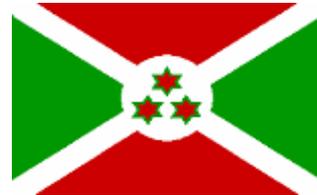


REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE 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 AU BURUNDI**

**VERSION REVISEE 2**

**JANVIER 2014**

## **TABLE DES MATIERES**

<b>CHAPITRE I. INTRODUCTION .....</b>	<b>9</b>
I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	9
I.2. PRESENTATION DU MANUEL DES PROCEDURES FBP	10
<b>CHAPITRE II. ETAT DES LIEUX ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....</b>	<b>11</b>
II.1. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ	11
II.2. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE	12
II.3. FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ	12
II.4. PRINCIPAUX DEFIS DU SYSTEME DE SANTE	13
II.5. PRINCIPALES RÉFORMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ	14
<b>CHAPITRE III. LA STRATEGIE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE.....</b>	<b>15</b>
III.1. CONCEPTS ET DEFINITIONS	15
III.2. PRINCIPES DIRECTEURS DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE AU BURUNDI	18
III.3. CADRE INSTITUTIONNEL DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE	19
III.4. OBJECTIFS DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE AU BURUNDI	21
<b>CHAPITRE IV. MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE.....</b>	<b>21</b>
IV.1. INTERVENANTS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE	21
IV.2. ACTEURS AU NIVEAU PERIPHERIQUE	24
IV.3. LES ACTEURS DU NIVEAU INTERMEDIAIRE (NIVEAU PROVINCIAL)	28
IV.4. LES ACTEURS DU NIVEAU CENTRAL	33
<b>CHAPITRE V : LES PRINCIPAUX OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU FBP .....</b>	<b>41</b>
V.1. LES OUTILS DE GESTION DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE	41
V.2. LES OUTILS DE GESTION COMPTABLE ET FINANCIERE	46
V.3. LA BASE DE DONNEES FBP WEB	46
V.4. LES INDICATEURS DE PERFORMANCE	47
V.5. SUBSIDES ET CALCUL DES PRIMES	47
V.6. LE BONUS D'ÉQUITE	47
V.7. UTILISATION DES RECETTES DES FORMATIONS SANITAIRES	48
<b>CHAPITRE VI : LE SYSTEME DE VERIFICATION.....</b>	<b>50</b>
VI.1. VERIFICATION QUANTITATIVE DES PRESTATIONS	50
VI.2. DISPOSITIONS PRATIQUES POUR LA REALISATION DE LA VERIFICATION DES PRESTATIONS QUANTITATIVES	52
VI.3. EVALUATION DE LA QUALITE DES PRESTATIONS	53
VI.3.1.1. LES DOMAINES EVALUES	54
VI.3.1.2. RESULTATS DES EVALUATIONS DE CERTIFICATION	55

VI.4. CONTRE VERIFICATION	63
<b>CHAPITRE VII. CIRCUIT DE FINANCEMENT ET DELAI DE PAIEMENT .....</b>	<b>64</b>
VII.1. CIRCUIT DE FINANCEMENT	64
VII.2. DELAIS DE PAYEMENT POUR LES PRESTATIONS QUANTITATIVES DES FOSA	65
VII.3. DELAIS POUR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS QUALITATIVES	67
VII.4. DELAIS POUR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS DES BPS, BDS ET CPVV	67
VII.5. DELAIS POUR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS DE LA CT-FBP	69
<b>CHAPITRE VIII. LE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE AU NIVEAU CENTRAL DU.....</b>	<b>71</b>
<b>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA .....</b>	<b>71</b>
VIII.1. UNITES DES PRESTATIONS CONTRACTUALISEES	71
VIII.2. LES INDICATEURS DE PERFORMANCE DU NIVEAU CENTRAL DU MSPLS	72
VIII.3. REPARTITION DES SUBVENTIONS DE PERFORMANCE ENTRE LES UP DU NIVEAU CENTRAL.	74
VII.4. PROCEDURES DE DECAISSEMENT DES SUBVENTIONS PAR LES UNITES DE PRESTATION	76
VIII.4.1 DECAISSEMENT DES PRIMES	76
VIII.4.2 GESTION DES FRAIS DE FONCTIONNEMENT	77
VIII.4.3. PROCEDURES DE CONTROLE	78
<b>CHAPITRE IX. CONTRACTUALISATION DES BPS, DES BDS ET DES CPVV .....</b>	<b>78</b>
IX.1. CONTRACTUALISATION DES BPS ET DES BDS	78
IX.2. CONTRACTUALISATION DES CPVV	79
<b>CHAPITRE X. DISPOSITIONS PARTICULIERES.....</b>	<b>80</b>
<b><i>X.1.FBP AU NIVEAU DES LABORATOIRES DE CERTAINS HÔPITAUX ET DU LABORATOIRE DE L'INSP .....</i></b>	<b><i>80</i></b>
<b><i>X.2. INTÉGRATION DES INDICATEURS DE NUTRITION DANS LA STRATÉGIE NATIONALE FBP.....</i></b>	<b><i>85</i></b>
<b><i>X.3. EXPÉRIENCE PILOTE DE FBP EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE .....</i></b>	<b><i>86</i></b>
<b><i>X.4. L'EXPÉRIENCE PILOTE DE FBP EN SANTÉ MENTALE .....</i></b>	<b><i>87</i></b>
<b><i>X.5. PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LA CÉCITÉ ET LES PATHOLOGIES OCULAIRE À TRAVERS LE FBP.....</i></b>	<b><i>88</i></b>
<b>CHAPITRE XI. FINANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBP.....</b>	<b>90</b>
XI.1. LES SOURCES DE FINANCEMENT	90
XI.2. FINANCEMENT POUR LA MISE EN ŒUVRE DU FBP ET GAP FINANCIER	90
XI.3. PROCEDURES DE REVISION DES TARIFS DES INDICATEURS FBP	91
<b>CHAPITRE XII. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBP.....</b>	<b>93</b>
XII.1. NIVEAUX ET ACTEURS DU SYSTEME DE SUIVI EVALUATION	93

XII.2. RENFORCEMENT DES CAPACITES ET ENCADREMENT DES ACTEURS DU FBP	94
XII.3. RECHERCHE ACTION	95
XII.4. PROCEDURES DE SUIVI EVALUATION	95
XII.5. PROCEDURES DE MISE A JOUR	96
XII.6. LA BASE DE DONNÉES FBP	96
<b>CHAPITRE XIII. REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS .....</b>	<b>97</b>
XIII.1. REGLEMENT DES LITIGES AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES (HOPITAUX ET CDS)	98
XIII.2. REGLEMENT DES LITIGES LIES A LA MOTIVATION DU PERSONNEL	98
XIII.3. REGLEMENT DES LITIGES AU NIVEAU DU BUREAU DE DISTRICT SANITAIRE (BDS)	98
XIII.4. REGLEMENT DES LITIGES AU NIVEAU DU BUREAU PROVINCIAL DE LA SANTE (BPS)	99
XIII.5. REGLEMENT DES LITIGES AU NIVEAU COMITE PROVINCIAL DE VERIFICATION ET DE VALIDATION (CPVV)	99
XIII.6. REGLEMENT DES LITIGES AU NIVEAU DES ASSOCIATIONS LOCALES ACTRICES DANS LES ENQUETES COMMUNAUTAIRES SEMESTRIELLES	99
XIII.7. REGLEMENT DES LITIGES AU NIVEAU DES UNITES DE PRESTATION DU NIVEAU CENTRAL	100

## PREFACE

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<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> 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. La présente édition constitue **une deuxième version révisée du manuel des procédures FBP et est d'application à partir du 1<sup>er</sup> Janvier 2014.**

La Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA

**Honorable Dr NTAKARUTIMANA Sabine**

**SIGLES ET ABBREVIATIONS**

<b>AAP</b>	Agence d'Achat des Performances
<b>ARV</b>	AntiRétroviraux
<b>ASC</b>	Agents de Santé Communautaire
<b>ASLO</b>	Association Locale
<b>BDS</b>	Bureau de District Sanitaire
<b>BPS</b>	Bureau Provincial de Santé
<b>BRB</b>	Banque de la République du Burundi
<b>CDMT</b>	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
<b>CDS</b>	Centre de Santé
<b>CE</b>	Commission Européenne
<b>COGES</b>	Comité de Gestion
<b>CORDAID</b>	Organisation Catholique d'Aide et de Développement
<b>COSA</b>	Comité de Santé
<b>CPLS</b>	Comité Provincial de Lutte contre le SIDA
<b>CPSD</b>	Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement
<b>CPVV</b>	Comité Provincial de Vérification et de Validation
<b>CT-FBP</b>	Cellule Technique Nationale chargée de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance
<b>DFID</b>	Département For International Development
<b>DGR</b>	Direction Générale des Ressources
<b>DGSSLS</b>	Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA
<b>DTS</b>	Dépense Totale de Santé
<b>FBP</b>	Financement Basé sur la Performance
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire

<b>GAVI</b>	Global Alliance for Vaccines and Immunization
<b>Hab</b>	Habitants
<b>HealthNet TPO</b>	HealthNet Transcultural Psychosocial Organization
<b>MAD</b>	Mois d'approvisionnement disponibles
<b>MII</b>	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
<b>MINFIN</b>	Ministère en charge des Finances
<b>MSPLS</b>	Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OV</b>	Ordre de Virement
<b>PAA</b>	Plan d'Action Annuel
<b>PCA</b>	Paquet Complémentaire d'Activités
<b>PF</b>	Planning Familial
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activités
<b>PTA</b>	Paquet Tertiaire d'Activités
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine
<b>SIS</b>	Système d'Information Sanitaire
<b>TBC</b>	Tuberculose
<b>USD</b>	United States Dollars
<b>VIH/SIDA</b>	Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine/Syndrome ImmunoDéficiency Acquis

### LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<b>Tableau 1</b>	Tableau synthétique du score de qualité
<b>Tableau 2</b>	Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations quantitatives
<b>Tableau 3</b>	Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations quantitatives des Hôpitaux Nationaux
<b>Tableau 4</b>	Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations des BPS, BDS, CPVV
<b>Tableau 5</b>	Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations de la CT-FBP
<b>Tableau 6</b>	Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations des Unités de prestation du niveau central du MSPLS
<b>Tableau 7</b>	Calcul des coûts de la mise en œuvre du FBP au cours de la période 2014-2016
<b>Tableau 8</b>	Budget disponible et gap de financement pour la période 2014-2016
<b>Figure 1</b>	Séparation des fonctions dans le modèle FBP du Burundi
<b>Figure 2</b>	Montage institutionnel du FBP
<b>Figure 3</b>	Circuit de financement de la stratégie de FBP

## CHAPITRE I. INTRODUCTION

### *1.1. Contexte et justification*

Le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 vise des objectifs de lutte contre la maladie mais également de renforcement de la performance du système de santé en vue de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la santé.

En vue de renforcer le système de santé, le Burundi a initié des réformes dans le fonctionnement de son système de santé dont entre autres la contractualisation du système de santé à travers le Financement basé sur la performance.

Des expériences pilotes de financement basé sur la performance ont été mises en œuvre dans trois Provinces à partir de 2006. En 2008, les résultats positifs de ces expériences ont amené le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS) à étendre cette approche dans neuf Provinces sur les 17 que compte le Pays. Ces expériences pilotes, bien que basées sur les mêmes principes, ont été mises en œuvre par des ONGs différentes avec un montage institutionnel différent, un paquet de soins à contractualiser variable et des primes à la performance variables selon les Provinces.

Le Gouvernement a également décrété un paquet de soins gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans 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 gratuit des soins à travers un système de financement basé sur la performance.

Depuis le 01 Avril 2010, le FBP 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. En effet, le délai de remboursement des formations sanitaires a été réduit de moitié ; les surfacturations ont été réduites par la mise en place d'un système efficace de vérification et de contre vérification, permettant ainsi la notification de données fiables au SIS; la charge administrative des formations sanitaires a été fortement allégée avec des documents à remplir qui sont passés de 2.500 pages par mois à 2 pages par mois ; une motivation financière des prestataires de soins a été introduite.

Après plusieurs années de mise en œuvre du FBP à l'échelle nationale, le MSPLS souhaite une consolidation des acquis et une prise en compte des insuffisances observées au cours

des années précédentes ; d'où la nécessité d'une deuxième révision de la version originale du manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBP.

Cette troisième version du manuel FBP (deuxième version révisée) s'inscrit dans la logique du consensus National sur le financement basé sur la performance et le financement de la gratuité des soins convenu en Mars 2009 entre le MSPLS et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Sa mise en œuvre se fera dans un esprit de recherche action et d'ajustement progressif de son contenu à l'épreuve des faits.

Ce manuel des procédures est un outil important de mise en œuvre du FBP et sera utilisé par tous les acteurs de santé depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau central en passant par les prestataires de soins à tous les niveaux. Ce manuel décrit dans les moindres détails la manière dont seront réalisées l'achat et le financement des prestations, la régulation, la vérification, la contre vérification, la validation, la prestation des services et soins de santé et la participation de la communauté dans tout ce processus.

### ***1.2. Présentation du manuel des procédures FBP***

Le présent manuel comprend treize (13) chapitres à savoir :

Chap I : Introduction

Chap II : Etat des lieux et fonctionnement du système de santé

Chap III : La stratégie du financement basé sur la performance

Chap IV : Mise en œuvre du FBP

Chap V : Les principaux outils de mise en œuvre du FBP

Chap VI : Le système de vérification

Chap VII : Le circuit de financement et délai de paiement

Chap VIII : Le Financement Basé sur la Performance au niveau central du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA

Chap IX : Contractualisation des Bureaux Provinciaux de Santé, des Bureaux de District Sanitaire et des Comités Provinciaux de Vérification et de Validation

Chap X : Dispositions particulières

Chap XI : Financement de la mise en œuvre du FBP

Chap XII : Suivi et évaluation de la mise en œuvre du FBP

Chap XIII : Règlement des litiges et conflits

Les principaux changements apportés par rapport aux éditions précédentes concernent (i) le renforcement de la vérification quantitative avec triangulation des données de plusieurs sources ; (ii) le renforcement de l'évaluation de la qualité avec des grilles centrées sur les résultats et les aspects cliniques, l'introduction d'une évaluation annuelle de certification et des évaluations improvisées ; (iii) la redéfinition de certains indicateurs ; (iv) la liaison de la performance des BDS aux scores de qualité des FOSA et de celle des BPS à la performance

des BDS ; (v) la séparation du corps du manuel FBP de ses outils de mise en œuvre pour permettre une modification des outils chaque fois que de besoin ; (vi) l'élaboration d'un manuel simplifié et des outils spécifiques aux FOSA.

## CHAPITRE II. ETAT DES LIEUX ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE

### *II.1. Organisation du système de santé*

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Toutefois le secteur privé n'est pas bien intégré dans le système national de santé de même que la médecine traditionnelle.

Le niveau central est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et affectation des ressources ainsi que du suivi - évaluation. Ce niveau assure la fonction de régulation et de normalisation.

Le niveau intermédiaire est composé de 17 bureaux provinciaux de santé (BPS). Ils correspondent au niveau central déconcentré. Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province et de l'appui aux districts sanitaires. Ce niveau correspond au deuxième niveau administratif qui est reconnu juridiquement.

Le niveau périphérique est composé de 45 districts de santé couvrant **52 hôpitaux de Districts et 851 centres de santé** répartis sur les 129 communes du pays. Un District Sanitaire couvre 2 à 3 communes et correspond au troisième niveau administratif dans le secteur de la santé, lequel diffère du niveau administratif territorial qui est la commune. Ce niveau intègre la participation communautaire qui est appliquée à travers la gestion des centres de santé par la mise en place des comités de santé et de gestion des CDS ainsi que les relais communautaires qui assurent l'interface entre le centre de santé et la communauté.

La carte sanitaire du Burundi indique que le pays compte 851 Centres de santé fonctionnels, dont 59% relèvent du secteur public, 25% du secteur privé, 15% du secteur confessionnels et 1% de CDS appartenant à des structures associatives. Le Pays dispose de 68 Hôpitaux fonctionnels, dont 43 hôpitaux publics, 16 Hôpitaux privés et 9 Hôpitaux confessionnels<sup>1</sup>.

Le secteur privé lucratif médical et pharmaceutique est essentiellement présent au niveau des centres urbains et plus particulièrement au niveau de la ville de Bujumbura. Ce secteur joue un rôle progressivement croissant dans le système de santé en dépit de l'insuffisance

---

<sup>1</sup> Annuaire statistique des données des Centres de Santé et des Hôpitaux pour l'année 2012

de données chiffrées de leurs activités. Au niveau des structures de soins, le secteur privé lucratif comprend des cliniques qui se trouvent dans la ville de Bujumbura et des centres de santé et pharmacies disséminés sur tout le territoire. Ce secteur souffre également d'une insuffisance de contrôle de qualité et de supervision.

## ***II.2. Situation épidémiologique***

L'analyse de la situation épidémiologique indique que les maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/SIDA et la Tuberculose.

Les résultats de l'enquête PMS 2012 révèlent que 16% de la population est tombé malade pendant le mois qui a précédé l'enquête. Le paludisme occupe la première place (53%) suivi des maladies diarrhéiques (10%) et en troisième place viennent les infections respiratoires aiguës (8%) qui touchent essentiellement les enfants.

Le profil épidémiologique du Burundi présente un tableau relativement sombre au vu des chiffres de mortalité. En effet, **le ratio de mortalité** maternelle reste très élevé à 500 pour 100.000 naissances vivantes, **le taux de mortalité néonatale** est à 31 pour 1.000 naissances vivantes, **le taux de mortalité infantile** est estimé à 59 pour 1.000 naissances vivantes tandis que **le taux de mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans)** est à 96 pour 1.000 naissances vivantes<sup>2</sup>.

**L'espérance de vie à la naissance** est estimée à 49 ans au Burundi<sup>3</sup>.

Le taux de couverture vaccinale est très appréciable avec des taux supérieurs à 95% pour les principaux antigènes mais le taux des enfants complètement vaccinés est de 83%<sup>2</sup>.

**Le taux d'accouchement assisté en milieu de soins** est passé de 22,9% en 2005 à 72% en 2013 grâce notamment à la mesure de gratuité des soins pour les accouchements instaurée depuis 2006 et à la stratégie de FBP.

## ***II.3. Financement du secteur de la santé***

L'analyse des résultats des Comptes Nationaux de la Santé au Burundi pour l'année 2010 montre que la dépense nationale de santé est de 29,3 USD/hab/an. Il apparaît que la dépense totale par habitant et par an est encore loin des 44 USD recommandés par la Commission Macroéconomique et Santé de l'OMS. A l'horizon 2015, le niveau de dépenses recommandé par la même Commission est estimé à 60 USD/habitant/an.

Les dépenses totales de santé au Burundi demeurent faibles, principalement du fait du faible niveau des dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé. A partir de 2007, le

<sup>2</sup> Enquête Démographique et de santé

<sup>3</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2008

Budget de l'Etat alloué au Ministère de la Santé Publique a augmenté progressivement passant de 5% en 2007 à environ 9% du Budget général de l'Etat en 2012, ce qui est encore loin du niveau des 15% préconisés par la Déclaration d'Abuja.

Selon les résultats des Comptes Nationaux de la santé 2010, l'aide extérieure est la principale source de financement du secteur de la santé (un peu plus de 52%), suivi de la contribution des ménages (28%) et de l'Etat (12%).

Les mécanismes de financement de la santé sont entrain de changer progressivement. En effet, pour améliorer la performance de son système de santé, le Burundi est entrain de passer progressivement d'un système de financement de type input vers un système de financement de type output appelé également financement basé sur les résultats.

#### ***II.4. Principaux défis du système de santé***

- ✓ L'insuffisance des ressources humaines tant en qualité qu'en quantité ; surtout au niveau périphérique ; et une mauvaise répartition de ces ressources en défaveur des zones rurales (80% des médecins et 50% des infirmiers prestent à Bujumbura, la capitale) ;
- ✓ La démotivation et l'instabilité du personnel en fonction ;
- ✓ L'insuffisance de la décentralisation administrative et de la déconcentration ;
- ✓ La faible qualité de la formation dans les écoles médicales et paramédicales liée à l'insuffisance d'enseignants qualifiés, l'insuffisance de matériel didactique et l'inadéquation entre la formation et l'emploi ;
- ✓ Le circuit d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux peu efficace dans un contexte de faiblesse dans la gestion de ces derniers ;
- ✓ L'inexistence d'un système de contrôle de qualité des médicaments ;
- ✓ L'insuffisance de la qualité des services de santé offerts à la population ;
- ✓ Le faible accès financier des populations vulnérables aux soins de santé malgré une gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- ✓ La faiblesse du système d'information sanitaire ;
- ✓ La faiblesse dans la coordination et le suivi/évaluation des interventions sanitaires ;
- ✓ La forte verticalisation des programmes et projets de santé liée à la faible intégration actuelle des activités des programmes dit verticaux dans le renforcement des activités de soins et de gestion ;
- ✓ L'insuffisance du système de maintenance des équipements biomédicaux et des infrastructures sanitaires ;
- ✓ La faible intégration du secteur privé lucratif dans le système de santé ;
- ✓ L'allocation inefficace dans le secteur de la santé des ressources financières encore insuffisantes.

