



REPUBLIQUE DE GUINEE

\*\*\*\*\*

Travail - Justice - Solidarité

\*\*\*\*\*

MINISTERE DE LA SANTE

\*\*\*\*\*

# MANUEL NATIONAL DE PROCEDURES DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR)

Novembre 2019

---

## Table des matières

Tableaux et Figures .....	5
Sigles et Abréviations.....	6
Introduction .....	8
1 ORGANISATION ET PROCEDURES DE REVISION DU MANUEL NATIONAL DE MISE EN ŒUVRE DU FBR EN GUINEE .....	10
1.1. Organisation du manuel national de mise en œuvre du FBR en Guinée .....	10
1.2. Procédures de révision du manuel de mise en œuvre du FBR en Guinée .....	10
2 APPROCHE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS .....	12
2.1 Définition des concepts .....	12
2.2 Principes du Financement basé sur les résultats .....	12
2.3 Objectifs du financement basé sur les résultats .....	13
2.3.1 Objectif général .....	13
2.3.2 Objectifs spécifiques .....	13
3 MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS .....	14
3.1 Acteurs et rôles .....	14
3.1.1 Prestataires .....	14
3.1.2 Structures d'encadrement.....	15
3.1.3 Structures de coordination.....	16
3.1.4 Payeur(s) .....	18
3.1.5 Agence de contractualisation et de vérification.....	18
3.1.6 Autres acteurs .....	19
3.2 Cadre institutionnel du Financement basé sur les résultats .....	20
3.3 Critères d'inclusion et d'exclusion .....	23
3.4 Indicateurs quantitatifs .....	25
3.4.1 Niveau communautaire.....	25
3.4.2 Niveau Centres de Santé .....	26
3.4.3 Niveau Centres Hospitaliers .....	28
3.4.4 Niveau DPS/DCS.....	30
3.4.5 Niveau DRS .....	30
3.4.6 Niveau Services Centraux .....	31
3.5 Critères d'appréciation de la qualité .....	31
3.5.1 Niveau centre de santé.....	32
3.5.2 Niveau hôpital.....	32
3.5.3 Niveau DPS .....	33
3.5.4 Niveau DRS .....	33
3.5.5 Niveau CTN-FBR.....	34

3.5.6 Niveau payeur .....	34
3.5.7 Niveau ACV .....	34
3.5.8 Niveau services centraux .....	34
3.6 Renforcement des connaissances des acteurs sur le FBR .....	35
3.6.1 Prestataires du niveau primaire et secondaire .....	35
3.6.2 Acteurs des structures d'encadrement.....	35
4 OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS ....	36
4.1 Plan d'affaires .....	36
4.2 Contrat .....	36
4.3 Outils d'indices .....	37
4.3.1 Critères de répartition de la prime globale en primes individuelles au personnel des formations sanitaires.....	38
4.3.2 Structuration des recettes et des dépenses.....	38
4.3.3 Enveloppe globale disponible pour les primes au personnel .....	38
4.4 Outils de gestion des activités de soins dans la formation sanitaire .....	39
4.4.1. Outils de gestion au niveau de la formation sanitaire .....	39
4.4.2. Outils de rapportage des indicateurs quantitatifs au niveau de la formation sanitaire.....	39
4.4.3. Outils de vérification qualitative .....	39
4.4.4. Outils de gestion comptable et financière dans la formation sanitaire .....	39
4.5 Portail de gestion des données (portail FBR) .....	39
5 VERIFICATION DES RESULTATS, DETERMINATION, PAIEMENT ET GESTION DES REVENUS FBR .....	40
5.1 Vérifications des résultats des prestations .....	40
5.1.1 Vérification quantitative.....	40
5.1.2 Vérification de la qualité .....	41
5.1.3 Vérification communautaire et enquête de satisfaction des utilisateurs.....	43
5.2 Détermination des subsides .....	43
5.2.1 Prestataires de soins (centres de santé, hôpitaux).....	43
5.2.2 Structures d'encadrement (DPS et DRS).....	47
4.2 Bonus équité .....	47
4.2.1 Bonus interdistricts.....	48
4.2.2 Bonus interformations sanitaires .....	48
4.3 Bonus d'Amélioration de la Qualité .....	48
5.2.3 Allocation des primes au niveau des DPS et des DRS.....	48
5.3 Paiement des subsides .....	50
5.3.1 Circuit et échéances de paiement aux formations sanitaires.....	50
5.3.2 Circuit et échéances de paiement des subsides des DPS & DRS.....	51

---

5.4 Gestion des revenus FBR .....	52
5.4.1 Pour les relais communautaires .....	52
5.4.2 Pour les formations sanitaires .....	52
5.4.3 Pour les DPS et DRS .....	53
5.4.4 Pour la CTN-FBR et le Payeur .....	53
6 CONTRE-VERIFICATI .....	54
6.1 Acteurs et rôles .....	54
6.1.1 Structures sélectionnées .....	54
6.1.2 Structure de contre-vérification .....	54
6.2 Implications .....	54
7 SUIVI ET EVALUATION .....	55
7.1 Suivi de la mise en œuvre .....	55
7.1.1 Suivi opérationnel.....	55
7.1.2 Suivi institutionnel .....	56
7.2 Evaluation .....	56
7.2.1 Evaluation de la stratégie du FBR .....	56
7.2.2 Recherche-action.....	56
7.3 Procédures de suivi et évaluation .....	56
8 RISQUES/FRAUDES POSSIBLES, MESURES PREVENTIVES, SANCTION ET REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS .....	57
8.1 Risques / fraudes possibles .....	57
8.2 Mesures préventives .....	57
8.3 Sanctions en cas de fraudes .....	57
8.4 Règlement des litiges et des conflits .....	58

