

**Financement Basé sur la Performance et Gratuite:
L'évolution des Indicateurs du Paquet de Services
de Sante au Burundi entre 2011 et 2013**

Dr. Emmanuel SEHEYE (*CT-FBP, Burundi*),
Mr. Richard SHUGUGU (*Banque Mondiale, Burundi*),
Dr. Thaddée NDINDURWAHA (*CT-FBP, Burundi*),
Dr. Jean KAMANA (*Coordinateur de la CT-FBP, Burundi*)

Cette publication est le fruit d'un processus de capitalisation ayant eu lieu au Burundi en 2014/2015. Cette capitalisation vise à utiliser les expériences concrètes de mise en œuvre du FBP pour faire émerger les pratiques innovantes et prometteuses ainsi que les méthodes permettant d'influencer les politiques. Ces enseignements pourront aider d'autres praticiens à en apprendre davantage sur le FBP. Ce processus a été facilité par Jurien Toonen et Christel Jansen de KIT Health.

ABBREVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
BDD	Base des données
CDS	Centre de Santé
CPN	Consultation prénatale
CPON	Consultation postnatale
CPVV	Comité Provincial en charge de la Vérification et de la Validation
CSLP	Cadre Stratégique de relance économique et de Lutte contre la Pauvreté
CT – FBP	Cellule Technique Nationale du Financement basé sur la Performance
DIU	Dispositif intra-utérin
FBP	Financement Basé sur la Performance
FOSA	Formation Sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
MII	Moustiquaires Imprégnées d’Insecticide
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PCA	Paquet Complémentaire d’Activités
PMA	Paquet Minimum d’Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PF	Planification familiale
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
SIDA	Syndrome de l’immunodéficience acquise
SNIS	Système National d’Information Sanitaire
TBC	Tuberculose
VIH	Virus de l’immunodéficience humaine
VAT	Vaccin antitétanique

INTRODUCTION ET CONTEXTE

En mai 2006, le Gouvernement a décrété un paquet de soins gratuit pour les enfants de moins de 5 ans, les accouchements y compris les césariennes. En 2010, ce paquet a été étendu aux pathologies liées à la grossesse. Pour faire face aux difficultés liées au retard de remboursement des structures de soins, à la surfacturation des actes médicaux, à la surcharge de travail du personnel de santé et à sa démotivation, au manque de médicaments et d'équipements, le MSPLS a pris l'option de financer le paquet de soins gratuit évoqué ci-haut à travers un système de financement basé sur la performance. Après quatre années de pilotage, cette approche a été généralisée à l'ensemble du pays à partir du 01 Avril 2010 (voir l'encadré 1).

Après quatre années de mise en œuvre à l'échelle nationale, et dans le but de commencer à mieux comprendre ces dynamiques et mécanismes, la Cellule Technique Nationale du Financement Basé sur la Performance (CT-FBP) se propose de faire une analyse et une appréciation de l'évolution de quelques indicateurs quantitatifs subventionnés dans le cadre du FBP dans le temps de 2011 à 2013.

Encadré 1 : L'efficacité de l'approche du FBP au Burundi pendant la phase de pilotage

Récemment, plusieurs acteurs ont évalué l'impact de l'approche du FBP sur l'utilisation des services par la population cible (Bonfrer et al. 2013 ; Falisse et al. 2014) pendant la période de pilotage. Ils ont trouvé que l'introduction du FBP au Burundi montre une association positive avec l'augmentation de la complétion de trois visites prénatales ; des vaccinations antitétaniques pendant la grossesse ; et les accouchements au niveau du centre de santé. Cependant, il n'y a pas une association significative entre l'introduction du FBP et un changement dans le nombre de consultations curatives ; le nombre de consultations postnatales ; le nombre de vaccinations ; ni le nombre de traitements contre le paludisme.

Concernant les indicateurs du FBP, ils ont montré une augmentation générale, sauf pour la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et la vaccination des enfants. Les indicateurs du FBP ont montré une augmentation initiale après l'introduction du FBP, suivi par une stabilisation après quelques mois.

Il a été jugé impossible d'évaluer si l'effet positif du FBP est dû au fait que les ressources financières au niveau des formations sanitaires ont augmenté, ou si c'est grâce au mécanisme du FBP uniquement. De la même façon, il n'est pas connu dans quelle mesure l'effet observé est dû à la gratuité ou au FBP.

METHODOLOGIE

Cette analyse porte sur les données de la base des données (BDD) du FBP et une capitalisation des expériences et des connaissances à la fois de la CTB-FBP et de la Banque Mondiale au Burundi sur la mise en œuvre du FBP dans le pays. Nous avons utilisé les données mensuelles de janvier 2011 jusqu'à décembre 2013 pour calculer le nombre de services (déclarées, validées et vérifiées) annuels pour les 22 indicateurs du Paquet Minimum d'Activité (PMA) et les 24 indicateurs du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Par la suite, nous avons analysé l'évolution relative des indicateurs à travers un calcul du nombre de services fournis par indicateur en 2013, comme pourcentage des services fournis en 2011. Suite au développement continu de la base, certaines formules de calcul des tendances des indicateurs peuvent avoir été altérées. Par conséquent, nous avons pris l'option d'utiliser les données brutes telles que saisies au niveau de la base. Pour notre analyse, nous avons opté pour l'utilisation des données vérifiées dont le degré de fiabilité est plus élevé malgré l'existence d'un biais en rapport avec les données de janvier à août 2011 où seules les données validées étaient disponibles.

Box 2: The PBF database

Encadré 2 : La base de données FBP

Les informations dans la base de données FBP* sont produites mensuellement au niveau des formations sanitaires (FOSA). Les quantités déclarées sont premièrement vérifiées par une équipe des vérificateurs (CPVV). Ce sont les données vérifiées qui sont rapportées au SNIS. Parmi les données vérifiées, celles qui ne remplissent pas les normes établies sont exclues et celles qui remplissent les normes sont validées par le CPVV. Ainsi donc le SNIS reçoit les données vérifiées tandis que les données déclarées, vérifiées et validées sont saisies dans la base de données Web du FPB depuis août 2011. Entre janvier et août 2011, seules les données validées étaient introduites dans la base des données.

En comparant les indicateurs dont la définition est la même pour le SNIS (données vérifiées) et le FBP (données vérifiées et validées)** on constate que le nombre de prestations dans le rapport du SNIS est toujours supérieur au nombre des prestations de la base Web. Cela s'explique en partie par le fait que les données du SNIS proviennent de toutes les FOSA au nombre de 871 en 2011, 919 en 2012 et 966 en 2013 alors que celles du FBP proviennent des FOSA disposant d'un contrat avec le CPVV soit respectivement 562 en 2011, 601 en 2012 et 604 en 2013. Les exceptions sont les indicateurs de césariennes et les consultations curatives chez les moins de 5 ans où nous observons que depuis trois ans leur nombre FBP reste supérieur au nombre rapportées par le SNIS alors qu'on attendait le contraire. L'explication pour cette différence est à chercher. Une hypothèse pour expliquer cette différence pourrait être qu'une partie des données contenues dans la base FBP n'ont pas été rapportées dans le SNIS. Ici il faut noter que certains hôpitaux privés n'ont pas fourni le rapport SNIS, alors qu'ils avaient un contrat secondaire avec des FOSA publiques ou agréées***; les indicateurs réalisés par les FOSA privées ont été pris en compte dans les données déclarées et vérifiées des FOSA avec lesquelles elles ont signé un contrat secondaire, et par conséquent dans la base Web.

