

Diffusion publique autorisée

L'ALIGNEMENT DU FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ AVEC LE BUDGET DU GOUVERNEMENT

DOCUMENT DE SYNTHÈSE

Août 2021

*Moritz Piatti-Fünfkirchen
Sierd Hadley
Benoît Mathivet*



WORLD BANK GROUP
Health, Nutrition & Population

**L'ALIGNEMENT DU FINANCEMENT BASÉ SUR LA
PERFORMANCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ AVEC
LE BUDGET DU GOUVERNEMENT :**

Une approche fondée sur des principes

Moritz Piatti-Fünfkirchen, Sierd Hadley et Benoit Mathivet

Août 2021

Document de synthèse du pôle mondial d'expertise Santé, nutrition et population (HNP)

Cette collection est publiée par le pôle mondial d'expertise Santé, nutrition et population de la Banque mondiale. Les documents de cette collection ont pour objet de présenter des résultats préliminaires sur des thèmes liés à la santé, la nutrition et la population et d'encourager la discussion et le débat. Les observations, interprétations et opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs et ne sauraient être attribuées à la Banque mondiale, à ses institutions affiliées ni aux membres de son conseil des administrateurs ou des pays que ceux-ci représentent. Toute référence et utilisation des informations présentées dans cette collection doit tenir compte du caractère provisoire de ces documents.

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données citées dans cet ouvrage. Les frontières, les couleurs, les dénominations et toute autre information figurant sur les cartes du présent ouvrage n'impliquent de la part de la Banque mondiale aucun jugement quant au statut juridique d'un territoire quelconque et ne signifient nullement que l'institution reconnaît ou accepte ces frontières.

Veuillez contacter la rédactrice en chef, Jo Hindriks (jhindriks@worldbank.org) ou Erika Yanick (eyanick@worldbank.org) pour toute information concernant la collection de documents de synthèse du pôle mondial d'expertise Santé, nutrition, population.

DROITS ET AUTORISATIONS

Le contenu du présent ouvrage fait l'objet d'un dépôt légal. La Banque mondiale encourage la diffusion de ses études et en autorise la reproduction partielle ou intégrale à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

Pour tout renseignement sur les droits et licences, notamment sur les droits dérivés, s'adresser à World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street, NW, Washington, DC 20433, États-Unis ; fax : 202-522-2625 ; e-mail : pubrights@worldbank.org

Document de synthèse du pôle mondial d'expertise Santé, nutrition et population

L'alignement du financement basé sur la performance dans le domaine de la santé avec le budget du gouvernement : une approche fondée sur des principes

Moritz Piatti-Fünfkirchen^a, Sierd Hadley^b, Benoit Mathivet^c

^a Santé, nutrition et population, Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis

^b Développement et finances publiques, Overseas Development Institute, Londres, UK

^c Santé, nutrition et population, Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis

Ce document n'aurait pas pu être publié sans le généreux soutien du Mécanisme de
financement mondial.

Résumé : On entend par financement basé sur la performance (FBP) le transfert de fonds qui permet aux établissements de santé de dispenser un ensemble de services convenus à l'avance, selon des normes de qualité et d'administration appropriées. Ces mesures ont permis de lancer de nombreuses réformes, portant notamment sur l'autonomie des prestataires, l'accès aux services financiers, une plus grande souplesse dans l'utilisation des fonds, une allocation budgétaire axée sur la performance et des protocoles de vérification rigoureux. Cela permet de dissocier le financement basé sur la performance (FBP) des systèmes de gestion des finances publiques (GFP) qui restent souvent basés sur les intrants et posent de ce fait un problème de pérennité. Si le système de gestion des finances publiques en place continue de fonctionner parallèlement au financement basé sur la performance, on peut craindre que les pays reviennent à l'ancien système de gestion des finances publiques une fois que les ressources allouées par les bailleurs de fonds aux projets de financement basé sur la performance sont épuisées.

Ce document analyse ce problème. Il présente un cadre conceptuel sur la manière d'assurer la correspondance entre les principes du financement basé sur la performance et les structures de la gestion des finances publiques, propose une série de questions diagnostiques permettant d'évaluer la situation, et guide l'analyste dans l'élaboration d'une feuille de route pour la mise en œuvre de réformes, en tenant compte du contexte national. La feuille de route qu'il propose pour les réformes s'articule autour de quatre piliers de financement des établissements de santé : i) l'autonomie des prestataires, ii) la capacité de gestion financière, iii) des dispositions budgétaires axées sur les résultats, et iv) un système de paiement unifié. Ce document de synthèse entend susciter des commentaires sur l'approche proposée auprès des spécialistes du financement basé sur la performance et de la gestion des finances publiques.

Mots clés : Financement basé sur la performance, gestion des finances publiques, budgétisation basée sur la performance, processus de réforme, système de paiement unifié, autonomie du prestataire.

Clause de non-responsabilité : Les observations, interprétations et opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas les vues de la Banque mondiale, de son conseil des administrateurs ou des pays que ceux-ci représentent.

Coordonnées : Moritz Piatti-Fünfkirchen, J 10-171, 701 18th Street, NW, Washington, DC 20006, États-Unis, mpiatti@worldbank.org.

Table des matières

Droits et autorisations	II
Remerciements	VII
Partie I – Introduction	8
Partie II – Gestion des finances publiques au niveau des établissements de santé	10
Partie III – Quels sont les changements introduits par le financement basé sur la performance et dans quelle mesure sont-ils compatibles avec le système de gestion des finances publiques ?	15
Partie IV – Discussion	22
Références	29
Annexe 1 : Détermination de l’alignement du FBP sur le système de GFP d’un pays	32

REMERCIEMENTS

Les auteurs Moritz Piatti-Fünfkirchen (économiste principal, Banque mondiale), Sierd Hadley (chercheur en finances publiques, ODI) et Benoit Mathivet (économiste principal en santé, Banque mondiale) remercient la Banque mondiale d'avoir fait paraître ce rapport dans la collection des documents de synthèse du pôle mondial d'expertise Santé, nutrition, population. Angelita Adajar Bombarda (analyste, Banque mondiale) nous a fait bénéficier de ses excellentes qualités d'analyse. L'équipe tient également à remercier Tigist Yimer et Fiona Mack pour leur précieuse assistance administrative et rédactionnelle. Ernest Massiah s'est chargé de superviser la gestion de ces travaux d'analyse régionaux et transversaux. Ce travail n'aurait pas été possible sans le généreux soutien financier du Mécanisme de financement mondial (GFF).

Ce rapport a été enrichi par les nombreuses discussions et nombreux commentaires d'un groupe de travail principal consacré à cette question, composé des personnes suivantes : Ellen Van De Poel (économiste principale et responsable du financement de la santé au sein du GFF), Petra Vergeer (spécialiste principale en santé et responsable des connaissances, de l'apprentissage et du financement basé sur les résultats au sein du GFF), Moulay Driss Zine Eddine El Idrissi (économiste principal, Banque mondiale), Opope Oyaka Tshivuila Matala (spécialiste principale en santé, Banque mondiale), Rwema Jean De Dieu Rusatira (consultant principal en financement basé sur les résultats, GFF), Tawab Hashemi (spécialiste principal en santé, GFF), Alain-Desire Karibwami (spécialiste principal en santé, GFF), Munirat Iyabode Ayoka Ogunlayi (spécialiste principal en santé, GFF), Isidore Sieleunou (spécialiste principal en santé, GFF), Ayodeji Oluwole Odutolu (spécialiste principal en santé, GFF), Fedja Pivodic (économiste, Banque mondiale) et Timothy Williamson (spécialiste principal en secteur public, Banque mondiale).

L'équipe tient également à remercier Helene Barroy (spécialiste principale en finances publiques, OMS), Joe Kutzin (chef d'unité, financement de la santé, OMS), Federica Margini (analyste, OMS), Gemini Mtei (chef d'équipe finances, Tanzanie, Abt Associates) et Sheila O'Dougherty (consultante principale indépendante) pour leurs idées et leurs nombreuses discussions en vue de la parution d'une prochaine note d'orientation sur le financement des établissements de santé par les systèmes publics. Ces recherches étant en cours, les interprétations présentées dans ce document n'engagent que leurs auteurs.

Par ailleurs, la collaboration étroite avec Ousmane Maurice Megnan Kolie (spécialiste principal en secteur public, Banque mondiale) dans le cadre d'un atelier sur le financement basé sur la performance a permis à l'équipe de recueillir de précieuses informations auprès d'un public engagé. L'équipe remercie également Célestin Adjalou Niamien (spécialiste principal en gestion financière, Banque mondiale) et Yohana Dukhan (économiste principale en santé, Banque mondiale) de l'équipe du Cameroun, qui ont été les premiers à mettre à l'essai l'approche quantitative et à parler de sa faisabilité et de sa pertinence au niveau des concertations sur les mesures à prendre.

PARTIE I – INTRODUCTION

On entend par financement basé sur la performance (FBP) le transfert de fonds à des établissements de santé qui fourniront un ensemble de services convenus à l'avance répondant à des normes de qualité et d'administration appropriées¹. Le financement basé sur la performance conditionne le transfert de fonds aux établissements à la vérification des services fournis ou des résultats obtenus, ce qui incite ces établissements à améliorer la qualité de leurs services. Cela s'accompagne généralement de l'octroi aux établissements de santé d'une plus grande autonomie budgétaire, y compris la décision de verser ou non un complément de salaire au personnel. À ce titre, le financement basé sur la performance (FBP) se démarque sensiblement d'un système de gestion des finances publiques (GFP) qui repose sur les intrants et qui reste la modalité de budgétisation prédominante en Afrique et dans le reste du monde. Ce document entend apporter :

- Une clarification théorique des différences existant habituellement entre le financement basé sur la performance et la gestion des finances publiques.
- Un cadre d'évaluation permettant de déterminer la prise en compte des principes du financement basé sur la performance dans le système de gestion des finances publiques d'un pays.
- Des conseils sur la manière d'élaborer une feuille de route pour la mise en œuvre de réformes tenant compte du contexte national.

Cette analyse intervient alors que se poursuit le débat sur la réussite et le rendement des sommes consacrées à ces programmes. D'un côté, il est évident que le financement basé sur la performance a permis d'améliorer la performance dans le secteur de la santé. Il ressort de différentes évaluations que le financement basé sur la performance a permis d'améliorer les indicateurs de performance du système de santé, notamment une augmentation des services de proximité, des naissances en établissement médicalisé, du professionnalisme du personnel de santé et une réduction de l'absentéisme du personnel. Il apparaît également que le financement basé sur la performance a participé à la réduction de la mortalité des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans, même si la relation de cause à effet a été plus difficile à établir. De l'autre côté, des questions subsistent quant à la rentabilité des systèmes de financement basé sur la performance, et certaines études récentes semblent indiquer que le mécanisme d'incitation financière n'est peut-être pas à l'origine des résultats. Le coût excessif de la vérification soulève également certaines inquiétudes².

Même si les opinions restent partagées, le financement basé sur la performance remporte la faveur de nombreux partenaires de développement, car il permet d'envoyer des fonds aux services de première ligne, privilégie les résultats et instaure des mécanismes de responsabilisation rigoureux. La Banque mondiale, avec le concours du Fonds fiduciaire pour l'innovation en matière de résultats de santé (HRITF) et désormais du Mécanisme de financement mondial (GFF), appuie actuellement des initiatives de financement basé sur la performance dans 28 pays dans le monde, dont 21 en Afrique, où elle a engagé plus de 1,6 milliard de dollars américains en soutien financier³. La pérennité de ces investissements reste toutefois incertaine. La plupart des projets ont été mis en œuvre à titre expérimental et parallèlement aux processus de gestion des finances publiques existants. En conséquence, les mécanismes de financement basé sur la performance sont souvent abandonnés lorsque le

¹ Ce document utilise une définition stricte du financement basé sur la performance et exclut donc les systèmes axés sur la demande tels que les programmes de bons d'échange.

² Une synthèse des ouvrages publiés à ce sujet est présentée dans Renmans *et al.* (2016).

³ Vous trouverez de plus amples informations sur l'ensemble des projets de financement basé sur la performance sur le site RBFhealth.org.

projet du bailleur se termine et que les administrations reprennent leurs activités habituelles⁴.

Ce document présente les différences systémiques qui existent entre un accord typique de financement basé sur la performance et les systèmes nationaux de gestion des finances publiques. Il s'agit, naturellement, de considérations générales qui ne peuvent pas, à ce stade, tenir compte des variations substantielles qui existent d'un pays à l'autre dans le fonctionnement des systèmes de financement basé sur la performance et des systèmes nationaux de gestion des finances publiques. Cette analyse ne s'applique pas non plus aux pays où les systèmes de financement basé sur la performance transitent délibérément par des fonds extrabudgétaires comme les mécanismes d'assurance. Ce document présente les principaux problèmes qui pourraient surgir lors de l'intégration du financement basé sur la performance dans le budget public. Préciser les différences entre le financement basé sur la performance et le système national de gestion des finances publiques facilitera la tâche des décideurs et des praticiens qui souhaitent savoir en quoi cela peut concerner leur pays. Cette étape est indispensable à l'instauration d'un dialogue sur le processus de réforme concernant l'intégration des principes du financement basé sur la performance dans le budget, à l'élaboration d'une feuille de route et à la clarification des points sur lesquels des compromis peuvent être nécessaires.

Ce document commence par décrire la place des établissements de santé dans un système classique de gestion des finances publiques, puis il décrit la manière dont les systèmes de financement basé sur les résultats sont généralement conçus et les tensions qui peuvent exister entre ces deux modèles de financement. S'ensuit l'analyse des difficultés à surmonter pour intégrer le financement basé sur la performance aux systèmes nationaux de gestion des finances publiques et des caractéristiques d'un tel processus de réforme selon les contextes nationaux. Ce document propose un cadre de réflexion et des outils de diagnostic permettant de déterminer les cas où les processus de la gestion des finances publiques tiennent compte des principes du financement basé sur la performance afin d'aider à élaborer une feuille de route pour les réformes. Ce document de synthèse entend susciter des commentaires sur l'approche proposée par les spécialistes du financement basé sur la performance et de la gestion des finances publiques.

Les aspects juridiques liés à l'autonomie des prestataires, à la gestion des ressources humaines, au coût et au rapport coût-efficacité, à l'examen du coût de la vérification et à la question de savoir si la mise en œuvre d'une réforme des systèmes de santé fondée sur la performance est nécessaire pour accroître la motivation et si elle est adaptée à tous les contextes, sont autant de questions qui dépassent le cadre de la gestion des finances publiques et qui ne relèvent pas de ce document.

⁴ Shroff, Bigdeli et Meessen (2017) ont examiné les facteurs qui ont facilité ou entravé le déploiement du financement basé sur la performance dans dix pays, l'un d'entre eux étant sa correspondance avec les systèmes de gestion des finances publiques.

PARTIE II – GESTION DES FINANCES PUBLIQUES AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les établissements de santé fonctionnent en suivant le cadre général de gestion des finances publiques d'un pays. Ce système détermine la manière dont ces établissements reçoivent des crédits budgétaires, les dépensent et sont tenus responsables de l'utilisation de ces fonds. Une typologie des modalités de financement, bien que celles-ci ne soient généralement pas mutuellement exclusives, est présentée ci-dessous⁵⁵.

