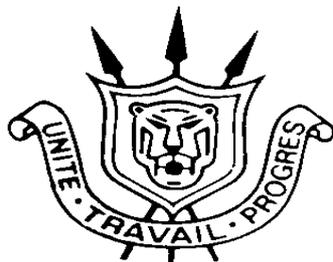


REPUBLIQUE DU BURUNDI

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



---

**RAPPORT DE MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE  
SUR LA PERFORMANCE ET LA GRATUITE DES SOINS POUR  
L'ANNEE 2013**

---

**Cellule Technique Nationale FBP**

---

**RAPPORT FINAL**

**AVRIL 2014**

## Remerciements

La mise en œuvre du Financement Basé sur la performance (FBP) connaît des résultats encourageants en termes d'utilisation des services de santé, d'amélioration de la qualité des prestations sanitaires et de renforcement du système de santé de manière globale. Ces succès sont à mettre à l'actif des différents acteurs du système de santé du niveau communautaire au niveau central.

A travers le rapport annuel de mise en œuvre du FBP édition 2013, la Cellule Technique Nationale FBP présente ses remerciements et sa profonde gratitude à Son Excellence Madame la Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, Honorable Dr NTAKARUTIMANA Sabine, pour son soutien indéfectible à la mise en œuvre du FBP et de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et son implication à la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre de ces deux approches.

La Cellule Technique Nationale FBP tient également à remercier le Secrétaire Permanent du MSPLS, l'Inspecteur Général de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, le Directeur Général des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA, le Directeur Général des Ressources, le Directeur Général de la Planification ainsi que les Directeurs des différents départements et programmes de santé ainsi que les cadres et agents du niveau central pour leur implication dans la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux.

Les grands artisans du succès du FBP auxquels nous rendons un hommage vibrant sont les acteurs du niveau opérationnel à savoir les prestataires des Centres de Santé et Hôpitaux, les Comités de Santé, les associations locales, les Bureaux de District Sanitaire, les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation et les Bureaux Provinciaux de Santé. La CT FBP rend également hommage à l'agence de contre vérification, HDP, pour ses recommandations pertinentes en vue de l'amélioration de la mise en œuvre du FBP.

Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) apportent un appui technique et financier remarquable à la mise en œuvre du FBP et de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes en ce sens qu'en 2013 ils ont contribué à près de 50% au financement de ces deux approches. Nos remerciements appuyés vont à leur endroit et notre espoir est qu'ils puissent mobiliser davantage de ressources pour une meilleure mise en œuvre du FBP couplé à la gratuité des soins.

La CT FBP élargie a contribué de manière substantielle à la mise en œuvre du FBP par son soutien à la CT FBP et ses orientations techniques pertinentes. Enfin, la CT FBP mérite un hommage appuyé pour le travail accompli sous la Coordination de Dr KAMANA Jean. En plus de son Coordonnateur, elle est composée d'une part des cadres fonctionnaires du MSPLS, en l'occurrence Dr BASENYA Olivier, Dr SEHEYÉ Emmanuel, Dr NDINDURWAHA Thaddée, Mme MANIRAMBONA Josiane, Mme MUHORANE Carmen et Mme HAKIZIMANA Claudine ; et d'autre part des cadres d'appui fournis par les PTFs, à savoir Dr NDAYISHIMIYE Juvénal (CORDAID), Dr FEDJO Galbert (CTB) et Mr MPENDWANZI Rigobert (Banque Mondiale).

## Table des matières

Remerciements .....	2
Introduction.....	6
Résumé.....	8
CHAPITRE I: EVOLUTION DU CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU FBP AU BURUNDI .....	11
I.1. Cadre institutionnel .....	11
I.2. La contractualisation des unités de prestation du niveau central.....	11
I.3. Révision des tarifs des indicateurs relatifs à la gratuité des soins.....	11
CHAPITRE II: UTILISATION ET QUALITE DES SERVICES DE SANTE.....	12
II.1. Formations sanitaires sous contrat principal.....	12
II.2. Formations sanitaires avec contrat secondaire.....	13
II.3. Utilisation des services de santé (évolution des indicateurs clés contractualisés) 15	
<i>II.3.1. Utilisation des services de consultation curative .....</i>	<i>15</i>
<i>II.3.2. Utilisation des services de santé par Province et par tranche d'âges .....</i>	<i>19</i>
<i>II.3.3. Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié .....</i>	<i>20</i>
<i>II.3.4. Enfants complètement vaccinés.....</i>	<i>22</i>
<i>II.3.5. Planification familiale .....</i>	<i>23</i>
<i>II.3.6. Dépistage volontaire du VIH .....</i>	<i>24</i>
II.4. Qualité des prestations fournies par les formations sanitaires.....	24
II.4.1. Qualité globale des prestations sanitaires.....	24
II.4.2. Qualité technique au niveau des formations sanitaire.....	27
II.4.3. Qualité des soins perçue par la population .....	28
II.4.4. Score moyen de performance au niveau des entités de régulation.....	29
II.5. Qualité des données vérifiées dans le cadre du FBP .....	29
CHAPITRE III : SYNTHESE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS ISSUS DES .....	31
RAPPORTS DE VERIFICATION ET CONTRE VERIFICATION .....	31
III.1. Analyse des rapports de la vérification des formations sanitaires.....	31
III.1.1. Analyse des rapports de la vérification mensuelle des prestations quantitatives .....	31
III.1.2. Analyse des rapports d'évaluation trimestrielle de la qualité technique des .....	33
prestations sanitaires.....	33
III.1.3. Analyse des rapports de la vérification communautaire .....	34
III.2. Analyse des rapports d'évaluation de la performance des organes de régulation	35
III.2.1. Au niveau du BPS et des BDS .....	35

III.2.2. Au niveau des CPVV .....	36
III.3. Analyse des résultats de la contre vérification.....	37
CHAPITRE IV : SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBP .....	39
IV.1. Suivi des recommandations du rapport annuel FBP 2012 .....	39
IV.2. Synthèse des Missions de suivi des partenaires du FBP.....	39
IV.3. Coordination de la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux .....	40
IV. 3.1. Ateliers de suivi de la mise en œuvre du FBP.....	40
IV.3.2. Suivi trimestriel des activités des ONGs d'accompagnement .....	40
IV.3.3. Autres activités de suivi-évaluation .....	41
CHAPITRE V : DOCUMENTATION ET RECHERCHE ACTION .....	42
V.1. Bulletins trimestriels sur la mise en œuvre du FBP .....	42
V.2. Gestion de la base de données FBP et du site web sur le FBP .....	42
V.3. Communications sur la mise en œuvre du FBP au Burundi .....	42
V.3.1. Communication de l'expérience du Burundi lors des conférences et ateliers.....	42
V.3.2. Communication sur les résultats enregistrés dans le cadre de la mise en œuvre du ...	43
FBP.....	43
CHAPITRE VI : CONTRIBUTION DU FBP AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE.....	45
SANTE .....	45
VI.1. Disponibilité des ressources humaines .....	45
VI.2. Disponibilité des médicaments .....	46
VI.3. Système d'information sanitaire .....	46
VI.4. Gouvernance, Leadership et Participation communautaire .....	47
VI.4.1. Contribution à la Gouvernance et au leadership.....	47
VI.4.2. Renforcement de la participation communautaire.....	48
VI.5. Financement et autonomie de gestion .....	49
VI. 6. Infrastructures et équipements.....	50
CHAPITRE VII : FINANCEMENT DE LA STRATEGIE FBP.....	52
VII.2. Utilisation des budgets prévisionnels par Province.....	52
VII.2.1. Utilisation du budget au niveau des Centres de Santé et Hôpitaux (PMA+PCA) .....	52
VII.2.2. Utilisation du budget au niveau des Centres de Santé (PMA).....	53
VII.2.3. Utilisation du budget au niveau des Hôpitaux (PCA).....	54
VII.3. Dépenses affectées aux indicateurs quantité versus qualité.....	55
VII.3.1. Au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux (PMA+PCA) .....	55
VII.4. Dépenses par paquet de services (PMA et PCA) .....	58

VII.5. Dépenses par type de service (préventif, curatif, santé de la reproduction) .....	59
VII.6. Dépenses affectées aux indicateurs liés à la gratuité des soins pour les enfants de 61 moins de 5 ans et les femmes enceintes .....	61
VII.7. Paiements FBP par indicateur au cours de l'année 2013 .....	64
VII.7.1. Au niveau des Centres de Santé (PMA) .....	64
VII.7.2. Au niveau des Hôpitaux (PCA) .....	65
VII.7.3. Au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux).....	66
VII.8. Dépenses des organes de régulation et autres entités (primes de performance)	67
VII.9. Autres dépenses liées à la mise en œuvre du FBP .....	68
VII.10. Dépenses globales pour la mise en œuvre du FBP au cours de l'année 2013 ...	69
VII.11. Le cofinancement du FBP .....	70
VII.11.1. Cofinancement du FBP au niveau des formations sanitaires .....	71
VII.11.2. Cofinancement du FBP niveau des organes de régulation et autres entités .....	72
VII.12. Motivation financière des prestataires de soins .....	74
VII.12.1. Au niveau des Centres de Santé .....	74
VII.12.2. Au niveau des Hôpitaux de District.....	75
VII.12.3. Au niveau des Hôpitaux Nationaux.....	75
CHAPITRE VIII. PRINCIPALES CONTRAINTES ET OPPORTUNITES DANS.....	77
LA MISE EN ŒUVRE DU FBP .....	77
VIII.1. Forces et Opportunités.....	77
VIII.2. Contraintes et Faiblesses.....	78
CHAPITRE IX : RECOMMANDATIONS.....	82
CONCLUSION .....	84
ANNEXES.....	85

## Introduction

La mise en œuvre du FBP couplé à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes a été généralisée à partir de 2010 et a permis de contribuer à l'amélioration de l'utilisation et de la qualité des soins et au renforcement du système de santé de manière globale.

Le rapport annuel FBP 2012 avait formulé plusieurs recommandations dont les principales sont : (i) le renforcement de la qualité des prestations sanitaires par la mise en place progressive d'un système d'accréditation des formations sanitaires, (ii) l'élaboration d'une stratégie nationale de financement dans le secteur de la santé intégrant de manière synergique les différents mécanismes de financement dont le FBP et la gratuité des soins (iii) le démarrage effectif de la contractualisation du niveau central du MSPLS en vue de garantir une articulation harmonieuse et plus de performance des différents niveaux du système de santé. Les deux premières recommandations sont en cours de mise en œuvre tandis que la contractualisation des services du niveau central a démarré au quatrième trimestre 2013.

Le rapport annuel FBP 2013 est structuré en neuf chapitres et indique notamment les résultats atteints en terme d'utilisation et de qualité des services de santé, de contribution au renforcement du système de santé. Le rapport analyse également les financements utilisés pour la mise en œuvre du FBP ; relève les forces, faiblesses, opportunités et contraintes ; et formule des recommandations pertinentes en vue d'une meilleure mise en œuvre du FBP.

Ce rapport constitue un canal de documentation sur les modalités opérationnelles et les résultats de mise en œuvre du FBP au Burundi avec tous les acteurs du niveau national et l'ensemble de la communauté internationale. Il constitue également un document de plaidoyer en vue d'un apport technique et financier plus appuyé de la part du Gouvernement du Burundi et de ses Partenaires Techniques et Financiers.

La rédaction de ce rapport a été effectuée par une équipe issue de la CT FBP Elargie. Cette équipe a exploité « la base de données en ligne FBP » pour analyser les données sur les prestations quantitatives et qualitatives des formations sanitaires ainsi que les données financières. D'autres documents ont été utilisés dans la rédaction de ce rapport comme les rapports trimestriels de la CT-FBP, les rapports d'évaluation de la performance des organes de régulation, les rapports d'évaluation de la qualité technique des formations sanitaires, les rapports d'enquête communautaire, les rapports mensuels de validation des prestations élaborés par les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation, les rapports de contre vérification.



**Equipe de rédaction du Manuel FBP 2013 en retraite de travail à Nyanza Lac, Makamba**

**Le rapport annuel FBP 2013 a été analysé puis validé par la Cellule Technique Nationale FBP élargie en sa séance du 24 Avril 2014.**

## Résumé

En vue d'accélérer l'atteinte des OMDs relatifs à la santé à l'horizon 2015, le MSPLS a entrepris une série de réformes visant le renforcement du système de santé dont entre autres la décentralisation du système de santé par la création des Districts Sanitaires, la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, la restructuration de la Carte d'assistance médicale pour le secteur informel non structuré, **le Financement Basé sur la Performance**.

Dans la perspective de l'agenda post 2015 (post OMD), le MSPLS s'oriente vers la couverture maladie universelle et c'est dans cette optique qu'une stratégie nationale de financement de la santé est en cours d'élaboration. Cette stratégie compte à terme intégrer de manière synergique les différents mécanismes de financement dont le FBP en vue d'un financement plus efficient du système de santé. C'est dans ce cadre que le FBP est déjà intégré à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ainsi qu'à la mise en œuvre de la Carte d'Assistance Médicale (CAM). En effet, ces trois mécanismes (FBP, Gratuité et CAM) utilisent le même système de vérification et de validation des données, le même circuit de financement, les mêmes organes de coordination.

Au cours de l'année 2013, les résultats observés dans la mise en œuvre du FBP associé à la gratuité des soins sont indiqués ci-dessous :

### Principaux résultats atteints en 2013

- ✓ Augmentation de l'utilisation des services de santé : le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an est passé de 1,31 en 2012 à 1,62 en 2013. Il est à noter cependant que cette augmentation est surtout le fait des consultations des enfants de moins de 5 ans qui sont passés de 4,15 NC/Hab/an de 2012 à 5 NC/Hab/an 2013. Les consultations des 5 ans et plus ont connu également une augmentation passant 0,90 en 2012 à 1,14 NC/Hab/an en 2013 ;
- ✓ La proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié a connu une hausse passant de 67,5% à 72,3% de 2012 à 2013 ;
- ✓ Le taux d'enfants complètement vaccinés est resté quasiment stable passant de 102% à 100% de 2012 à 2013 ;
- ✓ Les scores de qualité technique s'améliorent progressivement au niveau des Centres de Santé (de 80% en 2012 à 82,4% en 2013). Au niveau des Hôpitaux, les scores de qualité technique avaient baissé en 2012 suite à l'introduction d'une nouvelle grille d'évaluation de la qualité. Au cours de l'année 2013, on note une nette amélioration des scores de qualité au niveau des Hôpitaux de District (de 69% en 2012 à 87% en 2013) et au niveau des Hôpitaux Nationaux (de 61% en 2012 à 90%) en 2013 ;
- ✓ La Gouvernance du système de santé s'améliore : culture de planification, culture de rendre compte, transparence dans la gestion des ressources financières ;

- ✓ La proportion des Centres de Santé sans rupture de stock pour les 23 médicaments essentiels traceurs est restée stationnaire autour de 45%, indiquant des problèmes dans le système d'approvisionnement en médicaments et autres intrants ;
- ✓ Le SIS de routine est renforcé : la Complétude et la promptitude sont à un niveau très satisfaisant à 100% ;
- ✓ La participation communautaire dans la gestion des problèmes de santé s'est poursuivie : implication des Comités de Santé et Agents de Santé Communautaires dans la planification des activités des Centres de Santé ; implication des Associations locales dans les enquêtes communautaire ;
- ✓ La communication de la mise en œuvre du FBP a été assurée :
  - L'expérience de mise en œuvre du FBP au Burundi a été présentée respectivement à une conférence internationale sur l'évaluation d'impact du FBP tenue à Bergen (NORVEGE) du 13 au 14 Juin 2013 ; et à la conférence internationale sur la santé globale tenue également à Bergen (NORVEGE) du 16 au 17 Octobre 2013 ;
  - Le Burundi a également présenté son expérience à la conférence internationale sur le FBP tenue à Oslo (NORVEGE) du 11 au 12 Décembre 2013;
  - Des bulletins d'information sur la mise en œuvre du FBP ont été produits chaque trimestre et diffusés à tous les intervenants ;
  - Un web site sur la mise en œuvre du FBP au Burundi est régulièrement alimenté ;
  - Un film documentaire et des reportages ont été produits.
- ✓ Le financement de la mise en œuvre du FBP en 2013 :
  - Le Paiement aux formations sanitaires, aux organes de régulations, aux autres entités plus les coûts opérationnels s'élève à 35 217 296 USD ; soit 3,88 USD/per capita/an. Le paiement aux formations sanitaires, organes de régulation et autres entités représente 90,51% du budget et les coûts opérationnels 9,43% ;
  - 51,65% du budget de mise en œuvre du FBP, y compris les coûts opérationnels, a été payé par le Gouvernement du Burundi ;
  - Près de 86% du budget FBP utilisé en 2013 a été consommé par les formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux).

### **Principales contraintes relevées en 2013**

- ✓ Dysfonctionnement des mécanismes de référence et contre référence en rapport avec le non respect des échelons de soins, à l'origine de la surutilisation des services hospitaliers, de l'utilisation irrationnelle des ressources avec un impact négatif sur la qualité des soins ;
- ✓ Autonomie de gestion des formations sanitaires insuffisante. Bien que leurs plans d'action soient élaborés sous l'encadrement des BDS et validés par ces derniers, les gestionnaires des FOSA (spécialement publiques) déplorent encore la tendance des équipes des BDS à bloquer certaines activités, notamment les initiatives de petits investissements des Centres de Santé pourtant prévus dans leurs plans d'action ;

- ✓ Fragmentation des factures des formations sanitaires et des autres entités de mise en œuvre du FBP suite à la multiplicité des partenaires impliqués dans le paiement et au décalage en rapport avec la période de paiement de ces mêmes partenaires ;
- ✓ Utilisation incorrecte du registre unique d'accueil et problématique d'archivage des outils de collecte des données ;
- ✓ Absence d'une carte sanitaire au niveau national et de plans d'extension de couverture au niveau des districts sanitaires ayant pour conséquence un développement peu contrôlé des formations sanitaires et la difficulté pour ces dernières à maîtriser leurs aires de responsabilités ;
- ✓ Problématique de la chaîne d'approvisionnement en médicaments entraînant des ruptures de stock au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ Risque de fraude ou de mauvaise notification intentionnelle des cas nécessitant d'adapter et de renforcer régulièrement le système de vérification et de contre vérification ;
- ✓ Le retard de paiement des formations sanitaires : au cours de l'année 2013, les factures des mois de Septembre à Décembre ont été payées tardivement ; suite à l'indisponibilité des ressources dans les délais prévus au niveau du Gouvernement et de certains PTFs ;
- ✓ L'insuffisance des financements pour la mise en œuvre du FBP.

### **Principales recommandations**

- Mobiliser des financements supplémentaires pour la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux (Cabinet du MSPLS) ;
- Développer une politique et une stratégie nationale de financement du secteur de la santé indiquant la complémentarité des différents mécanismes de financement de l'accès aux soins (Secrétariat Permanent du MSPLS) ;
- Mettre en place, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, un panier commun pour le financement du FBP (Secrétariat Permanent MSPLS);
- Renforcer les mécanismes de référence et contre référence notamment en réservant des privilèges à l'accès aux Hôpitaux pour les patients référés par le Centre de Santé comme cela est déjà le cas pour les détenteurs de la Carte d'Assistance Médicale (Secrétariat Permanent du MSPLS) ;
- Assurer la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires en améliorant la chaîne d'approvisionnement en médicaments (DPML) ;
- Finaliser le plan d'extension de couverture en vue de maîtriser l'implantation des formations sanitaires et veiller à son respect (Direction Générale de la Planification) ;
- Renforcer les capacités des Centres de Santé sur le remplissage correct et l'utilisation du registre unique d'accueil (Direction du Système National d'Information Sanitaire) ;
- Renforcer les mécanismes de vérification quantitative, de contre vérification et d'évaluation de la qualité pour garantir la fiabilité des données produites dans le cadre du FBP, notamment par l'implication d'une tierce partie dans le processus de vérification quantitative et d'évaluation de la qualité des prestations sanitaires (CT FBP).

## **CHAPITRE I: EVOLUTION DU CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU FBP AU BURUNDI**

Le FBP est mis en œuvre dans le cadre global du Plan National de Développement Sanitaire deuxième génération (PNDS II) couvrant la période 2011-2015, qui est le cadre de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé du Burundi de 2005 à 2015. Il est en cohérence avec le Cadre Stratégique National de Lutte contre la Pauvreté (CSLP II) ainsi qu'avec les objectifs du millénaire pour le Développement (OMD).

Les priorités du PNDS II sont liées essentiellement à la réduction de la morbi-mortalité maternelle, néonatale et infantile; à la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et au renforcement du système de santé. Le FBP tel que mis en œuvre au Burundi est ainsi un outil contribuant à l'atteinte des objectifs du PNDS II.

### **I.1. Cadre institutionnel**

Au cours de l'année 2013, aucune modification n'a été apportée au montage institutionnel de mise en œuvre du FBP.

### **I.2. La contractualisation des unités de prestation du niveau central**

La contractualisation des unités de prestation du niveau central a effectivement démarré avec le quatrième trimestre 2013. Les différentes unités de prestation du niveau central ont élaboré un plan d'action pour le 4<sup>e</sup> trimestre 2013 avec des indicateurs spécifiques relatifs à cette période. Une évaluation de la performance de ces unités de prestation du niveau central est envisagée pour les mois de Janvier et Février 2014.

### **I.3. Révision des tarifs des indicateurs relatifs à la gratuité des soins**

Les tarifs des indicateurs relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, intégrés parmi les indicateurs FBP, ont été revus à la hausse à partir de Janvier 2013. En effet, auparavant, ces indicateurs n'étaient pas remboursés au coût réel de prestation et il était supposé que les tarifs affectés sur les indicateurs « non gratuité » pouvaient couvrir le manque à gagner sur les indicateurs « gratuité » et dégager des ressources supplémentaires pour renforcer le fonctionnement des formations sanitaires et motiver le personnel de santé.

Ces hypothèses ont été infirmées par les faits, raison pour laquelle le MSPLS et les PTFs ont décidé de revoir à la hausse le tarif des indicateurs gratuité et de les rembourser à un tarif proche du coût réel de production tel qu'objectivé par une étude sur les coûts des soins des prestations sanitaires menée en 2011.

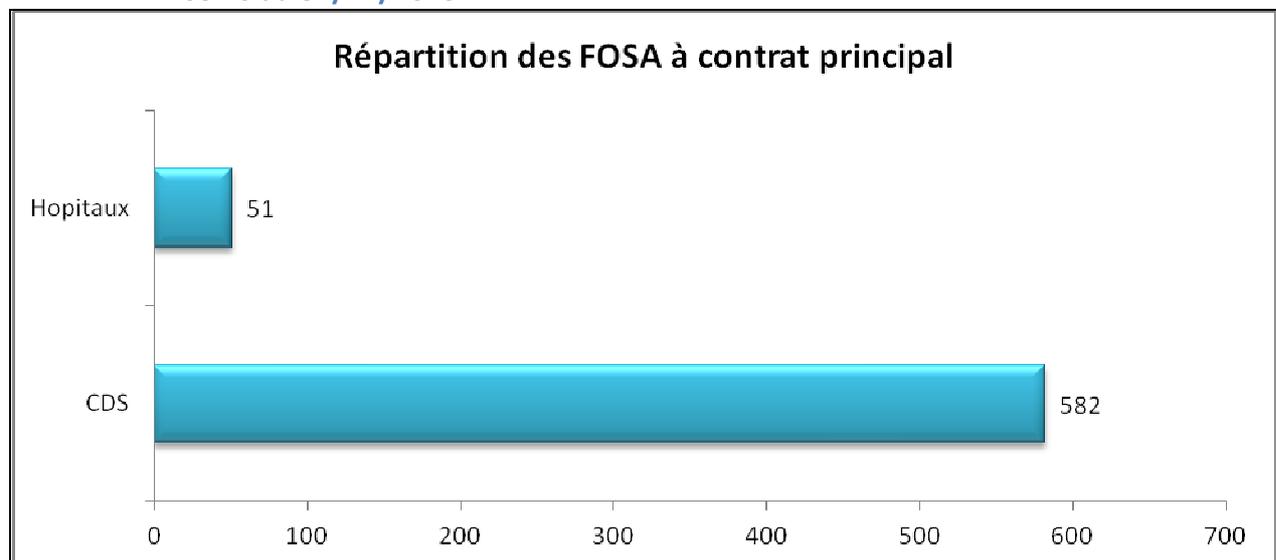
## CHAPITRE II: UTILISATION ET QUALITE DES SERVICES DE SANTE

### II.1. Formations sanitaires sous contrat principal

Pour bénéficier d'un contrat principal, une formation sanitaire doit être responsable d'une aire de responsabilité attribuée par le MSPLS, couvrir une population d'au moins 7.500 habitants, réaliser au moins 70% du PMA ou PCA et accepter d'appliquer les mesures de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans ainsi que les femmes enceintes. Ces contrats principaux sont signés entre la FOSA et le CPVV.

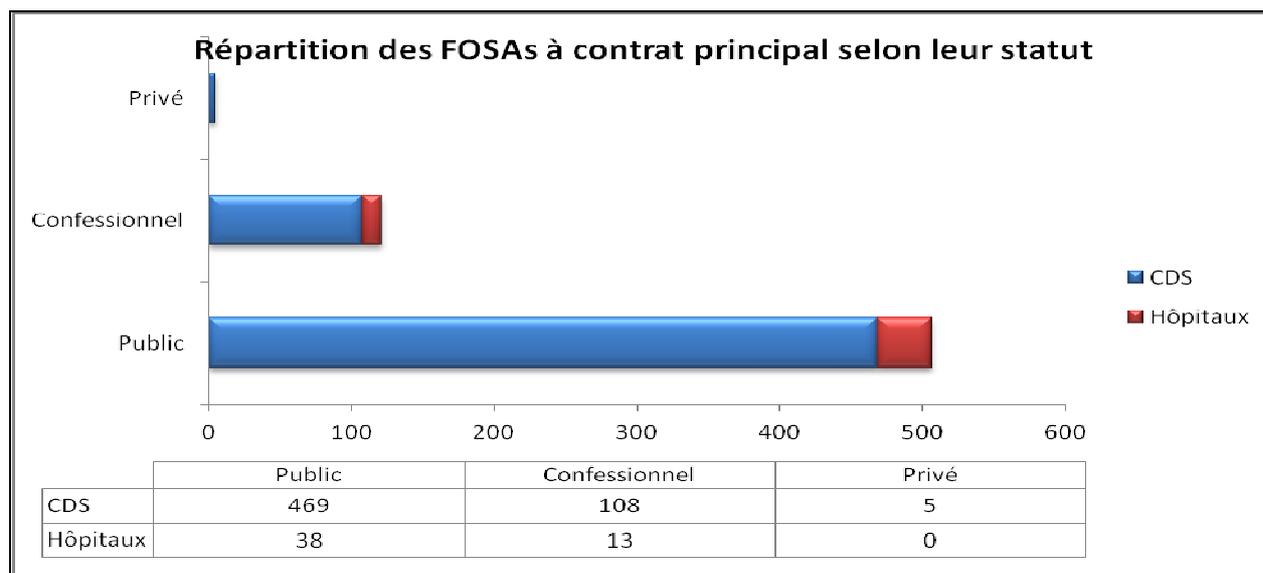
Les formations sanitaires (FOSA) satisfaisant à ces conditions et qui disposaient d'un contrat principal dans le cadre du financement basé sur la performance (FBP) au cours de l'année 2013 étaient au nombre de 633 dont 582 CDS et 51 hôpitaux.

**Graphique 1 : Répartition des formations sanitaires sous contrat principal selon le niveau de soins au 31/12/2013**



Les formations sanitaires avec contrat principal étaient en majorité publiques (80%), confessionnelles (19%) et privées (1%) comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 2: Répartition des FOSA à contrat principal selon leur statut en 2013



## II.2. Formations sanitaires avec contrat secondaire

Les contrats secondaires sont signés entre deux formations sanitaires dont l'une est sous contrat principal et l'autre se trouve dans la même aire de responsabilité et concernent les FOSA qui le souhaitent et qui ne remplissent pas les conditions d'obtention d'un contrat principal. Le statut des formations sanitaires qui avaient un contrat secondaire au 31/12/2013 se présente comme indiqué dans le tableau suivant :

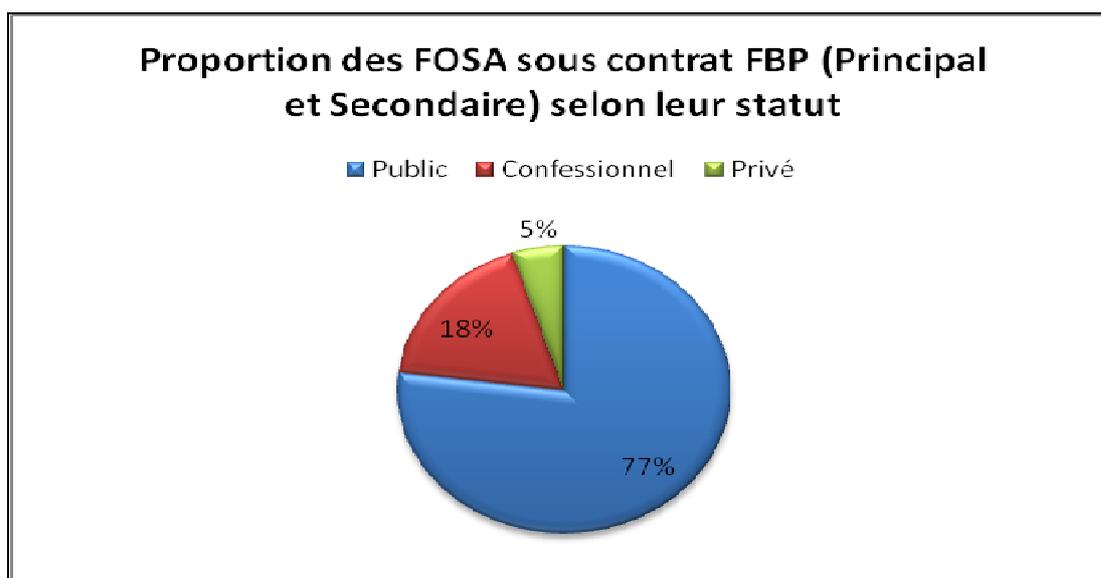
**Tableau 1 : Répartition des formations sanitaires sous contrat secondaire en 2013 par statut**

<b>PROVINCE</b>	<b>Public</b>	<b>Confessionnel</b>	<b>Privé</b>	<b>Associatif</b>	<b>TOTAL</b>
Bubanza	1	0	7	0	8
Bujumbura Mairie	5	2	3	0	10
Bujumbura Rural	12	1	6	0	19
Bururi	9	4	5	0	18
Cankuzo	5	0	0	0	5
Cibitoke	6	0	7	0	13
Gitega	6	0	1	3	10
Karuzi	0	0	0	0	0
Kayanza	3	0	3	0	6
Kirundo	4	2	1	2	9
Makamba	5	3	9	2	19
Muramvya	1	0	0	0	1
Muyinga	10	0	1	3	14
Mwaro	5	1	2	1	9
Ngozi	5	2	0	5	12
Rutana	0	1	1	0	2
Ruyigi	5	2	3	0	10
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>18</b>	<b>49</b>	<b>16</b>	<b>165</b>

Près de 50% des formations sanitaires avec contrat secondaire sont publiques, 39% sont privées (y compris les associatifs) et 11% sont confessionnelles.

Le grand nombre de contrats secondaires publics s'explique par un développement peu contrôlé des formations sanitaires publiques ne remplissant pas souvent les conditions exigées pour bénéficier d'un contrat principal. Elles sont alors malgré tout intégrées dans le cadre du FBP sous le statut de contrat secondaire.

**Graphique 3: Proportion des formations sanitaires sous contrat FBP par catégorie**



Le graphique ci-dessus indique que 77% des formations sanitaires ayant un contrat FBP (principal ou secondaire) sont publiques ; 18% sont confessionnelles et 5% privées.

