

MOZAMBIOUE, SECTEUR DE LA SANTÉ
Feuille de Route du Mécanisme de Financement Mondial en soutien à
Chaque Femme et Chaque Enfant

Introduction

1. Le Mozambique a été inclus en tant que l'un des pays du Mécanisme de Financement Mondial (GFF) en soutien à Chaque Femme Chaque Enfant (CFCE). Le GFF est une initiative soutenue par un certain nombre d'agences multilatérales et de bailleurs afin d'accélérer les efforts déployés les pays pour améliorer la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA). Au niveau national, le GFF appuie une approche intégrée recherchant les meilleures solutions à travers un financement intelligent axé sur les résultats, à l'échelle et durable, et cela, pour de meilleurs résultats de la SRMNEA.

Contexte & Processus

2. Le GFF mobilise des ressources pour la santé de façon accrue, en combinant des financements de sources externe et nationale avec des financements de sources innovantes, y compris du secteur privé. Plus précisément, il utilise des subventions d'un fonds fiduciaire à bailleurs multiples (Fonds Fiduciaire du GFF) pour mobiliser des financements supplémentaires auprès de l'Association Internationale pour le Développement (IDA) et d'autres partenaires du développement, y compris le secteur privé.
3. Au Mozambique, il est décisif d'étendre les investissements dans la SRMNEA, et cela, compte tenu de la mauvaise santé actuelle des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents. Malgré les progrès réalisés au cours de la dernière décennie, les indicateurs de SRMNEA demeurent faibles (tableau 1).

Tableau 1: Evolution des indicateurs de santé sélectionnés au Mozambique, 1997-2011

Indicateur de Santé	EDS 1997	EDS 2003	EDS 2011
TMN pour 1,000 NV	135	101	64
TMM5, pour 1,00 NV	201	153	97
TMM pour 100,000 NV	692	408	408
% utilisation de la contraception (femmes de 15 à 49 ans)	6	17	12
% les enfants <5 accusant un retard de croissance	35.9	41	42.6

4. De plus, la capacité du système de santé à efficacement fournir des services de santé de qualité est entravée par divers facteurs qui existent depuis longtemps, incluant des facteurs structurels (généraux au pays et spécifiques à la santé) et des facteurs financiers, et cela, avec des effets négatifs sur la couverture et la qualité des intrants de la prestation de services. Alors que les dépenses de santé ont été relativement inférieures aux critères régionaux, une meilleure santé pourrait être réalisée avec l'argent déjà disponible à travers de meilleurs gain d'efficacité, et cela, en alignant les dépenses avec les interventions prioritaires à fort impact et, en améliorant les fonctions de gestion des finances publiques et les modalités fiduciaires. En outre, un approvisionnement et une gestion financière améliorés peuvent catalyser l'efficacité en matière de prestation des services.
5. Le processus du GFF repose sur deux piliers : le Dossier d'Investissement (DI) pour la SRMNEA et la Stratégie de Financement de la Santé (SFS). L'élaboration du DI est une étape importante permettant de clarifier les priorités et de coordonner les investissements pour les cinq prochaines années, tout maintenant une vision à plus long terme s'étendant de 2016 à 2030 et s'ancrant dans le contexte des Objectifs de Développement Durable (ODD). La SFS est essentielle afin d'accroître les financements de sources publique et privée ; les mécanismes de paiement, incluant les questions de rapport qualité-prix et de liens avec les résultats/indicateurs ; et, l'assurance d'une protection financière adéquate et pérenne pour les utilisateurs. Les processus de développement inhérents au DI et à la SFS seront fortement liés puisque les interventions choisies au sein du DI dépendront de l'enveloppe de financement disponible et, ceci peut nécessiter l'élaboration de divers scénarios capables d'orienter la prise de décision. En fin de compte, le DI et le SFS devraient fournir les orientations politiques et opérationnelles requises pour que le pays réalise une Couverture de Santé Universelle (CSU), qui sous-tend le partenariat du GFF en soutien à CFCE.

Contribution

6. **DI** : La politique, les documents stratégiques et les études du Ministère de la Santé (MS) contiennent des éléments essentiels à la constitution d'un DI remplissant les conditions requises pour guider les investissements, actuels et futurs, pour la santé. Le gouvernement dispose d'importants documents politiques et stratégiques sur la base desquels un DI solide peut être élaboré, incluant le Plan Stratégique du Secteur de la Santé, le Plan d'Action pour les OMD 4 et 5, les Ressources Humaines de la Santé, le Plan National de Développement et d'autres plans/programmes existants du secteur de la santé. Bien que ces documents stratégiques offrent des orientations fondamentales au secteur, ils peuvent bénéficier d'un processus rigoureux de sélection d'interventions rentables à fort impact, et cela, afin d'accélérer davantage les progrès réalisés en matière de SRMNEA. En outre, le DI doit évaluer la faisabilité d'une mise en œuvre efficace et à l'échelle et identifier les activités visant à renforcer la mise en œuvre. Ceci est particulièrement important étant donné la capacité institutionnelle relativement faible, en particulier en périphérie.
7. Le processus de développement du DI doit participatif et, le DI doit être validé par les partenaires du développement pertinents et approuvé par le Gouvernement. Cependant, un tel DI doit être complet et acceptable au Gouvernement ainsi qu'aux partenaires du développement et, le GFF doit apporter des contributions significatives tout au long du processus.
8. **SFS** : Le MS a développé une SFS pour les 2 dernières années. Une ébauche de la SFS existe, cependant, son contenu n'est pas entièrement connu. En s'appuyant sur le projet de SFS existant, le mécanisme du GFF aidera à finaliser et à renforcer la SFS à travers une

