assurance maladie doit se définir à travers toutes ses fonctions. Comme le suggère un verbatim : *« il faut éviter de renvoyer l'assurance maladie uniquement à une caisse, car connaissant les gens ici, ils vont directement voir l'argent au lieu de soins accessibles à des populations »*. Enfin, pour répondre au caractère de proximité avec la population qui contribue, l'assurance maladie sera située au niveau des provinces (y compris celle de Kinshasa et du Nord-Kivu sous forme de **Régie Provinciale d'Assurance Maladie (RPAM)**).

Les différentes provenances des sources de financement de soins nous poussent à subdiviser la population en six groupes : agents du secteur public ; agents du secteur privé ; élèves du primaire et secondaires ; étudiants de niveau supérieur ; personnes vulnérables ; et secteur informel. Cette subdivision permettra une canalisation des fonds pour financer la RPAM et permettra aussi d'impliquer plusieurs institutions dans le montage du financement. De concert avec les personnes rencontrées, une RPAM se constituera en **trois branches** contenant des **Divisions** :

i- La **branche du secteur formel** de la Régie en charge avec quatre divisions :

- a. Division de l'assurance maladie des agents du secteur public (**DAMAPU**)
- b. Division de l'assurance maladie des agents du secteur privé (**DAMAPRI**)
- c. Division de l'assurance maladie des élèves du primaire et secondaire (**DAMEPS**)
- d. Division de l'assurance maladie des étudiants du niveau supérieur (**DAMETUS**)

ii- La **branche du secteur non contributif** de la Régie en charge des personnes vulnérables avec une division :

- e. Division de l'assurance maladie des personnes vulnérables (**DAMVU**)

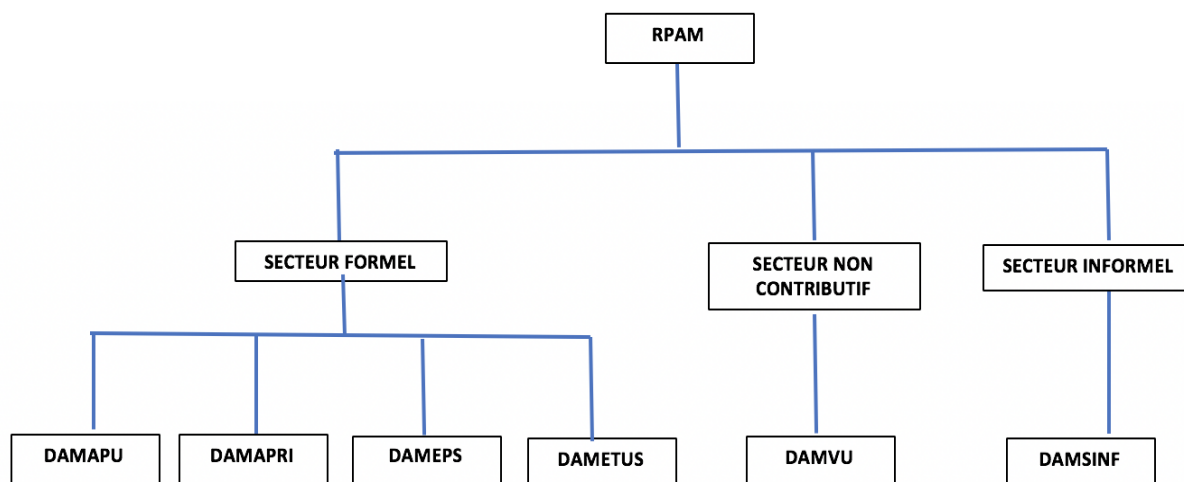
iii- La **branche du secteur informel** de la Régie en charge des personnes vulnérables avec une division :



f. Division de l'assurance maladie des personnes du secteur informel (**DAMSINF**)

La figure 4 présente une architecture simplifiée d'une Régie Provinciale d'assurance Maladie.

Figure 4 : Architecture simplifiée d'une Régie Provinciale d'assurance Maladie



VIII-3-5-1 La Branche du secteur formel de la Régie provinciale d'assurance Maladie

Cette branche est subdivisée en quatre divisions : DAMAPU; DAMAPRI; DAMEPS; et DAMETUS.

VIII-3-5-1-1 Division de l'assurance maladie des agents du secteur public (DAMAPU)

Les **agents du secteur public** comprennent : Le personnel de la présidence de la république; les parlementaires; les agents de la justice; l'armée; la police; les enseignants d'Université; les fonctionnaires.

Les institutions impliquées pour la mobilisation des fonds dans ce secteur :

- Tous les ministères en l'occurrence : la fonction publique; l'éducation, la santé, l'enseignement supérieur; le travail, Emploi et prévoyance sociale; les affaires sociales; la défense; la justice; l'intérieur; le budget; les finances;
- Les parlements;
- La présidence de la république;
- Une partie des fonds innovants et obligations indirectes;
- Les bailleurs de fonds.

Le tableau 7 présente toutes les sources potentielles de financement en provenance des agents du secteur public et des subventions de l'État à travers les gouvernements national et provinciaux. La figure 5 présente une illustration de la division DAMAPU de la Régie provinciale d'assurance maladie.

VIII-3-5-1-2 Division de l'assurance maladie des agents du secteur privé (DAMAPRI)

Les **agents du secteur privé** comprennent : le personnel des entreprises et industries; le personnel des organisations non gouvernementales (ONGs) et les fondations; et le personnel des Nations Unies.

Les institutions impliquées pour la mobilisation des fonds dans ce secteur sont :

- Entreprises/Industries;
- ONGs et fondations;
- Les ministères suivants : Finances; Budget; Travail; Emploi et prévoyance sociale; Commerce; Tourisme; Culture; Mines; Agriculture;
- Une partie des fonds innovants et obligations indirectes;
- Les bailleurs de fonds.

Le tableau 7 présente toutes les sources potentielles de financement en provenance des agents du secteur privé. La figure 6 présente une illustration de la division DAMAPRI de la Régie provinciale d'assurance maladie.



Figure 5 : Division DAMAPU de la Régie provinciale d'assurance maladie

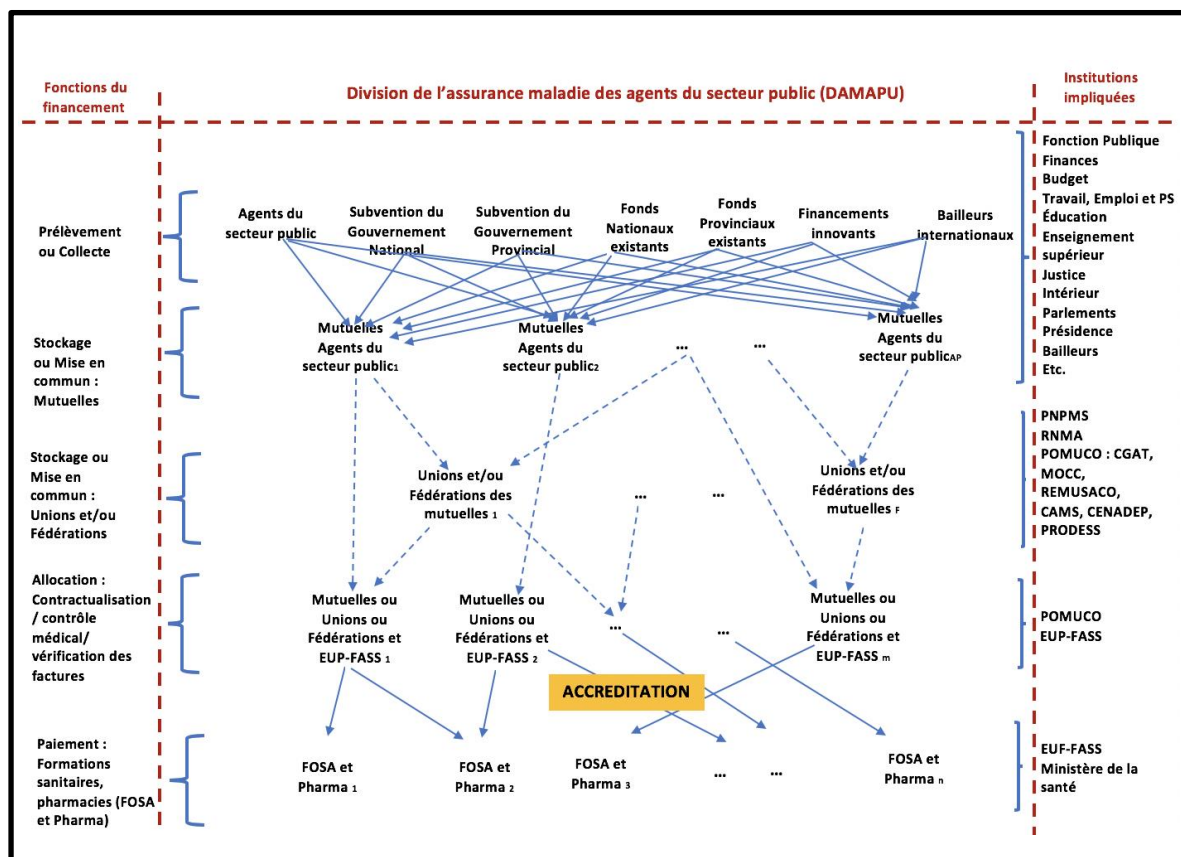
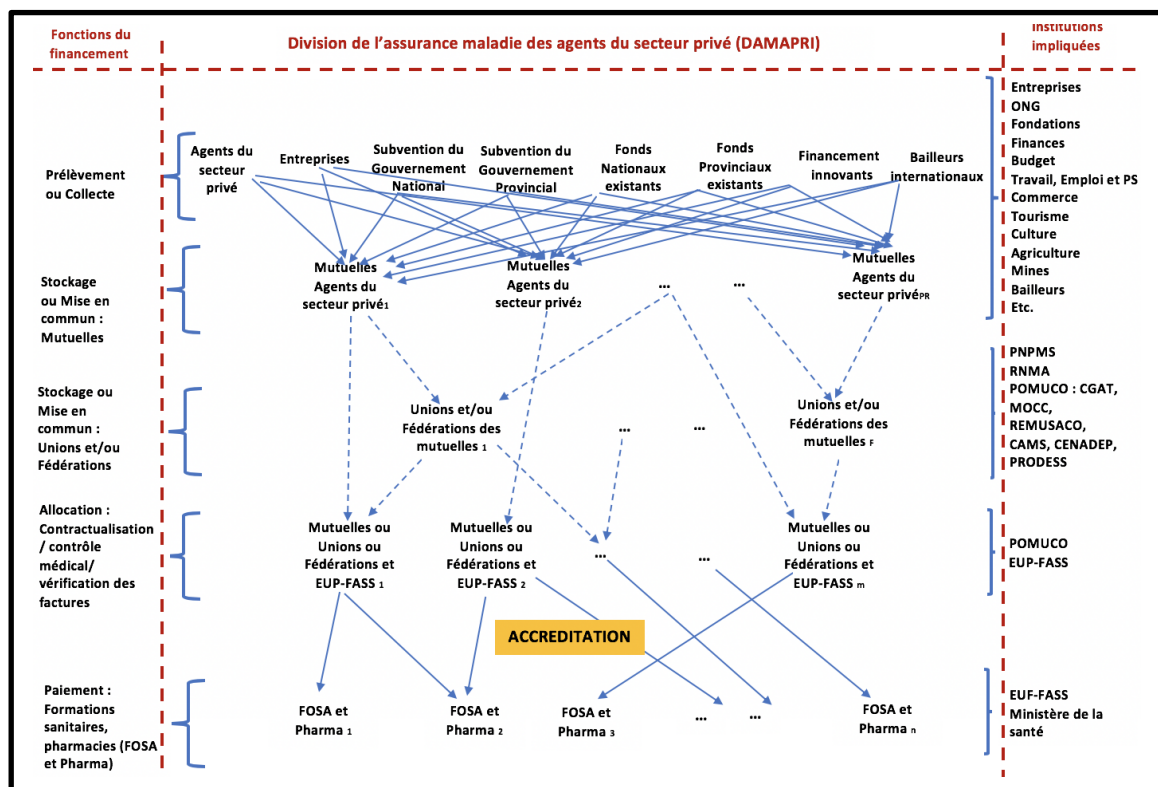




Figure 6 : Division DAMAPRI de la Régie provinciale d'assurance maladie



VIII-3-5-1-3 Division de l'assurance maladie des élèves du primaire et secondaire (DAMEPS)

Les **élèves du primaire et secondaire** comprennent les élèves des écoles primaires et secondaires publiques et privées.

