

NOTE POLITIQUE

ÉVOLUTION DU FINANCEMENT BASÉ SUR LES RÉSULTATS AU ZIMBABWE

CONTEXTE

Au sortir de la crise économique de 2008, tous les piliers du système de santé ont été sévèrement affectés. Cela s'est bien reflété dans l'enquête démographique sur la santé (EDS) de 2010-11, qui a montré un renversement soudain des tendances à la baisse des principaux indicateurs de santé de la mère et de l'enfant. Le taux de mortalité maternelle est passé de 612 pour 100 000 naissances vivantes dans l'enquête de 2005 à 960 pour 100 000 naissances vivantes. Les indicateurs clés de l'enfance sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1: indicateurs clés de mortalité infantile selon l'EDSZ 2010-11

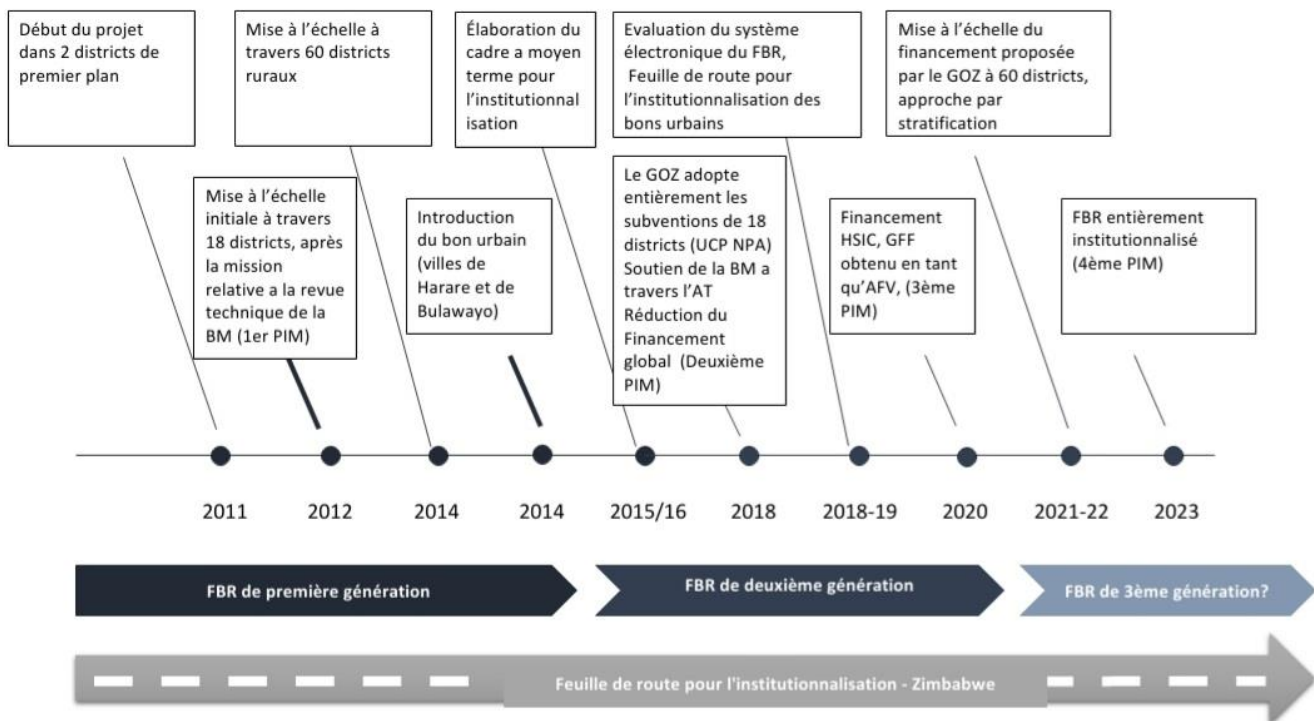
Enquête	Période approximative des taux estimés	Mortalité néonatale	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité des moins de 5 ans
EDS 1999	1994-1999	29	65	40	102
EDS 2005-06	2001-2005	24	60	24	82
EDS 2010-11	2006-2010	31	57	29	84

Le ministère de la santé a élaboré un dossier d'investissement en 2010 à partir des résultats de l'EDS pour promouvoir l'investissement dans le système. En réponse à ce dossier d'investissement, le ministère de la santé et de la protection de l'enfant (MOHCC) a reçu le soutien de la Banque mondiale (BM) afin d'introduire un programme de financement basé sur les résultats (FBR) au Zimbabwe en 2011. Le financement basé sur les résultats (FBR) est une approche axée sur l'amélioration de l'accès des populations aux services de santé, notamment la réduction des obstacles financiers, le renforcement de la qualité des services de santé en améliorant la performance et la gestion des établissements de santé et la promotion de l'orientation vers les résultats, avec le potentiel de contribuer à l'amélioration des performances du système de santé. Le pilote initial a été réalisé dans 2 districts de premier plan. À la suite d'une revue technique dirigée par la Banque mondiale, le MOHCC et le gouvernement du Zimbabwe (GOZ) ont approuvé l'extension du FBR à 16 autres districts avec un financement de la Banque mondiale et un financement de contrepartie du ministère des Finances et du Développement économique (MOFED) en 2012. En 2014, grâce au financement du Fonds de développement sanitaire (HDF), Crown Agents est devenu la NPA (Agence nationale d'achat) pour les 42 districts ruraux restants, tandis que l'Organisation catholique pour le secours et le développement (CORDAID) a continué d'être l'agence de gestion et d'achat pour les 18 districts. Le GOZ a continué à fournir un

