

Obtenir des ressources nationales¹ pour les dossiers d'investissement : Intégration des priorités du dossier d'investissement dans le budget du gouvernement et suivi des progrès au fil du temps

Contents

1. Pourquoi cette note?	2
1.1. Contexte.....	2
1.2. Objectif.....	3
1.3. Audience cible	3
1.4. Mises en garde	3
2. Phases et étapes proposées pour lancer ces travaux	4
2.1. 1ère phase : phase préparatoire.....	5
1ère étape. Comprendre le processus budgétaire, le système d'information budgétaire et la classification budgétaire	5
2ème étape. Comment les dépenses publiques sont-elles actuellement réparties dans le secteur de la santé ?	10
2.2. 2ème phase : développement du dossier d'investissement	11
3ème étape. Aligner les priorités du DI au processus budgétaire et de classification du ministère de la Santé.....	11
4ème étape. Le processus de réaffectation et l'influence sur le processus budgétaire.....	15
2.3. 3ème phase : suivi de la mise en œuvre du DI	15
5ème étape. suivi des ressources en fonction des priorités du DI pour suivre l'accroissement des ressources nationales	15
3. Annexes: outils	17
3.1. Feuille de route pour obtenir du financement national pour les priorités du DI	17

¹ Ces lignes directrices se focalisent sur le financement national car un document séparé est en cours de préparation, pour mieux guider la mobilisation et le suivi des ressources externes associées au DI. Idéalement, nous voudrions avoir un système qui assure le suivi des financements nationaux et externes associés au DI au niveau national. Cependant, il n'est pas possible réaliser ceci à court terme, car le budget et les dépenses de santé externes et gouvernementales ne sont pas stockés dans une seule base de données. De plus, nous prenons du recul car le GFF n'a pas obtenu suffisamment de résultats en matière de mobilisation et d'alignement des ressources nationales dans le cadre des priorités du DI, d'où l'importance accordée à cette note sur le financement national qui propose une feuille de route pour y parvenir.

3.2. Cahier des charges du consultant en GFP en FR et en EN pour aligner la priorité du DI au processus budgétaire.....	17
3.3. Liste des consultants ST en GFP/Gouvernance.....	17
3.4. Liste des membres d'équipe de BOOST de la Banque mondiale dans les pays du GFF.....	18
3.5. Statu quo des pays du GFF sur les priorités du DI et alignement du budget du ministère de la Santé.....	19

1. Pourquoi cette note ?

1.1. Contexte

Le mécanisme de financement mondial (GFF) a pour objectif d'accélérer les efforts visant à mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents et à améliorer la santé et la qualité de vie des femmes, des adolescents et des enfants d'ici 2030, contribuant ainsi à la réalisation de la couverture de santé universelle (CSU). Il reste un grand déficit de financement - 33,3 milliards de dollars rien qu'en 2015 dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure - pour permettre la mise à l'échelle des services, ce dont le GFF compte remédier en renforçant le financement provenant de sources à la fois nationales et internationales. Pour cela, le GFF aide les gouvernements à développer des dossiers d'investissement prioritaires (DI), qui définissent les priorités gouvernementales que les financiers peuvent soutenir.² Pour mettre en œuvre les priorités du DI, le GFF soutient le gouvernement dans la mobilisation des ressources du secteur privé, des gouvernements et des bailleurs de fonds externes, y compris du fonds fiduciaire du GFF.

Pour le GFF, il est essentiel de garantir que les DI soient progressivement financés par des ressources nationales, permettant ainsi au secteur de la santé d'avoir une base de résultats durables. Pour ce faire, la création d'un dialogue constructif entre le ministère de la Santé (MOH) et le ministère des Finances (MOF) constitue une étape primordiale, pour assurer que les priorités du DI soient clairement reflétées dans le budget du gouvernement et que l'on puisse mesurer leur progression et leur utilisation au fil du temps. Bien que l'alignement des priorités du DI au budget de la santé soit au cœur de la proposition de valeur du GFF, l'alignement des plans nationaux des pays au budget ne constitue pas un nouveau sujet dans les pays à faible revenu (PFR). Au cours des 20 dernières années, plusieurs PFR ont essayé de refléter les priorités des stratégies nationales dans leur budget grâce à la budgétisation basée sur la performance (case 1). Cette approche diffère de la budgétisation en dehors des programmes, dans laquelle les catégories économiques (salaires, biens, services, transferts) et les catégories administratives (ministères) sont au centre du budget et ne sont pas liées aux extrants du secteur. Dans le secteur de la santé, quelques pays ont essayé d'aligner les priorités ou le programme de la stratégie nationale de santé au budget, à l'aide de la budgétisation des programmes, un type de budget basé sur les performances (case 1). Cependant, le processus a été lent car il nécessite des réformes au niveau de la gestion des finances publiques (GFP). On peut dire que le GFF s'est engagé à soutenir les pays qui accélèrent ces réformes, car il considère la budgétisation des programmes ou les réformes des budgets de performance comme un moyen qui permet de mieux suivre les ressources nationales associées au DI.

² Dans certains pays soutenus par le GFF, les gouvernements ont opté pour des stratégies nationales de santé prioritaires au lieu des cas d'investissement (par exemple, l'Éthiopie et la Tanzanie).

La mise en œuvre de ce programme (alignement des priorités du DI à la structure budgétaire du ministère de la santé) est complexe. Par exemple, parmi les pays du GFF, il y en a seulement quelques-uns qui s'efforcent de créer un lien direct entre le processus budgétaire du gouvernement et les priorités du DI (ou stratégies nationales de santé). Cette étape importante n'a pas été systématiquement adoptée dans tous les pays du GFF.

1.2. Objectif

L'objectif de cette note est de présenter des conseils pratiques à tous les points focaux du GFF et aux TTL travaillant sur les pays soutenus par le GFF, expliquant la manière dans laquelle on peut garantir que les ressources nationales soutiennent les priorités du DI. Cette note souligne les étapes critiques permettant de lier les priorités du DI au budget, ainsi que les outils pour y parvenir.

1.3. Audience cible

Il vise les TTL et les points focaux du GFF, ainsi que les officiers de liaison (Secrétariat) actifs dans les pays soutenus par le GFF. Principalement les pays qui sont sur le point de développer ou qui ont un DI et/ou une stratégie de santé nationale prioritaire, mais qui n'ont pas encore créé un lien fiable entre ses priorités et le budget gouvernemental du ministère de la Santé. Si le DI a déjà été développé, les travaux décrits ci-dessous seront améliorés.