**Au total, au 31 Décembre 2013, 798 formations sanitaires étaient sous un contrat FBP dont 633 avec un contrat principal et 165 avec un contrat secondaire.**

### **II.3. Utilisation des services de santé (évolution des indicateurs clés contractualisés)**

Ce chapitre présente l'évolution de certains indicateurs clés au cours de l'année 2013. Une comparaison entre les données de 2012 et 2013 est également présentée.

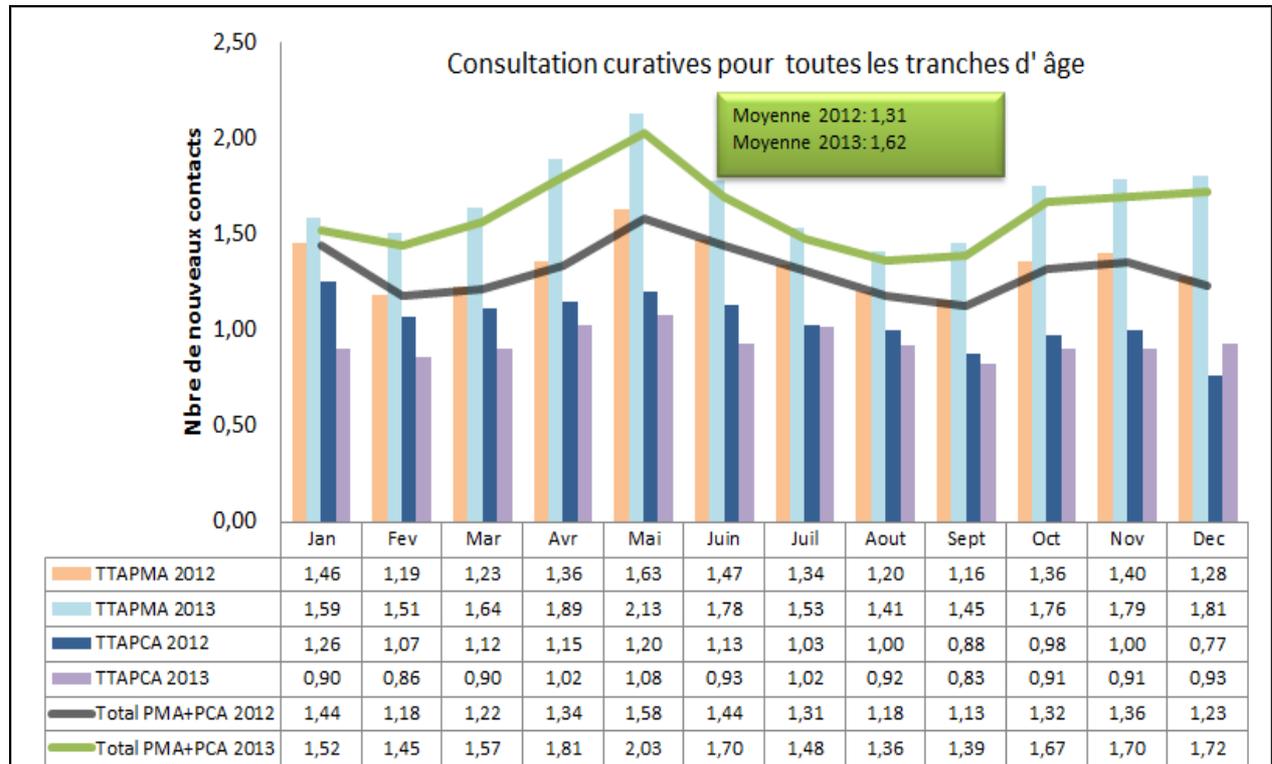
#### **II.3.1. Utilisation des services de consultation curative**

La consultation curative correspond au contact d'un sujet malade avec une structure de soins pour un épisode de maladie nécessitant ou non une hospitalisation. Les analyses ci-dessous supposent que 90% de la population devrait visiter les CDS au moins une fois par an et 10% les Hôpitaux.

Les graphiques ci-dessous présentent les données des prestations sanitaires par tranches d'âges au niveau de toutes les FOSA (Centres de Santé et Hôpitaux), ensuite les données désagrégées au niveau des Centres de Santé puis au niveau des Hôpitaux.

### Consultation curative pour toutes les tranches d'âge

Graphique 4 : Consultation curatives pour toutes les tranches d'âges au niveau des FOSA



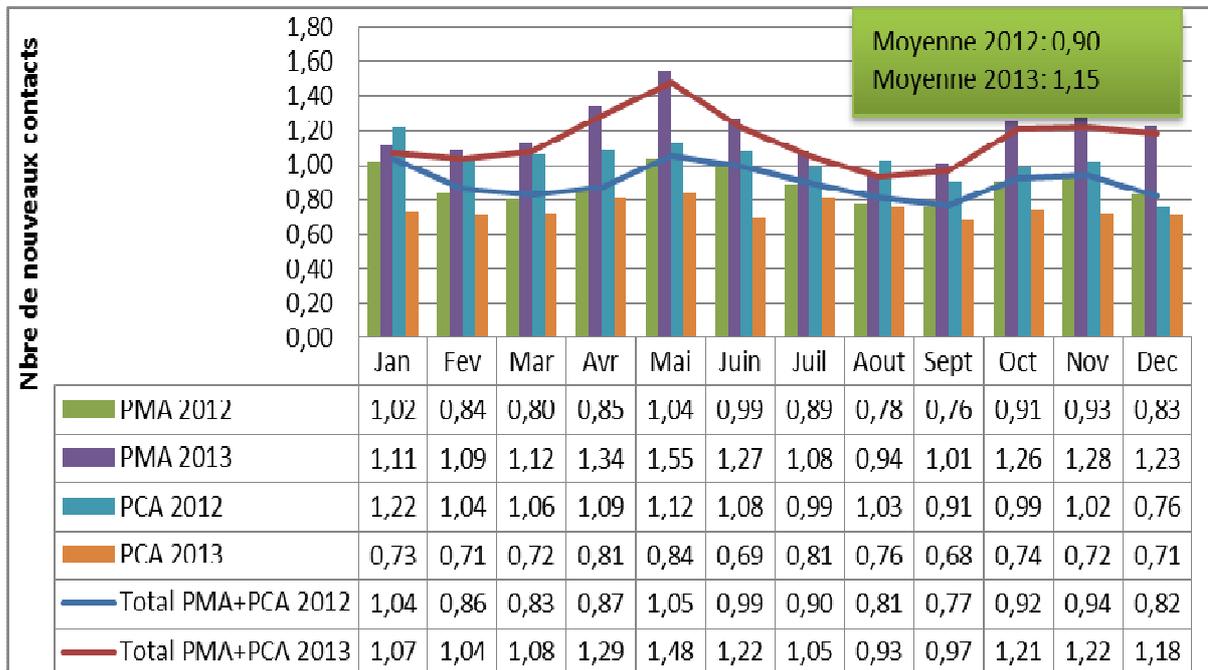
L'utilisation des services de consultations curatives dans les formations sanitaires a connu une nette augmentation entre 2012 et 2013. C'est ainsi que la moyenne qui était de 1,31 NC/Hab/an en 2012, est passé à 1,62 NC/Hab/an en 2013. Ainsi donc l'utilisation des services reste supérieure à la cible qui est 1 NC/Hab/an.

Au niveau des Centres de Santé, l'utilisation est passée d'une moyenne de 1,34 NC/Hab/an à 1,69 NC/Hab/an de 2012 à 2013 alors que sur la même période, l'utilisation au niveau des Hôpitaux a légèrement baissé passant d'une moyenne de 1,05 à 0,94 NC/Hab/an.

L'utilisation au niveau des Hôpitaux est donc inférieure à la cible annuelle depuis le retrait de l'indicateur « consultation curative pour les personnes âgées de 5 ans et plus » de la liste des indicateurs des hôpitaux nationaux alors qu'au niveau des Centres de Santé, on observe un dépassement de 0,35 du nombre moyen de contact par habitant et par an. Cela est probablement lié au fait que l'utilisation des services par les enfants de moins de 5 ans bénéficiant de la gratuité des soins est élevée et que ceux-ci se font soigner en grande partie au niveau des Centres de Santé.

### Consultation curative chez les 5 ans et plus

Graphique 5 : Consultations curatives pour les 5ans et plus au niveau des FOSA



Le graphique ci-haut montre que le volume des consultations curatives chez les 5 ans et plus au cours de 2013 était supérieur à celui de 2012 pour chaque mois avec trois pics pour les deux années. Le premier pic a eu lieu au mois de janvier, le deuxième au mois de mai et le troisième au mois de novembre. Par contre au niveau des Hôpitaux (PCA), au cours de l'année 2013, le volume des consultations est resté inférieur à celui de l'année 2012 tout au long de l'année avec les mêmes pics qu'au niveau des Centres de Santé (PMA). Ceci est probablement dû au fait que l'indicateur « nouvelle consultation curative chez les 5 ans et plus » a été supprimé au niveau des hôpitaux nationaux à partir de Janvier 2013.

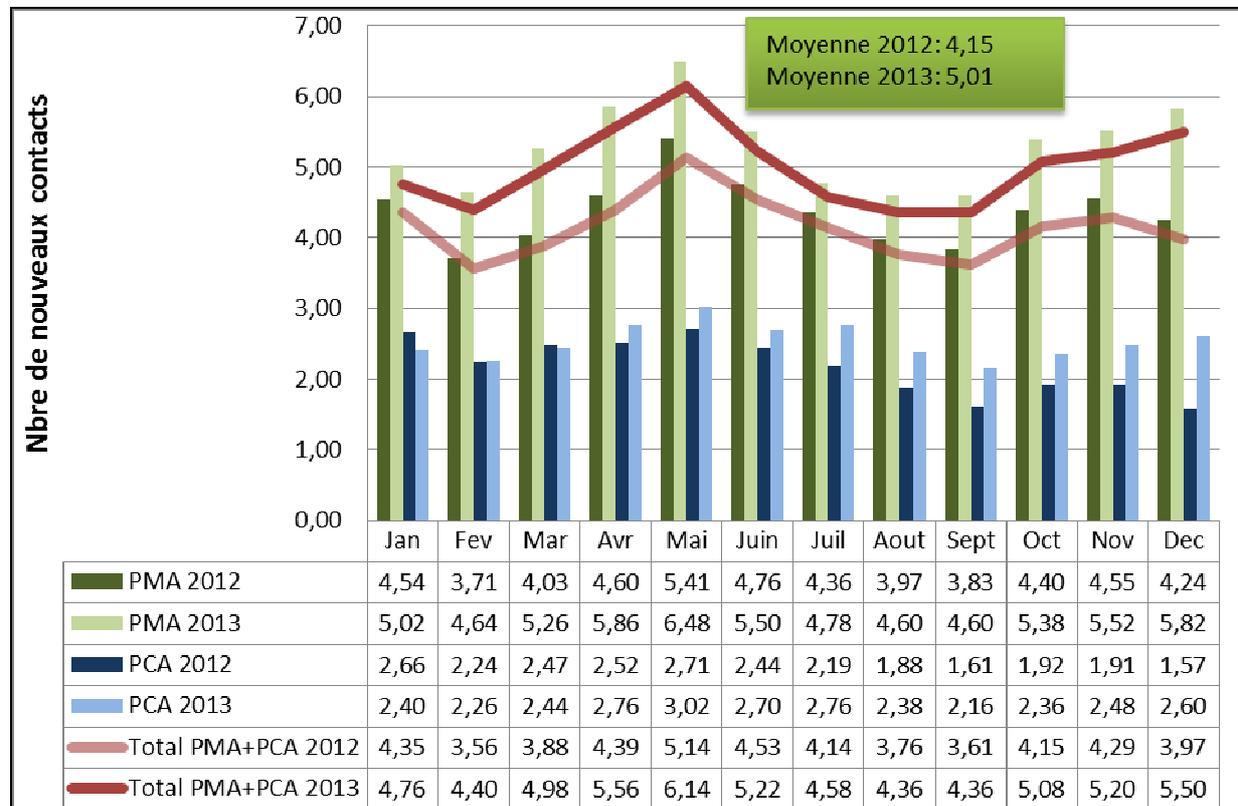
L'analyse des courbes de tendance des consultations curatives chez les 5 ans et plus au niveau de toutes les formations sanitaires (PMA+PCA), montre que celle de 2013 reste au-dessus de celle de 2012 avec une moyenne de 1.15 NC/Hab/an en 2013 contre 0.90 en 2012.

Cette tendance à la hausse pourrait s'expliquer entre autres par l'amélioration de la qualité des soins, une meilleure accessibilité financière aux soins suite à la réduction des tarifs des prestations sanitaires dans le cadre du FBP au niveau des formations sanitaires, l'utilisation progressive de la Carte d'Assistance Médicale (CAM) qui est une assurance maladie pour le secteur informel et rural.

### Consultation curative chez les moins de 5 ans

Pour cette tranche d'âge bénéficiant de la mesure de gratuité des soins, la cible annuelle a été fixée à 2 nouveaux contacts par habitant et par an. Le graphique qui suit montre la tendance pour le PMA et le PCA respectivement en 2012 et 2013.

**Graphique 6 : Consultation curative pour les moins de 5 ans au niveau des FOSA**



L'analyse du graphique ci-dessus montre une hausse des consultations curatives des moins de 5 ans en 2013 au niveau des Centres de Santé, comparativement à 2012.

Au niveau des Hôpitaux, une hausse des consultations est également observée mais elle est moins marquée qu'au niveau des Centres de Santé, laissant supposer que plus de consultations ont eu lieu au niveau des Centres de Santé qu'au niveau des Hôpitaux.

L'analyse des consultations curatives chez les moins de 5 ans au niveau de toutes les FOSA (Centres de Santé et Hôpitaux) montre une augmentation avec un nombre de contacts/hab/an passant de 4,15 à 5 de 2012 à 2013. Cette tendance à la hausse des consultations chez les moins de 5 ans pourrait s'expliquer notamment par une meilleure accessibilité financière aux soins pour cette catégorie d'âge qui bénéficie de la gratuité des soins et une amélioration de la qualité des soins.

### II.3.2. Utilisation des services de santé par Province et par tranche d'âges

**Tableau 2: Répartition des cas de nouvelles consultations curatives par Province au cours de l'année 2013**

N°	Province	Popul	CC ≥ 5a			CC < 5 a			Total		
			Cible	CC ≥ 5a	Episodes	Cibles	Cas	Episodes	Cibles	Cas	Episodes
1	Bubanza	397 404	258 312	242 055	<b>0,94</b>	139 092	328 345	<b>4,72</b>	397 404	570 400	<b>1,44</b>
2	Buja Mairie	530 968	339 952	121 699	<b>0,36</b>	191 016	191 606	<b>2,01</b>	530 968	313 305	<b>0,59</b>
3	Buja Rural	644 940	419 208	327 113	<b>0,78</b>	225 732	304 386	<b>2,70</b>	644 940	631 499	<b>0,98</b>
4	Bururi	651 636	423 564	378 810	<b>0,89</b>	228 072	303 393	<b>2,66</b>	651 636	682 203	<b>1,05</b>
<b>5</b>	<b>Cankuzo</b>	252 684	<b>164 244</b>	<b>374 513</b>	<b>2,28</b>	<b>88 440</b>	<b>401 522</b>	<b>9,08</b>	<b>252 684</b>	<b>776 035</b>	<b>3,07</b>
6	Cibitoke	525 720	341 724	331 601	<b>0,97</b>	183 996	484 022	<b>5,26</b>	525 720	815 623	<b>1,55</b>
<b>7</b>	<b>Gitega</b>	816 144	<b>530 496</b>	<b>911 234</b>	<b>1,72</b>	<b>285 648</b>	<b>857 530</b>	<b>6,00</b>	<b>816 144</b>	<b>1 768 764</b>	<b>2,17</b>
8	Karuzi	494 280	321 276	457 661	<b>1,42</b>	173 004	505 760	<b>5,85</b>	494 280	963 421	<b>1,95</b>
9	Kayanza	668 940	434 808	475 411	<b>1,09</b>	234 132	509 198	<b>4,35</b>	668 940	984 609	<b>1,47</b>
10	Kirundo	726 240	472 056	476 383	<b>1,01</b>	254 184	785 292	<b>6,18</b>	726 240	1 261 675	<b>1,74</b>
11	Makamba	489 540	318 204	331 667	<b>1,04</b>	171 336	392 419	<b>4,58</b>	489 540	724 086	<b>1,48</b>
12	Muramvya	336 576	218 772	184 821	<b>0,84</b>	117 804	213 455	<b>3,62</b>	336 576	398 276	<b>1,18</b>
<b>13</b>	<b>Muyinga</b>	721 716	469 116	586 683	<b>1,25</b>	252 600	852 643	<b>6,75</b>	721 716	1 439 326	<b>1,99</b>
14	Mwaro	307 080	199 596	212 039	<b>1,06</b>	107 484	199 627	<b>3,71</b>	307 080	411 666	<b>1,34</b>
15	Ngozi	754 776	490 608	627 763	<b>1,28</b>	264 168	687 713	<b>5,21</b>	754 776	1 315 476	<b>1,74</b>
16	Rutana	383 940	249 564	301 630	<b>1,21</b>	134 376	371 874	<b>5,53</b>	383 940	673 504	<b>1,75</b>
<b>17</b>	<b>Ruyigi</b>	457 476	<b>297 360</b>	<b>459 284</b>	<b>1,54</b>	<b>160 116</b>	<b>619 833</b>	<b>7,74</b>	<b>457 476</b>	<b>1 079 117</b>	<b>2,36</b>
	<b>Total</b>	9 160 060	<b>5 948 860</b>	<b>6 800 367</b>	<b>1,15</b>	<b>3 211 200</b>	<b>8 008 618</b>	<b>5</b>	<b>9 160 060</b>	<b>14 808 985</b>	<b>1,62</b>

Comme l'indique le tableau ci-dessus, la Province de Cankuzo a le taux d'utilisation le plus élevé aussi bien chez les personnes âgées de 5 ans et plus (près de 2 fois la moyenne nationale) que chez les moins de 5 ans (près de 2 fois la moyenne nationale) ; soit respectivement 2,28 et 9,08 NC/Hab/an. De même, les Provinces de Ruyigi, Muyinga, Kirundo et Gitega ont des épisodes d'utilisation très élevés chez les moins de 5 ans ;

soit respectivement 7,74 (1,55 fois la moyenne nationale), 6,75 (1,35 fois la moyenne nationale), 6,18 (1,24 fois la moyenne nationale) et 6 (1,2 fois la moyenne nationale).

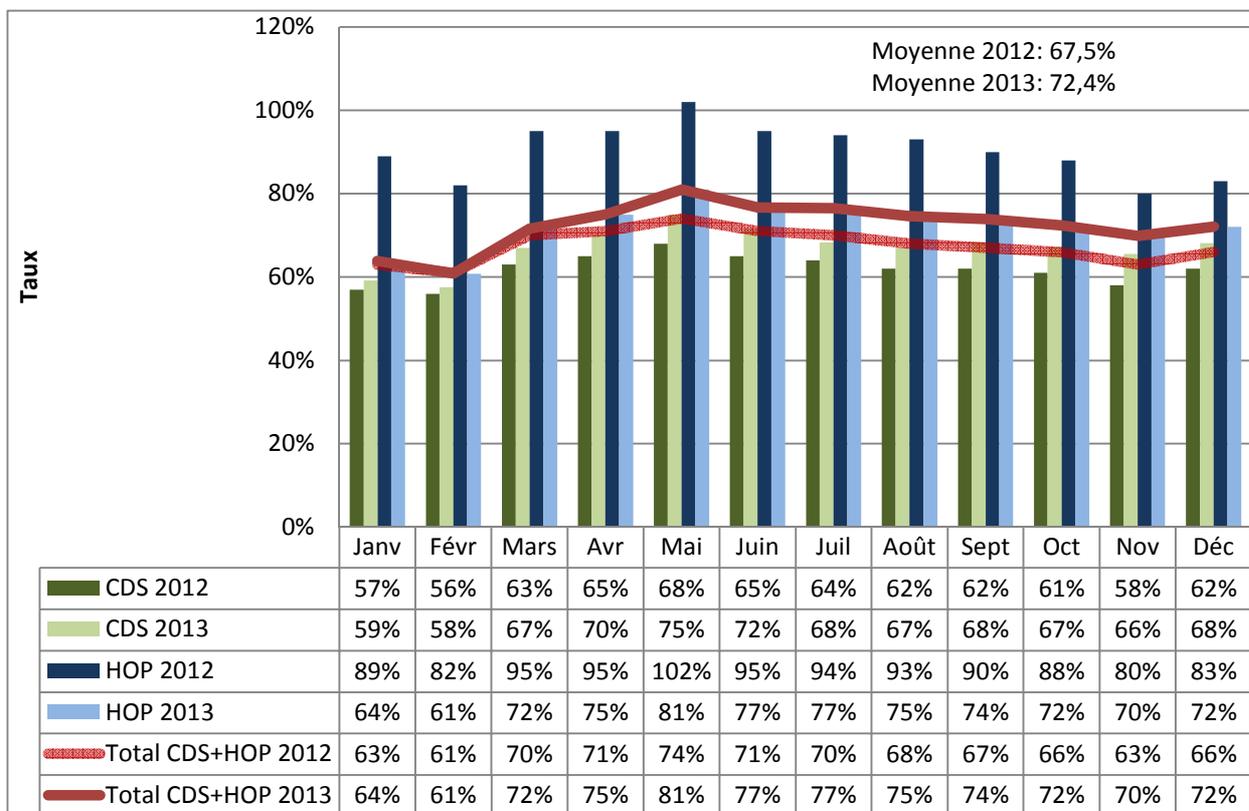
Ce sont des Provinces ayant connu beaucoup de retour des rapatriés au cours des dernières années, mais de plus, les Provinces de Cankuzo et Ruyigi constituent des Provinces de migration interne. En outre, on trouve des camps de réfugiés Congolais à Bwagiriza en province Ruyigi et Gasorwe en province Muyinga. Cette population n'avait pas été prise en compte lors du recensement de la population de 2010. En outre, pour la province sanitaire de Gitega, l'hôpital de Mutoyi reçoit les malades de toutes les provinces environnantes et la cible devient sous estimée.

Il est à noter que les explications ci-dessus sont des hypothèses à explorer et que de toute façon, des investigations plus poussées devraient être menées dans ces Provinces pour clarifier davantage la situation.

### II.3.3. Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié

La cible totale des accouchements assistés attendus dans les CDS correspond à 90% des accouchements attendus dans le pays. 10% des accouchements devraient théoriquement être assurés par les hôpitaux.

**Graphique 7 : Accouchements assistés par un personnel qualifié au niveau des FOSA**



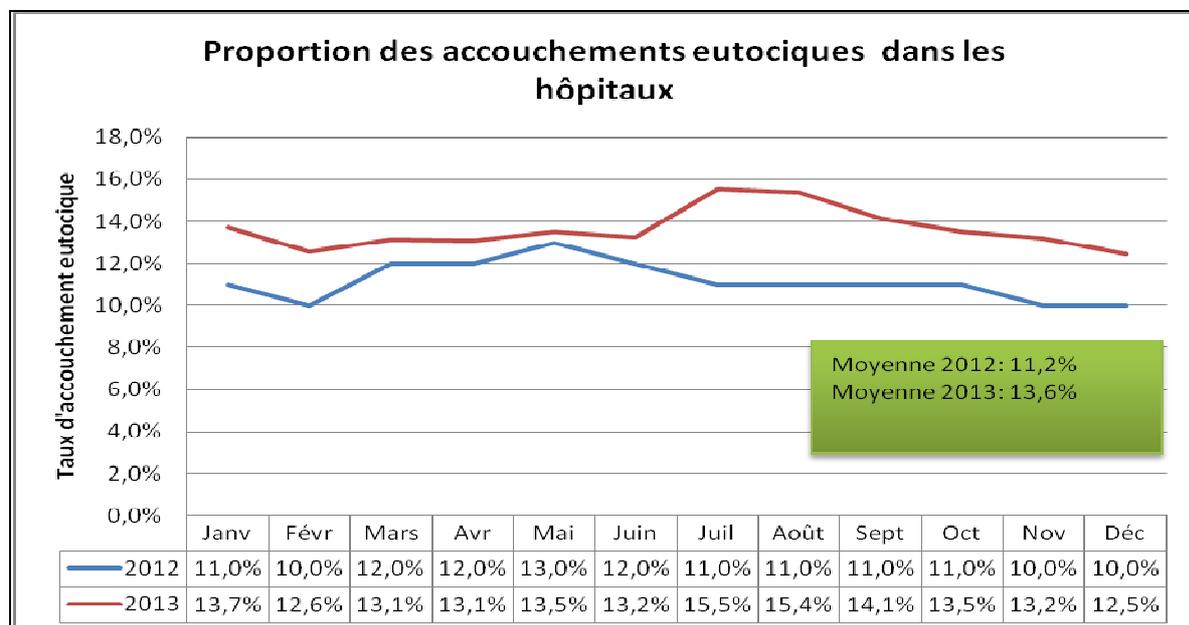
Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié au niveau des CDS au cours de l'année 2013 a augmenté, passant de 62% en 2012 à 67% en 2013. Par contre, au niveau des hôpitaux, ce taux a baissé en 2013 passant 91% en 2012 à 72% en 2013.

Au total, une augmentation du taux d'accouchements assistés par un personnel de santé au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) a été observée en 2013. En effet, ce taux passe de 67,5% à 72,4% de 2012 à 2013. Cette tendance peut être due à l'amélioration des conditions de travail au niveau des Centres de Santé, ce qui fait que la plupart d'accouchements autrefois pratiqués dans les hôpitaux sont pris en charge au niveau des Centres de santé.

### **Accouchements eutociques**

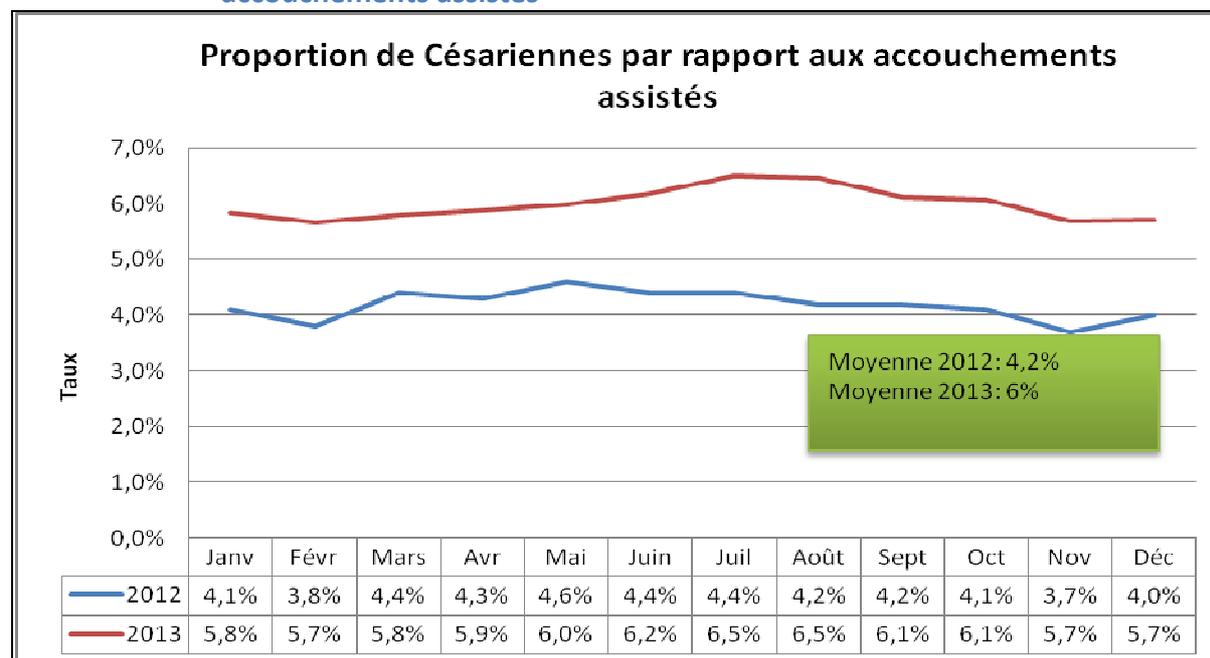
Il est attendu qu'au moins 90% des accouchements eutociques devraient se dérouler dans les Centres de Santé et environ 10% au niveau des Hôpitaux. Le graphique ci-dessus indique que le taux d'accouchement eutocique au niveau des Hôpitaux par rapport à tous les accouchements eutociques observés dans tous les types de FOSA (Centres de Santé et Hôpitaux) est légèrement supérieur au taux attendu de 10%. En 2013, ce taux est à 13,6% contre 11,2% en 2012.

**Graphique 8 : Evolution de la proportion des Accouchements eutociques dans les Hôpitaux par rapport à tous les accouchements réalisés dans toutes les FOSA en 2013**



## Césariennes

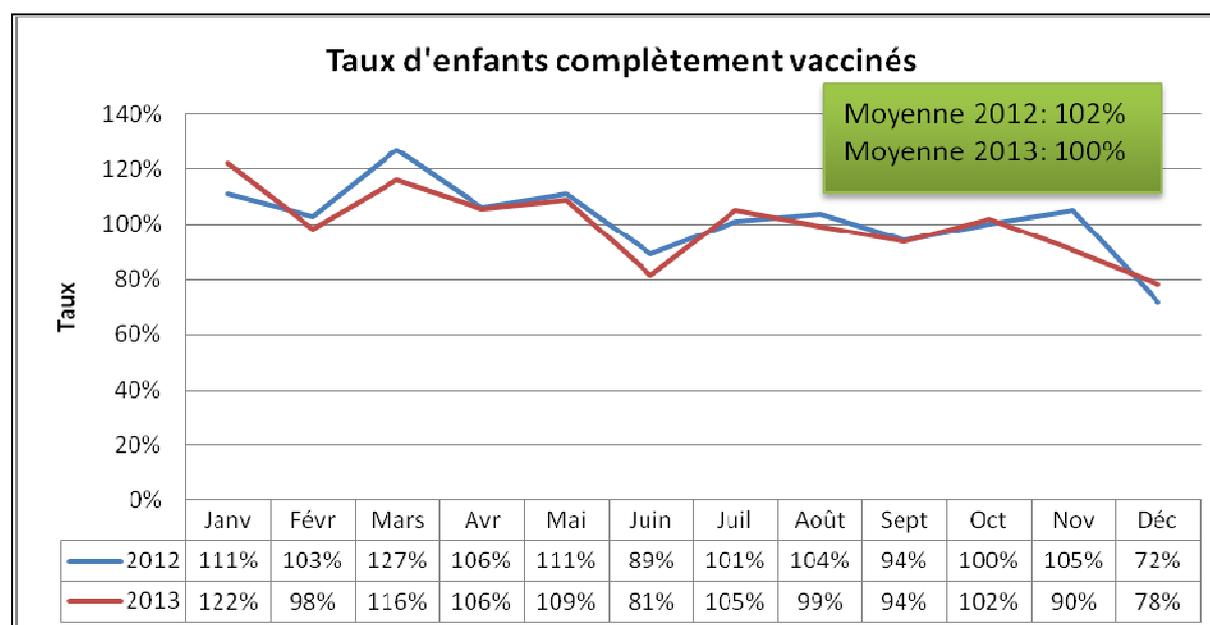
**Graphique 9 : Evolution de la proportion de césariennes par rapport à l'ensemble des accouchements assistés**



La proportion des césariennes par rapport aux accouchements assistés est restée largement inférieure aux valeurs indicatives de 10 à 15% préconisées par l'OMS. Néanmoins, ce taux a connu une légère hausse passant d'une moyenne de 4,2 % à 6% de 2012 à 2013. Les données du SNIS indiquent un taux de césarienne de 7,4% pour l'année 2013.

