

A photograph of a woman smiling warmly while holding a baby. The woman is wearing a patterned headscarf and a dark top. The baby is wrapped in a patterned blanket. The image is overlaid with a semi-transparent dark blue filter.

Economie politique du financement direct des établissements de santé en Tanzanie

Étude de cas axée sur les connaissances et l'apprentissage

Avant de commencer

Objectif de l'étude de cas

L'objectif d'une étude de cas axée sur les connaissances et l'apprentissage est de transmettre les expériences d'un pays, pour que d'autres pays puissent en tirer des enseignements.

L'équipe de Tanzanie a réfléchi à son expérience en vue de partager leurs réussites, leurs défis et les enseignements tirés. Nous espérons que vous utiliserez et adapterez ces connaissances et cet apprentissage dans votre propre pays pour :

- **Avoir un aperçu** de l'expérience réelle de la Tanzanie en matière de Financement direct des établissements de santé.
- **Identifier** les défis ou les obstacles auxquels vous pourriez être confrontés en entreprenant des processus similaires.
- **Prendre en compte** de nouvelles idées et perspectives.
- **Développer des compétences** autour d'un sujet technique
- **Encourager des discussions** entre les membres de votre équipe nationale.
- **Identifier les similitudes et les différences** entre le contexte de la Tanzanie et celui de votre propre pays.

Questions d'orientation

Pensez à ces questions lorsque vous examinez l'étude de cas. Après avoir examiné l'étude de cas, nous vous recommandons de discuter de ces questions, parmi d'autres, avec votre équipe nationale :

- Quels **facteurs d'économie politique** ont facilité et/ou empêché l'introduction, l'adoption et la mise en œuvre du financement direct des établissements de santé (DHFF) en Tanzanie ?
- Comment le DHFF est-il parvenu à devenir une **initiative nationale** ?
- Quels ont été les **défis** rencontrés durant le processus ?
- Quelles ont été les **clés** de leur **réussite** ?

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION DE L'ÉTUDE DE CAS

2 VERS UNE ÉCONOMIE POLITIQUE FAVORABLE

3 MOBILISATION DU "CAPITAL" DE L'ÉCONOMIE POLITIQUE

4 RÉFLEXIONS DE L'ÉQUIPE NATIONALE

5 DISCUSSION



1

L'économie politique du financement direct des établissements de santé en Tanzanie

Introduction de l'étude de cas

Contexte

Le gouvernement de la Tanzanie a fait d'importants progrès dans l'amélioration des résultats relatifs aux mères et aux enfants. La mortalité infantile a diminué de près de 50% entre 2006 et 2010, et la mortalité des moins de cinq ans a diminué de 42,5% entre 2000 et 2010 (EDS, 2010). La mortalité maternelle reste néanmoins élevée, avec 556 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 2015). Les progrès réalisés sur certains indicateurs ont été mitigés, et d'importantes différences régionales persistent.

La prestation de services est limitée par l'insuffisance et la répartition inéquitable des agents de santé qualifiés. L'indisponibilité des budgets opérationnels, les fréquentes ruptures de stock de médicaments et la faible motivation des employés entravent également la capacité du personnel disponible à être efficace et cela entraîne des répercussions directes sur la productivité et la redevabilité. En outre, les budgets restreints et les flux de financement fragmentés continuent de limiter la réponse du gouvernement envers la réduction des disparités dans les services de santé.

La distance par rapport aux formations sanitaires et le manque d'argent pour payer les frais d'utilisation restent des obstacles majeurs à l'accès aux services de santé. Dans certaines régions, 69% de la population vit à une distance relativement grande d'un établissement de santé (EDS, 2016).

Les frais d'utilisation sont facturés à tous les niveaux de soins et constituent 40 à 50% des revenus des prestataires de soins de santé à tous les niveaux de soins (Banque mondiale, 2020). Les dépenses de santé publique n'ont augmenté que légèrement depuis 2010 (soit 5,2% entre 2010 et 2017) et le gouvernement couvre environ 40% des dépenses totales de santé publique (Banque mondiale, 2020).

Le gouvernement tanzanien est fermement résolu à améliorer l'efficacité et à accélérer les résultats. De ce fait, il s'est engagé dans une série de réformes visant à mobiliser et à habilitier les établissements de soins de santé primaires et les communautés, en vue d'améliorer la couverture, la qualité et l'accessibilité des services de santé de la mère et de l'enfant. Ces réformes ont inclus des adaptations de la décentralisation au moyen de politiques de déconcentration telles que la rémunération basée sur la performance, le financement basé sur les résultats et le financement direct des établissements de santé.