Les institutions impliquées pour la mobilisation des fonds dans ce secteur sont :

- les écoles;
- l'État via des subventions;
- une partie des dons de la SONAS;
- Une partie des fonds innovants et obligations indirectes;
- les bailleurs de fonds; etc.

Le tableau 7 présente toutes les sources potentielles pouvant financer la santé des élèves du primaires et secondaires.

La **figure 7** présente une illustration de la division DAMEPS de la Régie provinciale d'assurance maladie.

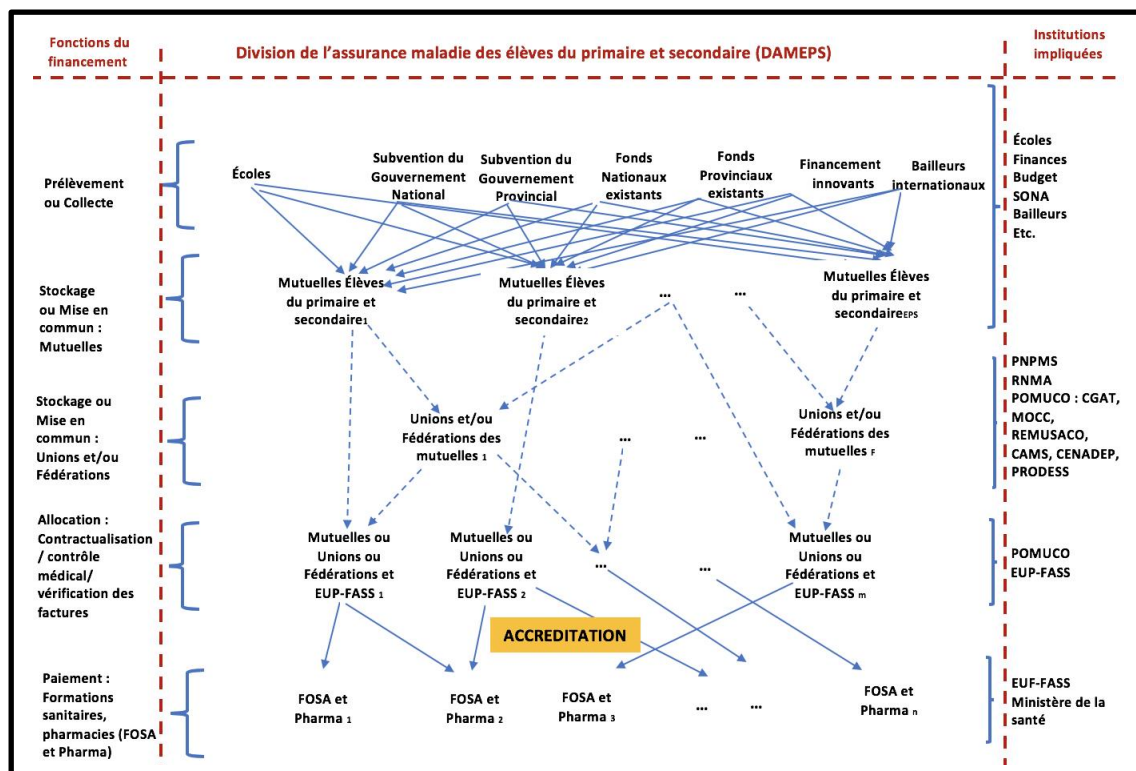
VIII-3-5-1-4 Division de l'assurance maladie des étudiants du niveau supérieur (DAMETUS)

Les **étudiants de niveau supérieur** comprennent des universités et instituts professionnelles publiques et privées.

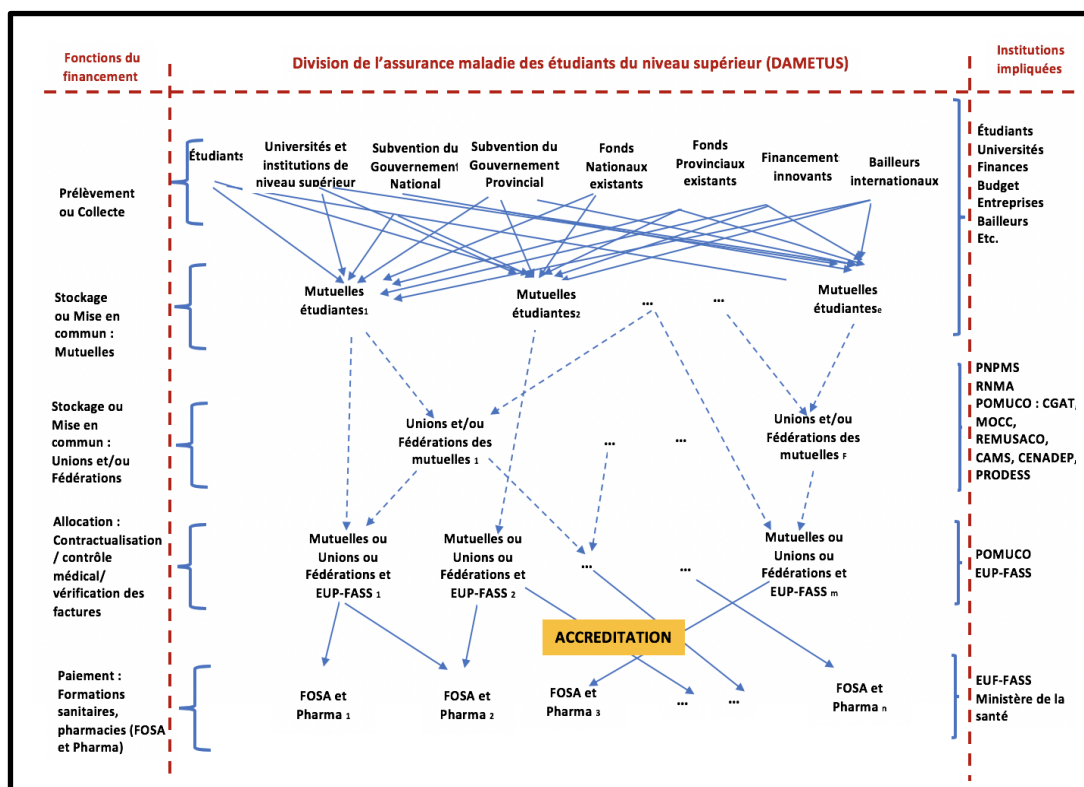
Les institutions impliquées pour la mobilisation des fonds dans ce secteur sont :

- les étudiants;
- les universités;
- les entreprises;
- l'État via des subventions;
- Une partie des fonds innovants et obligations indirectes;
- les bailleurs de fonds; etc.

Le tableau 7 présente toutes les sources potentielles pouvant financer la santé des étudiants.

Figure 7 : Division DAMEPS de la Régie provinciale d'assurance maladie

La figure 8 présente une illustration de la division DAMETUS de la Régie provinciale d'assurance maladie.

Figure 8 : Division DAMETUS de la Régie provinciale d'assurance maladie



VIII-3-5-2 Branche du secteur non contributif de la régie provinciale d'assurance maladie

Cette branche contiendra une seule division en charge de l'assurance maladie des personnes vulnérables (DAMVU).

Selon le Ministère des affaires sociales de la RDC, les populations vulnérables sont subdivisées en six groupes : les enfants en situation difficile y compris les enfants de la rue ; les femmes en situation difficile ; les personnes vivant avec un handicap ; les personnes du 3^e âge sans soutien ; les personnes déplacées et retournées y compris les prisonniers ; et les personnes vivant avec VIH SIDA (PVVIH).

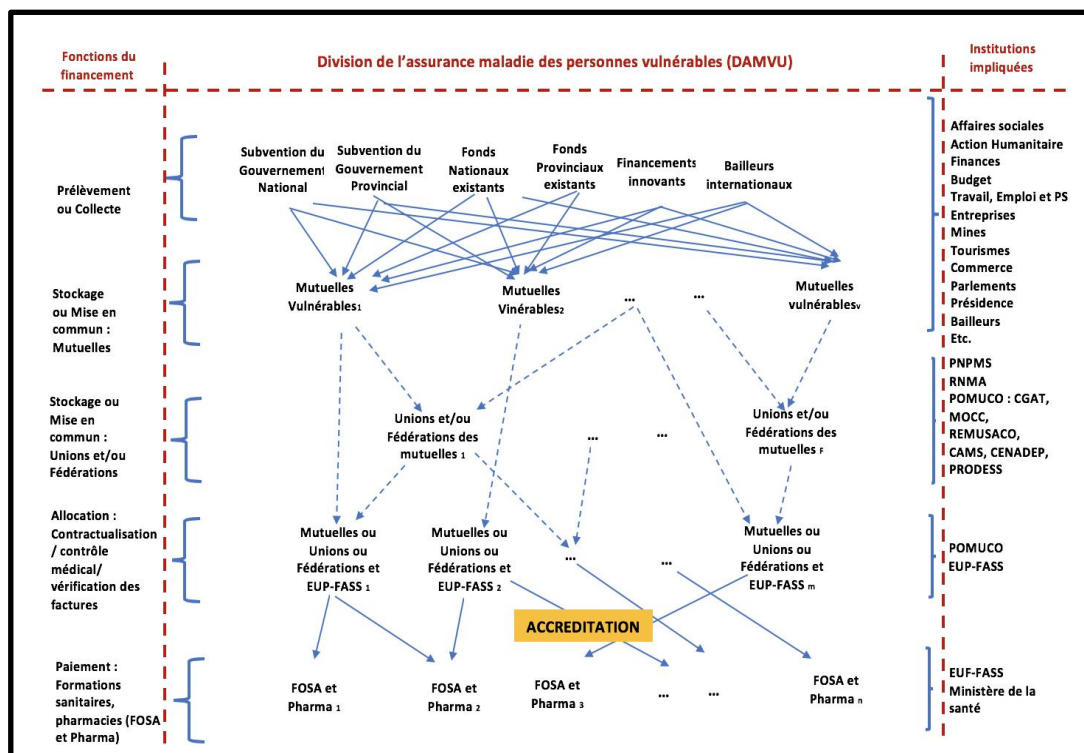
Les institutions impliquées pour la mobilisation des fonds dans ce secteur sont :

- Tous les ministères en l'occurrence le ministère des affaires sociales, le ministère de l'action humanitaire et de la solidarité nationale; le ministère des finances; le ministère du budget; le ministère des finances; le ministère du travail, l'emploi et prévoyance sociale; le ministère du commerce; des mines; tourismes; etc.
- les entreprises;
- les parlements;
- la présidence;
- Une partie des fonds innovants et obligations indirectes;
- les bailleurs de fonds : OCHA, PAM, UNICEF, UNOPS, BM, DFID, USAID, Coopération Technique Belge, OMS, etc.
 - Les programmes des filets sociaux, de cash transferts, et des activités à haut intensité de mobilisation des ressources (HIMO)

Le tableau 7 présente toutes les sources potentielles pouvant financer la santé des personnes vulnérables.