### **II.3.4. Enfants complètement vaccinés**

**Graphique 10 : Evolution du taux d'enfants complètement vaccinés de 2012 et 2013**



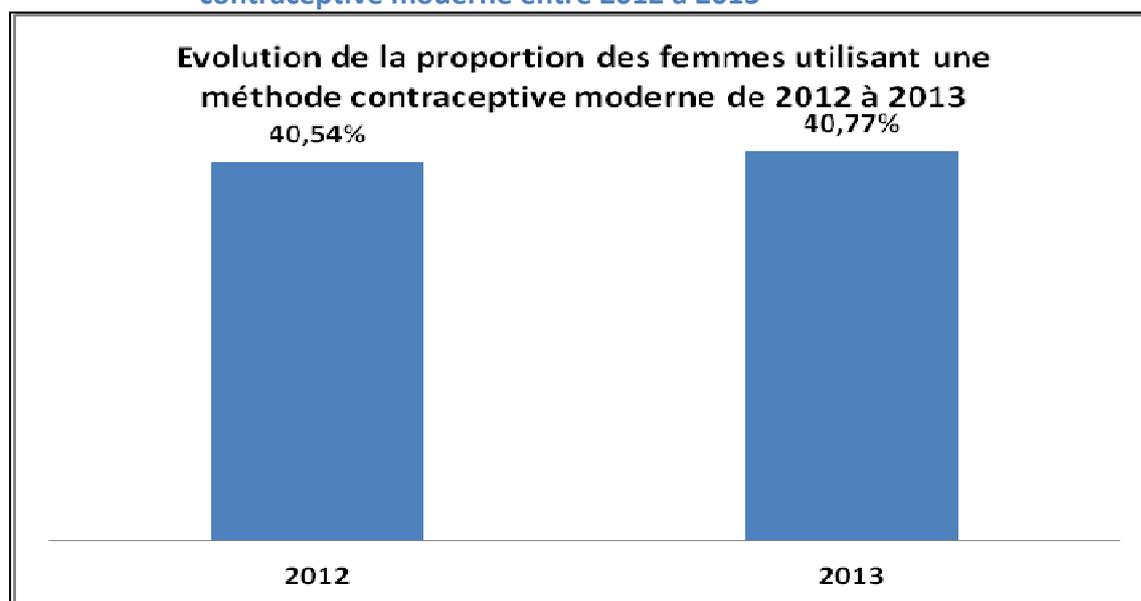
Le taux d'enfants complètement vaccinés a atteint une proportion de 100% en 2013 contre un taux moyen de 102% en 2012. Selon l'annuaire statistique 2013 produit par la DSNIS (rapport provisoire), le taux d'enfants complètement vaccinés au niveau national s'élève à 99,5%.

Cependant, ces chiffres sont probablement surestimés du fait qu'il a été constaté que l'enregistrement des cas d'enfants complètement vaccinés n'était pas bien fait dans certaines FOSA avec risque de double enregistrement. Le Programme Elargi de Vaccination vient de donner des orientations pour éviter ces erreurs surtout lorsque les mères ne fréquentent pas régulièrement les mêmes CDS.

### **II.3.5. Planification familiale**

La proportion des femmes ayant utilisé une méthode contraceptive moderne a été calculée en considérant toutes les femmes ayant utilisé une méthode contraceptive au cours des deux dernières années avec comme dénominateur les femmes en âge de procréer.

**Graphique 11 : Evolution de la proportion des femmes utilisant une méthode contraceptive moderne entre 2012 à 2013**

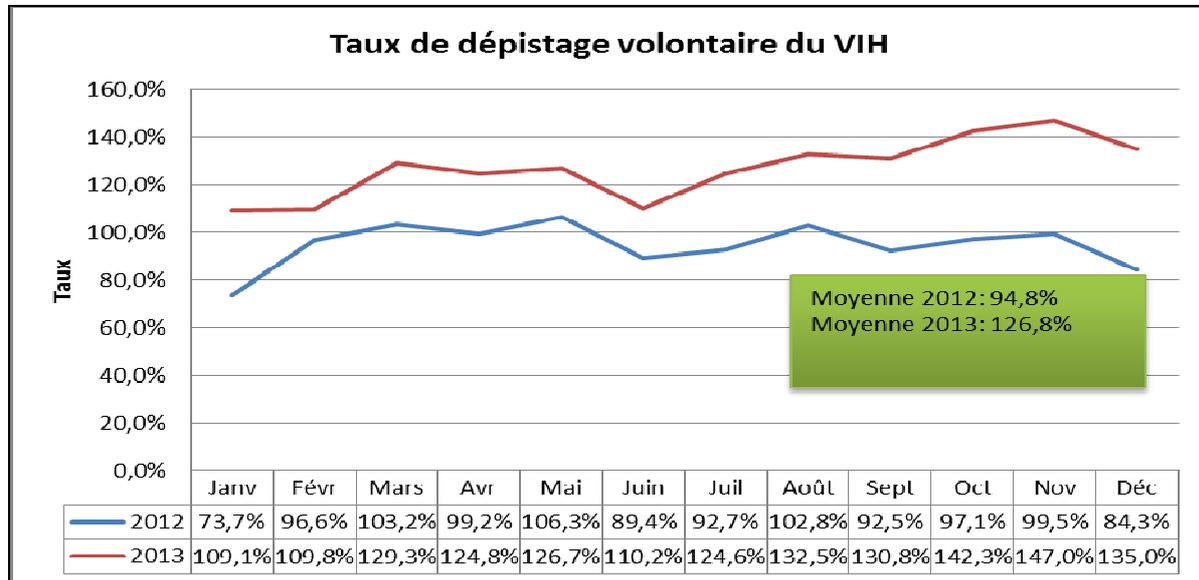


Comme l'indique le graphique ci-dessus, la proportion des femmes utilisant une méthode contraceptive moderne par rapport aux femmes en âge de procréer est restée quasi stationnaire entre 2012 à 2013.

### II.3.6. Dépistage volontaire du VIH

La cible fixée pour le dépistage volontaire du VIH est de 10 % de la population générale.

Graphique 12 : Dépistage volontaire du VIH



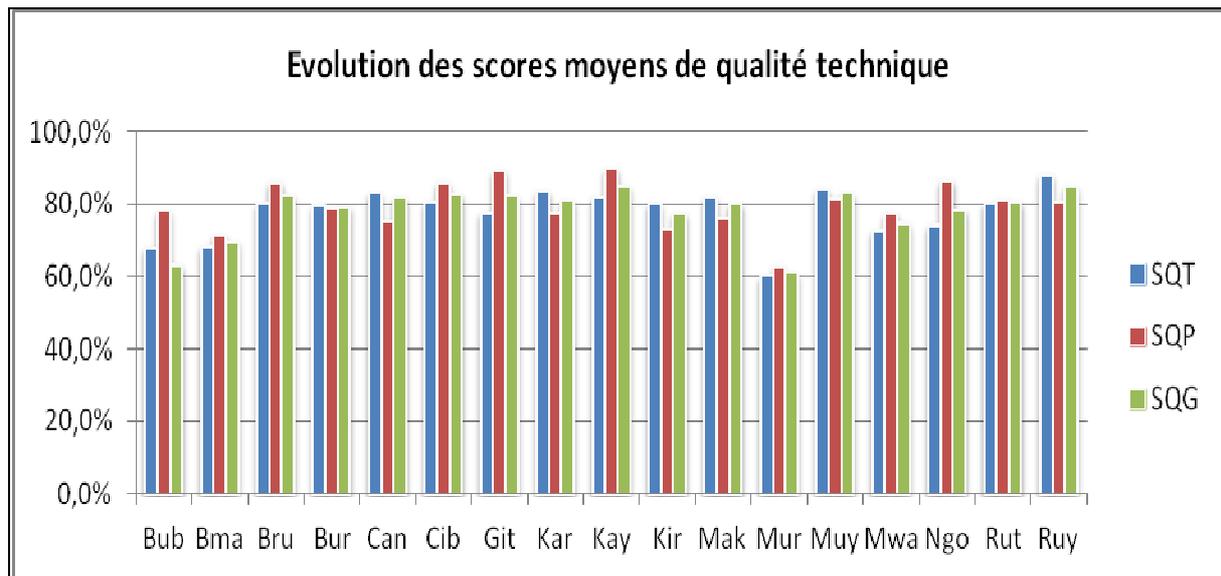
De 2012 à 2013, le taux de dépistage volontaire du VIH SIDA a connu une nette progression passant de 94,8% de la cible fixée à 126,8%. Le taux de dépistage volontaire pour l'année 2013 est de 12,7% de la population générale (126,8% x 10%) contre 9,5% en 2012.

## II.4. Qualité des prestations fournies par les formations sanitaires

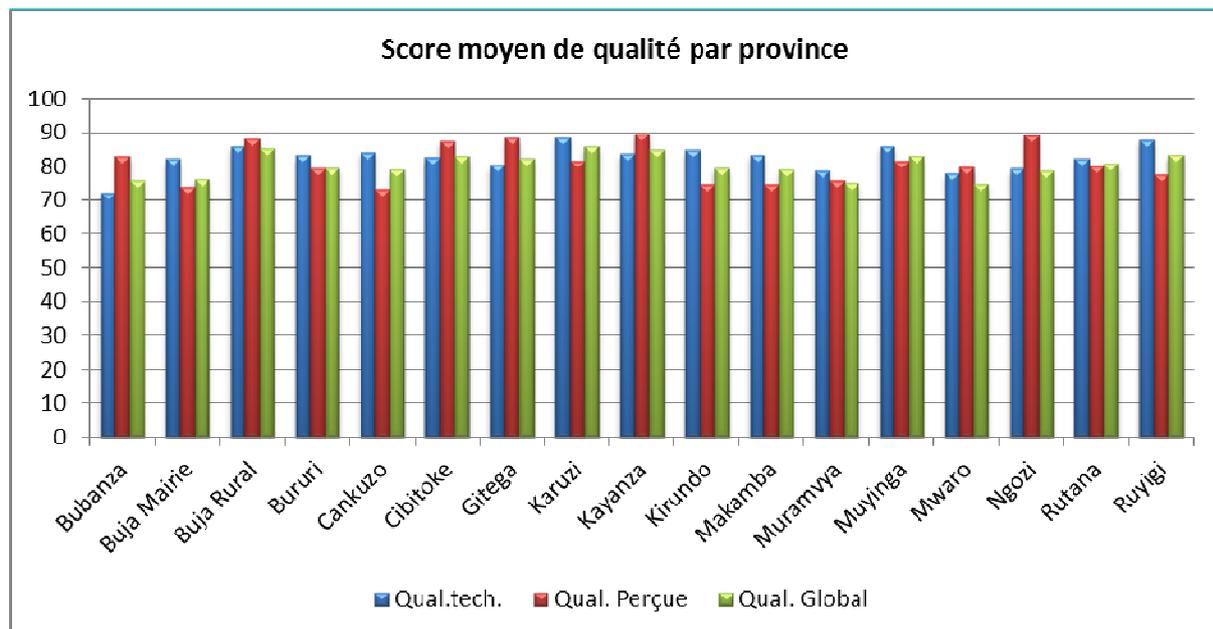
### II.4.1. Qualité globale des prestations sanitaires

La qualité technique des FOSA est évaluée grâce à une grille d'évaluation élaborée en 2010 et révisée en 2011 pour les Hôpitaux. La qualité perçue par la population est évaluée par des enquêtes communautaires réalisées une fois par semestre.

La qualité globale est une combinaison du score de qualité technique et du score de qualité perçue avec des coefficients de 60% et 40% respectivement. Le score de qualité perçue est valable pour deux scores de qualité technique car la qualité perçue est évaluée une fois par semestre et la qualité technique une fois par trimestre.

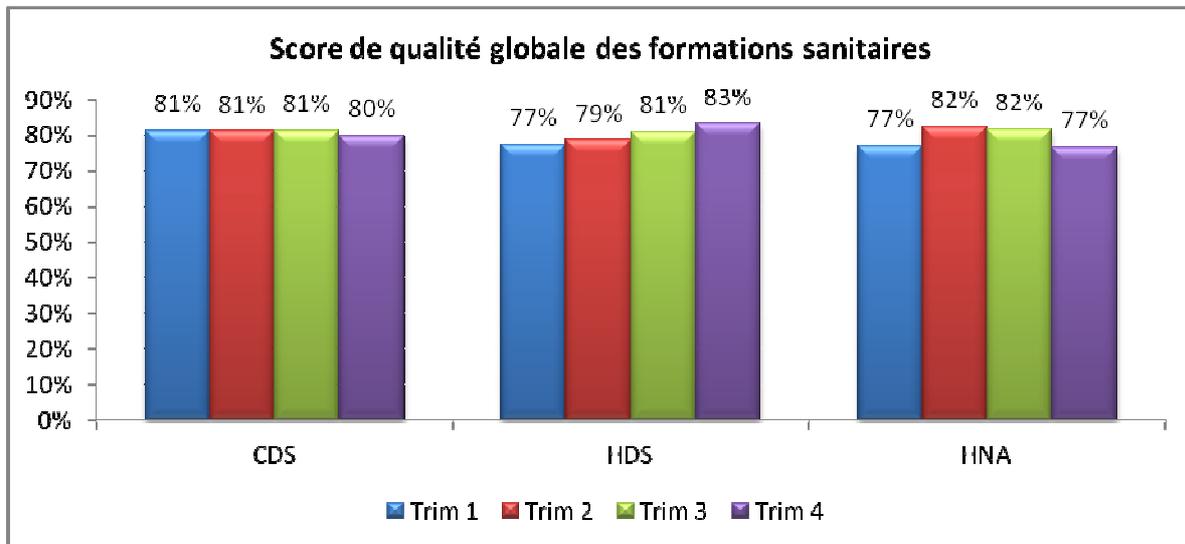
**Graphique 13 : Scores moyens de qualité au niveau des CDS par Province en 2013**

En 2013, 10 provinces sur 17 ont obtenu un score de qualité global supérieur ou égal à 80%. Trois Provinces ont eu un score de qualité global inférieur à 70%. Il s'agit des provinces de Bubanza (63%), Mairie de Bujumbura (69,5%) et de Muramvya (60,9%).

**Graphique 14 : Scores moyens de qualité au niveau des Hôpitaux par Province en 2013**

Au cours de l'année 2013, 8 provinces sanitaires ont obtenu le score global de qualité supérieure ou égale à 80%.

Graphique 2 : Evolution du score de qualité globale des formations sanitaires en 2013

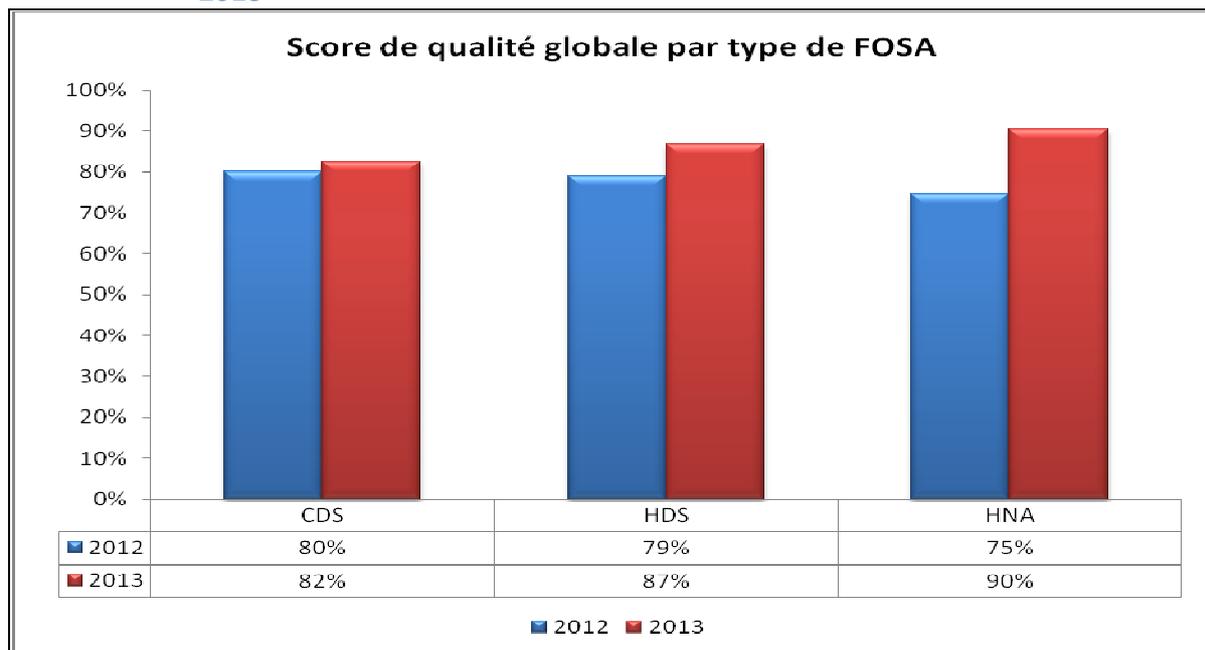


L'analyse du graphique ci-dessus montre que le score de qualité globale des centres de santé est resté satisfaisant et n'a pas beaucoup changé en 2013 avec des moyennes trimestrielles variant entre 80% et 81%.

En ce qui concerne le score de qualité globale des hôpitaux de district, il a augmenté progressivement passant de 77% au premier trimestre à 83% au quatrième trimestre 2014.

Pour les hôpitaux nationaux, le score de qualité globale qui était passé de 77% au premier trimestre à 82% au 2<sup>ème</sup> trimestre est resté à ce niveau au 3<sup>ème</sup> trimestre pour retomber à 77% au quatrième trimestre.

Graphique 36 : Comparaison des scores de qualité globale par type de FOSA entre 2012 et 2013



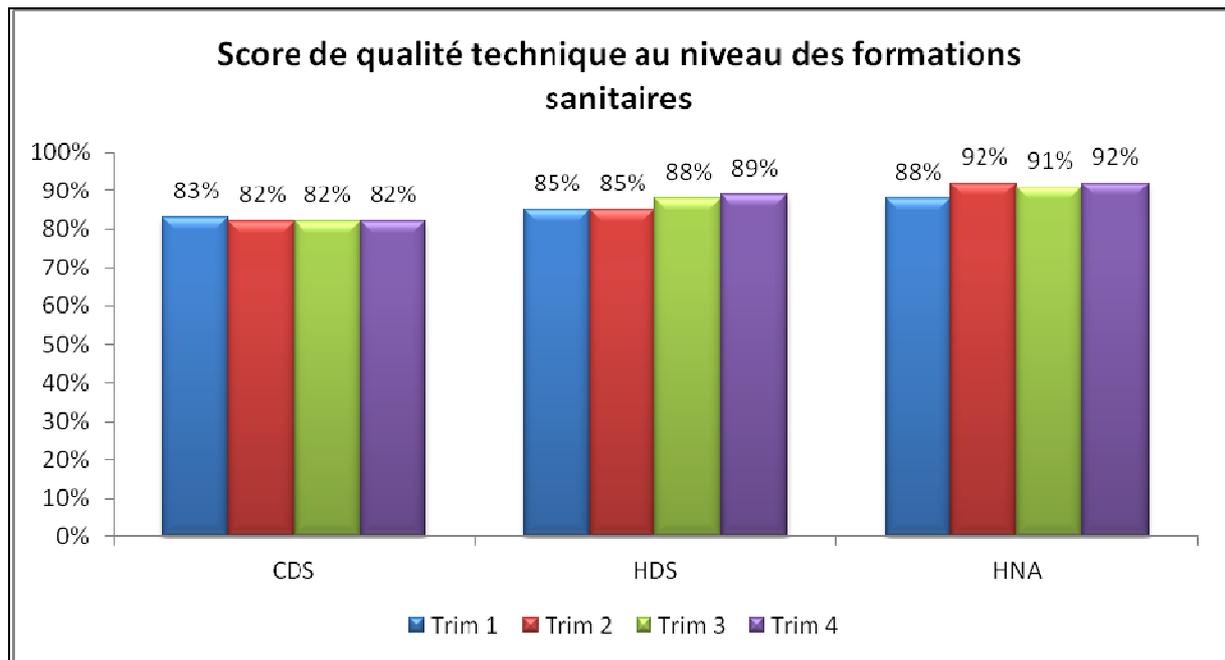
Le score de qualité globale a connu une augmentation entre 2012 et 2013 au niveau des Centres de Santé, le score passant de 80% à 82%.

Au niveau des Hôpitaux de district, le score de qualité globale a connu également une augmentation, la moyenne passant de 79% à 87% de 2012 à 2013.

En ce qui concerne les Hôpitaux Nationaux, le score de qualité globale s'est aussi amélioré, la moyenne étant passée de 75% en 2012 à 90% en 2013.

#### II.4.2. Qualité technique au niveau des formations sanitaire

**Graphique 17 : Evolution du score de qualité technique des formations sanitaires en 2013**

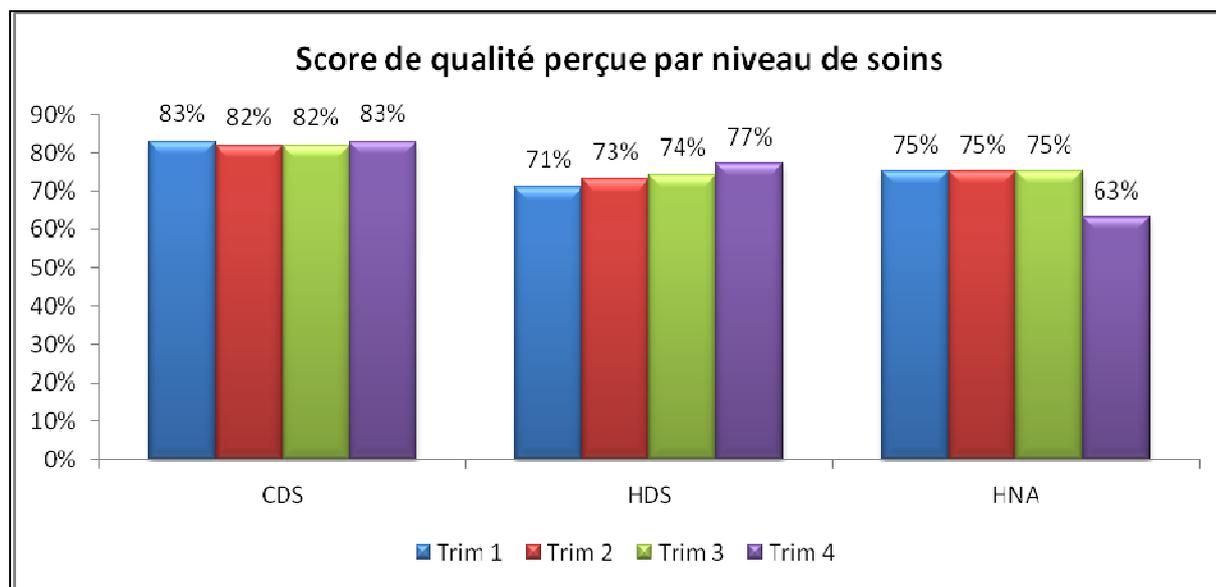


Au niveau des Centres de Santé ; le score de qualité technique est resté stationnaire avec une moyenne annuelle de 82%.

Quant aux Hôpitaux de District, la qualité technique a légèrement augmenté au cours du troisième et quatrième trimestre et la moyenne annuelle est de 87%. S'agissant des Hôpitaux nationaux, la qualité technique a sensiblement augmenté au cours du deuxième trimestre passant de 88% à 92 % mais elle est restée stationnaire au cours des deux derniers trimestres avec une moyenne annuelle de 90%.

### II.4.3. Qualité des soins perçue par la population

Graphique 48 : Score de qualité perçue au niveau des formations sanitaires en 2013



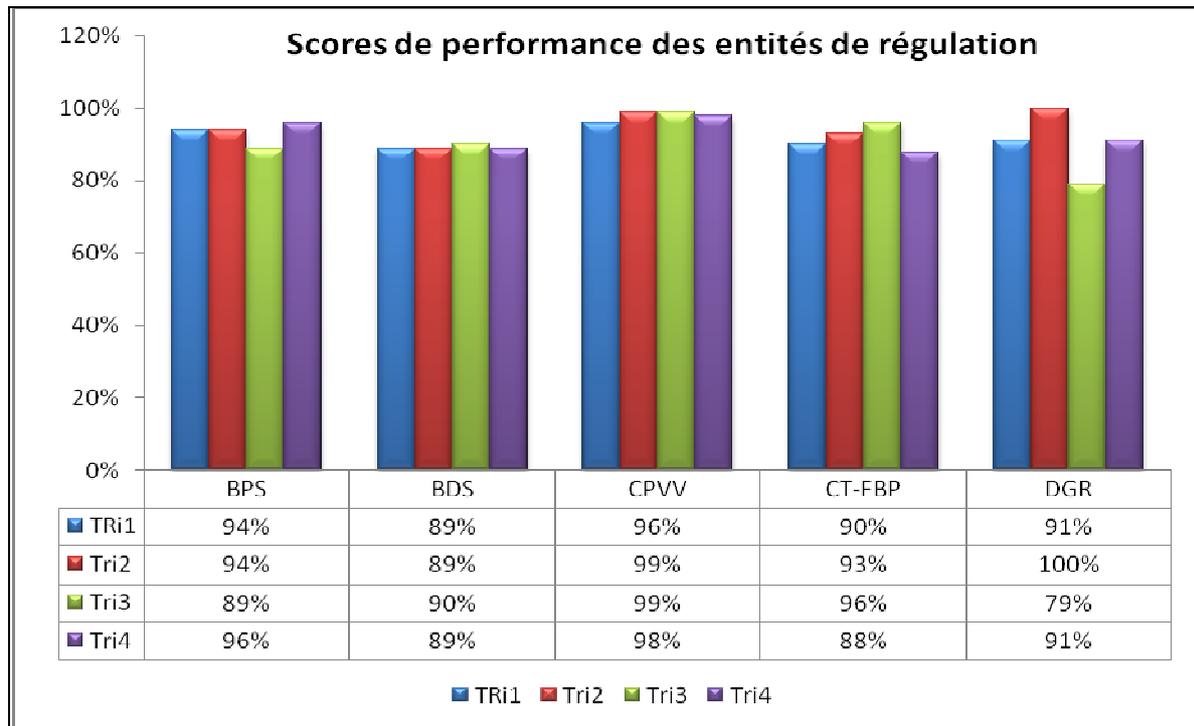
On observe une évolution stationnaire de la qualité des services des centres de santé telle que perçue par les utilisateurs avec un score annuel moyen de 83%.

Au niveau des Hôpitaux de District, après un score à 71% au 1<sup>er</sup> trimestre, on note une augmentation de ce score au cours des trimestres suivants avec un score annuel moyen de 74%.

Quant au niveau des Hôpitaux Nationaux, le score de qualité perçue qui était stationnaire au tour de 75% vient de connaître une baisse au cours du quatrième trimestre 2013. Le score annuel moyen de qualité perçue est de 69%.

#### II.4.4. Score moyen de performance au niveau des entités de régulation

Graphique 19 : Evolution des scores moyens de performance des entités de régulation et de mise en œuvre au cours de l'année 2013.

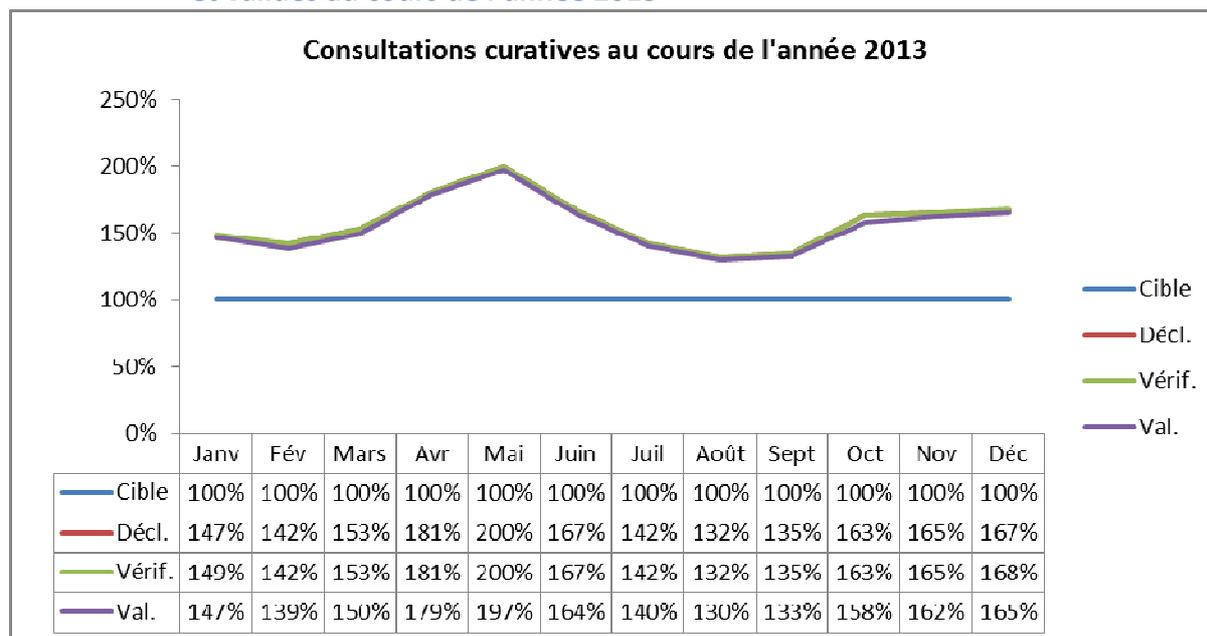


Les scores moyens de performance des organes et entités de mise en œuvre du FBP (DGR, CT FBP, CPVV, BPS et BDS) sont satisfaisants et sont au-delà de 88% au cours de l'année 2013.

#### II.5. Qualité des données vérifiées dans le cadre du FBP

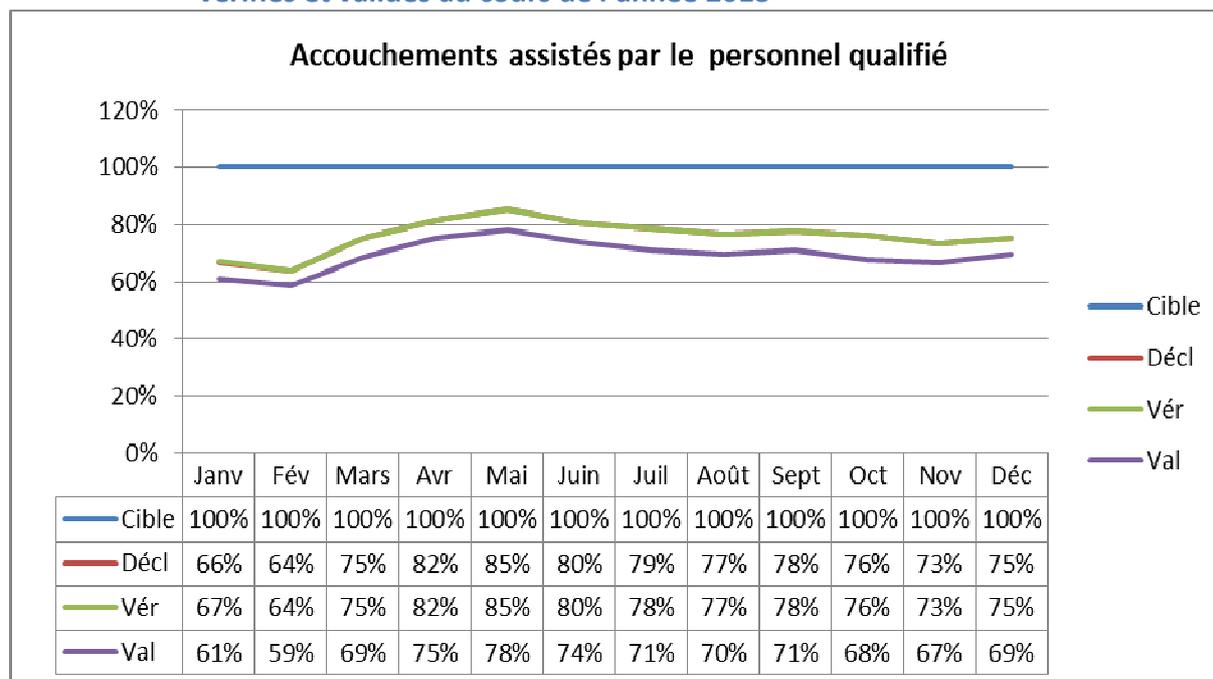
Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, il est attendu que les données déclarées par les formations sanitaires devraient correspondre aux données vérifiées avec une différence acceptable de plus ou moins 5%. Comme en 2012, on observe en 2013 une amélioration de la qualité des données objectivée par le fait que les courbes des données déclarées et des données vérifiées de la plupart des indicateurs se superposent comme cela est illustré par le graphique ci-dessous en rapport avec les consultations curatives.