1.4. Mises en garde

Bien que cette note soit rédigée sous forme de manuel standardisé, nous sommes conscients des grandes différences qui existent entre les pays qui bénéficient du soutien du GFF. Ce travail est également très complexe et nécessite des compétences et une expérience dans les domaines techniques du financement de la santé et de la GFP. Nous avons rédigé cette note en vue de guider les points focaux du GFF et les TTL qui manqueraient de cette expérience. En même temps, nous reconnaissons que les recommandations faites ici ne peuvent pas remplacer l'expérience pratique. Pour faire face à ce problème, nous recommandons de faire appel à des consultants locaux, régionaux ou internationaux offrant ce type d'expertise. Il est également possible d'entrer en contact avec l'équipe de financement de la santé (HF) du GFF, particulièrement dans les cas où les données nécessaires ne sont pas disponibles.

Case 1. Définition de la budgétisation basée sur la performance et de la budgétisation des programmes, une forme de budgétisation basée sur la performance

Les termes "budgétisation de la performances", "budgétisation basée sur la performance" et "budgétisation basée sur les résultats" sont similaires et présentent une caractéristique commune : ils visent tous à introduire des informations sur la performance dans les processus budgétaires. L'OCDE (2007a) a défini la budgétisation de la performance comme une forme de budgétisation qui relie les fonds alloués à des résultats mesurables. Robinson (2007) définit la budgétisation de la performance comme un système budgétaire qui vise à améliorer la rentabilité et l'efficacité des dépenses publiques, en liant le financement des organisations du secteur public aux résultats qu'elles obtiennent. **Un budget basé sur les résultats est adopté pour combler les déficits du budget annuel traditionnel par ligne (ou par intrant), notamment son manque d'attention aux objectifs des dépenses publiques.** Le changement vers la PPBB devrait permettre de clarifier les liens entre les intrants, les extrants et les résultats, et de fournir un outil pour la prise de décision budgétaire basé sur les informations liées à la performance. En rendant explicites les objectifs et les résultats des dépenses budgétaires, les gestionnaires des budgets de programmes peuvent être tenus redevables devant le législateur et les citoyens. **Dans les systèmes de budgétisation de la performance, les gestionnaires de budget doivent 'produire' des extrants et contribuer aux résultats.** Les gestionnaires de budget ont le pouvoir de dépenser et la flexibilité de choisir les ressources (intrants). Les gestionnaires de budget sont tenus redevables devant le Parlement et le public. En revanche, dans les systèmes budgétaires traditionnels, un ministère des Finances (MoF) central contrôle les processus budgétaires et les

dépenses d'intrants. Les systèmes budgétaires "basés sur les intrants" affaiblissent la responsabilité des ministères qui dépensent, en ce qui concerne l'obtention de résultats.

Les pressions exercées pour introduire des réformes au niveau de la PPBB proviennent de pays individuels, d'organismes régionaux en Afrique et de la communauté internationale de bailleurs de fonds, qui a souvent soutenu les réformes par une assistance technique. Par exemple, le FMI a fourni une assistance technique pour la préparation des directives de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) et de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC), qui ont été adoptées par les conseils des ministres en 2009 et 2011. Ces directives imposent aux 14 pays membres francophones de passer à la budgétisation des programmes. Dans certains pays, les institutions financières internationales ont exigé l'adoption de CDMT (première étape vers la PPBB) comme condition pour le décaissement des prêts et de l'aide budgétaire.

Tous les modèles de budgétisation des performances se caractérisent par le fait qu'ils essaient de créer un lien entre le financement du budget et les résultats. Certains 'modèles' de budgétisation basée sur la performance, y compris **la budgétisation des programmes** (voir ci-dessous), sont des systèmes utilisés à travers tout le gouvernement. D'autres appliquent **la budgétisation de la performance uniquement à des secteurs particuliers**. Alors que certains systèmes de budgétisation de la performance visent principalement à améliorer la priorisation des dépenses, d'autres se focalisent principalement **sur l'amélioration de la rentabilité et de l'efficacité des dépenses**. Les systèmes budgétaires doivent également pouvoir **améliorer l'équité des dépenses** (c'est-à-dire veiller à ce que les populations pauvres bénéficient davantage de la politique de dépenses).

La budgétisation des programmes est une forme de budgétisation de la performance dans laquelle les dépenses budgétaires sont prévues et gérées en fonction du programme. Les objectifs de chaque programme budgétaire sont clairement définis et officiellement approuvés par le gouvernement et la législature. Les programmes pourraient être décomposés en d'autres programmes et/ou activités, auxquels des indicateurs de performance et des objectifs peuvent être associés. Un système complet de budgétisation des programmes diffère d'un système de budgétisation des crédits en dehors des programmes, dans lequel les catégories économiques, telles que les salaires, les biens et services, les transferts et le capital, et/ou les catégories administratives (par exemple, le ministère) sont au centre de la loi annuelle de finances ou de la (des) loi(s) de crédits.

Source : Collaborative African Budget Reform Initiative, 2013. Performance and programme-based budgeting in Africa: A status report (La budgétisation basée sur la performance et les programmes en Afrique : un rapport de situation).

2. Phases et étapes proposées pour lancer ces travaux

Figure 1. Résumé de l'approche visant à obtenir des ressources nationales pour le DI/la stratégie nationale de santé



2.1. 1ère phase : phase préparatoire

1ère étape. Comprendre le processus budgétaire, le système d'information budgétaire et la classification budgétaire

Objectif : recueillir des informations de base sur le processus budgétaire, les systèmes existants de suivi des dépenses, la structure/classification, pour comprendre comment les priorités futures du DI peuvent être alignées à celui-ci et bénéficier d'un financement renforcé au fil du temps.

Il est essentiel de comprendre les cycles budgétaires et la manière dont les dépenses sont classées et suivies, car cela influera la manière dont les priorités du DI seront codifiées dans le budget. La modification des systèmes de suivi des dépenses et des plans comptables est un processus lent et ne se limite pas au ministère de la Santé, puisqu'il adopte le système utilisé au sein du gouvernement. Ainsi, le DI devra s'adapter au système de classification budgétaire et non l'inverse, autant que possible.

