



INSTITUTE
OF TROPICAL
MEDICINE
ANTWERP

EXPERIENCE DE LA TARIFICATION FORFAITAIRE SUBSIDIEE DANS LES ZONES DE SANTE DE GOMBE MATADI, KISANTU ET NGIDINGA AU KONGO CENTRAL

Par :

Michel NSOMBI (Administrateur Hôpital Saint Luc de Kisantu)
Dr. Matthieu KASONGO (Conseiller médical MEMISA)
Melky IRONDO (AT administrateur près MUSAKIS/ZS MEMISA)
Dr. Jean-Clovis KALOBU (Conseiller médical MEMISA)
Dr. José MAVUNA N'KETO (Médecin chef de ZS Kisantu)
Innocent MBALA, MSc (Directeur MUSAKIS)
Dr. Daniel VITA (Directeur Médical Hôpital Saint Luc de Kisantu)

Avec l'appui de :

Faustin CHENGE, MD, MPH, PhD et Ghislain BISIMWA, MD, MPH, PhD et l'équipe
de CCSC
(Centre de Connaissance en Santé en RD. Congo)
&
Joris MICHELESEN, PhD et Wim Van DAMME, MD, MPH, PhD
(Institut de Médecine Tropicale à Anvers)

Préface

Savoir pourquoi une situation problématique arrive et comment une intervention a résolu la situation est assez important que savoir si l'intervention a réussi à résoudre la situation. Si on ne comprend pas les conditions, les facilitateurs contextuels et le processus qui produisent les effets positifs ou négatifs, on ne sait pas si l'intervention peut réussir ailleurs (Pawson, 2006). Malheureusement, la plupart des évaluations se situent à la fin d'un projet avec le seul but de montrer les résultats de l'action sans prendre de temps d'analyser de façon critique les déclencheurs et les mécanismes à l'intérieur et à l'extérieur de l'intervention, de documenter ce qui s'est réellement passé au sein de l'intervention (par exemple : les processus, les décisions prises, la dynamique et les capacités au sein de l'équipe, les obstacles et facilitateurs rencontrés ...) et de tirer des enseignements aussi bien des succès que des échecs. Une grande partie des actions, interventions et projets reste non documentée. Souvent, ceux qui travaillent « sur le terrain » ont connaissance des savoirs, mais n'ont pas le temps ou le réflexe de les noter et partager plus largement. Alors ils restent invisibles aux collègues, aux personnes qui rejoignent le projet à un stade ultérieur, ou qui travaillent dans un endroit différent. Ainsi les savoirs générés au sein des projets se perdent lorsque des expériences positives et négatives ne sont pas correctement analysées, documentées et partagées. La situation s'aggrave dans des situations de *turnover* élevé du personnel.

En 2021, Enabel et Memisa ont joint l'acte à la parole. Convaincus par la pertinence de faciliter la description, l'analyse et le partage, de manière approfondie, systématique, continue et participative, des processus et des résultats de leurs projets afin d'améliorer l'apprentissage, d'éviter la perte de savoir et de "réinventer la roue", d'accroître l'efficacité et l'efficience et de tirer et partager les enseignements des bonnes et également mauvaises pratiques, ils ont libéré des ressources financières, humaines et logistiques pour installer une pratique de capitalisation au sein de leurs organisations et activités en République Démocratique de Congo (RDC). L'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers et le Centre de Connaissances en Santé en R.D. Congo (CCSC) étaient contractés pour former les équipes locales et ensuite leur apporter un appui et un encadrement technique et méthodologique pour conduire un exercice de capitalisation avec dans le premier temps une application concrète aux mécanismes de financement des soins de santé en RDC.

C'est quoi une capitalisation d'expériences ? La définition généralement utilisée par les ONGs, bailleurs de fonds et organisations multilatérales est celle de De Zutter (1994) : « Capitaliser c'est passer de l'expérience à la connaissance partageable ». Dans notre projet de capitalisation nous avons suivi la définition plus spécifique qui est aussi utilisée dans le cours virtuel sur la capitalisation conçu par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et financé par la Coopération Belge au Développement et le Centre Technique de coopération Agricole et rurale ACP-UE (CTA). Nous considérons la capitalisation d'expériences comme un processus systématique, itératif et participatif, méthodologique par lequel une expérience est identifiée, analysée et documentée, et qui aboutit à la création de connaissances (par exemple des bonnes pratiques ou des enseignements tirés) qui peuvent être partagées et utilisées pour générer des changements. Pour bien comprendre le contenu de ces monographies qui sont le résultat de l'exercice de capitalisation et qui sont produit par les équipes locales avec un encadrement intensif d'une équipe d'experts du CCSC et de l'IMT,

il est essentiel de clarifier la différence entre la capitalisation d'expérience et de pratique d'une part et une évaluation ou une recherche-action d'autre part.

La capitalisation se concentre principalement sur la compréhension de ce qui s'est passé et la découverte de pourquoi les événements (décisions, obstacles, résultats positifs ou négatifs) se sont produits et les objectifs sont atteints ou non-réalisés. En revanche, l'évaluation s'intéresse principalement aux résultats, les effets et l'efficacité de l'intervention. Elle apprécie si les objectifs prédéfinis ont été atteints, fait des propositions pour améliorer l'intervention et juge s'il est valable de continuer, élargir ou reproduire l'intervention. La capitalisation peut être facilitée par une évaluation antérieure et par un dispositif de suivi-évaluation fonctionnel mais, contrairement à l'évaluation, ne porte pas de jugement. La recherche-action est une méthodologie stricte qui suit un cycle interactif, itératif et progressif de résolution de problèmes. Elle part de l'identification d'un problème et ensuite propose des hypothèses que l'intervention va progressivement tenter de tester, valider, infirmer, ajuster jusqu'au moment où le problème est résolu. La capitalisation ne part pas d'un problème, ni d'une hypothèse ou d'une solution théorique, mais se concentre sur des actions, des processus passés et sur le vécu des acteurs. Néanmoins, la capitalisation peut être utilisée dans la recherche pour tirer des enseignements qui peuvent être intégrés à la recherche-action pendant qu'elle est menée.

Ainsi, cher lecteur, vous ne trouverez dans ces monographies aucune réponse à la question de savoir quelle intervention fonctionne le mieux ou contribuerait le plus à la couverture santé universelle en RDC. Vous trouverez certainement des indicateurs de résultats pour les différentes interventions, mais ceux-ci ne servent qu'à soutenir l'analyse, les raisons qui sous-tendent ces résultats. Le but principal reste d'analyser de façon critique les déclencheurs et les mécanismes à l'intérieur et à l'extérieur de l'intervention, de documenter ce qui s'est réellement passé, et de tirer des enseignements aussi bien des succès que des échecs. Deuxièmement, ces monographies sont le résultat d'un projet dans lequel la formation des équipes locales dans la méthodologie de capitalisation était essentielle. Et bien que les équipes locales et l'équipe d'encadreurs aient consacré beaucoup de temps et d'énergie physique et intellectuelle, dans la réalisation de ces monographies, celles-ci doivent être considérées comme le résultat d'un exercice plutôt que comme un rapport rédigé par un groupe externe de consultants formés à la capitalisation.

Au nom de l'équipe d'encadreurs et les équipes locaux de capitalisation

Dr. Joris Michielsen (Superviseur principal, IMT)

Prof. Dr. Wim Van Damme (Co-superviseur, IMT)

References

- De Zutter, P. (1994). *Des Histoires, Des Savoirs, Des Hommes : l'Expérience est un Capital*. Série Dossier pour un débat, n° 35. FHP 1994.
http://docs.eclm.fr/pdf_livre/60DesHistoiresDesSavoirsEtDsHommes.pdf
- Feuvrier, M.V., Balizet, O., Noury, A. (2014). *La capitalisation des expériences - Un voyage au cœur de l'apprentissage*. F3E. https://f3e.asso.fr/wp-content/uploads/guide_capitalisation.pdf
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realistic perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Contenu

CONTENU.....	4
LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES FIGURES.....	7
ABBREVIATIONS ET SIGLES.....	8
REMERCIEMENTS	10
RESUME EXECUTIF.....	11
INTRODUCTION	11
METHODOLOGIE DE LA CAPITALISATION.....	11
PRINCIPAUX RESULTATS.....	12
PRINCIPALES LEÇONS TIREES ET BONNES PRATIQUES.....	13
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	14
I. INTRODUCTION.....	15
1.1. CADRE GÉNÉRAL DE LA POLITIQUE SANITAIRE EN RD CONGO.....	15
1.2. PROBLÉMATIQUE DU FINANCEMENT DE SOINS EN RD CONGO	17
1.3. CONTEXTE SPÉCIFIQUE DE LA PROVINCE DE KONGO CENTRAL	19
1.3.1. <i>Description du Kongo central et sélection de trois zones de santé appuyées par le projet PRODS</i> 19	
1.3.2. <i>Bref historique de la création de la MUSAKIS et aperçu des expériences précédentes de tarification forfaitaire de soins au Kongo Central</i>	19
II. MÉTHODOLOGIE	22
2.1. ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA CAPITALISATION DE L'EXPÉRIENCE.....	22
2.2. ÉTAPES DE LA CAPITALISATION	22
2.2.1. <i>Formation de l'équipe de capitalisation</i>	22
2.2.2. <i>Suivi à distance de l'équipe de capitalisation</i>	22
2.2.3. <i>Appui in situ de l'équipe de capitalisation</i>	23
2.3. COLLECTE DES DONNÉES	23
2.4. ANALYSE DES DONNÉES COLLECTÉES	24
2.5. ASPECTS ÉTHIQUES	24
RESULTATS	25
3.1. IDENTIFICATION DE L'EXPERIENCE : MUTUALISATION DES SOINS DE SANTE DANS LES ZONES DE SANTE AVEC TARIF FORFAITAIRE SUBSIDIE AU KONGO CENTRAL	25
3.1.1. <i>Cartographie des acteurs de l'expérience et identification de l'expérience</i>	25
3.2. DESCRIPTION DU MONTAGE ACTUEL DE LA TFS AU KONGO CENTRAL.....	28
3.2.1. <i>Les parties prenantes du programme PRODS au Kongo central et les tarifs fixés</i>	28
3.2.2. <i>Montage du paiement du tarif forfaitaire</i>	35
3.3. BONNE PRATIQUE 1 : L'ÉTUDE DES COÛTS « EMPIRIQUE » DE L'HSLK PERMETTANT LA REDYNAMISATION DU TARIF FORFAITAIRE APRES DEPRECIATION DES FRANCS CONGOLAIS	36
BONNE PRATIQUE 2 : LA MUSAKIS AU CENTRE DU MONTAGE DE LA TFS DANS LES 3ZS AU KONGO CENTRAL.....	41
3.3.1. <i>Processus d'attribution du rôle d'EUP-FASS à la MUSAKIS</i>	41
3.3.2. <i>Rôle de mutualisation de soins dans le montage TFS et impact sur la demande des soins</i>	45
3.3.3. <i>Rôle d'achat de services de soins et impact sur l'offre de soins</i>	50
III. PRINCIPALES LEÇONS APPRIS DE LA TFS AU KONGO CENTRAL	63

3.1.	LE DOUBLE ROLE DE LA MUSAKIS : UN TREMLIN VERS LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE	63
3.2.	PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA MISE EN PLACE DU PROJET PRODS AU KONGO CENTRAL ET LES SOLUTIONS APORTEES.....	64
3.3.	LES OPINIONS DES BENEFICIAIRES DIRECTS PAR RAPPORT A LA TFS	67
IV.	ANALYSE FFOM DU MONTAGE DE LA TFS AU KONGO CENTRAL.....	70
V.	CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR	72
ANNEXES.....	74
ANNEXE 1.	TdR DE LA MISSION	74
ANNEXE 2.	GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ACTEURS CLÉS.....	82
ANNEXE 3.	LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS	83
ANNEXE 4.	GRILLE DE COLLECTE DES INDICATEURS.....	84
ANNEXE 5.	LISTE DE PERSONNES INTERROGÉES	84
ANNEXE 6.	MATRICE DE L'IDENTIFICATION DE L'EXPERIENCE	86
ANNEXE 7.	MODELE CONCEPTUEL DU CALCUL DU TARIF FORFAITAIRE A L'HSLK EN 2020 : DEFINITION DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES PAR PATIENT.....	91
ANNEXE 8.	MODELE CONCEPTUEL DU CALCUL DU TARIF FORFAITAIRE A L'HSLK EN 2020 : CALCUL DU TARIF EN AMBULATOIRE ET EN HOSPITALISATION	92
ANNEXE 9 :	MONTAGE INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE DE LA MUSAKIS.....	93

Liste des tableaux

Tableau 1. Tarification forfaitaire subsidiée (en \$) des soins au niveau des centres de santé au Kongo Central.....	32
Tableau 2. Tarification forfaitaire subsidiée (en \$) des soins à HGR Saint Luc de Kisantu	32
Tableau 3. Tarification forfaitaire subsidiée (en \$) des soins à HGR Gombe Matadi	33
Tableau 4. Tarification forfaitaire subsidiée (en \$) des soins à HGR Ngidinga	34
Tableau 5. Tarif forfaitaire en application (A) et proposition de la majoration en palier pour atteindre le tarif souhaité avec ticket modérateur indexé en dollars (B) en consultation	39
Tableau 6. Tarif forfaitaire en application (A) et proposition de la majoration en palier pour atteindre le tarif souhaité avec ticket modérateur indexé en dollars (B) en hospitalisation.....	40

Liste des figures

Figure 1. Carte sanitaire de la province du Kongo-Central avec "en étoile" les trois zones de santé sélectionnées pour le PRODS	19
Figure 2. Cercles de mobilisation des acteurs de la TFS au Kongo Central.....	26
Figure 3. Matrice pouvoir-intérêt des parties prenantes de l'expérience TFS au Kongo central	27
Figure 4. Mécanismes de collaboration du BAT MEMISA_PRODS avec les autres acteurs au Kongo Central.....	31
Figure 5. Montage de la tarification forfaitaire subsidiée au Kongo Central	35
Figure 6. Evolution du nombre de bénéficiaires à la MUSAKIS de 2016 à 2021.....	46
Figure 7. Evolution des nombres des bénéficiaires soignés au CS et à l'HGR de 2017 à 2021 pour les trois ZS	46
Figure 8. Evolution des taux (%) d'adhésion, fidélisation, déperdition et pénétration de la MUSAKIS de 2017 à 2021	47
Figure 9. Evolution du nombre d'adhérents annuels à la MUSAKIS de 2016 à 2021.....	48
Figure 10. Evolution du taux de référence des patients mutualistes des CS vers les HGR de 2016 à 2021.....	49
Figure 11. Evolution du taux de sinistralité (%) de la MUSAKIS de 2017 à 2021.....	49
Figure 12. Evolution du taux d'utilisation (%) des services curatifs dans les 3 ZS de 2017 à 2021.....	51
Figure 13. Proportion (%) des cas référés à l'HGR dans les 3 ZS de 2017 à 2021.....	52
Figure 14. Proportion (%) des patients contre-référés au CS dans les 3 ZS de 2017 à 2021 ..	52
Figure 15. Evolution du taux d'occupation des lits (%) aux HGR dans les 3 ZS de 2017 à 2021.....	53
Figure 16. Taux d'accouchement assisté (%) de 2017 à 2021 dans les 3 ZS.....	54
Figure 17. Taux de couverture CPN4 (%) de 2017 à 2021 dans les 3 ZS	55
Figure 18. Taux de mortalité intra hospitalière (%) au-delà de 48 dans les 3 ZS de 2017 à 2021.....	56
Figure 19. Evolution du score qualité (%) des centres de santé dans les 3 ZS de 2017 à 2021	57
Figure 20. Evolution du nombre de dossiers des patients déclarés et validés au niveau des HGR de 2017 à 2021 dans les 3 ZS	57
Figure 21. Montant constituant le tiers payant (USD) de la part du PRODS dans les 3 HGR de 2017 à 2021.....	58
Figure 22. Taux de réalisation du PAO (%) de 2017 à 2021 dans les 3 ZS	59
Figure 23. Evolution du taux (%) de supervision de l'ECZ au niveau des FOSA de 2017 à 2021.....	59
Figure 24. Taux de réalisation des réunions des ECZ (%) de 2017 à 2021	60
Figure 25. Evolution du capital médicament (USD) au niveau du BCZ dans les 3 ZS de 2017 à 2021.....	61
Figure 26. Evolution du capital médicament (USD) au niveau de l'HGR dans les 3 ZS de 2017 à 2021.....	61
Figure 27. Montant de la subvention (USD) MEMISA_PRODS octroyé à la ZS de 2017 à 2021 dans les 3 ZS	62

Abréviations et sigles

AT : Assistant technique

AS : Aires de santé

AASSP : Accès Financier aux Soins de Santé Primaire

ASSNIP : Appui au Système de Santé au Niveau Intermédiaire et Périphérique

BAT : Bureau d'Appui technique

BDOM : Bureau Diocésain des œuvres médicales

CAAMEKI : Centrale d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels de Kisantu

CCSC : Centre de connaissance en santé en RDC

CD : Chef de division de la santé

CDR : Centrale De distribution Régionale des médicaments

COFED : Cellule d'appui à l'ordonnateur national du fonds européen de développement

CPP : Comité de pilotage provincial

CS : Centre de santé

CSU : Couverture santé universelle

CTB : Coopération Technique Belge

DEP : Direction des études et planification en RDC

DG: Directeur général

DGD : Direction Générale Coopération au Développement et Aide humanitaire

DPS : Division provinciale de la santé

DSCRIP : Document stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté

DTS : Dépenses totales de santé

EUP : Etablissement d'utilité public

FASS : Fonds d'achat des services de santé

FC : Francs congolais

FED : Fonds européen de développement

FFOM : Force, faibles, menaces, opportunités

FOSA : Formation sanitaire

GTT : Groupe de travail thématique
HGR : Hôpital général de référence
HSLK : Hôpital Saint Luc de Kisantu
IMT : Institut de Médecine Tropical
IPS : Inspection provinciale de la santé
KC : Kongo central
MCZ : Médecin chef de zone de santé
MD : Médecin directeur
MSP : Ministère de la santé publique
MUSAKIS : Mutuelle de santé de Kisantu
OMD : Objectifs du millénaire pour le développement
PAO: Plan action opérationnel
PCA: Paquet complémentaire d'activités
PMA: Paquet minimum d'activités
PNDS : Plan national de développement sanitaire.
PNSD : Plan national stratégique de développement.
PNS : Politique Nationale de Santé
PRODS : Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé
PTF : Partenaire technique et financier
RDC : République Démocratique du Congo
SLCD : Service laïc de coopération au développement.
SRSS : Stratégie de renforcement du système de santé
SSP : Soins de santé primaire
TFS : Tarif forfaitaire subsidié
USD : Dollars américains
ZS : Zone de santé

Remerciements

Nous remercions très chaleureusement l'équipe du projet qui nous a accompagné dans ce processus de capitalisation.

RESUME EXECUTIF

Introduction

Malgré plusieurs expériences de la tarification forfaitaire qui étaient mises en œuvre au Kongo central, il a été remarqué qu'il existait toujours un sérieux problème quant à l'accessibilité financière aux soins dans cette province. C'est dans le cadre du projet PRODS exécuté par l'ONG Belge MEMISA au Kongo central, que différentes actions ont été mises en œuvre pour améliorer la demande et l'offre des soins ainsi qu'appuyer la gouvernance au niveau opérationnel du système de santé. Ce projet a été mise en œuvre dans 3 zones de santé du Kongo Central (Gombe-Matadi, Kisantu et Ngidinga) avec une couverture totale des AS. Son exécution s'est réalisée en deux phases : la première phase de 49 mois (de Mars 2017 à Août 2020) avec un avenant de septembre 2020 à Mars 2021, cofinancé par l'union européenne et la DGD ; et la seconde phase allant d'Avril 2021 à Octobre 2022 appuyé totalement par l'union européenne.

L'objectif principal de cette mission était de produire un rapport de capitalisation décrivant la mise en œuvre de la tarification forfaitaire subsidiée au Kongo central dans le cadre du projet PRODS exécuté par MEMISA.

Méthodologie de la capitalisation

Ce processus de capitalisation a débuté d'abord par la formation d'une équipe locale au Kongo central, constitué des différentes parties prenantes par des experts nationaux et internationaux. Ensuite, des séances de suivi à distance de cette équipe ont été assurées par ces experts. Un consultant extérieur a été engagé par MEMISA pour finaliser le travail de capitalisation.

Cette capitalisation à posteriori a utilisé des approches quantitative et qualitative. Concernant la première approche, nous avons collecté différents indicateurs de la MUSAKIS et des ZS grâce à une grille préalablement établie. Quant aux données qualitatives, nous avons réalisé une revue documentaire des différents documents du projet et de suivi des activités à la MUSAKIS et dans les ZS ainsi que des entretiens individuels et de groupe des différentes parties prenantes. Une analyse descriptive de tendance a été réalisée pour les données quantitatives tandis qu'une analyse thématique déductive a été utilisée pour les données qualitatives. Enfin, nous avons réalisé une triangulation de ces différentes données afin de répondre à l'objectif de cette mission. Les principales difficultés rencontrées étaient le fait de n'avoir pas un plan de capitalisation établi au début du projet, la perte de certaines informations par la précédente équipe de capitalisation et le retard dans la transmission de certaines informations.

Principaux résultats

Les résultats obtenus de la mise en œuvre de la TFS au Kongo central s'articulent sur les points suivants :

- a. Le montage du PRODS pour l'amélioration de l'offre et la demande des soins a permis d'ajouter un deuxième tiers-payant (le projet, via l'achat des services par la MUSAKIS) au forfait total que le patient devrait payer. Aussi, le contrôle des dossiers avant leur validation pour paiement des factures des formations sanitaires, a permis d'améliorer la qualité des soins. Grâce aux réunions trimestrielles de suivi et évaluation du projet au niveau provincial, toutes les parties prenantes participaient à la recherche des pistes des solutions aux différents problèmes qui se sont présentés tout au long de la mise en œuvre du projet.
- b. La TFS a eu un impact sur :
 - *Premièrement, la demande de soins* : les résultats obtenus montrent qu'en dehors du nouveau rôle joué en tant qu'un EUP-FASS, la MUSAKIS a maintenu son rôle originel de mutuelle de santé en augmentant le nombre de ses bénéficiaires en maintenant un bon taux de sinistralité même si le taux de pénétration voulu et le seuil critique d'indépendance ne sont pas encore atteints. Le nombre de bénéficiaires soignés aux CS et HGR a sensiblement augmenté durant la période de 2017 à 2020. En ce qui concerne l'achat des services, les dossiers validés après vérification de la MUSAKIS par rapport aux dossiers déclarés ont sensiblement augmenté au cours des années de mise en œuvre du projet dans les 3 ZS, diminuant ainsi l'écart entre les dossiers déclarés et ceux validés. Néanmoins, cet écart a augmenté encore en 2021. Aussi, le montant des factures payées aux HGR dans les 3 ZS en tant que part du tiers payant PRODS dans le tarif global du patient référé à l'HGR a considérablement augmenté de 2017 à 2021 (données disponibles).
 - *Deuxièmement, l'offre des soins* : Au niveau des formations sanitaires, le score qualité de centres de santé s'est nettement amélioré pour la ZS de Gombe-Matadi pour laquelle les données étaient disponibles. Les taux de référence et de contre-référence se sont bien améliorés, surtout dans la zone de santé de Kisantu qui avait déjà expérimenté ce système de tarification avant cette expérience. Le taux d'occupation des lits a augmenté de façon exponentielle dans toutes les 3 ZS, dépassant parfois la norme supérieure de 100%. Par contre le taux d'utilisation des services de santé est resté à moins de 60% dans ces ZS. On a noté aussi une

amélioration en ce qui concerne le taux d'accouchement assisté dans les ZS mais c'est dans la ZS de Gombe Matadi où la couverture CPN4 a été meilleure.

- *Troisièmement, sur la gouvernance du système de santé* : en appuyant les ZS dans leur rôle de régulateur au niveau opérationnel. Au niveau de la zone de santé, on a remarqué que le taux de réalisation du PAO s'est amélioré, les ECZ faisaient plus des réunions et de supervisions vers les formations sanitaires. Le capital médicament, constituant la réserve monétaire pour une sécurité financière, a également augmenté aussi bien pour les BZS que pour les HGR.

Principales leçons tirées et bonnes pratiques

Les principales leçons tirées de cette expérience sont les suivantes :

1. **Le double rôle de la MUSAKIS dans le montage** qui pourrait constituer un tremplin vers la couverture santé universelle dans le sens où transformer des mutuelles de santé viables en EUP-FASS constituerait un bon vers une assurance-santé en RDC.
2. **Les difficultés rencontrées** étaient plus liées à (i) l'absence des résultats des études des coûts réalisées pour réajuster le tarif (en partie résolu par l'études des coûts des maladies selon les services à l'HSLK en 2019) ; (ii) l'inexpérience de la MUSAKIS en ce qui concerne l'achat des services (résolu par l'assistance technique MEMISA) ; (iii) la non autorisation de la gestion des fonds publics par une structure privée qui est la MUSAKIS (résolu par la convention de dévolution du ministère provincial en charge de la santé) ; (iv) l'obtention du statut d'EUP pour avoir l'aval de la COFED afin d'utiliser les fonds union européen (résolu par les 5 missions d'évaluation de la MUSAKIS aboutissant à la conclusion selon laquelle cette structure pouvait jouer le rôle d'EUP moyennant certaines recommandations dont la principale était l'accompagnement technique) ; (v) le passage de la phase 1 à la phase 2 ayant pris plus de 9 mois durant lesquelles les formations sanitaires n'avaient pas de subvention (résolu par le rattrapage des activités au démarrage de la phase 2) et (vi) deux facteurs externes inattendus qui sont la pandémie de Covid-19 ainsi que la dépréciation monétaire des francs congolais qui ont eu comme conséquences la diminution du nombre des mutualistes et de la fréquentation des formations sanitaires.
3. **Les facteurs de succès de l'expérience**: (1) le rôle EUP-FASS qu'a joué la MUSAKIS dans le montage de la TFS ; (2) la collaboration et l'implication des toutes les parties prenantes partant du niveau provincial (ministère en charge de la santé, division provinciale de la santé) jusqu'au niveau opérationnel (équipe cadre des ZS, prestataires des CS et HGR, MUSAKIS, BDOM) ; (3) l'évaluation et réajustement trimestriel du projet avec toutes les parties prenantes ; et (4) l'appui technique

médical ainsi que financier et administratif au niveau des formations sanitaires et de la MUSAKIS de la part de MEMISA.

Deux bonnes pratiques majeures ont été tirées dans la mise en œuvre de cette expérience : (i) l'étude des coûts « empirique » menée par l'HSLK en 2019, ayant permis de réajuster les coûts des tarifs forfaitaires après la dévaluation monétaire ; et (ii) l'ajout du rôle d'EUP-FASS à une mutuelle de santé communautaire pour permettre l'achat des services de santé au niveau des formations sanitaires.

Les autres bonnes pratiques répertoriées étaient : la bancarisation de toutes les structures sanitaires pour la réalisation de toutes les transactions financières par voie bancaire ; la double subsidiations du tarif (Mutuelle et projet) pour briser la barrière financière ; l'ouverture d'un compte bancaire spécifique aux fonds médicaments afin de constituer un capital médicament pour chaque structure de la ZS ; l'acceptation du contrôle financier par les prestataires des structures sanitaires et les réunions régulières d'échanges entre les parties prenantes.

Conclusions et perspectives

La mise en œuvre de la TFS au Kongo central a été un succès, permettant d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé de la population grâce au tiers-payant apporté par le projet. La pérennisation des acquis de cette expérience passerait par la diffusion de cette dernière et l'autonomisation de la MUSAKIS dans son double rôle. La couverture santé universelle constitue une bonne opportunité de pérennisation de cette expérience.

I. INTRODUCTION

1.1. Cadre général de la politique sanitaire en RD Congo

L'évolution défavorable du contexte économique et sécuritaire de la RDC, a conduit, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, à élaborer des stratégies sectorielles qui a constitué le document stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté (DSCR) en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Avec la DSCR, le gouvernement visait l'amélioration durable et effective des conditions de vie de l'ensemble de la population congolaise en s'attaquant aux principales causes de la pauvreté. Le DSCR reposait sur 5 piliers liés et interdépendants : (1) la promotion de la bonne gouvernance et la consolidation de la paix notamment par le renforcement des institutions, (2) la consolidation de la stabilité macroéconomique et de la croissance, (3) l'amélioration de l'accès aux services sociaux et la réduction de la vulnérabilité, (4) la lutte contre le VIH/Sida, et (5) la promotion de la dynamique communautaire.

Dans le secteur de la santé, le gouvernement de la RDC a développé en 2001 une Politique Nationale de Santé (PNS) fondée sur les soins de santé primaires (SSP) de la déclaration d'Alma Ata (1978), réaffirmant la zone de santé (ZS) comme unité de leur opérationnalisation. Vu les innombrables problèmes de nature systémique qui ont été constatés dans l'application de cette PNS, le Ministère de la Santé Publique (MSP) et ses partenaires techniques et financiers (PTF), avaient élaboré en 2006 la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui a été révisée en 2010. Cette SRSS couvre six axes stratégiques suivants : (a) la revitalisation de la Zone de Santé et la correction des distorsions induites à ce niveau, (b) le renforcement de la gouvernance et du leadership, (c) le développement des ressources humaines pour la santé, (d) la réforme du secteur du médicament, (e) la réforme du financement de la santé, et (f) le renforcement du partenariat intra et inter sectoriel. Pour sa mise en œuvre, la SRSS a été déclinée en des plans quinquennaux successifs. Le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a couvert la période allant de 2011-2015. Cependant, les résultats observés ont indiqué que le PNDS 2011-2015 n'avait pas été véritablement mis en œuvre à la suite du déploiement insuffisant des ressources et que, les actions planifiées demeuraient pertinentes au regard des défis persistant dans le secteur de la santé. Ceci va donc justifier l'élaboration du deuxième PNDS élaboré pour couvrir la période allant de 2016-2020. Vu le manque de réalisme qu'a présenté ce deuxième PNDS et profitant du processus d'actualisation du Plan National Stratégique de Développement (PNSD) qui couvrait la période de 2018-2022, le MSP a initié le recadrage du PNDS 2016-2020 pour le mettre en phase avec le PNSD et renforcer la prise en charge des problèmes prioritaires avec les ressources disponibles et celles à mobiliser. C'est ainsi que va être élaboré en Septembre

2018, le PNDS recadré pour la période de 2019 à 2022 s'inscrivant dans la stratégie de couverture santé universelle. Trois axes stratégiques principaux ont été dégagés dans ce nouveau PNDS : (i) l'amélioration des prestations de services de santé et continuité des soins, (ii) l'appui aux différents piliers du système de santé, et (3) le renforcement de la gouvernance et du système de santé.

Ce dernier PNDS a apporté une réforme administrative sanitaire même si l'organisation du système de santé restait à trois niveaux :

- **Le niveau central (national)**, jouant un rôle normatif, composé de 9 directions et des programmes et services spécialisés et de l'Inspection Générale de la santé
- **Le niveau intermédiaire (provincial)**, composé des ministres provinciaux en charge de la santé, des divisions provinciales de la santé (DPS), structures décentralisées placées sous la tutelle des ministres provinciaux ayant pour rôle l'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé) , des inspections provinciales de la santé (IPS), structures déconcentrées sous la tutelle du gouverneur de province, assurant l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé), des hôpitaux provinciaux, des laboratoires provinciaux et des centrales de distribution régionale des médicaments (CDR), qui assurent les soins de santé de référence secondaires et l'appui des zones de santé dans leurs domaines spécifiques.
- **Le niveau opérationnel (zone de santé)** : il comprend 516 zones de santé (ZS) avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un Centre de Santé (CS). Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires.

