

# SUSTAINABILITY OF A PERFORMANCE-BASED FINANCING PILOT PROJECT: CASE STUDY IN TWO HEALTH DISTRICTS IN MALI

Mathieu Seppey<sup>1</sup>, Valéry Ridde<sup>1</sup>, Laurence Touré<sup>2</sup>, Abdourahmane Coulibaly<sup>2</sup>

1- IRSPUM ([www.equitesante.org/](http://www.equitesante.org/)) 2- MISELI ([www.miselimali.org/](http://www.miselimali.org/)) Correspondance: [math.seppey@gmail.com](mailto:math.seppey@gmail.com)

## CONTEXT

Performance-based financing (PBF) is emerging as a new alternative to finance health systems in Africa.

In Mali, a pilot project was conducted from February 2012 to December 2013 to improve demand and supply of health services through financing performance.

**Objectives:** To understand the project's sustainability process and to assess its sustainability level

**PBF** consists in attributing funds to organisations/staff reaching specific targets of quantity/quality of health services.

$Services\ targeted \times \uparrow Motivation$

=

$(\uparrow Quality + \uparrow Quantity) \Rightarrow \uparrow (Supply = Demand)$

## METHODOLOGY

### Participants

49 stakeholders interviewed (administrators, health practitioners, conceptualisers)

### Sites

- 6 community health centres
- 2 referral health centres

### Documents

- 12 documents collected

### Analysis

- Themes analysis according to an aggregated conceptual framework

## REFERENCES

- Pluye P, Potvin L, Denis J-L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. Evaluation and Program Planning. 2004;27(2):121-33.
- Chambers D, Glasgow R, Stange K. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. Implementation Science. 2013;8(1):117.
- Johnson K, Hays C, Center H, Daley C. Building capacity and sustainable prevention innovations: a sustainability planning model. Evaluation and Program Planning. 2004;27(2):135-49.

## CONCLUSION

Need for:

- **Better planning of sustainability**
- **Improved comprehension of the concept**

### Weak Sustainability

Most organisations' activities come from the intervention but are not routinized according to the five determinants; on short term, activities are not guaranteed

### Project sustainability level

Null Precarious **WEAK** Medium High

## RESULTS: Sustainability's 5 determinants

### Organisational memory

- **Organisational investments** (materials, staff, supplies, real estates, etc.)
- **Investments depreciation** (expertise loss, damaged materials, etc.)
- **Level of resources acquired in the project not sustained** (end of the project)

### Values/Codes

- **Objectives correspondance** (better quality of services & health centres reinvestments)
- **Focus on results & payments** (dismissing the objectives and the project's rituals on longer term)
- **Language gap** (difficulty for stakeholders to have a common understanding of activities, especially managers and health workers)

### Rules/Procedures

- **Tasks clarification** (specialisation &/or reorganisation of duties)
- **Reinforced supervisions during the project** (increased frequency, better retroaction, planning support)
- **Few remaining procedures after the project** (good reception, registration process)

### Adaptation

- **Project based on needs** (activities addressing organisational, individual, local and national needs)
- **Structural compatibility** (project using existing structures, activities and procedures for implementation)
- **Preponderance of the project over the facilities** (dismissing centres specificities)

### Development of stakeholders' relationships

- **Stakeholders gathering** (municipalities, women & youth associations, religious leaders, etc.)
- **Increased communication during the project** (reports, meetings, informal channels)
- **Results based relations** (loss of different channels & disinvestment of some actors after de project)

## RESULTS: Sustainability process's 5 phases

### Capacity evaluation

- **Identification of missing resources** (staff, material, training...)
- **Previous cooperation between actors** (Project SIEC, long term presence of the Dutch cooperation)
- **Lack of leadership for implementation** (actors up in the hierarchy)
- **Loss of funding** (USAID's baseline study)
- **Local capacity evaluation not taken into account**

### Sustainability planning

- **Experimental project** (Project with a set ending)
- **Lack of correspondance between the pilot-project and the project to be scaled-up**

### Actions

- Few actions for sustainability because:**
- lack of appropriation
  - high staff & leaders turnover

### Sustainability evaluation

- **Focus on financial aspects**
- **Disinterest of sustainability** (rumours of a World bank financed scale up project)

### Modifications

**No modification to sustain the project**

# PÉRENNISATION D'UN PROJET-PILOTE DE FINANCEMENT BASÉ SUR LES RÉSULTATS: ÉTUDE DE CAS DE 2 DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