Tableau 1 Comparaison entre les indicateurs FBP et SNIS

N°	Indicateurs	2011		2012		2013	
		SNIS (N=871)	PBF (N=562)	SNIS (N=919)	PBF (N=601)	SNIS (N=966)	PBF (N=604)
1	Accouchement assisté par un personnel qualifié	296 714	287 271	303 192	298 716	333 540	330 262
2	Césarienne	16 804	16 786	17 872	18 459	19 132	19 830
3	Enfants complètement vaccinés	322 546	309 013	336 692	332 906	333 324	337 263
4	Consultations curatives chez les moins de 5 ans	5 769 336	5 907 362	6 267 117	6 402 338	7 810 222	8 008 618
5	Consultations curatives chez les 5 ans et plus	4 916 291	4 751 801	5 439 001	5 156 628	7 322 400	6 800 367

Plus d'informations sur le processus de vérification et le calcul des scores des FOSA est disponible sur : <http://www.rbfhealth.org/publication/verification-performance-results-based-financing-case-burundi>

* Les données sont disponibles sur: <http://www.fbpsanteburundi.bi/>

** Il s'agit des indicateurs suivants : les accouchements assistés par un personnel qualifié ; l'enfant complètement vacciné ; les consultations curatives des enfants de moins de 5 ans ; les consultations curatives des personnes âgées de 5 ans et plus ; et les césariennes.

***Les FOSA agréées sont celles gérées par les confessions religieuses ou des associations sans but lucratif

RESULTATS

Le graphique 1 montre l'évolution des 22 indicateurs du PMA (voir aussi l'annexe 1). Les données indiquent que 19 des 22 indicateurs du PMA ont connu une évolution positive, avec un accroissement variant de 3% à 127% (voir l'annexe 2). Trois (3) indicateurs ont connu une évolution négative : le nombre de nouveaux cas sous ARV ; le nombre de clients ARV suivi semestriellement ; et le nombre de cas de petite chirurgie.

Le graphique 2 montre l'évolution des 24 indicateurs du PCA au Burundi entre 2011 et 2013 (voir aussi l'annexe 1). Concernant le PCA, 16 de 24 indicateurs ont connu une évolution positive, avec un accroissement variant de 12% à 187%. La plus forte augmentation a été observée au niveau du nombre de circoncisions masculines dans les hôpitaux, qui ont augmenté de 187%. Par ailleurs, une baisse a été observée au niveau de la vasectomie et ligature des trompes 2012 et 2013. Les huit autres indicateurs ont connu une évolution négative pendant la même période. Il s'agit des

mêmes indicateurs qu'au niveau PMA : le nombre de nouveaux cas sous ARV ; le nombre de clients ARV suivi semestriellement ; et le nombre de cas de petite chirurgie ; ainsi que le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et mises sous protocole ARV prophylactique ; les journées d'hospitalisation pour les personnes âgées de 5 ans et plus ; les nouvelles consultations curatives chez un médecin pour les personnes âgées de 5 ans et plus ; la dépistage des cas TBC positifs ; et l'accouchement eutocique.

La mise sous protocole antirétroviraux (ARV)

Le dépistage volontaire du VIH/SIDA a montré une forte hausse (avec 59% au niveau des hôpitaux et 92% au niveau des CDS). En même temps, le nombre de nouveaux cas sous ARV a baissé de 11% au niveau du PMA et de 2% au niveau du PCA tandis que le nombre de clients sous ARV suivi semestriellement a baissé de 25 % au niveau du PMA et de 13% au niveau du PCA entre 2011 et 2013. Bien qu'entre 2011 et 2013 les consultations par les femmes enceintes aient augmenté (notamment au niveau des hôpitaux), le nombre de femmes enceintes avec VIH qui ont été mises sous protocole antirétroviraux prophylactique à ce niveau montre une baisse de 21%.

Les cas de petite chirurgie

Concernant la petite chirurgie, on observe une baisse entre 2012 et 2013 (-38% entre 2011 et 2013) dans les CDS, et à partir de 2011 (-53% entre 2011 et 2013).

Les soins aux personnes âgées de 5 ans et plus : nouvelles consultations curatives et journées d'hospitalisation

Au niveau PCA, les nouvelles consultations curatives chez un médecin et des journées d'hospitalisation sont les services les plus fréquemment déclarés au niveau PCA. Cependant, pour les patients âgés de 5 ans et plus, les nouvelles consultations curatives chez un médecin au niveau des hôpitaux montrent une baisse de 29% entre 2011 et 2013. Les journées d'hospitalisations à ce niveau montrent également une baisse (-5%) entre 2011 et 2013 : ils ont connu une modeste augmentation en 2011, suivie d'une baisse entre 2012 et 2013. On note une autre dynamique pour les hospitalisations pour les patients de moins de 5 ans : cet indicateur a connu une augmentation au niveau du PCA (+24%). Aussi au niveau des CDS, les deux indicateurs ont augmenté de 52% et 54% respectivement.

