



This Photo by Unknown Author is licensed under CC BY

(Traduit en français par FGFRM)

Un cours en ligne factuel **Ressources et financement de la santé reproductive et de la planification familiale**

Partenaires de mise en œuvre:
Département Santé et recherche
sexuelles et reproductives,
Organisation mondiale de la Santé
(OMS) et Fondation Genevoise
pour la Formation et la Recherche
Médicales (FGFRM)

Préparé par

Charu C. Garg Ph. D.
(charucgarg@gmail.com)

Directeur, Santé, OJAS
consulting; Consultante UNICEF
et OMS

Objectifs d'apprentissage

- Importance de comprendre les besoins de financement des services de SSR, y compris la planification familiale, dans le contexte des besoins politiques internationaux et nationaux
- Cadre analytique pour l'analyse des besoins de financement pour la SSR
 - Questions importantes sur le financement de la santé
 - Flux de ressources – Qui finance, quels services, comment, à hauteur de combien et pour qui
 - Analyse des coûts et de l'efficacité des coûts
 - Équité – Qui paie combien pour différents services
- Innovations en matière de financement et de durabilité

Contexte politique international

- Objectifs de développement durable
 - 3, 4 et 5 – amélioration de la santé, de l'éducation et de l'égalité des sexes, respectivement - dépendent des améliorations en matière de SSR et de droits
 - comprennent la satisfaction des besoins des gens en matière de contraception moderne et de planification familiale, la réduction des décès maternels et néonataux et la fin de l'épidémie de VIH.
 - 3.1 - Réduction du taux de mortalité maternelle à moins de 70 par naissance vivante
 - 3.7 - Taux de prévalence de la contraception moderne améliorés et demande satisfaite pour la PF ; la baisse des taux de natalité chez les adolescentes et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale,
 - 5.6 - Accès universel pour la SSR

