



# DIALOGUE DE CABRI SUR LES POLITIQUES

**LA GFP comme catalyseur  
d'une plus grande autonomie  
des établissements de santé**

**27 au 29 août 2024**

DOCUMENT DE TRAVAIL

**CABRI** 

SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

## Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Antoine Lacroix (consultant indépendant) et Danielle Serebro (Responsable de programme à CABRI). Joana Bento (Cheffe par intérim de la Division « Finances Publiques » à CABRI) et Giselle Hadley (Responsable de programme à CABRI) ont fourni de précieux commentaires. Le soutien à la publication a été fourni par Priya Beegun (Responsable du marketing et de la communication à CABRI). Nous sommes reconnaissants à la Banque africaine de développement pour le soutien financier qu'elle a apporté à cette recherche et à cet événement.



## Table des matières

Sigles	4
Glossaire	5
<b>Introduction</b>	<b>8</b>
1 Intersection de la GFP et des fonctions de financement de la santé : levée des recettes, mutualisation et achat	11
2 Mode d'acheminement des fonds vers les établissements	12
3 Exigences communes en matière de GFP pour permettre aux établissements de recevoir directement des fonds	13
4 Catégories de coûts pour lesquelles les établissements bénéficient d'une autonomie financière	14
5 Encourager l'efficacité des prestataires et permettre une flexibilité en cours d'exercice grâce à des paiements basés sur les extrants et à des contrôles de dépenses	16
6 Accroître la flexibilité d'exécution tout en atténuant le risque fiduciaire dans le cadre des contrôles basés sur les intrants	19
7 Gouvernance des données et GFP numérique en vue d'améliorer la budgétisation et le reporting des établissements	20
8 Gestion financière des établissements : la réussite ou l'échec des réformes du financement des établissements	22
Références	24

## Sigles

CUT	Compte unique du Trésor
FAR	Financement axé sur les résultats (ou Financement basé sur les résultats : FBR)
FDE	Financement direct des établissements
GFP	Gestion des finances publiques
MPP	Mécanisme de paiement des prestataires
PRFI	Pays à revenu faible ou (et) intermédiaire
RaA	Rémunération à l'acte (ou paiement à l'acte : PaA)
SIGF	Système d'information de (la) gestion financière
SSP	Soins de santé primaires

## Glossaire

Terme	Définition
Achats stratégiques	Achats qui lient l'allocation des fonds à la performance des prestataires de soins de santé et aux besoins sanitaires de la population.
Acheteur santé	Une entité qui transfère des ressources en soins de santé à des prestataires pour payer des services de santé.
Autonomie financière	Le degré de contrôle qu'une unité de dépense exerce sur la mobilisation, l'affectation et l'utilisation des ressources.
Autonomie opérationnelle	Contrôle exercé par l'établissement sur la gestion financière, l'administration, les achats (ou la passation des marchés), les ressources humaines et la gestion stratégique.
Budget général	L'enveloppe fixe accordée à un prestataire de soins de santé pour couvrir un ensemble spécifié de services au cours d'une période donnée. Ce budget peut se fonder sur les ressources utilisées, soit sur les services fournis, soit sur les deux. Les prestataires ont généralement la possibilité de décider comment répartir ces fonds entre les différentes dépenses.
Budget par poste (ou par ligne) basé sur les intrants	Il s'agit de la structure budgétaire dans laquelle sont inscrites les ressources qui sont allouées à un niveau détaillé d'intrants.
Budget-programme	Une structure d'organisation budgétaire regroupant les programmes ayant des objectifs similaires et liant le financement plus étroitement aux résultats qu'aux intrants.
Centre de coûts	Désigne une unité ou une fonction administrative qui utilise des fonds publics et qui est identifiée dans l'information financière à des fins comptables par un code spécifique.
Classification économique	Structure le budget en fonction du type de dépenses engagées, par exemple les salaires, les biens et services ou le capital (ou immobilisations). Elle est généralement associée à un budget par poste basé sur les intrants.
Comptable	Personne chargée de la comptabilité des services pour lesquels des fonds ont été affectés.
Compte unique du Trésor	Une structure unifiée des comptes bancaires de l'État qui offre une perspective consolidée de sa situation de trésorerie.
Contrôle des dépenses	Processus d'application de la loi de finances approuvée par les assemblées législatives en veillant à ce que les deniers publics soient dépensés comme prévu, dans les limites autorisées et conformément aux règles de gestion des finances publiques.
Dépenses en capital	Coûts associés à l'achat d'un bien tel qu'un terrain, de l'équipement ou un bâtiment.
Dépenses ordinaires (ou courantes, ou récurrentes, ou renouvelables ou	Tous les coûts permanents ou répétés, généralement associés aux biens, aux services, aux salaires, aux traitements et à l'entretien de base.

de fonctionnement)	
Établissement de santé	Les lieux qui offrent des soins de santé, y compris les hôpitaux, les cliniques et les centres de soins ambulatoires.
Établissement de soins de santé primaires	Il s'agit généralement d'une clinique ou d'un centre de soins communautaires offrant des services essentiels tels que l'immunisation, la planification familiale, les soins prénatals et le traitement des maladies courantes. Les centres de SSP peuvent également offrir des soins d'urgence, un service d'urgence et un service de court séjour.
Financement direct des établissements	Des ressources financières, qui sont au moins en partie financées par les recettes publiques, et versées directement aux prestataires, souvent en les déposant sur leur(s) compte(s) bancaire(s).
Gestion des finances publiques (GFP)	Désigne l'ensemble des règles, des processus et des procédures conçus pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de politiques budgétaires, avec pour objectifs finaux de maintenir une position budgétaire viable, d'assurer l'allocation efficace des ressources et de fournir des biens et des services publics de manière efficiente.
Mécanisme de paiement des prestataires basé sur les intrants	Le paiement d'un montant fixe à un prestataire de soins de santé pour couvrir des coûts d'intrants (ou entrées/ressources/moyens) spécifiques (tels que le personnel, les services d'utilité publique, les médicaments et les fournitures) pendant une certaine période.
Mécanisme de paiement des prestataires basé sur les extrants	Le paiement à un prestataire de soins de santé en fonction des extrants (ou sorties/produits/résultats) fournis au cours d'une période donnée. Les extrants qui constituent la base des remboursements peuvent être les services de santé fournis, les diagnostics, les jours de traitement ou les patients inscrits. Le paiement peut être effectué de manière prospective ou rétrospective.
Mode de paiement des prestataires (MPP)	La méthode utilisée pour allouer et transférer des fonds directement aux prestataires.
Mutualisation (ou mise en commun)	Accumulation de fonds prépayés au nom d'une population afin d'accroître la protection contre les risques financiers grâce à des subventions plus importantes sur les revenus et sur les risques.
Paiement (rémunération) par capitation	Mode de paiement dans lequel les prestataires sont payés, à l'avance, à un tarif fixe prédéterminé pour fournir un ensemble défini de services à chaque personne inscrite auprès d'eux pour une période déterminée.
Paiement prospectif	Paiements effectués avant la prestation de services.
Paiement rétrospectif	Un paiement ou un remboursement transféré après la prestation de services.
Plafond des dotations de l'établissement	Montant fixe que l'acheteur santé s'engage à verser au prestataire au début d'une période, qui sert de base à l'élaboration du budget.
Plan comptable (PC)	Le PC est une liste organisée et codée de toutes les entités budgétaires et de toutes les transactions financières, permettant la normalisation de la gestion financière et le reporting (rapports financiers) dans l'ensemble des administrations publiques.

Prestataires de soins de santé	Un professionnel de la santé individuel ou un établissement de santé autorisé à fournir des soins de santé, un diagnostic et un traitement.
Registre des établissements publics	La liste faisant foi des établissements appartenant à l'État, qui est gérée par une agence spécifique, généralement le ministère responsable de l'accréditation.
Rémunération (ou paiement) à l'acte (RaA ou PaA)	Mode de paiement qui consiste à rembourser les prestataires pour chaque service individuel qu'ils fournissent.
Responsable de l'établissement	Il s'agit du directeur/de la directrice (ou dirigeant ou dirigeante) de l'établissement. Dans de nombreux cas, il s'agira d'une infirmière ou d'un infirmier.
Système d'information de (la) gestion financière (SIGF)	Les technologies de l'information au service de l'automatisation et de la dématérialisation/digitalisation des processus de gestion des finances publiques.
Soins de santé primaires (SSP)	Tels que définis dans la déclaration d'Alma Ata : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination ».
Unité (ou entité) dépensière	Désigne une unité (ou entité) gouvernementale, plus petite qu'un ministère ou un département, chargée de fournir des services publics et relevant d'un ministère dépensier ou du ministère des Finances.

