

医疗保健预算执行 从瓶颈到解决方案

玛丽昂·简·克罗斯 法蒂玛·埃尔·卡迪里·埃尔·亚曼尼 米歇尔·穆武迪·阿米娜·图·南纳



案例研究系列

刚果民主共和国



WORLD BANK GROUP



封面图片：

上方© Dusit/Adobe Stock 下方© 世界银行-Vincent Tremeau

卫生预算执行：从瓶颈到解决方案



案例研究系列

刚果民主共和国

玛丽安·简·克罗斯

高级健康专家，世界银行健康、营养与人口全球业务部，
新德里，印度

法蒂玛·埃尔卡迪里·埃尔亚马尼

世界银行总部位于金沙萨的民主刚果，负责健康、营养和
人口全球实践的资深卫生经济学家

米歇尔·穆武迪

世界银行金伯利，刚果民主共和国，高级卫生专家，卫生
、营养和人口全球实践

Aminata TOU Nana

刚果民主共和国顾问

摘要：

刚果民主共和国致力于在2030年前实现全民健康覆盖。由于该国卫生预算的执行和分配存在局限性，实现这一目标面临着挑战。这导致卫生支出主要由家庭和捐赠者资助，而非政府。政府卫生预算中唯一始终按照分配执行的部分是卫生工作者薪酬。其他支出类别的执行率波动且通常较低。预算的许多部分根本没有执行，而一些活动在没有纳入预算的情况下实施。卫生部内的预算执行受到内部和外部因素的共同影响。战略规划、预算编制和执行过程之间的不一致阻碍了有效的财务管理；成本估算不准确；过度依赖例外程序进行支出；以及特定预算条目的过度执行，从而损害了其他计划的活动的执行。外部挑战包括系统性地高估国家收入；预算执行过程的高度集中化；卫生工作者薪酬在预算分配中的主导地位；对预算管理规则的漠视；以及繁琐的采购和支出执行程序。

免责声明： 本文所表达的研究结果、解释和结论完全是作者的观点，不代表世界银行、其执行董事或他们所代表国家的观点。

通信详情：Marion Cros mcros@worldbank.org

卫生预算执行：从瓶颈到解决方案

© 世界复兴开发银行 / 世界银行，2025

1818 H街西北华盛顿特区DC 2
0433 电话：202-473-1000 互
联网：www.worldbank.org

这项工作是世界银行员工的产品，并得到了外部贡献。这项工作中表达的调查结果、解释和结论不一定反映世界银行、其执行董事会或他们所代表政府的观点。

世界银行不保证本作品中包含的数据的准确性、完整性或时效性，也不对信息中任何错误、遗漏或差异承担责任，或对使用或不使用所提出的信息、方法、程序或结论承担责任。本作品中任何地图上所示的国界、颜色、面值和其他信息均不表示世界银行对任何领土的法律地位或对相关国界的认可或接受。

本协议中任何内容均不构成对世界银行的特权和豁免权的限制或解释，也不视为对其特权和豁免权的放弃，所有这些特权和豁免权均予保留。

版权和许可

本作品中的材料受版权保护。由于世界银行鼓励传播其知识，只要给予本作品的完整署名，本作品即可为非商业目的进行全部或部分的复制。

关于权利和许可的任何疑问，包括附属权利，都应致函世界银行出版物、世界银行、美国华盛顿特区H街西北区1818号，邮编20433；传真：202-522-2625；电子邮件：pubrights@worldbank.org。

平面设计。

大卫·劳埃德设计 (DLD)。除非另有说明，本报告中使用的所有图像部分由Midjourney AI创建，并叠加了由DLD创建的图形。任何与真实个人的相似之处都是偶然的。



此交互式文档已针对竖屏使用的计算机和平板电脑进行了优化。

点击此方块返回目录页

节名

点击此部分返回章节开头

目录

致谢二

1. 健康筹资背景 01

2. 卫生预算执行 05

3. 医疗支出公共财务管理控制 10

4. 优秀实践和瓶颈 16

参考文献20

图列表

- 图1：刚果民主共和国卫生筹资来源，2016-21 02
图2：刚果民主共和国卫生部门资金流动 03
图3：2016-20年健康预算执行率 06
图4：按健康支出类型划分的执行情况，2016-20 07
图5：资金来源的资本支出执行情况，2016-20 08

表目录

- 表1：医疗部门支出控制 11
表2：新冠疫情期间支出控制的变更 15
表3：刚果民主共和国预算执行良好实践与瓶颈总结 17

致谢

这项研究是世界卫生组织（WHO）与世界银行为解决卫生部门预算执行问题而进行的更广泛分析合作的一部分。该研究的发现纳入了一份综合报告，该报告同时发布：[卫生预算执行：从瓶颈到解决方案](#)。

