



Zimbabwe: Le financement basé sur les résultats

Étude de cas axée sur les connaissances et l'apprentissage

Abréviations

DRS—

Directeur régional de la santé

FDS—

Fonds de développement sanitaire

CNP—

Comité national de pilotage

PIM—

Manuel de mise en œuvre du programme

CPD—

Comité de pilotage du district

MOFED—

Ministère des Finances et du Développement économique

UCP—

Unité de coordination du programme

FBR—

Financement basé sur les résultats

GOZ—

Gouvernement du Zimbabwe

MOHCC—

Ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance

SGFP—

Système de gestion des finances publiques

SRMNEA-N---

Santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et, nutrition

CCD—

Comité du Centre de Santé

NPA—

Agence nationale d'achat

PHE—

Autorité provinciale de la santé

BM—

Banque mondiale

Avant de commencer

But et objectifs de l'étude de cas

Cette étude de cas axée sur les connaissances et l'apprentissage vise à partager l'expérience du Zimbabwe en matière d'institutionnalisation du financement basé sur les résultats afin de permettre à d'autres pays d'en tirer des enseignements.

L'équipe du Zimbabwe a réfléchi à son expérience afin de partager ses réussites, ses défis et les leçons apprises. Nous espérons que vous utiliserez et adapterez ces connaissances et apprentissage à votre propre pays afin de:

- **Vous faire une idée** de l'approche et du processus de financement basé sur les résultats du GFF dans le contexte d'expériences réelles
- **Identifier** les défis ou les revers auxquels vous pourriez faire face en entreprenant des processus ou des projets similaires
- **Prendre en compte** de nouvelles idées et perspectives
- **Développer** des compétences en matière de financement basé sur les résultats
- **Encourager** des discussions au sein de votre équipe nationale
- **Identifier les similitudes et différences** entre la situation du Zimbabwe et le contexte de votre pays



Questions centrales

Réfléchissez à ces questions en examinant l'étude de cas. Après avoir examiné l'étude de cas, nous vous encourageons également à discuter de ces questions, parmi d'autres, avec votre équipe nationale

- Quelles **stratégies** le Zimbabwe a-t-il utilisées pour institutionnaliser le FBR?
- Quels sont les **défis** auxquels ils ont dû faire face?
- Quelles ont été les **clés de leur réussite**?
- Comment certaines parties prenantes clés, auparavant méfiantes à l'égard du financement basé sur les résultats (FBR) sont-elles **devenues** adeptes du FBR?

Table des matières

1 Introduction

2 Contexte

3 Institutionnalisation

4 Transiter vers une institutionnalisation du FBR – Autres Pays

5 Discussion

Zimbabwe: Le financement basé sur les résultats

Introduction

Aperçu du financement basé sur les résultats

À propos

En 2011, le gouvernement du Zimbabwe (GOZ), en collaboration avec la Banque mondiale, a lancé le financement basé sur les résultats (FBR) au Zimbabwe. Le FBR a été conçu pour aider le ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance (MOHCC) à accroître la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation de services de santé de qualité afin d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PIM, 2019). Depuis 2021, le GOZ a progressé dans l'institutionnalisation du FBR dans tous les 60 districts.

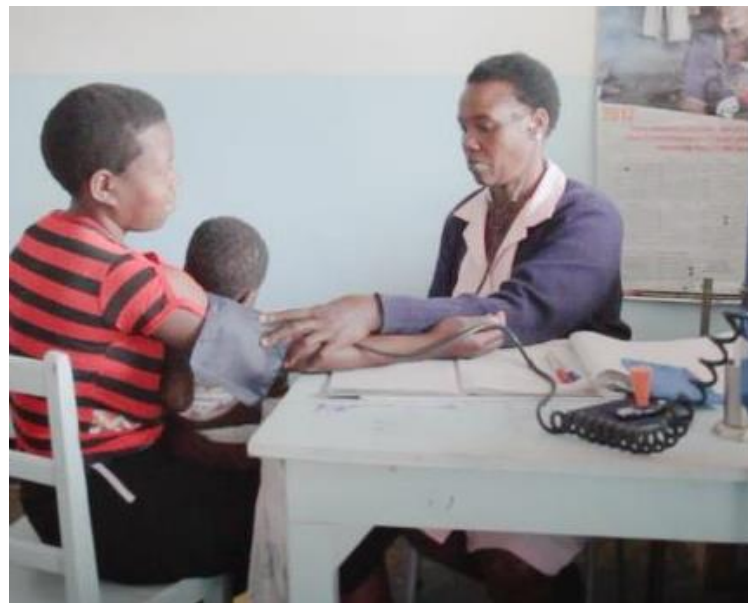


Qu'est-ce que le FBR?

Financement basé sur les résultats--

Le financement basé sur les résultats (FBR) fait référence à tout programme qui offre des récompenses à des individus ou à des institutions une fois que les résultats convenus ont été atteints et vérifiés. Le financement basé sur les résultats se concentre sur l'amélioration de l'accès des populations pauvres aux services de santé en (1) réduisant les obstacles financiers ; (2) renforçant la qualité des services à travers l'amélioration de la performance et la gestion des établissements de santé ; et (3) en promouvant l'orientation vers les résultats. (4) Accroître l'engagement et la participation de la communauté. Tous ces aspects rendent la prestation de services de santé plus durable.

Le FBR associe l'argent aux mesures des résultats dans le but final d'améliorer les résultats en matière de santé (Cyrus, et. al. 2017). Le FBR comprend la rémunération à la performance dans les établissements de santé aussi bien au niveau communautaire qu' au niveau du district ; le FBR communautaire; les bons (urbains); et des incitations.



Qu'est-ce que l'institutionnalisation?