## Introduction

**L'autonomie financière se rapporte au degré de contrôle qu'ont les établissements pour lever, allouer et dépenser des ressources** (Barasa et al. 2022). Elle permet généralement aux établissements de SSP de recevoir directement des fonds ; de conserver au moins une partie des fonds qu'ils génèrent ; d'influencer les allocations budgétaires ; d'effectuer des virements (jusqu'à un seuil raisonnable) lorsque les besoins évoluent ; et de couvrir, au moins, les coûts opérationnels courants sans processus d'approbation et de comptabilité trop restrictifs. L'autonomie financière n'est qu'un aspect de l'autonomie opérationnelle des établissements, qui comprend le contrôle de l'administration, des achats, des ressources humaines et de la gestion stratégique (Barasa et al. 2022).

**L'accroissement de l'autonomie financière est un processus progressif, qui fonctionne sur un spectre d'« autonomisation », où figure une première étape souvent de financement direct des établissements.** Le financement direct des établissements ou financer directement les établissements (FDE) consiste à fournir des ressources financières directement à un établissement, généralement sur le compte bancaire d'un établissement, plutôt qu'à une entité agissant en son nom, telle que le ministère de la Santé ou une autorité gouvernementale locale. Dans la plupart des cas, le financement des établissements ne concerne que les dépenses opérationnelles récurrentes, plutôt que le financement d'investissement (ou d'équipement), des traitements ou même des médicaments et des fournitures médicales (OMS, 2022b).

**On s'accorde de plus en plus à dire que l'autonomie financière est importante pour améliorer la prestation des services de santé.** Les données probantes semblent indiquer que l'autonomie financière améliore l'efficacité des flux financiers, renforce la transparence et l'obligation de rendre compte, améliore la réactivité aux besoins locaux et se traduit par des résultats de santé meilleurs et plus équitables (Kuwawenaruwa et al., 2018 ; OMS, 2022 ; Barroy et al., 2019). Au Nigéria, par exemple, un petit montant (1,74 USD par patient) versé directement aux prestataires, a permis d'augmenter de 20 points de pourcentage le taux de couverture vaccinale (Gatome-Munyua et al., 2022). Même un financement de fonctionnement minime disponible pour une utilisation directe par l'établissement peut faciliter la réactivité à des besoins rudimentaires comme le changement d'une ampoule ou l'achat de savon.

**Dans la plupart des pays africains, les établissements de SSP bénéficient d'une autonomie financière et opérationnelle minimale.** Cette situation contraste avec celle des établissements de niveau supérieur tels que les hôpitaux, qui reçoivent souvent un financement direct et jouissent d'une autonomie beaucoup plus grande (Piatti-Fünfkirchen et al., 2021a ; Kuwawenaruwa et al., 2019). La *Lancet Global Health Commission* sur le financement des soins de santé primaires a constaté que moins de 40 % des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) autorisent les établissements publics de soins de santé primaires à conserver et à gérer leurs propres fonds (Hanson et al., 2022a). En règle générale, ces établissements sont inclus dans la dotation budgétaire des administrations locales (ou autorités/collectivités locales ou gouvernement local) et dépendent de ressources en nature, telles que des médicaments et des produits de base et des ressources humaines (Piatti-Fünfkirchen et al., 2021 ; Barroy et al., 2022). Au mieux, cette approche ne laisse qu'un petit budget aux établissements pour couvrir leurs coûts de fonctionnement de base, et souvent les établissements de SSP ne reçoivent même pas directement ce financement opérationnel.

**Le système de gestion des finances publiques (GFP) est souvent considéré comme la principale entrave à une plus grande autonomie des établissements de santé.** Au cours des premières étapes des réformes du financement des établissements, les parties prenantes de la santé peuvent ne pas comprendre pleinement la manière dont les dispositions de GFP peuvent aider ou freiner le



financement direct et l'autonomie financière accrue des établissements publics. À l'inverse, les autorités financières peuvent ne pas apprécier pleinement l'importance d'accorder l'autonomie aux prestataires de services ou la nécessité d'ajuster la réglementation relative à la GFP pour faciliter ce changement.

Du 27 au 29 août, le « Dialogue sur les Politiques » de l'Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire (CABRI) portant sur la gestion des finances publiques (GFP) comme catalyseur de l'autonomie des établissements de santé, réunira des ministères des Finances, des ministères de la Santé et des représentants des administrations locales, afin de parvenir à une compréhension commune de la manière dont chacun peut contribuer à l'accroissement de l'autonomie financière des établissements et à l'amélioration des résultats en matière de santé. Ce document d'information vise à familiariser les participants au Dialogue sur les Politiques, qui viennent de différents horizons techniques, avec les concepts clés qui seront discutés lors de cet événement. Il a pour objectif de dégager une compréhension commune et un langage commun de ce qu'impliquent le financement des établissements et l'autonomie financière, et d'examiner où le système de GFP peut servir de goulet d'étranglement ou de catalyseur.

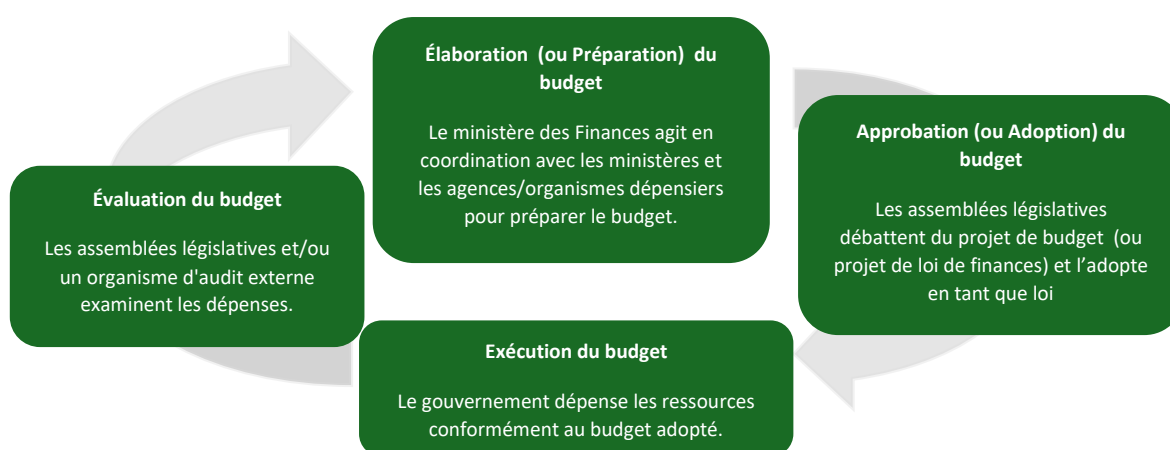
**Le document d'information est structuré comme suit :**

- La Partie 1 donne un aperçu général de la façon dont la GFP et le financement de la santé se croisent.
- La Partie 2 présente une brève discussion pour expliquer la manière dont les fonds circulent à travers les niveaux et les structures de l'Administration publique vers les établissements, et, l'impact de la décentralisation sur l'autonomie des établissements.
- La Partie 3 couvre certaines des exigences communes pour l'octroi aux établissements du statut leur permettant de recevoir des ressources publiques par le biais du système de GFP.
- La Partie 4 reflète les catégories de coûts, c'est-à-dire les intrants tels que les salaires (traitements), le capital, les médicaments et les dépenses opérationnelles, sur lesquelles les prestataires peuvent ou non exercer un contrôle.
- La Partie 5 explique comment les prestataires sont rémunérés par le biais de mécanismes de paiement basés sur les intrants ou les extrants ainsi que la relation entre ceux-ci, puis décrit la structure de dotation budgétaire existante.
- La Partie 6 illustre comment la souplesse d'exécution peut être obtenue dans les systèmes de budgétisation axée sur les intrants, soit en contrôlant les dépenses à des niveaux supérieurs, soit en ajustant les règles de virement, soit en exemptant de contrôles rigides les transactions de faible valeur.
- La Partie 7 indique comment de meilleurs traitements des données et une GFP numérique peuvent favoriser l'autonomie des établissements.
- La Partie 8 traite de l'importance de la capacité de gestion financière au niveau des établissements et de la manière dont elle peut être soutenue par les autorités locales et les ministères des Finances et de la Santé.

## 1 Intersection de la GFP et des fonctions de financement de la santé : levée des recettes, mutualisation et achat

La GFP concerne la manière dont les gouvernements gèrent les ressources publiques à travers les phases établies du cycle de GFP (illustrées à la Figure 1) : l'élaboration du budget, son adoption, son exécution et son évaluation, afin de réaliser la discipline budgétaire globale, l'efficacité de l'allocation des ressources et l'efficacité opérationnelle. La GFP joue un rôle clé dans le succès ou l'échec des réformes du financement de la santé, car elle influence directement les trois fonctions de financement de la santé, à savoir la levée des recettes, la mutualisation et les achats.