La **figure 9** présente une illustration de la division DAMVU de la Régie provinciale d'assurance maladie.

Figure 9 : Division DAMVU de la Régie provinciale d'assurance maladie





VIII-3-5-3 Branche du secteur informel de la régie provinciale d'assurance maladie

Cette branche contiendra une seule division en charge de l'assurance maladie des personnes du secteur informel (DAMSINF).

Les populations du secteur informel sont tous les personnes non classées dans les groupes précédents. Cette population concerne : les agriculteurs ; les éleveurs ; les commerçants de toutes formes (grossistes, détaillants) ; les vendeurs ambulants ; les transporteurs (chauffeurs, moto-taxis, « Tchoukoudou », etc.) ; les ménagères ; les débrouillards ; etc.

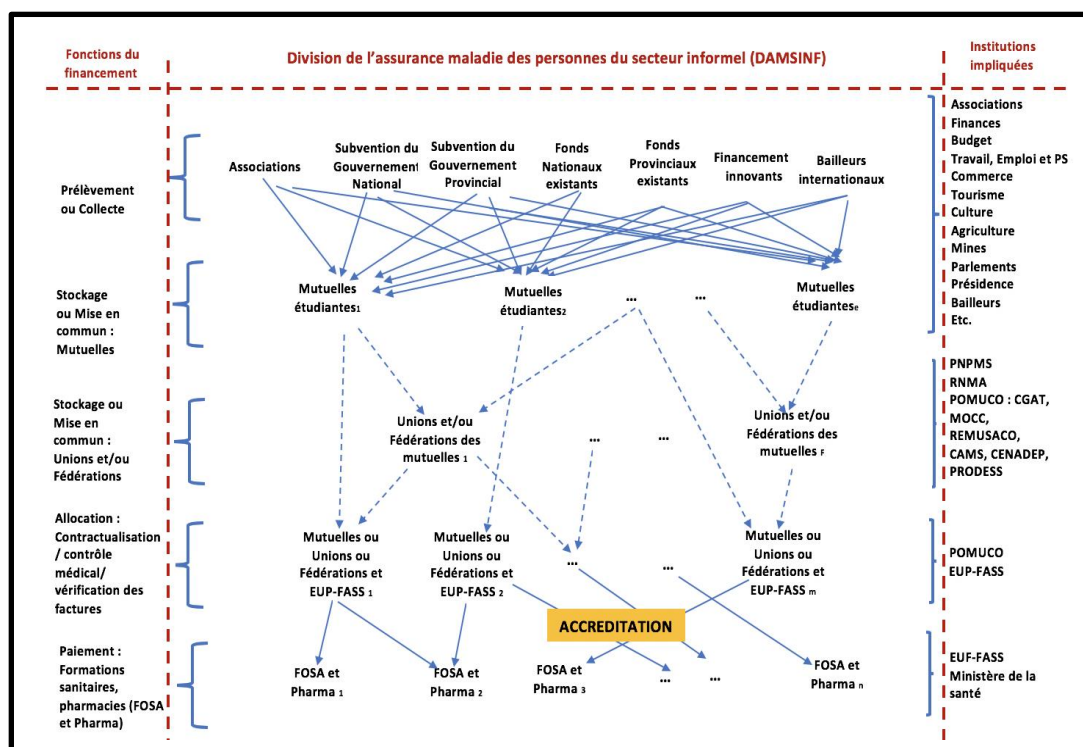
Les institutions impliquées pour la mobilisation des fonds dans ce secteur sont :

- Tous les ministères en l'occurrence le ministère des affaires sociales, le ministère de l'action humanitaire et de la solidarité nationale; le ministère des finances; le ministère du budget; le ministère des finances; le ministère du travail, l'emploi et prévoyance sociale; le ministère du commerce; des mines; tourisme; etc.
- les entreprises;
- les parlements;
- la présidence;
- Une partie des fonds innovants et obligations indirectes;
- les bailleurs de fonds : OCHA, PAM, UNICEF, UNOPS, BM, DFID, USAID, Coopération Technique Belge, OMS, etc.
 - Les programmes des filets sociaux, de cash transferts, et des activités à haut intensité de mobilisation des ressources (HIMO)

Le tableau 7 présente toutes les sources potentielles pouvant financer la santé des personnes du secteur informel.

La figure 10 présente une illustration de la division DAMSINF de la Régie provinciale d'assurance maladie.

Figure 10 : Division DAMSINF de la Régie provinciale d'assurance maladie





VIII-4 La Régie d'Assurance Maladie de la province du Nord-Kivu : Une analyse actuarielle des coûts totaux de sa mise en œuvre

Cette section vise à estimer le coût de mise en place de la Régie Provinciale d'Assurance Maladie dans la province du Nord-Kivu (RPAM-NK). Nous présentons également le montant à combler selon la capacité à payer des ménages et de la population du Nord-Kivu.

VIII-4-1 Coût directs des soins à couvrir pour la régie provinciale d'assurance maladie du Nord Kivu

En se basant sur les coûts directs des prestations de soins, la fréquence d'utilisation des services de santé, et la taille de population de la province, le coût global des soins à couvrir est égale à :

Coût Global des soins = Coût directs médian X Fréquentation des services de santé

Les **coûts directs** correspondent aux frais de consultation, d'analyse, de traitement (actes médicaux et médicaments, etc.)^{16,30,36}

À ce coût Global s'ajoutent, les coûts de fonctionnement fixes de la régie (salaires et charges sociaux) et des coûts variables de fonctionnement en lien avec les activités courantes, et les coûts d'investissement en termes d'acquisition des biens meubles (durée de vie de plus de 3 ans) et immeuble (durée de vie de plus de 25 ans) pour obtenir **le coût Total de la RPAM-NK**. Ainsi en supposant que les coûts fixes et les coûts variables de fonctionnement représentent chacun 20% du coût global des soins, alors :

Coût Total = Coût Global des soins + Coûts fixes + coûts variables + Coûts d'investissement

Coût Total = Coût Global + 20% Coût Global + 20% Coût Global + Coûts d'investissement

Coût Total = Coût Global + 40% Coût Global + Coûts d'investissement

Coût Total de la RPAM-NK = (1,40) x Coût Global + Coûts d'investissement

Coût Total de la RPAM-NK = (1,40) x (Coût directs x Fréquentation) + Coûts d'investissement

En supposant qu'une personne de la population visite les services de santé une fois par année, la fréquence des services de santé sera la taille de population de la province du Nord-Kivu, soit 8 911 715 en 2018⁴⁸. Ainsi :

Coût Total de la RPAM-NK = (1,40) x (Coût directs x Taille de population) + coûts d'investissement

D'après l'étude de Kilcher (2018)³⁰ sur la capacité à payer des ménages de la province du Nord-Kivu, les coûts médians directs de soins selon les quartiles (Q1, Q2, Q3 et Q4) des revenus des populations de la province s'élèvent à **19,5 dollars US**. En outre, selon l'étude de Baglione (2018) sur les coûts de 24 Groupes homogènes de Malades à l'hôpital provincial du Nord-Kivu, le coût direct médian des soins de **95 dollars US**. Puis, selon la note sur la modification des tarifs dans 11 centres de santé du Kasaï Oriental et dans trois hôpitaux généraux régionaux (HGR Kabinda, Makola et Lukalaba), les coûts directs médians sont respectivement de **3,3 ; 2,7 et 60 dollars US** dans les centres de santé (sans tenir compte des subventions), dans les centres de santé (en tenant compte des subventions), et dans les HGR. En se basant sur l'ensemble de ces données, le coût médian d'un épisode de soins varierait entre **30 et 40\$ dollars US** selon les milieux de soins.

En supposant comme fréquentation, un épisode de soins par personne par an dans la province du Nord-Kivu (soit 8 911 715 épisodes l'année), **le coût médian global des soins à couvrir** varierait entre **267 351 450 \$ à 356 468 600 \$ dollars US**.

VIII-4-2 Montant à combler selon la capacité à payer des ménages et de la population du Nord-Kivu

Le montant à combler selon la capacité à payer des ménages et de la population est la différence entre le montant total de la RPAM-NK (excluant les coûts d'investissement) et le montant en lien avec la capacité à payer des ménages et de la population du Nord-Kivu.

L'étude de Kilcher (2018)³⁰ indique le revenu médian des ménages au Nord-Kivu est de 105 \$US par mois. Dans une autre étude sur l'itinéraire thérapeutique de la patientèle² au Nord-Kivu et à Goma, la



taille moyenne des ménages est de 7,4 personnes. Ainsi, le revenu médian par personne par mois est de 14,19 \$US par mois, soit environ 170,28 \$US par an par personne en 2018.

D'après l'étude de Kilcher (2018)³⁰, les individus et les ménages consacrent entre **2% à 15%** de leur revenu pour les dépenses de santé selon le quartile de revenu des ménages. Ainsi, les individus consacreront entre **3,41 \$US et 25,54 \$US par an par personne en 2018**.

Le tableau 9 indique la capacité à payer des ménages et montant total à combler pour couvrir les coûts directs et indirects des prestations de soins. Avec 5% de dépenses consacrées à la santé, entre 71,6% et 78,7% des coûts de soins directs restent à combler.

Pour terminer, il est important de noter qu'en vue de prévision, ces montants progresseront chaque année avec le taux d'inflation de l'économie de la province du Nord-Kivu.