financement de contrepartie à un rythme croissant alors que la BM a commencé à réduire son financement des subventions pour les 18 districts ruraux. En 2015, le cadre stratégique à moyen terme a été élaboré. Ce cadre a exploré la durabilité potentielle du FBR au Zimbabwe et son impact sur les indicateurs clés de la SRMNEA-N et sur l'ensemble du système de santé. Il a fortement recommandé l'institutionnalisation du FBR au Zimbabwe, notamment en adaptant davantage la gouvernance, le financement, les dispositions institutionnelles et la méthodologie de vérification au contexte du Zimbabwe avec une grande appropriation locale. Le GOZ a adopté ce cadre et développé une position politique sur l'institutionnalisation du FBR qui devait éclairer toute conception et mise en œuvre futures du FBR.

Dans ce FBR institutionnalisé de deuxième génération, l'Unité de coordination du programme (UCP) du MOHCC est devenue l'Agence nationale d'achat (NPA) agissant au nom du GOZ. Bien que les délais initiaux aient changé en raison de la lenteur des progrès, les grandes étapes dans l'ensemble n'ont pas changé. Celles-ci sont indiquées dans la chronologie actuelle de la figure 1 ci-dessous.

Figure 1: Chronologie de l'institutionnalisation



Le FBR de première génération était axé principalement sur l'amélioration de l'utilisation des services de santé, tandis que celui de la deuxième génération s'est concentré de manière significative sur la qualité des services et l'institutionnalisation. Le FBR de troisième génération se concentrera sur le renforcement du système de santé et le financement national.

LA VISION: L'INSTITUTIONNALISATION

En 2014, une étude exploratoire a été menée pour éclairer l'institutionnalisation du FBR et cela a conduit à l'élaboration du cadre à moyen terme de l'institutionnalisation du FBR qui a été finalisé et diffusé pour adoption en 2016. De nombreux progrès ont été enregistrés à partir de 2017 et lors d'une session stratégique dans le cadre de la partie achats stratégiques relatif à la revue à mi-parcours de la stratégie nationale de santé (NHS) 2016-2020, le MOHCC a indiqué qu'au-delà de 2020, le GOZ souhaite voir un programme national de FBR à part entière, détenu et géré par le MOHCC, et financé par GOZ avec le soutien de partenaires à travers le Fonds de Développement Sanitaire (FDS) et tout autre mécanisme qui pourrait se présenter. Dans ce FBR institutionnalisé, il a été envisagé que les caractéristiques positives du FBR, telles que l'autonomie des prestataires, la responsabilité, un suivi et une vérification solides, soient intégrées dans le système de santé et étendues à d'autres ministères dans le cadre de toute la Gestion axée sur les Résultats (GAR) du gouvernement. Dans l'intervalle, l'institutionnalisation se poursuivrait par étapes. La figure 1 ci-dessus montre ces phases.

ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE DU FBR : DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES POUR LA SÉPARATION DES FONCTIONS

Dans le mécanisme du FBR, la séparation des fonctions est clairement énoncée dans chaque manuel de mise en œuvre du programme (PIM) depuis le premier PIM en 2013. Dans le cas présent, le rôle de tutelle et de supervision du FBR continue d'être assuré par le Comité National de Pilotage (CNP) et les Comités de Pilotage du District (CPD). Le CNP du FBR rend compte au Secrétaire permanent du MOHCC et du MOFED. Bien que le système de santé soit à trois niveaux avec des structures de gouvernance au niveau national, provincial et de district, le FBR a adopté un système à trois niveaux avec un Comité National de Pilotage, un Comité de Pilotage du District et un Comité du Centre de Santé (CCS) de 2013 à 2020. Avec la dissolution de la gouvernance et la mise en place des conseils provinciaux, le Comité Provincial de Pilotage auparavant inactif devra être activé. Le système de gouvernance du FBR s'aligne sur la loi sur la santé publique et ses structures telles que les CCS, qui tirent leurs pouvoirs de la loi tandis que le CPD est un sous-comité des services sociaux du Comité de coordination du district rural. La pérennité de ces structures a pu être possible grâce à cet alignement avec le gouvernement local et la loi sur la santé publique.

Dans les premières et deuxièmes générations du FBR, le rôle du CPD a consisté à superviser la mise en œuvre, mais un consensus se dégage sur le fait que le CPD - étant au cœur du FBR - a le potentiel d'être un centre d'achat stratégique. Ce comité va jouer un rôle de tutelle beaucoup plus important à l'avenir, lorsque - comme prévu - le CPD en collaboration avec les autorités du district de la santé (DHE) et l'autorité provinciale de la santé (PHE) aura la charge de la sélection et la tarification des indicateurs du FBR pour les établissements de santé au niveau du district. Fin 2017, le CPD n'était pas fonctionnel de manière optimale dans certains districts et le lien avec le CNP commence à se renforcer.