FIGURE 1 : ÉTAPES DU CYCLE BUDGÉTAIRE



Source : Auteurs

**La levée des recettes porte sur la façon dont les services de santé sont financés par les budgets de l'État, les frais (ou redevances) d'utilisation, les fonds d'assurance ou l'aide extérieure.** La levée des recettes repose sur un processus solide d'élaboration du budget garantissant que les allocations sont suffisantes et proportionnées aux objectifs du secteur de la santé (Cashin et al., 2017). Elle dépend également de prévisions précises des recettes pour soutenir la prévisibilité des ressources en cours d'exercice pour la santé.

**La mutualisation implique l'accumulation de fonds prépayés au nom d'une population afin d'accroître la protection contre les risques financiers grâce à des subventions plus importantes sur les revenus et sur les risques.** La mutualisation des risques est soutenue par une structure de formulation budgétaire qui empêche la fragmentation des flux de financement entre les niveaux administratifs et les plans (ou mécanismes) de financement.

**Les achats tiennent compte des interventions qui doivent être achetées, de la manière dont les fonds doivent être affectés aux prestataires et de quels prestataires.** Il s'agit de la fonction de financement de la santé qui est la plus explicitement liée à l'accroissement de l'autonomie financière des établissements. Les achats deviennent plus stratégiques lorsque les décisions d'allocation sont fondées sur des informations relatives au comportement des prestataires et aux besoins de la population en matière de santé. Les achats stratégiques reposent sur un processus de formulation budgétaire qui soutient l'allocation équitable et stratégique des ressources aux prestataires. Ils dépendent également de règles de classification et d'exécution du budget qui permettent aux prestataires une flexibilité suffisante en matière de dépenses pour fournir efficacement les services achetés et ajuster leur combinaison d'intrants en réponse à l'évolution de la demande. Les processus

d'exécution du budget doivent également garantir le déblocage en temps opportun des fonds aux prestataires. Enfin, des processus efficaces de reporting (établissement de rapports), de comptabilité et d'audit permettent de prendre des décisions d'achat fondées sur des données probantes de l'efficacité de l'utilisation des fonds.

## **2 Mode d'acheminement des fonds vers les établissements**

**Le mode d'acheminement des fonds de l'acheteur santé, c'est-à-dire l'entité responsable de la gestion et du transfert des ressources mutualisées en santé, vers les établissements, est souvent déterminé par le système de décentralisation en place** (ThinkWell et Organisation mondiale de la santé, 2022a). Dans les pays centralisés, comme la Tanzanie, les fonds sont généralement transférés directement des agences centrales, soit le ministère des Finances, soit le ministère de la Santé, aux établissements. Dans les pays qui ont décentralisé la prestation des services de SSP, mais où les autorités centrales conservent des responsabilités de politiques importantes, le ministère de la Santé fixera les plafonds d'établissements ou fixera des tarifs, tandis que les autorités locales gèreront le transfert réel des fonds. C'est le cas en Ouganda, au Burkina Faso et au Burundi (Offosse, 2022 ; Hélène Barroy et al., 2022b ; ThinkWell et ODI à paraître ; OMS, 2022b). Dans les pays fortement décentralisés, tels que l'Afrique du Sud, le Nigéria et l'Éthiopie, les gouvernements locaux déterminent les budgets des établissements et sont responsables des transferts ou des paiements à ces établissements (ThinkWell et Organisation mondiale de la santé, 2022a).

**Certaines données probantes semblent indiquer que le financement à partir du niveau central peut améliorer la prévisibilité des fonds destinés aux prestataires de première ligne.** Des fuites et des retards importants se produisent souvent lorsque les fonds sont débloqués par le ministère des Finances en faveur du ministère de la Santé, puis affectés aux autorités régionales, aux administrations locales et, enfin, aux établissements (Gauthier, 2020 ; Hanson et al., 2022b). Le mode d'acheminement des fonds provenant de l'administration centrale est souvent plus prévisible et plus standardisé que celui des fonds provenant des administrations infranationales. C'est le cas en Éthiopie et en Afrique du Sud (NYU Wagner-ODI, 2021). En outre, lorsque les responsabilités d'achat sont fragmentées entre les niveaux administratifs et que les prestataires reçoivent des fonds par plusieurs canaux, les montants qui en résultent peuvent devenir très variables et difficiles à prévoir (Cashin et coll., 2017).

**Il a été constaté que la décentralisation est en contradiction avec les objectifs d'augmentation du financement des SSP et de l'autonomie des établissements.** Alors que l'on s'attend généralement à ce que la décentralisation accroisse l'autonomie jusqu'au niveau des établissements, ce changement ne s'est pas toujours produit. Au Kenya, par exemple, la décentralisation a entraîné une « recentralisation » de l'autonomie financière des établissements de santé vers les comtés (Barasa et al., 2022). La décentralisation peut également créer un décalage entre les priorités locales et les priorités centrales (ThinkWell et Organisation mondiale de la santé, 2022). Si les autorités locales ne donnent pas la priorité aux SSP de manière adéquate, les prestataires de soins de santé risquent de ne pas recevoir de ressources suffisantes pour atteindre les objectifs nationaux de financement des SSP fixés par le ministère de la Santé.

### **3 Exigences communes en matière de GFP pour permettre aux établissements de recevoir directement des fonds**

Les exigences en matière de GFP pour que les établissements reçoivent directement un financement varieront d'un pays à l'autre. Cette partie présente certaines des exigences communes, y compris l'obtention du statut juridique de centre de coûts ou d'unité dépensière, qui est généralement associé à l'inclusion dans le plan comptable et le système d'information de (la) gestion financière (SIGF) ; à la présence d'un comptable qualifié sur place ; et à l'accès à un compte bancaire.

**Dans la plupart des cas, pour recevoir directement des fonds, les établissements doivent être désignés comme unités dépensières ou comme centres de coûts relevant d'une unité dépensière.** Avoir un budget adopté peut ne pas être un critère suffisant pour être qualifié d'unité dépensière ou de centre de coûts. Par exemple, bien que les services de santé de district au Mozambique aient des budgets inscrits au budget national, ils ne sont pas classés comme des unités du budget et nécessitent une autorisation de dépenses par les secrétariats de district (il en va de même pour les hôpitaux de district et ruraux) (ThinkWell et Organisation mondiale de la santé, 2022b). Au Malawi, un établissement doit avoir un comptable de haut niveau, titulaire d'un diplôme de comptabilité, pour devenir un centre de coûts – une exigence qui est probablement irréalisable à court terme, car la plupart des établissements sont gérés par du personnel infirmier et il y a une pénurie de personnel comptable qualifié, même pour les postes partagés entre les établissements. Les centres de coûts au Malawi doivent également avoir accès au SIGF. Jusqu'à ce que des fonds importants soient versés aux établissements, il se peut qu'il faille assouplir les exigences pour devenir un centre de coûts, ou que le gouvernement envisage d'accorder des subventions conditionnelles, comme indiqué ci-dessous (Serebro et Hart, à paraître).

**L'inclusion des établissements dans le plan comptable (PC) est un moyen transparent de les financer directement.** Dans la plupart des cas, recevoir le statut juridique d'entité budgétaire ou de centre de coûts est synonyme d'une inclusion dans le PC. Le PC est une liste organisée et codée de toutes les entités budgétaires et de toutes les transactions financières, permettant la normalisation de la gestion financière et le reporting (rapports financiers) dans l'ensemble des administrations publiques. Selon la structure organisationnelle du pays, les établissements peuvent être des sous-segments relevant d'une administration locale ou directement du ministère de la Santé (Serebro et Hart, à paraître). Comme on le verra à la Partie 7, le fait de rendre les établissements plus visibles par le biais du PC soutient le reporting, l'obligation de rendre compte, et l'élaboration de politiques budgétaires. Cette approche pourrait également atténuer les difficultés de suivi des dépenses de SSP et améliorer leur visibilité.

**L'autonomie financière exige généralement que les établissements aient accès à des fonds, généralement par le biais d'un compte bancaire.** À l'échelle mondiale, les gouvernements ont mis en place des comptes uniques du Trésor (CUT) qui leur donne une vue consolidée de la situation de leur trésorerie et leur permette de limiter les liquidités inactives qui pourraient être utilisées de manière productive par d'autres entités gouvernementales. L'idéal serait que les établissements soient en mesure de gérer des sous-comptes de transactions liés au compte unique principal du Trésor, comme c'est le cas en Afrique du Sud. Dans de nombreux PRFI, cependant, l'infrastructure bancaire existante peut empêcher les établissements, en particulier ceux situés dans des zones reculées, de détenir des comptes bancaires au sein de la structure du CUT. Le ministère des Finances pourrait avoir besoin de réviser ses règles ou d'autoriser des dérogations aux règles empêchant l'utilisation de comptes bancaires commerciaux en dehors du CUT, comme cela s'est produit au Bénin, au Togo et en Ouganda (Piatti-Fünfkirchen, Hadley et Mathivet, 2021). Lorsque des comptes bancaires commerciaux sont ouverts en dehors du CUT, de nouvelles structures de surveillance et de nouvelles capacités d'audit

peuvent s'avérer nécessaires pour s'assurer de l'utilisation appropriée des fonds (Piatti-Fünfkirchen, Hadley et Mathivet, 2021).