L'organisation de l'offre des soins est assurée par les structures publiques et les structures privées. Le secteur public est organisé autour des CS, des HGR, des Hôpitaux provinciaux, les hôpitaux des forces armées, de la police et d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs tandis que le secteur privé est subdivisé en deux catégories: (a) privé à but lucratif (composé des cabinets médicaux et paramédicaux, des cliniques ou polycliniques, des centres de diagnostic en laboratoire et imagerie médicale) dont les autorisations d'ouverture sont accordées par le MSP alors que la demande d'ouverture est approuvée par le gouvernement provincial ; et (b) privé à but non lucratif (services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles; possédant le gros du secteur pharmaceutique) ainsi que la médecine traditionnelle (constituant une part non négligeable de l'offre de soins, réglementé par le programme national de médecine traditionnelle en place depuis 2001).

1.2. Problématique du financement de soins en RD Congo

- ❖ L'analyse situationnelle réalisée lors de l'élaboration du recadrage du PNDS 2016-2020 a relevé parmi d'autres problèmes, celui du financement du secteur de la santé. Deux situations problématiques étaient retrouvées, notamment :

(1) La faible allocation des ressources publiques au secteur de la santé : Il a été constaté que non seulement le niveau des dépenses totales de santé était limité, mais aussi il y avait une faible allocation des ressources publiques au secteur de la santé. Les dépenses totales de santé (DTS) par habitant restaient bien en dessous du coût du paquet de services essentiels établis. Par ailleurs, la contribution de l'Etat par rapport aux DTS a stagné à 14-15 % entre 2008 et 2016 et les dépenses publiques de santé en proportion des dépenses publiques totales ont seulement augmenté d'un point de pourcentage entre 2006 (5%) en 2016 (6%). Aussi, la contribution des bailleurs s'est accrue de 34% en 2008 à 43% des DTS en 2016 posant un problème de pérennité. Enfin, le reste (la part la plus importante) des DTS était détenu par la contribution des ménages même si elle a légèrement diminué, passant de 43% en 2016 à 34% des DTS en 2018.

(2) L'utilisation inefficace des ressources de santé aux niveaux nationaux et provinciaux : le constat fait était que les procédures de gestion financière et de passation des marchés telles qu'édictées n'étaient pas strictement respectées dans le secteur de la santé. Aussi, on a observé une faiblesse dans la régulation et contrôle du financement et la gestion des ressources : les documents et les pièces comptables n'étaient pas bien tenus, les normes d'utilisation des recettes générées au niveau des structures sanitaires étaient inexistantes ; les informations financières de quelques appuis des partenaires sont difficilement communiquées et leur gestion peu transparente.

- ❖ L'analyse situationnelle du plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2020-2030 de Janvier 2020 a noté que la faiblesse de la couverture sanitaire limitait la capacité du pays à déployer la stratégie des Soins de Santé Primaire, qui depuis la Déclaration d'Astana est considérée comme la pierre angulaire d'un système de santé propice pour accélérer les progrès vers la CSU. Sur les 516 Zones de Santé existantes, 123 ne disposent pas d'HGR. Plusieurs HGR existant sont dans un état qui nécessite des réhabilitations profondes. Sur les 26 provinces, seules 4 disposaient d'hôpitaux provinciaux complètement fonctionnels (Kinshasa, Goma, Bukavu, Lubumbashi).
- ❖ De plus, les systèmes de prépaiement volontaire à travers les mutuelles et autres mécanismes de mutualisation des risques liés à la maladie enregistrent une couverture

insuffisante estimée en 2015 à 1 089 265 personnes pour 109 structures mutualistes en santé^{1,2}. En RDC, le paiement direct des soins (out of Pocket) est le mode le plus répandu, soit sous forme de paiement forfaitaire généralement subventionné en partie, soit alors sous forme de paiement à l'acte³. Quant aux mécanismes d'achat des services de santé, ils sont insuffisamment coordonnés et régulés. L'adhésion aux mutuelles de santé reste faible en RDC à cause du très faible pouvoir d'achat et de la qualité des services de santé qui ne suit pas³. Selon le PNDS 2019-2022, l'enchevêtrement et la juxtaposition de ces mécanismes mis en œuvre sans cohérence entre eux et parfois sans transparence, créent des dysfonctionnements du système de financement de la santé et empêche par conséquent l'achat adéquat de paquets de services de soins qui puissent répondre aux besoins de santé des populations.

- ❖ Enfin, la situation actuelle est telle que les soins de santé primaires sont pro-pauvres en RDC. Cela veut dire que les ménages les plus pauvres consultent davantage les centres de santé public et les services de santé communautaire tandis les ménages les plus riches consultent davantage l'hôpital public et les prestataires privés quand ils sont malades. Ces inégalités dans l'utilisation de services proviendraient très certainement du paiement direct des ménages qui constitue un obstacle financier pour accéder aux services de santé⁴

Face à ces problèmes de financement du secteur de la santé, le ministère de la santé de la RDC a développé des priorités et axes stratégiques d'intervention, en vue de renforcer le système de financement de la santé en RDC et qui se déclinent comme suit :

- Mobiliser des ressources suffisantes et durables pour le financement de l'offre et de la demande de services de santé.
- Réduire la fragmentation du financement de la santé pour une prise en charge plus large et équitable.
- Réduire les barrières financières à l'accès à des services de santé de qualité.
- Optimiser l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé.

¹ Waelkens M, Shomba S, Kwilu F, Mulinganya K, Criel B. Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Anvers, Belgique, 2016.

² Mutabunga bin Lubula F, Chenge F, Criel B, Mukalay A, Luboya O, Mundongo HT (2017). Micro assurance santé comme levier financier à L'accès aux services de santé de qualité En RD Congo : Défis, Pistes des Solutions et Perspectives. International Journal of Multidisciplinary and Current Research 2017, 5: 618-633.

³ Jeff Maotela Kabinda, Patrick Mulopo Mitashi, Faustin Mukalenge Chenge. Analyse des modalités de financement des soins de santé en République Démocratique du Congo : une revue systématique. Ann Afr Med. Vol 12, n°2, Mars 2019

⁴ EDS-RDC II 2013-2014 : Dépenses de Santé, p 278

1.3. Contexte spécifique de la province de Kongo Central

1.3.1. Description du Kongo central et sélection de trois zones de santé appuyées par le projet PRODS

La province du Kongo Central est parmi celles qui ont été sélectionnées par le ministère de la santé en collaboration avec son partenaire MEMISA pour mettre en œuvre le PRODS. La province compte au total 31 ZS et la division provinciale de la santé se trouve dans le chef-lieu Matadi. Le PRODS, financé par l'union européenne, venait dans un premier temps en cofinancement avec un programme appuyé par DGD avec comme le même exécutant MEMISA. De ces 31, seules trois (Kisantu, Gombe-Matadi et Ngidinga) ont été sélectionnées pour la mise en œuvre du PRODS. Le choix était stratégique, guidé par le fait que : (1) soit la zone de santé était déjà appuyé par MEMISA-DGD pour l'amélioration de l'offre et la demande de soins (cas de ZS de Kisantu et Gombe-Matadi), (2) soit que la ZS avait des partenaires avec lesquels la coopération européenne avait déjà entrepris une collaboration antérieure (cas de ZS de Kisantu et Ngidinga dont les hôpitaux généraux sont sous la supervision de l'Eglise catholique via le bureau des œuvres médicales), (3) soit la ZS avait une structure pouvant appuyer l'achat des services (cas de la mutuelle de santé communautaire de Kisantu).



Figure 1. Carte sanitaire de la province du Kongo-Central avec "en étoile" les trois zones de santé sélectionnées pour le PRODS

Les caractéristiques clés de ces trois ZS sont présentées dans le tableau suivant :

	ZS Kisantu	ZS Gombe-Matadi	ZS Ngidinga
Paramètres démographiques			
Superficie	2400 Km ²	4778 Km ²	3337 Km ²
Population	178397 habitants	104911 habitants	158010 habitants
Profil épidémiologique et sanitaire			
Nombre d'aire de santé	17	15	15
Maladies courantes	Paludisme, infections respiratoires aiguës, anémies, maladies diarrhéiques, malnutrition et les maladies non transmissibles (diabète et HTA)	Paludisme Anémie Maladies diarrhéiques	Paludisme, infections respiratoires aiguës, anémies, maladies diarrhéiques, la malnutrition et les maladies dégénératives (diabète et HTA)
Problèmes d'accès aux services			
Accès financier	l'insuffisance du financement alloué à la ZS et son inadéquation par rapport aux besoins spécifiques de 2 échelons (HGR et CS) et la faible participation communautaire.		Insuffisance du financement alloué à la zone et son inadéquation par rapport aux besoins spécifiques de 2 échelons (HGR et CS) et la faible participation communautaire
Population à moins de 5 Km ou à une heure de marche : Nombre (%)	129332 (72,4%)	24727 (24,3%)	62408 (39,5%)
Indicateurs sanitaires clés (2017)			
Taux d'utilisation des services curatifs	40%	48%	51%
Taux de couverture CPN1	7%	30%	7%

Taux de couverture CPN4	19%	79%	27%
Taux d'accouchement assisté	99,4%	94%	81%
Proportion de référence	10,3%	5%	1,6%
Proportion de contre-référence	89%	29%	9%
Taux d'occupation des lits	88%	29%	62,8%
Taux de mortalité intra hospitalière	4%	2%	2%
Taux de supervision	88%	77%	-
Taux de réalisation du PAO	-	67%	-

1.3.2. Bref historique de la création de la MUSAKIS et aperçu des expériences précédentes de tarification forfaitaire de soins au Kongo Central

La création de la mutuelle de santé de Kisantu (MUSAKIS), est partie d'un problème d'accessibilité financière aux soins de santé par une population pauvre du milieu et un système de référence des malades défectueux. Acteur principal de la création de la MUSAKIS, l'ancien administrateur gestionnaire de la ZS de Kisantu (Mr Jean Marie PULULU), terminant ses études de santé publique, a initié avec le concours de la Zone de Santé, le Diocèse de Kisantu et la Société Civile, la création de cette structure le 09 Octobre 2006 (date de la première Assemblée Générale Constitutive et électorale). Du fait que les études de faisabilité réalisées avaient prouvé qu'il était difficile de pouvoir mettre en place une mutuelle de santé par faute des moyens parce que plus ou moins 70 % de la population était paysanne et pauvre, il a été recommandé d'abord de pouvoir accompagner ces paysans en renforçant leurs activités agricoles en mettant en œuvre le projet agricole AASSP (Accès Financier aux Soins de Santé Primaire) qui appuyait le volet agricole et le volet Santé à travers un programme de Maternité à moindre risque. Cela a été possible grâce à l'appui de l'ONG **SLCD (Service Laïc de Coopération au Développement)** qui était un partenaire du diocèse de Kisantu impliqué dans un projet agricole.

Deux ans après la mise en œuvre de ce programme agricole, la mutuelle de santé va alors être lancée d'abord dans 5 aires de santé pilotes, trois urbaines et deux rurales en mettant aussi en place des comités villageois de développement. Avec la réforme du secteur de la santé en RDC, les partenaires devraient appuyer la stratégie de renforcement du système de santé du pays. C'est dans ce cadre que les ZS de Kisantu, Nselo, Nginginga, Boma et Lukula ont été choisies au Kongo Central pour bénéficier de l'appui du projet **Appui au Secteur Santé au Niveau Intermédiaire et Périphérique I, II et III (ASSNIP)** piloté par la Coopération Technique Belge (CTB). La CTB avait pour mission de pouvoir faire la démarcation entre le premier échelon et le deuxième échelon. Il s'agissait de faire jouer l'hôpital son rôle de référence en supprimant ce qu'on appelait à l'époque « dispensaires », en dotant les CS des matériels leur permettant de jouer le rôle de lieu de premier contact entre le patient et le système de santé. En 2009 la CTB avec le projet ASSNIP, a instauré un système de subvention d'une partie des soins à l'hôpital de référence avec la condition de passer obligatoirement par le premier échelon (CS). On a donc mis au niveau des CS des tarifs forfaitaires mais non subsidiés tandis qu'à l'hôpital des tarifications forfaitaires. Dans la zone de santé de Kisantu, il y a eu un remplacement du paiement à l'acte par le paiement forfaitaire à l'HGR Saint Luc tel que convenu par tous les partenaires locaux dans le cadre du projet. Un appui au fonctionnement des formations sanitaires et des ZS étaient également octroyés.

L'étude des coûts de soins à l'HGR Kisantu réalisée en 2010 a prouvé qu'avec le forfait appliqué, les coûts de soins initiaux étaient soit réels pour certaines prestations, soit

surestimés pour d'autres hormis les prestations d'orthopédie qui étaient sous estimées. En outre, l'HGR avait chaque mois besoin d'un appui financier supplémentaire pour couvrir ses frais de fonctionnement étant donné que les recettes basées sur la part payée par le patient (taux de recouvrement à 67%) et le subside sur les tarifs forfaitaires s'avéraient toujours insuffisants⁵. Trois mois après cet ajustement en ce qui concerne les hospitalisations, pour permettre d'uniformiser les tarifications à tous les niveaux du système de santé au niveau opérationnel (zone de santé), la partie du financement tiers payant en ambulatoire a été intégrée au niveau de l'HGR, à la seule condition que le patient soit référé par un centre de santé intégré dans le système de santé. Ce système de tarification est resté fonctionnel jusqu'en 2014.

De 2014 à 2016, un nouveau projet financé par la **DGD** et exécuté par **MEMISA** dans le cadre de l'amélioration de l'offre et la demande de soins ainsi que la gouvernance du système de santé a été implémenté au Kongo Central. Pour la demande des soins, le projet va appuyer la MUSAKIS dans son rôle de mutuelle communautaire pour augmenter le taux de pénétration. Du côté de l'offre, le projet a appuyé deux ZS dont Kisantu et Gombe-Matadi. Ces deux ZS avaient des configurations différentes liées au fait que l'expérience de la tarification forfaitaire était plus développée dans la zone de santé de Kisantu et que dans cette dernière, les forfaits étaient plus élevés liés en grande partie au plateau technique élevé de l'HGR Saint Luc de Kisantu (HSLK).

L'appui du projet DGD s'est focalisé sur trois axes stratégiques essentiels :

- La gouvernance : il s'agissait d'appuyer le bureau central de la zone de santé pour qu'il joue correctement son rôle de régulateur dans la pyramide sanitaire du niveau opérationnel. La subvention concernait le fonctionnement de la zone (frais de supervision, carburant, internet, etc.), la prime du personnel et une dotation en matériels (motos et véhicule, ...). La subvention concernait aussi l'achat des médicaments au niveau de la centrale de distribution des médicaments (CDR) qui devaient être stockés au niveau de la pharmacie zonale pour être distribués aux formations sanitaires (FOSA). Il s'agissait d'abord d'une ouverture d'une ligne de crédit au niveau de la CDR, ensuite c'est devenu un budget médicaments alloué moyennant les factures de la zone et les bordereaux de livraison.
- L'offre de soins, c'est-à-dire renforcer les FOSA pour qu'elles puissent assumer leurs rôles et proposer les PMA aux CS et les PCA aux HGR correspondant à leur mandat dans la pyramide sanitaire et veiller à la bonne référence en renforçant la qualité, la disponibilité et la gestion des ressources techniques, financières et humaines.

⁵ Gestion systémique et intégrée d'une zone de santé en République Démocratique du Congo : L'expérience de la zone de santé de Kisantu (Bas Congo) avec la mise en place d'un paiement forfaitaire subsidié à l'hôpital de référence. Page 27

Au niveau des hôpitaux généraux de référence, une subvention au niveau de la prime du personnel et du renouvellement des matériels nécessaires et équipement était octroyée. Pour les recettes générées au niveau de l'HGR, il y avait aussi une clé de répartition des fonds pour permettre à ce que le capital médicament soit conservé au long terme pendant toute l'année. Dans cette clé de répartition par ordre de grandeur, il y avait 40% pour les médicaments, 30 à 40% pour la prime locale du personnel en dehors de celle que le projet donnait et autour de 10% pour l'investissement, et le reste pour épargne et autres frais. La fixation du tarif forfaitaire se faisait avec la participation de la communauté, du comité de gestion et de l'équipe cadre. Ensuite la décision était validée par le comité de gestion et conseil d'administration. Cette tarification forfaitaire se faisait suivant les services classiques (pédiatrie, médecine interne, gynéco-obstétrique et chirurgie). Vu le plateau technique différent entre l'hôpital de Kisantu et Gombe-Matadi, l'approche globale par un montant forfaitaire donné à l'HGR était plus difficile à mettre en œuvre à Kisantu vu ces forfaits élevés. Avec les projections des montants de subvention et compte tenu des besoins de l'HSLK, des négociations avec toutes les parties prenantes dont la communauté et le BDOM ont été entamées afin de réajuster le tarif de soins à Kisantu. A Gombe-Matadi en revanche, la tarification forfaitaire a été établie au niveau de l'HGR par analyse rétrospective des coûts dans la structure sanitaire.

Au niveau du centre de santé, le projet appuyait la tarification forfaitaire suivant l'épisode-maladie et selon qu'on était adulte ou enfant. L'appui concernait les médicaments et équipements médicaux selon les besoins de chaque centre de santé après inventaire, la contribution à la prime des prestataires et l'appui en formation selon les besoins des prestataires.

- L'appui à la demande de soins consistait à l'amélioration du taux de pénétration de la mutuelle communautaire de Kisantu (MUSAKIS) à travers les activités de sensibilisation et renforcement de capacités (Formation spécialisée du Directeur de la MUSAKIS en Protection sociale Santé et en Gestion d'une Assurance soins de santé universelle et obligatoire à l'INAMI Belgique). En plus, la tarification forfaitaire telle que décrite ci-dessous, avec le tiers payant qui était la MUSAKIS (pour les affiliés) permettait de réduire le coût de soins à payer pour le malade.

Jusque à la date de cette capitalisation, l'appui DGD continuait seulement dans la ZS de Kisantu avec une restriction de ses activités : en premier lieu, le projet garde les interventions d'appui de la MUSAKIS dans son volet assurance-santé (c'est-à-dire appuyer ses actions, ses planifications pour augmenter le taux de pénétration, le taux d'adhésion à la mutuelle de santé). En deuxième lieu, à l'HSLK l'appui DGD va uniquement renforcer deux services, l'anesthésie et les urgences, qu'il considère comme centre de formation. Il s'agissait de renforcer la capacité de ces services en formant les prestataires, la dotation en matériel et la

formation continue des prestataires des autres ZS (par exemple Bujala et Musango) grâce à des stages de perfectionnement à l'HSLK.

II. MÉTHODOLOGIE

2.1. Acteurs impliqués dans la capitalisation de l'expérience

La logique de départ était une auto-capitalisation par les différents acteurs du projet (équipe MEMISA du projet au Kongo central et les parties prenantes des ZS d'intérêt), réalisé à postériori. Cela impliquait alors une expertise extérieure, composée par l'Institut de Médecine Tropical (IMT) d'Anvers et le Centre de Connaissance en Santé en RDC (CCSC), pour un coaching de proximité de l'équipe de capitalisation.

MEMISA a recruté un consultant externe afin de finaliser le processus et produire le rapport de la capitalisation.

2.2. Etapes de la capitalisation

2.2.1. Formation de l'équipe de capitalisation

La capitalisation a débuté par la formation de l'équipe de capitalisation par les experts de l'IMT-Anvers et du Centre de Connaissance en Santé en RDC (CCSC). Cela s'est déroulé à Kisantu dans un atelier de 5 jours au cours duquel l'équipe de capitalisation a identifié l'expérience et a développé les différents outils de collecte des données qualitatives. L'expérience identifiée était la **Mutualisation des soins de santé dans les ZS avec tarif forfaitaire subsidié : Cas des ZS appuyées par Memisa-PRODS au Kongo Central de 2017 à 2022.**

A la fin de la formation, une feuille de route a été arrêtée, permettant de suivre l'évolution des différentes tâches à faire dans la capitalisation de l'expérience.

2.2.2. Suivi à distance de l'équipe de capitalisation

Après la formation en présentiel, il y a eu plusieurs séances de suivi à distance de cette équipe par les experts pour la guider dans la récolte et l'analyse des données et l'écriture du rapport de capitalisation. Les séances d'accompagnement étaient programmées à l'avance, selon la disponibilité de l'équipe de capitalisation. Au cours de ces réunions, des échanges sur le contenu et une vérification du respect de la feuille de route étaient réalisés pour permettre l'avancement de la rédaction du rapport de capitalisation.

2.2.3. Appui in situ de l'équipe de capitalisation

Pour booster l'analyse des données et la rédaction du rapport de capitalisation, un membre de l'équipe d'accompagnement a dû se rendre sur place à Kisantu pour appuyer l'équipe de capitalisation.

2.3. Collecte des données

La collecte de ces données a été organisée de manière à compléter les données déjà disponibles afin de finaliser le rapport de capitalisation.

➤ La revue documentaire

Une série des documents a été consulté pour collecter les données en rapport avec l'expérience identifiée. Il s'agissait des données qualitatives (faite de toute la documentation nécessaire à la description de l'expérience) et des données quantitatives (essentiellement les données en rapport avec le niveau d'atteinte des indicateurs tel qu'établi dans le plan de capitalisation de 2017 à 2022). Les documents consultés sont repris à **l'annexe 3**.

Pour les indicateurs clés au niveau des ZS et de la MUSAKIS, nous avons utilisé une grille de collecte de ces indicateurs (**Annexe 4**).

➤ Les entretiens semi-dirigés

Dix-sept entretiens individuels et trois focus group ont été réalisés grâce au guide établi lors du processus de capitalisation (**Annexe 2**). Les questions contenues dans ce guide intéressaient essentiellement la compréhension du montage de tarification forfaitaire subsidiée (TFS) au Kongo Central, la création et le rôle de la MUSAKIS dans le montage de TFS, le processus de passation de la MUSAKIS en tant que EUP-FASS, le rôle de l'assistant technique Administrateur de MEMISA, l'étude des coûts réalisée à l'HSLK, le rôle du BDOM dans le montage ainsi que les difficultés rencontrées lors de la mise en place du montage.

Les personnes concernées par les entrevues ont été contactées avec l'appui de MEMISA. Les entrevues se sont tenues en face-à-face ou en visioconférence via WhatsApp. Les informations collectées ont ensuite été transcrites en format Word.

Les personnes clés à interroger ont été identifiées grâce à une cartographie établie préalablement, présentée comme premier résultat du processus de capitalisation (**Figure 1**). La liste complète des personnes interviewées ainsi que les rôles qu'ils ont joués dans le programme est présentée en **annexe 5**.

2.4. Analyse des données collectées

Les données quantitatives ont été encodées et analysées par Microsoft Excel. L'analyse était descriptive montrant la tendance des niveaux d'atteinte des différents indicateurs de 2017 à 2021 dans les trois ZS et au niveau de la MUSAKIS.

Pour les données qualitatives, nous avons effectué une analyse thématique partant d'un cadre préalablement établi permettant de décrire l'expérience. Ce cadre thématique comprenait : (1) la description du montage de la tarification forfaitaire subsidiée au Kongo Central ; (2) Le double rôle de la MUSAKIS dans ce montage comme bonne pratique ; (3) l'impact de la TFS sur l'offre et la demande des soins, (4) les différentes difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de l'expérience, et (5) l'analyse des forces-faiblesses-menaces et opportunités de l'expérience. Les étapes de l'analyse des données étaient les suivantes : (a) la familiarisation des transcrits après transcription grâce à une lecture approfondie, (b) codage et analyse des transcrits à la main, (c) l'inscription des différents regroupements des codes dans le cadre thématique établi au départ. Enfin, une triangulation⁶ des informations tirées des différentes sources des données a été réalisée pour pouvoir produire le rapport final de capitalisation.

2.5. Aspects éthiques

L'approche utilisée pour cette capitalisation est basée sur des valeurs qui se résument en 4 points : neutralité, rejet des conflits d'intérêts, transparence et non compromission. Un consentement éclairé verbal a été demandé à chaque personne interrogée, de même que l'autorisation de procéder à l'enregistrement de l'entrevue.

⁶ Pinard, R., Potvin, P., & Rousseau, R. (2004). Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. *Recherches qualitatives*, 24(1), 58-80.

RESULTATS

3.1. Identification de l'expérience : Mutualisation des soins de santé dans les zones de santé avec tarif forfaitaire subsidié au Kongo central

3.1.1. Cartographie des acteurs de l'expérience et identification de l'expérience

L'implication des différents acteurs dans l'expérience de la tarification forfaitaire subsidiée au Kongo central était variable selon l'intérêt alloué à cette expérience. Pour identifier et catégoriser les acteurs, les cercles de mobilisation des acteurs (**Figure 1**) ont été établis, définissant le niveau d'implication de ces acteurs dans l'expérience selon qu'ils ont fait partie du noyau de l'expérience ou qu'ils jouaient un rôle plus distant.

Le **noyau de l'expérience** était constitué des personnes suivantes :

- Le coordonnateur du projet basé au Kongo Central, qui était le représentant de MEMISA coordonnant toutes les activités en lien avec la TFS et la mise en exercice de la MUSAKIS
- Le référant médical MEMISA basé à Kinshasa et qui chapotait les différents projets de santé de MEMISA au Kongo Central et dans d'autres provinces de la RDC
- Le directeur de la MUSAKIS qui a contractualisé avec MEMISA et qui a continué à suivre les FOSA avec lesquelles la MUSAKIS a contractualisé
- Le médecin chef de division de la santé du Kongo Central qui a représenté la province au cours de la durée du projet pour les questions d'ordre administratif et de sanitaire.
- La coordonnatrice du BDOM ayant joué un rôle primordial dans l'accompagnement des FOSA de l'église catholique intégrées dans le projet et le développement de la MUSAKIS
- Les médecins directeurs des hôpitaux de Gombe-Matadi et Ngidinga ainsi que le directeur général de l'hôpital Saint Luc de Kisantu

Les autres acteurs, y compris les bénéficiaires, ont joué des rôles importants en étant proches de ce noyau comme les médecins chefs des ZS de Kisantu, Gombe Matadi et Ngidinga, le représentant du BDOM (qui est un assistant technique médical ayant supervisé les FOSA de l'église catholique impliquées dans le projet), les membres du bureau d'appui technique de MEMISA au Kongo Central (l'assistant technique en charge des activités médicales et techniques, d'un autre chargé d'accompagner la MUSAKIS et les ZS pour les questions administratives et financières).

D'autres acteurs ont joué un rôle important mais un peu éloigné comme le ministre provincial de la santé du Kongo central, le président du conseil d'administration de la MUSAKIS, l'administrateur de l'hôpital Saint Luc de Kisantu, les infirmiers titulaires des centres de santé intégrés dans le projet ainsi que les personnes adhérant à la MUSAKIS (mutualistes).

Enfin, d'autres personnes ont joué un rôle lointain dans l'expérience comme l'Évêque de Kisantu et les anciens présidents du conseil d'administration de la MUSAKIS.

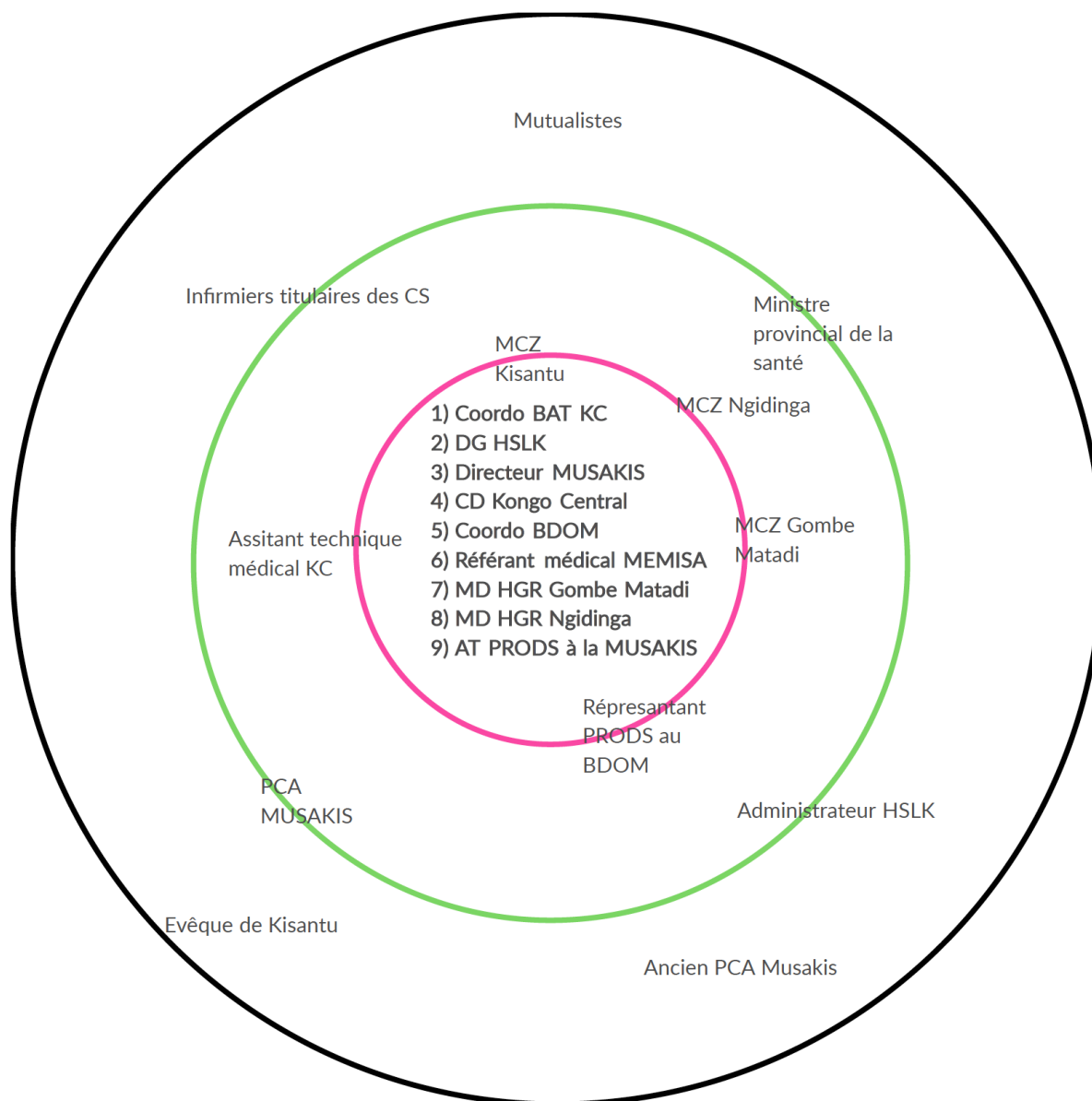


Figure 2. Cercles de mobilisation des acteurs de la TFS au Kongo Central.