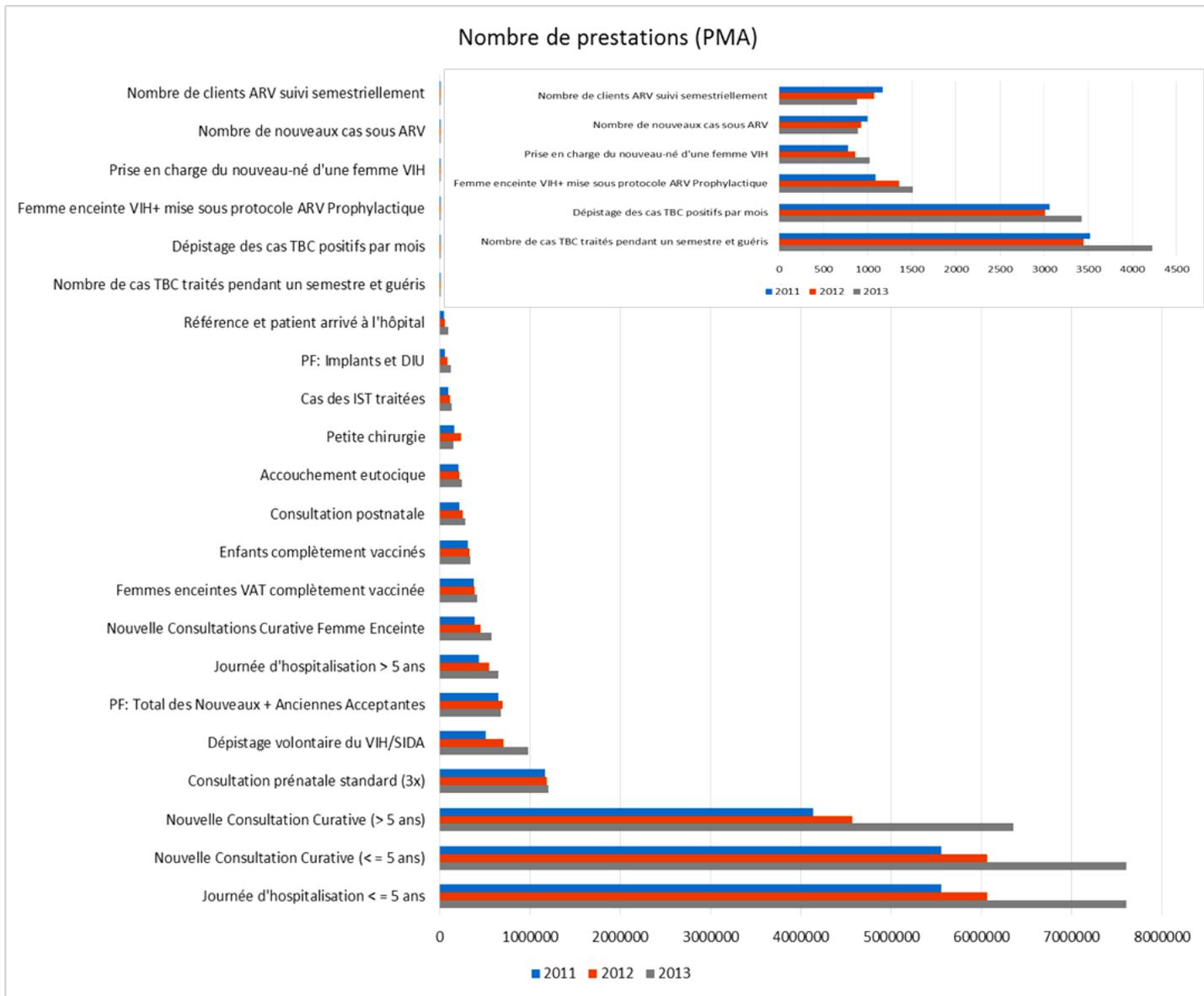
La lutte contre la tuberculose

On note que le dépistage des cas de TBC positifs par mois a augmenté de 12% au niveau du PMA (là où le nombre de cas de TBC traités pendant un semestre et guéris à ce niveau a également augmenté de 20%), tandis qu'elle a connu une baisse de 13% au niveau du PCA.

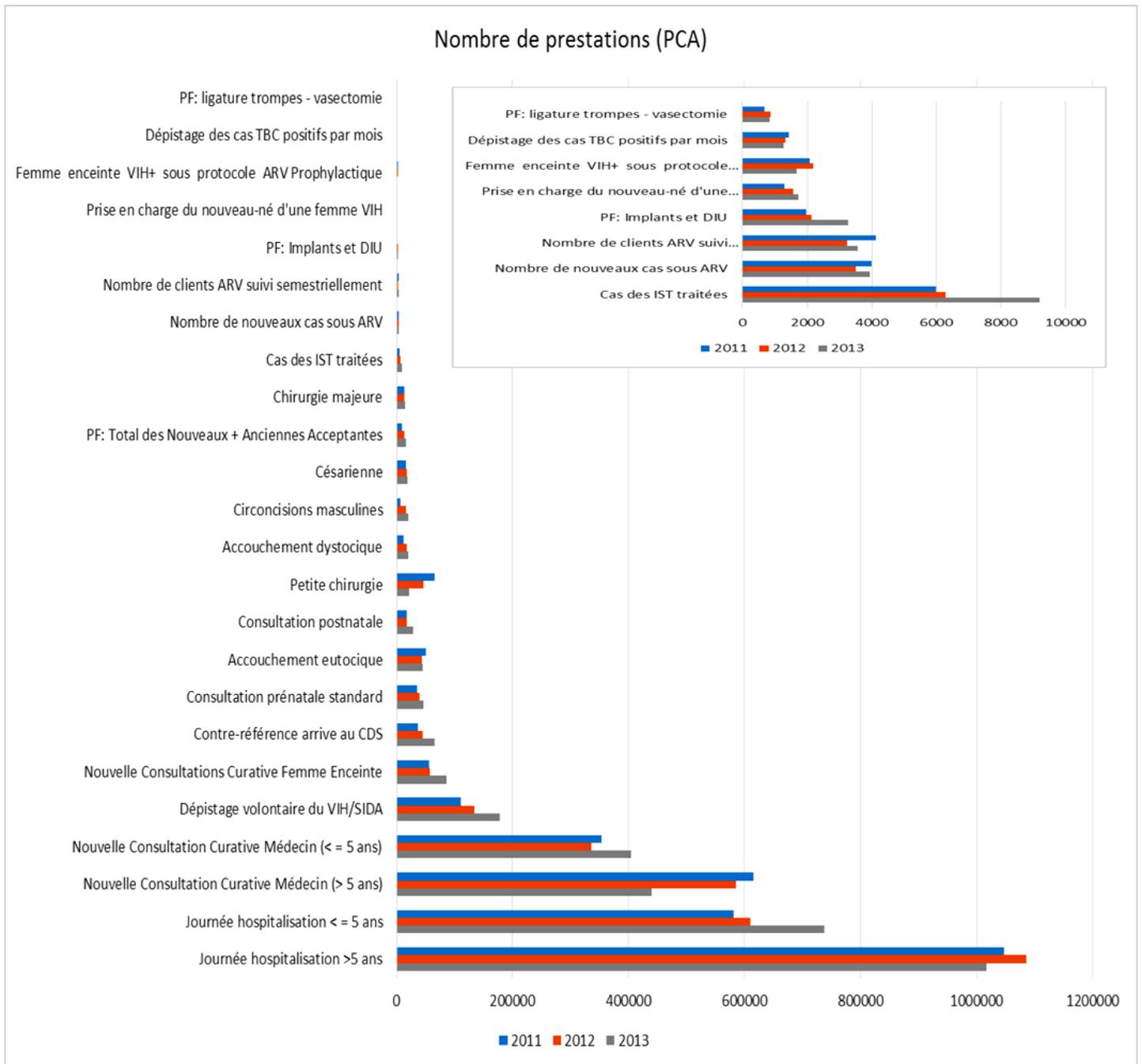
Les accouchements eutociques et la planification familiale

Entre 2011 et 2013, le nombre d'accouchements eutociques au niveau PMA a connu un accroissement de 18%. Au niveau des hôpitaux, cet indicateur a connu une baisse de 12% depuis 2011. En parallèle, deux indicateurs liés à la planification familiale ont connu une baisse entre 2012 et 2013, même si pour le total des trois années leur évolution était positive. Il s'agit du nombre des nouvelles et des anciennes acceptantes au niveau PMA et le nombre de cas de contraception chirurgicale (ligature des trompes et vasectomie).

Graphique 1: Nombre de prestations déclarées, validées et vérifiées au niveau PMA



Graphique 2: Nombre de prestations déclarées, validées et vérifiées au niveau PCA



HYPOTHESES QUI POURRAIENT EXPLIQUER LES RÉSULTATS

On note que la plupart des indicateurs du PMA et PCA ont connu une évolution positive, avec un accroissement moyen d'environ 30% entre 2011 et 2013.

Evolution positive

A travers notre activité de capitalisation, nous avons identifié plusieurs hypothèses qui pourraient expliquer ces évolutions positives.