Mathieu Seppey<sup>1</sup>, Valéry Ridde<sup>1</sup>, Laurence Touré<sup>2</sup>, Abdourahmane Coulibaly<sup>2</sup>

1- IRSPUM ([www.equitesante.org/](http://www.equitesante.org/)) 2- MISELI ([www.miselimali.org/](http://www.miselimali.org/)) Correspondance: [math.seppey@gmail.com](mailto:math.seppey@gmail.com)

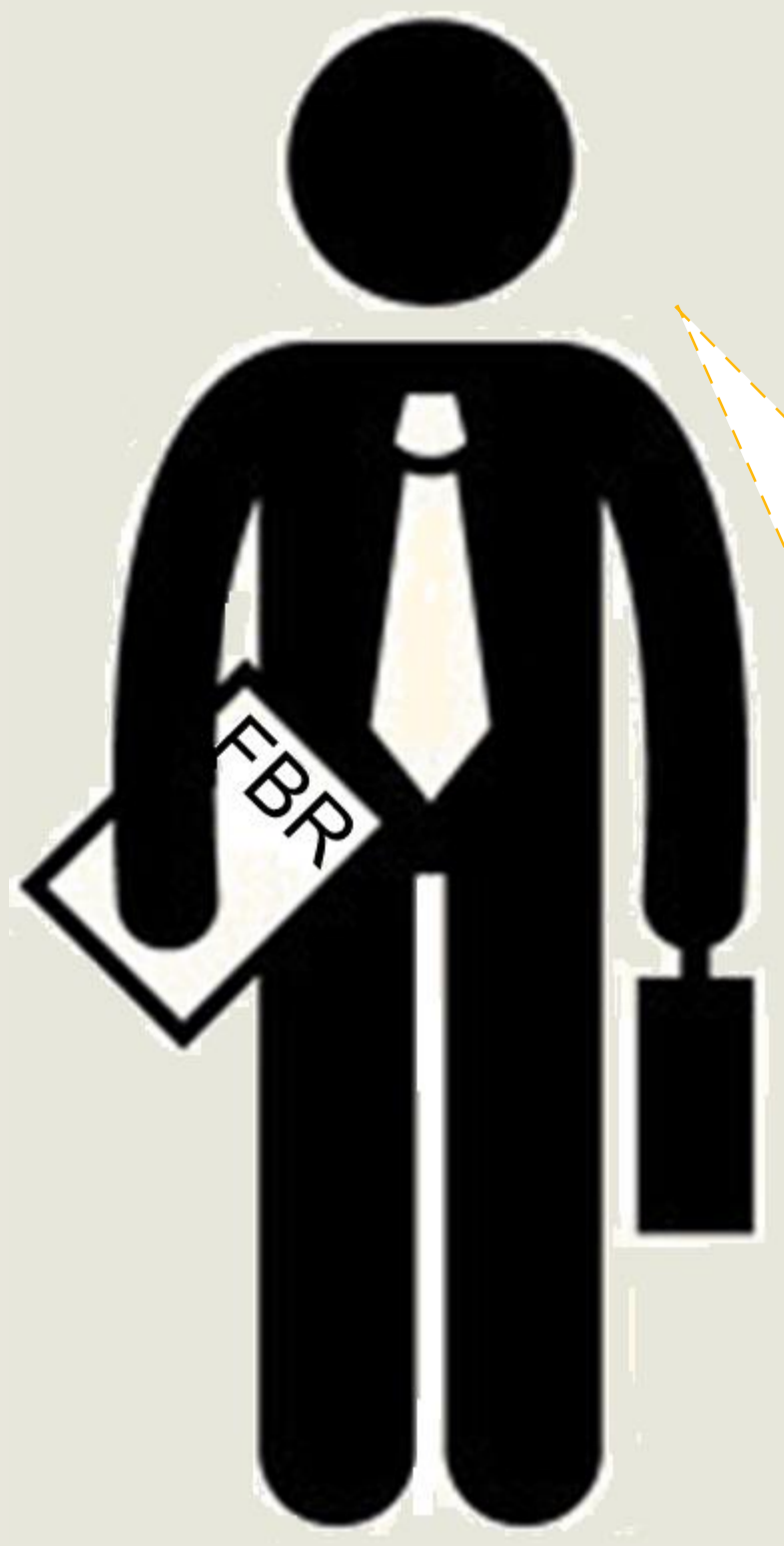
## CONTEXTE

Le financement basé sur les résultats (FBR) émerge comme une nouvelle alternative de financement du système de santé en Afrique.