IX- Conclusion

L'objectif principal de ce mandat à travers les missions effectuées étaient d'étudier la faisabilité sur l'opérationnalisation de la loi nationale et l'édit provincial sur l'assurance maladie et les mutuelles de santé au Nord-Kivu en vue de mettre en place un système d'assurance maladie obligatoire dans la province du Nord-Kivu. Bien que prévu au départ en trois missions terrain, les deux premières missions permettent de tirer des leçons et de formuler quelques recommandations. Ces dernières pourraient alimenter l'équipe de travail sur la mise en place des mesures d'application de la loi nationale sur les principes de la mutualité en RDC. Les vingt-cinq (25) mesures suivantes pour l'implantation d'une Régie Provinciale d'Assurance Maladie (RPAM) doivent être considérées :

1. Vulgariser la loi nationale et faire de la sensibilisation des populations afin d'inculquer la culture mutualiste : Commencer par les hauts responsables, parlementaires, hauts cadres vers la population ;
2. Renforcer la qualité de l'offre de soins (prérogative du ministère de la santé);
3. Impliquer tous les ministères car la santé est intersectorielle et ne relève pas seulement de la santé et du ministère de la santé ;
4. Renforcer les expertises existantes et travailler en collaboration (POMUCO, RNMA, EUP-FASS, mutuelles de santé, ministère de la santé pour renforcer l'offre, organisme d'accréditation, FOSA, Pharmacies, etc.) ;
5. Réorienter et canaliser des fonds nationaux et provinciaux existant dans des bons créneaux pour la santé des populations
6. Définir et reverser un pourcentage des taxes existants vers les différentes branches ou division de la RPAM ;
7. Mettre en place des mécanismes d'obligations indirectes tant au niveau national que provincial ;
8. Mettre sur pied des mécanismes de financements innovants tant au niveau national que provincial ;
9. Définir les clés de répartition des fonds nationaux vers les provinces en tenant compte de la démographie, richesse de la province, de l'utilisation des services et de l'état de santé des populations ;
10. Associer les partenaires dans le financement des différentes branches et divisions selon leur degré d'expertise ;
11. S'assurer du respect des engagements du gouvernement national et du gouvernement provincial dans le paiement de leur contribution et subvention ;
12. Assurer une gestion transparente des fonds des financements et mettre en place des sanctions sévères ;
13. Mettre en place des mesures d'encadrement des mutuelles de santé ;
14. Mettre en place un mécanisme de collaboration entre les mutuelles, et exiger qu'elles relèvent automatiquement d'une branche ou divisions de la RPAM selon leur cible ;
15. Signer des accords de collaboration entre les mutuelles, la POMUCO, l'EUP-FASS, le Ministère de la santé afin de mieux clarifier les rôles et travailler en synergie ;
16. Renforcer la collaboration entre les ministères impliquées dans le processus de mise en œuvre de l'assurance maladie sous la tutelle du ministère de la prévoyance sociale ;
17. Mettre en place un mécanisme de collaboration entre les RPAM (26 au total) afin de mutualiser les forces et assurer la santé des populations sur l'ensemble du territoire national (quelque soit l'endroit où la personne se trouvera sur le territoire national);
18. Aller vers une informatisation du système des mutuelles par des structures externes de sous-traitance afin non seulement d'avoir des cartes informatisées biométriques mais aussi assurer un contrôle des fraudes et un suivi du risque ;
19. Faire accréditer les FOSA et pharmacies par une ou des structures externes de sous-traitance ;



20. Faire un dialogue politique franc et collaboratif avec les décideurs (afin de discuter sur le respect de leur engagement) ;
21. Tendre vers un système obligatoire progressif (dans le temps) et généralisé d'adhésion à une mutuelle de santé (se fixer un délai vers lequel on aura une obligation totale dans tous les secteurs d'activité) ;
22. Commencer progressivement via des projets pilotes dans les provinces, comme celle actuelle dans la province du Nord-Kivu. Renforcer de telle initiative afin de terminer compte des particularités des provinces ;
 - 23. En termes de particularités, estimer les coûts des soins directs à couvrir en tenant compte de la fréquentation des services de santé, des coûts de prestations de soins dans les centres de santé et dans les hôpitaux. Au Nord-Kivu, ces coûts pourraient atteindre 356 468 600\$.
 - 24. Connaître les capacités à payer des ménages dans les provinces. Au Nord-Kivu, les ménages peuvent payer seulement moins de 21% des soins directs;
25. Faire des ateliers délibératifs avec des groupes d'acteurs nationaux, provinciaux, bailleurs de fonds, société civile pour définir ensemble une feuille de route pour l'implantation d'une Régie Provinciale d'Assurance Maladie se s'appuyant sur l'ensembles de résultats obtenus.



Références bibliographiques

1. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité & Ministère de la santé. Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014). MEASURE DHS, ICF International Rockville, Maryland, U.S.A. Septembre 20142014.
2. ULB Coopération. Enquête sur l'itinéraire thérapeutique de la patientèle dans la ville de Goma2017.
3. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP), ICF International. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International. 2014.
4. Evans DB, Hsu J, Boerma T. Couverture sanitaire universelle et accès universel. Bull World Health Organ 2013;91:546 – A
5. ULB-Coopération. Enquête sur l'itinéraire thérapeutique de la patientèle dans la ville de Goma. PADISS2017.
6. Institut de Médecine Tropicale. Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle: Coopération Belge pour le Développement; 2016.
7. Gouvernement du Congo. Loi 18/038 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. In: République CdPdl, ed. Journal Officiel du 31 décembre 20182018.
8. Lamarche PA. Le système de financement des soins de santé au Québec: miroir ou mirage des valeurs collectives? . PUM, Montréal, : Université de Montréal; 2008.
9. Evans RG. Financing health care: Taxation and alternatives. University of British Columbia2000.
10. Evans RG. Lever les fonds : options, conséquences et objectifs pour le financement des soins de santé au Canada. Ottawa, imprimerie de la Reine2002.
11. Tchouaket Nguemeleu Éric. Influence du financement sur la performance des systèmes de soins Faculté de Médecine: Université de Montréal 2011.
12. Mubalama Zibona J.C. Réflexion sur le système d'Assurance Maladie Obligatoire dans la province du Nord-Kivu (AMO/NK). ULB-Coopération & Oxfam-Novib2016.
13. Kabeya M.K. Les préalables à la mise en place d'un système d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dans la province du Nord Kivu, RD Congo. Contrat de consultance. ULB-Coopération & Oxfam-Novib. Décembre 20162016.
14. Gouvernement du Congo. Loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité. Loi organique N° 17/002 du 08 février 2017. Journal Officiel. Kinshasa2017.
15. Assemblée provinciale du Nord Kivu. Édit 003/2018 du 09/07/2018 portant promotion des soins de santé primaires par les mutuelles de santé en province du Nord-Kivu. Juillet 2018. . Nord Kivu. RD Congo: Assemblée provinciale du Nord Kivu; 2018.
16. Baglione Q. Étude des coûts des soins à visée tarifaire à l'hôpital provincial du Nord-Kivu. Goma, Nord Kivu, RD Congo. : ULB-Coopération. Juillet 2018; 2018.
17. Batchabi A. D. Atelier national de consensus sur l'architecture et le paquet de soins et services de santé de la CSU : Notion d'architecture de la Couverture Sanitaire Universelle. Bureau International du Travail. Organisation International du Travail. Kinshasa, 06 au 08 juin 20172017.
18. Division Provinciale de la Santé. Plan d'action opérationnel consolidé de la Division provinciale de la santé pour 2019. Nord-Kivu, RD Congo, Version actualisée Octobre 2018, alignée au PNDS 2019-20222018.
19. EUROPE Ltd / ECORYS. Mission d'appui à la planification du Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en RDC (PRO DS). EUROPEAID/132633/C/SER/MULTI Lot N°8 – Santé : DBP : 2016/379087 – Version 1. Rapport Provisoire. Volet 2 : Étude de faisabilité. Juin 20172017.



20. Forest A. Appui au cadrage de la stratégie d'accréditation des services de santé du Nord Kivu ULB Coopération, PADISS2018.
21. Gouvernement du Congo. Décret 13/007 du 23 jan 2013 fixant les statuts d'un établissement public dénommé « Fonds National de Promotion et de service social », en sigle « F.N.P.S.S ». . In: 2013. PKRCJ, ed.2013.
22. Gouvernement du Congo. Document de Stratégie Nationale de Protection Sociale. Volume 2. « Notre » Protection Sociale. . In: sociales Mda, ed. Kinshasa. RD Congo. Décembre 20162016.
23. Gouvernement du Congo. Politique Nationale de Protection Sociale. « Notre » Protection Sociale In: sociales Mda, ed. Kinshasa. RD Congo. Décembre 20162016.
24. Gouvernement du Congo. Plan de Mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Protection Sociale. « Notre » Protection Sociale. Kinshasa. RD Congo. Juillet 2017 2017.
25. Gouvernement provincial du Nord Kivu. Arrêté provincial 01/141/CAB/GP-NK/2018 du 25 août 2018 portant création, organisation et fonctionnement de la commission provinciale de coordination des mutuelles de santé en province du Nord-Kivu2018.
26. GREGA P. Évaluation finale du projet d'appui institutionnel au CGAT dans le processus de structuration des mouvements mutualistes en réseaux dans les provinces de Kinshasa, de l'Équateur et du Bas-Congo. Rapport final. Medicus Mundi Navarra-Aragon-Madrid. Mai 2017. Belgique2017.
27. Institut National de la Statistique Nord-Kivu. Enquête sur l'itinéraire thérapeutique de la patientèle dans la Ville de Goma. ULB-Coopération. Nord Kivu. RD Congo2017.
28. Journal Officiel de la République Démocratique du Congo. Loi 16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale. 57e année. Numéro Spécial. 28 juillet 20162016.
29. Journal Officiel de la République Démocratique du Congo. Loi 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. 1ère partie. Numéro Spécial. 31 décembre 20182018.
30. Kilcher F. Enquête socio-économique d'évaluation de la capacité à payer par les usagers et usagères des services de santé dans les zones de santé de Rutshuru et Goma. ULB-Coopération. Nord Kivu. RD Congo2018.
31. MINETPS. Note de service 22/M.E/TEPS/SGPS/Tbel/842/2018 du 27 Novembre 2018. Secrétariat Général de la Prévoyance Sociale. Kinshasa. RD Congo: Ministère de l'emploi, travail et prévoyance sociale; 2018.
32. Ministère de la Santé. Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle. Août 2018. Kinshasa. RD Congo2018.
33. Ministère de la santé. Situation des mutuelles de santé de Kinshasa, Kongo Central et Nord-Kivu de Janvier à Décembre de l'année 2018. Fiche synthèse annuelle-mutuelle de santé. Annexe au rapport annuel2018.
34. Ministère de la Santé. Stratégie de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle en RDC. Avril 2018. Kinshasa. RD Congo.2018.
35. Ministère de la Santé. Stratégie de financement de la santé: Février 2017. Kinshasa. RD Congo; 2018.
36. Ministère de la Santé du Nord Kivu. Note sur la modification des tarifs dans les CS et HG. Juillet 20162016.
37. Ministère de la Santé Publique. Plan national de développement sanitaire 2016-2020. Vers la couverture sanitaire universelle. Ministère de la santé de la RDC. Kinshasa. 97p2016.
38. Mufwankolo M.D. Étude sur l'examen de l'expérience de la DRC avec les principaux mécanismes d'assurance sante à affiliation volontaire (« mutuelles ») à but non-lucratif pour permettre l'accès aux services de soins de santé. Banque Mondiale, projet de renforcement des systèmes pour le développement humain « PRSDHU » – DON IDA NO H9360-ZR. Cellule d'exécution des financements en faveur des états fragiles « CFEF ». Damien Revault. SWISS TPH. Rapport final, décembre 2017: Banque Mondiale; 2017.