Portée de l'étude de cas

Cette étude de cas axée sur les connaissances et l'apprentissage se focalise sur l'économie politique qui a conduit à l'introduction, l'adoption et la mise en œuvre du Financement direct des établissements de santé (DHFF) en Tanzanie. Elle met en évidence les enseignements tirés et les défis rencontrés, ainsi que les mesures uniques prises pour les relever.

Qu'est-ce qu'une économie politique?

L'**économie politique** fait référence aux interactions et aux conditions qui influencent et déterminent de manière critique l'introduction, l'adoption et la mise en œuvre des politiques publiques.

L'économie politique des politiques publiques est axée sur la spécificité de :

- Le **contexte initial** - l'influence des réformes précédentes et la manière dont elles ont façonné les points de vue et les relations entre les institutions et les acteurs au fil du temps.
- Le **processus de prise de décision** - la manière dont les décisions sont prises dans un secteur particulier qui est impliqué dans ces décisions et qui influence la politique.
- **L'environnement favorable et/ou contraignant** - la mesure dans laquelle une politique spécifique est défendue ou contestée, et par qui.
- La **structure d'appropriation** - la manière dont les intérêts particuliers sont équilibrés et déterminent la redevabilité, les responsabilités et la durabilité.

Case 1 : Facteurs d'économie politique favorables au financement direct des établissements de santé

- Leadership et soutien de haut niveau.
- Engagement précoce du ministère des Finances et de la Planification et du Bureau du Président pour l'administration régionale et les gouvernements locaux.
- Accords de partenariat clairs entre les parties prenantes nationales et externes.
- Intégration grâce à l'adoption d'une approche systémique.
- Transparence sur le processus et la gestion des fonds.
- Renforcement des capacités, en plus de systèmes et d'outils de soutien pour contribuer à la gestion et à la durabilité du changement, y compris l'évolution des mentalités et des pratiques.



2

L'économie politique du financement direct des établissements de santé en Tanzanie

Vers une économie politique favorable

Contexte initial | Émergence d'un programme axé sur les résultats

La progression de la Tanzanie vers le financement direct des établissements de santé (DHFF) a été conditionnée par l'évolution du programme national axé sur les résultats et par son expérience de la décentralisation par des politiques de déconcentration, notamment la rémunération basée sur la performance et le financement basé sur les résultats.

Rémunération basée sur la performance

DEFINITION DU PROGRAMME

Ce processus a été lancé en 2005, dans le contexte d'un engagement politique de haut niveau et d'une volonté d'accélérer les progrès liés à la santé de la mère et de l'enfant, par l'introduction rapide d'un cadre d'incitation à la performance.

ÉLABORATION DES POLITIQUES

En 2006, s'inspirant des premières réussites au Rwanda et en Haïti, le gouvernement de la Tanzanie a décidé de cristalliser cet engagement dans un modèle de rémunération basée sur la performance (P4P), dans le cadre d'un partenariat bilatéral avec le gouvernement de la Norvège. Le premier modèle de P4P de la Tanzanie a été conçu par le ministère de la Santé, du Développement communautaire, du Genre, des Personnes âgées et de l'Enfance (MOHCDGEC) et l'Institut de santé Ifakara, dans l'espoir d'une mise à l'échelle nationale immédiate - sans une phase de projet pilote.



Contexte initial | Émergence d'un programme axé sur les résultats

Rémunération basée sur la performance

DIALOGUE STRATÉGIQUE

Les partenaires de développement de la Santé étaient généralement réticents à soutenir le modèle de P4P. Ils étaient particulièrement préoccupés par le manque de preuves de l'efficacité du modèle de P4P dans les pays à faible revenu, par l'insuffisance des indicateurs sélectionnés et des dispositions de vérification des résultats, par l'état de préparation du système de santé à accueillir une telle réforme au niveau national, et par les motivations de la Norvège à se réintroduire dans le secteur de la santé en Tanzanie, duquel elle s'était récemment retirée. Dans ce contexte, la Norvège a commencé à collaborer directement avec les partenaires de développement du secteur de la santé, en vue de répondre à ces préoccupations et de galvaniser du soutien. Ce processus de collaboration et l'influence des partenaires de développement dans le domaine de la santé ont abouti à un accord sur le premier projet pilote du modèle.