Dans le même ordre d'idées, les CCS ont été confrontés à des défis allant de l'attrition au conflit d'intérêts entre les membres. La mise en œuvre actuelle du FBR a permis aux établissements d'avoir des sous-comptes bancaires sous les comptes de dépôt temporaires des centres de coûts de district, d'élaborer leurs plans et budgets opérationnels, d'acheter des produits et d'utiliser les outils pour payer des incitations personnelles.

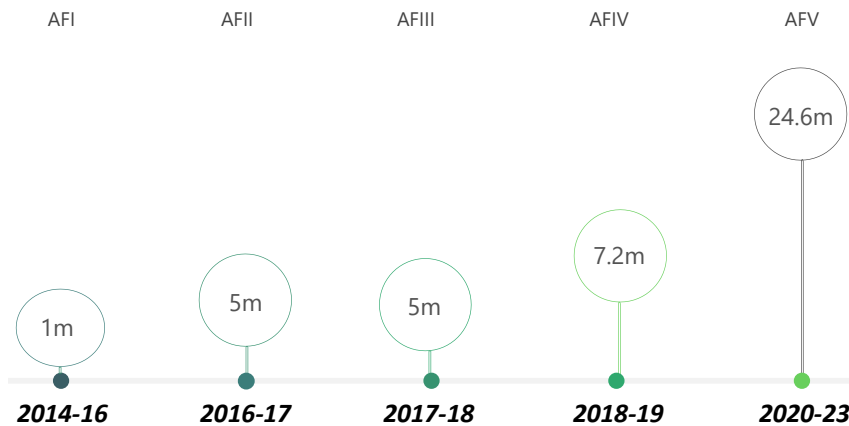
Cependant, ils fonctionnent sur une base semi-autonome dans le sens où ces plans, budgets et processus d'approvisionnement sont soumis à l'approbation des DHE et des PHE et ils ne peuvent pas embaucher et licencier le personnel comme à leur guise. La capacité et la composition des CCS nécessiteront une évaluation et un examen pour améliorer leur contribution à la communauté et aux établissements de santé.¹

MODALITÉS DE FINANCEMENT ET D'ACHAT

Mécanismes de financement: À sa création, le FBR était entièrement financé par le Fonds fiduciaire pour l'innovation en matière de résultats en matière de santé (HRITF) de la Banque mondiale dans deux (2) districts de premier plan. Initialement destiné à être mis à l'échelle au bout d'un an, une évaluation par la Banque mondiale et la démonstration des résultats avec un solide plaidoyer, en particulier de la part des directeurs médicaux provinciaux, ont conduit à son adoption et à son élargissement précoce. Parallèlement, l'adhésion du gouvernement (du fait de son alignement sur la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) a conduit à un dispositif de cofinancement dans lequel la contribution du gouvernement aux subventions a augmenté depuis 2013. En 2014, le Fonds pour l'adaptation de la santé (un mécanisme de financement à multiples bailleurs principalement axé sur le soutien de la santé par intrants) a été examiné et est devenu le Fonds de développement sanitaire (FDS) dont la portée a changé d'orientation en fonction des résultats démontrés du FBR. Les succès du FBR dans les 18 districts ont conduit à son adoption en tant que pilier stratégique d'achat du FDS, qui a adopté les 42 districts ruraux restants. Cela signifiait effectivement que tous les districts ruraux du Zimbabwe étaient sous le FBR. Cordaid, qui avait été l'Agence nationale d'achat (NPA) dans les 18 districts, a continué avec Crown Agents assumant le rôle du NPA dans les 42 districts ruraux restants. Malgré les nombreux chocs économiques et fiscaux qui ont affecté le pays, le gouvernement a continué à fournir son cofinancement qui est progressivement passé de 1 million de dollars en 2013 à 7,2 millions USD d'allocation annuelle en 2019.

¹ Évaluation du fonctionnement des comités de centre de santé Comités de pilotage de district DHE et PHE, 2019

Figure 2: Cofinancement du gouvernement (USD) à la BM Calendrier de financement supplémentaire



Mesures d'atténuation de l'inflation pour conserver la valeur: En 2018, lorsque la monnaie locale a été réintroduite et que l'inflation a commencé à affecter les subventions, le gouvernement a commencé à allouer des fonds provenant du FBR en USD. Les fonds alloués seraient donc modifiés aux taux interbancaires au moment du décaissement afin de conserver leur valeur. À partir de 2018, la Banque mondiale a commencé à se concentrer sur le financement uniquement dans le cadre de l'appui technique au MOHCC dans l'institutionnalisation du FBR à hauteur de 2 millions avec un million supplémentaire destiné au projet de bons urbains tandis que le gouvernement assumait le financement intégral des subventions dans les 18 districts.