**Graphique 20: Comparaison des cas de nouvelles consultations curatives déclarés, vérifiés et validés au cours de l'année 2013**



Quant aux données validées, on observe souvent une légère différence qui semble plus accentuée au niveau des accouchements assistés suite au rejet de ceux pratiqués en dehors du respect des conditions exigées par le FBP, c'est-à-dire des données correctement enregistrées avec toutes les indications requises (nom, âge, adresse, diagnostic, traitement, date...), comme l'indique le graphique ci-dessous.

**Graphique 21 : Comparaison des cas d'accouchements par un personnel qualifié déclarés, vérifiés et validés au cours de l'année 2013**



### **CHAPITRE III : SYNTHÈSE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS ISSUS DES RAPPORTS DE VÉRIFICATION ET CONTRE VÉRIFICATION**

Le système de vérification du FBP produit des données qui sont vérifiées, validés et analysés à plusieurs niveaux du système de santé : au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux, au niveau des Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV) et au niveau de la Cellule Technique Financement Basé sur la Performance (CT-FBP). A cet effet, le montage institutionnel du FBP au Burundi prévoit (1) la vérification mensuelle des prestations quantitatives, (2) l'évaluation trimestrielle de la qualité technique dans les FOSA et (3) l'évaluation de la qualité perçue par la communauté semestriellement.

Dans le cadre de l'évaluation du niveau d'implication des organes de régulation dans le suivi-évaluation de la mise en œuvre du FBP, il est aussi réalisé trimestriellement l'évaluation des entités de régulation du niveau intermédiaire (BPS, CPVV) et périphérique (BDS). Les résultats issus de ces évaluations sont analysés au niveau de la Cellule Technique Financement Basé sur la Performance (CT-FBP).

En outre, une contre-vérification externe est effectuée par trimestre pour apprécier globalement le système de vérification et le suivi-évaluation dans le cadre du Manuel des procédures FBP. Les résultats de la contre-vérification sont aussi analysés au niveau de la Cellule Technique Financement Basé sur la Performance élargie (CT-FBP élargie).

#### **III.1. Analyse des rapports de la vérification des formations sanitaires**

##### **III.1.1. Analyse des rapports de la vérification mensuelle des prestations quantitatives**

Au cours de l'année 2013, les vérifications de la quantité des prestations mensuelles réalisées par le Centre de Santé ou l'Hôpital au cours de chaque mois ont été effectuées par les vérificateurs des CPVV. Toutes les formations sanitaires sous contrat ont été vérifiées dans les délais.

A la fin de chaque vérification, les vérificateurs ont produit des factures qui ont été cosignées par les deux parties.

Au niveau des Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV), les vérificateurs ainsi que l'équipe de validation ont analysé et validé chaque mois : (i) toutes les données relatives aux indicateurs contractualisés ainsi que leurs tendances, (ii) les factures relatives aux prestations FBP issues des formations sanitaires ainsi que les montants à transférer au niveau de chaque formation sanitaire.

A la fin de chaque validation, les CPVV ont produit un PV mensuel d'analyse et de validation des données FBP (indicateurs contractualisés et données financières) qu'ils ont transmis à la Cellule Technique Nationale Financement Basé sur la Performance (CT FBP).

A son tour, la CT FBP qui est l'organe chargée de gérer, analyser et valider toutes les données épidémiologiques, administratives et financières générées par la base de données FBP, a procédé à la validation et a élaboré elle aussi à la fin de chaque validation un PV mensuel de validation des prestations FBP. A travers ces PV, la CT FBP a: (i) analysé et validé les factures synthèses provinciales du FBP; (ii) analysé et commenté les PV de validation des CPVV; (iii) assuré un suivi de l'évolution des indicateurs à travers 7 indicateurs clés; (iv) formulé des recommandations pertinentes pour une meilleure mise en œuvre du FBP; (v) transmis le PV de Validation à tous les acteurs de mise en œuvre du FBP à tous les niveaux.

Les principales observations et recommandations issues de ces rapports sont reprises ci-dessous.

### **Points forts**

- ✓ Tous les PV de validation des CPVV ont été transmis à temps au cours de toute l'année 2013 ;
- ✓ La CT-FBP a pu retirer sur les factures des mois de Janvier, Février, Mars 2013 le montant doublement perçu par les Hôpitaux de District sur l'indicateur « circoncision masculine”; la raison étant que d'Octobre à Décembre 2012, les Hôpitaux de District avaient été doublement payés sur l'indicateur « circoncision masculine » par le projet PRIDE et le FBP;

### **Points faibles**

- ✓ Non encadrement des prestataires ayant des contrats secondaires par les structures avec contrat principal ;
- ✓ Persistance de discordance entre données déclarées et vérifiées dans certaines FOSA ;
- ✓ Persistance d'incompréhension des définitions de certains indicateurs par les prestataires dans certaines FOSA;
- ✓ Interruption temporaire des contrats des membres des CPVV recrutés par le Projet Amagara Meza ainsi que l'appui accordé aux CPVV suite à la fin du devis programme avec comme conséquence la perturbation des activités de vérification au cours du mois de février 2013 ;
- ✓ Arrêt des contrats d'appui entre le MSPLS et les provinces de Cibitoke et Ngozi, ce qui a occasionné des perturbations au niveau du fonctionnement des CPVV, surtout dans la vérification.

### **Recommandations**

- ✓ Documenter les écarts entre les données déclarées et les données validées supérieurs à  $\pm 10\%$  ;
- ✓ Relever les incompréhensions des définitions des indicateurs et former le personnel concerné ;
- ✓ Renforcer l'identification des malades dans les provinces frontalières ;

- ✓ Encadrer les FOSA à l'utilisation des fonds FBP de fonctionnement pour résoudre des problèmes vulnérables ;

### **III.1.2. Analyse des rapports d'évaluation trimestrielle de la qualité technique des prestations sanitaires**

Chaque trimestre, les CPVV analysent et valident les scores de qualité des différentes formations sanitaires ainsi que le bonus ou malus de qualité à accorder à chaque formation sanitaire selon le score de qualité obtenu.

En 2013, l'évaluation de la qualité technique des centres de santé a été effectuée par l'équipe cadre du BPS associée aux membres des BDS tandis que celle des hôpitaux a été réalisée par les pairs d'autres provinces.

#### ***Points forts***

- ✓ Les évaluations de la qualité des prestations se sont déroulées chaque trimestre dans toutes les FOSA sous contrat et dans les délais prévus ;
- ✓ L'évaluation de la qualité a concerné la plupart des aspects de fonctionnement d'une formation sanitaire : environnement du travail, organisation du travail, prestations cliniques, prestations préventives, maintenance préventive et curative, gestion des ressources humaines, gestion des médicaments, gestion financière ;
- ✓ L'évaluation des hôpitaux est faite par les pairs d'autres provinces avec la facilitation des membres de la CT-FBP Elargie ou les Médecins Accompagnateurs pour minimiser le risque de complaisance dans l'attribution des scores ;
- ✓ Les résultats de l'évaluation de la qualité technique ont été restitués aux FOSA.

#### ***Points faibles***

- ✓ La maîtrise de la méthodologie d'évaluation est encore insuffisante chez certains acteurs ;
- ✓ Absence de dossier médical harmonisé dans les hôpitaux provoquant des discussions et malentendus entre les évalués et les évaluateurs sur les éléments constitutifs du dossier médical dans certains hôpitaux;
- ✓ Suivi irrégulier des malades hospitalisés;
- ✓ Mauvaise gestion des déchets biomédicaux dans beaucoup d'hôpitaux;
- ✓ Les périodes d'évaluation étant communiquées à l'avance, les hôpitaux se préparent et il est difficile de s'assurer de la permanence des bonnes pratiques entre deux évaluations ;
- ✓ L'expérience acquise par les équipes d'évaluateurs n'est pas capitalisée à cause de l'instabilité du personnel ;
- ✓ Infrastructures vétustes et exigües dans certaines FOSA ;
- ✓ La plupart des hôpitaux ne font pas de plan des investissements ni de plan de maintenance.

### **Recommandations**

- ✓ Introduire un dossier médical dans les hôpitaux pour harmoniser les éléments à évaluer dans les hôpitaux ;
- ✓ Renforcer Les capacités des équipes d'évaluateurs sur la maîtrise des grilles d'évaluation de la qualité ;
- ✓ Affecter plus de médecins consultants au niveau des hôpitaux afin que le suivi journalier des malades hospitalisés soit réel et effectif ;
- ✓ Rendre disponible les outils standard de gestion du malade (fiche de consultation externe, fiche d'hospitalisation et dossier médical) ;
- ✓ Harmoniser le partogramme qui doit être utilisé dans les FOSA.

### **III.1.3. Analyse des rapports de la vérification communautaire**

Au cours de l'année 2013, 633 associations locales ont signé des contrats avec les CPVV. Elles ont effectué deux enquêtes au courant de l'année 2013 (une enquête tous les six mois). Elles vérifiaient notamment (i) l'existence des patients déclarés dans les registres des FOSA, (ii) l'effectivité des prestations reçues par les utilisateurs et (iii) la satisfaction de ces derniers.

#### **Points forts**

- ✓ Amélioration de la fiabilité des données en rapport avec les prestations des FOSA ;
- ✓ Expression du point de vue de la population sur les prestations offertes par les FOSA ;
- ✓ Renforcement des liens de collaboration entre la FOSA et les acteurs communautaires.

#### **Points faibles**

- ✓ Identification incomplète de certains bénéficiaires dans les FOSA, lesquels ne sont pas retrouvés par les enquêteurs ;
- ✓ Mauvaise tenue des outils de collectes des données dans les FOSA ;
- ✓ Insuffisance dans la conception de certains outils de gestion dont les canevas ne permettent pas de recueillir tous les éléments nécessaires à la réalisation des enquêtes communautaires ;
- ✓ Collaboration insuffisante des administratifs à la base ne facilitant pas la tâche aux enquêteurs communautaires sous prétexte que ces derniers sont rémunérés pour ce travail et pas eux ;
- ✓ Déclarations erronées de certains patients tirés de l'échantillon sur leurs adresses ou la présentation par ces derniers de faux documents. Ces patients ne sont pas retrouvés par les enquêteurs ;
- ✓ Mauvaise tenue des fiches d'enquête par les ASLO ;
- ✓ Faible capacité d'analyse et d'utilisation des résultats des enquêtes communautaires par les vérificateurs du CPVV.

### **Recommandations**

- ✓ Produire des outils de collecte des données contenant toutes les indications indispensables à la réalisation des enquêtes communautaires ;
- ✓ Renforcer les capacités des prestataires pour la tenue et l'utilisation correcte des outils de collecte des données ;
- ✓ Renforcer les capacités des membres des associations locales en matière de réalisation des enquêtes communautaires ;
- ✓ Renforcer les capacités des vérificateurs du CPVV dans l'analyse et l'utilisation des résultats des enquêtes communautaires ;
- ✓ Equiper les enquêteurs communautaires en porte documents, parapluies, badges pour le bon déroulement des enquêtes communautaires ;
- ✓ Sensibiliser les administratifs à la base sur l'importance des enquêtes communautaires ;
- ✓ Organiser des échanges d'expérience entre les vérificateurs des différents CPVV afin d'harmoniser les pratiques dans l'organisation et la conduite des enquêtes communautaires.

### **III.2. Analyse des rapports d'évaluation de la performance des organes de régulation**

Durant l'année 2013, les entités de régulation ont été régulièrement évaluées par les membres de la CT-FBP Elargie. En effet, 17 BPS, 17 CPVV et 45 BDS ont été 4 fois évaluées (une fois par trimestre).

#### **III.2.1. Au niveau du BPS et des BDS**

##### **Points forts**

- ✓ Le BPS réalise une évaluation trimestrielle de la mise en œuvre du plan d'action annuel provincial ;
- ✓ Le BPS assure la coordination des différentes interventions du secteur santé dans la province à travers des réunions trimestrielles du CPSD provincial ;
- ✓ Appropriation progressive du système de Financement Basé sur la Performance qui se fait remarquer par une culture de planification développée à tous les niveaux ;
- ✓ Certains BDS assurent le suivi de l'utilisation de l'outil d'indice par les FOSA.

##### **Points faibles**

- ✓ Faiblesse dans le suivi des paiements des subsides FBP aux FOSA par les gestionnaires BPS et BDS ;
- ✓ Faiblesse dans le suivi de l'exécution des plans d'action des CDS par les BDS ;
- ✓ Mobilité fréquente des équipes cadre des BDS et BPS dont la plupart sont nouveaux et n'ont donc pas beaucoup d'expérience dans la mise en œuvre du FBP ;
- ✓ Non capitalization par les BDS et BPS des données générées par le FBP surtout celles en rapport avec la qualité technique pour l'assurance de la qualité des soins ;

- ✓ Indisponibilité des Médecins Chefs de District Sanitaire et des Médecins Provinciaux dans les activités de suivi-évaluation de la mise en œuvre du FBP suite à l'interférence d'autres activités organisées par le niveau central et/ou les programmes du MSPLS, ce qui pose un problème de planification des activités avec ces derniers ;
- ✓ Rupture de stock des outils standard de collecte des données dans les FOSA avec parfois des messages contradictoires sur les directives de remplissage des registres.

### **Recommandations**

- ✓ Assurer l'encadrement de l'élaboration et de l'exécution des plans d'action des FOSA. Cet encadrement doit être de proximité (pour chaque fosa), et concerne tout le staff du CDS et non le titulaire seul ;
- ✓ Assurer le suivi de la gestion des ressources financières des FOSA en apprêtant mensuellement les copies de l'outil d'indice, mais aussi en élaborant le rapport d'analyse financière des FOSA comportant une réelle analyse de la situation et non la compilation de données ;
- ✓ Rendre disponible le tableau de bord de maintenance précisant les activités de maintenance à effectuer pour les bâtiments, le matériel, l'équipement et les personnes internes ou externes (contrats de maintenance) responsables ;
- ✓ Mener un plaidoyer auprès du MSPLS et/ou des Partenaires pour l'ouverture des services manquants dans certains CDS pour compléter le PMA ;
- ✓ Renforcer les activités de supervisions de la qualité dans les FOSA ;
- ✓ Accorder aux FOSA l'autonomie de gestion financière et d'investissement sans perdre tout en assurant la régulation.

### **III.2.2. Au niveau des CPVV**

#### **Points forts**

- ✓ Composition mixte: plusieurs secteurs (administration, santé, confession religieuse, éducation, société civile) ;
- ✓ Participation des cadres des districts dans les réunions de validation du CPVV permettant que les recommandations formulées parviennent aussitôt aux concernés et en font le suivi ;
- ✓ Régularité dans la vérification et l'établissement des factures FBP des FOSA;
- ✓ Maîtrise par les vérificateurs du processus de vérification quantité, le processus de vérification communautaire et la manipulation de la base web et excel et respect des délais de la vérification quantitative et l'établissement des factures ;
- ✓ Tenue par les CPVV de la réunion mensuelle de validation dans les délais ;
- ✓ Participation des membres de l'équipe du CPVV dans des descentes conjointes (CPVV, BPS, BDS et accompagnement) sur terrain pour le suivi évaluation de la mise en œuvre du FBP.

### Points faibles

- ✓ Difficulté de mobilisation et d'organisation des réunions extraordinaires du CPVV (souvent seule la réunion mensuelle de validation est tenue) ;
- ✓ Manque de planification des besoins de fonctionnement du CPVV (manque de réglementation) ;
- ✓ Insuffisance des vérificateurs en tenant compte de la charge du travail (vérification gratuité/FBP et CAM) et le nombre de FOSA qui ne cesse de s'accroître.

### Recommandations

- ✓ Tenir des réunions extraordinaires du CPVV chaque fois que de besoin.

### III.3. Analyse des résultats de la contre vérification

La troisième année de contre vérification a été exécutée tout le long de l'année 2013, dans le cadre d'un contrat signé au mois de février 2013 entre le MSPLS et l'ONG international HDP. Ce 3<sup>ème</sup> contrat de la contre vérification a porté sur 3 trimestres de l'année 2012 ainsi que le 1<sup>er</sup> trimestre 2013 et était constitué de 4 rounds. Le premier round a concerné la municipalité sanitaire de Bujumbura qui comprend les cinq hôpitaux nationaux de Bujumbura, les centres de santé de son ressort ainsi que les organes de mise en œuvre du FBP. Le second tour a concerné les provinces sanitaires de Karusi, Ruyigi, Gitega et Muramvya. Le troisième tour a porté sur les provinces sanitaires de Bujumbura, Gitega, Muyinga et Kayanza. Enfin le dernier round a tiré au sort les provinces de Cankuzo, Karusi, Ngozi et Cibitoke.

### Points forts

- ✓ Les factures consolidées sont élaborées et transmises dans les délais des CPVV vers les BPS, et de ces derniers vers la CT-FBP ;
- ✓ Les rapports SIS sont bien remplis et envoyés dans les délais à tous les niveaux (CDS, BDS, BPS) ;
- ✓ La mission n'a pas trouvé de tentatives de fraude caractérisée à l'exception des erreurs de comptage par l'évaluation liées à la validation des cas incomplets;
- ✓ Réduction des écarts entre quantités vérifiées et quantités contre vérifiées. Les écarts notés sont dus à un mauvais archivage des registres des hôpitaux ;
- ✓ Ecart négligeable entre quantités vérifiées et contre-vérifiées au niveau des Centres de Santé (-0,1%) ;
- ✓ Nette amélioration dans le respect des procédures du FBP de la part des organes de mise en œuvre du FBP;
- ✓ Séparation des registres des moins de 5 ans et des 5 ans et plus ;
- ✓ Bonne appropriation et perception du FBP par tous ses acteurs (prestataires, régulateurs et acteurs administratifs).

### **Points faibles**

- ✓ L'introduction du dossier médical dans la grille d'évaluation de la qualité des hôpitaux a provoqué une baisse de performance durant la période contre-vérifiée, étant donné que certaines composantes et activités évaluées n'étaient pas d'application à cette période ;
- ✓ Mauvais archivage des outils de collecte des données (registres) occasionnant des écarts entre les données des vérifications des CPVV et celles de la contre vérification ;
- ✓ La rédaction du rapport d'enquête communautaire par les CPVV pose un sérieux problème surtout dans la méthodologie, la collecte des données, l'analyse des résultats, l'interprétation et la présentation des résultats ;
- ✓ Des faiblesses ont été régulièrement relevées au niveau de la gestion financière dans les formations sanitaires ainsi qu'au sein des entités de régulation à chaque tour de la contre-vérification et le manque de personnel formé en la matière a été souvent cité comme étant l'une des causes;
- ✓ Des lacunes ont été constatées au niveau des BPS, des BDS et des hôpitaux par rapport à la disponibilité et à l'utilisation correcte des outils de gestion tels que les livres de banque, livres de caisse, le suivi des dettes et des créances, la gestion du charroi et des immobilisations.

### **Principales recommandations de la Contre vérification**

- ✓ Renforcer les capacités des équipes cadres des districts sanitaires dans le domaine de la planification ;
- ✓ Elaborer un manuel de réalisation des enquêtes communautaires afin d'harmoniser les pratiques dans toutes les Provinces;
- ✓ Former les gestionnaires des BDS, des hôpitaux et des centres de santé en particulier sur la gestion financière et comptable en insistant surtout sur les aspects de remplissage et tenue des documents comptables et de rapportage financier (Partie Trésorerie du Rapport SIS mensuel) ;
- ✓ Renforcer les effectifs au niveau du CPVV compte tenu de la charge de travail à assurer périodiquement, proportionnellement au nombre total de FOSA de la province, afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des vérifications et et du processus de validation.

## CHAPITRE IV : SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBP

### IV.1. Suivi des recommandations du rapport annuel FBP 2012

Les recommandations formulées dans le rapport annuel de mise en œuvre du FBP 2012 visaient le renforcement du système de santé en général et de la mise en œuvre du FBP en particulier. ***Le tableau en annexe 1 du présent rapport présente le niveau de réalisation de ces recommandations.***

### IV.2. Synthèse des Missions de suivi des partenaires du FBP

La Banque Mondiale a effectué quatre missions de supervision du Projet d'Appui au Développement du Secteur de la Santé au cours de l'année 2013. Les membres de chaque mission ont rencontré différentes personnalités du niveau central et entités de régulation et de mise en œuvre du programme FBP-Gratuité. Il s'agit entre autres du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, le Directeur Général des Ressources, le Directeur Général des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida et la CT-FBP.

Pour ce qui est du suivi évaluation de la mise en œuvre du FBP, les échanges ont portés sur les points suivants (Rapport Mission d'évaluation du projet PADSS, Avril, Juin, Août et Octobre 2013) :

- ✓ La préparation de l'étude sur le financement du système de santé au Burundi ;
- ✓ L'avancement dans le projet d'étude sur l'équité du système de santé au Burundi;
- ✓ La préparation des deux enquêtes portant respectivement sur le paquet minimum de soins auprès des ménages (PMS II) et sur la qualité des prestations auprès des formations sanitaires, dans le cadre du suivi et évaluation du programme FBP-Gratuité;
- ✓ L'étude d'impact de l'introduction de la nutrition dans le programme FBP;
- ✓ L'appui à la mise en œuvre du Projet de Mise en Réseau des Laboratoires de Santé Publique en Afrique de l'Est (EAPHLN);
- ✓ Le processus de mise en place d'incinérateurs dans 15 formations sanitaires.

Au terme de ces visites, la mission a formulé une série de recommandations visant l'amélioration de la mise en œuvre du FBP. Ces recommandations portent notamment sur la gestion financière, la passation de marchés, les aspects de sauvegarde, le suivi de la préparation des enquêtes auprès des ménages et des formations sanitaires, l'évaluation de la base de données ainsi que des flux d'information du programme FBP-Gratuité et de mise en place d'un tableau de bord, l'évaluation des entités de régulation du système de paiement des formations sanitaires et des entités de mise en œuvre du FBP, la mise en œuvre du projet EAPHLN.

Les rapports de supervision d'autres partenaires comme le projet Amagara Meza (financé par la Commission européenne) et la CTB dans leurs provinces d'intervention indiquent une appréciation globale du FBP par les différents acteurs avec cependant certaines faiblesses relevées : irrégularité et retard des factures, problématique d'archivage des outils de collecte des données, faible gestion financière, non utilisation systématique de l'outil d'indice dans certaines FOSA. Des recommandations en terme de promptitude des paiement et d'amélioration globale de la gestion financière et des données ont été formulées.

Outre ces missions de supervision, le MSPLS a organisé des réunions de coordination des activités du projet PADSS et EAPHLN tenues les 6 Juin, 28 Août et 3 Septembre 2013, sous la présidence du Directeur Général des Ressources analysant l'état d'avancement des activités des deux projets.

### **IV.3. Coordination de la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux**

#### **IV. 3.1. Ateliers de suivi de la mise en œuvre du FBP**

Deux ateliers de suivi de la mise en œuvre du FBP ont été organisés à Bujumbura du 06 au 07 Juin 2013 et du 30 au 31 Octobre 2013. Ces ateliers ont réuni autour de la CT-FBP les responsables des entités de régulation et de mise en œuvre du FBP des niveaux intermédiaire et périphérique ainsi que les membres de la CT-FBP élargie impliquées dans les activités d'évaluation. Au terme de ces ateliers, des recommandations ont été formulées à l'endroit de différents acteurs.

***L'état de mise en œuvre de ces recommandations se trouve dans le tableau se trouvant en annexe 2 du présent rapport.***

#### **IV.3.2. Suivi trimestriel des activités des ONGs d'accompagnement**

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des missions d'évaluation trimestrielle des activités réalisées par les entités de régulation et de mise en œuvre du FBP ainsi que des ONGs d'accompagnement, ont été organisées aux niveaux intermédiaire et périphérique. Ces évaluations ont été effectuées par des équipes de la CT-FBP élargie et toutes les provinces sanitaires ont été visitées. A la fin de chaque évaluation, un rapport a été rédigé et transmis à la CT-FBP.

Cette activité de suivi de l'accompagnement de la mise en œuvre du FBP s'inscrit dans les missions de la CT-FBP et consiste à :

- S'assurer du respect des clauses du contrat conclu entre le MSPLS et l'ONG en rapport avec l'accompagnement et de l'exécution des Plans d'action y relatifs ;
- Discuter avec les acteurs concernés des avantages et des défis liés à l'accompagnement, ainsi que des stratégies d'amélioration ;
- Apprécier la satisfaction des acteurs encadrés par rapport à l'accompagnement reçu.

***Le tableau se trouvant en annexe 3 du présent rapport donne la synthèse des résultats de ces évaluations. Ces rapports ont fait l'objet d'analyse par la CT-FBP plus particulièrement pour ce qui concerne les recommandations formulées en vue du suivi de la mise en œuvre de ces dernières.***

#### **IV.3.3. Autres activités de suivi-évaluation**

En plus des missions d'évaluation trimestrielle et des ateliers semestriels de suivi de la mise en œuvre du FBP, d'autres activités ponctuelles sont organisées par la CT-FBP en vue de s'assurer de la mise en œuvre du FBP conformément au manuel des procédures FBP. De plus, ce suivi permet de documenter des aspects particuliers à chaque province et de proposer des solutions aux problèmes rencontrés.

D'autres activités de suivi de la mise en œuvre du FBP ont été régulièrement réalisées par la CT-FBP au cours de l'année 2013. Ces activités qui étaient inscrites dans le plan d'action annuel, comprenaient entre autres :

- ✓ Le suivi de la mise en œuvre du plan d'action de l'entité CT-FBP réalisé à l'occasion des réunions d'évaluation et de planification organisées tous les premiers jours de semaine;
- ✓ Le suivi du processus de paiement des performances des entités de mise en œuvre du FBP;
- ✓ La rédaction des rapports d'activités mensuel et trimestriel sur la mise en œuvre du FBP au niveau national;
- ✓ L'actualisation continue de la cartographie des interventions FBP au niveau national.

L'étude d'impact du FBP sur les indicateurs de nutrition a démarré au début de l'année 2013 avec l'identification des indicateurs de nutrition, avec l'appui des chercheurs de l'Institut de Médecine Tropical d'Anvers. La CT-FBP a ensuite élaboré une note technique relative à l'introduction des prestations relatives à la lutte contre la malnutrition dans la stratégie nationale FBP. Cette étude sera conduite sur des zones d'intervention au niveau communautaire et au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux).

Le projet d'étude sur l'équité dans le secteur de la santé au Burundi a effectivement commencé en 2013. La partie analyse quantitative a débuté en début d'année avec la préparation des données à utiliser (PMS 2012, DHS et CNS 2010) et la détermination des indicateurs pertinents à analyser. Cette étude sera composée de trois parties : La première s'intéresse aux aspects quantitatifs de l'étude de l'équité au travers du programme ADePT (progressivité, dépenses catastrophiques et appauvrissement, inégalités des niveaux de santé, analyse de l'incidence des bénéficiaires). La seconde partie porte sur les analyses qualitatives de l'équité sous-tendue par les aspects socioculturels qui concernent des groupes vulnérables comme les Batwas, les rapatriés et les populations déplacées internes. Enfin, la troisième partie sera dédiée aux conclusions et recommandations. Cette analyse a été réalisée avec l'appui de la Banque Mondiale.

## **CHAPITRE V : DOCUMENTATION ET RECHERCHE ACTION**

### **V.1. Bulletins trimestriels sur la mise en œuvre du FBP**

En 2013, trois numéros trimestriels du « Bulletin des nouvelles FBP » ont été produits et diffusés auprès du public cible.

- Le premier numéro paru en avril 2013 porte sur la mise en œuvre de l'expérience pilote de FBP Communautaire dans la Province de Makamba. Ce numéro retrace les principaux acteurs de mise en œuvre du FBP Communautaire à Makamba, les indicateurs contractualisés, le montage institutionnel, le circuit de vérification et de validation, le circuit de financement ainsi que les principaux résultats obtenus par ce projet mis en œuvre par l'ONG CORDAID.
- Le deuxième numéro du bulletin des nouvelles FBP a été publié en Septembre 2013 et portait sur l'amélioration de l'environnement et des conditions de travail suite à l'introduction du FBP dans les Provinces de Kayanza, Ngozi et Ruyigi. Il indique comment les formations sanitaires de ces Provinces ont notamment amélioré les conditions d'hygiène ; construit des homes pour le personnel, des clôtures et des incinérateurs ; acheté du matériel informatique, des plaques solaires et autres équipements.
- Le troisième numéro du bulletin, publié en Décembre 2013, a porté sur la présentation des expériences pilotes de FBP en Santé Mentale (Province de Gitega) et en soins oculaires (Province de Ngozi). Les principaux résultats de ces expériences pilotes ont été mis en exergue.

### **V.2. Gestion de la base de données FBP et du site web sur le FBP**

Un comité de gestion de la base de données FBP existe et se réunit une fois par trimestre. Au courant de l'année 2013, la base des données FBP a continué à subir des adaptations afin de la rendre plus conviviale et permettre une analyse plus facile des données. Les données produites dans le cadre de la mise en œuvre du FBP ont été saisies dans la BDD.

En ce qui concerne le site web sur le Financement Basé sur les Performances, il a également fonctionné sous la coordination de la sous commission responsable. Des réunions ont été organisées et les membres ont pris différentes décisions pour l'amélioration de la gestion du site. Divers documents et reportages ont ainsi été postés sur le site au cours de l'année 2013.

### **V.3. Communications sur la mise en œuvre du FBP au Burundi**

#### **V.3.1. Communication de l'expérience du Burundi lors des conférences et ateliers**

L'expérience du Burundi sur la mise en œuvre du FBP a été partagée dans des conférences et ateliers internationaux organisés en 2013 :

- L'expérience de mise en œuvre du FBP au Burundi a été présentée respectivement à une conférence internationale sur l'évaluation d'impact du FBP

tenu à Bergen (NORVEGE) du 13 au 14 Juin 2013 ; et à la conférence internationale sur la santé globale tenue également à Bergen (NORVEGE) du 16 au 17 Octobre 2013.

- L'expérience du Burundi sur la mise en œuvre du FBP et de la gratuité des soins a été partagée dans un atelier d'échanges d'expériences sur les stratégies de financement de la santé pour la couverture maladie universelle tenue à Cotonou (Bénin) du 10 au 13 Décembre 2013.
- Le Burundi a également présenté son expérience à la conférence internationale sur le FBP tenue à Oslo (NORVEGE) du 11 au 12 Décembre 2013.

### **V.3.2. Communication sur les résultats enregistrés dans le cadre de la mise en œuvre du FBP**

En vue de partager avec le public large les résultats enregistrés dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie du Financement Basé sur la Performance au cours de l'année 2013, des activités de communication à grande échelle ont été réalisées. En effet un reportage sur les stratégies avancées dans la mise en œuvre du FBP par le centre de santé Kayogoro en province sanitaire Makamba a été diffusé à travers les médias publics et privés.

