

**L'intégration de la couverture du risque maladie
dans le cadre du renforcement du système de
santé et de la problématique de son financement
en RDC**

(Mémo)

MEMO

L'intégration de la couverture du risque maladie dans le cadre du renforcement du système de santé et de la problématique de son financement en RDC

Lors du Sommet du millénaire des Nations Unies en septembre 2000, la communauté internationale a placé les questions de santé en bonne place parmi les objectifs du millénaire pour le développement (OMD). D'ici 2015 elle s'est engagée à réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle, combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies, mettre en place un partenariat mondial pour le développement notamment pour améliorer l'accès de tous aux médicaments essentiels.

En RDC, en l'état actuel, le niveau de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement lié au secteur de la santé accuse un déficit sans précédent. L'ensemble des indicateurs des OMD se sont détériorés depuis les années 90 et le pays, du fait de l'importance de sa population, représente une concentration énorme de morbidité et de mortalité dans le centre de l'Afrique.

En conséquence, d'importants efforts doivent être entrepris pour améliorer la situation sanitaire et permettre à la RDC d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixée en matière de santé de sa population. Le défi est énorme alors que le pays est en pleine relance économique et que les financements qui doivent être consacrés à cet objectif en matière de santé sont actuellement au-dessus des disponibilités et capacités budgétaires de l'Etat.

Cependant, l'Etat n'est pas le seul pourvoyeur de fonds en matière de santé et plusieurs acteurs contribuent au financement de ce secteur en RDC. Les canaux de mise en œuvre de ces contributions comme leurs objets dépendent étroitement du type d'acteur qui les met en œuvre en raison notamment du fait qu'il agit au niveau de l'offre ou au niveau de la demande des soins. Par ordre d'importance croissante en matière de ressources, il s'agit : des entreprises, du budget de l'Etat, des apports extérieurs des partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux) et des contributions des usagers (ménages).

L'Etat et les partenaires agissent traditionnellement au niveau du financement de l'offre alors que les populations contribuent essentiellement au financement de la demande. Cependant ces dernières participent rarement aux discussions concernant le financement de la santé ou ne sont pas consultées sur les options envisagées. Pourtant elles sont actuellement le plus grand contributeur au financement du secteur de la santé avec une contribution de plus de 65 % des frais de fonctionnement du système de santé. Il n'existe pas en RDC de données fiables sur les dépenses de santé des ménages ni sur les dépenses totales de santé, mais en se référant à l'étude réalisée au Nord Kivu en 2003¹ qui estimait la dépense de santé par habitant à 6,5 \$ par an et en l'extrapolant à l'ensemble du pays, cela représente un budget annuel consacré à la santé par les populations de 390 millions de dollars, soit plusieurs fois le budget annuel de l'Etat dans ce domaine et bien au-delà de ce que les partenaires envisagent de consacrer annuellement à l'aide en matière de santé. Cependant en raison de la dégradation du système de santé au niveau national, une grande partie de ce financement (probablement largement sous-estimé²) échapperait au système moderne de santé et

¹ Soeters, R (2003) « Etude socio-économique d'accessibilité aux soins », ASRAMES, Goma.

² Une étude réalisée dans la province du Nord Kivu « Enquête socio-économique et d'accessibilité aux soins de santé », IPS / NOVIB / Union Européenne, mars 2005, conclut que le revenu moyen des ménages est de 118,8 \$ par an et que la part du budget des ménages consacré à la santé est de 16 %. A l'échelon national cela donne un budget annuel de dépenses de santé de plus de 1,1 milliards de \$ par an pour les ménages du pays. Cette estimation rejoint l'estimation

s'éparpillerait vers des systèmes de soins palliatifs et incontrôlés sans aucune garantie de qualité et de résultats. De plus, ce financement n'est pas organisé au niveau global ni de manière solidaire. Il reste individuel et aléatoire pour le système de santé. Ainsi, malgré son importance, il ne contribue pas à rendre solvable la demande des usagers en matière de soins de santé ce qui constitue actuellement l'un des gros problèmes du financement des formations sanitaires.

Les chiffres actuels des contributions de ces différents acteurs au système de soins traduisent également un bouleversement complet dans les participations respectives de chacun de ceux-ci au cours de ces deux dernières décennies. La dégradation généralisée de l'organisation et du financement du système de santé a entraîné un isolement et une participation toujours plus grande des ménages dans le recouvrement des coûts avec comme corollaire une exclusion importante de l'accès aux soins de santé qui touche plus fortement les populations les moins nanties.