**Cependant, les établissements n'ont pas toujours besoin de détenir un compte bancaire.** Au Niger, comme la plupart des établissements de SSP n'ont pas de compte bancaire, les fonds sont transférés sur des comptes bancaires de district, les affectations destinées aux établissements étant faites en fonction des demandes de paiement soumises (Hélène Barroy et al., 2022b). Au Burkina Faso, des chèques ont également été utilisés pour fournir des liquidités aux établissements. Les solutions d'argent électronique, telles que l'argent mobile, offrent également une autre alternative viable, car les porte-monnaies mobiles peuvent être intégrés dans le CUT.

**L'autonomie totale implique que les établissements peuvent conserver les gains d'efficience et les fonds qu'ils génèrent, mais ce processus doit être transparent.** Le fait de permettre aux établissements de conserver les revenus qu'ils génèrent grâce aux frais d'utilisation, à la vente de médicaments et aux remboursements d'assurance peut accroître leur souplesse pour affecter ces ressources en fonction de leurs besoins. Pour qu'une répartition acheteur-prestataire incite à une meilleure prestation de services, les établissements doivent être en mesure de conserver et de dépenser contre les paiements des régimes nationaux d'assurance maladie. Au Rwanda, les établissements publics disposent d'une autonomie financière pour les revenus générés en interne. Cependant, la détermination du montant d'argent gagné par les établissements grâce aux frais d'utilisation et la garantie de leur entière responsabilité en ce qui concerne cet argent, est un défi constant. Il est donc important que le ministère des Finances établisse des normes d'élaboration de systèmes et de capacités de suivi et de responsabilité de toutes les ressources au niveau d'établissement et les soutienne.

**L'apport de fonds aux prestataires peut également nécessiter la mise en place d'une structure de gouvernance indépendante chargée d'examiner et de voter le budget, tout en contrôlant son exécution.** Ces conseils ou comités devraient comprendre des représentants de l'établissement, ainsi que des membres qui ne participent pas à sa gestion quotidienne, comme des fonctionnaires du gouvernement et des membres de la communauté. La représentation communautaire est souvent considérée comme cruciale pour assurer la participation du public à la prestation des services publics. Les comités d'établissement sont, par exemple, chargés de voter les budgets des établissements en Ouganda, en Tanzanie et au Burkina Faso (ThinkWell et ODI, à paraître). Par ailleurs, ces comités sont généralement responsables de la supervision de l'exécution du budget et, dans certains cas, comme en Tanzanie ou en Ouganda, un représentant de ce comité effectue des contrôles internes.

#### **4 Catégories de coûts pour lesquelles les établissements bénéficient d'une autonomie financière**

Au cours des premiers stades de l'accroissement de l'autonomie financière des établissements, il est probable que ces derniers ne recevront des fonds que pour couvrir les coûts opérationnels ordinaires, plutôt que des fonds pour l'investissement (le capital-développement), les salaires ou même les médicaments et les fournitures médicales. Le fait de permettre aux établissements de contrôler de petites sommes d'argent au départ peut soutenir le renforcement de leur capacité de gestion financière et les rassurer sur le fait qu'ils peuvent gérer des catégories de dépenses plus importantes associées à un risque fiduciaire plus élevé. Bien que la délégation des responsabilités en matière de passation des marchés devrait s'accroître en fonction de la capacité de gestion financière des prestataires, certaines catégories de coûts, telles que les dépenses en capital, pourraient ne jamais être entièrement transférées au niveau d'établissement.

**En Afrique, l'approvisionnement en médicaments est généralement géré de manière centralisée, les prestataires publics de soins de santé primaires ayant une responsabilité limitée.** Il a été démontré qu'une responsabilité accrue des prestataires de SSP en matière d'achat améliore la disponibilité des médicaments et réduit la fréquence des ruptures de stock (Banque mondiale, 2018 ; Ruhago et al., 2023). Cependant, la réglementation de la passation des marchés publics limite souvent l'achat de fournitures de santé et de médicaments aux unités centrales d'achat, qui relèvent généralement du ministère de la Santé (Hélène Barroy et al., 2022b ; ThinkWell et ODI, à paraître). La résistance à la décentralisation des responsabilités en matière d'achat peut découler de préoccupations concernant les prestataires qui gonflent frauduleusement les factures de médicaments ou réduisent le monopole d'achat de l'acheteur central. En outre, permettre aux établissements de se procurer des médicaments de manière indépendante sur le marché libre présente un risque d'inefficience. Les établissements pris individuellement, n'ont pas le pouvoir d'achat des organismes centraux, ou peuvent également ne pas connaître les prix exacts des médicaments, ce qui augmente le risque d'inefficience des dépenses. Cependant, il est possible d'accorder aux prestataires des responsabilités accrues en matière d'achat tout en atténuant les risques d'inefficience. Par exemple, les prestataires peuvent se voir confier la responsabilité de commander mais pas celle de procéder à la passation des marchés, comme on le voit en Tanzanie, en Afrique du Sud ou au Burkina Faso, où les établissements de SSP sont autorisés à payer les médicaments avec leurs propres ressources, mais ne sont pas responsables du processus d'appel d'offres (ThinkWell et ODI, à paraître). En Tanzanie, les prestataires publics de SSP doivent acheter des médicaments par le biais du système de vendeurs (ou prestataires/fournisseurs) principaux à des tarifs négociés d'avance. En Afrique du Sud, les établissements s'approvisionnent auprès de la centrale d'achat, tandis qu'au Burkina Faso, les établissements remboursent les médicaments obtenus auprès du Dépôt national médical.

**Les règles de la fonction publique interdiront probablement aux établissements de recruter directement des agents de santé ou de payer leur salaire.** Bien que la faculté d'embaucher et de licencier du personnel soit un aspect important de l'autonomie des établissements, l'attribution, au début du processus d'« autonomisation », de cette responsabilité aux établissements comporte des risques. Elle risque d'aggraver l'allocation inéquitable des ressources humaines à la santé. Cependant, l'embauche d'agents contractuels ou d'agents de santé communautaire sur une base annuelle peut remédier aux pénuries de personnel à court terme sans engagements à long terme. Il est probable que le ministère des Finances préférera ces engagements annuels aux engagements de dépenses qui s'étendent sur l'ensemble du cycle budgétaire annuel. De même, les primes, clés de la motivation du personnel, sont mieux gérées par les responsables d'établissement qui connaissent bien les performances de leur personnel. Le recrutement et la rémunération de personnel sous contrat pour des postes non liés à la santé et dans le domaine de la santé sont autorisés au Kenya (ThinkWell et ODI, à paraître) et en Tanzanie. En Ouganda, le recrutement de personnel sous contrat par les établissements de SSP est également autorisé, mais doit être approuvé par le bureau de santé du gouvernement local.

**Les dépenses en capital ou d'investissement sont rarement transférées aux établissements de SSP.** L'acquisition de gros équipements ou la réalisation de projets d'infrastructure nécessitent généralement des achats spécialisés, tâches qui sont souvent mieux gérées par les niveaux administratifs supérieurs. En outre, dans les cadres décentralisés, ce transfert pourrait être politiquement sensible car il réduirait la part du budget étant exécuté par les autorités locales. En outre, la faculté d'acquérir de l'équipement coûteux ou d'entreprendre des projets d'infrastructure exigera en fin de compte une augmentation substantielle des transferts gouvernementaux aux prestataires.



## **5 Encourager l'efficacité des prestataires et permettre une flexibilité en cours d'exercice grâce à des paiements basés sur les extrants et à des contrôles de dépenses**

**Les entités gouvernementales et les agences (ou fonds/caisses) d'assurance utilisent deux types de mécanismes de paiement des prestataires (MPP) pour leur allouer et leur transférer des fonds : les mécanismes basés sur les intrants (ou ressources/moyens) et les mécanismes basés sur les extrants (ou sorties/produits/résultats).** Les MPP basés sur les intrants permettent un meilleur contrôle sur les ressources et sont généralement plus faciles à mettre en œuvre. Ils sont généralement privilégiés par les ministères des Finances et constituent la méthode la plus répandue pour budgétiser et rémunérer les prestataires de SSP en Afrique (Barroy et al., 2019). Cependant, les MPP basés sur les intrants peuvent créer des rigidités d'exécution et n'incitent pas nécessairement à un comportement de recherche d'efficacité. Au cours de la dernière décennie, plusieurs pays africains, dont le Burkina Faso, la Tanzanie ou l'Ouganda, ont commencé à passer de budgets basés sur les intrants à des méthodes d'achat ou d'allocation plus stratégiques en adoptant des MPP basées sur les extrants (ThinkWell et ODI, à paraître). Bien que ces mécanismes axés sur les extrants permettent de mettre l'accent sur les résultats de la santé, d'inciter les prestataires en fonction des priorités du secteur de la santé et d'encourager l'efficacité, ils sont souvent plus compliqués à mettre en œuvre et requièrent un usage intensif de données. Ils sont également plus réalisables dans un système de budgétisation et de contrôle des dépenses axé sur les résultats, ce qui reste rare en Afrique.