39. OIT. Recommandation 204 de la International Labour Conference. In: Travail Old, editor. Conférence internationale du Travail; 2015; Genève. 12 juin 2015.
40. OIT. Travailler pour bâtir un avenir meilleur. Commission mondiale sur l'avenir du travail. Organisation Internationale du Travail. Genève, Bureau international du Travail, 20192019.
41. POMUCO. Journées de travail sur la réflexion de la société civile au processus d'élaboration des mesures d'application de la loi n° 17/002 du 08 février déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité. Kinshasa, du 19 au 2018. Rapport des travaux: Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de Santé du Congo; 2018.
42. POMUCO. Rapport de l'atelier préparatoire de la société civile aux travaux de la commission ministérielle chargée d'élaborer les mesures d'application de la loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité. CEPAS, du 08 au 10 octobre 2018.: Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de Santé du Congo 2018.
43. POMUCO - MINETPS. Protocole de collaboration. . Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de Santé du Congo, Ministère de l'emploi du Travail et de la Prévoyance Sociale. 11 octobre 20182018.
44. Réseaux multi acteurs de protection sociale. Déclaration de Principe de Kabgayi pour le Travail décent et la Protection sociale au Burundi, au Rwanda et en République Démocratique du Congo. In: Syndicats M, micro finance, société civile, editor. Atelier sous-régional (Région des Grands Lacs) sur la dynamique des réseaux dans le contexte de la Protection sociale Kabgayi, 15-19 octobre 2018 2018.
45. RNMA. Réseau National Multi-Acteurs en République Démocratique du Congo. In: APUKIN-POMUCO-RNMA, ed.2018.
46. Secrétariat général des affaires sociales et solidarité Nationale. Manuel de protection sociale non contributive. Mai 2016. Kinshasa. RD Congo.: Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale. UNICEF.; 2016.
47. Solidarité Mondiale. Ensemble et debout : Les chemins de la protection sociale en Afrique. Fédération Wallonie-Bruxelles2018.
48. ULB Coopération. BUSISE SPÉCIAL 2017. Rapport narratif - An 2. 2017.
49. Waelkens M-P. Étude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. I. Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique. La Coopération Belge au développement. Mi-octobre 20162016.
50. <https://www.r4d.org/projects/domestic-resource-mobilization-health-workshops-hfg/>.
51. https://afro.who.int/sites/default/files/2017-12/WHO_Report_AFRO_20_small.pdf.
52. <http://www.worldbank.org/en/topic/governance/brief/domestic-resource-mobilization>.



Tableaux

Tableau 1 : Liste des documents consultés

Documents^{1,2,7,13-49}

1.	Assemblée provinciale du Nord Kivu (2018). Édit 003/2018 du 09/07/2018 portant promotion des soins de santé primaires par les mutuelles de santé en province du Nord-Kivu. Juillet 2018. Nord Kivu. RD Congo
2.	Batchabi A. D (2017). Atelier national de consensus sur l'architecture et le paquet de soins et services de santé de la CSU : Notion d'architecture de la Couverture Sanitaire Universelle. Bureau International du Travail. Organisation International du Travail. Kinshasa, 06 au 08 juin 2017
3.	Division Provinciale de la Santé (2018). Plan d'action opérationnel consolidé de la Division provinciale de la santé pour 2019. Nord-Kivu, RD Congo, Version actualisée Octobre 2018, alignée au PNDS 2019-2022
4.	EUROPE Ltd / ECORYS (2017). Mission d'appui à la planification du Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en RDC (PRO DS), (EUROPEAID/132633/C/SER/MULTI Lot N°8 – Santé : DBP : 2016/379087 – Version 1). Rapport Provisoire. Volet 2 : Étude de faisabilité. Juin 2017
5.	Frédéric Kilcher (2018). Enquête socio-économique d'évaluation de la capacité à payer par les usagers et usagères des services de santé dans les zones de santé de Rutshuru et Goma. ULB-Coopération. Nord Kivu. RD Congo
6.	Forest, A. (2018). Appui au cadrage de la stratégie d'accréditation des services de santé du Nord Kivu. ULB Coopération, PADISS
7.	Gouvernement provincial du Nord Kivu (2018). Arrêté provincial 01/141/CAB/GP-NK/2018 du 25 août 2018 portant création, organisation et fonctionnement de la commission provinciale de coordination des mutuelles de santé en province du Nord-Kivu
8.	GREGA P. (2017). Évaluation finale du projet d'appui institutionnel au CGAT dans le processus de structuration des mouvements mutualistes en réseaux dans les provinces de Kinshasa, de l'Équateur et du Bas-Congo. Rapport final. Medicus Mundi Navarra-Aragon-Madrid. Mai 2017. Belgique
9.	Institut National de la Statistique Nord-Kivu (2017). Enquête sur l'itinéraire thérapeutique de la patientèle dans la Ville de Goma. ULB-Coopération. Nord Kivu. RD Congo
10.	Journal Officiel de la République Démocratique du Congo. (2016). Loi 16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale. 57e année. Numéro Spécial. 28 juillet 2016
11.	Journal Officiel de la République Démocratique du Congo. (2018). Loi 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. 1ère partie. Numéro Spécial. 31 décembre 2018
12.	Kabeya M.K. (2016). Les préalables à la mise en place d'un système d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dans la province du Nord Kivu, RD Congo. Contrat de consultation. ULB-Coopération & Oxfam-Novib. Décembre 2016
13.	Ministère de la Santé (2018). Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle. Août 2018. Kinshasa. RD Congo
14.	Ministère de la santé (2018). Situation des mutuelles de santé de Kinshasa, Kongo Central et Nord-Kivu de Janvier à Décembre de l'année 2018. Fiche synthèse annuelle-mutuelle de santé. Annexe au rapport annuel
15.	Ministère de la Santé (2018). Stratégie de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle en RDC. Avril 2018. Kinshasa. RD Congo.
16.	Ministère de la Santé (2018). Stratégie de financement de la santé. Février 2017. Kinshasa. RD Congo
17.	Ministère de la Santé Publique (2016). Plan national de développement sanitaire 2016-2020. Vers la couverture sanitaire universelle. Ministère de la santé de la RDC. Kinshasa. 97p
18.	Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité & Ministère de la santé. Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014). MEASURE DHS, ICF International Rockville, Maryland, U.S.A. Septembre 2014
19.	Ministère du travail, emploi et prévoyance (2018). Note de service 22/M.E/TEPS/SGPS/Tbel/842/2018 du 27 Novembre 2018. Secrétariat Général de la Prévoyance Sociale. Kinshasa. RD Congo
20.	Mubalama Zibona J.C. (2016) Réflexion sur le système d'Assurance Maladie Obligatoire dans la province du Nord-Kivu (AMO/NK). ULB-Coopération & Oxfam-Novib.
21.	Mufwankolo M.D. (2017). Étude sur l'examen de l'expérience de la DRC avec les principaux mécanismes d'assurance sante à affiliation volontaire (« mutuelles ») à but non-lucratif pour permettre l'accès aux services de soins de santé. Banque Mondiale, projet de renforcement des systèmes pour le développement humain « PRSDHU » – DON IDA NO H9360-ZR. Cellule d'exécution des financements en faveur des états fragiles « CFEF ». Damien Revault. SWISS TPH. Rapport final, décembre 2017



22.	Note sur la modification des tarifs dans les CS et HGR. Juillet 2016
23.	OIT (2015). Recommandation 204 de la International Labour Conference- Conférence internationale du Travail. Genève. 12 juin 2015
24.	OIT (2019). <i>Travailler pour bâtir un avenir meilleur</i> . Commission mondiale sur l'avenir du travail. Organisation Internationale du Travail. Genève, Bureau international du Travail, 2019
25.	POMUCO - ETPS (2018). Protocole de collaboration. Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de Santé du Congo- Ministère de l'emploi du Travail et de la Prévoyance Sociale. 11 octobre 2018
26.	POMUCO (2018). Journées de travail sur la réflexion de la société civile au processus d'élaboration des mesures d'application de la loi n° 17/002 du 08 février déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité. Kinshasa, du 19 au 2018. Rapport des travaux
27.	POMUCO (2018). Rapport de l'atelier préparatoire de la société civile aux travaux de la commission ministérielle chargée d'élaborer les mesures d'application de la loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité. CEPAS, du 08 au 10 octobre 2018. Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de Santé du Congo
28.	Quentin Baglione (2018). Étude des coûts des soins à visée tarifaire à l'hôpital provincial du Nord-Kivu, Goma, Nord Kivu, RD Congo. ULB-Coopération. Juillet 2018
29.	RD Congo (2013). Décret 13/007 du 23 jan 2013 fixant les statuts d'un établissement public dénommé « Fonds National de Promotion et de service social », en sigle « F.N.P.S.S ». Primature. Kinshasa. RD Congo. Janvier 2013.
30.	RD Congo (2016). Document de Stratégie Nationale de Protection Sociale. Volume 2. « Notre » Protection Sociale. Kinshasa. RD Congo. Décembre 2016
31.	RD Congo (2016). Politique Nationale de Protection Sociale. « Notre » Protection Sociale. Kinshasa. RD Congo. Décembre 2016
32.	RD Congo (2017). Loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité. Loi organique N° 17/002 du 08 février 2017. Journal Officiel
33.	RD Congo (2017). Plan de Mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Protection Sociale. « Notre » Protection Sociale. Kinshasa. RD Congo. Juillet 2017
34.	RD Congo. (2018). Loi 18/038 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. Journal Officiel du 31 décembre 2018. Cabinet du Président de la République. Journal Officiel du 31 décembre 2018
35.	Réseaux multi acteurs de protection sociale (2018). Déclaration de Principe de Kabgayi pour le Travail décent et la Protection sociale au Burundi, au Rwanda et en République Démocratique du Congo. Syndicats, Mutualistes, micro finance, société civile. Atelier sous-régional (Région des Grands Lacs) sur la dynamique des réseaux dans le contexte de la Protection sociale Kabgayi, 15-19 octobre 2018
36.	RNMA (2018). Réseau National Multi-Acteurs en République Démocratique du Congo. APUKIN-POMUCO-RNMA
37.	Secrétariat général des affaires sociales et solidarité Nationale (2016). Manuel de protection sociale non contributive. Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale. UNICEF. Mai 2016. Kinshasa. RD Congo.
38.	Solidarité Mondiale (2018). Ensemble et debout : Les chemins de la protection sociale en Afrique. Fédération Wallonie-Bruxelles
39.	ULB Coopération (2017). BUSISE SPÉCIAL 2017. Rapport narratif - An 2. Projet d'appui au développement intégré du système de santé du Nord-Kivu (PADISS). Annexe 8
40.	ULB-Coopération. Enquête sur l'itinéraire thérapeutique de la patientèle dans la ville de Goma. PADISS2017.
41.	Waelkens M-P. (2016). Étude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique. La Coopération Belge au développement. Mi-octobre 2016.