- 1. Systèmes dotés de fonds statutaires ou d'un organisme d'achat opérant hors budget** (par exemple, le Ghana). Les organismes d'achat qui opèrent hors budget ne sont pas tenus de respecter les protocoles généraux d'exécution du budget, et les recettes de ces organismes proviennent en partie des contributions des utilisateurs. Toutefois, s'ils dépendent d'importants transferts ou subventions des pouvoirs publics, alors le versement de ces subventions est soumis aux protocoles d'exécution budgétaire. Ce qui importe le plus dans ce cas est de savoir si les transferts sont effectués en temps voulu et s'ils correspondent à des crédits budgétaires. La pertinence de la politique de santé, la manière dont les organismes d'achat dépensent l'argent ou remboursent les prestataires de services, ou dont ceux-ci utilisent ensuite les fonds versés par les assurances, dépendent exclusivement de l'accord conclu entre l'acheteur et le prestataire, et non des dispositions de gestion des finances publiques.
- 2. Pays dont les finances publiques sont décentralisées** (par exemple, le Kenya et le Pakistan). L'exécution du budget dans un système fédéral a deux composantes : i) la gestion de l'administration centrale des transferts aux différents échelons des administrations publiques, et ii) la manière dont les budgets des États sont dépensés. Si les budgets des États dépendent fortement des recettes provenant des transferts intergouvernementaux, la capacité des États à proposer des services de santé dépendra également de la régularité et de la crédibilité de ces transferts. Les protocoles normaux d'exécution du budget s'appliquent aux dépenses budgétaires effectuées par les États fédérés.
- 3. Pays affectant des budgets publics aux administrations locales pour la prestation de services** (par exemple, le Malawi et le Zimbabwe). Les administrations locales de nombreux pays d'Afrique subsaharienne sont chargées de la prestation des services de santé et possèdent des établissements de santé au niveau local. À ce titre, elles constituent l'unité de dépense au niveau le plus bas du gouvernement qui exécute le budget au nom des prestataires de services. Les pays qui se trouvent dans une telle situation peuvent se demander dans quelle mesure les prestataires bénéficient de budgets exécutés au niveau de l'administration locale, et ce que cela signifie sur le plan de la responsabilité et de leur capacité de gestion.
- 4. Pays affectant les budgets directement aux prestataires de services** (par exemple, la Tanzanie et le Burkina Faso). Si les budgets sont attribués directement aux prestataires, cela change le discours législatif, puisqu'une décision explicite doit être prise directement sur le montant que chaque prestataire doit recevoir, et le prestataire est alors directement responsable de l'exécution adéquate de ce budget. Les hôpitaux de soins tertiaires ou

⁵ Piatti-Fünfkirchen *et al.* (à paraître)

secondaires sont souvent explicitement responsables du budget, alors que les prestataires de soins primaires le sont moins.

- 5. Pays confiant à des organisations non gouvernementales (ONG) le soin de dispenser un ensemble de prestations minimales** (par exemple, l'Afghanistan et la Somalie). La capacité des pouvoirs publics à assurer directement les services de santé est insuffisante dans certains pays fragiles. Ces pays font directement appel à des ONG pour assurer des services au nom du gouvernement. Dans ce cas, l'exécution du budget dépend de la qualité de la gestion de ces contrats avec les ONG chargées de la mise en œuvre des services.

Les systèmes de gestion des finances publiques varient d'un pays à l'autre, voire d'une branche à l'autre du secteur public d'un même pays⁶. Il faudra donc que les praticiens qui souhaitent se servir des constats présentés ici tiennent compte du contexte spécifique dans lequel ils entendent les mettre en pratique. Le système de gestion des finances publiques d'un pays donné est régi par une série d'instruments juridiques, notamment la constitution nationale et les lois sur la gestion des finances publiques, les institutions de contrôle, les marchés publics et les collectivités locales, ainsi que leurs règlements d'application. Cette législation fixe les dates clés du calendrier budgétaire, les règles concernant les personnes pouvant autoriser les dépenses (mandats), le niveau de contrôle par le corps législatif des limites de dépenses globales (crédits), les pouvoirs dont dispose le ministère des Finances pour modifier le budget en cours d'année (virements⁷ et rallonges budgétaires), et la possibilité pour les districts et les établissements de santé de reporter les fonds non dépensés sur les exercices fiscaux suivants. Ces règles forment la base du contrôle des dépenses publiques, et sont guidées par un certain nombre de principes généraux liés à l'exhaustivité, l'universalité, l'unité, l'annualité et la spécificité du budget⁸.

La plupart des pays dont le service de santé est décentralisé ont adopté des lois définissant les rôles et les responsabilités qui incombent aux différents niveaux de l'administration en matière de soutien ou de prestation de services, ainsi que leur mode de financement. Certains pays se servent de transferts intergouvernementaux inconditionnels pour financer les services de santé locaux, tandis que d'autres utilisent principalement des transferts conditionnels⁹. Certaines administrations centrales (par exemple, en Tanzanie et en Ouganda) affectent des ressources directement aux administrations locales, ce qui empêche le ministère de la Santé de réaffecter des fonds de fonctionnement d'une administration locale à une autre au cours de l'exercice sans devoir d'abord demander l'approbation de l'Assemblée législative.

Les systèmes utilisés pour gérer les différents types de dépenses varient également. L'accent

⁶ De nombreux ouvrages décrivent les aspects des systèmes de gestion des finances publiques qui varient d'un pays à l'autre (notamment Andrews 2008 ; Lienert 2003 et 2005 ; et Pattanayak 2016). Ces différences sont plus prononcées pour les unités opérant au plus près des services de première ligne et dépendent également de l'histoire coloniale de chaque pays.

⁷ Un virement correspond à un transfert administratif de fonds budgétaires.

⁸ Lienert et Yaker (2010) décrivent les caractéristiques communes et les bonnes pratiques concernant les législations relatives à la gestion des finances publiques.

⁹ Le type de décentralisation influe sur la manière dont le budget des établissements de santé est établi et géré, non seulement en raison de la manière dont les ressources sont allouées et autorisées, mais aussi parce que le système de gestion des finances publiques lui-même peut varier selon les administrations infranationales dans des contextes très décentralisés (Boex 2013). Une analyse générale des transferts budgétaires intergouvernementaux est présentée dans Boadway et Shah (2007).

est mis ici sur les budgets de fonctionnement, et plus précisément sur les dépenses en espèces. Les médicaments, le matériel et les autres ressources peuvent également être fournis en nature par les administrations de l'échelon supérieur (comme les magasins nationaux de fournitures médicales). La dotation en personnel est généralement soumise à un certain nombre de contrôles et de règles supplémentaires élaborés par le ministère de la Fonction publique (ou son équivalent), notamment dans le cadre de commissions de service régionales ou de district. Les budgets d'investissement sont également souvent gérés par les administrations centrales ou directement au niveau infranational, en suivant souvent des protocoles et des conditions différents. Ces dispositions limitent nécessairement la marge de manœuvre dont disposent les gestionnaires d'établissement de santé.

Cycle budgétaire

Les processus de gestion des finances publiques peuvent être résumés comme un cycle budgétaire en trois étapes : i) la préparation du budget (comment les priorités en matière de dépenses sont déterminées, les budgets approuvés et les fonds alloués) ; ii) l'exécution du budget (comment les budgets sont utilisés pour financer la fourniture de services) ; et iii) l'évaluation du budget (comment l'exécution du budget est évaluée afin d'informer la prochaine allocation budgétaire). Ces trois étapes sont, à leur tour, expliquées par une représentation schématique de la gestion des finances publiques dans un pays à faible revenu¹⁰ doté d'un système de soins de santé primaires géré par les districts. La description porte également sur l'aspect du financement récurrent et non salarial de la gestion des finances publiques, à savoir le budget de fonctionnement. L'objectif est de décrire comment les systèmes publics allouent et exercent un contrôle sur les ressources destinées aux établissements de santé et de mettre en évidence les caractéristiques du système de gestion des finances publiques qui pourraient être importantes pour généraliser le financement basé sur la performance.

Préparation du budget

Tous les organismes dépensiers du secteur de la santé sont généralement tenus de se plier à une stratégie globale conçue pour guider l'élaboration de leurs plans. Les plafonds budgétaires sont fixés pour l'unité de dépense au niveau le plus bas de l'administration. Il s'agit parfois du district plutôt que des établissements de santé, auquel cas ces derniers reçoivent du district des biens et des services en nature plutôt que des fonds pour leur permettre de dispenser leurs services. Lorsque les districts correspondent à l'unité de dépense située à l'échelon le plus bas de l'administration, le ministère de la Santé détermine le montant maximum qu'ils peuvent dépenser par établissement de santé ou par objectif stratégique. Ces derniers élaborent ensuite leur plan d'activité pour l'année à venir dans les limites de ce plafond, conformément à la stratégie adoptée par le gouvernement pour le secteur de la santé. Les plans des établissements de santé tiennent habituellement compte de l'ensemble des sources de financement : ressources budgétaires nationales, frais d'utilisation et autres sources de financement émanant de bailleurs de fonds qui peuvent ne pas être comptabilisés dans le budget national ou celui du district. Ils sont ensuite communiqués à l'échelon administratif supérieur, où ils sont coordonnés, et une proposition de budget est préparée pour être présentée à l'autorité compétente pour approbation.

Les établissements de santé projettent parfois leurs activités sur plusieurs années, mais la

¹⁰ La plupart de ces éléments se vérifient également dans les pays d'Afrique francophone.

proposition de budget est généralement préparée chaque année pour autoriser les dépenses d'un exercice financier. La structure des propositions budgétaires est établie en fonction du plan comptable du gouvernement. La plupart des propositions budgétaires sont structurées selon des classifications économiques (telles que les salaires ou les biens et services) et administratives (divisions administratives telles que le ministère de la Santé, la collectivité locale ou la commission de lutte contre le sida), mais certaines proposent une ventilation plus poussée par activités, fonctions ou programmes spécifiques (tels que les soins de santé primaires)¹¹. Les établissements de santé reçoivent en général un montant forfaitaire fixe pour couvrir leurs frais de fonctionnement, plutôt qu'une ventilation détaillée des intrants. Toutefois, les classifications qui figurent dans les propositions budgétaires au niveau du district servent de base au contrôle effectué dans le cadre de l'exécution du budget, les plafonds fixés par le législateur pour l'exercice fiscal permettant de fixer des limites générales, et le ministère des Finances mettant en place des contrôles supplémentaires pour les dépenses en cours d'année à un niveau de précision inférieur à celui de l'appropriation formelle.

Exécution du budget

Une fois le budget adopté, les établissements de santé peuvent exécuter leur budget conformément à leurs plans. Un certain nombre de processus organisationnels régissent la gestion générale des ressources, y compris la manière dont les fonds sont versés aux établissements de santé, où ils sont mis en réserve, et les mécanismes par lesquels les différentes catégories de dépenses sont exécutées. Les salaires et traitements sont généralement gérés différemment des biens et services, et sont versés directement par le ministère des Finances sur les comptes bancaires des agents de santé.

Dans certains pays à faible revenu, le ministère des Finances met en œuvre un système de « rationnement des liquidités », selon lequel le décaissement des budgets approuvés pour les établissements de santé dépend du montant des fonds effectivement disponibles au cours de l'année¹². Cela se fait généralement en limitant les mandats trimestriels qui autorisent les ministères et les administrations locales à dépenser des sommes inférieures aux crédits alloués. Cette pratique a permis aux gouvernements des pays à faible revenu de maîtriser le budget global afin de réduire l'inflation, mais elle peut rendre les budgets – et donc la prestation de services – imprévisibles. Ce problème concerne aussi bien les budgets basés sur les intrants que le financement basé sur la performance.

Une fois les fonds débloqués, l'exécution du budget par les districts ou les établissements de santé est en principe soumise à un ensemble de contrôles internes, notamment des contrôles budgétaires et des contrôles d'engagement *ex ante* qui sont appliqués dans le cadre du système d'information administrative et de gestion¹³. Dans la plupart des pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne, le budget est structuré par lignes de crédit et l'exécutif assure un contrôle *ex ante* des dépenses à partir de prévisions budgétaires détaillées. Les règles de virement laissent une certaine marge de manœuvre quant à l'utilisation des ressources, mais sont généralement

¹¹ Barroy *et al.* (2018) proposent une vue d'ensemble des budgets de santé en utilisant une distinction courante dans la gestion des finances publiques entre les budgets par poste (où la base du contrôle repose sur les classifications administratives et économiques des dépenses) et les budgets par programme (où la base du contrôle repose sur les classifications administratives et de programme, tout en utilisant les postes économiques comme informations supplémentaires pour les rapports financiers).

¹² Les pratiques de budget de trésorerie sont décrites par Stasavage et Moyo (2000) ; selon Miller et Hadley (2016), elles contribuent au manque de fiabilité des flux de financement dans le secteur de la santé dans un certain nombre de pays.

¹³ Voir Pattanayak (2016) pour une description pertinente des différentes approches du contrôle des dépenses.

limitées à des catégories de dépenses, des programmes ou des unités de dépenses spécifiques. La totalité des transactions doit être enregistrée sur le système de comptabilité, ce qui signifie que les fonctions de paiement et de comptabilité doivent être intégrées de manière à garantir que les informations communiquées correspondent exactement à la transaction effectuée. Des limites sont généralement fixées en fin d'année pour restreindre le report des fonds et des engagements de dépenses sur l'exercice suivant.

Les établissements de santé obtiennent leur financement budgétaire de différentes manières, notamment en passant par le compte du district, un compte d'avances de caisse¹⁴ ou leur propre compte bancaire. Les fonds des établissements de santé sont encore très souvent détenus sur le compte des districts qui les gèrent. Dans un certain nombre de pays, les établissements sont autorisés à ouvrir leurs propres comptes dans une banque commerciale. Cela s'accompagne parfois d'un changement dans les flux financiers, le ministère des Finances effectuant directement les transferts aux établissements sans passer par des intermédiaires¹⁵. La plupart des pays mettent désormais en place un compte unique du Trésor, qui désigne une structure unifiée de comptes bancaires gouvernementaux permettant aux pouvoirs publics de consolider leurs soldes de trésorerie et de minimiser les coûts d'emprunt à court terme.

Évaluation et contrôle budgétaire

Les contrôles et la vérification des résultats jouent un rôle important dans la détermination des allocations budgétaires pour le cycle budgétaire suivant. Les évaluations budgétaires annuelles sont généralement confiées à une institution de contrôle qui détermine si les activités financières ont été menées dans le respect de la loi budgétaire initiale du pays et conformément aux règles définies dans sa législation en matière de gestion des finances publiques. En outre, cet organe mène des vérifications spécialisées et des vérifications de résultats portant sur certains services et domaines de dépenses, bien que celles-ci ne soient pas faites tous les ans. Selon les normes internationales, les institutions de contrôle ne doivent pas dépendre du pouvoir exécutif et les vérificateurs doivent présenter leur rapport directement au pouvoir législatif. Ces dispositions changent toutefois d'un pays à l'autre.