### ***II.5. Principales réformes dans le secteur de la santé***

Pour rendre plus performant son système de santé, le Burundi s'est engagé dans une série de réformes dont les principales sont :

- ✓ La décentralisation du système de santé par la mise en place et l'opérationnalisation des districts sanitaires. Ces districts sont des entités géographiques couvrant en moyenne 150.000 à 200.000 habitants et encadrant 1 hôpital de district et 10 à 15 Centres de Santé permettant ainsi d'assurer une meilleure planification des interventions sanitaires au niveau périphérique, une gestion plus souple et plus efficace et une supervision formative des structures de santé.
- ✓ Le financement de la santé basé sur la performance;
- ✓ La politique de développement des ressources humaines pour le secteur de la santé centrées sur la production des ressources humaines de qualité, le développement des plans de carrière, une répartition équitable du personnel au niveau national, la motivation du personnel de santé et la décentralisation de la gestion des ressources humaines<sup>4</sup> ;
- ✓ La réforme du secteur pharmaceutique avec le renforcement du circuit d'approvisionnement, l'amélioration de la gestion des médicaments et consommables médicaux, le contrôle de qualité des médicaments ;
- ✓ L'approche sectorielle : le MSPLS et les PTF ont entrepris de mieux coordonner leurs interventions dans le cadre d'une approche sectorielle. Un organe de coordination au niveau national, le CPSD, a été mis en place avec la volonté de la mise en place d'un Programme Commun National harmonisé sur base d'un document de Compact du Burundi. Cependant, un certain nombre de difficultés subsistent : la formalisation des engagements des partenaires (Compact) a pris du retard, certains partenaires continuent à intervenir de manière indépendante, l'intégration des programmes verticaux reste un enjeu clé.

---

<sup>4</sup> Politique de Développement des ressources humaines pour la santé, 2010

## CHAPITRE III. LA STRATEGIE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE

### **III.1. Concepts et définitions**

#### **III.1.1. Financement basé sur la Performance (FBP)**

Le FBP est une stratégie de financement de la santé basée sur les résultats (output, performance) et matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé.

Il est différent du financement classique de type input (intrants) où les structures de soins recevaient les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats.

Le FBP consiste à financer les soins et services de santé en fonction de la performance réalisée par les structures de santé et sur base des indicateurs définis préalablement.

Dans ce système de financement, il appartient à chaque structure de santé de mettre en œuvre des stratégies novatrices pour servir plus de patients et ce dans le respect des normes du MSPLS. Ces stratégies sont variées allant de l'amélioration de l'accueil, de l'état des infrastructures, de l'équipement, de la motivation du personnel, de la révision à la baisse des tarifs jusqu'à la collaboration public-privé (partenariat entre secteurs public- privé).

#### **III.1.2. Paquet de services**

Le paquet des services est l'ensemble d'actes médicaux et paramédicaux, chirurgicaux, de produits pharmaceutiques et consommables disponibles et servis aux bénéficiaires des soins de santé.

*Au sein de ce paquet de services se trouve un paquet de services gratuit pour les malades: il s'agit des soins délivrés aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans. La gratuité dans ce type de financement signifie que la subvention accordée à un paquet des services dits « gratuits » est de 100%. Cela veut dire que la structure de santé qui a négocié et signé un contrat dans ce cadre n'a plus le droit de faire payer le patient sur ce paquet de services. Elle encaissera seulement la subvention accordée sur les indicateurs dits de « gratuité », mais pour les malades bénéficiaires d'une autre couverture maladie (Mutuelle Fonction Publique, Assurance maladie), les prestataires feront payer à ces assureurs 80% de la facture et l'Etat et ses partenaires, à travers le FBP, paieront les 20% du ticket modérateur qu'aurait dû payé le malade. En outre, il existe d'autres prestations gratuites pour les bénéficiaires pour lesquelles le MSPLS et ses partenaires fournissent tous les intrants nécessaires : prise en*

charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, prise en charge des malades tuberculeux, les soins préventifs.

### III.1.3. La séparation des fonctions

La séparation des fonctions est un principe clé et fondamental du FBP pour éviter toute forme de conflit d'intérêt et de collusion entre les différents acteurs à tous les niveaux.

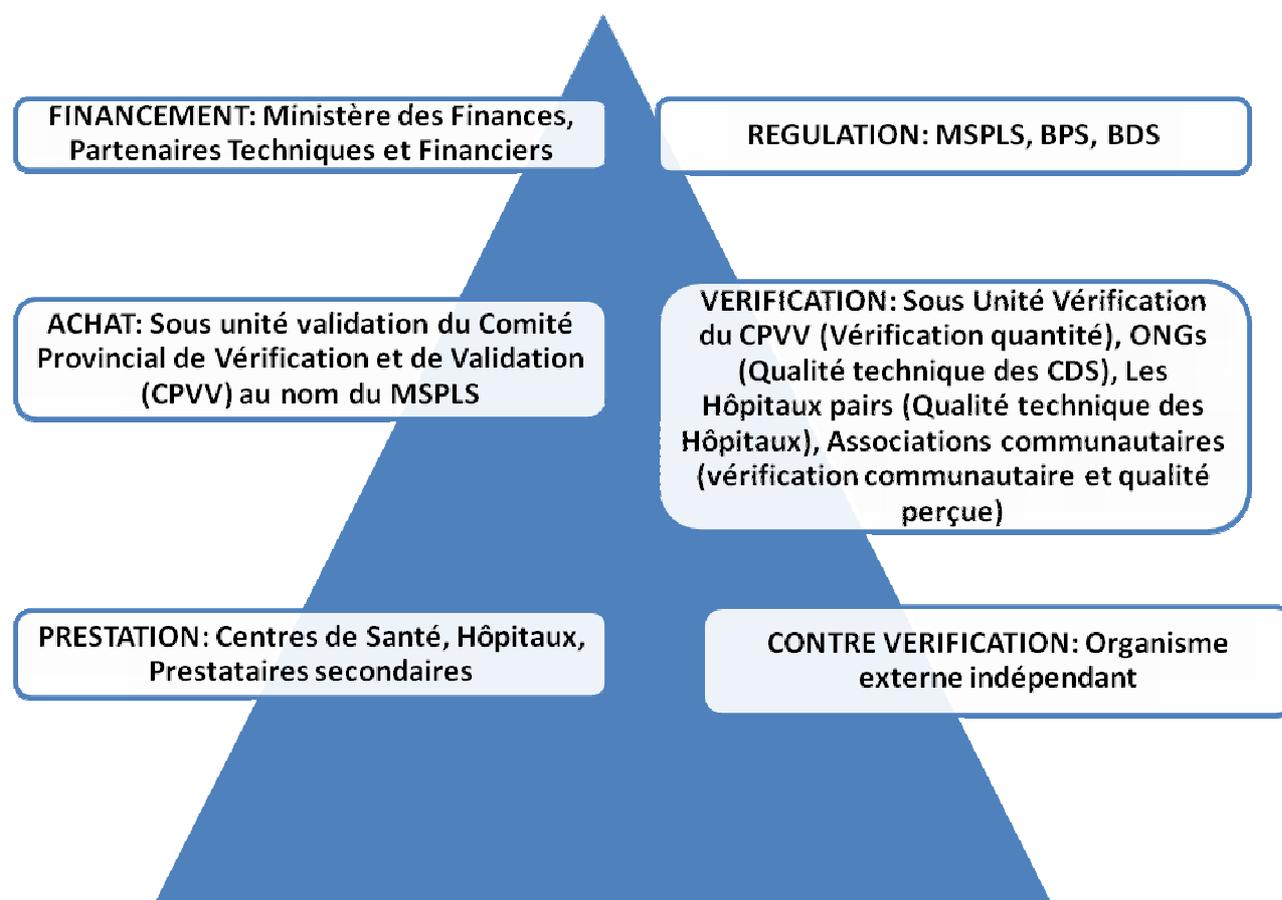


Figure1 : Séparation des fonctions dans le modèle FBP du Burundi

#### La Prestation des services et soins de santé

Le prestataire, dans le modèle de FBP du Burundi, est l'institution qui a été contractée par le biais d'un contrat d'achat, par le Comité provincial de vérification et de validation, en vue de fournir les services et soins de santé. Ce sont les Centres de santé et les Hôpitaux, à la fois publics et confessionnels assurant au moins 70% du PMA ou PCA. Ceux-ci peuvent à leur tour avoir des contrats secondaires (sous contrat) avec des structures de santé privées ou des associations ayant des prestations de santé se trouvant dans leur aire de responsabilité et acceptant d'appliquer la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes afin les aider à réaliser certaines activités du PMA ou PCA. Ces CDS et Hôpitaux publics et confessionnels peuvent aussi signer des contrats secondaires avec des structures

de soins publiques ne remplissant pas les conditions requises pour bénéficier d'un contrat principal.

### La régulation

La régulation, dans le modèle de FBP du Burundi, est assurée par le niveau central du MSPLS (représenté par la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA et la Cellule Technique nationale FBP) et ses structures déconcentrées (BPS et BDS).

### La Vérification

La vérification revêt quatre volets : la vérification quantitative, l'évaluation qualitative (Certification et Evaluation de la qualité technique des FOSA), la vérification communautaire (Vérification de l'authenticité des prestations déclarées par les prestataires et évaluation de la qualité perçue par les bénéficiaires) et la contre vérification par un organisme externe.

**La vérification quantitative** des prestations réalisées par les formations sanitaires (Hôpitaux et CDS) est réalisée par le comité provincial de vérification et de validation (CPVV) à travers son équipe de vérification une fois par mois. La validation des données est effectuée par un quorum représentatif des membres du CPVV.

**L'évaluation de la qualité technique** des prestations au niveau des CDS est réalisée par une ONG indépendante une fois par trimestre. Au niveau des Hôpitaux, elle est réalisée par les Hôpitaux pairs des autres Provinces une fois par trimestre en collaboration avec une ONG indépendante.

L'évaluation de certification menée par les autorités compétentes du MSPLS 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 les Centres de Santé et les Hôpitaux ayant un contrat principal ou secondaire. Elles peuvent aussi être réalisées au courant de l'année à la demande d'une FOSA au préalable non certifiée mais qui estime avoir rempli les conditions requises.

**La vérification communautaire** est réalisée une fois par semestre par des associations locales à base communautaire sélectionnées dans l'aire de responsabilité de chaque formation sanitaire sous contrat.

**La contre vérification** est réalisée par un organisme externe indépendant non impliqué dans la mise en œuvre du FBP et concerne tout le processus de mise en œuvre à tous les niveaux (du niveau communautaire au niveau central). Elle est réalisée semestriellement sur base d'un échantillonnage.

### L'achat

L'achat des performances est du ressort du MSPLS. Cependant, au niveau Provincial, le MSPLS délègue cette fonction au CPVV qui de par sa composition mixte doit garantir la séparation des fonctions de régulation et d'achat des performances.

### **III.2. Principes directeurs du Financement basé sur la performance au Burundi**

Si la contractualisation est maintenant reconnue comme un outil de relation entre des acteurs, la spécificité du secteur de la santé fait que cet outil doit répondre à un certain nombre de principes fondamentaux. **Ainsi, convient-il de rappeler que l'État est le garant de l'intérêt général.** Selon le document de politique nationale de la contractualisation, le MSPLS a le souci de garantir l'accès de l'ensemble de la population à des services de santé de qualité et doit être en mesure de s'assurer que tous les arrangements contractuels respectent les **principes suivants**<sup>5</sup>:

- La politique de contractualisation affirme avec fermeté que la contractualisation n'implique aucun désengagement de l'État ni une quelconque volonté de privatisation du secteur de la santé;
- La politique de contractualisation affirme que la contractualisation est une stratégie qui permet d'établir des relations durables, solides et sécurisantes entre tout type d'acteurs du secteur de la santé qu'il soit public ou privé lucratif et non lucratif;
- Le recours à la contractualisation doit être vu comme une incitation pour tous les acteurs à contribuer davantage au développement du système de santé : l'État et ses services, la population, les institutions de financement, les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires au développement ;
- Le respect de la mission de service public reste un élément fondamental de la politique de contractualisation;
- La contractualisation doit contribuer à la mise en œuvre de la décentralisation en renforçant l'implication et la responsabilisation des entités autonomes et des collectivités locales;
- La politique de contractualisation rappelle que les relations contractuelles doivent s'établir entre des acteurs qui disposent de la capacité juridique à signer des contrats. Néanmoins, des formes de contractualisation interne peuvent être développées pour autant que leur spécificité soit clairement établie;
- La contractualisation doit toujours être fondée sur le respect mutuel des acteurs. Ainsi, même dans les cas où il est fait appel à la concurrence et à la compétition pour assurer une prestation de services de qualité, il est important que les acteurs évitent autant que possible les situations conflictuelles et privilégient les solutions négociées, notamment dans l'intérêt des populations;

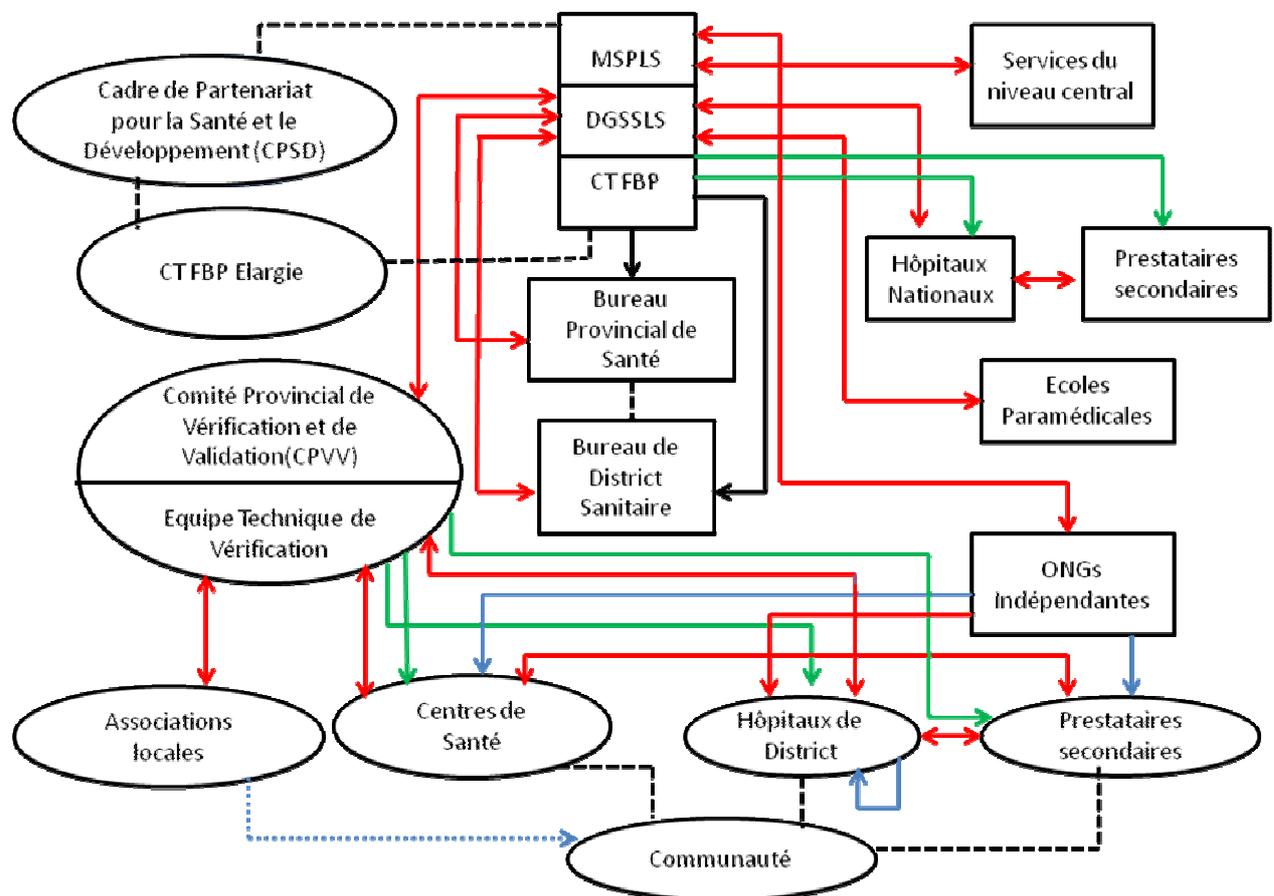
---

<sup>5</sup> Politique Nationale de Contractualisation dans le secteur de la santé au Burundi ; Décembre 2006

- La politique de contractualisation affirme que les arrangements contractuels doivent sauvegarder les intérêts des populations et leur implication dans le fonctionnement des services de santé ;
- La politique de contractualisation affirme que les arrangements contractuels ne sauraient contribuer à des formes quelconques de ségrégation au sein des acteurs du développement sanitaire et de la population;
- Le Financement de la santé basé sur la performance repose sur le principe de séparation de fonction entre les 4 fonctions principales suivantes: l'achat, la régulation, la vérification et la prestation.

### III.3. Cadre institutionnel du Financement basé sur la performance

Figure 2 : Montage institutionnel 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.

Les organes de ce montage institutionnel qui sont en charge de la mise en œuvre sont les suivants :

- **Le Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement (CPSD)** qui a entre autres missions la coordination générale de la mise en œuvre du FBP et de la gratuité des soins. Le CPSD comprend le MSPLS, les PTF, différents acteurs du système de santé ; les autres Ministères concernés par les activités de santé ;
- **Une cellule technique nationale permanente (CT-FBP)**, dépendant de la Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA, chargée de la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBP à tous les niveaux. Cette Cellule technique rend compte périodiquement à la Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA, à la CT FBP Elargie et au CPSD ;
- **Une Cellule technique nationale élargie (CT-FBP Elargie)** chargée d'appuyer techniquement la CT-FBP dans la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBP à tous les niveaux. C'est un cadre d'échanges et de concertation au niveau central du MSPLS composé des membres de la CT-FBP, des cadres du MSPLS ainsi que les staffs techniques venant des différents PTFs ;
- **Des Comités provinciaux de vérification et de validation** comprenant un représentant de l'administration territoriale, des représentants de l'administration provinciale sanitaire et des districts sanitaires, des représentants des partenaires techniques et financiers, des représentants de la société civile. Leur mission première est de négocier et signer des contrats avec les structures de soins ainsi qu'avec les associations locales, de vérifier la véracité des prestations déclarées et facturées par ces dernières et de les valider par un quorum représentatif du CPVV ; d'assurer le suivi évaluation de la mise en œuvre du FBP au niveau Provincial.

### **III.4. Objectifs du Financement basé sur la Performance au Burundi**

La stratégie de financement basée sur la performance adoptée par le Burundi vise à atteindre les objectifs suivants :

- **Améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population en général et en particulier aux groupes vulnérables dont les Batwa ;**
- **Améliorer les mécanismes de vérification et de remboursement des prestations du paquet de soins gratuit en faveur de la femme enceinte et des enfants de moins de 5 ans ;**
- **Motiver et stabiliser le personnel de santé ;**
- **Inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques ;**
- **Renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de santé ;**
- **Prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.**

## **CHAPITRE IV. MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE**

Cette partie passe en revue les missions, responsabilités et tâches des différents intervenants dans le domaine du FBP.

### **IV.1. Intervenants au niveau communautaire**

Les intervenants du FBP au niveau communautaire sont :

- ✓ Les Comités de Santé ;
- ✓ Les Groupements d'agents de santé Communautaire;
- ✓ Les associations locales ;
- ✓ La population.

La participation communautaire est un levier important pour stimuler l'émergence de réponses collectives aux problèmes de santé publique liés aux soins de santé primaires, à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ou aux problèmes particuliers que représentent les IST, le SIDA, la tuberculose, le paludisme et autres. Elle se traduit par l'implication volontaire et active des groupes et des communautés locales à tous les stades d'un programme de santé.

Par conséquent, il est important de chercher des structures organisées représentatives de la communauté pour canaliser cette mobilisation sociale, pour qu'elle soit un élément d'appui aux activités des structures de soins, et pour qu'elle permette de maintenir un dialogue constant entre les prestataires de soins et la communauté. L'organe préférentiel pour cette action est **le Comité de Santé**.

De façon spécifique, les acteurs communautaires sont de 4 ordres :

#### IV.1.1. Le Comité de santé

Le Comité de santé est une organisation sociale qui peut avoir une personnalité juridique ou pas, et dont les membres sont élus démocratiquement en assemblée générale. Les personnes élues représentent la population de l'aire géographique qui correspond à l'aire de responsabilité du CDS et qui bénéficie des services rendus par cette structure.

Le Comité de santé participe à la prise de décisions au niveau du CDS de son ressort, il collabore avec l'équipe de santé et aide à trouver des solutions pour les problèmes sanitaires locaux.

Le Comité de santé est en dialogue continu avec toute la communauté et ses organisations sociales, pour donner à la population l'opportunité de participer à la gestion et à la résolution de ses propres problèmes 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.

#### IV.1.2. Les Groupements d'agents de santé communautaire

Les groupements d'agents de santé communautaire sont organisés autour de l'aire de responsabilité d'un Centre de Santé et ont pour mission 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 Groupements d'ASC 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.