Faute de dispositif de couverture du risque maladie, la majorité des dépenses des ménages en matière de soins se fait par paiement direct. Ce modèle de paiement, imprévisible et soudain, pénalise lourdement les foyers déjà fragilisés par la pauvreté lorsque l'un des membres du ménage est confronté à un grave événement de santé auquel il n'est pas préparé financièrement. De plus, ce mode de financement des soins de santé par paiement direct accroît les inégalités existantes. Les catégories les plus pauvres consacrent aux dépenses de santé une proportion de leur revenu significativement plus importante que les catégories aux revenus plus élevés. Le coût des soins reste trop souvent dissuasif et les personnes aux revenus modestes et précaires ne se soignent plus, faute de couverture du risque maladie et de la faiblesse et de l'irrégularité de leurs revenus.

L'état de santé de la population ne pourra pas s'améliorer de façon notable sans un renforcement conséquent du système de santé national et un renforcement en matière de lutte contre les maladies. De fait il convient d'augmenter les investissements dans le système de santé au niveau national qu'il soit public ou privé. Cela représente non seulement un avantage sanitaire direct mais cela entraînera également d'importantes retombées sur le développement socio-économique : réduction effective de la pauvreté, moyens retrouvés pour investir dans l'éducation et la santé et améliorer le niveau de vie des populations.

Les partenaires au développement se sont engagés et s'engagent à soutenir les efforts du gouvernement en matière d'amélioration du système de santé. Cependant actuellement l'absence de document de politique du gouvernement en matière de protection sociale, dont l'accès aux soins de santé est l'une des composantes, ne permet pas de clarifier les modalités et les canaux d'intervention en matière de santé envers la population. Certains envisagent l'amélioration de la santé par des investissements en matières d'infrastructures, d'autres insistent sur la faiblesse des revenus des populations et proposent de réinstaurer la gratuité des soins, d'autres encore proposent la mise en place d'institutions d'achat de soins, d'autres encore suggèrent le développement de systèmes d'assurances maladies universels obligatoires,...

En l'absence d'un choix clairement défini pour toutes les catégories de la population en ce qui concerne la branche soins de santé en matière de protection sociale, le manque de concertation, la profusion et les contradictions entre les diverses approches ne contribueront pas à l'instauration d'un système de santé cohérent, durable et pérenne. L'assurance santé obligatoire et universelle, dont il convient d'estimer la faisabilité dans le court terme, devraient être mise en compatibilité avec des institutions d'achat de soins qui elles-mêmes ne sont pas compatibles avec la gratuité des

de « L'Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé » réalisée par la DEP en octobre 2004 sur financement de la BAD et de la CTB et qui conclut que les dépenses de ménages en matière de santé sont de 15,07 \$ par an et par personne. Au niveau global cela représente un budget des ménages consacré à la santé de plus de 900 millions de \$ par an.

soins. Cette dernière formule, s'il fallait la généraliser à tout le territoire est pour longtemps hors de portée du budget actuel de l'Etat et est en contradiction avec la politique de recouvrement des coûts pourtant instaurée depuis plusieurs décennies³. Cette politique de recouvrement des coûts des soins constituait par ailleurs une réponse aux conséquences néfastes de la gratuité des soins existant dans le passé en RDC...

Le soutien dans le temps de l'aide extérieure au secteur de la santé soulève également la question de l'instabilité des apports. Cette instabilité a des effets néfastes sur les systèmes de santé et ceux-ci sont d'autant plus perniciose lorsque cette instabilité est imprévisible. Dans ce cas, l'Etat ne peut que mal gérer cette instabilité car il ne peut pas faire d'anticipations sur l'évolution des flux d'aide et agir en conséquence. Une question connexe à cette problématique est celle de l'imprévisibilité des décaissements de l'aide au sein d'une année budgétaire. Si l'aide permettant de financer une intervention prévue dans la politique de santé de l'Etat doit être décaissée en dehors des prévisions – par exemple une prévision des dépenses en février et un décaissement de l'aide en novembre – il est clair que cela pénalise la cohérence de l'action publique et peut nuire au renforcement des systèmes de santé.