Bien que la performance non financière des établissements de santé ne fasse généralement pas partie du système de gestion des finances publiques, elle est généralement évaluée par une équipe sanitaire de district, qui rend compte de ses conclusions au ministère de la Santé et aux autres départements concernés de l'administration centrale. Ces rapports peuvent servir de base aux décisions concernant les budgets et les effectifs de ces établissements.

¹⁴ Un compte d'avances de caisse est un compte de caisse que les entreprises utilisent pour régler de petites dépenses courantes. Les ressources détenues dans le compte d'avances de caisse sont régulièrement réapprovisionnées afin de maintenir un solde fixe.

¹⁵ Cette pratique est notamment suivie au Kenya (Opwora 2009), en Ouganda (Barroy *et al.* 2018) et en Tanzanie (Kapologwe *et al.* 2019).

PARTIE III – QUELS SONT LES CHANGEMENTS INTRODUICTS PAR LE FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE ET DANS QUELLE MESURE SONT-ILS COMPATIBLES AVEC LE SYSTÈME DE GESTION DES FINANCES PUBLIQUES ?

Qu'est-ce que le financement basé sur la performance ?

La théorie de l'agence sert de base au financement basé sur la performance. Selon cette théorie, les intérêts du principal (l'acheteur) et de l'agent (le prestataire) ne correspondent pas toujours et l'asymétrie des informations conduit à des résultats qui laissent à désirer¹⁶. Concrètement, cela signifie que le comportement des prestataires (établissements de santé et hôpitaux) ne répond pas nécessairement à l'objectif de l'acheteur (le gouvernement). Ainsi, les prestataires peuvent manquer de motivation et donc proposer des soins dont la quantité et/ou la qualité sont insuffisantes, ce que l'acheteur ne peut pas constater et n'est pas en mesure de corriger ou de pénaliser. Les enquêtes de suivi des dépenses publiques (ESDP) et les indicateurs de prestation de services de la Banque mondiale suggèrent que ce comportement est assez répandu dans les services de santé publique des pays à faible revenu et des pays à revenu intermédiaire¹⁷.

Le financement basé sur la performance est conçu pour remédier à ces problèmes en prévoyant un arrangement contractuel qui concilie les intérêts des deux parties en établissant une série d'objectifs communs. Des indicateurs sont adoptés d'un commun accord afin de mesurer les performances du prestataire. Il s'agit généralement de mesurer la quantité et la qualité des services assurés. La rémunération du prestataire dépend de sa capacité à atteindre ces objectifs, calculée à partir d'un prix unitaire prédéterminé, généralement pondéré en fonction de la qualité¹⁸. Ainsi, plutôt que de lui imposer un certain nombre d'activités, le prestataire est autonome et décide des activités à réaliser, tandis que l'acheteur contrôle les résultats obtenus par le prestataire, dans l'intérêt des deux parties. Une tierce partie intermédiaire contrôle en général le respect des règles et vérifie les résultats¹⁹.

Le financement basé sur la performance présente un certain nombre de caractéristiques importantes en ce qui concerne le financement et la gestion financière des établissements de santé. Les prestataires de soins de santé sont assimilés à des responsables de budget autonomes disposant d'une grande latitude pour dépenser les ressources sur différents intrants. Cela leur permet de réagir efficacement aux incitations offertes par le système de financement basé sur la performance. Les responsables du budget autonome doivent disposer de capacités

¹⁶ Chalkley et al. (2016, 2) donnent un bref aperçu des mécanismes de paiement du FBP d'un point de vue économique.

¹⁷ Voir Welham *et al.* (2017) pour une analyse des enquêtes de suivi des dépenses publiques (ESDP) dans le secteur de la santé.

¹⁸ Shen *et al.* (2017) décrivent la configuration pour la Zambie, par exemple, où les indicateurs comprennent les accouchements en établissement de santé par un personnel qualifié, les consultations curatives, les soins prénatals, y compris les consultations prénatales (CPN) et de suivi, et la vaccination complète des enfants de moins d'un an. Les services dont la qualité doit être améliorée sont : l'évaluation des soins curatifs, les soins prénatals, la planification familiale, la vaccination et la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

¹⁹ La manière exacte dont ces différents éléments sont assemblés varie d'un pays à l'autre et même entre différents projets pilotes au sein d'un même pays. Renmans *et al.* (2016) ont écrit que « chaque dispositif de FBP présente des caractéristiques différentes, est mis en œuvre dans un contexte différent, déclenche des mécanismes différents et poursuit des objectifs différents ». Chalkley *et al.* (2016) décrivent une série d'approches différentes qui ont été utilisées dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, tandis que Josephson *et al.* (2017) examinent les différences entre les listes de contrôle de la qualité des dispositifs PBF dans 28 pays à faible revenu et revenu intermédiaire.

de gestion financière suffisantes pour garantir l'intégrité des dépenses publiques, notamment grâce à une comptabilité et à des rapports efficaces. Enfin, le système permet de rémunérer les performances passées, ces paiements a posteriori intervenant tous les trimestres.

Le tableau 1.1 ci-dessous s'inspire de la boîte à outils de la Banque mondiale pour le financement basé sur la performance et décrit de manière concrète le fonctionnement du financement basé sur la performance au niveau des établissements. La plupart des pays à faible revenu n'utilisent cependant le financement basé sur la performance que pour certaines des dépenses engagées par les établissements. Les paiements basés sur les intrants sont utilisés pour les salaires du personnel et certaines dépenses de fonctionnement, tandis que les médicaments et le matériel sont en principe des contributions en nature financées par les budgets centraux ou de district. Le dernier point abordé dans ce document concerne la nécessité de prendre en compte la manière dont le système de financement basé sur la performance s'inscrit dans le paysage plus large du financement de la santé et la mesure dans laquelle il contribue à un ensemble unifié de structures de financement, de gestion et d'incitation.

Tableau 1.1 : Exemple simplifié du fonctionnement du financement basé sur la performance au niveau de l'établissement

Recettes de l'établissement de santé sur la période précédente	Données communiquées	Prix unitaire (USD)	Montant total perçu (USD)
Enfant entièrement vacciné	60 [1]	2,00	120,00 [2]
Présence de personnel qualifié à la naissance	60	18,00 [3]	1 080,00
Soins curatifs	1 480	0,50	740,00
Soins curatifs pour le patient vulnérable (Jusqu'à 20 % maximum des consultations curatives)	320	0,80	256,00
[Un centre de santé propose en général un ensemble minimal de 15 à 25 services]	-	-	-
Total partiel des recettes			2 196,00 [4]
Prime d'éloignement (équité)	+ 20 % [5]		439,00
Prime à la qualité	60 % de 25 % [6]		395,00
Total des subventions liées au financement basé sur la performance			3 030,00 [7]
Autres recettes (paiements directs : paiements directs des ménages, assurance, etc.)			
Recettes totales			4 000,00 [8]
Dépenses de l'établissement de santé			
		Salaires fixes du personnel	800,00
		Coûts de fonctionnement	350,00
		Médicaments et consommables	1 000,00
		Dépenses de communication	250,00
		Réparation de l'établissement de santé	300,00
		Épargne sur le compte bancaire de l'établissement de santé	250,00
Total partiel des dépenses			2 950,00
	Primes au personnel de l'établissement = total des recettes – total partiel des dépenses		1 050,00
Dépenses totales			4 000,00 [9]

Source : Fritsche, Soeters, et Meessen 2014.

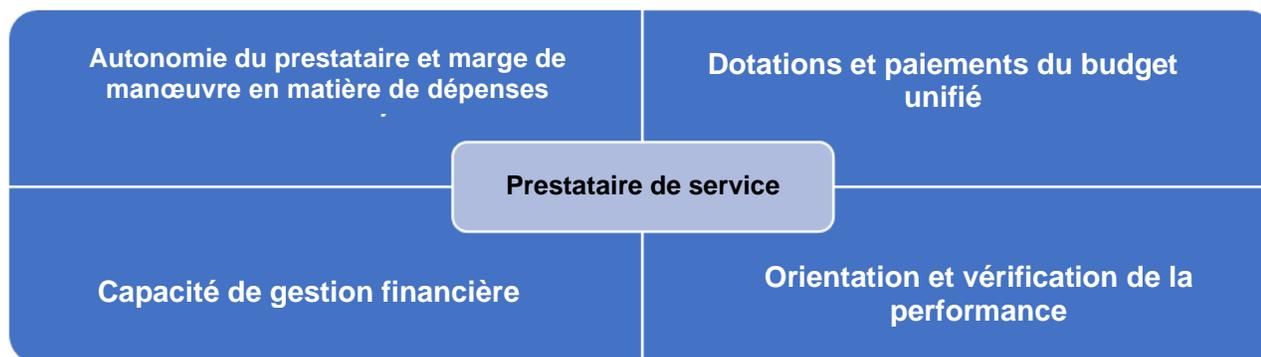
Note :

- Un établissement de santé vaccine complètement 60 enfants par trimestre.
 - L'établissement de santé pourrait gagner 120 dollars américains (60 enfants à 2 dollars par enfant complètement vacciné).
 - L'établissement de santé pourrait gagner 1 080 dollars américains pour 60 accouchements, car chaque accouchement rapporte 18 dollars. Un centre de santé doit offrir un ensemble minimum de 15 à 25 services dans le cadre du financement basé sur la performance.
 - Cet établissement de santé gagnerait 2 196 dollars (total partiel non ajusté) pour les services qu'il a produits au cours du dernier trimestre.
 - Le montant total est ajusté en fonction de l'éloignement ou des difficultés de l'établissement (prime d'équité), car les structures urbaines ou périurbaines peuvent gagner un montant disproportionné. Dans l'exemple du tableau 1.1, cet établissement particulier gagnerait 20 % de plus en raison des difficultés auxquelles il est confronté.
 - Le montant total est également ajusté en fonction de la qualité des résultats obtenus en utilisant une liste de contrôle administrée dans l'établissement chaque trimestre. Cet établissement percevrait 60 % de ce qu'il devrait toucher après ajustement en fonction de la qualité.
- L'ajustement en fonction de la qualité est plafonné à 25 % des revenus du dernier trimestre [6]. Cet établissement obtient donc 60 % des 25 % prévus pour son niveau de qualité.
- Les recettes (3 030 dollars dans cet exemple) sont transférées sur le compte bancaire de l'établissement.
 - Dans cet exemple, l'établissement de santé dispose d'autres sources de revenus en espèces (970 dollars), qui viennent s'ajouter aux rentrées liées au financement basé sur la performance.
 - L'établissement de santé a perçu 4 000 dollars de recettes au cours du dernier trimestre, et la partie consacrée aux dépenses montre comment cette somme aurait pu être utilisée. Ces recettes peuvent être utilisées pour :
 - les coûts de fonctionnement des établissements de santé, tels que les médicaments et les consommables, les dépenses de communication, ainsi que l'entretien et la réparation des établissements de santé ;
 - des primes de performance pour les agents de santé (jusqu'à 50 %) selon des critères définis ; cet établissement a décidé de consacrer 26 % de ses revenus totaux aux primes de performance (34 % de ses revenus au titre du financement basé sur la performance ; toutefois, en raison d'autres sources de revenus en espèces, ces fonds sont gérés intégralement) ; ou
 - les économies réalisées ont permis à cet établissement de santé d'économiser non seulement pour acheter une moto afin de faciliter la sensibilisation de la communauté, mais aussi pour disposer d'une réserve de trésorerie.

Comment les systèmes de financement basé sur la performance s'alignent sur les systèmes nationaux de gestion des finances publiques

Le passage au financement basé sur la performance marque un changement important dans l'approche de la gestion financière, qui privilégie désormais les *résultats* obtenus plutôt que la *manière* dont les fonds sont dépensés. Il ressort de ce qui précède que, pour procéder à des financements basés sur la performance, il faut que les prestataires soient autonomes et dotés de capacités de gestion financière dans le contexte du système de paiement axé sur les résultats. La conception d'un système efficace doit également prendre en compte la manière dont il fonctionne avec les financements provenant d'autres sources de paiement afin de minimiser la fragmentation (on parle alors de système de paiement unifié). Il peut être difficile d'intégrer ces quatre « piliers » du financement des établissements de santé²⁰ sur la base de la performance dans les systèmes nationaux de gestion des finances publiques aux différentes étapes du cycle budgétaire (figure 1.1). Des difficultés risquent de surgir face à l'incompatibilité des principes (entre les piliers et les principes d'une bonne budgétisation – exhaustivité, universalité, unité, annualité et spécificité) ou face aux difficultés d'exécution du modèle de financement basé sur la performance dans la pratique (par exemple, lorsque le ministère des Finances n'est pas en mesure de garantir que les fonds seront transférés aux établissements intégralement et à temps).

Figure 1.1 : Piliers du financement des établissements sur la base de la performance



Source : Auteurs.

Donner aux prestataires une plus grande autonomie budgétaire

Le concept de financement basé sur la performance suppose qu'un établissement de santé fonctionne comme un détenteur de budget, disposant de la capacité de recevoir des fonds et de l'autonomie nécessaire pour décider des moyens nécessaires pour fournir les services convenus par contrat. Il doit également disposer de la marge de manœuvre requise pour absorber les montants versés a posteriori, qui peuvent varier d'un trimestre à l'autre, suivant la capacité du prestataire à atteindre les résultats convenus. En revanche, dans le cas de la budgétisation traditionnelle basée sur les intrants, les allocations relèvent de la loi budgétaire annuelle, qui est généralement exécutée avec plus ou moins de rigidité et un degré de

²⁰ La réflexion sur les piliers de financement des établissements se fonde sur des échanges conceptuels avec Helene Barroy, Joe Kutzin, Federica Margini, Gemini Mtei et Sheila O'Dougherty concernant la parution d'une prochaine note d'orientation de l'OMS et de la Banque mondiale sur le financement des établissements de santé par les systèmes publics. Ces travaux étant en cours, l'interprétation qui en est faite n'engage que les auteurs.

décomposition plus poussé.

Comme indiqué plus haut, le système de financement basé sur la performance permet aux établissements de disposer d'un accès fiable à de la trésorerie, sur un compte bancaire ou par un système d'avances de caisse, mais certains pays appliquent des règles strictes qui limitent l'utilisation de comptes bancaires commerciaux par les organismes du secteur public. Des pays comme le Bénin ou la Tanzanie ont prévu des exceptions à leurs lois pour permettre à ces organisations d'utiliser des comptes bancaires commerciaux ; et en Ouganda, il a été demandé aux établissements d'ouvrir des comptes spécifiques pour recevoir les fonds versés par les bailleurs de fonds dans le cadre du financement basé sur les résultats (FBR). En règle générale, cependant, cette pratique va à l'encontre du principe d'« universalité » de la gestion des finances publiques, qui veut que le budget de l'établissement mentionne toutes ses sources de revenus et toutes ses dépenses. Les ressources doivent toutes être rattachées à un fonds commun qui doit être affecté en fonction des priorités courantes du gouvernement²¹. Du point de vue de la gestion des finances publiques, faire transiter les fonds par des banques commerciales qui ne relèvent pas de la structure de compte unique du Trésor risque de nuire à l'efficacité de la gestion budgétaire au niveau macroéconomique, car le gouvernement devra emprunter pour financer les dépenses d'une entité alors qu'une autre entité dispose de liquidités inutilisées.

