

Vers une typologie de l'autonomie financière des établissements de SSP dans les PRFI

Prof. Sophie Witter, Queen Margaret University, Edinburgh & ReBUILD for Resilience research consortium

Août 2024, Dialogue sur les Politiques - CABRI

Financial autonomy of facilities providing primary health care services: a review of the literature and expert consultations

Autonomie financière des établissements offrant des services de soins de santé primaires : analyse bibliographique et consultations d'experts

Rapport pour l'OMS

Sophie Witter, Maria Bertone, Lucas Sempe, Quentin Baglione

Novembre 2023

- Détermination du champ de l'analyse bibliographique (91)
- Extraction à partir de données de la matrice des progrès en matière de financement de la santé (MPFS, ou, *Health Financing Progress Matrix: HFPM*) (de 25 pays)
- Interviews d'experts (12)
- Les propres idées de l'équipe
- Revu par des experts en GFP (gestion des finances publiques) et en FS (financement de la santé) à Montreux

Raisons pour cette étude

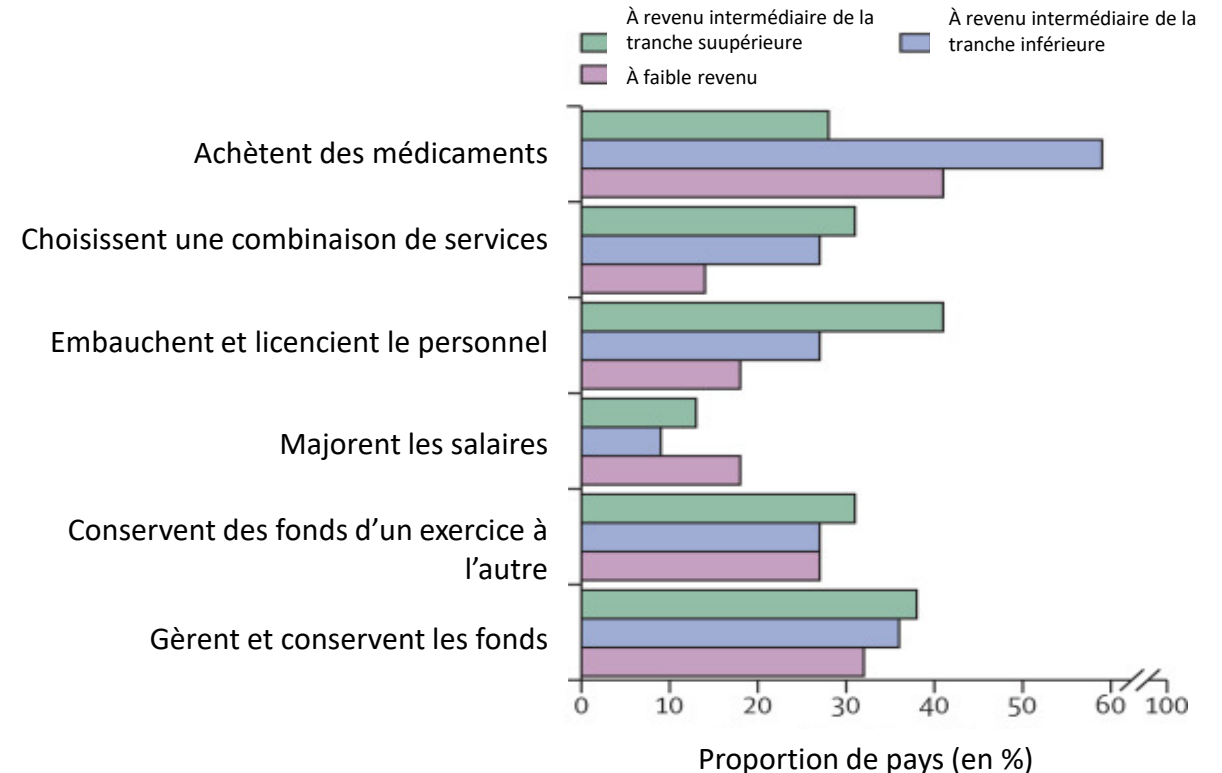
- Relativement peu d'explications disponibles sur l'autonomie financière des prestataires de soins primaires

Questions clés de l'étude

- Quels sont les principaux enjeux de conception et de mise en œuvre de l'autonomie financière ?
- Quels sont les impacts (positifs et négatifs) de l'autonomie financière pour les prestataires de soins primaires ?
- Quelles sont les principales conditions/conditions préalables à l'autonomie financière ? Quels sont les facteurs qui influencent l'autonomie financière ?
- Quels sont les enseignements tirés en matière d'alignement des différentes conditions/conditions préalables à la conception et à la mise en œuvre pour parvenir à un niveau adéquat d'autonomie financière des prestataires ?