Cette nouvelle articulation était néanmoins contraire à la politique de la Tanzanie qui s'opposait au concept de projets pilotes. En conséquence, la Tanzanie a déployé la P4P unilatéralement en 2007, mais son succès a été considérablement entravé par des problèmes de conception (par exemple, la sélection des indicateurs) et des dispositions inadéquates (par exemple, le mécanisme de vérification). Le désaccord sur la nécessité de piloter ou non le projet a tendu les relations entre les partenaires de développement de la santé et le gouvernement de la Tanzanie, dont le leadership et les priorités avaient été sapés.

Contexte initial | Émergence d'un programme axé sur les résultats

Rémunération basée sur la performance

RECADRAGE Avec les résultats occupant une place prioritaire dans l'agenda politique national, le modèle de P4P a été testé dans la région de Pwani en début 2011. Ce projet pilote avait pour objectif de générer les preuves nécessaires pour étayer une mise à l'échelle nationale. Comme le gouvernement tanzanien n'avait qu'une autorité minimale sur le financement du projet - exclusivement canalisé par la Clinton Health Access Initiative (CHAI) - et qu'il ne disposait pas de ressources indépendantes nécessaires pour déployer le projet de manière unilatérale, il fut largement dépendant de la CHAI et de la Norvège pour l'exécution du projet. Dans ce contexte, le projet pilote de Pwani a été largement considéré par les acteurs nationaux et les partenaires de développement comme un projet autonome mené par les bailleurs de fonds, avec une faible appropriation nationale.

PRISE DE DÉCISION Une évaluation d'impact réalisée en 2012 a indiqué que le projet pilote de P4P avait eu des effets positifs sur les accouchements en milieu institutionnel et sur la prise de médicaments antipaludiques lors des visites de soins prénatals (c'est-à-dire deux indicateurs sur huit). Il a également mis en évidence des changements notables dans les processus, notamment une plus grande disponibilité des médicaments et des fournitures, une meilleure supervision accompagnée et une amélioration de l'attitude des prestataires de services pendant l'accouchement. Bien que ces résultats fussent encourageants, ils ont généralement été jugés insuffisants pour déterminer l'impact et étayer une expansion au niveau national. Résolument engagé, le MOHCDGEC a pris la décision politique de continuer à planifier la planification un expansion nationale.

Contexte initial | Intégration du programme axé sur les résultats

En 2013, pour répondre aux préoccupations et obtenir le soutien des parties prenantes nationales et des partenaires de développement de la santé, le MOHCDGEC a opéré un changement conceptuel, passant d'un projet de P4P à un programme de financement basé sur les résultats (FBR) pour le renforcement du système intégré. Ce changement conceptuel a été soutenu par la Banque mondiale, qui est devenue l'un des principaux défenseurs du FBR en Tanzanie..

Financement basé sur les résultats

PLAIDOYER

En s'appuyant sur les enseignements tirés, notamment l'évaluation d'impact du projet pilote de Pwani, l'accent a été mis sur l'engagement des parties prenantes, en vue de les sensibiliser au financement basé sur les résultats (FBR), ainsi que sur les données probantes, pour garantir la faisabilité et l'adéquation au contexte. Cette activité importante, menée à travers l'organisation d'un forum national sur le FBR, a permis aux décideurs de prendre des décisions éclairées en ce qui concerne l'utilisation du FBR et la possibilité de sa conception en Tanzanie.

DIALOGUE STRATÉGIQUE

Une autre activité essentielle - et connexe - menée par la Banque mondiale a été l'organisation de diverses consultations de parties prenantes, afin de s'assurer que la conception du programme de FBR soit adaptée aux réalités locales. Ce processus a été lancé en 2013 et il a été soutenu par une équipe nationale multipartite d'évaluation du programme de FBR, chargée de fournir des recommandations pour la conception d'un programme de FBR intégré et permettant de renforcer le système.