Le droit de recevoir des fonds s'accompagne de dispositions qui limitent leur utilisation. De nombreux pays mettent en place des mécanismes de contrôle stricts, qui influent sur la manière dont les établissements peuvent utiliser les sommes perçues sur la base de leur performance. Le financement basé sur la performance permet aux établissements d'utiliser leurs fonds pour encourager les membres du personnel en leur versant des compléments de salaire dont la proportion varie d'un pays à l'autre. Cependant, la gestion du personnel est généralement régie par des dispositions relatives à la fonction publique, qui prévoient notamment l'établissement de contrôles budgétaires stricts. En règle générale, les salaires et les autres dépenses ne peuvent pas être transférés d'une catégorie budgétaire à l'autre, et les décisions stratégiques importantes en matière d'embauche et de licenciement, ainsi que les ajustements salariaux, sont prises au niveau central.

Le degré de concordance variera selon les pays, suivant la manière dont les systèmes existants sont gérés. Pour reprendre l'exemple précédent, certains pays autorisent les établissements à recevoir des allocations supplémentaires dans un budget de fonctionnement, y compris des fonds pour embaucher des agents de santé sous contrat. Toutefois, il n'est pas possible de faire preuve d'une telle souplesse, et les établissements se heurteront à des difficultés particulières si leur budget est assujéti à un contrôle au niveau des rubriques budgétaires au lieu d'être affecté de manière moins rigide.

Encourager une capacité de gestion financière adéquate

La décentralisation de la responsabilité des dépenses vers les prestataires implique d'actualiser les règles et les systèmes de contrôle et de comptabilité de ces fonds, y compris le codage administratif du plan comptable. Du point de vue de la gestion des finances publiques, décentraliser l'autorisation de dépense ne doit pas poser de problème en soi, et de nombreux pays ont déjà franchi le pas, notamment dans le secteur de l'éducation, où les subventions par élève sont courantes. La poursuite de la décentralisation de diverses fonctions de comptabilité et d'établissement de rapports, y compris le déploiement du système

²¹ Pattaro 2016.

de trésorerie et la mise en œuvre de nouveaux accords bancaires, sont autant de difficultés susceptibles de survenir tout au long de ce processus. La capacité des prestataires (en particulier les petits établissements de santé) à utiliser efficacement ces systèmes et la charge administrative qu'ils engendrent pour un personnel de première ligne déjà restreint sont des sujets de préoccupation courants.

Il peut être difficile de faire correspondre les mécanismes de comptabilité et d'établissement de rapports des projets de financement basé sur la performance avec le système d'information administrative et de gestion de l'État, par exemple, car ce système prévoit des contrôles au niveau des lignes budgétaires, ce qui va à l'encontre des plans d'activités trimestriels et de la marge de manœuvre inhérente à l'approche du financement basé sur la performance. Certains pays font le choix de ne pas utiliser le système d'information administrative et de gestion pour exécuter les dépenses, mais d'enregistrer les transactions du financement basé sur la performance dans le grand livre après leur exécution, en utilisant le même plan comptable, ce qui permet de saisir toutes les données en un seul endroit. Cela signifie toutefois que d'autres modules internes du système d'information administrative et de gestion (comme la préparation du budget et la paie) ne peuvent pas être utilisés pour les transactions réalisées dans le cadre du financement basé sur la performance. Qui plus est, si les transactions sont traitées par le système d'information administrative et de gestion, les fonctions de paiement et de production de rapports sont harmonisées, ce qui garantit l'intégrité des rapports. Si cela n'est pas fait, il faudra procéder à des audits juricomptables coûteux a posteriori pour déterminer si les dépenses déclarées correspondent à la réalité.

Rémunérer les établissements sur la base de leurs performances

Le mode de paiement des établissements constitue une différence fondamentale entre le financement basé sur la performance et le processus budgétaire traditionnel. Dans le cas d'un financement basé sur la performance, les établissements reçoivent des fonds après leur prestation de services, l'allocation étant subordonnée à leur performance et calculée en fonction d'un prix unitaire fixe convenu à l'avance. En revanche, dans le cadre du processus budgétaire annuel traditionnel, les affectations budgétaires sont fixées en début d'année et les fonds sont débloqués périodiquement. Comme indiqué ci-dessus, les fonds sont débloqués par rapport au budget en partant du principe que les services seront assurés, et non pas en fonction de la performance réelle de l'établissement au trimestre précédent.

Le recours à un mécanisme de paiement a posteriori est une pratique courante pour les prestataires indépendants de biens et de services, ce qui n'est généralement pas le cas pour les établissements publics. Appliquer ce principe aux établissements de santé risque de susciter un certain nombre de tensions. La première concerne ce qui est acheté et quand. Le processus budgétaire traditionnel prévoit une allocation pour ce qui sera fourni au cours de l'année à venir. Il en va de même pour le règlement des factures des prestataires, qui doit être budgétisé à l'avance. En revanche, avec le financement basé sur la performance, les administrations publiques peuvent également avoir besoin de payer des services qui ont été fournis au cours des exercices fiscaux précédents. Cela va à l'encontre du principe de l'« annualité » du contrôle budgétaire dans la gestion des finances publiques. S'il existe des précédents dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui légifèrent sur les contrats pluriannuels, comme les prestations sociales, ce type de règles est moins courant dans les pays à faible revenu. Quand bien même de telles règles seraient mises en place, les systèmes de financement basé sur la performance peuvent être

plus difficiles à gérer en période de restrictions budgétaires, lorsque les ressources diminuent d'un exercice fiscal à l'autre.

Le principe de gestion des finances publiques de l'« annualité » veut que toutes les opérations budgétaires soient rattachées à un exercice budgétaire afin de faciliter le contrôle par l'autorité budgétaire des activités de l'organe exécutif²². Le processus de gestion des finances publiques prévoit la préparation d'une loi de finances rectificative pour actualiser le budget annuel et prendre en compte les changements importants, ce qui implique une approbation législative au lieu de celle du comité de gouvernance de l'établissement. Cela peut s'avérer fastidieux et peu réalisable sur une base trimestrielle, c'est pourquoi les subventions aux performances sont généralement accordées aux collectivités locales chaque année. S'il est possible de prévoir un budget axé sur une meilleure performance et de prévoir une sous-exécution du budget pour respecter les plafonds fixés par la loi, cette approche peut conduire à des décisions budgétaires globalement inefficaces et à une perte de légitimité des résultats que le budget prévu s'est engagé à produire. Ce risque sera plus grand si les budgets liés au financement basé sur la performance sont alloués à différentes administrations locales ou à différents districts, car les fonds sous-exécutés dans un district ne peuvent pas être utilisés pour compenser la surexécution dans un autre district sans recourir à une demande de modification des plafonds budgétaires auprès du corps législatif.

Il peut aussi être difficile, d'un point de vue pratique, d'intégrer le financement basé sur la performance dans des systèmes nationaux de gestion des finances publiques où les dépenses sont contrôlées par un système de rationnement des liquidités mensuel ou trimestriel. Si le ministère des Finances réduit systématiquement ses plans de dépenses au cours de l'année parce que les ressources dont il dispose diminuent, la base convenue pour le financement des établissements risque de ne pas être respectée et le système d'incitation du financement basé sur la performance ne fonctionnera pas. L'établissement peut faire le nécessaire pour recevoir un paiement basé sur les performances, mais il se peut que l'administration centrale ait besoin de réduire ou de retenir une partie du paiement par manque de fonds. Il s'agit alors d'un décalage en pratique, et non en principe, entre le financement basé sur la performance et les systèmes nationaux de gestion des finances publiques, et cela risque davantage de se produire dans les pays où le budget manque de fiabilité et pour lesquels les dépenses de santé ne sont pas une priorité politique majeure²³. Une remarque similaire pourrait être faite sur la difficulté d'effectuer une vérification rigoureuse et suffisamment rapide des indicateurs de performance pour permettre un remboursement rapide des établissements de santé au cours de l'année.

La vérification rigoureuse des indicateurs de performance est un aspect essentiel du financement basé sur la performance. Il s'agit notamment de vérifier que le système n'est pas perverti par de fausses déclarations. L'évaluation budgétaire fait également partie intégrante de la gestion des finances publiques, mais ne se fait généralement pas au même degré de décomposition. Elle est généralement effectuée par l'institution supérieure de contrôle (ou les agents délégués), qui rend compte à l'Assemblée législative ou au conseil de district. Les bonnes pratiques en matière de gestion des finances publiques recommandent des contrôles de performance, mais dans la pratique, la plupart des pays ne disposent pas des capacités et des financements suffisants, de sorte que la plupart des contrôles sont axés sur la conformité et visent à tenir les parties prenantes responsables des dépenses inutiles ou erronées. En

²² Pattaro 2016.

²³ Voir Mills (2018) et de Renzio (2009) concernant les récentes analyses transnationales consacrées à la crédibilité budgétaire ou Simson et Welham (2014) pour une explication des facteurs du manque de crédibilité des budgets nationaux en Ouganda, en Tanzanie et au Liberia.

revanche, la vérification de la performance dans le cadre du financement basé sur la performance a lieu pour justifier le déboursement de l'allocation budgétaire du trimestre suivant. La vérification peut être confiée à des services de contrôle interne et la contre-vérification à la Cour des comptes externe afin de réduire les coûts, comme cela s'est fait en Tanzanie.

Il convient également de noter que l'octroi d'une plus grande latitude aux prestataires de soins de santé pour gérer leurs budgets a des répercussions sur le contrôle budgétaire exercé par le corps législatif et le conseil de district. Dans tout système national de gestion des finances publiques, le corps législatif examine les propositions budgétaires produites par les différents établissements de santé. Toutes les dépenses publiques sont soumises à des contrôles de conformité rigoureux. Les dépenses des fonds liés au financement basé sur la performance ne sont pas contrôlées au même degré de décomposition, car elles peuvent changer au cours de l'année selon que les résultats convenus ont été atteints ou non. Cela affaiblit le principe d'« exhaustivité » lié aux contrôles budgétaires ainsi que le rôle du législateur dans le contrôle de l'utilisation des fonds publics²⁴.

Système de paiement unifié

En pratique, les budgets de la plupart des projets pilotes de financement basé sur la performance sont élaborés et gérés par le ministère de la Santé et opèrent parallèlement à une série d'autres sources de financement. Comme indiqué ci-dessus, les projets de financement basé sur la performance sont généralement limités au financement des opérations, tout en permettant aux établissements de verser un complément de salaire au personnel. Ils ne couvrent pas les salaires de base du personnel et les investissements en capital dans un établissement. Ils peuvent même ne pas couvrir l'achat de médicaments lorsque ceux-ci sont distribués en nature par un réseau de magasins médicaux. En outre, dans bon nombre de pays à faible revenu, les établissements reçoivent des aides importantes directement des bailleurs de fonds et des ONG.

Il est indispensable de prendre en compte l'ensemble de ces flux de financement pour s'assurer que les systèmes de financement basé sur la performance sont capables de générer des incitations positives à l'amélioration des services. Les transferts budgétaires intergouvernementaux basés sur les intrants sont généralement versés aux administrations locales et par leur intermédiaire pour financer la prestation de services de santé. L'utilisation à la fois de systèmes basés sur les intrants et de systèmes de rémunération à l'acte pour le même type de dépenses fragmente le mécanisme de rémunération des prestataires. Cela soulève des questions à plus long terme sur la nécessité d'intégrer les deux flux de financement et sur le rôle futur des transferts budgétaires intergouvernementaux, bien que ces questions ne relèvent pas explicitement de la gestion des finances publiques. Les systèmes de paiement mixtes sont monnaie courante dans de nombreux pays. Il est toutefois nécessaire qu'ils soient conçus de manière ciblée et se renforcent mutuellement.

De manière plus générale, il faut examiner comment élaborer des procédures unifiées de budgétisation, d'exécution et d'établissement de rapports pour les différents flux de financement, ainsi que la manière de concilier les règles qui régissent la fongibilité des fonds entre les différentes sources. Cela permet non seulement d'améliorer les incitations, mais aussi de réduire la charge administrative pesant sur les établissements.

²⁴ Banque mondiale, 1998.

PARTIE IV – DISCUSSION

Les difficultés entourant l'intégration du FBP dans les systèmes nationaux

L'introduction du FBP est un changement fondamental dans le financement et la gestion des services de santé dans les pays à faible revenu²⁵. La question de savoir si l'adoption du FBP est valable reste en suspens, et tout gouvernement qui s'interroge sur la pertinence de son adoption devra procéder avec précaution²⁶. Les mécanismes adoptés jusqu'à présent dans la plupart des pays en sont toujours à la phase pilote, et demeurent majoritairement financés par des bailleurs de fonds. En outre, peu ont été appliqués à l'échelle d'un pays entier. Nous examinons, dans ce dossier, une des difficultés à résoudre afin que davantage de pays optent pour ce système : l'alignement des pratiques de FBP sur les systèmes nationaux de GFP.

Un mauvais alignement peut apparaître au niveau des différents « piliers » du financement des établissements, ainsi que dans les différents éléments du système de GFP. Nous venons d'examiner certains des domaines dans lesquels le mauvais alignement est le plus fréquent, suite à la décentralisation de l'autorité de dépense vers un prestataire de santé, et la réorientation d'un système de paiement basé sur les intrants vers un système de paiement basé sur les résultats (tableau 1.2). Nous avons également brièvement abordé les manières selon lesquelles le FBP et le système de GFP peuvent venir en appui d'un système de budget et de paiement pour les services de santé plus unifié.

Tableau 1.2 : Principaux obstacles à l'alignement du FBP sur les processus de gestion du budget général

Processus typique de FBP	Processus typique de GFP	Discussion
Autonomie du prestataire		
1. L'établissement est l'unité de dépense	Le district est l'unité de dépense	Le FBP exige des établissements qu'ils gèrent leur propres fonds. Dans la plupart des pays, le centre de coûts le plus faible se situe néanmoins au niveau du district, et les établissements reçoivent des biens et des services en nature (ou une partie des fonds en avance). Certains pays ont introduit des établissements comme unités de dépense dans le tableau des comptes (Tanzanie) ou créé un système conditionnel de subventions qui envoie des fonds aux établissements (Ouganda).
2. Les établissements disposent de leur propre compte bancaire	Le pays a un seul compte de Trésor public	La FBP exige que les établissements jouissent de la souveraineté financière et aient accès à des services bancaires. Ceci entre souvent en conflit avec l'utilisation d'un compte de Trésor public unique dans la GFP. Les districts peuvent disposer de sous-comptes de trésorerie. Puisque les dépenses récurrentes non salariales sont souvent peu élevées, l'alternative efficace pourrait être justifiée, et permettre ainsi aux établissements de disposer de comptes, si les dépenses sont justifiées. L'utilisation d'argent mobile et de cartes à puce peut également être une alternative proposée.