L'objectif de communication était de sensibiliser les autres responsables des formations sanitaires à s'inspirer du modèle de Kayogoro et prendre des initiatives pouvant les aider à intégrer davantage la culture FBP dans la gestion quotidienne de leur institution respective.

Une autre activité de communication réalisée a été centrée sur la sensibilisation des mères ayant des enfants en bas âge face aux problèmes liés à la malnutrition. Un reportage pour plaider en faveur de la prise en charge des enfants souffrant de la malnutrition sévère a été aussi diffusé à travers les médias de masse.

S'agissant de la dissémination de l'expérience pilote de la mise en œuvre du FBP communautaire, le responsable de l'ONG COPED a eu l'opportunité de s'exprimer sur les résultats déjà enregistrés notamment les groupements et le renforcement des capacités des agents de santé communautaire. Il a aussi accordé une interview aux journalistes de la télévision nationale au sujet des contraintes et défis à relever pour le succès du FBP communautaire.

Un film documentaire sur la mise en œuvre des réformes du système de santé en province sanitaire de Kirundo a été diffusé à la Télévision nationale du Burundi et posté sur le site YOU TUBE. S'agissant de la communication sur les aspects en rapport avec les sauvegardes sociales et environnementales, le film évoque la problématique de la gestion des déchets bio médicaux, l'hygiène hospitalière et l'orientation des patients. Les groupes vulnérables comme les veuves et les Batwa ont eu l'opportunité de s'exprimer sur les avantages de la gratuité et l'accès aux soins.

Il y a lieu de mentionner aussi la diffusion d'un reportage sur la situation de la santé de la reproduction notamment le planning familial, l'utilisation des méthodes contraceptives, la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la lutte contre la malnutrition.

### Encadré

#### Histoire de succès de madame SINDAKIRA Sabine

Née en 1956, Madame Sabine Sindakira, habite la colline Kabezi, commune Kayogoro, Province Makamba. Elle s'est mariée en 1990. Elle a eu 9 enfants. Sept seulement sont encore en vie. Elle raconte sa joie et sa grande satisfaction depuis la mise en place de la réforme de gratuité des soins ! « Dans les années 1990, c'était très dur de se faire soigner à ce centre de santé. Tu pouvais facilement passer une journée et rentrer sans être soignée. Les infirmiers n'étaient pas disponibles. Les médicaments rares ! Malgré leur présence au travail, les infirmiers t'ignoraient !! Ils faisaient comme si tu n'étais pas là ! Leurs regards suffisaient pour savoir si tu allais être soigné ou pas !! Ils avaient un regard plein de mépris et de dédain surtout quand tu étais en haillons ! »

Elle continue son récit « Etre pauvre c'était comme si tu es un damné de la terre ! Une fois, je suis allée, seule, à l'hôpital Makamba pour faire soigner mon enfant. Il fallait parcourir 9 km ! Mon mari était resté à la maison. N'eut été l'intervention de la sœur FILIPA, mon enfant serait mort ! Je ne peux pas oublier la sœur FILIPA. C'est grâce à elle que mon enfant fût sauvé alors que les infirmiers du centre Kayogoro ne l'avaient même pas touché. » « Aujourd'hui, les choses ont changé. Tu peux tomber malade et être soigné sans argent. Cette politique a permis aux pauvres de se faire soigner. Le fait de ne pas exiger de l'argent a permis aux populations d'utiliser le centre de santé au même titre que les autres!. Aujourd'hui même si tu tombes malades avant de rembourser le dû, le titulaire accepte de te soigner et attendre l'argent ! C'est la bonté de Dieu !

Les jeunes ont profité de cette politique de gratuité. Mes deux belles sœurs accouchent dans un endroit propre. Je suis très heureuse. Elles ne payent rien !! Les toilettes sont propres alors qu'avant tu ne pouvais même pas s'asseoir à côté. Les poubelles sont disponibles et les déchets sont déposés là (elle montre avec le doigt !!). En plus elles ne payent rien.



**Oui vraiment les choses ont changé. Tu peux tomber malade et être soigné sans argent.**

En plus, les infirmiers ont changé. L'accueil est très chaleureux. La convivialité est totale. Ils viennent chez nous à la maison pour récupérer les abandons, comme les tuberculeux ! C'est très original. Aujourd'hui, au centre de santé, tout le monde est égal. Pas de favoritisme ni de clientélisme. Yooh ! Vraiment c'est très bien.

## **CHAPITRE VI : CONTRIBUTION DU FBP AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

Le présent chapitre décrit, en fonction des données disponibles, la part du FBP/Gratuité dans le renforcement du système de santé à travers certains piliers de ce dernier notamment : (i) la disponibilité des ressources humaines et auto responsabilité, (ii) les médicaments/vaccins et technologies nouvelles (iii) l'information sanitaire et gestion des données, (iv) la gouvernance, le leadership et l'implication de la communauté à la gestion des structures de santé, (v) le financement et autonomie de gestion, et (vi) les infrastructures et équipements. La contribution à la prestation des services et qualité des soins a été abordé dans d'autres chapitres de ce rapport.

### **VI.1. Disponibilité des ressources humaines**

Le FBP est reconnu comme étant une stratégie qui agit essentiellement sur l'offre des services. De par sa promotion de la culture d'auto-évaluation, d'organisation et de planification basée sur une identification des besoins réels, y compris ceux en ressources humaines de qualité. Grâce à l'autonomie de gestion, aussi prônée par le FBP (quoique jugée encore limitée par certains acteurs), les structures de santé parviennent à répondre aux besoins identifiés en ressources humaines et autres intrants en fonction de leurs propres moyens, sans chaque fois devoir attendre les allocations par le niveau central (les besoins qui dépassent leurs capacités sont évidemment rapportés à la hiérarchie en guise de demande d'appui).

Les mécanismes du FBP s'avèrent également source de motivation, aussi extrinsèque qu'intrinsèque pour le personnel. Les paiements aux structures de santé dans le cadre du FBP se sont considérablement accrus entre 2012 et 2013, d'où les FOSA ont pu dégager des ressources leur permettant de payer des primes de motivation au personnel, y compris dans certains hôpitaux tertiaires, ce qui n'avait pas été toujours le cas au cours des années précédentes.

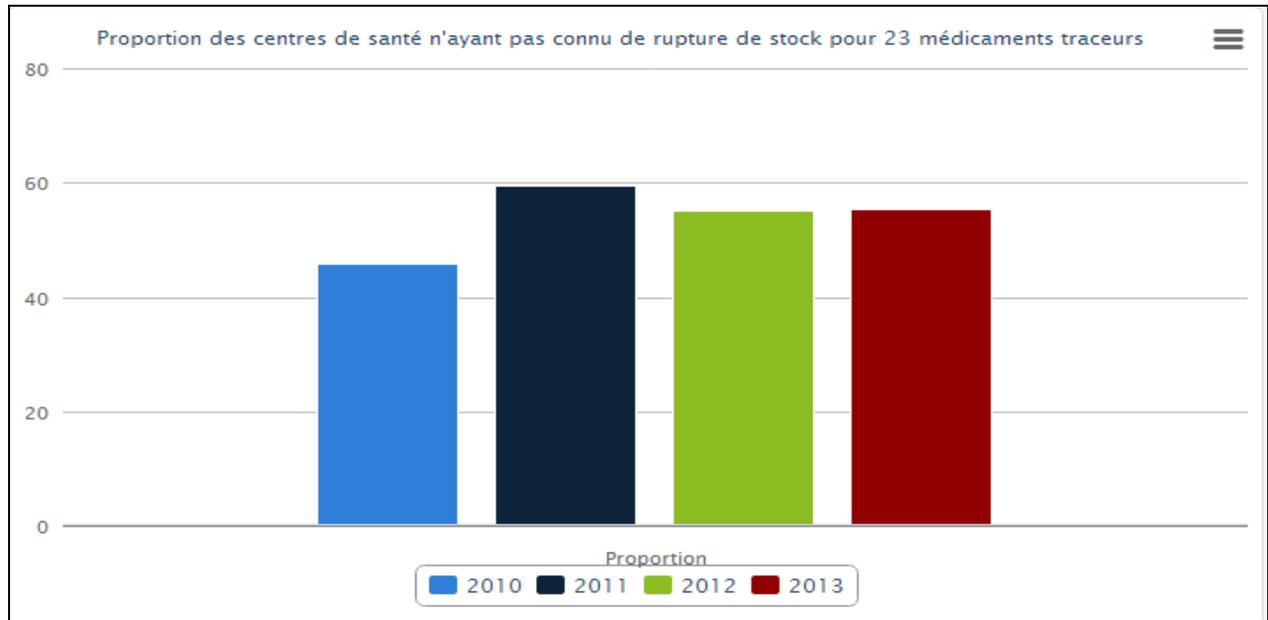
Au cours de l'année 2012 par exemple, les prestataires de soins dans les centres de santé avaient perçu en moyenne mensuelle des primes variant entre 130 000 Fbu et 90 000 Fbu selon qu'on est titulaire ou infirmier A3. En 2013, les primes payées aux prestataires ont en ont augmenté par rapport à 2012 et varie entre 143 344 Fbu pour les titulaires des CDS à 102 453 Fbu pour les infirmiers A3.

En outre, le MSPLS a poursuivi son effort en ce qui concerne le recrutement et l'affectation des personnels de santé qualifiés prioritairement aux endroits périphériques. Le rapport de mise en œuvre du FBP de l'année 2012 faisait état d'un effectif de 210 Infirmiers A2 (dont 170 techniciens médicaux et 40 techniciens de laboratoires), 120 infirmiers A3 et 20 Médecins embauchés au cours de cette année-là. En 2013, les effectifs sont restés du même ordre, 20 médecins (dont 19 ont été affectés en périphérie), 180 infirmiers A2 et 120 A3 et 40 techniciens de laboratoire ont été recrutés.

## VI.2. Disponibilité des médicaments

La disponibilité des médicaments, vaccins et autres intrants est l'un des indicateurs de qualité suivi dans le cadre du FBP. Le graphique ci-après montre l'évolution du nombre de FOSA n'ayant pas connu de ruptures de stock en médicaments traceurs de 2010 à 2013.

**Graphique 22 : Evolution de la proportion des CDS n'ayant pas connu de rupture de stock pour 23 médicaments traceurs de 2010 à 2013**



**Source : Base de données FBP**

Selon ce graphique, le nombre de CDS ayant connu une rupture de stock en médicaments traceurs a baissé entre 2010 et 2011, allant de 54% à 41%. Néanmoins cette tendance s'est inversée entre 2011 et 2012, passant de 41% à 45%, et est restée stationnaire en 2013.

Si les seuls mécanismes du FBP ne pourraient suffire pour endiguer ce problème, le suivi de cet indicateur à travers les évaluations de la qualité permet au moins d'en mesurer l'ampleur et de tirer la sonnette d'alarme. La rupture de stock en médicaments traceurs dans presque la moitié des formations sanitaires, au cours d'une année, constitue le signe évident d'importants dysfonctionnements sur la chaîne d'approvisionnements en médicaments, et qui en appelle aux entités compétentes concernées à entreprendre toutes les mesures qui s'imposent en vue de remédier à cette situation. Entre autres, la complexité des procédures auxquelles la CAMEBU se trouve confrontées et la lourdeur des procédures administratives au niveau de la DPML sont évoquées comme des principaux goulots d'étranglement dans le système.

## VI.3. Système d'information sanitaire

L'année 2013 a été marquée aussi par d'intenses discussions sur le registre unique d'accueil au sein des formations sanitaires. Le registre d'entrée unique des bénéficiaires des soins a été introduit pour améliorer le système de collecte des données sanitaires en général, et de corriger le problème de notification des anciens cas comme des nouveaux cas, en particulier.

Cependant, ce registre n'a pas été correctement utilisé, et lors de la vérification, d'importants écarts étaient relevés entre les données issues de ce dernier et celles des registres des différents services. Il avait aussi été rapporté que le registre unique d'accueil rendait la tâche difficile aux vérificateurs. Toutefois, au vu de ses multiples avantages, il a été convenu que les prestataires soient suffisamment encadrés pour utiliser correctement ce registre, et qu'à leur tour, les vérificateurs s'en servent comme principale source de données, tout en tenant à effectuer une triangulation avec les données des registres des différents services.

Le FBP contribue également à l'amélioration de la complétude et la promptitude des rapports SIS, dans la mesure où, même si la vérification doit toujours être réalisée, les prestations ne sont rémunérées aux FOSA que lorsque le rapport mensuel a été élaboré. Par ailleurs, les BDS et BPS sont financièrement sanctionnés (dans le cadre du FBP) lorsque les rapports ne sont pas transmis à la DSNIS dans les délais fixés. Les données transmises à la hiérarchie par les structures de soins sont donc préalablement vérifiées et validées par des agents externes. Les indicateurs portant sur l'analyse des données sont aussi suivis dans le cadre du FBP, spécialement par les différentes entités de régulation, les CPVV, les BDS et BPS et même les services du niveau central du MSPLS.

Selon la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS), le taux de complétude/promptitude des données SIS qui était resté de 98% en 2011 et 2012, a été cette fois-ci de **100%** en 2013. On peut penser sans se tromper que, n'eût été cette mesure liée au FBP, cette performance n'aurait pas été facilement réalisée.

#### **VI.4. Gouvernance, Leadership et Participation communautaire**

##### **VI.4.1. Contribution à la Gouvernance et au leadership**

La mise en œuvre du FBP s'accompagne de bonnes pratiques de nature à renforcer la bonne gouvernance, le leadership et l'implication de la communauté dans la gestion des structures sanitaires. En effet, le principe de séparation des fonctions prôné par le FBP (prestation, régulation, vérification et achat) contribue à prévenir les conflits d'intérêt entre les parties prenantes et à renforcer le respect des responsabilités des différents acteurs. En outre, les évaluations régulières de toutes les structures de santé et autres entités du système de santé entretiennent un climat de dynamisme au sein de ce dernier, en poussant les équipes à toujours être plus entrepreneuriales, innovantes et responsables.

Selon les résultats d'une évaluation rapide des activités dans le cadre de l'accompagnement de la mise en œuvre du FBP au niveau opérationnel réalisée sur un échantillon de 3 provinces en décembre 2013 les capacités au niveau de régulation décentralisée se sont nettement renforcées, et les acteurs s'estiment déjà capables d'élaborer et d'exécuter leurs

plans d'actions de façon indépendante, et de ne recourir aux appuis ponctuels extérieurs qu'en cas de nécessité<sup>1</sup>.

#### **VI.4.2. Renforcement de la participation communautaire**

Le MSPLS via la DPSHA a adopté la santé communautaire comme approche de promotion de la santé avec un accent particulier sur la participation communautaire. Cette participation communautaire doit avoir une assise bien solide dans l'organisation du niveau communautaire bien structuré. Ainsi trois priorités ont marqué la mise en œuvre de cette approche.

La 1<sup>ère</sup> priorité a été l'élaboration des outils de gestion de la santé communautaire. Le ministère a élaboré les outils de gestion suivants (i) le document des orientations stratégiques; (ii) le manuel des procédures sur la santé communautaire (iii) le guide du formateur et le manuel intégré de formation de l'agent de santé communautaire (ASC); (iv) le document sur les six pratiques familiales clés; (v) le plan stratégique 2014-2017; (vi) les outils de collecte des données en santé communautaire. Ces outils sont arrivés au moment où les programmes et services de santé et les partenaires au développement n'avaient pas de documents de référence formalisés pour travailler dans le domaine de la santé communautaire.

La 2<sup>ème</sup> priorité était l'organisation des élections démocratiques des ASC au niveau des sous collines conformément aux critères édictés dans le manuel des procédures sur la santé communautaire. Ces ASC sont mis en groupements ou en associations autour du CDS appelés « Groupement d'Agents de Santé Communautaire » (GASC). Actuellement, les GASC sont déjà mis en place dans plusieurs BPS.

La 3<sup>ème</sup> priorité a été la formation des ASC sur le manuel intégré de l'ASC dans 10 provinces sur 17 du pays sur financement des partenaires. Ces ASC ont bénéficié d'une formation sur le tas de courte durée pour prêter main forte aux activités de promotion de la santé, prévention de maladies et aux soins curatifs élémentaires.

Les prestations des ASC sont assurées sous un encadrement de proximité des Techniciens de Promotion de la Santé pour les activités de promotion et prévention et de l'infirmier pour les soins curatifs et préventifs.

Même si les relais communautaires ne sont pas très opérationnels, il y a lieu d'affirmer qu'ils ont joué un rôle important dans la sensibilisation de la population à l'utilisation des services et soins de santé. En effet, les formations dispensées se focalisaient essentiellement sur les messages-clés relatifs aux programmes et projets de santé.

---

<sup>1</sup>Rapport de l'évaluation rapide de l'accompagnement de la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans le cadre du projet d'appui au développement du secteur de la santé (décembre 2013)

Les entretiens avec les membres de la communauté Batwa montrent que les accouchements de femmes se passent dans les milieux assistés et que leurs enfants sont vaccinés. Cependant une enquête sur l'impact des messages des relais communautaires pourrait confirmer ou infirmer l'importance de la participation communautaire dans l'utilisation des services et soins de santé.

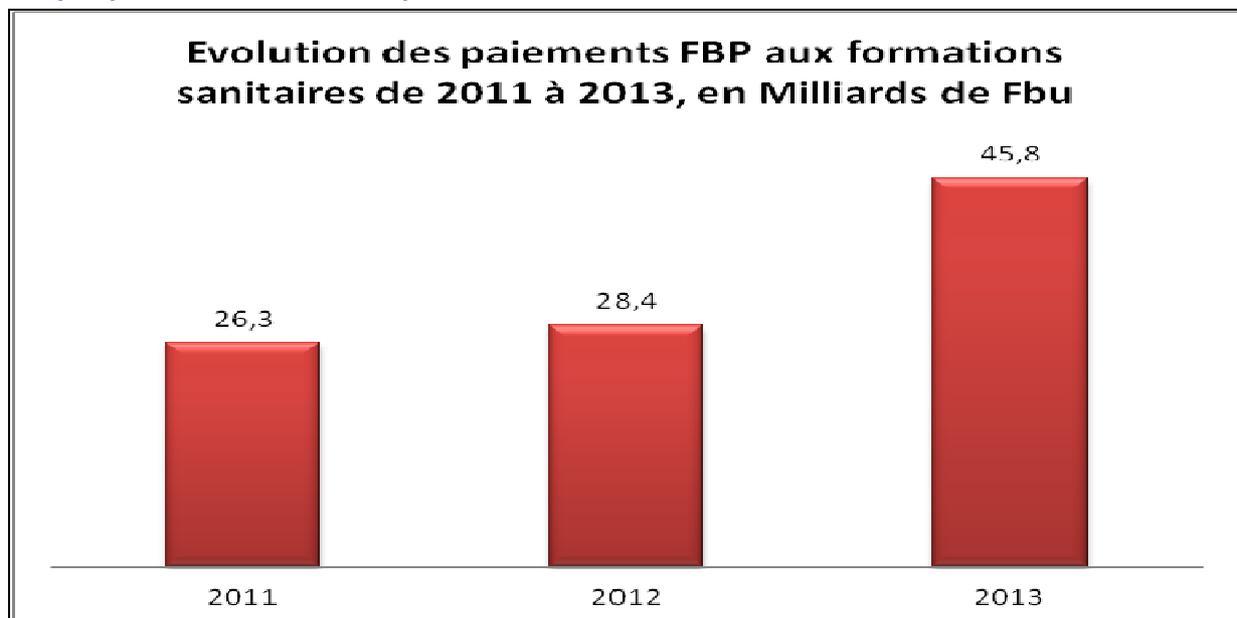
#### **VI.5. Financement et autonomie de gestion**

Au cours de l'année 2013, le MSPLS en collaboration avec certains de ses PTFs (BM, UE, Coop. Belge, l'OMS et la GIZ) a entamé une étude sur le Financement de la Santé au Burundi qui devra aboutir en 2014 à l'élaboration d'une stratégie de financement du secteur, ayant en ligne de mire la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

L'élaboration d'une nouvelle stratégie de financement de la santé est une opportunité réelle pour réduire la fragmentation du financement de la santé qui reste assez élevée, notamment en intégrant des régimes assuranciers existants, et en mobilisant des financements adéquats en faveur de certains régimes qui s'avèrent relativement sous-financés.

A travers le FBP, des ressources financières sont directement versées aux formations sanitaires par un transfert direct des fonds. Cette disponibilité des ressources financières en cash permet aux FOSA de prendre en charge leurs besoins essentiels en termes notamment de disponibilité des médicaments, de fonctionnement et d'investissement ; et l'autonomie de gestion des structures sanitaires, avec ses multiples avantages, s'en trouve renforcée.

**Graphique 23 : Evolution des paiements effectués en faveur des FOSA de 2011 à 2013**



Le graphique ci-haut montre que les subsides FBP payés aux formations sanitaires dans le cadre du FBP ont augmenté de 8,27% entre les années 2011 et 2012, puis de 50% de 2012 à 2013. Cet état des lieux, bien qu'un signe évident d'une réelle volonté de canaliser les fonds au niveau de base (prestataires de soins), n'est pas sans susciter d'inquiétudes par rapport à

l'efficience et à la pérennité. Des discussions sont d'ores et déjà entamées en vue de maîtriser l'équilibre financier du programme.

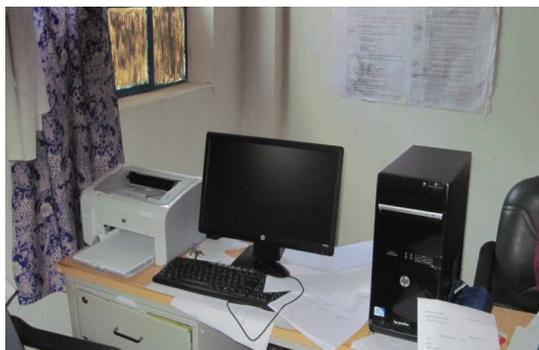
## **VI. 6. Infrastructures et équipements**

Les effets de la mise en œuvre de la stratégie sont de plusieurs domaines. Ils sont pour l'essentiel en rapport avec les missions spécifiques de chaque entité ou structure de santé. Depuis le début de la mise en œuvre du FBP au niveau national, on note la croissance progressive d'un esprit d'entrepreneuriat et d'initiative au niveau des structures de santé, généralisée sur tout le territoire national, qui contribue, de manière remarquable, à l'amélioration de l'environnement et des conditions de travail.

Lors des réunions trimestrielles de suivi de la mise en œuvre du FBP/Gratuité, les acteurs, en particulier ceux du niveau décentralisé font, entre autres, un état des lieux sur les progrès réalisés dans différents domaines. Les fonds reçus du FBP/Gratuité permettent aux structures de santé de concrétiser les actions planifiées selon leurs priorités, dont certaines consistent parfois en de véritables chantiers de construction ou de réhabilitation de la structure (Construction de homes pour le personnel ; Construction des clôtures ; Constructions des incinérateurs ; Réhabilitation des bâtiments appartenant aux structures ; Acquisition des équipements pour éclairage des structures à l'énergie solaire ; Acquisition du matériel informatique et ou audiovisuel etc..).

Les quelques illustrations suivantes, données à titre tout à fait exemplatif, corroborent ces faits:

### **1. Achat du matériel et équipements**



***Matériel audiovisuel et informatique achetés par le CDS MUSEMA (KAYANZA), 2013***



*Installation de plaques solaires aux CDS GATOBO et GASHAKIRWA (NGOZI), 2013*

## 2. Infrastructures



*Construction d'un Incinérateur au CDS KIBARIBARI (KAYANZA) et extension du CDS MURIZA (RUYIGI), 2013*



*Construction d'une clôture au CDS BUSIGA (NGOZI), 2013*

## CHAPITRE VII : FINANCEMENT DE LA STRATEGIE FBP

### VII.2. Utilisation des budgets prévisionnels par Province

#### VII.2.1. Utilisation du budget au niveau des Centres de Santé et Hôpitaux (PMA+PCA)

**Tableau 3 : Taux d'utilisation du budget FBP prévisionnel au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux)**

Province	Prévision Année 2013	Utilisation Année 2013	Pourcentage
Bubanza	1 818 652 940	2 052 543 036	<b>112,86%</b>
Bujumbura-Mairie	5 714 081 262	6 480 449 521	<b>113,41%</b>
Bujumbura-Rural	2 951 469 370	2 154 040 554	<b>72,98%</b>
Bururi	2 982 072 054	2 881 744 195	<b>96,64%</b>
Cankuzo	1 156 367 804	1 205 117 525	<b>104,22%</b>
Cibitoke	2 405 938 255	2 311 585 617	<b>96,08%</b>
Gitega	4 048 472 022	4 660 491 822	<b>115,12%</b>
Karuzi	1 948 489 404	1 926 099 282	<b>98,85%</b>
Kayanza	3 061 292 215	2 633 534 774	<b>86,03%</b>
Kirundo	3 323 506 923	2 921 133 458	<b>87,89%</b>
Makamba	2 240 316 045	2 675 323 563	<b>119,42%</b>
Muramvya	1 540 272 451	1 168 491 238	<b>75,86%</b>
Muyinga	3 302 864 866	3 547 306 159	<b>107,40%</b>
Mwaro	1 405 289 488	1 001 486 936	<b>71,27%</b>
Ngozi	3 454 149 413	4 157 356 698	<b>120,36%</b>
Rutana	1 757 050 608	1 583 284 847	<b>90,11%</b>
Ruyigi	2 093 549 560	2 440 036 897	<b>116,55%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>45 203 834 683</b>	<b>45 800 026 122</b>	<b>101,32%</b>

Comme l'indique le tableau ci-dessus, les fonds prévus en 2013 au niveau des Centres de Santé et Hôpitaux ont été utilisés à 101,32% ; soit un léger dépassement de près de 1,32%. Ce dépassement peut être expliqué essentiellement par un taux élevé d'utilisation des services de santé par les enfants de moins de 5 ans ( 5 nouveaux contacts/hab/an) et par la révision à la hausse des indicateurs relatifs à la gratuité des soins intervenue en Janvier 2013.

Neuf Provinces ont dépassé le budget prévu pour leurs Provinces : Bubanza, Bujumbura Mairie, Cankuzo, Cibitoke, Gitega, Makamba, Muyinga, Ngozi et Ruyigi. Il est à noter que les Provinces de Bujumbura Rural, Muramvya et Mwaro ont un taux d'utilisation inférieur à 80%.

## VII.2.2. Utilisation du budget au niveau des Centres de Santé (PMA)

**Tableau 4 : Taux d'utilisation du budget FBP prévisionnel au niveau Centres de Santé**

Province	Prévision Année 2013	Utilisation Année 2013	Pourcentage
Bubanza	1 164 454 424	1 175 336 155	<b>100,93%</b>
Bujumbura-Mairie	1 599 106 532	1 267 090 694	<b>79,24%</b>
Bujumbura-Rural	1 889 778 687	1 477 363 878	<b>78,18%</b>
Bururi	1 909 373 097	1 936 793 897	<b>101,44%</b>
Cankuzo	740 403 832	997 196 661	<b>134,68%</b>
Cibitoke	1 540 483 830	1 584 414 094	<b>102,85%</b>
Gitega	2 391 461 135	2 485 237 618	<b>103,92%</b>
Karuzi	1 448 297 464	1 705 208 642	<b>117,74%</b>
Kayanza	1 960 096 500	1 931 560 843	<b>98,54%</b>
Kirundo	2 127 988 389	2 304 608 559	<b>108,30%</b>
Makamba	1 434 438 574	1 676 521 016	<b>116,88%</b>
Muramvya	986 211 844	819 239 606	<b>83,07%</b>
Muyinga	2 114 771 610	2 702 851 147	<b>127,81%</b>
Mwaro	899 784 409	669 372 052	<b>74,39%</b>
Ngozi	2 211 636 689	2 429 595 317	<b>109,86%</b>
Rutana	1 125 011 435	1 135 653 152	<b>100,95%</b>
Ruyigi	1 340 466 338	1 652 562 821	<b>123,28%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>26 883 764 792</b>	<b>27 950 606 152</b>	<b>103,97%</b>

Au niveau des Centres de Santé, le taux d'utilisation du budget 2013 est de **103,97%** avec 12 Provinces sur 17 qui ont dépassé leur enveloppe annuelle. Les Provinces de Bujumbura Mairie, Bujumbura Rural et Mwaro ont un taux d'utilisation inférieur à 80%.

### VII.2.3. Utilisation du budget au niveau des Hôpitaux (PCA)

**Tableau 5 : Taux d'utilisation du budget FBP prévisionnel au niveau des Hôpitaux**

Province	Prévision Année 2013	Utilisation Année 2013	Pourcentage
Bubanza	654 198 516	877 206 881	<b>134,09%</b>
Bujumbura-Mairie	4 114 974 730	5 213 358 827	<b>126,69%</b>
Bujumbura-Rural	1 061 690 683	676 676 676	<b>63,74%</b>
Bururi	1 072 698 957	944 950 298	<b>88,09%</b>
Cankuzo	415 963 972	207 920 864	<b>49,99%</b>
Cibitoke	865 454 426	727 171 523	<b>84,02%</b>
Gitega	1 657 010 887	2 175 254 204	<b>131,28%</b>
Karuzi	500 191 940	220 890 640	<b>44,16%</b>
Kayanza	1 101 195 714	701 973 931	<b>63,75%</b>
Kirundo	1 195 518 534	616 524 899	<b>51,57%</b>
Makamba	805 877 471	998 802 547	<b>123,94%</b>
Muramvya	554 060 607	349 251 632	<b>63,03%</b>
Muyinga	1 188 093 256	844 455 012	<b>71,08%</b>
Mwaro	505 505 079	332 114 884	<b>65,70%</b>
Ngozi	1 242 512 725	1 727 761 381	<b>139,05%</b>
Rutana	632 039 173	447 631 695	<b>70,82%</b>
Ruyigi	753 083 222	787 474 076	<b>104,57%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18 320 069 890</b>	<b>17 849 419 970</b>	<b>97,43%</b>

Le budget FBP des Hôpitaux pour l'année 2013 a été utilisé à **97,43%**. Six Province sur 17 ont dépassé leur enveloppe annuelle. La Province de Cankuzo a eu un taux d'utilisation inférieur à 50%.