L'implication de toutes les parties prenantes pertinentes dans la conception du programme national de FBR a permis d'atténuer les résistances, de faciliter une meilleure compréhension du mécanisme et de promouvoir l'appropriation aux niveaux national et infranational. Cela a également permis de garantir l'intégration du FBR dans le tissu institutionnel de la Tanzanie. Le FBR utilise le système d'information de la gestion de la santé de la Tanzanie, ainsi que le système de comptabilité et de rapports financiers des établissements de santé ; il mobilise les structures de gouvernance existantes, notamment les Comités de gouvernance des établissements de santé (c'est-à-dire, les structures communautaires habilitées à garantir que les établissements de santé soient redevables des résultats et qu'elles répondent aux besoins locaux) ; et il est harmonisé avec d'autres réformes, notamment le système de classement par étoiles développé dans le cadre de Big Results Now, pour évaluer les performances des établissements de santé par rapport aux normes minimales de prestation de services et de la qualité, et pour apporter des améliorations.

Contexte initial | Intégration du programme axé sur les résultats

En 2015, le programme national de FBR a été piloté dans la région de Shinyanga et un déploiement national a été initié en 2016, couvrant d'abord les neuf régions présentant les résultats de santé les plus faibles et l'indice de pauvreté le plus élevé.

Financement basé sur les résultats

PLAIDOYER

En s'appuyant sur les enseignements tirés, notamment l'évaluation d'impact du projet pilote de Pwani, l'accent a été mis sur l'engagement des parties prenantes, en vue de les sensibiliser au financement basé sur les résultats (FBR), ainsi que sur les données probantes, pour garantir la faisabilité et l'adéquation au contexte. Cette activité importante, menée à travers l'organisation d'un forum national sur le FBR, a permis aux décideurs de prendre des décisions éclairées en ce qui concerne l'utilisation du FBR et la possibilité de sa conception en Tanzanie.

DIALOGUE STRATÉGIQUE

Une autre activité essentielle - et connexe - menée par la Banque mondiale a été l'organisation de diverses consultations de parties prenantes, afin de s'assurer que la conception du programme de FBR soit adaptée aux réalités locales. Ce processus a été lancé en 2013 et il a été soutenu par une équipe nationale multipartite d'évaluation du programme de FBR, chargée de fournir des recommandations pour la conception d'un programme de FBR intégré et permettant de renforcer le système.

L'implication de toutes les parties prenantes pertinentes dans la conception du programme national de FBR a permis d'atténuer les résistances, de faciliter une meilleure compréhension du mécanisme et de promouvoir l'appropriation aux niveaux national et infranational. Cela a également permis de garantir l'intégration du FBR dans le tissu institutionnel de la Tanzanie. Le FBR utilise le système d'information de la gestion de la santé de la Tanzanie, ainsi que le système de comptabilité et de rapports financiers des établissements de santé ; il mobilise les structures de gouvernance existantes, notamment les Comités de gouvernance des établissements de santé (c'est-à-dire, les structures communautaires habilitées à garantir que les établissements de santé soient redevables des résultats et qu'elles répondent aux besoins locaux) ; et il est harmonisé avec d'autres réformes, notamment le système de classement par étoiles développé dans le cadre de Big Results Now, pour évaluer les performances des établissements de santé par rapport aux normes minimales de prestation de services et de la qualité, et pour apporter des améliorations.

PILOTAGE

En 2015, le programme national de FBR a été piloté dans la région de Shinyanga et un déploiement national a été initié en 2016, couvrant d'abord les neuf régions présentant les résultats de santé les plus faibles et l'indice de pauvreté le plus élevé.

Contexte initial | Programme de résultats approprié par le pays

L'environnement économique politique favorable progressivement créé par la rémunération basée sur les résultats et le financement basé sur les résultats a été appliqué au financement direct des établissements de santé, grâce à une vaste réforme nationale axée sur les résultats, à savoir Big Results Now.

Big Results Now!

DEFINITION DU PROGRAMME

Soutenu par le Président de la Tanzanie et approuvé par le Cabinet tanzanien en 2012, Big Results Now (BRN) est le résultat d'une adaptation et d'une personnalisation du modèle de "Big Fast Results" de la Malaisie - avec le soutien technique de l'unité de gestion de la performance et de la prestation de services de la Malaisie (PEMANDU) et d'autres partenaires techniques. Le BRN était initialement axé sur les secteurs de l'agriculture, de l'eau, de l'assainissement, de l'éducation, de l'énergie et du transport. Le BRN a été généralement perçu comme une approche appropriée et efficace par les principales parties prenantes. Dans ce contexte et sur la base d'expériences positives dans d'autres secteurs, les partenaires de développement du secteur de la santé ont fait activement pression pour inclure le BRN dans le secteur de la santé, pour permettre l'élimination des goulots d'étranglement et le renforcement de leur soutien.