---

## Tableaux et Figures

<b>Tableau 1</b> : Responsabilités pour la signature des contrats .....	25
<b>Tableau 2</b> : Indicateurs quantitatifs pour les relais communautaires .....	25
<b>Tableau 3</b> : Indicateurs quantitatifs pour les formations sanitaires du premier échelon	26
<b>Tableau 4</b> : Indicateurs quantitatifs pour les centres hospitaliers de district et régionaux .....	28
<b>Tableau 5</b> : Indicateurs quantitatifs pour les DPS .....	30
<b>Tableau 6</b> : Indicateurs quantitatifs pour les DRS .....	30
<b>Tableau 7</b> : Indicateurs quantitatifs pour les Services Centraux .....	31
<b>Tableau 8</b> : Différentes parties concernées par les contrats de performance .....	37
<b>Tableau 9</b> : Exemple de table pour le calcul des montants dûs aux quantités des CS... 44	
<b>Tableau 17</b> : Exemple de table pour calcul des montants dûs aux quantités des DPS & DRS.....	47
<b>Tableau 18</b> : Points obtenus selon la catégorie des agents (DRS et DPS) .....	49
<b>Tableau 20</b> : Circuit de paiement des bonus qualité des Centres de santé.....	51
<b>Tableau 21</b> : Circuit et délai de paiement des subsides quantité des structures d'encadrement.....	51
<b>Tableau 22</b> : Circuit et délai de paiement des subsides qualité des structures d'encadrement.....	52

---

## Sigles et Abréviations

$\Sigma$	: Somme
ANAFIC	: Agence Nationale de Financement des Collectivités
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATS	: Agent Technique de Santé
BAQ	: Bonus d'Amélioration de la Qualité
CCS	: Chef de Centre de Santé
CMC	: Centre Médical Communal
CoSaH	: Comité de Santé et d'Hygiène
CPN	: Consultation Périnatale
CPC	: Consultation Primaire Curative
CS	: Centre de Santé
CTN-FBR	: Cellule Technique Nationale du Financement Basé sur les Résultats
DG	: Directeur Général
DH	: Directeur d'Hôpital
DMR	: Directeur des Microréalisations
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DRS	: Direction Régionale de Santé
ECD	: Equipe Cadre de District
Etc.	: Etcetera
FBR	: Financement Basé sur les Résultats
FoSa	: Formation Sanitaire
GEU	: Grossesse Extra-Utérine
GNF	: Franc Guinéen
HP	: Hôpital Préfectoral
HR	: Hôpital Régional
IRA	: Infection Respiratoire Aigüe
Km	: Kilomètre
MAS	: Malnutrition Aigüe Sévère
MATD	: Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation
MESRS	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MPE	: Maladies à Potentiel Epidémique
MFPREMA	: Ministère de la Fonction Publique, de la Réforme de l'Etat et de la Modernisation de l'Administration

---

MS	: Ministère de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PTF	: Partenaire Technique et Financier
PTME	: Prévention de la Transmission Mère – Enfant (du VIH)
SERACCO	: Service Régional d'Appui aux Collectivités et de Coordination des ONG et des Coopératives
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SR	: Santé de la Reproduction
TPM+	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
TPI	: Traitement Préventif Intermittent (du Paludisme)
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

---

## Introduction

Le Ministère de la Santé de la République de Guinée, suivant la mise en œuvre des réformes (réforme 1: la réforme de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) avec une réforme de financement de la santé) et des orientations (Orientation stratégique 3: Renforcement du système national de santé) de la Politique nationale de santé 2014, a opté pour la mise en œuvre de la stratégie du Financement Basé sur les Résultats (FBR), une des actions prioritaires de la sous orientation stratégique 3.2: Financement adéquat pour un accès universel aux soins de santé, de la stratégie d'intervention: *Renforcement des capacités de gestion financière et de la CSU*, du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024. Cette démarche vise l'amélioration de la performance du système national de santé (objectif stratégique 3 du PNDS). C'est pourquoi, en 2016, le Ministère de la santé à travers le bureau de stratégie et de développement (BSD), avec le soutien de ses partenaires techniques et financiers (Fonds Ebola de la coopération des Pays Bas, Consultant KIT, Banque Mondiale, GIZ IST et ONG Health Focus) a lancé le processus de l'implémentation du projet Pilote FBR et sa mise en place effective dans le district sanitaire de Mamou de 2016-2018.

Suite aux résultats concluants de cette expérience, le Ministère de la Santé entend étendre progressivement la stratégie du FBR aux autres préfectures et ce, jusqu'à une couverture nationale. Pour cela, en plus de compter sur des ressources internes, le Ministère de la Santé compte sur l'appui de ses partenaires technique et financiers (PTF). Déjà, plusieurs PTF ont manifesté leur intérêt à accompagner le Ministère dans l'atteinte de cet objectif.

Suite aux résultats concluants de l'expérience dans la préfecture de Mamou, vue l'alignement des partenaires et l'intérêt du Gouvernement (Loi L/2018/N025 du 03 juillet 2018, Titre 10: Des principes de la gestion publique, Articles 91 et 92: le management des services est basé sur la programmation et la fixation des objectifs, l'évaluation de la performance des structures et des agents, ainsi que sur l'utilisation de la gestion axée sur les résultats, comme méthode et outils de gestion) pour l'approche, le Ministère de la Santé en accord avec ces partenaires, a mis le FBR comme composante d'activités programmatiques et financières de certains projets en vue d'étendre progressivement la stratégie aux autres préfectures et ce, jusqu'à une couverture nationale. Pour cela, en plus de compter sur des ressources internes, déjà plusieurs PTF ont manifesté leur intérêt à accompagner le Ministère dans la mise en œuvre et extension de la stratégie FBR.