collaboration entre les diverses parties prenantes. Il est important de souligner que le développement d'une SFS robuste, en tant que document politique et stratégique important pour le secteur, est décisif, mais il ne constitue néanmoins pas une fin en soi. Il sera important d'identifier les priorités en matière de réformes du financement de la santé et les plans de mise en œuvre leur étant associés, ainsi que les domaines au sein desquels les partenaires du développement peuvent fournir un appui. De plus, la qualité et l'efficacité des dépenses de santé seront revues pour assurer des résultats santé proportionnels dépenses. Dans ce contexte, les travaux en cours dans le domaine de la gouvernance seront poursuivis et élargis. Dans un premier temps, une évaluation des modalités fiduciaires dans le secteur de la santé sera réalisée pour déterminer les principales contraintes en matière d'approvisionnement, de gestion financière et d'autres fonctions fiduciaires. Il est également important que des liens clairs existent entre le DI et la SFS.

9. ***Faire progresser et appuyer la Mise en œuvre du Projet DI - « New Health »*** : Dans le cadre du processus du GFF, la Banque préparera un projet du secteur de la santé en mettant un accent particulier sur les résultats de SRMNEA. Le Projet actuel de Prestation de Services de Santé (HSDP) – conçu pour améliorer la prestation des services en fonction de trois modes intégrés de prestation de services, à savoir (i) les interventions communautaires ; (ii) les interventions au sein des formations sanitaires ; et (iii) l'élargissement des activités de sensibilisation de la population – arrive à son terme en décembre 2016. Les principaux éléments du HSDP mettent l'accent sur les services de Santé de la Mère et de l'Enfant et de Nutrition. Le HSDP dispose de portées géographique et opérationnelle limitées – par exemple, malgré les améliorations observées en matière de santé maternelle et infantile, la santé de l'adolescent et la nutrition continuent à être une source de préoccupation. En outre, des disparités subsistent au sein des provinces ainsi qu'entre les provinces et les régions. Le nouveau projet de santé doit s'appuyer sur l'expérience accumulée à travers la mise en œuvre du HSDP afin d'étendre la portée et le niveau de couverture des interventions, et cela, conformément aux objectifs du GFF. Dans ce contexte, le processus du GFF permettrait de mieux aligner les interventions et les programmes des autres partenaires du développement et de renforcer la coordination, et cela, en fonction d'une cartographie des ressources claire, comme cela est précisé ci-dessous.
10. Il est prévu que le projet de santé débute au cours de l'année fiscale 2018, ce qui signifie à partir de juillet 2017 (c.à.d. dans un an et demi). Le DI et la SFS représentent des éléments cruciaux pour la préparation du projet de la santé axé sur la SRMNEA. Ce projet ne dupliquera pas d'efforts et utilisera les plateformes existantes qui facilite la coordination entre le MS et les partenaires de santé. Il est également prévu que les fonds du projet seront acheminés à travers le Fond Commun du secteur, connu sous le nom de PROSAUDE. La canalisation des fonds du projet à travers PROSAUDE est considérée comme représentant un élément important de l'Approche Sectorielle pour la Santé (SWAP) ainsi que comme une étape essentielle dans l'amélioration de l'efficacité de l'aide et la réduction de la fragmentation des financements dans le secteur de la santé. En outre, le Gouvernement soutient cette modalité de financement, qui utilise le système financier et administratif en ligne du Gouvernement (e-sistafe) pour décaisser et exécuter les dépenses. Au cours des quinze dernières années, le MS et les partenaires de santé ont accumulé une expérience et des connaissances approfondies sur la gestion du PROSAUDE, ce qui permet de tirer des enseignements importants en matière d'efficacité des dépenses. Il est particulièrement important d'optimiser l'efficacité technique des dépenses ; d'établir des liens plus clairs entre les dépenses et les indicateurs de santé de PROSAUDE ; de suivre la progression en matière de résultats de santé ; et, d'améliorer les performances du système de santé en général. Un élément important de l'efficacité des dépenses concerne le

renforcement de la capacité et des procédures fiduciaires aux niveaux central et provincial, et cela, afin d'éliminer les contraintes liées à la prestation de services.