Quel est le degré d'autonomie des prestataires de soins primaires ?

- Varie selon les régions, mais faible autonomie en général, y compris pour les finances
- Légère variation selon le niveau économique, mais pas de manière constante



Source: Hanson et al. 2022

Facteurs contextuels clés

- GFP et cadres juridiques, par exemple les règles relatives à la conservation des fonds générés localement
- Les mécanismes de paiement des fournisseurs (p. ex., la capitation et les paiements par cas) soutiennent généralement davantage l'autonomie financière (AF)
- Structures budgétaires (par ex., gestion des dépenses de personnel par rapport aux dépenses en capital et aux dépenses ordinaires).
- Statut des prestataires au sein du système de GFP
- Nombre de sources de financement versées aux fournisseurs primaires et leurs réglementations

- Contexte politico-administratif plus large et réformes en cours (par exemple, achats stratégiques, GFP, décentralisation, réformes des frais d'utilisation)
- Volonté des principaux acteurs (dont les donateurs) de donner un contrôle accru aux établissements

Autonomie financière des établissements de soins primaires

Mobilisation de fonds

Planification

Gestion des dépenses

Reporting (rapports financiers)

Des conditions préalables à l'autonomie qui mène à des résultats positifs

- Un financement suffisant, prévisible et opportun
- Personnel : temps et compétences ; capable et désireux de développer un état d'esprit de leadership
- Des directives claires, des outils et des systèmes efficaces pour la planification, la budgétisation et le suivi
- **Alignement sur la GFP (par ex., réduction des contrôles basés sur les intrants ; plus grande souplesse pour ajuster les budgets)**
- **Simplification des règles de GFP pour rendre les dépenses moins onéreuses**
- Mécanismes fonctionnels de surveillance et d'obligation de rendre compte
- Disponibilité des ressources pertinentes au niveau local (par exemple, les TIC, les médicaments, les infrastructures)

Effets possibles (positifs et négatifs)

Augmentation de la charge de travail

Augmentation de la corruption ; les pratiques extractives (si des incitations à augmenter les frais à la charge des patients (ou frais de traitement))

Utilisation flexible des ressources et stratégies innovantes pour répondre aux besoins de santé (et faire face aux crises sanitaires)

Amélioration de la disponibilité des produits de base, etc.

Amélioration de la planification, de la gestion, de la surveillance et de l'obligation de rendre compte

Motivation accrue du personnel de santé (via la reconnaissance, l'environnement de travail et/ou la rémunération)

Une participation communautaire plus active

Réduction du gaspillage

Mauvaise qualité des médicaments, inefficience des achats

Risque fiduciaire

- Amélioration de la performance des établissements (qualité, quantité, accès, équité, réactivité, efficacité)
- Résilience des services face aux chocs