Le système de santé n'est pas un îlot isolé au sein du pays. Il est le point de rencontre entre une offre et une demande de prestations de soins. En conséquence le secteur de la santé n'est pas dissociable de la couverture du risque maladie que l'Etat prévoit et se doit d'offrir à la population du pays. Les choix qui seront fait en cette matière sont donc essentiels pour l'avenir de l'offre et de la qualité des soins du système de santé. Quelle forme de couverture du risque maladie l'Etat va-t-il instaurer pour garantir de manière durable et pérenne l'accès aux soins de santé de qualité à la population de la RDC ? Quelle approche et quelle stratégie de mise en œuvre de cette couverture vont être retenues et à quels coûts pour le budget de l'Etat et pour le budget des ménages ? Quels objectifs l'Etat va-t-il se fixer en ce domaine et en combien de temps le gouvernement va-t-il proposer de les atteindre ? Quelle aide extérieure peut le mieux contribuer à l'atteinte de ces objectifs et selon quel calendrier ?

La politique qui sera retenue en matière de couverture du risque maladie peut et doit amener celle-ci à contribuer au renforcement du système de santé. En cela elle sera influencée par le contexte et les politiques macro-économiques, avisées ou aventureuses, que l'Etat retiendra dans ce domaine, d'une part, et d'autre part, par la gouvernance globale du système de gouvernance de la couverture maladie qui sera retenue.

Pour exemple, retenons la situation actuelle de la couverture maladie des fonctionnaires : l'Etat, qui dans ce cas joue le rôle d'« employeur », au prise avec de grosses difficultés de finances publiques, règle, quand il y arrive, avec des retard considérables les factures de soins prestés envers ses fonctionnaires et ne surveille pas suffisamment les errements de gestion. En conséquence, les structures sanitaires refusent d'accepter la prise en charge des fonctionnaires qui de ce fait et malgré leur couverture maladie, n'ont plus accès aux soins de santé selon les droits dont théoriquement ils bénéficient. Dans ces conditions, les fonctionnaires et leurs dépendants basculent également, dans un système de précarité sociale en matière de soins de santé. Dans cet exemple, il apparait évident que la contribution potentielle de cette couverture maladie, pourtant instaurée et gérée par l'Etat, ne contribue pas au renforcement du système de santé. Elle a même des effets négatifs puisqu'elle peut le mettre en déficit par des prestations finalement non couvertes ou

³ Selon l'OMS dans les pays à faible revenu le financement minimum nécessaire pour couvrir les interventions essentielles, y compris pour combattre le VIH/SIDA, se situerait aux alentours de 30 à 40 \$ par personne et par an. En tenant compte de ces données cela permet d'estimer le niveau annuel nécessaire des dépenses de santé de la RDC à un montant minimum de 1,8 milliards de \$. (Rapport du Directeur général de l'OMS ; Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS ; 55^{ème} assemblée mondiale de la santé ; avril 2003).

remboursées dans des délais incompatibles avec les nécessités d'une saine gestion des structures de soins.

Pourtant, bien conçue et correctement mise en œuvre, la couverture maladie peut contribuer très efficacement au renforcement des structures et du système de santé. Parmi les canaux de transmission par lesquels la couverture maladie peut agir sur le système de santé il convient de citer : i) l'élargissement de la demande de soins solvables, ii) l'amélioration de la qualité des soins, iii) l'amélioration de l'efficacité technique et de l'allocation des moyens, iv) la réorientation des dépenses publiques de santé.

L'élargissement de la demande de soins solvables provient du fait que l'assurance maladie permet, en transférant le risque de l'individu vers la communauté, de rendre celui-ci prévisible et d'en diminuer considérablement les impacts financiers négatifs sur les ménages. Plus particulièrement en ce qui concerne les gros risques (aux coûts les plus élevés) qui posent précisément le plus de problèmes et ont les conséquences les plus graves sur la vie des individus et les budgets des ménages. Les prestataires de soins ne sont plus confrontés à des individus isolés et à faibles revenus mais à des institutions organisées disposant de moyens de financement importants, structurés et stabilisés dans la durée.

Cela étant, cet effet positif de l'élargissement de la demande solvable sur le système de santé sera naturellement d'autant plus important que la population assurée sera grande (couverture universelle ou non). Il sera plus significatif encore si le régime pratique le tiers payant, et si l'organisme ou les organismes qui le gèrent s'acquittent correctement de leur mission de paiement des services.