L'**institutionnalisation** représente un processus dont le cheminement n'est pas unique ou spécifique ; mais comprend plutôt des éléments clés compatibles avec les systèmes politiques et d'administration publique. L'institutionnalisation du FBR nécessite:

Éléments clés

- L'intégration des principes du FBR, tels que la séparation des fonctions, la décentralisation fiscale, l'autonomie et le paiement aux résultats dans les politiques et les systèmes de santé, y compris les initiatives budgétaires par les publics internes et externes.
- Une législation [politique] établie par le gouvernement central pour à la fois soutenir la mise en œuvre et l'évaluation du FBR, en utilisant des méthodologies bien définies, largement acceptées et comprises.
- Garantir les réformes du système de gestion des finances publiques afin de prendre des dispositions pour le paiement aux résultats (financement basé sur les extrants)
- Une extension progressive du FBR à tous les niveaux du système de santé, du niveau communautaire au niveau de l'hôpital central.
- Bénéficier d'un appui financier du gouvernement de manière substantielle.
- Une planification délibérée et la mise en place de structures d'appui au FBR.
- Prendre des dispositions relatives à la production de connaissances, l'apprentissage et l'adaptation

Facteurs clés de réussite



- Être piloté ou géré par le pays.
- Recevoir une forte acceptation et adhésion des parties prenantes, des décideurs, des responsables de la mise en œuvre et des bailleurs de fonds.
- Ouverture et redevabilité des systèmes de santé aux niveaux local, de district et national afin de développer des évaluations impartiales et partager les conclusions et les résultats des évaluations menées de manière indépendante avec les parties prenantes et les bailleurs de fonds.
- Clarifier des rôles et des responsabilités des acteurs clés du gouvernement, des organisations de la société civile et des partenaires de développement
- Obtenir l'appui du ministère des Finances et du Bureau du budget

Zimbabwe: Le financement basé sur les résultats

Contexte

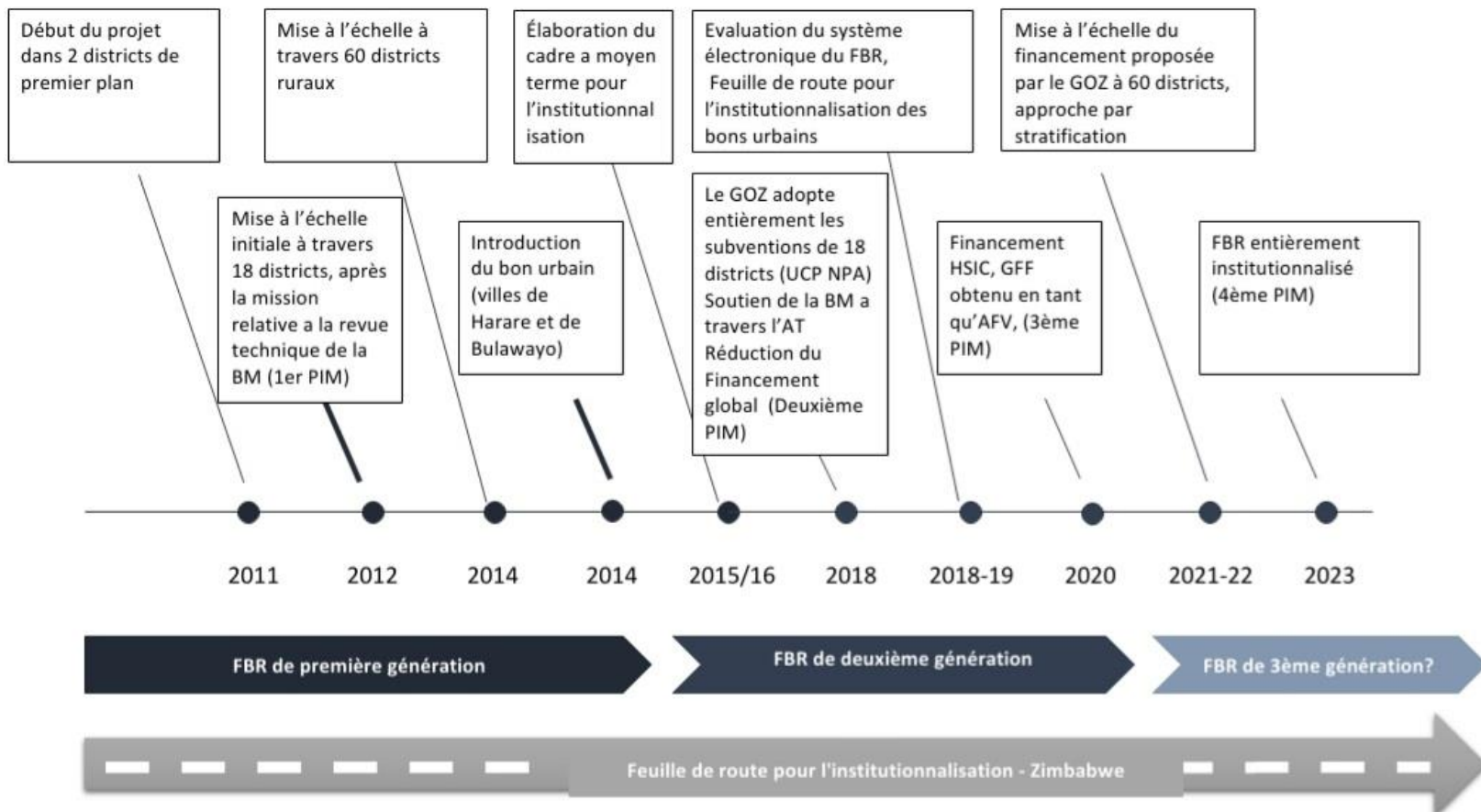
Impact de l'économie politique sur les soins de santé au Zimbabwe

- Avant le FBR, le Zimbabwe était en récession depuis une décennie. Au sortir de la crise économique de 2008, tous les piliers du système de santé ont été sévèrement affectés. Un gouvernement d'unité nationale s'est réuni en 2009 et a adopté un système multidevises, ouvrant la voie à la restauration du pays, en termes d'infrastructures et des services de santé. Le ministère de la santé a élaboré un dossier d'investissement en 2010 dans le but de 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.
- Les menaces perçues concernant l'équité de la rémunération des travailleurs ainsi qu'une solide initiative de politique de santé au Zimbabwe après l'indépendance ont contribué en partie à la résistance publique initiale au FBR (Witter, et.al., 2019). Cette résistance au sein du leadership était due à l'opinion du personnel hautement éduqué, qualifié et expérimenté occupant des postes de gestion stratégique et politique, selon laquelle le FBR devrait être adapté au contexte du Zimbabwe afin de garantir une mise œuvre réussie. Leur préoccupation a permis d'effectuer des changements nécessaires au cours du processus de mise en œuvre, qui a été adapté à la structure, aux systèmes existants et aux besoins du Zimbabwe.