²⁵ Cette discussion ne peut s'appliquer dans les pays où les programmes de FBP transitent par des fonds extrabudgétaires, tels que des mécanismes d'assurance. Le présent document illustre les questions essentielles susceptibles de surgir lors de tentatives d'intégration du FBP dans le budget du gouvernement.

²⁶ Outre les débats actuels au sein de la communauté du financement de la santé, il est intéressant de remarquer que Schick (1998b) a prévenu les pays de ne pas commencer à passer de contrats au sein du secteur public tant que la confiance et le respect des contrats n'est pas supérieure dans le secteur privé.

3. Flexibilité remarquable relative aux dépenses	Soumis à la loi sur le budget annuel et mis en œuvre par contrôle <i>ex ante</i>	Avec le FBP, les établissements gèrent leur budget conformément à des engagements plans commerciaux et ont la flexibilité de modifier leurs priorités qui évoluent, suite à la validation par leurs comités de gouvernance. Les districts exécutent leur budget conformément à la loi relative au budget annuel et sont généralement soumis au contrôle <i>ex ante</i> des engagements, à divers niveaux de rigidité. Il peut être possible d'avoir une stratégie de contrôle différencié. Au Pakistan, par exemple, il existe un corridor vert pour les transactions de faible valeur, qui permet davantage de flexibilité au lieu d'utilisation.
4. Compléments de salaire possibles	Budget prédéterminé pour les fonctions économiques	Dans le cadre du FBP, les établissements sont en mesure d'inciter le personnel à l'aide de fonds dédiés à des compléments de salaire. Une orientation relative aux limites à respecter est généralement donnée. À l'inverse, le budget général ne peut généralement pas être utilisé pour financer de tels compléments. Les salaires sont versés directement par le gouvernement central.

Capacité de gestion financière

5. Plan d'affaires trimestriel	Planification et formulation budgétaires annuelles	Dans le cadre du FBP, les établissements doivent fournir des plans d'affaires trimestriels, conformément aux directives d'un comité de gouvernance. Ceci est à opposer au cycle budgétaire de la GFP, qui fonctionne sur la base d'un budget annuel contraignant.
6. Validation du budget	Validation du budget	Si le FBP est intégré au budget de GFP, les budgets locaux doivent être validés par un organe législatif à un niveau agrégé (p. ex. des postes de FBP figurent dans le budget de développement). La validation législative du budget récurrent régulier est plus granulaire.
7. Comptabilité et production (manuelle) de rapports	Comptabilité et production de rapports (SIGF)	Des manuels et outils distincts de comptabilité et production de rapports ont été élaborés pour les projets de FBP, alors que les dépenses publiques sont gérées à l'aide du SIGF. Le SIGF tend à être plus rigoureux en ce qui concerne l'intégration de modules, des fonctions de paiement et de production de rapports, et la fonction de planification et d'exécution. Dans certains pays, les relevés de dépenses du FBP sont régulièrement portés au registre du SIGF.

Orientation de la performance

8. Les établissements sont remboursés en fonction de leur performance	Les districts demandent l'autorisation de faire des dépenses en fonction de leur budget	Dans le cadre du FBP, le niveau des budgets des établissements dépend de la performance de l'établissement au trimestre précédent. Les budgets des districts sont soumis à la loi annuelle sur le budget.
9. Vérification rigoureuse*	Audit interne	Dans le cadre du FBP, pour recevoir leur financement, les établissements doivent démontrer les progrès réalisés en regard des résultats, tels que vérifiés par une tierce partie. Les districts sont soumis à de stricts contrôles internes, dans lesquels les transactions ne sont validées que si les fonds sont disponibles dans les crédits et le budget.
10. Audit du projet externe*	Audit des dépenses récurrentes externes	Tant que le projet de FBP transite par le budget, les deux scénarios sont soumis à des audits de conformité externes. Dans le cadre du FBP, la conformité se mesure à l'aune du protocole du projet, alors que pour les dépenses budgétaires des districts, la conformité se mesure par rapport au protocole général de gestion des dépenses du gouvernement.

Source : Auteurs.

Remarques : SIGF = système d'information de la gestion financière

* Pourrait également être cartographié en fonction de la capacité de gestion financière

Pour que les réformes du FBP soient pérennes, les décideurs financiers devront trouver un moyen de dépasser ces points de mauvais alignement et intégrer le FBP dans les processus de gestion générale des finances du gouvernement. Il est parfois suggéré que l'introduction de la budgétisation des programmes serve à soutenir la nécessaire flexibilité budgétaire qui permettra d'aligner le FBP sur les systèmes nationaux. Ceci pourrait néanmoins exagérer la flexibilité accordée par la budgétisation des programmes et simplifier à outrance les changements dans le financement des établissements nécessaires pour le mécanisme de

FBP²⁷. Les réformes de budgétisation des programmes font également souvent l'objet d'une mise en œuvre partielle. Dans des pays tels que le Ghana, le Malawi, la Zambie et le Zimbabwe, le budget par programme fournit souvent davantage d'information sur ce à quoi servent les fonds, mais les contrôles continuent à ne reposer que sur les postes économiques (p. ex. les salaires, biens et services, etc.). La budgétisation programmatique peut octroyer une plus grande flexibilité aux gestionnaires de programmes, mais rendre la gestion budgétaire plus rigide au niveau des établissements, car les virements entre programmes sont difficiles. Les budgets par programme offrent, néanmoins, une possibilité d'alignement si les relations contractuelles entre le programme et les établissements de santé reflètent les principes de financement de l'établissement.

Il n'y a pas de solution unique permettant l'intégration immédiate des mécanismes de FBP dans les systèmes nationaux de GFP, et des compromis devront être faits au niveau des pratiques de FBP et de GFP. Par exemple, les systèmes de GFP pourraient être réformés pour octroyer aux établissements l'autonomie supplémentaire sur leur budget requise pour le FBP, et pour veiller à ce qu'ils disposent d'une capacité de gestion financière suffisante. Le fait que les établissements disposent de comptes bancaires dédiés ou non dépend du niveau de complexité et de fiabilité du compte unique de trésorerie, et du fait que la perte éventuelle d'efficacité causée par l'absence de consolidation des soldes inactifs soit compensée par les gains d'efficacité atteints par les établissements qui gèrent leurs propres finances. Dans les environnements dans lesquels la disponibilité d'espèces ne peut être garantie par le biais du compte unique de trésorerie, des arrangements de transition pourront être mis en œuvre.

D'un autre côté, il est peu probable que la pratique du FBP du recours aux plans d'affaires trimestriels puisse s'aligner sur le système de GFP, car le budget annuel est la base de la budgétisation du gouvernement, et les budgets supplémentaires sont trop encombrants pour être proposés sur une base trimestrielle s'il y a régulièrement d'importants écarts entre les estimations annuelles et la performance réelle à chaque trimestre. Alors que le système de GFP peut permettre davantage de flexibilité au niveau du lieu d'utilisation, celle-ci restera sans doute limitée, particulièrement entre unités administratives, catégories de dépenses et transactions de valeur élevée. Cependant, si le système de GFP peut disposer de davantage de flexibilité, les transactions de FBP pourraient être traitées par un SIGF.

Élaboration d'un programme de réforme

Le niveau de mauvais alignement entre projets de FBP et systèmes nationaux variera selon le contexte, tout comme les solutions d'intégration des projets de FBP dans le système de GFP. L'autonomie des prestataires ne devrait pas être un obstacle de taille dans les pays qui financent des ONG pour la prestation de services de santé, comparativement à ceux qui

²⁷ Passer de budgets par poste à des budgets par programme ne résoudrait pas automatiquement les nombreuses zones de mauvais alignement. Dans la GFP, les budgets par poste s'appuient sur des classifications administratives et économiques de dépenses, alors que les budgets par programme s'appuient sur des classifications administratives et programmatiques, mais se servent de postes économiques en tant qu'information complémentaire pour les besoins de leurs rapports financiers. La budgétisation basée sur les programmes sert souvent à soutenir le financement de la santé. Une orientation vers les résultats du budget peut être obtenue grâce aux résultats, au programme ou aux modalités de budget sur les performances, mais est rarement mise en œuvre dans la pratique. Les écarts entre la performance escomptée et la performance réelle devraient être pris en compte de la même manière que les changements dans les plans de dépense, tel qu'abordés précédemment.

fournissent ces services par le biais d'établissements publics inscrits dans le budget national ou infranational. La manière dont le système de FBP est mis en œuvre dans un pays fédéré où les gouvernements infranationaux ont une certaine autorité sur la prestation des services de santé et sur les systèmes de GFP peut être très différente de celle d'un système fortement centralisé. Les systèmes gouvernementaux de GFP peuvent ne pas beaucoup compter dans l'intégration du FBP dans un système national si les services sont financés par le biais d'un fonds statutaire, tel qu'un régime d'assurance maladie. Les questions relatives à l'alignement varieront également grandement selon les spécificités des contextes de la GFP. Un pays disposant d'une structure de budget par programme avancée, par exemple, peut nécessiter des réformes à d'autres niveaux que ceux d'un système de GFP orienté sur les intrants. Ainsi, toute tentative d'intégration du FBP dans un système de GFP national doit commencer par une bonne compréhension du fonctionnement du financement actuel de la santé et des arrangements au niveau de la gestion financière.

L'élaboration d'une stratégie crédible d'alignement pour le FBP doit également prendre en compte le fait que les réformes du système de GFP peuvent être difficiles à mettre en pratique. Même après des décennies de soutien international envers les réformes de GFP, d'importantes faiblesses subsistent au sein des systèmes nationaux de GFP. Des réformes telles que la budgétisation à moyen terme et programmatique se sont souvent révélées décevantes, car les anciennes manières de procéder demeurent fortement ancrées dans les systèmes gouvernementaux²⁸. Chercher à réformer les systèmes de GFP pour mettre en œuvre les piliers du financement des établissements pour le FBP doit être étudié avec cet écueil possible à l'esprit. Il faut reconnaître les obstacles politiques et juridiques au changement et déterminer si la capacité à mettre en œuvre les nouveaux systèmes est suffisante²⁹. Ces facteurs ne sont d'ailleurs pas forcément tous reliés au secteur public. Si le FBP sert à permettre l'harmonisation des bailleurs de fonds, par exemple, il pourrait y avoir des standards plus élevés pour la capacité de gestion financière que dans d'autres parties du système de GFP. Tout comme il y a des débats sur le coût des systèmes rigoureux d'évaluation du FBP, il y aura des débats sur les piliers de financement des établissements qui seront les plus importants et la manière de les adapter afin qu'ils correspondent aux systèmes de GFP et aux relations fiscales intergouvernementales. Le processus du dialogue est, de ce fait, aussi important que le travail technique nécessaire pour identifier les zones de mauvais alignement et concevoir le mécanisme de FBP.

En raison de variations du contexte et de l'espace de réforme dans le système de FBP, l'approche précise permettant d'aligner les systèmes de FBP et de GFP sera différente dans chaque pays. Pour déterminer si un système de GFP peut être adapté aux piliers du FBP ou si ces piliers pourraient être présentés d'une autre manière, les réformateurs pourraient examiner les expériences précédentes avec d'autres réformes. Il sera, par exemple, utile d'analyser si un alignement avec la GFP a été compliqué en matière d'introduction d'autres

²⁸ Schiavo-Campo (2017) propose une réflexion générale sur les défis à introduire ces pratiques avancées de GFP, alors que le récent rapport du Secrétariat PEFA (2021) indique comment les systèmes de GFP de la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire présentent de nombreuses faiblesses lorsqu'ils sont évalués en fonction des bonnes pratiques acceptées.

²⁹ Andrews (2012) aborde « l'espace de changement » selon trois dimensions : l'acceptabilité, l'autorité et la capacité, qu'il définit comme suit : « (i) La solution est-elle acceptable en fonction des valeurs et des normes ? [acceptabilité] ; (ii) La solution peut-elle être autorisée, au vu des structures de pouvoir ? [autorité] ; (iii) La solution peut-elle être adoptée ou mise en œuvre, en fonction des capacités actuelles ou prévisionnelles ? [capacité] ».

mécanismes d'achat (p. ex. le financement des soins de santé publique par habitant) et comment ces difficultés ont été, ou non, surmontées. Il sera également intéressant de comprendre les approches de subventions par capitation dans le secteur de l'éducation et les paiements basés sur les performances pour les services d'infrastructure des gouvernements locaux, ainsi que d'autres réformes connexes.

Dans le même temps, les piliers du financement des établissements dans un mécanisme de FBP devraient être universels et le séquençage de leur introduction peut suivre certains principes de base. Du point de vue de la GFP, il existe un consensus général historique dans la communauté universitaire sur le fait que les réformes devraient au moins viser à mettre en place des fonctions de base efficaces avant de procéder à des pratiques plus avancées³⁰. La planification de la mise en œuvre du FBP dans les systèmes nationaux pourrait s'inspirer de ce point de vue pour suggérer une progression des différents piliers du financement des établissements à différents rythmes. Par exemple, l'élaboration de mécanismes d'intégration des dépenses et de la production de rapports au niveau des établissements renforcera la confiance dans le fait que les établissements de santé disposent des capacités à gérer les fonds, ce qui vient renforcer l'argument en faveur de leur octroyer davantage d'autonomie à moyen terme. Avec davantage d'autonomie et de flexibilité au niveau des dépenses, les responsables d'établissements peuvent être tenus responsables des résultats de leur établissement. Ceci tracera la voie pour l'introduction de la budgétisation basée sur les performances, car les établissements rempliront déjà les prérequis du contrôle financier et de l'autonomie de gestion (voir encadré 1.1).

³⁰ Le rôle du séquençage dans la GFP est longuement discuté par Diamond (2013), et l'importance de fournir des éléments fondamentaux en premier lieu est soulignée dans les travaux précurseurs de Schick (1998a).

