

REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



**MANUEL DES PROCEDURES POUR LA MISE
EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA
PERFORMANCE A USAGE AU NIVEAU DES
FORMATIONS SANITAIRES**

JANVIER 2014

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I. INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE II. CADRE INSTITUTIONNEL DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE.....	6
CHAPITRE III. MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE	7
III.1. INTERVENANTS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE	7
III.2. LES PRESTATAIRES DE SOINS	9
CHAPITRE IV. LES PRINCIPAUX OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU FBP	12
CHAPITRE V. CONDITIONS D'ELIGIBILITE AUX CONTRATS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES	13
V.1. ELIGIBILITE AU CONTRAT PRINCIPAL	13
V.2. ELIGIBILITE AU CONTRAT SECONDAIRE	13
CHAPITRE VI. LE SYSTEME DE VERIFICATION	14
VI.1. VERIFICATION DES PRESTATIONS QUANTITATIVES	14
VI.2. DISPOSITIONS PRATIQUES POUR LA REALISATION DE LA VERIFICATION DES PRESTATIONS QUANTITATIVES	16
VI.3. EVALUATION DE LA QUALITE DES PRESTATIONS	17
VI.3.1.1. LES DOMAINES EVALUES	18
VI.3.1.2. RESULTATS DES EVALUATIONS DE CERTIFICATION	19
VI.4. CONTRE VERIFICATION	25
CHAPITRE VII. UTILISATION DES RECETTES DES FORMATIONS SANITAIRES	26
CHAPITRE VIII. CIRCUIT DE FINANCEMENT ET DELAI DE PAIEMENT.....	28
VIII.1. CIRCUIT DE FINANCEMENT	28
VIII.2. CIRCUIT DE FINANCEMENT POUR LES PRESTATIONS QUANTITATIVES DES FOSA	29
VIII.3. CIRCUIT DE FINANCEMENT POUR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS QUALITATIVES	30
CHAPITRE IV. REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS	31
IX.1. REGLEMENT DES LITIGES AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES (HOPITAUX ET CDS)	31
IX.2. REGLEMENT DES LITIGES LIES A LA MOTIVATION DU PERSONNEL	31
IX.3. REGLEMENT DES LITIGES AU NIVEAU COMITE PROVINCIAL DE VERIFICATION ET DE VALIDATION (CPVV)	31
IX.4. REGLEMENT DES LITIGES AU NIVEAU DES ASSOCIATIONS LOCALES ACTRICES DANS LES ENQUETES COMMUNAUTAIRES TRIMESTRIELLES	32

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ASC	Agents de Santé Communautaire
ASLO	Association Locale
BDS	Bureau de District Sanitaire
BPS	Bureau Provincial de Santé
BRB	Banque de la République du Burundi
CDS	Centre de Santé
COSA	Comité de Santé
CPVV	Comité Provincial de Vérification et de Validation
CT-FBP	Cellule Technique Nationale chargée de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance
DGR	Direction Générale des Ressources
FBP	Financement Basé sur la Performance
FOSA	Formation Sanitaire
MINFIN	Ministère des Finances
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OV	Ordre de Virement
PAA	Plan d'Action Annuel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PF	Planning Familial
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SIS	Système d'Information Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Tableau synthétique du score de qualité
Tableau 2	Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations quantitatives
Tableau 3	Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations quantitatives des Hôpitaux Nationaux
Figure 1	Cadre institutionnel de mise en œuvre du FBP
Figure 1	Circuit de financement de la stratégie de FBP

CHAPITRE I. INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS) a élaboré un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 1) couvrant la période 2006-2010 centré sur la lutte contre la maladie et le renforcement de la performance du système national de santé avec pour ambition l'accélération de l'atteinte des OMD. Un deuxième PNDS couvrant la période 2011-2015 a été élaboré et prône également le renforcement du système de santé. En outre, les objectifs principaux des PNDS 1 et 2 sont repris dans le Cadre stratégique de relance économique et de lutte contre la pauvreté 1^{ère} et 2^{ème} génération (CSLP).

Conscient que la lutte contre la maladie et l'atteinte des OMD ne pourraient se faire sans un système de santé performant, le PNDS 2 adopte des stratégies visant à consolider la décentralisation du système de santé et la stratégie de Financement basé sur la performance.

Le Gouvernement a décrété un paquet de soins gratuit pour les enfants de moins de 5 ans, les accouchements et les pathologies liées à la grossesse depuis 2006. Cependant, des problèmes liés notamment 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 équipements ont entaché la mise en œuvre efficace de cette mesure. Pour faire face à ces difficultés, le MSPLS a pris l'option de financer le paquet des soins gratuit à travers un système de financement basé sur la performance.

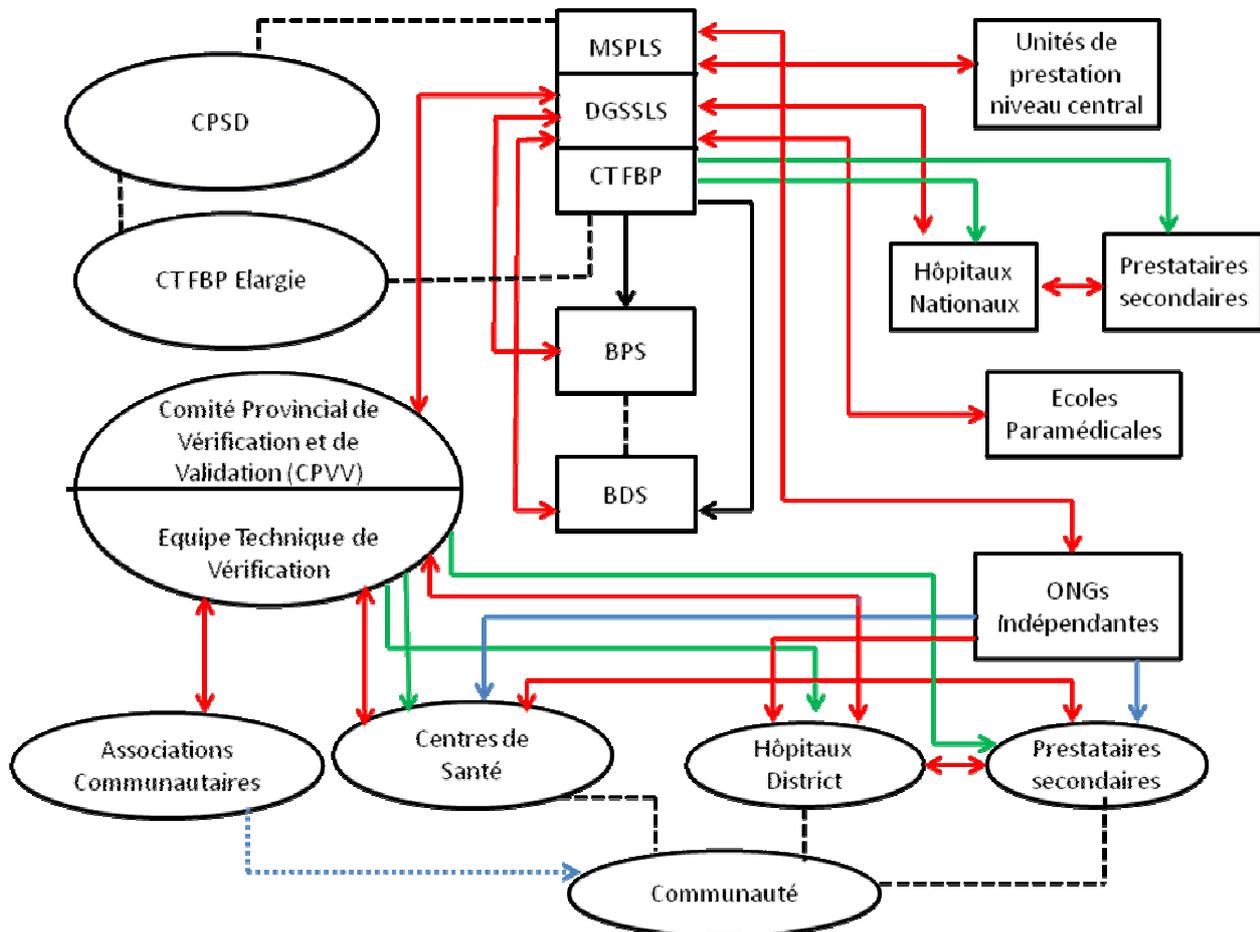
Depuis le 01 Avril 2010, le FBP intégré au remboursement du paquet de soins gratuit a été étendu à tout le Pays de manière harmonisée et a contribué à améliorer l'utilisation et la qualité des soins ainsi que la gouvernance et la gestion des structures de santé. En outre, le FBP a permis de corriger certains dysfonctionnements observés lors de la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé.