Impact de l'économie politique sur les soins de santé au Zimbabwe (suite)

- Le pilote initial a été réalisé dans deux (2) districts ruraux de premier plan, et après une revue technique pilotée par la BM, le MOHCC, le gouvernement du Zimbabwe (GOZ), a approuvé l'extension du FBR à 16 districts ruraux supplémentaires avec un financement de la Banque mondiale via le Fonds fiduciaire pour l'innovation en matière de résultats et de santé. L'Organisation catholique de secours et d'aide au développement a été choisie comme entité de mise en œuvre du Projet d'appui au développement du secteur de la santé (HSDSP).
- En 2014, le gouvernement a décidé d'étendre le FBR à d'autres districts ruraux suite aux résultats de l'évaluation d'impact effectuée dans les districts participant au FBR. Grâce au financement du Fonds de développement sanitaire (HDF), Crown Agents est devenue l'agence nationale d'achat (NPA) pour les 42 districts ruraux restants, tandis que CORDAID a continué d'être l'agence de gestion et d'achat pour les 18 districts. La mise en œuvre a été guidée par un manuel de mise en œuvre du projet (PIM) et un comité national de pilotage, afin d'orienter le processus.
- En 2015, le cadre stratégique à moyen terme a été élaboré, démontrant la durabilité potentielle du FBR et son impact sur les indicateurs clés de la stratégie de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et, nutrition (SRMNEA-N) et sur l'ensemble du système de santé. Ainsi, l'institutionnalisation du FBR a été fortement recommandée. Le GOZ a ensuite développé une position politique d'institutionnalisation afin d'informer 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. Le GOZ, qui a initialement contribué 1 million de dollars comme financement de contrepartie pour le financement supplémentaire (FS) 1 du HSDSP, a progressivement augmenté son financement à mesure que la BM commençait à réduire son financement pour les subventions du FBR dans les FS suivants.

Chronologie de l'institutionnalisation



Évolution du FBR : Dispositions institutionnelles relatives à la séparation des fonctions

- La séparation des fonctions est clairement énoncée dans chaque manuel de mise en œuvre du programme depuis 2013. Le rôle de tutelle et de supervision du FBR est assuré par le Comité National de Pilotage (CNP) et les Comités de Pilotage du District (CPD). Le système de santé dispose de structures de gouvernance au niveau national, provincial et de district, et 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) en 2013. Le CNP rend compte au secrétaire permanent du MOHCC. Le système de gouvernance du FBR s'aligne sur la loi relative à la santé publique et ses structures telles que le CCS, qui tirent leurs pouvoirs de la loi, tandis que le CPD est un sous-comité des services sociaux. La durabilité de ces structures a pu être possible grâce à cet alignement avec le gouvernement local et la santé publique.
- Dans les première et deuxième générations du FBR, le rôle du CPD a été de superviser la mise en œuvre, mais un consensus se dégage sur le fait que le CPD est un centre d'achat stratégique. Ce comité pourrait jouer un rôle de tutelle beaucoup plus important à l'avenir, si la sélection et la tarification des indicateurs du FBR pour les établissements de santé au niveau du district devenaient un instrument de gestion pour le CPD en collaboration avec les autorités du district de la santé (DHE) et l'autorité provinciale de la santé (PHE). En fin 2017, le CPD n'était pas fonctionnel de manière optimale dans certains districts. Toutefois, le lien avec le CNP se renforce.
- Le fonctionnement des CCS a connu 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 comptes bancaires en tant que sous-comptes des comptes de dépôt temporaires des districts, d'élaborer leurs plans et budgets opérationnels, d'acheter des produits et d'utiliser les outils pour payer des incitations personnelles. Leur fonctionnement est semi-autonome, car les plans, budgets et processus d'approvisionnement sont soumis à l'approbation des DHE et des PHE, et les CCS ne peuvent ni embaucher ni licencier du personnel.

Évolution des modalités de financement et d'achat pour soutenir l'institutionnalisation

Mécanismes de financement:

Au départ, le FBR était entièrement financé par la Banque mondiale dans deux districts ruraux de premier plan. Initialement destiné à être mis à l'échelle après un an, une évaluation par la BM et la démonstration des résultats ont conduit à une adoption et à une mise à l'échelle plus rapidement. Au même moment, l'adhésion du gouvernement a conduit à un accord de cofinancement, le gouvernement contribuant aux subventions sur une échelle mobile croissante. En 2014, le Fonds de transition pour la santé (un mécanisme de financement à multiples bailleurs principalement axé sur l'appui pour les intrants de santé) a été révisé, ce qui a donné naissance au Fonds de développement sanitaire (FDS). Le succès du FBR dans les 18 districts ruraux a conduit le FBR à devenir le pilier stratégique d'achat du FDS, qui a adopté les 42 districts ruraux restants. Tous les districts ruraux du Zimbabwe étaient alors effectivement sous le FBR. Cordaid, qui avait été l'agence nationale d'achat dans les 18 districts, a continué avec Crown Agents assumant le rôle l'agence nationale d'achat dans les 42 districts ruraux. Malgré les chocs économiques qui ont touché le pays, le gouvernement a continué de fournir un cofinancement passant de 1,0 M\$ initial à une allocation annuelle de 7,2 M\$ en 2019.

Mesures d'atténuation de l'inflation pour conserver la valeur:

Lorsque la monnaie locale a été réintroduite en 2018 et que l'inflation a commencé à affecter les subventions, le gouvernement a commencé à allouer des fonds provenant du FBR en USD. Ces fonds ont ensuite été modifiés aux taux interbancaires au moment du décaissement afin de conserver leur valeur. À partir de 2019, la Banque mondiale s'est concentrée sur le financement de l'appui technique au MOHCC dans l'institutionnalisation du FBR avec 2 millions de dollars et 1 million de dollars supplémentaires destinés au programme de bons urbains, tandis que le gouvernement a assumé le financement intégral des subventions dans les 18 districts ruraux.



Évolution des modalités de financement et d'achat pour soutenir l'institutionnalisation (suite)

Détention et flux de fonds – connexion intergouvernementale : Le FBR est désormais intégré au Système de Gestion des Finances Publiques (SGFP). L'UCP a reçu un statut distinct au sein du MOHCC, et sa séparation est garantie par un accord entre le MOHCC et le MOFED, où l'UCP disposera d'un compte sur lequel le MOFED déposera les fonds du FBR. Le SGFP a été configuré pour permettre les paiements sur 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 à l'UCP et au MOHCC aux niveaux national, provincial et de district dans les processus financiers liés au FBR. Cela a abouti à une nouvelle version des directives de gestion financière du FBR, qui ont été adoptées en tant que document politique en 2019.

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 passer entièrement à l'assistance technique. Pour faire fonctionner ce 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 huit employés de l'UCP régionale intégrés aux PHE ont été recrutés.

Fonction d'achat local: Les PHE en tant que FAL régional : La fonction d'achat local de l'UCP a été intégrée au PHE par le biais du 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-réциiendaire. Cela renforce encore 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.