Une première version du manuel de procédures de mise en œuvre du FBR existait depuis 2016. Mais, cette version a connu des évolutions compte tenu du respect de certains engagements des conventions signées en terme de mécanismes et procédures de financement entre le Gouvernement à travers le Ministère de la santé et des Partenaires de financement, sur la base des recommandations de missions d'évaluation et de capitalisation réalisées dans la zone d'expérimentation du FBR. Il était donc nécessaire de réviser le document et retenir le principe de l'unicité d'un seul Manuel national de



---

procédures de mise en œuvre. Ce manuel unique, qui donne des principes, orientations et des limites, est endossé pour l'extension de l'approche au niveau national par des annexes qui respectent certains engagements des conventions des projets FBR signés auparavant.

Le but du présent manuel national, fixe les règles/Principes et orientations générales de fonctionnement et des procédures de FBR en Guinée. Il décrit de manière stratégique et opérationnelle le rôle des différents acteurs, les fonctions de régulation, de contractualisation, de vérification et de paiement des fruits de la performance. Il s'agit d'un outil de mise en œuvre de la stratégie nationale qui doit être utilisé comme une référence par tous les acteurs aux différents niveaux du système de santé pour une mise en œuvre **harmonieuse et standardisée** de l'approche du FBR.

La stratégie du FBR, trouve en place d'autres approches de financement de la santé par l'Etat et ses partenaires: le mode de financement direct par les usagers à 100%, le mode de recouvrement de cout avec subvention de l'Etat et ou dons des PTF au niveau des formations sanitaires publiques, le mode de gratuite complète ou sélective de services pour certaines cibles, notamment les personnes vivant avec le VIH/Sida, la tuberculose, et/ou le paludisme, les femmes enceintes pour des consultations prénatales, des accouchements et des Césariens etc. L'approche de FBR, prétend comprendre, dans quelle mesure, les ressources disponibles pour l'offre de services de qualités pourraient contribuer autrement à associer motivation et performance du système de santé au bénéfice des populations de manière efficiente.

---

# 1 ORGANISATION ET PROCEDURES DE REVISION DU MANUEL NATIONAL DE MISE EN ŒUVRE DU FBR EN GUINEE

## 1.1. Organisation du manuel national de mise en œuvre du FBR en Guinée

Le manuel comprend les parties suivantes:

- Introduction;
- Organisation et procédures de révision du manuel national de mise en œuvre du FBR en Guinée;
- Stratégie de financement basé sur les résultats;
- Approche de financement basé sur les résultats;
- Mise en œuvre du financement basé sur les résultats;
- Outils de mise en œuvre du financement basé sur les résultats;
- Vérification de la performance (y compris la vérification communautaire et l'enquête de satisfaction), la détermination, le paiement et la gestion des revenus FBR;
- Contre-vérification;
- Risques/fraudes possibles, mesures préventives, sanction et règlement des litiges et conflits;
- Suivi et évaluation.

## 1.2. Procédures de révision du manuel national de mise en œuvre du FBR en Guinée

La revue du présent manuel est aussi importante que sa mise en place. S'il n'est pas mis à jour régulièrement et si chaque exemplaire ne subit pas la mise à jour, il perd de son efficacité. Une liste des détenteurs du manuel sera maintenue par la Cellule Technique nationale du FBR pour permettre la mise à jour de tous les exemplaires chaque fois qu'une mise à jour sera opérée. La mise à jour du manuel peut être motivée par:

- des changements rendus nécessaires par l'application des textes et décrets concernant les lois et règles en vigueur en République de Guinée;
- des modifications des systèmes et procédures dans le but d'améliorer les procédures existantes pour faire face à des situations nouvelles;
- des changements dans la structure ou les activités suivant les décisions des autorités de tutelle (MS, Ministère de l'économie et des finances, etc.) et des Partenaires Techniques et Financiers;
- des aménagements dans l'organisation de la stratégie liés par exemple à sa maturité ou ses limites;
- des modifications dans la distribution des fonctions entre les acteurs;
- un changement du cadre institutionnel.

Sous l'autorité du Secrétaire General, les orientations du comité de pilotage, la Cellule Technique Nationale FBR (CTNFBR) avec l'appui du Bureau de Stratégie et Développement (BSD), est responsable de la démarche d'identification de la révision

---

souhaitées et d'élaboration de la proposition des modifications. Elle valide par le comité de pilotage et transmet les propositions au Secrétaire General via le Directeur du BSD.

Lorsque la décision de mise à jour est prise par la CTN-FBR avec l'appui du BSD, elle convoque une réunion du comité de pilotage au cours de laquelle participent tous les acteurs susceptibles d'être concernés par la révision.

Les parties à réviser sont arrêtées en commun accord et la révision est confiée à un groupe restreint (**Groupe de travail thématique**) pour effectuer le travail. Les étapes suivantes sont suivies pour l'adaptation du manuel:

- Revue de la proposition des modifications proposées par la CTNFBR par une approche participative;
- Mise à jour proprement dite des procédures concernées;
- Rédaction de la partie mise à jour à incorporer au manuel.

Une fois le travail fait, une deuxième réunion est convoquée par la CTN-FBR pour adopter les changements souhaités par le comité de pilotage. Après adoption des changements, le manuel révisé est approuvé par Comité de pilotage et la CTN-FBR transmet au BSD à l'attention du Secrétaire général.

La diffusion du manuel mis à jour auprès des acteurs est assurée par la CTNFBR.

---

## 2 APPROCHE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

### 2.1 Définition des concepts

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) se définit comme une *approche de financement* du *système de santé*, axée sur les *résultats*, qui vise *l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins* à travers une *approche contractuelle*.

C'est une approche qui comprend une gamme plus ou moins complète des *incitations* pour le côté de *l'offre et de la demande de soins*. Il est matérialisé par un contrat de *performance* qui stipule que des *ressources financières* seront reversées aux *prestataires* en fonction de la quantité des prestations fournies sur la base d'*indicateurs* et ou de *services* définis préalablement et du respect des *normes et standards de qualité des services et des soins*.

En Guinée, le FBR, la stratégie de fonds d'achat rentre dans le cadre des principes du FBR, qui achète le paquet de services (comprenant des indicateurs).