**Tableau 2 : Rôles et contributions pour la mise en œuvre des acteurs**

Acteurs	Rôles et contributions pour la mise en œuvre	
	Leurs rôles dans la mise en œuvre	Leurs contributions dans la mise en œuvre
Association des travailleurs du secteur informel	Mobilisation et sensibilisation des membres de l'association AC CO	
Bailleurs de fonds- Cordaid		ONG Néerlandaise qui a financé les travaux d'élaboration de l'édit provincial via l'ONG AHUSADEC, Finance l'accompagnement de la mise en œuvre l'assurance maladie et la CSU via des ateliers de réflexion sur la mise en œuvre de l'édit
Bailleurs de fonds- OMS	Apporte un appui technique surtout pour la mise en place de l'assurance maladie obligatoire, Conseiller technique du Ministère, conseil les députés et décideurs politiques	Appui technique au Ministère, Aider le gouvernement à faire un plaidoyer fort pour accéder au financement et mobiliser les fonds internes et externes (Bailleurs de fonds)
Caisse de solidarité sociale	Sensibiliser les membres médecins	Mettre un accent sur l'assurance maladie et de l'existence d'une caisse, sensibiliser à la culture mutualiste, offrir des soins de qualité
	Identifier et Sensibiliser les organismes du secteur privé au respect de la loi et du code de travail. Travailler de près avec une caisse d'assurance maladie	Mettre un accent sur l'assurance maladie et de l'existence d'une caisse, sensibiliser à la culture mutualiste
Centre de santé/ hôpital	Sensibiliser les patients qui viennent dans le centre, sensibiliser le personnel de santé	Administrer des soins de bonne qualité, dans un bon environnement
		Mettre un accent sur l'assurance maladie et de l'existence d'une caisse, sensibiliser à la culture mutualiste, offrir des soins de qualité
		Travailler avec le niveau central, les députés, les autres acteurs pour définir un cadre budgétaire intégrant l'assurance maladie
Division du budget	Sensibiliser les agents de la division du budget, mettre en accent sur l'assurance maladie dans l'édit budgétaire	Travailler avec les AVEC (Association villageoise d'épargne et crédit) pour mettre un accent sur l'assurance maladie
Division du genre, de la famille et de l'enfant	Sensibiliser les agents de la division, les femmes, et les familles via la Maison de la femme	Mettre un accent sur l'assurance maladie et de l'existence d'une caisse, sensibiliser à la culture mutualiste via l'éducation à la santé
DPS-NK	S'assurer de la mise en œuvre de la loi, sensibiliser le personnel de santé, et toute la population	Apporter une expertise technique au niveau des stratégies de mobilisations des associations (secteur formel et informel surtout)
DRG-NK	Sensibiliser les associations via les dialogues "assurantiers" avec les leaders d'une part, et les membres d'autres part	Soutenir la mise en œuvre et les impliquer dans la définition des financements innovants
FEC	Sensibiliser les membres opérateurs économiques de la Fédération des Entreprises du Congo	Travailler avec le niveau central pour faciliter le recouvrement des coûts 10%; interpeler le syndicat de la fonction publique et l'intersyndical
Fonction publique	Identifier et Sensibiliser les fonctionnaires et agents de l'état	Renforcer l'offre de soins, appui à la demande pour faciliter l'accès aux soins, appui institutionnel avec des fonds de bailleurs (environ 180 millions de dollars en 5 ans)
Gestionnaire de fonds	Programme de renforcement de la l'offre et d'accès aux soins de santé (PRO DS)	Achat de prestations dans les projets, Vérifications qualitatives et quantitatives des factures, Subventions des prestations (Joue le rôle de tiers payant dans le projet de l'UE pour 19,5 millions d'Euros pour 47 mois)



	Canalisation des fonds, travail directement avec un organisme d'accréditation des structures sanitaires et des pharmacies, réalise des enquêtes de satisfaction de la clientèle	Fournir les médicaments aux structures sélectionnées, Travailler avec les tradipraticiens, Faire du marketing
	Association d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels	Faire signer des arrêtés ministériels
Ministre de la santé	Respect de l'ODD3, Vulgariser la loi et l'édit provincial qui met un garde-fou, Encourage la population à adhérer à des mutuelles selon la stratification de la couche sociale de la population	Contribution à la prise en charge des soins médicaux via l'effet d'entraide et de solidarité (effet groupe)
Mutuelle de santé	Mutuelles de santé	Contribution à la prise en charge des soins médicaux via l'effet d'entraide et de solidarité (effet groupe) Avec le financement de l'ONG CORDAID, les années à venir, AHUSADEC devra : Vulgariser l'édit, sensibiliser la population, Faire des lobbying et plaidoyer auprès d'autres partenaires pour mobiliser les fonds pour alimenter le fonds provincial des mutuelles, Faire du lobbying international, Faire en sorte que les structures bénéficiaires aient des mutuelles fonctionnelles
ONG	Soins de santé primaire + Lobbying et plaidoyer auprès du gouvernement provincial pour les accompagner dans le processus de l'élaboration de l'édit provincial	Assurance qualité et accréditation, Mettre en place un modèle d'assainissement en douceur (sans brutalité) à l'aide des fiches d'accréditation en termes de : contrôle de qualité + condition de conservation + Source d'approvisionnement
Ordre professionnel	Assurer l'indépendance des pharmaciens et surtout l'assurance qualité, sensibilisation des membres, sensibilisation de la population via les officines	Assurer l'assurance qualité, sensibilisation des membres, sensibilisation de la population via les centres de santé et les hôpitaux
	Sensibiliser les infirmiers et infirmières	Assurer l'assurance qualité, sensibilisation des membres, sensibilisation de la population via les centres de santé et les hôpitaux
	Sensibiliser les médecins à l'assurance maladie	Promotion de la culture mutualiste au sein de la population, accompagnement des nouvelles mutuelles, développement de nouvelles mutuelles
Organisme d'accompagnement des mutuelles de santé	Accompagnement administratif, technique et financier des mutuelles	Mettre en place une loi ou un règlement encadrant l'édit et assurant sa mise en œuvre effective, Voter dans l'édit budgétaire des lignes pour le financement de l'assurance maladie
Parlementaires	Voix du peuple, Sensibiliser tous les députés, sensibiliser la population dans leur circonscription	Travaille beaucoup avec les associations et d'autres comités de société civiles (agriculture, éducation, santé, etc.)
Société Civile Santé	Monitorage de la population autrement dit Identification avec la population des problèmes de santé de la population, dans les structures de santé et dans les villages;	Sensibiliser les membres et les employeurs
Syndicat	Défendre les droits des travailleurs, Sensibiliser les membres sur les relations de travail, et Sensibiliser les travailleurs pour bien faire leur travail	Sensibilisation des syndicats et les associations via l'intersyndical
	Défendre les droits des travailleurs formels et informels, Encadre les associations pour une organisation crédible, Gestion des fonds des associations (réculte des fonds + Recouvrement des coûts)	

**Tableau 3 : Personnes interviewées, dates et durées dans la province du Nord-Kivu du 8 au 18 octobre 2018**

Date		Période de la journée	Personnes interviewées	Fonctions	Durée de l'entretien en minutes	Personnes rencontrées
Lundi	18-10-08	Matinée	Dr Simbi	Gestionnaire du projet PRO DS	60	1
		Après midi	Dr Janvier Kubuya	Chef de Division Provinciale de la santé du Nord Kivu	100	1
Mardi	18-10-08	Matinée	Mme Sylvie Kabuya	Coordonnatrice du Centre de Gestion des risques et d'Accompagnement Technique des mutuelles de santé (CGAT)	80	1
		Matinée	M. Guillaume Kasereka	Directeur de l'EUP-FASS (Fonds d'Achat des Services de Santé du Nord-Kivu)	90	1
		Après midi	Mme Jeannine et Mme Adèle	Gestionnaire et PCA de la mutuelle Kingo La Afia	60	2
		Après midi	Abbé Eustache, Abbé Jean Marie, Mr Ferdinand	Responsables de la mutuelle de Santé Saint Raphaël (MUSSRA), Secrétaire de la mutuelle MUSSRA	90	3
Mercredi	18-10-10	Matinée	M. Frédéric Macirico et M. Emmanuel Bitangalo	Président du CA et Secrétaire Exécutif permanent de la Société Civile Santé	80	2
		Matinée	Dr Martial KambumuKayenga	Ministère de la santé, de la fonction publique, et de la prévoyance sociale de la province du Nord-Ku	70	1
		Après midi	Dr Jules Kafitiye, Dr Maurice Masoda, Dr Ange-Rose Valimamdi, Dr Albert Serugendo, Dr Sosthène Vuvuli Tsongo	Bureau de la Caisse sociale des médecins (CASOMED)	75	5
		Après midi	Mr Patrice Kambale Kamwenge	Directeur provincial-OPJ de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS)	75	1
Jeudi	18-10-11	Matinée	M. Bernard	Secrétaire Exécutif provincial urbain du Syncass (Syndicat Congolais des Agents des secteurs de la santé et des agents administratifs)	75	1
		Matinée	Ph. Carlos Bunda, Ph. Safani Vusawahanyo, Ph. Grégoire Birindwa	Président de l'ordre des pharmaciens du Nord-Kivu, Président du Syndicat des pharmaciens du Nord-Kivu, Pharmacien	80	3
		Matinée	Dr Patrick et Dr Ngabi	Directeur provincial de l'OMS section Nord-Kivu et Consultant à l'OMS	50	2
		Après midi	Hon. Mwani Massali Kapupa, Hon. Emery Paluku Kataka, Hon. Sam Kunemutumba, Hon. Abdoul Pilipili, Hon. Désiré Lukumbuka Kyambu, Mme Grace Kavugho Wasukundi	6 Députés de l'assemblée provinciale du Nord-Kivu et membres de la commission permanente socio-culturelle	120	6
Vendredi	18-10-12	Matinée	Dr Jean-Claude Masheka	Coordonnateur provincial de l'ONG AHUSADEC, Nord KIVU	60	1
		Matinée	M. Tchernozen Kambale Lwanga	Secrétaire permanent section Nord Kivu de Union Nationale des Travailleurs du Congo (syndicat UNTC) et Président du comité provincial de l'Intersyndical du Nord Kivu (189 syndicats du Nord Kivu)	90	1
		Matinée	M. Gaston Nyamambichi Lubulu	Directeur de l'Association d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (ASRAMES)	55	1
		Après midi	Mme Lostine Kahindo Katiri et Mme Gisèle Kahindo Katolo	Secrétaire permanente de l'ordre des infirmières et infirmiers du Congo, et syndicat des infirmières et infirmiers du bureau provincial de Nord Kivu	55	2
		Après midi	Synthèse avec l'équipe des assistants techniques de l'ULB Coopération			
Samedi	18-10-13	Matinée	Dr Barry et Dr Josée Kayumba	Président et trésorier du comité provincial de l'ordre des médecins du Nord Kivu	80	2
		Après midi	M. Kasongo Shomari	Président de l'AC CO (Association des Chauffeurs du Congo) ville Urbain	60	1