L'évolution de l'indicateur de base: L'alignement avec la stratégie nationale et les priorités

À ses débuts en 2011, le FBR se concentrait sur **les indicateurs de quantité**, conformément à l'EDSZ 2010 et à la Stratégie nationale de santé 2010-2013. L'utilisation des services de santé et l'utilisation des services de planification familiale à long terme étaient à un niveau historiquement bas, de sorte que l'ensemble d'indicateurs était biaisé vers la résolution de ces problèmes, ainsi que les services de santé de la mère. **La qualité** a été incluse dès le début, mais l'accent était également mis sur l'infrastructure, bien que cela se soit progressivement accentué sur l'aspect clinique. De plus, le bonus de qualité (dérivé des scores de qualité du côté de l'offre et de satisfaction du client) constituait un simple ajout au bonus des extrants.

En 2014, tous les indicateurs avaient plafonné après qu'ils se soient rapidement améliorés. De 2015 à 2020, le MOHCC a travaillé sur la stratégie nationale en matière de santé afin de donner la priorité à **la qualité des services en tant que résultats**, bien que les progrès en matière de qualité soient restés médiocres même avec

l'amélioration de la couverture. Les indicateurs du FBR ont donc commencé à inclure à la fois la quantité et la qualité. Les revenus des établissements ont progressivement commencé à augmenter, bien que l'effet de la qualité n'ait pas été significatif dans les établissements à volume élevé.

Les établissements de santé se sont rapidement adaptés aux 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 été remise en cause par la limitation des fonds à ceux couvrant le total des subventions requises.

La prochaine révision du PIM a donc mis en œuvre **une dissociation de la quantité et de la qualité** et, par conséquent, a stabilisé les revenus tout en les redistribuant sur un plus grand nombre d'établissements. Le CNP a approuvé un ensemble d'indicateurs mis à jour en 2017 qui comprenait le VIH/tuberculose et le paludisme, ce qui a augmenté davantage l'alignement avec le NHS de 2015.

L'évolution de l'indicateur de base: L'alignement avec la stratégie nationale et les priorités

(suite)

En 2018, l'institutionnalisation continue 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 2019 dans lequel la revue à mi-parcours de la priorisation de la stratégie nationale en matière de santé et le dossier d'investissement du secteur de la santé ont été utilisés.

En fin de compte, les indicateurs ont été choisis en fonction d'une approche axée sur le parcours de vie plutôt qu'une approche centrée sur la maladie. Les indicateurs de quantité ont été réduits de 26 à 20. L'examen à mi-parcours et le Dossier d'investissement relatif au secteur de la santé ont justifié l'inclusion d'un projet pilote de FBR axé sur la qualité aux niveaux de soins tertiaires et quaternaires tout en introduisant un pilote de FBR communautaire aligné sur la stratégie de santé communautaire récemment conclue dans le HSDSP AF V en cours avec un financement du Mécanisme de financement mondial et du GOZ.

L'appropriation des systèmes FBR a permis aux établissements de santé bénéficiant du FBR d'être polyvalents lorsque le COVID-19 a frappé. Surtout au niveau primaire, les établissements de santé pourraient continuer à offrir des services, car ils ont pu se procurer leurs propres EPI. L'appropriation des systèmes FBR a facilité l'ajustement des outils d'évaluation de la qualité pour inclure la prévention et le contrôle des infections (IPC) spécifiques au Covid-19.

Systemes durables et vérification robuste: Quantité et qualité

■ **Le système de gestion des informations du FBR : L' intégration pour l'institutionnalisation:**

Les processus FBR nécessitent un système d'information robuste afin de permettre une vérification rapide et facile des résultats pour le paiement. Depuis sa création jusqu'en 2017, la vérification et les évaluations de la qualité du FBR étaient toutes manuelles et alourdies. En 2016, le premier système FBR basé sur les Systèmes d'Information Sanitaire de District 2 (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 DHIS2 afin d'améliorer le système pour une meilleure intégration avec le DHIS2 du MOHCC. Les différents outils papier ont été transférés vers Open Data Kit (ODK) et liés au 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 d'information, de communication et de technologie 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, et des démarches sont 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:**

La vérification a été établie comme le facteur de coût qui menaçait la viabilité du FBR en tant que mécanisme d'achat stratégique au cours des évaluations. 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 Zimbabwe déploie de manière intensive les dossiers de santé électroniques, ce qui pourrait éventuellement supprimer le besoin de vérification comme cela se fait traditionnellement.

Systemes durables et vérification robuste: Quantité et qualité (suite)

■ 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 et une institution universitaire. Dans le cadre de l'institutionnalisation, le CNP a cherché à avoir une entité plus rentable avec une capacité institutionnelle et une indépendance suffisantes pour mener à bien cette fonction. L'Autorité des professions de la santé (HPA) a été identifiée à partir de son mandat légal et de sa capacité institutionnelle. La HPA est déjà mandatée pour la réglementation de tous les établissements de santé et s'appuie sur ses conseils, composés 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. L'UZ l'a évalué et a élaboré un plan de renforcement des capacités pour la HPA.

■ 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, officiellement appelée liste de contrôle de la supervision d'appui de la qualité, 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. En 2017, la plupart des DHE et PHE maîtrisaient parfaitement l'utilisation de l'application de 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 et l'évaluation pratique de la qualité lors des visites et des tableaux de bord de qualité.

L'évolution de la structure des incitations : la motivation durable

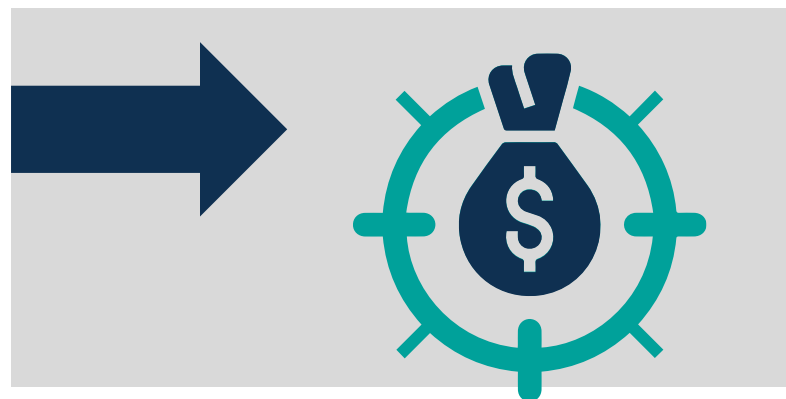
Le FBR est conçu pour inciter les prestataires à faire un effort supplémentaire pour atteindre les résultats convenus. Lorsque le FBR a été adopté par le gouvernement du Zimbabwe, les salaires des agents de santé ont considérablement baissé après la crise économique. Le gouvernement ne voulait pas créer 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 deux premières années d'absence de paiements incitatifs, le gouvernement a commencé à verser des incitations aux agents de santé sur la base d'un calculateur d'incitations pour 25 % des revenus totaux du FBR tandis que 75 % sont revenus à l'établissement. L'évaluation de l'impact du FBR réalisée en 2014 a montré que les agents de santé pouvaient améliorer la satisfaction au-delà du revenu personnel à travers divers moyens, ce qui a contribué à l'extension du FBR dans d'autres districts. En 2017, ces incitations étaient liées à des scores de qualité.