Portées et Tâches

11. Les tâches importantes inhérentes à la préparation d'un soutien de l'IDA/GFF incluent la complétion du DI et de la SFS et, une évaluation des modalités fiduciaires. Ces trois éléments doivent être développés sous la direction du MS et dans un contexte d'étroite collaboration des diverses parties prenantes. Ils doivent également faire l'objet d'un processus de validation approuvé par les principales parties prenantes. Pour réaliser cela, le MS et ses partenaires s'attacheront à collaborer ensemble au cours de la première moitié de l'année civile 2016. Cette feuille de route décrit les principales tâches, processus, jalons, et produits livrables requis et, une estimation des ressources nécessaire à l'avancement de de du processus du GFF.
12. Quatre tâches principales doivent être effectuées entre février 2016 et en juin 2017 :
 - a. Le Dossier d'Investissement pour la SRMNEA doit être finalisé dès novembre 2016 ;
 - b. La Stratégie de Financement de la Santé doit être finalisée dès à novembre 2016 ;
 - c. L'Identification des Défis en matière de Gestion des Finances Publiques (GFP) et de Fiducie (F) et, le Plan d'Action pour Renforcer les Capacités et Constituer des systèmes pour la GFP/F dans le Secteur doivent être finalisés dès février 2017 ; et,
 - d. La Préparation du Projet de Santé doit être finalisée en juin 2017.
13. Il est prévu que le Projet de Santé sera soumis pour approbation au Conseil d'Administration de la BM au cours du premier trimestre de l'année fiscale 2018, ou du troisième trimestre de l'année civile 2017.

Le dossier d'investissement

14. Au cours des 3 prochains trimestres, un exercice d'évaluation des documents stratégiques existants sera effectué conjointement par le MS et les partenaires de santé. L'exercice vise à distiller les interventions prioritaires de SRMNEA les plus importantes, disposant d'un impact élevé et d'une rentabilité démontrée. Cet exercice fera recours au travail stratégique et analytique effectué par le Gouvernement et les partenaires de santé dans le cadre du SWAP Santé. Ces documents comprennent le Plan Stratégique du Secteur de la Santé (2014-2019) ; le Plan Intégré pour la Réalisation des OMD 4 et 5 ; le Plan de Développement des Ressources Humaines, le Plan d'Action Multisectoriel pour Réduire la Malnutrition Chronique ; le Programme National de Lutte contre le Paludisme et le VIH et le SIDA ; le Plan Stratégique National sur le SIDA (PEN IV) ; et d'autres programmes axés sur les maladies dont la plupart ont également été chiffrés.
15. Le DI inclura les sections importantes suivantes : (i) un résumé des principaux problèmes et défis dans le secteur de la santé, y compris, entre autres, l'analyse du fardeau de la maladie en mettant l'accent sur la SRMNEA ; une analyse de l'équité ; une brève discussion sur les principaux goulots d'étranglement, les problèmes de performance et, sur les principaux déterminants de la santé qui entravent une progression en matière de SRMNEA; (ii) une cartographie des ressources disponibles pour le secteur de la santé et une analyse des principaux goulots d'étranglement qui contraignent une progression en matière de SRMNEA et, des discussions sur les opportunités de transformation et d'amélioration; (iii)

une description des principaux résultats à réaliser sur cinq ans (2018-2022) et dès 2030 qui tient compte de la situation initiale et de l'équité, de l'efficacité et des principaux déterminants des résultats de SRMNEA, y compris les changements démographiques et autres problèmes structurels; ; (iv) une sélection d'interventions prioritaires (fort impact en matière de SRMNEA, spécifiques au système de santé et multisectorielles) qui augmenteraient les chances d'atteindre les résultats souhaités, notamment une description à propos du « quoi », du « comment », des bénéficiaires et du « où » (rural-urbain et à travers les régions), ainsi que les critères et le processus utilisés pour identifier les priorités; (v) les modalités de prestation de services et, plus largement, de mise en œuvre, notamment le rôle des acteurs publics, privés et non étatiques et la participation de la communauté; (vi) les systèmes de soutien, y compris les RH, la chaîne d'approvisionnement; (vii) le coût global des interventions prioritaires sélectionnées (constituer des scénarios réalistes et réalisables) en utilisant peut être les outils de rapport coût-efficacité disponibles tels que WHO-CHOICE, de sorte que les priorités soient mises en œuvre dans les limites des ressources disponibles; et, (viii) un cadre de surveillance et d'évaluation pour assurer un bon suivi des résultats et renforcer le rôle des Systèmes d'Enregistrement et de Statistiques de l'État Civil (CRVS) dans le processus.