L'amélioration de la qualité des soins se situe potentiellement dans les capacités de pressions qu'ont les organismes qui assurent la couverture du risque maladie. Les individus ne sont plus isolés et confrontés seul à des prestataires de soins en situation de rapport de force inégal. La population est organisée et représentée par des institutions financièrement beaucoup plus puissantes. En conséquence, le rapport de force entre l'offre et la demande se rééquilibre sur une base plus équitable. La demande dispose de moyens de négociation plus pertinents et peut répercuter efficacement les doléances d'amélioration de qualité des soins par les patients, voire, exiger des améliorations sous peine éventuellement de sanctions financières.

La mauvaise qualité des soins est dans bien des cas un élément qui fragilise les systèmes de santé de manière pernicieuse et redoutable. En cela, elle constitue également un obstacle extrêmement important à la pérennisation de l'élargissement de la couverture du risque maladie. Avant même le coût des soins elle peut expliquer les faibles niveaux de fréquentation des structures de soins reconnues de mauvaise qualité. Il en est de même pour l'adhésion à des systèmes de couverture maladie qui ne pourront se développer que s'ils peuvent proposer aux individus des contractualisations avec des prestataires de soins offrant des services de qualité. En ce sens la couverture maladie agira elle-même dans son propre intérêt en faisant pression pour la qualité des soins tant au niveau du système de santé qu'au niveau des pouvoirs publics pour qu'ils agissent afin de concrétiser les améliorations souhaitées tant en qualité qu'en terme de couverture spatiale. Le plus gros bailleur de fonds de la santé, en l'occurrence la population, acquière ainsi une « voix », un droit à la parole et un véritable pouvoir de négociation.

Pour améliorer la qualité des soins, les organismes de couverture maladie peuvent passer différents types de contrats (éventuellement sur la base d'appels d'offre) avec les structures de soins publiques et privées. Elles peuvent ainsi si cela est possible ou pertinent mettre en concurrence les prestataires de services. Cette dynamique contractuelle, qui suppose un certain degré d'autonomie des prestataires de santé, peut également constituer un puissant levier pour améliorer la qualité de l'offre.

L'amélioration de l'efficience technique devrait logiquement accompagner l'élargissement de la couverture maladie au travers de trois canaux : (i) la diminution des coûts unitaires et des coûts marginaux des prestations sanitaires du fait de l'élargissement de la demande solvable, (ii) par la pression exercée sur l'offre par les organismes de couverture maladie et les assurés, et (iii) par une canalisation plus rationnelle de l'itinéraire thérapeutique du patient à travers les différents niveaux de la pyramide sanitaire en imposant dans les droits aux remboursements le respect de la référence, le patient rentrant dans la pyramide par le premier niveau et non le deuxième ou le troisième.

L'amélioration de l'efficience de l'allocation des moyens de financements du secteur de la santé. La couverture maladie peut contribuer à réorienter ou à orienter l'offre de soins, ou du moins l'offre de certaines structures de soins, vers des activités/prestations coût-efficacité qui auront un fort impact sur les principaux indicateurs de mortalité en liaison avec les OMD. Le système de couverture aura aussi intérêt à demander l'orientation des investissements publics vers les prestations qui auront le plus d'impact sur la diminution des cotisations demandées aux participants. En cela il pourra intéresser une plus large couche de la population et augmenter de manière complémentaire l'efficacité des investissements réalisés de manière ciblée pour améliorer les indicateurs de mortalité ou de morbidité liés à des pandémies particulières.

Le renforcement des systèmes de santé par la couverture maladie passe donc aussi par un dialogue réel entre l'Etat et les organismes de couverture pour articuler la contribution des différents acteurs à la réalisation des objectifs de santé et rechercher les meilleures synergies. L'assurance peut également exiger de l'adhérent de recourir à des services préventifs (dépistage des grossesses à risque par exemple) ou mettre dans le panier des bénéfices des services préventifs sans pour autant les rendre obligatoire. Elle agit ainsi sur l'aspect des transferts conditionnels de soutien à la demande.