Toutes ces personnes ont été impliquées dans la TFS au Kongo central avec des différentes intensités. Ceux qui sont dans le cercle au centre représentent le noyau de l'expérience et au fur et à mesure qu'on s'éloigne de ce noyau, l'intensité diminue. BAT= Bureau d'Appui technique ; CD= Chef de division de la santé ; MD=Médecin directeur ; AT= assistant technique ; MCZ= Médecin chef de zone de santé ; PCA= Président du conseil d'administration ; CS= centre de santé ; HSLK= Hôpital Saint Luc de Kisantu ; BDOM= Bureau diocésain des œuvres médicales ; HGR= Hôpital Général de Référence ; KC= Kongo Central

Ces différents acteurs avaient un pouvoir et un intérêt différents par rapport à la réussite du PRODS au Kongo central. La matrice pouvoir-intérêt ci-après schématise le niveau de ces deux paramètres chez chacun des parties prenantes.

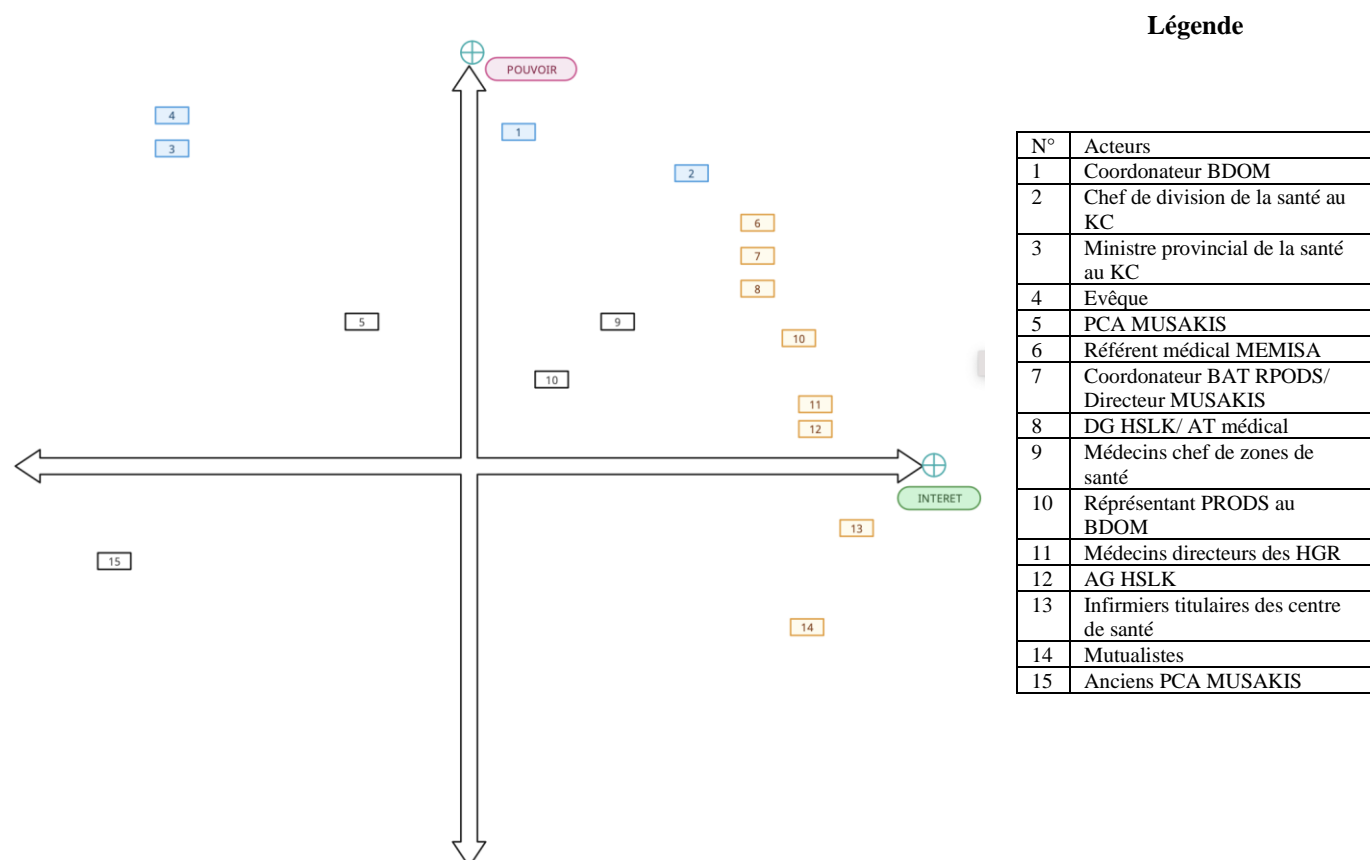


Figure 3. Matrice pouvoir-intérêt des parties prenantes de l'expérience TFS au Kongo central

Commentaire

- Les 4 premiers acteurs (en bleu) ont été considérés comme les autorités morales (ayant beaucoup de pouvoir) qui pouvaient influencer la réussite de la mise en place de la TFS au Kongo central. Le Chef de division de la santé au KC, en particulier, avait non seulement le pouvoir mais aussi un grand intérêt à la réussite du programme car il était l'un des pionniers de la mise en place effective de la tarification forfaitaire au KC, ce qui était une condition sine qua non pour instaurer l'achat des services.
- Les acteurs en jaune, ont été considérés comme ayant le plus d'intérêt à la réussite du programme car étaient bénéficiaires directes (IT, MD, DG, AG, mutualistes) ou indirectes (Réfèrent médical, AT, Coordo BAT, directeur de la MUSAKIS), chacun selon son niveau de pouvoir.
- Les autres acteurs avaient peu de pouvoir et/ou peu d'intérêt.

L'annexe 6 reprend la matrice d'identification de l'expérience qui a été capitalisée.

3.2. Description du montage actuel de la TFS au Kongo central

3.2.1. Les parties prenantes du programme PRODS au Kongo central et les tarifs fixés

Le programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé (PRODS) est un projet financé par l'Union Européenne et exécuté en Ituri et au Kongo Central par l'**ONG MEMISA**. Tout en s'alignant dans le plan national de développement sanitaire (PNDS), ce programme avait comme objectifs de contribuer à la pérennisation de l'accessibilité aux soins de qualité et d'améliorer la capacité institutionnelle du Ministère de la Santé Publique (MSP) au niveau central et provincial (DPS). Il s'est réalisé en deux phases :

- La première phase a duré 49 mois allant de Mars 2017 – Août 2020 (42 mois) avec un avenant de septembre 2020 – mars 2021 (7 mois). Cette phase a été cofinancée par l'Union Européenne à hauteur de 21 000 000 €. L'autre partie du co-financement était assurée par la DGD.
- La seconde phase allant d'avril 2021 à octobre 2022 pour un montant total de 12 400 000 € financée totalement par l'Union Européenne.

Dans la province du Kongo Central, le programme a collaboré avec différentes parties prenantes :

- 1) **La MUSAKIS-FASS** a contractualisé avec MEMISA (en Juillet 2017) pour jouer deux rôles : d'abord en tant que mutuelle communautaire avec une fonction de renforcement de la demande des soins afin de faciliter l'accessibilité de la communauté aux soins ; et ensuite en tant qu'établissement d'utilité publique pour l'achat des services de santé auprès des formations sanitaires (CS et HGR). Un forfait semestriel était versé à la MUSAKIS-FASS pour lui permettre d'assurer ces rôles. A son tour, la MUSAKIS-FASS élaborait et signait les contrats avec les FOSA, assurait les vérifications techniques et administratives mensuelles des prestations déclarées par les formations sanitaires, payait mensuellement après vérification des conditions de contractuelles et selon les délais impartis et adresser à MEMISA un rapport financier et technique trimestriels concernant le fonctionnement et le paiement des services. Une évaluation annuelle de la MUSAKIS-FASS était réalisée par comité de suivi de la convention de dévolution dont fait partie le Ministère Provincial en charge de la Santé, la DPS, MEMISA et les autres acteurs membres, pour vérifier le taux de pénétration et adhésion dans les 3 ZS, la constitution des réserves et le maintien des acquis, la maîtrise des frais et coûts de fonctionnement, la satisfaction des membres ainsi que la régularité et la qualité de ses prestations.

A son tour, la MUSAKIS avait pu contractualiser avec les HGR et 47 centres de santé pour l'achat des services selon les forfaits établi tel qu'illustré dans les **tableaux 1 à 4**.

2) La **DPS Kongo central** a également contractualisé avec MEMISA en septembre 2017. Cet appui du programme avait pour objectif de permettre à la DPS d'organiser le pilotage de l'action sanitaire dans la province et d'encadrer les ZS dans la mise en œuvre du PNDS. Cet appui financier comprenait plusieurs composantes :

- une première composante unitaire pour le financement des activités de pilotage et encadrement inscrites dans les PAO de la DPS, la subvention du fonctionnement de la DPS, la contribution au financement des activités de routine de la DPS [les réunions des comités de pilotages provinciaux (CPP), les réunions de l'équipe cadre de la DPS et celles des groupes de travail thématiques (GTT), l'organisation des revues annuelles] ainsi que les frais de mission pour des réunions de coordination provinciales ou nationales
- Une deuxième composante forfaitaire pour les compléments de rémunération des cadres de la DPS suivant la grille barémique
- Une dernière composante d'allocations budgétaires pour financer les actions spécifiques sur ordre de la DPS comme l'impression des outils de gestion au bénéfice de la DPS et l'achat des intrants médicaux spécifiques au bénéfice des ZS sous la responsabilité de la CDR.

La DPS organisait les réunions de monitoring trimestriel de la mise en œuvre du PRODS avec les autres parties prenantes (MUSAKIS-FASS, CDR, ZS, AT MEMISA), pour prendre des sanctions administratives à l'endroit des ZS n'ayant pas respecté les engagements contractuels auprès de la MUSAKIS-FASS et présenter trimestriellement l'état de suivi de la mise en œuvre de la programmation semestrielle établie ainsi qu'organiser une réunion trimestrielle établie.

3) **Les ZS d'intervention** avaient deux profils différents selon l'appui apporté lors de la phase 1 du programme (co-financement DGD-UE) :

- ✓ La première catégorie était celle des *ZS de « convergence »*⁷ des deux co-financements. Il s'agissait des ZS de Kisantu et Gombe-Matadi. Lors de l'implémentation du PRODS, ces ZS avaient déjà une expérience précédente de TFS avec des tarifs de soins bien établis avec le financement DGD. Leur différence se situait au niveau des forfaits qui étaient plus élevés dans la ZS de Kisantu que dans celle de Gombe-Matadi à cause des plateaux techniques différents au niveau des HGR.

⁷ Les ZS de convergence (Kisantu et Gombe-Matadi) sont celles qui étaient appuyés par le financement DGD et Union Européenne.

- ✓ Dans la deuxième catégorie on retrouvait la zone de santé de Ngidinga, qui était une *zone de santé de « non convergence »*. Cette ZS a été recrutée avec l'avènement du PRODS pour la TFS.

Selon les interviewés, la fixation des tarifs pour le PRODS a été plus facile dans les deux ZS (Gombe-Matadi et Ngidinga) dont les HGR avaient des plateaux techniques comparables et inférieurs à celui de l'HSLK.

Les tableaux 1 et 2-4 illustrent respectivement les tarifs de soins fixés au niveau des centres de santé et au niveau des HGR dans les deux catégories de zones d'intervention.

Hormis l'appui au fonctionnement et l'achat des services via les tarifs forfaitaires, le projet a contribué au renforcement de la fonction d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels par les équipes cadres via la CAAMEKI. Ce renforcement consistait à :

- ❖ La mise en place du circuit d'approvisionnement de médicaments et des outils de gestion dans les FOSA et la liste provinciale de médicaments essentiels ;
 - ❖ La dotation de fonds de démarrage pour la constitution de stock de médicaments ;
 - ❖ L'achat obligatoire à la CDR (CAAMEKI) ;
 - ❖ Le renforcement de la fonctionnalité du groupe thématique médicaments ;
 - ❖ La sécurisation de fonds médicaments par l'ouverture de comptes bancaires spécifiques « compte médicaments » ; et
 - ❖ La mise en place de dépôts zonaux dans les 3 ZS.
- 4) Le diocèse de Kisantu à travers le **bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM)** qui était en appui aux FOSA faisant partie de l'Église catholique. Il participait aux réunions de la coordination provinciale du PRODS, aux réunions de conseil de gestion (surtout de l'Hôpital Saint Luc de Kisantu) et a joué un rôle primordial dans la négociation des tarifs entre la communauté et le projet. Un de ses assistants techniques a été retenu et payé par le projet pour assurer la supervision des FOSA catholiques impliquées dans l'expérience.
- 5) **La centrale d'achat et d'approvisionnement en médicaments essentiels de Kisantu (CAAMEKI)** qui est l'une des centrales du projet CAAMEKI financé par l'Union Européenne en 2002, mis en œuvre par le BDOM. Les trois ZS devaient acheter obligatoirement leurs médicaments et consommables médicaux essentiels auprès de la CAAMEKI. Cela lui permettait alors de jouer pleinement son rôle de centrale de distribution régionale (CDR) des médicaments dans la province.
- 6) Les **bénéficiaires finaux** étaient constitués en deux groupes : premièrement les « *mutualistes* » constitués des personnes qui adhèrent à la MUSAKIS et paient

régulièrement leurs cotisations ; et deuxièmement, les « *non mutualistes* » qui n’ont jamais adhéré à la mutuelle ou qui ont été écartés à cause de non cotisation ou alors qui ont quitté la mutuelle. La différence de la part du malade, selon qu’on est mutualiste ou non, est illustrée dans les **tableaux 2-4**.

La **figure 4** décrit la collaboration du bureau d’appui technique et les autres acteurs du PRODS au Kongo Central, s’organisant autour de la coordination provinciale.

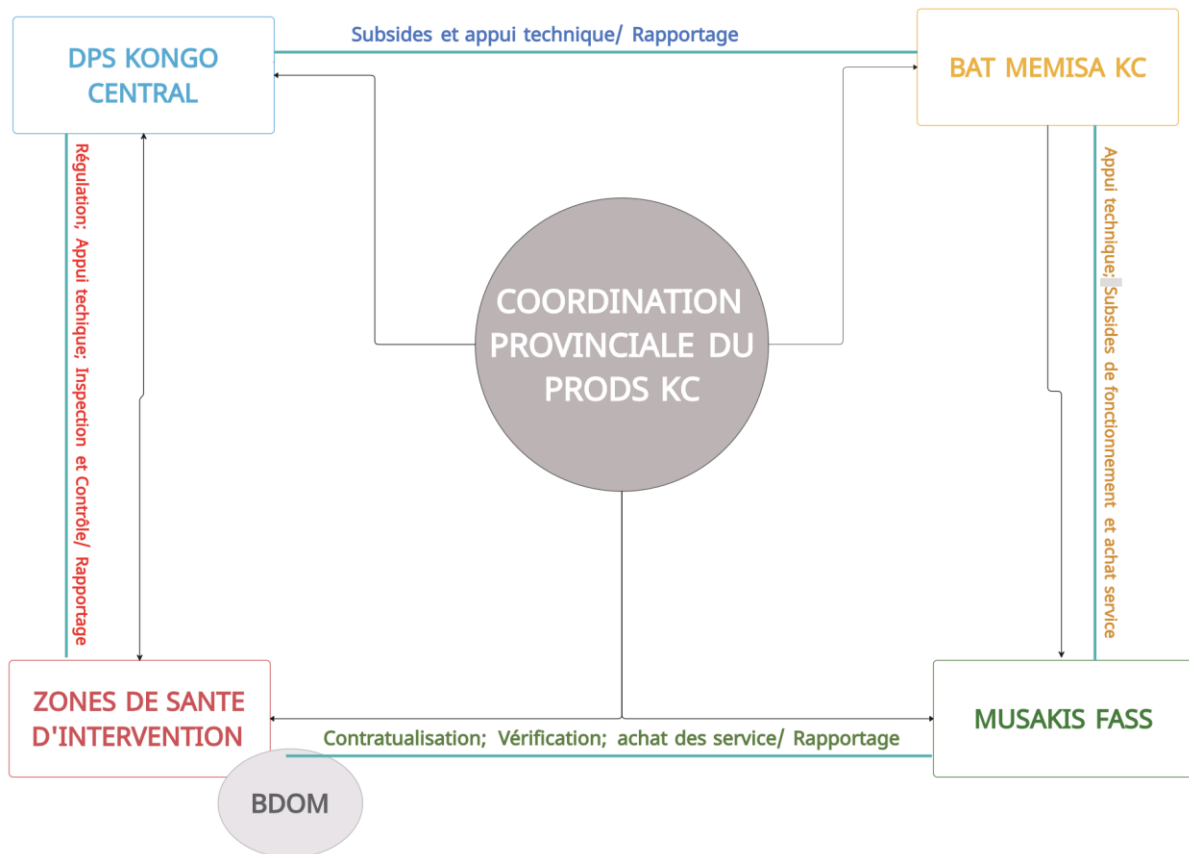


Figure 4. Mécanismes de collaboration du BAT MEMISA_PRODS avec les autres acteurs au Kongo Central

Tableau 1. Tarification forfaitaire subsidiée (en \$) des soins au niveau des centres de santé au Kongo Central

Categorie PEC	CS/ZS KISANTU						CS/ZS NGIDINGA ET GOMBE MATADI					
	Tarif Forfaitaire	Non mutualiste		Mutualiste			Tarif Forfaitaire	Non mutualiste		Mutualiste		
		PRODS	Part du malade	PRODS	MUSAKIS	Part du malade		PRODS	Part du malade	PRODS	MUSAKIS	Part du malade
NC 0 - 5 ans payant (a)	3,44	0,5	2,94	0,5	2,00	0,94	2,5	0,5	2	0,5	1,06	0,94
NC > 5 ans payant (b)	4,06		3,56		2,51	1,05	3		2,5		1,56	0,94
Accouchement eutocique	9,4		8,9		3,52	5,38	8		7,5		2,12	5,38

Pour les centres de santé, la part du malade affilié à la MUSAKIS et la contribution du PRODS étaient les mêmes dans les 3ZS bien que le tarif forfaitaire soit plus élevé à Kisantu que dans les deux autres ZS. La différence se retrouvait lors que le malade n'était pas affilié à la MUSAKIS. Dans ce cas, le ticket modérateur était un peu plus élevé à Kisantu que dans les autres ZS.

Tableau 2. Tarification forfaitaire subsidiée (en \$) des soins à HGR Saint Luc de Kisantu

Services	HGR ST LUC					
	Tarif forfaitaire	Non mutualiste		Mutualiste		
		Part du malade	PRODS	PRODS	MUSAKIS	Part du malade
Consultation externe référée	20	7,6	12,4	12,4	5,78	1,82
Admission en Pédiatrie	29,8	5	24,8	24,8	2,88	2,12
Admission en Médecine Interne	48,4	10	38,4	38,4	-0,30	10,30

Admission en chirurgie mineure	29,2	20	9,2	9,2	14,24	5,76
Admission en chirurgie majeur I	190	159,6	30,4	30,4	130,51	29,09
Admission en chirurgie majeur II	360	288	72	72	218,30	69,70
Admission en gynécologie	75	61,5	13,5	13,5	53,92	7,58
Accouchement eutocique	75	33,75	41,25	41,25	29,51	4,24
Accouchement dystocique	75	33,75	41,25	41,25	29,51	4,24
Césarienne	92,5	10	82,5	82,5	1,82	8,18
Autres affections liées à la grossesse	49	22	27	27	14,42	7,58

Tableau 3. Tarification forfaitaire subsidiée (en \$) des soins à HGR Gombe Matadi

Services	HGR GOMBE MATADI					
	Tarif Forfaitaire	Non mutualiste		Mutualiste		
		Part du malade	PRODS	PRODS	MUSAKIS	Part du malade
Consultation externe référée	7	0	7	7	0	0
Admission en Pédiatrie	20	5	15	15	4	1
Admission en Médecine Interne	25	10	15	15	8	2
Admission en chirurgie mineure	30	20	10	10	16	4
Admission en chirurgie majeur I	50	35	15	15	26	9
Admission en chirurgie majeur II	0	0	0	0	0	0
Admission en gynécologie	35	25	10	10	20	5
Accouchement eutocique	35	10	25	25	8	2
Accouchement dystocique	35	10	25	25	8	2
Césarienne	35	10	25	25	8	2
Autres affections liées à la grossesse	35	10	25	25	8	2

Tableau 4. Tarification forfaitaire subsidiée (en \$) des soins à HGR Ngidinga

Services	HGR NGIDINGA					
	Tarif Forfaitaire	Non mutualiste		Mutualiste		
		Part du malade	PRODS	PRODS	MUSAKIS	Part du malade
Consultation externe référée	7	0	7	7	0	0,0
Admission en Pédiatrie	20	5	15	15	4	1,0
Admission en Médecine Interne	25	10	15	15	8	2,0
Admission en chirurgie mineure	30	20	10	10	16	4,0
Admission en chirurgie majeur I	50	35	15	15	26	8,8
Admission en chirurgie majeur II	0	0	0	0	0	0,0
Admission en gynécologie	35	25	10	10	20	5,0
Accouchement eutocique	35	10	25	25	8	2,0
Accouchement dystocique	35	10	25	25	8	2,0
Césarienne	35	10	25	25	8	2,0
Autres affections liées à la grossesse	35	10	25	25	8	2,0

3.2.2. Montage du paiement du tarif forfaitaire

La **figure 5** décrit le montage de la tarification forfaitaire. Ce tarif dépendait préalablement du fait qu'on était référé par un centre de santé ou pas. Si le malade n'était pas référé, il bénéficiait d'un tarif forfaitaire mais qui n'était pas subsidié. Ces malades payaient alors tous les frais liés à leur maladie, soit en consultation externe ou en hospitalisation, sauf les cas admis en urgence.

Les malades référés étaient de deux types : premièrement, les malades affiliés à la MUSAKIS (mutualistes) qui payaient un ticket modérateur dans lequel la MUSAKIS prenait déjà une bonne part selon qu'on s'arrêtait dans la consultation externe ou qu'on était hospitalisé. A ce ticket modérateur global, s'ajoutait l'argent du deuxième tiers payant (MEMISA_PRODS) constituant la grande part du tarif forfaitaire final. Deuxièmement pour les non mutualistes, ils payaient directement le ticket modérateur global auquel s'ajoutait le tiers payant MEMISA_PRODS pour constituer le tarif forfaitaire final.

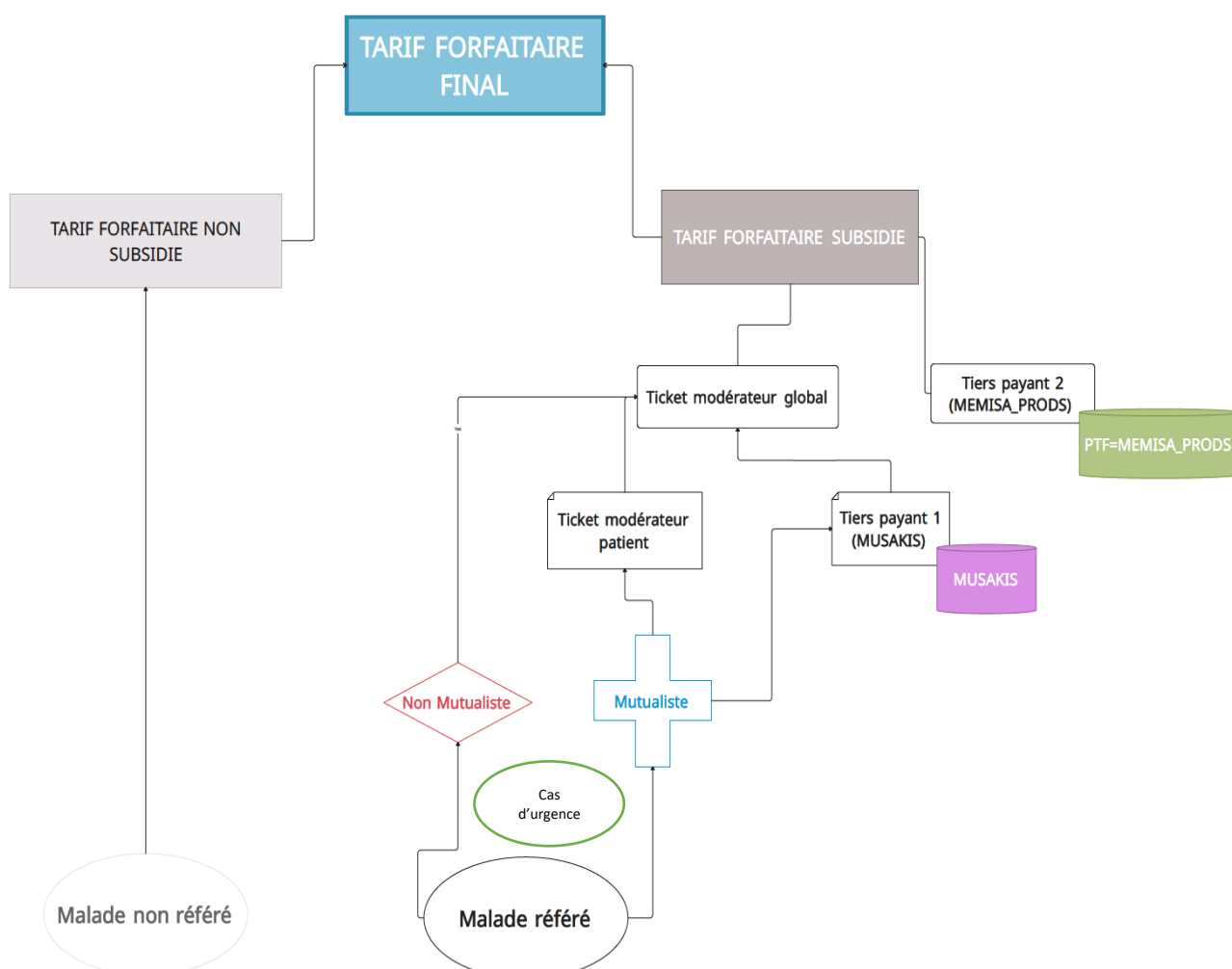


Figure 5. Montage de la tarification forfaitaire subsidiée au Kongo Central

L'appui du projet PRODS concernait les trois axes stratégiques comme pour le projet DGD :

- **La gouvernance** : en appuyant la zone de santé dans ses activités de supervision, son fonctionnement et l'achat des médicaments et matériels médicaux au niveau de la CDR.
- **L'offre de soins** : la stratégie d'appui a changé par rapport au projet DGD en ce sens qu'au lieu de donner un montant fixe aux hôpitaux couvrant les factures des tarifs forfaitaires des patients (mutualistes ou non), le projet PRODS a introduit l'achat de services. A travers la MUSAKIS-FASS, les dossiers des patients déclarés soignés au niveau de l'HGR étaient d'abord contrôlés avant de rembourser les frais engagés, selon la tarification fixée pour chaque maladie dans les quatre départements classiques. Cela permettait aux hôpitaux de bien remplir et classer les dossiers médicaux et par là améliorer la qualité des soins et de services. Les FOSA étaient également appuyées en matériels médicaux selon les besoins, en construction des infrastructures et surtout en ouvrant une ligne budgétaire pour l'achat des médicaments au niveau de la CDR. Ce capital médicament constituait la réserve de la FOSA selon la clé de répartition des recettes de l'hôpital tel que décrit précédemment.
- **La demande des soins** : en dehors du fait que le projet PRODS continuait à appuyer la MUSAKIS dans son rôle de mutuelle communautaire, la grande différence avec le projet DGD était le fait que la MUSAKIS endossait un deuxième rôle, celui d'achat de service en qualité d'établissement d'utilité publique (EUP). MUSAKIS-FASS contractualisait donc avec les FOSA (hôpitaux et CS) pour l'achat des services rendus. Une deuxième différence était que le malade avait un deuxième tiers payant qui était le projet PRODS contribuant la grande partie du tarif forfaitaire final tel qu'illustré dans les **figures 1 à 4**. Cela a fait à ce que le coût de soins soit encore plus allégé pour les malades, plus encore pour les mutualistes.

3.3. Bonne pratique 1 : L'étude des coûts « empirique » de l'HSLK permettant la redynamisation du tarif forfaitaire après dépréciation des Francs Congolais

Le tarif forfaitaire préalablement établissait la part du ticket modérateur en Francs Congolais (FC) alors que la part du tiers-payant était en dollars américains (USD). En 2020, il y a eu une dépréciation monétaire des francs congolais. Cette dépréciation rapide et conséquente de la monnaie locale face à l'USD a eu comme conséquences la perte sensible du pouvoir d'achat pour le personnel dont la rémunération est restée stationnaire depuis plusieurs années faute de la trésorerie ainsi que l'augmentation des prix sur le marché des biens et services pour le fonctionnement pour l'HSLK.

« J'avais remarqué qu'avec la dépréciation monétaire, le ticket modérateur ne faisait que baisser en termes de valeur et que le tiers payant qui était payé en dollars restait et au finish vous verrez que quand vous mettez tout en dollars c'est l'hôpital qui perd » (Acteur hôpital)

C'est dans ce contexte que l'HSLK a initié une étude des coûts des différentes pathologies selon les services organisés afin d'essayer d'adapter le forfait selon les besoins de l'hôpital, qui par ailleurs, a un plateau technique supérieur aux autres HGR (avec des services spécialisés et considéré comme hôpital de formation des médecins stagiaires).

La méthodologie appliquée pour développer cette étude des coûts était basée sur le recourt aux charges d'exploitation d'un exercice comptable 2019. Les phases suivantes ont été suivies pour cette analyse : (1) collecte et organisation d'une part des données statistiques de services médicaux et médicotechniques et d'autre part des données financières selon les rubriques (charges et produits d'exploitation 2019) ; (2) calcul des différentes clés de répartition des charges selon les rubriques ; (3) ventilation les différentes charges de fonctionnement selon les services à facturer ; (4) définition des coûts moyens par services et par patient et des charges de fonctionnement à supporter par les parties en présence ; et (5) la redynamisation du nouveau tarif à appliquer :

- L'eau et l'électricité car couvertes par le gouvernement congolais,
- Les intrants de laboratoire et médicaments car certains étaient apportés par les partenaires sans valeurs. Et par conséquent, les intrants et médicaments en général ont été revalorisés avec un indice de 1.30% de la valeur de la pharmacie selon le rapport annuel 2019,
- Les bâtiments et les grands matériels de soins n'ont pas été valorisés, ni pris en compte pour les amortissements

La première étape (**modèle en Annexe 7**) était celle de la définition des charges directes (liées au personnel et médicaments/intrants) et indirectes (laboratoire, imagerie, bloc opératoire, administration) qu'un patient pouvait engager pour un épisode-maladie. Ensuite (**modèle en Annexe 8**), les coûts pour fixer le tarif forfaitaire (ticket modérateur, tiers payant) ont été calculés sur base de la répartition des charges.

Le constat fait était que le tarif tel qu'appliqué, avec la dévaluation monétaire, était déficitaire du côté ticket modérateur que ça soit en consultation ambulatoire qu'en hospitalisation selon les services (**Tableau 5 et 6, A**). De là, une proposition d'augmentation en pallier du tarif a été proposée (**Tableau 5 et 6, B**) pour arriver à récupérer l'équivalent des FC qui avait augmenté pour récupérer le tarif initial. La discussion de ce nouveau tarif a eu lieu lors de la réunion de coordination du projet et le même exercice a été fait pour l'augmentation du montant de la cotisation lors des assemblées générales avec les représentants de la communauté. Cette augmentation du montant de la cotisation s'est faite en deux phases : de 1000 à 1200 FC et

de 1200 à 2000 FC dans un espace de six mois, avec comme conséquences une perte d'environ 5000 membres de la MUSAKIS.