16. La structure exacte du DI sera décidée en collaboration avec les parties prenantes importantes et s'appuiera sur d'autres expériences. Un élément important du DI est le renforcement des fonctions inhérentes aux CRVS au sein d'entités publiques désignées représentant des sources importantes de données pour les CRVS, notamment le Ministère de la Justice, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Santé. Le cahier des charge en matière de CRVS sera davantage développé dans le contexte du S&E, mais il demeure important à développer, et cela, sous la tutelle du Ministère de la Justice avec l'entière collaboration du MS.
17. Enfin, un élément du DI qui requiert davantage de développement concerne une mobilisation améliorée des bénéficiaires ciblés avec des mécanismes de sensibilisation et de redevabilité sociale ainsi que des incitations, et cela, afin que les bénéficiaires réclament et utilisent les services de santé et assurent une redevabilité de la part des services de SRMNEA. À cet égard, la mobilisation communautaire sera essentielle pour concrétiser cet engagement.
18. **Processus du DI :** De mars à mai 2016, un examen sur dossiers des documents disponibles sera effectué afin d'achever une analyse situationnelle globale du secteur et cela, en mettant l'accent sur les résultats de SRMNEA. En tant que première étape, une identification claire des principaux problèmes à traiter est essentielle pour prioriser les interventions de SRMNEA. L'ébauche d'analyse situationnelle doit couvrir les points (i) et (ii) ci-dessus. Elle sera présentée aux principales parties prenantes dans le cadre d'un atelier d'une journée visant à dégager un consensus, et cela, dès mai 2016.
19. De mai à juillet 2016, les objectifs à long terme (2030) et à moyen terme (2018-2022) devraient être définis pour la SRMNEA. Par la suite, les interventions prioritaires à fort impact seront sélectionnées et chiffrées en fonction des informations disponibles et des outils de chiffrage. Cette tâche s'appuiera sur le travail effectué dans le cadre du PESS et d'autres plans chiffrés élaborés par le MS. L'analyse détaillée doit être menée par les groupes de travail techniques dans le cadre du SWAP Santé, et cela, avec une facilitation technique fournie par des experts/consultants, si nécessaire. Les principaux partenaires bilatéraux et multilatéraux y participeront en fonction de leur domaine d'expertise – par exemple, UNFPA,

UNICEF et l'OMS. Un groupe de rédaction de base, représentant les parties prenantes principales, sera créé pour compiler toutes les contributions et rédiger le DI. Ce dernier sera présenté et discuté au cours d'un atelier de consensus qui se tiendra en juillet 2016. Après l'atelier, le groupe de rédaction continuera à travailler pour finaliser le DI, incluant le chiffrage des coûts. Il est prévu que d'ici à septembre 2016, le DI soit finalisé.

20. Après avoir reçu l'autorisation du MS, l'ébauche finale du DI sera distribuée aux parties prenantes principales et sera validée en utilisant le mécanisme existant habituellement utilisé par le MS et les partenaires de santé pour valider les documents politiques et stratégiques importants ainsi que les plans de travail annuels. Cela constituera la principale méthode de contrôle qualité pour le DI et la SFS. Une revue du DI, par un (des) évaluateur (s) indépendant (s), pourrait être envisagée par le MS, en particulier si un consensus n'est pas atteint dans certains domaines. Une adoption finale du DI devrait avoir lieu d'ici à novembre 2016. À cette fin, une réunion nationale sera organisée pour assurer une plus large participation du secteur de la santé et d'autres parties prenantes.
21. Le DI constituera un pilier important pour orienter les investissements dans les domaines de la SRMNEA, et cela, non seulement à travers le projet soutenu par l'IDA/GFF mais aussi à travers l'ensemble des partenaires de développement dans les cadres du SWAP Santé et des principes d'efficacité de l'aide.