Le FBP contribue au changement de comportement

Entre les quatre (4) indicateurs qui ont connu la plus forte hausse entre 2011 et 2013, on trouve le nombre de références par les CDS (sous forme des patients qui sont arrivés à l'hôpital) et le nombre de contre-références par les hôpitaux (sous forme des patients qui sont arrivés au CDS). Ces deux indicateurs ont montré une augmentation de 103% et 76% respectivement. L'évolution de cet indicateur semble indiquer l'opérationnalisation d'un système de référence et contre-référence dans lequel les bénéficiaires de la gratuité ne vont pas aux hôpitaux sans une référence des centres de santé.

Un double paiement augmente la quantité des services fournis

On trouve la plus forte augmentation au niveau du nombre de circoncisions masculines dans les hôpitaux, qui ont augmenté avec 187%. Cette hausse a été causée par des campagnes de circoncision organisées par le projet « Programme d'Intensification et de Décentralisation de la lutte contre le SIDA » (PRIDE). Ce projet est exécuté entre 2010 et 2014 par le Gouvernement de la République du Burundi, qui a obtenu un don du Fonds Mondial de la Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et la Paludisme pour ce projet mise en œuvre dans la quasi-totalité des hôpitaux. Le projet a remboursé la circoncision masculine et au même temps cette activité a été rapportée au niveau PCA sous le FBP, alors qu'elles étaient remboursées avec un double paiement (paiement de février 2013). De la même façon, le nombre de ligatures des trompes et de vasectomie a connu une augmentation entre 2011 et 2012 suivie d'une baisse entre 2012 et 2013 en raison du retrait de nos données toutes les prestations faites et remboursées avec un double paiement lors des campagnes.

L'implication du secteur privé augmente la quantité des services déclarés

Au cours de l'année 2013, l'évolution du nombre de consultations curatives pour les enfants de moins de 5 a dépassé celui des années antérieures tout le long de l'année ; un effet que pourrait être lié aux contractants secondaires des hôpitaux nationaux : pour impliquer les privés dans le système de rapportage, la porte leur a été ouverte pour leur permettre de signer des contrats secondaires avec les contractants principaux. C'est dans ce cadre que 3 hôpitaux et plusieurs cabinets privés ont signé le contrat secondaire avec les hôpitaux nationaux. Cela semble avoir abouti à une augmentation exponentielle de la facture.

Evolution positive faible

Au contraire, quelques indicateurs au niveau PMA ont connu un accroissement relativement faible (moins de 10%) ou semblent aller vers une stagnation. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces tendances négatives.

Evolution relativement faible pour les services avec une bonne couverture

Le faible taux d'accroissement (+9%) du nombre de femmes enceintes complètement vaccinées avec le vaccin antitétanique (VAT) peut s'expliquer par le taux de couverture qui dépasse déjà le 90%. A ce niveau de couverture, il n'est pas facile d'augmenter de façon significative le nombre de clients. La même situation s'observe pour le nombre d'enfants complètement vaccinés (+9%) et les consultations prénatales et postnatales. Ces services se faisaient uniquement dans

les CDS et leur taux de couverture était déjà élevé à ce niveau ; pour les consultations prénatales, ce taux s'est vite accru au niveau des hôpitaux dès l'introduction de ces deux indicateurs dans le paquet du FBP en 2010. Notons que ces indicateurs ont été de nouveau retirés des hôpitaux en 2014 (voir l'encadré 3), ce qui fait que les consultations prénatales et postnatales sont financées par le FBP uniquement au niveau du PMA.

Changement de méthode PF est plus facile à réaliser et plus rémunérant qu'une augmentation du nombre d'utilisateurs

La planification familiale (PF) à travers des implants et des dispositifs intra-utérins (DIU) est augmenté dans les formations sanitaires (FOSA) offrant le PMA ainsi que les FOSA offrant le PCA. Cependant, il semble qu'au niveau des CDS, il s'agit en partie des mêmes utilisateurs d'une méthode PF qui changent vers les implants ou le DIU, car l'augmentation en nombre d'utilisateurs FP est moins prononcée que celle du total d'acceptantes (voir l'annexe 1 et l'annexe 2). L'annexe 3 montre que les tarifs pour les implants et DIU sont plus attractifs que les tarifs pour le nombre d'utilisateurs du PF.

Evolution négative

Onze des 46 indicateurs ont connu une évolution négative. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces tendances négatives.

Les ruptures de stock empêchent une augmentation des services déclarés

Les services liés à la mise sous protocole ARV ont tous baissé au niveau PMA et PCA, avec l'exception de la prise en charge des nouveau-nés d'une femme avec VIH au niveau PMA et PCA et le nombre de femmes enceintes avec VIH qui ont été mises sous protocole antirétroviraux prophylactique au niveau PMA. Les tendances à la baisse pourraient s'expliquer par des ruptures de stock en ARV fréquemment observées, mais n'expliquent pas l'exception des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Les raisons pour cette évolution ne sont pas connues.

La décentralisation diminue le nombre de services déclarés au niveau PCA

Au niveau des CDS, les hospitalisations pour les patients âgés de 5 ans et plus ont augmenté de 52%. De même que les accouchements, il semble qu'une fraction de cette augmentation ait été réalisée au détriment des journées d'hospitalisations au niveau des hôpitaux (-5%, avec une modeste augmentation en 2011, suivie d'une baisse entre 2012 et 2013). Entre 2011 et 2013, le nombre d'accouchements eutociques au niveau des CDS a augmenté avec un accroissement de 18%. Une fraction de cette augmentation semble avoir été au détriment des accouchements eutociques au niveau des hôpitaux, où cet indicateur a connu une baisse de 12% depuis 2011. Il semble que, comme prévu par l'approche du FBP et de la gratuité, les hôpitaux ne reçoivent que de plus en plus les accouchements dystociques (+ 63%) et des accouchements nécessitant une césarienne (+16%). De même, pour les services liés à la lutte contre la tuberculose (TBC), la baisse au niveau PCA semble indiquer que la politique nationale de décentralisation de la prise en charge de la TBC, qui prône le traitement ambulatoire au niveau des centres de santé en dehors de cas résistants pris en charge dans un hôpital spécialisé, s'est traduite dans les faits au niveau des FOSA.

De l'autre côté, par rapport à la prise en charge des nouveau-nés d'une femme avec VIH, même si le volume des prestations augmente au niveau des CDS, cette augmentation est encore plus grande au niveau des hôpitaux, ce qui n'est pas en conformité avec la décentralisation progressive prévue pour les services de prévention de la transmission VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME). Les raisons pour cette évolution ne sont pas connues.

La modification de la liste d'indicateurs et des tarifs du FBP impacte sur la quantité de services

Par rapport aux petites chirurgies, les cas ne répondant pas à la nouvelle définition de la petite chirurgie ont été exclus

depuis 2012. Cela semble d'avoir eu comme effet la baisse observée entre 2012 et 2013 (-38% dans les CDS et -53% dans les hôpitaux). Cependant, la petite chirurgie au niveau des hôpitaux a connu une baisse déjà entre 2011 et 2012. Les raisons pour cette évolution ne sont pas connues.

Quant aux données des consultations curatives chez les personnes âgées de 5 ans et plus, réalisées dans les hôpitaux, on observe une baisse à partir de l'année 2012, qui est plus significative en 2013, suivi de retrait de l'indicateur de la liste d'indicateurs des hôpitaux nationaux et une diminution du paiement du FBP au niveau PCA en janvier 2013 (voir l'annexe 3).