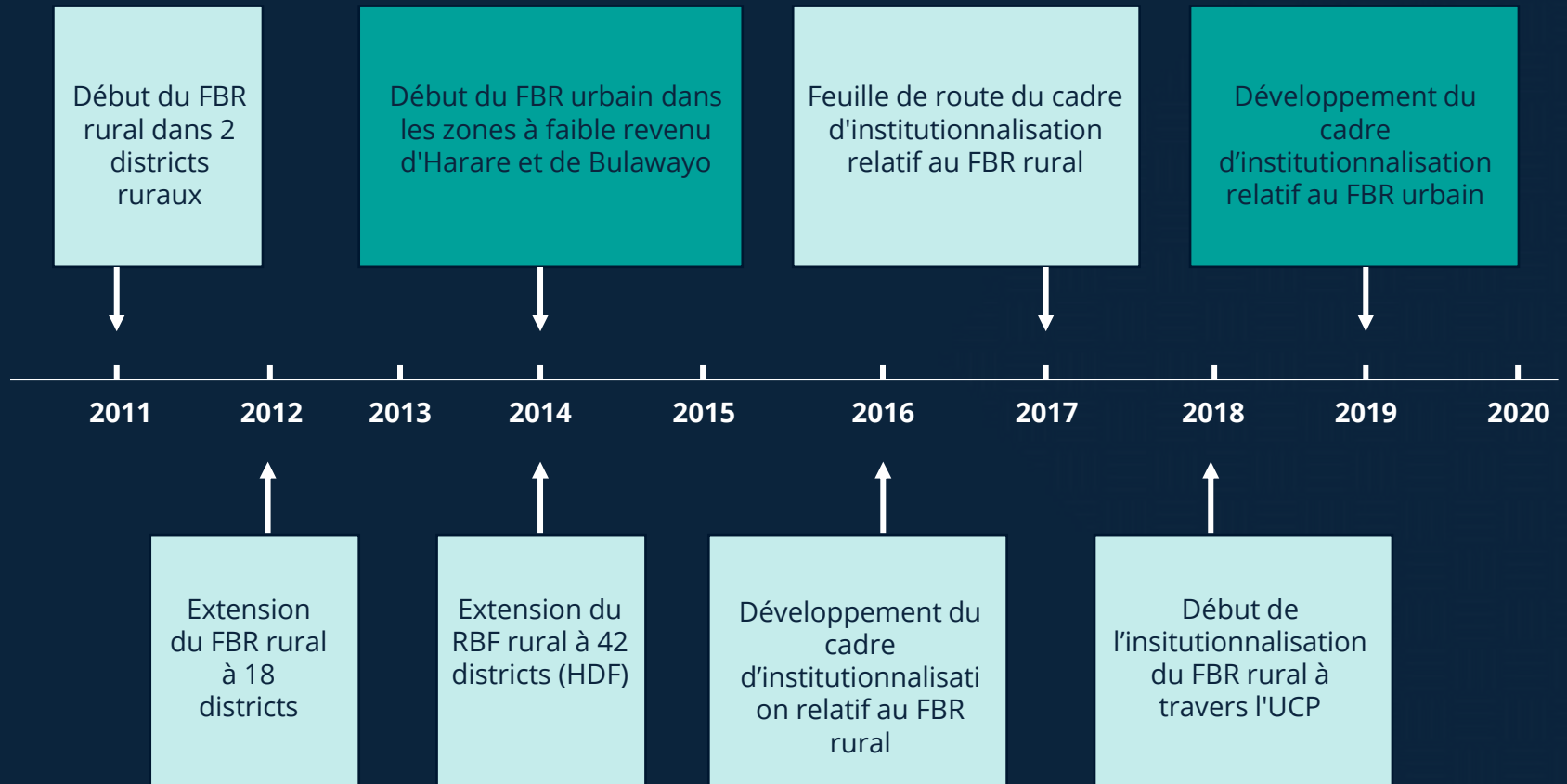
Alors que le panier de financement total diminuait en 2016, les revenus ont continué de baisser, et cela s'est aggravé en 2019 lorsque la monnaie locale (ZWL) a été réintroduite et que dans les 18 districts ruraux, les fonds étaient en ZWL. Afin d'atténuer l'aggravation des

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 2019 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 pour justifier au Fonds mondial d'utiliser le système de calcul des incitations pour payer les allocations de rétention, ce qui lierait tout le soutien des agents de santé à la performance, conformément au système de la GAR du gouvernement.



Chronologie et principales étapes: Des bons urbains au programme urbain de FBR



Chronologie et principales étapes: bons urbains au programme urbain de FBR

Des

La sous-composante urbaine du FBR a démarré en 2014 et a introduit un mécanisme de financement qui visait 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 sur la base de 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 afin de piloter trois interventions:

- Un bon urbain destiné aux ménages pauvres axé sur les services de SMNE et un mécanisme de paiement basé sur la performance a été utilisé 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 a également été mis en place.
- 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 en février 2020 a montré que le FBR urbain a été un succès. La composante des bons a ciblé avec succès les femmes pauvres, réduisant ainsi 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. Parallèlement, 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 qualité des services, ainsi que la durabilité financière des interventions ciblant les pauvres vivant en milieu urbain. 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 du soutien au cadre d'institutionnalisation du RBF urbain, a commencé à contribuer au financement de contrepartie en espérant que les villes cofinancent le programme de FBR urbain.