Cela implique que les structures soient considérées comme des *organisations autonomes décentralisées* qui réalisent un *bénéfice (subsidés)* au profit d'*objectifs de santé publique* et / ou de leur personnel. Il est également caractérisé par des *contrats de performance* pour:

- Les acteurs d'orientations stratégiques et politiques;
- Les acteurs de coordination et de suivi stratégique;
- Les acteurs de la régulation au niveau préfectoral, régional et central;
- Les acteurs d'établissement de contrats, de contrôle, de vérification, de paiement
- Les associations locales qui seront impliquées dans la vérification communautaire;
- Les agents de santé communautaires; et
- Les relais communautaires.

Au niveau des *structures de soins*, le FBR est différent du financement classique de type input (intrants) où elles recevaient tous les *intrants nécessaires* à leur fonctionnement sans aucune *obligation contractuelle de résultats*. Les subsidés pour la performance sont destinés à l'amélioration de *l'accueil*, de *l'état des infrastructures*, de *l'équipement*, de la *motivation du personnel*, mais aussi à financer toutes *autres activités opérationnelles* de nature à améliorer leurs performances quantitative et qualitative.

### 2.2 Principes du Financement basé sur les résultats

- ✓ *Équité* avec prise en compte des conditions d'exercice des prestataires qui veut que les prix d'achat des prestations soient fixés différemment selon un certain nombre de critères;
- ✓ *Contractualisation* avec des résultats attendus négociés entre les acteurs de différents niveaux. Dans ces contrats, les résultats attendus (quantité et qualité) sont définis, ainsi que leurs prix unitaires, les sanctions en cas de fraudes, les aspects organisationnels, etc.
- ✓ *Un système de monitoring fonctionnel avec une vérification indépendante des*

---

*résultats*. Afin d'éviter les fraudes ou les erreurs qui peuvent résulter en paiements incorrects, les résultats rapportés sont vérifiés;

- ✓ *Disjonction de responsabilités entre prestataires de services, vérificateurs et payeurs*. Pour s'assurer que les paiements soient corrects, il faut éviter les conflits d'intérêts entre prestataire, vérificateur et payeurs.
- ✓ *Autonomie des prestataires*. Afin de mettre les prestataires dans de conditions pour s'adapter au contexte, être créatifs et entrepreneuriaux à leur niveau – il s'avère nécessaire qu'ils soient autonomes dans leurs stratégies et dans la gestion des ressources pour obtenir le maximum en résultats.
- ✓ *Paiement direct des revenus FBR aux bénéficiaires*. Il est important qu'il y ait une relation directe entre les résultats obtenus et le paiement desdits résultats (virement direct dans le compte de la structure bénéficiaire) – pour être motivé sans long délais.
- ✓ *Participation Communautaire*. A la fin, c'est aux acteurs communautaires (bénéficiaires, responsables locaux, organisation à base communautaire, etc.) de décider s'ils utilisent les services ou pas. Donc, il faudrait prendre en compte l'avis de la population d'une façon ou d'une autre (par exemple un rôle dans la gouvernance, enquêtes de satisfaction des utilisateurs) pour stimuler l'utilisation (et donc les paiements FBR).

## **2.3 Objectifs du financement basé sur les résultats**

Les objectifs du Financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé sont :

### **2.3.1 Objectif général**

Contribuer à améliorer la performance du système de santé.

### **2.3.2 Objectifs spécifiques**

Plus spécifiquement, la mise en œuvre du FBR dans le secteur de la santé vise à :

- ✓ augmenter l'utilisation des services de santé par la population en général et par les groupes vulnérables en particulier;
- ✓ améliorer la qualité des soins et services de santé;
- ✓ accroître l'efficacité du système de santé;
- ✓ assurer l'équité dans l'accès aux soins de santé;
- ✓ renforcer la motivation du personnel;
- ✓ améliorer la participation communautaire;
- ✓ renforcer le système d'information sanitaire;
- ✓ consolider le partenariat public – privé;
- ✓ renforcer la gouvernance du système de santé à tous les niveaux.

---

### 3 MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

#### 3.1 Acteurs et rôles

##### 3.1.1 Prestataires

###### a. Relais communautaires

Il s'agit des agents reconnus par le système de santé, qui offrent aux populations, au niveau des villages/quartiers, des prestations selon la politique de santé communautaire (activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, de surveillance, de prévention et des soins primaires selon le paquet de services défini). Les relais communautaires de l'aire d'un centre de santé devront être regroupés par village/quartier.

C'est la communauté qui a identifié et sélectionné les relais communautaires sous la responsabilité des autorités communales et les comités de santé (CoSaH).

###### b. Niveau primaire

Au niveau des centres de santé, **les prestataires** sont l'ensemble du personnel officiant au niveau de la formation sanitaire quel que soit leur statut (agents publics, contractuels, etc.), à l'exception des stagiaires des facultés et écoles de santé. Ils mettent en œuvre les activités de santé telles que définies dans le paquet minimum d'activités (PMA). Le personnel de soutien (gardien, manœuvre, ambulancier, brancardier etc.) fait entièrement partie de l'équipe des prestataires. Les agents des postes de santé qui relèvent des centres de santé font également partie du personnel.

Tout type de centre de santé peut être contracté dans le cadre de la mise en œuvre du FBR (centre de santé public, privé à but non-lucratif et privé à but lucratif).

###### c. Niveau secondaire

Au niveau des hôpitaux de district, des centres de santé améliorés, des centres médicaux communaux, des polycliniques et des cliniques privées, **les prestataires** sont l'ensemble du personnel quel que soit leur statut (agents publics, contractuels, etc.)<sup>1</sup> de tous les services y compris le personnel administratif et de soutien qui mettent en œuvre ou contribuent à mettre en œuvre les prestations telles que définies dans le paquet complémentaire d'activités.