Encadré 1.1 : Éléments du séquençage à prendre en compte dans le processus de réforme

Il peut être nécessaire d'introduire une certaine dose de séquençage de la réforme de la GFP dans le processus d'intégration des principes du FBP dans le budget. Les aspects suivants sont des éléments potentiels de séquençage à prendre en compte, qui devraient néanmoins être considérés en tant que notions, selon le contexte national, et qui devront probablement être itératifs :

- Les établissements doivent être reconnus comme des unités individuelles de dépense au sein du système gouvernemental de GFP. Dans les pays où les districts constituent le niveau le plus bas des organismes de dépenses, cela nécessitera une réorientation considérable de la politique dans laquelle l'autorité de dépense est transférée aux établissements, allant jusqu'à inclure les fonctions associées de gestion des finances publiques. De nouvelles structures de supervision et capacités d'audit pourraient également être nécessaires pour garantir que les comptes bancaires et les fonds qui sont confiés aux établissements sont correctement utilisés.
- Il est nécessaire de renforcer les capacités de gestion des finances publiques des établissements. Les établissements doivent pouvoir planifier, budgétiser, recevoir des fonds, dépenser des fonds, tenir leurs comptes et rendre compte de leurs dépenses. Andrews et Campos (2003) abordent l'équilibre entre contrôle et flexibilité, pour conclure que la confiance dans la redevabilité doit être instaurée avant que la flexibilité ne puisse être octroyée. Une approche par étapes peut ainsi être adoptée. Puisque l'intégration des transactions des établissements dans le SIGF n'est probablement pas réaliste, celles-ci pourraient être portées dans le grand livre, tout en étant prises en compte manuellement. Les innovations dans le secteur bancaire, telles que les cartes à puce pour l'appli m-pesa ayant une interface directe avec le SIGF, pourraient servir à assurer l'intégrité de ces transactions, une exigence fondamentale pour la redevabilité.
- Si la capacité de gestion des finances de l'établissement a été mise en place et que l'intégrité des rapports financiers peut être garantie, certains contrôles peuvent alors être relâchés pour donner aux établissements davantage de flexibilité dans l'exécution de leur propre budget, alors que le maintien d'une production rigoureuse de rapports financiers sur la base des intrants permettrait de garantir la redevabilité financière.
- Avec de l'autonomie, des capacités de gestion financière et une maîtrise de l'utilisation des fonds suffisamment flexible, une orientation vers les résultats ou les performances peut être introduite dans le système de GFP. Sans ces prérequis, les établissements ne sauraient être en mesure de réagir à des incitations basées sur les performances.

Source : Auteurs

En fin de compte, ces suggestions ne peuvent servir que d'orientation générale pour les réformateurs. La conception finale d'un mécanisme de FBP et la voie vers la mise en œuvre différeront. Elles reflèteront les différences de contexte et d'environnement favorable et les différentes solutions et compromis réalisés pour intégrer les piliers du financement des établissements et les systèmes de GFP. Elle reflètera également de nombreux autres éléments de la conception du mécanisme de FBP qui ont été notés dans l'introduction mais non inclus dans le document ; des facteurs tels que le coût du régime, la valeur des paiements, l'organisation du soutien à l'amélioration de la performance, etc. Cette discussion a néanmoins souligné quelques thèmes généraux qui devraient être pris en compte dans l'élaboration de projets futurs de FBP.

Cadre analytique pour la résolution systématique de ces problèmes

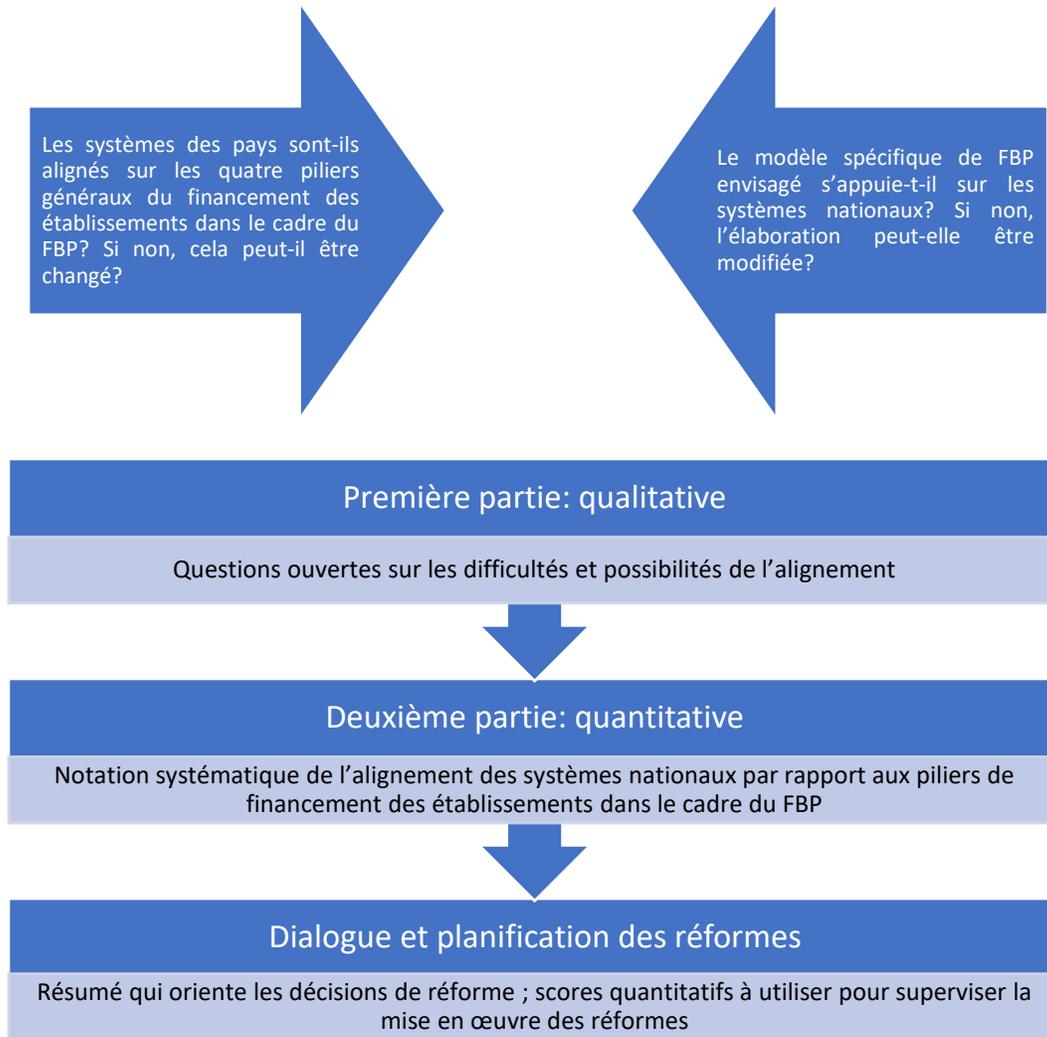
La dernière contribution de ce document est le rapprochement de ces différentes questions en un cadre analytique plus structuré (figure 1.2). Nous l'avons remarqué précédemment, il est important d'identifier clairement l'adéquation de la mise en place du système de GFP pour soutenir les principes du FBP avant de s'engager à adopter le FBP dans les systèmes nationaux. Nous présentons à l'Annexe 1, un cadre théorique, une liste de vérifications des questions clés et une méthodologie de notation des variables importantes, afin de soutenir l'élaboration et la supervision des plans de réforme du FBP. Lorsque cela aura été évalué et déterminé, il sera possible de décider des aspects du FBP à adopter, d'élaborer une feuille de route pour sa mise en œuvre et de choisir les meilleurs indicateurs de mesure des performances.

Ce cadre est conçu pour saisir le niveau d'alignement selon deux dimensions. Le premier porte sur la capacité ou non des systèmes de GFP nationaux à soutenir les quatre piliers du financement des établissements dans le FBP de manière générale. Si les systèmes nationaux ne peuvent pas soutenir ces piliers, l'analyse et les discussions devraient chercher à comprendre la marge de réforme des systèmes de GFP qui permettrait de mieux soutenir l'autonomie du prestataire, la capacité de gestion financière, l'orientation des performances et l'harmonisation des budgets de la santé et des paiements dans tous les flux de financement. La deuxième dimension de l'alignement concerne le degré avec lequel le modèle spécifique de FBP est envisagé ou utilisé dans un pays donné et intégré dans les systèmes nationaux de GFP. Ceci permettra d'identifier les domaines d'élaboration dans lesquels se trouvent des différences essentielles avec les systèmes nationaux de GFP et de commencer à explorer les manières de combler les lacunes – voire de s'accorder sur des aspects du mécanisme de FBP qui ne pourront être poursuivis dans le cadre du système national de santé à moyen terme.

Le point de départ de l'analyse repose sur des questions générales et ouvertes qui pourraient orienter l'analyse initiale dans un contexte national donné. Elles portent sur la manière dont les piliers de financement des établissements pour le FBP sont en lien avec les systèmes utilisés à chacune des trois étapes du cycle de GFP défini dans la deuxième partie. Ceci est suivi par un étalonnage plus systématique du système national par rapport aux quatre piliers, à l'aide d'une approche tirée d'autres évaluations institutionnelles populaires, telles que le programme de dépenses publiques et responsabilité financière (PEFA). Les indicateurs sont notés sur une échelle de quatre points, allant de A à D (A étant le meilleur score), qui peut être adaptée pour refléter les considérations principales obtenues des questions qualitatives ouvertes. Une évaluation succincte combine l'analyse qualitative basée sur des questions plus ouvertes avec une série d'indicateurs quantitatifs agrégés tirés de l'exercice d'étalonnage. Cette combinaison de qualitatif et de quantitatif vise à soutenir une

interprétation significative de l'analyse sous-jacente et à encourager la discussion sur les changements et compromis nécessaires à la mise en place d'un système de FBP plus performant pouvant être mis à l'échelle.

Figure 1.2 : Résumé de la nouvelle approche diagnostique



Source : Auteurs

RÉFÉRENCES

- Andrews, Matt. 2008. "Good Government Means Different Things in Different Countries." Faculty Research Working Paper Series. Cambridge, MA.
- Andrews, Matt. 2012. "The logical limits of best practice administrative solutions in developing countries." *Public Administration and Development* 32 (2): 137–153.
- Andrews, Matt, and J. E. Campos. 2003. "The Management of Public Expenditures and Its Implications for Service Delivery." Washington, DC: World Bank.
- Andrews, M., M. Cangiano, N. Cole, P. de Renzio, P. Krause, and R. Seligmann. 2014. "This Is PFM." CID Working Paper No. 285, Center for International Development, Cambridge, MA.
- Barroy, H., G. Kabaniha, C. Bourdeaux, T. Cammack, and N. Bain. 2018. "Leveraging Public Financial Management for Better Health in Africa." Geneva: World Health Organization.
- Barroy, H., E. Dale, S. Sparkes, and J. Kutzin. 2018. "Budget Matters for Health: Key Formulation and Classification Issues." Geneva: World Health Organization.
- Boadway, Robin, and Anwar Shah, eds. 2007. "Intergovernmental Fiscal Transfers: Principles and Practice." Washington, DC: World Bank.
- Boex, Jamie. 2013. "PEFA Performance Measurement Framework at Sub National Government Level—Definitions and Typology." Washington, DC: PEFA Secretariat.
- Cashin, C., D. Bloom, S. Sparkes, H. Barroy, J. Kutzin, and S. O'Dougherty. 2017. "Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage." Geneva: World Health Organization.
- Chakraborty, S., S. O'Dougherty, P. Panopoulou, M. Cvikl, and C. Cashin. 2010. "Aligning Public Expenditure and Financial Management with Health Financing Reforms." In *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*, ed. J. Kutzin, C. Cashin, and M. Jakab, 269–98. Copenhagen: World Health Organization.
- Chalkley, M.; A. Mirelman; L. Siciliani; M. Suhrcke. 2016. "Centre for Health Economics (CHE) Research Paper 140." CHE Research Paper. York.
- De Renzio, Paolo. 2009. "Taking Stock: What Do PEFA Assessments Tell Us about PFM Systems across Countries?" London: Overseas Development Institute.
- Diamond, J. 2013. "Good Practice Note on Sequencing PFM Reforms." Washington, DC: PEFA Secretariat, The Public Expenditure and Financial Accountability Program.
- Fritsche, G. B., R. Soeters, and B. Meessen. 2014. *Performance-Based Financing Toolkit*. Washington, DC: World Bank Publications.
- Hashim, Ali, and Moritz Piatti-Fünfkirchen. 2016. "A Diagnostic Framework to Assess the Capacity of a Government's Financial Management Information System as a Budget Management Tool." Washington, DC: World Bank.

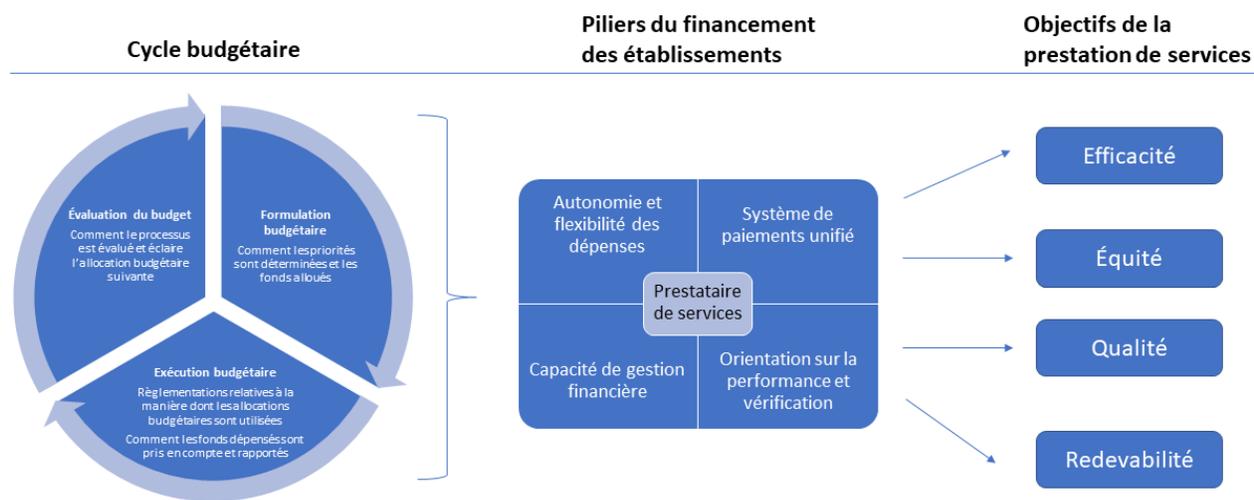
- Josephson, E., J. Gergen, M. Coe, S. Ski, S. Madhavan, and S. Bauhoff. 2017. "How Do Performance-Based Financing Programmes Measure Quality of Care? A Descriptive Analysis of 68 Quality Checklists from 28 Low- and Middle-Income Countries." *Health Policy and Planning* 32 (8):1–7.
- Kapologwe, N. A., Albino K., Stephen M.K., Zainab C., Anna N., Thomas T., Kyaw A., and Josephine B. 2019. "Understanding the Implementation of Direct Health Facility Financing and Its Effect on Health System Performance in Tanzania : A Non-Controlled before and after Mixed Method Study Protocol." *Health Research Policy and Systems* 17 (11): 1–13.
- Kutzin, Joseph. 2013. "Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy." *Bulletin of the World Health Organization* (91): 602–11. Geneva: WHO.
- Lienert, Ian. 2003. "A Comparison between Two Expenditure Management Systems in Africa." IMF Working Paper. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Lienert, Ian. 2005. "Who Controls the Budget: The Legislature or the Executive?" IMF Working Paper. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Lienert, Ian, and Israel Fainboim Yaker. 2010. "Reforming Budget System Laws." *Technical Notes and Manuals* 2010 (1): 1-19.
- Miller, Mark, and Sierd Hadley. 2016. "Cash Management in Cash - Constrained Environments: A Public Financial Management Introductory Guide." London: Overseas Development Institute.
- Mills, Zac. 2018. "Budget Credibility: What Can We Learn from PEFA Reports?" Washington, DC.
- Nardo, Michael, Michaela Saisana, Andrea Saltelli, Stefano Tarantola, Anders Hoffman, and Enrico Giovannini. 2005. "Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide." OECD Statistics Working Paper 2005/03, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.
- Opwora, A., M. Kabare, S. Molyneux, and C. Goodman. 2009. "The Implementation and Effects of Direct Facility Funding in Kenya's Health Centres and Dispensaries." Nairobi.
- Pattaro, Anna Francesca. 2016. *Budgetary Principles*. In: Farazmand A. (eds) *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance*. Springer, Cham.
- Pattanayak, Sailendra. 2016. "Expenditure Control: Key Features, Stages, and Actors." *Technical Notes and Manuals* 2016 (2): 1-28.
- PEFA (The Public Expenditure and Financial Accountability Program). 2018. *PEFA Handbook: The PEFA Assessment Process—Planning, Managing, and Using PEFA*. Washington, DC: PEFA Secretariat.
- . 2021. *2020 Global Report on Public Financial Management*. Washington, DC: PEFA Secretariat. <https://www.pefa.org/global-report-2020/?current=/home>
- Piatti-Fünfkirchen, M., H. Barroy, Pivodic, and Margini, forthcoming. *World Health Organization/World Bank discussion paper on budget execution*.