这项研究由刚果民主共和国（DRC）的世界银行团队撰写，包括玛丽昂·简·克罗斯（高级卫生专家）、法蒂玛·埃尔·卡迪里·埃尔·亚马尼（高级经济学家）、米歇尔·穆武迪（高级卫生专家）和阿明塔·图·南纳（顾问）。它遵循由海伦娜·巴鲁（世界卫生组织高级卫生金融专家）、莫里茨·皮亚蒂-芬克欣（世界银行高级经济学家）和安娜·西利姆（高级顾问）开发的研究案例方案。质量保证由哈密什·科奎恩（高级顾问）和莫里茨·皮亚蒂-芬克欣（高级经济学家）提供。技术编辑和沟通支持由扎克·米尔斯（高级顾问）、哈密什·科奎恩（高级顾问）、克雷门汀·穆尔（项目分析师）和亚历山德拉·米歇尔·比斯（高级顾问）提供。该研究得益于阿涅斯·库菲纳尔（全球健康融资项目负责人）和莫妮克·弗莱德（HNP实践经理）的管理监督。它得到了全球融资设施（GFF）慷慨的资金支持。

作者感谢世界银行将此报告作为一篇HNP讨论文件出版。



1.0

健康筹资环境

刚果民主共和国 (DRC) 致力于在 2030 年前实现全民健康覆盖 (UHC)。

这项目标需要确保所有人享有高质量医疗保健而无需经济困难。政府的该部门的战略目标是设定的在国家健康发展中计划¹2019–2022. 该计划得到了补充由2019年健康融资战略定义了改进的机制动员和有效利用医疗保健领域的资源。

支付是医疗机构收入的主要来源。从2016年到2021年，家庭支付和捐赠者拨款合计占同期总医疗支出的80%以上（见图1）。同期，政府融资占总医疗支出的10–16%。

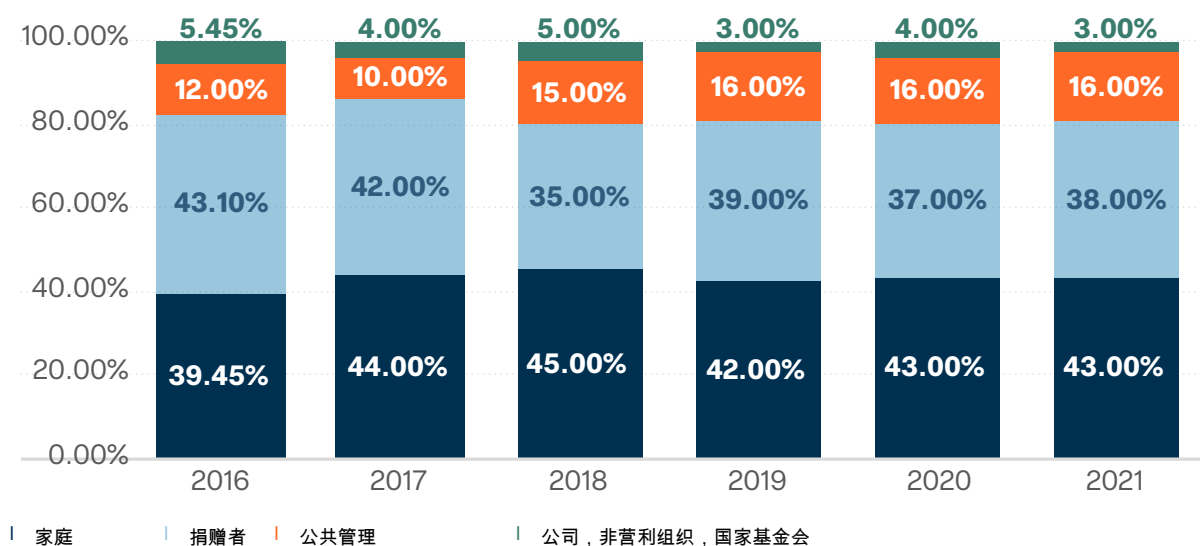
卫生总支出远低于实现全民健康覆盖所需估计的水平。

总医疗保健支出在19至22美元之间² 从2013年至2019年，并于2020年达到国内生产总值（GDP）的3.65%。这远低于国际研究估计的86美元人均水平和实现全民健康覆盖（UHC）所需的GDP的5%。³

医疗支出主要由家庭和捐赠者承担。 直接家庭

图 1

刚果民主共和国卫生筹资源，2016–21



来源：卫生部：2021年全国卫生总费用报告。

1 国家卫生发展计划 (PNDS). 2 刚果民主共和国政府. 2021. 2021年国家卫生账户报告 (2021年国家卫生账户).金沙萨:卫生部. 3 麦克唐纳和梅休斯(2014)引自世界银行(2021)《刚果民主共和国全民健康覆盖筹资改革:财政空间分析》. 注:2012年价格为86美元.