La réorientation des dépenses publiques de santé ressort des points précédents et de l'existence de la couverture maladie. L'extension de la couverture maladie permet de structurer et de stabiliser les dépenses de santé de la demande ce qui permet au système de santé de bénéficier de ressources à la fois plus importantes et plus stables⁴. Cela permet de desserrer les contraintes budgétaires des structures et du système de soins. L'Etat, ayant moins à financer l'offre de soins, pourra réorienter une partie de ses dépenses vers le soutien, par différents moyens, à la demande des plus démunis et des indigents qui ne pouvant participer aux divers systèmes de couverture contributifs seront assistés soit pour intégrer les systèmes de couverture existants soit pour participer à des systèmes d'assistance sociale développés dans le cadre des systèmes de couverture du risque maladie.

Les canaux de transmission, décrits ci-dessus, montrent par quels moyens la couverture maladie peut agir sur le système de santé. Ils indiquent que des dispositifs efficaces de couverture du risque maladie peuvent contribuer de manière efficaces et durables à l'amélioration du système de santé par ses influences sur la qualité et par la stabilisation de financements conséquents et complémentaires aux autres sources de financement mises en synergie avec ses apports.

Il existe de nombreuses solutions et de nombreux mécanismes de couverture du risque maladie : les systèmes d'assurance sociales, les systèmes nationaux de santé publique financés par l'impôt, les systèmes d'assistance sociale, les systèmes privés d'assurance maladie volontaire, la micro assurance santé, les systèmes mutualistes et les autres systèmes novateurs. Leurs capacités respectives à s'adapter aux contextes spécifiques d'un pays comme la RDC et leurs impacts réels en matière d'extension de la couverture maladie des populations doivent être appréciés en fonction de nombreux facteurs qui interagissent entre eux. Il s'agit notamment des caractéristiques du public qui

⁴ Les dépenses des ménages en matière de santé représentent plusieurs centaines de millions de \$

en bénéficiant et des niveaux et de la régularité de ses revenus, du budget de l'Etat actuel et de son évolution, de la couverture nationale en infrastructures sanitaires et de sa qualité, des dispositions et de la volonté des acteurs nationaux à jouer un rôle dans ces systèmes (employeurs, travailleurs, populations), des apports des partenaires extérieurs et des priorités en matière sanitaires dans un cadre plus global de stratégie de réduction de la pauvreté qui prend en compte un grand nombre d'autres priorités nationales.

La problématique du financement de la santé est complexe et il ne s'agit pas de mettre en concurrence des approches pour décider finalement de n'en retenir qu'une. La couverture du risque maladie est l'une de ces approches mais elle ne peut s'avérer efficace que si elle tient compte de la situation économique actuelle du pays, de la situation réelle du système de soins et des revenus de toutes les catégories de la population y compris les indigents et les personnes les plus vulnérables. De même elle ne peut faire l'économie de la situation de dégradation du système de santé et des énormes besoins financiers nécessaires à sa remise aux normes minima. En aucun cas elle ne pourra à elle seule résoudre les problèmes de financement du système de la santé. Il ne s'agit pas non plus de « charger » ou « ponctionner » les populations avec des niveaux de cotisations ou des prélèvements qui avec des montants irréalistes ou des ambitions de couverture des besoins de financements des soins de santé surdimensionnés seraient d'emblée catastrophiques pour tout le système de santé et la population elle-même.

Il s'agit plutôt d'avoir une « vue », une « politique » à long terme du financement du système national de santé qui devra à terme et durablement satisfaire l'ensemble des besoins de la population dans toute sa diversité. Les systèmes de couverture du risque maladie présentent des atouts, des avantages mais également des inconvénients. Ils ne peuvent en aucun cas constituer une solution « clé en main » applicables du jour au lendemain.

Les difficultés liées à leur mise en œuvre doivent être appréciées à leur juste valeur. Leur mise en œuvre ne pourra qu'être progressive. Cela peut être plus facile pour certaines catégories de la population. Les travailleurs salariés (Etat et privé) disposent de revenus réguliers sur lesquels il est aisé d'établir des systèmes de contributions stables. L'Etat, les employeurs et les travailleurs pourraient ainsi rapidement se mettre d'accord sur un système de couverture maladie qui présente l'opportunité de pouvoir rapidement devenir efficace en matière de financement de la santé. Le renforcement de l'économie au fil du temps ne pourrait ensuite que renforcer la participation de l'économie formelle au financement de la santé⁵. Il ne faudra toutefois pas omettre de résoudre la prise en compte des soins de santé des travailleurs pensionnés et de leurs familles comme des travailleurs mis en chômage.