Encadré 3 : Chronologie de l'évolution de la liste d'indicateurs et des tarifs du FBP

Janvier 2012 : Une impossibilité de vérification sur terrain de l'exactitude des données (aller compter les latrines aménagées et compter les moustiquaires reçues par la population) avec comme conséquence la possibilité de fraude massive devenant apparent en décembre 2011 pour la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et la construction des latrines. Par conséquent, ces indicateurs ont été retirés de la liste des indicateurs de PMA à partir du mois de janvier 2012.

Décembre 2012 : Lors de la mise en œuvre du FBP, la compréhension de la définition de la petite chirurgie n'était pas identique pour les évaluateurs et les services évalués. On observait un nombre rapporté excessif des cas et en effet, on prenait pour petite chirurgie tout cas de soins réalisés en petite chirurgie (changement de pansement, nettoyage de plaies etc.) La précision de la définition en décembre 2012 a été suivie par une réduction du nombre de cas déclaré.

Janvier 2013 : Retrait de l'indicateur « consultations curatives chez les personnes âgées de 5 ans et plus » de la liste d'indicateurs des hôpitaux nationaux et une diminution du paiement du FBP au niveau PCA.

Février 2013 : L'indicateur pour la circoncision masculine a été mal interprété au point que les interventions réalisées lors des campagnes de circoncision organisées par un projet de lutte contre le SIDA ont été rapportées au niveau PCA sous le FBP, alors qu'elles étaient remboursées avec un double paiement en février 2013. Le montant payé dans ce cadre par le FBP au mois de février 2013 a été progressivement récupéré jusqu'à juin 2013.

Novembre 2013 : L'intégration des hôpitaux nationaux dans le circuit des malades représente une consommation élevée du budget due aux coûts liés aux actes à ce niveau et pose des défis liés par exemple à la définition de leur zone d'action et des normes au niveau de leur organisation. Par conséquent, on a opté en novembre 2013 de ne considérer que les indicateurs PCA pris en compte dans la politique de gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes. Par conséquent, on a enlevé les cas de TBC diagnostiqués et les cas de TBC guéris. Certains indicateurs sont uniquement supprimés au niveau des hôpitaux nationaux tandis que d'autres le sont et pour les hôpitaux de district et pour les hôpitaux nationaux.

Janvier 2014 : Les indicateurs du PMA ne nécessitant pas la référence (les consultations prénatales et les consultations postnatales) ont été supprimés de la liste d'indicateurs PCA pour tous les hôpitaux depuis janvier 2014. L'accouchement eutocique n'est pas du nombre.

Quand un indicateur est supprimé, les informations sont collectées au niveau SNIS mais ne sont plus vérifiées dans le cadre de la vérification du FBP.

DISCUSSION

Le financement basé sur la performance a permis aux FOSA de disposer des fonds pour le fonctionnement, l'achat de médicaments et l'octroi d'une prime au personnel dans le but d'améliorer les conditions de travail, de stabiliser le personnel et d'améliorer la qualité des prestations offertes à la population. L'analyse des données à notre possession semble montrer cette tendance pour la plupart des indicateurs. En général depuis 2011, nous constatons une tendance moyenne positive tant au niveau du PCA que du PMA. En outre, on observe que la population fait de plus en plus recours aux centres de santé en premier lieu. L'instrument FBP a donc certainement eu une influence forte sur les services fournis par les FOSA.

Limites de l'analyse : qu'est-ce qui marche, comment et pour qui ?

Le FBP permet d'acheter des résultats « stratégiques », ce qui nécessite une revue régulière des indicateurs afin de comprendre leur évolution aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant, il existe encore un manque

d'informations sur les mécanismes à travers lesquels le FBP atteint des résultats. A titre d'exemple, l'hypothèse que la décentralisation diminue le nombre de services déclarés au niveau PCA montre que la base de données du FBP ne nous permet pas d'appréhender tous les contours de la réalisation de cette décentralisation. Celle-ci pourrait s'expliquer par plusieurs mécanismes :

- 1) la politique de décentralisation de certains services du MSPLS ou l'inaccessibilité financières des services non subventionnés dans les hôpitaux nationaux : les subventions du FBP pourraient être utilisées pour améliorer l'accessibilité financière pour la population pauvre : retirer un indicateur de la liste du FBP impliquera plus de coûts directs pour les patients payants (ne bénéficiant pas de la gratuité), ce qui fait qu'ils font recours de plus en plus aux CDS où ils reçoivent plus de valeur pour leurs investissements. Une autre explication pourrait se trouver au niveau de la qualité des services offerts dans les CDS ;
- 2) l'amélioration de la qualité des soins au niveau PMA, qui fait que la population fait recours de plus en plus aux CDS. Une telle dynamique a été trouvée en RDC, où il a été constaté que le FBP entraînait (i) une baisse dans les coûts directs à payer aux FOSA par les patients ; (ii) des services d'une qualité équivalente ou meilleure ; et (iii) et une meilleure qualité de soins (Soeters et al. 2011). Une analyse de la qualité des services n'a pas pu être faite dans le cadre de cette étude, mais pourrait être utile pour confirmer ou rejeter cette hypothèse. Les résultats de l'analyse de l'impact du FBP ont indiqué que l'introduction du FBP a entraîné certaines améliorations dans l'utilisation des soins maternelles et des scores de qualité des FOSA. Cependant, bien que la qualité générale pour les FOSA ait augmenté de 45% pendant la période d'étude, les résultats n'ont montré aucun effet de l'approche du FBP sur la qualité perçue par les bénéficiaires (Bonfrer et al. 2014).

De la même façon, la forte augmentation des circoncisions masculines dans les hôpitaux a probablement connu un biais lié à un double paiement. La question qui se pose est donc de savoir quels sont les mécanismes qui causent ces effets ? Quel est l'impact du FBP sur la qualité des soins et sur la santé de la population ? Est-ce qu'un impact du FBP est lié au fait que les ressources financières au niveau des FOSA ont augmenté ; au fait que les coûts pour la population ont été diminués ; ou grâce au mécanisme FBP même ; ou est-ce qu'il y a d'autres biais qui jouent ? De la même façon, il n'est pas connu dans quelle mesure l'impact est dû à la gratuité ou au FBP (Falisse et al. 2014). Comment la population perçoit-elle les nouvelles dynamiques au sein des FOSA ? Et quelles sont les perceptions et sentiments du personnel de santé et des gestionnaires des FOSA par rapport aux nouvelles dynamiques, quelles sont les stratégies qu'ils développent pour répondre aux incitations du FBP ? Est-ce que l'introduction du PBF/gratuité risque d'entraîner une négligence par le personnel et une chute du niveau de couverture par rapport à certains services non-FBP et non-gratuité au moment où le Burundi a atteint le niveau d'éradication de la poliomyélite, de l'élimination du tétanos néonatal et du contrôle de la rougeole ? Afin de mieux comprendre l'impact du FBP sur la qualité et l'utilisation des services, ainsi que sur la santé de la population, il faudrait savoir ce qui est dans la « boîte noire » du FBP : ce qui explique la relation entre l'approche du FBP et les résultats réalisés. Toutes ces interrogations pourraient trouver des réponses par le biais d'une analyse plus approfondie à travers une étude qualitative sur « ce qui marche, comment et pour qui ».