Case 1. Définition et application de l'initiative BOOST	
Définition	Obtention de soutien de l'équipe BOOST de la Banque mondiale (pôle mondial d'expertise en gouvernance)
<ul style="list-style-type: none"> • BOOST : un outil analytique qui peut être utilisé pour améliorer la qualité des dépenses publiques et qui est basé sur des données obtenues directement auprès des ministères des Finances. L'outil se présente sous la forme d'une feuille de calcul Excel, facile à utiliser. Les données de BOOST proviennent directement des systèmes nationaux de gestion financière intégrés (IFMIS), qui sont nettoyés et formatés dans un modèle commun pour tous les pays, puis validés en fonction des rapports nationaux sur les dépenses et la comptabilité. BOOST peut également être ajusté pour permettre d'améliorer la disponibilité des données concernant les informations spécifiques à un secteur, tels que les intrants sectoriels (formations sanitaires, agents de santé, distribution de médicaments), la performance (prestation de services) et les informations démographiques (pauvreté). • BOOST ajoute une valeur essentielle à ses données : elles sont propres, harmonisées entre les pays et accessibles au public. L'initiative de données BOOST a été lancée et gérée par le pôle mondial d'expertise en gouvernance de la Banque mondiale, en vue d'assurer l'harmonisation des données et l'accès du public ; il soutient également les équipes nationales avec ce produit (voir ci-dessous). • En Éthiopie, par exemple, BOOST consolidera plusieurs bases de données existantes comprenant les données financières du gouvernement et elle aidera à définir les priorités du DI (= plan de transformation du secteur de la santé ou HSTP) dans le cadre de la classification actuelle du ministère de la Santé, pour déterminer si les priorités du HSTP 	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe de financement de la santé du GFF a mis en place une collaboration avec l'équipe de BOOST. Elle est gérée par Massimo Mastruzzi (mmastruzzi@worldbank.org). Une liste des coordinateurs BOOST est disponible dans tous les pays avec BOOST (voir annexe). Si vous souhaitez développer BOOST pour renforcer le suivi des ressources nationales et mieux aligner les ressources du DI au budget du ministère de la Santé, vous pouvez contacter Massimo et lui demander de vous indiquer les étapes à suivre (normalement, il s'agit d'une discussion avec l'économiste pays et quelques responsables de programme). • Si vous travaillez dans un pays avec une initiative BOOST existante et que vous souhaitez utiliser BOOST pour mieux suivre les ressources nationales et mieux aligner les ressources du DI au budget du ministère de la Santé, vous pouvez contacter le coordinateur BOOST du pays pour savoir comment il/elle pourrait vous aider ou le mettre en contact avec le consultant en GFP qui pourrait faire ce travail. • Tous les coordinateurs nationaux de BOOST n'auront pas la capacité de faire ce travail. Dans le cas de l'Éthiopie, le coordinateur BOOST aide le GFF à répondre à ces demandes, mais dans le cas du Sénégal, c'est un autre consultant en GFP qui le fait - travaillant avec le coordinateur BOOST au cas où il aurait des questions. Dans le cas de l'Éthiopie, le GFF passe un contrat de 30 jours avec le coordinateur BOOST pour aligner les priorités du DI à la classification budgétaire et finaliser le BOOST santé. Dans le cas du Sénégal, si nécessaire, le code du GFF peut être facturé par le coordinateur BOOST pendant quelques jours, si le consultant en GFP a vraiment besoin de son soutien. Le Sénégal dispose d'un programme complet de BOOST alors que ce n'est pas le cas en Éthiopie.

sont soutenues par un accroissement des ressources nationales.

Source : Auteurs basés sur les matériaux de BOOST.

Durant le développement du DI, il faut examiner les documents existants (par exemple, les revues des dépenses publiques (PER), les évaluations des systèmes de financement de la santé (HFSA), etc. et discuter avec les collègues du pôle mondial d'expertise en gouvernance (GP) de la Banque mondiale - y compris les collègues qui font les travaux d'analyse des données sur le budget et les dépenses du gouvernement, par exemple ceux de BOOST³ (voir la case 1) - les partenaires du développement impliqués dans le financement de la santé et les représentants des ministères des Finances et/ou de l'unité fiduciaire du MOH pour comprendre :

- A. **Le cycle budgétaire** : il est important de garder à l'esprit les dates importantes des points de décision et la manière dont il peut être influé, ainsi que la structure du budget et le processus de planification, pour comprendre comment les priorités du DI sont intégrées dans ce processus une fois que les priorités du DI sont définies. Au Mozambique, par exemple, l'engagement du DI dans ce processus devrait commencer au début de chaque exercice financier, pour planifier la croissance des dépenses de santé pour l'exercice suivant, comme le résume le tableau 1.

Tableau 1 : calendrier annuel de formulation du budget et plan d'action pour l'engagement du DI au Mozambique

Mois	Calendrier budgétaire annuel du gouvernement du Mozambique (GoM)	Actions prioritaires pour s'engager avec les priorités du DI du GoM
Oct. - Déc	--	Entamer des discussions avec le ministère de l'économie et des finances (MEF) et la direction de l'administration et des finances du ministère de la santé (MISAU DAF) pour obtenir les données du dernier rapport sur l'exécution du budget (REO) pour la santé
Janv - mars	Les districts examinent les plans et collectent des statistiques pour informer les besoins en matière de dépenses.	Examiner les données de l'année précédente en fonction de l'augmentation prévue des investissements (documents nécessaires : données du e-SISTAFE et rapport trimestriel sur l'exécution du budget de santé) ; examiner le plan économique et social global (PES) de l'année dernière avec des propositions d'augmentation pour l'année suivante.
Février - avril	Le cadre fiscal à moyen terme (CFMP) est élaboré - les limites budgétaires initiales sont communiquées et les propositions budgétaires sont soumises au gouvernement central pour leur revue.	Entamer des discussions avec les points focaux provinciaux sur le processus budgétaire et les objectifs budgétaires prévus pour chaque unité de dépenses.
31 mai	Le gouvernement central communique la deuxième limite budgétaire et les recommandations budgétaires.	Modifier les objectifs du DI en fonction des projections du CFMP et des limites budgétaires pour l'année.
Juin – juill.	Des réunions provinciales et sectorielles de planification sont organisées.	La DAF, travaillant avec la DAF provinciale, et impliquant les points focaux provinciaux des PHCS P4R, discutant des priorités du DI dans les budgets provinciaux.
Août	Les propositions budgétaires sont soumises et consolidées pour les provinces, les districts et les secteurs	Examiner le PSE Global par rapport aux objectifs du DI et les discussions avec le MISAU DAF avant leurs réunions avec le MEF sur les allocations sectorielles totales. Les partenaires

³ BOOST est une plateforme conviviale qui permet d'accéder aux données du budget et des dépenses pour l'analyse des dépenses. Pour plus d'informations : <http://wbi.worldbank.org/boost/tools-resources/topics/general-techniques/how-usebuild-boost>.

		qui fournissent un soutien hors budget aligneront leurs contributions aux dépenses nationales de santé à travers le PES Global
Sept	Le PES et le budget d'état (OE) sont soumis au Conseil des ministres pour qu'ils soient approuvés avant le 15 septembre, puis au Parlement pour qu'il les approuve avant le 30 septembre.	Examiner les dépenses finales approuvées pour le secteur de la santé dans le OE en tant que proportion des dépenses publiques totales et pour certaines provinces.
15 déc.	Date finale d'approbation du PES et du OE par le Parlement.	Entamer des discussions avec la DAF sur les allocations dans le module d'exécution du budget (MEX) et les flux de fonds vers les formations sanitaires locales; suivre les ajustements budgétaires en milieu d'année.