#### IV.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 ;
- ✓ Enquêter sur le degré de satisfaction de la population concernant les prestations fournies par le centre de santé et l'hôpital ;
- ✓ relever les coûts des prestations supportés par le client 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<sup>ème</sup> jour du deuxième mois suivant le semestre.

#### IV.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.

#### **IV.2. Acteurs au niveau périphérique**

Les acteurs au niveau périphérique sont :

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

##### **IV.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 5<sup>e</sup> jour calendrier du mois suivant ;
- ✓ Elaborer une fiche de données déclarées dans le cadre du FBP au plus tard le 5<sup>e</sup> 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 5<sup>e</sup> 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.

#### **IV.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 tâches 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<sup>e</sup> jour calendrier du mois suivant ;
- ✓ Elaborer une fiche de données déclarées dans le cadre du FBP au plus tard le 5<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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.

### IV.2.3. Les Prestataires secondaires

Les prestataires secondaires sont des structures de soins privées, des associations (comme les associations de prévention et prise en charge du VIH/SIDA, de lutte contre le paludisme etc.) ou des FOSA publiques, 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 équivalente au montant du tarif remboursé pour les indicateurs du paquet de soins gratuit;
- ✓ Appliquer l'outil d'indice chaque mois;
- ✓ Elaborer une fiche de données déclarées dans le cadre du FBP et la transmettre au contractant principal au plus tard le 5<sup>e</sup> 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.**

#### IV.2.4. Les Bureaux de District Sanitaire

Le BDS est le niveau le plus décentralisé de régulation du MSPLS. Il a pour mission première **l'encadrement et la supervision des FOSA qui se trouvent dans son aire de responsabilité en vue d'améliorer leurs performances, la planification des interventions sanitaires et la coordination des intervenants au niveau du District Sanitaire.**

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

- ✓ Signer un contrat annuel de performance avec le MSPLS représenté par la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA ;
- ✓ Participer à l'élaboration des plans d'action semestriel et annuel des CDS et des Hôpitaux de District;
- ✓ Assurer le suivi de la gestion administrative et financière des FOSA ;
- ✓ Valider les plans d'action annuel et semestriel des CDS ;
- ✓ Participer, en collaboration avec le BPS, à la validation des plans d'action annuel et semestriel des Hôpitaux de District ;
- ✓ Participer à au moins 10 réunions des COSA dans 10 CDS différents par trimestre;
- ✓ Assurer une supervision formative intégrée et régulière de chaque CDS une fois tous les 2 mois ;
- ✓ Assurer la disponibilité permanente des médicaments essentiels, consommables et dispositifs médicaux au niveau de la pharmacie du District ;
- ✓ Participer activement aux activités du CPVV;
- ✓ Participer à l'évaluation de la qualité technique des Centres de Santé comme observateurs ;
- ✓ Elaborer et transmettre au CPVV au début de chaque année un rapport d'analyse de la pertinence, de la cohérence et de l'adéquation des Plans d'action annuel des FOSA à celui des BDS ;
- ✓ Transmettre au BPS un rapport trimestriel des prestations réalisées par le BDS avant le 15<sup>e</sup> jour du 2<sup>e</sup> mois suivant le trimestre ;
- ✓ Transmettre au BPS les rapports mensuels SIS des FOSA dans les délais requis ;
- ✓ Appliquer chaque trimestre l'outil d'indice de répartition des primes de performance et des frais de fonctionnement du BDS ;
- ✓ Planifier les interventions sanitaires dans le District ;
- ✓ Informer mensuellement les FOSA sur les parties prenantes au paiement de leurs factures mensuelles ainsi que la part de chacun dans le paiement de la facture ;
- ✓ Organiser conjointement avec l'Hôpital de District le système de référence contre référence ;
- ✓ Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBP au niveau des FOSA du District en collaboration avec le CPVV et le BPS.

### **IV.3. Les acteurs du niveau intermédiaire (niveau Provincial)**

Les acteurs de mise en œuvre du FBP au niveau intermédiaire (Provincial) sont :

- ✓ Les Bureaux Provinciaux de Santé ;
- ✓ Les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation.

#### **IV.3.1. Les Bureaux Provinciaux de Santé (BPS)**

Le BPS représente le niveau de régulation au niveau provincial et a pour mission de :

- ✓ **Assurer l'encadrement et la supervision des BDS ;**
- ✓ **Veiller au respect des normes sanitaires et standards de qualité ;**
- ✓ **Assurer la coordination des interventions dans le secteur de la santé au niveau provincial.**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, le BPS a pour tâches de :

- ✓ Signer un contrat annuel de performance avec le MSPLS représenté par la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA, pour la réalisation de ses missions ;
- ✓ Participer comme observateur à l'évaluation de la qualité technique des hôpitaux par les pairs de sa Province Sanitaire;
- ✓ Participer comme observateur à l'évaluation trimestrielle de la qualité technique des CDS et faire le feed back aux CDS ;
- ✓ Organiser trimestriellement la restitution des résultats des évaluations de la qualité technique et de la qualité perçue (une fois par semestre) par la communauté auprès des intervenants de la province en matière de santé ;
- ✓ Transmettre les rapports mensuels d'évaluation des prestations quantitatives des FOSA à la Cellule Technique Nationale FBP (CT-FBP) ;
- ✓ Transmettre les rapports trimestriels d'évaluation de la qualité des prestations des CDS et Hôpitaux de District à la CT-FBP ;
- ✓ Transmettre les déclarations de créances à la CT-FBP ;
- ✓ Enregistrer, photocopier, archiver et sécuriser toutes les factures originales reçues des formations sanitaires ainsi que les rapports d'évaluation de la qualité et d'enquête communautaire (en temps que secrétariat du CPVV);
- ✓ Valider, en collaboration avec les BDS, les plans d'action semestriel et annuel des Hôpitaux des Districts ;
- ✓ Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBP au niveau Provincial en collaboration avec le CPVV et les BDS ;
- ✓ Transmettre à la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA (DGSSLS) un rapport trimestriel des prestations réalisées par le BPS avant le 15<sup>e</sup> jour du 2<sup>e</sup> mois suivant le trimestre ;

- ✓ Organiser une réunion trimestrielle de coordination des intervenants dans la santé au sein de la province ;
- ✓ Appliquer chaque trimestre l'outil d'indice de répartition des primes de performance et des frais de fonctionnement du BPS ;
- ✓ Elaborer et transmettre au CPVV au début de chaque année un rapport d'analyse de la pertinence, de la cohérence et de l'adéquation des Plans d'action annuel des BDS à celui du BPS ;
- ✓ Analyser et transmettre à la DSNIS les données du SIS de la Province ;
- ✓ Documenter le processus de règlement de conflits et transmettre le document (notification de l'erreur, raison de la correction, PV de notification aux prestataires concernés, réponse de ces derniers) à la CT-FBP ;
- ✓ Assurer le secrétariat du CPVV.

#### ***IV.3.2. Les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV)***

Les CPVV sont composés d'un représentant de l'administration territoriale, des représentants de l'administration sanitaire provinciale et des Districts Sanitaires, des représentants des partenaires techniques et financiers, des représentants de la société civile ainsi que l'équipe technique de vérification.

Pour une meilleure efficacité de leur action, les CPVV disposent de 2 sous unités : une sous unité validation et une sous unité vérification.

##### **IV.3.2.1. La sous unité validation**

La sous unité validation est composée comme suit :

- ✓ Un représentant de l'administration territoriale (conseiller du Gouverneur) ;
- ✓ Le Médecin Directeur de la Province Sanitaire qui assure le secrétariat du CPVV ;
- ✓ Le gestionnaire du BPS ;
- ✓ Le responsable du SIS Provincial ;
- ✓ Les Médecins Chefs de District ;
- ✓ Les responsables du SIS des BDS ;
- ✓ Le Conseiller Technique du Comité Provincial de lutte contre le SIDA (CPLS) ;
- ✓ 1 Représentant des PTFs ;
- ✓ 2 Représentants de la Société Civile.

La sous unité validation a 3 fonctions principales :

- ✓ La gestion des contrats ;
- ✓ La validation des données ;
- ✓ Le suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau décentralisé.

### **La gestion des contrats**

Dans le cadre de la gestion des contrats, la sous unité validation du CPVV a les tâches suivantes :

- ✓ Identifier des nouvelles FOSA à contractualiser dans la mise en œuvre du FBP ;
- ✓ Sélectionner les FOSA éligibles (respect des conditions d'éligibilité, respect du plan de couverture) ;
- ✓ Analyser le rapport présenté par les BDS et le BPS sur la pertinence, la cohérence et l'adéquation des plans d'action semestriels des FOSA avec les plans opérationnels des BDS et BPS ;
- ✓ Négocier les contrats de performance avec les FOSA ;
- ✓ Signer des contrats de performance avec les FOSA au nom du MSPLS au plus tard le 30 è jour du dernier mois du semestre ;
- ✓ Signer des contrats de vérification communautaire des prestations des FOSA avec les ASLO au nom du MSPLS au plus tard le 30 è jour du dernier mois du semestre ;
- ✓ Archiver les contrats des FOSA ;
- ✓ Documenter la liste des FOSA contractualisées ;
- ✓ Transmettre à la CT-FBP au plus tard le 5 è jour du premier mois de chaque nouveau semestre la liste de synthèse des FOSA contractualisées ;

### **La validation des données**

Dans le cadre de la validation des données du FBP, la sous unité validation a pour tâches de :

- ✓ Analyser le déroulement de la vérification (méthodologie utilisée par les vérificateurs pour les vérifications, exploiter le PV synthétique de vérification) ;
- ✓ Analyser les écarts entre les quantités déclarées par la FOSA et les quantités vérifiées et leurs justificatifs ;
- ✓ Vérifier les calculs de facturation des différentes FOSA ;
- ✓ Valider mensuellement les données quantitatives des prestations des FOSA ;
- ✓ Valider trimestriellement les rapports d'évaluation de la qualité technique des FOSA ;
- ✓ Valider semestriellement le rapport de vérification communautaire des prestations des FOSA et de satisfaction des bénéficiaires réalisé par les ASLO ;
- ✓ Valider la facture compilée provinciale ;
- ✓ Elaborer un PV de validation cosigné par le Secrétaire du CPVV et le Président avec une liste de présence manuscrite signée ;
- ✓ Notifier aux FOSA les changements survenus lors de la validation ;
- ✓ Transmettre mensuellement le PV de validation des données quantitatives au BPS au plus tard 24 H après la séance de validation ;
- ✓ Transmettre trimestriellement les rapports validés d'évaluation de la qualité technique des FOSA au BPS.

### **Le suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau décentralisé**

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau décentralisé, la sous unité validation a les tâches suivantes :

- ✓ Suivre mensuellement la consommation du budget provincial plafonné ;
- ✓ Mener des missions conjointes de visites de terrain au niveau des FOSA au moins une fois par trimestre (avec BPS, BDS, CT-FBP Elargie) ;
- ✓ Analyser les données (qualité et quantité) et informations stratégiques de la mise en œuvre du FBP au niveau de la Province (l'évolution des indicateurs au niveau de la Province) ;
- ✓ Elaborer et transmettre à la CT-FBP les rapports trimestriels de suivi de la mise en œuvre ;
- ✓ Faire le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des différentes évaluations / enquêtes communautaires, évaluations de la qualité ;
- ✓ Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBP au niveau Provincial en collaboration avec les BPS et les BDS.

#### IV.3.2.2. La sous unité vérification

Pour bien remplir leurs missions, les CPVV disposent d'une équipe technique chargée de la vérification des prestations quantitatives. Cette équipe est constituée de personnes suivantes :

- ✓ Un Coordonnateur de l'équipe, fonctionnaire du MSPLS (niveau universitaire) ;
- ✓ Au moins 1 vérificateur pour 15 formations sanitaires (niveau A2 avec expérience d'au moins 10 ans dans le système de santé, A1 ou Licence) ;
- ✓ 1 encadreur des associations locales par Province (niveau A2 avec expérience d'au moins 10 ans, A1 ou Licence).

L'équipe de vérification est de composition mixte, 50% de son personnel sont des fonctionnaires et l'autre moitié sont des contractuels recrutés par les PTFs. Les fonctionnaires de l'équipe de vérification reçoivent un salaire de l'Etat avec une prime à la performance donnée trimestriellement. Les contractuels de l'équipe de vérification reçoivent un salaire donné par le PTF qui les a recrutés.

La sous unité vérification a pour tâches de :

- ✓ Vérifier la véracité des prestations mensuelles quantitatives déclarées par les FOSA en compagnie du responsable de la FOSA ou son (ses) délégués dans les délais impartis;
- ✓ Planifier mensuellement les activités de vérification dans les FOSA ;

- ✓ Compiler les rapports de vérification effectués dans les FOSA et faire le rapport narratif y relatif ;
- ✓ Cosigner la facture mensuelle de vérification des activités subventionnées des FOSA contractées;
- ✓ Tirer les échantillons nécessaires pour la réalisation des enquêtes communautaires ;
- ✓ Participer à la formation des enquêteurs sur les indicateurs à vérifier et sur la méthodologie de vérification dans la communauté ;
- ✓ Analyser l'évolution des prestations des FOSA contractées ;
- ✓ Calculer les bonus de qualité à accorder aux FOSA ;
- ✓ Identifier les problèmes, discuter de ces derniers avec les concernés et proposer les solutions éventuelles au CPVV et aux FOSA contractées ;
- ✓ Tenir des statistiques sur les activités du PMA et PCA des indicateurs subventionnés des FOSA contractées;
- ✓ Saisir les données vérifiées (données quantitatives et qualitatives) dans la base de données FBP web ;
- ✓ Participer à la réunion mensuelle de validation du CPVV.

Lors de la validation, en cas d'identification d'erreurs arithmétiques, elles sont immédiatement corrigées par le CPVV et notifiées à la FOSA concernée.

En cas d'identification d'erreurs majeures ou de falsifications, le traitement du dossier est reporté au mois suivant et la sous unité vérification doit veiller, en collaboration avec la structure concernée, à corriger les erreurs et falsifications observées. Des sanctions pourraient aussi être prises en cas de falsification intentionnelle. En cas de désaccord entre les parties prenantes, il faut se référer au cadre d'arbitrage/règlement des conflits au niveau provincial (CPVV, BPS, BDS) et au besoin au niveau national (CT-FBP, CT FBP Elargie).

**Les erreurs et falsifications éventuelles sont décrites dans le rapport trimestriel transmis à la CT-FBP qui est transmis à toutes les parties prenantes.**

#### **IV.3.3. Les Organisations Non Gouvernementales (ONGs)**

Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA signe des contrats avec des ONGs au niveau local pour l'appuyer dans la mise en œuvre du FBP. Dans ce cadre, ces ONGs ont pour tâches de :

- ✓ Participer aux évaluations mensuelles des prestations quantitatives dans le cadre du FBP au niveau des formations sanitaires en mettant à la disposition du CPVV des vérificateurs à temps plein ;
- ✓ Réaliser l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des Centres de Santé ;

- ✓ Participer aux évaluations trimestrielles par les pairs de la qualité technique des Hôpitaux ;
- ✓ Transmettre trimestriellement au CPVV le rapport d'évaluation de la qualité technique des Centres de Santé et des Hôpitaux.

#### ***IV.4. Les acteurs du niveau Central***

Les acteurs du niveau central pour la mise en œuvre du FBP sont :

- ✓ Le CPSD.
- ✓ La Cellule Technique Nationale FBP (CT-FBP);
- ✓ La Cellule technique nationale FBP Elargie (CT-FBP Elargie) ;
- ✓ Les Hôpitaux Nationaux ;
- ✓ Les Ecoles paramédicales ;
- ✓ Les autres Départements du MSPLS ;
- ✓ La Direction Générale de la Santé Publique ;
- ✓ La Direction Générale des Ressources ;
- ✓ Le Cabinet du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA;
- ✓ Le Ministère des Finances ;
- ✓ La Banque de la République du Burundi (BRB) ;
- ✓ Les Partenaires Techniques et Financiers.

##### ***IV.4.1. Le Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement (CPSD)***

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, le CPSD a pour **mission principale la gouvernance et la coordination générale de la mise en œuvre du FBP au niveau national.**

Le CPSD a pour tâches de :

- ✓ Suivre la mise en œuvre du FBP au niveau national ;
- ✓ Elaborer des directives nationales pour la mise en œuvre du FBP ;
- ✓ Appuyer le MSPLS dans le plaidoyer et la mobilisation des ressources pour le FBP.

##### ***IV.4.2. La Cellule Technique Nationale FBP (CT-FBP)***

La Cellule Technique Nationale dépend de la Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA (DGSSLS) et a pour mission **la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBP.** Elle est l'organe exécutif de mise en œuvre du FBP et rend compte trimestriellement à la DGSSLS. Elle est composée de cadres permanents du MSPLS et des experts fournis par les PTF. Elle peut également être appuyée ponctuellement par des experts internationaux pour des missions spécifiques. Les fonctionnaires membres de la CT-FBP reçoivent un salaire de l'Etat et une prime à la performance mensuelle et trimestrielle basée sur des indicateurs de résultats pertinents.

La CT-FBP a 4 fonctions principales : (i) assurer la coordination et le suivi des activités de mise en œuvre du FBP à tous les niveaux ; (ii) assurer le renforcement des capacités des acteurs du FBP à tous les niveaux ; (iii) s'assurer de l'exécution rationnelle du financement de mise en œuvre du FBP ; (iv) contribuer à la mobilisation des ressources nécessaires auprès du Gouvernement et des PTF actuels et potentiels.

### **Coordination et suivi des activités de mise en œuvre du FBP**

La CT-FBP a pour tâches de :

- ✓ Assurer la planification annuelle et trimestrielle des activités du FBP;
- ✓ Elaborer et actualiser une cartographie des interventions en matière de FBP ;
- ✓ Elaborer /Réviser les outils de gestion du FBP ;
- ✓ Organiser une fois par trimestre les réunions de la CT-FBP élargie ;
- ✓ Tenir les réunions périodiques des sous commissions techniques émanant de la CT-FBP élargie ;
- ✓ Organiser une fois par semestre une réunion de coordination des activités relatives au FBP ;
- ✓ Organiser une revue conjointe annuelle sur la mise en œuvre du FBP ;
- ✓ Mener des activités d'encadrement et de supervision une fois par trimestre au niveau de chaque province ;
- ✓ Elaborer les rapports trimestriels et annuels de la mise en œuvre du FBP selon le canevas prédéfini ;
- ✓ Elaborer un bulletin trimestriel sur la mise en œuvre du FBP ;
- ✓ Evaluer trimestriellement, en collaboration avec d'autres services du MSPLS, la performance des BPS, BDS, CPVV, écoles paramédicales, Unités de prestation du niveau central et faire une restitution à tous les acteurs concernés ;
- ✓ Transmettre à la DGR le rapport d'évaluation de la performance des BPS, BDS, CPVV, écoles paramédicales et Unités de prestation du niveau central (Ce rapport contient la demande de paiement des BPS, BDS, CPVV, Ecoles paramédicales et Hôpitaux nationaux);
- ✓ Participer à l'évaluation des Unités de prestation du niveau central ;
- ✓ Recevoir et enregistrer les rapports des résultats quantitatifs et qualitatifs validés par le CPVV et transmis par le BPS (Ces rapports comprennent la déclaration de créance et le PV de la réunion de validation) ;
- ✓ Analyser et faire une synthèse des rapports transmis par les CPVV ;
- ✓ Transmettre mensuellement la demande de paiement des prestations quantitatives des FOSA à la DGR;
- ✓ Transmettre trimestriellement la demande de paiement des performances qualitatives des FOSA à la DGR (cette demande est intégrée au paiement des prestations quantité du mois suivant chaque trimestre) ;

- ✓ Transmettre les rapports d'évaluation de la performance des BPS, BDS, FOSA et Unités de prestation du niveau central aux services du MSPLS ;
- ✓ Evaluer mensuellement les performances quantitatives des Hôpitaux nationaux en collaboration avec d'autres services du MSPLS;
- ✓ Organiser trimestriellement l'évaluation de la qualité technique des Hôpitaux par les pairs ;
- ✓ Enregistrer, photocopier, archiver et sécuriser toutes les factures originales reçues des CPVV ainsi que les différents rapports d'évaluation de la qualité et d'enquête communautaires;
- ✓ Synthétiser et transmettre au DSNIS les rapports d'évaluation de la qualité et d'enquête communautaire ;
- ✓ Assurer le secrétariat de la CT-FBP Elargie;
- ✓ Elaborer et transmettre à la DGSSLS un rapport trimestriel de la mise en œuvre du FBP au niveau national ;
- ✓ Coordonner la gestion de la base de Données FBP Web ;
- ✓ Participer aux activités de recherche action.

### **Renforcement des capacités des acteurs du FBP**

La CT-FBP a pour tâches de :

- ✓ Assurer la formation des acteurs du système de santé en matière de FBP ;
- ✓ Former et mettre à niveau les différents acteurs sur les procédures et outils de mise en œuvre du FBP ;
- ✓ Renforcer les capacités/recyclage des membres de la CT-FBP Elargie ;
- ✓ Former les équipes des ONGs (chargées de l'évaluation de la qualité) ainsi que celles des BPS, BDS, Hôpitaux et dans l'évaluation de la qualité des FOSA ;
- ✓ Encadrer les CPVV en participant à toutes les réunions trimestrielles de suivi ;
- ✓ Documenter la mise en œuvre du FBP et capitaliser/partager les leçons apprises.