« ... par exemple la population est habituée à 7500 FC pour le ticket modérateur mais nous voulons arriver à 14000 FC, mais nous avons démontré que si nous passons directement à 14000 FC la population aura du mal à supporter cette charge parce que c'est le double, mais plutôt fallait échelonner, majorer par palier » (acteur hôpital)

Au niveau de l'HSLK, il a été constaté qu'au fur et à mesure qu'on augmentait les paliers, le taux d'utilisation des services semblait diminuer mais l'hôpital a pu augmenter ses recettes lui permettant de fonctionner normalement et d'améliorer la qualité des services.

Tableau 5. Tarif forfaitaire en application (A) et proposition de la majoration en palier pour atteindre le tarif souhaité avec ticket modérateur indexé en dollars (B) en consultation

SERVICES	TARIF A APPL.	TIERS - PAYANT		TICKET MODERATEUR			Evolution de l'application du ticket modérateur indexé					
	2011	2017-2020	2020	Usd	Cdf actuel	Cdf au taux de 2000	Octobre 2020		janvier 2021		juillet 2021	
	Montant	Montant	Montant				%	Montant	%	Montant	%	Montant
URGENCES	20	12,4	13									
PEDIATRIE												
GYNECOLOGIE												
MEDECINE INTERNE	20	12,4	13	7 \$	7 500	14000	33%	10 000	60%	12 000	87%	14 000
CHIRURGIE												
ORTHOPEDIE												

(A)

(B)

Tableau 6. Tarif forfaitaire en application (A) et proposition de la majoration en palier pour atteindre le tarif souhaité avec ticket modérateur indexé en dollars (B) en hospitalisation

SERVICES / ACTES	TARIF A APPL.	TIERS - PAYANT		TICKET MODERATEUR			Evolution de l'application du ticket modérateur indexé					
	2010	2017-2019	2020	Usd	Cdf actuel	Cdf au taux de 2000	Octobre 2020		janvier 2021		juillet 2021	
							%	Montant	%	Montant	%	Montant
SOINS INTENSIFS	-	-	-									
PEDIATRIE	40 \$	24,80 \$	25,00 \$	15 \$	15 500	30 000	29%	20 000	61%	25 000	94%	30 000
MEDECINE INTERNE	80 \$	38,40 \$	40,00 \$	40 \$	42 000	80 000	31%	55 000	55%	65 000	90%	80 000
CHIRURGIE MINEURE	40 \$	9,20 \$	10,00 \$	30 \$	31 000	60 000	29%	40 000	61%	50 000	94%	60 000
CHIRURGIE MAJEURE 1	190 \$	30,40 \$	36,00 \$	154 \$	160 000	308 000	31%	210 000	63%	260 000	93%	308 000
CHIRURGIE MAJEURE 2	360 \$	72,00 \$	83,00 \$	277 \$	288 000	554 000	22%	350 000	56%	450 000	92%	554 000
ORTHOPEDIE TRAITEMENT SIMPLE	80 \$	9,20 \$	10,00 \$	70 \$	80 500	140 000	12%	90 000	43%	115 000	74%	140 000
ORTHOPEDIE CHIRURGIE SIMPLE	190 \$	30,40 \$	36,00 \$	154 \$	190 500	308 000	10%	210 000	36%	260 000	62%	308 000
ORTHOPEDIE CHIRURGIE COMPLEXE	360 \$	72,00 \$	83,00 \$	277 \$	360 500	554 000	8%	390 000	25%	450 000	54%	554 000
GYNECO-OBSTETRIQUE/ HOSPIT	75 \$	13,50 \$	16,00 \$	59 \$	61 500	118 000	31%	80 500	55%	95 500	92%	118 000
GYNECO-OBSTETRIQUE / EUTOCIE	75 \$	41,25 \$	43,00 \$	32 \$	34 000	64 000	32%	45 000	62%	55 000	88%	64 000
GYNECO-OBSTETRIQUE / DYSTO	75 \$	41,25 \$	43,00 \$	32 \$	34 000	64 000	32%	45 000	62%	55 000	88%	64 000
GYNECO-OBSTETRIQUE / CESARIEN	150 \$	82,50 \$	85,00 \$	65 \$	67 500	130 000	19%	80 000	63%	110 000	93%	130 000
AUTRES AFFECTION LIEES A LA GROSSESSE	75 \$	27,00 \$	29,00 \$	46 \$	61 500	92 000	17%	72 000	33%	82 000	50%	92 000
							23%		52%		82%	

(A)

(B)

Bonne pratique 2 : La MUSAKIS au centre du montage de la TFS dans les 3ZS au Kongo Central

La Mutuelle de Santé de Kisantu, « MUSAKIS » en sigle, fonctionnant comme structure d'assurance santé à base communautaire avec pour objectif de faciliter l'accès financier aux soins de santé de qualité aux populations du Kongo Central, a été choisie par MEMISA, grâce au projet PRODS, pour jouer le rôle d'un Etablissement d'utilité publique pour l'achat des services de santé (EUP-FASS). Cette expérience de double rôle d'une mutuelle de santé n'a jamais existé en RDC et a été mis en place au cours de ce projet.

3.3.1. Processus d'attribution du rôle d'EUP-FASS à la MUSAKIS

L'attribution du rôle d'EUP-FASS à la MUSAKIS est l'aboutissement d'un long processus déclenché avec l'avènement du PRODS. Dans la conception du projet par MEMISA, le montage était tel que dans chaque province au sein de laquelle le projet devrait être mis en œuvre, il devrait y avoir un établissement d'utilité publique pour l'achat des services de santé. En Ituri, l'avantage était qu'il y avait déjà un EUP fonctionnel qui pouvait jouer ce rôle d'achat des services. En revanche, au Kongo Central, il n'y avait pas un établissement qui, juridiquement et de manière opérationnelle, pouvait jouer ce rôle.

La première étape a été donc la mission de formulation du projet au cours de laquelle MEMISA a contractualisé avec un consultant pour évaluer la faisabilité de la mise en place d'un EUP au Kongo Central pour l'achat des services auprès des formations sanitaires.

Cette mission de formulation est arrivée à deux options pour l'achat de services : soit on devrait créer un EUP au niveau de la province, option qui s'est avérée très coûteuse et qui exigeait beaucoup de temps. Soit alors on devrait renforcer les capacités de la MUSAKIS qui faisait déjà l'achat indirect des services par le remboursement des frais au niveau des hôpitaux. La deuxième possibilité a été retenue tout en ayant à l'esprit qu'à long terme, l'EUP pourra encadrer la mutuelle même si la crainte restait que la fonction de mutuelle communautaire pourrait se perdre au fil du temps. La MUSAKIS devrait alors jouer aussi le rôle d'acheteur des services au niveau de ces 3 ZS qui étaient sous appui PRODS.

« Dans la mise en œuvre du PRODS quand on a fait l'état de lieu au niveau de la province du Kongo Central, on s'est rendu compte qu'il n'y avait pas un établissement d'utilité public qui pouvait assurer l'achat des prestations au niveau de la province... » (Partenaire)

La deuxième étape était les ressources humaines et organisationnelles pouvant permettre à la MUSAKIS de jouer pleinement le rôle d'EUP-FASS. C'est ainsi que plusieurs missions d'évaluation externe ont été organisées pour certifier cela. L'objectif de ces évaluations était de dénicher les différentes faiblesses et atouts dont la MUSAKIS disposait et donner les orientations et les recommandations qui pourraient faire que la MUSAKIS soit à la hauteur d'acheter les prestations au niveau de la province. Cinq missions d'évaluation ont été

réalisées par les différents acteurs nationaux et internationaux : (1) Une consultance internationale de l'Union Européenne, (2) la cellule d'appui à l'ordonnateur national du fonds européen de développement (COFED) en RDC, (3) Le secrétariat général du ministère de la santé, (4) la direction des études et de planification du ministère de la santé en RDC (DEP), et (5) MEMISA Belgique.

La conclusion de ces différentes missions était que la MUSAKIS pouvait jouer le rôle d'EUP-FASS et l'ordonnateur principal (COFED) qui assure l'interface entre l'Union Européenne et le ministère des finances de la RDC, après son évaluation qui était presque à 70%, a accepté que Memisa contracte avec la MUSAKIS afin que cette dernière assure la gestion des fonds venant de l'Union Européenne à travers MEMISA. Une feuille de route a été établie pour que la MUSAKIS puisse bien assurer ce travail.

Les grandes recommandations de ces différentes évaluations étaient :

- La MUSAKIS, qui était seulement dans la ZS de Kisantu (en partenariat avec l'Hôpital Saint Luc et certains centres de santé), devrait étendre ses actions (de mutuelle communautaire et d'EUP) dans les deux autres ZS du projet (Gombe-Matadi et Ngidinga), ce qui a été fait.
- Pour assurer une gestion efficace de la fonction d'EUP-FASS confiée à la MUSAKIS, le recrutement d'un Administrateur Technique par MEMISA était indispensable. Le rôle de cet Administrateur était d'accompagner quotidiennement l'équipe de la MUSAKIS sur terrain dans la gestion des fonds mis à leur disposition pour l'achat des services et mettre des stratégies permettant à la population de continuer à adhérer à la mutuelle ainsi que d'aider la MUSAKIS à faire asseoir sa stratégie et à transférer les compétences en matière de gestion dans les deux nouvelles ZS (Gombe-Matadi et Ngidinga). C'est ainsi qu'un AT qui avait déjà travaillé avec l'union européenne dans le cadre d'achat des prestations au niveau du Kasai fut engagé pour ce travail. Cet AT jouait son rôle à deux niveaux :
 - Au niveau de la MUSAKIS, il intervenait dans la planification, la mise en œuvre, l'évaluation, le suivi de la vérification des prestations et dans l'organisation même des services au niveau de la MUSAKIS. De l'évaluation du plan semestriel découlait un rapport d'activités semestrielles (expliquant le processus d'achat des services auprès des FOSA. Aussi les aspects de fonctionnement de la MUSAKIS sans oublier son volet mutualisation : l'évolution du taux de pénétration pendant la période) qui était un livrable contractuel que la MUSAKIS devrait produire pour bénéficier d'autres fonds pour son propre fonctionnement. Sur terrain, l'AT accompagnait l'équipe des vérificateurs pour résoudre les différentes difficultés rencontrées. Donc la MUSAKIS était accompagnée.

- Au niveau des ZS, l'accompagnement de l'AT portait de l'état de lieu sur la gestion des ressources au niveau des FOSA, en collaboration avec la DPS. De cet état de lieu se dégageait certaines forces et faiblesses et les opportunités qui étaient disponibles pour faire en sorte que la gestion des ressources soit améliorée au niveau des structures. Mensuellement, l'AT formulait des termes de référence, partant de l'état de lieu réalisé, pour accompagner les FOSA dans l'amélioration de la gestion de leurs ressources.
- La MUSAKIS devrait être reconnue par le pouvoir public comme étant un EUP à travers une convention de dévolution. Au niveau provincial, la MUSAKIS a obtenu sa convention de dévolution le 29 Juin 2017 pour une durée de 5 ans renouvelable par tacite reconduction pour la même durée.
 Cette convention a mis en place un comité de suivi d'exécution efficiente de cette dernière, présidé par le représentant du ministre provincial de la santé avec comme secrétaire le représentant du conseil d'administration de la MUSAKIS. Les autres membres de la commission étaient : un représentant du ministre provincial des finances, un représentant du ministre provincial du travail et de l'emploi, un représentant du ministre provincial du plan, le chef de division provinciale de la santé, un autre représentant du conseil d'administration de la MUSAKIS, les représentants des PTF concernés par les activités de la MUSAKIS et 3 représentants des bénéficiaires. Enfin, cette convention donnait à la MUSAKIS la possibilité d'étendre ses activités dans les autres ZS de la province et l'encourageait non seulement à mobiliser les financements des soins mais aussi à faire un partage d'expérience avec les autres mutuelles de santé afin d'accroître l'accessibilité aux soins dans la province.
 Une pareille convention de dévolution devrait être obtenue au niveau national, ce qui n'a pas encore été fait.

Les autres recommandations pertinentes étaient : (i) le renforcement des capacités techniques et la mise en œuvre des actions de formation des agents de la MUSAKIS, (ii) mettre en place un dispositif permanent de suivi-évaluation des activités de terrain, (iii) mettre en place un système adaptatif de gestion des leçons tirées de l'expérience (iv) l'élaboration des divers documents et la dotation en équipement et matériels audio-visuels de sensibilisation.

« ...Pour concrétiser il y avait maintenant des étapes, comment faire ? c'est là où en interne nous avons défendu le projet (de passage de la MUSAKIS à un EUP) auprès des différents évaluateurs...nous avons eu des missions d'évaluation au moins cinq... somme de tout ça, cela a permis d'avoir des orientations et d'élaborer une feuille de route...avec des hypothèses pour mieux faire comme mettre un assistant technique qui pourra nous accompagner pour l'achat des services, ... » (Acteur ZS)

La troisième étape était celle de la mission d'immersion. Le directeur de la MUSAKIS avec l'administrateur financier et le conseiller médical de la MUSAKIS ont fait une mission au

niveau de l'EUP-FASS de la province d'Ituri pour voir comment l'EUP fonctionnait et quels outils ils utilisaient pour savoir comment les renforcer et leur faciliter la tâche d'achat des services. Au retour de cette mission, et grâce à l'accompagnement de l'assistant technique financier de MEMISA, l'équipe a pu faire une évaluation de ce qu'il fallait pour bien fonctionner et éviter les différents pièges ou risques identifiés en Ituri. Les outils de gestion ont été développés, un plan de suivi des activités a été établi, tout le système a été informatisé avec un outil de numérisation des dossiers d'achats de services appelé Digital Xender.

« On a eu l'étape de mission d'immersion avec un consultant qui a joué la première fois le rôle de médecin conseil, à Ituri, où on est parti voir l'EUP de la Province Orientale ce qu'ils faisaient. C'est sur base de cette photographie que nous aussi nous avons fait une évaluation, identifier les faiblesses... » (Acteur ZS)

La quatrième étape consistait à la mise en œuvre de la fonction d'achat des services dans les trois ZS du Kongo Central. Durant cette étape, il y a eu le recrutement du personnel technique, la négociation des tarifs avec les formations sanitaires et la communauté, la sensibilisation des prestataires sur les dispositifs d'achat des services, la bancarisation des toutes les FOSA pour éviter le risque financier.

« Il faut aussi dire que dans la mise en œuvre, pour éviter le risque financier, on a bancarisé toutes les institutions financières et que donc aucun paiement ne se faisait en espèce » (Acteur ZS)

Au départ, il y a eu beaucoup d'incompréhensions souvent basées sur le contrôle des dossiers médicaux conduisant de fois au rejet et non remboursement des frais. En cas de non accord entre l'acheteur (MUSAKISS-FASS) et les FOSA, il y avait une commission tripartite (composée de la DEP, MEMISA et le ministère provincial de la santé) qui était chargée de départager les deux parties. A part cela, il y avait aussi un cadre de concertation provinciale sous la direction de la DPS qui réalisait des réunions trimestrielles pour revenir sur les différentes difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre et trouver les solutions appropriées.

Sur le plan opérationnel, la MUSAKIS, dans son rôle de mutuelle de santé, est organisée en sections (qui sont des regroupements des plusieurs personnes d'un même village, d'un même quartier, des employés d'une même entreprise des membres d'un groupe organisé). Le chef de section, qui a un mandat d'un an renouvelable, a pour tâches de : (1) représenter la section à l'Assemblée Générale de la MUSAKIS ; (2) sensibiliser les membres de la MUSAKIS et les membres potentiels ; (3) recruter les membres ; (4) informer les membres de la section du fonctionnement et des décisions de la mutuelle ; (5) percevoir les cotisations auprès des membres pour le versement à la caisse de la mutuelle ; (6) tenir les documents administratifs de la mutuelle au niveau de la section ; (7) organiser les votes au sein de la section ; (8) convoquer et présider les réunions de la section ; (8) exécuter les décisions de l'Assemblée

Générale et les orientations du Conseil d'Administration ; (9) rendre compte des activités de la section auprès du Conseil d'Administration de la mutuelle.

Ces chefs des sections ont été formés sur la technique de communication de la communauté afin d'y recruter les membres. Différents outils sont utilisés à cet effet, notamment le carnet d'adhésion, la fiche de ménage, les dépliants expliquant ce qu'est la MUSAKIS, et actuellement un logiciel « GIMS » est mis à profit pour la gestion de la mutuelle, permettant de calculer périodiquement différents indicateurs de suivi des activités de la mutuelle. Hormis cela, la MUSAKIS a signé des contrats avec certaines structures (SAS, HOSERA, ...) pour la sensibilisation, adhésion et fidélisation des membres.

L'adhésion est volontaire, se fait par ménage via une demande et un montant de 3000FC. Les cotisations se font chaque mois selon les catégories des personnes. Par exemple, des contrats sont signés avec certaines structures pour la retenue à la source pour les sections institutionnelles et des enseignants. Pour augmenter le nombre de ses membres, la MUSAKIS utilise la sensibilisation communautaire via plusieurs techniques : (i) les communications par les médias locaux (radios) et les églises, les communications de masse dans la communauté par les chefs de sections et de fois les équipes de terrain, et (iii) des communications interpersonnelles par les personnels de santé et d'autres bénéficiaires.

Pour sa fonction d'acheteur des services, le paiement des factures des FOSA se faisait après vérification de la conformité des dossiers médicaux partant de la démarche diagnostique menée, des bilans de laboratoires effectués et aussi de la prescription des médicaments. Ce système, quoique difficile à adopter par les prestataires au début, a permis aux FOSA d'avoir un payeur sûr des factures des soins, permettant ainsi d'améliorer le taux de recouvrement des coûts des soins.

3.3.2. Rôle de mutualisation de soins dans le montage TFS et impact sur la demande des soins

Le rôle primaire de la MUSAKIS est celui de mutuelle communautaire avec comme fonction le renforcement de la demande des soins afin de faciliter l'accessibilité de la communauté aux soins de santé. Ce rôle est mis en évidence grâce au suivi de certains indicateurs clés, à savoir :

✓ **Le nombre des bénéficiaires de la MUSAKIS**

Le nombre des bénéficiaires de la mutuelle de santé a augmenté progressivement de 2016 à 2020 jusqu'à atteindre 15874 bénéficiaires en 2020 (**Figure 6**). Cette augmentation des bénéficiaires a été la résultante, en grande partie, de la stratégie porte à porte et d'achat d'adhésions et le lancement des antennes de Ngidinga et Gombe-Matadi. Ceci reste néanmoins très loin de la masse critique de viabilité de la MUSAKIS qui est estimée à 46063 bénéficiaires. Le taux par rapport à ce seuil était à 35% en fin 2020.

Un des faits marquants était la survenue de la pandémie à Covid-19 qui a été à la base de la suspension de 1224 bénéficiaires à cause du retard de paiement des cotisations et de 249 bénéficiaires en stage en fin d'année 2020. Aussi, la dépréciation monétaire a été aussi à la base de la perte de certains bénéficiaires.

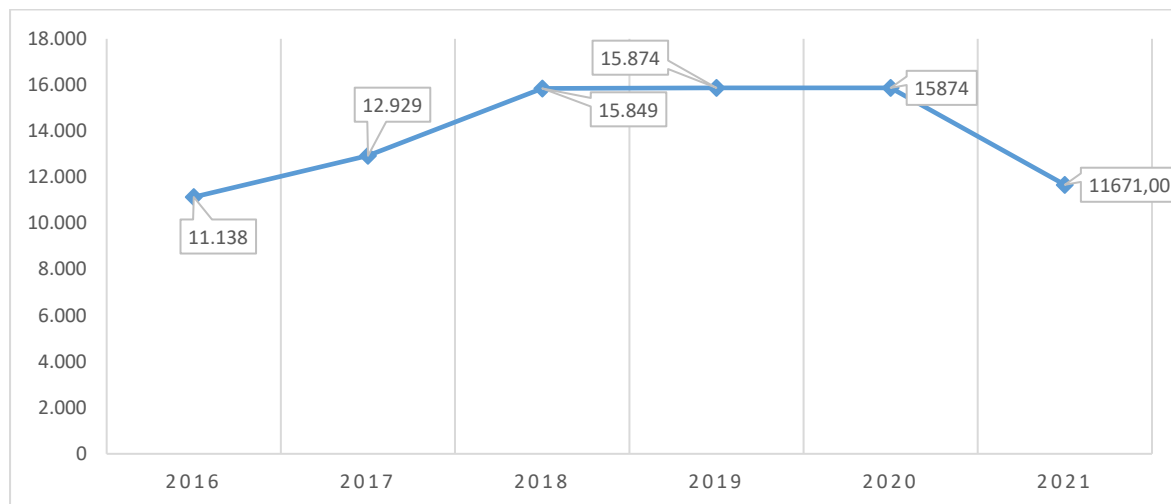


Figure 6. Evolution du nombre de bénéficiaires à la MUSAKIS de 2016 à 2021

✓ **Le nombre des bénéficiaires soignés aux CS et aux HGR**

De la **Figure 7** ressort que le nombre des bénéficiaires soignés au niveau des centres de santé ont été les plus nombreux que ceux soignés à l'HGR pouvant témoigner que la plupart des besoins en santé étaient satisfaits au niveau de la première ligne de soins. Ce nombre allait en augmentant de 2017 à 2020.

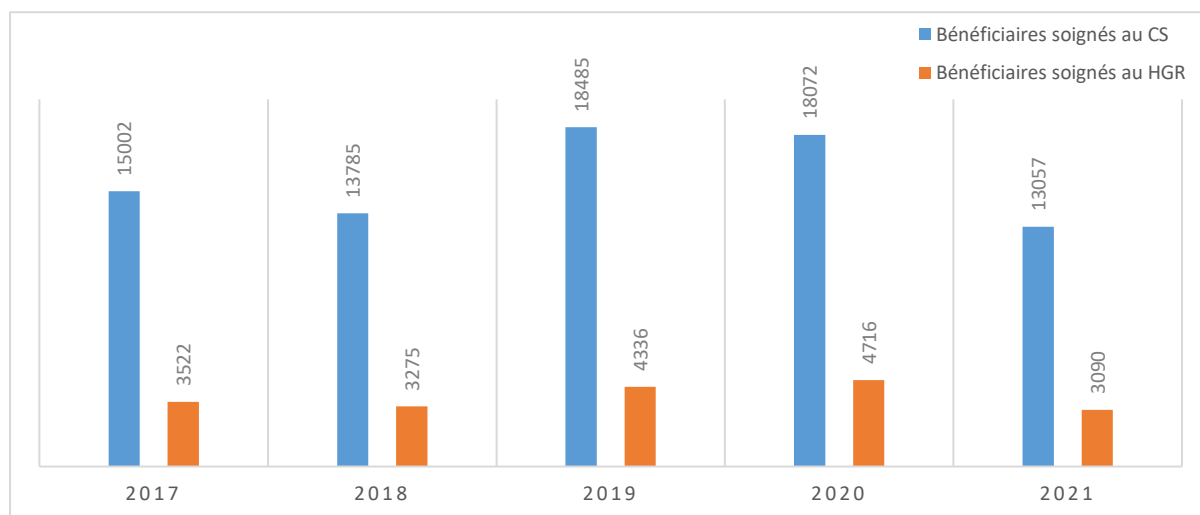


Figure 7. Evolution des nombres des bénéficiaires soignés au CS et à l'HGR de 2017 à 2021 pour les trois ZS

✓ **Les taux d'adhésion (avec nombre d'adhérents), de fidélisation, de déperdition et de pénétration**

Le taux d'adhésion, initialement faible (21%), a augmenté en flèche en 2018 au cours de laquelle, on a enregistré 1291 adhérents pour 600 attendus, soit un taux de 215% (**Figure 8**). Le nombre d'adhérents a cependant baissé de 2019 à 2020 suite probablement à la dépréciation monétaire et la pandémie de Covid-19 (**Figure 9**).

Le taux de fidélisation, quant à lui, a augmenté, passant de 67,45% en 2017 à 97% en 2020 (**Figure XX**), traduisant la confiance des membres. Parallèlement, le taux de déperdition, qui était très élevée (12,51%) en 2017 comparativement au taux de déperdition attendu par la MUSAKIS (2%), a baissé au fil des années jusqu'à atteindre 2,3% en 2020 (**Figure 8**).

Le taux de pénétration est, quant à lui, resté faible pour les années disponibles, soit 6% et 6,49% en 2018 et 2019 (**Figure 8**), ce qui va de pair avec le taux du seuil critique de viabilité de la MUSAKIS.

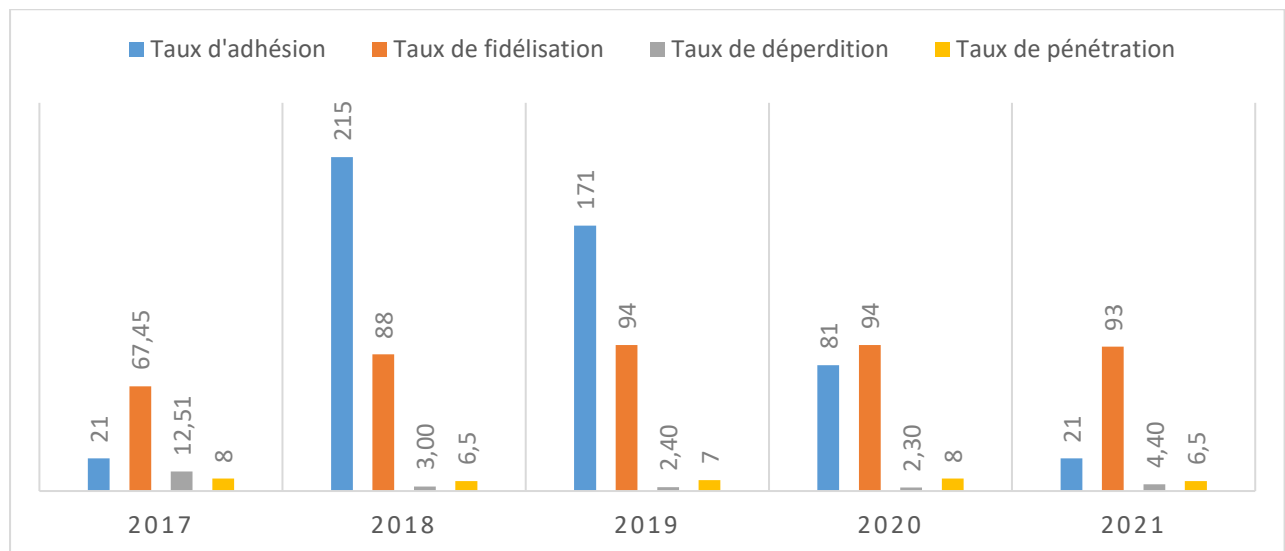


Figure 8. Evolution des taux (%) d'adhésion, fidélisation, déperdition et pénétration de la MUSAKIS de 2017 à 2021

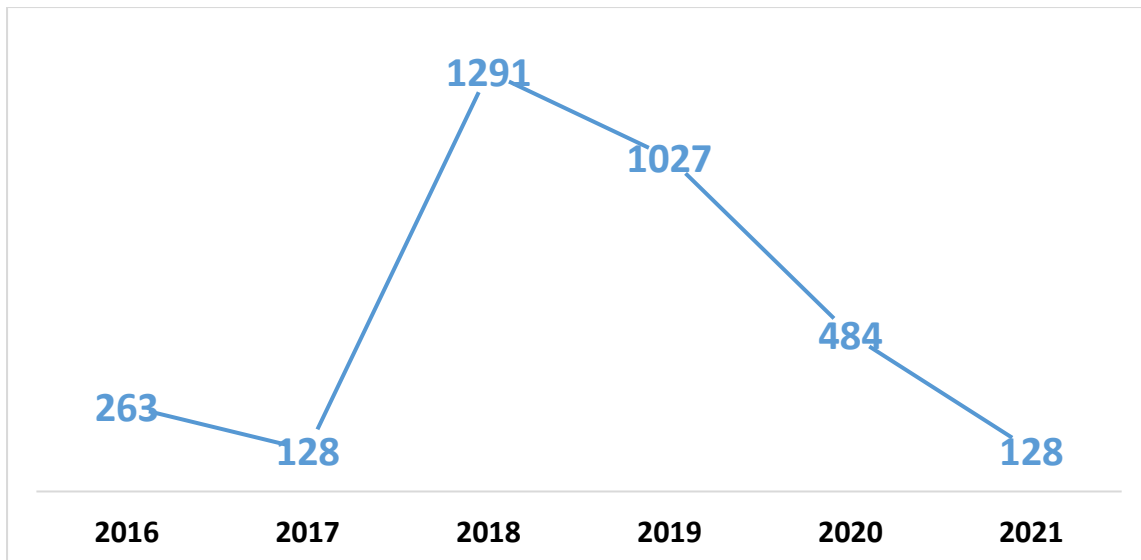


Figure 9. Evolution du nombre d'adhérents annuels à la MUSAKIS de 2016 à 2021

✓ **Le taux de référence à l'HGR**

Comparativement au seuil fixé par la MUSAKIS concernant le taux de référence des patients des CS vers les HGR qui était de 10%, il a été constaté que de 2017 à 2020, ce taux était le double ou plus (23% en 2017 et 26% en 2020) (**Figure 10**). Ceci a été perçu comme un sérieux problème, bien que la plupart des patients étaient soignés aux CS, par la MUSAKIS et les prestataires du second échelon des soins.

Pour faire face à ce problème, plusieurs actions ont été entreprises, même si le taux restait élevé, notamment :

- (1) le suivi des références justifiées aux CS par le Médecin Conseil,
- (2) le changement du mode de paiement aux CS : de la capitation au remboursement des soins au cas par cas après vérification,
- (3) la mise en place d'un mécanisme de contrôle des références aux CS et à l'HGR,
- (4) la contractualisation avec les ASLOMU pour assurer au niveau de l'HGR le filtrage des informations, lutter contre la fraude, orienter et assister les malades mutualistes, le découragement des cas des références non justifiées ou fantaisistes par les remboursements du forfait par les CS.