Source : Sally Tolbert, Mozambique PFM Briefing Note, September 2017 (Note de synthèse de la GFP du Mozambique, septembre 2017)

B. **Systemes d'information sur le budget / les dépenses** : commencer à rassembler des informations sur les systèmes d'information financière existants au ministère de la Santé ou/et au ministère des Finances, en compilant les ressources nationales et les problèmes potentiels :

- Le système de gestion financière intégrée (IFMIS) (voir la case 3) est utilisé pour suivre les dépenses du gouvernement. Les questions clés sont les suivantes : existe-t-il un IFMIS ? Est-ce qu'il saisit toutes les sources de financement nationales, y compris le financement externe budgétisé ? Est-il opérationnel à tous les niveaux administratifs ? Si le système IFMIS n'est pas convivial pour cet exercice de cartographie et de suivi, BOOST, un outil analytique contenant des données du IFMIS, peut être utile (voir la définition dans la case 1).
- BOOST est-il disponible ? Est-il utilisé et plus convivial que le IFMIS ou qu'une autre base de données financières existante ? Y a-t-il un défi particulier lié au IFMIS et BOOST ? Si BOOST n'est pas utilisé, permettrait-il de mieux suivre les ressources nationales liées aux priorités du DI ou de la stratégie nationale de santé ?

Case 3. Définition et utilisation du IFMIS

- **Un IFMIS est un système d'information qui suit les événements financiers et résume les informations financières.** Dans le domaine gouvernemental, les systèmes IFMIS doivent être conçus pour soutenir les différentes fonctions du secteur public. Ils doivent être capables de gérer et de communiquer tous les mouvements financiers pour la structure complexe des organisations budgétaires. L'intégration est essentielle au fonctionnement d'un IFMIS. L'intégration, qui utilise un système de stockage de données, assure que chaque unité et chaque utilisateur respectent des normes, des règles et des procédures communes et contribue à la protection contre les utilisations non autorisées ou imprudentes des fonds budgétaires. Il permet également aux utilisateurs, où qu'ils se trouvent dans le réseau du IFMIS, d'accéder au système et d'extraire les informations spécifiques dont ils ont besoin
- **Divers rapports peuvent être générés pour s'occuper de différents problèmes de budgétisation, de financement, de trésor public, de flux de trésorerie, de comptabilité, d'audit et de gestion quotidienne.** La mise en œuvre du IFMIS implique souvent des efforts simultanés pour unifier les classifications budgétaires et le plan comptable (CoA). Les codes et les classifications devront être mis en conformité avec les cadres de classification et de comptabilité standards, tels que les

statistiques des finances publiques du FMI et les normes comptables internationales du secteur public (IPSAS), et conçus pour répondre aux diverses exigences en matière de rapports. Néanmoins, les structures de classification existantes dans le pays ne devraient pas être ignorées.

Source : Rodin-Brown (2008), *Integrated Financial Management Information Systems : A Practical Guide (Systèmes de gestion financière intégré : un guide pratique)*

C. **Le système existant de classification budgétaire du gouvernement.** Les pays utilisent différentes méthodes pour classer les dépenses dans leurs systèmes de GFP. Nous avons cité un exemple du Mozambique ci-dessous. Il est important de se demander s'il existe des classificateurs et quels classificateurs pourraient être utilisés pour cartographier les priorités du DI. Les questions suivantes peuvent permettre d'identifier les classificateurs :

- Les classificateurs des programmes sont-ils utilisés ? Existe-t-il des classificateurs de programmes spécifiques qui correspondent aux priorités du DI ? Veuillez noter que certains pays pourraient avoir une approche de budgétisation des programmes (voir les cases 1 et 6), ce qui facilitera l'évaluation du système de classification.
- Des classificateurs géographiques sont-ils utilisés ? Dans quelle mesure sont-ils utilisés dans le système de santé (régions, districts ou / et formations sanitaires) ? Pouvez-vous les utiliser pour déterminer si vous pourriez surveiller un transfert des dépenses vers les régions les plus pauvres ou vers les établissements de SSP à travers le DI, par exemple ?
- Demandez si des classificateurs existants sont utilisés. Une grande partie des dépenses est-elle classée comme "non classée" ? (Cela nécessite une analyse des données [voir la deuxième étape], mais une enquête initiale peut donner une idée de la qualité des données et faciliter la deuxième étape.

Tableau 2. Exemple de classificateurs utilisés dans le budget du MOH du Mozambique

Classificateurs	Objectifs / Description
Fonctionnels (ex: défense, santé)	<p>Agrège les dépenses publiques en fonction des domaines d'action du gouvernement liés à la nature des fonctions de l'État. Généralement, ceux-ci suivent la classification internationale standard des fonctions des administrations publiques (CFAP).</p> <p>Développé par l'OCDE, la CFAP classifie les données sur les dépenses publiques du système de comptabilité nationale selon l'objectif pour lequel les fonds sont utilisés. La CFAP de premier niveau répartit les données sur les dépenses en dix groupes ou sous-secteurs "fonctionnels" de dépenses (tels que la défense, la santé, l'éducation et la protection sociale), et la CFAP de deuxième niveau répartit ensuite chaque groupe de premier niveau en un maximum de neuf sous-groupes. Pour la santé, il s'agit de: produits, appareils et équipements médicaux, services ambulatoires, services hospitaliers, services de santé</p>

	publique, R&D en santé, Santé n.e.c. Voici plus d'informations sur la CFAP.
Administratifs (par exemple, hôpitaux, unités de soins primaires)	Agrège les dépenses publiques pour chaque institution de l'État / unité de dépenses responsable de la formulation et de l'exécution du budget.
Programmes (par exemple, programmes de santé, programmes de santé reproductive, etc.)	Suit les activités du gouvernement en programmes et sous-programmes, dans la poursuite des objectifs du gouvernement en termes de politiques et permet de réaliser un suivi des résultats.
Économiques (salaires, allocations, biens, services, subventions, transferts, etc.)	Identifie la nature économique des dépenses.
Géographiques (par exemple, province x, district y)	Permet un suivi séparé pour le gouvernement central et chacun des gouvernements infranationaux au niveau des provinces et des districts.
Sources de financement (par exemple, trésorerie, prêts, dons, revenus propres)	Identifie la source de financement. L'identification détaillée de la source identifie le partenaire du développement spécifique.

Source : Sally Tolbert, Mozambique PFM Briefing Note, September 2017 (Note de synthèse de la GFP au Mozambique, septembre 2017)

→ **Livrables/étapes importantes:** 1) Quelques paragraphes de l'aide-mémoire ou du BTOR décrivant le cycle budgétaire du MOH, les systèmes d'information sur les dépenses, le système de classification budgétaire et une première réflexion sur la manière dont les priorités du DI pourraient être définies et intégrées dans le processus budgétaire et de planification (voir l'exemple du Mozambique ci-dessous) ; 2) un plan d'action ou une feuille de route à court terme ou les prochaines étapes évaluant ce qui doit être fait pour aligner le DI au budget du MOH, pour mieux suivre l'augmentation des ressources nationales.