Questions stratégiques relevées

L'intérêt de payer des indicateurs déjà élevés (vaccination, consultation curatives) au niveau PMA est de permettre leur maintien au niveau atteint de couverture d'une part et de les rendre accessibles à la population d'autre part (pour éviter ce qui s'est produit avec le retrait de l'indicateur « consultations curatives chez les 5 ans et plus au niveau des hôpitaux nationaux ») ce qui ne met pas en doute le fait que le FBP a été introduit pour acheter des résultats « stratégiques ». Pour réduire le déficit de financement pour le FBP/gratuité qui est actuellement d'environ 45%, une solution pourrait être de baisser le prix unitaire de certains des indicateurs du FBP pour renforcer la viabilité financière. On pourrait aussi considérer un plafond pour des paiements du FBP aux services pour lesquels les objectifs ont déjà été

Un même type de question se pose pour les services liés à la lutte contre le VIH/SIDA. Si ce sont les ruptures de stock qui expliquent la baisse relative du nombre de femmes enceintes avec VIH qui ont été mises sous protocole ARV prophylactique (au niveau des hôpitaux) ; du nombre de nouveaux cas sous ARV ; et du nombre de clients sous ARV suivi semestriellement, est-ce qu'il est stratégique, efficace ou même éthique, de subventionner les prestations de dépistage volontaire et le dépistage pendant la grossesse ? Ne serait-il plus efficace et efficient de réallouer ces fonds à améliorer l'approvisionnement des FOSA en médicaments ARV ?

Actuellement, le changement de méthode PF est plus facile à réaliser et plus rémunérant qu'une augmentation du nombre total d'utilisateurs du PF. Il est à discuter si cette dynamique correspond aux atteintes ou aux objectifs du Gouvernement, ou si elle demande une utilisation plus stratégique de l'outil du FBP.

CONCLUSION

Les analyses de l'évolution des indicateurs du FBP permettent de détecter des déviations (des cas pris en charge à domicile et non dans un service de soins avec une possibilité de double paiement ou en dehors des FOSA à travers des campagnes de masse), des tentatives de fraudes (construction des latrines, distribution des moustiquaires, etc.), et des escalades de consommation du budget du FBP. Cette analyse de l'évolution des indicateurs semble indiquer que :

- La modification de la liste d'indicateurs et des tarifs du FBP impacte sur la quantité de services
- Un double paiement introduit un biais sur la quantité des services rapportée
- Le FBP contribue au changement de comportement par rapport au système de référence
- L'implication du secteur privé augmente la quantité des services déclarés
- La décentralisation diminue le nombre de services déclarés au niveau PCA
- L'évolution des indicateurs quantitatifs est relativement faible pour les services avec une bonne couverture
- Le changement de méthode PF est plus facile à réaliser et plus rémunérant qu'une augmentation du nombre total d'utilisateurs du PF
- Les ruptures de stock empêchent une augmentation des services déclarés

L'approche du FBP fournit au régulateur un instrument permettant de s'assurer que les prestations au niveau des FOSA suivent les politiques nationales. Les exemples montrent comment les analyses des indicateurs ont poussé la CT-FBP à revoir les définitions (circoncision masculine, petite chirurgie, maladies prises en charge chez la femme enceinte, etc.) ou à retirer certains indicateurs (MII, latrines, voir l'encadré 3). Au Burundi, le FBP fonctionne comme un vrai acheteur stratégique : on change les modalités, et on trouve des changements là où les résultats ne correspondent pas aux attentes ou aux objectifs du Gouvernement.

Cette analyse des indicateurs quantitatifs a soulevé les questions stratégiques suivantes :

- Le changement de méthode PF est plus facile à réaliser et plus rémunérant qu'une augmentation du nombre total d'utilisateurs du PF : est-ce que cette incitation influence l'offre des services au niveau des formations sanitaires et est-ce que cette incitation correspond aux objectifs du Gouvernement ?
- Comment utiliser l'approche du FBP pour les hôpitaux nationaux dans une démarche de décentralisation et santé primaire ? Lule Burundi pourrait considérer d'abandonner le paiement des indicateurs liés à la quantité au niveau des hôpitaux nationaux et de les inciter seulement sur base des indicateurs de qualité. En attendant, on pourrait revoir les normes et les rendre plus strictes quant à la qualité des services fournis par ces hôpitaux, afin de payer seulement les soins fournis de qualité.
- Pour réduire le déficit de financement de 45%, faudrait-il baisser le prix unitaire de certains indicateurs du FBP ou installer un plafond pour des paiements du FBP aux services pour lesquels les objectifs ont déjà été atteints ?

Cependant, il existe encore un manque d'informations sur les mécanismes à travers lesquels le FBP atteint ces résultats. Afin de mieux comprendre l'impact du FBP sur la qualité et l'utilisation des services, et d'être en mesure de mieux utiliser le FBP comme instrument stratégique, il faudrait entreprendre une analyse plus approfondie à travers une étude qualitative sur « ce qui marche, comment et pour qui » dans le but de savoir ce qui est dans la « boîte noire » du FBP : ce qui explique la relation entre l'approche du FBP et les résultats réalisés.

REFERENCES

Igna Bonfrer, Robert Soeters, Ellen Van de Poel, Olivier Basenya, Gashubije Longin, Frank van de Looij and Eddy van Doorslaer. *Introduction Of Performance-Based Financing In Burundi Was Associated With Improvements In Care And Quality*. Health Affairs, 33, no.12 (2014):2179-2187.

Jean-Benoit Falisse, Juvenal Ndayishimiye, Vincent Kamenyero and Michel Bossuyt. *Performance-based financing in the context of selective free health-care: an evaluation of its effects on the use of primary health-care services in Burundi using routine data*. Health Policy and Planning 2014;1–10.

Longin Gashubije (2014). *De la fragmentation à la couverture sanitaire universelle : un chemin long mais possible au Burundi*. Blog published on the site of [Harmonization for Health in Africa](#) on 22 December 2014.

Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, Kimanuka C. *Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo*. Health Aff (Millwood). 2011; 30(8): 1518–27.

POUR PLUS D'INFORMATION : www.fbpsanteburundi.bi

ANNEXE 1: L'EVOLUTION DES INDICATEURS PMA ET PCA ENTRE 2011 ET 2013 (CHIFFRES ABSOLUS)

Tableau 1: L'évolution des indicateurs PMA entre 2011 et 2013 (chiffres absolus)

No	Indicateurs FBP	Nombre de prestations		
		2011	2012	2013
1	PF: Implants et DIU	52946	81217	120308
2	Référence et patient arrivé à l'hôpital	46716	59419	94803
3	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	508834	703638	978352
4	Nouvelle Consultation Curative (> 5 ans)	4135882	4570521	6359732
5	Journée d'hospitalisation > 5 ans	429883	548803	652829
6	Nouvelle Consultation Curative Femme Enceinte	386574	448814	571939
7	Cas des IST traitées	90485	116133	133401
8	Journée d'hospitalisation < = 5 ans	5553796	6066051	7604730
9	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV Prophylactique	1094	1357	1510
10	Nouvelle Consultation Curative (< = 5 ans)	5553796	6066051	7604730
11	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH	779	863	1024
12	Consultation postnatale	216058	257287	279655
13	Nombre de cas TBC traités pendant un semestre et guéris	3519	3445	4229
14	Accouchement eutocique	207635	218639	245006
15	Dépistage des cas TBC positifs par mois	3066	3010	3423
16	Femmes enceintes VAT complètement vaccinée	375581	388670	410759
17	Enfants complètement vaccinés	309013	332906	337263
18	PF: Total des Nouveaux + Anciennes Acceptantes	652125	698805	679123
19	Consultation prénatale standard (3x)	1165019	1184963	1204826
20	Petite chirurgie	159853	236720	147449
21	Nombre de nouveaux cas sous ARV	1001	931	894
22	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	1175	1074	880