Détention et flux de fonds – lien intergouvernemental: Le FBR est désormais intégré au Système de Gestion des Finances Publiques (SGFP). L'UCP a un statut distinct au sein du MOHCC. Sa séparation sera garantie par le biais d'un accord sans équivoque entre le MOHCC et le MOFED aux termes duquel l'UCP disposera d'un compte sur lequel le MOFED déposera les fonds du FBR. Le SGFP a été configuré afin de permettre les paiements dans les comptes de dépôt temporaires des divers établissements de prestation de services à partir des comptes provinciaux. Les fonds du FBR sont inclus dans le budget du MOHCC sur la base des estimations de la gestion des subventions et des programmes pour les 18 districts relevant de l'UCP. Il est désormais inclus dans le livre bleu en tant que ligne budgétaire autonome. Afin de soutenir et faciliter ce processus, CORDAID et Crown Agents ont fourni un renforcement des capacités stratégiques de l'UCP et du MOHCC au niveau national, provincial et du district dans les processus financiers liés au FBR pour plus d'efficacité. Cela a abouti à une nouvelle version des directives de gestion des finances du FBR, qui ont été adoptées en tant que document politique en 2019. Des réflexions relatives à la possibilité d'une capacité de détention de fonds au sein du MOFED sont en cours, puisque le MOFED tient à ce que les enseignements tirés du FBR soient appliqués dans d'autres secteurs.

Gestion de programme durable: L'UCP-la solution en interne. L'UCP a assumé la pleine fonction d'achat en 2018, initialement avec Cordaid aidant à la mise en œuvre directement pour les T1 et T2 avant de changer complètement en raison de l'assistance technique. Pour faire fonctionner le processus, l'UCP avec le soutien de la BM a pourvu les postes décrits dans la feuille de route de l'institutionnalisation. Les cinq employés à temps plein (ETP) nécessaires au bureau central de l'UCP et 8 membres du personnel de l'UCP régionale

intégrés dans les PHE ont été embauchés. Ils sont détachés de CORDAID. À partir de 2019, le MOFED a adopté une approche d'austérité qui a gelé la création de tout poste supplémentaire. En conséquence, le personnel du FBR de l'UCP n'a pas encore été intégré dans la structure du MOHCC, bien que dans les négociations de subvention avec la Banque mondiale, le MOHCC ait indiqué qu'il était prêt à les intégrer une fois que le MOFED aura donné son accord.

Fonction d'achat local-Les PHE en tant que FAL régionales: La fonction d'achat local de l'UCP a été intégrée au PHE grâce au détachement de personnel clé. Cette fonction a considérablement amélioré la capacité de PHE à gérer les fonds et le Fonds mondial a approuvé la prise en charge par les PHE du rôle de sous-récepteur. Cela renforce davantage la position stratégique de l'UCP en tant que NPA, car elle exploite les ressources mises à disposition par le FM et la BM pour renforcer davantage l'institutionnalisation du FBR.

ÉVOLUTION DE L'INDICATEUR DE BASE: ALIGNEMENT SUR LA STRATÉGIE ET LES PRIORITÉS NATIONALES

Lorsque le FBR a été initié au Zimbabwe en 2011, son objectif était éclairé par l'Enquête démographique et de santé du Zimbabwe (EDSZ) de 2010 et la Stratégie nationale de santé 2010-2013. Il s'agissait d'une rémunération à l'acte conditionnelle à la qualité, la qualité du côté de l'offre et la satisfaction du client faisant partie de l'approche. Cependant, la qualité du côté de l'offre était en grande partie infrastructurelle, mais cela a évolué pour augmenter la part des indicateurs de qualité des processus à 65% dans la liste de contrôle de la qualité. L'utilisation des services de santé et le recours aux services de planification familiale à long terme étaient historiquement bas. L'ensemble d'indicateurs était donc axé sur l'utilisation des établissements de santé et l'amélioration de la couverture des services de planification familiale et de santé de la mère. Tous les indicateurs se sont rapidement améliorés et, en 2014, ils avaient atteint une phase de plafonnement. Dans le même temps, le MOHCC travaillait sur la stratégie nationale de santé (NHS) sur la période 2016 à 2020, qui a commencé à donner la priorité à la qualité des services car les résultats sont restés médiocres même avec l'amélioration de la couverture. Le FBR a donc commencé à inclure des indicateurs de qualité clinique. Les revenus des établissements ont progressivement commencé à augmenter, bien que l'effet de la qualité n'était pas significatif dans les établissements qui fournissaient un volume élevé de services. Les établissements de santé ont rapidement atteint les normes de qualité et les indicateurs de qualité se sont améliorés au fil du temps. Dans le même temps, l'extension du FBR dans les 60 districts a présenté un nouveau défi relatif aux fonds limités en raison d'une enveloppe de financement fixe. La prochaine révision du PIM a donc mis en œuvre une dissociation de la qualité et de la qualité (expliquée dans la section 6 ci-dessous), en stabilisant les revenus tout en les redistribuant sur un plus grand nombre d'établissements. Le Fonds mondial a commencé à s'intéresser au FBR et le CNP a approuvé en 2017 un ensemble d'indicateurs mis à jour qui incluaient le VIH/tuberculose et le paludisme. Cela a également renforcé l'alignement avec la NHS 2015.