Case 4 : Réflexion initiale sur la façon dont les priorités du DI pourraient être liées au budget au Mozambique

Le budget du Mozambique est principalement structuré comme un budget détaillé, avec peu d'informations sur les programmes ou les liens avec les extrants. Au sein de l'IFMIS, les informations liées au budget et aux dépenses utilisent un système de classification qui classe chaque transaction financière selon plusieurs dimensions dans les dossiers comptables. Les classificateurs les plus suivis sont les classificateurs administratifs, économiques et fonctionnels, mais les classificateurs fonctionnels présentent plusieurs limites qui empêchent leur utilisation efficace pour le suivi des dépenses de santé de la mère et de l'enfant. Ces limitations dans le processus de budgétisation actuel pourraient constituer un obstacle potentiel au suivi efficace des priorités du DI. Cependant, pour s'engager efficacement dans le processus de budgétisation, il sera probablement nécessaire de créer une version de la matrice de chiffrage du DI qui soit alignée à la structure budgétaire actuelle du Mozambique.

Source : Auteurs

2ème étape. Comment les dépenses publiques sont-elles actuellement réparties dans le secteur de la santé ?

Objectif : si elle n'est pas déjà disponible, mener une analyse de base des dépenses actuelles du gouvernement, afin de créer une base de référence qui peut servir de point de départ pour une discussion sur les changements attendus en termes de dépenses, en raison de la mise en œuvre du DI.

- Cette activité fait partie des "prochaines étapes" ; "feuille de route" indiquée à l'étape 1. C'est un processus que vous pouvez commencer à prospecter dès le début du processus de développement du DI.
- La Banque mondiale et d'autres partenaires réalisent souvent des PER ou HSFA ou des analyses similaires, c'est-à-dire un rapport qui se focalise sur l'analyse des dépenses du gouvernement. Ce que nous proposons à l'étape 2 est une "mini" PER. Si le pays dans lequel vous travaillez a récemment fait l'objet d'une PER, la 2ème étape pourrait être inutile car vous pourriez vous appuyer sur des informations existantes.
- Si la PER ou un rapport similaire n'est pas disponible, nous vous recommandons d'engager un consultant local ou international (voir le cahier des charges en annexe et l'équipe de STC) pour mener cette analyse. Les ressources pour cette étude devraient provenir des ressources affectées à la conception du DI (GFF Bank Executed). Le consultant peut également être recommandé par l'équipe de Gouvernance/BOOST (s'il y en a une qui est active dans votre pays GFF) ou par le MOH ou par un partenaire engagé dans la GFP ou le financement de la santé (par exemple, l'OMS, Gates, USAID, le Fonds mondial). De plus, ce consultant peut résumer le cycle et la structure du budget (réalisé à l'étape 1) si vous ne l'avez pas fait minutieusement. Idéalement, le consultant devrait avoir une bonne connaissance de la GFP en général et une connaissance locale de la GFP dans le pays où vous travaillez.
- Mener une analyse de base des données existantes sur le budget et les dépenses, en utilisant les données BOOST/IFMIS ou d'autres bases de données pour les identifier :
 - Comment les dépenses publiques sont-elles actuellement réparties dans le secteur de la santé ? (pour le financement externe qui est inscrit au budget, cela devrait également être inclus dans l'analyse)
 - Quel est le taux d'exécution du budget pour les différentes unités de dépenses ?
 - A la lecture des données, quels sont les défis actuels concernant la manière dont les dépenses sont suivies (par exemple, une grande partie des dépenses n'est pas classée ; certains codes ne sont jamais utilisés, ce qui empêche d'avoir une compréhension des ressources allouées et les données ne sont pas calculées aux niveaux décentralisés).
 - En étudiant les données, commencer à réfléchir aux types de changements au niveau des données sur les dépenses que nous pourrions observer en raison de la mise en œuvre du DI.

L'objectif de ce processus est d'identifier comment les dépenses sont faites et de créer une base de référence pour le DI.

→**Livrables/étapes importantes** : 1) cahier des charges et recrutement d'un consultant en GFP ou de HF pour réaliser une mini-PER, si cela n'a pas déjà été fait ; 2) rapport de base sur les dépenses de santé du gouvernement au cours des 5 dernières années par classificateur budgétaire, programme, zones géographiques, y compris une étude sur l'exécution du budget et des remarques sur les difficultés du système actuel.

2.2. 2ème phase : développement du dossier d'investissement

3ème étape. Aligner les priorités du DI au processus budgétaire et classification du ministère de la Santé

Objectif : Assurer que les priorités du DI soient reflétées dans le budget du MOH ou dans les budgets d'autres ministères sectoriels, avec des objectifs clairs.

Ce processus peut commencer dès que vous avez un dossier d'investissement avec une liste de priorités. Idéalement, les priorités du DI utiliseront les priorités existantes d'une précédente stratégie nationale de santé ; elles sont identifiées dans le budget et faciliteront l'alignement des priorités du DI au budget du MOH. Cette étape est plus facile dans les pays qui ont une approche de budgétisation par programme, car on peut lier les priorités du DI à la structure du programme du budget.

- Continuer à travailler avec le consultant en GFP chargé de cartographier les priorités finales du DI avec la classification budgétaire. Selon le pays, le consultant en GFP utilisera la structure IFMIS / budgétaire existante ou BOOST pour réaliser ce travail.
- Une fois ce travail effectué, le TTL, le point focal et l'officier de liaison du GFF - soutenus par le consultant en GFP engagé à l'étape 2 - peuvent entamer une discussion sur les changements auxquels on peut s'attendre, en ce qui concerne les dépenses pour chaque priorité (en raison de la mise en œuvre du DI ou de la stratégie nationale de santé), avec les ministères des Finances et/ou l'unité de planification/fiduciaire du MOH (selon les personnes impliquées dans ces décisions). Cette discussion doit également avoir lieu dans le cadre de la plateforme nationale du GFF. Cela étant dit, il s'agit d'une discussion hautement politique et avant de s'y engager, il serait important de définir une stratégie sur la manière dont le dialogue sera mené et avec qui. L'engagement des responsables de la mise en œuvre ou de certains responsables de programmes dans un tel dialogue pourrait compliquer l'affaire, car ils ont des intérêts particuliers. Par conséquent, il est très important d'établir l'ordre des réunions et d'avoir une connaissance des personnes qui y participent. Nous n'avons pas de recommandations spécifiques à ce sujet, car cela dépend fortement du contexte national et des personnes concernées. Les questions suivantes peuvent être posées :
 - Si le pays utilise des classificateurs de programmes (parce qu'ils ont une budgétisation par programme), quels programmes recevront une augmentation/diminution du financement dans le cadre de la mise en œuvre du DI ?
 - Y aura-t-il un transfert des allocations entre les différents niveaux administratifs de soins (hôpitaux vs. soins primaires) ou les différentes zones géographiques (certains districts avec des ressources insuffisantes recevront davantage de ressources) et comment pouvons-nous prévoir que cela se reflète dans le budget/les dépenses (transfert des allocations vers certaines unités administratives et géographiques) ?
 - Fixer des objectifs de dépenses explicites et réalistes qui sont définis sur une base annuelle pour la période du DI. Idéalement, les priorités du DI devraient être liées aux changements dans les allocations à des catégories budgétaires spécifiques ou à des classificateurs de dépenses qui peuvent ensuite être contrôlés et suivis, tant dans leur adoption dans le budget que dans les variations des dépenses au fil du temps. Ce travail sera entrepris par le consultant en GFP à la 2ème étape.
- Dans le processus de fixation des objectifs de dépenses, il est important de discuter également des contraintes politiques et bureaucratiques auxquelles les fonctionnaires du MOH pourraient être confrontés lors du transfert des ressources. Par exemple, il se peut qu'il ne soit pas possible, politiquement / administrativement (par exemple, les changements de formules d'allocation des