### VII.3. Dépenses affectées aux indicateurs quantité versus qualité

#### VII.3.1. Au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux (PMA+PCA)

**Tableau 6 : Répartition des dépenses FBP liées aux prestations quantitatives et au bonus de qualité au niveau des formations sanitaires (CDS et Hôpitaux)/Année 2013**

Province	Quantité	Bonus qualité	Total Quantité+Qualité	% Qualité
Bubanza	1 763 207 428	289 335 608	2 052 543 036	<b>14,10%</b>
Buja-Mairie	5 597 245 793	883 203 728	6 480 449 521	<b>13,63%</b>
Buja-Rural	1 829 447 565	324 592 989	2 154 040 554	<b>15,07%</b>
Bururi	2 475 605 699	406 138 496	2 881 744 195	<b>14,09%</b>
Cankuzo	1 051 538 839	153 578 686	1 205 117 525	<b>12,74%</b>
Cibitoke	2 002 060 088	309 525 529	2 311 585 617	<b>13,39%</b>
Gitega	3 925 578 795	734 913 027	4 660 491 822	<b>15,77%</b>
Karuzi	1 588 457 455	337 641 827	1 926 099 282	<b>17,53%</b>
Kayanza	2 211 176 085	422 358 689	2 633 534 774	<b>16,04%</b>
Kirundo	2 488 522 785	432 610 673	2 921 133 458	<b>14,81%</b>
Makamba	2 295 862 377	379 461 186	2 675 323 563	<b>14,18%</b>
Muramvya	1 030 560 796	137 930 442	1 168 491 238	<b>11,80%</b>
Muyinga	2 984 434 268	562 871 891	3 547 306 159	<b>15,87%</b>
Mwaro	866 561 099	134 925 837	1 001 486 936	<b>13,47%</b>
Ngozi	3 458 480 933	698 875 765	4 157 356 698	<b>16,81%</b>
Rutana	1 381 243 539	202 041 308	1 583 284 847	<b>12,76%</b>
Ruyigi	2 084 049 594	355 987 303	2 440 036 897	<b>14,59%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>39 034 033 138</b>	<b>6 765 992 984</b>	<b>45 800 026 122</b>	<b>14,77%</b>

Les fonds générés par les indicateurs qualité en 2013 au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux représentent près de 15% du montant global reçu à travers le FBP. La proportion de la qualité dans le modèle FBP national est encore loin du niveau de 25% prévu ; ceci pouvant être expliqué par la proportion élevée (50%) que représente le montant lié au remboursement du paquet de soins gratuit pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

### VII.3.2. Au niveau des Centres de Santé (PMA)

**Tableau 7 : Répartition des dépenses FBP liées aux prestations quantitatives et au bonus de qualité au niveau des Centres de Santé pour l'année 2013**

Province	Quantité	Bonus qualité	Total Quantité+Qualité	% Qualité
Bubanza	1 025 689 566	149 646 589	1 175 336 155	<b>12,73%</b>
Buja-Mairie	1 161 588 073	105 502 621	1 267 090 694	<b>8,33%</b>
Buja-Rural	1 225 795 428	251 568 450	1 477 363 878	<b>17,03%</b>
Bururi	1 639 970 814	296 823 083	1 936 793 897	<b>15,33%</b>
Cankuzo	852 515 309	144 681 352	997 196 661	<b>14,51%</b>
Cibitoke	1 375 726 378	208 687 716	1 584 414 094	<b>13,17%</b>
Gitega	2 093 425 410	391 812 208	2 485 237 618	<b>15,77%</b>
Karuzi	1 404 668 925	300 539 717	1 705 208 642	<b>17,62%</b>
Kayanza	1 631 754 755	299 806 088	1 931 560 843	<b>15,52%</b>
Kirundo	1 972 668 225	331 940 334	2 304 608 559	<b>14,40%</b>
Makamba	1 428 083 839	248 437 177	1 676 521 016	<b>14,82%</b>
Muramvya	724 377 506	94 862 100	819 239 606	<b>11,58%</b>
Muyinga	2 276 326 623	426 524 524	2 702 851 147	<b>15,78%</b>
Mwaro	588 479 544	80 892 508	669 372 052	<b>12,08%</b>
Ngozi	2 053 431 079	376 164 238	2 429 595 317	<b>15,48%</b>
Rutana	981 864 654	153 788 498	1 135 653 152	<b>13,54%</b>
Ruyigi	1 376 502 864	276 059 957	1 652 562 821	<b>16,70%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23 812 868 992</b>	<b>4 137 737 160</b>	<b>27 950 606 152</b>	<b>14,80%</b>

Au niveau des Centres de Santé, les indicateurs de qualité ne représentent que **14,80%** des fonds FBP gagnés au cours de l'année 2013, ce qui est encore insuffisant eu égard aux prévisions de 25%.

### VII.3.3. Au niveau des Hôpitaux (PCA)

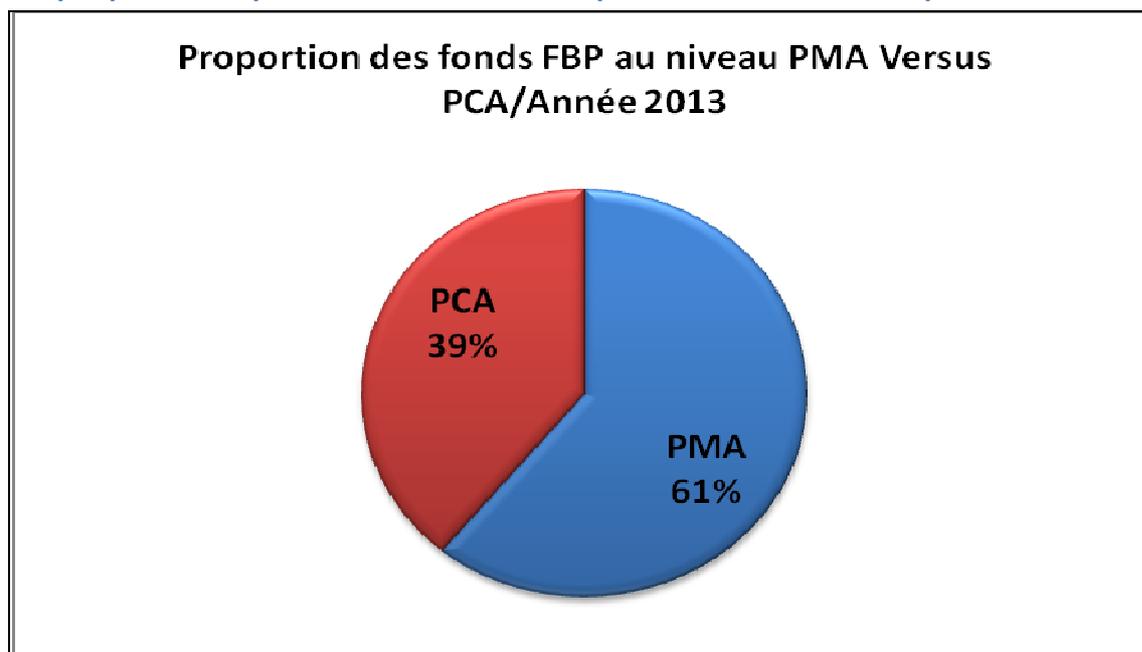
**Tableau 8 : Répartition des dépenses FBP liées aux prestations quantitatives et au bonus de qualité au niveau des Hôpitaux pour l'année 2013**

Province	Quantité	Bonus qualité	Total Quantité+Qualité	% Qualité
Bubanza	737 517 862	139 689 019	877 206 881	<b>15,92%</b>
Buja-Mairie	4 435 657 720	777 701 107	5 213 358 827	<b>14,92%</b>
Buja-Rural	603 652 137	73 024 539	676 676 676	<b>10,79%</b>
Bururi	835 634 885	109 315 413	944 950 298	<b>11,57%</b>
Cankuzo	199 023 530	8 897 334	207 920 864	<b>4,28%</b>
Cibitoke	626 333 710	100 837 813	727 171 523	<b>13,87%</b>
Gitega	1 832 153 385	343 100 819	2 176 534 204	<b>15,76%</b>
Karuzi	183 788 530	37 102 110	220 890 640	<b>16,80%</b>
Kayanza	579 421 330	122 552 601	701 973 931	<b>17,46%</b>
Kirundo	515 854 560	100 670 339	616 524 899	<b>16,33%</b>
Makamba	867 778 538	131 024 009	998 802 547	<b>13,12%</b>
Muramvya	306 183 290	43 068 342	349 251 632	<b>12,33%</b>
Muyinga	708 107 645	136 347 367	844 455 012	<b>16,15%</b>
Mwaro	278 081 555	54 033 329	332 114 884	<b>16,27%</b>
Ngozi	1 405 049 854	322 711 527	1 727 761 381	<b>18,68%</b>
Rutana	399 378 885	48 252 810	447 631 695	<b>10,78%</b>
Ruyigi	707 546 730	79 927 346	787 474 076	<b>10,15%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15 221 164 146</b>	<b>2 628 255 824</b>	<b>17 850 699 970</b>	<b>14,72%</b>

Au niveau des Hôpitaux ; **14,72%** des fonds FBP gagnés par les Hôpitaux au cours de l'année 2013 sont liés aux indicateurs qualité. Le taux est également encore éloigné du taux prévisionnel de 25%. Il est à noter cependant le cas particulier des Hôpitaux de la Province Cankuzo dont les fonds FBP liés aux indicateurs qualité ne représentent que 4,28% des fonds générés par le FBP.

#### VII.4. Dépenses par paquet de services (PMA et PCA)

Graphique 24: Proportion des fonds utilisés pour le PMA versus PCA pour l'année 2013



61% des fonds utilisés au niveau des formations sanitaires ont été orientés vers les Centres de Santé contre 39% au niveau des Hôpitaux, ce qui est la même proportion qu'en 2012. Le tableau ci-dessous indique la proportion du budget FBP PMA versus PCA par Province :

Tableau 9 : Proportion du budget FBP PMA versus PCA au cours de l'année 2013

Province	PMA	PCA	PMA+PCA	% PMA Versus PCA
Bubanza	1 175 336 155	877 206 881	2 052 543 036	57%
Bujumbura-Mairie	1 267 090 694	5 213 358 827	6 480 449 521	20%
Bujumbura-Rural	1 477 363 878	676 676 676	2 154 040 554	69%
Bururi	1 936 793 897	944 950 298	2 881 744 195	67%
Cankuzo	997 196 661	207 920 864	1 205 117 525	83%
Cibitoke	1 584 414 094	727 171 523	2 311 585 617	69%
Gitega	2 485 237 618	2 175 254 204	4 660 491 822	53%
Karuzi	1 705 208 642	220 890 640	1 926 099 282	89%
Kayanza	1 931 560 843	701 973 931	2 633 534 774	73%
Kirundo	2 304 608 559	616 524 899	2 921 133 458	79%
Makamba	1 676 521 016	998 802 547	2 675 323 563	63%
Muramvya	819 239 606	349 251 632	1 168 491 238	70%
Muyinga	2 702 851 147	844 455 012	3 547 306 159	76%
Mwaro	669 372 052	332 114 884	1 001 486 936	67%
Ngozi	2 429 595 317	1 727 761 381	4 157 356 698	58%
Rutana	1 135 653 152	447 631 695	1 583 284 847	72%
Ruyigi	1 652 562 821	787 474 076	2 440 036 897	68%
<b>TOTAL</b>	<b>27 950 606 152</b>	<b>17 849 419 970</b>	<b>45 800 026 122</b>	<b>61%</b>

L'analyse du tableau ci-dessus indique qu'au cours de l'année 2013, les Centres de Santé ont plus bénéficié des fonds FBP que les Hôpitaux dans toutes les Provinces à l'exception de la mairie de Bujumbura où 80% des fonds FBP ont été utilisés par les Hôpitaux. En effet, dans la Mairie de Bujumbura ne se trouve que des Hôpitaux Nationaux qui consomment beaucoup plus de ressources que les Hôpitaux de Districts.

Le taux d'utilisation des fonds FBP par les Hôpitaux est également plus élevé dans certaines Provinces disposant d'Hôpitaux Régionaux comme Ngozi (42%) et Gitega (47%).

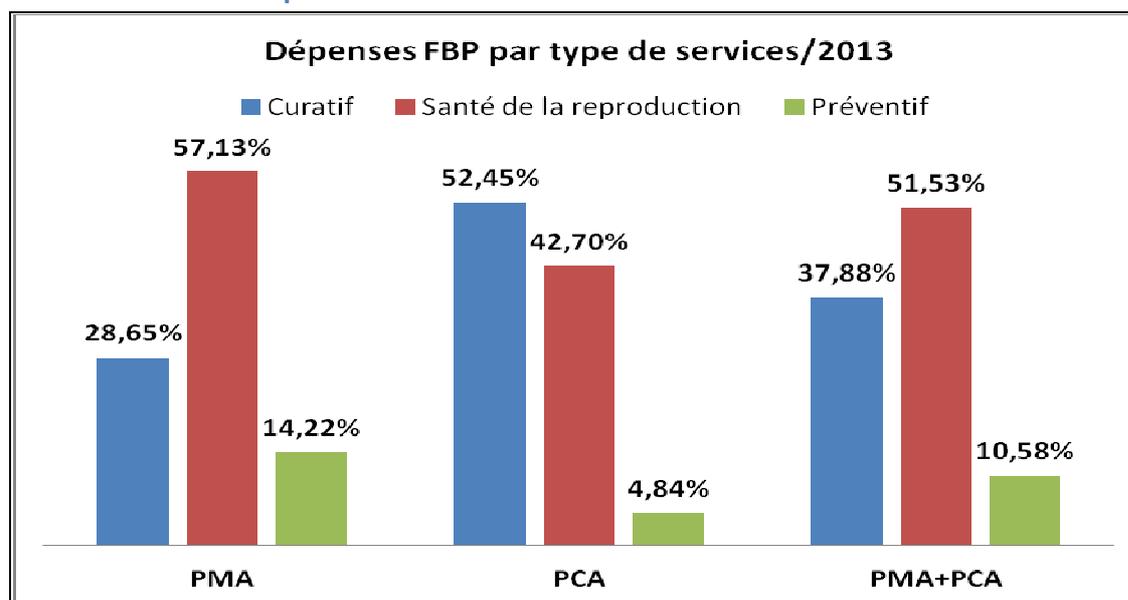
#### **VII.5. Dépenses par type de service (préventif, curatif, santé de la reproduction)**

Dans le présent rapport annuel, les dépenses effectuées pour les indicateurs FBP ont été analysées par type de services (curatifs, préventif et santé de la reproduction) et selon les paquets d'activités. Les indicateurs ont été répartis comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Tableau 10 : Répartition des indicateurs FBP par catégorie de services

Indicateurs	PMA	PCA
Curatif	Nouvelle Consultation Curative ( $\geq 5$ ans)	Nouvelle Consultation Curative Médecin ( $\geq 5$ ans)
	Nouvelle Consultation Curative ( $< 5$ ans)	Nouvelle Consultation Curative M ( $< 5$ ans)
	Journée d'hospitalisation ( $\geq 5$ ans)	Journée hospitalisation $\geq 5$ ans
	Journée d'hospitalisation ( $< 5$ ans)	Journée hospitalisation $< 5$ ans
	Petite chirurgie $< 5$ ans	Petite chirurgie $< 5$ ans
	Nombre de nouveaux cas sous ARV	Nombre de nouveaux cas sous ARV
	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	Nombre de clients ARV suivi semestriellement
	Cas des IST traitées	Cas des IST traitées
	Référence et patient arrivé à l'hôpital	Contre référence arrive au CS
	Nombre de cas de TBC traités et guéris	
Santé de la Reproduction	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte
	Accouchement eutocique	Accouchement eutocique
	PF: Tot. Nouveaux + Anciennes Acceptantes	PF: Tot. Nouveaux + Anciennes Acceptantes
	PF: Implants et DIU	PF: Implants et DIU
	Consultation prénatale	Consultation prénatale standard
	Consultation postnatale	Consultation postnatale
		PF: ligature trompes - vasectomie
	Accouchement dystocique	
	Césarienne	
Préventif	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophyl	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV prophyl
	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +
	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Dépistage volontaire du VIH/SIDA
	Dépistage des cas TBC positifs par mois	Dépistage des cas TBC positifs par mois
	Enfants complètement vaccinés	
	Femmes enceintes VAT complètement vacciné	

**Graphique 25: Dépenses effectuées par type de services au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux**



Aux niveaux de toutes les FOSA (Centres de Santé et Hôpitaux) ; une part importante des dépenses (51,53%) a été effectuée pour payer les indicateurs liés à la santé de la reproduction et 37,88% des dépenses pour les indicateurs curatifs. Au niveau des Centres de Santé, les dépenses pour rembourser les indicateurs de santé de la reproduction sont encore plus élevées (57,13%) alors qu'au niveau des Hôpitaux, les dépenses relatives aux indicateurs curatifs sont les plus importantes (52,45%). Dans tous les cas de figure, les indicateurs préventifs ne rapportent pas beaucoup de ressources aux formations sanitaires.

#### **VII.6. Dépenses affectées aux indicateurs liés à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes**

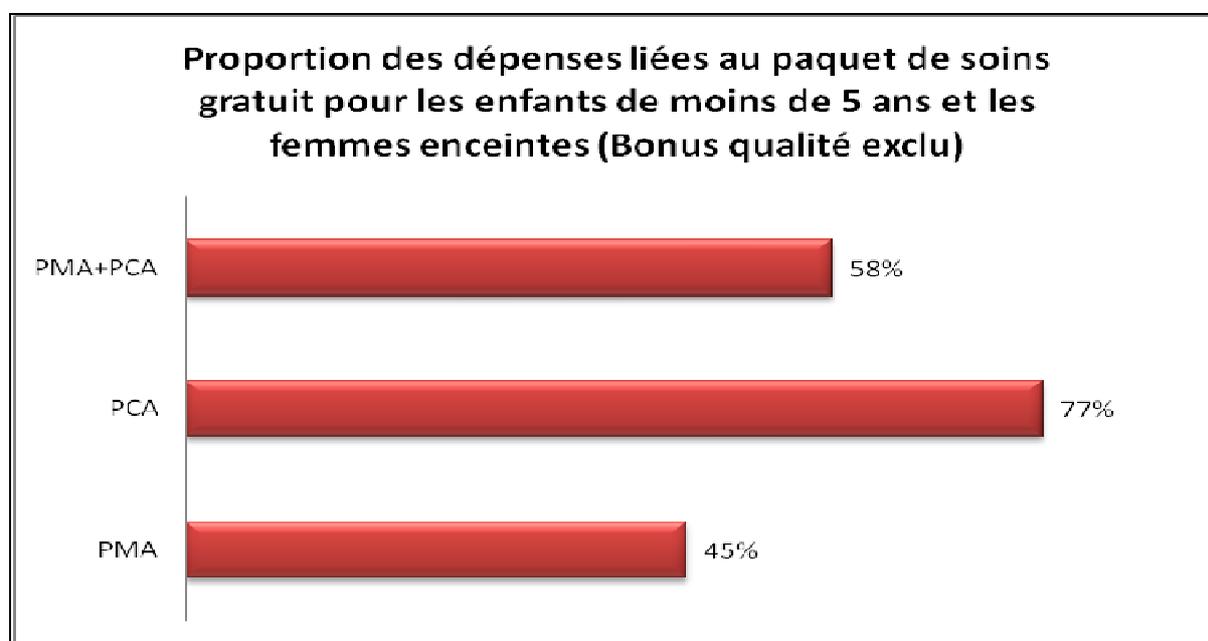
Lors de la généralisation du FBP à l'échelle nationale, le MSPLS et les PTFs ont décidé d'intégrer le FBP et la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, c'est-à-dire de rembourser le paquet de soins gratuit à travers le FBP. Ces indicateurs relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont repris dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 11 : Prestations gratuites pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes contractualisées dans le cadre du FBP**

PMA	PCA
Nouvelle Consultation Curative (< 5 ans)	Nouvelle Consultation Curative M (< 5 ans)
Journée d'hospitalisation (< 5 ans)	Journée hospitalisation < 5 ans
Petite chirurgie < 5 ans	Petite chirurgie < 5 ans
Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte
Accouchement eutocique	Accouchement eutocique
	Accouchement dystocique
	Césarienne

Au total, 7 indicateurs (PMA et PCA) sont relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes : Nouvelle consultation curative chez les moins de 5 ans, journée d'hospitalisation chez les moins de 5 ans, petite chirurgie chez les moins de 5 ans, nouvelle consultation curative chez la femme enceinte, accouchement eutocique, accouchement dystocique, Césarienne.

**Graphique 26 : Proportion des dépenses liées au paquet de soins gratuit pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes pour l'année 2013 par rapport aux dépenses totales FBP au niveau des FOSA (Bonus qualité exclu)**



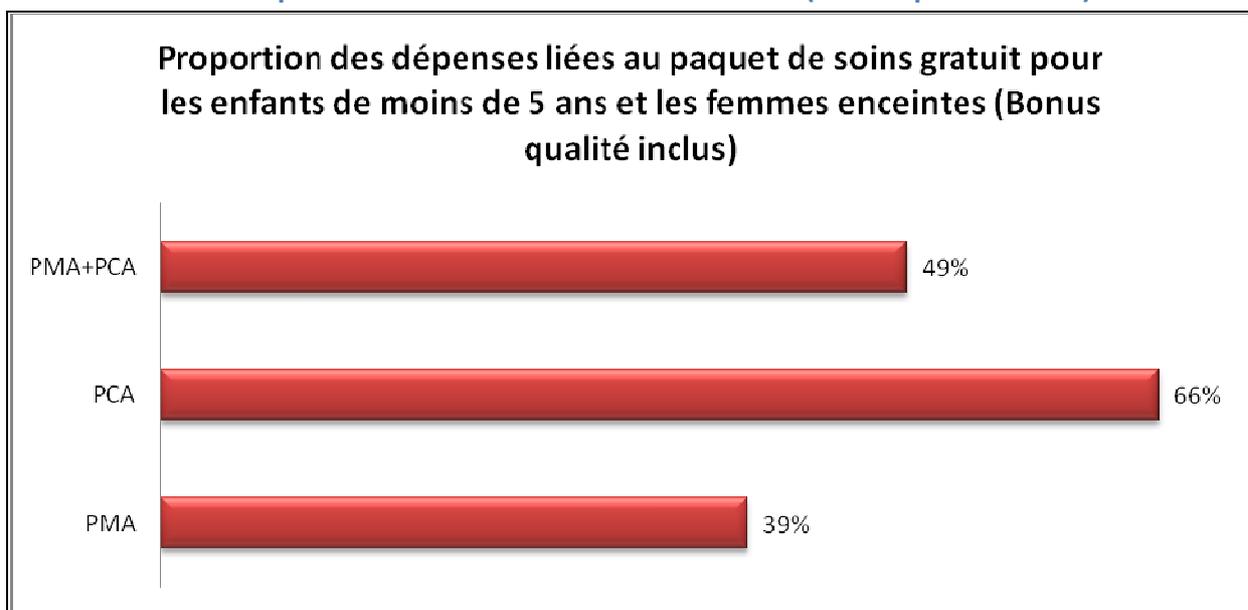
Les indicateurs relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ont bénéficié de 58% de tout le budget FBP des formations sanitaires (PMA+PCA) hors bonus qualité; 45% du budget FBP au niveau des Centres de Santé (PMA) et 77% du budget FBP au niveau des Hôpitaux (PCA).

**Il en ressort donc qu'au cours de l'année 2013 ; 58% du budget FBP affecté aux formations sanitaires (hors bonus de qualité) a contribué au remboursement des prestations liées à la mesure de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Cette proportion s'élève à 77% au niveau des Hôpitaux.**

**Au cours de l'année 2012, les indicateurs « gratuité » hors bonus qualité ont bénéficié de 50% de tout le budget utilisé par les FOSA (Centres de Santé et Hôpitaux) ; de 44% de tout le budget PMA et 59% du budget PCA.**

**Le budget affecté aux indicateurs gratuité a donc augmenté au cours de l'année 2013 comparativement à 2012, ceci étant lié à la révision à la hausse des tarifs des indicateurs gratuité intervenue en Janvier 2013.**

**Graphique 27: Proportion des dépenses liées au paquet de soins gratuit pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes pour l'année 2013 par rapport aux dépenses totales FBP au niveau des FOSA (Bonus qualité inclus)**



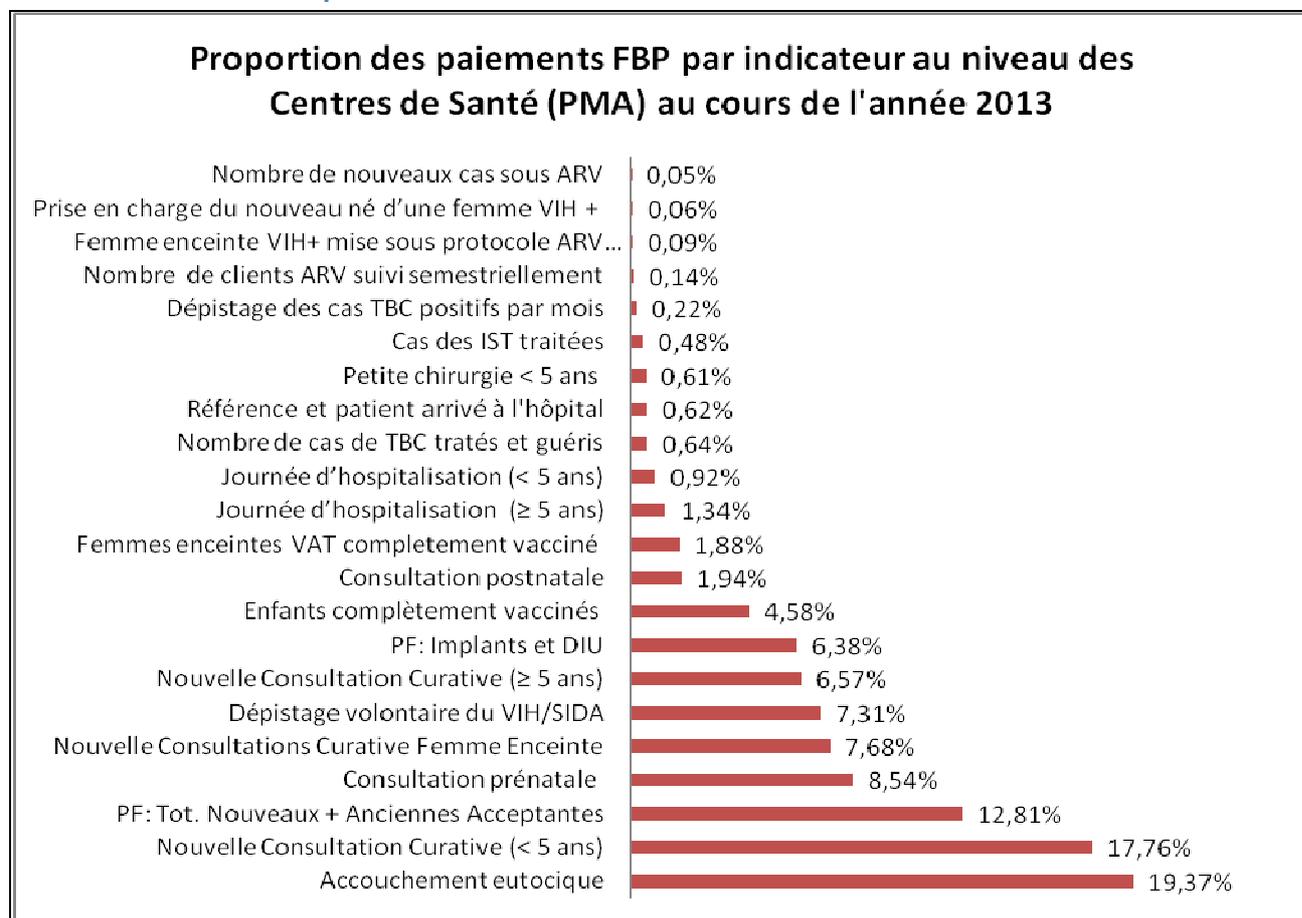
En incluant le bonus de qualité, les indicateurs relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ont bénéficié de 49% de tout le budget FBP des formations sanitaires ; 39% du budget FBP au niveau des Centres de Santé (PMA) et 66% du budget FBP au niveau des Hôpitaux (PCA).

**Il en ressort donc qu'au cours de l'année 2013 ; 49% de tout le budget FBP affecté aux formations sanitaires (bonus de qualité compris) a contribué au remboursement des prestations liées à la mesure de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Cette proportion s'élève à 66% au niveau des Hôpitaux.**

## VII.7. Paiements FBP par indicateur au cours de l'année 2013

### VII.7.1. Au niveau des Centres de Santé (PMA)

**Graphique 28 : Proportion des paiements effectués par indicateur au niveau des Centres de Santé pour l'année 2013**

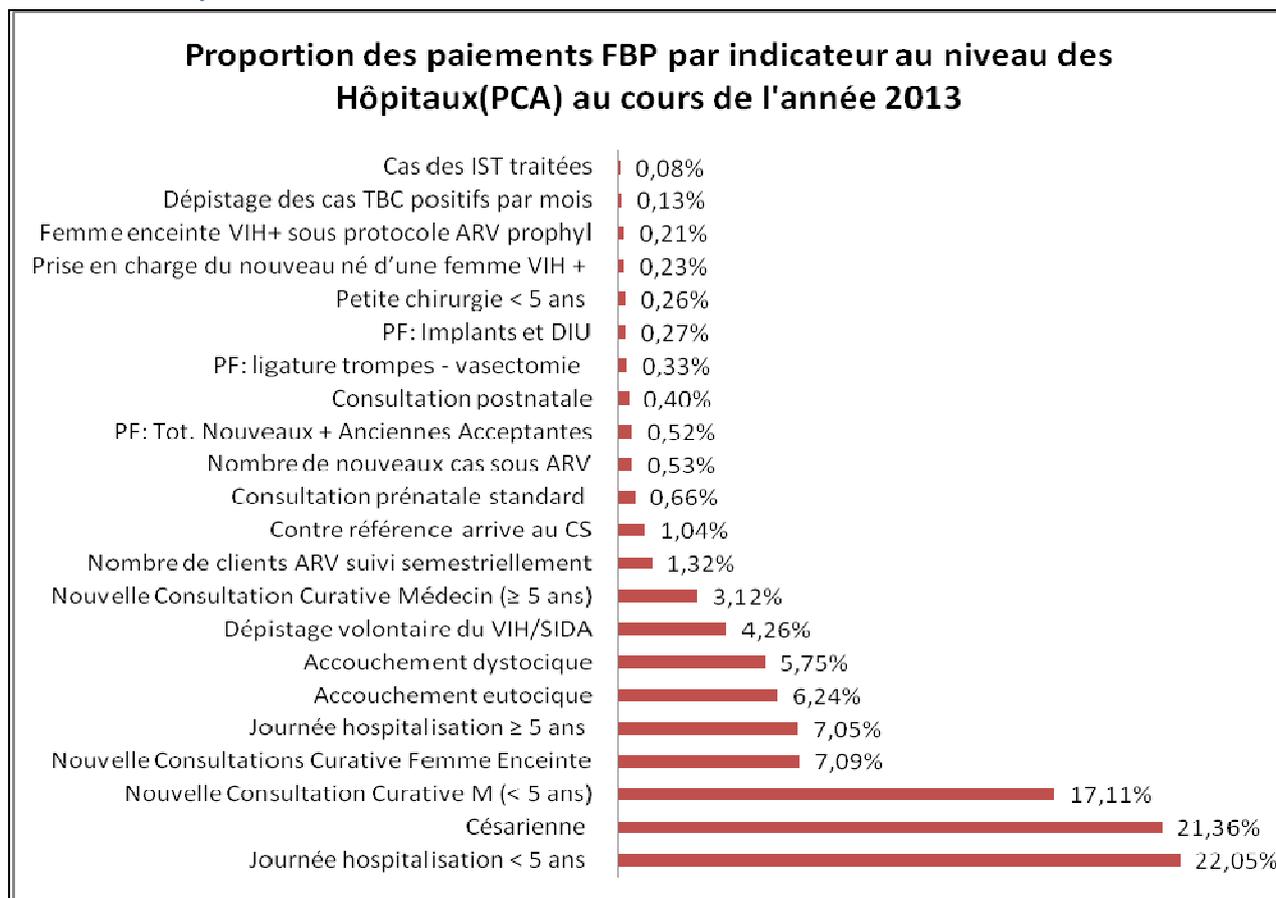


Le graphique ci-dessus indique qu'au niveau des Centres de Santé, la proportion la plus importante des paiements FBP effectués au cours de l'année 2013 (19,37%) est allée vers l'indicateur accouchement eutocique. Par ailleurs ; 66,18% des paiements FBP ont été orientés vers 5 indicateurs : accouchement eutocique, nouvelle consultation curative des moins de 5 ans, PF nouvelles et anciennes acceptantes, consultation prénatale et nouvelle consultation curative chez la femme enceinte.

En 2012, la proportion la plus importante des paiements FBP étaient orientée vers l'indicateur nouvelle consultation curative des enfants de moins de 5 ans (23,4% contre 17,76% en 2013) ; l'indicateur accouchement eutocique n'arrivant qu'en troisième position avec une proportion de 11,7% (contre 19,37% en 2013). Cette inversion de tendance est liée à l'augmentation significative des tarifs intervenus sur les indicateurs gratuité en général et accouchement eutocique en particulier.