La mise en œuvre du FBP étant un processus dynamique, le manuel des procédures FBP est appelé à être adapté en cas de besoin. C'est ainsi qu'une première révision du manuel des procédures a eu lieu en Septembre 2011. Une **deuxième version révisée du manuel des procédures FBP a été élaborée et est d'application à partir du 1^{er} Janvier 2014.**

Le manuel des procédures FBP étant un document consistant, la nécessité de disposer d'un manuel simplifié à usage au niveau des formations sanitaires s'est fait ressentir ; d'où l'élaboration de cette version simplifiée focalisée sur les aspects intéressant les prestataires de soins pour une meilleure compréhension et une meilleure mise en œuvre du FBP.

CHAPITRE II. CADRE INSTITUTIONNEL DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE

Figure 1 : Cadre institutionnel pour la mise en œuvre du FBP



LEGENDE

- ↔ : Relation contractuelle
- : Vérification quantitative
- : Evaluation de la qualité technique
- ⋯→ : Evaluation de la qualité perçue
- : Evaluation de la performance
- ⋯ : Relation de collaboration

Le montage institutionnel du FBP respecte le principe de séparation des différentes fonctions:

- La fonction **de régulation**: est assurée par le niveau central du MSPLS (Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA, Cellule Technique Nationale FBP) et ses structures décentralisées (Bureaux Provinciaux de Santé, Districts Sanitaires) ;
- La fonction **de vérification**: est assurée par les Comités Provinciaux de vérification et de validation; les associations locales ; des ONGs indépendantes et hôpitaux (évaluation qualité technique) ; un organisme externe indépendant pour la contre vérification ;

- La fonction **de prestation**: est assurée par les formations sanitaires publiques et privées; les organisations de la société civile offrant des services de santé ;
- La fonction **de financement**: est assurée par le Gouvernement et les PTF ;
- La prise en compte de **la voix de la population**: est réalisée à travers les comités de santé et les associations locales.

CHAPITRE III. MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE

Cette partie passe en revue les missions, responsabilités et tâches des intervenants au niveau communautaire et des prestataires de soins (Centres de Santé et Hôpitaux) dans le domaine du FBP.

III.1. Intervenants au niveau communautaire

Les acteurs communautaires sont de 4 ordres :

II.1.1. Les Comités de santé

Les Comités de santé ont pour tâches de :

- ✓ Identifier ensemble avec l'équipe de santé les problèmes de santé prioritaires et chercher des solutions possibles ;
- ✓ Sensibiliser et mobiliser la population pour les actions de la santé (Vaccination, CPN, PF et autres) ;
- ✓ Appuyer l'équipe du CDS par une cogestion technique, financière et administrative ;
- ✓ Procéder à une catégorisation de la population et la tenir à jour (définition des indigents) ;
- ✓ Assister le CDS dans la tenue à jour des dossiers familiaux : naissances, décès, indigence, suivi des vaccinations, des affections chroniques ;
- ✓ Participer dans la planification semestrielle et annuelle du CDS;
- ✓ Participer dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des plans d'actions semestriels et annuels des CDS ;
- ✓ Exprimer les besoins ressentis par la Communauté en matière de santé ;
- ✓ Définir les mécanismes pour le recouvrement des créances et des impayés et organiser leur récupération via les membres du COSA;
- ✓ Veiller à la sécurité physique de l'infrastructure de santé, médicament et matériel.

Les COSA co-signent le contrat de performance entre le CDS et le CPVV. Cela signifie que les membres des COSA s'engagent à être au côté des CDS dans la réalisation de leurs plans d'action.

III.1.2. Les Agents de santé Communautaires

Ils regroupent les relais communautaires et les accoucheuses traditionnelles. Leur mission est de :

- ✓ **Sensibiliser la population pour un changement de comportement ;**

- ✓ **Promouvoir la santé de la population en général ;**
- ✓ **Amener l'information des services de santé vers la population et inciter cette dernière à fréquenter les formations sanitaires.**

Pour la réalisation d'un paquet communautaire d'activités, les ASC doivent être organisés en **Groupe**ments qui signent avec les FOSA des contrats de performance à travers lesquels, ils sont chargés de :

- ✓ La relance des abandons de vaccinations, PF, TBC, ARV...;
- ✓ La promotion de la construction des latrines ;
- ✓ La promotion des mesures d'hygiène;
- ✓ La promotion de l'usage des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MII) ;
- ✓ La distribution des produits et traitements à base communautaire ;
- ✓ La sensibilisation des femmes enceintes pour la Consultation pré et post natale et l'accouchement dans les CDS ;
- ✓ La sensibilisation pour la prévention contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, les maladies diarrhéiques et d'autres pathologies ;
- ✓ L'accompagnement des parturientes pour l'accouchement dans les CDS.

III.1.3. Les Associations locales (ASLO)

Les ASLO ont pour mission de :

- ✓ **authentifier au niveau de la communauté les données des prestations des FOSA ;**
- ✓ **apprécier le degré de satisfaction de la population à l'aide d'un questionnaire administré dans les ménages utilisateurs des services.**

Les ASLO doivent réaliser, tous les six mois, des enquêtes dans la communauté et dans ce cadre, elles ont pour tâches de :

- ✓ vérifier l'existence des personnes enregistrées comme utilisatrices par les centres de santé et les hôpitaux ;
- ✓ vérifier l'authenticité des prestations déclarées par ces FOSA dans le cadre de la contractualisation ;
- ✓ Apprécier la satisfaction de la population concernant les prestations fournies par le centre de santé et l'hôpital ;
- ✓ relever les coûts moyens des prestations et la perception de ces coûts par les utilisateurs ;
- ✓ prendre note des suggestions d'amélioration émises par la population, dont seront informés les présidents des associations locales, les titulaires des centres de santé, les présidents des COSA, les BDS, les membres des CPVV et les directeurs d'hôpitaux, lors d'une réunion de rétro information à l'échelon de la Province ;
- ✓ transmettre le rapport d'enquête au CPVV au plus tard le 15^{ème} jour du deuxième mois suivant le semestre.

III.1.4. La population

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, la place de la population bénéficiaire se retrouve dans :

- ✓ son utilisation des services de santé ;
- ✓ son expression en termes de satisfaction au cours des enquêtes communautaires ;
- ✓ sa capacité de proposer des changements nécessaires.

III.2. Les prestataires de soins

Les prestataires de soins sont :

- ✓ Les Centres de Santé ;
- ✓ Les Hôpitaux de District ;
- ✓ Les Hôpitaux Nationaux ;
- ✓ Les prestataires secondaires (FOSA appartenant à des organisations de la société civile, de prévention et prise en charge du VIH/SIDA, autre FOSA avec PMA/PCA partiel).

III.2.1. Les Centres de Santé

Les CDS ont pour mission de :

- ✓ **Offrir un PMA complet dans son aire de responsabilité ;**
- ✓ **Améliorer la qualité des prestations sanitaires ;**
- ✓ **Inciter à la performance des relais communautaires et des prestataires secondaires.**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, les CDS ont pour tâches de :

- ✓ Signer un contrat semestriel de performance avec le CPVV ;
- ✓ Elaborer un plan d'action annuel et semestriel budgétisés du CDS sur un mode participatif, en collaboration avec le COSA et sous la supervision du District Sanitaire ;
- ✓ Faire le suivi évaluation du plan d'action semestriel du CDS en collaboration le COSA ;
- ✓ Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- ✓ Elaborer le rapport mensuel SIS au plus tard le 5è jour calendrier du mois suivant ;
- ✓ Elaborer une fiche de données déclarées dans le cadre du FBP au plus tard le 5è jour calendrier du mois suivant ;
- ✓ Elaborer une fiche de données compilées dans le cadre du FBP intégrant les données du CDS et de son ou ses éventuels contractants secondaires au plus tard le 5è jour calendrier du mois suivant;
- ✓ Transmettre au BDS le rapport mensuel du SIS;
- ✓ Appliquer l'outil d'indice chaque mois ;
- ✓ Encadrer les Acteurs Communautaires;
- ✓ Signer des contrats de sous traitance (contrats secondaires) avec les acteurs communautaires et les prestataires secondaires ;

- ✓ Signer un contrat de performance avec les groupements d'agents de santé communautaires ;
- ✓ Signer éventuellement des contrats de performance avec des prestataires secondaires ;
- ✓ Assurer l'encadrement des éventuels prestataires secondaires ;
Produire un rapport mensuel d'encadrement des éventuels prestataires secondaires.