Comités de pilotage

- **Depuis sa création, le Comité National de Pilotage (CNP) est responsable de la tutelle et de la supervision du FBR.** Le Comité National de Pilotage (CNP) du FBR a été désigné par le MOHCC afin de superviser la planification et la mise en œuvre et également assurer la bonne gouvernance du FBR au Zimbabwe.
- **Les OBC/ONG sont contractées afin de recueillir les observations des communautés grâce à des enquêtes de satisfaction des clients et à des entretiens de sortie comme moyen de renforcement de la gouvernance, de la transparence et de la responsabilité.** Le FBR exige une vérification au niveau des ménages concernant les conditions dans lesquelles les services subventionnés ont eu lieu. L'évaluation de la satisfaction des clients et de la qualité perçue des soins a également lieu au niveau des ménages.
- **Le comité de Pilotage du District est une structure de supervision et de conseil à multiples parties prenantes spécifique à chaque district.** Le CPD relève de la structure existante du GOZ et se compose d'un nombre également équilibré de fonctionnaires des ministères et départements gouvernementaux ainsi que de membres de la communauté. Le PHE et le DHE pilotent ensemble le processus de constitution des CPD.
- **Les Comités du Centre de Santé (CCS) sont les structures de gouvernance des centres de santé qui existent depuis l'Indépendance en 1980.** Ceux-ci ont été établis conformément à la Loi sur la santé publique et sont constitués de membres de la communauté, de l'infirmière en chef et du technicien en santé environnementale travaillant au CS qui sont tous des membres sans droit de vote.

Vérification externe: De l'Université du Zimbabwe (UZ) à l'Autorité des professions de la santé (HPA)

Le contre-vérificateur est une agence qui fournit une vérification indépendante de tous les services fournis et payés dans le cadre du FBR.

Initialement, le contre-vérificateur était l'Université du Zimbabwe, et les discussions sur l'institutionnalisation en 2015 ont suggéré l'Autorité des professions de la santé (HPA), le Conseil national du Sida (NAC) et le Conseil des services de santé (HSB) comme contre-vérificateurs potentiels au sein des structures de gouvernance du MOHCC. Dans le cadre à moyen terme, l'Autorité des professions de la santé (HPA) a été identifiée comme une solution appropriée à cette fin, compte tenu de sa position stratégique et de sa fonction de régulateur de la santé au Zimbabwe, ainsi que de son statut indépendant.

CORDAID a engagé l'UZ pour effectuer une évaluation de la HPA afin d'identifier ses capacités et ses besoins. Le résultat a défini les lacunes de la HPA, qui portaient sur les domaines de formation en FBR et en contre-vérification. La HPA dispose au sein de ses conseils et de ses membres des compétences nécessaires pour effectuer la contre-vérification. Dans le cadre du processus d'institutionnalisation du FBR, la HPA a été déléguée par le MOHCC pour prendre en charge la contre-vérification. La HPA a ainsi mené une série de contre-vérification dans 18 districts.

Le rôle technique de la contre-vérification est aligné sur le mandat de la HPA d'inspecter et d'accréditer les établissements de santé. La HPA s'appuie sur une disponibilité de nombreux professionnels en santé et pourra donc former plusieurs équipes qui assureront la couverture au niveau national. L'intégration des fonctions présente une adéquation naturelle, compte tenu du mandat réglementaire de la HPA et de ses conseils.



Implications du FBR

Dispositions institutionnelles de gouvernance

Les structures de gouvernance du MOHCC sont définies dans la Loi sur la santé publique, une loi qui guide toutes les opérations du secteur de la santé publique. Les dispositions institutionnelles de gouvernance du FBR n'ont pas constitué une menace majeure pour le statu quo de la gouvernance car elles ont émergé des structures existantes au sein du MOHCC.

Un cadre à moyen terme pour l'institutionnalisation du FBR a été élaboré dans une approche participative en 2016 afin de guider le processus. Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés avec des parties prenantes importantes, et leurs points de vue ont guidé la sélection ou la réorientation des structures de gouvernance pour s'aligner sur les fonctions du FBR.

Le processus transparent d'institutionnalisation de la gouvernance du FBR a éliminé toutes les inquiétudes et les craintes associées à de tels changements, en particulier dans les bureaucraties gouvernementales. Les acteurs les plus importants, à savoir les Responsables des centres de santé/CCS, les DMOS/DHE, les PMD/PHE et le bureau du PS se sont montrés très favorables à l'institutionnalisation de la gouvernance du FBR. Par conséquent, le processus n'a pas été difficile au MOHCC, même si le FBR faisait encore l'objet de critiques de la part d'autres partenaires de développement à ce stade.

Le Comité National de Pilotage du FBR n'a posé aucune menace pour le Fonds de transition sanitaire (HTF) de l'époque, comme en témoigne la représentation du HTF (maintenant HDF) au sein du CNP. Le CPD a intégré des membres des structures de gestion et de gouvernance existantes au sein du MOHCC et du ministère des Gouvernements locaux. Les comités de centres de santé dont l'existence est une obligation légale ont été réactivés.



Zimbabwe: Le financement basé sur les résultats

L'institutionnalisation

Facteurs ayant conduit à l'institutionnalisation

Financement

- Le gouvernement a fait preuve d'engagement en atténuant l'inflation des subventions du FBR, en gardant les fonds libellés en USD et en les convertissant uniquement en ZWL (monnaie locale) au moment du décaissement. Au fil du temps, le gouvernement a réussi à réduire les retards dans le décaissement des fonds sur une base trimestrielle. L'obtention d'un financement supplémentaire du Fonds mondial a nécessité l'utilisation des preuves et des informations, ainsi que des incitations à court et à long terme pour motiver le personnel.
- Le GOZ a accepté de financer 18 districts ruraux après le projet pilote. Cependant, ils ont dû utiliser un modèle réduit de FBR avec moins de financement, afin de pouvoir éventuellement prendre en charge le financement du FBR dans les 42 districts restants.
- Le GOZ a supprimé les frais d'utilisation élevés de sorte à ce que le FBR soit basé sur les établissements et engagé avec les établissements locaux pour réduire les frais en adaptant la politique pour permettre aux établissements de santé au niveau des soins primaires d'avoir des comptes bancaires et de gérer leurs propres ressources. En outre, il existe un mandat selon lequel les établissements de santé qui participent au FBR ne devraient pas facturer de frais.
- Afin d'introduire des innovations concernant la méthode d'attribution du FBR, Crown Agents obtiendraient un financement de démarrage provenant de leur siège afin d'exécuter les projets pilotes du programme. Cela éviterait les limitations liées au contrat et aux activités budgétisées.