Dans la réalité, en Guinée, les hôpitaux de district offrent les paquets de soins à la fois pour le niveau primaire et le niveau secondaire. Néanmoins, les soins primaires seront peu pris en compte par le FBR au niveau de l'hôpital de district.

*Pour les centres médicaux communaux n'ayant pas de centre de santé à proximité, les paquets d'activités des deux niveaux (primaire et secondaire) seront considérés séparément*

---

### 3.1.2 Structures d'encadrement

#### a. Direction Préfectorale/Communale de la Santé

C'est l'ensemble du personnel de la direction préfectorale de la santé/direction communale de la santé qui met en œuvre les missions telles que définies par le Ministère de la santé.

En plus de ses missions traditionnelles, la Direction Préfectorale de la Santé (DPS)/Direction Communale de la Santé (DCS) doit assurer la coordination de la mise en œuvre du FBR dans le district. Il s'agit notamment :

- d'assurer la rationalisation de la carte sanitaire en aire de santé /zone de responsabilité;
- des vérifications trimestrielles de la qualité des prestations des centres de santé;
- du coaching des prestataires des formations sanitaires dans l'amélioration de la qualité des prestations;
- de l'appui à l'élaboration des plans d'affaires trimestriels des formations sanitaires;
- de la formation sur le FBR des acteurs;
- de la participation aux réunions du comité de coordination et validation du FBR au niveau préfectoral;
- participer aux travaux du comité chargé d'analyser et d'octroyer les BAQ des structures de soins;
- de la vérification du respect des règles dans l'utilisation des subsides FBR des centres de santé.

Spécifiquement, la DPS/DCS doit :

- élaborer trimestriellement son plan d'affaire,
- élaborer trimestriellement son outil d'indice,
- négocier et signer trimestriellement son contrat de performance.

#### b. Direction Régionale de la Santé

C'est l'ensemble du personnel de la Direction Régionale de la Santé qui met en œuvre ou contribue à mettre en œuvre les interventions définies par le Ministère de la santé.

En plus de ses missions traditionnelles, la DRS doit assurer la mise en œuvre du FBR dans la région. Il s'agit notamment de :

- la vérification qualitative des activités réalisées par les directions préfectorales/communales qui sont sous FBR;
- la participation aux travaux du comité chargé d'analyser et l'octroi des BAQ aux structures de soins;
- l'appui à la formation sur le FBR des acteurs;
- la réalisation du contrôle une fois par semestre des grossistes pharmaceutiques de la région;
- l'organisation de la vérification trimestrielle de la qualité par les pairs des prestations des structures du niveau secondaire enrôlées dans l'approche FBR.

---

Spécifiquement, la DRS doit :

- élaborer trimestriellement son plan d'affaire;
- élaborer trimestriellement son outil d'indice;
- négocier et signer trimestriellement son contrat de performance.

### **c. Niveau central**

Il est représenté par les directions nationales et les services d'appui du Ministère de la Santé. Il a classiquement un rôle de régulation et d'établissement des normes de qualité aux différents niveaux du système de santé.

Spécifiquement, en ce qui concerne le FBR, le Ministère de la Santé à travers la Cellule Technique Nationale du FBR (CTN-FBR) assure la coordination de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

#### **3.1.3 Structures de coordination**

##### **a. Cellule Technique Nationale FBR (CTN-FBR)**

La mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans un nombre important de districts nécessite une bonne coordination au niveau du Ministère de la Santé. A cet effet, une cellule technique nationale du FBR (CTN-FBR) est créée au sein du Ministère de la Santé et rattachée au Secrétariat Général. Cette cellule technique est animée par des agents publics de l'état affectés par le ministère de la santé et par des assistants techniques nationaux recrutés à cet effet (médecins spécialistes en santé publique, spécialistes en économie de la santé, un spécialiste en gestion financière et comptable et spécialistes en suivi et évaluation, etc.).

Les rôles de la CTN-FBR sont les suivants :

- réviser les indicateurs PMA et PCA, les prix des indicateurs et assurer le suivi de l'évaluation des coûts (costing) du budget;
- réviser les indicateurs de performance des organes de la régulation de la cellule technique FBR ainsi que des directions régionales de santé, des directions préfectorales/ communales de santé et des ACV;
- signer des contrats de performances avec les directions régionales de santé et les ACV;
- organiser les évaluations trimestrielles de la performance des directions Régionales de la Santé et des ACV;
- organiser des contre-vérifications semestrielles. En cas de nécessité la CTN-FBR pourra faire appel à une structure nationale indépendante pour l'aider la réalisation des contre-vérifications;
- transmettre les factures validées au(x) payeur(s);
- renforcer la pérennisation du FBR en s'assurant que le budget nécessaire est disponible. La CTN identifie les gaps financiers pour pouvoir prendre des mesures correctrices à temps;
- assurer la gestion du portail FBR;
- identifier et proposer des amendements aux textes réglementaires afin de permettre



- 
- la mise en œuvre réussie du FBR;
- réviser et rendre disponibles les instruments du FBR;
  - Assurer l'organisation du suivi/supervision et l'évaluation/capitalisation du FBR;
  - documenter l'expérience du financement basé sur les résultats;
  - organiser le recrutement d'une agence indépendante pour mener la contre vérification.
  - proposer la révision/ adaptation des indicateurs et des prix des indicateurs et suivre le costing du budget ;
  - renforcer les compétences des acteurs sur le FBR;
  - faire partager, communiquer/vulgariser les résultats avec les parties prenantes;
  - Réaliser toute tâche nécessaire à la dynamique du financement basé sur les résultats;
  - collaborer avec les différentes Directions du Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du FBR;
  - assurer la promotion, la pérennisation et la mise en œuvre technique du FBR à tous les niveaux du système de santé;
  - organiser des séminaires nationaux FBR;
  - assurer le Secrétariat du Comité de Pilotage National FBR.

