



« EXPÉRIENCE-PAYS EN MATIÈRE D'AUGMENTATION DE L'AUTONOMIE DES ÉTABLISSEMENTS »

*MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT DIRECT DES PRESTATAIRES
EN OUGANDA*

RICHARD KABAGAMBE TUREEBE

Commissaire adjoint au budget et aux finances

Ministère de la Santé - Ouganda



VUE D'ENSEMBLE DE LA PRÉSENTATION

- Contexte de décentralisation des services de santé
- Bref aperçu des réformes de la GFP en Ouganda
- Formule d'allocation des SSP
- Pourquoi la réforme du FDE a-t-elle été introduite ?
- Mécanismes de gestion financière des établissements de santé
- Réalisations de la réforme du FDE
- Financement basé sur les résultats (FBR)
- **MESSAGES CLÉS À RETENIR**





CONTEXTE DE LA DÉCENTRALISATION EN OUGANDA

La décentralisation en Ouganda a été adoptée en 1990 et ses principaux objectifs étaient les suivants :

- Le transfert du **pouvoir politique central** aux **administrations locales**
- Exercer un **contrôle politique et administratif** sur les services au moment où ils sont effectivement fournis
- Améliorer **l'obligation de rendre compte et la responsabilité**
- Améliorer la **capacité des autorités locales** de planification, de financement et de gestion de la prestation des services offerte aux citoyens.

En Ouganda, les services de soins de santé sont décentralisés et la structure hiérarchique ascendante va du niveau de village ou de la communauté au niveau national. La prestation des services se fait à la base, tandis que l'administration centrale fournit une supervision de soutien et l'orientation stratégique.



BREF APERÇU DES RÉFORMES DE LA GFP EN OUGANDA

- Le gouvernement ougandais a mis en œuvre des réformes de la gestion des finances publiques (GFP) pour rationaliser les pratiques gouvernementales et soutenir le programme de décentralisation
- Ces réformes visaient à améliorer l'allocation des ressources, l'adéquation, l'équité et le contrôle global, la détermination des priorités, l'obligation de rendre compte et l'efficacité
- Le renforcement des transferts financiers intergouvernementaux (par exemple, la décentralisation du système de paie et la rationalisation des critères d'attribution des subventions aux administrations locales)
- Certaines de ces réformes comprennent le SIGF, le CUT (compte unique du Trésor), le SBP (système du budget-programme), le système intégré de paie et de personnel (SIPP), la rémunération à la performance, le financement basé sur les résultats (FBR), le FDE, etc.



FORMULE D'ALLOCATION DES RESSOURCES DE SUBVENTION AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

S'applique aux subventions conditionnelles, à savoir le salaire, les dépenses ordinaires non salariales, le développement et le FBR

Les allocations aux établissements des administrations locales reposent sur des formules d'allocation avec les variables suivantes :

- Population – 60 %
- Taux de mortalité infantile – 10 %
- Taux numérique de pauvreté – 20 %
- Population dans les zones difficiles d'accès – 10 %

Le processus budgétaire est ascendant, des établissements aux administrations locales, puis au ministère des Finances, de la Planification et du Développement économique (MdFPDE) et au Parlement. Le ministère de la Santé (MdS) fournit annuellement des directives et des chiffres indicatifs de planification (CIP).



POURQUOI LA RÉFORME DU FDE A-T-ELLE ÉTÉ INTRODUITE ?

La réforme a été menée par le MdFPDE avec le soutien du MdS et d'autres ministères dépensiers. La réforme visait à relever les défis auxquels sont confrontés les établissements de santé, à savoir :

- **Des retards importants** dans de nombreuses administrations locales, de **2 mois** en moyenne **après le début de l'exercice budgétaire** et des retards intermittents en cours d'exercice avant que les établissements ne reçoivent les fonds de fonctionnement.
- **L'appropriation limitée** des activités par les établissements de santé, car toutes les décisions financières étaient contrôlées par l'administration locale concernée
- **La mauvaise prestation de services** aux communautés