III.2.2. Les Hôpitaux de District

Les Hôpitaux de District ont pour mission de :

- ✓ **Offrir un PCA complet dans son aire de responsabilité ;**
- ✓ **Améliorer la qualité des prestations sanitaires ;**
- ✓ **Inciter à la performance des prestataires secondaires.**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, les Hôpitaux ont pour tâche de :

- ✓ Signer un contrat semestriel de performance avec le CPVV ;
- ✓ Elaborer un plan d'action annuel et semestriel budgétisés de l'Hôpital de District sur mode participatif, en collaboration avec les membres de son Conseil de gestion, sous la supervision du BDS et en collaboration avec le BPS ;
- ✓ Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- ✓ Participer à l'évaluation de la qualité des autres Hôpitaux de District (évaluation par les pairs) ;
- ✓ Elaborer le rapport mensuel SIS au plus tard le 5^e jour calendrier du mois suivant ;
- ✓ Elaborer une fiche de données déclarées dans le cadre du FBP au plus tard le 5^e jour calendrier du mois suivant ;
- ✓ Elaborer une fiche de données compilées dans le cadre du FBP intégrant les données de l'Hôpital et de son ou ses éventuels contractants secondaires au plus tard le 5^e jour calendrier du mois suivant;
- ✓ Transmettre au BDS le rapport mensuel du SIS ;
- ✓ Participer à l'encadrement et à la supervision des CDS sur demande du BDS ;
- ✓ Appliquer l'outil d'indice chaque mois ;
- ✓ Participer dans les réunions de coordination du District Sanitaire ;
- ✓ Signer des contrats de sous traitance (contrats secondaires) avec les prestataires secondaires
- ✓ Assurer l'encadrement des éventuels prestataires secondaires ;
- ✓ Produire un rapport mensuel d'encadrement des éventuels prestataires secondaires.

III.2.3. Les Hôpitaux Nationaux

Les Hôpitaux nationaux ont pour mission de :

- ✓ **Offrir un Paquet Tertiaire d'Activités ;**
- ✓ **Améliorer la qualité des prestations sanitaires.**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, les Hôpitaux nationaux auront pour tâches de :

- ✓ Signer un contrat semestriel de performance avec le MSPLS, représenté par la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA ;
- ✓ Participer trimestriellement à l'évaluation par les pairs de la qualité des prestations des soins fournis par les Hôpitaux nationaux ;
- ✓ Elaborer un plan d'action annuel et semestriel budgétisés de l'Hôpital;
- ✓ Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- ✓ Elaborer le rapport mensuel SIS au plus tard le 5^e jour calendrier du mois suivant ;
- ✓ Elaborer une fiche de données déclarées dans le cadre du FBP au plus tard le 5^e jour calendrier du mois suivant ;
- ✓ Elaborer une fiche de données compilées dans le cadre du FBP intégrant les données de l'Hôpital et de son ou ses éventuels contractants secondaires au plus tard le 5^e jour calendrier du mois suivant;
- ✓ Transmettre au SNIS le rapport mensuel du SIS ;
- ✓ Appliquer l'outil d'indice chaque mois ;
- ✓ Signer des contrats de sous traitance (contrats secondaires) avec les prestataires secondaires
- ✓ Assurer l'encadrement des éventuels prestataires secondaires ;
- ✓ Produire un rapport mensuel d'encadrement des éventuels prestataires secondaires.

III.2.4. Les Prestataires secondaires

Les prestataires secondaires sont des structures de soins privées ou des associations (comme les associations de prévention et prise en charge du VIH/SIDA, de lutte contre le paludisme etc.) ou des FOSA publiques (avec PMA ou PCA partiel) ; se trouvant dans l'aire de responsabilité d'une formation sanitaire publique ou confessionnelle et fournissant un PMA ou PCA partiel. Toutefois, le contrat secondaire est initié par la FOSA ayant le contrat principal dans le cas où elle estime que la FOSA secondaire permettrait de couvrir une partie de la population de l'aire de responsabilité non desservie et/ou pour des prestations non offertes par la première.

Ces prestataires ont pour mission de :

- ✓ **Offrir une partie du PMA ou du PCA en étroite collaboration avec la structure de soins responsable de l'aire de responsabilité ;**
- ✓ **Améliorer la qualité des prestations sanitaires.**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, les prestataires secondaires ont pour tâches de :

- ✓ Signer un contrat secondaire semestriel de performance avec la FOSA responsable de l'aire de responsabilité;
- ✓ Participer à l'élaboration des plans d'action semestriel et annuel de la FOSA responsable de l'aire de responsabilité ;
- ✓ Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- ✓ Réduire les tarifs des prestations surtout pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes bénéficiaires du paquet de soins gratuit : cette réduction doit être au moins équivalent au montant du tarif remboursé pour les indicateurs du paquet de soins gratuit;
- ✓ Elaborer des modalités internes d'attribution des primes de performance pour le personnel;
- ✓ Elaborer une fiche de données déclarées dans le cadre du FBP et la transmettre au contractant principal au plus tard le 5^e jour calendrier du mois suivant ;
- ✓ Transmettre à la FOSA responsable de l'aire de responsabilité le rapport mensuel des prestations quantitatives contractualisées.

Il est à noter que dans le cadre de la signature d'un contrat secondaire entre la structure ayant le contrat principal et le prestataire secondaire ; le prestataire principal perçoit 10% sur les fonds des prestations engendrées par le prestataire secondaire.

CHAPITRE IV. LES PRINCIPAUX OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU FBP

Il est à noter que les outils de mise en œuvre du FBP sont répertoriés dans un document à part intitulé « Outils de mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi » et qui est complémentaire au présent manuel des procédures simplifié.

Les principaux outils de mise en œuvre du FBP sont :

- ✓ Les indicateurs contractualisés au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé, Hôpitaux de District, Hôpitaux Nationaux) et des organes de régulation ;
- ✓ Les contrats de performance ;
- ✓ Les grilles d'évaluation de la qualité au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux ;
- ✓ Les modèles de plan d'actions semestriel des CDS et Hôpitaux (modèles de la Direction Générale de la Planification) ;
- ✓ Les modèles de facture à tous les niveaux ;
- ✓ Les fiches de données déclarées au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ La base de données du FBP.

CHAPITRE V. CONDITIONS D'ELIGIBILITE AUX CONTRATS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES

V.1. Eligibilité au contrat principal

Le contrat principal est un contrat d'achat des performances entre le CPVV et les formations sanitaires, prestataires principaux des aires géographiques de responsabilité.

Le contrat d'achat entre le CPVV au nom du MSPLS et les formations sanitaires publiques ou confessionnelles remplissant les conditions, responsables principaux des aires géographiques de responsabilité stipule les conditions dans lesquelles le prestataire s'engage dans le modèle FBP. Le contenu des plans d'action semestriel est négocié entre le CPVV et le prestataire principal d'une aire géographique et sont évalués mensuellement sur le plan quantitatif.

Pour être éligible à la signature du contrat principal avec le CPVV, une formation sanitaire doit remplir les conditions suivantes :

- ✓ **Obtenir un score supérieur ou égal à 80% lors de l'évaluation de certification ;**
- ✓ **Avoir une aire de santé géographique sous sa responsabilité (accordée par le MSPLS) ;**
- ✓ **Appliquer la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, les accouchements, les césariennes et les pathologies liées à la grossesse.**

Si une FOSA est autorisée à démarrer ses prestations au cours d'un semestre, elle va d'abord recevoir un contrat secondaire avec une autre FOSA la plus proche et si elle remplit les conditions, elle pourra signer un contrat principal au début du semestre suivant.

V.2. Eligibilité au contrat secondaire

Le contrat secondaire est un contrat entre une formation sanitaire, prestataire principal responsable de l'aire géographique et le prestataire secondaire clinique ou communautaire

Ce contrat définit la sous-traitance du contrat principal et est signé entre le prestataire principal bénéficiaire du contrat avec le CPVV et un autre prestataire secondaire se trouvant dans son aire géographique de responsabilité qui accepte d'exécuter une partie de son contrat sous certaines conditions. Il peut s'agir (i) des formations sanitaires privées ou associations ayant des prestations sanitaires qui travaillent dans l'aire géographique d'un hôpital ou un Centre de santé (structures de prévention et prise en charge du VIH/SIDA, des Centres pour la planification familiale, des structures de soins privées) ou (ii) de structures publiques ne remplissant pas les conditions requises pour obtenir un contrat principal. Ces sous-traitances doivent faire partie du Plan d'action semestriel de la formation sanitaire ayant le contrat principal.