近年来卫生部门预算拨款有所增加，但主要归功于捐赠方的资源。总体而言，政府总预算分配中划拨给卫生部门的比例从2016年的6.6%上升到2021年的11%。然而，若仅考虑政府自有资源（即预算中不包括捐赠者拨款），同一时间段内的分配增长则较为温和（从6.6%增长到7.4%）。因此，公共卫生资源分配仍低于阿杜瓦布宣言15%目标的半数。资源动员的差距因预算执行不足而加剧：2019年，仅有57%的卫生预算被支出。

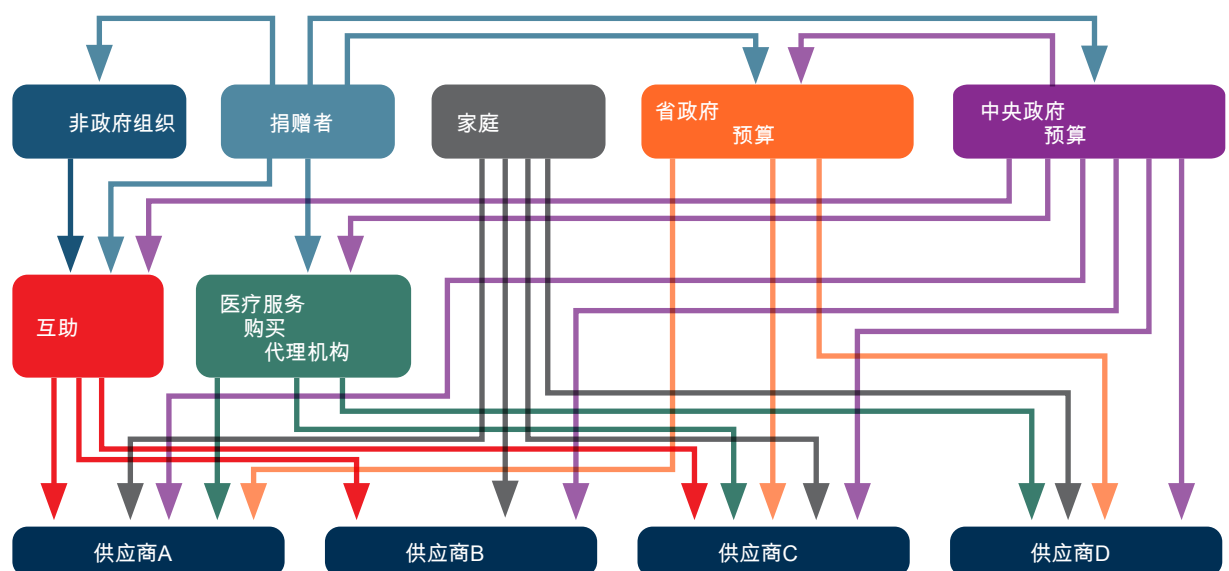
并且需自费支付诊疗、药品、检查和住院费用。捐赠资源通过发展项目（预算外）或通过中央和省级政府结构（预算内直接转账支付给中心医疗服务提供者）提供给提供者。⁴ 分配）。

政府资源通过多种机制转移，既以资金流的形式（主要是卫生工作者的报酬），也以实物形式（包括提供药品）进行。私营部门资源、非政府资源以及一小部分捐赠资源——合计约占卫生总支出的3%——被转移到公共社区保险计划（即互助保险计划），这些计划反过来从提供者处购买卫生服务。

资源流动是碎片化的（见图2）。住户在医院向服务提供商支付

图2

刚果民主共和国卫生部门资金流动



来源：卫生部：2021年全国卫生总费用报告。

4卫生单位（FOSA）。



公共卫生领域的公共管理理论上实行分权化，但在实践中仍然高度集中。理论上，医疗保健提供是各省的责任。实际上，该部门资源的配置几乎完全由中央政府控制。医护人员工资和其他经常性支出由中央政府代表各省支付。大量拨款包含在年度预算中，作为资本支出资源转移给各省。实际上，这些拨款的大部分并未下达（或当部分执行时，它们再次反映中央政府代表各省实施的资本支出）。

已建立机制将预算内捐赠者融资与具体服务交付结果挂钩，但在操作层面仍存在差距。2016年，政府建立了基于项目的预算，将卫生预算分配与战略卫生计划挂钩。通过这项报告，开展监测活动，以评估战略计划的实施情况。

框架。然而，预算执行流程尚未利用基于项目的结构，因此目前仅起报告作用。世界银行和欧盟也支持约3000家医疗机构购买卫生服务。公有企业就服务成本达成一致，签订供应商采购合同，并根据协商价格和绩效标准（例如接受特定预防性服务治疗的患者数量）进行支付。

正在进行讨论，以创建一个国家医疗保险计划。其具体实施方案仍不明确，尤其是是否会补贴非正规部门的最低收入人群。（在正规部门，互助保险涵盖警察、军队和教师等。）政府计划创建一个国家健康互助基金来购买医疗服务；然而，尚未进行任何制度或财务可行性研究，以探讨如何建立和管理该基金（例如，提供的医疗服务、覆盖的人群——包括免除最贫困非正规部门家庭的机制）。