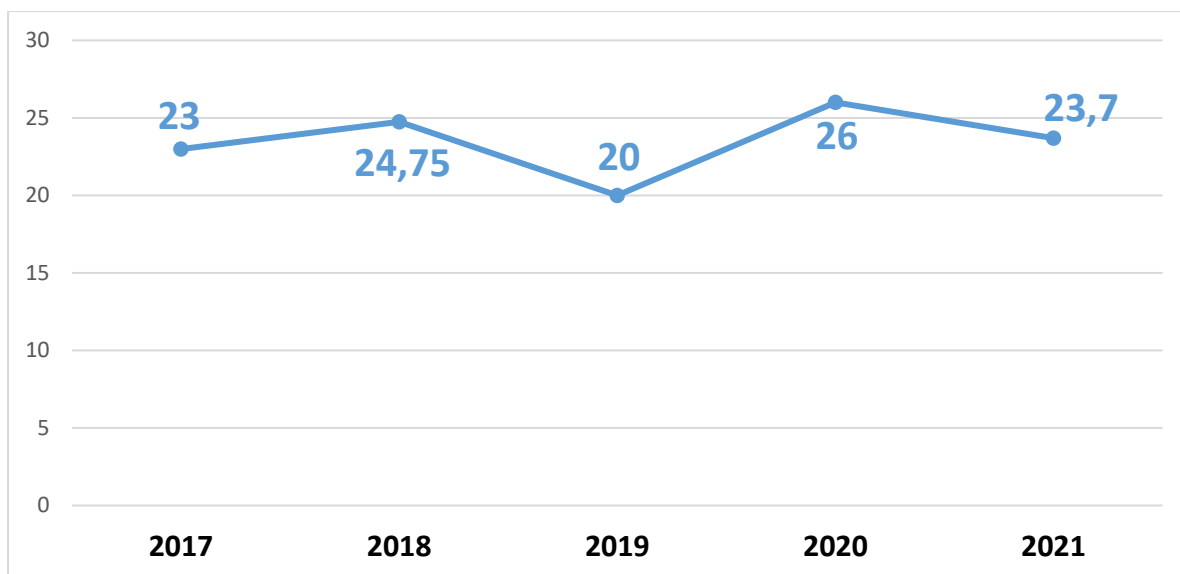


Figure 10. Evolution du taux de référence des patients mutualistes des CS vers les HGR de 2016 à 2021

✓ **Le taux de sinistralité⁸**

En termes de gestion des risques et d'assurance, le taux de sinistralité est resté inférieur au seuil fixé par la MUSAKIS (75%). Pour les années avec les données disponibles, ce taux allait en baissant progressivement : 67,45% en 2017, 65,57% pour 2018, 65% pour 2019 et 50,6% en 2020 (Figure 11).

Le niveau d'attente de cet indicateur aurait permis à la MUSAKIS de couvrir ses coûts de gestion et assurer une bonne rentabilité, ainsi que sa solvabilité en tant que compagnie d'assurance.

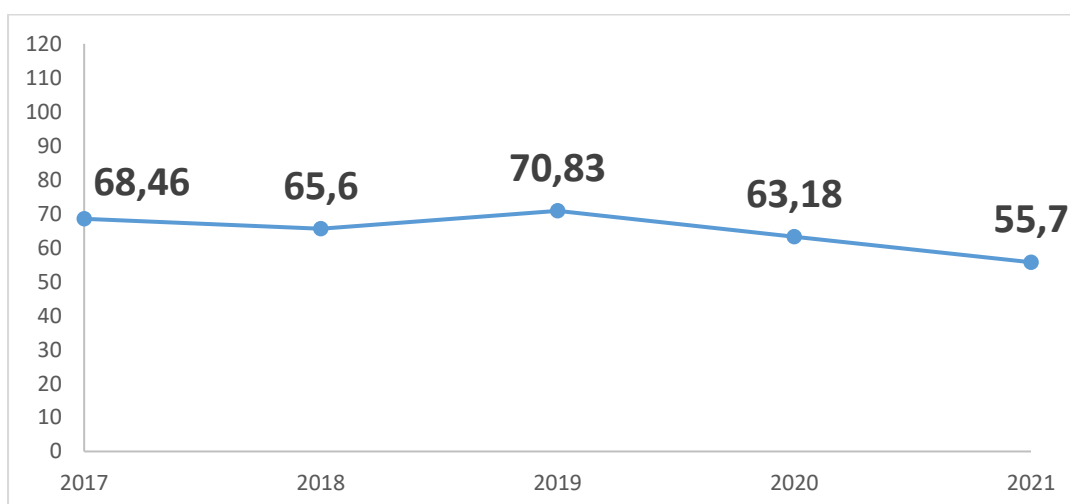


Figure 11. Evolution du taux de sinistralité (%) de la MUSAKIS de 2017 à 2021

⁸ Il s'agit du ratio entre le montant décaissé pour acheter les services auprès des FOSA et celui que le PRODS octroyait à la MUSAKIS.

3.3.3. Rôle d'achat de services de soins et impact sur l'offre de soins

L'achat des services était conditionné non seulement par les étapes décrites ci-dessous d'attribution du rôle d'EUP-FASS à la MUSAKIS, mais aussi celle de négociation des tarifs forfaitaires. Ces tarifs étaient négociés dans une assemblée générale réunissant les membres des formations sanitaires, la communauté, les acteurs religieux (BDOM) et les PTF (MEMISA). Les décisions étaient prises de façon concertée et devaient avoir l'approbation du comité restreint de gestion du PRO DS, structure étant sous le lead du chef de division provinciale de la santé.

La grande faiblesse de la mise en place de ces tarifs était l'absence des résultats des deux études des coûts qui étaient réalisées par des consultants mandatés par MEMISA. Ces études des coûts devaient établir ce que coûte réellement chaque épisode-maladie selon les services classiques ainsi que le pouvoir d'achat de la population pour aboutir à un tarif avantageux pour la communauté et pour les FOSA. Les résultats des études des coûts réalisées par les experts de la DEP n'avaient pas abouties pour deux raisons : (i) La survenue de la 9^e épidémie à Ebola qui a mobilisé la majorité des ressources humaines du Ministère de la santé et (ii) L'expiration du code d'accès au logiciel d'analyse des données qui a fait à ce que les experts attendent le renouvellement de ce code par l'OMS.

Le projet s'est donc basé sur les tarifs existants pour décider d'une tarification forfaitaire subsidiée telle qu'appliquée actuellement dans les différentes FOSA.

Face à ce gap, l'Hôpital Saint Luc de Kisantu (HSLK), qui avait déjà une expérience de tarification forfaitaire, a pu faire une étude « empirique » pour évaluer le coût de soins selon les épisodes-maladies au sein de l'HSLK en Juin 2020, après la dévaluation monétaire des francs congolais. Cela, dans l'objectif de réajuster les tarifs en fonction des réalités économiques du pays, partant de la définition des coûts moyens par services et par patient.

Les indicateurs suivants traduisent la manière dont l'offre de soins s'est comportée à différents échelons du niveau opérationnel du système de santé provincial (les deux échelons de soins et le BCZ) en appliquant la TFS :

➤ **Au niveau de la première et deuxième ligne des soins**

- Taux d'utilisation des services curatifs dans les CS

Le taux d'utilisation des services curatifs, dans les différentes ZS n'ont pas atteint 60% de 2017 à 2021. On note néanmoins une légère augmentation de ce taux pour la ZS de Kisantu avant de subir une baisse de 4% en 2021. A partir de 2019, la ZS de Gombe-Matadi a vu décoller son taux d'utilisation jusqu'à atteindre 54%, partant de 48% en 2017. En revanche, pour la ZS de

Ngidinga, ce taux a fortement baissé en 2021 alors qu'il était maintenu autour de 50% en 2019 et 2020 (**Figure 12**). Les mêmes événements ayant influencés les tendances des nombres des bénéficiaires de la MUSAKIS (pandémie Covid-19, dévaluation monétaire avec révision de la tarification) peuvent expliquer ces baisses en 2021.

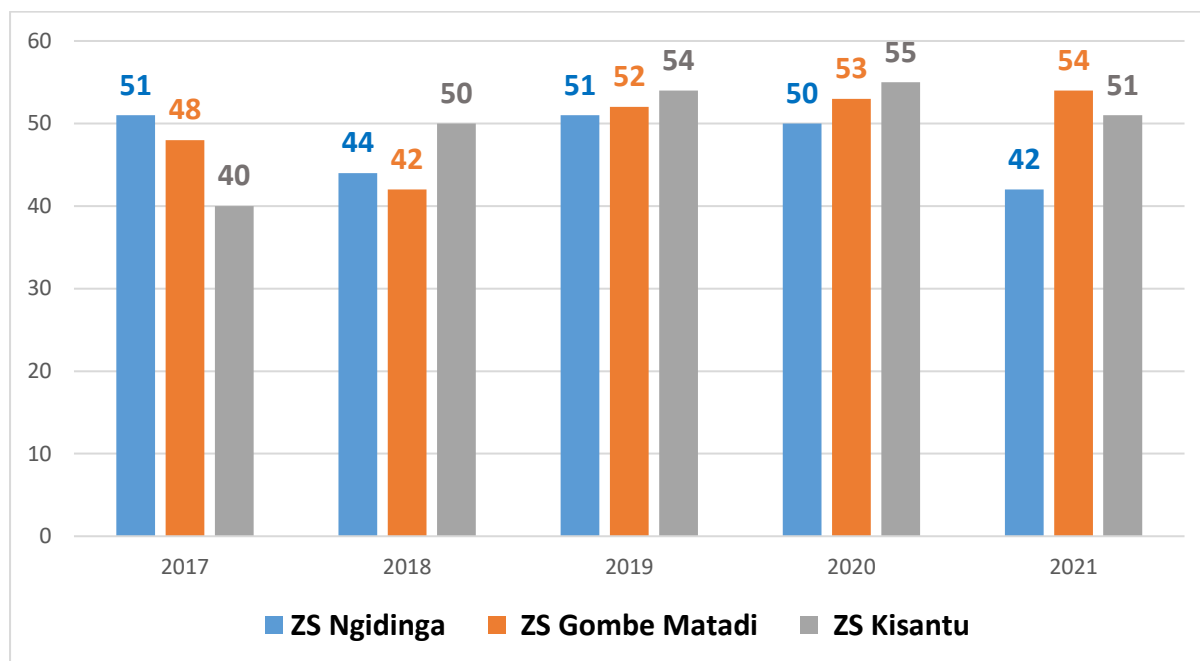


Figure 12. Evolution du taux d'utilisation (%) des services curatifs dans les 3 ZS de 2017 à 2021

- Proportion des cas référés et contre-référés

La proportion des référés (**Figure 13**), initialement faible dans les ZS de Ngidinga (1,6%) et Gombe Matadi en 2017 (5%), ont rapidement augmenté jusqu'à atteindre 9% à Gombe Matadi en 2021 et 5,7% à Ngidinga en 2020 avant de chuter à 4,9% en 2021. Par contre, à Kisantu, cette proportion dépassait la norme de 10% (10,3%) en 2017 mais a baissé jusqu'à 8,8% en 2021. Ceci proviendrait du fait que à Kisantu on utilisait déjà la TFS avec comme condition de prendre en charge les patients à l'HGR dans le système que s'ils proviennent des CS.

En 2017, très peu des patients étaient contre-référés aux CS en 2017 (**Figure 14**) dans la zone de santé de Ngidinga (9%) et Gombe Matadi (29%) par rapport à celle de Kisantu (89%) où la TFS était déjà implémentée. Avec la mise en œuvre du projet, cette proportion a sensiblement augmenté, arrivant jusqu'à 99-100% à Ngidinga en 2018-2019 (puis chute à 53,12% en 2021) et 95% à Gombe Matadi en 2020 (avec baisse à 92% en 2021). Pour la ZS de Kisantu, cette proportion a varié de 78 à 88% durant la période du projet (84% en 2021).

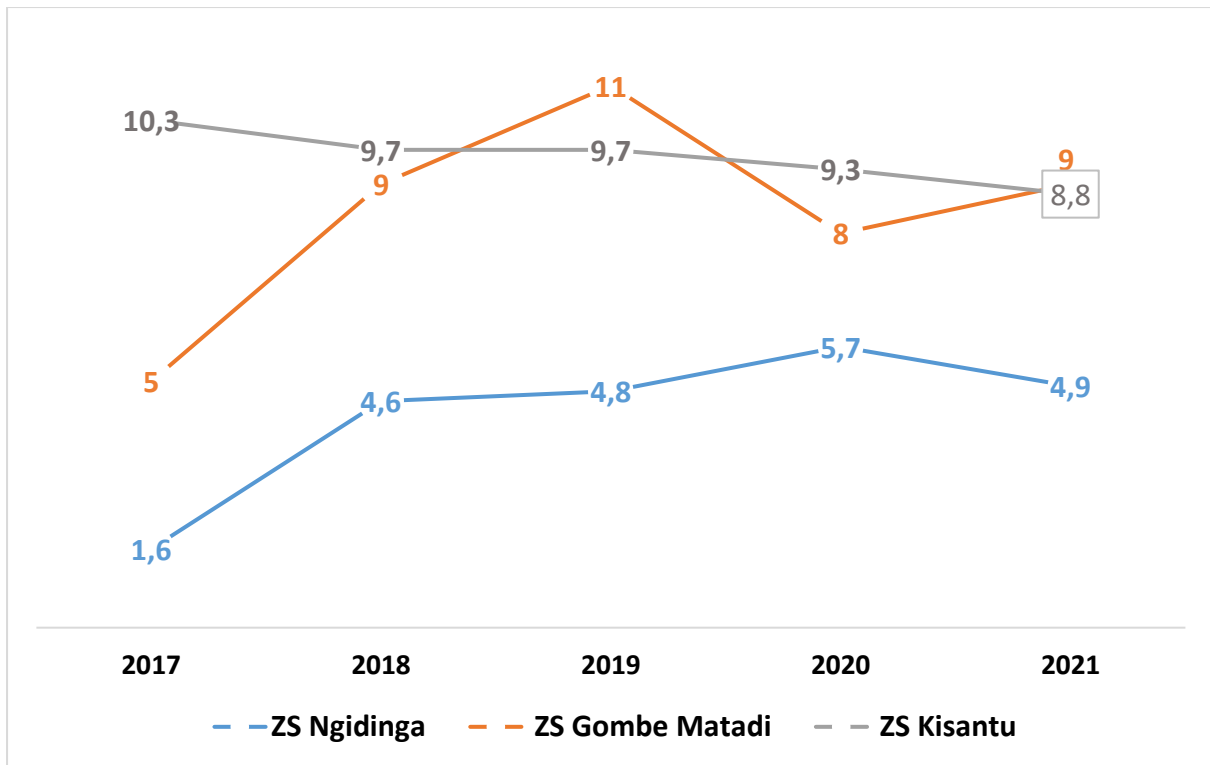


Figure 13. Proportion (%) des cas référés à l'HGR dans les 3 ZS de 2017 à 2021

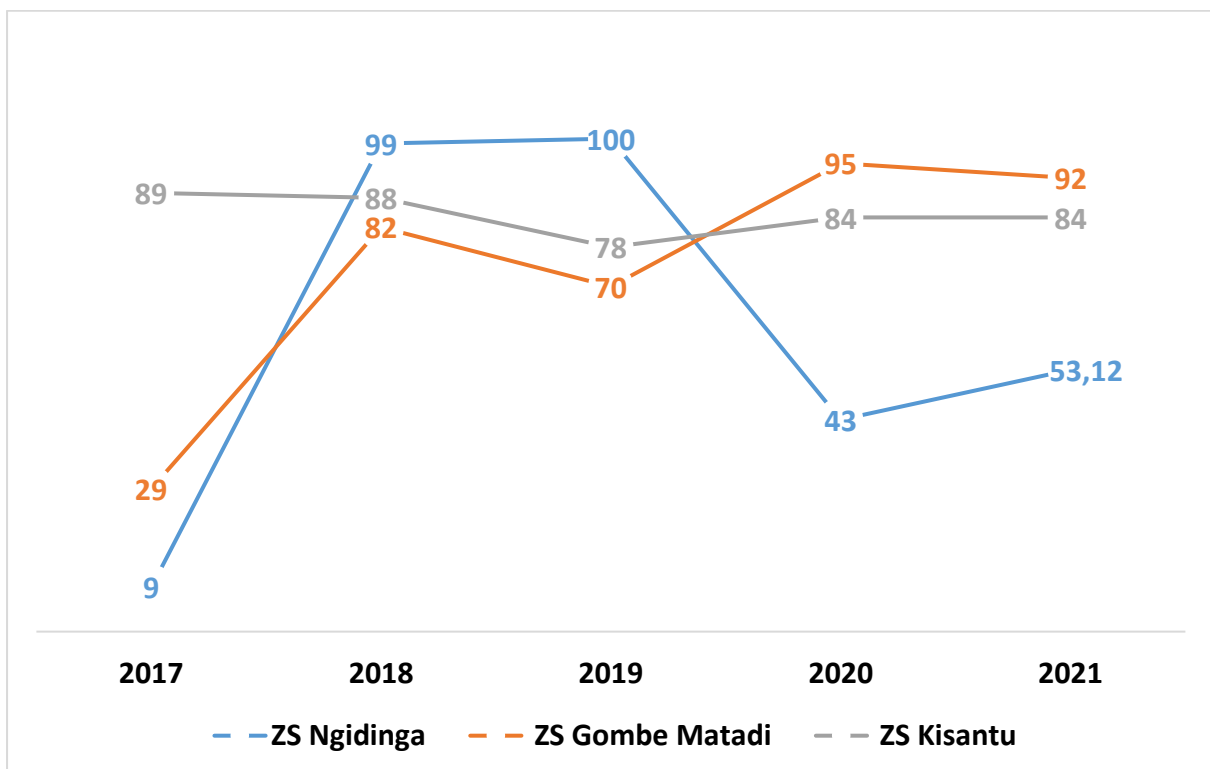


Figure 14. Proportion (%) des patients contre-référés au CS dans les 3 ZS de 2017 à 2021

- Taux d'occupation des lits

Comme pour les précédents indicateurs , le taux d'occupation des lits au niveau des HGR était faible dans les ZS de Ngidinga (62,8%) et plus à Gombe Matadi (29%). Ce taux a explosé jusqu'à atteindre 150% à Ngidinga en 2018 (104% en 2021) et 103% en 2020 (91% en 2021) pour la ZS de Gombe Matadi. La ZS de Kisantu également a vu son taux d'occupation des lits augmenter très rapidement passant de 88% en 2017 à 143% en 2018 pour atteindre 119% en 2021. Cela est en concordance avec l'évolution du taux de référence vers les HGR (**Figure 15**).

Après examen, il a été constaté que ce taux d'occupation de lit était surestimé parce que dans le calcul on intégrait aussi les patients malnutris. Avec l'accompagnement de proximité de l'assistance technique de MEMISA et la DPS, deux mesures ont été prises :

- Le retrait des cas de malnutrition dans le calcul du taux d'occupation des lits
- L'augmentation du nombre de lits (surtout à Gombe-Matadi)

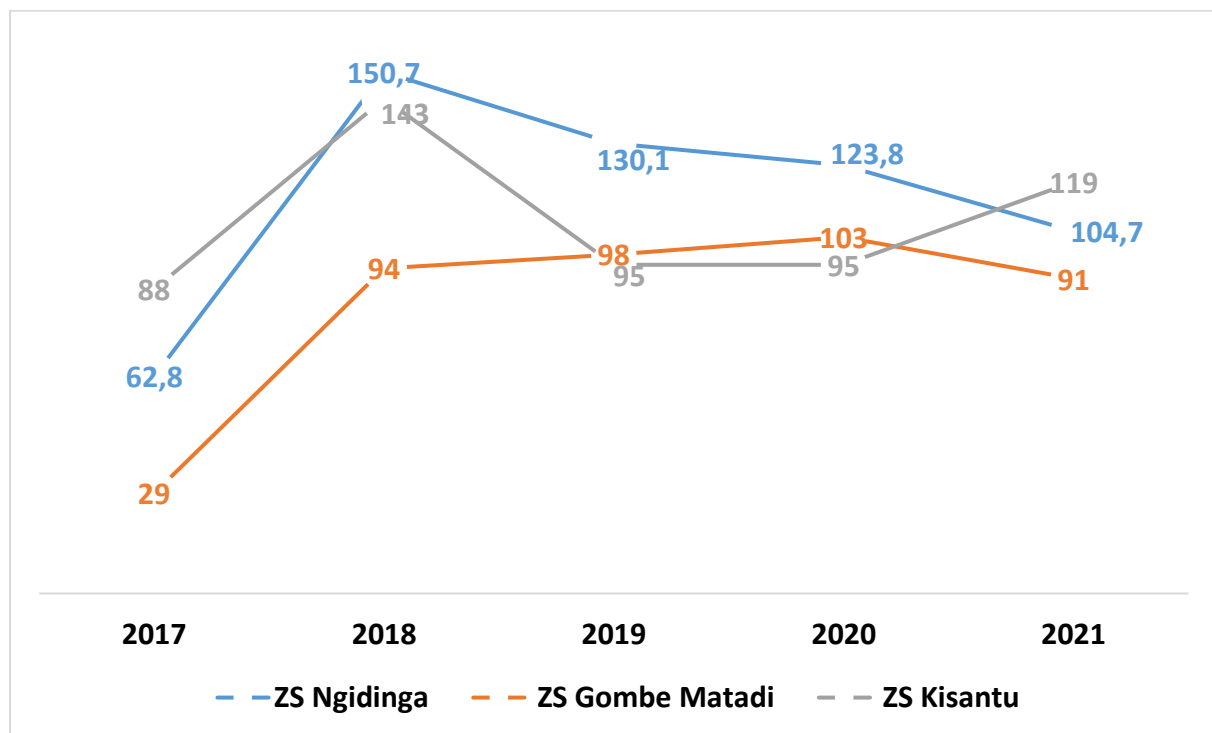


Figure 15. Evolution du taux d'occupation des lits (%) aux HGR dans les 3 ZS de 2017 à 2021

- Taux d'accouchement assisté et de couverture CPN 4

Pour les accouchements assistés (**Figure 16**), le taux n'a pas beaucoup varié (de 99,4 en 2017 à 98% en 2021 avec pic de 100% en 2019) pour la ZS de Kisantu, restant dans le seuil de normalité de 80 à 100%. Par contre ce taux a nettement augmenté dans la ZS de Ngidinga (passant de 81% en 2017 à 99% en 2021). A l'opposé, la ZS de Gombe Matadi est passée de 94% en 2017 à 83% en 2021.

Concernant le taux de couverture CPN 4 (**Figure 17**), la ZS de Gombe-Matadi avait le taux le plus élevé, même si on a constaté une légère baisse en 2021 (74% venant de 79% en 2017). Pour les deux autres ZS, ce taux est resté bas (<50%) malgré qu'on constate des légères augmentations au fil du temps pour atteindre 37% pour les 2 ZS en 2021.

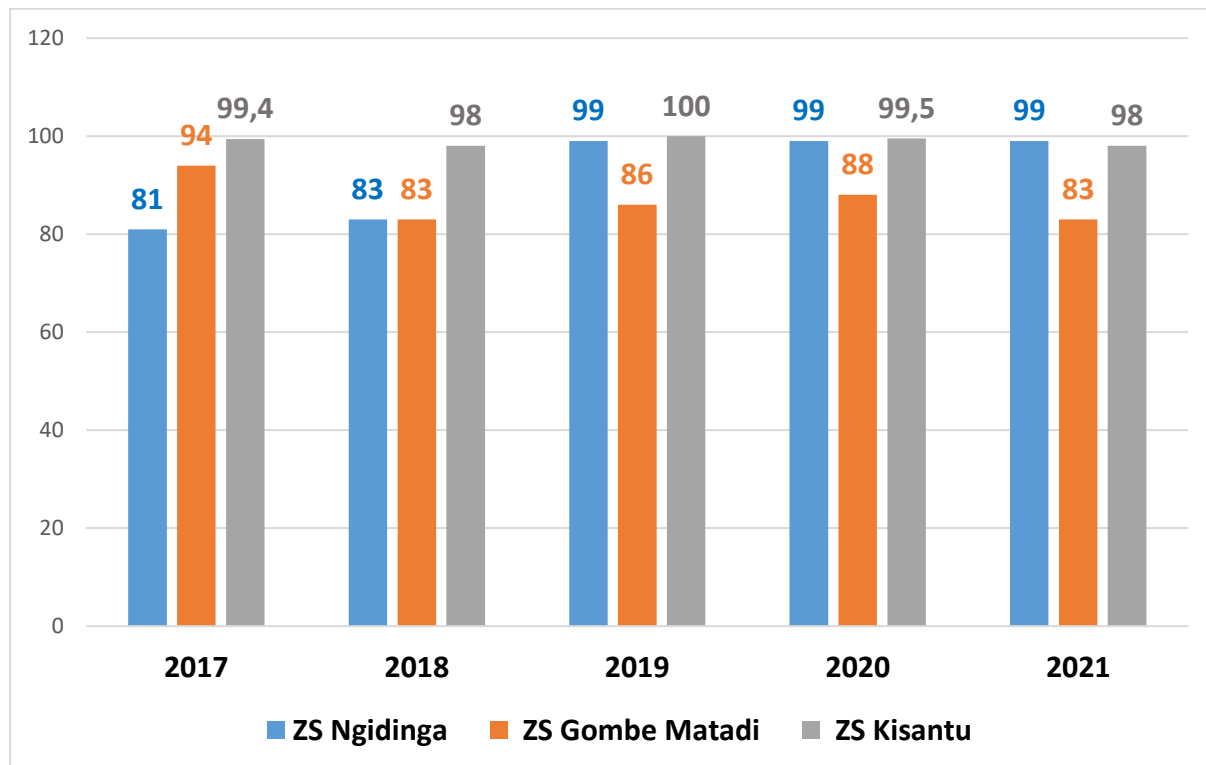


Figure 16. Taux d'accouchement assisté (%) de 2017 à 2021 dans les 3 ZS

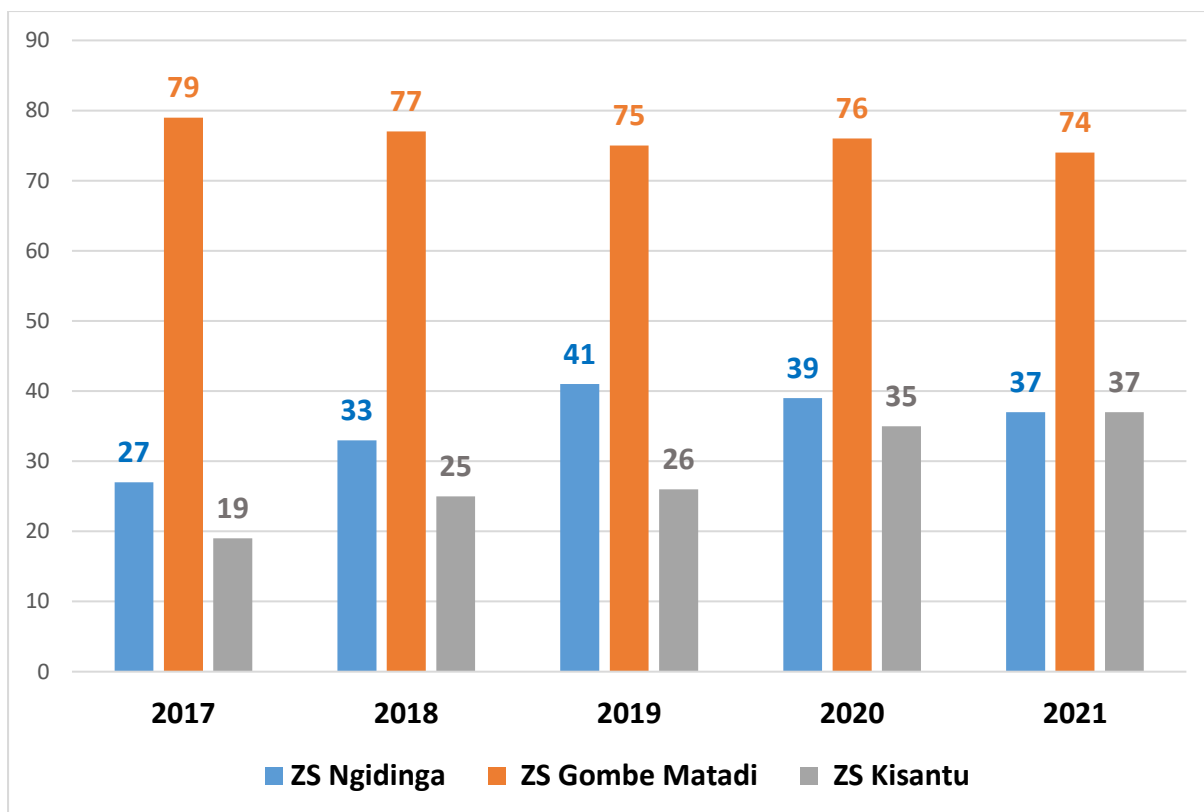


Figure 17. Taux de couverture CPN4 (%) de 2017 à 2021 dans les 3 ZS

- Taux de mortalité intra hospitalière >48h

Il ressort de la **Figure 18** que le taux de mortalité intra hospitalière est resté élevé à Kisantu (norme < 2%) restant presque constant à 4%. Les deux autres ZS ont noté des taux ≤2.

La tendance de ce taux à Kisantu peut-être expliqué par les facteurs suivants :

- Le plateau technique élevé de l'HSLK (considéré même au rang d'hôpital universitaire) fait qu'il reçoit des références des cas complexes venant d'autres hôpitaux généraux
- La référence tardive des malades, souvent venant des structures de santé non intégrées au système de santé.
- Covid-19 en 2021

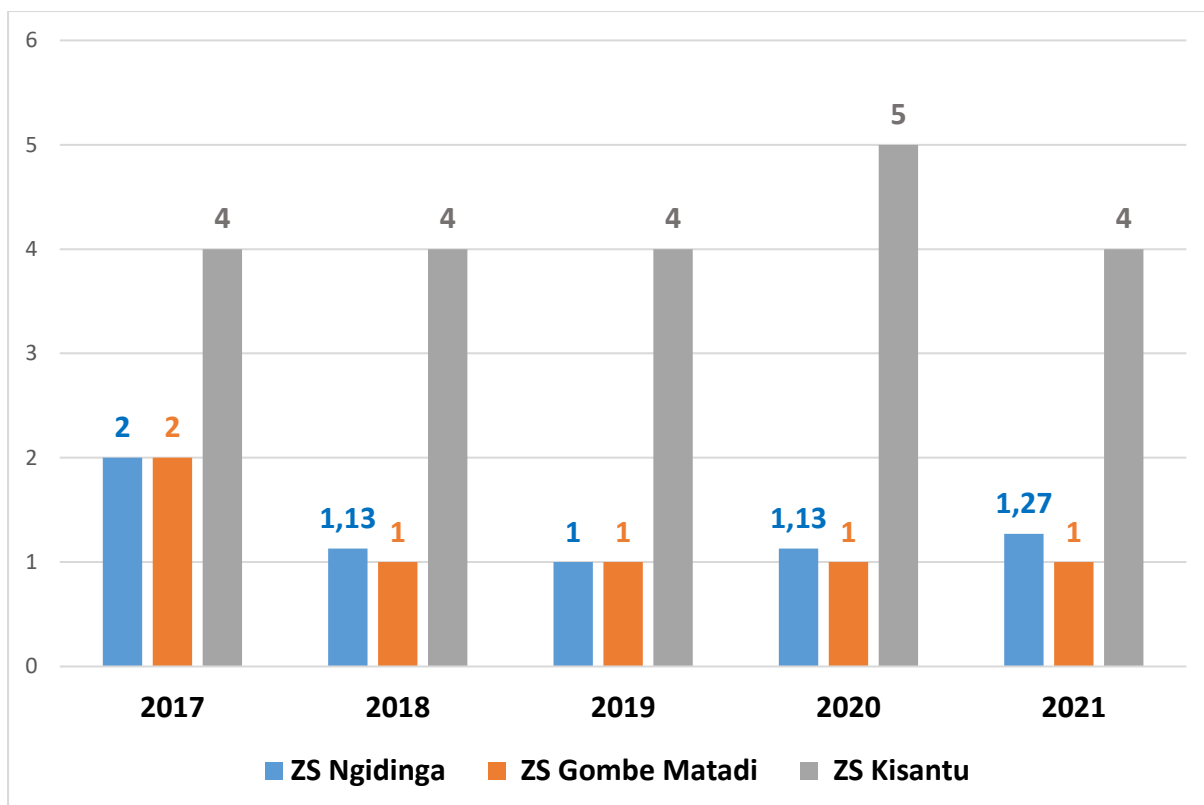


Figure 18. Taux de mortalité intra hospitalière (%) au-delà de 48 dans les 3 ZS de 2017 à 2021

- Score de qualité des centres de santé

L'évolution du score qualité dans les CS des 3 ZS affiche une évolution en dent des scies sur la période de 2018 à 2021 avec une moyenne qui est autour 70% dans les 3 ZS. On note une légère augmentation de la performance en 2021 par rapport à l'année initiale. La période de fléchissement a été caractérisé par l'avènement de la pandémie à COVID 19 (1^{ère} Phase) (Figure 18).