### ***Mécanismes de paiement des prestataires basés sur les intrants***

**Les budgets basés sur les intrants couvrent les coûts des intrants utilisés pour fournir des services.** Dans la plupart des cas, les paiements basés sur les intrants sont déterminés de manière prospective, dans le cadre de l'élaboration du budget, par le calcul des plafonds budgétaires des prestataires. Avec les MPP basés sur les intrants, les ressources sont souvent allouées en fonction des tendances historiques et peuvent donc ne pas refléter les besoins actuels. Ils n'incitent pas à la fourniture d'un volume plus élevé de services de santé. Ils n'encouragent pas non plus les prestataires à adopter un comportement de recherche de l'efficacité, étant donné qu'ils limitent les possibilités pour les prestataires d'ajuster leur combinaison d'intrants pour atteindre le niveau de production souhaité.

**Les paiements basés sur les intrants sont généralement associés à la structure de classification économique des crédits budgétaires, couramment utilisée dans les pays africains.** Dans le cadre de cette structure de crédits, le budget est élaboré à partir de postes détaillés basés sur des intrants, tels que les salaires, les biens, les services et les dépenses en capital. Si cette structure de crédits est reflétée pendant l'exécution du budget et que des postes détaillés basés sur les intrants sont utilisés comme base du contrôle des dépenses, elle présente une source importante de rigidité pendant l'exécution, ce qui limite la possibilité de rectifier la combinaison d'intrants tout au long de l'exercice (Cashin et al., 2017 ; Barroy et coll., 2019 ; Piatti-Fünfkirchen et al., 2021a). Il s'agit d'une préoccupation importante compte tenu de la grande incertitude des besoins de santé (Cashin et al., 2017). Les budgets basés sur les intrants peuvent également entraver les liens entre les priorités de politiques ou les objectifs des programmes et les ressources financières.

**Cependant, les allocations basées sur les intrants sont plus faciles à mettre en œuvre et peuvent permettre un meilleur contrôle des dépenses.** Les paiements basés sur les intrants peuvent être plus attrayants dans les contextes de faible capacité, car ils reposent souvent sur des données administratives facilement accessibles. Dans un système basé sur les intrants, les établissements reçoivent généralement un montant fixe (ou somme forfaitaire) en fonction du type d'établissement, parfois guidé par une estimation des coûts des intrants essentiels qu'un établissement typique doit



acquérir. Il est facile d'intégrer des considérations d'équité en ajustant les allocations fixes en fonction de facteurs socioéconomiques, sans pour autant avoir besoin de systèmes d'information avancés, comme c'est le cas en Ouganda (ThinkWell et ODI, à paraître). Par ailleurs, la dotation basée sur les intrants peut servir d'allocation de base, qui peut être complétée par un mécanisme d'allocation plus stratégique. En Ouganda, les établissements reçoivent une allocation de base selon leur type qui leur permet de couvrir les besoins essentiels en intrants opérationnels. Viennent s'y ajouter des allocations de rémunération à l'acte (RaA) couvrant les coûts supplémentaires liés à une charge de travail élevée. Les systèmes de paiement mixtes sont particulièrement utiles lors de la transition des MPP basés sur les intrants aux MPP basés sur les extrants.

### ***Mécanismes de paiement des prestataires basés sur les extrants***

**Au lieu de se concentrer sur les intrants nécessaires à la prestation des services, les mécanismes d'allocation ou de paiement fondés sur les extrants se concentrent sur les services à fournir.** Ils visent à inciter les prestataires à fournir davantage de services, ou des types particuliers de services à des groupes de population spécifiques, en minimisant leurs intrants et en optimisant leur combinaison d'intrants (Cashin, Langenbrunner et O'Dougherty, 2009). Il existe différents types de mécanismes de paiement basés sur les extrants, qui créent différentes incitations pour les traitements proposés par les prestataires. Les paiements courants fondés sur les extrants pour les SSP comprennent la rémunération à l'acte et la capitation (Cashin, Langenbrunner et O'Dougherty, 2009). L'autonomie des établissements est un prérequis à l'exploitation des propriétés incitatives des deux mécanismes de paiement. Afin d'utiliser les ressources de manière plus efficace, les prestataires doivent disposer d'une certaine flexibilité pour optimiser la combinaison d'intrants utilisée pour fournir un plus grand nombre de services.

**La rémunération à l'acte est le mode de paiement basé sur les extrants le plus courant, qui implique généralement des paiements rétroactifs en fonction d'un barème de frais fixes** (Cashin, Langenbrunner et O'Dougherty, 2009). Les prestataires sont remboursés pour les services fournis au cours de la période précédente, comme le montre le dispositif de Gratuité des soins du Burkina Faso (Offosse, 2022). Cependant, dans les pays dotés de systèmes de rationnement de trésorerie ou dans les pays disposant de règles d'exécution rigides pour assurer la fiabilité budgétaire, les paiements rétroactifs de la rémunération à l'acte peuvent être irréalisables en raison des risques budgétaires encourus. Par exemple, le ministère ougandais des Finances, de la Planification et du Développement économique n'a pas autorisé les paiements rétroactifs pour l'intégration du programme de financement axé sur les résultats (FAR) (ThinkWell et ODI, à paraître). Au lieu de cette intégration, les tarifs sont ajustés pour s'assurer de l'inscription au budget fixé par le ministère des Finances, des allocations pour l'exercice suivant. Par conséquent, les prestataires ne connaissent pas à l'avance le montant exact du remboursement qu'ils recevront pour leurs services.

**Un modèle de paiement mixte basé sur la capitation a été préconisé pour le paiement des services de SSP par la Commission Lancet pour le financement des soins de santé primaires** (Hanson et al., 2022b). Dans le cadre d'un système de capitation, les prestataires reçoivent un montant fixe (forfait) de manière prospective pour fournir un ensemble défini de services à chaque personne inscrite dans leur établissement pour une durée déterminée (Cashin, Langenbrunner et O'Dougherty, 2009). La Commission Lancet soutient qu'en établissant un lien direct entre la population et les services de santé, la capitation place les personnes au cœur du financement de la santé et permet d'atteindre les objectifs d'équité. Cependant, comme l'a reconnu la Commission, la plupart des PRFI ne présentent pas les caractéristiques des arrangements de SSP qui sont une condition préalable aux stratégies de paiement basées sur la population (y compris l'inscription sur une liste, l'enregistrement et la régulation de l'accès aux soins spécialisés ou parcours de soins) (Hanson et al., 2022b). Ce constat reflète des préoccupations plus larges concernant l'introduction de paiements basés sur les extrants dans les milieux à faible capacité, comme l'illustre l'Encadré 1.

#### ENCADRÉ 1: LES DÉFIS LIÉS AUX DONNÉES QUI ENTRAVENT LES MPP BASÉS SUR LES EXTRANTS

Les paiements basés sur les extrants reposent sur des systèmes de données avancés, ce qui les rend difficiles dans les contextes à faible capacité, quelle que soit la conception du système de GFP. L'efficacité de ces systèmes de paiement dépend de la disponibilité et de l'exactitude des données de performance des prestataires. La collecte de données sur les extrants de soins de santé dans tous les établissements financés par le gouvernement à l'échelle nationale nécessite la mise en œuvre de systèmes d'information au niveau des établissements ou des patients. S'assurer de la qualité des données de sortie saisies dans ces systèmes est chronophage et nécessite de recruter un grand nombre de biostatisticiens au niveau local. Des audits qualité à intensité d'utilisation des ressources peuvent devoir être mis en œuvre pour contrôler et encourager les responsables des établissements. Enfin, l'utilisation des données relatives à la santé à des fins de paiement nécessite généralement une intégration entre les systèmes d'information financière et de santé, ce qui pose un problème dans la plupart des pays africains.

*Source : Auteurs*

**Les paiements fondés sur les extrants sont plus réalisables si le budget est également structuré et si les dépenses sont contrôlées sur la base des extrants, conformément à une structure budgétaire programmatique.** Au titre du budget-programme (BP), les dépenses sont regroupées en fonction des objectifs de politiques et des cibles de résultats. Par rapport aux contrôles basés sur les intrants, le PBB devrait réduire le nombre d'approbations nécessaires pour les modifications budgétaires en cours d'exercice, augmentant ainsi la flexibilité (Robinson 2007 ; Helene Barroy, Blecher et Lakin, 2022). Cependant, la mise en œuvre du BP reste complexe et le déploiement de cette réforme en Afrique n'a connu qu'un succès limité. Dans la plupart des pays qui se sont engagés à introduire le BP et qui ont progressé dans la définition de programmes dans le secteur de la santé, les budgets continuent d'être affectés et exécutés en fonction de la classification économique. Dans d'autres pays qui ont commencé à répartir les crédits budgétaires par programme, notamment le Gabon et le Ghana, la plupart des fonds budgétaires sont encore décaissés par intrant et les dépenses sont également contrôlées par intrant (Hélène Barroy, Blecher et Lakin, 2022).