Au Mali, un projet-pilote a été effectué de février 2012 à décembre 2013 afin d'améliorer la demande ainsi que l'offre de services de santé en finançant à la performance.

### Objectifs:

**Évaluer le degré de pérennité du projet et comprendre le processus de pérennisation.**



Le **FBR** consiste en l'attribution de fonds à des organisations/agents de santé atteignant des cibles de qualité et de quantité de soins de santé.

$Services\ ciblés \times \uparrow\ Motivation$

=

$(\uparrow\ Qualité + \uparrow\ Quantité) \Rightarrow \uparrow\ (Offre = Demande)$

## MÉTHODOLOGIE

### Participants

- 49 parties prenantes interviewées (administrateurs, agents de santé, concepteurs)

### Sites

- 6 Centres de santé communautaires  
- 2 Centres de santé de référence

### Documents

- 12 documents collectés

### Analyse thématique

- Utilisation d'un cadre conceptuel intégré de la pérennité et de la pérennisation

## RÉFÉRENCES

- Pluye P, Potvin L, Denis J-L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. Evaluation and Program Planning. 2004;27(2):121-33.
- Chambers D, Glasgow R, Stange K. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. Implementation Science. 2013;8(1):117.
- Johnson K, Hays C, Center H, Daley C. Building capacity and sustainable prevention innovations: a sustainability planning model. Evaluation and Program Planning. 2004;27(2):135-49.

## RÉSULTATS: Les 5 déterminants de la pérennité

### Mémoire organisationnelle

#### - Investissements dans l'organisation

(matériels, ressources humaines, fournitures, immobiliers, etc.)

#### - Dépréciation des investissements

(perte d'expertise, matériels endommagés, etc.)

#### - Niveau de ressources acquises durant le projet non pérenne

### Valeurs/Codes

#### - Objectifs correspondants

(meilleure qualité de services et réinvestissement en santé)

#### - Accent sur les résultats et les paiements

(perte des objectifs et rituels du projet à long terme)

#### - Fossé entre les langages

(incompréhension entre les parties prenantes – prestataires de soins et personnel de gestion)

### Règles/Procédures

#### - Clarification des tâches

(spécialisation et/ou réorganisation)

#### - Renforcement des supervisions durant le projet

(fréquence, meilleure rétroaction, soutien dans la planification d'activités)

#### - Peu de rétention des procédures après le projet

(e.g. bon accueil, processus d'enregistrement des patients)

### Adaptation

#### - Projet basé sur les besoins

(activités adressant des besoins organisationnels, individuels, locaux et nationaux)

#### - Compatibilité structurelle

(utilisation de structures, d'activités et de procédures préexistantes pour l'implantation)

#### - Préséance du projet sur les centres

(non prise en compte des spécificités de chaque centre de santé)

### Développement des relations inter-acteurs

#### - Rassemblement des acteurs

(municipalités, associations de femmes et des jeunes, leaders religieux, etc.)

#### - Meilleure communication durant le projet

(rapports, réunions, canaux informels)

#### - Relations basées sur les résultats

(perte de communication inter-acteurs et désinvestissement de certains)

## RÉSULTATS: Les 5 phases de pérennisation

### Évaluation des capacités

#### - Identification des ressources manquantes

(employés, matériel, formation...)

#### - Coopération inter-acteur préexistante

(projet SIEC, présence à long terme de la coopération néerlandaise)

#### - Manque de leadership lors de la mise en œuvre

(acteurs hiérarchiquement élevés)

#### - Perte de financement

(étude de base de l'USAID)

#### - Évaluations des capacités locales peu prises en compte

### Planification de la pérennité

#### - Projet expérimental

(durée déterminée du projet)

#### - Manque de correspondance entre le projet-pilote et le projet de mise à l'échelle

### Actions

#### - Peu d'actions prises pour la pérennité car :

- manque d'appropriation
- haut roulement du personnel et des leaders

### Évaluation de la pérennité

#### - Prépondérance de l'aspect financier

#### - Désintérêt de la pérennité

(rumeurs d'une mise à l'échelle financée par la Banque mondiale)

### Modifications

**Aucune modification pour pérenniser le projet**

## CONCLUSION

Les besoins sont:

- **Mieux planifier la pérennité/pérennisation**
- **Améliorer la compréhension du concept de pérennité et du processus de pérennisation**

### Faible pérennité

Les activités de l'organisation hôte viennent de l'intervention mais ne sont pas routinisées en accord avec les 5 déterminants; à court terme, les activités ne sont pas garanties

## Degré de pérennité

Nulle Précaire **FAIBLE** Médium Haute