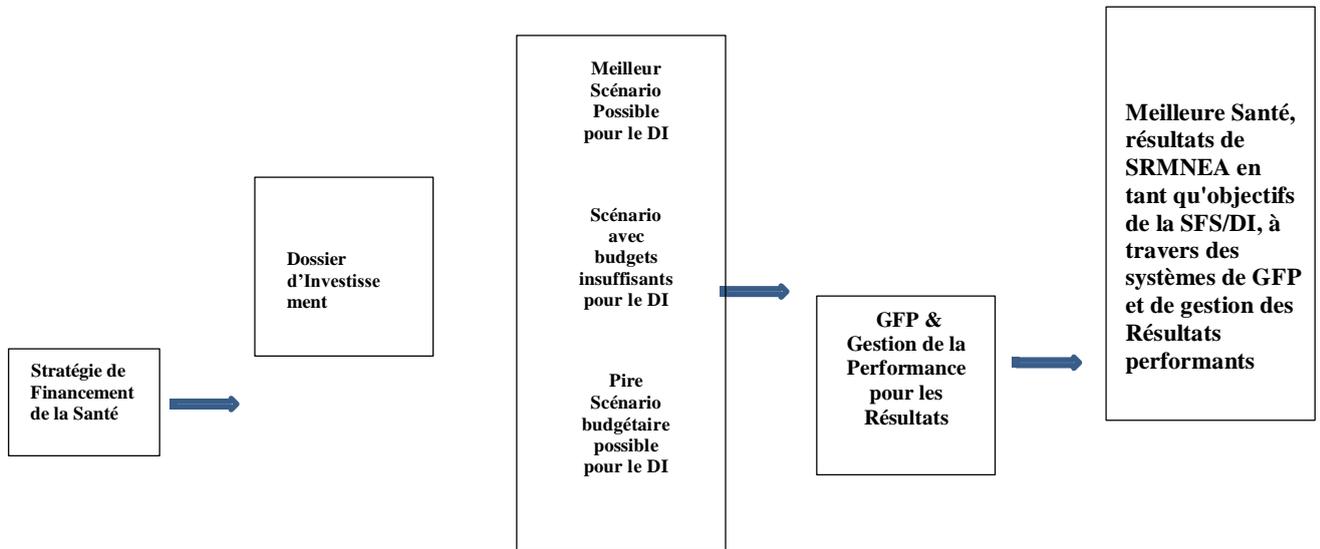
Stratégie de Financement de la Santé

22. La Stratégie de Financement de la Santé (SFS) s'appuiera sur les travaux en cours menés par le MS avec le soutien du Groupe de Travail Technique sur le Financement de la Santé (GTF) et coordonné par la Direction de la Planification et de la Coopération (DPC) du MS. La SFS nécessitera une discussion et un engagement plus larges des principales parties prenantes, en particulier le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF), l'Institut National de Sécurité Sociale, le Ministère de l'Administration Nationale et de la Fonction Publique et, les entités d'Administrations Locales, telles que les Municipalités et les Administrations Provinciales.
23. La SFS devrait inclure, sans s'y limiter: (i) une évaluation sommaire de la situation du financement de la santé au Mozambique, en particulier une analyse approfondie des déficits de financement actuels, et des considérations liées à l'équité (le PER récent du secteur de la santé est susceptible de fournir des résultats importants utiles pour le résumé); (ii) comment combler les déficits de financement par le biais d'une augmentation du financement national dans le secteur de la santé (mobilisation de ressources publiques et privées ainsi que gains potentiels d'efficacité); (iii) discuter de la mise en commun des ressources; (iv) discuter d'options réalistes pour l'achat de soins de santé ainsi que des lois et règlements requis; (v) concevoir un plan de mise en œuvre de la SFS; (vi) établir un plan de surveillance; et (vii) chiffrer la SFS.
24. **Processus pour la SFS :** Le délai pour le développement de la SFS est le même que pour le DI. Cela contribuera à assurer la complémentarité et la cohérence du DI et de la SFS.

25. De mars à avril, un exercice d'évaluation sera effectué. Cela impliquera une revue des analyses existantes du financement de la santé au Mozambique et de l'ébauche actuelle de la SFS. Le produit final de cette phase devrait être une évaluation sommaire du paysage du FS au Mozambique. Une analyse critique de l'ébauche de stratégie doit également être réalisée, notamment en ce qui concerne la faisabilité (politique et technique) des options envisagées. Cette analyse devrait permettre d'identifier les domaines d'amélioration/de renforcement susceptibles d'être davantage élaborés. En mai 2016, un atelier sera organisé dans le but de présenter l'évaluation du FS, l'ébauche de la SFS ainsi que les documents analytiques d'appui, comme le PER / FSA.
26. D'avril à juin, le travail se concentrera sur les questions d'efficacité allocative et technique. Les améliorations de l'efficacité des dépenses sont importantes pour accroître l'espace budgétaire dans le secteur. Les gains d'efficacité que le secteur de la santé peut réaliser doivent également être discutés au cours de cette étape du processus de développement de la SFS. Cette analyse doit s'appuyer sur la PER globale, la PER du Secteur de la Santé, le FSA et d'autres analyses similaires portant sur la projection des revenus. Il sera également important de discuter des sources de financement existantes (revenu général, assurance sociale et/ou assurance privée) et, des sources potentielles à exploiter telles que l'assurance communautaire. À cet effet, l'analyse doit tenir compte de trois critères : l'équité, la mise en commun des risques et, le potentiel de sélection des risques auxquels différentes sources de financement peuvent être associées. Une attention particulière sera accordée au secteur privé en tant que source potentielle de financement.
27. Au cours de la même période, la SFS doit clarifier les modalités d'allocation des ressources conformément aux interventions identifiées dans le DI, et cela, tout en assurant la protection financière et la satisfaction des usagers vis-à-vis des services. Les mécanismes de paiement constituent un aspect important à cet égard. Le développement de la SFS doit fournir l'opportunité d'explorer la faisabilité politique d'un achat stratégique des services de santé et les conditions techniques requises pour introduire de telles modalités de financement, et cela, afin d'atteindre les objectifs politiques et stratégiques définis. Ceci se conforme à la demande du GFF pour davantage d'alignement des financements axés sur les résultats.
28. En juillet 2016, un atelier de consensus sera organisé pour présenter le travail portant sur la mobilisation des ressources ainsi que sur l'allocation et l'achat des services de santé. Il s'agira d'un atelier de 2 jours destiné à un large éventail de parties prenantes issues du Gouvernement, du secteur privé, des organisations de la société civile et du milieu universitaire.
29. De juillet à septembre 2016, la SFS devrait être finalisée. Il pourrait être utile d'inclure des annexes au sein de la SFS afin de discuter des implications juridiques et réglementaires potentielles de l'option de financement proposée ou des mécanismes de paiement. De même, un cadre de suivi permettrait de conduire la mise en œuvre et de vérifier les progrès.
30. La validation de la SFS doit s'opérer à deux niveaux : (i) « niveau technique » comprenant essentiellement le secteur de la santé, les partenaires de la santé, le milieu universitaire, les OSC et autres ; et (ii) « niveau politique », un sommet national réunissant les principaux ministères concernés et le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) et, éventuellement le bureau du Premier Ministre ainsi que les partenaires de la Santé. La réunion technique aura lieu au début du mois d'octobre et, la réunion nationale se tiendra en novembre 2016 et cela, en même temps que celle organisée pour le DI (voir plus haut).