Pour être éligible au contrat secondaire, les conditions suivantes sont requises :

- ✓ **Se trouver dans l'aire de responsabilité d'une formation sanitaire ayant le contrat principal ;**

- ✓ Obtenir un score supérieur ou égal à 80% lors de l'évaluation de certification ;
- ✓ Accepter de participer à l'élaboration des plans d'action de la formation sanitaire ayant le contrat principal ;
- ✓ Appliquer la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, les accouchements, les césariennes et les pathologies liées à la grossesse.

CHAPITRE VI. LE SYSTEME DE VERIFICATION

VI.1. Vérification des prestations quantitatives

Cette vérification est effectuée mensuellement par les vérificateurs du CPVV. Les formations sanitaires (CDS et hôpitaux de district) remplissent dans les 5 premiers jours de chaque mois le rapport d'activités SIS pour le mois précédent (rapport qui part des données primaires enregistrées dans les registres de consultation). En annexe de ce rapport SIS doit se trouver une fiche des données déclarées concernant les indicateurs contractualisés. Les vérificateurs passent au niveau de chaque FOSA munis d'un formulaire vierge de facture mensuelle où seront consignées les prestations comptées et approuvées concomitamment par les vérificateurs et le personnel de la FOSA.

Avant d'effectuer la vérification, les vérificateurs doivent d'abord s'assurer que la FOSA ayant le contrat principal et toutes les FOSA ayant éventuellement signé avec elle des contrats secondaires disposent chacun du rapport SIS du mois précédent avec en annexe la fiche des données déclarées concernant les indicateurs contractualisés. La FOSA ayant le contrat principal et qui possède des contrats secondaires doit disposer également d'une fiche compilée des données déclarées intégrant ses propres données et les données du ou de ses contrats secondaires.

En cas d'absence du rapport SIS et/ou de la fiche de données déclarées au niveau de la FOSA ayant le contrat principal ou de la (des) FOSA ayant un contrat secondaire ou de la fiche compilée (pour les FOSA possédant des contrats secondaires), les vérificateurs font quand même la vérification (en vue de garantir la disponibilité des données épidémiologiques complètes à intégrer dans la base de données) mais la formation sanitaire ayant le contrat principal et tous ses contractants secondaires sont sanctionnés par l'annulation de la facture du mois concerné. Les vérificateurs dressent un PV de vérification spécifiant que la facture de la FOSA a été annulée à cause du manque du rapport SIS et/ou de la fiche des données déclarées dûment élaborés par la FOSA et ses contrats secondaires éventuels.

Le vérificateur vérifie la conformité des données rapportées dans le rapport SIS et sur la fiche des données FBP déclarées en parcourant les registres de la formation sanitaire. **Les registres d'accueil (communément appelé registres « unique ») sont exploités en premier avant de consulter les autres registres.** Ces registres d'accueil permettent de détecter les bénéficiaires avec

une identification incomplète afin de pouvoir les identifier facilement dans les registres des autres services. Il est à noter cependant que pour certains indicateurs, l'identification incomplète est documentée par d'autres éléments retrouvés dans les registres des services.

Les détails du processus de vérification sont expliqués dans le Guide de vérification quantitative des formations sanitaires.

Pour s'assurer de la véracité des données quantitatives contenues dans les registres, celles-ci doivent être comparées (triangulées) avec les données des autres documents de la formation sanitaire comme les fiches de stock, les documents financiers, les rapports d'activités, les fiches de consommation journalière des médicaments et autres intrants, les carnets de réquisition des médicaments et autres intrants ainsi que tout autre document jugé pertinent. Toute fraude avérée constatée entraîne automatiquement l'annulation du montant pour l'indicateur concerné. Cependant, même pour le ou les indicateurs objet de fraude, les données sont comptées et saisies dans la base de données après correction.

Au cours de la visite sont aussi vérifiés les registres des structures de santé de la zone de rayonnement qui ont éventuellement établi des sous contrats avec la formation sanitaire responsable de cette zone de rayonnement.

La vérification va donner lieu à 2 types de données :

- ✓ Données vérifiées : il s'agit des données quantitatives comptées au niveau des registres sanitaires en enlevant les erreurs de numérotation ou de comptage. Ces données contiennent les cas de personnes enregistrées dans les registres même si toutes les données relatives à l'identification ou à la prise en charge du malade ne sont pas indiquées.
- ✓ Données validées : il s'agit de données quantitatives vérifiées dans les registres et respectant toutes les conditions exigées par le FBP c'est-à-dire des données correctement enregistrées avec toutes les indications requises (nom, âge, adresse, diagnostic, traitement, date...). Ce sont ces données validées qui seront facturées et remboursées à la FOSA dans le cadre du FBP.

La vérification des registres peut mettre en évidence des différences par rapport à ce qui avait été déclaré dans le SIS, il s'agit là de l'opportunité de corriger ces données du rapport SIS à travers ce mécanisme de triangulation des données des indicateurs FBP et SIS. Les données qui seront intégrés dans le rapport SIS corrigé sont les données vérifiées

Un seuil de discordance de 5% entre les données déclarées par la FOSA et les données vérifiées est toléré. Au-delà de ce seuil, la FOSA est sanctionnée comme indiquée ci-dessous :

- ✓ **> ±5% et ≤ à ±10% de discordance : - 5% du montant sur l'indicateur concerné ;**
- ✓ **> ±10 et ≤ à ±20% de discordance : - 10% sur le montant de l'indicateur concerné ;**
- ✓ **Plus de ± 20% de discordance : on donne 0 Fbu pour l'indicateur concerné.**

Les cas consultés mais mal enregistrés (identification incomplète, remplissage incomplet) sont notifiés dans le rapport SIS mais non validés par le FBP ; ce qui fait que le rapport SIS et FBP peuvent différer.

Une facture mensuelle est alors élaborée respectivement pour les indicateurs du PMA et ceux du PCA et est contresignée par le Titulaire ou Directeur de la formation sanitaire ou son délégué ainsi que les vérificateurs. Cette facture mensuelle est produite en deux exemplaires originaux , un qui sera gardé à la formation sanitaire pour classement et référence, et l'autre sera acheminé au CPVV en vue d'être validée.

La FOSA transmet le rapport SIS au BDS après vérification du CPVV.

VI.2. Dispositions pratiques pour la réalisation de la vérification des prestations quantitatives

Afin de renforcer la fiabilité et la véracité des données quantitatives vérifiées dans le cadre du FBP, le vérificateur doit se conformer aux dispositions ci-dessous :

- ✓ Le vérificateur doit se munir de la population de l'aire de responsabilité de la FOSA **(population issue du dénombrement effectué localement par le MSPLS en collaboration avec ses PTFs)** qu'il va vérifier ainsi que les différentes cibles mensuelles pour tous les indicateurs contractualisés :
 - Si le taux de consultation des moins de 5 ans est de **plus de 300% de la cible mensuelle**, sanctionner la FOSA en annulant le surplus, c'est-à-dire tous les cas qui sont au-delà des cas correspondants à 300%. Si la FOSA fournit une explication objective (épidémies, recrudescence des cas en provenance d'autres aires de responsabilité ou autre), mener des investigations à posteriori pour confirmer ou infirmer les explications de la FOSA. Si les explications sont confirmées, ajouter les cas supprimés sur la facture du mois suivant ;
 - Si le taux de consultation des plus de 5 ans ou d'autres indicateurs contractualisés dans le cadre du FBP **est de plus de 120 %**, sanctionner la FOSA en annulant le surplus c'est-à-dire tous les cas qui sont au-delà des cas correspondants à 120%. Si la FOSA fournit une explication objective (épidémies, recrudescence des cas en provenance d'autres aires de responsabilité ou autre), mener des investigations à posteriori pour confirmer ou infirmer les explications de la FOSA. Si les explications sont confirmées, ajouter les cas supprimés sur la facture du mois suivant.
- ✓ Le vérificateur, lors de la vérification des prestations quantitatives, ne doit pas prendre en compte les cas de stratégie avancée car ces cas sont déjà financés par certains PTFs appuyant des programmes spécifiques. **Une seule exception à cette règle concerne les cas de Planification Familiale (PF) réalisés uniquement au niveau des postes secondaires reconnus par les Districts Sanitaires et le Programme National de Santé de la Reproduction. Toute**

autre activité de PF réalisée en dehors de la formation sanitaire ou de ces postes secondaires ne doit pas être considérée dans le cadre du FBP ;