En 2018, l'institutionnalisation du FBR et l'implication accrue des programmes de lutte contre les maladies ont nécessité une réévaluation des indicateurs et la répartition en qualité et en quantité. Cela a conduit à la révision du PIM de 2019 dans lequel la revue à mi-parcours de la priorisation de la NHS et le dossier d'investissement dans le secteur de la santé ont été utilisés. Les indicateurs ont été choisis en fonction d'une approche axée sur le parcours de vie plutôt qu'une approche centrée sur la maladie. Cette nouvelle approche a réduit le nombre d'indicateurs de quantité de 26 à 20. La revue à mi-parcours et le Dossier d'investissement relatif au secteur de la santé (HSIC) ont également éclairé l'introduction d'un FBR axé sur la qualité aux niveaux des soins tertiaires et quaternaires tout en introduisant un FBR communautaire aligné sur la stratégie de santé communautaire récemment conclue. La polyvalence du FBR a permis aux établissements de santé, en particulier au niveau primaire, de continuer à offrir des services lorsque la pandémie de Covid-19 a frappé car ils ont pu se procurer leurs propres EPI. Dans le même temps, l'appropriation des systèmes FBR a facilité l'ajustement des outils d'évaluation de la qualité pour ajouter un IPC spécifique au Covid-19.

L'ÉVOLUTION DES PRIX : L'ÉQUITÉ

Tarifification du FBR à la création: La tarification des indicateurs du FBR a évolué depuis le lancement du projet en 2011. Le programme du FBR a été conçu afin de renforcer la prestation de services de soins primaires et, par conséquent, la tarification refléterait le niveau de soins et le niveau d'effort requis pour fournir un service. Le budget disponible, le nombre d'indicateurs et le poids relatif des indicateurs déterminaient la tarification des indicateurs. Initialement, la tarification était basée sur le budget disponible et les extrants prévus des indicateurs incitatifs. Les revenus des établissements de santé étaient basés sur les extrants produits sans reconnaître la qualité des extrants produits puisqu'ils étaient liés aux implications à long terme pour la santé publique de l'augmentation des extrants. Une pondération qualitative des indicateurs incitatifs a été effectuée sur la base des priorités nationales relatives à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) - Santé sexuelle et reproductive (SSR), telles que la planification familiale. Les extrants ont été projetés sur la base de données historiques et les prix ont été fixés afin d'optimiser le budget disponible. Ainsi, cela permettrait aux établissements de santé de gagner des subventions en fonction du nombre d'extrants produits.

Mise à l'échelle du FBR en 2014: Dans l'itération suivante de 2014, lorsque le FBR a été étendu à 60 districts, la quantité d'extrants produits par indicateur déterminait toujours le montant total de la subvention reçue par un établissement de santé avec un ajustement apporté au montant total reçu par l'établissement de santé qui a considéré le score de qualité de l'établissement de santé à partir de la liste de contrôle de qualité élaborée. Une évaluation du service rendu par l'établissement de santé a été réalisée chaque trimestre; et un score de qualité atteint. Les deux années de mise en œuvre qui ont suivi ont permis de constater l'absence d'équité. En effet, les petits établissements ayant moins de population gagnaient des montants très faibles, bien qu'ils aient besoin de plus de ressources.

Deuxième PIM : Dissociation de la quantité et de la qualité: Le manuel de mise en œuvre du projet (PIM 2017) visait à réviser l'approche tarifaire. Les indicateurs de quantité et de qualité ont été dissociés afin de permettre aux indicateurs de quantité de gagner des subventions et de ceux relatifs à la qualité de déterminer l'autre proportion des revenus. Concernant les établissements de soins primaires, la répartition est devenue 50:50 entre les indicateurs qualitatifs et quantitatifs et 60:40 pour les établissements de soins secondaires. Le score de qualité est comparé aux quatre catégories de qualité pour chaque niveau de soins afin de déterminer quel pourcentage du montant trimestriel plafonné de chacune des sous-composantes l'établissement gagnerait. Les plafonds de revenus de qualité ont été déterminés par la pondération de la composante de qualité et du budget global du FBR. À des fins d'équité, les établissements situés dans des régions éloignées à faible population recevraient également une prime d'équité calculée selon des critères prédéterminés.

Troisième PIM : Tarification durable et révision de l'équité: À la suite de la mise en œuvre du deuxième PIM de 2017 à 2019, une autre révision du PIM a été effectuée. La structure de tarification 2016-2017 a été conçue afin de garantir que l'enveloppe de financement limitée couvre chaque établissement. L'une des principales observations était que, alors que la dissociation complète de la qualité et de la quantité répartissait les revenus de manière uniforme entre les établissements, elle avait conduit à des revenus inéquitabement faibles pour les établissements à volume élevé. Par conséquent, une autre approche de tarification a été adoptée. Celle-ci pourrait assurer une couverture adéquate des établissements à faible population tout en veillant à ce que les établissements à forte population ayant le plus grand besoin soient pris en charge. Premièrement, la sélection des indicateurs a suivi une approche de parcours de vie qui garantit un financement centré sur la personne plutôt que sur la maladie. Les principes de hiérarchisation des indicateurs en fonction de leur importance dans le paquet, d'identification de l'indicateur d'ancrage, d'estimation de la couverture annuelle, ainsi que la prise en compte de l'enveloppe budgétaire ont été maintenus, bien qu'appliqués selon des méthodologies différentes. Quatre groupes de santé ont été appliqués, c'est-à-dire la santé de la mère, la santé de l'enfant, les maladies transmissibles et non transmissibles. Deuxièmement, un facteur de population a été calculé et ajouté à la formule de tarification Systèmes durables et vérification robuste : quantité et qualité.