Identification des Défis liés à la GFP et de Fiducie et Plan d'Action pour Renforcer les Capacités et Construire des Systèmes de GFP/F dans le secteur

31. L'objectif principal de cette tâche est d'identifier les faiblesses et les lacunes au sein des principales fonctions fiduciaires du MS qui ont un impact sur la prestation de services, ce qui comprend notamment, sans s'y limiter : (i) l'approvisionnement et le cycle de la gestion des contrats ; (ii) la gestion financière ; et (iii) la gestion de la performance pour les résultats. En fonction de ce qui précède, un plan d'action visant à renforcer les capacités et à reconstituer les systèmes de GFP et fiduciaires sera élaboré avec la participation des institutions gouvernementales et des partenaires du développement concernés. Ce travail s'appuiera sur diverses évaluations réalisées par différents organismes, notamment l'évaluation de l'approvisionnement financé par les partenaires de la santé sous la coordination du Groupe de travail technique sur l'administration et les finances (GTAF) dans le cadre du SWAP santé. Un aspect important du travail sur la GFP/ Fiducie inclura de placer l'accent sur la gestion de la performance et, de lier cela avec l'assurance que les interventions prévues dans le DI sont financées et converties en services de santé.
32. L'objectif ultime est d'aider le MS à concevoir une réforme et un programme de développement institutionnel pour établir une forte capacité de gestion de l'approvisionnement et des finances aux niveaux central, provincial et de district et cela, dans le but d'améliorer la prestation de services. Cet objectif implique également d'assurer des liens entre le financement et les indicateurs/résultats afin d'améliorer la prestation à tous les niveaux. Les liens entre le DI, la SFS et la GFP/DF sont représentés dans le diagramme ci-dessous.



33. **Processus du GFP et du DF** : La GFP et les domaines de fiducie du secteur de la santé ont fait l'objet de nombreuses évaluations et études. Par exemple, la liste partielle ci-dessous, tirée de ToR¹ et conçue pour examiner l'approvisionnement, indique la mesure dans laquelle ces domaines ont reçu une attention accrue depuis 2012 ou même plus tôt. La liste inclut :

- 2015, MISAU-DAF, Adaptação do PEFA ao Sector da Saúde
- 2014, UE: Avaliação de GFP no sector da saúde;
- 2013 e 2014, Tribunal Administrativo: Relatórios finais de auditorias ao sector da saúde 2011 e 2012;
- 2013, USAID: Avaliação PFMRAF, fase 2;
- 2012, DFID: Análise de economia política do sector da saúde;
- 2012, DANIDA: Avaliação externa do sistema da procura no sector da saúde;
- 2014, Fonds Mondial : TdR da auditoria a procura

34. Ainsi, dans le cadre de cette tâche, une première étape essentielle consiste à examiner de manière critique le travail effectué à ce jour et à déterminer si des analyses supplémentaires sont requises. Il apparaît important de déterminer la nature des obstacles inhérents à la mise en œuvre des recommandations incluses dans ces études, plutôt que d'ajouter d'autres recommandations.