- ✓ Une disparition progressive des anciens cas est observée au niveau de certaines FOSA car celles-ci prennent tous les cas pour nouveaux cas afin de bénéficier des ressources dans le cadre du FBP. **Pour remédier à cet état de fait, les vérificateurs doivent tirer un échantillon sur les cas de consultations curatives de toutes les deux semaines (15 jours) et vérifier si les noms de ces cas ne se répètent pas dans le registre de consultation et pour les mêmes symptômes. Toute répétition observée même pour un seul cas entraîne l'annulation du montant de l'indicateur concerné ;**
- ✓ Tous les cas d'accouchements réalisés en cours de route ou en dehors de la formation sanitaire ne doivent pas être pris en compte car ne sont pas assistés par un personnel qualifié. Lors de la vérification des cas d'accouchement assisté, le vérificateur doit utiliser le partogramme pour analyser les modalités de l'accouchement. Pour les cas d'accouchement imminent réalisés par la formation sanitaire et sans possibilité de remplir le partogramme, la FOSA doit indiquer ces cas sur une note à présenter aux vérificateurs ;
- ✓ Au niveau des Hôpitaux, seules les consultations réalisées par les médecins sont rémunérées dans le cadre du FBP. Ainsi, les consultations réalisées au niveau du service des urgences par les infirmiers puis tamponnées (cachetées) à posteriori par le Médecins sont à rejeter. Les consultations des urgences réalisées par les Médecins doivent être inscrites dans le registre des urgences et dûment complétés par le médecin ;
- ✓ Le vérificateur ne valide les cas d'enfants complètement vaccinés que si l'enfant a reçu tous les antigènes **dans un seul et même Centre de Santé**. Les enfants ayant commencé la vaccination dans un Centre de Santé et qui la termine dans un autre ne sont pas à considérer comme cas d'enfants complètement vaccinés ;
- ✓ Les cas de référence et contre référence hors Province ne sont pas considérés dans le cadre du FBP. Des exceptions cependant sont admises pour certaines formations frontalières d'une Province se trouvant à proximité d'un Hôpital d'une autre Province et sont indiquées dans une note élaborée et signée par le Coordonnateur de la CT FBP.

VI.3. Evaluation de la qualité des prestations

L'évaluation de la qualité prend en compte deux dimensions : la qualité technique et la qualité perçue. Au début de chaque année, les FOSA sont aussi évaluées pour la certification.

VI.3.1. Evaluation annuelle de certification des formations sanitaires

L'évaluation de certification menée par les autorités compétentes du MSPLS définit les caractéristiques de base d'une structure qui peut produire des services de qualité acceptable pour les bénéficiaires. Elle vise à renforcer la régulation par la hiérarchie en définissant les conditions minimales sans lesquelles une formation sanitaire ne peut prétendre produire des services de qualité.

Les évaluations de certification se font une fois par an dans tous Centres de Santé et Hôpitaux ayant un contrat principal ou secondaire. Les évaluations peuvent également être organisées au cours de l'année sur demande d'une FOSA non-certifiée et qui estime avoir rempli les conditions exigées. Au terme de l'évaluation, chaque formation sanitaire est classée dans l'une des catégories ci-dessous :

- ❖ Hôpital ou Centre de santé certifié ;
- ❖ Hôpital ou Centre de santé certifié avec des recommandations ;
- ❖ Hôpital ou Centre de santé certifié sous réserve ;
- ❖ Hôpital ou Centre de santé non certifié.

Les équipes chargées de la certification des hôpitaux sont désignées par l'Inspecteur Général des Service de Santé et de Lutte contre le Sida après sur proposition de la CT-FBP.

Pour la certification des Centres de santé, les équipes sont nommées par le Directeur du Bureau Provincial de la Santé.

VI.3.1.1. Les domaines évalués

Les indicateurs de certification évaluent le plateau technique minimal ainsi que les procédures indispensables pour une production des soins de qualité.

Plateau technique

La disponibilité des ressources humaines de qualité pour la production des soins et la gestion de la formation sanitaire sont évalués. La présence des infrastructures et équipements respectant les normes pour l'offre du paquet de services définis sont également évaluée.

Outils de gestion de la qualité

Il s'agit de s'assurer qu'un dispositif est mis en place pour identifier et corriger les dysfonctionnements qui surviennent dans l'accès aux soins, la qualité des prestations offertes et l'approvisionnement en intrants. Ce dispositif doit permettre à la formation sanitaire de détecter les failles dans la prise en charge des patients, de comprendre les causes des dysfonctionnements, d'élaborer, mettre en œuvre les solutions et en évaluer l'impact sur l'organisation.

Leadership

L'évaluation de certification s'assure que la direction de la formation sanitaire est préparée à assurer le leadership dans le respect des principes de gouvernance. Aussi, les évaluateurs vérifient que l'organigramme est bien élaboré et montre la répartition des responsabilités.

VI.3.1.2. Résultats des évaluations de certification

L'Hôpital ou le Centre de Santé est **certifié** s'il obtient un **score de certification supérieur ou égal à 80%**. Dans ce cas, il est éligible à l'obtention des bonus de qualité tout au long de l'année s'il obtient au moins 70% de score de qualité lors des évaluations trimestrielles de la qualité des formations sanitaires.

Si le score de certification est **supérieur ou égal à 65% mais inférieur à 80%**, l'Hôpital ou le Centre de Santé est **certifié avec des recommandations**. Les recommandations de l'équipe d'évaluation sont alors incluses dans le plan d'action annuel. L'hôpital ou le Centre de Santé **perd 25% du bonus qualité** auquel il a droit jusqu'à la mise en œuvre complète desdites recommandations, attestée par l'équipe d'évaluation trimestrielle.

Pour un score **supérieur ou égal à 50% et inférieur à 65%**, l'hôpital ou le Centre de Santé est **certifié sous réserve**. Il **perd 50% de son bonus qualité** jusqu'à la levée complète des réserves émises par une équipe nommée suivant les mêmes critères que celle qui a initialement évalué la certification.

Les Hôpitaux et Centres de Santé qui obtiennent **moins de 50%** sont classés **non certifiés**. Ils ne sont pas éligibles à l'obtention d'un bonus de qualité tout au long de l'année et devront attendre les résultats de la certification de l'année suivante pour éventuellement être éligibles à un bonus de qualité s'ils satisfont les conditions requises.

Les nouveaux Centres de Santé et Hôpitaux qui veulent disposer d'un contrat principal doivent au préalable être certifié, c'est-à-dire obtenir un score supérieur ou égal à 80% lors de la certification.

Tous les Centres de santé et Hôpitaux avec un contrat secondaire qui sont déjà dans la mise en œuvre du FBP verront leur contrat annulé s'ils obtiennent un score de certification inférieur à 65%.

VI.3.2. Evaluation de la qualité technique des formations sanitaires

La qualité technique est évaluée à l'aide d'une grille comprenant des composantes de qualité, déclinées en plusieurs indicateurs (beaucoup de ces indicateurs sont composites, c'est-à-dire regroupent un certain nombre d'éléments qui doivent tous être présents pour rapporter les points prévus). Cette grille permet de coter et de classer les différentes activités des centres de santé et des hôpitaux par rapport à des normes et des procédures en relation avec la qualité. Le résultat de cette évaluation prend la forme d'un « score de qualité technique » pouvant aller de 0 à 100%.

L'évaluation trimestrielle de la qualité technique est réalisée dans tous les Centres de Santé et Hôpitaux ayant un contrat principal ou secondaire.

Tous les Centres de Santé et Hôpitaux ayant un contrat secondaire et qui obtiennent un score de qualité technique inférieur à 60% ne seront pas payés pour les prestations quantitatives du mois suivant le trimestre et ces prestations ne seront pas comptabilisées dans les prestations du contractant principal.

VI.3.2.1. Au niveau des Centres de Santé

L'évaluation de la qualité technique au niveau des Centres de Santé **s'effectue tous les 3 mois et est sous la responsabilité d'Organisations Non Gouvernementales (ONGs) recrutés à cette fin. Des représentants du BPS et du BDS participent à cette évaluation comme observateurs.** L'organisation administrative et logistique des évaluations de la qualité des Centres de Santé est confiée aux ONGs d'évaluation.

Le résultat de l'évaluation de la qualité au niveau des Centres de Santé prend la forme d'un « score de qualité technique » pouvant aller de 0 à 100%. Le score de qualité technique ne devrait pas être en dessous de 50%. En cas d'un mauvais score, les évaluateurs doivent faire une analyse et proposer des actions urgentes d'amélioration y compris des mesures administratives. L'équipe d'évaluateurs propose comment affecter les ressources du CDS pour des améliorations rapides au cours d'une restitution immédiate des résultats de l'évaluation de la qualité technique auprès des prestataires du CDS concerné.