- Piatti-Fünfkirchen, Moritz, and Pia Schneider. 2018. "From Stumbling Block to Enabler: The Role of Public Financial Management in Health Service Delivery in Tanzania and Zambia." *Health Systems & Reform* 4 (4): 336–345.
- Piatti-Fünfkirchen, Moritz, and Lodewijk, Smets. 2019. *Public Financial Management, Health Financing and Under-Five Mortality: A Comparative Empirical Analysis*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Rajan, Dheepa, Helene Barroy, and Karin Stenberg. 2016. *Budgeting for Health: Strategizing National Health in the 21st Century: A Handbook*. Geneva: World Health Organization.
- Renmans, D., N. Holvoet, C. G. Orach, and B. Criel. 2016. "Opening the 'Black Box' of Performance-Based Financing in Low- and Lower Middle-Income Countries: A Review of the Literature." *Health Policy and Planning* 31(9): 1297–309.
- Rutherford, Merrin E., Kim Mulholland, and Philip C. Hill. 2010. "How Access to Health Care Relates to Under-Five Mortality in Sub-Saharan Africa: Systematic Review." *Tropical Medicine & International Health* 15 (5): 508–19.
- Schiavo-Campo, S. 2017. *Government Budgeting and Expenditure Management: Principles and International Practice*. Abingdon-on-Thames, Oxfordshire, UK: Taylor & Francis.
- Schick, Allan. 1998a. "A Contemporary Approach to Public Expenditure Management." World Bank Institute Working Paper No. 35116, Washington, DC.
- . 1998b. "Why Most Developing Countries Should Not Try New Zealand's Reforms." *The World Bank Research Observer* 13 (1): 123–31.
- Shen, G. C., H. T. N. Nguyen, A. Das, N. Sachingongu, C. Chansa, J. Qamruddin, and J. Friedman. 2017. "Incentives to Change: Effects of Performance-Based Financing on Health Workers in Zambia." *Human Resources for Health* 15 (1): 20.
- Shroff, Z. C., M. Bigdeli, and B. Meessen. 2017. "From Scheme to System (Part 2): Findings from Ten Countries on the Policy Evolution of Results-Based Financing in Health Systems." *Health Systems & Reform* 3 (2): 137–47.
- Simson, Rebecca. and Bryn Welham. 2014. "Incredible budgets: Budget credibility in theory and practice." ODI Working Paper 400. London: Overseas Development Institute.
- Stasavage, David, and Dambisa Moyo. 2000. "Are Cash Budgets a Cure for Excess Fiscal Deficits (and at What Cost)?" *World Development* 28 (12): 2105–22.
- Welham, B., T. Hart, S. Mustapha, and S. Hadley. 2017. "Public Financial Management and Health Service Delivery: Necessary, but Not Sufficient?" London: Overseas Development Institute.
- WHO (World Health Organization). 2008. "World Health Report. Primary Health Care (Now More Than Ever)." Geneva: WHO.
- World Bank. 1998. *Poverty Reduction & Economic Management: Public Expenditure Management Handbook*. Washington, DC: World Bank Publications.
- Yin, Robert K. 2015. *Qualitative Research from Start to Finish*. New York: Guilford Press.

ANNEXE 1 : DÉTERMINATION DE L'ALIGNEMENT DU FBP SUR LE SYSTÈME DE GFP D'UN PAYS

Un cadre conceptuel a été élaboré pour déterminer la mesure dans laquelle le système de GFP d'un pays pouvait soutenir l'adoption du FBP. La méthodologie suit un cycle budgétaire simplifié en trois étapes et se concentre sur les questions clés : (i) comment les priorités sont déterminées et les fonds alloués ; (ii) les règles qui gouvernent le processus des dépenses ; et (iii) comment l'exécution budgétaire est évaluée et comment elle éclaire l'allocation budgétaire qui en découle³¹. Ceci reflète l'environnement de GFP dans lequel les établissements de santé doivent fonctionner. Les établissements fournissent des services de santé et sont donc responsables d'atteindre les objectifs de prestation de services du FBP (figure 1A.1).

Figure 1A.1 : Les liens entre la gestion des finances publiques et les piliers et objectifs de prestation de services du financement basé sur la performance



Source : À partir de Cashin *et al.* 2017 et Piatti-Fünfkirchen et Schneider 2018.

Pour examiner la relation entre le cycle budgétaire et les piliers du financement des établissements, plusieurs questions adaptées au contexte national peuvent être posées. Des exemples de ces questions ouvertes figurent dans le tableau 1A.1.

³¹ Rajan, Barroy et Stenberg 2016 ; Barroy *et al.* 2018 ; Piatti-Fünfkirchen et Schneider 2018 ; Cashin *et al.* 2017 ; et Chakraborty *et al.* 2010.

Tableau 1A.1 : Questions qualitatives pour les cycles budgétaires

	Formulation du budget	Exécution budgétaire	Évaluation budgétaire
Autonomie du prestataire et flexibilité des dépenses	<p>Quel est le statut juridique des établissements ?</p> <p>Quel rôle jouent-ils dans la planification et la budgétisation, et peuvent-ils détenir des comptes en banque et recevoir des fonds? S'il y a un programme budgétaire, quel est leur rôle dans le programme?</p>	<p>Comment les fonds sont-ils versés aux établissements; quels sont les arrangements bancaires; et ont-ils le pouvoir de les dépenser? Les protocoles d'exécution sont-ils suffisamment flexibles pour permettre des dépenses en fonction des besoins?</p> <p>Comment l'approvisionnement en gros est-il géré? Quels sont les liens entre les dépenses et la production de rapports et les programmes budgétaires?</p>	<p>Les établissements sont-ils responsables de la gestion financière et redevables d'une utilisation prudente des fonds?</p>
Capacité de gestion financière	S/O	<p>Les protocoles de gestion financière ont-ils un sens pour les établissements? Les capacités et offres de formation sont-elles suffisantes? Existe-t-il un SIGF en place pour les contrôles internes, et devrait-il y en avoir un?</p>	<p>Les établissements produisent-ils des rapports financiers adéquats et opportuns pour l'évaluation?</p>
Orientation de la performance et vérification	<p>Le processus de formulation du budget reflète-t-il un éventail adéquat de paiements par capitation et basés sur les résultats? Cet éventail est-il opportuniste ou ciblé, et propose-t-il les bonnes</p>	<p>Le processus d'allocation budgétaire permet-il de disposer d'une série d'activités dont les priorités sont bien définies afin de garantir la qualité des services? Les dispositions budgétaires sont-elles adaptées aux considérations éthiques?</p>	<p>Les budgets des établissements reflètent-ils des mesures de résultats ou des mesures de performance? L'évaluation budgétaire est-elle orientée vers la conformité et la performance?</p>

	incitations?		
Système de paiement unifié	Existe-t-il un budget unifié pour l'ensemble des sources de financement?	Les protocoles d'exécution sont-ils harmonisés pour toutes les sources de financement?	Les processus d'évaluation budgétaire sont-ils harmonisés pour tous les flux de revenus des établissements et donnent-ils lieu à des recommandations complètes ?

Source : Auteurs

Remarque : S/O = sans objet ; GF = gestion financière ; SIGF = système d'information de la gestion financière.

Il est important de comprendre les liens entre ces questions et les objectifs de prestation de services (figure 1A.1). Si l'alignement entre les différents espaces de réforme est remis en question, décider de poursuivre ou de s'engager dans un compromis devrait être déterminé en fonction de la mesure dans laquelle ceci influence les objectifs. Si l'intégration de certains éléments du FBP se révèle compliquée, mais n'affecte pas gravement la capacité du système à fonctionner en direction de ces objectifs, l'intégration de cet aspect n'est peut-être pas nécessaire (voire désirable). L'évaluation qualitative ci-dessus devrait, ainsi, prendre en compte l'alignement théorique mais également la pertinence quant aux objectifs de prestation de services. Qu'il faille parvenir à un compromis ou non dépendra du coût de l'alignement (comment la vérification affecte-t-elle l'efficacité de la prestation de services, par exemple).

L'évaluation qualitative peut être complétée par une approche quantitative afin d'établir une référence et fournir une base pour le suivi des progrès. Ensemble, les approches qualitatives et quantitatives peuvent former la base d'une feuille de route pour la réforme.

Pour l'approche quantitative, une série de 29 critères a été préparée pour tester la manière dont les processus de GFP soutiennent les principes de FBP. Ces critères sont détaillés dans les tableaux 1A.3 à 1A.6 et présentés sous forme de matrice dans le tableau 1A.2. Chaque cellule dans la matrice est un composé de plusieurs critères d'évaluation.

Tableau 1A.2 : Critères d'évaluation pour déterminer la manière dont la GFP soutient les piliers du FBP

Pilier du FBP	Formulation du budget	Exécution budgétaire	Évaluation budgétaire
Autonomie du prestataire	Critères 1 à 3 (D1)	Critères 4 à 7 (D2)	Critère 8 (D3)
Prévisions budgétaires /système de paiement unifiés	Critère 9 (D4)	Critères 10 et 11 (D5)	Critère 12 (D6)
Capacité de gestion financière	Critère 13 (D7)	Critères 14 à 21 (D8)	Critères 22 et 23 (D9)
Orientation de la performance et vérification	Critère 24 (D10)	Critères 25 et 26 (D11)	Critères 27 à 29 (D12)

Source : Adapté de Piatti-Fünfkirchen et Schneider 2018.

Les critères sont évalués sur une échelle de quatre points, allant de A à D (A étant le meilleur score). Les définitions de chaque score pour chaque critère sont fournies dans les tableaux 1A.2 à 1A.5.

Les dimensions dans la matrice sont un composé des critères d'évaluation. Comme indiqué dans le tableau 1A.1, chaque dimension (telle que la formulation du budget pour l'autonomie du prestataire) découle d'une série de critères d'évaluation (tableaux 1A.2 à 1A.5). Les critères d'évaluation ont ensuite été agrégés en un score unique de dimension, conformément aux principes directeurs de l'OCDE pour la création d'indicateurs composés³². Cette méthode a également été largement utilisée dans d'autres cadres diagnostics, tels que les évaluations PEFA³³. Par exemple, deux critères évalués par un B donneront un score unique de dimension B, alors que deux B et un A donneront un score de B+.

Ces notations peuvent servir à établir des références et interpréter des conclusions. Les différents scores de dimension soulignent les faiblesses et indiquent les interventions qui pourraient être nécessaires pour soutenir une réforme du FBP. La notation se veut aussi objective que possible, mais une certaine subjectivité persiste néanmoins toujours, car les questions sont pour la plupart de nature qualitative.

Les données des évaluations proviennent d'entretiens avec – et des informations fournies par – les parties prenantes des conseils de district, les responsables de la santé au niveau des districts et les responsables d'établissements de tous types, y compris des fournisseurs privés à but non lucratif. Ces données ont été triangulées avec des données financières

³² Nardo *et al.* 2005.

³³ PEFA, 2018.

administratives et gouvernementales. La notation initiale des critères devra être réalisée par l'équipe d'évaluation et confirmée par les parties prenantes du ministère de la Santé. Un processus en deux étapes peut servir à ajuster les critères au contexte d'un pays donné. Lors de la première étape, des entretiens sont menés avec les informateurs clés des ministères des Finances et de la Santé ainsi que d'autres parties prenantes pour déterminer comment fonctionne le budget dans l'ensemble du cycle de GFP du point de vue des décideurs nationaux. Ceci permettra également de peaufiner les questionnaires pour les entretiens suivants. Lors de la deuxième étape, des entretiens sont menés avec des parties prenantes de tous les types de prestataires de services afin de remplir la matrice. Les districts et établissements choisis pour les entretiens devraient être sélectionnés en fonction des bonnes pratiques et sur la base de la recherche qualitative afin de maximiser les occasions d'apprendre³⁴.

L'évaluation de la mesure de l'alignement de la GFP sur les piliers du FBP devra inclure une conversation sur la manière dont le niveau d'alignement influence les objectifs au niveau de la prestation de services. L'OMS définit la prestation de services de santé comme « le résultat immédiat des intrants dans un système de santé »³⁵. Les finances publiques, et leur gestion, sont un élément clé dans la fonction de production de services. Une discussion sur la manière dont la GFP soutient les prestataires serait incomplète sans une discussion sur les implications ultérieures de la prestation de services à proprement parler. Selon le cadre de financement de la santé de l'OMS de 2013³⁶, les objectifs de la prestation de services à prendre en compte sont l'équité, la qualité, l'efficacité et la redevabilité.

³⁴ Yin 2015.

³⁵ OMS 2008, 2.

³⁶ Kutzin 2013.