ressources pourraient nécessiter l'approbation des législateurs), de transférer les ressources d'une unité ou d'une zone à une autre au cours des années 1 et 2, mais il est plus facile de le faire progressivement par des allocations de ressources supplémentaires.

- D'autres priorités de la GFP pourraient découler de ce travail, par exemple, une assistance technique pour renforcer la capacité de l'unité fiduciaire du ministère de la Santé à mettre en œuvre la budgétisation des programmes, ou le soutien des unités budgétaires décentralisées pour qu'elles puissent utiliser les classificateurs budgétaires, etc. Cela pourrait être développé en un programme d'assistance technique soutenu par le fonds fiduciaire du GFF (TF) ou le GFF Bank Executed (BE) pour soutenir la mise en œuvre du DI du GFF. C'est également un élément qui pourrait être identifié pendant la phase préparatoire. Il est important de discuter de ces types de programmes avec des collègues qui soutiennent des efforts de réforme plus larges dans le domaine de la gestion des finances publiques, en dehors du secteur de la santé. Dans plusieurs cas, les efforts de réforme nationale qui sont pilotés dans un ministère sectoriel (tel que celui de la santé) - et cela pourrait être l'occasion de recevoir du soutien, des ressources et une adhésion, supplémentaires pour les réformes.

→ Livrables/étapes importantes: 1) évaluation de l'alignement des priorités du DI dans le cadre de la classification budgétaire du MOH, avec des objectifs de dépenses clairs ; 2) élaboration d'un programme d'assistance technique pour la GFP (si nécessaire) qui délimite des domaines précis de renforcement des capacités pour le système de GFP, afin d'accompagner des réformes budgétaires plus larges dans le secteur de la santé (par exemple, la budgétisation des programmes), qui sert également aux intérêts de la plateforme du GFF .

Remarque : dans les pays qui ont déjà un DI et dans lesquels ces travaux sont améliorés, les étapes 2 et 3 peuvent être effectuées en même temps par un consultant, du personnel disponible ou une organisation partenaire. Le consultant effectuera non seulement une mini-PER, mais il déterminera également les priorités du DI dans le cadre de la classification budgétaire actuelle du MOH, pour suivre la croissance des priorités du DI au fil du temps. Cependant, il est important de noter que les objectifs des dépenses doivent être discutés avec le gouvernement dans le cadre d'un dialogue politique et ne peuvent pas être décidés par un consultant.

Case 5. Mozambique : souligner les problèmes entre les priorités et le budget du DI et ce qui a été fait pour y remédier

Dans le cadre de la préparation du DI, une analyse a été menée sur les données des dépenses publiques et les systèmes fiduciaires et de GFP. Cette analyse a révélé de graves faiblesses en matière de GFP (par exemple, des ressources humaines et des capacités insuffisantes pour les fonctions clés des FP - en particulier aux niveaux décentralisés - des contrôles et des audits internes insuffisants, et une faible capacité d'achat, particulièrement pour les médicaments, les travaux civils et les équipements). Ces faiblesses réduisent la rentabilité des dépenses de santé, tout en compliquant le processus de suivi efficace qui permet de déterminer comment les ressources existantes sont dépensées. L'analyse a également révélé un désalignement du chiffrage du DI avec les classificateurs du budget national et une utilisation inadéquate de ces classificateurs dans e-SISTAFE (système IFMIS) ; elle a également révélé que les centres de coûts existants ne saisissent pas les dépenses des formations sanitaires en dessous du niveau des soins tertiaires. Pour résoudre ces problèmes, le GFF et ses partenaires soutiennent le gouvernement par le renforcement des capacités, la sensibilisation et des études sur demande permettant d'améliorer les systèmes de GFP - et pour recommander les réformes nécessaires permettant de suivre les dépenses de manière plus efficace. Ce domaine de travail contribuera au renforcement des systèmes de GFP et à l'amélioration du suivi de changements dans les dépenses au fil du temps, en fonction des priorités identifiées par le DI. Les livrables pour la première année de ce

programme ont compris (a) les preuves que les priorités du DI sont incluses dans les allocations budgétaires provinciales de l'année prochaine, (b) un rapport du suivi des dépenses de santé selon les priorités du DI pour la première année de mise en œuvre, (c) une analyse de la manière dont la structure actuelle de rapport doit changer, pour suivre les dépenses de manière plus efficace, et des recommandations claires pour la mise en œuvre des changements nécessaires. Le soutien durera des années, mais des mesures initiales sont prises pour renforcer les systèmes existants et améliorer le suivi du budget et des dépenses dans le futur.