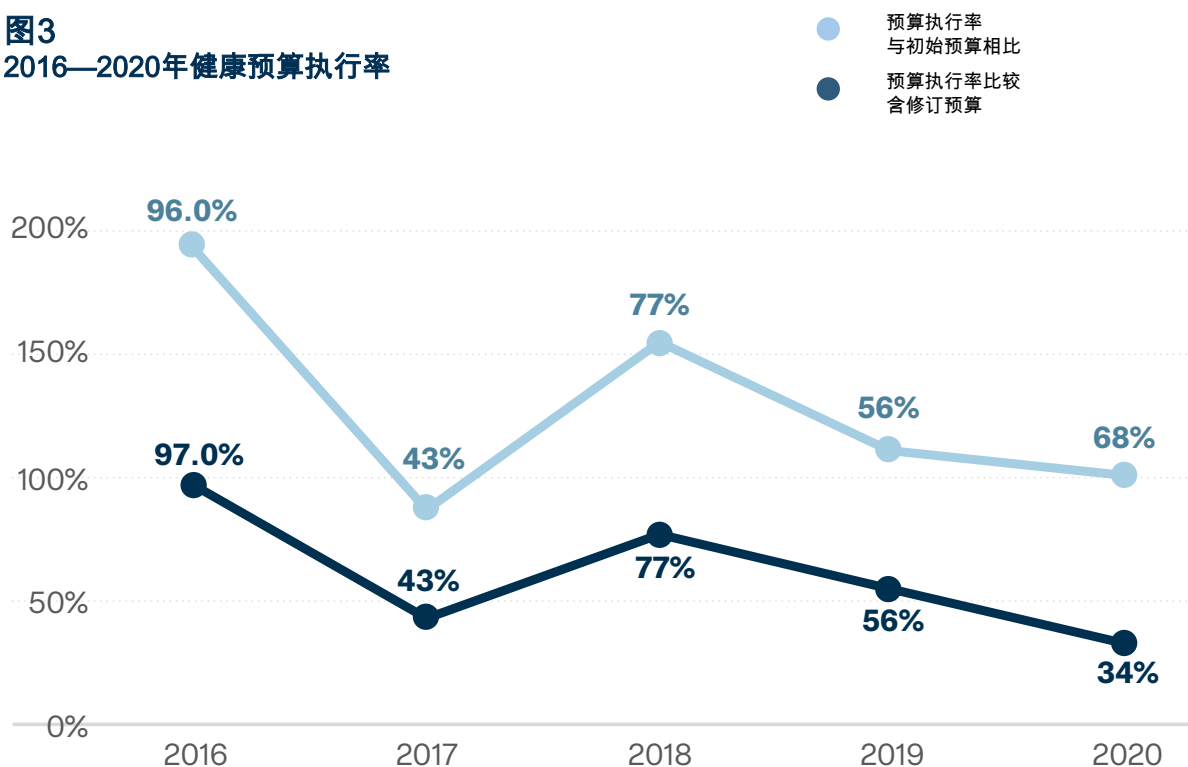
2.0

卫生预算执行

健康预算的整体执行率较为有限。 2016-20年间，平均卫生部门预算执行率为初始预算分配的47.6%。平均执行率为68%

与修订后的预算（见图3）相比，这一健康预算执行率要低得多，远低于政府整体支出，后者平均为80%。

图3
2016—2020年健康预算执行率



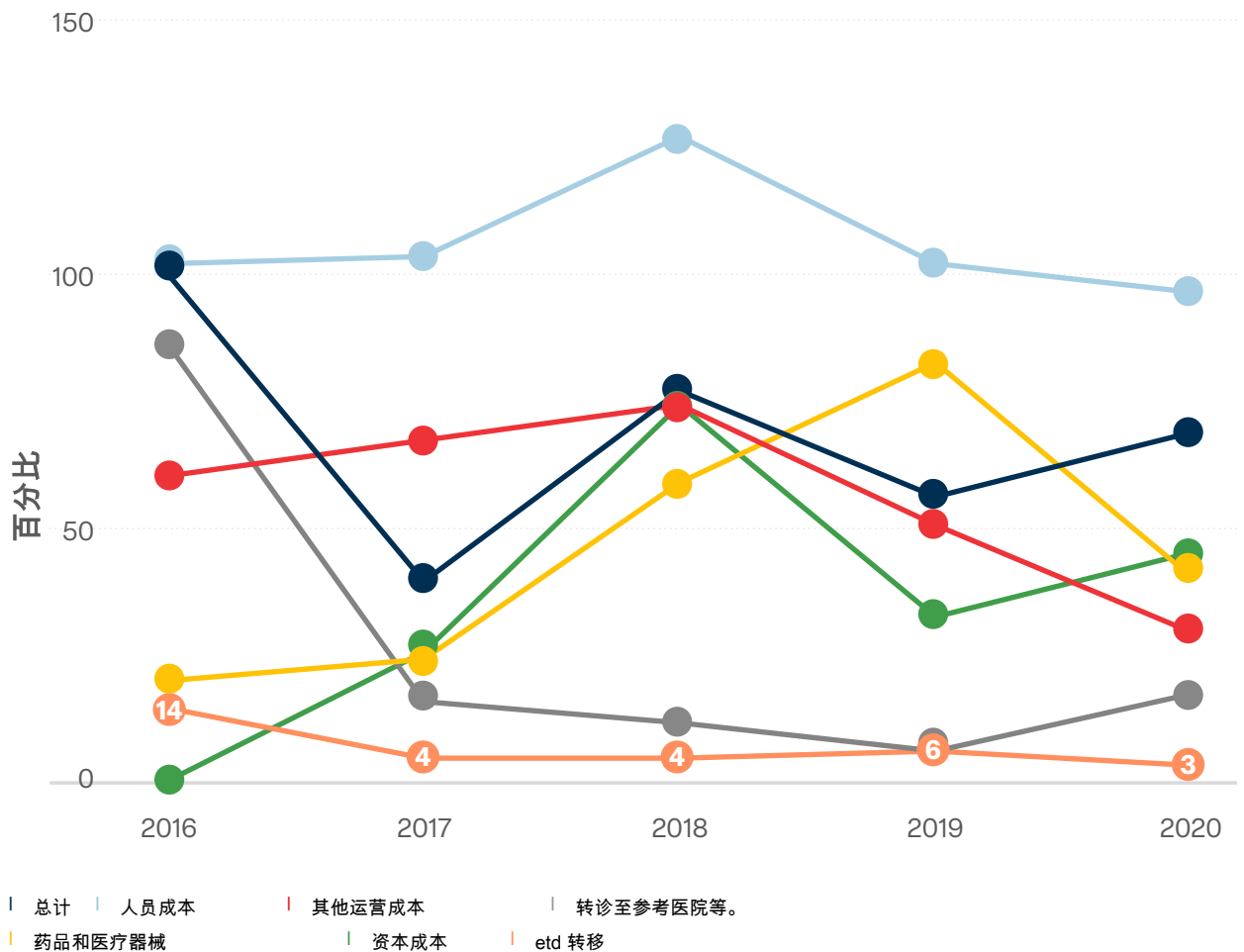
来源：世界银行2025年，基于预算政策和计划总局：2016-2020年预算监测声明和2016-2020年预算执行法。