**Quels que soient les MPP utilisés, les mécanismes choisis doivent être transparents et les ressources transférées aux prestataires doivent être prévisibles pour permettre une budgétisation et une planification efficaces.** Pour planifier avec exactitude les ressources nécessaires à la prestation des services de SSP, les prestataires ont besoin de précisions sur le financement qu'ils recevront au début

de l'exercice, ce qui dépend de la faculté de l'acquéreur d'informer les prestataires sur les allocations à recevoir ou sur les tarifs qui détermineront les remboursements, ainsi que de la fiabilité des plafonds de subventions prévus par le ministère des Finances (Cashin et al., 2017). Les plafonds budgétaires ou la grille tarifaire doivent être communiqués lors de la phase d'élaboration du budget de l'établissement et avant le début de l'exercice.

## **6 Accroître la flexibilité d'exécution tout en atténuant le risque fiduciaire dans le cadre des contrôles basés sur les intrants**

**La flexibilité d'exécution pour les prestataires de SSP opérant dans un régime de contrôle des dépenses basé sur les intrants peut encore être réalisée**, soit en : (1) contrôlant les dépenses à un niveau plus élevé d'intrants regroupés, (2) assouplissant les conditions de réaffectation ou virement entre les postes (ou lignes) budgétaires, ou en (3) ajustant les contrôles pour les transactions à risque moindre. Alors que la flexibilité augmente, le contrôle et l'obligation de rendre compte restent quand même nécessaires. Toutefois, la nature du contrôle devrait être proportionnelle à la très faible valeur de la plupart des opérations des établissements qui, même dans l'ensemble, ne menaceraient pas la discipline budgétaire d'un pays (Piatti-Fünfkirchen, Hashim et Farooq, 2019).

**Le passage d'une structure de crédits budgétaires par poste à une structure de crédits budgétaires par extrant ou par programme est une réforme budgétaire importante qui a des implications de grande portée pour l'ensemble de l'administration. L'accroissement de l'autonomie d'exécution des prestataires de SSP peut être plus facilement obtenue en contrôlant les dépenses à un niveau plus élevé avec moins de postes** (Hart et al., 2021). Dans cette optique, les pays doivent s'assurer qu'ils n'exigent pas d'approbation pour des ajustements entre les postes à un niveau granulaire inapproprié (Hart et al., 2021).

**Les virements, des réaffectations qui ne compromettent pas le plafond global des dépenses, qui ne modifient pas fondamentalement la composition du budget et qui restent uniquement sous le contrôle du pouvoir exécutif, sont couramment utilisés pour permettre une certaine souplesse aux agents dépensiers en cours d'exercice.** Toutefois ils sont assez restrictifs, limitant souvent les réaffectations au-delà de 10 % ou d'une catégorie économique à une autre. Au Kenya, en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Zambie, par exemple, les virements ne sont pas autorisés entre les lignes budgétaires salariales et d'investissement vers les lignes budgétaires ordinaires non salariales. Des restrictions s'appliquent également communément à leur calendrier - certains pays interdisent les virements pendant les premiers ou les derniers mois de l'exercice (Lacroix et Serebro, à paraître).

**Les règles de virement peuvent être assouplies pour les établissements de santé.** L'Ouganda a assoupli les règles de dépenses applicables aux prestataires de SSP, permettant ainsi aux responsables de réviser les budgets dans les limites des plafonds approuvés. Par conséquent, les responsables peuvent facilement réaffecter les fonds d'un poste budgétaire à un autre s'ils font face à une dépense imprévue. Les augmentations ou les diminutions du plafond budgétaire total sont également permises après approbation du Comité de gestion de l'unité de santé ou du conseil d'administration de l'hôpital (ThinkWell et ODI, à paraître). Toutefois, dans la plupart des pays, les règles nationales d'exécution s'appliquent aux établissements. En Tanzanie, aucun ajustement n'a été effectué et les établissements doivent respecter les mêmes règles d'exécution que les autres entités gouvernementales.

**Un certain niveau de contrôle reste nécessaire pour garantir le respect de la réglementation en matière de GFP et soutenir la décentralisation de responsabilités supplémentaires en matière de dépenses.** Étant donné que les prestataires de SSP ne sont pas des agences centrales, comme les hôpitaux nationaux, et n'ont habituellement pas accès à un système d'information de gestion financière, leurs transactions ne sont généralement pas contrôlées et autorisées par les fonctionnaires du ministère des Finances. En général, lorsque des contrôles existent, ils sont plutôt effectués par des agents des autorités locales et/ou des représentants du comité de l'établissement. Par exemple, les paiements initiés par les comptables dans les établissements de SSP en Tanzanie et au Kenya, ainsi que dans les hôpitaux de district en Ouganda, doivent être autorisés par les fonctionnaires des administrations locales (ThinkWell et ODI, à paraître). Au Burkina Faso, les transactions lancées par les dispensaires requièrent uniquement l'approbation du Comité de gestion de l'établissement concerné. En Ouganda, les transactions provenant d'établissements de niveau inférieur nécessitent l'autorisation du président du comité de gestion de l'établissement et du chef du sous-comté.

**Cependant, bien que l'obligation de rendre compte soit essentielle, les processus et les contrôles d'approbation des paiements ne doivent pas alourdir inutilement le personnel médical ou l'empêcher d'accomplir ses tâches** (Piatti-Fünfkirchen et al., 2021a). Piatti-Fünfkirchen, Hashim et Farooq (2019a) soutiennent qu'il est possible d'atteindre un équilibre entre une gestion budgétaire prudente et la réactivité des prestataires en soumettant les transactions de grande valeur à des contrôles ex ante rigoureux, tout en assouplissant les contrôles des transactions de faible valeur (qui constituent la plupart des dépenses des établissements de SSP). Ils proposent d'utiliser les innovations bancaires numériques, telles que les cartes à puce ou l'argent mobile, pour les paiements anticipés, et de les déclarer ensuite via le SIGF. Cette approche permettrait d'intégrer les dépenses et les rapports et de laisser une piste d'audit crédible sans restreindre indûment l'exécution au niveau des établissements.

**Les comptes des établissements doivent être audités à la fois en interne et en externe.** Compte tenu du nombre d'établissements, il est souvent impossible d'auditer tous les prestataires. Toutefois, des audits partiels sont essentiels pour garantir l'obligation de rendre compte. Par exemple, en Ouganda, les fonctionnaires des administrations locales effectuent chaque trimestre, l'audit interne de tous les comptes des établissements et certains établissements de santé sont sélectionnés au hasard chaque année pour des audits externes par l'institution supérieure de contrôle des finances publiques (ThinkWell et ODI, à paraître).

## **7 Gouvernance des données et GFP numérique en vue d'améliorer la budgétisation et le reporting des établissements**

**L'absence de processus robustes de gouvernance des données crée des goulots d'étranglement importants à chaque étape du cycle de GFP.** La budgétisation est souvent freinée par des registres des prestataires de SSP mal tenues (Long et al., 2023a). L'absence de processus pour assurer l'intégration des différents registres utilisés par différents systèmes complique également l'utilisation des données sectorielles à des fins de planification. Qui plus est, l'absence de normes de reporting (d'établissement des rapports) et de processus de consolidation des rapports empêche un suivi efficace des budgets et des dépenses des prestataires. En fait, dans de nombreux pays africains, les établissements de SSP enregistrent leurs budgets et leurs dépenses manuellement sur des formulaires papier, qui ne sont pas consolidés dans des rapports financiers centralisés (ODI et TW, à paraître). Les

informations financières des établissements ne sont généralement utilisées que pour les audits de conformité, et que par les autorités locales ou centrales à des fins d'analyse et de suivi.

### ***Processus de gouvernance des données pour améliorer la planification et la budgétisation***

**La budgétisation des établissements de santé nécessite un registre des établissements à jour et fiable** (Long et al., 2023a). Des responsabilités claires en matière de tenue de registre devraient être confiées à une agence dépositaire. Des processus doivent être établis pour s'assurer que les prestataires inclus sont opérationnels et que leurs données sont exactes. Le registre des prestataires de SSP, généralement tenu par le ministère de la Santé, devrait faire autorité et être utilisé par toute agence ou tout organisme traitant avec des prestataires de services de SSP. Par exemple, en Ouganda, le ministère de la Santé tient à jour un registre des prestataires de services de SSP et le ministère des Finances, de la Planification et du Développement économique l'utilise pour l'élaboration du budget (ThinkWell et ODI, à paraître). L'exactitude des registres d'établissements permet la planification et la budgétisation et peut aider à prévenir le détournement de ressources par la création d'établissements fantômes. Des registres inexacts peuvent aboutir à l'exclusion de certains établissements du processus de planification et de budgétisation, ce qui peut nécessiter des rectifications en cours d'exercice.