SYSTÈMES DURABLES ET VÉRIFICATION ROBUSTE : QUANTITÉ ET QUALITÉ

Le système d'information de gestion du FBR : L'intégration pour l'institutionnalisation: Les processus FBR nécessitent un système d'information robuste afin de permettre une vérification rapide et facile de résultats pour le paiement. Depuis sa création jusqu'en 2017, la vérification et les évaluations de la qualité des services du FBR étaient toutes manuelles et alourdies. En 2016, le premier système FBR basé sur le DHIS2 a été développé. Celui-ci a ensuite été actualisé en 2018 dans le cadre de l'institutionnalisation, le serveur ayant été déplacé vers le centre de données du MOHCC. Une partie du personnel de soutien technique embauché comprenait un programmeur de DHIS2 afin d'améliorer le système pour une meilleure intégration avec le DHIS2 du MOHCC. Les différents outils papier ont été transférés vers ODK et liés à DHIS2 via un serveur de formulaires. Tous ces systèmes ont été établis avec des spécifications développées par les départements d'informatique de la santé et des TIC du MOHCC pour garantir une intégration transparente. Actuellement, les systèmes d'information de gestion du FBR sont hébergés dans le centre de données du MOHCC. Des

démarches sont également en cours afin d'améliorer la bande passante pour une meilleure stabilité et facilité d'utilisation.

Vérification des résultats – opter pour une version plus légère et rentable: Le coût de la vérification a été établi comme le facteur de coût qui menaçait la viabilité du FBR au Zimbabwe en tant que mécanisme d'achat stratégique rentable au cours des évaluations. Ces résultats étaient similaires dans d'autres pays. Pour affiner le FBR, le Zimbabwe a adopté une approche de vérification appelée vérification basée sur les risques, qui a été évaluée par la BM et s'est avérée efficace tout en réduisant les coûts de plus de 50 %. Cela a largement contribué à l'attitude positive du gouvernement à l'égard du FBR alors que les conversations sur la durabilité étaient au centre des débats. Le modèle actuel basé sur les risques devra encore être évalué en vue d'éliminer la vérification de deuxième niveau. Le Zimbabwe déploie de manière intensive les dossiers de santé électroniques, ce qui pourrait éventuellement supprimer le besoin de vérification comme cela se fait traditionnellement.

Résultats de la contre-vérification: La contre-vérification est essentielle pour l'intégrité de tout mécanisme de FBR. Depuis sa création jusqu'en 2017, cette fonction a été assurée par l'Université du Zimbabwe, une entité privée. Dans le cadre de l'institutionnalisation, le CNP a cherché à avoir une entité plus rentable avec une capacité institutionnelle et une indépendance suffisante pour mener à bien cette fonction. L'Autorité des professions de la santé (HPA) a été identifiée sur la base de son mandat légal et de sa capacité institutionnelle. L'UZ l'a évalué et a élaboré un plan de renforcement des capacités. La HPA est déjà mandatée pour la réglementation de tous les établissements de santé et s'appuie sur les conseils d'une équipe pluridisciplinaire en charge de la contre-vérification. Cette option a été envisagée afin de réduire le coût de la contre-vérification tout en maintenant son indépendance et sa robustesse.

Assurance et amélioration de la qualité à l'échelle du système de santé: Des actions d'assurance qualité et d'amélioration sont menées à l'intérieur et à l'extérieur du domaine du FBR. La liste de contrôle de la qualité du FBR s'est avérée être un instrument précieux pour le système et continuera d'être révisée à mesure que différentes méthodes d'évaluation de la qualité seront explorées. Fin 2017, la plupart des DHE et PHE maîtrisaient parfaitement l'utilisation de l'application qualité ODK lors des visites de supervision. Cependant, des défis ont été identifiés en ce qui concerne les mécanismes de retour d'information, le suivi continu des lacunes identifiées, l'évaluation pratique de la qualité lors des visites et les tableaux de bord relatifs à la qualité. Le PIM 2019 a proposé une révision des outils d'évaluation de la qualité afin de les rendre plus sensibles à l'évolution de la qualité des soins au fil du temps.