Tableau 1A.3 : Modèle de notation pour l'autonomie budgétaire des prestataires

Pilier du FBP	Étape du budget	A	B	C	D
Autonomie du prestataire	Formulation du budget	1 – Les établissements sont reconnus comme des entités autonomes de dépenses disposant de budgets définis.	Les établissements disposent de budgets définis pour financer leurs activités élémentaires de fonctionnement.	Les établissements ne reçoivent pas de budgets officiels individuellement. Leurs fonds proviennent plutôt d'un budget mutualisé au niveau du conseil de district avec des droits de ponction définis.	Les budgets ne sont pas définis pour chaque établissement. Ils reçoivent plutôt un soutien en nature.
		2 – Les plafonds des budgets sont communiqués bien à l'avance, afin de permettre aux dispensaires/établissements de santé de planifier efficacement.	Les prestataires sont informés de plafonds budgétaires approximatifs réalistes avant de préparer leur plan de travail annuel.	Les établissements doivent prendre en charge une part majorée par rapport à l'année précédente.	Les établissements n'ont pas de plafonds budgétaires, et leurs plans de travail annuels sont plutôt une liste de souhaits qu'une série d'activités hiérarchisées.
		3 – Les plans des établissements sont bien reflétés dans leur budget final.	Les plans des établissements sont en grande partie reflétés dans le budget du district.	Les districts prennent en compte les plans des établissements pendant l'élaboration de la proposition de leur budget.	Il n'y a pas de plan d'établissements à prendre en compte dans le budget du district, où ceux-ci sont ignorés.
	Exécution budgétaire	4 – Les établissements ont le pouvoir de dépenser et d'accéder à des services financiers (comptes bancaires).	Les établissements ont le pouvoir de dépenser mais un accès limité aux services financiers (à cause de la distance, par exemple).	Le pouvoir de dépenser est retenu au niveau du district, ce qui répond aux demandes des établissements.	Le pouvoir de dépenser est retenu au niveau du district, sans communication adéquate avec les établissements.
		5 – Les établissements sont autorisés à recevoir des fonds de toute source, y compris du budget du gouvernement.	Les établissements sont autorisés à recevoir la plupart des fonds (sauf ceux du budget du gouvernement).	Les établissements sont autorisés à recevoir des fonds provenant des frais des utilisateurs et des paiements des assurances.	Les établissements ne sont pas autorisés à recevoir des fonds, et toutes les recettes sont incluses dans un seul compte de trésorerie.
		6 – Les établissements sont autorisés à reporter des fonds de toutes les sources entre les exercices fiscaux, y compris les budgets du gouvernement.	Les établissements sont autorisés à retenir des fonds de la plupart des sources (sauf du budget du gouvernement).	Les établissements sont autorisés à retenir des fonds des frais des utilisateurs et des paiements des assurances.	Les établissements ne sont pas autorisés à reporter les fonds entre les exercices fiscaux.
		7 – Les établissements sont totalement libres de dépenser leurs fonds en fonction des besoins.	Les établissements sont libres d'ajuster leurs dépenses récurrentes non salariales.	Les établissements sont libres d'ajuster leurs dépenses sur les lignes ne concernant ni les salaires ni les médicaments.	Les établissements ne dépensent pas ou sont bloqués dans un budget par rubrique basé sur les intrants avec des procédures complexes de virement.
	Éubrique basé sur les	8 – Les établissements sont entièrement responsables de la GF de toutes les lignes de dépenses et sont évalués sur la conformité.	Les établissements sont responsables des dépenses non salariales et sont évalués sur la conformité.	Les districts sont évalués sur la conformité mais se coordonnent étroitement avec les établissements.	Les districts sont évalués sur la conformité financière, avec une attention insuffisante portée à la gestion des établissements.

Source : Auteurs

Remarques : GF = gestion financière.

Tableau 1A.4 : Modèle de notation pour un système de paiement unifié

Pilier du FBP	Étape du budget	A	B	C	D
Prévisions budgétaires unifiées	Formulation budgétaire	9 – Il y a un unique budget unifié pour toutes les sources de financement (gouvernement, bailleurs de fonds, paiement des assurances et recettes générées en interne) au niveau de l'établissement.	Les budgets des établissements incluent le gouvernement, les frais des utilisateurs (le cas échéant), et la majorité des financements des bailleurs de fonds.	Les budgets des établissements incluent le gouvernement, les frais des utilisateurs (le cas échéant) et certains financements des bailleurs de fonds.	Les budgets des établissements n'incluent que le financement du gouvernement.
	Exécution budgétaire	10 – Les protocoles d'exécution sont harmonisés entre toutes les sources de financement et ne constituent pas une difficulté.	Il existe un nombre gérable de protocoles d'exécution pour les différentes sources de financement, entraînant des retards insignifiants.	Certains protocoles d'exécution pour différentes sources de financement entraînent des retards considérables.	Il y a de trop nombreux protocoles d'exécution pour les différentes sources de financement, et cela freine la prestation de services.
		11 – Les exigences en matière de production de rapports sont harmonisées entre toutes les sources de financement.	Différentes sources de financement nécessitent différentes modalités de production de rapports, mais ceci a un effet limité sur l'efficacité globale.	Différentes sources de financement nécessitent différentes modalités de production de rapports, ce qui a un effet négatif sur l'efficacité.	Différentes sources de financement nécessitent différentes modalités de production de rapports, ce qui éloigne les principaux membres du personnel des établissements de leurs tâches de prestation de services.
	És principaux membres	12 – Les processus d'évaluation budgétaire sont harmonisés pour l'ensemble des flux de recettes des établissements et entraînent un ensemble unifié de recommandations.	Les processus d'évaluation budgétaire sont centrés sur les allocations budgétaires du gouvernement et les fonds générés en interne (frais, charges, paiement des assurances) et non sur les fonds externes ; mais ils entraînent néanmoins une série de recommandations unifiées.	Les processus d'évaluation budgétaire sont fragmentés, mais un effort est fait pour unifier les recommandations pour toutes les sources.	Les processus d'évaluation budgétaire sont fragmentés par source de financement et entraînent des recommandations potentiellement contraires.

Source : Auteurs

Tableau 1A.5 : Modèle de notation pour la capacité de gestion financière

Pilier du FBP	Étape du budget	A	B	C	D	
	Formulation budgétaire	13 – S/O	S/O	S/O	S/O	
	Exécution budgétaire	14 – Des protocoles de gestion financière clairs et adéquats sont définis.	Des protocoles de gestion financière clairs et adéquats sont définis.	Les protocoles de gestion financière sont des protocoles de GF de districts, qui sont les mêmes que pour les districts, mais portent sur les besoins des établissements.	Les protocoles de gestion financière sont inadéquats à la gestion par l'établissement.	
		15 – Les supports de formation incluent les protocoles de GF pour les établissements et leur sont accessibles.	Les supports de formation incluent les protocoles de GF pour les établissements mais leur sont inaccessibles.	Les supports de formation incluent des protocoles de GF, qui sont néanmoins pertinents pour la gestion des établissements.	Les supports de formation incluent les protocoles de GF pour les districts mais sont peu pertinents pour les exigences des établissements.	
		16 – Il y a des systèmes de gestion en place pour les principaux besoins de gestion financière.	Des systèmes de gestion financière sont en place mais les établissements manquent de connexion à Internet.	Des systèmes de gestion financière sont manuels, mais consolidés au niveau du district.	Des systèmes de gestion financière ne sont pas en place, ou pas fiables pour les fonctions de GF élémentaires.	
		17 – Les établissements disposent de capacités comptables adéquates.	Les établissements ont certaines capacités comptables et reçoivent un support satisfaisant de la part de l'administration du district.	Les établissements ont des capacités comptables limitées mais reçoivent un soutien en compensation de la part de l'administration du district.	Les établissements ont des capacités comptables limitées et reçoivent un soutien insuffisant de la part de l'administration du district.	
		18 – Les établissements ont des processus de production de rapports adéquats qui utilisent les mêmes normes comptables que la GFP générale du gouvernement et sont annexés au registre de SIGF.	Les processus de production de rapports suivent les normes gouvernementales mais ne sont pas bien intégrés dans le registre de SIGF.	Les processus de production de rapports ne sont pas bien alignés sur les normes comptables du gouvernement et ne sont pas intégrés dans le registre de SIGF.	Il y a peu ou pas de processus de production de rapports.	
		19 – Les processus d'approvisionnement impliquent toutes les parties concernées (y compris les spécialistes de la santé) et contrôlent la qualité de manière active.	Les spécialistes de la santé ne sont pas toujours impliqués dans les processus d'approvisionnement.	Les spécialistes de la santé ne sont presque jamais impliqués dans les processus d'approvisionnement.	Il n'y a aucune disposition pour que les spécialistes de la santé soient impliqués dans l'approvisionnement, ce qui entraîne une prestation de services de mauvaise qualité.	
		20 – Les établissements n'ont aucun problème à exécuter le budget conformément aux protocoles d'exécution donnés.	Les établissements exécutent en grande partie le budget conformément aux protocoles d'exécution donnés.	Les établissements contournent fréquemment les protocoles d'exécution pour faciliter les processus.	Les protocoles d'exécution ne sont généralement pas suivis, du fait de rigidités excessives qui soulèvent des questions de redevabilité et l'accumulation d'arriérés.	
		21 – Les systèmes de GF des établissements (planification, budgétisation, comptabilité, production de rapports) sont bien intégrés dans la GFP du gouvernement.	Les systèmes de GF des établissements requièrent quelques ajustements manuels mais sont principalement intégrés dans la GFP du gouvernement.	Les systèmes de GF des établissements sont fragmentés et nécessitent beaucoup de travail manuel pour les intégrer dans la GFP du gouvernement.	Les systèmes de GF des établissements ne sont pas bien intégrés dans les systèmes de GFP du gouvernement.	
		ÉFP du gouvernement.u	22 – Les établissements disposent d'un processus clair de saisie et de rapport des transactions en vue de l'évaluation budgétaire et de la redevabilité.	Les établissements disposent d'un bon processus de saisie et de rapport des transactions, avec cependant quelques lacunes.	Les établissements disposent d'un processus de saisie et de rapport des transactions, mais il n'est pas adéquat.	L'insuffisante cohérence avec laquelle les établissements collectent et rapportent les transactions affaiblit la redevabilité et l'évaluation budgétaire.
			23 – Les établissements produisent des rapports financiers de manière systématique.	Les établissements produisent des rapports financiers partiels, qui présentent parfois des incohérences fiduciaires.	Les établissements produisent des rapports financiers limités, qui comportent des incohérences fiduciaires majeures.	Les établissements ne rendent pas compte de, ni ne produisent de rapports sur l'utilisation de leurs ressources

Source : Auteurs

Remarque : S/O = sans objet ; GF = gestion financière ; SIGF = système d'information de la gestion financière.

Tableau 1A.6 : Modèle de notation pour les provisions budgétaires stratégiques et la vérification

Pilier du FBP	Étape du budget	A	B	C	D
Orientation sur la performance / achats stratégiques	Formulation du budget	24 – Le processus de formulation du budget reflète un éventail précis de paiements par capitation et basés sur les résultats.	Le processus de formulation du budget repose sur la capitation, qui apporte un budget global aux établissements.	Le processus de formulation budgétaire est immuable et axé sur les intrants.	Il n’y a pas de budgets au niveau des établissements. Tout le soutien est en nature.
	Exécution budgétaire	25 – Le processus d’allocation budgétaire permet d’établir une priorité claire des activités et de garantir la qualité.	La priorité des activités est bien établie, avec cependant quelques manquements.	La priorité comporte de nombreux manquements au niveau du processus de préparation du budget.	La priorité comporte de nombreux manquements au niveau du processus de préparation du budget, qui affectent négativement la prestation de services.
		26 – Les allocations budgétaires aux établissements répondent à des considérations d’équité.	Les allocations budgétaires reposent sur les intrants, avec quelques ajustements pour des questions d’équité.	Les allocations budgétaires sont immuables, avec néanmoins quelques modifications pour des raisons d’équité.	Il n’y a aucune sorte d’équité, dans les budgets actuels ou anciens.
	Évaluation budgétaire	27 – Les données relatives à la performance servent à éclairer les décisions d’allocation budgétaire.	Les budgets et achats des établissements reposent principalement sur leur performance, avec quelques éléments de procédures ancrées dans le fonctionnement historique.	Les budgets et achats sont principalement ancrés dans le fonctionnement historique, avec quelques éléments de procédures basés sur la performance.	Il n’y a pas d’achats stratégiques, les budgets des établissements étant alloués sur une base historique et non sur la performance.
		28 – L’évaluation budgétaire est menée par la conformité et la performance, et prend en compte les besoins de la population.	Les processus d’évaluation budgétaire donnent une certaine orientation relative aux ajustements nécessaires pour répondre aux besoins de la population.	Le budget est presque entièrement axé sur la conformité.	L’évaluation budgétaire repose entièrement sur la conformité.
		29 – Un système de récompense/sanction est en place pour inciter à une prestation efficace de services de bonne qualité.	Des mesures utiles sont en place pour résoudre les inefficacités ou la mauvaise qualité lors des évaluations de performance des établissements.	La majeure partie de l’évaluation des budgets est axée sur la conformité, en n’accordant qu’une attention limitée à l’efficacité ou à la qualité dans les examens de performance.	L’évaluation budgétaire repose entièrement sur la conformité.

Source : Auteurs

Le financement basé sur la performance (FBP) consiste à transférer des fonds aux établissements de santé afin qu'ils puissent fournir un ensemble prédéfini de services, en fonction de standards de qualité et de gestion adaptés. Ces initiatives ont donné lieu à plusieurs réformes, notamment relatives à l'autonomie du prestataire, l'accès aux services financiers, la flexibilité quant à l'utilisation des fonds, une allocation budgétaire orientée sur la performance et des protocoles de vérification rigoureux. Cela distingue le FBP des systèmes de gestion des finances publiques (GFP) en vigueur, qui sont encore bien souvent basés sur les intrants et tendent à entraîner des difficultés sur la durée. Tant que le système de GFP dominant reste parallèle au FBP, les pays auront tendance à retourner vers le système de GFP historique, dès que les ressources des bailleurs de fonds pour le FBP se tarissent.

Ce document examine ce problème. Il élabore un cadre conceptuel portant sur la réflexion à développer pour aligner les principes du FBP sur les structures de la GFP. Il propose également des questions de diagnostic à visée d'évaluation, et accompagne l'orientation d'un analyste pendant tout le processus d'élaboration de la feuille de route d'une réforme, en tenant compte du contexte national. Le document fournit également une feuille de route des réformes axée autour des quatre piliers suivants du financement des établissements : (i) l'autonomie du prestataire, (ii) la capacité de gestion financière, (iii) les provisions budgétaires orientées sur les résultats et (iv) un système de paiement unifié. En tant que document de discussion, ces réflexions invitent les commentaires des utilisateurs de la communauté du FBP et la GFP sur l'approche proposée.

À PROPOS DE CETTE SÉRIE :

Cette série est réalisée par le groupe de pratique mondiale Santé, nutrition et population (HNP) de la Banque mondiale. L'objectif des documents de la série est de servir de plateforme sur laquelle publier des résultats préliminaires dans le domaine de la santé, de la nutrition et de la population et ainsi encourager la discussion et les débats. Les résultats, interprétations et conclusions exprimés dans le présent document sont ceux des seuls auteurs et ne doivent en aucune manière être attribués à la Banque mondiale, ses organisations affiliées ou aux membres de son conseil d'administration exécutif, ni aux pays qu'ils représentent. La citation et l'utilisation des documents de la série doivent prendre en compte leur caractère provisoire. Des exemplaires gratuits des documents de la série sont disponibles sur simple demande auprès des auteurs dont les noms figurent sur chacun des documents. Toute demande d'information relative à la série doit être adressée directement à la rédaction : Jo Hindriks (jhindriks@worldbank.org) ou au service consultatif du groupe HNP (askhnp@worldbank.org, tél. +1 202 473-2256).

Pour de plus amples renseignements, voir également : www.worldbank.org/hnppublications.



1818 H Street, NW
Washington, DC USA
20433

Téléphone : 20202025

Fax : 202 477 6391

Internet :

www.worldbank.org

E-mail : feedback@worldbank.org