执行率因预算类别和年份而异。 卫生工作者报酬的平均执行率为103%。其他支出类别的执行率下降且差异显著（见图4）。值得注意的是，向省份的拨款执行率（始终低于5%）和医院的执行率

（始终低于20%）是资金最少的。其他运营支出的执行率差异很大，在2020年降至仅30%。排除卫生工作者支付的整体卫生预算执行率平均为48%（相对于修订后的预算分配）。

图4

按健康支出类型划分的执行情况，2016-20



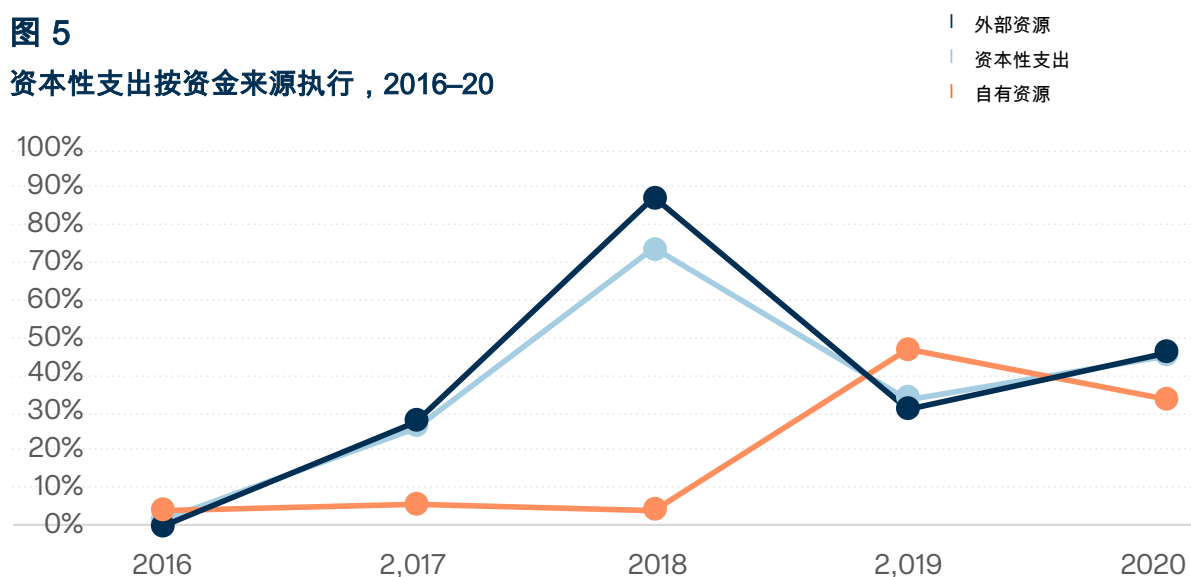
当考虑到更细分的预算类别时，执行率的变化更为极端。例如，2019年，卫生部50多个部门及项目中，只有六个实现了运行经费的预算执行。然而，卫生部长办公室却超额执行预算205%。同年，医院运行经费的拨款无一医院执行。

资本支出执行不力，若区分内源性和外源性融资则存在进一步变化。

内部融资资本支出的平均执行率仅为19%，而外部融资资本支出的执行率略高，为38%。2016年至2018年，国内资本支出接近于零执行，2019年和2020年执行率有所 modestly 改善（见图5）。