Dimanche	18-10-14	Matinée	M. Tchernozen Kamgale Lwanga	Secrétaire permanent section Nord Kivu de Union Nationale des Travailleurs du Congo (syndicat UNTC) et Président du comité provincial de l'Intersyndical du Nord Kivu (189 syndicats du Nord Kivu)		
		Après midi				
Lundi	18-10-15	Matinée	Mme Odile Kakurusi Visogho et M. Jules Kasereka	Chef de Division et Chef de bureau de la division de la fonction publique du personnel actif du Nord Kivu	80	2
		Matinée	M. Christophe Lukonge Luhembo et M. Jean emmanuel Wasakundi Nziapanda	Chef de division et coordonnateur-délégué provincial de la Division des finances du Nord Kivu	60	2
		Après midi	Sœur Anastasie, sœur Odile et M. Emmanuel	Centre de santé de référence (CSR) CARMEL	60	3
		Après midi	Mme Marie-thérèse Sebagenzi, Mme Valérie, et M. Julien Nkuba	Chef de division, Coordonnatrice de la Maison des femmes, chef de bureau de Coopération de la division du genre, de la famille et de l'enfant	120	3
Mardi	18-10-16	Matinée	M. Fabrice Kambale Valivambere (DGA), M. Alexandre Munyakari Biregeya, M. Innocent Safari Kanyamuhanda, M. Marcel Balingene, M. Sadiki Kamera, Mme Madeleine Kabuo Ngamuhabyaki	Direction générale des recettes (DRG-NK)	40	6
		Matinée	M. Franck Ndachetere	Responsable du Centre de Santé Himbi	75	1
		Après midi	M. Jacques Sabuni	Chef de Division provinciale du budget	55	1
Mercredi	18-10-17	Matinée	M. Berkys Rwamo Chirimwani (Vice Président) et Bernard Sikavyaholo Mbasa (Chef de la Direction Provinciale)	Fédération des Entreprises du Congo, Province du Nord-Kivu	60	2
		Matinée	Dr Matata Sébastien	Médecin-Directeur de l'hôpital Provincial du Nord-Kivu	30	1
		Après midi	Dr Jean Claude Rumbaka Wema	Responsable JS3 NK et Conseiller Technique JS3, Cordaid	30	1
		Après midi	Synthèse avec l'équipe des assistants techniques de l'ULB Coopération			
Jeudi	18-10-18	Matinée	Rencontre de synthèse et restitution des résultats de la mission 1 à la DPS-NK (Groupe de travail financement) à Goma			
Par email				Mutuelle de solidarité et de la santé (MUSOSA) de Butembo		
Par email				Mutuelle de santé Notre Vie de Goma		
Ensemble			30 entretiens en personnes		70,5	63

**Tableau 4 : Personnes interviewées, dates et durées à Kinshasa du 25 février au 9 mars 2019**

Rencontre	Date	Période de la journée	Personnes interviewées	Institutions/Fonctions	Durée de l'entretien en minutes	Personnes rencontrées
1	25 fev 2019	Après midi	Dr Dominique Baabo Kubuya	Coordonnateur National Projet de Développement du Système de santé (PDSS)	30	1
2	25 fev 2019	Après midi	Mayi Lumeka Gilbert et Théophile Mutionji Bayeye	Cellule de mise en œuvre de la réforme de l'administration publique (CMRAP)	70	2
3	26 fev 2019	Avant midi	Dr Alain Mboko Iyeti	Directeur d'études et planification du Ministère de la Santé Publique	60	1
4	26 fev 2019	Avant midi	Dr Raphaël Nouna, Dr Ruth Kakese Fatuma	Direction d'études et planification du Ministère de la Santé Publique	60	2
5	26 fev 2019	Avant midi	Dr Irène Sadiola; Dr Huguette Chika; et M. Luc Dusoulér	Centre de Gestion des risques et d'Accompagnement Technique des mutuelles de santé (CGAT)	70	3
6	26 fev 2019	Après midi	Ntambwe Luboya (Akim)	Direction du Budget	60	1
7	27 fev 2019	Avant midi	Dr Mole Atshin'akor Delaurent, un Economiste de la santé, un statisticien	Programme National de promotion de mutuelle de santé (PNPMS)	90	3
8	27 fev 2019	Avant midi	Sassé Dieudonné et Cécile Ombilingo	Comité d'orientation de la réforme des finances publiques (COREF)	80	2
9	27 fev 2019 et 07 mars 2019	Après midi	Dr Anatole Mangala (2 rencontres de 3,5 heures)	Solidarité Mondiale	210	1
10	28 fev 2019	Après midi	Dr Guy Mbenza et Dr Yekoladio Mampuya Didier	Association des Diabétiques	50	2
11	28 fev 2019	Après midi	Dr Jocelyne Nkongolo et M. Rémy Nkanu	Mutuelle des Enseignants de l'enseignement primaire, secondaire et professionnelle (MESP abs)	80	2
12	01-mars-19	Avant midi	Jules Bisiwala	Directeur d'études et planification du ministère des Affaires Sociales	80	1
13	04-mars-19	Avant midi	Kashangi Chiruba Freddy, Mme Feza	Directeur d'études et planification du Secrétariat Générale à la Prévoyance sociale	70	2
14	05-mars-19	Avant midi	Dr Urbain Menase	Coopération du Développement de l'Ambassade du Royaume de Belgique	80	1
15	06-mars-19	Avant midi	Dr Tonye Byamungu	UNICEF via Skype	50	1
16	06-mars-19	Avant midi	Jacques Mafuala Ndala (PCA)	Mutuelle de santé de Kinshasa (MUSAK)	45	1
17	06-mars-19	Avant midi	Laurent Tchelu Mwenyimali (SG), Bibi Mitanta, Shabani Sumaili, Raymond Bongme (Directeur)	SG du Ministère de la Solidarité et l'Action Humanitaire	80	4
18	06-mars-19	Avant midi	Marie Jeanne Bokoko-Balengo	Coopération Canadienne	70	1
19	07-mars-19	Avant midi	Elisabeth Milokwa Kitombela, M. Pigou	Société Nationale d'Assurance SA (SONAS)	40	2
20	07-mars-19	Avant midi	Mme Annia et Mme Anna	Délégation de l'Union Européenne	65	2



21	07-mars-19	Avant midi	Dr Abdoulaye Alassane (coordonnateur de l'AT), 2 autres AT	Assistants Techniques 11e FED/ PRO DS		3
22	08-mars-19	Avant midi	Jean Masasu Lufutu	SG du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité Sociale	60	1
23	09-mars-19	Avant midi	Dr Yuma Sylvain	SG du Ministère la Santé	60	1
24	Tous les jours		Dr Simbi AHADI	Direction d'études et planification du Ministère de la Santé Publique, Gestionnaire des projets FED		1
				Total de personnes rencontrées	70,9	41

**Tableau 5 : Constats et questionnements sur la loi nationale et sa mise en œuvre**

Constats au sujet de la loi nationale	Questionnements sur la mise en œuvre
C1 : Les articles 4, 5, 6, 7, et 73 indique d'une mutuelle vise à regrouper en membres adhérents des personnes de 18 ans et plus . Une mutuelle est une organisation à but non lucratif avec une subrogation de plein droit de ses membres (selon les articles 4, 8 et 11). Aucune précision sur le nombre minimum de membres dans une mutuelle de santé dans loi nationale	Q1 : Combien de personnes peuvent-ils se regrouper pour former une mutuelle ?
C2 : mutuelle de santé est conçue et développée comme une assurance maladie nationale (article 70)	Q2 : Dilemme de définition: La « mutuelle » de la santé est-elle une assurance maladie complémentaire (BIT Step) ou bien une assurance maladie obligatoire (Selon la loi)?
C3 : La loi est basée en grande partie sur le Volontariat cela pose un réel problème pour la Couverture Sanitaire Universelle (article 70 alinéa 2 et article 76)	Q3 : Comment obliger plus de 80% de la population pour une couverture sanitaire universelle lorsque l'assurance maladie est facultative ? (Plusieurs études ont montré que le volontariat ne peut conduire à l'universalité)
C4 : L'atomisation des mutuelles (car aucune obligation de collaboration) conduisent à une complexité dans la gestion, la régulation et le contrôle (conformément aux articles 18 à 25)	Q4 : Pourquoi la loi nationale n'oblige pas les mutuelles à se grouper en unions, les unions à se grouper en fédérations, et les fédérations à se grouper en réunions ? Ne serait-il pas important de définir clairement les modalités de collaboration entre les mutuelles dans la loi ?
C5 : Engagement de l'État à fournir des subventions au prorata des membres (article 71). Absence d'inventaire des fonds nécessaires pour financer les mutuelles de santé des personnes de différents groupes de la population	Q5 : Comment cette proportion est-elle définie ? Quelle est la provenance des fonds des subventions ? N'est-il pas nécessaire d'inventorier tous les fonds possibles et préciser clairement les sources de financement ? Y a-t-il une clé de répartition des fonds ? Si oui, est-elle selon la démographie, l'épidémiologie, l'utilisation des services, etc. ?
C6 : Selon l'article 85, le conseil supérieur des mutuelles comprend un ou des représentants du : ministre de la sécurité sociale ; ministre du travail ; ministre de la santé ; ministre des finances ; ministre du budget ; ministre des affaires sociales ; des mutuelles par province ; des organisations professionnelles d'employeurs (4) ; intersyndical du Congo (4) ; professionnels de santé (3)	Q6 : Pourquoi la composition des commissions provinciales ou le conseil supérieur n'intègrent pas les autres ministères et organisations œuvrant déjà dans l'assurance maladie dans les équipes ? Exemple : Ministère de l'Éducation, Ministère de l'Enseignement Supérieur, Ministère de la Fonction Publique, Ministère des entreprises, CGAT, l'EUP-FASS, etc.
C7 : Aucune précision sur les différents fonds qui alimenteront le Fonds National d'Action Mutualistes (FNAM) (selon l'article 93)	Q7 : Comment sera alimenté le FNAM ? Pourquoi ce fonds se limite-t-il uniquement aux mutuelles au prise avec des difficultés ?
C8 : La loi parle de secteur informel (article 70 alinéa 2 et article 76). Il est non défini , non cerné, assez vague et non précis	Q8 : C'est quoi le secteur informel? Que comprend-t-il?
C9 : Selon l'article 92, le pouvoir central et provincial doivent inciter à l'action mutualiste par des allègements fiscaux et les subventions nécessaires.	Q9 : Comment ? Quel est l'arrimage entre provincial et le national ?
C10 : selon l'article 75 alinéa 2, une mutuelle de santé peut pour le service de ses membres construire, aménager ou équiper toutes espèces d'œuvres médico-sociales telles les institutions d'hospitalisation, de médecine préventive ou curative, les pharmacies.	Q10 : Est-ce le rôle des mutuelles de santé de construire, aménager ou équiper toutes espèces d'œuvres médico-sociales telles les institutions d'hospitalisation, de médecine préventive ou curative, les pharmacies, etc. ?

**Tableau 6 : Constats et questionnements sur la loi l'organisation de la santé publique**

Constats au sujet de la loi cadre de la santé publique	Questionnements sur la mise en œuvre
C11 : Instauration en RDC un système de <u>couverture sanitaire universelle</u> sur l'équité, l'assurance qualité de soins et de protection financière de tous (article 41)	Q11 : Quelles sont les modalités de mise en œuvre concrètes de cette couverture sanitaire universelle?
C12 : Les soins et services offerts via la couverture sanitaire universelle doivent être de qualité à coût accessible (article 41)	Q12 : Comment assurer la qualité des soins et services offerts? Y aurait-il des normes de qualité? Existe-t-il une culture de la qualité et une démarche qualité au sein des établissements de santé?
C13 : Il est créé un Fonds de promotion de la santé pour <u>soutenir le système de santé</u> . Ce fonds est alimenté par les pouvoirs publics et la contribution des communautés, de la solidarité nationale et internationale, les partenaires agréés ainsi que les financements innovants (article 128)	Q3 : Que finance réellement ce fonds : l'offre de soins ? la demande de soins? Ou l'offre et la demande simultanément? C'est quoi les financements innovants (pas de détails, très vague)?
C14 : Il est institué un Fonds de solidarité de santé pour financer la couverture sanitaire universelle . Ce fonds est alimenté par le budget de l'État, les assurances maladie de tout régime, les dons et les legs. L'État peut instituer d'autres taxes contributives au Fonds de solidarité santé (article 129)	Q14 : Comment se fonds va s'arrimer avec le Fonds de promotion de la santé? Quel fonds finance l'autre? Est-ce possible de fixer de nouvelles taxes contributives pour financer la couverture sanitaire universelle? Aurait-il concertation avec les fédérations des entreprises avant d'instaurer ces nouvelles taxes?
C15 : Aucune mention de la loi nationale sur la mutualité dans la loi cadre de la santé publique	Q15 : Quel est l'arrimage entre la loi cadre sur l'organisation de la santé publique et la loi nationale sur la mutualité ?