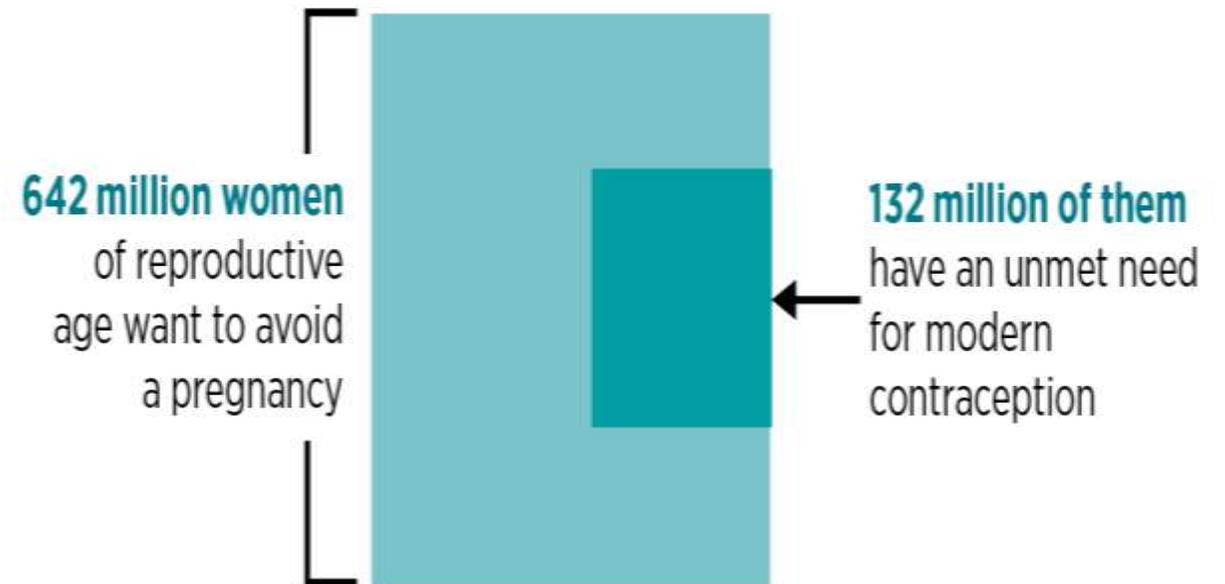
Contexte politique national

- Évaluer les politiques et les objectifs nationaux de santé reproductive au fil du temps et la situation actuelle
- Une meilleure disponibilité et un meilleur accès à la SSR conduit à de meilleurs résultats (nombre inférieur de grossesses non planifiées et de naissances non planifiées, avortements à risque, décès maternels et néonataux, infections à VIH et infertilité dans les IST non traitées) et à l'utilisation des ressources
- Évaluer les principaux indicateurs de résultats, les extrants en termes de besoins non satisfaits, les apports en termes de goulots d'étranglement à l'accès et à l'allocation des financements
- Pour augmenter l'accès, analyser la prestation des services de SSR à travers trois niveaux de gouvernement, les donateurs, les ONG, les secteurs privés et identifier les obstacles à l'accès - Disponibilité, accessibilité (financière et physique), acceptabilité (culturelle et comportementale), couverture et utilisation réelle
 - La recherche montre que la distribution communautaire des services, la prestation de services par des agents communautaires et la mobilisation des ressources sont nécessaires pour accroître l'accès et l'utilisation des services de SSR et de santé maternelle
- Analyser les obstacles au financement pour traiter les domaines où existent des goulots d'étranglement

Démographie - Évaluation des besoins

- 49 % des grossesses dans les LMICs ne sont pas désirées
- 21% des femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans 36 LMICs d'Asie en 2019 ont des besoins non satisfaits en matière de services de contraception, de soins maternels, de soins néonataux, de services d'avortement et de traitement des principales IST. Chez les adolescents (15-19 ans), le besoin non satisfait est de 51%

Expanded services are needed to fulfill unmet needs in Asia



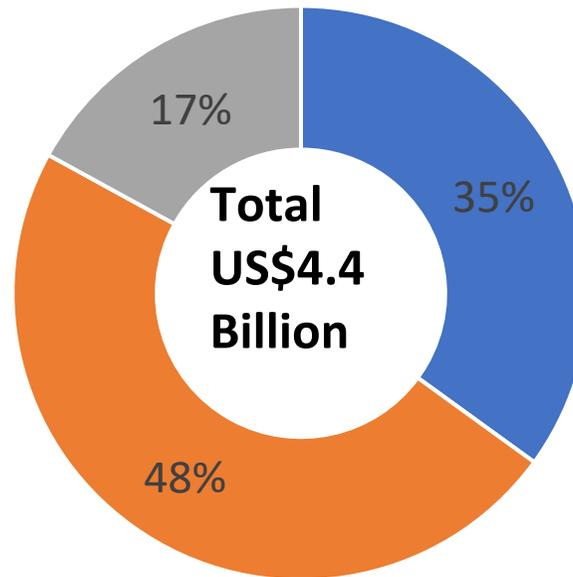
gutmacher.org

Contexte financier – Pourquoi investir dans la SSR ?

- Dépenses personnelles élevées dans les pays en développement pour la santé et la SSR. (42 % de toutes les ressources pour la SSR sont OOP)
- L'augmentation des dépenses publiques et d'autres régimes prépayés est associée à une moindre dépendance aux dépenses directes pour les services de santé
- Une baisse des dépenses directes implique moins d'obstacles financiers à l'utilisation des services
- Les avantages perçus des services de SSR pour la santé personnelle sont faibles - Demande très élastique
 - Moins susceptibles d'utiliser à moins d'être subventionnés
 - Une petite augmentation de prix réduit la demande
- Bien public - Importantes externalités positives et valeur sociétale
- Les dépenses en SSR sont rentables
- D'autres agendas internationaux (par exemple le VIH) ont réduit le financement de la PF

Répartition des dépenses de planification familiale par sources de financement dans 69 pays FP2020 en 2018

Part des dépenses de SSR



■ Domestic Government ■ International Donors ■ Out of pocket



Cette photo par un auteur inconnu est sous licence [CC BY-NC](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Cadre d'analyse pour le financement des services de SSR

Questions de financement importantes pour les services de SSR

RESSOURCES

- Quelles ressources sont disponibles pour la SSR à partir de différentes sources et leur répartition par services, prestataires et région ?