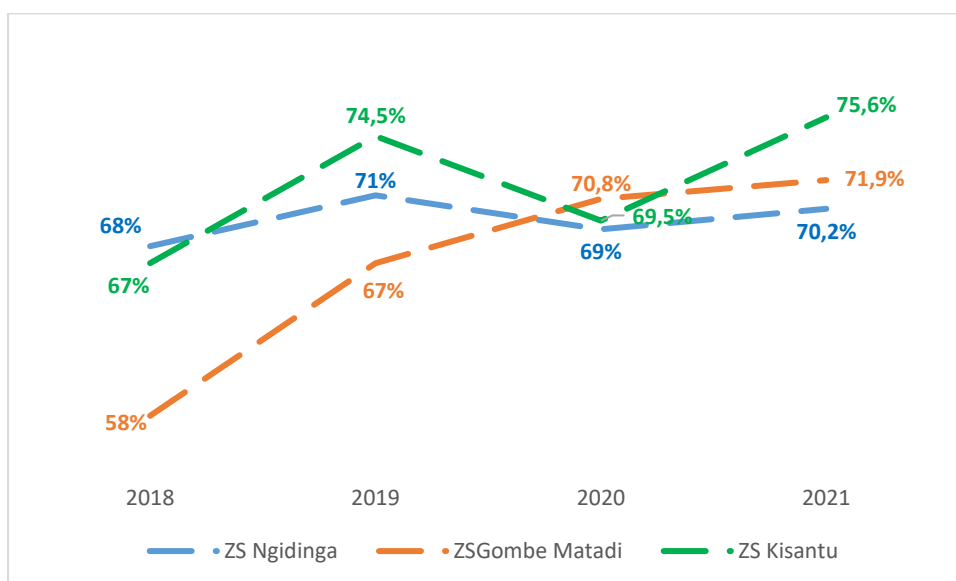


Figure 19. Evolution du score qualité (%) des centres de santé dans les 3 ZS de 2017 à 2021

- Quelques indicateurs d'achat des services au niveau des HGR

La **Figure 20** montre une augmentation progressive des dossiers validés par les contrôleurs de la MUSAKIS par rapport aux dossiers validés au niveau des HGR avec l'écart qui est passé de 2700 dossiers en 2017 à 1090 dossiers en 2020. L'écart a encore augmenté à 1480 dossiers en 2021, probablement lié à la pandémie de Covid-19.

La contribution du tiers payant PRODS à la facture des soins des patients a augmenté au fil du temps dans les 3ZS (**Figure 21**) passant de : (a) 70888,35 USD en 2017 à 321340,5 USD en 2021 à l'HSLK ; (b) 4986 USD en 2017 à 111623 USD en 2021 pour l'HGR Gombe Matadi ; et (c) 9145 USD en 2017 à 98447,35 USD en 2021 pour l'HGR Ngidinga.

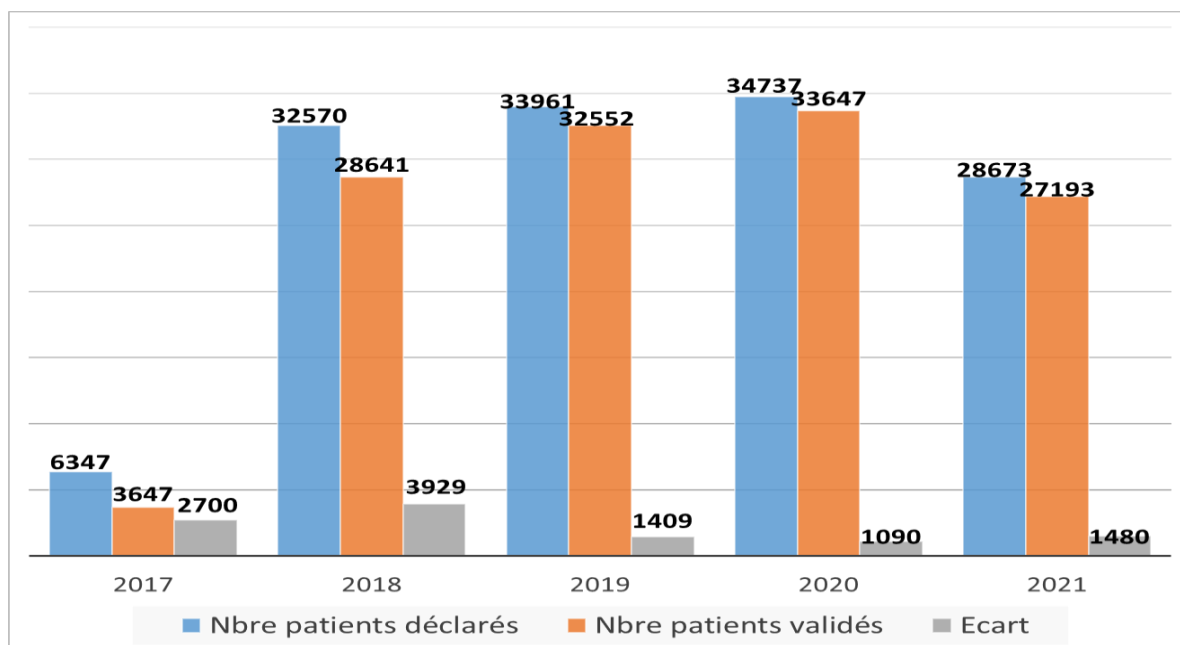


Figure 20. Evolution du nombre de dossiers des patients déclarés et validés au niveau des HGR de 2017 à 2021 dans les 3 ZS

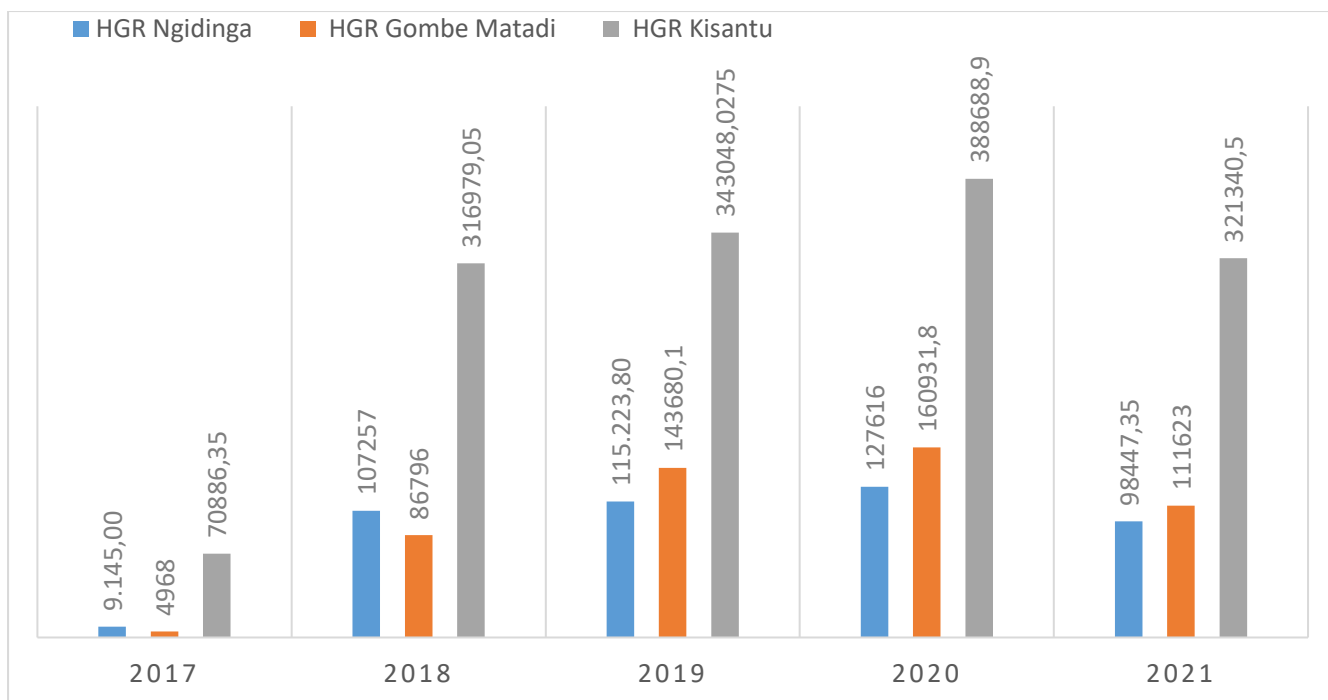


Figure 21. Montant constituant le tiers payant (USD) de la part du PRODS dans les 3 HGR de 2017 à 2021

➤ **Au niveau du BCZ**

- Niveau de réalisation du PAO et des supervisions et des réunions des ECZ

Le niveau de réalisation du PAO est resté croissant dans les 3 ZS de 2017 à 2021 avec un léger fléchissement de la tendance en 2021 pour la ZS de Gombe Matadi (67%). Le fait que le projet a appuyé la réalisation des activités des ZS, cela pourrait expliquer cette augmentation et la baisse de la performance serait liée à l'épuisement des structures sanitaires à la sortie de la crise Covid-19 (**Figure 22**).

Dans tous les 3 ZS, le taux de supervisions (**Figure 23**) a nettement augmenté passant de 77% (2017) à 97% (2021) à Gombe Matadi ; variant entre 88-90% à Kisantu ; et 94,4% (2018) à 100% (2021) pour la ZS de Ngidinga.

Il en est de même que pour la réalisation des réunions des ECZ (**Figure 24**) pour laquelle le taux de réalisation est resté dans la norme (80-100%) pour toutes les 3 ZS à partir de l'année 2018 jusqu'en 2021.

Cela s'explique aussi par le fait que parmi les activités appuyées par le projet aux ZS, figurait l'encadrement des FOSA par l'ECZ et la réalisation de ses réunions.

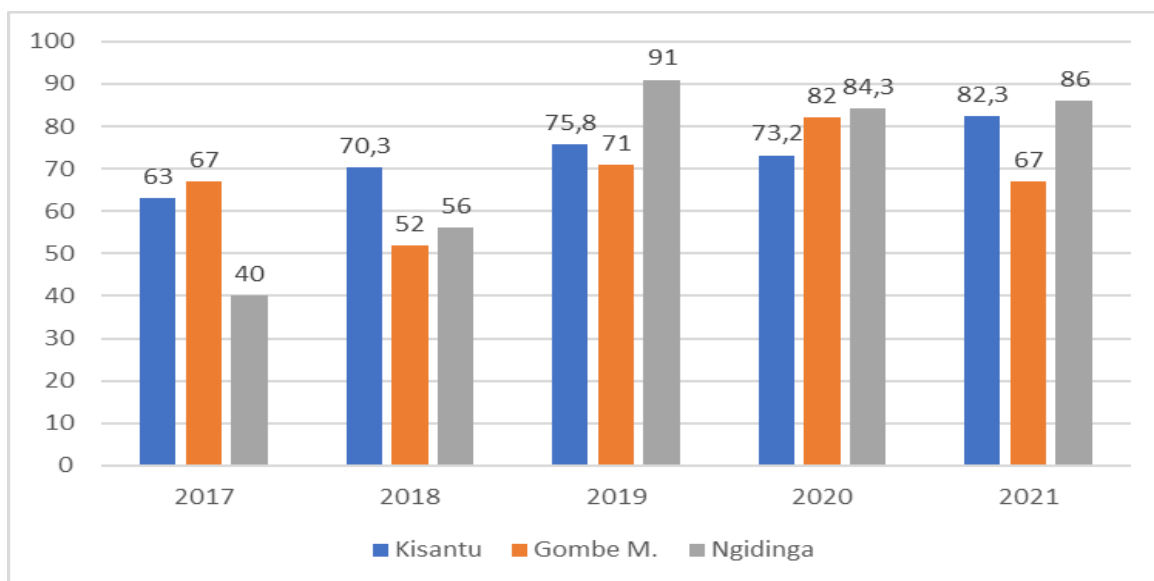


Figure 22. Taux de réalisation du PAO (%) de 2017 à 2021 dans les 3 ZS

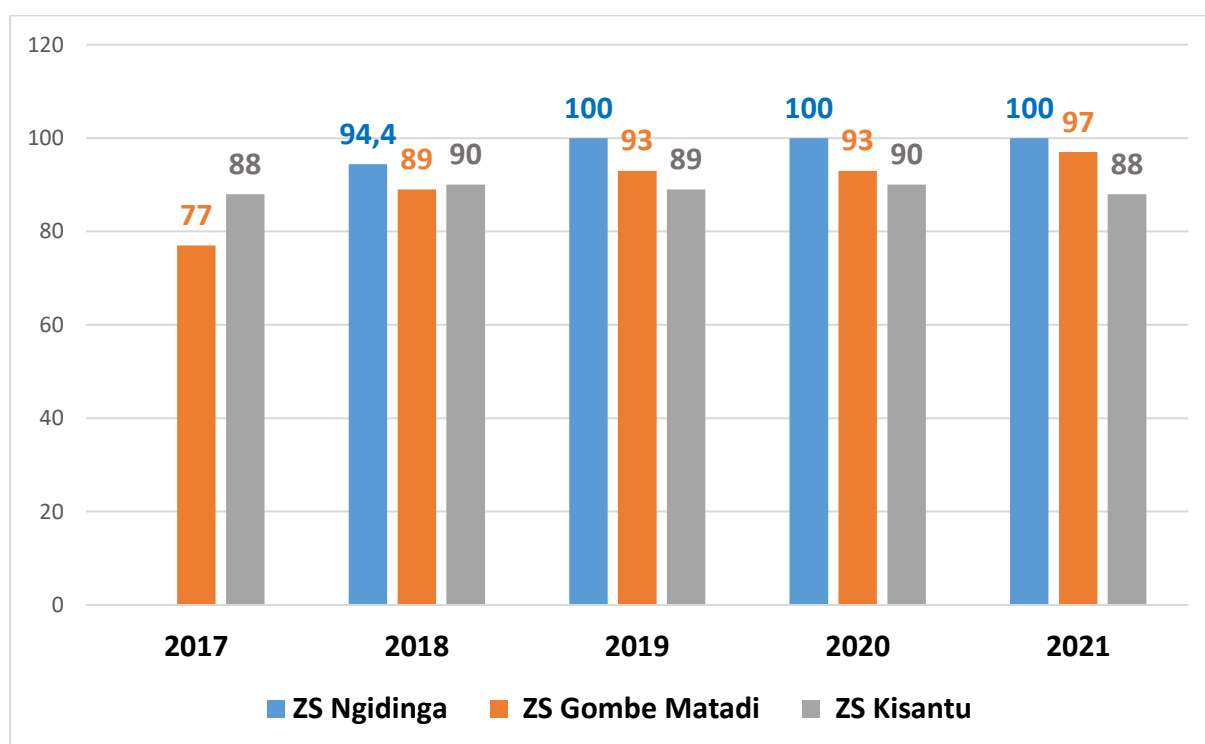


Figure 23. Evolution du taux (%) de supervision de l'ECZ au niveau des FOSA de 2017 à 2021

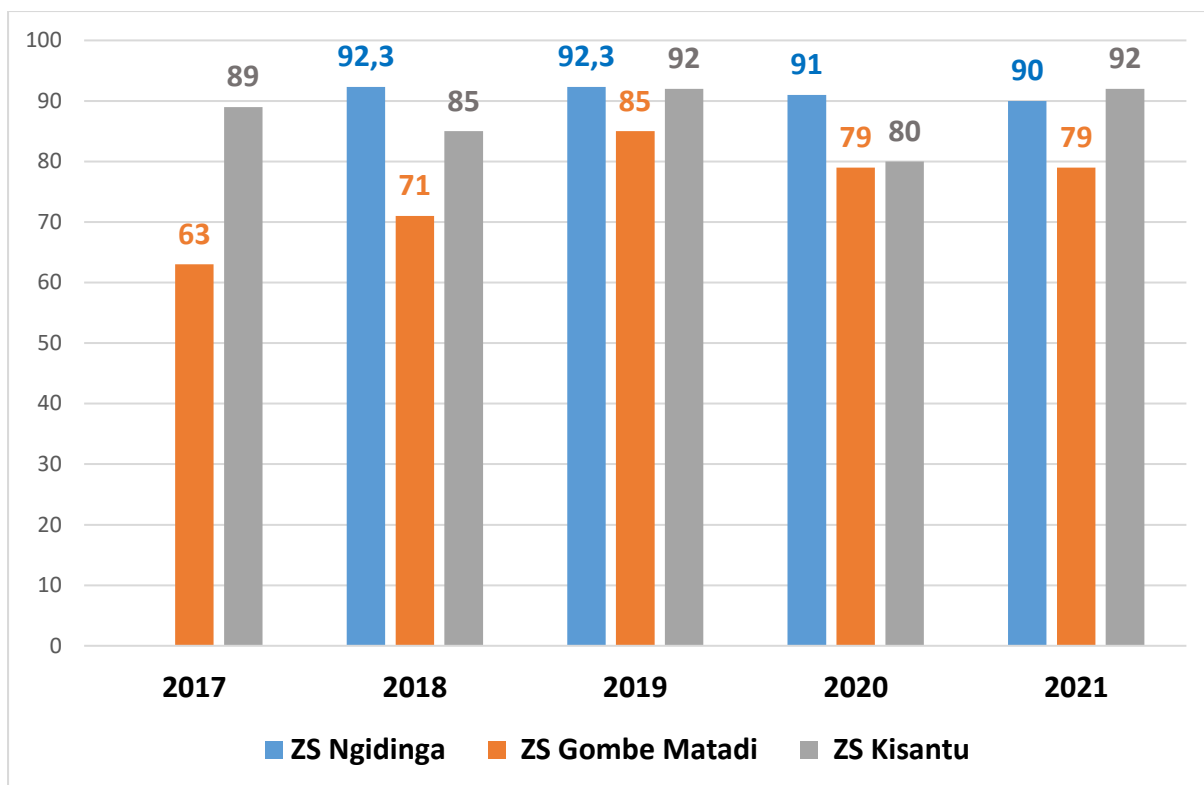


Figure 24. Taux de réalisation des réunions des ECZ (%) de 2017 à 2021

- Capital médicament au niveau du BCZ et des HGR

Les données disponibles lors de la mission de capitalisation indiquent que le capital médicament au niveau du BCZ a augmenté de façon exponentielle, passant de 12943,1 USD en 2018 à 76815 USD pour la ZS de Gombe Matadi ; et de 58963 USD (2019) à 119687 USD (2021) pour la ZS de Kisantu (**Figure 25**).

Au niveau des HGR (**Figure 26**), le capital médicament est passé de 20646,6 USD (2018) à 27 580 USD (2021) à Gombe Matadi ; et a été de 58942 USD (2020) et 46786 USD (2021) à Ngidinga.

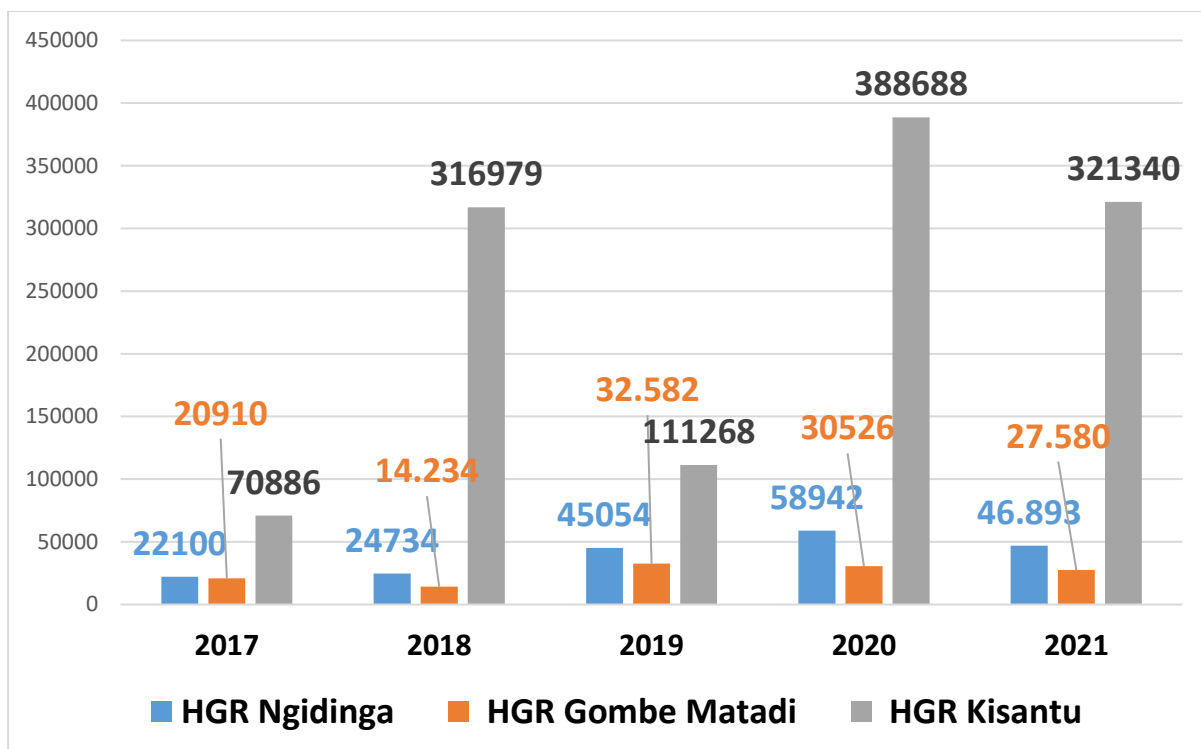


Figure 25. Evolution du capital médicament (USD) au niveau du BCZ dans les 3 ZS de 2017 à 2021

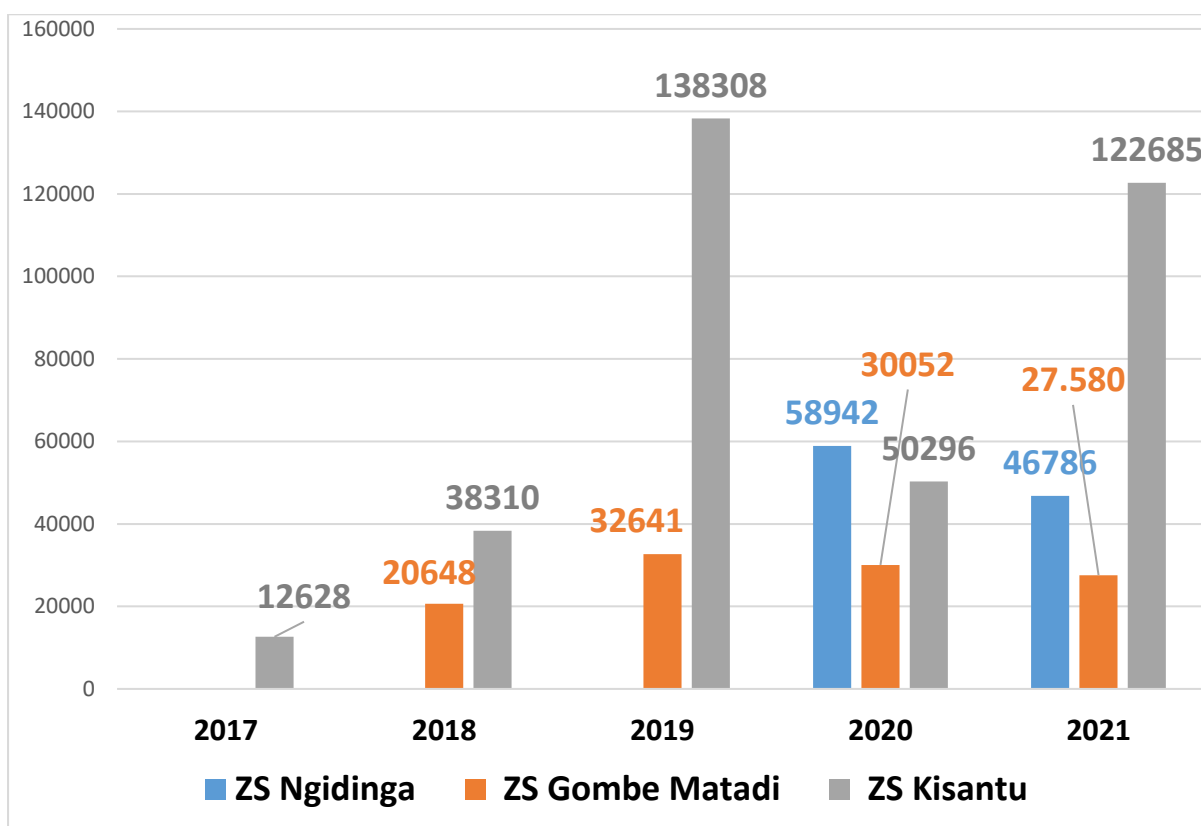


Figure 26. Evolution du capital médicament (USD) au niveau de l'HGR dans les 3 ZS de 2017 à 2021

- Montant de subvention PRODS des achats des services octroyé aux ZS (HGR, ECZ et CS)

Enfin, le montant de subsides PRODS octroyé à la ZS de Gombe Matadi a nettement augmenté passant de 32292,64 USD (2018) à 234707,97 USD (2021). Pour la ZS de Ngidinga, cette subvention était de 176081,9 USD en 2021 (**Figure 27**).

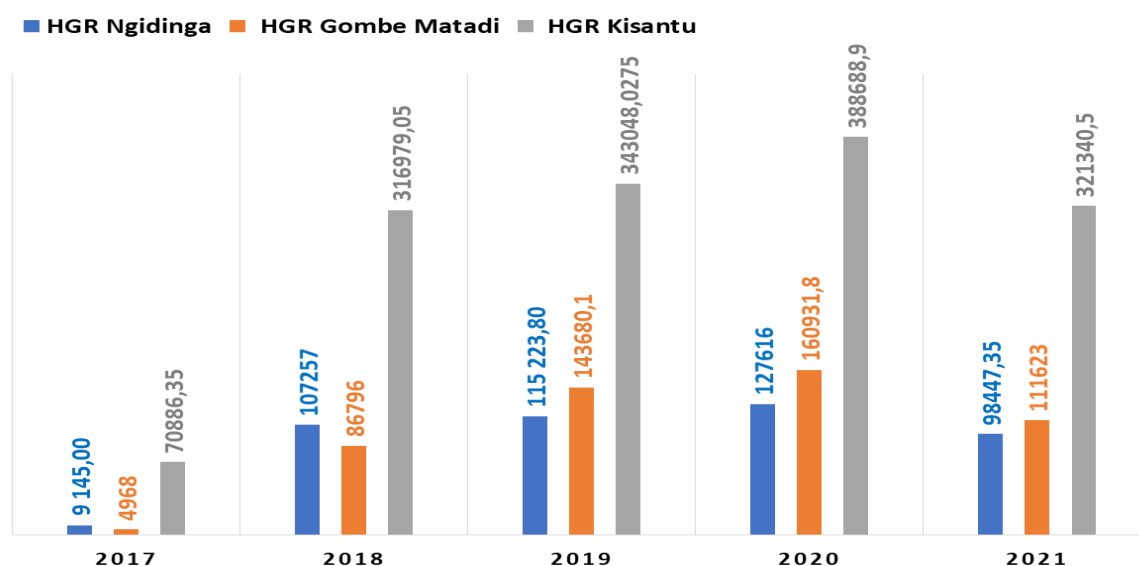


Figure 27. Montant de la subvention (USD) MEMISA_PRODS octroyé à la ZS de 2017 à 2021 dans les 3 ZS

III. PRINCIPALES LEÇONS APPRIS DE LA TFS AU KONGO CENTRAL

3.1. Le double rôle de la MUSAKIS : un tremplin vers la couverture santé universelle

La MUSAKIS, au départ jouant un rôle de mutuelle de santé communautaire, d'abord seulement dans la Zone de Santé de KISANTU (à l'HSLK, puis au niveau des quelques centre de santé), a été l'institution capitale dans l'application de la tarification forfaitaire subsidiée au Kongo central lors du projet PRODS. Avec l'arrivée de ce projet, la MUSAKIS a pu étendre ses activités de mutuelle dans deux autres ZS (Gombe-Matadi et Ngidinga) et entamer l'achat des services en tant que EUP après avoir signé une convention de dévolution avec la province du Kongo central.

Néanmoins, le taux de pénétration restait faible et le seuil des membres pour atteindre l'autonomie de gestion pour la MUSAKIS n'est toujours pas atteint. Ce qui pourrait entraîner une chute de la structure comme pour la plupart des mutuelles de santé de la RDC qui ont connu les mêmes réalités. Pour résister à ces chocs, deux événements ont pu maintenir la MUSAKIS en fonction :

- **L'aide financière reçue des différents projets** : d'abord l'ONG SLCD passant par BDOM/Kisantu, ayant lancé la MUSAKIS grâce à des projets agricoles, ensuite le projet DGD exécuté par MEMISA et enfin le projet PRODS qui ont permis d'augmenter suffisamment le nombre des bénéficiaires dans les 3 ZS
- **L'ajout de la fonction d'EUP** qui a permis de prendre en charge certaines dépenses de la mutuelle au compte du projet. Il s'agit notamment du paiement de certains cadres de la MUSAKIS, de la réalisation conjointe des activités de terrain pour les deux fonctions (p.ex. : sensibilisations des nouveaux membres et contrôle des dossiers) afin de réduire les dépenses liées au carburant et frais de mission dans les ZS, à l'équipement et aux ressources humaines engagées par le projet pouvant aussi être utiles pour la fonction de mutuelle ainsi qu'à l'encadrement technique de MEMISA ayant apporté une expertise considérable dans la gestion financière et administrative.

Grâce à ces interventions, la MUSAKIS a pu acquérir des compétences considérables pour devenir un EUP-FASS à part entière (tout en continuant de jouer son rôle de mutuelle de santé), capable de contractualiser directement avec les bailleurs de fonds, pour assurer l'achat des services non seulement au Kongo central mais aussi dans d'autres provinces du pays. Aussi, avec les difficultés que la MUSAKIS a affrontées dans sa fonction de mutuelle de santé, lui a permis de développer des mécanismes d'adaptation pour atteindre le nombre de bénéficiaires souhaités.

Certaines suggestions ont été émises par les parties prenantes pour permettre à la MUSAKIS d'atteindre sa masse critique d'autonomie, notamment : la maîtrise des charges de fonctionnement, la maximisation des recettes et avoir un fond de garantie pour couvrir certaines charges (venant du gouvernement ou des PTF), l'amélioration du taux de pénétration, la digitalisation optimale des services, avoir un accompagnement technique de proximité, le renforcement des capacités du personnel (bonne rémunération et bonnes conditions de travail) pour la fidélisation du personnel et la bonne gouvernance.