35. De mars à juin 2016, un examen approfondi des études existantes et en cours sera effectué et cela, en étroite consultation avec le GTAF. Un résumé de l'analyse situationnelle sera terminé en juin. Une attention particulière sera accordée au fonctionnement du PROSAUDE afin de fournir une base pour la création d'un système de financement qui s'aligne davantage sur les indicateurs et les résultats. Le résumé sera présenté au cours d'un atelier technique auquel participeront le MS, le MEF et les partenaires de santé et cela, au début du mois de juillet.

36. De juillet à décembre 2016, un plan d'action fiduciaire devrait être élaboré pour guider la mise en œuvre des mesures afin de renforcer : (i) les fonctions d'approvisionnement ; (ii) la gestion des contrats ; (iii) les fonctions de GF ; (iv) la gestion de la performance pour les résultats ; (v) les modalités de décaissement ; et (vi) les rapports et audits.

¹ De la ToR pour le "Estudo Preliminar da Área de Procura e Aquisições do Sector da Saúde", Version de novembre 2015

37. Un atelier aura lieu en décembre 2016 pour présenter les dispositions proposées en matière de gestion financière et de modalités d'approvisionnement et cela, conformément aux objectifs décrits ci-dessus. Les rétroactions fournies aideront l'équipe à élaborer un plan d'action pour renforcer la GFP et le DF. Le plan d'action sera présenté pour validation au cours d'un atelier en février 2017. Les modalités de la GF et de l'approvisionnement feront partie du protocole d'accord du PROSAUDE et devraient être progressivement institutionnalisées par le MS et appliquées dans le budget de l'État.

Préparation du Projet de Santé

38. Le développement de la Note Conceptuelle débutera à la mi-juillet 2016. Les évaluations du DI, de la SFS et de la GFP ainsi que des modalités de Fiducie doivent informer la conception du Projet de Santé, y compris les contenus techniques et les mécanismes de financement incluant les modalités de mise en œuvre.
39. L'élaboration du document de Projet suivra les processus de la Banque Mondiale. Un plan détaillé pour la préparation du projet sera davantage développé. Il est prévu que le Projet ira au Conseil d'Administration au cours du troisième trimestre de l'année civile 2017 ou du premier trimestre de l'année fiscale 2018 de la Banque Mondiale.

Plan de travail, Missions et Jalons

40. Les tâches décrites ci-dessus impliqueront plusieurs missions qui doivent être coordonnées entre les partenaires du développement et la Banque Mondiale. Celles-ci doivent être communiquées au Gouvernement et approuvées par ce dernier. Ce qui suit est un calendrier provisoire de missions importantes à cet effet. D'autres missions de consultants peuvent également se dérouler, selon les besoins, et cela, tout au long du processus. Les jalons clés sont également indiqués.

Dates	Missions et activités	Objectifs	Partenaires Participant ²	Jalons
1er Trimestre 2016				
09 – 23 Mars, 2016	Mission 1 : Bilan sur Le DI, la SFS et la GFP et, l'évaluation fiduciaire (EF)	Lancer le processus du GFF et amorcer le bilan sur le DI et la SFS	Tous les Groupes de Partenaires de la Santé	<u>Lancement officiel du processus du GFF par le Gouvernement</u>
2ème Trimestre 2016				
Avril-Mai, 2016	Activités: Examen sur dossiers de documents importants relatifs au DI et à la SFS, consultation avec les parties prenantes principales Examen sur dossiers des études liées à la GFP et à l'AF	Obtenir un résumé des problèmes essentiels sur le DI et la SFS ainsi qu'une cartographie complète des ressources	Canada, DFID, GFATM, DDC, Pays-Bas, FNUAP, UNICEF, USAID, BM, OMS	
09-19 Mai, 2016	Mission 2 : Finalisation du bilan sur le DI, La SFS.	Atelier de présentation et de consensus portant sur les conclusions sommaires du DI et la SFS	Canada, DFID, GFATM, DDC, Pays-Bas, FNUAP, UNICEF, USAID, BM, OMS	D'ici au 31 mai 2016 , le document suivant devrait être finalisé: <u>a) Analyse situationnelle du DI :</u> <u>b) Document de réflexion sur l'évaluation de la SFS finalisé</u>
Mai-Juin 2016	Activités: 1. Développement d'objectifs, interventions prioritaires, prestation de services et autres domaines pertinents du DI 2. Développement de domaines clés de la SFS, mobilisation, allocation et achat 3. Revue de la documentation sur la GFP et l'AF	Avant-projet du DI pour discussion	Canada, DFID, GFATM, DDC, Pays-Bas, FNUAP, UNICEF, USAID, BM, OMS	

² Tous les GPS peuvent participer. La liste suggérée vise à indiquer les partenaires qui joueront ou pourraient jouer un rôle spécifique dans le processus (apport technique, financement ou autre). En fin de compte, tous les partenaires de santé, à travers le GPS dans le cadre du SWAP Santé, devraient être en mesure de participer au processus.