Facteurs ayant conduit à l'institutionnalisation (suite)

Financement

- Lorsque la Banque mondiale envisageait de financer le FBR, la résistance initiale de certains bailleurs a été surmontée par des preuves de l'impact. On pouvait voir physiquement les changements dans les établissements de santé. Des preuves ont également été publiées et partagées. En plus de l'évaluation d'impact de 2014, les preuves comprenaient des rapports sur la façon dont l'argent était dépensé (médicaments, équipement, rénovations, etc.). Les changements étaient très divergents de la situation qui prévalait lorsque ces mêmes établissements étaient sous financement d'intrants.

Formation

- Le facteur le plus important dans l'institutionnalisation du FBR au Zimbabwe a été de former des personnes à tous les niveaux pour qu'ils comprennent vraiment ce qu'était le FBR, son mécanisme de fonctionnement et ses avantages.
- Dans la province des Midlands, une infirmière provinciale a été désignée pour diriger la formation, en gérant efficacement la culture hiérarchique de la fraternité infirmière. Les infirmières constituaient la plupart du personnel du centre de santé. Elles sont très polyvalentes et conscientes des politiques en vigueur au Zimbabwe.

Facteurs ayant conduit à l'institutionnalisation (suite)

Le sentiment d'appartenance créé au sein de la communauté et avec les parties prenantes

Le personnel médical sentait qu'il avait le contrôle sur son environnement de travail, qui était nouveau et dynamique. De plus, les techniciens en santé environnementale, responsables de la santé communautaire préventive, se sont fortement impliqués. Les travailleurs de la santé ont fait connaître les bénéfices, les avantages et les inconvénients du RBF, ce qui a contribué à renforcer l'acceptation et la fierté. La plupart des districts sur le terrain étaient partisans du FBR après avoir noté les améliorations des établissements de santé qui s'étaient produites au sein des districts de premier plan.

Le Zimbabwe avait un système de santé fortement lié, mais le fait d'avoir l'autonomie pour faire des plans et prendre des décisions sur ce qu'il faut acheter était innovant. Au départ, le MOHCCV s'est assuré d'informer les gens que, bien que le FBR soit une rémunération au niveau du gouvernement, ils pouvaient désormais être en charge de ce financement

au niveau local. Avec l'autonomie nécessaire pour dépenser les incitations au besoin, ces fonds ont été utilisés pour les infrastructures de base, les clôtures, la peinture, les médicaments essentiels, les bancs, etc. Pouvoir obtenir ce dont ils avaient besoin a renforcé la confiance et un sentiment de fierté dans le système.

Le comité de pilotage du district a aidé à identifier les contraintes politiques qui devaient être examinées, et le MOHCC a travaillé afin d'améliorer les infrastructures qui étaient visibles. Ils ont également fourni des incitations à la qualité du service. Quand ils ont pu se rendre sur les lieux et constater le FBR travailler, ils ont commencé à y adhérer.

Cordaid a pris au sérieux l'institutionnalisation du FBR et a placé des personnes physiquement (personnel détaché) dans le MOHCC. Ils étaient sincères et honnêtes dans leurs efforts et se sont efforcés de renforcer les capacités du MOHCC.



Facteurs ayant conduit à l'institutionnalisation (suite)

ADAPTABILITÉ

COMMUNICATION

APPUI AU LEADERSHIP

INFRASTRUCTURE

VÉRIFICATION

- 1) En raison de la résistance initiale, l'équipe de la Banque a été flexible dans son approche de mise en œuvre, qui a permis d'adapter le FBR à la structure, la culture et la population du Zimbabwe. Des stratégies délibérées ont été mises en place pour mettre en œuvre le FBR, telles que l'utilisation des structures existantes et le recours aux outils que les prestataires de santé utilisaient déjà. Cela a rendu possible la mise en œuvre et l'institution du FBR. L'équipe de la Banque a également développé des outils de mise en œuvre innovants tels que le calculateur d'incitation électronique, qui a facilité et accéléré le paiement des incitations.



Facteurs ayant conduit à l'institutionnalisation (suite)

ADAPTABILITÉ

COMMUNICATION

APPUI AU
LEADERSHIP

INFRASTRUCTURE

VÉRIFICATION

- 2) L'acceptation du FBR a été possible grâce à une communication ouverte, honnête et régulière. Cordaid a produit un bulletin trimestriel sur les meilleures pratiques de FBR. Ce document a été largement diffusé afin de mettre en évidence les districts ayant réussi et ceux qui étaient en retard. Le livret a été distribué à tous les établissements de santé.



Facteurs ayant conduit à l'institutionnalisation (suite)

ADAPTABILITÉ

COMMUNICATION

APPUI AU
LEADERSHIP

INFRASTRUCTURE

VÉRIFICATION

- 3) Les premiers effets positifs observés après la résistance initiale au FBR ont conduit le gouvernement à devenir un partisan du FBR. Ces effets concernent l'arrivée des ressources au niveau des établissements, les changements structurels tels que la création de foyers d'attente pour les mères, et la façon dont le système a permis de faire le suivi précoce des bénéfiques. Le directeur médical provincial de la province des Midlands était un partisan du FBR et a estimé qu'il allait renforcer leur système de santé, ce qui a également contribué à la dynamique du FBR.



Facteurs ayant conduit à l'institutionnalisation (suite)

ADAPTABILITÉ

COMMUNICATION

APPUI AU
LEADERSHIP

INFRASTRUCTURE

VÉRIFICATION

- 4) Le GOZ a développé des listes de contrôle afin d'améliorer les aspects des soins de santé relatifs à la disponibilité des équipements et des médicaments, une formation suffisante des prestataires de soins de santé, les soins de santé de la mère, la réduction des complications (septicémie, éclampsie, etc.), etc. Les listes de contrôle ont été développées en vue d'aider les établissements et fournir un mentorat localement pour les aider à s'améliorer.

Le fait que Cordaid ait un bureau directement au sein du MOHCC a aidé le GOZ à s'approprier pleinement et à utiliser Cordaid en tant que conseiller.



Facteurs ayant conduit à l'institutionnalisation (suite)

ADAPTABILITÉ

COMMUNICATION

APPUI AU
LEADERSHIP

INFRASTRUCTURE

VÉRIFICATION

- 5) Un mécanisme de vérification alternatif, que Cordaid a développé avec le soutien de la Banque, s'est avéré nécessaire. Le fait que la contre-vérification soit effectuée de manière indépendante, mais dans le pays par l'Université du Zimbabwe et éventuellement par l'Autorité des professions de la santé, a permis une vérification impartiale sans dépendre d'agences extérieures. La capacité continue de s'adapter aux besoins a été essentielle à l'institutionnalisation.