Cycle budgétaire	Scénario de faible autonomie financière	Scénario d'autonomie financière moyenne	Scénario d'autonomie financière élevée
Mobilisation de fonds	Les fonds sont fixés à l'extérieur ; l'absence de capacité de mobilisation de fonds supplémentaires au niveau de l'établissement ; les fonds sont remis au Trésor ou au niveau du district/supérieur. Tous les fonds sont dépensés en cours d'exercice	La plupart des fonds sont fixes ; une petite mobilisation (marginale) de fonds supplémentaires est autorisée et conservée au niveau de l'établissement, le reste étant remis à des niveaux supérieurs. Une partie des recettes peut être conservée (p. ex., l'utilisation des frais d'utilisation ou des recettes du FBP) d'un exercice à l'autre	Capable de collecter des fonds de manière indépendante auprès de plusieurs sources, selon les disponibilités, sans restrictions. Tous les fonds collectés sont conservés au niveau de l'établissement. Tous les fonds peuvent être conservés au fil des ans, s'ils n'ont pas été dépensés
Planification	Les budgets sont alloués par le haut, sans que les établissements puissent les influencer	Les établissements contribuent au processus budgétaire, mais ne peuvent influencer le budget final que de manière limitée	Les établissements structurent leurs propres budgets en fonction de leurs activités et besoins identifiés
Gestion, y compris les réaffectations	Les budgets sont fixes (souvent par poste) et les changements sont très lourds et limités. La plupart des dépenses sont cloisonnées. Lorsqu'il existe plusieurs sources de recettes, il existe des règles strictes sur la façon dont elles peuvent être utilisées	Certaines modifications du budget en cours d'année sont possibles, avec une autorisation plus élevée. Il existe une certaine flexibilité quant au déploiement de différentes sources de recettes en fonction des besoins des établissements	Les établissements peuvent transférer des fonds d'un poste budgétaire à l'autre dans le cadre de paramètres clairs et convenus, tirant leur souplesse des différents flux de financement auxquels ils peuvent accéder
Dépenses	La plupart des dépenses sont effectuées à des niveaux plus élevés (pour le compte des établissements), avec des apports en nature. Les établissements n'ont pas besoin ou n'ont pas de comptes bancaires	Les établissements ont accès à des fonds limités qu'ils peuvent utiliser pour de petits coûts (souvent des coûts opérationnels mineurs, comme le nettoyage et l'entretien). Ils peuvent avoir des comptes bancaires, mais peuvent aussi fonctionner grâce à la petite caisse	Les établissements peuvent gérer activement leurs principaux postes de dépenses, notamment le personnel, les médicaments et les fournitures, ainsi que les coûts opérationnels. Ils détiennent tous des comptes bancaires
Reporting (rapports financiers)	Les établissements n'ont pas d'exigences en matière de rapports financiers, car elles ne sont pas reconnues dans le système de GFP	Les établissements rendent compte des dépenses par l'intermédiaire d'un niveau supérieur (comme les districts) pour les fonds que celui-ci débloque pour eux	Les établissements sont des unités dépensières, comptabilisant leurs dépenses au sein du système de GFP

Typologie de l'autonomie financière, par cycle budgétaire

- Notons que ceux-ci sont descriptifs, plus que normatifs ; le contexte est critique
- Une faible AF est cependant généralement indésirable (visez au moins un scénario d'AF moyenne)

Principales conclusions sur l'autonomie financière et la GFP

Les systèmes de GFP sont essentiels à l'AF et au succès et à la durabilité des changements apportés à l'AF

- **Il y a un désalignement fréquent** entre le système de GFP et les dispositions de financement de la santé ; par exemple, le manque d'autonomie des établissements qui est déterminé par les règles de GFP est un obstacle majeur aux réformes des achats stratégiques.
 - Par exemple au Cameroun et en Côte d'Ivoire – tension entre le FBP et la GFP sur la rétention des fonds dans les établissements et sur l'utilisation flexible des fonds.
 - Au Kenya, afin de remédier à la réduction de l'autonomie des établissements après la réforme de la décentralisation, certains comtés ont élaboré des règles parallèles en matière de GFP, ce qui a conduit à une mosaïque de cadres juridiques.
 - En outre, les goulets d'étranglement quotidiens de la GFP limitent de facto l'autonomie au Kenya – par exemple, les plafonds budgétaires des services de santé des comtés ne sont pas toujours transparents et ne sont pas communiqués aux établissements de santé publique.
- Par ailleurs, la **rigidité des budgets par poste**, ne permet pas de décider de la réaffectation de fonds en fonction des besoins. La classification économique utilisée à la fois par le ministère de la Santé (MS) et les prestataires de soins primaires publics peut avoir pour effet de cantonner les prestataires à la même combinaison d'intrants historiques, avec une marge de manœuvre limitée pour optimiser les ressources et planifier les investissements et aucune autonomie pour réaffecter les fonds à l'évolution des besoins au cours de l'exercice.
- En revanche, le **budget-programme (BP)** permet d'identifier clairement les soins primaires dans le budget de l'État et offrirait une plus grande souplesse aux établissements de soins primaires si les contrôles ex ante fondés sur les intrants étaient éliminés. Toutefois, l'expérience empirique montre que, dans la pratique, même lorsque le budget-programme est adopté, il est souvent appliqué en sus de la classification économique historique et/ou n'est utilisé que pour l'élaboration du budget, et non pas pour le suivi de l'exécution du budget, de sorte que seuls les intrants qui ont été explicitement budgétisés peuvent être obtenus – par exemple en Zambie et en Tanzanie.