图 5

资本性支出按资金来源执行，2016–20



来源：世界银行2025年，基于预算政策和计划总局：2016-2020年预算监测声明和2016-2020年预算执行法。

预算控制很大程度上被绕过。许多

实际支出的领域是那些未包含在获批预算中的活动，而实际上计划的大部分活动并没有被执行。例如，2019年，尽管没有为这项活动分配任何预算，但仍花费了630万美元用于购买疫苗和输血用品。此外，并未进行任何回顾性调整，以在修订预算中说明这笔支出。

政府卫生预算的大部分是外部融资，这给执行带来了挑战。 捐赠资金以一种非穷尽且有时不一致的方式被纳入卫生预算中。外部资金执行效率低下是由于实际执行资源存在挑战，同时鉴于大部分资源是在政府系统之外执行的，还在于难以获取执行数据。捐赠方执行情况各异，且往往与政府自身的流程不同。捐赠流程可能行政负担重，并超出可用

卫生部内部管理能力不足，导致延误和执行不足。

导致卫生部门预算执行不力的外部根源包括：

■ 预算收入高估。

预算中的收入预测是基于政治考虑，而非基于现实的经济发展和社会假设，或历史资源动员绩效。它们往往系统性地被高估，导致执行率低下。

■ **高度集中的预算执行流程。** 整个预算执行过程的所有阶段仍然由预算部和财政部管理。卫生部没有执行其自身预算的授权。这项改革已立法但尚未实施。

■ **卫生工作者薪酬在预算分配中的主导地位。** 卫生工作者报酬在预算执行过程中被优先支付。这些报酬占卫生总预算支出的60%，不包括捐赠资源，占国内融资的比例甚至更高。在执行过程中对这些报酬的优先支付降低了执行其他类别支出的能力。

为响应请求，对预算分配进行与战略优先级相一致的调整。但预算分配往往倾向于基于上一年的分配情况，对先前的执行绩效或变化的优先级考虑有限。

■ **无视预算管理规则。**

一些政府机构系统性地超支预算拨款。这减少了执行卫生预算可用的资源。

■ **预算可信度。** 特定活动的成本估算不准确，导致执行时可用资源与所需资源存在差异，从而产生挑战。

■ **繁琐的采购和支出程序。** 执行预算项目的过程非常繁琐耗时，导致采购流程延误严重。大部分支出都是绕过这些控制执行的，这加剧了执行构成和质量的其他挑战。

■ **非标准预算执行**

程序。 鉴于通过标准预算程序执行支出的挑战，大多数健康支出是通过绕过这些控制来执行的。然而，缺乏控制意味着这种支出通常与计划中的优先事项不一致，并且通过消耗该部门可用的总体资源，进一步降低了执行原来计划活动的可能性。

导致卫生部门预算执行不善的、卫生部的内部原因包括：

■ **超出运营预算的执行会排挤其他单位的运营开支。** 运行费用预算拨款系统性地超支，导致该部内大多数其他部门无法获得其运营预算。

■ **预算中优先级的编程不足。** 健康规划周期与预算日历之间的不匹配是主要因素。战略健康计划没有按时输入预算准备过程，并且（鉴于项目预算改革未实施）其资金估算未能完全融入政府预算的实际格式。这个问题因缺乏考虑而加剧。

■ **狭窄健康预算执行**

过程。 一个狭窄的群体监督资源执行过程，其他卫生部门利益相关者几乎没有参与。预算分配和资源执行过程没有很好地传达给受影响的部门。卫生部门利益相关者在卫生部门预算的执行中参与程度很低。



3.0

公共卫生支出的公共财
政管理控制

医疗支出受到事前和事后控制。 在总体层面，事前控制由政府执行，包括预算控制局（预算部）、支付授权与国库局（财政部）和中央银行。这些控制旨在确保支出的合法性、合规性、规范性和及时性。事后控制由财务总监审计司、审计法院和议会执行。它发生在之后

支出已经执行，旨在确保支出真实、合法且一致。

具体控制措施因不同的健康支出类型而异。 表1描述了每一类医疗支出的主要控制措施，并讨论了它们在实践中是否充足。它还以2020年预算为例，展示了每一类支出的比例以及该年的交易执行数量。

表1：卫生部门支出控制

控制类型	总花费 (2020, %)	控制描述	控制充分性
工资和薪水	69.6%	- 人员监测在按季度工资报告卫生部（MoH）。 - 合规性验证工资部门数据库与公务员体系相同。 (12笔交易涉及)	此控件的目标是要识别虚构的劳动力人员整合遗漏，并与调整薪资水平with成绩变化。控制不足。然而。 目标不能在给定的情况下可以实现界面之间缺乏公务员和预算软件。它不允许实时评估。