## VII.7.2. Au niveau des Hôpitaux (PCA)

**Graphique 29 : Proportion des paiements effectués par indicateur au niveau des Hôpitaux pour l'année 2013**

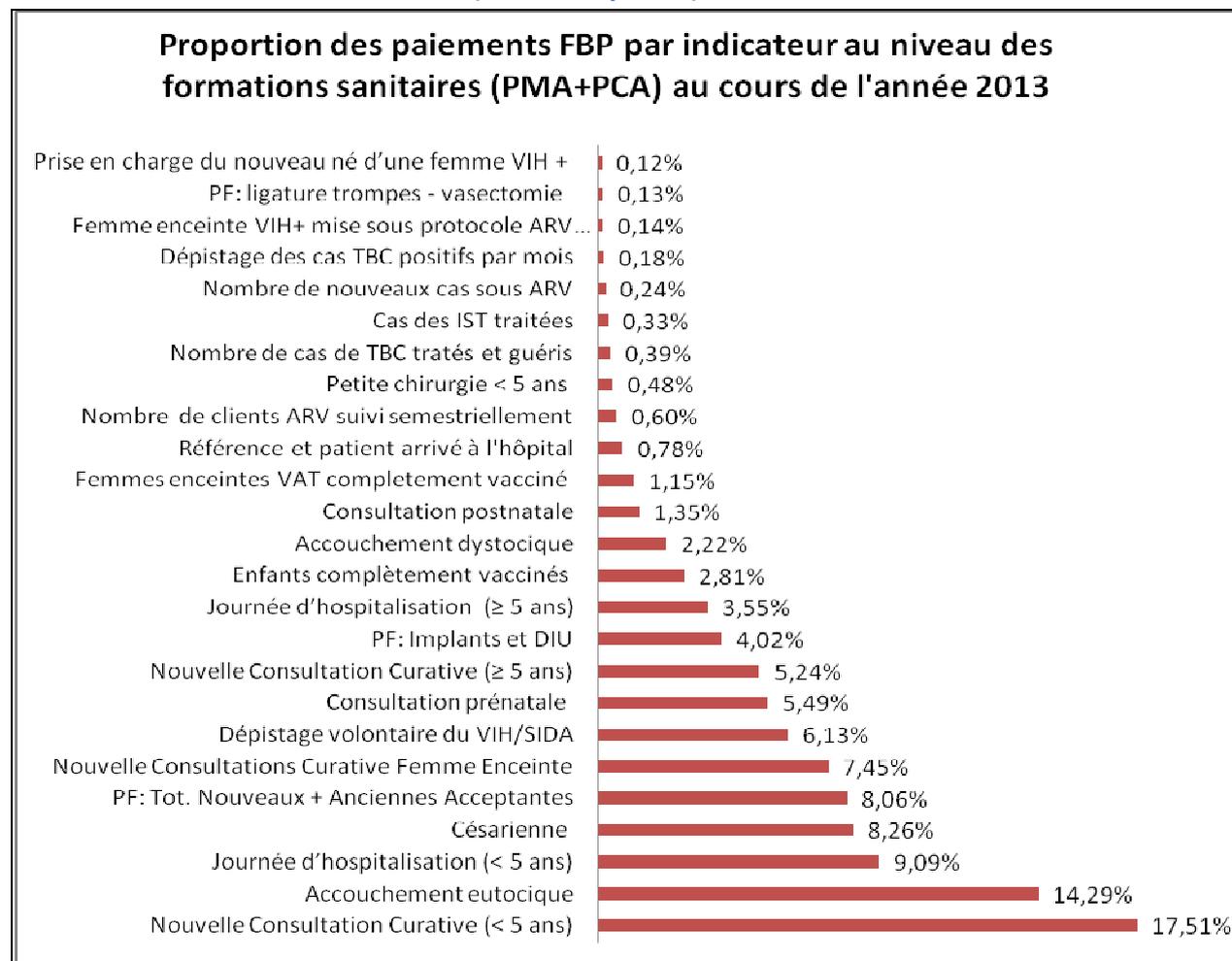


Au niveau des Hôpitaux, la proportion la plus importante des paiements FBP effectués au cours de l'année 2013 (22%) est allée vers l'indicateur journée d'hospitalisation des moins de 5 ans. Par ailleurs ; 74,65% des paiements FBP ont été orientés vers 5 indicateurs : journée d'hospitalisation des enfants de moins de 5 ans, césarienne, nouvelle consultation curative des moins de 5 ans, nouvelle consultation curative des femmes enceintes et journée d'hospitalisation des 5 ans et plus.

En 2012, l'indicateur journée d'hospitalisation des moins de 5 ans représentait également la proportion la plus importante des paiements FBP (20,1%), suivi de l'indicateur césarienne (14,5%).

### VII.7.3. Au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux)

**Graphique 30: Proportion des paiements effectués par indicateur au niveau des formations sanitaires (CDS et Hôpitaux) au cours de l'année 2013**



En regroupant ensemble les paiements effectués par indicateur en 2013 au niveau de toutes les formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) ; une part importante est allée vers l'indicateur nouvelle consultation curative chez les moins de 5 ans (17,51%) tout comme en 2012 (17%). 64,67% du budget FBP 2013 au niveau des formations sanitaires a été orienté vers 6 indicateurs : nouvelles consultation curative des moins de 5 ans, accouchement eutocique, journée d'hospitalisation des moins de 5 ans, césarienne, PF nouvelles et anciennes acceptantes et nouvelle consultation curative chez les femmes enceintes.

### VII.8. Dépenses des organes de régulation et autres entités (primes de performance)

**Tableau 12 : Primes de performance en pour les organes de régulation et autres entités pour l'année 2013**

<b>Organes de régulation</b>	<b>Montant annuel prévu</b>	<b>Montant annuel utilisé</b>	<b>Pourcentage</b>
DGR	77 262 693	69 347 695	<b>89,76%</b>
CT FBP	225 004 677	202 299 903	<b>89,91%</b>
BPS	617 500 000	575 098 038	<b>93,13%</b>
BDS	1 474 590 000	1 317 525 772	<b>89,35%</b>
CPVV Validation	201 542 120	197 764 533	<b>98,13%</b>
CPVV Vérification	369 400 000	362 123 750	<b>98,03%</b>
Unités Prestation Niveau Central (4 <sup>e</sup> Trimestre 2013)	168 000 000	163 050 000	<b>97,05%</b>
Institut National de Santé Publique (INSP)	67 500 000	65 090 250	<b>96,43%</b>
Ecoles paramédicales	269 820 000	195 826 280	<b>72,58%</b>
Unité Projet GAVI (3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> Trimestre 2013)	70 044 450	63 862 250	<b>91,17%</b>
Associations locales (ASLO): Enquêtes communautaires	563 593 412	502 799 400	<b>89,21%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4 104 257 352</b>	<b>3 714 787 871</b>	<b>90,51%</b>

Les organes de régulation ont dépensé 91,69% de leur budget prévisionnel FBP au cours de l'année 2013 comme l'indique le tableau ci-dessus.

## VII.9. Autres dépenses liées à la mise en œuvre du FBP

**Tableau 13 : Coûts opérationnels liés à la mise en œuvre du FBP pour l'année 2013**

Dépenses liées à la mise en œuvre du FBP	Gouvernement	Banque Mondiale	CTB	Union Européenne/Amagara Meza	Coopération suisse	Total	%
Appui logistique aux CPVV (Location bureau, location véhicules et carburant pour la vérification, matériel bureautique)		92 367 467	190 741 605	509 362 202	95 125 619	887 596 893	<b>17%</b>
Appui logistique et fonctionnement de la CT FBP		215 263 079	-			215 263 079	<b>4%</b>
Renforcement des capacités		28 629 362	39 625 509	-		68 254 871	<b>1%</b>
Salaires des membres de la CT FBP	42 000 000		-	-		42 000 000	<b>1%</b>
Salaire des assistants techniques CT FBP		114 000 000	152 000 000			266 000 000	<b>5%</b>
Salaires + Primes des vérificateurs fonctionnaires	268 800 000	362 123 750	-	-		630 923 750	<b>12%</b>
Prime équipe de validation du CPVV		197 764 533				197 764 533	<b>4%</b>
Salaire des vérificateurs contractuels			67 210 711	242 335 971		309 546 682	<b>6%</b>
Suivi et évaluation mise en œuvre FBP		325 536 908	338 310 000	6 296 294		670 143 202	<b>13%</b>
Coût de l'accompagnement des Provinces		855 449 883	73 081 605			928 531 488	<b>18%</b>
Coût de la Conte vérification		359 339 982				359 339 982	<b>7%</b>
Coût de la vérification communautaire		502 799 400				502 799 400	<b>10%</b>
Total	310 800 000	2 550 474 964	860 969 430	757 994 467	95 125 619	5 078 163 880	<b>100%</b>
<b>Repartition par bailleur</b>	<b>6%</b>	<b>50%</b>	<b>17%</b>	<b>15%</b>	<b>2%</b>	<b>100,00%</b>	

L'appui logistique au CPVV pour son travail de vérification et de validation et la contre vérification représentent à elles seules 24% des coûts opérationnels de mise en œuvre du FBP comme indique dans le tableau ci-dessus. Le Projet PADSS de la Banque Mondiale finance 50% des coûts opérationnels, la CTB près de 17%, l'Union européenne à travers le Projet PAPSBU/Amagara Meza finance 15% et le Gouvernement près de 6%.

## VII.10. Dépenses globales pour la mise en œuvre du FBP au cours de l'année 2013

**Tableau 14 : Tableau récapitulatif des coûts liés à la mise en œuvre du FBP pour l'année 2013**

Structures de mise en œuvre	Montant annuel utilisé	Pourcentage
Centres de Santé (PMA)	27 950 606 152	<b>52,21%</b>
Hôpitaux (PCA)	17 849 419 970	<b>33,34%</b>
DGR	69 347 695	<b>0,13%</b>
CT FBP (Primes de performance)	202 299 903	<b>0,38%</b>
INSP	65 090 250	<b>0,12%</b>
BPS	575 098 038	<b>1,07%</b>
BDS	1 317 525 772	<b>2,46%</b>
Ecoles paramédicales	195 826 280	<b>0,37%</b>
Unités de prestation du niveau central	163 050 000	<b>0,30%</b>
Unité de gestion GAVI	63 862 250	<b>0,12%</b>
<b>Sous total paiement aux structures</b>	<b>48 452 126 310</b>	<b>90,51%</b>
CPVV /Equipe validation	197 764 533	<b>0,37%</b>
CPVV /Vérificateurs fonctionnaires (Salaires+Primes de performance)	630 923 750	<b>1,18%</b>
CPVV /Vérificateurs contractuels (Salaires)	309 546 682	<b>0,58%</b>
Salaires membres CT FBP	42 000 000	<b>0,08%</b>
ASLO/Vérification communautaire	502 799 400	<b>0,94%</b>
Contre vérification	359 339 982	<b>0,67%</b>
Appui logistique et fonctionnement CPVV	887 596 893	<b>1,66%</b>
Appui logistique et fonctionnement CT FBP	215 263 079	<b>0,40%</b>
Accompagnement des Provinces	928 531 488	<b>1,73%</b>
Assistance technique CT FBP (2 permanents)	266 000 000	<b>0,50%</b>
Suivi et évaluation de la mise en œuvre du FBP	670 143 202	<b>1,25%</b>
Renforcement des capacités	68 254 871	<b>0,13%</b>
<b>Sous total coûts opérationnels</b>	<b>5 078 163 880</b>	<b>9,49%</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>53 530 290 190</b>	<b>100,00%</b>
<b>TOTAL GENERAL EN USD</b>	<b>35 217 296</b>	
<b>Population 2013</b>	<b>9 067 067</b>	
<b>Coût per capita (Fbu)</b>	<b>5 904</b>	
<b>Coût per capita (USD)</b>	<b>3,88</b>	

Comme l'indique le tableau ci-dessus, le coût total de mise en œuvre du FBP au cours de l'année 2013 a été de 53 530 290 190 Fbu ; soit 35 217 296 USD (au taux de 1USD=1520 Fbu). Il est à noter que 85,56% des fonds utilisés sont allés au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux).

Les paiements aux structures de mises en œuvre du FBP représentent **90,51%** du budget utilisé au cours de l'année 2013 contre **9,49%** pour les coûts opérationnels. Les coûts opérationnels pris en compte sont ceux relatifs à la vérification, la contre vérification, l'accompagnement des provinces, le renforcement des capacités, l'appui logistique des différentes entités de mise en œuvre, le suivi évaluation, l'assistance technique permanente dans la mise en œuvre du FBP.

**Tableau 15 : Comparaison du coût de mise en œuvre du FBP de 2011 à 2013**

Type de coût	2011	2012	2013
Coût total de mise en œuvre (Fbu)	<b>32 582 351 616</b>	<b>34 814 828 826</b>	<b>53 530 290 190</b>
Coût per capita Fbu	<b>3 777,86</b>	<b>3931,85</b>	<b>5 904</b>
Coût per capita USD	<b>3,02</b>	<b>2,62</b>	<b>3,88</b>

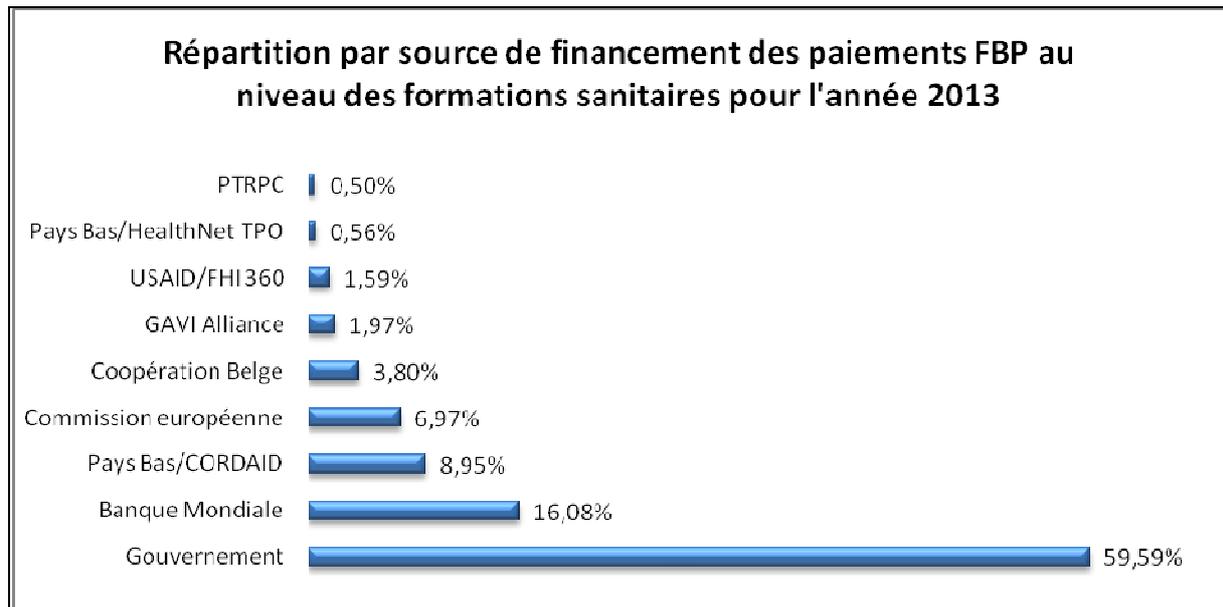
De 2011 à 2013, le coût per capita de mise en œuvre du FBP en Fbu a augmenté, passant respectivement de 3 777,86 Fbu, 3 931,85 Fbu et 5 904 Fbu. Dans le même temps, le coût per capita en USD est passé de 3,02 USD à 2,62 USD de 2011 à 2012 (cette baisse est liée à la forte dévaluation du Fbu en 2012). En 2013, le coût per capita en USD a augmenté jusqu'à 3,88 USD. Cette forte augmentation en 2013 est liée essentiellement à la révision à la hausse des tarifs des indicateurs relatifs à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

#### **VII.11. Le cofinancement du FBP**

Depuis la mise à échelle du FBP en Avril 2010, le Gouvernement et plusieurs partenaires techniques et financiers sont impliqués dans le financement de la mise en œuvre du FBP. Au cours de l'année 2013, les acteurs suivants ont participé au financement du FBP : le Gouvernement, la Banque Mondiale, la Coopération Néerlandaise via CORDAID et HealthNet TPO, la Commission européenne via le projet Amagara Meza, la Coopération Belge, GAVI, USAID via l'ONG FHI 360 et la Coopération suisse.

### VII.11.1. Cofinancement du FBP au niveau des formations sanitaires

**Graphique 31 : Sources des financements FBP au niveau des formations sanitaires en 2013**



Comme l'indique le graphique ci-dessus, le Gouvernement a financé 59,59% des fonds FBP au niveau des formations sanitaires (Centres de Santé et Hôpitaux) contre 16% pour la Banque Mondiale, près de 9% pour la Coopération Néerlandaise via CORDAID et près de 7% pour la Commission européenne via le projet Amagara Meza.

Au cours de l'année 2012, la contribution du Gouvernement au niveau des formations sanitaires représentait 47% du budget FBP. Cette augmentation de la proportion du Gouvernement est liée au fait qu'une partie des factures de Septembre à Décembre 2013, qui est payée d'habitude par le projet PADSS de la Banque Mondiale, a été honoré par le Gouvernement sur son budget 2014, étant donné que le budget PADSS 2013 pour les formations sanitaires était épuisé. La conséquence de cette situation est que la contribution du Gouvernement en 2014 sera réduite et une mobilisation des fonds supplémentaires est requise pour éviter un éventuel gap de financement.

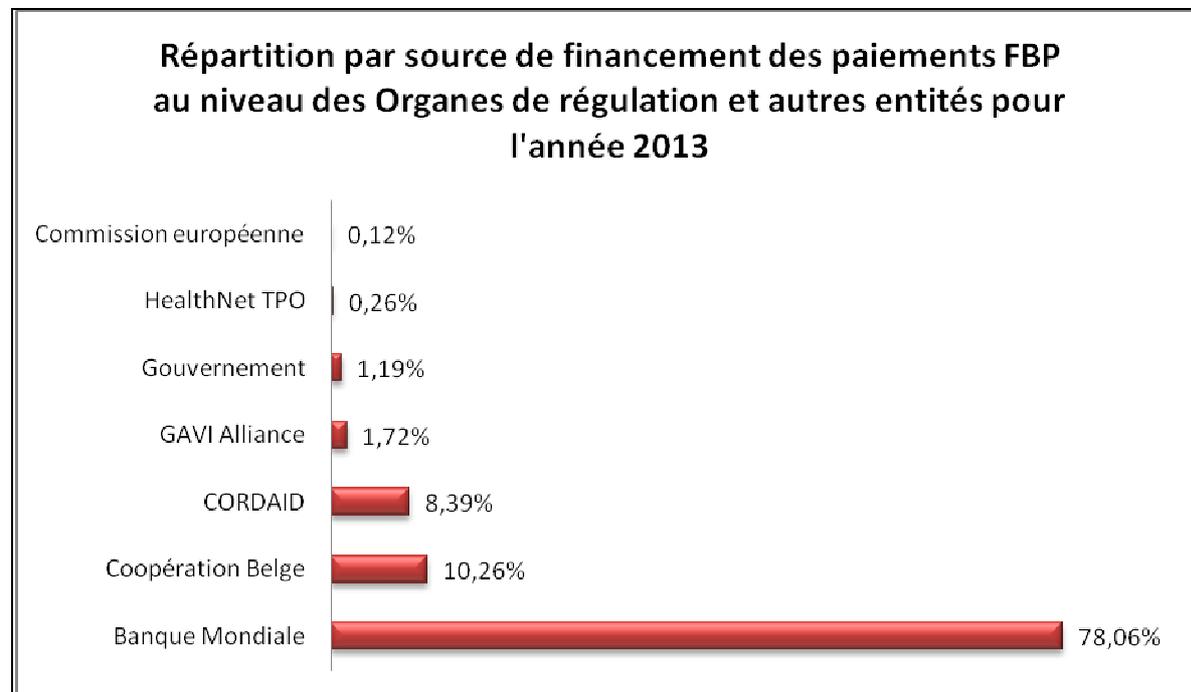
**Tableau 16 : Répartition par partenaire des montants FBP payés aux formations sanitaires au cours de l'année 2013**

Partenaire	Montant payé en Fbu	Montant payé en USD	Pourcentage
Gouvernement	27 293 318 530	17 956 131	<b>59,59%</b>
Banque Mondiale	7 363 564 874	4 844 451	<b>16,08%</b>
Coopération Néerlandaise/CORDAID	4 098 226 617	2 696 202	<b>8,95%</b>
Commission européenne	3 193 215 177	2 100 799	<b>6,97%</b>
Coopération Belge	1 739 770 764	1 144 586	<b>3,80%</b>
GAVI Alliance	900 874 596	592 681	<b>1,97%</b>
USAID/FHI 360	726 373 418	477 877	<b>1,59%</b>
Coopération Néerlandaise/HealthNet TPO	255 491 940	168 087	<b>0,56%</b>
PTRPC	229 190 206	150 783	<b>0,50%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>45 800 026 122</b>	<b>30 131 596</b>	<b>100,00%</b>

#### VII.11.2. Cofinancement du FBP niveau des organes de régulation et autres entités

Le FBP est également mis en œuvre au niveau de certains organes de régulation et autres entités que sont la CT FBP, une unité de la Direction Générale des Ressources, les Unités de prestation du niveau central du MSPLS, l'unité de coordination du projet RSS GAVI, l'INSP, les écoles paramédicales, les BPS, les BDS, les CPVV et les associations locales (ASLO).

**Graphique 32 : Sources des financements pour la mise en œuvre du FBP au niveau des organes de régulation et autres entités pour l'année 2013**



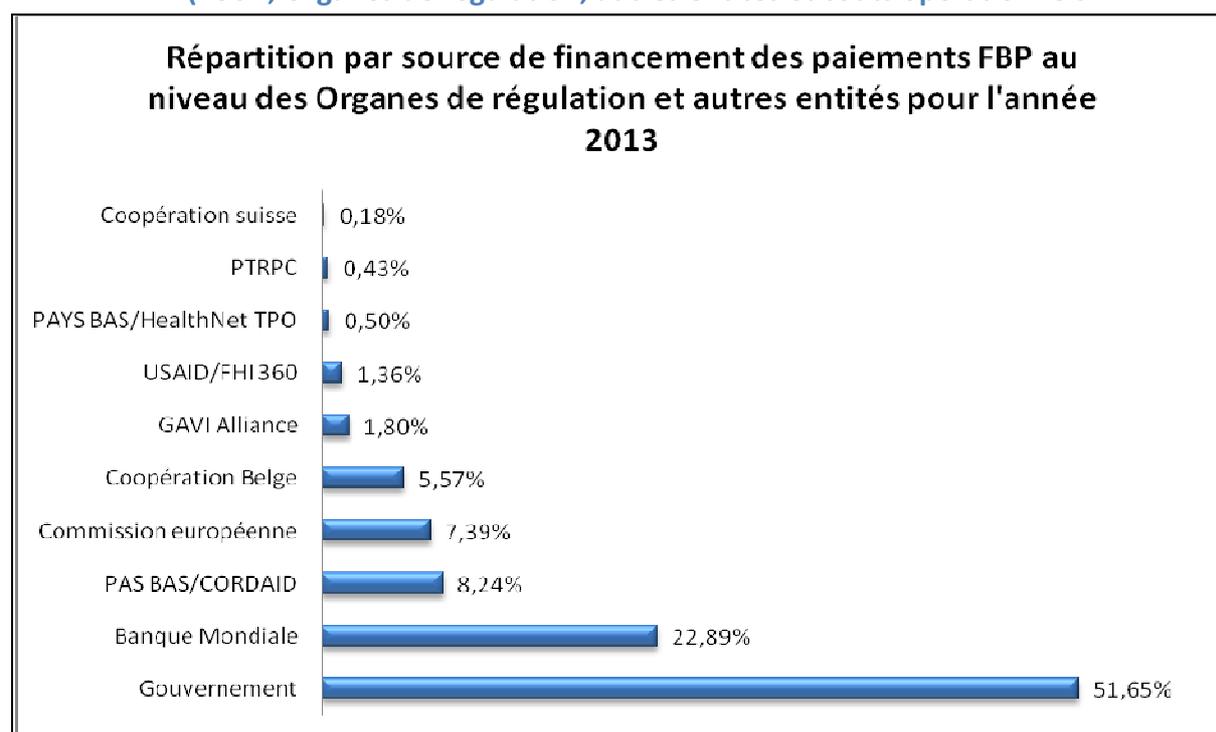
Les organes de régulation et autres entités sont financés principalement par le projet PADSS de la Banque Mondiale comme indiqué dans le graphique ci-dessus.

**Tableau 17 : Répartition par partenaire des montants FBP payés aux organes de régulation et autres entités au cours de l'année 2013**

Partenaire	Montant payé en Fbu	Montant payé en USD	Pourcentage
Gouvernement	44 196 750	29 077	<b>1,19%</b>
Banque Mondiale	2 899 578 980	1 907 618	<b>78,06%</b>
Coopération Néerlandaise/CORDAID	311 688 699	205 058	<b>8,39%</b>
Commission européenne	4 487 719	2 952	<b>0,12%</b>
Coopération Belge	381 247 070	250 820	<b>10,26%</b>
GAVI Alliance	63 862 250	42 015	<b>1,72%</b>
Coopération Néerlandaise/HealthNet TPO	9 726 403	6 399	<b>0,26%</b>
TOTAL	3 714 787 871	2 443 939	<b>100,00%</b>

VII.11.3. Cofinancement de la mise en œuvre du FBP (Formations sanitaires, entités de régulation et coûts opérationnels)

**Graphique 33: Sources des financements pour la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux (FOSA, Organes de régulation, autres entités et coûts opérationnels)**



En intégrant tous les paiements effectués pour la mise en œuvre du FBP (FOSA, Organes de régulation, autres entités, coûts opérationnels ; le Gouvernement demeure la première source de financement du FBP+Gratuité des soins à hauteur de 51% de tout le budget utilisé.

**Tableau 18: Répartition par partenaire des montants FBP utilisés à tous les niveaux en 2013**

Partenaire	Montant payé en Fbu (FOSA+Organes régulation+Coûts opérationnels)	Pourcentage
Gouvernement	27 648 315 280	51,65%
Banque Mondiale	12 253 730 535	22,89%
CORDAID	4 409 915 316	8,24%
Commission européenne	3 955 697 363	7,39%
Coopération Belge	2 981 987 264	5,57%
GAVI Alliance	964 736 846	1,80%
USAID/FHI 360	726 373 418	1,36%
HealthNet TPO	265 218 343	0,50%
PTRPC	229 190 206	0,43%
Coopération suisse	95 125 619	0,18%
TOTAL	53 530 290 190	100,00%

## VII.12. Motivation financière des prestataires de soins

### VII.12.1. Au niveau des Centres de Santé

**Tableau 19 : Primes de performance mensuelle moyenne par catégorie du personnel au cours de l'année 2013**

Catégorie du personnel	Moyenne Fbu	Moyenne USD
Titulaire du CDS	143 344	94
Infirmier A2	137 740	91
Infirmier A3	102 453	67
Gestionnaire	94 950	62
Aide-Soignant	61 719	41
Personnel d'appui	53 989	36

**Nota bene : 1 USD=1 520 Fbu**

Au cours de l'année 2013 au niveau des Centres de Santé, les Titulaires des Centres de Santé, les infirmiers A2 et A3 ont reçu une prime de performance mensuelle moyenne respectivement de 143 344 Fbu ; 137 740 Fbu et 102 453 Fbu. Le niveau des primes a augmenté par rapport à 2012 où les primes mensuelles moyennes étaient respectivement de 130 000 Fbu, 100 000 Fbu et 90 000 Fbu pour les trois catégories de personnel précitées.

### VII.12.2. Au niveau des Hôpitaux de District

**Tableau 20: Primes de performance mensuelle moyenne par catégorie du personnel au cours de l'année 2013**

Catégorie du personnel	Moyenne Fbu	Moyenne USD
Directeur Hôpital	163 568	108
Directeur Administratif et Financier	114 740	75
Directeur Adjoint chargé des soins	136 626	90
Médecins Généralistes	139 397	92
Infirmiers Licenciés	107 924	71
Infirmiers A1	93 765	62
Infirmiers A2	91 286	60
Infirmiers A3	83 549	55
Personnel d'appui	69 851	46

Au cours de l'année 2013, au niveau des Hôpitaux de District, les Directeurs des Hôpitaux et les Médecins Généralistes ont reçu une prime de performance mensuelle moyenne respectivement de 163 568 Fbu et 114 740 Fbu. Quant aux infirmiers A2 et A3 au niveau des Hôpitaux, ils ont reçu une prime de performance mensuelle moyenne respectivement de 91 286 Fbu et 83 545 Fbu. Comparativement à 2012, il y a une augmentation des primes qui étaient respectivement de 100 000 Fbu et 80 000 Fbu pour les Directeurs et les Médecins Généralistes ; et de 50 000 Fbu et 45 000 Fbu pour les A2 et les A3

**Cependant, comme en 2012 les primes des infirmiers au niveau des Centres de Santé sont supérieures à celles des Médecins au niveau des Hôpitaux et largement supérieures à celles de leurs collègues infirmiers des Hôpitaux.**

**Pour les infirmiers, leur salaire moyen étant d'environ 200 USD, cette prime de performance représente en moyenne 40 à 45% de leur salaire tandis que pour les médecins généralistes dont le salaire moyen est d'environ 350 USD ; cette prime de performance représente en moyenne 26% de leur salaire mensuel.**

### VII.12.3. Au niveau des Hôpitaux Nationaux

Suite à des problèmes structurels récurrents et à un problème de tension de trésorerie, tous les Hôpitaux nationaux n'ont pas pu donner des primes de performance à leur personnel. Seuls l'Hôpital Militaire de Kamenge et le Centre NeuroPsychiatrique de Kamenge ont pu dégager des primes à fournir à leur personnel.

**Tableau 21: Primes de performance mensuelle moyenne par catégorie du personnel au cours de l'année 2013 à l'Hôpital Militaire de Kamenge**

Catégorie du personnel	Moyenne Fbu	Moyenne USD
Directeur Hôpital	337 722	222
Directeur Administratif et Financier	233 977	154
Directeur Adjoint chargé des soins	315 649	208
Médecins Spécialistes	302 405	199
Médecins Généralistes	211 904	139
Infirmiers Licenciés	198 784	131
Infirmiers A1	183 209	121
Infirmiers A2	187 624	123
Infirmiers A3	139 062	91
Personnel d'appui	89 397	59

L'Hôpital Militaire de Kamenge n'a pu donner des primes que pour 4 mois sur toute l'année 2013. La moyenne mensuelle indiquée dans le tableau ci-dessous est calculée sur base des primes données pour 4 mois.

**Tableau 22: Primes de performance mensuelle moyenne par catégorie du personnel au cours de l'année 2013 au CNPK**

Catégorie du personnel	Moyenne Fbu	Moyenne USD
Directeur Hôpital	522 000	343
Directeur Administratif et Financier	429 500	283
Directeur Adjoint chargé des soins	583 000	384
Médecins Généralistes	457 429	301
Infirmiers Licenciés	387 125	255
Infirmiers A1	325 000	214
Infirmiers A2	301 880	199
Infirmiers A3	263 000	173
Personnel d'appui	219 525	144

## CHAPITRE VIII : PRINCIPALES CONTRAINTES ET OPPORTUNITES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU FBP

### VIII.1. Forces et Opportunités

L'indiscutable volonté politique du Gouvernement concernant la gratuite ciblée des soins et le FBP constitue l'une des grandes forces et une opportunité remarquable pour ces deux stratégies combinées. L'Etat est le principal contributeur et s'est fermement engagé dans le financement de la mise en œuvre de la gratuité des soins couplée au FBP à travers notamment une ligne budgétaire « Gratuité-FBP » et sa contribution chaque année à hauteur de 1,4% du budget général de l'Etat. Le fait que le Gouvernement du Burundi soit le premier financeur est également vu comme un facteur favorable à la pérennité de la stratégie.