Source : Auteurs

Case 6.RDC : lorsque l'élaboration d'un PNDS et la réforme de la budgétisation des programmes présentent l'opportunité d'aligner les priorités du DI au budget du MOH

La RDC a élaboré un dossier d'investissement (DI) en 2016, soutenu par le ministère de la Santé en 2017. Le dossier d'investissement se focalise sur 12 priorités dans 14 provinces avec les indicateurs de santé les plus faibles. Le principal facteur de coût est un ensemble de services de santé pour les mères, les enfants et les adolescents (priorité 1) qui doit être mis en œuvre à travers des achats stratégiques (priorité 5) et le contrat unique (priorité 9) au niveau provincial - un outil par lequel les bailleurs de fonds et les autorités provinciales mutualisent et suivent les ressources, pour mettre en œuvre l'ensemble de services de SRMNEA, en plus des activités essentielles du système de santé. Alors que le DI était aligné à 100% au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) ou Plan National de Développement Sanitaire, les deux priorités du PNDS et du DI n'étaient pas ancrées dans le budget. Un exercice détaillé de cartographie des ressources du DI a été entrepris, pour cartographier les ressources externes de chaque priorité du DI. Cet exercice a également inclus la cartographie des ressources du gouvernement, mais cela a été rendu presque impossible car la structure du programme était basée sur les intrants et sur des programmes qui ne correspondent ni au PNDS, ni au DI. Il n'a donc pas été possible de suivre les ressources gouvernementales pour les priorités spécifiques du PNDS et du DI en utilisant la structure budgétaire actuelle du MOH. Pour remédier à ce déficit, l'équipe du GFF avait pensé à relancer l'outil BOOST existant, afin de lier les priorités avec la classification basée sur les intrants, ce qui aurait nécessité un effort considérable de nettoyage des données. Cependant, en 2018, le ministre de la Santé a décidé d'actualiser le PNDS compte tenu de sa faible performance, en utilisant le processus de priorisation du DI du GFF et en le reliant à la budgétisation des programmes qui avait été lancée en RDC mais n'était toujours pas mise en œuvre. Actuellement, le PNDS a 3 nouvelles priorités : la fourniture de l'ensemble de services de SRMNEA à 50% de la population, y compris des mesures préventives contre les maladies non transmissibles (priorité 1), le renforcement du système de santé (priorité 2) et la gouvernance (priorité 3). Le comité chargé de finaliser le PNDS travaille avec une équipe d'assistance technique de la GFP pour aligner ces 3 priorités au budget actuel et actualiser la classification dans le contexte d'une réforme plus large du programme budgétaire du gouvernement. Cette réforme nécessite des indicateurs de performance pour chaque priorité ainsi que l'engagement du gouvernement et des bailleurs de fonds à être inclus dans le modèle de budgétisation des programmes, afin de déterminer la contribution supplémentaire du gouvernement à la mise en œuvre du PNDS pour les 4 années à suivre. Comme les priorités du DI sont alignées au PNDS, il n'y a pas de travail supplémentaire à faire pour aligner les priorités du DI au budget du MOH et pour suivre les flux de financement national du DI. Cela peut être fait automatiquement une fois que le budget du programme et un IFMIS fiable soient mis en place. Cependant, il pourrait falloir un à deux ans pour garantir que la structure de budgétisation des programmes soit mise en place au niveau national mais aussi au niveau provincial, pour suivre si la mobilisation nationale dans le cadre des priorités du DI a lieu dans les 14 provinces les plus pauvres du DI.

4ème étape. Le processus de réaffectation et d'influence sur le processus budgétaire

Objectif : Assurer que les objectifs de dépenses soient atteints grâce à un dialogue politique continu avec le MOF

- Le TTL, le point focal et l'officier de liaison du GFF, soutenus par l'expert en GFP, discuteront avec l'unité de planification du ministère de la Santé et la plateforme nationale du GFF, de la manière de garantir que les objectifs de dépenses indiqués à l'étape 3 soient atteints.
 - Cela nécessitera une compréhension du cycle budgétaire du MOH, conformément à l'étape 1. En fonction du point de départ du développement du DI, il est très probable qu'il ne soit pas possible d'obtenir du financement national pour la première année des priorités du DI, car il se peut qu'il soit arrivé trop tard dans le cycle budgétaire ; mais au moins, on peut commencer à entamer le dialogue avec le MOH et le MOF pour assurer qu'il y ait du financement pour les priorités du DI dans le prochain cycle budgétaire.
 - Généralement, pour y parvenir, il faut recruter un expert en GFP qui travaille avec l'unité de planification et/ou l'unité fiduciaire du MOH sur la préparation du budget de la santé, qui collabore également avec le ministère des Finances et les entités décentralisées et qui a une bonne compréhension des priorités du MOH, y compris les priorités du DI. Le consultant en GFP pourrait être le même que celui qui a été recruté aux étapes 2 et 3 ou un autre, selon le profil. Cette personne peut jouer un rôle clé dans la négociation du budget entre le MOH et le MOF et pour assurer que le financement soit à la base des priorités du DI. Au Rwanda *"le conflit entre les deux ministères lors des négociations budgétaires a été réduit par le fait que le personnel du ministère des Finances a travaillé avec le ministère de la Santé à de nombreuses étapes du calendrier fiscal."* (Simon, 2018).
- Développer une stratégie pour influencer le processus budgétaire, qui pourrait inclure :
 - Un document stratégique plaidant pour un financement renforcé du DI en tant qu'outil que le MOH peut utiliser dans ses négociations avec le MOF.
 - Une stratégie d'engagement avec les principales personnes influentes telles que les parlementaires qui approuvent le budget, par exemple en faisant appel à la société civile.
 - Cette stratégie peut être élaborée en partenariat avec des experts du financement et du plaidoyer de la santé. La contribution de la société civile est recommandée.

→ **Livrables/étapes importantes** : les changements vers des objectifs de dépenses sont visibles dans le budget du gouvernement, la stratégie pour influencer le processus budgétaire.

2.3. 3ème phase : suivi de la mise en œuvre du DI

5ème étape. Suivi des ressources liées aux priorités du DI pour suivre l'accroissement des ressources nationales

Objectif : pour suivre la mise en œuvre du DI et garantir que les ressources liées aux priorités du DI sont en croissance, bien allouées et dépensées, il est essentiel de disposer d'un ou de plusieurs outils de suivi pleinement opérationnels pour les ressources nationales.

Comme il a été susmentionné, la plupart des pays soutenus par le GFF disposent d'un IFMIS qui est censé saisir tous les budgets et dépenses à tous les niveaux de classification administrative et économique (case 3). Cela peut être un point de départ pour le suivi de la mise en œuvre du DI. Dans le cadre de l'étape 1, vous aurez identifié les faiblesses et les avantages des systèmes de données financières de routine existants pour le MOH et vous aurez déterminé si la mise en place de BOOST permettra de mieux définir les priorités du DI dans le cadre des programmes ou de la classification budgétaire existante, et de suivre les ressources nationales liées aux priorités du DI.