**Tableau 7 : Sources potentielles de financement d'une AMO d'après les acteurs**

Acteurs	Sources de financement d'une AMO	Rubriques du financement
Au niveau National		
Agents du secteur public	Employés; Subvention du gouvernement national	Retenue à la source (% du salaire); Frais des ordres professionnels et syndicats, Frais médicaux et pharmaceutiques des charges communes; Frais d'entretien des plateaux techniques; Frais des parlementaires et agents de la présidence
Agents du secteur privé	Employés; employeurs	Retenue à la source (% du salaire); contribution des employeurs (entreprises) en frais médicaux; Fonds de Responsabilisation Sociétale des Entreprises (RSE)
Étudiants des institutions universitaires et de cycle supérieur	Étudiants; Universités et instituts de niveau supérieur	Retenue obligatoire sur les frais de scolarité; contribution des institutions universitaires
Élèves des écoles et collèges	Écoles et subventions de l'état	Contribution des écoles en frais médicaux, % des fonds de la SONAS
Populations vulnérables et déplacées	Subvention du gouvernement national; Bailleurs de fonds	Fonds National de Promotion et de Service Social (FNPS); Ligne "Aides et Secours" et "Bienfaisance publique" du budget national; Programmes des filets sociaux (Cash transferts conditionnels); Fonds pour l'humanitaire et solidarité; Bailleurs de fonds (OCHA, PAM, UNICEF, UNOPS, BM, DFID, USAID, Fonds Mondial, Coopération Belge, OMS, Cord aid, etc.)
Population du secteur informel	Associations, Subvention du gouvernement national; Bailleurs de fonds	% des cotisations des membres, Fonds de Contrepartie, Fonds Social de la République, Autres subventions
Tous les acteurs	Mutuelles de santé	Cotisations des membres
Tous les acteurs	Financements innovants et obligations indirectes	Ressources supplémentaires en provenance des contributions additionnelles en lien avec la consommation
Au niveau provincial		
Agents du secteur public	Ordre professionnel	Cotisation des professionnels, associations et des travailleurs du secteur formel public S'assurer que les pharmacies accréditées ont des frais de fonctionnement via des subventions étatiques
Agents du secteur public	DRG-NK	Avoir un dialogue avec la FEC pour les financements innovants, Négocier en les montrant le bienfondé d'une Caisse d'Assurance Maladie, Signer des conventions, Inclure les autorités budgétaires, Utiliser des mécanismes de transfert d'argent tel que Orange Money, Airtel Money, la COPECO (Coopérative d'Épargne et Crédit)
Agents du secteur public / privé	Centre de santé/ hôpital	Toute la population
Agents du secteur privé	FEC	Avoir un dialogue avec la FEC pour les financements innovants
	Entreprises / Associations	Travailler avec les fédérations des entreprises, Avec les associations (mamans vendeuses, motards, etc.), Frais d'investissement des miniers, mettre en place des obligations indirectes (actes de mariage, décès, naissance, écoles, universités, travailler avec la SONAS, etc.)
	Caisse de solidarité sociale/ Centre de santé/ hôpital/ DPS-NK/ Gestionnaire de fonds/ Organisme d'accompagnement des mutuelles de santé/ Parlementaire	Toute la population ainsi que les entreprises et les organisations, mettre en place un financement pour les personnes démunies, prisonniers, enfants de la rue, personnes âgées, et des financements innovants (pourcentage des contributions par les entreprises)
Population du secteur informel	Association des travailleurs du secteur informel	État, entreprises, associations



	Société Civile Santé	Pas de mutuelles possibles sans subvention et financements supplémentaires, mesures d'accompagnement aux mutuelles pour les formalités administratives, fonctionnement et frais de bureau, financement innovant via: Carburant, Télévision, Cigarette, Bière, Environnement
Population du secteur informel /Populations vulnérables et déplacées	Bailleurs de fonds	Bailleurs de fonds- Cordaid
		Travailler aussi avec les autres partenaires UNICEF et FNUAP pour la sensibilisation, Bailleurs de fonds-OMS, Nations Unies
Tous les acteurs	Mutuelle de santé	Cotisation des membres, Avoir d'autres sources de financements innovants: carburants, télécommunications, billets de voyage, environnement, cigarettes, pari foots, etc.
		Mettre en place des financements innovants: carburants, téléphones, pari foots, etc.

**Tableau 8** : Caractéristiques d'un organisme d'assurance maladie selon les acteurs

Regroupement	Cadre de fonctionnement	Cadre de gestion	Cadre de sécurisation des fonds	Cadre de paiement dans les délais raisonnable
Association des travailleurs du secteur informel			Mettre en place un mode de gestion sécuritaire, assurer par un organisme non étatique avec le contrôle des membres	
Bailleurs de fonds- OMS		Associer la population dans la gestion des caisses ou de la caisse (CA, AG, Comité exécutif, etc.); S'assurer de la pérennisation des caisses; S'inspirer des exemples d'ailleurs : Exemple le Rwanda, etc.; Avoir une gestion très transparente et Éviter au maximum les intermédiations jusqu'à la caisse		
Caisse de solidarité sociale			Faire des bons choix de personnes pour gérer les ressources prélevées	
Centre de santé/ hôpital			Mettre en place un mode de gestion sécuritaire, assurer par un organisme non étatique avec le contrôle des membres	
		Peut être confié la caisse à une mission catholique (prêtre dans un diocèse), Peut être confié la caisse à une mission protestante (Évêque dans une église), La CAISSE pourrait même être gérée par une personne extérieure à la RDC		
Division des finances/ budget/ genre, famille et enfance			Faire des bons choix de personnes pour gérer les ressources prélevées, Éviter des paiements en argent comptant	
FEC		Contribuer et apporter son expérience dans la gestion de la Caisse	Établissement non étatique, avec un gestionnaire compétent	
Fonction publique			Faire des bons choix de personnes pour gérer les ressources prélevées, mettre un compte à la Banque Centrale du Congo	
Gestionnaire de fonds			Mettre en place un mode de gestion sécuritaire, assurer par un organisme non étatique avec le contrôle des membres, Créer une Caisse d'assurance Maladie qui est EUP	
		Institution autonome et apolitique, encadrer par un cadre législatif et juridique, doter d'un manuel de procédures afin d'encadrer ses activités, Être capable d'éjecter le gestionnaire sans entacher le fonctionnement de l'organisation	Soumis à des audits et contrôles internes et externes mensuels, trimestriels et annuels, et ceux de façon inopinée; Respecter les exigences des Bailleurs de fonds, Respect des procédures (avoir un manuel clair des procédures), gestionnaire intègre et honnête	
		Établissement d'Utilité Publique (EUP) de droit Congolais; autonomie de gestion (AG, CA, Comité Exécutif, directeur); CA mandat de 3 ans non renouvelable; CE mandat de 1 an renouvelable; Directeur recruté mandat de 3 ans renouvelable selon le rendement de la caisse, Travailler avec un plan stratégique tous les 4-5 ans et un plan opérationnel chaque année	1 audit interne par trimestre, 1 audit externe par an, 1 audit bailleur et partenaire tous les 2 ans (UE et USAID), Des audits inopinés	Politique claire de recouvrement des coûts, Age de créances : 30, 90 et 180 jours, Contractualisation avec les formations sanitaires et pharmacies accrédités



Ministre de la santé	Discuter du nombre des caisses (par exemple : caisses des indigents, etc.), Discuter du mode de gestion des caisses, Mettre en place un partenariat public-privé pour l'ensemble du processus, Accréditation des centres/ formations de santé, Coordonner les mutuelles de santé	Caisse gérée par la population elle-même, Connaître le montant total à gérer par la caisse		
Mutuelle de santé		Bien accompagner la caisse via les structures spécialisées comme la CGAT		
ONG		État (budget provincial des mutuelles), Bailleurs de fonds, Population via les mutuelles, Taxer les produits de la « mort » (financements innovants)		
Parlementaire		Autonome et apolitique, soumis à des audits internes et externes, Information des caisses pour vérifier les adhésions		
Société Civile Santé		Acteur non étatique accepté par l'État (Établissement d'Utilité Publique), Bien négocier avec les Entreprises, Avoir un cadre législatif et juridique qui encadre la caisse, Gérer par la population, Multisectorielle -Gestionnaire recruté sur un mandat de 5 ans non renouvelable car après ce temps, des groupes de « ghettos » se créent (un mandat très long crée des réseaux difficiles à contrôler).		
Syndicat			Avoir un mécanisme de contrôle des fraudes	
			Travailler avec les inspecteurs et les collecteurs de fonds dûment formés, Faire des audits des inspecteurs et collecteurs, Éviter la circulation de l'argent /des liquidités au maximum, Faire transiter l'argent des associations par les banques	Donner des pénalités sévères aux contrôleurs en cas détournement même d'un montant de 1000 francs Congolais (Radiation certaine) : Mettre un règlement financier coriace

**Tableau 9 : Capacité à payer des ménages et montant total à combler pour couvrir les coûts directs et indirects des prestations de soins.**

Revenu médian du ménage est de 105 US/mois (A)	Personnes/ménages : 7,40 (B)									
Pourcentage santé (C)	2%	3%	4%	5%	6%	8%	10%	12%	14%	15%
Revenu santé ménages/Mois (D= A x C)	2,10	3,15	4,20	5,25	6,30	8,40	10,50	12,60	14,70	15,75
Capacité à payer santé/ personne/mois (E = D / B)	0,28	0,43	0,57	0,71	0,85	1,14	1,42	1,70	1,99	2,13
Capacité à payer santé/ personne/an (F = E x 12)	3,41	5,11	6,81	8,51	10,22	13,62	17,03	20,43	23,84	25,54
Capacité totale à payer santé/ personne/an (G= F x 8 911 715)	30 348 002,43	45 522 003,65	60 696 004,86	75 870 006,08	91 044 007,30	121 392 009,73	151 740 012,16	182 088 014,59	212 436 017,03	227 610 018,24
Montant à combler (non couverts) selon le pourcentage de dépense en santé										
Coûts des soins directs des soins à couvrir : de 267 351 450\$ à 356 468 600\$ (I)										
Pourcentage à combler (%) : K = (I - G) / I	88,6 - 91,5	83 - 87,2	77,3 - 83	71,6 - 78,7	65,9 - 74,5	54,6 - 65,9	43,2 - 57,4	31,9 - 48,9	20,5 - 40,4	14,9 - 36,1