L'ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE D'INCITATIONS : LA MOTIVATION DURABLE

Le FBR, dans sa conception générique, est conçu dans le but d'inciter les prestataires à faire un effort supplémentaire pour atteindre les résultats convenus. Lorsque le FBR a été adopté par le gouvernement du Zimbabwe, les salaires des agents de santé ont considérablement stagné après la crise économique. Le gouvernement ne voulait pas créer de biais dans les revenus des agents de santé, donc en termes d'incitations, l'autonomie de conception générique du FBR ne s'appliquait pas aux établissements de santé. Après les 2 premières années d'absence de paiements incitatifs à partir de 2013, le gouvernement a commencé à verser des incitations aux agents de santé sur la

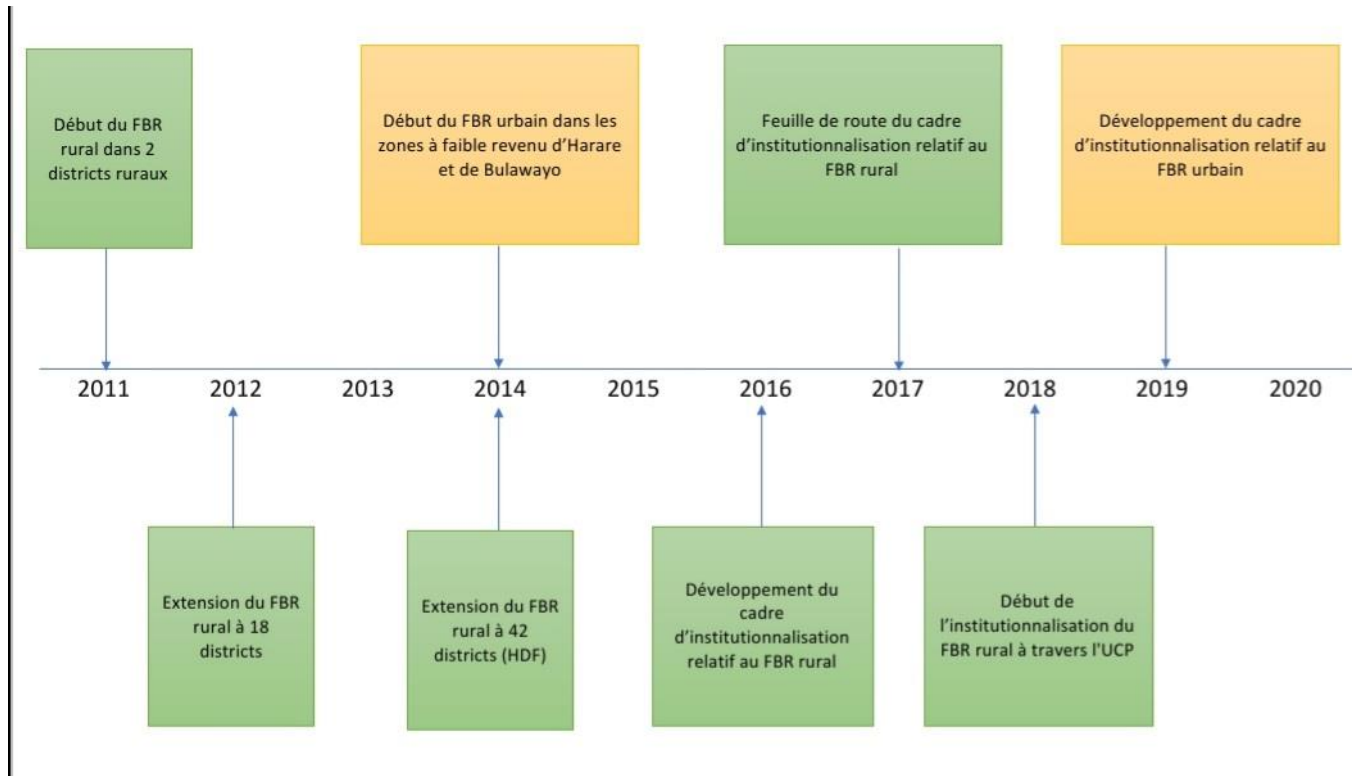
base d'un calculateur d'incitations uniquement pour 25 % des revenus totaux, tandis que les 75 % allaient à l'établissement. L'évaluation d'impact réalisée en 2016, a montré que les agents de santé pouvaient améliorer la satisfaction au-delà du revenu personnel à travers divers moyens. En 2017, ces incitations étaient liées à des scores de qualité. Alors que le panier de financement total diminuait en 2016, les revenus ont continué de baisser, et cela s'est aggravé en 2019, lorsque la monnaie locale (ZWL) a été réintroduite et que dans les 18 districts, les fonds étaient en ZWL. Afin d'atténuer l'aggravation des pressions inflationnistes sur les incitations, le gouvernement a commencé à verser les subventions en utilisant le taux interbancaire en vigueur tout en les calculant en USD.

Une revue des systèmes de rétention effectué par le PNUD en 2019², a démontré que l'incitation aux individus n'était pas le seul aspect apprécié par les agents de santé, mais aussi les subventions qui allaient aux établissements car cela facilitait leur travail grâce à un meilleur équipement et à des décisions d'achat prises localement. Des processus sont en cours afin de justifier au Fonds mondial d'utiliser le système de calcul des incitations pour payer des allocations de rétention. Cela fait partie des efforts visant à lier le soutien aux agents de santé à la performance pour la durabilité conformément au système de la GAR du gouvernement. Dans le même temps, le MOHCC explore la possibilité d'un mécanisme hybride pour la rétention des agents de santé qui intègre les meilleures caractéristiques à la fois du FBR et du régime de rétention à montant fixe.