Tableau 2: L'évolution des indicateurs PCA entre 2011 et 2013 (chiffres absolus)

No	Indicateurs FBP	Nombre de prestations		
		2011	2012	2013
1	Circoncisions masculines	6838	15947	20193
2	Contre-référence arrive au CDS	36903	44955	66121
3	PF: Total des Nouveaux + Anciennes Acceptantes	9710	14298	16151
4	PF: Implants et DIU	1972	2123	3265
5	Accouchement dystocique	12304	17479	20382
6	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	111128	134384	178341
7	Cas des IST traitées	5990	6290	9206
8	Nouvelle Consultation Curative Femme Enceinte	56547	58147	86670
9	Consultation postnatale	17813	18198	28802
10	Consultation prénatale standard	35972	40236	46389
11	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH	1283	1554	1728
12	Journée hospitalisation < = 5 ans	581341	610417	737496
13	PF: ligature trompes - vasectomie	688	868	825
14	Césarienne	16786	18459	19830
15	Chirurgie majeure	13503	14090	15708
16	Nouvelle Consultation Curative Médecin (< = 5 ans)	353566	336287	403888
17	Nombre de nouveaux cas sous ARV	3999	3523	3951
18	Journée hospitalisation >5 ans	1047260	1086073	1017477
19	Accouchement eutocique	50546	44139	45044
20	Dépistage des cas TBC positifs par mois	1421	1333	1260
21	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	4130	3241	3574
22	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV Prophylactique	2082	2192	1666
23	Nouvelle Consultation Curative Médecin (> 5 ans)	615919	586107	440635
24	Petite chirurgie	66221	46363	22091

ANNEXE 2: EVOLUTION OF MPA AND CPA INDICATORS BETWEEN 2011 AND 2013 (RELATIVE NUMBERS)

Tableau 1: L'évolution des indicateurs PMA et PCA entre 2011 et 2013 (chiffres relatifs)

No	Indicateurs FBP	Evolution relative		
		Between 2011 and 2012	Between 2012 and 2013	Between 2011 and 2013
1	PF: Implants et DIU	53%	48%	127%
2	Référence et patient arrivé à l'hôpital	27%	60%	103%
3	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	38%	39%	92%
4	Nouvelle Consultation Curative (> 5 ans)	11%	39%	54%
5	Journée d'hospitalisation > 5 ans	28%	19%	52%
6	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte	16%	27%	48%
7	Cas des IST traitées	28%	15%	47%
8	Journée d'hospitalisation < = 5 ans	36%	3%	39%
9	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV Prophylactique	24%	11%	38%
10	Nouvelle Consultation Curative (< = 5 ans)	9%	25%	37%
11	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH	11%	19%	31%
12	Consultation postnatale	19%	9%	29%
13	Nombre de cas TBC traités pendant un semestre et guéris	-2%	23%	20%
14	Accouchement eutocique	5%	12%	18%
15	Dépistage des cas TBC positifs par mois	-2%	14%	12%
16	Femmes enceintes VAT complètement vaccinée	3%	6%	9%
17	Enfants complètement vaccinés	8%	1%	9%
18	PF: Total des Nouveaux + Anciennes Acceptantes	7%	-3%	4%
19	Consultation prénatale standard (3x)	2%	2%	3%
20	Petite chirurgie	48%	-38%	-8%
21	Nombre de nouveaux cas sous ARV	-7%	-4%	-11%
22	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	-9%	-18%	-25%

Tableau 2: L'évolution des indicateurs PMA et PCA entre 2011 et 2013 (chiffres relatifs)

No	Indicateurs FBP	Relative evolution PBF indicators		
		Between 2011 and 2012	Between 2011 and 2012	Between 2011 and 2013
1	Circoncisions masculines	133%	23%	187%
2	Contre-référence arrive au CDS	22%	45%	76%
3	PF: Total des Nouveaux + Anciennes Acceptantes	47%	12%	65%
4	PF: Implants et DIU	8%	54%	65%
5	Accouchement dystocique	42%	14%	63%
6	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	21%	32%	59%
7	Cas des IST traitées	5%	45%	52%
8	Nouvelle Consultation Curative Femme Enceinte	3%	48%	52%
9	Consultation postnatale	2%	40%	43%
10	Consultation prénatale standard	12%	21%	35%
11	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH	21%	10%	34%
12	Journée hospitalisation < = 5 ans	5%	18%	24%
13	PF: ligature trompes - vasectomie	26%	-6%	19%
14	Césarienne	10%	5%	16%
15	Chirurgie majeure	4%	9%	14%
16	Nouvelle Consultation Curative Médecin (< = 5 ans)	-5%	18%	12%
17	Nombre de nouveaux cas sous ARV	-12%	12%	-2%
18	Journée hospitalisation >5 ans	4%	-8%	-5%
19	Accouchement eutocique	-13%	0%	-12%
20	Dépistage des cas TBC positifs par mois	-6%	-7%	-13%
21	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	-22%	10%	-13%
22	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV Prophylactique	5%	-25%	-21%
23	Nouvelle Consultation Curative Médecin (> 5 ans)	-5%	-25%	-29%
24	Petite chirurgie	-30%	-53%	-67%

ANNEXE 3: L'ÉVOLUTION DES TARIFS DES INDICATEURS PMA ET PCA ENTRE 2011 ET 2013

Chaque province dispose de son propre tarif PMA établi en tenant compte des critères d'équité contenus dans le manuel des procédures. Le tarif utilisé pour remplir le tableau ci-dessous est la moyenne de la somme des tarifs provinciaux pour l'incitation côté offre (FBP).