Ce double rôle de la MUSAKIS facilitera la mise en œuvre la couverture santé universelle (CSU) que la RDC instaure actuellement dans le pays. Cette dernière, si elle continue d'être appuyée, non seulement par les PTF via des projets quinquennaux mais aussi par l'état congolais, pourrait constituer un vrai tremplin vers la CSU. Ce tremplin passerait par l'assurance-maladie et la protection financière pour protéger les ménages les plus pauvres contre les risques financiers liés aux dépenses de santé.

3.2. Principales difficultés rencontrées lors de la mise en place du projet PRODS au Kongo Central et les solutions apportées

Lors de la mise en œuvre du projet PRODS au Kongo Central, plusieurs difficultés ont été rencontrées nécessitant une prise de décision afin de trouver les solutions immédiates à ces problèmes. Les principales difficultés rencontrées étaient :

- La MUSAKIS n'avait pas l'expérience souhaitée pour jouer le rôle d'EUP, ce qui a justifié la présence de l'assistant technique pour faire l'accompagnement de proximité afin de guider les actions financières et administratives. Aussi, il y a eu donc ce recrutement des cadres nécessaires qui avaient des compétences surtout en matière de gestion financière, d'administration et matière de vérification des prestations.
- La dévaluation monétaire des francs congolais (FC) par rapport aux dollars américains (sur base duquel le forfait était calculé) avec un taux d'accroissement de plus de 100% a impacté négativement sur le tarif établi, le taux de pénétration de la MUSAKIS et le fonctionnement des FOSA. A cela s'est ajouté le fait qu'il n'y avait pas des résultats des études des coûts réalisées pour permettre de réajuster le tarif forfaitaire au moment voulu. La solution trouvée, pour spécialement l'HSLK, était une négociation par échelon, en commun accord avec la communauté et les prestataires de soins, en augmentant par pallier de 200Fc, puis 400Fc puis 1000FC pour atteindre le tarif équivalent en dollars américains. Ceci montre que le tarif forfaitaire des soins devrait être calculé sur base de la monnaie locale et après une étude de coûts du pouvoir d'achat de la population.

« Nous sommes entrés au début de l'année 2020 à l'assemblée générale pour expliquer les différents contextes aux mutualistes et cette fois-là ils ont accepté de passer de 1200 à 2000fc le taux de cotisation mensuelle. Ce passage a eu de répercussion et comme conséquence on a perdu plus de 5000 membres au début de l'année 2021 » **(Partenaire)**

- La déclaration de la pandémie de Covid-19 en RDC en 2020 a entraîné une certaine crise économique ayant contribué à la diminution du pouvoir d'achat de la population locale. Ceci a donc accentué l'effet de la dévaluation monétaire sur le taux de pénétration de la MUSAKIS et le taux de fréquentation des FOSA. Le réajustement du tarif forfaitaire a pu redresser tant soit peu le fonctionnement des hôpitaux.
- La bancarisation des toutes les structures affiliées à la MUSAKIS en tant que EUP-FASS pour les transactions bancaires a diminué le risque financier et a permis de bien justifier les fonds. Ce qui a permis, avec le suivi de proximité de l'assistance technique, qu'à la fin du projet, aucune dette de paiement n'a été déclarée au niveau de ces structures. Néanmoins, dans toutes les 3 ZS, il n'y avait aucune structure financière (banque) qui pouvait assurer les transactions. C'est ce qui a fait que la bancarisation de toutes les structures puisse se faire via les banques se trouvant à Mbanza-Ngungu (à 30 km de Kisantu). Ce qui n'a pas été facile pour les structures qui étaient plus éloignés comme celles de la zone de santé de Ngidinga et Gombe-Matadi.

« Le mécanisme d'octroi de ces fonds-là était clair et tout était bancarisé et je pense qu'à la fin du projet, près de 99% des fonds destinés aux structures sont passés par la banque sauf peut-être les fonds pour les formations où on pouvait payer les per diem ou la collation des participants directement par la main. C'est le 1% qui reste. Ce sont ces éléments qui ont fait que la MUSAKIS réussisse dans le processus... » **(Partenaire)**

- Les textes de la MUSAKIS n'étaient pas adaptés à l'achat des prestations. Une réadaptation des textes de base (statuts, règlement d'ordre intérieur) de la MUSAKIS en fonction de la tâche qu'on lui a donnée a été réalisée. Aussi, la double casquette qu'avait la MUSAKIS, avec des organes de gestion presque identiques alors que régit par deux tutelles étatiques différentes (l'EUP dont la tutelle est le ministère de la santé et la mutuelle de santé dont la tutelle c'est le ministère de la prévoyance sociale), représentait une menace quant à la négligence d'une des fonctions. La gestion de fonds du volet assurance santé et celle de FASS étaient séparés, avec des systèmes informatiques différents, pour alléger la lourdeur administrative et bien suivre les activités de chaque volet.

- Pour gérer des fonds publics, la MUSAKIS devrait avoir une dévolution du gouvernement provincial, vu qu'elle était une structure privée ; ce qui a demandé un fort plaidoyer auprès des autorités provinciales.
- Tout au début de l'expérience au niveau des HGR, il a été difficile de justifier correctement les cas déclarés via les dossiers médicaux. Ce qui a conduit au rejet de certains dossiers et surtout au mécontentement des prestataires (surtout à l'HSLK qui a un taux d'utilisation et un plateau technique élevés et avait déjà une expérience de tarification forfaitaire sous un autre format avec la CTB et DGD). Il a fallu qu'il y ait un accompagnement et des explications concernant le processus de sélection des cas, des réunions d'harmonisation faisant intervenir les instances nationales (la DEP), provinciales (DPS, BDOM) et le PTF (MEMISA) pour, par moment, trouver une solution intermédiaire pouvant arranger l'EUP et les prestataires.
- L'absence d'une étude des coûts précédant la mise en place de la TFS, a conduit à des incompréhensions entre les prestataires (surtout à Kisantu) et les acheteurs des services. L'adaptation faite était basée sur les coûts des soins par pathologies selon les quatre services classiques d'un hôpital général de référence, sans tenir compte du pouvoir d'achat de la population. Les études des coûts à intervalle régulier sont des outils indispensables pour réajuster les tarifs forfaitaires afin de bien les adapter au pouvoir d'achat de la population et aux besoins des prestataires.

« Parmi les faiblesses c'est que la tarification forfaitaire était mise en œuvre sans une étude préalable. Et au niveau du PRODS il y a un montant qui était débloqué pour les études du coût au niveau des 3 ZS. Mais malheureusement jusqu'à la fin du projet nous n'avons eu aucun résultat sur cette étude... »
(Partenaire)

- Le passage de la phase 1 à la phase 2 du projet a pris beaucoup de temps (6 à 7 mois, temps nécessaire pour les obligations administratives). Durant ce temps les structures des ZS ainsi que la division provinciale de la santé ont eu du mal à mener leurs activités sans fonds. Ce qui a entraîné une baisse du niveau des indicateurs sanitaires et du projet, rendant le travail lourd au début de la phase 2.

« ...la fin de la première phase et le début de la deuxième, c'est presque 6 mois à 7 mois où nous attendons que MEMISA signe le contrat avec l'Union Européenne à travers la COFED. Alors pendant ce temps, les hôpitaux, les structures sanitaires, les ZS et la division provinciale de la santé travaillent presque au ralenti » **(Partenaire)**

3.3. Les opinions des bénéficiaires directs par rapport à la TFS

✓ Pour la communauté bénéficiaire

La MUSAKIS est perçue comme étant une association qui soutient les gens à bénéficier des soins à un coût réduit. Cela passe notamment par l'entraide entre les gens qui sont malades et qui ne le sont pas. Le tarif des soins, pour les « mutualistes » est moindre, permettant de réduire le fardeau que représente le coût de soins pour une population pauvre. Aussi, cela permet d'accéder aux soins du niveau secondaire (HGR), surtout en cas d'urgences.

« La mutuelle de santé est une aide de soins à un faible coût, un achat de fiches avec un petit montant, une offre des soins à un prix faible » (Focus group Bénéficiaire)

Les problèmes relevés dans la prise en charge des « mutualistes » étaient : (1) un relâchement au niveau de l'accueil, (2) la faible disponibilité des médicaments essentiels dans les CS poussant les prestataires à donner des ordonnances aux malades pour aller chercher les médicaments ailleurs, (3) la rupture de soins au moindre retard de cotisation, (4) le fait de donner un avantage dans la délivrance des soins à ceux qui viennent directement avec l'argent au détriment des mutualistes.

« Certains prestataires au niveau de CS n'accueillent très bien les malades mutualistes...il y a aussi des ruptures des médicaments... » (Focus group Bénéficiaire)

Certains facteurs ont été identifiés par différentes parties prenantes comme étant des barrières à l'adhésion de la communauté à la mutuelle de santé. Il s'agit du manque de culture de prépaiement par la communauté (le fait aussi de payer pour les autres même si on ne tombe pas malade soi-même) et de sensibilisation efficace, les « contres campagnes » de ceux qui ont été « déçus » des services de la mutuelle (déception provenant des différents problèmes relevés ci-dessus) et le faible pouvoir d'achat de la population

✓ Pour les prestataires de la première ligne des soins (CS)

De l'autre côté, les prestataires au niveau des centres de santé déplorent les caprices des mutualistes qui se considèrent comme des privilégiés en ne respectant pas les principes de prise en charge en première ligne de soins. Ces derniers, selon les prestataires, ne respectent pas l'ordre d'arrivée des patients pour être pris en charge, n'acceptent pas des médicaments génériques qui leur sont proposés par les soignants et veulent être soignés avec des spécialités, d'où l'augmentation du nombre des prescriptions. Néanmoins, les prestataires reconnaissent avoir des ruptures périodiques des stocks de certaines molécules essentielles dues par le non approvisionnement du BCZ par les partenaires.

« Ils (mutualistes) n'acceptent pas attendre ou respecter l'ordre d'arrivé au centre de santé pour être pris en charge... Selon eux, à leur arrivée, toute activité doit cesser, ils doivent être en avant plan et s'ils ne sont pas reçus de la sorte, le bruit et plaintes commencent » (Focus group prestataires)

Lors des contrôles des dossiers, s'il y a un écart dans ce qui est prévue dans les ordinogrammes de prise en charge, les dossiers sont réfutés par les vérificateurs de la MUSAKIS, ce qui a entraîné des pertes des médicaments liés aux « caprices » des mutualistes. En effet, pour être acceptés, les dossiers devraient contenir tous les éléments requis par les évaluateurs. Le fait que la structure de santé ait déjà engagé des moyens (surtout les médicaments) pour soigner le malade et que le dossier soit réfuté à cause d'un élément non complété dans le dossier (conditions de constitutions et d'archivages des dossiers non respectées dans certaines formations sanitaires par exemple) la structure perdait donc ces moyens investis

Les autres problèmes majeurs cités par les prestataires étaient : (a) le paiement tardif des factures des soins par la MUSAKIS ; ce qui, par moment, décourageait les prestataires à prendre en charge les mutualistes au centre de santé, et (b) la transmission tardive des listes des mutualistes en ordre de cotisation aux centres de santé. Ces listes arrivent aux CS entre le 10 et le 15 du mois, alors que les malades sont pris en charge à partir du premier jour du mois. Ce retard met les infirmiers en difficulté car ne connaissant pas les mutualistes en ordre de cotisation. Ce qui fait que par moment, les mutualistes non en règle de cotisation sont pris en charge et pendant la vérification, ces fiches sont malheureusement rejetées et le CS perd de l'argent.

En dépit de tous les problèmes susmentionnés, les prestataires des CS reconnaissent que la collaboration avec la mutuelle de santé améliore la fréquentation et l'utilisation des services dans leurs FOSA, l'assurance d'être payé par la MUSAKIS peut malgré le temps que cela prendra, la fidélisation des malades aux CS , la réduction sensible des créances à recouvrer, le maintien du capital médicament permettant une bonne gestion du CS , le renforcement des capacités à travers les missions de vérifications.

Ces prestataires ont émis certaines recommandations pouvant favoriser l'amélioration du montage TFS dans à leur niveau :

- Du côté MUSAKIS : payer les factures des soins des mutualistes à temps réel, c'est-à-dire un mois après tel qu'appliquer avec les HGR dans le cadre du PRODS ; intensifier l'éducation mutualistes, mener un plaidoyer pour l'élargissement de la liste essentielle des médicaments à administrer aux mutualistes, signer des contrat du PCA avec tous les centres de santé de référence pour la prise en charge complète des mutualistes, renforcer la sensibilisation communautaire pour qu'un grand nombre adhère à la mutuelle de santé, réduire le montant de la cotisation pour les aires de santé très excentriques avec la population très pauvre et qui n'a pas accès facile à l'HGR, mener

un plaidoyer auprès de la DPS pour le renouvellement des ordinogrammes et le renforcement des capacités des nouveaux infirmiers affectés aux centres de santé.

- Du côté CS : respecter scrupuleusement la politique nationale dans la prise en charge des malades, transmettre les factures de remboursement à temps à la MUSAKIS, améliorer les conditions d'accueil, d'hébergement et de prise en charge des malades.

✓ **Pour les prestataires de la deuxième ligne des soins (HGR)**

Au niveau de la deuxième ligne de soins, les problèmes majeurs étaient le rejet des dossiers médicaux après vérification, bien que les patients aient été soignés, entraînant des pertes à l'hôpital, la tarification qui était perçue comme faible (surtout pour l'HSLK qui a un plateau technique supérieur), le taux de référence qui était élevé au début de l'expérience vu que les patients référés ne payent pas certains frais pour favoriser la continuité des soins.

« Les dossiers de ces malades doivent être vérifiés par une commission, et après vérification la commission vous présente la vraie facture, tenant compte aussi de notre tarif qui est déjà fixé d'avance... » (Acteur deuxième ligne)

Plusieurs avantages ont été cités : l'amélioration de la qualité de soins (par la vérification des dossiers médicaux, la prescription rationnelle des médicaments, une bonne disponibilité des MEG), la construction/réhabilitation de certaines infrastructures, un accroissement du capital médicament donnant à l'hôpital un fond en réserve conséquent (« matelas financier ») au fil du temps, l'accompagnement technique dans la gestion financière et administrative permettant aux HGR d'acquérir les compétences quant à la justification des services rendus

IV. ANALYSE FFOM DU MONTAGE DE LA TFS AU KONGO CENTRAL

Forces

- Bancarisation des toutes les transactions financières entre MUSAKIS et les FOSA
- La réalisation d'une étude des coûts des épisodes maladies par l'HSLK permettant de réajuster le tarif après la dévaluation monétaire
- La présence d'un organe de suivi, évaluation et contrôle des activités de la MUSAKIS au niveau provincial ainsi qu'un d'un cadre de concertation trimestriel qui a été mis en place pour gérer au quotidien le projet
- Le contrat de dévolution provincial obtenu autorisant la mise en œuvre des activités de la MUSAKIS dans toute la province
- L'informatisation du système de gestion de la MUSAKIS
- L'accompagnement technique financier et médical de MEMISA dans la mise en œuvre du projet
- La personne du directeur de la MUSAKIS qui a joué un rôle majeur dans le challenge que représentait la double gestion de la MUSAKIS en tant que privé (mutuelle communautaire) et public (EUP-FASS)
- La séparation en interne des fonctions et planifications des deux fonctions en distinguant les des activités à réaliser pour chacune des missions de la MUSAKIS a permis le bon suivi des activités
- Amélioration de la qualité de soins par la vérification des dossiers médicaux et la prescription rationnelle des médicaments avec une bonne disponibilité des MEG ainsi que la construction/réhabilitation des infrastructures
- Le respect de la clé de répartition garantissant un capital médicament conséquent permettant une autonomie financière des FOSA en cas de rupture de financement
- La subvention de la MUSAKIS en tant que EUP (matériel, paiement des primes, frais des missions de terrains) a permis à combler le gap de certaines activités de la fonction mutuelle de santé qui étaient déficitaires.
- La réalisation des réunions trimestrielles de suivi des activités avec toutes les parties prenantes du projet permettant de réajuster les différentes anomalies constatées
- Les 5 missions d'évaluation de la MUSAKIS en tant que EUP, la mission d'immersion des cadres de la MUSAKIS à l'EUP d'Ituri et l'engagement d'un personnel qualité (y compris l'assistant technique MEMISA) a permis à ce que la MUSAKIS puisse remplir correctement son rôle d'EUP.
- L'appropriation de l'expérience par les différents acteurs impliqués pouvant contribuer à la pérennisation des acquis du projet
- La présence du BDOM dans le montage a permis de suivre les activités dans les FOSA catholiques et de jouer le rôle d'intermédiaire lors des conflits
- La bonne collaboration entre l'équipe du projet et les partenaires (BDOM, MUSAKIS, Ministère de la santé, DPS et ZS)

Faiblesses

- Manque des résultats des études des coûts réalisées pour permettre de réajuster les tarifs forfaitaires
- Ne pas avoir consacré plus de ressources pour augmenter le taux de pénétration de la MUSAKIS lors de la phase 1 du PRODS
- Le temps prolongé passé entre la passation de la phase 1 à la phase 2 du projet
- Le retard de paiement des factures des prestations en grande partie dû au retard des transmissions des pièces justificatives par les FOSA à la MUSAKIS

Menaces

- La dévaluation monétaire impactant sur le tarif ainsi que sur la cotisation et l'adhésion à la mutuelle de santé
- Le double rôle de la MUSAKIS gérant deux activités sous-tutelle des deux ministères différents, entraînant une lourdeur dans la gestion
- La crainte de la perte du rôle primaire de la MUSAKIS en tant que mutuelle de santé communautaire au profil de l'EUP-FASS
- La pandémie à Covid-19 ayant impacté négativement le pouvoir d'achat de la population, la fréquentation des FOSA et a retardé la mise en œuvre du projet dans la province
- Le départ prématuré du directeur actuel de la MUSAKIS-FASS pourrait entraîner une perte de l'expertise nécessaire pour l'émancipation de cette institution.
- Le seuil d'indépendance, en termes de nombre de membres nécessaire à l'autonomie de la structure, de la MUSAKIS dans son rôle de mutuelle communautaire qui n'est toujours pas atteint

Opportunités

- La possibilité de la MUSAKIS de pouvoir contractualisé directement avec les bailleurs de fonds en tant que EUP
- La mise en œuvre de la couverture santé universelle dans le pays prônant une accessibilité financière pour tous grâce à l'assurance maladie
- La continuation du projet en appuyant plus la MUSAKIS dans son rôle de mutuelle communautaire pour augmenter le taux de pénétration afin de faciliter l'accès financier aux soins
- Etude de faisabilité sur l'assurance maladie obligatoire au Kongo Central dans le cadre de la CSU menée par la MUSAKIS et Socieux+ (Feuille de route pour sa mise en œuvre et la note de plaidoyer au Gouverneur de province pour la mise en œuvre du projet)

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Le montage de tarification forfaitaire subsidiée implémentée au Kongo central par MEMISA à travers les fonds de l'union européenne dans le cadre du projet PRODS, est venu s'inscrire dans la continuité de l'expérience précédente financée par le DGD via MEMISA. La grande différence avec cette expérience précédente était le fait d'utiliser la MUSAKIS pour l'achat des services au niveau des structures de santé des ZS. Cela a permis d'avoir un deuxième tiers-payant, favorisant ainsi l'accès financier aux soins de santé.

Cette expérience a été un succès dans sa mise en œuvre au niveau de trois ZS d'intérêt (Kisantu, Gombe Matadi et Ngidinga). Ce succès a été possible grâce à plusieurs facteurs majeurs, à savoir : (1) le maintien de l'application du TF dans les ZS Kisantu et Ngidinga (respectivement 15 ans et 11 ans) ainsi que l'introduction du TF dans la ZS de Gombe-Matadi au cours de l'année 2017 ; (2) la collaboration et l'implication des toutes les parties prenantes; (3) le double rôle (mutuelle de santé communautaire et EUP-FASS) qu'a joué la MUSAKIS dans le montage de la TFS ; (4) l'appui technique médical ainsi que financier et administratif au niveau des formations sanitaires et la MUSAKIS de la part de MEMISA (évaluation et réajustement trimestriel du projet avec toutes les parties prenantes)

Grâce à ces différents facteurs, l'expérience de la TF couplée à la MS avec son double rôle d'assurance santé et achat stratégique des services , a permis donc d'améliorer l'offre de soins, la demande des soins et la gouvernance surtout au niveau opérationnel et pourrait - être capitalisée comme un modèle dans le processus de la CSU sous une approche projet ou pilote. Il sied de signaler que l'expérience de la Musakis-FASS a été développée sous une approche projet avec séparation de ces deux fonctions complémentaires en interne (assurance santé et achats des services) tout en poursuivant l'atteinte de l'objectif spécifique du Projet PRO DS (accessibilité aux soins).

Pour les différentes difficultés rencontrées, des pistes des solutions ont été trouvées permettant de réajuster l'action et d'obtenir les résultats escomptés. Ces difficultés étaient liées plus à l'inexpérience de la MUSAKIS dans son nouveau rôle d'acheteur des services, l'adaptation des prestataires des soins à l'achat des services et les facteurs externes (la survenue de la pandémie de Covi-19 et la dépréciation monétaire de francs congolais).

La couverture santé universelle qui est en train d'être mis en place en RDC, constitue une bonne opportunité de pérennisation des acquis de l'expérience à travers le renforcement des activités de la MUSAKIS dans son double rôle. Le départ du partenaire PRODS constitue néanmoins une menace qui pourrait augmenter le tarif forfaitaire dans les ZS qui étaient appuyées.

Cela étant, les perspectives d'avenir vont dans les sens de développer des stratégies visant à diffuser les savoir-faire acquis lors de la mise en œuvre de cette expérience. Les stratégies proposées pour ce faire sont les suivantes :

- 1) La diffusion des présents résultats obtenus via différents canaux (sites du ministère de la santé de la RDC, site officiel de MEMISA, partage avec les bailleurs de l'union européenne) afin d'éclairer toutes les organisations voulant appliquer la même expérience dans pareil contexte.
- 2) La présentation de ces résultats dans des forums nationaux du système de santé congolais tel que la revue sectorielle de la santé et les réunions du Comité de National de Pilotage du Secteur de la santé.
- 3) La participation des parties prenantes ayant constitué le noyau de l'action dans les ateliers et symposiums nationaux et internationaux pour présenter l'expérience du Kongo central.
- 4) Elaborer une note politique (« Policy brief ») décrivant les étapes de mise en œuvre et les résultats obtenus de cette expérience afin de guider les politiques dans la prise des décisions du secteur de la santé.
- 5) L'organisation des échanges d'expérience de la MUSAKIS avec les autres mutuelles de santé qui peuvent prétendre jouant également le rôle d'EUP-FASS dans le contexte actuel de la couverture santé universelle qui se met en place en RDC.
- 6) La sensibilisation et la mobilisation des différentes parties prenantes de l'expérience (ECZ, prestataires des CS et HGR, MUSAKIS, BDOM) dans la pérennisation des acquis de l'expérience.
- 7) L'encouragement de la MUSAKIS qui a contracté directement avec les bailleurs de fonds dans son rôle d'EUP-FASS pour étendre son champ d'action au niveau provincial et national.

ANNEXES

Annexe 1. TdR de la mission

Table des matières

ACRONYMES	75
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	76
II. OBJECTIFS	77
A. OBJECTIF GÉNÉRAL	77
B. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	77
III. METHODOLOGIE	77
I. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	77
IV. SYNERGIES	78
I. RÉPARTITION DES RÔLES	78
I. RÔLES DES ÉQUIPES PROVINCIALES DE CAPITALISATION	79
V. RÉSULTATS ATTENDUS	79
VI. COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PROVINCIALE DE CAPITALISATION	80
VII. PLANNING DU PROCESSUS DE CAPITALISATION	81

Acronymes

PNDS	Plan national de développement sanitaire
CS	Centre de Santé
DCS	Dépenses courantes de santé
FBP	Financement basé sur les performances
TF	Tarifification Forfaitaire
TFS	Tarifification forfaitaire subsidiée
PADP	Programme d'appui aux divisions provinciales de la santé et aux zones de santé
HGR	Hôpital General de référence
DEP	Directions des études et planification
CCSS	Centre des connaissances dans le secteur de la santé
IMT	Institut de médecine tropicale
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PTF	Partenaires techniques et financiers

I. Contexte et justification

Dans le domaine du développement sectoriel, la RDC s'est dotée et met en œuvre un plan robuste de Développement Sanitaire (PNDS) recadré 2019-2022 en lien avec sa stratégie de renforcement du système de santé 2016-2022. D'ici 2030, la RDC a choisi la couverture sanitaire universelle au rang de ses priorités et en a développé une feuille de route.

Plusieurs approches et mécanismes de financement de la santé sont développés en RDC. Il s'agit entre autres de la Tarification forfaitaire, des mutuelles de santé, des fonds d'achat des services, du financement basé sur les performances (PBF) et d'autres multiples initiatives. Un des principes directeurs retenus pour guider la mise en œuvre de cette réforme est relatif à la tarification des soins de préférence par épisode ou mieux de façon forfaitaire⁹.

Dans les provinces de la Tshopo, du Sud Ubangi et du Kongo central, avec appui de Enabel et MEMISA, depuis un certain temps, différents mécanismes de financements des soins de santé sont mis en œuvre notamment la TF, la TFS, le PBF et la mutuelle de santé à côté du paiement direct des ménages.

Dans le but de disposer des données factuelles probantes utiles pour éclairer les choix politiques et stratégiques en matière de financement des soins de santé dans la démarche vers l'atteinte des cibles de la couverture sanitaire universelle, un exercice de capitalisation de différents mécanismes de financement des soins de santé est envisagé par Enabel en synergie avec MEMISA dans trois provinces d'intervention (Sud Ubangi, Tshopo et Kongo Central). La capitalisation d'expériences est un processus systématique, itératif et participatif qui consiste à identifier, analyser, expliciter et modéliser le savoir acquis lors d'une expérience de projet ou de programme pour que d'autres puissent se l'approprier, l'utiliser et l'adapter, ou ne reproduisent pas les mêmes erreurs. La capitalisation d'expériences est un processus participative lancé et conduit par des acteurs au sein de l'organisation du projet ou programme, parfois avec des facilitateurs et experts externes, qui rassemble les opinions de diverses parties prenantes, et ces dernières devraient également être impliquées dans le processus d'analyse et de documentation. Cette capitalisation vise trois publics cibles à savoir Enabel, Memisa et le Ministère de la Santé Publique de la RDC. Pour la première cible, Enabel, il s'agit de mettre en lumière leurs atouts et limites, les points communs et les différences entre les mécanismes de financement de l'offre de soins, de souligner les bonnes pratiques et les innovations et proposer des solutions pour formuler des approches consensuelles pour des interventions futures. Pour ce qui est de la deuxième cible, Memisa, il s'agirait de partager les réflexions issues de la capitalisation particulièrement sur l'équilibre entre l'achat de services et la contribution de la population, sur l'intérêt d'une combinaison de financement et sur le montage institutionnel du financement de l'offre.

Les équipes de mise en œuvre du PADP ont manifesté le besoin d'un appui méthodologique dans cet exercice de capitalisation, d'où l'objet de ce terme de référence.

C'est ainsi qu'un atelier de lancement est planifié à KISANTU du 27 juin au 1^{er} juillet 2022.

⁹ Plan stratégique de la réforme hospitalière en RDC, décembre 2010

II. OBJECTIFS

a. Objectif général

Renforcer les capacités de documentation des mécanismes/modèles de financement de l'offre des soins hospitaliers dans les provinces d'intervention Enabel à savoir la Tshopo, le Sud Ubangi et le Kongo-central.

b. Objectifs spécifiques

Il s'agit pour la province de :

- Partage des expériences de financement de santé vécues dans les trois provinces
- Analyse de l'information stratégique sur les modalités de financement de l'offre de soins de santé à l'aide d'une méthodologie et des outils de collecte préétablis ;
-
- Validation des outils de collecte et de la méthodologie à utiliser dans cet exercice de capitalisation avec un prétest à KISANTU ;
- Orientations et conseils des experts de l'IMT et du CCSC pour la suite du processus de l'exercice de capitalisation :
 - Collecte ;
 - Analyses ;
 - Documentation ;
 - Préparation de la monographie ;
 - Elaboration de produits de communication.
- Mettre tous les acteurs au même niveau de connaissance sur la capitalisation et la familiarisation avec les outils de collecte avant le démarrage de l'atelier

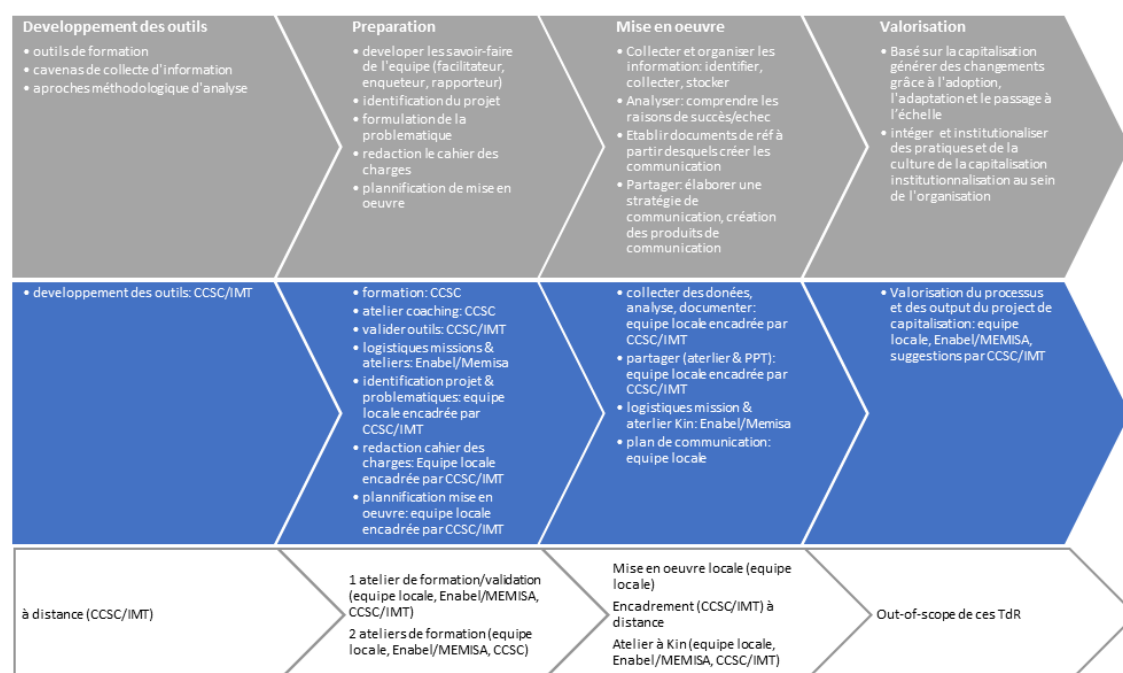
III. METHODOLOGIE

I. Approche méthodologique

L'objectif principal de l'atelier de lancement de la capitalisation est d'introduire le processus avec des une méthodologie à disséminée et des outils appropriés avec les équipes provinciales qui constituent de noyau de la capitalisation. L'animation de l'atelier sera assurée par un expert de l'IMT et les experts du CCSC. La suite de l'encadrement technique et méthodologique sera définie à l'occasion de cet atelier de lancement.