#### **b. Comité de pilotage au niveau central**

Il est mis en place au niveau central un comité de pilotage. Les missions de ce Comité de Pilotage sont les suivantes:

- orienter la Cellule technique dans l'élaboration et la mise à jour des documents normatifs du Ministère de la Santé en relation avec le FBR;
- adopter, traduire les expériences FBR en stratégie et Directives nationales;
- arbitrer et régler les conflits de nature stratégique, politique et structurelle;
- organiser les réunions ordinaires et extraordinaires de suivi.

Ce comité de pilotage au niveau central est présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et co-présidé par le Secrétaire Général du Ministère du Budget et comprendra des représentants de directions nationales et de services d'appuis du MS et des représentants de Ministères partenaires (Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation, Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, Ministère du Budget, Ministère des Finances, ...) et des partenaires techniques et financiers du MS. Le secrétariat du comité est assuré par le coordonnateur de la CTN-FBR.

#### **c. Comité de coordination et de validation au niveau préfectoral/communal**

Afin de rapprocher le niveau de décision et de validation des résultats du niveau de mise en œuvre, il sera ajouté aux missions du comité de coordination du secteur de la santé du niveau préfectoral/communal déjà en place, les fonctions ci-après :

- arbitrer et régler les conflits éventuels entre l'acheteur et les prestataires au niveau des formations sanitaires;
  - assurer le suivi des progrès et donner des directives lorsque le progrès n'est pas cohérent avec ce qui est stipulé dans les contrats;
-

- 
- valider le processus suivi pour arriver aux résultats vérifiés quantitatives, qualitatives et communautaires des structures sous FBR;
  - faire des recommandations aux parties contractantes lorsque les procédures FBR ne sont pas suivies correctement;
  - appuyer la mobilisation des ressources au bénéfice des structures contractantes;
  - renforcer la communication et la visibilité de l'approche FBR dans sa zone de responsabilité.

### **3.1.4 Payeur(s)**

Pour la mise en œuvre du FBR, le payeur est l'institution qui paie les subsides de la performance. Le paiement s'effectue sur la base des factures soumises par la CTN-FBR. Ces factures sont liées aux résultats des vérifications de la quantité et de ceux des vérifications de la qualité et communautaire. Les paiements sont directs sur les comptes bancaires des bénéficiaires.

Il peut y avoir un ou plusieurs payeurs, y compris le Ministère des Finances et les PTF.

### **3.1.5 Agence de contractualisation et de vérification**

La CTN-FBR contractualisera avec des institutions (ONG, bureaux d'études ...) nationales ou internationales qui seront chargées de mettre en place des ACV au niveau des régions jusqu'au niveau district. Le recrutement de l'ACV fera l'objet d'un appel d'offres selon les procédures nationales en vigueur.

#### **a. Au niveau régional**

Dans chacune des régions concernées par la mise en œuvre du FBR, il est mis en place une agence de contractualisation et de vérification (ACV). Chaque ACV sera animée par un coordonnateur.

Les principaux rôles des ACV sont les suivants :

- négocier et développer les contrats principaux avec les prestataires de la région (structures publiques comme privées, du premier niveau, comme structures de référence);
  - faire le « coaching » des prestataires dans l'élaboration trimestrielle du plan d'affaire et l'utilisation trimestrielle de l'outil d'indice;
  - organiser trimestriellement la vérification, par les vérificateurs médicaux, des résultats quantitatifs des formations sanitaires sous contrat;
  - participer aux réunions des comités de validation et de coordination au niveau district ;
  - soumettre les résultats des formations sanitaires sous contrat au comité de validation et de coordination au niveau du district sanitaire pour validation;
  - organiser trimestriellement, à travers les vérificateurs médicaux, la vérification au niveau communautaire couplée à l'enquête de satisfaction des populations. Ces tâches seront réalisées par des Organisations à base communautaire (OBC) locales;
  - superviser les vérificateurs médicaux dans la réalisation de leurs tâches;
  - saisir sur le portail FBR et valider les données d'utilisation des services de santé
-

- 
- obtenues au décours de la vérification des résultats quantitatifs et qualitatifs;
- participer, en tant qu'observateur, aux vérifications qualités trimestrielles des Directions Préfectorales de la Santé et des Directions régionales de la Santé;
  - accompagner, en tant qu'observateur, les équipes de vérification de la qualité au niveau des hôpitaux de district;
  - Réaliser la vérification quantité trimestrielle des DPS et des DRS;
  - élaborer et soumettre les rapports trimestriels de suivi à la CTN-FBR;
  - investiguer/détecter les cas de fraude;
  - Participer aux CTRS.

#### **b. Antenne au niveau district sanitaire**

L'antenne ACV est la représentation de l'ACV régionale au niveau district. Elle est composée d'un ou de plusieurs vérificateurs médicaux en fonction du nombre des formations sanitaires du district.

Les principaux rôles de l'antenne au niveau district sont les suivants :

- réaliser la vérification quantité des formations sanitaires;
- appuyer les formations sanitaires dans l'élaboration des outils d'indice;
- réaliser en collaboration avec les enquêteurs des OBC la vérification communautaire;
- participer aux réunions du comité de coordination et de validation au niveau préfectoral.

### **3.1.6 Autres acteurs**

#### **a. Partenaires techniques et financiers**

Les partenaires du Ministère de la Santé ont un rôle capital dans l'accompagnement technique et financier de la mise en œuvre de la stratégie du FBR. Cela se fait par :

- l'appui à la mobilisation de ressources financières pour la mise en œuvre du FBR;
- la mise à la disposition du Ministère d'experts internationaux;
- le suivi de la mise en œuvre du FBR à travers des visites de terrain, accompagnant le Ministère;
- la participation aux réunions du comité de pilotage du FBR.