### **Exécution rationnelle du financement de mise en œuvre du FBP**

- ✓ Proposer les tarifications par indicateur contractualisé et les niveaux des subsides pour les entités de régulation (CPVV,BPS,BDS) ;
- ✓ Fixer les budgets virtuels provinciaux ;
- ✓ Analyser trimestriellement le niveau de consommation des différents budgets ;
- ✓ Identifier les abus de toute nature et proposer des stratégies correctrices ;
- ✓ Assurer le suivi de la mise en œuvre des stratégies de maîtrise des coûts adoptées selon le document ad hoc élaboré;
- ✓ Proposer des adaptations du financement du FBP (costing, tarification, gap financier).

### **Contribuer à la mobilisation des ressources**

La CT-FBP a pour tâches de :

- ✓ Faire des propositions pour la réduction d'éventuels gap de financement du FBP ;
- ✓ Elaborer un plan de financement du FBP ;
- ✓ Participer au Plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du Gouvernement et des PTF actuels et potentiels.

Lors de l'analyse des demandes de remboursement par la CT-FBP, en cas d'identification d'erreurs arithmétiques, elles sont immédiatement corrigées par la CT-FBP et notifiées au CPVV et au BPS pour communication aux structures concernées.

En cas d'identification d'erreurs majeures ou de falsifications, le traitement du dossier est reporté au mois suivant et la CT-FBP, en collaboration avec le CPVV et le BPS, doit veiller à corriger les erreurs et falsifications observées. Des sanctions doivent être prises en cas de falsification intentionnelle. En cas de désaccord entre les parties prenantes, il faut se référer au cadre de confrontation au niveau au niveau national (CT-FBP, CT-FBP Elargie).

#### **IV.4.3. La Cellule Technique Nationale Elargie**

Elle a pour mission d'appuyer la CT-FBP dans la mise en œuvre technique du FBP à tous les niveaux du système de santé. Elle se réunit une fois par trimestre en réunion ordinaire mais des sessions extraordinaires peuvent être organisées en cas de besoin.

La CT-FBP Elargie a pour tâches de :

- ✓ Apporter une assistance technique à la CT-FBP :
  - Appui à la planification des activités ;
  - appui à la gestion de la base de données FBP et du site web ;
  - Analyse de l'évolution des indicateurs FBP ;
  - Participer chaque mois à la réunion de la CT-FBP Elargie.
- ✓ Apporter une assistance technique au fonctionnement du CPVV et des autres acteurs du FBP à travers:
  - l'appui à la planification des activités ;
  - les formations et le suivi ;
  - la participation régulière aux réunions des CPVV ;
  - les échanges d'expériences (accompagnement physique ponctuel) ;
  - l'appui à la gestion et l'utilisation de la Base de données FBP Web au niveau décentralisé ;
  - l'appui à l'organisation des réunions du CPVV (Agenda, PV des réunions, placement contextuel,...)
- ✓ Apporter une assistance ponctuelle aux BPS et BDS dans la mise en œuvre du FBP ;

- ✓ Faire le plaidoyer auprès des autorités politico administratives en vue de leur implication dans la mise en œuvre du FBP ;
- ✓ Participer à certaines activités dévolues à la CT-FBP notamment, la supervision des évaluations de la qualité des hôpitaux par les pairs, l'évaluation des Unités de Prestations du niveau central du MSPLS ;
- ✓ Participer aux éventuelles sous commissions techniques nommées pour accomplir certaines tâches telles que l'élaboration/révision des outils du FBP, l'analyse des données et/ou des rapports, la proposition des adaptations nécessaires, ...).

#### ***IV.4.4. 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<sup>e</sup> jour calendrier du mois suivant ;
- ✓ Elaborer une fiche de données déclarées dans le cadre du FBP au plus tard le 5<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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.

#### ***IV.4.5. Les Ecoles paramédicales***

Les Ecoles paramédicales publiques sont contractualisées sur base d'un paquet d'indicateurs de résultats à atteindre. La contractualisation au niveau des écoles paramédicales a pour objectifs de :

- ✓ Assurer un encadrement adéquat des stages ;

- ✓ Créer les conditions favorables de mise en œuvre de la réforme des formations paramédicales, notamment des référentiels de formations ;
- ✓ Assurer un encadrement technique et pédagogique des enseignants des écoles paramédicales publiques ;
- ✓ Motiver le personnel des écoles paramédicales dans un contexte de rémunération insuffisante ;
- ✓ Renforcer la gestion et l'organisation des écoles paramédicales.

La vérification des prestations des écoles paramédicales est réalisée une fois par trimestre par les pairs (les autres écoles paramédicales) avec la facilitation de la CT-FBP et du service en charge des écoles paramédicales du MSPLS.

#### ***IV.4.6. Les Services du niveau central du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA***

Le niveau central du MSPLS est contractualisé sur base d'un paquet d'indicateurs de résultats déterminé au niveau des différents services du MSPLS.

Le niveau Central du MSPLS a pour mission :

- ✓ **La définition de la politique sanitaire et l'élaboration des stratégies d'intervention;**
- ✓ **La planification, l'administration et la coordination du secteur de la santé;**
- ✓ **La définition des normes de qualité, leur suivi et leur évaluation ;**
- ✓ **La formation des équipes de régulation ;**
- ✓ **L'accompagnement sur le terrain des équipes des BPS et des BDS.**

#### ***IV.4.7. La Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA(DGSSLS)***

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, la DGSSLS a pour mission d'assurer la régulation générale du système de santé, au nom du MSPLS. Cette Direction Générale a en son sein la CT-FBP chargée de la mise en œuvre opérationnelle du FBP au niveau national.

La DGSSLP a pour tâches de :

- ✓ Signer des contrats de performance avec les BPS, les BDS et les Hôpitaux Nationaux ;
- ✓ Suivre, à travers la CT-FBP, la mise en œuvre opérationnelle du FBP à tous les niveaux;
- ✓ Participer aux activités de la CT-FBP Elargie.
- ✓ Utiliser les résultats d'analyse des données FBP pour la prise de décision adéquate.

#### **IV.4.8. La Direction Générale des Ressources (DGR)**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, la DGR assure **le rôle d'achat des performances des structures de santé, au nom du MSPLS.**

La DGR a pour tâches de :

- ✓ Engager le budget ;
- ✓ Réceptionner et enregistrer le rapport mensuel de synthèse des prestations quantitatives transmis par la CT-FBP ;
- ✓ Analyser les demandes de paiement transmis par la CT-FBP ;
- ✓ Produire la requête de paiement pour signature par le Cabinet du MSPLS ;
- ✓ Transmettre la demande de paiement signé par le Cabinet MSPLS au Ministère des Finances et aux PTF dans les 3 jours suivants sa réception;
- ✓ Suivre toute la procédure de paiement jusqu'à l'arrivée des fonds au niveau des FOSA structures bénéficiaires ;
- ✓ Archiver les ordres de virement des fonds FBP émises par le Ministère des Finances et les PTF ;
- ✓ Elaborer chaque mois un état des lieux des paiements aux FOSA et entités de régulation dans toutes les Provinces ;
- ✓ Appuyer les FOSA à recevoir leur paiement (effectivité et totalité du montant) ;
- ✓ Réaliser un audit comptable interne des établissements sanitaires (1 fois par an pour les BPS, BDS, Hôpitaux de Districts, Echantillon CDS)
- ✓ S'assurer de l'existence et de l'effectivité d'un système de gestion financière au sein des FOSA et organes de régulation : réactivation des conseils d'administration, comité de gestion, contrôle interne, les procédures d'achat ;
- ✓ Accélérer les procédures de décaissement pour le paiement des prestations (respect des délais) ;
- ✓ Participer à la mobilisation des ressources pour le système de santé en général et le FBP en particulier ;
- ✓ Elaborer des rapports financiers périodiques.

#### **IV.4.9. Le Cabinet du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, le Cabinet du MSPLS a pour mission d'endosser l'engagement des fonds liés au FBP et de mobiliser les ressources pour la FBP.

Le Cabinet du MSPLS a pour tâches spécifiques de :

- ✓ Signer la demande de paiement transmise par la DGR ;
- ✓ Signer des contrats de performance avec les unités de prestation du niveau central ;
- ✓ Mobiliser des ressources pour la mise en œuvre du FBP auprès du Gouvernement et des PTFs.

#### **IV.4.9. Le Ministère des Finances**

Le FBP, pour son financement émergeant sur le budget de l'Etat, doit respecter le circuit de la chaîne de la dépense dans toutes ses quatre phases à savoir : l'engagement, la liquidation, l'ordonnancement et le paiement.

Pour ce faire, les demandes de remboursement des différentes formations sanitaires une fois transmises au Cabinet du MSPLS doivent prendre la forme de projets d'engagements.

Ces projets d'engagement sont d'abord traités par le Contrôleur des Engagements des Dépenses (qui est un agent du Ministère des Finances détaché auprès du MSPLS) qui procède au contrôle budgétaire en vérifiant:

- La bonne imputation de la dépense au chapitre budgétaire correspondant ;
- La disponibilité des crédits sur ce chapitre ;
- L'exactitude du calcul de la dépense ;
- La conformité de l'engagement projeté aux règles budgétaires, financières et comptables en vigueur.

Après avoir été contrôlés par le Contrôleur des Engagement des Dépenses, ces projets d'engagement sont signés par le Cabinet du MSPLS et transmis par la DGR au Ministère des Finances sous forme de demandes d'engagement pour traitement approprié.

Ces demandes d'engagement doivent être engagées, liquidées et ordonnancées avant d'être payées.

En effet, l'engagement et la liquidation des dépenses faites dans le cadre du FBP comme toute dépense publique devra se faire après s'être rassuré que les services y relatifs sont réellement faits.

Dans ce cadre, l'engagement, la liquidation et l'ordonnancement de toutes les dépenses –du moins ceux qui s'opèrent dans le cadre du FBP sur les fonds publics sont sous la responsabilité de l'ordonnateur ou de son délégué.

Le paiement de ces mêmes dépenses se fera après que ces trois étapes (engagement, liquidation, et l'ordonnancement) auront été exécutées et cette tâche est confiée au Comptable public ou à un agent nommé désigné par lui, agissant sous son contrôle et sous sa responsabilité.

Ce comptable doit vérifier :

- Que l'ordonnancement reçu se rattache à un dossier d'engagement et de liquidation complet et régulièrement constitué ;
- Que la créance n'est pas déchué ;
- Qu'aucune opposition n'est constituée ;
- Que le paiement éteindra effectivement la dette publique.

#### **IV.4.10. La Banque de la République du Burundi (BRB)**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, la BRB a pour tâche d'exécuter les Ordres de paiement transmis par Le Ministère des Finances en virant les montants sur les comptes des différents prestataires.

#### **IV.4.11. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)**

Les PTF ont pour mission de :

- ✓ **Appuyer techniquement la mise en œuvre du FBP ;**
- ✓ **Financer la mise en œuvre du FBP ;**
- ✓ **Mobiliser les ressources pour la mise en œuvre du FBP.**

Les PTF ont pour tâches de :

- ✓ Exécuter les demandes de paiement transmis par le Cabinet du MSPLS en virant les montants vers les comptes des différents prestataires ;
- ✓ Participer aux activités de la CT-FBP Elargie et du CPSD ;
- ✓ Appuyer techniquement et financièrement la Cellule Technique Nationale pour la réalisation de sa mission.

### **CHAPITRE V : 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 partie intégrante au présent manuel des procédures.**

#### **V.1. Les Outils de gestion du Financement basé sur la performance**

Ils peuvent être classés en quatre principales catégories et sont complétés par les documents de politiques, de stratégies et de lois qui régulent le système de santé du Burundi dont fait partie la stratégie de financement de la santé basée sur la performance.

##### **V.1.1. Le Plan d'action semestriel**

Il s'agit d'un plan glissant indiquant, pour chaque domaine d'activités (prestations de services ou de soins, gestion des ressources humaines, gestion financière et gestion des médicaments), les résultats atteints durant les six mois précédents avec le niveau mensuel moyen de réalisation par indicateur ; les problèmes prioritaires actuels par indicateur, l'objectif à atteindre au cours du semestre, et les stratégies qui seront utilisées pour résoudre durant la période du contrat, les problèmes prioritaires identifiés.

Le plan d'action semestriel doit préciser l'utilisation des recettes globales incluant les subsides provenant de l'achat des services selon quatre rubriques : indemnités aux

différents prestataires de la FOSA (les salaires et/ou primes du personnel de la FOSA, les primes des membres du COSA et le COGES, les primes des relais communautaires (ASC, accoucheuses traditionnelles, etc.) ; l'achat de médicaments ; dépenses de fonctionnement et petits investissements ainsi que la réserve en banque pour la FOSA.

Le Plan d'action semestriel est une partie d'un plan d'action annuel de la FOSA. Il doit s'intégrer parfaitement au Plan d'action du BDS d'où ce dernier doit superviser la FOSA dans son élaboration et le valider avant sa soumission au CPVV pour négociation d'un contrat. Ce plan d'action de la FOSA doit contribuer à l'atteinte des indicateurs de performance du District Sanitaire concerné.

Le Plan d'action semestriel contient également en plus des problèmes et stratégies de solutions, sa budgétisation semestrielle qui doit être la plus réaliste possible.

La qualité du Plan d'action semestriel de la FOSA (la pertinence des problèmes prioritaires et des solutions proposées, l'implication des acteurs communautaires dans son élaboration, l'atteinte des résultats, la budgétisation etc.) fait partie des aspects couverts d'abord par la supervision formative et intégrée du BDS, puis par l'évaluation de la qualité technique trimestrielle faite par le BPS.

Ce Plan d'action semestriel, une fois approuvé par l'équipe cadre de district (pour les CDS) et par le BPS (pour les Hôpitaux), constitue la première phase de la négociation du contrat entre le CPVV et la FOSA.

Le Plan d'action de la FOSA a une importance primordiale car :

- ✓ Il constitue pour la FOSA un cadre privilégié d'apprentissage à la planification des activités et à la budgétisation ;
- ✓ Il constitue un tableau de bord pour la FOSA et les acteurs communautaires de son aire de responsabilité indiquant d'où ils viennent et vers où ils évoluent (atteinte des résultats escomptés);
- ✓ Il constitue par ailleurs un plan indiquant l'affectation des recettes pour la période précédente et la prévision en matière d'affectation des recettes de la FOSA pour la nouvelle période du contrat ;
- ✓ Il constitue le support d'encadrement de la FOSA par le BDS et d'évaluation pour le BPS.

### **V.1.2. Les Contrats**

Il ya 10 types de contrats qui régissent le modèle FBP du Burundi.

#### ***Contrat 1: Le contrat de délégation de pouvoir entre le MSPLS et le CPVV***

Le Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV), est l'organe délégué du MSPLS chargé d'assurer la vérification, la validation, le suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau Provincial et l'achat de la performance des prestataires. Ce contrat régit cette relation. Le MSPLS délègue ses pouvoirs au CPVV en vue gérer les contrats d'achat avec tous les établissements de santé publics et confessionnels de sa province remplissant les conditions exigées, au nom du MSPLS. Les contrats-type d'achat contiennent les services FBP avec leurs barèmes qui sont régies par le niveau central. Ce contrat contient les modalités et les ressources de financement du fonctionnement de ce CPVV.

#### ***Contrat 2 : Contrat de performance entre le MSPLS et le BPS***

Le MSPLS, représenté par la Direction Générale des services de Santé et de la lutte contre le SIDA (DGSSLS), signe un contrat de performance avec le BPS. Le contrat précise les fonctions et les tâches du BPS ainsi que le rôle et les responsabilités de la DGSSLS. La CT-FBP est chargée de l'évaluation trimestrielle de la performance du BPS.

#### ***Contrat 3 : Contrat de performance entre le MSPLS et le BDS***

Le MSPLS, représenté par la Direction Générale des services de Santé et de la lutte contre le SIDA, signe un contrat de performance avec le BDS. Le contrat précise les fonctions et les tâches du BDS ainsi que le rôle et les responsabilités de la DGSSLS. La CT-FBP est chargée de l'évaluation trimestrielle de la performance du BDS.

#### ***Contrat 4 : Contrat entre le MSPLS et les Hôpitaux Nationaux***

Le MSPLS, représenté par la Direction Générale des services de Santé et de la lutte contre le SIDA (DGSSLS), signe un contrat de performance avec les hôpitaux nationaux. Le contrat précise les conditions dans lesquelles les hôpitaux nationaux s'engagent dans le FBP ainsi que le rôle et les responsabilités de la DGSSLS. La CT-FBP, en collaboration avec les services du MSPLS, est chargée de la vérification mensuelle des prestations quantitatives des Hôpitaux Nationaux.

#### ***Contrat 5 : 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.

#### ***Contrat 6 : Contrat entre le CPVV et les associations locales***

Le contrat entre le CPVV, au nom du MSPLS, et des associations locales, définit la mission qui est confiée à ces associations, à savoir celle de vérifier la véracité des prestations des formations sanitaires au niveau communautaire et de mesurer le degré de satisfaction de la communauté eu égard aux prestations des formations sanitaires par le biais des enquêtes communautaires réalisées semestriellement.

#### ***Contrat 7 : 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 à but lucratif ou associatives 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 la gratuité en faveur des enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes en particulier.**

***Contrat 8 : Contrat de motivation du personnel des formations sanitaires***

Chaque membre du personnel s'engage concrètement à travailler avec l'équipe en vue de la réalisation du plan d'action. Ce contrat décrit la transparence qui doit régir la rémunération individuelle du personnel et sa gouvernance.

***Contrat 9 : Contrat de performance entre le Cabinet du MSPLS et les Unités de prestation du niveau central du MSPLS***

Les différentes unités de prestation du niveau central du MSPLS signent un contrat trimestriel de performance avec le Cabinet du MSPLS pour la réalisation de leurs missions.

***Contrat 10 : Contrat de performance entre le MSPLS et les Ecoles Paramédicales***

Les Ecoles paramédicales publiques signent un contrat trimestriel de performance avec la Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA.

***V.1.3. Les rapports de performance des prestataires***

***V.1.3.1. Le rapport mensuel du SIS***

Le rapport mensuel SIS contient les statistiques quantitatives relatives aux activités de la FOSA au cours du mois. Le rapport SIS est la base utilisée pour la vérification des prestations contractualisées.

***V.1.3.2. Le Procès verbal de validation des prestations quantitatives et qualitatives des formations sanitaires***

C'est un PV réalisé chaque mois par le CPVV et envoyé à la CT-FBP. Ce PV retrace le déroulement des activités de vérification, les contraintes et points positifs relevés, le suivi des recommandations des réunions précédentes, les recommandations formulées. Le PV du "quatrième mois" contient, outre la facture mensuelle validée par le CPVV, le déroulement de l'évaluation de la qualité.

### V.1.3.3. Le rapport d'évaluation de la qualité des prestations sanitaires

Il est élaboré chaque trimestre à l'issue des évaluations de la qualité des prestations réalisées par les équipes des ONGs en collaboration avec le BPS et les BDS au niveau des CDS et par les pairs au niveau des hôpitaux.

### V.1.3.4. Le rapport d'enquête communautaire

Après le dépouillement manuel, la saisie et l'analyse des informations recueillies dans les ménages à travers l'enquête communautaire, l'équipe de vérification présente au CPVV un rapport de l'enquête pour validation. Ce rapport interprète et analyse les informations en cinq catégories :

- Comparaison du nombre de patients dont l'existence a été confirmée par l'enquête par rapport à l'échantillon tiré ;
- Comparaison du nombre de prestations confirmées par les patients aux prestations déclarées dans les registres au niveau des centres de santé ;
- Appréciation du niveau de satisfaction des utilisateurs des services de santé vis-à-vis des soins reçus et évaluer si l'action entreprise a un effet positif sur les utilisateurs ;
- Les suggestions des utilisateurs pour améliorer la qualité des soins ;
- Les suggestions des utilisateurs (ménages) sur l'accessibilité aux soins.

L'équipe de vérification du CPVV présente également une appréciation globale du fonctionnement de chaque association enrôlée dans l'enquête ménage pour validation par le CPVV et transmission à la CT-FBP pour paiement. L'appréciation de conduite de l'enquête par les associations se fait sur base des critères objectifs : la réalisation de l'enquête dans les délais, l'utilisation des enquêteurs membres de cette association, les fiches d'enquêtes retournées et les fiches correctement remplies.

## ***V.2. Les outils de gestion comptable et financière***

Ces outils concernent principalement les supports comptables (livre de caisse, livre de banque), les différents supports de bonne gestion financière ( budget semestriel /annuel, manuel des procédures administratives, comptables et financières, les plans de passation des marchés ; bons d'entrée et de sortie de caisse, autorisation de paiement, rapprochement bancaire, contrôle de caisse,); les modèles de rapport d'exécution budgétaire et comptables.