Par contre, pour la grande majorité des populations de l'économie informelle (la population rurale, les artisans, les jeunes diplômés sans emploi,...) qui ne disposent pas dans leur toute grande majorité de revenus réguliers, l'extension de la couverture du risque maladie reste un défi. En n'omettant pas le fait que l'individu n'est pas confronté aux coûts des soins de santé individuellement mais au travers de son ménage, la mutualisation du risque est dans ce cas, pour leur contribution résiduelle au financement de la santé, la voie financièrement la plus abordable⁶. Cependant elle ne sera efficace et durable que si elle est mise en œuvre selon des normes de qualités techniques et de conception et de gestion rigoureuse. Cela demande des moyens d'accompagnement

⁵ En 1982, les dépenses de santé des entreprises pour couvrir les soins des travailleurs et leurs familles représentaient encore un montant de 142 millions de \$ pour environ 27 % de la population.

⁶ Pour exemple elle permet de transformer un coût de soins d'accouchement de 2.000 Fc et d'une fréquence de 4 % en une cotisation mutualiste mensuelle d'environ 7 Fc par personne. De même, un accouchement avec complications d'un coût de 40.000 Fc pour une fréquence de 5 % des accouchements se transforme en une cotisation mutualiste mensuelle d'environ 7 Fc par personne.

financiers conséquents et des compétences techniques spécifiques en nombre suffisant. Il s'agit dans ce cas de les considérer comme un investissement pour la mise en place d'une partie du financement du système de la santé.

Il reste également à se pencher sur la problématique de l'équité entre les systèmes de couverture maladie. D'un côté, au niveau de l'économie formelle, les employeurs contribueront aux cotisations des travailleurs et de leur famille, alors qu'au niveau de l'économie informelle les ménages seront confrontés seuls aux cotisations alors qu'ils ne disposent pas pour la plupart de revenus réguliers. Les modalités de collectes des contributions seront également toutes autres dans les deux secteurs de l'économie.

Il convient également d'envisager d'emblée quelles catégories de la population seront exclues de ces systèmes de couverture du fait de leur impossibilité à y contribuer d'une quelconque manière en raison de la faiblesse chronique de leurs revenus. Il s'agit des indigents et des personnes les plus vulnérables ne bénéficiant d'aucun revenu ou d'aucun soutien. Les DSCRPs ont bien pris en compte les préoccupations de protection sociale envers ces seules catégories de personnes confondant dans les priorités système d'assistance sociale avec système de protection sociale. De ce fait, 90 % de la population de la RDC sont laissés pour compte et aucun système de protection sociale en matière de santé n'est envisagé pour eux dans les DSCRPs. Il est à craindre que cette manière d'envisager la protection sociale en RDC fera que les bénéficiaires de l'assistance sociale rebasculeront ainsi dans la précarité sociale en matière de santé dès que les aides extérieures leur permettront de sortir de la précarité sociale en matière de revenu... La protection sociale doit inévitablement être envisagée de manière globale pour toute la population. En effet, chaque catégorie de la population est interdépendante et évolue d'une catégorie à l'autre en fonction des circonstances de la vie qui les fait basculer d'un système de protection sociale à l'autre. A condition, bien entendu, que des systèmes de protection sociale adaptés à chaque catégorie existent et les prennent en compte.

Toutes les considérations développées ci-dessus amènent à conclure que l'organisation d'une réflexion approfondie sur l'intégration de la couverture maladie dans le cadre du renforcement des structures de santé et de la problématique de leur financement en RDC est opportune et devrait être envisagé dans les meilleurs délais. Cela pourrait se faire sous la forme d'une TABLE RONDE sur la couverture maladie, sa contribution au financement de la santé et la nature de la couverture sociale en matière de soins de santé en RDC. Celle-ci pourrait être organisée à l'initiative du Gouvernement avec l'appui et la participation des partenaires. Les résultats de cette table ronde aideraient le Gouvernement à définir sa politique en matière de couverture de soins de santé. Cette politique, qui constituera le choix en matière de santé de la RDC, guidera ensuite les investissements, de l'Etat, des populations et des partenaires en les canalisant autour d'une vue claire de l'évolution du système de santé et de son financement. Les objectifs en seront définis et la chronologie de leur atteinte pourra se faire selon une stratégie arrêtée.