VI.3.2.2. Au niveau des Hôpitaux

L'évaluation de la qualité technique des hôpitaux se fait également tous les 3 mois et prend la forme d'une évaluation par les pairs. Les pairs des **Hôpitaux des autres provinces participent à cette évaluation** : au moins 2 hôpitaux sont désignés pour participer à l'évaluation d'un 3^{eme} hôpital et un Hôpital parmi eux est responsable de l'évaluation. Les représentants des ONGs chargés de l'évaluation de la qualité participent à cette évaluation par les pairs comme membre à part entière de l'équipe d'évaluation. Un représentant du BPS participe à cette évaluation comme observateur.

L'organisation administrative des évaluations de la qualité au niveau des Hôpitaux est sous la responsabilité de la CT- FBP qui devra indiquer le calendrier des évaluations et les Hôpitaux concernés. L'organisation logistique est sous la responsabilité du BPS en étroite collaboration avec les BDS, les Hôpitaux et les partenaires œuvrant dans la Province. En effet, le BPS devra veiller à la disponibilité de toute la logistique nécessaire et fera participer, en plus de sa propre contribution, les Hôpitaux et les partenaires de la Province au financement de ces évaluations.

Lors de ces évaluations, chaque hôpital est représenté par une équipe d'au moins 3 personnes : Un médecin, le Directeur Administratif et Financier et le Chef Nursing.

Une visite d'évaluation de la qualité technique d'un hôpital prend une journée et comprend deux phases : l'évaluation à l'aide d'une grille et la restitution des résultats de l'évaluation auprès des prestataires suivie des recommandations pour améliorer la qualité technique.

Au cours de l'évaluation, les médecins évaluent le volet clinique, les DAF évaluent les aspects de gestion, d'organisation et des finances tandis que les chefs de nursing évaluent le volet concernant les aspects d'hygiène et d'assurance qualité des soins. Le personnel des ONGs d'évaluation participe à l'évaluation de tous les volets.

Le résultat de cette évaluation des hôpitaux par les pairs prend la forme d'un « score de qualité technique » pouvant aller de 0 à 100%. Le score de qualité technique ne devrait pas être en dessous de 50%. En cas d'un mauvais score, les évaluateurs de pairs doivent faire une analyse et proposer des actions urgentes d'amélioration y compris des mesures administratives. Chaque composante en dessous de 60% doit être analysée et des actions correctrices doivent être proposées. L'équipe de pairs propose comment affecter les ressources de l'Hôpital pour des améliorations rapides au cours d'une restitution immédiate des résultats de l'évaluation de la qualité technique auprès des prestataires de l'hôpital concerné.

VI.3.3. Evaluation improvisée de la qualité technique au niveau des formations sanitaires

Au moins une fois par trimestre, la CT FBP organise des évaluations improvisées de la qualité technique des soins au niveau des Hôpitaux. Cette évaluation se fait sur base d'un échantillon d'Hôpitaux mais tous les Hôpitaux doivent avoir fait l'objet d'une évaluation improvisée à la fin de chaque année. L'évaluation va concerner quelques rubriques de la grille d'évaluation de la qualité des Hôpitaux.

Sur demande de la CT-FBP, les évaluations improvisées de la qualité seront réalisées ponctuellement par les ONGs au niveau des CDS.

L'évaluation improvisée a un double objectif :

- ❖ Renforcer les capacités des équipes d'évaluation par les pairs ;
- ❖ S'assurer du niveau réel et du maintien des conditions de qualité au niveau des formations sanitaires

Les résultats de l'évaluation improvisée seront pris en compte dans le calcul du score de qualité du trimestre suivant. Une discordance inférieure ou égale à 10% entre le score de l'évaluation de la qualité par les pairs et le score de l'évaluation improvisée est tolérée. En cas de discordance de plus de 10%, les sanctions suivantes sont appliquées à la formation sanitaire :

- ❖ Discordance >10% et ≤ 20% : retrait de 10% des points pour la composante concernée sur l'évaluation du trimestre suivant
- ❖ Discordance >20% et ≤ 30% : retrait de 20% des points pour la composante concernée sur l'évaluation du trimestre suivant

- ❖ Discordance de plus de 30% : la composante concernée reçoit la note zéro pour l'évaluation du trimestre suivant.

VI.3.4. Evaluation Communautaire

L'évaluation communautaire conduit à un score de qualité perçue qui est déterminé sur base des résultats du dépouillement des enquêtes communautaires faites par des associations locales.

VI.3.4.1. Tirage au sort des indicateurs à enquêter

Les vérificateurs tirent au sort un échantillon de 80 patients par aire de santé, **en utilisant un pas de sondage**, suivant l'importance du PMA et du PCA effectué par les FOSA correspondantes (centre de santé et hôpital). L'importance relative des services dans le tirage au sort dépend du volume d'activité de ces services.

Au cas où les patients proviennent d'une autre aire de responsabilité (hors aire de responsabilité) ou d'une autre Province (hors Province), les vérificateurs vont tirer au sort au maximum 10 cas hors aire de responsabilité et 5 cas hors Province. Pour les cas hors aire de responsabilité, ils sont confiés à l'ASLO en charge de la vérification communautaire au niveau de l'aire de responsabilité concernée.

Pour les cas hors Provinces, le Coordonnateur de l'équipe de vérification les recueille et les confie à son collègue de la Province concernée pour investigation. Ce dernier les transmet à l'ASLO de l'aire de responsabilité concernée et doit faire un feed back au Coordonnateur qui lui a transmis les cas dès que la vérification communautaire est terminée.

Les indicateurs objet de l'enquête communautaire et les cas à tirer au sort par indicateur au niveau des Centres de Santé sont repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1: Répartition des cas à tirer par indicateur au niveau des Centres de Santé

N°	INDICATEUR	AU NIVEAU DES CENTRES DE SANTE
1	Consultations curatives < 5 ans	15 cas
2	Consultations curatives ≥ 5 ans	10 cas
3	Consultation curative femme enceinte	10 cas
4	Enfants complètement vaccinés	10 cas
5	Accouchement eutocique	15 cas
6	Consultation prénatale	10 cas
7	Consultation post natale	10 cas
	TOTAL	80 cas

Au niveau des Hôpitaux, la répartition des cas tirés par indicateur se fait comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Répartition des cas à tirer par indicateur au niveau des Hôpitaux

N°	INDICATEUR	AU NIVEAU DES HOPITAUX
1	Consultations curatives < 5 ans	15 cas
2	Consultations curatives ≥ 5 ans	10 cas
3	Consultation curative femme enceinte	10 cas
4	Journée d'hospitalisation < 5 ans	10 cas
5	Journée d'hospitalisation ≥ 5 ans	10 cas
6	Accouchement eutocique	10 cas
7	Césarienne	10 cas
8	Chirurgie majeure	5 cas
	TOTAL	80 cas

VI.3.4.2. Objectifs de l'enquête communautaire

L'enquête communautaire a 2 objectifs :

- ✓ Authentifier au niveau communautaire les prestations déclarées par les formations sanitaires ;
- ✓ Mesurer le degré de satisfaction de la communauté et des prestataires de soins.

L'enquête communautaire comprend 3 volets :

- ✓ La vérification de l'existence des utilisateurs tirés au sort dans les registres des formations sanitaires ;
- ✓ La vérification de la prestation effectuée ;
- ✓ Le degré de satisfaction des utilisateurs pour la prestation effectuée.

La vérification de l'existence des utilisateurs

La vérification de l'existence des utilisateurs est coté **sur 10 points**.

Si l'existence n'est pas prouvée pour 5% ou plus de l'échantillon total d'utilisateurs pris en compte pour l'ensemble des indicateurs subventionnés et enquêtés, la FOSA reçoit la note 0 sur 10 pour cette rubrique.

La vérification de la prestation effectuée

La vérification de la prestation effectuée est coté **sur 5 points**.

Si la prestation de la formation sanitaire n'est pas prouvée pour **5%** ou plus de l'échantillon total d'utilisateurs pris en compte pour les différents indicateurs subventionnés, la FOSA reçoit la note **0 sur 5 pour cette rubrique.**

La satisfaction des utilisateurs

La satisfaction des utilisateurs est coté **sur 15 points.**

Si 20% ou plus des utilisateurs enquêtés perçoit comme insatisfaisante la prestation fournie par la formation sanitaire, la FOSA reçoit la note **0 sur 15 pour cette rubrique.**

VI.3.5. Calcul du bonus/malus de qualité

Le score de qualité technique et le score de qualité perçue sont synthétisés en un score de qualité globale, dans une proportion de 70% pour la qualité technique et 30% pour la qualité perçue.