COÛTS

- Quels sont les coûts d'extension des services de SSR ?
- Méthodologie de mesure des coûts du programme : par types de services, intrants ou combinaison
- Coûts de l'introduction de nouvelles directives politiques

EFFICACITÉ COÛT

- Quel est l'impact sur la santé de la population des programmes élargis et à quels coûts ?
- Évaluer quels services spécifiques de SSR sont plus rentables que d'autres pour améliorer les résultats de SSR à moindre coût ?

ÉQUITÉ

- Ces programmes atteignent-ils les groupes vulnérables et les plus nécessiteux visés ?
- Comment mesurer et améliorer l'accès financier – Équité d'accès, appauvrissement et dépenses de santé catastrophiques

DURABILITÉ ET POLITIQUE

- Quel est le potentiel de développement durable des programmes pilotes ?
- Quelles sont les implications pour les programmes et les politiques d'extension des programmes de financement communautaire et des soins de santé ?

Domaines où des informations sont nécessaires pour analyser les besoins de financement pour la SSR

- Analyser le financement dans le contexte global de couverture et d'utilisation des services ; fourniture de services; et le comportement de recherche de santé de la population.
- Analyser les tendances démographiques et les besoins démographiques spécifiques à la SSR.
- Analyser la situation macroéconomique et l'espace budgétaire pour les services de SSR.
- Évaluer le financement des services de SSR dans le contexte du financement du secteur de la santé, des budgets disponibles, des coûts des services, des ressources nécessaires et des déficits de financement.
- Financement pour traiter les domaines où existent des goulots d'étranglement.

Évaluation de la situation macro-budgétaire globale et de l'espace budgétaire disponible pour la SSR

L'espace budgétaire peut être défini *comme l'espace dans le budget d'un gouvernement qui lui permet de fournir des ressources pour un objectif souhaité sans compromettre la durabilité de sa situation financière ou la stabilité de l'économie.* (Heller P, 2005, IMF)

Tendances récentes et projetées de la croissance du produit intérieur brut (PIB)

- Une croissance plus élevée du PIB peut impliquer des recettes publiques plus élevées, même si le ratio recettes/PIB est constant.

Ratio des dépenses publiques (DP) au PIB
Ratio impôts/PIB

- Indique si le gouvernement dispose de fonds pour financer la santé et la SSR en général
- Capacité à augmenter les impôts et donc plus de ressources pour la santé et la SSR

Déficit budgétaire public et ratio dette publique/PIB

- Le déficit budgétaire implique que les dépenses sont supérieures aux recettes, ce qui implique que la capacité du gouvernement à mobiliser des ressources est limitée.
- Un déficit budgétaire continu conduit à un ratio dette/PIB élevé.

Évaluer également le financement par les différents niveaux de gouvernement et s'il est possible de transférer les dépenses sous différentes rubriques budgétaires.

RESSOURCES: Analyse pour prendre des décisions sur les sources de financement et sur l'allocation des ressources (1)

- **Quelles sources de financement (d'où vient l'argent) sont utilisées pour financer les services de SSR ?**
 - Impôts directs et indirects collectés par les gouvernements central et provinciaux
 - Financement par des fonds d'entreprise (bénéfices)
 - Financement par les ménages soit par le biais d'ONG, soit directement par les ménages (OOP) pour les services
 - Financement provenant de sources externes - bilatérales ou multilatérales

Les dépenses publiques totales et les dépenses privées ne sont pas déterminées par les sources de financement mais par les régimes de financement. Les fonds gérés par le gouvernement sont appelés financement/dépenses du gouvernement et ceux gérés par des organismes privés sont appelés financement/dépenses privés.