...表格续下一页

表1：卫生部门支出控制

控制类型	总花费 (2020, %)	控制描述	控制充分性
批量购买 药物 和医疗 物资	0.8%	■ 采购等级控制: 规格验证, 供应商 认证, 国际 订购, 以及配送。 ■ 支出承诺控制。 ■ 服务验证。 ■ 拨款控制 承诺前确保可用性, 实际支付金额的控制 必需的, 付款控制 授权级别, 并检查 支付现金可用性。 (涉及3笔交易)	这个过程涉及 相当数量 检查, 这延长了 时间并且可能导致 必需药品延迟 为患者提供。
医疗机构 采购 of drug and 医疗 物资	0.2%	在医疗卫生机构层面, 监督检查 在以下进行: ■ 监测健康区域级别 符合数量 订购产品的类型。 ■ 省级 division 级检查 下单前的成本。 在疏于监管后, 医院继续进行 与订单和付款。	药品采购 健康控制 设施级别是轻的。 设施是必需的 从获得物资 已批准供应商在 它们的地理区域。 然而, 更轻的控制 不保证 药物可用性 作为批准的 供应商受 国家级 程序。

...表格下一页

表1：卫生部门支出控制

控制类型	总花费 (2020, %)	控制描述	控制充分性
非工资运行成本(其他比散装获取-ment)	2.6%	控制级别依赖于支出执行程序。 对于特例流程：检查存在预算线以及输入一个金额用于后续-实现调整。对于常规公共支出程序存在多个控制级别，即： ■ 拨款副管理人疏忽：核实采购流程合规性，拨款可用性，所有支持的存在文件，以及支出真实性。 ■ 预算控制级别：审查所有控件已执行附加之前的管理员一个批准的印章。 ■ 财政部的预算审查所有由子管理员控制和预算控制者之前进行支出。 ■ 在结算层面，相同执行检查之前文件已转发用于付款授权。 ■ 最后，对于支付授权并且实际支付，相同的控件被重复。此外，付款受其他因素影响控制，例如现金可用性和优先考虑所述支出。 (48笔交易涉及)	多重性起控制作用的那些部分在正常程序中与...不匹配改进的目标医疗保健支出级别和确保医疗设施工作正常。相反地，大量交易成为激励用于紧急程序导致显著预算外支出。

...表格下一页

表1：卫生部门支出控制

控制类型	总花费 (2020, %)	控制描述	控制充分性
资本支出	26.7%	资本性支出控制取决于资金来源以及支出的性质。对于由...资助的支出内部资源，国家采购规则被应用不同级别的控制，例如： ■ 采购程序监督由卫生部财政部长。 ■ 支出程序本身与重复各种承诺阶段验证，支付授权，和支付。 关于外部融资，申请采购程序“不反对”涉及一个额外的控制级别这可能导致长时间的延迟执行。 (涉及13笔交易)	笨重的采购涉及过程不同层级of control and多次干预不同演员的ministries makes it难以实现高效执行。

来源：世界银行2025年，基于与卫生部和预算部利益相关者讨论以及计算机化支出链系统数据。

付款拖欠金额很大但未被监控。

截至2021年1月，卫生部2020年预算的拖欠款项估计为1.81亿美元。预算管理规则和程序规定，财政年度末记录的支付拖欠款项应在下一年度优先拨付。这种情况并不总是发生，许多承诺似乎永远无法得到支付。目前，卫生部缺乏监督，卫生部与财政部之间没有联合机制来监控未完成的

支出并避免积累支付拖欠。

政府对供应商的延误付款和不完全付款反映在更高的价格和获取及时采购的挑战上。 供应商将未得到付款的风险和收到的延迟付款的成本纳入其价格中。与卫生部官员的讨论表明，与私营部门类似服务相比，保险费可能高达50-70%。当存在相当大的

应付未付款库存，尤其是药品，政府会等其清偿后才下达新订单，因为该领域由相同的行为者主导。这会
影响药品和医疗设备的可用性。

涉及简化采购程序，特别是某些支出类别。在管理与疫情相关的支出方面存在挑战，包括使用不受监管的紧急程序发放新冠疫情应对资金，商品和服务过度计费的情况，未经授权人员参与资金处理，以及这些人员未能充分说明费用（见表2）。

为新冠采取的加速程序意图良好，但充满挑战。政府加速了一些支出，以支持对COVID-19的紧急应对和遏制其传播。加速程序

表2：新冠疫情期间支出控制变化

支出	每个控制权变更控制类型	控制权变更周期
工资和薪金	无变化且薪资受控	无变化
批量购买药物和医疗用品	流程已简化 使用直接进行购买 招标程序	时间线未变更 对于此类程序
购买药物和医疗用品来自医疗卫生设施	无变化	无变化
非工资运营成本（不包括大宗采购）	某些采购支出 在不要求预算的情况下制作 控制器事先批准	控制周期变为 零日
资本性支出	部分固定资产完成 采购控制的使用或 流程	周转时间 减少两个月
转移到不同政府层级 当使用资源时 为健康融资 支出	直接提供的资源 给省长的 指定支出类型 需要融资的或需要 融资	单次传输完成 与周相比 通常三个月
购买支付机构对医疗机构 为他们服务	控制无变化	支付延迟 因为长度增加了 旅行限制导致 控制器延迟

来源：世界银行2025年。

4.0

良好实践与瓶颈

在该案例研究分析期间，卫生预算的执行一直存在很大问题。尽管卫生工作者报酬执行情况良好（尽管经常超额执行），但在所有其他支出领域，执行率波动要大得多。预算中计划支出与实际支出之间往往联系有限。