## ***V.3. La base de données FBP web***

La mise en place du manuel FBP et la réussite des différentes procédures nécessite une mise à disposition des différents intervenants d'une base de données performante pour la gestion de l'information (disponibilité, archivage, rapidité de consultation).

Une application web est l'épine dorsale du système administratif FBP du Burundi. Elle permet ainsi l'amélioration de la complétude des données, un degré élevé de promptitude, une fiabilité élevée des données et l'utilisation de ces données à tous les niveaux.

La base de données offre des rapports préconfigurés, comme les factures mensuelles consolidées, mais aussi des graphiques interactifs. Un tableur avec tous les établissements de santé du Burundi est utilisé, dans lequel figurent les informations comme sur des comptes bancaires. Ce tableur est également mis à jour par le biais de l'application Web, pour choisir les administrateurs.

La base de données peut également être accédée à travers l'exportation de données dans Excel, et l'analyse des tendances à l'aide de tableaux croisés ou options de graphiques. Les préalables d'installation de cette base est la connectivité Internet dans toutes provinces. Les équipes de vérification se chargent de saisir les informations dans la base de données.

Un site internet sert de porte d'entrée à la base des données. A ce site figurent également des nouvelles, des événements, des documents, des informations relatives à des acteurs tels que leurs contacts et leurs sites Web.

#### ***V.4. Les indicateurs de performance***

Chaque niveau du système de santé a ses propres indicateurs de performance (Voir document sur les outils de mise en œuvre du FBP au Burundi) :

- Le niveau central du MSPLS : des indicateurs spécifiques aux missions du niveau central par service;
- Le BPS et le BDS : les indicateurs de ces 2 niveaux sont compatibles avec leurs missions de régulation ;
- Les CDS : indicateurs relatifs au PMA ;
- Les Hôpitaux : indicateurs relatifs au PCA ;
- Les Centres pour handicapés ;
- L'Hôpital NeuroPsychiatrique de Kamenge (CNPK)
- L'Institut National de Santé Publique (INSP)

#### ***V.5. Subsidés et calcul des primes***

Les subsidés et le calcul des primes par prestation sont élaborés par le MSPLS en fonction des priorités de santé publique, des objectifs à atteindre et du budget disponible.

#### ***V.6. Le bonus d'équité***

Le « bonus d'équité » est une prime additionnelle accordée à une entité prestataire qui doit faire face à d'importants problèmes qu'elle ne peut pas résoudre elle-même tout de suite et qui pèsent sur ses performances. L'attribution du bonus d'équité tient compte des problématiques suivantes :

- L'isolement géographique ;
- L'éloignement par rapport au chef lieu de la province ou BDS ;
- Le nombre d'indigents à prendre en charge ;
- Les besoins en personnel ;
- Les besoins en investissements.

Le bonus d'équité n'est pas une prime à la sous-performance. Il doit encourager l'entité prestataire à résoudre les problèmes qui limitent transitoirement ses performances, effort qui doit normalement se traduire dans son plan d'action semestriel. Ce bonus permet de tendre vers la même mise à niveau des FOSA pour une meilleure performance.

A l'échelle Provinciale, un bonus d'équité est attribué à des Provinces qui doivent faire face à d'importants problèmes qui pèsent sur leurs performances. Ces problèmes sont liés notamment à l'enclavement de la province par rapport aux points d'approvisionnement en intrants, à la pauvreté globale de la population en comparaison avec d'autres provinces du pays. Ce bonus varie de 0 à 40% des subsides de base nationaux selon les Provinces.

A l'intérieur de Chaque Province, un bonus d'équité variant de 0 à 40% des subsides de base provinciaux peut être attribué aux différentes formations sanitaires.

### ***V.7. 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 VI : LE SYSTEME DE VERIFICATION

### *VI.1. Vérification quantitative des prestations*

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 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 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 après approbation du CPVV et de l'entité (ONG) chargée de l'évaluation de la qualité technique.**

#### ***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 technique 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.

**Lors de l'évaluation de la qualité pour les CDS attachés aux Hôpitaux, les services n'existant pas au niveau de ces CDS seront considérés comme « Non applicable » : Hébergement, Maternité, Laboratoire.**

#### **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<sup>eme</sup> 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  $\leq 20\%$  : retrait de 10% des points pour la composante concernée sur l'évaluation du trimestre suivant
- ❖ Discordance  $>20\%$  et  $\leq 30\%$  : 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.

##### *Choix de l'association locale*<sup>6</sup>

Le CPVV lance un avis de manifestation d'intérêt à l'adresse des associations actives reconnues officiellement dans la province. Chaque association pose sa candidature pour une seule formation sanitaire de sa zone d'intervention. La présélection est assurée par une Commission comprenant des représentants de l'administration communale, du CPVV et de la société civile. Une seule association locale (ASLO) par centre de santé doit être sélectionnée. Le choix s'opère de préférence parmi des associations qui ont des objectifs liés à la lutte contre la pauvreté, à la santé en général, à la santé reproductive ou à l'établissement des mutuelles en particulier.

L'ASLO qui signe le contrat doit être agréée par le Ministère de l'Intérieur ou à défaut être reconnue par la commune et avoir au moins deux années d'existence.

L'ASLO ne doit pas avoir de lien avec la structure de santé de l'aire de santé à contrôler pour éviter un conflit d'intérêt.

---

<sup>6</sup> Module Contractualisation basée sur la performance dans la zone du projet « Santé Plus » ; 2008

La sélection des ASLO doit retenir au moins 3 ASLO remplissant les conditions. En cas de résiliation du contrat avec une ASLO défailante, on la remplace par l'ASLO suivante sur la liste de présélection.

### Choix des enquêteurs<sup>6</sup>

L'ASLO sélectionnée propose pour formation des enquêteurs parmi ses membres. Elle choisit un maximum de six enquêteurs par aire de santé, dont au moins une femme pour l'enquête sur le planning familial. Après formation, 4 enquêteurs sur les 6 seront enrôlés dans les enquêtes organisées et chaque association garde toujours comme réservistes deux enquêteurs formés. Le choix des enquêteurs est basé sur les critères suivants :

- ✓ Bien lire, écrire et comprendre la langue locale, la connaissance du français étant un atout ;
- ✓ Etre disponible pendant quinze jours par semestre pour faire les enquêtes ;
- ✓ Etre capable et avoir la volonté de se déplacer jusqu'aux ménages situés à deux heures de marche, à pied ou avec ses propres moyens de transport (par exemple bicyclette) ;
- ✓ Etre capable d'accomplir ses tâches dans une atmosphère familiale avec confidentialité, discipline, franchise et intégrité.

### Choix des ménages à enquêter (patients à contrôler)<sup>6</sup>

Les vérificateurs du CPVV tirent au sort progressivement sur un semestre les patients à contrôler, au cours des visites mensuelles de vérification des données, dans les registres de la FOSA en relation avec la production subventionnée. Les responsables des FOSA rendent disponibles tous les registres de l'aire de santé y compris ceux des formations sanitaires sous-contractantes.

Le choix au hasard dans les registres est fait pour les 180 jours qui précèdent la visite.

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.

### Réalisation de l'enquête communautaire<sup>6</sup>

Les vérificateurs du CPVV remplissent une fiche d'échantillonnage résumant toutes les données concernant l'identification du patient et les prestations fournies par la FOSA (jour de visite, durée d'hospitalisation, examens de labo, etc.) et ils gardent cette fiche.

Les vérificateurs remettent à l'association locale des fiches d'enquête reprenant seulement les détails nécessaires pour retrouver les patients à enquêter (nom et prénom, commune, colline, sous-colline, village de provenance, chef de famille) et les éléments d'enquête à vérifier au sujet du patient.

En distinguant ainsi fiches d'échantillonnage et fiches d'enquêtes, le vérificateur détient des informations que les enquêteurs ne peuvent pas connaître sans visiter le ménage et sans parler avec le patient ou au moins avec un membre de son ménage (âge du patient, date du contact avec la FOSA, durée d'hospitalisation, examens de laboratoire effectués, sexe de l'enfant vacciné, rang de la grossesse). Une part de l'information recueillie par l'enquêteur n'a donc pour objet que de permettre au vérificateur de s'assurer que l'enquêteur a bien visité les ménages à enquêter.

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**

<b>N°</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>AU NIVEAU DES CENTRES DE SANTE</b>
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
	<b>TOTAL</b>	<b>80 cas</b>

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
	<b>TOTAL</b>	<b>80 cas</b>

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.

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 côté **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 côté **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
<b>1. La qualité technique</b>	<b>70</b>
<b>2. La qualité perçue</b>	
• La vérification de l'existence des utilisateurs enregistrés	10
• La vérification de la prestation effectuée	5
• La satisfaction des utilisateurs	15
<b>Sous total qualité perçue</b>	<b>30</b>
<b>SCORE DE QUALITE GLOBAL</b>	<b>100</b>

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% x montant total des subsides FBP reçus pendant le trimestre précédent x 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% x montant total des subsides FBP reçus pendant le trimestre précédent x 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.

- ✓ **≥ 90% : bonus qualité= 30% x score qualité global x Subsides FBP du trimestre précédent**
- ✓ **70 à 89,9% : bonus qualité= 25% x score qualité global x 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.**

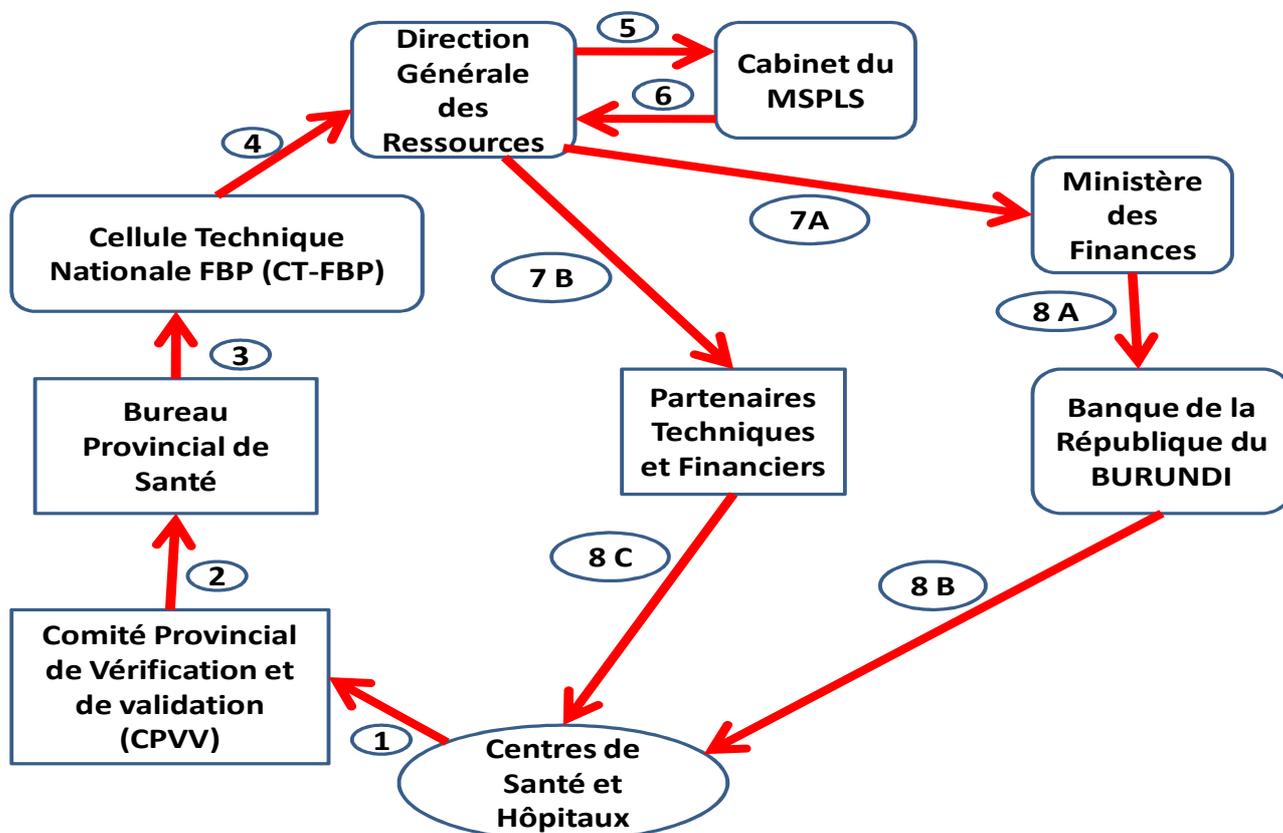
Les différents rapports de la Contre Vérification doivent être partagés à tous les membres de CT-FBP Elargie, qui est chargée de faire des propositions au MSPLS sur l'application de certaines stratégies correctrices adoptées.

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. CIRCUIT DE FINANCEMENT ET DELAI DE PAIEMENT

### VII.1. Circuit de financement

Figure 3 : Circuit de financement de la stratégie FBP



#### LEGENDE

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

**VII.2. Délais de paiement pour les Prestations quantitatives des FOSA**

- ✓ Elaboration du rapport SIS par les FOSA : 5 jours ouvrables;
- ✓ Vérification et établissement de la facture mensuelle de chaque FOSA (en collaboration avec les FOSA) : équipe de vérification des CPVV : 14 jours ouvrables;
- ✓ Validation par le CPVV: 1 jour ouvrable ;
- ✓ Transmission des déclarations vérifiées et validées par le BPS à la CT-FBP: 1 jour ouvrable;
- ✓ Compilation des demandes de remboursement et synthèse par la CT-FBP : 5 jours ouvrables ;
- ✓ Analyse à la DGR par le contrôleur des engagements des dépenses publiques (pour les fonds publics), signature par le cabinet du MSPLS et transmission des demandes d'engagement au MINFIN (pour les fonds publics) et des déclarations de créances aux PTFs: 3 jours ouvrables ;
- ✓ Engagement, liquidation, ordonnancement et Virement par la BRB sur les comptes des bénéficiaires (pour les fonds publics) ; virement des fonds des PTFs sur les comptes des FOSA (pour les fonds des PTFs): 21 jours ouvrables.

<b>TOTAL du circuit = 50 jours ouvrables.</b>
-----------------------------------------------

**Tableau 2 : Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations quantitatives (Centres de santé et Hôpitaux de Districts)**

<b>Activité à mener</b>	<b>Responsable</b>	<b>Délai requis (en jours ouvrables)</b>	<b>Cumul (en jours ouvrables)</b>
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
<b>TOTAL</b>			<b>50</b>

**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
<b>TOTAL</b>			<b>48</b>

**TOTAL du circuit = 48 jours ouvrables.**

### ***VII.3. Délais pour le remboursement des prestations qualitatives***

Le circuit de remboursement des prestations liées à la qualité est lié au circuit 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.

### ***VII.4. Délais pour le remboursement des prestations des BPS, BDS et CPVV***

L'évaluation de la performance des BPS, BDS et CPVV est réalisée trimestriellement par la CT-FBP.

**Tableau 4 : Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations des BPS, BDS, CPVV**

<b>Activité à mener</b>	<b>Responsable</b>	<b>Délai requis (en jours ouvrables)</b>	<b>Cumul (en jours ouvrables)</b>
Evaluation de la performance des BDS, BPS, CPVV	CT-FBP	30	30
Analyse à la DGR, signature par le cabinet du MSPLS et transmission des demandes d'engagement au MINFIN ou des déclarations de créance aux PTFs	DGR	3	33
Engagement, liquidation, ordonnancement et Virement par la BRB sur les comptes des bénéficiaires ; Virement direct des fonds sur les comptes des bénéficiaires	MINFIN/PTF	21	54
<b>TOTAL</b>			<b>54</b>

- ✓ Evaluation de la performance des BPS, BDS et CPVV par la CT-FBP et transmission des demandes de remboursement à la DGR ou au PTF : 30 jours ouvrables;
- ✓ Analyse à la DGR par le contrôleur des engagements des dépenses publiques, signature par le cabinet du MSP et transmission des demandes d'engagement au MINFIN (pour les fonds publics) ; analyse à la DGR et transmission des déclarations de créance aux PTFs (pour les fonds des PTFs): 3 jours ouvrables;
- ✓ Engagement, liquidation, ordonnancement et Virement par la BRB sur les comptes des bénéficiaires (fonds publics) ; Virement direct des fonds sur les comptes des : 21 jours.

<b>TOTAL du circuit pour les fonds publics = 54 jours ouvrables</b>
---------------------------------------------------------------------

### **VII.5. Délais pour le remboursement des prestations de la CT-FBP**

Les membres de la CT-FBP issus du MSPLS sont des fonctionnaires salariés de la Fonction Publique qui reçoivent une prime à la performance mensuelle (basée sur des indicateurs mensuels) et une autre prime à la performance trimestrielle (basée sur des indicateurs trimestriels). Le paiement de la prime à la performance se fait (mensuellement et trimestriellement) après évaluation des prestations de la CT-FBP par une équipe désignée par le Cabinet du MSPLS :

- ✓ Evaluation des prestations de la CT-FBP: au plus tard le 10 du mois suivant le trimestre précédent ;
- ✓ Transmission du rapport d'évaluation de la CT-FBP à la DGR : 1 jour ;
- ✓ 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: 3 jours ;
- ✓ Engagement, liquidation, ordonnancement et Virement par la BRB sur les comptes des bénéficiaires: 21 jours.

<b>TOTAL du circuit = 35 jours ouvrables.</b>
-----------------------------------------------

**Tableau 5 : Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations de la CT-FBP**

<b>Activité à mener</b>	<b>Responsable</b>	<b>Délai requis (en jours ouvrables)</b>	<b>Cumul (en jours ouvrables)</b>
Evaluation de la performance de la CT-FBP	Equipe technique désignée par le Cabinet du MSPLS	10	10
Transmission du rapport d'évaluation à la CT-FBP	Equipe technique désignée par le Cabinet du MSPLS	1	11
Analyse à la DGR, signature par le cabinet du MSPLS et transmission des demandes d'engagement au MINFIN (fonds publics) et des déclarations de créance (fonds des PTFs)	DGR	3	14
Engagement, liquidation, ordonnancement et Virement par la BRB sur un compte du MSPLS ; Virement direct des fonds sur un compte du MSPLS	MINFIN/PTF	21	35
<b>TOTAL</b>			<b>35</b>

**Tableau 6 : Tableau récapitulatif du circuit de financement et délai de paiement des prestations des Unités de prestation du niveau central du MSPLS**

<b>Activité à mener</b>	<b>Responsable</b>	<b>Délai requis (en jours ouvrables)</b>	<b>Cumul (en jours ouvrables)</b>
Evaluation de la performance des Unités de prestation	Evaluation par les pairs	15	15
Synthèse et compilation	CT-FBP	5	20
Analyse à la DGR, signature par le cabinet du MSPLS et transmission au Minfin/PTF	DGR	3	23
Traitement par le MinFin/PTF et Virement sur les comptes des bénéficiaires	MinFin/PTF	21	44
<b>TOTAL</b>			<b>44</b>

## **CHAPITRE VIII. LE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE AU NIVEAU CENTRAL DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

**Pour permettre une meilleure articulation dans le fonctionnement du système de santé, les services du niveau central du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA sont contractualisés en fonction de leurs performances.**

La contractualisation des services du niveau central du MSPLS est basée sur les principes suivants :

- ✓ Les primes sont octroyées aux équipes des Unités de Prestations qui font elles-mêmes la répartition entre les individus en respectant le montant maximum défini par agent ;
- ✓ Les montants des primes octroyées aux équipes sont adaptés au début de chaque année à l'enveloppe budgétaire mobilisable et aux variations de change ;
- ✓ Les primes à la performance ne sont pas systématiques. Elles récompensent les efforts faits par l'UP pour identifier et corriger ses propres dysfonctionnements, atteindre ses résultats et contribuer à l'atteinte des objectifs du PNDS ;
- ✓ Les hypothèses prises en compte dans l'allocation budgétaire par Unité de Prestation admettent qu'à qualification et responsabilité égales, les agents des services centraux reçoivent des primes inférieures à celles de leurs collègues qui prestent aux niveaux intermédiaire et périphérique.

**L'évaluation des unités de prestation (UP) du niveau central se fait chaque trimestre par les pairs des autres UP avec la participation des membres de la CT FBP Elargie.**

### ***VIII.1. Unités des prestations contractualisées***

Les contrats de performances signés par le Cabinet du Ministre ne concernent pas les personnes, mais des équipes appelées Unités de Prestation.

Une Unité de Prestation est « *une équipe de personnes qui dépendent d'une même autorité hiérarchique et ont des obligations de résultats communs bien définies.* ». Les missions des unités de prestation doivent être claires et précises. Leurs effectifs doivent également être limités pour optimiser les interactions entre le personnel : une unité de prestation devrait être composée de 10 à 15 personnes.