D'autres forces et opportunités sont également à mettre à l'actif du programme, dont les principales sont les suivantes :

- ✓ La stratégie apporte une contribution à l'atteinte des OMD 4 et 5 par le financement de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- ✓ Par le financement de la gratuité des soins par les mécanismes du FBP, davantage de ressources sont canalisées vers les prestataires à coûts de transaction raisonnables (près de 85% du budget Gratuité-FBP est payé aux FOSA contre 15% pour d'autres dépenses de mise en œuvre);
- ✓ Le système favorise une distribution assez équitable des ressources entre provinces par une différenciation des barèmes de remboursement en fonction de la pauvreté, de la densité et de l'éloignement de la province ;
- ✓ Le système de vérification et de contre-vérification permet de rembourser des prestations réellement effectuées dans des conditions de qualité acceptables et de réduire le risque de notification de données incorrectes au système d'information sanitaire. Le FBP renforce la rigueur du rapportage dans le système de santé et la complétude des rapports car les formations sanitaires ne peuvent être payées qu'après avoir transmis les données ;
- ✓ Des résultats satisfaisants encouragent les appuis des différents PTF et les opportunités des nouveaux financements et/ou des financements additionnels ;
- ✓ L'organisation régulière des revues internes et externes offre l'opportunité d'adapter le montage institutionnel et la mise en œuvre du programme Gratuité-FBP en général. Dans le même sens, la révision régulière du Manuel de Procédures ainsi que les différents outils de mise en œuvre du FBP, telle que celle entreprise au cours de l'année 2013, permet de stimuler le dynamisme de la stratégie et de corriger les lacunes identifiées ;

- ✓ La transparence dans la gestion suite à la mise en place d'une base de données, au travers du web, accessible à tous les acteurs, permet une fiabilité accrue ;
- ✓ Par la contractualisation du niveau de régulation, tout comme les entités des niveaux décentralisé et opérationnel, les services du niveau central sont, dès 2013, régulièrement évalués et primés en fonction des résultats du système de santé par rapport à leurs missions normatives, d'encadrement et d'allocation des ressources;
- ✓ La Gratuité est une mesure efficace qui a un impact positif considérable sur l'accès aux soins des populations ciblées. Une analyse multivariée réalisée au cours de l'année 2013, utilisant les données PMS 2009 et 2012, corrobore ce constat.

## VIII.2. Contraintes et Faiblesses

Des progrès et des résultats remarquables sont certes enregistrés au fil de la mise en œuvre de la Gratuité-FBP au Burundi. Cependant, le FBPe demeure confronté à certaines contraintes et faiblesses qu'il convient de souligner :

***Certaines contraintes et faiblesses sont liées au système de santé et certaines d'entre elles ont même été évoquées dans le rapport annuel FBP 2012 :***

- ✓ Le chevauchement entre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) résultant des insuffisances des mécanismes de référence et contre référence: l'accès aux soins au niveau des hôpitaux n'est pas encore conditionné par une référence du niveau Centre de Santé. Cette problématique est souvent considérée comme source de la surutilisation des services hospitaliers, de l'utilisation irrationnelle des ressources et de l'impact négatif sur la qualité des soins ;
- ✓ Les FOSA ne bénéficient pas toujours d'une autonomie de gestion suffisante. Bien que leurs Plans d'Action soient élaborés sous l'encadrement des BDS et validés par ces derniers, les gestionnaires des FOSA (spécialement publiques) déplorent encore la tendance des équipes des BDS à bloquer certaines activités, notamment les initiatives de petits investissements des Centres de Santé pourtant prévus dans leurs plans d'action ;
- ✓ Le système d'Information Sanitaire de routine et la problématique de collecte des données: l'utilisation du "registre unique (d'accueil) » au niveau des CDS présente l'avantage de retracer facilement l'itinéraire du client et de résoudre le problème d'identification correcte des anciens et des nouveaux cas. Cependant, si ce registre n'est pas correctement utilisé, la vérification et la contre-vérification des prestations au sein des FOSA s'avèrent difficiles, et des discordances sont souvent relevées entre ce registre d'entrée et les registres des différents services dans lesquels les clients ont été orientés. En outre, le mauvais archivage des outils de collecte des données entrave l'activité de contre-vérification des prestations déjà rémunérées dans le cadre du programme Gratuité-FBP. Au niveau des hôpitaux, l'absence d'un dossier médical harmonisé rend difficile l'évaluation de la qualité des prestations ;

- ✓ L'absence d'une carte sanitaire au niveau national et de plans d'extension de couverture au niveau des districts sanitaires a pour conséquence un développement peu contrôlé des formations sanitaires et la difficulté pour ces dernières à maîtriser leurs aires de responsabilités ;
- ✓ La problématique de la chaîne d'approvisionnement en médicaments entraînant des ruptures de stock au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ Le faible niveau de capitalisation des compétences acquises aux postes de responsabilité du niveau opérationnel suite à la mobilité du personnel.

***D'autres faiblesses sont principalement liées à la mise en œuvre du FBP et la gratuité des soins***

- ✓ La vérification de l'éligibilité à la gratuité des soins est laissée à la discrétion du prestataire de soins, avec le risque évident de conflit d'intérêt. En plus des moyens limités dont ils disposent, les prestataires n'ont réellement aucun intérêt à assurer scrupuleusement ces conditionnalités qui, dans une certaine mesure, limiteraient leurs revenus issus de la Gratuité. Dans le même ordre d'idée, aucune balise efficace n'a été mise en place pour limiter la Gratuité ciblée des soins aux seuls patients non affiliés aux autres régimes existants, telles les Mutuelles et autres assurances médicales privées. Le paiement à leur place à travers la Gratuité et/ou le double paiement des mêmes prestations sont plausibles.
- ✓ Les éventuels effets pervers ou notification frauduleuse: dans l'ensemble l'inquiétude concernant les prestations non ou faiblement rémunérées dans le cadre du FBP qui pourraient être négligées par le prestataire n'est pas prouvée. Par ailleurs, le risque de fausse notification intentionnelle des cas est souvent évoqué, comme par exemple:
  - Les enfants âgés de plus de 5 ans qui pourraient être enregistrés comme les moins de 5 ans
  - Les enregistrement des "anciens Cas", non rémunérés, comme des "nouveaux Cas" rémunérés par le FBP
- ✓ Le retard de paiement des formations sanitaires : au cours de l'année 2013, les factures des mois de Septembre à Décembre ont été payées tardivement ; suite à l'indisponibilité des ressources dans les délais prévus au niveau du Gouvernement de certains PTFs ;
- ✓ Des imperfections dans la séparation des fonctions : si la vérification des données quantitatives est assurée par une équipe exclusivement mandatée à cette activité, l'évaluation de la qualité des prestations au niveau des hôpitaux est accomplie par les pairs, et au niveau des centres de santé par les équipes des BPS et des BDS, les mêmes chargées de l'encadrement des FOSA. Dans les deux cas, la possibilité de conflits d'intérêts n'est pas exclue;

- ✓ La problématique de la mesure de la qualité : les indicateurs de qualité ne peuvent être contrôlés que le jour de l'évaluation car bon nombre de ces mesures ne rendent pas compte de la situation réelle entre deux évaluations;
- ✓ Le système de co-paiement des factures (possibilité qu'une facture soit partagée entre différents payeurs), qui permet à un partenaire de payer pour un certain nombre ou une catégorie d'indicateurs, un certain nombre de FOSA ou un pourcentage de la facture en fonction de son enveloppe budgétaire, présente des inconvénients pour les FOSA. Si ce système présente des avantages en permettant à chaque partenaire de gérer son budget selon ses propres procédures internes et/ou de pouvoir financer son domaine ou sa zone géographique d'intervention, les gestionnaires des FOSA ne cessent de se plaindre de ces paiements morcelés, qui ne leur arrivent pas en même temps, avec pour conséquences la difficulté de suivi des fonds et l'incertitude dans la prévision des ressources-dépenses ;
- ✓ Le désistement et la réduction des enveloppes budgétaires des PTF : si les fonds gérés par les services publics sont assez facilement décaissés selon les prévisions, il en est autrement des fonds gérés par les PTF. Les conventions signées entre le gouvernement et d'autres partenaires d'appui au programme Gratuité-FBP laissent à ses derniers la possibilité de revoir à la baisse les enveloppes budgétaires initialement prévues. La clause de ces conventions selon laquelle « le gouvernement s'engage à combler le gap si un partenaire venait à cesser de payer... » n'est pas sans susciter de confusion. Ainsi, un partenaire peut unilatéralement décider de ne pas décaisser durant une certaine période pour des raisons qui lui sont propres, ou de répartir son budget annuel sur plusieurs années... Dans ce cas, il est fait recours aux fonds directement gérés par le MSPLS, pourtant non extensibles, et qui sont rapidement épuisés. D'où des retards de paiement, voire même le risque de non-paiement d'une partie des FOSA ;

Cette situation est exacerbée par l'escalade rapide des dépenses. En une année, entre 2012 et 2013, les paiements aux FOSA sont passés de 28,4 milliards de FBu à 45,8 milliards de FBu, soit une augmentation de 62%. A ce rythme et toute chose égale par ailleurs, le programme ne pourrait pas être financièrement soutenable ;

- ✓ La contribution par le budget du Gouvernement aux coûts opérationnels liés à la mise en œuvre du programme de Gratuité/FBP est très limitée. Dans la mesure où les fonds publics ne peuvent pas être alloués à certaines fonctions pourtant essentielles telles que la vérification des prestations et la gestion du processus de facturation et de paiement, le FBP pourrait temporairement en souffrir en cas de difficultés de certaines sources de financement qui, pour le moment, couvrent entièrement ces volets ;
- ✓ Le plan de financement de la contractualisation du niveau central reste de très court terme : le risque d'insuffisance ou d'épuisement du financement de la contractualisation du niveau de régulation pourrait perturber la bonne dynamique observée dès l'entame de ce processus, si le MSPLS et ses PTFs ne veillent à allouer d'autres fonds en faveur de ce volet ;

- ✓ Les termes de référence des ONG d'accompagnement ne sont pas adaptés à l'évolution de la mise en œuvre de la Gratuité-FBP: les ONG d'accompagnement risquent de se substituer aux acteurs qu'ils sont censés encadrer, ou de créer une certaine dépendance au détriment de l'appropriation par les acteurs pour des missions qui leur incombent. Par ailleurs, une évaluation rapide de l'état des lieux de l'accompagnement a été réalisée par une équipe conjointe du MSPLS, de la Banque Mondiale et de l'OMS (décembre 2013), et a proposé des changements par rapport à ce volet, que le MSPLS entend mettre en œuvre dès avril 2014<sup>2</sup> ;
- ✓ Le financement de Gratuité à travers les mécanismes du FBP présente indéniablement de multiples avantages. Cependant certains prestataires craignent que le FBP ne se transforme de plus en plus en un simple canal de remboursement des factures des prestations de la gratuité, et que ses autres effets soient évaporés, d'autant plus que certaines FOSA, en particulier les hôpitaux ne parviennent pas à dégager des subsides leur permettant de payer les primes de motivation au personnel. La question mérite d'être analysée profondément, car certaines formations sanitaires, particulièrement les hôpitaux, sont certes confrontées à de multiples autres problèmes structurels.

Une étude en cours sur le Financement de la Santé, est censée aboutir à une nouvelle stratégie de Financement de la Santé au Burundi qui, tout en capitalisant les forces et les acquis du FBP/Gratuité notamment, sera certes une opportunité d'entreprendre des réorientations efficaces nécessaires pour s'attaquer à ces multiples faiblesses dont, la plupart, avaient même été évoquées les années précédentes.

---

<sup>2</sup> Rapport de l'évaluation rapide de l'accompagnement de la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans le cadre du projet d'appui au développement du secteur de la santé (décembre 2013)

## **CHAPITRE IX : RECOMMANDATIONS**

En vue d'améliorer la mise en œuvre du FBP pour les années futures, les recommandations suivantes sont formulées :

### **IX.1. A l'endroit de la Cellule Technique Financement Basé sur la Performance (CT FBP)**

- Intégrer, dans le cadre du FBP, un indicateur relatif au taux d'exécution du budget d'investissement au niveau des formations sanitaires et des BDS ;
- Renforcer les mécanismes de vérification quantitative, de contre vérification et d'évaluation de la qualité pour garantir la fiabilité des données produites dans le cadre du FBP, notamment par l'implication d'une tierce partie dans le processus de vérification quantitative et d'évaluation de la qualité des prestations sanitaires ;
- Mettre en place un système d'évaluation improvisée de la qualité des soins au niveau d'un échantillon de formation sanitaire et sur base de quelques indicateurs choisis au hasard, afin de s'assurer que le niveau de qualité de soins mesuré par les équipes d'évaluation est maintenu entre deux évaluations ;
- Réviser les grilles d'évaluation de la qualité des soins pour les focaliser sur les indicateurs de résultats;
- Réviser les termes de référence de l'accompagnement des entités de mise en œuvre du FBP par des ONGs, notamment en les utilisant comme tierce partie dans le processus de vérification quantité et d'évaluation de la qualité des prestations ;
- Intégrer des indicateurs en rapport avec la santé communautaire dans les grilles de performance des BDS ;
- Faire le suivi des recommandations formulées à l'endroit des unités de prestation du niveau central à travers l'évaluation trimestrielle de leur performance ;
- Mener des investigations sous forme de recherche action au niveau des Provinces ayant un taux d'utilisation des services de santé très largement supérieure à la moyenne nationale, en l'occurrence les Provinces de Cankuzo, Muyinga et Ruyigi ;

### **IX.2. A l'endroit des autres services du niveau central du Ministère de la Santé Publique**

- Renforcer les mécanismes de référence et contre référence notamment en réservant des privilèges à l'accès aux Hôpitaux pour les patients référés par le Centre de Santé comme cela est déjà le cas pour les détenteurs de la Carte d'Assistance Médicale (Secrétariat Permanent du MSPLS) ;
- Elaborer une instruction à l'endroit des BPS, BDS et FOSA sur le respect de la réglementation en matière d'exécution budgétaire y compris les directives en rapport avec la passation des marchés publics (Direction Générale des Ressources) ;
- Renforcer les capacités des Centres de Santé sur le remplissage correct et l'utilisation du registre unique d'accueil (Direction du Système National d'Information Sanitaire) ;
- Assurer la disponibilité des outils de collecte des données, y compris les registres unique d'accueil, au niveau des formations sanitaires (Direction du Système National d'Information Sanitaire) ;

- Assurer la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires en améliorant la chaîne d'approvisionnement en médicaments (DPML) ;
- Finaliser le plan d'extension de couverture en vue de maîtriser l'implantation des formations sanitaires et veiller à son respect (Direction Générale de la Planification) ;
- Elaborer un plan de carrière pour le personnel de santé (Direction des Ressources Humaines) ;
- Développer une politique et une stratégie nationale de financement du secteur de la santé indiquant la complémentarité des différents mécanismes de financement de l'accès aux soins (Secrétariat Permanent du MSPLS) ;
- Mettre en place, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, un panier commun pour le financement du FBP (Secrétariat Permanent MSPLS);
- Affecter une partie du budget FBP du Gouvernement au financement des coûts opérationnels de mise en œuvre du FBP (Direction Générale des Ressources) ;
- Assurer le respect de la convention entre la CTB et le MSPLS notamment en ce qui concerne le cofinancement par la Banque Mondiale de la contractualisation des unités de prestation du niveau central Cabinet du MSPLS);
- Mobiliser des financements supplémentaires pour la mise en œuvre du FBP à tous les niveaux (Cabinet du MSPLS);
- Assurer le respect du délai de paiement des formations sanitaires comme indiqué dans le manuel des procédures FBP (Direction Générale des Ressources).

### **IX. 3. A l'endroit des BDS et BPS**

- Assurer l'archivage des outils de collecte des données au niveau des formations sanitaires ;
- Assurer la mise en œuvre des plans d'action validés des formations sanitaires sans autres conditionnalités pour les décaissements, tout en veillant au respect des normes du MSPLS et de passation des marchés;
- Renforcer les supervisions formatives et l'encadrement des formations sanitaire

## CONCLUSION

Après quatre années de mise en œuvre du FBP à l'échelle nationale, des résultats appréciables ont été engrangés : contribution à l'amélioration de l'utilisation des services de santé et de la qualité des soins, amélioration de la gouvernance et du leadership des services de santé ; renforcement du système de santé en général. Par ailleurs, le FBP a contribué à la réduction de la mortalité maternelle et infantile comme l'indique l'enquête PMS 2012 et donc à l'évolution vers la réalisation des OMDs 4 et 5.

Des contraintes de mise en œuvre du FBP ont été observées au cours de l'année 2013, certaines inhérentes à la mise en œuvre du FBP et d'autres au système de santé : insuffisance des ressources pour le financement du FBP avec épuisement du budget prévu au mois de Septembre 2013 avec comme corollaire le retard de paiement des formations sanitaires ; insuffisance de trésorerie au niveau des Hôpitaux suite à des problèmes structurels ; problématique de la disponibilité des médicaments suite à des contraintes au niveau de la chaîne d'approvisionnement des médicaments ; absence d'une politique et d'une stratégie de financement du secteur de la santé entraînant un chevauchement et un double emploi de certains mécanismes de financement ; un système de référence et contre référence non encore suffisamment fonctionnel et ne respectant pas en totalité les différents échelons de soins ; développement incontrôlé des formations sanitaires suite à un manque de carte sanitaire et ne respectant pas nécessairement les conditions requises pour bénéficier d'un contrat principal FBP, entraînant la multiplication des contrats secondaires difficiles à contrôler.

Une synergie d'action entre le MSPLS, les PTFs et les différents acteurs sur terrain doit être renforcée afin de consolider les acquis et améliorer la mise en œuvre du FBP pour les années futures.

De même, la mise en place du FBP au niveau communautaire pour renforcer la demande de soins se pose en termes de priorité et la capitalisation des expériences pilotes en cours dans trois Provinces devrait contribuer à accélérer le passage à échelle.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Suivi des recommandations contenues dans le rapport de mise en œuvre du FBP pour l'année 2012

RECOMMANDATIONS	NIVEAU D'EXÉCUTION	OBSERVATIONS
<b>A l'endroit du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida</b>		
Développer une politique et une stratégie nationale de financement du secteur de la santé indiquant la complémentarité des différents mécanismes de financement de l'accès aux soins ( <b>Direction Générale des Ressources</b> )	En cours	Les drafts des différents chapitres de la stratégie nationale sont disponibles.
Mobiliser les financements nécessaires à la poursuite du processus de contractualisation des services du niveau central du MSPLS ( <b>Cabinet du MSPLS</b> )	Réalisé	Le financement de la contractualisation des services centraux est assurée par la CTB, les sous unités DGR et CT-FBP sont financées par la BM
Elaborer un modèle de dossier médical harmonisé ainsi que les instructions pour son utilisation au niveau des Hôpitaux ( <b>Direction de l'Offre et de la Demande de soins</b> )	Réalisée	Dossier médical en phase pilote dans le district de Gitega (hôpital Kibimba) et dans le district de Kabezi (Hôpital Kabezi)
Renforcer les mécanismes de référence et contre référence notamment en réservant des privilèges à l'accès aux Hôpitaux pour les patients référés par le Centre de Santé comme cela est déjà le cas pour les détenteurs de la Carte d'Assistance Médicale ( <b>Direction de l'Offre et de la Demande de Soins</b> )	Non réalisée	Des discussions sont en cours sur cette problématique
Mettre en place un système d'accréditation des Hôpitaux en rapport avec l'assurance qualité ( <b>Direction de l'Offre et de la Demande de Soins</b> )	Non réalisée	Dans le cadre du FBP, des mécanismes de certification vont être introduites en 2014
Elaborer un plan d'extension de couverture en vue de maîtriser l'implantation des formations sanitaires et de définir leurs aires de responsabilité ( <b>Direction Générale de la Planification</b> )	En cours	Le plan d'extension de la couverture est en cours d'élaboration avec l'appui du projet PAPSBU/Amagara Meza
Elaborer un plan de carrière pour le personnel de santé ( <b>Direction des Ressources Humaines</b> )	En cours	Un répertoire national des postes a été élaboré
Former et encadrer le Centre de Santé pour une utilisation efficiente du registre unique de consultation ( <b>Direction du Système National d'Information Sanitaire</b> )	Réalisée	Registre unique est disponible et utilisé au niveau des Centres de Santé

Mettre en place des solutions informatiques permettant d'intégrer les données générées par le SNIS, le FBP et les différents programmes verticaux ( <b>Direction du Système National d'Information Sanitaire</b> )	En cours	Le DSNIS a introduit le logiciel DHIS 2 permettant le partage online d'informations des différentes sources des données
<b>A l'endroit de la Cellule Technique Nationale : CT-FBP</b>		
Mettre en place un système d'évaluation improvisée de la qualité des soins au niveau d'un échantillon de formation sanitaire afin de s'assurer que le niveau de qualité de soins mesuré par les équipes d'évaluation est maintenu entre deux évaluations	Non réalisée	Le processus est déjà adopté. Les premières évaluations débutent avec le 2 <sup>ème</sup> trimestre 2014 dans les hôpitaux de district
Réviser les grilles d'évaluation de la qualité des soins pour y intégrer plus d'éléments en rapport avec les prestations cliniques avec une attention particulière sur la mesure des indicateurs de résultats	Réalisée	
Mener des investigations sous forme de recherche action au niveau des Provinces ayant un taux d'utilisation des services de santé très largement supérieure à la moyenne nationale, en l'occurrence les Provinces de Cankuzo, Muyinga et Ruyigi	Non réalisée	Prévues pour le deuxième trimestre 2014
Intégrer les données issues des enquêtes communautaires dans la base de données FBP	Réalisée	Les principales thématiques des enquêtes communautaires ont été intégrées
Revoir à la hausse le poids de la qualité technique dans le calcul du score de qualité global	Réalisée	
Mobiliser des ressources supplémentaires en vue de revoir à la hausse le poids du bonus de qualité dans le financement des formations sanitaires via le FBP	Réalisée	
Renforcer les capacités des BPS et BDS dans l'utilisation et l'analyse des données issues des enquêtes communautaires.	Réalisée	Les ONG d'accompagnement ont appuyé les BPS, BDS et CPVV dans l'analyse des données issues des enquêtes communautaires
<b>A l'endroit des Bureaux de District Sanitaire, des Bureaux Provinciaux de Santé et ONGs d'accompagnement</b>		
Assurer l'archivage des outils de collecte des données au niveau des formations sanitaires	En cours	Certaines FOSA ont encore des difficultés pour archiver leurs documents
Assurer la mise en œuvre des plans d'action validés des formations sanitaires sans autres conditionnalités pour les décaissements, tout en veillant au respect des normes du MSPLS	Non réalisé	La recommandation est à reformuler et à adresser aux instances appropriées
Renforcer les supervisions formatives et l'encadrement des formations sanitaire	Réalisée	Des efforts ont été consentis par les BDS et BPS

**Annexe 2 : Suivi des recommandations de l'atelier de suivi de la mise en œuvre du FBP au Burundi**

**1° Au MSPLS**

<b>N°</b>	<b>Recommandations</b>	<b>Etat de mise en œuvre</b>
1	Rendre disponible les outils standardisés de collecte des données (DSNIS)	Les outils de collectes des données sont disponibles au niveau des FOSA
2	Veiller au respect des délais de paiement des factures FBP	Réalisée: Difficulté de disponibilité des fonds dans les délais requis auprès du gouvernement et de certains PTF
3	Construire et faire l'extension des locaux de certaines FOSA, des BDS et des BPS	Réalisée au fur et à mesure que possible
4	Doter au CPVV un cadre légal	Question en discussion dans le cadre de la stratégie nationale de financement de la santé
5	Sanctionner les formations sanitaires qui n'appliquent pas l'outil d'indice	Réalisée au prorata de la facture suivante pour remboursement du montant octroyé comme prime
6	Affecter le personnel qualifié suffisant selon les normes en RH dans les FOSA	Réalisé chaque fois que le budget le permet
7	Actualiser les populations des aires de responsabilité des FOSA	En cours de réalisation par la DGP; le dénombrement des aires de responsabilité des FOSA est en cours en appui avec le projet Amagara Meza
8	Planifier les réunions au niveau central pour rentabiliser la participation des responsables de régulation	Réalisée par la DGP, le site web du MSPLS contient une fenêtre de programmation des réunions/ateliers du niveau central
9	Doter aux CDS nouvellement construits des fonds de roulement	Réalisée, à travers les sensibilisations du BPS aux FOSA de la province pour la contribution aux fonds de démarrage des nouveaux CDS

## 2° A la CT FBP

N°	Recommandations	Etat de mise en œuvre
1	Rendre disponible la connexion internet dans les bureaux de CPVV	Des problèmes de connexions persistent encore à Karusi et à Muyinga et absence d'Internet à Kayanza
2	Rendre disponible/Réhabiliter les bureaux des CPVV Gitega et Karuzi	En cours : le processus de location des bureaux est en cours de finalisation
3	Assurer la logistique pour le bon fonctionnement des CPVV: machines portables, véhicule, matériels de bureau...	Les moyens sont fournis progressivement et selon les disponibilités et les demandes
4	Assurer le renforcement de capacité des validateurs par rapport à leur cahier de charge	Réalisée pour tous les acteurs intervenants dans la mise en œuvre du FBP
5	Former/Recycler les vérificateurs sur les nouveaux protocoles des différents programmes du MSPLS	Non réalisée
6	Informers les CPVV des clauses du contrat/conventions des ONG d'accompagnement	Réalisée
7	Rehausser le cout des indicateurs surtout au niveau des hôpitaux.	Réalisée
8	Répartir le budget selon les consommations provinciales et faire des ajustements intra et inter provinciales lors de la révision budgétaire	Réalisée : une analyse du niveau de consommation des différents budgets provinciaux est faite mensuellement permettant ainsi une répartition inter provinciale
9	Actualiser les grilles d'évaluations à tous les niveaux et former les acteurs avant sa mise en application	Réalisée
10	Prévoir l'extension de la contractualisation des laboratoires sur tout le territoire national	Dans le modèle FBP national, le service de laboratoire des hôpitaux est déjà contractualisé
11	Contractualiser d'autres structures intervenant dans la mise en œuvre du FBP (CAMEBU, CNTS,...)	Les premières évaluations primées de certaines unités de prestation du niveau central ont porté sur le 4 <sup>ème</sup> trimestre 2013. Le processus s'étendra progressivement à d'autres structures du niveau central (processus de mobilisation des fonds encours)
12	Associer les praticiens des FOSA dans l'élaboration de la grille d'évaluation	Réalisée ; processus d'élaboration des grilles d'évaluation a impliqué les BPS, BDS et responsables des FOSA

13	Harmoniser le système de vérifications des données et en informer les concernés	Réalisée: un guide de vérification a été produit par la CT-FBP et diffusé à tous les niveaux
14	Revoir l'indicateur relatif à l'analyse des fiches de référence et contre référence en Mairie de Bujumbura	L'indicateur relatif à la contre référence a été retiré au niveau des HN. Par contre ceux-ci ne remplissent pas les registres des références en provenance des CDS

### 3° Aux BPS et BDS

N°	Recommandations	Etat de mise en œuvre
1	Multiplier les supervisions formatives des FOSA	Activité continue
2	Séparer les fonctions en matière de gestion financière (caissier et comptable)	En cours : un manuel de gestion administrative et financière du MSPLS est en cours de finalisation

### 4° Aux CPVV

N°	Recommandations	Etat de mise en œuvre
1	Développer les mécanismes incitant les FOSA à contrat principal à encadrer les formations sous contrats secondaires	Activité continue

### 5° Aux ONGs d'accompagnement

N°	Recommandations	Etat de mise en œuvre
1	Encadrer les FOSA et les BDS dans la planification des activités	Activité continue
2	Encadrer les FOSA et les BDS dans l'utilisation correcte de l'outil indice	Activité continue
3	Encadrer les COSA et ASLO dans la mise en œuvre du FBP à leur niveau d'intervention	Activité continue
4	Fournir un appui logistique à l'équipe technique de vérification	Réalisé à chaque fois de besoin
5	Organiser des formations continues sur le FBP à l'endroit des acteurs du niveau intermédiaire et périphérique	Réalisé chaque trimestre

### Annexe 3: Synthèse des résultats de l'évaluation des activités des ONGs d'accompagnement

Entités	Points positifs	Points Faibles
BPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encadrement des BPS dans l'élaboration du PAA;</li> <li>- Les équipes d'accompagnement participent aux préparatifs et dans l'évaluation technique des CDS;</li> <li>- Appui aux BPS dans l'organisation et le suivi des évaluations trimestrielles de la qualité des hôpitaux par les pairs</li> <li>- Les médecins accompagnateurs participent à la facilitation des évaluations des hôpitaux par les pairs</li> <li>- Encadrement des BPS dans l'attribution des primes au personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les équipes d'accompagnement ne sont pas invitées dans certaines réunions comme les séances d'évaluation individuelles lors de partage des primes et les réunions de suivi de la mise en œuvre des PAA</li> <li>- Les BPS ne parviennent pas à réaliser leur PAA du fait de l'insuffisance des budgets leur alloué</li> <li>- Difficulté d'exécuter totalement le PAT des BPS à cause de l'interférence des activités programmées par le niveau central.</li> </ul>
BDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encadrement des BDS dans la planification et au suivi de l'exécution des PAT</li> <li>- Appui aux BDS dans l'encadrement des Hôpitaux de District et des CDS dans l'élaboration des Plans d'Action Annuels et des Plans d'Action Semestriels</li> <li>- Appui aux BDS dans le suivi de l'utilisation systématique et régulière de l'outil d'indice dans les FOSA</li> <li>- Appui aux BDS dans l'encadrement des COSA des CDS dans la mise en œuvre du volet communautaire du FBP</li> <li>- Formation des COSA des districts sur leur cahier de charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de rappel d'instruction en rapport avec l'utilisation obligatoire d'outil d'indice y compris pour les FOSA confessionnelles.</li> <li>- Les FOSA à contrat secondaire qui ne sont pas assez encadrées et qui ne transmettent pas auprès des DS ni les rapports financiers ni les copies de l'utilisation de l'outil indice.</li> <li>- Absence d'appui dans l'évaluation de l'état des lieux de l'implication des COSA dans la planification des interventions sanitaires des CDS ;</li> <li>- Absence d'appui aux BDS dans l'encadrement des hôpitaux de district et des CDS dans l'élaboration des PAA et des PAS</li> </ul>
CPVV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encadrement des équipes de vérification pour le tirage des échantillons par l'accompagnement</li> <li>- Encadrement des sous unités de validation du CPVV dans la validation des données FBP</li> <li>- Encadrement de l'équipe de vérification dans le processus de vérification des prestations et l'analyse et la mise place d'un processus permettant le contrôle des écarts entre les données déclarées et les données validés</li> <li>- Encadrement des sous-unités validation dans la gestion des contrats</li> <li>- Encadrement dans le suivi des contrats secondaires ainsi que la supervision des Fosa secondaires par les Fosa à contrats principaux</li> <li>- Encadrement des équipes techniques du CPVV à l'analyse mensuelle de l'évolution des indicateurs des FOSA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'instruction concernant le feedback en rapport avec des modifications opérées sur les factures papiers au FOSA concernées</li> <li>- Le travail du CPVV handicapé par la faible implication des membres validateurs dans certaines provinces</li> <li>- Non information des montants virés sur les comptes des FOSA</li> <li>- Difficulté de faire un suivi régulier de l'utilisation de l'outil indice des organes de régulation</li> <li>- Difficulté de réunir les membres validateurs en dehors des réunions de validation</li> </ul>