- Suite aux activités décrites aux étapes 2 et 3, une analyse annuelle (voir plus souvent) des données de BOOST ou du IFMIS doit être menée pour déterminer l'évolution des dépenses de la base de référence (étape 2) jusqu'aux objectifs de dépenses définis (étape 3). Cela peut être fait par le même consultant en GFP / HF que vous avez engagé à l'étape 2.
- Concevoir l'AT pour garantir le fonctionnement de ce système à différents niveaux. Cela pourrait faire partie d'un exercice plus large de mise en place d'un BOOST au niveau national ou simplement de son actualisation (case 2). En Éthiopie, par exemple, l'équipe de santé redynamise BOOST dans le secteur de la santé afin de mieux suivre les dépenses nationales liées à la stratégie nationale de santé dans le temps et à différents niveaux. Le consultant de BOOST ne se contente pas d'actualiser BOOST avec les données les plus récentes au niveau décentralisé, mais il fournit également des capacités au MOF et au MOH pour qu'ils puissent mieux utiliser ces données pour l'analyse des dépenses et, dans le cas du MOH, pour mieux suivre les ressources nationales liées aux priorités du HSTP. Le consultant se charge également de l'actualisation de BOOST pour tous les secteurs.
- Veuillez noter que BOOST a été utilisé dans quelques pays, mais tous les pays ne considéreront pas BOOST comme étant un outil pertinent pour mieux suivre les ressources nationales liées au DI ou à la stratégie nationale de la santé. Il se peut que certains pays disposent de systèmes fiables de gestion des données financières de routine, ou que certains pays aient besoin d'aide pour renforcer l'automatisation du IFMIS au niveau décentralisé ou pour mettre en place d'autres ressources de suivi. Cela signifie que nous ne conseillons pas de développer BOOST dans tous les pays pour mieux suivre la mise en œuvre du DI. Cela dépendra du contexte de chaque pays du GFF et de la capacité de BOOST à répondre à un besoin du gouvernement, au-delà de celui du GFF (alignement des priorités du DI au budget du MOH).
- Veuillez noter que ces outils de suivi des ressources nationales peuvent être combinés avec la cartographie et le suivi des ressources (en général) du DI/de la stratégie nationale de santé, qui permet également de suivre les ressources externes. Cependant, très souvent, il existe un exercice distinct pour suivre le financement des bailleurs de fonds et un autre pour suivre les ressources nationales. Dans certains pays, le MOH vise à créer une interopérabilité entre ces outils. Un objectif à moyen terme en Éthiopie consiste à alimenter l'outil de suivi des ressources des bailleurs de fonds avec des données provenant de BOOST, afin de saisir les données du budget et des dépenses à la fois externes et nationales.

→ **Livrables/étapes importantes** : analyse annuelle des données de BOOST ou des données du IFMIS pour suivre l'évolution des dépenses de la base de référence (étape 2) jusqu'aux objectifs de dépenses définis (étape 3) et affinés (étape 4).

3. Annexes : outils

3.1. Feuille de route pour obtenir du financement national pour les priorités du DI

Veillez consulter le dossier " Obtenir du financement national dans le cadre du DI ".

3.2. Cahier des charges du consultant en GFP en FR et en EN pour aligner la priorité du DI au processus budgétaire

Veillez consulter le dossier " Obtenir du financement national dans le cadre du DI ".

3.3. Liste des consultants en GFP / Gouvernance ST

Veillez consulter les CV sous le dossier "obtenir du financement national dans le cadre du DI" si vous souhaitez obtenir leurs coordonnées. Les consultants font partie du pôle mondial d'expertise en gouvernance de la Banque mondiale ou STC engagé par la Banque mondiale/le GFF au niveau national.

Tableau 3. Liste des consultants en GFP et leur qualification

Nom	Pays	Tâche	Langue
Aminata Nana Consultante en GFP du Burkina-Faso, impliquée dans les réformes de budgétisation des programmes au Burkina-Faso et en Côte d'Ivoire.	RDC	Appui au MOH pour aligner les priorités du PNDS à la structure du budget du programme ; assistance technique pour mettre en œuvre la budgétisation du programme en RDC et renforcer l'unité de GFP au sein du MOH.	Français et Anglais
Hirut Wolde	Éthiopie	Diriger l'actualisation de BOOST et cartographier les priorités du HSTP dans le budget du MOH	Anglais et Amharique

Ibrahima	Sénégal	Embauché pour aligner les priorités du DI à la classification budgétaire du programme du MOH. Utilisera BOOST.	Français, Anglais, Wolof
À compléter.			

3.4. Liste des membres d'équipe de BOOST de la Banque mondiale dans les pays du GFF

Tableau 4. Liste des membres de l'équipe de gouvernance de la Banque mondiale travaillant sur les pays du GFF du programme BOOST

Nom	Statut_BOOST	Responsable pays
Afghanistan	En cours	Kirk Schmidt
Angola	Livré	Massimo Mastruzzi
Bangladesh	Discussions	Massimo Mastruzzi
Bénin:	Livré	Yem Tougma
Burkina Faso	Livré	Yem Tougma
Cameroun	Livré	Yem Tougma
Côte d'Ivoire	Discussions	Yem Tougma
République démocratique du Congo	Discussions	Yem Tougma
Éthiopie	Livré	Hirut Wolde
Ghana	En cours	Hirut Wolde
Guatemala	Livré	Eduardo Estrada
Guinée	Livré	Yem Tougma
Haïti	Livré	Ibrahim El Ghandour
Honduras	Discussions	Eduardo Estrada
Kenya	Livré	Kirk Schmidt
Kirghizistan	Livré	Irina Capita
Libéria	En cours	Hirut Wolde
Mali	Livré	Yem Tougma
Mozambique	Livré	Kirk Schmidt
Birmanie	En cours	Massimo Mastruzzi
Nigéria	Discussions	
Sénégal	Livré	Yem Tougma
Sierra Leone	En cours	Hirut Wolde
Tadjikistan	Livré	Irina Capita
Tanzanie	Livré	Massimo Mastruzzi
Ouganda	Livré	Kirk Schmidt

À compléter / mettre à jour		
-----------------------------	--	--

3.5. Statu quo des pays du GFF sur les priorités du DI et alignement du budget du MOH

Tableau 5. Statu quo des pays du GFF sur les priorités du DI et alignement du budget du MOH

		1ère phase: phase préparatoire		2ème phase: conception du DI / de la stratégie nationale de santé		3ème phase: suivi du DI / de la stratégie nationale de santé
		Évaluation du processus budgétaire, de la classification et du suivi	Évaluation de l'affectation des dépenses nationales à la santé (mini-PER)	Priorités du DI cartographiées et reflétées dans le budget du MOH	Les priorités du DI ont obtenu plus de financement national	Les priorités du DI suivies dans IFMIS ou BOOST ou un autre système
RDC	Oui		Oui - Analyse PER et PNDS en 2016 mais pourrait être incomplète	En cours, grâce à la révision du PNDS	Oui et non – oui pour la priorité 5 (FBP) mais seulement à Kinshasa	Pas encore, mais assistance technique prévue pour développer BOOST
Éthiopie	Oui	En cours de traitement	Oui	En cours de traitement	En cours de traitement	En cours de traitement
Sénégal	En cours de traitement	À commencer en décembre 2018	À commencer en décembre 2018	À commencer en décembre 2018	À commencer en décembre 2018	À commencer en décembre 2018
À compléter.						