3ème Trimestre 2016				
4-14 Juillet, 2016	Mission 3: Finalisation du bilan de la GFP et de l'AF	Atelier pour présenter et discuter: (a) Finaliser l'analyse des modalités de GFP et d'AF pour la canalisation des fonds (b) Objectif du DI, interventions prioritaires. (c) Principaux contenus de la SFS	Canada, DFID, GFATM, DDC, Pays-Bas, FNUAP, UNICEF, USAID, BM, OMS	D'ici au 31 juillet 2016 , les documents suivants seront finalisés a) <u>Analyse situationnelle des fonctions de l'AF et des modalités institutionnelles</u> b) <u>Ébauche du DI comprenant les domaines suivants: interventions objectives et prioritaires, prestation de services, systèmes de soutien, modalités de mise en œuvre et chiffrage</u> c) <u>Ébauche de la SFS couvrant la mobilisation ou les ressources, allocation et options d'achat</u>
Juillet-Septembre 2016	Activités : 1. Développement du document du DI. 2. Élaboration de la SFS 3. Commencer à rédiger le contenu du projet du GFF 4. Développement du plan d'AF	Réaliser une ébauche du DI intégré et de la SFS Le contenu du projet finalisé du GFF		

4ème Trimestre 2016				
Octobre, 2016	Activités : 1. Ébauche Définitive du DI et de la SFS distribuée 2. Développement du plan d'AF	Obtenir des commentaires et des rétroactions avant la validation finale		
Novembre 14-21, 2016	Mission 4 : Finalisation du DI et de la SFS Finaliser le contenu du projet du GFF Activités : Développement du plan d'AF	Présentation de la dernière ébauche du DI et de la SFS Présentation du contenu du projet du GFF		D'ici au 30 novembre 2016 <u>a) DI finalisé, validé et adopté</u> <u>b) SFS finalisée, validée et adoptée</u> <u>c) Contenu du projet du GFF finalisé</u>
Décembre, 15, 2016	Mission 5 : Activités. Conclusion du Plan d'AF	Atelier pour présenter le plan d'AF pour discussion		D'ici au 31 décembre 2016 a) Plan de GFP et d'AF finalisé.
Janvier, 2017	Activités : Conclusion du plan d'AF			
Février, 2017	Mission 6 : Plan définitif de l'AF	Atelier pour adopter l'AF et Les Modalités de la GFP		

Ressources requises

Compétences requises

41. Les 4 tâches ci-dessus nécessiteront un ensemble de compétences de la Banque, des partenaires et de l'expertise. Le tableau ci-dessous fournit une estimation des compétences et le temps de personnel requis.

Tâche	Compétences requises	Personnes-temps	Voyages	Hébergement	Ateliers
		Unité: # Sem	1 voy. Aller-	Unité : # jours ³	Nombre
Dossier d'Investissement					
	Spécialiste de la Population en Santé Nutritionnelle	12	4	10	3
	Économiste	12	4	10	
	<i>Total partiel</i>	24	8	20	3
Stratégie de Financement de la Santé					
	Économiste de la Santé	10	4	10	
	Santé, Nutrition & Population	4	4	10	
	Systèmes de Santé	5	2	10	

³ Nombre de jours que les membres de la mission vont passer dans les pays pour chaque voyage

	<i>Total partiel</i>	19	10	30	0
GFP et Évaluation Fiduciaire					
	GF	12		10	2
	Approvisionnement	12		10	
	Administration Publique	8		10	
	<i>Total partiel</i>	32	0	30	2
Préparation du Projet					
	Spécialiste de la Population en Santé Nutritionnelle	16	4	12	
	Spécialiste des Opérations	9	4	12	
	Approvisionnement	6			
	Sauvegardes	4	2	12	
	GF	8			
	Gouvernance	14	3	15	
	Économiste de la Santé	6	2	12	
	<i>Total partiel</i>	63	15	63	0
Total		138	33	143	5

Coûts Prévus

42. Le tableau ci-dessous représente une estimation préliminaire des coûts de préparation, y compris les activités associées. Les coûts seront partiellement couverts par le FF du GFF et éventuellement d'autres sources.

Tableau des coûts

Éléments de coût	Unité	Coût Unitaire Moyen (US\$)	Quantité	Total
1 Frais de personnel				
Consultants	Jours	600	300	180,000
2 Voyages				
Internationaux	Billet d'avion	9,000	33	297,000
Locaux	Billet d'avion	700	30	21,000
3 Hébergement				
Maputo	Chambre d'hôtel	220	130	28,600
Province	Chambre d'hôtel	190	20	3,800
4 MTV				
	Per diem	90	200	18,000

5 Ateliers

Location chambre	500	5	2,500
Repas	2,000	5	10,000
Équipement	500	5	2,500
Stationnaire	400	5	2,000
Impression	2,500	5	12,500
<u>Imprévu (5%)</u>	_____		<u>28,895</u>
Somme Totale			606,795