RESSOURCES : Analyse pour prendre des décisions sur les sources de financement et sur l'allocation des ressources (2)

- **Quels schémas de financement (définis par qui gère les fonds) sont utilisés pour financer les services de SSR ?**
 - Programmes gouvernementaux - Fonds gérés par des agences gouvernementales et payés directement pour les services fournis par le gouvernement ou le secteur privé
 - Assurance - Assurance sociale (gérée par des agences gouvernementales) et régimes d'assurance privés (gérés) par des agences privées
 - Entreprises/secteur des entreprises - par exemple, par le biais de la responsabilité sociale des entreprises ou en payant pour la santé des employés
 - ONG – ONG nationales ou internationales gérant des fonds pour financer ou fournir des services (généralement des financements privés)
 - Paiements directs à la charge des ménages pour des services recherchés auprès de prestataires publics ou privés (financement privé)

Les dépenses publiques totales et les dépenses privées ne sont pas déterminées par les sources de financement mais par les régimes de financement. Les fonds gérés par le gouvernement sont appelés financement/dépenses du gouvernement et ceux gérés par des organismes privés sont appelés financement/dépenses privés.

RESSOURCES : Analyse pour prendre des décisions sur les sources de financement et sur l'allocation des ressources (3)

- **Quels services sont financés, par qui et combien ?** - traitement/prévention ; produits de planification familiale à long terme/court terme, services de SSR (par exemple, avortement sécurisé et soins post-avortement)
- **Où les services sont fournis ou achetés** - urbain/rural, hôpital/établissements de soins primaires/pharmacies
- **Qui les fournit ?** - personnel clinique formel/guérisseurs informels ; installations publiques/privées/internationales et nationales gérées par des ONG
- **Quels services sont payés par qui**

Les dépenses publiques totales et les dépenses privées ne sont pas déterminées par les sources de financement mais par les régimes de financement. Les fonds gérés par le gouvernement sont appelés financement/dépenses du gouvernement et ceux gérés par des organismes privés sont appelés financement/dépenses privés.

Analyse du schéma des dépenses de santé pour la SSR

Combien est dépensé pour la santé et la SSR – Indicateurs clés

- Total des dépenses de santé (DTS) %PIB;
- Dépenses publiques de santé (DPS) %PIB;
- DPS par habitant;
- DPS % DP;
- DPS % DTS;
- Dépenses de santé privées % DTS;
- Dépenses de santé externes % DTS;
- OOP % DTS;
- Dépense d'assurance maladie % DTS

- Pour la SSR
 - Affectation à la SSR % DTS
 - Par dépenses en capital pour la SSR
 - Part gouvernementale et privée pour la SSR

Modalités de financement de la santé / Mutualisation

- Évaluer différents mécanismes de financement
 - Les fonds dépensés par différents niveaux de gouvernement.
 - Fonds par le biais d'organismes d'assurance sociale ou privée
- Paiement direct OOP ou
- Financement du développement des services
- Identifier quels services sont financés, comment et dans quelle mesure.

Décisions d'achat et d'allocation des ressources

- Dépenses par activité / fonction pour le programme SSR (par gouvernement et OOP)
 - Pour une contraception moderne
 - Soins maternels et néonataux
 - Services d'avortement (avortement sécurisé et soins post-avortement)
 - Traitement des IST
 - Autres
- Par type de prestataires - Niveau des établissements et pour le public et le privé séparément
- Répartition par différents quintiles de revenu
- Répartition entre différentes zones géographiques, entre régions - zones rurales et zones urbaines
- Achat par groupe d'âge, si disponible

Évaluer les tendances et la composition. Évaluer les différents arrangements de financement du côté de l'offre et du côté de la demande, par ex. assurance, contrats, rémunération au rendement, transferts en espèces et bons, etc.

Coûts: Différents types de coûts

- **Coûts économiques ou financiers, ou les deux**

- **Les coûts financiers** reflètent les dépenses financières pour les biens et services nécessaires à la réalisation d'une intervention médicale ou de santé publique. Les coûts financiers amortissent les dépenses en capital au fil du temps.
- **Les coûts économiques (alias coûts d'opportunité)** reflètent la valeur totale de toutes les ressources utilisées pour produire un bien ou un service. Ils représentent des ressources consommées, qui renoncent ainsi à la possibilité de consacrer ces ressources à un autre objectif.

- **Coûts totaux ou différentiels ou les deux**

- **Le coût différentiel** est une différence de coût positive entre les nouvelles interventions et celles déjà existantes

- **Coûts spécifiques au programme uniquement, coûts partagés ou les deux**

- Les coûts spécifiques au programme » comprennent le coût des intrants utilisés spécifiquement pour le programme et non partagés avec d'autres services de santé. Leur utilisation sera de 100% pour le programme. Tous les apports partagés qui font partie du système de santé, ou qui sont également utilisés par d'autres programmes, ne sont pas inclus dans les coûts spécifiques au programme.