MÉCANISMES DE GESTION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- L'établissement prépare un plan et un budget annuels avec des coûts convenus dans le cadre d'allocations prédéterminées, qui sont inclus dans le budget des administrations locales (**processus ascendant de planification et de budgétisation**).
- Chaque trimestre, le MdFPDE verse directement des fonds à chaque établissement de santé (ES) sur son/ses compte(s) bancaire(s), comme conseillé par le MdS.
- Le(s) compte(s) bancaire(s) des établissements est/sont géré(s) par le responsable de l'établissement et le Comité de gestion de l'unité sanitaire (CGUS).
- Les fonds reçus doivent être dépensés par l'établissement conformément aux directives émises par le MdS.
- L'obligation de rendre compte se fait chaque trimestre.
- Les rapports financiers et physiques trimestriels des établissements de santé sont suivis au moyen des rapports de performance des administrations locales.
- Les examens d'audit interne sont effectués par le service d'audit interne des administrations locales respectives
- Le Bureau de l'Auditeur général effectue des audits annuels pour assurer le respect du principe de l'obligation de rendre compte.
- Tous les fonds non dépensés doivent être restitués au MdFPDE à la fin de l'exercice.



RÉALISATIONS DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

- Le financement direct des établissements a transformé la façon dont les établissements de santé reçoivent, gèrent et comptabilisent les fonds nécessaires à la prestation des services de santé.
- Les établissements de santé fonctionnent de manière plus **équitable** et plus **efficace**, **améliorent l'obligation de rendre compte et créent un environnement** dans lequel ils sont plus susceptibles de répondre aux incitations financières, par exemple, au FBR.

Note : *Le FDE ne doit pas être considéré comme un programme ou un projet, mais plutôt comme un ensemble d'attributs et d'actions qui peuvent contribuer au renforcement des systèmes nationaux de santé et au soutien des progrès vers la mise en place de la couverture sanitaire universelle (CSU).*



VUE D'ENSEMBLE DU FINANCEMENT BASÉ SUR LES RÉSULTATS (FBR) EN OUGANDA

- Le Projet d'amélioration des services reproductifs et maternels et infantiles en Ouganda (URMCHIP), de juillet 2017 à juin 2021, a été soutenu par : le prêt de la Banque mondiale, le Mécanisme de financement mondial et les subventions de l'ASDI (agence suédoise de coopération internationale au développement) dans quelques ES.
- Les projets de FBR mis en œuvre en Ouganda, ont fourni plusieurs leçons qui ont guidé l'élaboration du cadre national du FBR et du manuel de mise en œuvre.
- Il a été démontré que le FBR peut être mis en œuvre dans des établissements aussi bien publics que privés.
- À l'heure actuelle, le FBR a été intégré dans les SSP dans 80 % des établissements.



L'IMPACT DU FBR SUR LES SSP ET SES CATALYSEURS



Augmentation du volume de clients (ou patients)



Amélioration de la qualité des services



Disponibilité accrue des médicaments essentiels, de l'équipement et des fournitures de santé



Remise en état des infrastructures



Un personnel de santé revigoré



Des orientations plus régulières et plus rapides



Amélioration du reporting et de la gestion des données



Renforcement de la planification et de la gestion financières

« J'ai vu que l'infrastructure a été renforcée et que les bâtiments des établissements de santé ont été renouvés. Tout cela grâce aux fonds provenant du FBR »



« Les responsables des établissements de santé ont appris et comprennent maintenant comment planifier et comptabiliser l'argent. Auparavant, cette capacité était faible. »



CONSÉQUENCES NÉGATIVES DU FBR

- Falsification de données probantes ou manipulation de données pour recevoir davantage de fonds
- Demande de services induites par les prestataires qui sont rémunérés
- Les services qui ne sont pas récompensés sont négligés
- Moins de temps est consacré aux patients ou ces derniers sont délégués à du personnel non qualifié en raison de l'augmentation de la charge de travail
- Orientation irrationnelle de patients coûteux pour minimiser les dépenses



MESSAGES CLÉS À RETENIR DE LA MISE EN ŒUVRE DU FDE ET DU FBR EN OUGANDA

- Le FDE fournit des ressources souples, petites mais essentielles, qui soutiennent des ensembles (paniers) intégrés de soins de santé
- Le FDE a également contribué au renforcement du système de santé par rapport à des contraintes opérationnelles à long terme (déficits de compétences, rigidités, etc.)
- Le FBR a fortement augmenté les recettes discrétionnaires et l'autonomie des ES
- Les établissements consacrent la majeure partie de leurs recettes du FBR aux incitations du personnel, aux médicaments et aux fournitures, ainsi qu'aux infrastructures, qui sont indispensables dans le domaine de la santé