Tableau 1: L'évolution des tarifs du programme FBP (incitation coté offre) entre 2011 et 2013 au niveau PMA

No	Service	Incitation coté offre (FBP)					
		2011		2012		2013	
		Janv-juin	Juil.-Déc	Janv. Juin	Juil.-Déc	Janv. Juin	Juil.-Déc
1	PF: Implants et DIU	8588	7029	7559	8459	13375	12647
2	Référence et patient arrivé à l'hôpital	1718	1418	2047	2165	2463	2382
3	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	1718	1429	1618	2500	1838	1765
4	Nouvelle Consultation Curative (> 5 ans)	299	238	252	252	254	246
5	Journée d'hospitalisation > 5 ans	513	385	385	445	424	416
6	Nouvelle Consultation Curative Femme Enceinte	2585	2253	2835	4471	3488	3388
7	Cas des IST traitées	863	690	806	909	919	882
8	Journée d'hospitalisation <= 5 ans	1021	844	841	926	901	879
9	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	12941	11147	12588	13824	14688	14324
10	Nouvelle Consultation Curative (<= 5 ans)	691	541	578	677	568	553
11	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH	12941	11147	12588	13824	14688	14324
12	Consultation postnatale	859	703	1203	2562	1794	1712
13	Nombre de cas TBC traités pendant un semestre et guéris	42706	33529	35471	36765	37250	36059
14	Accouchement eutocique	5971	5206	9059	13000	19375	18647
15	Dépistage des cas TBC positifs par mois	17059	12412	14235	15353	15156	14382
16	Femmes enceintes VAT complètement vaccinée	1294	997	1135	1971	1156	1076
17	Enfants complètement vaccinés	3024	2588	2859	3629	3338	3265
18	PF: Total des Nouveaux + Anciennes Acceptantes	2603	2229	2800	3982	4688	4324
19	Consultation prénatale standard (3x)	859	703	1203	2565	1794	1712
20	Petite chirurgie	1282	962	1079	1182	2438	2365
21	Nombre de nouveaux cas sous ARV	12941	11265	12588	13824	14688	14324
22	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	43059	36647	38706	40941	41344	39853

Chaque province dispose de son propre tarif PCA établi en tenant compte des critères d'équité contenus dans le manuel des procédures. Le tarif utilisé pour remplir le tableau ci-dessous est la moyenne de la somme des tarifs provinciaux.

Tableau 2: L'évolution des tarifs du programme FBP (incitation coté offre) entre 2011 et 2013 au niveau PCA

No	Service	Incitation coté offre (FBP)					
		2011		2012		2013	
		Janv-juin	Juil.-Déc	Janv. Juin	Juil.-Déc	Janv. Juin	Juil.-Déc
1	Circoncisions masculines		15500	16941	18059	21588	21412
2	Contre-référence arrive au CDS	2205	2222	2385	2556	2653	2641
3	PF: Total des Nouveaux + Anciennes Acceptantes	3588	3286	3532	4294	5159	5141
4	PF: Implants et DIU	11025	10417	11059	13235	14794	14706
5	Accouchement dystocique	7675	7658	9471	17353	21588	21412
6	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	2205	2233	2403	3238	3659	3641
7	Cas des IST traitées	1103	1117	1209	1309	1459	1441
8	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte	5525	5475	5885	8553	12559	12471
9	Consultation postnatale	1103	1108	1212	2388	2229	2212
10	Consultation prénatale standard	1103	1108	1212	2388	2229	2212
11	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH	16350	16333	17882	19118	20647	20471
12	Journée hospitalisation < = 5 ans	3310	3539	3441	3618	4265	4247
13	PF: ligature trompes - vasectomie	44100	44889	46294	51588	63176	62824
14	Césarienne	66200	72889	84647	103353	143941	143412
15	Chirurgie majeure	32700	42000	43941	54353	37824	37647
16	Nouvelle Consultation Curative Médecin (< = 5 ans)	2205	2578	2671	2924	4806	4788
17	Nombre de nouveaux cas sous ARV	16350	16333	17882	19118	20647	20471
18	Journée hospitalisation >5 ans	1323	2114	1050	1141	1021	1012
19	Accouchement eutocique	7675	7658	9471	17353	21588	21412
20	Dépistage des cas de TBC positifs par mois	22050	22056	23588	24706	15706	15529
21	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	55300	54833	57706	59765	58588	58412
22	Femme enceinte VIH+ sous protocole AR prophylactique	16350	16333	17882	19118	20647	20471
23	Nouvelle Consultation Curative Médecin (> 5 ans)	1323	2114	2188	2188	957	955
24	Petite chirurgie	2205	2205	2374	2503	3276	3259

ANNEXE 3: L'INCITATION COTE DEMANDE : LES REGIMES DE GRATUITE

Tableau 1: Régime de gratuité par indicateur au niveau PMA

No	Indicateur FBP	Régime de Gratuité
1	PF: Implants et DIU	Programme de gratuité pour la santé de la reproduction.
2	Référence et patient arrivé à l'hôpital	
3	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Programme de gratuité pour le VIH.
4	Nouvelle Consultation Curative (> 5 ans)	
5	Journée d'hospitalisation > 5 ans	
6	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte	S'il ne s'agit pas des femmes avec VIH : gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
7	Cas des IST traitées	Programme de gratuité pour le VIH.
8	Journée d'hospitalisation < = 5 ans	Gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
9	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	Programme de gratuité pour le VIH.
10	Nouvelle Consultation Curative (< = 5 ans)	Gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
11	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH	Programme de gratuité pour le VIH.
12	Consultation postnatale	Programme de gratuité pour la santé de la reproduction.
13	Nombre de cas TBC traités pendant un semestre et guéris	Inclus dans un autre programme de gratuité pour la TBC.
14	Accouchement eutocique	Si assisté par un personnel qualifié : gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
15	Dépistage des cas TBC positifs par mois	Inclus dans un autre programme de gratuité pour la TBC.
16	Femmes enceintes VAT complètement vaccinée	Gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
17	Enfants complètement vaccinés	
18	PF: Total des Nouveaux + Anciennes Acceptantes	Programme de gratuité pour la santé de la reproduction.
19	Consultation prénatale standard (3x)	Programme de gratuité pour la santé de la reproduction.
20	Petite chirurgie	S'il s'agit des enfants de moins de 5 ans : gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
21	Nombre de nouveaux cas sous ARV	Programme de gratuité pour le VIH.
22	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	Programme de gratuité pour le VIH.

Tableau 2: Régime de gratuité par indicateur au niveau PCA

No	Indicateur FBP	Gratuité
1	Circoncisions masculines	Programme de gratuité pour le VIH.
2	Contre-référence arrive au CDS	
3	PF: Total des Nouveaux + Anciennes Acceptantes	Programme de gratuité pour la santé de la reproduction.
4	PF: Implants et DIU	Programme de gratuité pour la santé de la reproduction.
5	Accouchement dystocique	Gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
6	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Programme de gratuité pour le VIH.
7	Cas des IST traitées	Programme de gratuité pour le VIH.
8	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte	S'il ne s'agit pas des femmes avec VIH : gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
9	Consultation postnatale	Programme de gratuité pour la santé de la reproduction.
10	Consultation prénatale standard	Programme de gratuité pour la santé de la reproduction.
11	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH	Programme de gratuité pour le VIH.
12	Journée hospitalisation < = 5 ans	Gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
13	PF: ligature trompes - vasectomie	Programme de gratuité pour la santé de la reproduction.
14	Césarienne	Gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
15	Chirurgie majeure	S'il s'agit des enfants de moins de 5 ans : gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
16	Nouvelle Consultation Curative Médecin (< = 5 ans)	Gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
17	Nombre de nouveaux cas sous ARV	Programme de gratuité pour le VIH.
18	Journée hospitalisation >5 ans	
19	Accouchement eutocique	Gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.
20	Dépistage des cas TBC positifs par mois	Inclus dans un autre programme de gratuité pour la TBC.
21	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	Programme de gratuité pour le VIH.
22	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV prophylactique	Programme de gratuité pour le VIH.
23	Nouvelle Consultation Curative Médecin (> 5 ans)	
24	Petite chirurgie	S'il s'agit des enfants de moins de 5 ans : gratuité des soins ciblée aux enfants de moins de cinq ans et aux accouchements.