Les Unités de Prestation du niveau Central sont :

- **Le Cabinet du Ministre** constitué d'un Assistant du Ministre, des conseillers, des secrétaires, des chauffeurs et autres agents d'appui ;
- **Le Secrétariat Permanent et les Cellules rattachées**, y compris le Bureau de liaison avec les Administrations personnalisées Gouvernementales, les Organisations non gouvernementales et les associations, ainsi que le Bureau de Coordination des Appuis

Internationaux. Cette UP comprend le Secrétaire Permanent, les chefs de cellules, les Conseillers Techniques, les agents du secrétariat et les agents d'appui ;

- **L'Inspection Générale** de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida qui comprend l'Inspecteur Général, les Inspecteurs, les agents du secrétariat et les agents d'appui ;
- **Les Directions Générales** qui comprennent chacune un Directeur général, des conseillers, des secrétaires, des agents d'entretiens et des chauffeurs. Lorsque des cellules sont rattachées à une Direction Générale, les personnes affectées dans lesdites cellules sont membres de l'Unité de Prestation « Direction Générale » ;
- **Les Directions** : Directeur, Chefs de services, conseillers, secrétaires, agents d'entretiens et chauffeurs ;
- **Les programmes verticaux** : Directeurs, conseillers, Chefs de services, agents de collaboration et agents d'exécution. La contractualisation des programmes verticaux se fait après l'identification de leurs lignes budgétaires éligibles au paiement des primes et prise en compte effective des financements recensés dans l'enveloppe budgétaire du FBP au niveau central ;
- **Certains services** ont exceptionnellement besoin de 10 à 15 personnes pour accomplir leurs missions. Ils peuvent être considérés comme Unités de Prestation si : (i) des financements sont disponibles pour leur contractualisation, (ii) une demande motivée a été introduite, jugée probante par la CT FBP et validée par le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, (iii) ils remplissent les conditions d'éligibilités définies par le manuel des procédures FBP. Les agents de ces UP sont alors le chef de service, les agents de collaboration et les agents d'entretien.

### ***VIII.2. Les indicateurs de performance du niveau central du MSPLS***

Les indicateurs de performance du niveau central sont de deux catégories : les indicateurs communs à toutes les UP et les indicateurs spécifiques à chaque UP. Les indicateurs spécifiques sont élaborés avant la signature des contrats et adaptés au début de chaque trimestre en fonction des plans d'actions et programmes trimestriels de travail de chaque UP.

#### ***Éligibilité aux primes de performance***

Une Unité de Prestation ne bénéficiera des financements à la performance que s'il remplit les critères d'éligibilité qui ont été adoptés par la CT-FBP élargie.

Les indicateurs d'éligibilité ne donnent droit à aucune subvention/rémunération mais les primes à la performance ne peuvent être revendiquées par le personnel des Unités de Prestations non éligibles.

#### ***Environnement de travail***

Les indicateurs d'amélioration de l'environnement de travail comptent pour **100 points** chaque trimestre. Ils sont applicables à toutes les UP et prennent en compte la propreté des

infrastructures, l'hygiène, la préservation de l'environnement, la maintenance des outils de travail et les relations humaines entre les membres des équipes.

### ***Exécution des plans d'actions et production des rapports périodiques***

Les indicateurs qui mesurent le niveau d'exécution des plans d'actions ont un poids de **400 points** par trimestre. Ils concernent toutes les UP et incluent : le niveau d'exécution des plans d'actions, des calendriers de supervisions, des calendriers de réunions institutionnelles, des calendriers de supervisions internes, des audits, des séances d'auto-évaluation des activités ; la production des rapports périodiques.

Afin de faciliter la coordination des actions, la tenue des réunions des comités de gestion des Directions et départements doit être planifiée de manière systématique, ainsi que les réunions et sessions de formation impliquant les cadres des niveaux intermédiaires et périphériques.

### ***Accompagnement du niveau intermédiaire***

Les indicateurs d'accompagnement des BPS ont un poids de **200 points** par trimestre. Ils ne sont applicables qu'aux UP qui assurent des supervisions, audits, inspection, contrôles et formations au niveau intermédiaire. Les activités menées directement dans les District de santé par des UP du niveau central ne sont pas prises en compte, sauf s'il s'agit d'accompagner l'équipe de la province pour une tâche précise, validée lors de l'approbation du plan d'action de ladite province.

### ***Missions spécifiques des UP***

Les indicateurs des missions spécifiques des UP ont un poids de **800 points** par trimestre, attribués en fonction des résultats planifiés dans les plans d'actions annuels. Il s'agit notamment des indicateurs des résultats relatifs à :

- ✓ La production des documents de politiques et stratégies, des lois et règlements, des normes et standards ;
- ✓ La production des outils de formation, de supervision et d'évaluation ;
- ✓ La production des ordinogrammes, des guides thérapeutiques, des guides de gestion des finances et du matériel, des guides de maintenance du matériel, etc.
- ✓ La levée des goulots d'étranglements qui empêchent la réalisation des missions régaliennes du MSPLS : accréditation des services, validation des plans de couverture, dotations en intrants (ressources humaines, infrastructures, ressources matérielles et financières) ;
- ✓ Le fonctionnement des groupes thématiques ;
- ✓ Toute autre mission régalienne dévolue au niveau central du MSPLS.

Chaque UP s'assure que les ressources et personnes nécessaires à la réalisation de ses activités sont mobilisées, les résultats définis dans son plan d'action sont atteints, et ses missions définies par l'organigramme et le Règlement d'Ordre Intérieur accomplies.

Les points attribués à un indicateur spécifique peuvent être reportés d'un trimestre à l'autre avec l'accord de la CT-FBP, tant que le total ne dépasse pas 3 200 points d'indices pour une année.

### ***VIII.3. Répartition des subventions de performance entre les UP du niveau central.***

#### ***VIII.3.1. Cotation des Unités de Prestation***

Chaque Unité de Prestation reçoit au maximum **1500 points par trimestre** dont 750 points pour les indicateurs spécifiques et 200 points pour l'accompagnement du niveau intermédiaire.

La CT-FBP peut octroyer moins de 800 points pour les indicateurs spécifiques et/ou 200 points pour les indicateurs d'accompagnement du niveau intermédiaire par trimestre à une Unité de Prestation si elle constate que les activités et résultats planifiés ne sont pas pertinents pour l'accomplissement des fonctions régaliennes du niveau central.

#### ***VIII.3.2. Allocation des fonds issus du PBF***

La valeur maximale de chaque point peut être adaptée au début du trimestre et fixée en fonction (i) de l'enveloppe disponible pour le FBP, (ii) des taux de change et (iii) du nombre d'UP éligibles au niveau central.

65% au maximum des fonds reçus du FBP sont affectés au paiement des primes, le reste (35%) au fonctionnement des services bénéficiaires. Les dépenses éligibles à la rubrique « fonctionnement » sont validées par la Direction Générale des Ressources lors de l'élaboration des plans d'actions.

Il peut s'agir du financement :

- ✓ Des supervisions, inspections, audits et contrôles organisés dans les provinces et districts sanitaires par le niveau central ;
- ✓ des fournitures de bureau, des consommables informatiques, de la connexion internet ;
- ✓ des compensations envers d'autres UP pour l'utilisation de leur expertise,
- ✓ du financement des petits travaux de plomberie, électricité, reprographie, etc.
- ✓ des menues dépenses destinées à améliorer la convivialité entre les membres des équipes.

#### ***VIII.3.3. Méthode de calcul de la subvention d'une Unité de prestation***

- ✓ Avant le début de chaque année, les responsables des UP éligibles transmettent à leurs supérieurs hiérarchiques leurs plans d'actions annuels. Ils réservent alors des copies à la Direction Générale en charge de la planification ainsi qu'à la CT-FBP. La transmission des programmes trimestriels d'activités se fait de la même manière, au plus tard 15 jours après le début du trimestre concerné.

- ✓ La CT-FBP arrête la liste des résultats attendus et les critères de validation de ces résultats, puis finalise les grilles d'évaluations trimestrielles qui sont transmises aux UP concernées avec copie au Secrétariat Permanent ;
- ✓ Le nombre de points total considéré pour chaque Unité de Prestation est **P**, toujours inférieur ou égal à **1500** points d'indice de base (**Pt**) par trimestre. La valeur de **P** est attribuée par la CT-FBP à chaque UP en fonction de ses missions organiques ;
- ✓ La CT-FBP arrête le budget total annuel disponible (**Bt**) en Francs Burundais pour le niveau central, et le divise par la somme des points des UP pour la période, afin d'obtenir la valeur (**V**) d'un point d'indice de base pour la période. La valeur de V peut être ajustée en début de trimestre.

$$V = Bt / \sum P \text{ avec } V = \text{valeur d'un point d'indice, } Bt = \text{budget total disponible et } P = \text{somme des points d'indices des UP pour la période concernée}$$

- ✓ A la fin du trimestre, les UP contractualisées sont évaluées et un score de performance en pourcentage est attribué par l'équipe d'évaluateurs du FBP ;
- ✓ Si le score de performance est :
  - Inférieur à 50% : l'UP ne reçoit pas de subside ;
  - Supérieur ou égal à 50% mais inférieur à 65% : l'UP reçoit des subsides équivalents à la valeur d'un point d'indice multipliée par la moitié du nombre total des points d'indices obtenus à l'évaluation ;
  - Supérieur ou égal à 65% : l'UP reçoit des subsides équivalents à la valeur d'un point d'indice multipliée par le nombre total des points d'indices obtenus à l'évaluation trimestrielle.
- ✓ Toutes les primes fixes qui étaient accordées à certains cadres du niveau central du MSPLS seront reversées dans l'enveloppe globale destinée au FBP du niveau central<sup>7</sup>.

#### **VIII.3.4. Personnes bénéficiaires des primes FBP**

Les primes sont attribuées par poste de travail. Si plusieurs personnes occupent le même poste décrit dans le Règlement d'Ordre Intérieur (ROI) du Ministère, une seule prime est attribuée. Cette prime peut être partagée à ces personnes sur la base d'instructions écrites élaborées par le responsable de l'Unité de Prestation et transmises au Secrétaire Permanent par voie hiérarchique avec copie au Directeur des Ressources Humaines, au Directeur Général des Ressources et au coordonnateur de la CT-FBP.

Les primes FBP sont destinées au personnel fonctionnaire, c'est-à-dire aux personnes régies par le statut de la fonction publique et régulièrement nommées/affectées par l'autorité compétente.

<sup>7</sup> Engagement pris dans la Note conjointe cosignée par (1) la Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, (2) la Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale, (3) le Ministre des Finances et de la Planification du Développement Economique, objet de la NV 2014.14/206/RE/2013 datée du 17/07/2013.

Toutefois, l'attribution des primes de performances ne sera effective que lorsque la description détaillée du poste occupé par l'agent est faite par le service utilisateur. La copie de cette description de poste doit être présente dans le dossier personnel de l'agent disponible dans ledit service utilisateur. Cette copie doit être validée par la Direction des Ressources Humaines et le document original conservé aux archives du MSPLS.

### ***VIII.3.5. Critères d'attribution des primes aux personnes***

Lorsqu'une enveloppe est disponible pour le paiement des primes dans une UP, les critères d'attribution suivants sont pris en compte : (i) la qualification ; (ii) la responsabilité ; (iii) les heures supplémentaires négatives ou heures perdues et (v) l'évaluation trimestrielle de la performance individuelle.

Les critères d'allocation des primes de performance doivent être présentés au personnel et discutés pendant l'élaboration du calendrier trimestriel d'activités et des emplois du temps.

**Les modalités pratiques de calcul des subsides par Unité de prestation, et des primes par individu en fonction des différents critères, sont détaillées dans le guide d'orientation de la contractualisation au niveau central du MSPLS.**

## ***VII.4. Procédures de décaissement des subventions par les unités de prestation***

### ***VIII.4.1 Décaissement des primes***

Les subventions octroyées à toutes les Unités de Prestation sont logées dans un compte bancaire unique ouvert au nom du MSPLS. Lorsque que ces subventions sont versées dans ledit compte, la Direction du Budget et des Approvisionnements (DBA) informe les Unités de Prestations bénéficiaires, avec mention du montant octroyé, au maximum 3 jours après la réception de la preuve de paiement. Les délais sont exprimés dans tout le texte en jours ouvrables.

1. Le responsable de l'Unité de Prestation calcule les primes en respectant les prescriptions ci-dessus ;
2. Il transmet le tableau de calcul des primes imprimé, visé et accompagné éventuellement des annexes, ainsi que sa version électronique, à la Direction du Budget et des Approvisionnements deux jours après la réception de la lettre d'information ;
3. Le Directeur du Budget et des Approvisionnements prépare et transmet au Directeur Général des Ressources pour accord, dans les 2 jours qui suivent, une demande d'autorisation de retrait de fonds au profit de l'Unité de Prestation ;
4. Après l'accord du Directeur Général des Ressources, un ordre de virement est élaboré dans un délai de 2 jours par la DBA, signé selon les formes requises et transmis à la banque pour virement des primes dans les comptes bancaires de chacun des bénéficiaires.

- ✓ Une photocopie de l'ordre de virement est transmise pour information au responsable de l'Unité de Prestation bénéficiaire ;
- ✓ Cet ordre de virement est archivé et utilisé comme pièce justificative lors de l'élaboration du rapport trimestriel d'utilisation des subventions perçues par les Unités de Prestations dans le Cadre du Financement Basé sur la Performance.

#### **VIII.4.2 Gestion des frais de fonctionnement**

Au début de chaque trimestre, les Unités de Prestations envoient à la DBA une copie de leur programme d'activité trimestriel budgétisé, validé par les services compétents et accompagné d'un plan d'approvisionnement qui sera soumis à l'appréciation du Directeur Général des Ressources. Ce plan d'approvisionnement doit exclure tout double financement : une UP qui reçoit un appui en input ne peut plus solliciter le financement du matériel reçu ou des activités programmées par les subventions octroyées dans le cadre du Financement Basé sur la Performance.

- ✓ Chaque fois que nécessaire et autant que le permet la provision budgétaire, l'Unité de prestation élabore un bon de réquisition qu'elle transmet à la Direction du budget et des Approvisionnements ;
- ✓ Cette dernière procède à l'achat du matériel/consommable ou au paiement des services en respect de la réglementation sur les marchés publics ;
- ✓ Si une dépense sollicitée par une UP n'est pas éligible, la DBA l'en informe par écrit (courrier ou courriel) dans un délai de 3 jours ;
- ✓ Le matériel et/ou les consommables sont livrés à l'Unité de Prestation au maximum 10 jours ouvrables après la réception du bon de réquisition, sauf si la réglementation sur les marchés publics en dispose autrement. Les services sont payés dans les mêmes délais, ainsi que les avances ou remboursements des frais de transport et per diem ;
- ✓ Toute remise de matériel ou consommable est sanctionnée par un certificat de remise de matériel complété, conjointement signé par le responsable du service des approvisionnements et le récipiendaire désigné par le responsable de l'Unité de Prestation bénéficiaire.
  - Le certificat de remise de matériel est archivé, une photocopie jointe comme pièce justificative de dépenses au rapport d'utilisation des fonds élaboré par la DBA à la fin du trimestre.
- ✓ Une fiche de suivi des stocks pour chaque matériel livré par la DBA est tenue par toutes les Unités de prestations. Sa photocopie est impérativement annexée au bon de réquisition pour la commande suivante du même matériel ;
- ✓ Un rapport d'utilisation du matériel est produit par chaque unité de prestation et envoyé à la Direction du Budget et des Approvisionnements à la fin de chaque trimestre ;

- ✓ Une fiche de suivi des frais de fonctionnement par Unité de prestation est tenue par le service de suivi et exécution du Budget de la DBA.
  - Elle peut être consultée à la demande par toute Unité de Prestation au maximum 2 jours après que cette dernière ait sollicité par courrier (ou courriel) des informations sur ses subventions.

### ***VIII.4.3. Procédures de contrôle***

Un classement des pièces justificatives par UP est effectué par la Direction du Budget et des Approvisionnements du MSPLS. Ces pièces justificatives sont soumises au moins une fois par trimestre à un contrôle et vérification de la cellule de contrôle qui rédige un rapport.

A la fin de chaque trimestre, un rapport compilé de gestion des subventions octroyées à toutes les Unités de Prestations du niveau central dans le cadre du FBP est produit par la Direction du Budget et des Approvisionnements, validé par le Directeur Général des Ressources et adressé au Cabinet du MSPLS avec copie à la CT FBP et à chacun des Partenaires Techniques et Financiers concernés.

## **CHAPITRE IX. CONTRACTUALISATION DES BPS, DES BDS ET DES CPVV**

Les BPS, BDS et CPVV sont contractualisés dans le cadre du FBP en fonction de leurs performances quant à l'accomplissement de leurs missions respectives.

L'évaluation de la performance des BPS, BDS et CPVV est sous la responsabilité de la CT FBP et se fait chaque trimestre par une équipe des cadres du niveau central du MSPLS désignée par le Cabinet du MSPLS.

### ***IX.1. Contractualisation des BPS et des BDS***

A l'issue de l'évaluation trimestrielle de la performance des BPS et BDS par la CT FBP, un score de performance est attribué.

La performance du BPS est liée à celle de ses Districts. C'est ainsi que le score de performance du BPS est pondéré par la moyenne des scores de performance de ses Districts. **Ainsi, le score de performance du BPS évalué par la CT FBP est côté sur 80 points et la moyenne des scores de performance des BDS est côté sur 20 points.** La somme de ces deux scores donne le score de performance du BPS. Le montant à percevoir par le BPS équivaut à un plafond trimestriel fixé multiplié par le score de performance.

**Score de performance du BPS= Score obtenu par le BPS lors de l'évaluation trimestrielle par la CT FBP (ramené sur 80 points) + Moyenne des scores de performance des BDS sous sa responsabilité évalués trimestriellement par la CT FBP (ramené sur 20 points)**

La performance du BDS est liée au score de qualité de ses formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux). C'est ainsi que le score de performance du BDS est pondéré par la moyenne des scores de qualité technique des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) sous sa responsabilité. **Ainsi, le score de performance du BDS évalué par la CT FBP est coté sur 80 points et la moyenne des scores de qualité des formations sanitaires du District est coté sur 20 points.** La somme de ces deux scores donne le score de performance du BDS. Le montant à percevoir par le BDS équivaut à un plafond trimestriel fixé multiplié par le score de performance.

**Score de performance du BDS= Score obtenu par le BDS lors de l'évaluation trimestrielle par la CT FBP (ramené sur 80 points) + Moyenne des scores de qualité technique des FOSA du District évaluées trimestriellement (ramené sur 20 points)**

### ***Utilisation des primes de performance par les BPS et BDS***

Une prime de performance est accordée à chaque personnel du BPS ou du BDS en fonction du score de performance individuelle au cours du trimestre évalué. La prime de performance est calculée en utilisant l'outil d'indice des BPS et BDS. Au maximum, 80% du montant perçu est consacré à la prime de performance du personnel des BPS et BDS et au moins 20% est réservé au fonctionnement. La part réservée au fonctionnement peut être supérieure à 20% et donc celle réservée à la prime inférieure à 80% si le score de performance individuelle du personnel du BPS ou du BDS est inférieur à 100%.

### ***IX.2. Contractualisation des CPVV***

A l'issue de l'évaluation trimestrielle de la performance du CPVV, un score de performance est attribué et le montant à percevoir par le CPVV équivaut à un plafond trimestriel fixé multiplié par le score de performance. Le CPVV étant constitué de deux sous unités (sous unité vérification et sous unité validation), le score de performance obtenu est valable pour les deux sous unités. Cependant, le plafond trimestriel de la sous unité vérification est différent de celui de la sous unité validation et donc les montants perçus ne sont pas les mêmes pour les deux sous unités.

Pour la sous unité vérification, 100% du montant perçu est utilisé comme prime de performance pour les vérificateurs. Quant à la sous unité validation, 80% du montant perçu est utilisé comme prime de performance et 20% comme frais de fonctionnement du CPVV.

## CHAPITRE X. DISPOSITIONS PARTICULIERES

### *X.1.FBP au niveau des laboratoires de certains hôpitaux et du laboratoire de l'INSP*

Le projet East African Public Health Laboratory Networking (**EAPHLN**) financé par la Banque Mondiale au niveau des cinq pays de la Communauté de l'Afrique de l'Est comporte une sous composante Financement Basé sur la Performance. Au Burundi, les fonds prévus au titre de cette sous composante sont utilisés pour renforcer les laboratoires bénéficiaires au du projet conformément au montage institutionnel du FBP.

La composante FBP du projet EAPHLN est mise en œuvre dans un environnement d'une stratégie de Financement Basé sur les Performances développée à l'échelle nationale dans le secteur de la santé et respecte donc les principes et prescrits de la stratégie nationale FBP. Ainsi, le Plan d'Action Annuel et les plans d'action semestriel de chaque structure partie prenante au projet EAPHLN doivent intégrer **un chapitre spécifique** qui précise les activités à développer pour porter la qualité du laboratoire aux standards régionaux visés par les objectifs du projet. De même, le contrat de performance signé par la direction de ces structures doit comporter un ou des articles spécifiques précisant les engagements des parties signataires en rapport avec les objectifs du projet.

#### *X.1.1. Structures impliquées dans le projet FBP Laboratoire*

Le Projet de renforcement du réseau des laboratoires est mis en œuvre pour renforcer six laboratoires à savoir:

- ✓ Le Laboratoire National de Référence (LNR) de l'Institut National de Santé Publique (INSP) ;
- ✓ Le laboratoire du Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge (CHUK) ;
- ✓ Le laboratoire de l'Hôpital de District de Muyinga ;
- ✓ Le laboratoire de l'Hôpital de District de Rumonge ;
- ✓ Le laboratoire de l'Hôpital de District de Kayanza ;
- ✓ Le laboratoire de l'Hôpital de District de Makamba.