Les différentes étapes du processus se résument à travers le schéma ci-dessous :

Figure 1. Les volets essentiels du projet de capitalisation détaillés avec une répartition des tâches et les différentes méthodologies.



L'encadrement du CCSC et de l'IMT passera par trois volets essentiels : le développement des outils, l'encadrement pour la phase de préparation et au lancement du processus, l'encadrement pour la phase de mise en œuvre (voir figure 1).

IV. Synergies

Dans le montage de cet exercice de capitalisation, des synergies seront établies avec l'ONG MEMISA qui intervient ensemble avec Enabel dans la zone de santé de Budjala au Sud Ubangi et qui met en œuvre, au Kongo central, la subvention des soins à travers un mécanisme présentant des différences et des similitudes au modèle TFS de Enabel. Dans le but de mutualiser les efforts et les ressources en vue d'obtenir des résultats suffisamment alimentés de plusieurs sources, le partenariat avec MEMISA est établi à travers un accord opérationnel signé entre les deux parties.

I. Répartition des rôles

Dans un projet de capitalisation, plusieurs individus participent avec des rôles différents. Traditionnellement, les rôles suivants se distinguent, chacun avec ses responsabilités et pouvoirs respectifs.

	est chargé de:	a la responsabilité de:
<i>Manager</i>	La direction du groupe tout au long du processus de capitalisation d'expériences	Mettre réellement en œuvre le processus
<i>Facilitateur</i>	Différents processus de groupe dans le cadre du processus global de capitalisation	Veiller à ce que les réunions soient utiles et efficaces et à ce que les participants soient entendus

<i>Instructeur</i>	La formation et de l'apprentissage des équipes de Enabel et MEMISA dans la capitalisation pour que ces équipes peuvent mener un projet de capitalisation	Préparer les outils de formation, de former les équipes impliquées dans la capitalisation sur les différents étapes (préparer, mise en œuvre, valorisation) et rôles (facilitateur, enquêteur, participant) de capitalisation, d'encadrer les équipes la préparation et mise en œuvre du projet de capitalisation (collecter, analyser, documenter, partager) pendant la période de la formation
<i>Expert externe</i>	Contribuer à l'analyse de l'expérience grâce à sa connaissance du contexte ou les activités analysés dans le cadre de l'expérience capitalisée	Encadrer l'équipe sur le plan du contenu de l'expérience capitalisée
<i>Equipe locale de capitalisation</i>	Effectuer le projet de capitalisation de l'expérience sur le plan de la préparation, la mise en œuvre et la valorisation	Planifier la mise en œuvre, de collecter et analyser l'information, de documenter l'expérience, de produire un plan de communication et des produits de communication et de valoriser le projet de capitalisation

Dans le cadre de ces TdR, les consultants jouent le rôle de l'instructeur et de l'expert externe qui fournit l'encadrement méthodologique et technique.

i. Rôles des équipes provinciales de capitalisation

- Fournir aux consultants des documents stratégiques et opérationnels avec l'objectif de les évaluer sur leurs valeurs d'information et de définir les informations manquantes qui font alors l'objet des entretiens ;
- Participer à l'atelier de formation et de briefing sur la méthodologie et les outils à utiliser ;
- Identifier toutes les parties prenantes à la (TF, TFS, PBF et mutuelle de santé) dans la province concernée ;
- Jouer le rôle de première ligne (facilitateur, enquêteur, rapporteur) à toutes les étapes du processus de la collecte et l'analyse des données à la documentation et la diffusion des résultats de capitalisation sous l'encadrement des consultants ;
- Réaliser des entretiens avec différents acteurs de la (TF, TFS, PBF et mutuelle de santé) (communautés bénéficiaires, prestataires, gestionnaires, décideurs etc.) ;
- Participer à l'encadrement à distance
- Elaborer et partager les rapports des ateliers et entretiens provinciaux sur la thématique avec des enseignements tirés des expériences en cours dans les provinces ;
- Participer à tous les ateliers et autres cadres d'échanges sur la thématique au niveau local et national ;
- Rédiger des documents de référence de capitalisation sous l'encadrement (à distance) technique des consultants.
- Participer à l'atelier de diffusion du produit de capitalisation de la TF, TFS, PBF et mutuelle de santé au niveau national
- Générer des changements grâce à l'adoption, l'adaptation et le passage à l'échelle des expériences capitalisées.

V. Résultats attendus

- Ciblage de ce qui est plus pertinent à capitaliser (analyse critique des données et des propositions des équipes de capitalisation)

- Maîtrise de la méthodologie de capitalisation et de sa mise en œuvre
- Validation des processus et des résultats intermédiaires de la capitalisation avec des avis perlés des experts

VI. COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PROVINCIALE DE CAPITALISATION

L'équipe provinciale de capitalisation est mise en place par nomination par l'autorité provinciale de la santé au sein de la DPS.

Cette équipe doit être volontaire, être impliquée étroitement dans la conception et/ou la mise en œuvre de l'expérience à capitaliser et être disponible, s'engager à s'investir du début à la fin du processus de capitalisation.

L'équipe sera composée de trois personnes désignées par province et sera mobilisée toute la période de l'exercice de capitalisation. Pendant la période de cinq mois de l'exercice, les sorties sur terrain pour collecter les informations seront supportées par Enabel à la Tshopo et au Sud Ubangi et par Memisa pour l'équipe du Kongo central.

Pour cela, l'équipe mise en place participe à l'atelier de lancement qui aura lieu à la dernière semaine du mois de juin 2022 dans la province du Kongo central.

Le travail proprement de l'équipe sur ce processus de capitalisation s'étendra sur une durée de cinq mois allant de juillet à novembre 2022. Il est estimé que chaque membre de l'équipe consacra le temps qui équivaut à une journée de travail (8 heures) par semaine, soit 4 jours par mois. Sur cette base, un forfait de 50 USD par jour sous forme de prime est accordé par personne, soit 200 USD par mois comme prime pour l'équipe du Sud Ubangi ou complément de prime à l'équipe de la Tshopo. Dans le suivi, chaque membre de l'équipe noyau capitalisation présente un Timeship à la fin de chaque mois pour justifier l'emploi du temps consacré à l'exercice.

VII. Budget détails pour les équipes

D. Primes des équipes de capitalisation	Nbre de personnes	Mois	Forfait mensuel en USD	Montant total en USD	TSHOPO	SUD UBANGI
Forfait Prime de l'équipe provinciale de capitalisation SUD-UBANGI	3	5	200	3000		3000
Forfait Complément Prime de l'équipe provinciales de capitalisation	3	5	200	3000	3000	
Sous-total				6 000	3 000	3 000
E. Logiciel d'analyse des données	2	1	1400	2800		

qualitatives (Nvivo)						
TOTAL GENERAL				8 800		

Jalon	Échéance	Montant par membre de chaque équipe	Nombre total de membres des deux équipes	Montant total
Outils validés	Fin S2 Juillet	200	6	1200
Totalité des données disponibles	Fin S2 Aout	300	6	1800
Monographie prête au partage	Fin S4 Octobre	300	6	1800
Atelier national	Fin S4 Novembre	200	6	1200
		1000		6000

VIII. PLANNING DU PROCESSUS DE CAPITALISATION

DIFFERENTES PHASES DU PROCESSUS	TIMING EN MOIS 2022							
	M1 5 /22	M2 6 /22	M3 7 /22	M4 8 /22	M5 9 /22	M6 10 /22	M7 11/22	
Phase 1 développement des outils	X							
Phase 2 de préparation+ atelier de lancement		X						
Phase 3 de mise en œuvre :			X	X	X	X	X	
<i>Collecte de données</i>			X	X				
<i>Analyse</i>			X	X	X	X		
<i>Visite de suivi</i>					X			
<i>Documentation</i>						X		
Phase 4 de partage/diffusion/ (atelier Kinshasa.)							X	

Pour PADP/Tshopo

Pour PADP/Sud Ubangi

Dr BUSOGORO Jean François

Dr Hamidou Ouedraogo

Annexe 2. Guide d'entretien pour les acteurs clés

Guide d'entretien avec les acteurs clés

L'apport de la mutualisation des soins de santé dans les ZS avec tarif forfaitaire subsidié, Cas des ZS appuyées par Memisa-PRODS au Kongo Central (Kisantu, Gombe Matadi et Ngidinga) de 2017 à 2022

Nous sommes une équipe désignée par la DPS/KC, pour documenter l'apport de la mutualisation des soins de santé dans les ZS avec tarif forfaitaire subsidié, Cas des ZS de Kisantu, Gombe Matadi et Ngidinga de 2017 à 2022.

L'objectif du Projet est de Pérenniser l'accessibilité à des soins de santé de qualité, en particulier pour les populations vulnérables y compris les femmes et les enfants.

Dans le cadre de cette étude, il est question de dégager les effets de la mutualisation des soins de santé dans une zone de santé avec tarif forfaitaire subsidié. Les informations que vous allez fournir au cours de cet entretien sont nécessaires pour permettre d'apprécier l'apport de la mutualisation couplée du tarif forfaitaire dans les ZS appuyées par MEMISA/PRODS.

L'entretien que nous vous proposons pourrait prendre au moins une heure. Nous pourrions l'enregistrer à l'aide d'un dictaphone et prendre des notes pour ne pas perdre les informations que vous mettez à notre disposition. Nous vous rassurons que ces informations sont tirées uniquement pour le besoin d'améliorer nos prestations.

Êtes-vous d'accord pour que cette conversation soit enregistrée et fasse partie de notre étude ?

Pourrions-nous vous contacter par courriel / téléphone dans les jours qui suivent afin de compléter certaines informations partagées durant l'entretien ?

Avez-vous des questions ?

001	Thème I : Connaissance générale
	<ol style="list-style-type: none">1. Comment avez-vous procédé pour mettre en place la mutuelle de santé ou l'antenne de la MUSAKIS ?2. Selon vous, quelle catégorie de la population est prédisposée à adhérer à la MUSAKIS ? Pouvez-vous nous citer les rôles ou les responsabilités de la MUSAKIS ?
002	Thème II. Services de la MUSAKIS
	<ol style="list-style-type: none">3. Comment procède la MUSAKIS pour faire adhérer et fidéliser ses membres ?4. Quels sont les problèmes que rencontre la MUSAKIS dans son fonctionnement normal ?5. Comment se fait le recouvrement des cotisations auprès des mutualistes ? et le remboursement des factures aux FOSA ? Pourquoi est-ce que certains membres de votre communauté n'adhèrent pas à la mutuelle de santé ?

003	Thème III. Formations sanitaires
	<p>6. Parlez-nous de la collaboration entre la MUSAKIS et les structures de santé ?</p> <p>7. Pensez-vous qu'il y a des éléments de la qualité des soins à améliorer dans les CS/HGR ? Si oui, lesquels ?</p> <p>8. Quels sont les avantages que bénéficient les structures de santé ayant contracté avec la MUSAKIS ?</p>
004	Thème IV. Tarif Forfaitaire
	<p>9. Que pensez-vous de la tarification appliquée dans les CS/HGR ?</p> <p>10. Quels sont les avantages de la mutualisation dans le contexte de la tarification forfaitaire ?</p>
005	Thème V. Questions finales
	<p>11. Pensez-vous qu'il y a des éléments à améliorer à la MUSAKIS ? Si oui, lesquels ?</p> <p>12. Quels conseils donneriez-vous à une communauté qui désire mettre en place une mutuelle de santé ?</p> <p>13. Avez-vous d'autres commentaires à faire ou des choses à ajouter ? Des choses à souligner ? Quels sont les défis dans la gestion de la mutuelle qu'il faut prendre en compte pour son bon fonctionnement ?</p>

Acteurs liés : Directeur Musakis, PCA Musakis, Directrice BDOM, DG HSLK, Dir-Adm HSLK, 3 MCZ, CDPS, Coordon Memisa BAT, CP Musakis, Dr Jacques Ndonga, Zéphyrin ancien PCA.

Annexe 3. Liste des documents consultés

1. Le document décrivant la tarification forfaitaire appliquée dans les hôpitaux généraux de référence et dans les centres de santé au niveau des 3 ZS
2. Le document décrivant le projet MEMISA-PRODS
3. Le contrat de financement des missions de la MUSAKIS-FASS par MEMISA
4. Les différents contrats signés entre la MUSAKIS-FASS et la division provinciale de la santé, les hôpitaux généraux de référence et les centres de santé pour la première phase du PRODS
5. Le rapport de vérification communautaire dans les ZS de Kisantu, Ngidinga et Gombe-Matadi appuyées par MEMISA-Belgique à travers le projet PRODS
6. L'évaluation à mi-parcours du programme santé 11e FED : Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins en RDC (PRO DS).
7. Le rapport narratif intermédiaire de Mai 2021, 49 Mois d'exécution du PRO DS / FED – MEMISA: Kongo Central & Ituri – RDC (Contrat de subvention N° 382-465)
8. Le rapport narratif intermédiaire au 31 Mars 2022 du PRO DS / FED – MEMISA: Kongo Central & Ituri – RDC (Contrat de subvention N° 421-719)
9. Le rapport d'évaluation finale du programme PRODS mis en œuvre par MEMISA en RDC au Kongo Central et en Ituri (Octobre 2022)
10. Le rapport d'analyse et recouvrement des coûts de production des prestations médicales à l'Hôpital St Luc de Kisantu

11. Le rapport de la mission d'évaluation de la MUSAKIS soumis à l'Ordonnateur national délégué du fonds européen de développement (COFED) d'Octobre 2017
12. Les rapports d'activités de la MUSAKIS de 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020
13. La convention de dévolution de service public entre le ministère provincial en charge de la santé du Kongo central et la MUSAKIS
14. Le document décrivant l'organisation de la MUSAKIS
15. Les différentes évaluations du plan d'action opérationnel de la zone de santé de Ngidinga de 2021
16. La présentation de la ZS de Ngidinga
17. L'évaluation du plan d'action opérationnel de la zone de santé de Ngidinga de 2017
18. Le plan d'action opérationnel de la zone de santé de Ngidinga de 2019
19. Le plan de développement sanitaire de la zone de santé de Gombe-Matadi de 2016-2020
20. Les différentes évaluations du plan d'action opérationnel de la zone de santé de Gombe-Matadi de 2017 à 2021
21. Le plan de développement sanitaire de la zone de santé de Kisantu de 2016-2020
22. Le plan de développement sanitaire de la zone de santé de Ngidinga de 2016-2020
23. Gestion systémique et intégrée d'une zone de santé en République Démocratique du Congo : L'expérience de la zone de santé de Kisantu (Bas Congo) avec la mise en place d'un paiement forfaitaire subsidié à l'hôpital de référence, Juin 2012
24. Le plan National de Développement Sanitaire « PNDS » recadré pour la période 2019-2022 : Vers la Couverture Sanitaire Universelle
25. La stratégie nationale de financement de la santé pour la Couverture Santé Universelle de 2018
26. Le plan stratégique national pour la Couverture Santé Universelle « PSN-CSU » 2021-2030

Annexe 4. Grille de collecte des indicateurs

Annexe 5. Liste de personnes interrogées

N°	Nom	Organisation	Rôle
1	Mr Michel Nsombi	Hôpital Saint Luc de Kisantu	Administrateur Hôpital Saint Luc de Kisantu
2	Dr Matthieu Kasongo	MEMISA	Assistant technique Régional du PRODS au Kongo Central
3	Mr Frederic Kabenamualu	MEMISA	Coordonnateur Administrateur du PRODS au Kongo central
4	Mr Melky Irondo	MEMISA	AT administrateur près MUSAKIS/ZS
5	Dr Jean Clovis Kalobu	MEMISA	Conseiller médical à Kinshasa

6	Dr Jacques Kimfuta	DPS	Chef de division de santé
7	Dr José Mavuna N'keto	ZS Kisantu	Médecin chef de zone
8	Dr Jean-Paul Oloko	ZS Gombe-Matadi	Médecin chef de zone
9	Dr Thierry Matadi	ZS Ngidinga	Médecin chef de zone
10	Mr Innocent Mbala	MUSAKIS	Directeur
11	Mr Jean-Pierre Kimbongila	MUSAKIS	Actuel Président du conseil d'administration
12	Mr Nico Lufuulu	MUSAKIS	Président du conseil d'administration honoraire
13	Mr Zephyrin Ngyengo	MUSAKIS	Président du conseil d'administration honoraire
14	Sr Emily Mullen	CARITAS+BDOM+BDD	Directrice BDOM
15	Mr Félicien Ndongala	Hôpital Saint Luc de Kisantu	Directeur général
16	Focus group 1	Mutualistes	
17	Focus group 2	Non mutualistes	
18	Focus group 3	Infirmiers titulaires ZS Kisantu	
19	Dr Diertho Mputu	BDOM	Médecin Assistant technique BDOM_MEMISA

Annexe 6. Matrice de l'identification de l'expérience

Titre de l'expérience	Mutualisation des soins de santé dans les ZS avec tarif forfaitaire subsidié : Cas des ZS appuyées par Memisa-PRODS au Kongo Central de 2017 à 2022
Zones / lieu	KISANTU, GOMBE MATADI ET NGIDINGA
Date et durée	Mars 2017 à Octobre 2022
Contexte	<p>L'amélioration de l'état de santé et la promotion du mode de vie des populations sont nécessaires pour assurer leur prospérité et le développement socio-économique d'un pays.</p> <p>Dans son fonctionnement normal le système de santé demande des ressources financières pour réaliser des prestations, appuyer les piliers du système de santé, et développer une gouvernance et un leadership à différents niveaux.</p> <p>En RDC, les fonctions du financement de la santé font référence à l'obtention des recettes du Gouvernement, des PTF, de la Communauté, de la sécurité sociale, etc. Cependant, la part de chacun des intervenants n'est pas identique. Le secteur santé est financé par les ménages jusqu'à 45%, les bailleurs multilatéraux à 21%, l'Etat Congolais à 15% et par les bailleurs bilatéraux à 12%, (MSP 2020) ;</p> <p>Pour pérenniser l'accessibilité à des soins de santé de qualité en particulier pour les populations vulnérables y compris les femmes enceintes, dans son programme (PRODS) le Gouvernement de la RDC à travers la COFED, a signé un contrat de subvention avec MEMISA Belgique, afin que ce dernier s'occupe de la gestion du programme dans les Provinces d'ITURI et du Kongo Central.</p> <p>Au Kongo Central, MEMISA a contracté avec la Mutuelle de Santé de KISANTU « MUSAKIS » en sigle, laquelle avait une expérience sur l'assurance santé en vue de procéder à la contractualisation, à la vérification et au paiement des prestations dans les 3 ZS sous appui PRODS (KISANTU, NGIDINGA et GOMBE-MATADI).</p> <p>La MUSAKIS s'est engagée à travers ce contrat avec Memisa Belgique, d'améliorer son taux de pénétration en étendant ses actions dans les autres ZS sous appuis du PRODS. Toutes ces ZS appliquent la tarification forfaitaire subsidiée comme mode de financement des soins de santé.</p> <p>Actuellement, comme toutes ces ZS procèdent à la mutualisation comme un mécanisme de plus dans le financement des soins de santé aux cotés de la tarification forfaitaire subsidiée, nous voudrions à travers cette étude identifier l'apport de la mutualisation des soins de santé dans ces ZS qui appliquent déjà le tarif forfaitaire subsidié.</p>

Problème à résoudre	<ul style="list-style-type: none"> - Faible accessibilité financière de la population aux services de soins de santé (HGR et CS) ; - Faible qualité des soins et services de santé offerts à la population ; - Faible taux de recouvrement du coût des soins dans les structures de santé ; - Faible niveau d'appropriation de l'action sanitaire par la population.
Initiatives précédentes	<ul style="list-style-type: none"> - De 2008 à 2012, Subventionnement par la CTB de certaines structures des soins de santé - De 2013 à 2014, expérience d'achats directs de services de soins par la CTB - De 2014 à 2016, la subvention plafonnée au fonctionnement de l'HGR SLK par Memisa-DGD ; - De 2017 à 2022, achat de services à travers la MUSAKIS FASS comme fiduciaire avec Memisa-PRODS - De 2017 à 2022, remboursement des factures des soins aux HGR et aux CS par la MUSAKIS dans les ZS de Kisantu, Gombe Matadi et de Ngidinga.
Objectif	Identifier les effets de la mutualisation au côté du tarif forfaitaire subsidié dans l'accessibilité de la population aux soins de santé.
Acteurs principaux	<ul style="list-style-type: none"> - MUSAKIS : Directeur, PCA, anciens PCA - BDOM Kisantu : Directrice, ancien directrice BDOM Dr Jackie Ndonga, point focal du PRODS auprès du BDOM - HSLK : DG HSLK - MCZ : 3 MCZ (ZS Kisantu, Gombe Matadi et Ngidinga) - DPS : Chef de division provinciale de la santé - MEMISA : membres du BAT MEMISA au Kongo central - Bénéficiaires : Mutualistes, non mutualistes, infirmiers titulaires des CS
Stratégie / approche	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilisation communautaire sur l'auto prise en charge financière des soins de santé - Utilisation de la MUSAKIS comme mutuelle de santé et EUP-FASS
Composantes	<ul style="list-style-type: none"> - Informations/sensibilisation de la communauté ; - Définition des orientations et mise en place des actions - Accompagnement technique de l'initiative et renforcement des capacités ; - Adhésion et fidélisation des membres.

Composantes / Etapes	Activités	Procédés techniques / organisationnels	Résultats réalisations /	Difficultés rencontrées	Effets imprévus (positifs/négatifs)
Informations/sensibilisation de la communauté	Réunion villageoise : L'AG JM Pululu, revenant de la Belgique, après son master en santé publique, a réuni certains leaders communautaires, religieux pour les sensibiliser sur l'auto prise en charge sanitaire via la mutualisation des soins.	Tenue des assemblées villageoises dans les 20 villages environnant la cité de Kisantu ; Elaboration d'un micro projet sur la mise en place de la mutuelle de santé	- Adhésion communautaire à l'initiative ; - La mise en place du tarif forfaitaire dans les FOSA	- Le bénévolat non accepté par la communauté, - Faible financement extérieur	-Financement du micro projet par SLCD ; -La crédibilité et la confiance à l'acteur principal ont fortement contribué à la réussite du processus.
Définition des orientations et mise en en place des actions	La mise en place d'un comité d'initiative chargé de piloter l'action dans les villages ciblés.	Le comité d'initiative mis en place a réalisé une étude de faisabilité et procédé à la restitution des résultats de l'étude. Les représentants des villages impliqués ont été assimilés aux chefs des sections mutualistes pour le recouvrement et	-Adhésion de 600 membres au départ et 3000 après 3 mois de l'action	Absence de moyen financier et de locomotion pour intensifier la sensibilisation	Cession de l'accompagnement technique, logistique de l'initiative à l'église catholique pour palier à la mauvaise gestion et crédibiliser l'initiative.

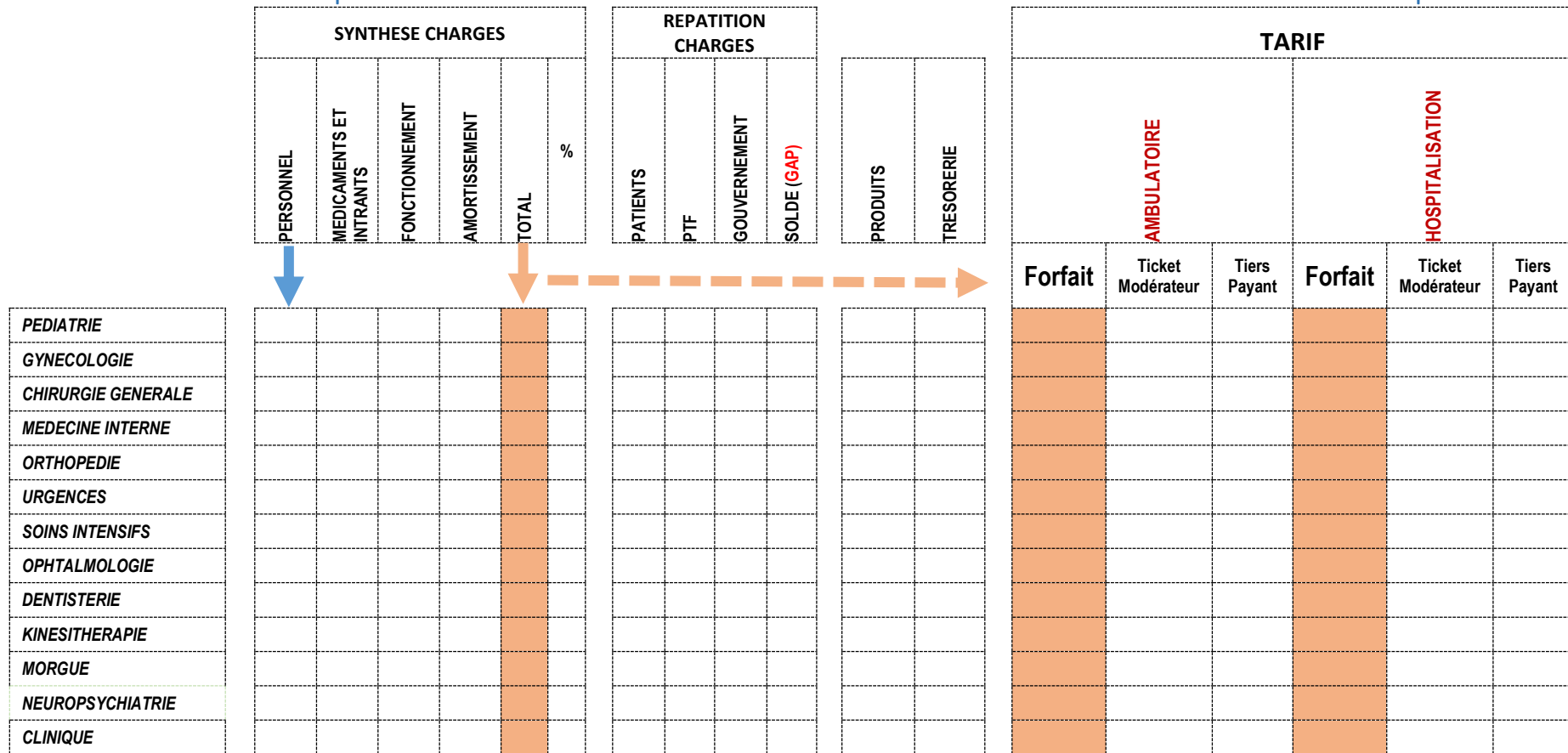
		sensibilisation de la communauté			
	Organisation de l'assemblée constituante	Tenue de la première réunion d'assemblée générale pour mettre en place les structures et organes de la mutuelle	Les organes de gestion de la mutuelle ont été mis en place (CA, CC, CE)	Le choix subjectif des mandataires sans prérequis sur la mutualisation des fonds	Pas d'harmonie dans le fonctionnement des organes
Accompagnement de proximité de l'initiative et renforcement des capacités	Formation des acteurs impliqués dans l'action par BIT STEP sur la mutualisation et sur les coopératives agricoles pour soutenir l'initiative	Constitution des pools de formation, remise d'intrants agricoles aux paysans pour briser la barrière financière liée aux frais d'adhésion/cotisation à la mutuelle.	-Renforcement des capacités des acteurs socio-agricoles ; - Constitution des mouvements de solidarité	Non mise en place des stratégies de pérennisation de l'action	Action agricole non pérenne
	Mise en place des mécanismes de suivi et de contrôle	-Tenue des réunions des organes de gestion ; -Suivi de la qualité de gestion par les membres de la commission de contrôle.	Organes de gestion mis en place et fonctionnels	Mandataires sans prérequis sur la mutualisation des fonds et s'assimilant aux salariés	Trop de spéculations, réclamations et suspicions d'une part et le découragement/désintéressement d'autre part.
Organisation et mise en place de la structure	Le recrutement du personnel et la	Aménagement du cadre de travail et	Opérationnalisation et	Non intériorisation de la pratique de la	Détournement de fonds ayant conduit au

	mise en place des textes statutaires et réglementaires de la mutuelle	des outils de gestion nécessaires à la gestion, l'organisation et fonctionnement de la mutuelle de santé.	fonctionnalité de la mutuelle de santé de Kisantu	bonne gouvernance par le gestionnaire de la mutuelle	changement du gestionnaire
Appui de la MUSAKIS comme mutuelle	Renforcement de la sensibilisation communautaire	- Suivi des adhésions - Suivi des bénéficiaires (ayant droit, stage, suspendus, et radiés)	-augmentation progressive des adhésions avec une chute en 2021 liée à la dévaluation monétaire	-taux de pénétration restant faible -non atteinte du seuil des mutualistes rendant la MUSAKIS indépendante	-dévaluation monétaire entraînant une fuite des mutualistes -utilisation des moyens logistiques de la fonction EUP pour soutenir les activités de sensibilisation à la mutuelle
Utilisation de la MUSAKIS comme EUP-FASS	Contrôle et achat des services de santé	- Suivi de prestations de soins : inscrits, soignés, capitation payé, Ticket modérateur, Coût moyen par malade au CS et à l'HGR, fréquences réalisées, coût global de soins - paiement des prestations	- rapports annuels de suivi des prestations des soins au niveau des CS et HGR - prestations complètement payées à la fin du programme	- la difficulté de compréhension pour l'utilisation des outils au sein des FOSA - Mis à l'écart des de certains dossiers médicaux lors du contrôle pour des malades réellement soignés	- dévaluation monétaire entraînant une revue à la hausse du tarif forfaitaire - diminution de la charge financière car l'appui EUP payait les cadres de la MUSAKIS

Annexe 7. Modèle conceptuel du calcul du tarif forfaitaire à l'HSLK en 2020 : Définition des charges directes et indirectes par patient

	CHARGES DIRECTES				CHARGES INDIRECTES																												
	PERSONNEL				MEDICAMENTS ET INTRANTS			LABORATOIRE				IMAGERIE				BLOC OPERATOIRE				ADMINISTRATION													
	Effectif	Salaires et primes	Rafraichissement	Charges sociales et assimilées	PRESCRIPTION	TROUSSE	INTRANTS	Hématologie	Parasitologie	Banque sang	Biochimie	Bactériologie	Sérologie	Biologie Mol	PERSONNEL	AMORTISSEMENT	RADIOGRAPHIE	ECHOGRAPHIE	PERSONNEL	AMORTISSEMENT	Intervention majeure	Interventions mineures	PERSONNEL	AMORTISSEMENT	PERSONNEL Pharmacie	PERSONNEL Stérilisation	PERSONNEL administration	ENTRETIEN ET REPARATION	FOURNITURES ET CONSOMMABLES	AUTRES FRAIS ADMINISTRATIFS	ELECTRICITE	EAU	AMORTISSEMENT
PEDIATRIE																																	
GYNECOLOGIE																																	
CHIRURGIE GENERAL																																	
MEDECINE INTERNE																																	
ORTHOPEDIE																																	
URGENCES																																	
SOINS INTENSIFS																																	
OPHTALMOLOGIE																																	
DENTISTERIE																																	
KINESITHERAPIE																																	
MORGUE																																	
NEUROPSYCHIATRIE																																	
CLINIQUE																																	

Annexe 8. Modèle conceptuel du calcul du tarif forfaitaire à l'HSLK en 2020 : Calcul du tarif en ambulatoire et en hospitalisation



Annexe 9 : Montage institutionnel et juridique de la MUSAKIS