**Pour utiliser les données de performance et les extraits de santé dans les systèmes de paiement des prestataires et intégrer les plafonds dans les systèmes d'information de gestion financière, des identifiants communs doivent être utilisés dans tous les systèmes.** Chaque système doit inclure une clé étrangère renvoyant au registre des prestataires faisant autorité afin d'assurer le couplage des données. Par exemple, pour intégrer le financement axé sur les résultats dans le système public en Ouganda, les registres des établissements dans le système d'information de gestion de la santé et le système budgétaire du ministère des Finances, de la Planification et du Développement économique ont été rapprochés, et leurs identifiants ont été liés pour permettre l'utilisation des extraits (résultats) de santé pour la budgétisation. L'utilisation de normes communes en matière de données nécessite de renforcer la coordination entre les entités (Long et al., 2023 ; Rivero del Paso, et al., 2023).

### ***Processus de gouvernance des données afin d'améliorer le reporting et le suivi***

**L'absence de normes communes d'établissement des rapports (reporting) et de rapports financiers consolidés au niveau des prestataires empêche souvent l'accès aux budgets et aux dépenses des prestataires.** En général, les prestataires produisent des rapports manuellement. Par ailleurs, ces rapports de performance ne sont habituellement utilisés que pour les audits de conformité et sont rarement utilisés par les autorités locales ou centrales à des fins de suivi (ThinkWell et ODI, à paraître). Des systèmes de reporting médiocres peuvent également saper les efforts déployés pour accroître les responsabilités en matière de dépenses, car les ministères des Finances peuvent hésiter à accorder l'autonomie aux prestataires de services s'ils leur font peu confiance en ce qui concerne l'utilisation appropriée des fonds (Piatti-Fünfkirchen et al., 2021a). Les centres de soins de santé primaires au Burkina Faso, en Ouganda et au Kenya, par exemple, produisent des rapports financiers sur support papier, sans aucune consolidation.

**La mise en place d'un PC pour les prestataires, ou leur intégration dans le PC du gouvernement local, peut contribuer à la normalisation du reporting et ouvrir la voie à l'introduction d'un système de comptabilité ou de paiement au niveau des établissements.** Un PC des prestataires jettera les fondements de la consolidation de l'information financière provenant des établissements. Il permettra de suivre les montants des fonds reçus par les prestataires, ainsi que la manière dont ils budgétisent et utilisent ces fonds. Un tel PC a été développé en Tanzanie pour consolider les rapports financiers des prestataires par le biais du système de comptabilité et de rapports financiers des

établissements (Mtei, 2020). Sinon, les établissements peuvent être inclus en tant que centres de coûts dans le PC des gouvernements locaux, comme c'est le cas en Afrique du Sud.

**Cependant, le déploiement d'un système de comptabilité ou de paiement au niveau des établissements nécessite un investissement considérable dans les technologies de l'information (TI) et les capacités.** Étant donné que la plupart des établissements publics de SSP sont situés dans des zones rurales où la connectivité ou l'accès à Internet est limité, le déploiement d'un système d'information de gestion financière à leur niveau, peut s'avérer compliqué, car un tel système est difficile à utiliser hors ligne (Piatti-Fünfkirchen, Hashim et Farooq, 2019). Ces systèmes ont tendance à être utilisés dans les pays dotés d'une infrastructure TI avancée au niveau local, comme en Afrique du Sud. Dans les pays qui ne disposent pas de la connectivité requise, un système comptable distinct peut être utilisé, ce qui permet aux prestataires de déclarer leurs dépenses après qu'elles ont été engagées. Pour que le personnel de l'établissement puisse saisir ses informations financières, un système basé sur le Web doit être mis en place pour permettre au personnel de synchroniser leurs données lorsque l'accès à Internet est disponible. Pour que cette approche soit efficace, tous les responsables d'établissement ou les comptables du pays devraient avoir accès à des outils spécifiques et à une connectivité occasionnelle. En outre, ils auraient besoin d'une formation approfondie sur l'utilisation du système comptable.

## **8 Gestion financière des établissements : la réussite ou l'échec des réformes du financement des établissements**

**La réussite d'une plus grande autonomie des établissements dépend de la façon dont elle est exercée par les responsables et les cliniciens.** Peu d'établissements refuseraient l'opportunité d'accroître leur autonomie. Cependant, une plus grande responsabilité décisionnelle financière s'accompagne d'un besoin de processus de GFP solides et de capacités du personnel importantes. Une meilleure gestion financière contribuera directement à améliorer la gestion de la prestation des services offerte aux clients et aux communautés. Les responsables peuvent ne pas adopter l'autonomie s'ils craignent des conséquences punitives en cas d'échecs potentiels ou si la charge de travail supplémentaire interfère avec leurs tâches cliniques.

**Le transfert direct de fonds aux prestataires peut ou non s'accompagner d'une décentralisation complète des responsabilités du comptable aux responsables d'établissement.** Par exemple, en Ouganda et en Tanzanie, depuis la mise en œuvre du transfert direct aux établissements, les responsables sont chargés de s'assurer que les fonds publics reçus par les établissements sont budgétisés, exécutés et présentés dans des rapports financiers conformément à la réglementation de la GFP. Dans d'autres pays, l'autorité responsable du paiement des établissements – souvent une autorité locale – est seule responsable de l'utilisation des fonds, comme un système d'avances temporaires (ou fonds fixe de caisse). La délégation complète des fonctions de comptable aux responsables d'établissement est susceptible de leur faire assumer d'importantes responsabilités administratives et juridiques supplémentaires, alors qu'ils sont déjà chargés de communiquer un grand nombre d'indicateurs cliniques et d'indicateurs de performance.

**Dans les cas où les responsables d'établissement doivent assumer l'entière responsabilité d'un comptable, il est essentiel que la réglementation en matière de GFP qu'ils doivent suivre soit bien définie et clairement communiquée.** La clarté de la réglementation, des règles et des processus peut contribuer à une meilleure acceptation, en apportant un soutien et des conseils aux responsables dans l'exercice de leurs fonctions. Par exemple, en Tanzanie, le système de comptabilité et de rapports financiers des établissements a joué un rôle déterminant dans la formalisation et l'application des

règles et des processus de GFP à suivre (Mtei, 2020). En Ouganda, des directives ont été élaborées pour décrire clairement les réglementations pertinentes applicables aux prestataires, accompagnées de descriptions détaillées de tous les processus de GFP à suivre par le personnel des établissements. Cependant, aucun système TI n'a été mis en place pour les aider à accomplir ces tâches (TW et ODI, à paraître).

**Étant donné que les responsables d'établissement sont des cliniciens sans expérience dans le domaine de la gestion financière, il est crucial qu'ils reçoivent un soutien adéquat.** Dans les grands établissements, tels que les hôpitaux de district ou les centres de santé chargés des soins hospitaliers, il est peu probable que les responsables aient le temps de superviser les tâches comptables et doivent donc être appuyés par un personnel financier ou un comptable. Cependant, il n'est peut-être pas logique ou faisable d'embaucher un comptable dans les petits établissements. Les petits dispensaires, souvent dirigés par une infirmière ou un infirmier, peuvent être aidés par des agents des autorités locales ou des comptables de plus grands établissements. Par exemple, en Ouganda, les responsables des centres de santé II et III sont appuyés par le comptable du sous-comté (ThinkWell et ODI, à paraître). Ce comptable les aide aussi bien dans le processus de budgétisation que dans le processus de reporting. Il veille à ce que toutes les pièces justificatives soient recueillies, que les dépenses soient comptabilisées et que les comptes soient rapprochés des états financiers à la fin de la période de reporting. Il importe que la décentralisation des responsabilités en matière de GFP soit progressive et s'aligne sur les capacités des établissements. Dans un premier temps, la décentralisation complète des responsabilités ne peut être accordée qu'aux plus grands établissements, avec la possibilité de l'étendre à d'autres à un stade ultérieur, lorsque les systèmes de soutien nécessaires auront été mis en place.