²Revue du programme de rétention des agents de santé dans le cadre du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé du Zimbabwe, 17 décembre 2019

CHRONOLOGIE ET PRINCIPALES ÉTAPES: DES BONS URBAINS AU PROGRAMME URBAIN DE FBR

Chronologie du FBR urbain par rapport au FBR rural



La sous-composante urbaine du FBR a démarré en 2014 et a introduit un mécanisme de financement qui vise à protéger les pauvres contre les catastrophes financières dues aux urgences de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE), tout en améliorant les revenus des établissements de santé et la qualité des services à travers des incitations basées sur la réalisation d'objectifs relatifs aux indicateurs de qualité. En consultation avec les services de santé de la ville, deux districts à faible revenu ont été sélectionnés, un à Harare et un à Bulawayo pour piloter trois interventions:

- Un bon urbain destiné aux ménages pauvres axé sur les services de SMNE.
- Un mécanisme de paiement basé sur la performance afin de renforcer la qualité des services offerts par les prestataires de santé municipaux dans les districts pilotes.
- Un mécanisme de contrat basé sur la performance qui renforce l'implication de la communauté et des organisations « locales » dans la sensibilisation à la santé et en faveur des comportements sains, ainsi que dans le suivi et la supervision.

L'évaluation du suivi du processus du programme de bons urbains pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant du projet de financement basé sur les résultats du Zimbabwe, dont les résultats ont été publiés en février 2020, a montré que le FBR urbain était un succès : la composante des bons a ciblé avec succès les femmes pauvres en réduisant les inégalités d'accès à la santé dans les milieux urbains à faible revenu. La

composante paiement pour la qualité a réussi à améliorer la qualité des services dans les établissements de santé participants. La composante communautaire a encouragé les femmes pauvres à accoucher dans un établissement de santé, a mis en œuvre des enquêtes de satisfaction des clients et a fourni des observations au personnel de santé.

Dans le cadre de la conversation sur l'institutionnalisation, les services de santé de la ville et le MOHCC ont manifesté leur intérêt à assurer la durabilité financière des interventions ciblant les pauvres vivant en milieu urbain ainsi que la qualité des services. En 2019, le GOZ a demandé le soutien de la Banque mondiale (BM) afin de développer des options de mise à l'échelle et d'institutionnalisation du programme de FBR urbain. À partir de 2019, le GOZ, dans le cadre de l'appui au cadre d'institutionnalisation du FBR urbain³, a commencé à contribuer au financement de contrepartie en espérant que les villes cofinancent le programme de FBR urbain.

Le MOHCC ambitionne de développer un mécanisme de prépaiement obligatoire tel que développé dans la politique et la stratégie nationale du financement de la santé, notamment une assurance maladie nationale pour laquelle une feuille de route a été élaborée et sera bientôt discutée par le Cabinet. Les trois composantes du FBR urbain, à savoir la qualité, le travail communautaire et les bons en tant que mécanismes pour canaliser les subventions vers les pauvres qui ne peuvent pas payer la prime, seraient très utiles pour faciliter la mise en œuvre du programme de financement.

APPROCHES GÉNÉRALES D'APPRENTISSAGE ADAPTATIF À L'INSTITUTIONNALISATION DU FBR

Le programme FBR au Zimbabwe a bénéficié d'une adoption et d'une adaptation très rapidement grâce à des processus d'engagement qui ont permis aux hauts fonctionnaires du MOHCC d'être au cœur de son évolution. Dans le même temps, des plateformes telles que le Comité National de Pilotage ont fourni un mécanisme efficace pour la présentation des défis et des ajustements proposés avec l'adoption rapide des changements convenus. Les innovations ont été approuvées pour adoption par le même mécanisme, et c'est ainsi que la vérification basée sur les risques a été adoptée et a réduit le coût du FBR. Le développement du FBR au Zimbabwe s'est caractérisé par la gestion itérative du changement qui a permis de prendre des mesures correctives au fur et à mesure. L'investissement d'importants financements nationaux a fait du gouvernement une principale partie prenante et a imposé la nécessité de rendre des comptes au plus haut niveau de gouvernement, en particulier au corps législatif. Les communautés sont devenues les moteurs du

³ Mise à l'échelle et institutionnalisation du projet pilote de financement urbain basé sur les résultats dans le domaine de la santé à Harare et Bulawayo, Zimbabwe, août 2019.

programme du FBR grâce à leur implication au niveau des CCS, entraînant ainsi le changement au niveau local. Les changements structurels et institutionnels nécessaires pour répondre à certains des commentaires ont toutefois pris du retard en raison de l'absence d'une boucle de rétroaction claire vers le DHE. La dernière version de PIM a résolu ce problème en imposant que chaque résultat du CSS soit partagé avec DHE, afin de suivre les changements et résoudre les problèmes de haut niveau. La gestion des processus de changement et d'amélioration à travers tous les éléments clés du FBR en même temps grâce à la direction du MOHCC a assuré que l'intégrité du FBR a été maintenue. On peut conclure en toute sécurité que ce sont les principales approches d'apprentissage adaptatif qui ont amené le Zimbabwe à un stade où des changements importants ont été introduits par et dans le FBR, intégrés et maintenus dans la manière de faire des affaires du MOHCC.