- **Estimation des coûts récurrents, en capital ou les deux**

- Les coûts en capital ont une durée de vie utile de plus d'un an et, pour les estimations de coûts annuels, ils sont généralement amortis ou actualisés. Les coûts annuels amortis du capital sont obtenus en divisant le prix d'achat par le nombre d'années de vie utile de l'équipement. Les coûts du capital actualisés signifient que la valeur actualisée nette du capital est imputée.

Méthodologies d'établissement des coûts

1. **Calcul des coûts descendant** - basé sur les dépenses et les budgets des différents services et leur couverture/utilisation
2. **Calcul des coûts ascendant** - pour les estimations de coûts pour chaque activité, choisissez l'une des méthodes d'estimation suivantes
 - a. Estimation analogue - basée sur des estimations pour des projets et activités antérieurs, des données de vaccination antérieures
 - b. Jugement d'expert – Connaissances/données institutionnelles
 - c. Estimation paramétrique - en utilisant des ressources / éléments de coût qui entraînent le coût
 - d. Approche des ingrédients - basée sur les quantités multipliées par le prix de chaque intrant/élément de coût utilisé pour l'activité

Estimation des coûts des services de SSR

- *Définir les interventions pour lesquelles des ressources sont nécessaires* – produits et services de contraception modernes (prévention des grossesses non désirées) ; services d'avortement sécurisé ; soins post-avortement, gestion des complications, etc.
- Définir la population dans le besoin (nombre) pour chaque intervention et activité
 - a. Couples, adolescents et femmes pour différentes combinaisons de contraception et autres services de PF
 - b. Population nécessitant un avortement sécurisé ; pour les soins post-avortement; Autres activités de SSR – liste
- *Calcul des coûts descendant* - examinez les budgets et l'utilisation actuels pour estimer les ressources pour la SSR
- *Coût ascendant* - Estimer le coût des services de SSR par les intrants ou les ressources utilisées pour les interventions/activités du programme
- Trouvez les coûts d'intervention directs spécifiques à une personne recevant la gamme de services et de produits. Pour chaque activité, le coût peut être estimé en utilisant l'approche des ingrédients pour les intrants tels que le temps du personnel pour la prestation de services, les consommables, les médicaments, les diagnostics, etc.
 - Coûts des produits pour différents contraceptifs - Pilules orales; Préservatifs; Dispositifs intra-utérins; Implants; Injectables
 - Coûts opérationnels et administratifs indirects du programme - peuvent être estimés par différentes méthodes d'établissement des coûts - comprennent la supervision, la gestion, la formation, la sensibilisation et le plaidoyer, le suivi et l'évaluation, le transport et les communications
 - Les coûts unitaires doivent être estimés par différents prestataires/établissements ou niveau de prestation de services - primaire, secondaire, tertiaire ; par les utilisateurs, les modes d'utilisation (barrière, hormonal, réversible et permanent), les activités ou les intrants
- *Évaluer l'engagement du gouvernement à fournir des services de SSR - Faire correspondre les catégories d'intervention aux catégories budgétaires Les projections quantitatives doivent être conformes aux objectifs nationaux, aux engagements et aux budgets disponibles*

Prévision des besoins en ressources et analyse du déficit de financement

1. Sur la base des coûts estimés par service rendu ou par personne couverte, projetez les besoins en ressources pour l'extension des services de SSR en combinant les données sur les coûts avec les données démographiques et les objectifs de couverture pour générer les ressources nécessaires à l'extension des services à l'échelle nationale.
2. La prévision des besoins est fondée sur un examen des modèles d'allocation budgétaire et des dépenses de planification familiale (PF) et de SSR - Estimer la disponibilité actuelle et future des ressources provenant de différentes sources nationales et internationales.
3. Estimer l'écart dans les besoins en ressources entre 1 et 2.
4. *Estimer* les coûts pour des scénarios alternatifs d'interventions - par exemple, un programme axé sur la communauté par rapport à un programme axé sur la clinique ou en comparant les coûts de la gestion des cas pour 50 % par rapport à 75 % de la population dans le besoin.
5. Estimez dans quelle mesure le gouvernement peut s'étendre compte tenu de l'espace budgétaire.
6. Estimez combien peut être financé à partir des OOP sans faire peser une charge sur les pauvres et les vulnérables.