Tableau 3 : Tableau synthétique du score de qualité

Critères d'évaluation	Maximum de points
1. La qualité technique	70
2. La qualité perçue	
• La vérification de l'existence des utilisateurs enregistrés	10
• La vérification de la prestation effectuée	5
• La satisfaction des utilisateurs	15
Sous total qualité perçue	30
SCORE DE QUALITE GLOBAL	100

Quel que soit l'échelon considéré, à l'issue de cette évaluation est accordée à chaque entité prestataire qui a un score de qualité global supérieur ou égal à 70% une prime appelée « **bonus de qualité** », destinée à stimuler l'amélioration de la qualité des prestations. L'entité évaluée est appelée à mettre en œuvre des actions visant à redresser ce qui a contribué à baisser son score de qualité à l'évaluation.

L'évaluation de la qualité technique est trimestrielle tandis que l'évaluation de la qualité perçue est semestrielle. Pour calculer le score de qualité global, le même score de qualité perçue sera associé deux fois au score de qualité technique.

En cas de score de qualité inférieur à 50%, un malus de qualité est appliqué à la formation sanitaire.

L'attribution d'un bonus ou d'un malus de qualité se fait selon les conditions suivantes :

- ✓ Si la FOSA a un score de qualité global supérieur ou égal à 90% , elle reçoit un bonus de qualité de $30\% \times$ montant total des subsides FBP reçus pendant le trimestre précédent \times score de qualité global ;
- ✓ Si la FOSA a un score de qualité global entre 70% et 89,9% ; elle reçoit un bonus de qualité de $25\% \times$ montant total des subsides FBP reçus pendant le trimestre précédent \times score de qualité global ;
- ✓ Si la FOSA a un score de qualité global entre 50% et 69,9% ; elle ne reçoit pas de bonus de qualité ;
- ✓ Si la FOSA a un score de qualité global entre 40% et 49,9% ; elle est sanctionnée par un malus de qualité équivalent à 10% des subsides FBP reçus le trimestre précédent.
- ✓ Si la FOSA a un score de qualité global entre 30% et 39,9% ; elle est sanctionnée par un malus de qualité équivalent à 20% des subsides FBP reçus le trimestre précédent ;
- ✓ Si la FOSA a un score de qualité global inférieur à 30% ; elle est sanctionnée par un malus de qualité équivalent à 25% des subsides FBP reçus le trimestre précédent.

- ✓ $\geq 90\%$: **bonus qualité= $30\% \times$ score qualité global \times Subsides FBP du trimestre précédent**
- ✓ **70 à 89,9% : bonus qualité= $25\% \times$ score qualité global \times Subsides FBP du trimestre précédent**
- ✓ **50 à 69,9% : pas de bonus de qualité**
- ✓ **40 à 49,9% : - 10% des subsides FBP du trimestre précédent**
- ✓ **30 à 39,9% : - 20% des subsides FBP du trimestre précédent**
- ✓ **Inférieur à 30% : - 25% des subsides FBP du trimestre précédent**

VI.4. Contre vérification

Elle est menée semestriellement. Elle vise essentiellement à s'assurer, par une entité externe au processus FBP, de la véracité des données quantitatives et qualitatives vérifiées dans le cadre du financement basé sur la performance mais aussi à apprécier le respect des procédures FBP à tous les niveaux depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau central afin de proposer des mesures correctrices et des solutions adéquates aux problèmes identifiés. La contre vérification se fait sur un échantillon d'entités opérationnelles dans la mise en œuvre du FBP.

La contre vérification porte sur des périodes antérieures mais doit porter en plus sur les prestations quantitatives du semestre précédent.

Les différents rapports de la Contre Vérification doivent être partagés à tous les membres de CT-FBP Elargie, qui est chargée de faire des propositions au MSPLS sur l'application de certaines stratégies correctrices adoptées.

En cas de fraude avérée lors de la contre vérification, des sanctions administratives et financières seront prises par l'autorité compétente, sur proposition de la CT-FBP.

CHAPITRE VII. UTILISATION DES RECETTES DES FORMATIONS SANITAIRES

L'utilisation des fonds des FOSA se fait en utilisant l'outil d'indice qui est un outil fondé sur l'utilisation des recettes des FOSA toute source confondue (Recouvrement des coûts, FBP, autres recettes...) et sur base des besoins réels de la FOSA en veillant à privilégier les rubriques les plus importantes pour une gestion rationnelle de la FOSA : Médicaments et autres intrants (qui aura la plus grande proportion), fonctionnement, investissement, motivation du personnel, fonctionnement du système de référence contre référence, épargne.

L'outil d'indice est utile pour plusieurs raisons :

- ✓ Il montre clairement les recettes globales générées par la FOSA au cours du mois (y compris les dons du MSPLS ou des partenaires) et leur provenance par rubrique et les dépenses prévues du mois suivant également par rubrique. Cela permet de voir rapidement la provenance des moyens et leur utilisation ;
- ✓ Il indique la situation financière de la FOSA, ses réserves en banque et la dynamique de l'équipe de la FOSA pour évoluer vers un équilibre financier ;
- ✓ A travers cet outil, la FOSA privilégie avant tout son fonctionnement : en payant les salaires du personnel ; en achetant les médicaments et les consommables médicaux ; en achetant les fournitures de bureau ; en supportant les frais des stratégies avancées ; en supportant les frais de transport et de communication ; en supportant le système de référence et contre référence ; en plaçant une réserve du mois en banque pour la FOSA ;
- ✓ A travers cet outil une prime de performance peut être attribuée au personnel mais **ne doit pas dépasser 30% des recettes globales de la formation sanitaire. Cette prime est accordée sous 2 conditions :**
 - Les recettes du mois précédent doivent être supérieures aux prévisions de dépenses du mois suivant ;
 - La FOSA doit disposer d'une réserve financière en Banque permettant de couvrir au moins deux mois de fonctionnement ;
- ✓ L'outil d'Indice montre clairement comment la prime globale est répartie en primes individuelles du personnel en tenant compte de : la catégorie de chaque unité (niveau de formation), l'ancienneté, la responsabilité, les heures supplémentaires prestées, les heures perdues et l'évaluation individuelle du mois ;

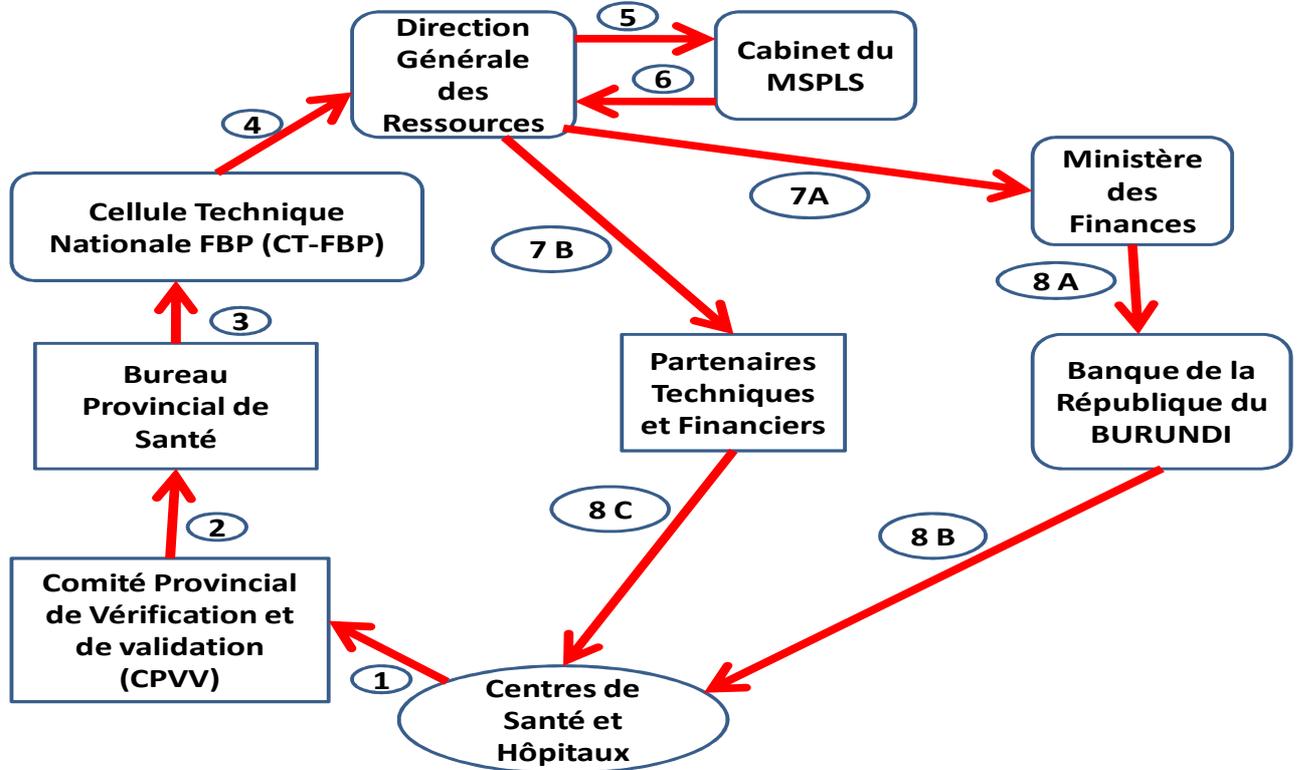
- ✓ La grande force de cet outil réside dans le fait que l'affectation des recettes de la FOSA implique la participation de tout le staff ; du Titulaire ou Directeur au dernier des travailleurs ;
- ✓ L'outil d'Indice instaure dans la FOSA une transparence totale de la gestion des fonds, crée une dynamique de groupe et constitue en fin de compte un support par excellence de budgétisation annuelle pour les FOSA, les BDS et les BPS ;
- ✓ Le régulateur utilise les éléments de l'outil d'indice dans la supervision, l'évaluation de la qualité et dans la résolution progressive des problèmes auxquels les FOSA font face.