DIALOGUE STRATÉGIQUE

Le BRN a été lancé dans le secteur de la santé en 2014, grâce à l'organisation d'un processus participatif stratégique, le "Health Lab". Ce processus a réuni des experts possédant un large éventail de compétences pour diagnostiquer les contraintes, identifier les stratégies/innovations et élaborer des plans de mise en œuvre chiffrés, en vue de réaliser, de manière tangible, les objectifs de santé de la Vision de développement de 2025 de la Tanzanie. Il est important de noter que le " Health Lab " a permis d'établir une reconnaissance large et partagée, du fait que les performances médiocres découlaient d'un manque d'autonomie et de redevabilité en matière d'accès et d'utilisation des ressources au niveau de la prestation de services. Cela a entraîné une convergence d'intérêts entre les principales parties prenantes et renforcé l'engagement politique en faveur de l'élaboration de solutions stratégiques alignées.

Contexte initial | Programme de résultats approprié par le pays

L'environnement économique politique favorable progressivement créé par la rémunération basée sur les résultats et le financement basé sur les résultats a été appliqué au financement direct des établissements de santé, grâce à une vaste réforme nationale axée sur les résultats, à savoir Big Results Now.

Big Results Now!

ÉLABORATION DE POLITIQUES

Dans ce contexte, des experts issus d'un large éventail d'institutions ont étudié la meilleure façon de tirer parti des ressources du Fonds commun de la santé (Health Basket Fund, HBF) pour améliorer l'efficacité de la prestation de services à travers le pays, avec une attention particulière sur les structures de gouvernance et de redevabilité du Gouvernement. En se basant sur des données probantes, y compris les premiers succès au Kenya, ce processus exploratoire a abouti à une décision politique et stratégique partagée, visant à introduire le financement direct des établissements de santé en Tanzanie. En 2015, le gouvernement tanzanien et les partenaires de santé du HBF ont signé un protocole d'accord (MOU), marquant l'adoption officielle du DHFF dans le pays et établissant les modalités par lesquelles les recettes générales du HBF seraient allouées, déboursées et gérées. En conséquence, le DHFF est devenu la première initiative nationale visant à renforcer l'autonomie financière des prestataires de soins de santé primaires.





3

L'économie politique du financement direct des établissements de santé en Tanzanie

Mobilisation du "capital" de l'économie politique

Pourquoi la Tanzanie a-t-elle choisi le DFF ?

(1/2)

Le financement direct des établissements de santé (DFF) concerne le versement direct de fonds gouvernementaux et/ou externes aux prestataires de services de première ligne et aux gestionnaires des établissements de santé, pour qu'ils puissent gérer leurs propres fonds et apporter des innovations en fonction de l'obtention de résultats et des priorités sanitaires spécifiques au contexte.

Le DFF s'ajoute aux mécanismes basés sur les intrants, les paiements étant versés directement aux établissements de santé à partir d'un fonds national. Comme dans le cas du financement basé sur la performance, les fonds du DFF sont généralement utilisés pour financer les petites dépenses opérationnelles récurrentes et non-salariales, telles que les coûts opérationnels et les fournitures des établissements de santé - la plus grande partie de leurs coûts (salaires, dépenses d'investissement et médicaments) étant financée séparément ou fournie en nature.



© World Bank

Pourquoi la Tanzanie a-t-elle choisi le DFF ?

(2/2)

Le DFF est conçu pour modifier de manière fondamentale la façon dont les ressources financières sont

- **Affectées**, passant des paiements basés sur les intrants (c'est-à-dire des postes budgétaires rigides tels que les médicaments et les fournitures) à des paiements basés sur les résultats (par exemple, le nombre d'accouchements en milieu institutionnel), afin de renforcer l'équité, d'encourager les améliorations et les innovations régulières, de galvaniser la confiance dans la communauté et, en fin de compte, de promouvoir une utilisation accrue des services.
- **Versées**, en acheminant directement les fonds externes sur les comptes bancaires des établissements de santé, pour dépasser les structures gouvernementales locales et atteindre les premières lignes.

- **Gérées**, en transférant le pouvoir décisionnel en matière de finances et de gestion des districts aux établissements de santé et à leurs structures de gouvernance, en vue de leur conférer l'autonomie nécessaire pour fournir des services de haute qualité et répondre aux besoins locaux; et de leur rendre redevables des fonds et des résultats.