Analyse coût-efficacité

- L'analyse coût-efficacité (ACE) compare les coûts relatifs et les résultats (effets) de différentes interventions / plans d'action - par exemple, l'utilisation de différents types de produits ou de méthodes de planification familiale.
- En règle générale, l'ACE est exprimée en termes de ratio où le dénominateur est un gain dans les résultats pour la santé, par exemple, les années de protection des années-couple ont augmenté ; ou grossesses non désirées évitées ; et le numérateur est le coût associé aux activités qui sont liées à ce gain de santé : dans ce cas, les coûts des contraceptifs.
- L'ACE pour les soins liés à la grossesse peut être évaluée en termes de coûts des services de santé pour les soins maternels, y compris l'avortement et les soins post-avortement, et les résultats peuvent être évalués en termes de décès maternels évités.

Investir dans les contraceptifs et les services liés à la grossesse est rentable

- Pour 132 pays à LMIC - 68,8 milliards de dollars sont nécessaires chaque année en dollars américains de 2019, soit environ 10,60 \$ par habitant (c'est-à-dire par population totale dans les LMICs) pour répondre aux besoins des femmes en matière de contraception moderne, de soins maternels et néonataux liés à la grossesse et de traitement des IST curables
 - L'Afrique subsaharienne a besoin de la plus grande augmentation de ressources - une augmentation de 3,4 à 15,8 dollars par habitant par an en raison des besoins non satisfaits les plus importants et des systèmes de santé médiocres
 - Les coûts directs de la fourniture de produits contraceptifs aux LMIC's pour 705 millions étaient de 3,5 milliards de dollars et les coûts indirects des services de contraception étaient de 3,6 milliards de dollars. Le coût par utilisateur était de 5 \$.
 - Chaque dollar dépensé en services de contraception au-delà du niveau actuel permettrait d'économiser 3,26 dollars en soins liés à la grossesse et aux nouveau-nés (y compris l'avortement sécurisé et les soins post-avortement) car la contraception réduit le nombre de grossesses non désirées.
 - Le coût direct de la prestation de soins liés à la grossesse et au nouveau-né aux niveaux actuels de couverture dans les LMIC's a été estimé à 30,3 milliards de dollars pour 2019, dont 50 % de coûts indirects. Ceux-ci évitent 126 000 décès maternels de 425 000 à 299 000.

En somme: Investir dans la santé sexuelle et reproductive 2019, Guttmacher.org

Équité et protection financière

1. L'équité dans l'utilisation des services fait référence à la réduction de l'écart qui existe entre le besoin d'un service de santé et l'utilisation réelle de ce service. L'analyse peut être basée sur la population et la géographie.
2. Protection financière et équité dans la finance
 - a. Équité dans la répartition des ressources - Pourcentage de la population couverte par différents pools de ressources
 - b. Part des dépenses personnelles dans les dépenses totales de SSR
 - c. Pourcentage des ressources du ménage dans chaque quintile de revenu qui sont utilisées pour payer les services de SSR
 - d. Pourcentage de la population ciblée confrontée à l'appauvrissement (population ciblée qui tombe en dessous du seuil de pauvreté lorsqu'elle dépense pour les services de SSR)
 - e. Pourcentage de ménages ciblés confrontés à des dépenses de santé catastrophiques, c'est-à-dire que les ménages dépensent plus d'un seuil (normalement 10 % de la consommation de leur ménage pour 40 % de la consommation des ménages en nourriture) pour les services de SSR.



Innovations dans le financement et la durabilité de la santé sexuelle et reproductive

Innovations dans le financement de la SSR

- OBJECTIF - Couverture accrue, équité dans l'accès physique et financier et l'utilisation des services de SSR et amélioration de la qualité des services
- 5 domaines pour atteindre ces objectifs
 1. Ciblage - Financement et politique ciblés - impact sur l'accès et la qualité des services de SSR
 2. Expansion des services gouvernementaux
 3. Distribution de subventions - Financement du côté de la demande
 4. Rémunération au rendement – Financement du côté de l'offre
 5. Durabilité

Quelles politiques nationales peuvent réduire les barrières financières ?