Message récapitulatif n°1 : présomption en faveur mais non efficace isolément

- il devrait y avoir **une présomption en faveur** d'une autonomie au moins minimale.
- L'autonomie financière ne garantit pas à elle seule une amélioration de la performance : les efforts visant à aborder l'autonomie financière **devraient également résoudre les problèmes d'autonomie opérationnelle**
 - il existe de nombreuses autres conditions préalables/conditions qui doivent être soigneusement prises en compte et adaptées au contexte (administratives, GFP, combinaison de paiements des prestataires, etc.), telles que les compétences, les connaissances, la culture organisationnelle et la volonté de gérer activement les ressources)
- ce qui compte ici, **c'est le mode de fonctionnement des systèmes en pratique**, plutôt qu'en théorie – le BP, par exemple, est censé donner une plus grande flexibilité dans l'utilisation du budget aux prestataires, mais lorsqu'il est combiné (comme c'est souvent le cas) avec des rigidités de poste, l'effet est très contraignant.

Message n°2 : Les principales caractéristiques de l'autonomie financière

En réfléchissant à notre typologie, certains éléments apparaissent particulièrement importants pour soutenir l'autonomie, notamment la faculté de :

- 1) conserver au moins une partie des fonds générés;
- 2) d'influencer les budgets qui s'appliquent à leur niveau;
- 3) faire des virements entre les lignes budgétaires dans des limites raisonnables;
- 4) gérer au minimum les coûts opérationnels courants sans approbations et comptabilité prohibitives.

Message n° 3 : L'alignement

- Pour y parvenir, il est essentiel **de gérer l'alignement** entre les achats stratégiques et les dispositions de GFP
- Et de **sortir de la logique de « projet »** pour passer à un financement systémique et intégré des soins primaires, qui renforce le système de santé à plus long terme et a de plus grandes chances de perdurer.

Message clé n° 4 : Respecter les différences fonctionnelles entre les types de dépenses

- Certains éléments se prêtent davantage au contrôle central, notamment **les coûts d'investissement** (étant pluriannuels et nécessitant une planification spéciale au-delà des limites des soins primaires)
- **Les budgets de personnel** sont plus complexes – en règle générale, le personnel est financé par l'État, en lien avec l'emploi dans la fonction publique au sens large, toutefois cette situation impacte l'influence de la direction locale sur la composition du personnel, qui est un intrant majeur pour les services.
 - Les systèmes de primes ont tendance à être réglementés au niveau national pour des raisons de lissage du marché du travail.
 - Dans de nombreux systèmes, il existe une plus grande souplesse au niveau des établissements pour ce qui est de l'embauche du personnel contractuel.
- **Les médicaments et les fournitures** sont également généralement hybrides, avec quelques achats centraux mais des provisions complémentaires « d'urgence » au niveau des établissements.
- Les plus autonomes sont **les coûts de fonctionnement**, qui devraient être déterminés par les établissements, qu'ils soient dépensés directement par eux ou par un district ou une autorité équivalente.

Message clé n° 5 : Comprendre les risques

- Les **risques d'une plus grande autonomie** sont moindres en termes de risques fiduciaires (les centres de soins primaires gèrent généralement de petites sommes d'argent), mais sont plus importants en termes d'augmentation de la charge de travail, d'inefficiences et d'opportunités manquées en raison d'autres contraintes
 - telles que la complexité ou d'autres restrictions qui empêchent l'autonomie d'être exercée dans la réalité
- Bien que **l'obligation de rendre compte** soit importante, les données par pays semblent indiquer que les mesures de responsabilité (pour contrôler les risques financiers) pourraient réduire l'autonomie, bien que ce sujet requiert davantage d'attention.