Le DFF renforce également la redevabilité et l'appropriation en **mobilisant** les communautés et en leur **donnant les moyens** de rendre les établissements de santé redevables des résultats et d'améliorer la probabilité que les besoins locaux soient satisfaits.

En Tanzanie, le DFF est connu comme le **Financement direct des établissements de santé**, en raison de son lien avec le Fonds commun de la santé.

Catalyseur d'économie politique | Financement basé sur les résultats

Tandis que le financement basé sur les résultats et le financement direct des établissements de santé sont issus de processus différents, ils se sont progressivement alignés.

Le FBR et le DHFF visent tous deux à améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé et à mobiliser des ressources au niveau des formations sanitaires et des communautés, de façon à améliorer la prestation des services. Alors que le FBR accorde une plus grande importance aux résultats et à l'utilisation des services de santé, le DHFF vise à réduire les inefficacités générées par les pertes de temps et les retards dans le système existant, en mettant les fonds à disposition en première ligne.

Le FBR et le DHFF, tous deux

Comprennent des paiements basés sur les extrants.

Transfèrent l'argent directement du MOF aux comptes bancaires des établissements de santé

Créent un plan annuel, grâce à l'outil PlanRep

Impliquent directement les Comités de direction des formations sanitaires dans les processus de planification.

Comptabilisent et soumettent des rapports à travers le FFARS

Vérification

Ils divergent en ce qui concerne

FBR

Paiements sont basés à 100 % sur les performances (c.a.d. 25% incitations pour personnel et 75% pour opérations).

Décassements trimestriels basés sur les résultats vérifiés

Budgétisation basée sur les plans d'affaires des établissements, avec la possibilité de réaliser des investissements en capital - Planification "ascendante" et basée sur les besoins

Le FBR n'est pas entièrement intégré au FFARS pour maintenir la flexibilité au niveau des dépenses.

Vérification trimestrielle des résultats dans tous les établissements de santé dès le départ

DHFF

Paiements formés par une tranche de base (80 %) et une tranche de performance (20 %), versée aux établissements de santé pour leurs opérations.

Décassement bi-annuel, basé sur les chiffres annuels.

Budgétisation basée sur le plan sanitaire annuel des établissements de santé et les coûts estimés - *Approche descendante (top down) et basée sur des règles*

Fonctions de comptabilité et de rapports intégrées dans le FFARS *Partie intégrante de l'exécution du budget.*

Audit annuel sur un échantillon aléatoire des établissements de santé (25%) + vérification annuelle des résultats.

Catalyseur d'économie politique | Conditions préalables à la mise en œuvre

Les similitudes entre les deux mécanismes ont permis au DHFF de bénéficier de la preuve de concept fournie par le financement basé sur les résultats (FBR) et de tirer parti du capital politique qu'il a généré.

Le FBR a particulièrement permis de catalyser :

Les dispositions institutionnelles. Le DHFF reproduit la séparation des fonctions établie et testée au cours du FBR, avec la fonction de gestion des fonds détenue par le ministère des Finances et de la Planification ; la fonction de réglementation assumée par le ministère de la Santé, du Développement communautaire, du Genre, des Personnes âgées et des Enfants ; le rôle d'acheteur joué par le Fonds national d'assurance maladie ; la prestation de services menée par les établissements de santé publique ; et la supervision du programme assurée par le Bureau du Président pour l'administration régionale et les gouvernements locaux. La fonction de vérification du FBR et la fonction d'audit du DHFF sont assurées par l'auditeur général interne (IAG). Les dispositions institutionnelles du DHFF et du FBR sont alignées sur la structure décisionnelle décentralisée et le contexte de la Tanzanie.

Les dispositions de gouvernance, Les dispositions de gouvernance, y compris l'approbation de l'inclusion des communautés locales dans le Comité de gouvernance des établissements de santé, afin d'améliorer la planification et la redevabilité et de permettre aux bénéficiaires de participer à la définition des priorités. Cela a contribué au renforcement de la relation entre les communautés et les établissements de santé, ainsi qu'à la promotion de l'appropriation au niveau communautaire.