Un guide d'utilisation de l'outil d'indice à l'usage des formations sanitaires a été produit et est partie intégrante du présent manuel des procédures FBP.

CHAPITRE VIII. CIRCUIT DE FINANCEMENT ET DELAI DE PAIEMENT

VIII.1. Circuit de financement

Figure 2 : Circuit de financement de la stratégie FBP



LEGENDE

Etape 1	Vérification des prestations déclarées par les formations sanitaires et envoi des factures vérifiées au Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV)
Etape 2	Validation des factures des FOSA par le CPVV et transmission de la facture provinciale validée et du PV de validation au BPS
Etape 3	Transmission de la facture provinciale validée et du PV de validation à la CT-FBP par le BPS
Etape 4	Validation des factures de toutes les Provinces par la CT-FBP et transmission des demandes de paiement à la Direction Générale des Ressources (DGR)
Etape 5	Vérification de la conformité des factures de toutes les Provinces par la DGR et transmission des demandes de paiement au Cabinet du MSPLS pour signature
Etape 6	Transmission des demandes d'engagement par la Cabinet du MSPLS à la DGR
Etape 7A	Transmission des demandes d'engagement par la DGR au Ministère des Finances
Etape 7 B	Transmission des demandes de paiement par la DGR aux Partenaires Techniques et Financiers
Etape 8 A	Transmission des ordres de paiement à la Banque de la République du Burundi (BRB) par le Ministère des Finances
Etape 8 B	Virement des fonds du Gouvernement sur les comptes des formations sanitaires par la BRB
Etape 8 C	Virement des fonds des PTF sur le compte des formations sanitaires

VIII.2. Circuit de financement pour les Prestations quantitatives des FOSA

Tableau 2 : Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations quantitatives (Centres de Santé et Hôpitaux de District)

Activité à mener	Responsable	Délai requis (en jours)	Cumul (en jours)
Elaboration du rapport mensuel SIS	FOSA	5	5
Vérification et établissement de la facture mensuelle de chaque FOSA	CPVV (Equipe de Vérification)	14	19
Validation des données de chaque FOSA	CPVV	1	20
Transmission à la CT-FBP des demandes de remboursement vérifiées et validées	BPS	1	21
Compilation, Synthèse et transmission à la DGR	CT-FBP	5	26
Analyse à la DGR par le contrôleur des engagements des dépenses publiques, signature par le cabinet du MSPLS et transmission des demandes d'engagement au MINFIN/PTF	DGR	3	29
Engagement, liquidation, ordonnancement et Virement par la BRB sur les comptes des bénéficiaires/Virement du PTF sur les comptes des bénéficiaires	MINFIN	21	50
TOTAL			50

Pour les dossiers à problèmes, le traitement des dossiers est reporté pour la prochaine période.

Tableau 3: Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations quantitatives des Hôpitaux Nationaux

Activité à mener	Responsable	Délai requis (en jours ouvrables)	Cumul (en jours ouvrables)
Elaboration du rapport mensuel	Hôpitaux Nationaux	5	5
Vérification et Validation	CT-FBP	14	19
Compilation, Synthèse et transmission à la DGR	CT-FBP	5	24
Analyse à la DGR, signature par le cabinet du MSPLS et transmission des demandes d'engagement au MINFIN et des déclarations de créance aux PTFs	DGR	3	27
Engagement, liquidation, ordonnancement et Virement par la BRB sur les comptes des Hôpitaux Nationaux (fonds publics) ; Virement direct des fonds du PTF sur les comptes des Hôpitaux Nationaux (fonds des PTFs)	MINFIN/PTF	21	48
TOTAL			48

VIII.3. Circuit de financement pour le remboursement des prestations qualitatives

Le circuit de remboursement des prestations liées à la qualité est lié au circuit de de remboursement des prestations quantité du mois suivant un trimestre donné. Il est à noter que l'évaluation de la qualité des prestations des FOSA dure 15 jours ouvrables.

CHAPITRE IV. REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS

Pour tout cas de litige qui surviendrait dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur la performance, le règlement à l'amiable est privilégié et le recours à la médiation par le niveau hiérarchiquement supérieur est conseillé. En cas de non compromis, le Ministère de la Santé Publique prendra une décision définitive pour régler le différend.

IX.1. Règlement des litiges au niveau des Formations sanitaires (Hôpitaux et CDS)

En cas de non respect de principes du FBP, la Formation Sanitaire s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire de la stratégie FBP pour les raisons suivantes notamment :

- ✓ Création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage de fiches, rapports ou tout autre document pris en compte dans le calcul de la rémunération de la Formation Sanitaire ;
- ✓ Les prestations de mauvaise qualité tels que constatées lors des évaluations trimestrielles de qualité;
- ✓ Mauvaise performance en fonction des objectifs fixés tels que définis dans le plan d'action semestriel ;
- ✓ Entrave aux activités de vérification.

Il revient au Bureau Provincial de la Santé et au CPVV de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à la Formation Sanitaire. Ces sanctions peuvent être entre autre le non paiement des subsides, la suspension temporaire de la FOSA de la stratégie FBP ainsi que les mesures administratives prises par l'autorité compétente à l'endroit de l'équipe dirigeante de la FOSA.

IX.2. Règlement des litiges liés à la motivation du personnel

En cas de faute lourde d'un employé d'une FOSA, le Comité de Gestion de la FOSA peut décider de suspendre les primes d'un employé pendant une durée maximale de trois (3) mois. Toutefois, cette décision devra être soumise à l'approbation du CPVV.

En dehors des sanctions prévues dans le cadre du FBP, des mesures administratives telles que prévues par la loi seront appliquées à l'encontre du personnel fautif en fonction de la gravité de la faute commise.

IX.3. Règlement des litiges au niveau Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV)

En cas de litige entre le CPVV et les FOSA de la Province concernant l'exécution des contrats d'achats FBP passés, le MSPLS, à travers la CT-FBP, sera saisie par l'une ou l'autre des parties pour trouver une résolution au litige.

Le MSPLS peut par ailleurs se saisir d'office d'un cas de litige ou de dysfonctionnement avéré dans les relations entre le CPVV et les FOSA de la province.

Après avis de la CT-FBP élargie; le MSPLS prend des décisions finales et non susceptibles de recours. La CT-FBP assure le suivi de la mise en application de ces décisions.

IX.4. Règlement des litiges au niveau des Associations locales actrices dans les enquêtes communautaires trimestrielles

L'association locale actrice dans les enquêtes communautaires semestrielles pourrait être sanctionnée pour les raisons suivantes :

- ✓ Un mauvais remplissage ou un remplissage incomplet d'une fiche d'enquête, **conduit au non paiement de cette fiche d'enquête ;**
- ✓ La remise tardive de l'ensemble des questionnaires d'enquête, au delà du délai de 15 jours prévu par le contrat qui lie l'association au CPVV, **conduit au non paiement total de l'enquête ; la remise des résultats au delà de 21 jours conduit à la résiliation du contrat ;**
- ✓ La non exécution de l'enquête commissionnée ou le remplissage du questionnaire avec des données fausses **conduit à la résiliation du contrat en cours et au non renouvellement du contrat.**

En cas de résiliation du contrat par une des parties, celle - ci devra donner un préavis minimum de quinze jours.

En cas de malentendus sur l'interprétation et l'exécution de ce contrat, les parties signataires essaieront de les résoudre à l'amiable, sinon le problème sera reporté au MSPLS pour décision.