- La réduction des taxes sur les produits de PF tels que les préservatifs - peut réduire les prix et améliorer la demande
- Approbation de médicaments spécifiques - par exemple, le misoprostal (comme alternative à l'ocytocine) pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum (HPP). Est facilement administrable, stable pendant de longues périodes pour atteindre les pauvres - a un impact positif sur la santé reproductive des femmes - Tanzanie, Inde et Nigéria (l'HPP représente 25 % du RMM)
- Besoin de décisions centrales sur les services à financer par le gouvernement, *où* (rural/urbain), *comment* (quels prestataires) *et à qui*
 - Par exemple, les services de PF qui attirent la majeure partie du reste du personnel peuvent être fournis gratuitement dans les établissements publics, ou subventionnés par des fonds publics s'ils sont utilisés dans des établissements privés, ou avoir des régimes prépayés (de type assurance) où le gouvernement peut payer les primes pour les pauvres

Innovations dans le ciblage - comment le financement atteint les défavorisés

- Accessibilité soutenue et programmes axés sur les clients
 - Éviter les obstacles à l'accès - distance, heures d'ouverture, ruptures de stock, réduction/abolition des frais d'utilisation pour surmonter l'obstacle financier.
 - Meilleure identification des besoins par les leaders communautaires et les organisations de base, par ex. Fonds d'équité en santé en Colombie.
 - Utilisation de prestataires de niveau inférieur/ceux utilisés par les pauvres pour des services subventionnés (par exemple, les praticiens médicaux ruraux informels en Inde et au Bangladesh ou les prestataires à but lucratif au Pérou – franchisant le réseau et finançant leur formation, les approvisionnements, la publicité et leur gestion pour fournir des services à bas prix affiché pour les pauvres).
 - Veiller à ce que les personnes vulnérables connaissent et utilisent les services de santé subventionnés par le gouvernement - Les conseils dispensés par des agents communautaires en Inde, au Pakistan et en Turquie ont eu un impact positif.
 - Assurer la réactivité et la sensibilité au genre des prestataires sur les sites de service.

Innovations par achats stratégiques et Partenariat Public Privé (PPP)

- Les ONG contractantes et les organisations confessionnelles, par exemple au Ghana, le gouvernement fournit une formation, des fournitures et d'autres formes de soutien. Les ONG fonctionnent comme des branches du gouvernement.
- Sous-traitance de services spécifiques à des prestataires privés - remboursements forfaitaires pour des services spécifiques aux pauvres - par exemple, les accouchements dans le cadre du programme Chiranjeevi au Gujarat, en Inde ; Services de PF en Colombie et services de SSR au Malawi. Également aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Allemagne.
- Dans le cadre des régimes d'assurance maladie nationale, des prestataires privés et des groupes de cliniques sont sous-traités, par exemple en Inde, au Nigéria et aux Philippines.

Innovations dans le financement de la demande

- Financement du côté de la demande pour changer le comportement des patients
 - Par le biais de transferts monétaires, par exemple pour les accouchements institutionnels par des pauvres
 - Bons pour des produits ou services spécifiques, par exemple au Kenya et en Ouganda pour les services de santé reproductive et le traitement des IST;
 - Bons incitatifs pour réduire les coûts pour les bénéficiaires, par exemple, les transferts monétaires conditionnels au Mexique
 - Payer un montant fixe pour le transport
 - Fournir ou payer des internats à proximité du lieu de service

Financement du côté de l'offre

- Il existe différents modes de paiement pour les ressources humaines en plus des budgets/salaires globaux tels que la capitation, le paiement au cas par cas, les indemnités journalières qui peuvent être liées à la performance pour améliorer l'accès aux services de SSR et de PF.
- Dans les modèles Pay for Performance (P4P) ou Conditional Cash Transfers (CCT), une incitation financière/des récompenses sont accordées aux prestataires de services pour avoir atteint certains objectifs de performance. Par exemple, les volumes de services de santé maternelle, néonatale et infantile ont augmenté et la qualité des services s'est améliorée dans les établissements de santé publics au Bangladesh (Rob et. al. 2013).
- Les activistes sociaux et de santé accrédités (ASHA) sont payés dans le cadre du programme Janani Suraksha Yojna en Inde pour accroître l'accès aux services de soins prénatals et à la prestation institutionnelle.