Catalyseur d'économie politique | Conditions préalables à la mise en œuvre

Le FBR a particulièrement permis de catalyser :

Integration. Le DHFF tire parti du fort soutien galvanisé pour l'intégration au cours du programme de FBR. Il s'appuie sur les mécanismes et structures existants, notamment les systèmes de gestion de l'information sanitaire au niveau national et des districts et les systèmes de gestion des finances publiques. Il s'appuie également sur le système de classement par étoiles de Big Results Now pour ancrer le processus dans les preuves et garantir l'état de préparation et la mesure de la performance (évolution) des établissements de santé. Par ailleurs, le DHFF a été soutenu par le Prime Vendor System, qui a été lancé en période du FBR et il a été maintenu tout au long du DHFF, sur la base des réussites et des enseignements tirés. Le Prime Vendor System a été mobilisé pour fournir un "guichet unique" aux établissements de santé, afin qu'ils puissent acheter les produits et fournitures essentiels dont ils ont besoin. Pour sa part, la nature intégrée du DHFF a contribué au renforcement de l'engagement politique des parties prenantes et à la promotion de l'appropriation aux niveaux national et infranational.

Plan pour le renforcement des capacités de tous les acteurs pour permettre d'atténuer la résistance, de faciliter la compréhension du mécanisme et de changer les pratiques dans l'ensemble du système de santé / à tous les niveaux. De plus, le DHFF déploie des assistants comptables pour soutenir la gestion financière des ressources par les prestataires de services et contribuer à la génération de rapports financiers.

Le financement direct des établissements de santé a tiré parti des entrepreneurs politiques nationaux qui ont émergé dans le contexte du FBR pour établir certaines des conditions préalables à sa mise en œuvre, notamment :

- **La confiance des parties prenantes** dans la capacité des établissements de santé à gérer les fonds - un aspect préoccupant pour les adjoints du Bureau du Premier ministre pour l'administration régionale et les gouvernements locaux (PO-RALG) lors de l'avènement du FBR.
- **L'engagement politique au niveau national**, avec le Secrétaire permanent du ministère de la Santé, du Développement communautaire, du Genre, des Personnes âgées et des Enfants (MOHCDGEC) et le Secrétaire permanent du PO-RALG qui se font les champions du DHFF.

Catalyseur d'économie politique | Conditions préalables à la mise en œuvre

- **Les comptes bancaires des établissements de santé**, avec:
 - Le Secrétaire permanent du PO-RALG établissant une demande officielle auprès du ministère des Finances et de la Planification (MOFP) pour qu'il aide tous les établissements de santé à obtenir un compte bancaire
 - Le MOFP - travaillant main dans la main avec la Banque de Tanzanie - a joué un rôle actif pour veiller à ce que les établissements de santé puissent ouvrir des comptes bancaires sans payer de frais.
- **Des contrôles financiers appropriés.** Des contrôles financiers appropriés. Le Comptable général adjoint soutenant activement la conception des arrangements financiers et s'assurant qu'ils soient intégrés dans les contrôles financiers et les mécanismes comptables nationaux existants. Cela comprend l'élaboration et la diffusion de systèmes de comptabilité et de rapports relatifs au financement des établissements de santé (FFARS) et de directives de mise en œuvre.
- **Les modalités d'audit**, avec l'Auditeur général harmonisant son mécanisme d'audit avec le système d'information de la gestion de la santé et le District Health Management System (DHIS2).
- **La délégation des tâches**, Le PO-RALG aidant les régions et les conseils à assumer un nouveau rôle axé sur le soutien technique, la supervision, l'accompagnement et les fonctions de renforcement des capacités, plutôt que sur les rôles administratifs et financiers.
- **Une planification personnalisée**, grâce à l'utilisation complémentaire des plans sanitaires complets du Conseil et du plan des établissements de santé.

Box 2: Learn more about the operationalization of DHFF in Tanzania:

- [Ottar Mæstad](#), et al. 2021. [Direct Financing of Health Facilities. Experiences from financing reforms in Tanzania](#), Bergen: Chr. Michelsen Institute
- Ottar Mæstad, Peter Binyaruka. 2021. [Towards harmonised financing of frontline health service providers in Tanzania](#). Bergen: Chr. Michelsen Institute



4

L'économie politique du financement direct des établissements de santé en Tanzanie

RÉFLEXIONS DE L'ÉQUIPE NATIONALE

Réflexions | Les clés de la réussite

L'équipe de la Tanzanie a réfléchi à son expérience, en vue de partager leurs succès, leurs défis et les enseignements tirés.

Ces réflexions ont été recueillies au cours d'entretiens avec des informateurs clés des parties prenantes dans le pays, opérant principalement au niveau national, notamment des responsables gouvernementaux et des partenaires techniques et financiers.