L'appui à ces laboratoires, entre autres à travers les mécanismes du Financement Basé sur la Performance, vise le processus de leur accréditation par l'approche de l'OMS *AFRO en partenariat avec le "Centre of Diseases Control" (CDC)* d'Atlanta.

#### *X.1.2. Modalités d'évaluation*

L'évaluation des performances qualitatives des prestations des cinq laboratoires hospitaliers (CHUK, Muyinga, Rumonge, Kayanza et Makamba) impliqués dans la mise en œuvre du projet EAPHLN se fait à un rythme trimestriel à l'aide de la grille de contrôle pour l'accréditation des laboratoires (critères SLIPTA). Il est à noter que l'évaluation de la qualité

des Hôpitaux (y compris la composante laboratoire) va se poursuivre comme indiqué par le manuel des procédures du FBP.

Pour le laboratoire de l'Institut National de Santé Publique (INSP), une seule évaluation de la qualité du laboratoire se fait une fois par trimestre à l'aide de la grille de contrôle pour l'accréditation des laboratoires (critères SLIPTA). De ce fait, la grille d'évaluation du laboratoire de l'INSP précédemment utilisée dans le cadre du modèle FBP au niveau national n'est plus valable.

Au niveau des laboratoires des Hôpitaux de Muyinga, Rumonge, Kayanza et Makamba ; l'évaluation de la qualité des laboratoires est réalisée, selon un calendrier établi par la CT-FBP, par les techniciens supérieurs de laboratoire formés et accrédités. Ainsi donc, l'équipe d'évaluation est constituée de prestataires de laboratoire (d'un niveau minimum A1) qui ont été formés sur l'évaluation à l'aide de la grille SLIPTA ainsi que des professionnels de laboratoire du projet au niveau central.

L'évaluation des laboratoires du CHUK et de l'INSP est conduite par une équipe d'experts laborantins du niveau national formés sur l'utilisation de la grille SLIPTA.

Au niveau des Hôpitaux (CHUK, Muyinga, Rumonge, Kayanza et Makamba), deux types de financement peuvent être attribués selon le score obtenu :

- ✓ Un bonus de qualité en rapport avec le modèle FBP national suite à une évaluation de la qualité réalisée en utilisant la grille d'évaluation de la qualité technique des hôpitaux intégrant la composante laboratoire ;
- ✓ Des subsides en rapport avec le projet EAPHLN suite à une évaluation de la qualité des services de laboratoire à l'aide de la grille SLIPTA.

Le Laboratoire de l'INSP, non attaché à une structure hospitalière, ne bénéficie que des subsides du projet EAPHLN à l'issue d'une évaluation de la qualité en utilisant la grille SLIPTA. A l'issue de l'évaluation de la qualité en utilisant la grille SLIPTA, un score de qualité (en pourcentage) est attribué et un classement du laboratoire en se référant à « un système d'étoiles (stars) » est réalisé. Six Catégories de classement « en étoiles (stars) » sont possibles :

- ✓ No Stars (< 55%) : entre 0 et 142 points
- ✓ 1 Star (55 à 64%) : entre 143 et 165 points
- ✓ 2 Stars (65 à 74%) : entre 166 et 191 points
- ✓ 3 Stars (75 à 84%) : entre 192 et 217 points
- ✓ 4 Stars (85 à 94%) : entre 218 et 243 points
- ✓ 5 Stars (≥ 95%) : entre 244 et 258 points.

Il est à noter que dans le cadre du projet EAHPLN, une évaluation annuelle sous régionale au sein des cinq Pays de l'East African Community sera réalisée en utilisant la grille SLIPTA en vue de l'accréditation des laboratoires.

#### *X.1.3. Modalités de calcul du bonus de qualité par structure*

Le score de qualité obtenu à l'issue de l'évaluation utilisant la grille SLIPTA est utilisé pour calculer le bonus à attribuer au laboratoire de la structure évaluée. Un plafond trimestriel pour un score de 100% a été fixé pour chaque catégorie de structures.

Le bonus trimestriel à accorder est calculé en multipliant le score trimestriel obtenu (en pourcentage) au plafond déterminé pour chaque structure.

Cependant, si un laboratoire connaît une baisse de son score de qualité et passe à une catégorie d'étoile inférieure, le laboratoire reçoit la moitié des subsides correspondant au score obtenu. Un score de qualité inférieur à 50% ne donne droit à aucun bonus.

Les fonds prévus pour une année et non dépensés sont utilisés pour augmenter le plafond de l'année suivante après analyse des facteurs sous-jacents.

#### *X.1.4. Les fonds de démarrage*

En vue de permettre aux laboratoires de se mettre à niveau pour la prochaine évaluation et pour permettre d'améliorer la qualité de leurs services, il a été convenu d'octroyer un fond de démarrage à chaque structure dès la signature du contrat dans le cadre du FBP, tout en se conformant aux dispositions de l'accord de don.

Avant la signature du contrat de performance incluant la composante laboratoire dans le cadre du projet, chaque structure doit avoir élaboré et transmis son PAA dont le chapitre spécifique au développement des services de laboratoire est analysé et validé par la CT-FBP Elargie puis approuvé par IDA. Ce chapitre doit contenir notamment : (a) une analyse situationnelle, (b) les objectifs/résultats à atteindre avec les échéances, (c) les stratégies d'amélioration des prestations, (d) les activités à mener et les responsables, (e) un budget réaliste et source de financement précisée.

Par conséquent, le PAA dont la qualité est validée par la CT-FBP Elargie (qui forme le Groupe Technique FBP dans le cadre du Projet) constitue le premier output à rémunérer, et un montant forfaitaire (équivalent à une proportion du plafond des subsides trimestriels) est attribué à chaque laboratoire faisant partie du projet.

### *X.1.5. Utilisation des subsides par les structures*

#### *X.1.5.1. Au niveau des laboratoires intégrés dans des Hôpitaux*

Au niveau des laboratoires appartenant à des Hôpitaux (CHUK, Muyinga, Rumonge, Kayanza et Makamba), le montant obtenu après l'évaluation du laboratoire à l'aide de la grille SLIPTA constitue une source de revenus comme tant d'autres et est géré par la Direction de l'Hôpital qui doit par ailleurs ouvrir un sous compte bancaire pour la gestion des fonds issus du projet EAHPLN.

Les fonds reçus du FBP laboratoire vont servir à financer les activités de renforcement de la performance du laboratoire (dotation d'équipements, de matériels, réactifs et autres consommables), à contribuer au fonctionnement de l'Hôpital et à motiver le personnel de laboratoire. Pour ce faire, si pour un trimestre donné l'Hôpital reçoit un score lui permettant d'obtenir des fonds dans le cadre du FBP Laboratoire, ces fonds seront répartis en trois parties :

- ✓ Une enveloppe plafond trimestrielle pour les primes du personnel de laboratoire qui ne doit pas excéder l'équivalent de 60% de la masse salariale trimestrielle nette du personnel du service de laboratoire pour les Hôpitaux de District (Rumonge, Muyinga, Makamba, Kayanza) et 30% pour le CHUK. L'attribution des primes individuelles du personnel de laboratoire se fait selon l'outil d'indice des formations sanitaires. Si tout le plafond n'est pas attribué au personnel, le reste de l'enveloppe est reversée pour le fonds d'investissement du service de laboratoire ;
- ✓ Un montant pour quelques investissements du service de laboratoire : ce montant correspond à 60% des fonds reçus après retrait de l'enveloppe des primes pour le personnel auquel peut s'ajouter le cas échéant les fonds non répartis de l'enveloppe des primes pour le personnel ;
- ✓ Un montant pour le fonctionnement de l'Hôpital : correspond à 40% du montant des fonds FBP laboratoire reçus après retrait de l'enveloppe des primes pour le personnel.

Pour éviter un double paiement, le personnel du laboratoire doit être exclu du partage des primes de performance issues de la stratégie nationale FBP au niveau de l'Hôpital. En cas de contre-performance du service de laboratoire et si les subsides FBP/Labo de la période ne permettent pas l'octroi des primes, le personnel concerné sera privé de primes, même si le reste du personnel de l'Hôpital est primé. Inversement, en cas de bonne performance du laboratoire et de contre performance de l'Hôpital en général, le personnel du service de laboratoire sera primé même si le reste du personnel de l'Hôpital ne l'est pas.

### *X.1.5.2. Au niveau du laboratoire de l'Institut National de Santé Publique (INSP)*

L'INSP doit élaborer un plan annuel et semestriel comportant des mesures concrètes pour le développement de sa fonction de laboratoire de référence nationale, y compris la motivation du personnel affecté au laboratoire. Les fonds reçus du projet FBP laboratoire sont gérés par la Direction Générale de l'INSP qui doit également ouvrir un sous compte spécifique pour la gestion de ces fonds. Pour l'INSP, les fonds issus du projet FBP Laboratoire seront répartis en quatre parties :

- ✓ Une partie sera utilisée pour recouvrer les fonds liés à la prise en charge gratuite des examens de laboratoire pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- ✓ Une enveloppe plafond trimestrielle pour les primes du personnel de laboratoire qui ne doit pas excéder l'équivalent de 30% de la masse salariale trimestrielle nette du personnel du service de laboratoire de l'INSP. L'attribution des primes individuelles du personnel de laboratoire se fait selon l'outil d'indice des formations sanitaires. Si tout le plafond n'est pas attribué au personnel, le reste de l'enveloppe est reversée pour le fonds d'investissement du service de laboratoire;
- ✓ Un montant pour quelques investissements du service de laboratoire : ce montant correspond à 60% des fonds reçus après retrait de l'enveloppe des primes pour le personnel et des fonds pour recouvrer les prestations gratuites pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. A ce montant pour les investissements du service de laboratoire peut s'ajouter le cas échéant les fonds non répartis de l'enveloppe des primes pour le personnel ;
- ✓ Un montant pour le fonctionnement de l'INSP : correspond à 40% du montant des fonds FBP laboratoire reçus après retrait de l'enveloppe des primes pour le personnel et des fonds pour recouvrer les prestations gratuites pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes

### *X.16. Détermination de l'enveloppe plafond trimestrielle pour les primes de performance du personnel de laboratoire*

L'enveloppe plafond trimestrielle pour les primes de performance du personnel de laboratoire dans les structures impliquées dans le projet ne doit pas excéder 30% de la masse salariale trimestrielle nette pour l'INSP et le CHUK et 60% pour les Hôpitaux de District (Rumonge, Muyinga, Makamba, Kayanza).

Lorsque le laboratoire reçoit lors de l'évaluation trimestrielle avec la grille SPLITA un score de performance lui permettant d'atteindre au moins **4 étoiles, c'est-à-dire un score supérieur ou égal à 85%**, le personnel de laboratoire reçoit **la totalité** de l'enveloppe plafond trimestrielle allouée aux primes de performance.

Lorsque le laboratoire reçoit lors de l'évaluation trimestrielle avec la grille SPLITA **un score inférieur à 85%**, le personnel de laboratoire reçoit comme prime de performance **l'enveloppe plafond trimestrielle pour les primes de performance x score obtenu.**

Lorsque le laboratoire atteint **5 étoiles**, c'est-à-dire un score de performance supérieur ou égal à 95%, le personnel de laboratoire reçoit en plus de la prime de performance, un bonus spécial de performance calculé en fonction du budget disponible.

La CT FBP détermine chaque trimestre le montant plafond des subsides pour chaque entité impliquée dans le projet en fonction du budget disponible.

De même, il revient à la CT FBP de déterminer l'enveloppe plafond trimestrielle des primes de performance du personnel des services de laboratoire des entités concernées selon les indications notifiées ci-dessus et l'enveloppe des primes de performance pour le personnel de laboratoire à octroyer chaque trimestre selon le score obtenu.

### ***X.2. Intégration des indicateurs de nutrition dans la stratégie nationale FBP***

Face au problème criant de malnutrition que vit le Burundi avec un taux de malnutrition aigue globale à 6%, un taux d'insuffisance pondérale à 29% et de malnutrition chronique à 58% ; le MSPLS envisage de mettre un accent particulier sur la lutte contre la malnutrition. C'est ainsi que le MSPLS a mobilisé auprès de la Banque Mondiale des ressources visant à intégrer les services relatifs à la nutrition dans le paquet couvert par le FBP.

L'intervention FBP et Nutrition est envisagée à partir deuxième trimestre 2014 et a pour objectif de contribuer à la résolution de certains goulots d'étranglement qui handicapent la lutte contre la malnutrition, les résultats attendus étant l'intégration effective des activités de nutrition dans le PMA et le PCA, l'amélioration de la qualité de prise en charge de la malnutrition selon le protocole national, le dépistage systématique des cas de malnutrition au niveau communautaire et leur référence au niveau des Centres de Santé puis vers les hôpitaux selon le cas, le changement des comportements et habitudes alimentaires des populations, la réduction des taux de malnutrition de toutes formes (aigues et chroniques).

Pour ce faire, le MSPLS avec l'appui technique et financier de la Banque Mondiale va mener une étude d'impact relative à l'apport que pourrait apporter le FBP dans la lutte contre la malnutrition avec une méthodologie qui va cibler des zones d'intervention et des zones témoins. La réalisation de cette étude a été confiée à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. Si les résultats s'avèrent probants, les indicateurs spécifiques relatifs à la nutrition seront introduits dans le cadre du FBP à l'échelle nationale.

Dans les zones d'intervention qui seront déterminées, des indicateurs de nutrition vont être introduits au niveau du PMA et du PCA. ; d'autres vont être introduits au niveau communautaire.

### ***X.3. Expérience pilote de FBP en Santé Communautaire***

**Depuis Janvier 2012, une expérience pilote de FBP au niveau communautaire a démarré dans la Province de Makamba avec l'appui de l'ONG CORDAID. Cette expérience vise à faire participer davantage la population à la résolution de ses propres problèmes de santé.**

Le FBP Communautaire a pour objectif global de (i) contribuer à l'amélioration de la santé de la population de la province de Makamba en renforçant le travail des ASC à travers un FBP en santé communautaire ; (ii) Amener les Groupements d'Agents de Santé Communautaires (GASC) à remplir leurs fonctions de référence communautaire, de sensibilisation pour le changement de comportement et de prestation en leur apportant un financement motivant ; et (iii) Renforcer les compétences techniques et organisationnelles des GASC en leur apportant les formations adéquates.

Le paquet de services contractualisé concerne :

- ✓ Les références communautaires (référence de patients au CS);
- ✓ La sensibilisation et les visites à domicile (séances effectuées par les ASC auprès de la population);
- ✓ Les prestations (distributions de matériel, de médicaments ou soins prodigués par les ASC dans la population) : ne sont pas encore contractualisées.

Le mécanisme mensuel de vérification actuellement en place repose sur plusieurs étapes :

- ✓ Le GASC élabore un rapport pour l'ensemble des indicateurs subventionnés qui constitue sa déclaration de performance ;
- ✓ Le CDS pré-vérifie ce rapport et établit alors une facture pré-vérifiée ;
- ✓ Les vérificateurs du CPVV se rendent au CS et recomptent les performances avec les représentants du GASC et les CDS. La facture définitive est établie ;
- ✓ L'ensemble des factures de la province est analysé et validé au cours d'une réunion mensuelle du CPVV ;
- ✓ Trimestriellement, 30 fiches sont tirées de manière aléatoire et les ASLO vont dans la communauté pour voir si les patients déclarés par les GASC existent, s'ils confirment avoir été référés par les GASC et s'ils sont satisfaits.

En plus de la vérification quantitative effectuée chaque mois, les vérificateurs du CPVV effectuent trimestriellement une évaluation de la qualité des GASC. Cette évaluation comprend huit domaines :

- Leadership du GASC ;
- Qualité des réunions mensuelles ;

- Qualité des plans d'action trimestriels ;
- Gestion financière ;
- Promptitude de la déclaration de la performance ;
- Qualité des registres ;
- Nombre de recherches d'abandons ;
- Résultats de l'enquête communautaire.

Le paiement est fait par virement direct des fonds au niveau des comptes bancaires des GASC et ceux-ci utilisent ces fonds pour notamment le développement d'activités génératrices de revenus et la motivation des agents de santé communautaire.

Depuis Mai 2013, l'ONG CORDAID, sur financement GAVI, développe des expériences pilotes de FBP Communautaire dans les Provinces de Mwaro et Gitega avec le même montage institutionnel et les mêmes objectifs qu'à Makamba.

#### ***X.4. L'expérience pilote de FBP en Santé Mentale***

L'ONG HealthNet TPO développe depuis Septembre de 2013 une expérience pilote de FBP en santé mentale dans le District Sanitaire de Kibuye en Province de Gitega. En effet, le domaine de la santé mentale est encore très peu développé au Burundi et en dépit de la mise sur pied d'un service de santé mentale en 2002 au sein du MSPLS, le pays ne dispose d'aucun système de surveillance et de recherche épidémiologique dans le domaine de la santé mentale.

L'expérience pilote de FBP en Santé Mentale a pour objectifs (i) d'intégrer les soins de santé mentale dans le Paquet Minimum d'Activités (Centres de Santé) et (dans le Paquet Complémentaire d'activités (PCA) ; (ii) d'inciter le personnel de santé à offrir des soins de santé mentale de qualité.

Les formations sanitaires concernées sont les Centres de Santé du District Sanitaire de Kibuye et les Hôpitaux de Kibuye et Gitega.

Le montage institutionnel et le système de vérification sont calqués sur le modèle national FBP avec quelques spécificités.

Pour s'assurer de la qualité des prestations des soins de santé mentale offerts par les formations sanitaires contractualisées, un audit clinique des prestations des soins en santé mentale est réalisé au niveau des Centres de Santé par une équipe constituée par un Médecin Psychiatre, un infirmier spécialisé en psychiatrie de HealthNet TPO, les chefs de Nursing des Hôpitaux de Kibuye et de Gitega. Cet audit a pour objet d'apprécier la qualité de la prise en charge en santé mentale et ainsi renforcer la capacité des Centres de Santé à offrir des soins de santé mentale de qualité.

L'audit clinique donne lieu à un rapport trimestriel qui est transmis par HealthNet TPO au service de santé mentale du MSPLS, au BPS Gitega et au BDS Kibuye. L'audit ne donne pas lieu à l'attribution d'un bonus de qualité.

Les prestations quantitatives déclarées par les formations sanitaires et vérifiées par le CPVV font l'objet d'une contre vérification au niveau communautaire. Cette contre vérification est effectuée par des associations locales communautaires se trouvant dans l'aire de responsabilité de chaque Centre de Santé. Chaque trimestre, un échantillon des prestations (au moins 30%) de tous les indicateurs au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux sont tirés au sort pour faire l'objet d'une contre vérification au niveau communautaire.

Un manuel des procédures FBP en santé mentale détaillant la mise en œuvre de cette expérience pilote a été élaboré.

#### ***X.5. Prévention et lutte contre la cécité et les pathologies oculaire à travers le FBP***

La fondation FRED HALLOWS développe depuis Mai 2013 dans la région nord du Burundi un projet de prévention contre la cécité et de lutte contre les maladies oculaires. Ce projet a pour objectif général d'améliorer l'accès aux soins oculaires de qualité au niveau des structures de soins de base et des hôpitaux.

Dans les Provinces de Ngozi et Kayanza, une analyse de la situation faite par la fondation FRED HALLOWS montre que 90% des cas de cécité sont dus à des causes évitables et 67% à la cataracte.

C'est pour remédier à cette situation que la fondation FRED HALLOWS va développer des activités visant à renforcer les capacités des ressources humaines, développer des infrastructures et fournir des équipements et autres intrants visant à prévenir la cécité et lutter contre les maladies ophtalmologiques.

Pour prévenir la cécité et lutter efficacement contre les maladies oculaires, la fondation FRED HALLOWS va renforcer les structures de santé publiques existantes et s'intégrer dans les stratégies développées par le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS) dont le Financement Basé sur la Performance (FBP).

Les activités de lutte contre les maladies oculaires peuvent s'intégrer dans la stratégie nationale FBP par l'intermédiaire de certains indicateurs visant la prévention contre la cécité et la lutte contre les maladies oculaires. A cet effet, les indicateurs suivants sont contractualisés :

- ❖ Au niveau communautaire : référence des patients avec baisse de l'acuité visuelle ou autres problèmes oculaires

❖ Au niveau des Centres de Santé

- ✓ Dépistage des cas de cécité ou d'autres problèmes oculaires
- ✓ Référence des cas de cécité ou d'autres problèmes oculaires dépistés
- ✓ Suivi post opératoires des malades opérés

Au niveau Hospitalier

- ✓ Chirurgie de la cataracte ou autres problèmes oculaires

La vérification des prestations de prévention et de lutte contre la cécité et d'autres pathologies oculaires est faite chaque mois par l'équipe de vérification du Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV) et la validation par l'équipe de validation du CPVV.

Après validation des factures par le CPVV, la déclaration de créance est élaborée par le CPVV Ngozi et envoyée à la fondation FRED HALLOWS qui à son tour effectue un virement direct des fonds au niveau des Comptes bancaires des formations sanitaires contractualisées.