Innovations en matière de durabilité

- Difficile de maintenir un financement innovant pour ces services préventifs à faible coût, où les marges sont faibles pour les prestataires privés - besoin de subventions croisées avec d'autres services qui sont offerts par la clinique - par exemple, diagnostics, chirurgies, etc. nabilité
- L'autonomisation de la communauté, l'amélioration des services aux niveaux inférieurs, la formation des ressources humaines et l'autonomisation des travailleurs communautaires améliorent la sensibilisation et la demande durable pour ces services hautement élastiques.
- Nécessite une compréhension des conditions locales - la façon dont les services de SSR sont financés est importante pour la conception et l'évaluation des programmes pour la durabilité. Par exemple, quels sont les programmes de SSR financés de l'extérieur et quelles composantes spécifiques doivent être financées à partir de ressources nationales.
- Étant donné qu'il s'agit de services tout au long de la vie, le plaidoyer en faveur d'une proportion fixe minimale du budget national pour les services de SSR peut jouer un rôle important dans sa viabilité financière.

Ressources

FP2020. Women at the center 2018–2019. http://progress.familyplanning2020.org/sites/all/themes/custom/progressreport/pdf/FP2020_2019Report_WEB.pdf

FP2020. The arc of progress 2019–2020. http://progress.familyplanning2020.org/sites/default/files/FP2020_ProgressReport2020_WEB.pdf (Français)

Haghparast-Bidgoli H, Pulkki-Brännström AM, Lafort Y, Beksinska M, Rambally L, Roy A, Reza-Paul S, Ombidi W, Gichangi P, Skordis-Worrall J. Inequity in costs of seeking sexual and reproductive health services in India and Kenya. *International Journal for Equity in Health*. 2015 Dec;14(1):1-8.

Heller PS. Back to Basics Fiscal Space: What It Is and How to Get It. *Finance & Development*. 2005 Jun 6;42(002).

Kutzin J, Witter S, Jowett M, Bayarsaikhan D, World Health Organization. *Developing a national health financing strategy: a reference guide*. World Health Organization; 2017.

McIntyre D, Kutzin J, World Health Organization. *Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development*. World Health Organization; 2016.

Montagu D, Graff M. Equity and financing for sexual and reproductive health service delivery: current innovations. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2009 Jul 1;35(3):145-9.

Policy Considerations for Financing Sexual and Reproductive Health and Rights in the Post-2015 Era. High Level Task Force for International Conference for Population and Development (ICPD); Feb 2015.

Ravindran TS, Govender V. Sexual and reproductive health services in universal health coverage: a review of recent evidence from low-and middle-income countries. *Sexual and reproductive health matters*. 2020 Dec 17;28(2):1779632. DOI:10.1080/26410397.2020.1779632

Rob U, Alam MM. Performance-based incentive for improving quality of maternal health services in Bangladesh. *Int Q Community Health Educ*. 2013;34(4):303-12. doi: 10.2190/IQ.34.4.b. PMID: 25228481.

Schäferhoff M, van Hoog S, Martinez S, Fewer S, Yamey G. Funding for sexual and reproductive health and rights in low-and middle-income countries: threats, outlook and opportunities. *The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health*. 2019. https://pmnch.who.int/docs/librariesprovider9/meeting-reports/srhr_forecast.pdf?sfvrsn=d6d8c47c_3&download=true

Sully EA, et al. *Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019*. New York: Guttmacher Institute; 2020. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>

Witter S, Somanathan A. Demand-side financing for sexual and reproductive health services in low and middle-income countries: A review of the evidence. *World Bank Policy Research Working Paper*. 2012 Oct 1(6213).



[Cette photo](#) par un auteur inconnu est sous licence [CC BY-SA-NC](#)

MERCI