## Références

- Banque mondiale, 2018. "Impact Evaluation of Nigeria State Health Investment Project."
- Barasa Edwine, Lizah Nyawira, Anita Musiega, Angela Kairu, Stacey Orangi et Benjamin Tsofa, 2022, "The Autonomy of Public Health Facilities in Decentralised Contexts: Insights from Applying a Complexity Lens in Kenya." *BMJ Global Health* 7 (11): e010260. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010260>.
- Barroy Helene, Mark Blecher et Jason Lakin, eds, 2022, "How to Make Budgets Work for Health? A Practical Guide to Designing, Managing and Monitoring Programme Budgets in the Health Sector." OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049666>.
- Barroy Hélène, Joseph Kutzin, Seydou Coulibaly, Alexis Bigeard, S Pierre Yaméogo, Jean-François Caremel et Catherine Korachais, 2022a, "Public Financial Management as an Enabler for Health Financing Reform: Evidence from Free Health Care Policies Implemented in Burkina Faso, Burundi, and Niger." *Health Systems & Reform* 8 (1): e2064731. <https://doi.org/10.1080/23288604.2022.2064731>.
- Barroy Hélène, Joseph Kutzin, Seydou Coulibaly, Alexis Bigeard, S Pierre Yaméogo, Jean-François Caremel et Catherine Korachais, 2022b, "Public Financial Management as an Enabler for Health Financing Reform: Evidence from Free Health Care Policies Implemented in Burkina Faso, Burundi, and Niger." *Health Systems & Reform* 8 (1): e2064731. <https://doi.org/10.1080/23288604.2022.2064731>.
- Barroy Kabaniha, G., Boudreaux, C., Cammack, T. et Bain, N. 2019, "Leveraging Public Financial Management for Better Health in Africa: Key Bottlenecks and Opportunities for Reform." Organisation mondiale de la santé, <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Cashin Cheryl, Danielle Bloom, Susan Sparkes, Helene Barroy, Joseph Kutzin et Sheila O'Dougherty, 2017, "Aligning Public Financial Management and Health Financing." WHO.
- Cashin Cheryl, John Langenbrunner et Sheila O'Dougherty, 2009, *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-to Manual*. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7815-1>.
- Gatome-Munyua Agnes, Isidore Sieleunou, Orokia Sory et Cheryl Cashin, 2022, "Why Is Strategic Purchasing Critical for Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa?" *Health Systems & Reform* 8 (2): e2051795. <https://doi.org/10.1080/23288604.2022.2051795>.
- Gauthier Bernard, 2020, "PETS as a Tool to Improve Accountability and Transparency in Public Services." In. London.
- Hanson Kara, Nouria Brikci, Darius Erlangga, Abebe Alebachew, Manuela De Allegri, Dina Balabanova, Mark Blecher et al., 2022a, "The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care: Putting People at the Centre." *The Lancet Global Health* 10 (5): e715–72. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5).



- Hanson Kara, Nouria Brikci, Darius Erlangga, Abebe Alebachew, Manuela De Allegri, Dina Balabanova, Mark Blecher et al., 2022b, "The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care: Putting People at the Centre." *The Lancet Global Health* 10 (5): e715–72. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5).
- Hart Tom, Michael Mbate, Shakira Mustapha et Lionel Roger, 2021, "Health Spending in Africa in the Time of Covid-19: Challenges and Opportunities", non publié, ODI.
- Kuwawenaruwa August, Michelle Remme, Gemini Mtei, Suzan Makawia, Stephen Maluka, Ntuli Kapologwe et Josephine Borghi, 2018, "Bank Accounts for Public Primary Health Care Facilities: Reflections on Implementation from Three Districts in Tanzania." [https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4656358/1/Kuwawenaruwa-et-al-2018\\_bank\\_accounts\\_for\\_public\\_primary.pdf](https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4656358/1/Kuwawenaruwa-et-al-2018_bank_accounts_for_public_primary.pdf).
- Kuwawenaruwa August, Michelle Remme, Gemini Mtei, Suzan Makawia, Stephen Maluka, Ntuli Kapologwe et Josephine Borghi, 2019. "Bank Accounts for Public Primary Health Care Facilities: Reflections on Implementation from Three Districts in Tanzania." *The International Journal of Health Planning and Management* 34 (1). <https://doi.org/10.1002/hpm.2702>.
- Lacroix Antoine et Serebro Danielle, à paraître, "Public Financial Management Responsiveness in Emergencies: Regional and Global Lessons." ODI et UNICEF.
- Long Cathal, Marco Cangiano, Emily Middleton et James Stewart, 2023a. "Digital Public Financial Management: An Emerging Paradigm." ODI. [https://cdn.odi.org/media/documents/DPF\\_WP\\_Digital\\_Public\\_Financial\\_Management\\_-\\_An\\_emerging\\_paradigm.pdf](https://cdn.odi.org/media/documents/DPF_WP_Digital_Public_Financial_Management_-_An_emerging_paradigm.pdf).
- Long Cathal, Marco Cangiano, Emily Middleton et James Stewart, 2023b, "Digital Public Financial Management: An Emerging Paradigm." ODI. [https://cdn.odi.org/media/documents/DPF\\_WP\\_Digital\\_Public\\_Financial\\_Management\\_-\\_An\\_emerging\\_paradigm.pdf](https://cdn.odi.org/media/documents/DPF_WP_Digital_Public_Financial_Management_-_An_emerging_paradigm.pdf).
- Mtei, Gemini, 2020. "Direct Facility Financing: Tanzania Health Sector Experience." WHO. [www.pfm4health.net/\\_files/ugd/18961e\\_2a275ed65c34411aa2e1d8fd3f59dd08.pdf](http://www.pfm4health.net/_files/ugd/18961e_2a275ed65c34411aa2e1d8fd3f59dd08.pdf).
- NYU Wagner-ODI, 2021, "An Intergovernmental Perspective on Managing Public Finances for Service Delivery." <https://wagner.nyu.edu/files/faculty/NYU-ODI-Intergovernmental-Perspective-on-Managing-Public-Finances-for-Service-Delivery-May-2021-Final.pdf>.
- Offosse Marie-Jeanne, 2022, "Devolution of the Health Sector to Communes: A Misfit in the National Health System Governance Framework and Management Shortfalls in Burkina Faso. Case Study Series on Devolution, Health Financing, and Public Financial Management." ThinkWell. <https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2022/04/Burkina-Faso-Case-Study-April-2022.pdf>.
- OMS, 2022a, "Direct Facility Financing: Concept and Role for UHC." OMS.
- OMS, 2022b, "Direct Facility Financing: Concept and Role for UHC." OMS.
- Piatti-Fünfkirchen, Moritz, Helene Barroy, Fedja Pivodic et Federica Margini, 2021a, "Budget Execution in Health." Banque mondiale.

- Piatti-Fünfkirchen Moritz, Helene Barroy, Fedja Pivodic et Federica Margini, 2021b, "Budget Execution in Health." Banque mondiale.
- Piatti-Fünfkirchen Moritz, Sierd Hadley et Benoit Mathivet, 2021, "Alignment of Performance-Based Financing in Health with the Government Budget: A Principle-Based Approach." Banque mondiale.  
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/935821632462316181/pdf/Alignment-of-Performance-Based-Financing-in-Health-with-the-Government-Budget-A-Principle-Based-Approach.pdf>.
- Piatti-Fünfkirchen Moritz, Ali Hashim et Khuram Farooq, 2019, "Balancing Control and Flexibility in Public Expenditure Management Using Banking Sector Innovations for Improved Expenditure Control and Effective Service Delivery." Banque mondiale.
- Robinson Marc, 2007, *Performance Budgeting*. FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL.  
<https://doi.org/10.5089/9780230553569.071>.
- Ruhago George M., Michael B. John, Frida N. Ngalesoni, Daudi Msasi, Ntuli Kapologwe, James T. Kengia, Elias Bukundi, Regina Ndakidemi et Maverere A. Tukai, 2023, "Understanding the Implication of Direct Health Facility Financing on Health Commodities Availability in Tanzania." Édité par Cynthia Chen. *PLOS Global Public Health* 3 (5): e0001867.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001867>.
- Serebro Danielle et Tom Hart, à paraître, "What Can a Finance Ministry Do for Health Spending? A Public Finance Perspective on Increasing Health Spending Efficiency." ODI.
- ThinkWell et ODI, à paraître, "Exploring the Role of Public Financial Management Arrangements and Financial Autonomy for Direct Facility Funding: A Case Study from Uganda."
- ThinkWell et ODI, à paraître, "Synthesis Report: Health Facility Financing in Burkina Faso, Uganda, Philippines, Pakistan, Kenya and Indonesia."
- ThinkWell et Organisation mondiale de la santé, 2022a, "Is Decentralisation Friend or Foe to Agile Public Financial Management in Health? Findings from Burkina Faso, Indonesia, Kenya, Mozambique, Nigeria, the Philippines, Uganda, and the United Republic of Tanzania." Thinkwell. <https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2022/06/Is-decentralization-friend-or-foe-to-agile-public-financial-management-in-health-1.pdf>.
- ThinkWell et Organisation mondiale de la santé, 2022b, "Is Decentralisation Friend or Foe to Agile Public Financial Management in Health? Findings from Burkina Faso, Indonesia, Kenya, Mozambique, Nigeria, the Philippines, Uganda, and the United Republic of Tanzania." Thinkwell. <https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2022/06/Is-decentralization-friend-or-foe-to-agile-public-financial-management-in-health-1.pdf>.