## CHAPITRE XI. FINANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBP

L'analyse des résultats des Comptes Nationaux de la Santé au Burundi pour l'année 2010 montre que la dépense nationale de santé est de 29,3USD/hab/an, ce qui est encore loin des 44 USD recommandés par la Commission Macroéconomie et Santé et l'OMS. Même si la contribution des ménages dans le financement de la santé a baissé, passant de 40% en 2007 à 28% en 2010 ; cette proportion reste tout de même importante. Pour alléger le fardeau de la population en matière de contribution aux soins de santé, le Gouvernement du Burundi a opté pour une gratuité des soins ciblée sur les couches plus vulnérables de la population, à savoir les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. **Le MSPLS a décidé de financer cette gratuité des soins à travers des mécanismes de Financement basé sur la performance. Le MSPLS a également mis en place une Carte d'Assistance Médicale en faveur du secteur informel et rural et est entrain d'élaborer une stratégie nationale de financement de la santé en vue d'évoluer vers la couverture santé universelle.**

### XI.1. Les Sources de Financement

Les principales sources de financement du FBP et de la gratuité des soins sont le budget de l'Etat, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, certaines ONGs et projets de santé.

### XI.2. Financement pour la mise en œuvre du FBP et gap financier

**Tableau 7 : Calcul des coûts de la mise en œuvre du FBP au cours de la période 2014-2016**

STRUCTURES	2014 (Fbu)	2015 (Fbu)	2016 (Fbu)	TOTAL FBU	TOTAL USD
Formations Sanitaires	48 591 201 285	51 980 789 103	54 644 511 090	155 216 501 478	<b>101 914 971</b>
BPS	617 500 000	617 500 000	617 500 000	1 852 500 000	<b>1 216 349</b>
BDS	1 474 590 000	1 474 590 000	1 474 590 000	4 423 770 000	<b>2 904 642</b>
CPVV	1 200 064 573	1 200 064 573	1 200 064 573	3 600 193 719	<b>2 363 883</b>
Niveau Central	1 124 105 000	1 124 105 000	1 124 105 000	3 372 315 000	<b>2 214 258</b>
ASLO	279 996 600	279 996 600	279 996 600	839 989 800	<b>551 536</b>
Vérifications	499 143 698	499 143 698	499 143 698	1 497 431 094	<b>983 211</b>
Contre Vérifications	510 264 388	510 264 388	510 264 388	1 530 793 164	<b>1 005 117</b>
Ecoles paramédicales	151 992 000	151 992 000	151 992 000	455 976 000	<b>299 393</b>
Renforcement des capacités	100 000 000	100 000 000	100 000 000	300 000 000	<b>196 980</b>
Suivi et évaluation CT/FBP	250 000 000	250 000 000	250 000 000	750 000 000	<b>492 449</b>
Assistance technique permanente	178 200 000	178 200 000	178 200 000	534 600 000	<b>351 018</b>
Etudes et recherches	50 000 000	50 000 000	50 000 000	150 000 000	98 490
FBP Communautaire		6 800 000 000	6 800 000 000	13 600 000 000	8 929 744
FBP Laboratoire	617 879 272	670 101 115	722 322 957	2 010 303 344	1 319 963
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>55 644 936 816</b>	<b>65 886 746 477</b>	<b>68 602 690 306</b>	<b>190 134 373 599</b>	<b>124 842 005</b>

*Nota Bene : 1USD= 1 523 Fbu au 15 Septembre 2013*

Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du FBP pour la période 2014-2016 sont estimées à 124 842 005 USD ; soit 4,3 USD/Habitant/an.

**Tableau 8 : Budget disponible et gap de financement pour la période 2014-2016**

SOURCES DE FINANCEMENT	BUDGET DISPONIBLE 2014-2016 (USD)
Gouvernement	33 000 000
Banque Mondiale	30 000 000
CORDAID	5 000 000
Coopération Belge	3 360 000
Union Européenne	3 332 000
GAVI	3 000 000
USAID	720 000
<b>TOTAL BUDGET DISPONIBLE</b>	<b>78 412 000</b>

<b>BESOINS 2014-2016</b>	<b>124 842 005</b>
<b>GAP</b>	<b>46 430 005</b>

L'analyse des financements actuels déjà disponibles montre que **78 412 000 USD** sont disponibles pour la période 2014-2016 dans le cadre du FBP ; soit un gap financier de **46 430 005 USD**.

Pour le budget des formations sanitaires, il est prévu qu'au moins 60% du budget soit utilisé pour le PMA et 40% pour le PCA.

Le Budget PMA et PCA est variable d'une Province à une autre en raison du bonus d'équité accordé aux différentes Provinces. La variation entre la Province la plus favorisée et la Province la moins favorisée est de 40%. A l'intérieur de chaque Province, un bonus d'équité peut être accordé aux formations sanitaires et varie également de 0% à 40% selon la situation de chaque formation sanitaire.

### ***XI.3. Procédures de révision des tarifs des indicateurs FBP***

Les tarifs des indicateurs contractualisés dans le cadre du FBP sont fixés par le MSPLS en fonction des priorités de santé publique. En pratique, cette tâche est confiée à la Cellule Technique du Financement Basé sur la Performance qui en outre assure l'élaboration et le suivi des budgets. Afin d'améliorer la transparence dans l'allocation des ressources, une standardisation des procédures de révision des tarifs a été convenue.

#### ***XI.3.1. De la détermination des tarifs***

La CT-FBP est tenue d'élaborer avant le 31 décembre de l'année N les tarifs applicables (présentés sous forme d'intervalles) pendant l'année N+1 sur l'ensemble du territoire, puis de les soumettre à la validation de la Cellule Technique Nationale élargie après un avis

favorable de la Direction Générale des ressources du MSPLS émis selon les formes administratives usuelles.

Il s'agit pour chaque prestation subventionnée d'un tarif minimum et un tarif maximum des indicateurs clairement définis dans le manuel de procédures. Les valeurs comprises dans l'intervalle défini sont appliquées sur l'ensemble du territoire national pour la période indiquée.

Les tarifs prendront en compte :

- ✓ La valeur attendue de chaque prestation (indicateur quantitatif) fixée en fonction des objectifs du PNDS et de l'utilisation des services observée pendant l'année en cours ;
- ✓ Le budget disponible par source de financement.

En respectant les intervalles définis, la CT-FBP détermine les tarifs des indicateurs pour chaque province, en prenant en compte, dans un souci d'équité :

- ✓ L'enclavement de la province
- ✓ Le score de pauvreté de la province
- ✓ Le nombre de formations sanitaires
- ✓ La densité de la population ;
- ✓ Le budget provincial.

Au début de l'année, le budget national ainsi que le budget de chaque province sont déterminés par la CT-FBP. Ils sont soumis à la DGR et validés par la CT-FBP élargie. La CT-FBP veille au respect des enveloppes budgétaires définies.

### *XI.3.2. Des modalités de modification des tarifs FBP*

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du FBP, la CT-FBP évalue chaque trimestre l'état de consommation du budget par province, et peut procéder à l'ajustement des tarifs. Toute modification des tarifs s'inscrivant dans le cadre des intervalles définis au début de l'année peut être décidé et mis en œuvre par la CT-FBP.

Si pour une province la nécessité de dépasser la valeur maximale ou d'aller en deçà de la valeur minimale s'impose, la CT-FBP soumet ses propositions à la Direction Générale des Ressources (DGR) et à la validation par la Cellule Technique élargie. Ces propositions doivent être explicitement motivées par :

- ✓ le souci d'améliorer l'utilisation des services ou la qualité des soins ;
- ✓ les disponibilités budgétaires.

Toutes les propositions et décisions de la CT FBP élargie et de la CT-FBP font l'objet d'une note officielle visée par le responsable de la CT-FBP et transmise à toutes les parties

prenantes, accompagnée du Procès verbal de réunion au cours de laquelle elles ont été adoptées, ainsi que de la liste des présences signée par chacun des participants.

## **CHAPITRE XII. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBP**

Dans un système de Financement basé sur la performance exigeant et demandeur de **performance** dans la mise en œuvre **et de transparence** dans l'utilisation des fonds alloués (Bonne gouvernance), un Système de Suivi évaluation est essentiel pour :

- ✓ Etablir et suivre des indicateurs de performance du management du processus mais aussi des indicateurs de résultats et d'impact du FBP ;
- ✓ Détecter à temps les problèmes de mise en œuvre afin de leur apporter les solutions nécessaires compte tenu du caractère dynamique de toute planification ;
- ✓ Montrer l'efficacité des interventions : il s'agit de voir si les résultats escomptés sont entrain d'être atteints et quelles sont les modifications qui devraient être faites pour améliorer l'efficience et /ou l'efficacité des interventions ;
- ✓ Montrer aux bénéficiaires de manière objective et transparente les efforts consentis dans la prise en charge des soins préventifs et curatifs mais aussi d'évaluer la satisfaction des Bénéficiaires ;
- ✓ Suivre les ressources (ressources financières, ressources humaines, temps) et les résultats (produits, services, etc.).

### ***XII.1. Niveaux et Acteurs du Système de Suivi Evaluation***

Le système de Suivi-Evaluation du FBP s'appuie essentiellement sur quatre niveaux. Les acteurs de chaque niveau jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation de ce système.

#### ***Premier niveau : Points de Prestations de Services / Recueil et Vérification des données quantitatives et qualitatives***

C'est celui des points de prestations de services (par ex. CDS, Hôpital de District, Hôpital National, prestataires secondaires). Ce niveau se caractérise par son rôle principal d'offre de prestations de services au profit des bénéficiaires, d'enregistrement, de recueil et de vérification des données par l'équipe de vérification du CPVV. Le recueil s'effectue sous forme de factures mensuelles triangulées avec les rapports mensuels du SIS et ensuite transmises pour validation au CPVV.

#### ***Deuxième niveau : Niveau District : Enregistrement, Triangulation, Classement et transmission***

Il correspond au Bureau de District Sanitaire. Ce sont les structures de synthèse où les copies des rapports du SIS mensuel de chaque FOSA du District sont déposées, classées, traitées et utilisées à des fins de gestion au niveau district par le gestionnaires de données du District.

**Troisième niveau : CPVV - BPS / Validation, Enregistrement, Saisie Base de données et Approbation pour demande de Paiement et sécurisation de la base de données provinciale**

Il correspond aux CPVV appuyés par son équipe de vérification et accompagnée au besoin par une entité spécialisée dans l'accompagnement et au BPS pour transmission de la demande de paiement.

Le CPVV est la structure provinciale de négociations de contrat, d'achat de services, de validation et de suivi de la mise en œuvre du FBP. C'est à cet échelon que les plans d'action semestriels, les factures mensuelles des FOSA, les résultats des évaluations qualitatives sont validés au sein du CPVV, enregistrés, sécurisés, saisis dans la base de données et synthétisés. C'est l'unité centrale de toute information en matière du FBP au niveau de la Province.

***L'analyse des données et le traitement des informations sont effectués par l'équipe de vérification qui élabore le rapport de synthèse. Le BPS, qui assure le secrétariat du CPVV, est chargé de la transmission à la CT-FBP des demandes de paiement.***

***Par ailleurs, les CPVV effectuent la rétro information vers les FOSA et les BDS.***

**Quatrième Niveau : CT-FBP / Traitement des Factures Mensuelles et Analyse de l'Information, Sécurisation de la Base de Données Nationale**

C'est l'échelon du traitement des données validées et d'analyse de l'information. La CT-FBP est le dépôt central de toute information en rapport avec le FBP au niveau national. Elle s'occupe de la gestion et du développement du système de suivi évaluation national, en collaboration avec les structures décentralisées de coordination et les autres acteurs clés. Elle travaille avec l'ensemble des départements du MSPLS impliqués dans le processus de mise en œuvre.

La CT-FBP doit s'assurer de l'utilisation des informations stratégique pour une prise de décision en vue d'améliorer la performance du FBP.

***XII.2. Renforcement des capacités et encadrement des acteurs du FBP***

Des formations continues sur le FBP seront organisées afin de permettre une appropriation de la stratégie FBP par tous les acteurs du système de santé. Des formations sont à organiser chaque fois que le manuel FBP et ses outils de mise en œuvre sont révisés.

Un système de suivi encadrement est essentiel pour :

- ✓ Former et accompagner les acteurs du niveau opérationnel dans leurs missions ;
- ✓ Détecter à temps les problèmes de mise en œuvre afin d'apporter les solutions nécessaires compte tenu du caractère dynamique de ce processus ;
- ✓ Montrer l'efficacité des structures opérationnelles : il s'agit de voir si les résultats escomptés sont entrain d'être atteints et quelles sont les modifications qui devraient être faites pour améliorer l'efficacité et /ou l'efficacité du système en place ;
- ✓ Montrer à la communauté bénéficiaire de manière objective et transparente les résultats atteints dans leur milieu en matière de soins préventifs et curatifs et évaluer sa satisfaction (communauté bénéficiaire) ;
- ✓ Assister les acteurs du niveau opérationnel dans l'organisation du système de gestion des ressources (ressources financières, ressources humaines, temps) et des résultats (produits, services, etc.) de façon à garantir les éléments de la bonne gouvernance.

### ***XII.3. Recherche action***

Des organismes spécialisés comme les facultés universitaires, les agences de recherche ou bureaux de conseils seront sollicités pour l'exécution des études de recherche opérationnelles et recherche action afin d'orienter la prise de décision sur base des évidences scientifiques.

### ***XII.4. Procédures de suivi évaluation***

Le suivi régulier de la mise en œuvre du FBP au niveau national se fait à travers la CT-FBP qui fournir trimestriellement un rapport de mise en œuvre du FBP à la Direction Générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA et à la CT-FBP Elargie.

Une évaluation interne annuelle de la mise en œuvre du FBP est réalisée par la CT-FBP et la CT-FBP élargie et présentée au CPSD ainsi qu'à la mission conjointe annuelle entre le MSPLS et les PTF.

Des activités de recherche action seront menées régulièrement sur des thématiques spécifiques afin d'aider à la prise de décisions basée sur des choix éclairés.

Une contre vérification technique externe de la mise en œuvre du FBP sera faite chaque trimestre.

Le MSPLS doit renforcer le contrôle interne des FOSA et un audit financier pour le suivi de la gestion financière doit être réalisé chaque année par un Cabinet d'audit par échantillonnage.

Le suivi et l'évaluation des performances (impacts) du FBP seront effectués grâce à deux types d'enquêtes représentatives :

- ✓ une enquête ménage qui permettra de récolter des données complètes sur la demande de soins exprimée par les membres des ménages. L'objectif ici est de disposer d'informations permettant l'analyse des déterminants de la demande de soins sur la base des données récoltées sur les épisodes de maladies des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et de tout autre membre du ménage.
- ✓ une enquête au niveau des Formations sanitaires qui permettra de récolter des données représentatives sur l'offre de soins des formations sanitaires. Les informations récoltées par cette enquête permettront à la fois de renseigner les déterminants de l'offre de soins et d'établir la situation de référence des formations sanitaires en ce qui concerne entre autres la couverture des populations, la qualité des prestations et les éléments de gestion financière et humaine.

**Les deux enquêtes sont réalisées tous les 2 ans.**

#### ***XII.5. Procédures de mise à jour***

La mise à jour du présent manuel FBP est envisagée pour garantir son caractère permanent. La mise à jour de ce manuel peut être nécessaire si :

- L'organisation du montage institutionnel du FBP évolue ;
- La répartition des tâches entre les intervenants subit des aménagements ;
- Les textes et les règlements qui régissent le système changent ;
- Des modifications s'avèrent nécessaires afin d'améliorer l'efficacité du système de gestion.

La décision d'opérer une ou des mises à jour revient au MSPLS sur proposition de la CT-FBP élargie. La mise en œuvre de cette mise à jour s'opérera par étapes successives suivantes :

- Identification des mises à jour souhaitées ;
- Mise à jour proprement dite des procédures concernées et création des fiches référencées à incorporer au manuel ;
- Validation des modifications faites ou des procédures nouvelles par MSPLS de la CT-FBP élargie qui précisera la date d'entrée en vigueur des modifications ;
- Diffusion de la mise à jour auprès de l'ensemble des intervenants.

#### ***XII.6. La base de données FBP***

La base de données du FBP est une application accessible à travers internet utilisant le logiciel open RBF. Elle est opérationnelle depuis 2010 et accessible sur le site [www.fbpsanteburundi.bi](http://www.fbpsanteburundi.bi)

Elle a été conçue principalement pour faciliter la gestion des données et le processus de facturation dans le cadre du FBP.

L'application Web intègre les données suivantes :

- ✓ les formations sanitaires et les structures administratives ;
- ✓ les indicateurs pour les prestations des formations sanitaires et des structures administratives ;
- ✓ les budgets alloués à tous les niveaux d'intervention ;
- ✓ les tarifs des indicateurs et le traitement des factures ;
- ✓ les principes et les règles de base de gestion et d'accès aux données.

Différents états et rapports peuvent être générés par divers utilisateurs suivant leurs niveaux d'accès. On citera notamment :

- ✓ les factures et les rapports tabulaires (les factures mensuelles et trimestrielles, les plans de paiement, les rapports de suivi budgétaire, autres rapports de suivi évaluation ;
- ✓ les tableaux et graphiques des différentes prestations (quantité et qualité) pour entre autres la surveillance des tendances ;
- ✓ le suivi du budget.

Dans le souci de renforcement de la communication, l'application comprend une interface du site web sur laquelle sont publiées différentes informations et des documents utilitaires. Ainsi, il offre une plateforme d'échanges d'informations entre différents acteurs de mise en œuvre du FBP d'une part, avec le public d'autres part.

### **CHAPITRE XIII. REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS**

Les conflits ont souvent comme source le manque de partage d'information, la différence de valeurs et d'expériences et les facteurs externes.

Pour être résolu, tout conflit nécessite d'être analysé sur « son qui, son quoi et son comment ». L'analyse du conflit permet d'acquérir toute l'information nécessaire sur la situation afin de déterminer comment l'intervention peut être menée. Cela permet également de déterminer les parties prenantes (primaire et secondaire) dans le conflit; la motivation d'origine du conflit; le développement du conflit ainsi que les enjeux et les limites du problème.

**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 MSPLS prend une décision définitive pour régler le différend.**

### ***XIII.1. Règlement des litiges au niveau des Formations sanitaires (Hôpitaux et CDS)***

En cas de non respect des 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 prendre 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. Les services du niveau central, les BPS et les BDS sont tenus d'appliquer les mesures administratives à l'endroit de l'équipe dirigeante de la FOSA.

Si les BPS et CPVV ne prennent pas les sanctions qui s'imposent, ils seront à leur tour sanctionné par l'annulation de leurs primes de performance pour le trimestre considéré.

### ***XIII.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 doit 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 sont appliquées à l'encontre du personnel fautif en fonction de la gravité de la faute commise.

### ***XIII.3. Règlement des litiges au niveau du Bureau de district sanitaire (BDS)***

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

- ✓ La création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- ✓ Le manquement aux engagements et/ou récidives de prestations de mauvaise qualité telle que constatées dans la grille de performance.

Il reviendra à la CT-FBP de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à l'équipe ou aux individus dont la responsabilité est établie. **Ces sanctions peuvent être entre autre le non paiement des subsides, la suspension temporaire du BDS de la stratégie FBP ainsi que les mesures administratives prises par l'autorité compétente à l'endroit de l'équipe dirigeante ou à l'encontre des individus du BDS.**

#### ***XIII.4. Règlement des litiges au niveau du Bureau Provincial de la Santé (BPS)***

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

- ✓ La création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- ✓ Le manquement aux engagements et/ou récidives prestations de mauvaise qualité telle que constatées dans la grille de performance.

Il reviendra à la CT-FBP de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à l'équipe ou aux individus dont la responsabilité est établie. **Ces sanctions peuvent être entre autre le non paiement des subsides, la suspension temporaire de la motivation financière des membres du BPS incriminés ainsi que les mesures administratives prises par l'autorité compétente à l'endroit de l'équipe dirigeante ou à l'encontre des individus du BPS.**

#### ***XIII.5. 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.**

#### ***XII.6. Règlement des litiges au niveau des Associations locales actrices dans les enquêtes communautaires semestrielles***

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.

#### ***XII.7. Règlement des litiges au niveau des Unités de Prestation du niveau central***

En cas de non respect des principes du FBP, les Unités de prestation du niveau central s'exposent à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire de la stratégie FBP pour les raisons suivantes notamment :

- ✓ La création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- ✓ Le manquement aux engagements et/ou récidives prestations de mauvaise qualité telle que constatées dans la grille de performance ;
- ✓ La non participation aux évaluations par les pairs des autres unités de prestation : **celle-ci entraîne une perte automatique de 200 points pour l'unité de prestation.**

Il reviendra à la CT-FBP de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à l'équipe ou aux individus dont la responsabilité est établie. **Ces sanctions peuvent être entre autre le non paiement des subsides, la suspension temporaire de la motivation financière des membres de l'UP incriminés ainsi que les mesures administratives prises par l'autorité compétente à l'endroit de l'équipe dirigeante ou à l'encontre des individus de l'Unité de Prestation.**