Zimbabwe: Le financement basé sur les résultats
**Transiter vers une institutionnalisation du FBR – Autres
Pays**

Enseignements tirés de l'expérience du Zimbabwe en matière d'institutionnalisation du FBR



Enseignements tirés de l'expérience du Zimbabwe en matière d'institutionnalisation du FBR

Formation et Adaptation

Le Zimbabwe a trouvé que la formation et l'orientation étaient essentielles au succès de l'institutionnalisation. Toutes les personnes impliquées dans le processus devaient comprendre le système de santé du pays et comprendre le FBR, afin de pouvoir l'adapter à leurs défis, besoins et structure. Ainsi, tous ceux qui sont entrés en contact avec le FBR ont reçu au moins une formation de base sur le rôle du FBR, les politiques, les raisons de son efficacité, son utilité. Les participants ont aussi compris leur rôle et comment mesurer l'efficacité de ce programme. Une formation de recyclage annuelle a été organisée et des orientations ont été fournies à l'aide d'un manuel unique de mise en œuvre du programme.

La capacité du Zimbabwe à s'adapter à la structure, aux outils et aux processus existants déjà utilisés dans le pays a été le facteur majeur de réussite. Ils n'ont pas introduit beaucoup de nouvelles choses qui ne s'intègrent pas déjà au système existant. Ils comprenaient l'environnement opérationnel dans lequel ils travaillaient et étaient capables de réviser et de s'adapter. Par exemple, la résistance a permis d'adapter le système FBR au Zimbabwe. S'il n'y avait pas eu de résistance, ce programme aurait été mis en œuvre « tel quel » et aurait échoué.

Appui des parties prenantes/Bailleurs de fonds

Le GOZ a découvert qu'un programme de FBR peut utiliser des entités externes en appui, mais il doit être conduit en interne et impliquer les parties prenantes. Ils ont veillé à ce que la voix de la communauté soit représentée et que les points de vue des parties prenantes soient inclus dans l'élaboration du cadre, en les gardant engagés tout au long du processus. Le ministère des Finances et la Banque mondiale sont des acteurs clés dans n'importe quel pays. Bien que ce processus aurait été plus rapide sans inclure ces entités, il n'aurait pas eu autant de succès. En outre, ils ont eu des discussions bilatérales entre la Banque et les parties prenantes afin d'identifier la prochaine étape, et ont fait participer les partenaires à la conception de l'étude d'impact pour aider à renforcer l'adhésion. Le Comité National de Pilotage était également essentiel. Ils ont tenu des réunions régulières, ont eu des actions claires, ont partagé des mises à jour et des mémoires, et se sont rendus dans les districts pour veiller sur le FBR.

Enseignements tirés de l'expérience du Zimbabwe en matière d'institutionnalisation du FBR

Communication

- Le Zimbabwe a constaté que les principaux leaders et influenceurs avaient besoin d'excellentes compétences interpersonnelles et de persuasion. Cela signifiait qu'ils devaient être adaptables dans leur style de communication pour travailler avec différentes parties prenantes ; être capable de coordonner les parties prenantes et de travailler efficacement avec le ministère de la santé et de la protection de l'enfance ainsi que le ministère des finances et du développement économique ; être capable de persuader les autres d'adhérer au FBR, notamment les plus hauts niveaux de leadership ; et être aussi capables de préparer des notes politiques efficaces pour les différentes parties prenantes.
- Ils ont utilisé les plateformes existantes et ont veillé à ce que toutes les parties prenantes puissent participer et être impliquées. Ils ont engagé la population en partageant la conception et le processus avec la communauté et en tenant tout le monde régulièrement informé des mises à jour. Ils n'ont pas supposé que tout le monde avait la même compréhension et ont essayé de simplifier et faciliter cette compréhension commune. Ils étaient ouverts et flexibles pour promouvoir la confiance.
- Ils ont découvert que la mise en place d'un plan de gestion du changement axé sur la réflexion stratégique, permettant de garder une longueur d'avance sur le changement et un plan pour gagner le cœur et l'esprit des personnes à tous les niveaux étaient essentiels pour garantir la réussite de ce processus.

Enseignements tirés de l'expérience du Zimbabwe en matière d'institutionnalisation du FBR

Essai pilote

- Les tests pilotes et la capacité d'ajuster ce qui devait changer et s'adapter étaient essentiels à l'institutionnalisation. Le pilote a donné l'occasion de s'adapter et de faire du programme un succès.

Leadership

- L'appropriation par le gouvernement du financement basé sur les résultats dans tout le pays était le facteur majeur pour assurer la durabilité. Le leadership devait venir du ministère de la santé. Des structures qui définissent clairement les rôles, les responsabilités et la gouvernance ont été mises en place. Le FBR a été intégré dans les systèmes existants du pays et un responsable a été chargé d'assurer la liaison avec la Banque mondiale pour maintenir le financement.

Finance et approvisionnement

- Les facteurs de réussite dans ce domaine étaient une solide compréhension des compétences

financières, une bonne relation de travail avec le ministère des Finances, l'intégration du FBR dans le système de gestion des finances publiques et la compréhension du processus de passation des marchés.

Suivi, évaluations et vérifications

- Le MOHCC devait s'assurer que les personnes sur le terrain accepteraient et comprendraient tous les indicateurs utilisés. Les participants devaient pouvoir identifier les lacunes, être créatifs et faire en sorte que le FBR fonctionne pour leur situation. Ils ont veillé à ce que les mesures soient aussi objectives que possible et axées sur des mesures de qualité et pas seulement des mesures de quantité. Ils se sont également assurés qu'ils disposaient d'outils de mesure de la production efficaces pour guider le processus. Il était nécessaire de voir les résultats du FBR pour y investir. Enfin, ils ont apporté des améliorations au DHIS2 afin de le renforcer et le relier au système d'information du FBR.

Zimbabwe: Results Based Financing

Discussion

Questions de discussion

- **Quel** aspect du dossier du pays vous a paru le plus intéressant ? Pourquoi?
- **Quelles** nouvelles connaissances avez-vous apprises?
- **Ce cas** a-t-il élargi votre perspective sur une question ou un sujet particulier ? Lequel?
- **Parmi** ces défis décrits, quels sont ceux auxquels vous vous identifier le plus?
- **Qu'est-ce qui** est différent de votre propre situation?
- **Parmi** les stratégies utilisées, laquelle vous a paru la plus innovante?
- **Quelles** stratégies pourraient être testées dans votre pays ? Comment devraient-elles être adaptés?
- **Avez-vous** d'autres questions?