Réflexions | Les clés de la réussite

Quels sont les facteurs qui ont joué un rôle important dans l'adoption du FBR et par la suite, du DHFF par le gouvernement de la Tanzanie ?

Engagement du leadership national

L'engagement au plus haut niveau permet de renforcer le consensus, la coordination et la collaboration à tous les niveaux. Cela est particulièrement important dans un contexte de décentralisation, car cela garantit un effet boule de neige en cascade du changement. Un leadership soutenu, complété par l'investissement de ressources nationales, est essentiel pour que le DHFF reste un mécanisme mené et approprié par le pays.

Identifier et mobiliser les champions au sein du système

Les secrétaires permanents du MOHCDGEC et du PO-RALG ont été des défenseurs enthousiastes de la mise à l'échelle du financement décentralisé, de l'autonomie, de la redevabilité et de l'appropriation. Leur volonté de participer à la fois à un haut niveau et à un niveau technique a été déterminante pour obtenir l'engagement et la participation d'autres parties prenantes nationales et infranationales.

La génération de nouvelles idées nécessite

- L'engagement d'un large éventail de parties prenantes, y compris dans différents secteurs. Le fait que le ministère des Finances et de la Planification ait été impliqué dès le début constitue clairement une clé de la réussite.
- De rester dans le système, en s'alignant également sur les flux monétaires au niveau national, afin de poser les bases d'une durabilité à long terme.
- Une clarté d'objectif. Qu'un partenaire appartienne ou non au Fonds commun de la santé n'est pas aussi important que leur contribution à un objectif commun.

Réflexions | Les clés de la réussite

Quels conseils donneriez-vous à un pays qui envisage d'adopter le FBR et/ou le DHFF ?

Renforcement des capacités.

Le renforcement des capacités est essentiel à tous les niveaux, et il devrait être soutenu par des indicateurs clairs (et bien compris) et une supervision accompagnée en continu.

Protocole d'accord.

Un protocole d'accord clair entre le gouvernement, les partenaires de développement et les établissements de santé est essentiel pour créer une interdépendance et une compréhension claire des objectifs communs.

Un état d'esprit axé sur la performance.

Les exercices de renforcement des capacités doivent également accorder une importance particulière à la stimulation d'un état d'esprit axé sur la performance parmi les agents de santé. Le FBR ne change pas seulement la conduite des affaires, mais aussi la façon dont elles sont perçues.

Transparence.

La transparence, notamment en matière de gestion financière, est essentielle pour renforcer la confiance et garantir le succès de l'initiative, car elle permet d'accroître l'adhésion et de créer un climat de confiance, y compris avec les bailleurs de fonds (renouvellement des engagements financiers). Le renforcement des capacités est important pour garantir la transparence, car il permet aux établissements de santé de mieux gérer les fonds et de générer les rapports connexes.

Réflexions | Principales préoccupations

Quels sont les défis qui restent à surmonter ?

Distribution inéquitable des ressources

Le FBR fournit des fonds au niveau local pour les établissements de santé et le Fonds commun de la santé (HBS) est axé sur le niveau du Conseil, qui englobe plusieurs établissements de santé. Il est donc possible que certains établissements de santé reçoivent des fonds des deux sources, tandis que d'autres ne reçoivent aucun financement.

Durabilité.

Le DHFF est principalement financé par des bailleurs de fonds. Cela pose un défi en termes de durabilité : que se passe-t-il en cas d'arrêt du HBF? Une option actuellement envisagée consiste à prendre des mesures pour mobiliser et investir des ressources nationales dans le DHFF.



Zimbabwe : institutionnalisation du financement basé sur les résultats

Discussion

Discussion

- **Quel** aspect du dossier national vous a semblé le plus intéressant ? Pourquoi ?
- **Quelles** nouvelles connaissances avez-vous acquises ?
- **Ce dossier** a-t-il élargi votre perspective sur une question ou un sujet particulier ? Lequel ?
- **Parmi** les défis décrits, quels sont ceux auxquels vous vous identifiez le plus ?
- **Qu'est-ce** qui diffère de votre propre situation ?
- **Parmi** les stratégies utilisées, lesquelles

vous ont paru les plus innovantes ?

- **Quelles** stratégies pourraient être expérimentées dans votre pays ? Comment devraient-elles être adaptées ?
- **Quelles** autres questions auriez-vous ?