政府为改善预算执行过程付出了巨大努力，现在一些基础已经奠定。然而，瓶颈，包括这些良好实践的执行中的瓶颈，仍然是该系统的主要特征。这些瓶颈和良好实践列于表3。

表3：刚果民主共和国预算执行良好做法和瓶颈总结

问题	说明
良好实践	
系 管理和财务有 已在内 卫生部，以便 卫生部将采取 在责任增加时 为其执行 预算。	由中央管理健康预算 预算部和财政部 增加执行挑战，并使其更加困难 确保实际支出基于该部门自身 优先事项。2011年公共财政改革要求这样做 管理权下放至行业层面。 尽管这项改革尚未实施，但 卫生部，与卫生部合作 预算和财政部，已经取得了进展 建立并运作必要的单位 管理卫生部门预算。
一个三方健康-预算- 财务委员会一直在 成立用以监控预算 执行。	在卫生部的过渡期间 负责执行其自身预算，一个 部际委员会已成立以促 共同负责健康预算的主要参与者 执行。该委员会定期分析 与预测相关的执行情况，如果 必要的，提议并监督采取紧急行动 改进。这个委员会仍需完全 运行中的。
项目预算有 被介绍以改善 配置效率 将资源指向已定义 优先级。	卫生部已日益准备预算 分配和报告的预算执行情况使用 基于程序格式，因为这项改革被包含在 2011年公共财政法。尽管执行程序 不要 yet 利用此格式，报告确实增加 执行挑战如何关联的透明度 部门优先事项。
...表格续下一页	

**表3：预算执行良好实践概述
刚果民主共和国的瓶颈和障碍**

问题	说明
瓶颈（中央政府级别）	
不切实际的收入预测	收入预测系统地被高估了政治原因。这导致既未充分执行预算导致可用性不一致 鉴于差距之大，资源被优先分配在计划和实际可用融资之间。
高度集权的预算执行过程	卫生部门的预算执行流程是几乎完全由财政部和预算。2010年公共财政法规定了程序要实现这一点，需要将其下放到由卫生部控制国家卫生健康委员会，但这项改革尚未实施。这种集中化使得医疗部门更难为确保预算分配及其年度执行尽可能紧密地与其战略重点联系起来。它也降低该部门对其自身履约的责任战略目标。
预算不尊重管理规则	某些机构和部门系统地过度执行他们的预算分配，避免合适的控制。这使得其他机构执行其自身预算。
公共采购体系低效	一个公共采购系统分析被执行在2018-2022在世行支持下突出系统中的低效问题需要解决。这些操作是必要的以减少采购延迟并且应当考虑到具体特征在卫生部门方面。
笨重且分散支出链	对支出有过度控制与交易规模不成比例地应用。在实践中，大多数健康支出仅仅是避免去了通过这些控件。有这些控件会更有效果。一套简化控制系统，负担较小且因此更规律地被使用。

...表格续下一页

**表3：预算执行良好实践概述
刚果民主共和国的瓶颈和障碍**

问题	说明
瓶颈（卫生部级别）	
缺乏集成战略规划之间过程 and 实际预算分配	行业规划流程不直接输入预算准备练习。年内流程决定实际执行也仅有限或完全不参考战略长期规划过程中制定的优先事项。
成本弱估计	许多成本现已估算得很好，导致不准确预算分配及其随之而来的挑战执行。
不透明或不包含健康预算编制执行过程	预算编制也存在缺乏透明度从实施的角度来看的过程部门和机构，以及有限的关于分配金额和如何的沟通结构应及时提交支出申请以准确的方式。
频繁诉诸紧急执行流程	卫生部门内的大多数支出都绕过了普通控制。此类支出通常不一致具有编程优先级，并执行计划活动更加困难。
非系统性追踪外部融资输入	政府卫生部门的大部分预算基于外部融资的假设金额。大部分这部分外部融资不利用政府行刑流程使其难以报道执行时间耗时且存在问题。在哪里数据无法收集，执行率显示为0即使资金可能已经拨付。这扭曲了整体汇报卫生预算执行情况。

参考文献

刚果民主共和国政府。2019年。2019-2022年国家发展计划。金沙萨：卫生部。 https://p4h.world/app/uploads/2024/07/RDC_PNDS_2022.x80726.pdf

刚果民主共和国政府。2021。2021年国家卫生总费用报告 (2021年国家卫生总费用)。金沙萨：卫生部。 <https://p4h.world/app/uploads/2024/05/CNS-RD-Congo-Synthese-de-Reponses-Financement-Sante.x80726.pdf>

刚果民主共和国政府。预算政策与规划总局：2016-2021年预算监测报告。（预算政策与规划总局：2016-2020年预算监测报告）。金沙萨：预算部。

刚果民主共和国政府。预算政策和规划总局：财政法案2016-2021年和修订财政法案2016-2021年（总局预算政策和规划：财政法案2016-2021年及修订财政法案2016-2021年）。金沙萨：预算部。

世界银行。2021。刚果民主共和国全民健康覆盖筹资改革：财政空间分析。华盛顿特区。