#### **b. Bureaux des CoSaH**

En plus de leurs rôles traditionnels, dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les bureaux des CoSaH doivent :

- participer à l'élaboration des plans d'affaires du centre de santé;
- assurer la mise en œuvre des tâches qui leurs sont confiées dans les plans d'affaires du centre de santé;
- assister aux vérifications quantité et qualité au niveau centre de santé;
- veiller à l'application de l'outil indice pour la gestion participative et transparente des ressources financières au niveau de la formation sanitaire;
- signer les contrats des groupements des relais communautaires;
- apporter un appui aux relais communautaires dans la mise en œuvre de leurs activités.

---

### c. Organisations à base communautaire (OBC)

Dans le domaine du FBR, il est nécessaire de vérifier et contrôler au niveau des ménages si les prestations subventionnées ont effectivement été prestées et si les données répertoriées dans les registres des structures ne sont pas falsifiées. Par conséquent, des enquêteurs issus des organisations à base communautaire vérifient tous les trois mois, au niveau des ménages, l'effectivité des prestations. Cela se fait sur un échantillon de patients qui ont visité la structure au cours des trois mois précédents. L'échantillonnage est réalisé par un vérificateur médical qui organise les enquêtes.

Cette vérification dans les ménages est couplée à une enquête de satisfaction des usagers des structures de santé.

### 3.2 Cadre institutionnel du Financement basé sur les résultats

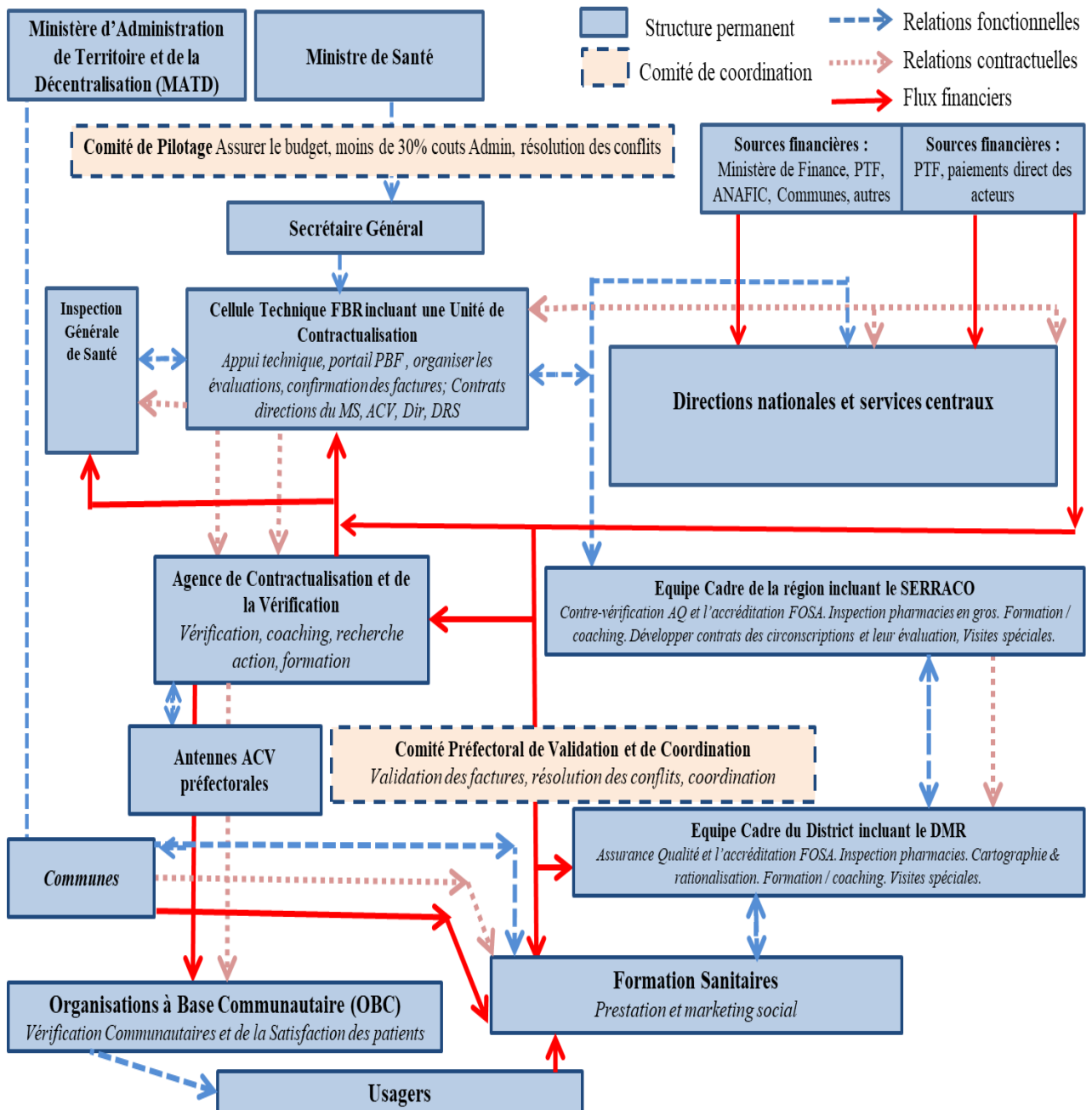
Dans les systèmes de santé classiques, les autorités gouvernementales jouent en même temps les rôles de régulateurs, de prestataires et de distributeurs d'intrants. Mélanger ces rôles entraîne souvent des conflits d'intérêts et les résultats ne sont pas satisfaisants car l'État ne peut pas tout faire. Le FBR propose un autre montage institutionnel qui sépare les fonctions de la régulation, de la prestation, de la contractualisation, du paiement et de renforcement de la voix de la population au niveau central et périphérique dans le but de renforcer la bonne gouvernance comme le montre la *figure 1 ci-dessous*. Ces fonctions sont:

- Régulation, planification et assurance qualité. Les autorités sanitaires définissent les cibles pour les objectifs attendus, les normes de qualité et l'équité et fixent les indicateurs. Sur la base de choix, ils déterminent les subsides nécessaires pour réaliser la couverture du paquet souhaité pour les indicateurs de santé. Ceci détermine le budget national FBR et les subsides supplémentaires nécessaires pour les régions vulnérables, les structures vulnérables et les individus vulnérables. Cette fonction est assurée par le Ministère de la santé à travers les directions centrales, régionales et préfectorales.
- Prestation et autonomie des structures de santé : les structures doivent être autonomes dans la planification et l'offre des paquets de soins et de services de santé (PMA, PCA) que le régulateur et l'acheteur sont prêts à payer sous forme de paiements des résultats. Les gestionnaires des structures équilibrent les recettes et les dépenses nécessaires pour fournir des services équitables et de qualité avec un personnel motivé; cela se fait à travers des décisions prises localement dans le contrat trimestriel.
- Vérification quantitative des prestations délivrées : les vérificateurs médicaux de l'ACV vérifient les quantités des prestations au niveau des prestataires de santé. Ces derniers ont aussi la tâche de coacher les prestataires, dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans d'affaire et l'élaboration des outils d'indice. L'ACV assure aussi la vérification quantitative des structures d'encadrement (DPS et DRS).
- Paiement : afin d'assurer la séparation des fonctions, le paiement effectif des subsides est assuré par le payeur sur la base des factures transmises par la CTN-FBR.

Le virement des subsides se fait directement dans les comptes bancaires des structures concernées.

- Renforcement de la participation communautaire au système FBR : dans le système FBR, les organisations à base communautaire ont un rôle important en vue de renforcer l'expression de la demande et la participation effective au système FBR. Cela se fait par la vérification de l'effectivité des prestations couplé à une enquête de satisfaction des usagers au niveau des ménages.

**Figure 1 : Montage institutionnel du FBR**



Dans ce montage institutionnel, le Ministère de la santé, à travers la Cellule Technique Nationale (CTN) du FBR et les autres directions et services centraux, définissent les paquets de soins que chaque type de formation sanitaire est habilité à offrir à la

---

population: PMA pour les centres de santé et PCA pour les hôpitaux.

Les indicateurs quantité, leurs prix et les bonus d'équité qui seront utilisés pour acheter les performances des structures sont également définis par le Ministère de la santé. Les indicateurs quantités et leur prix sont révisables tous les ans en fonction de l'évolution de ces indicateurs, de la disponibilité des ressources et de l'évolution des priorités du Ministère de la santé. De même, le Ministère de la santé définit les normes de qualité des services et des soins de santé, les indicateurs et la grille d'évaluation qui seront utilisées pour l'évaluation de la qualité, ainsi que les modalités de calcul des bonus qualité y afférents. Les indicateurs qualité, et les grilles d'évaluation sont révisables en cas de nécessité, soit pour améliorer leur compréhension, soit pour les adapter à l'évolution des normes techniques de l'offre des services et des soins donnés.

Le Ministère de la Santé, à travers la CTN-FBR, signe les contrats de performance avec les ACV qui vont assurer la mission de contractualisation, de vérification, et de coaching/formation au niveau régional et District.

A la fin de chaque trimestre, la Cellule Technique Nationale fait l'évaluation de la performance des ACV, établissent les factures de paiement de leur performance et les transmettent aux payeurs qui effectuent les paiements directement dans les comptes bancaires des ACV. Le payeur peut être le Ministère des finances et ses services déconcentrés, les communes, l'unité de gestion du projet ou un bailleur.

De même, la CTN-FBR signe un contrat de performance avec les Directions régionales de la santé pour assurer la régulation, l'évaluation de la qualité technique, organiser l'évaluation technique des pairs au niveau des hôpitaux de districts et hôpitaux régionaux et faire le contrôle des agences pharmaceutiques au niveau régional. L'évaluation de la performance des différentes régions est également faite trimestriellement par la Cellule technique et les autres directions du Ministère de la santé. Les factures de paiement de performance des différentes directions régionales de la santé sont établies et transférées aux payeurs qui exécutent le paiement directement dans les comptes des DRS.

Au niveau central, les différentes directions nationales et les services centraux signent également des contrats de performance avec la CTN-FBR, qui à son tour, signe un contrat de performance avec le Secrétaire Général du Ministère de la santé.

Si nécessaire, la CTN-FBR peut faire appel à l'Inspection Générale de la Santé ou à toute structure pour assurer la contre-vérification.

Les indicateurs de performance des différentes directions sont développés en collaboration avec les partenaires. L'évaluation trimestrielle des performances des structures du niveau central est faite par les pairs sous l'observation des partenaires techniques et financiers. Après établissement de leurs factures, le Ministère de la santé, à travers la CTN-FBR, valide les résultats de l'évaluation et transmet les factures aux payeurs qui payent chaque acteur directement par virement, dans son compte bancaire, par chèque ou par décharge le cas échéant.



---

Au niveau régional et préfectoral, l'ACV signe les contrats de performance avec les formations sanitaires pour offrir le paquet de soins définis par le Ministère de la santé. A la fin du trimestre, les vérificateurs de l'ACV présents dans les districts de santé vérifient la quantité des soins produits par les formations sanitaires, et établissent les factures correspondantes. Les vérificateurs saisissent ensuite les données dans le portail FBR.

Une fois la vérification terminée dans un district, une réunion de validation est organisée à ce niveau pour valider les résultats et les factures de chaque FOSA. Après la validation au niveau des districts, le procès-verbal de validation ainsi que la facture de synthèse présentant les montants à payer pour chaque FOSA sont transmises à la CTN-FBR. La cellule confirme et transmet au Payeur qui effectue le paiement directement par virement dans les comptes bancaires des FOSA.

Tous les trimestres, l'ACV signe des contrats avec les ASLO qui font l'évaluation communautaire des soins offerts, couplée à une enquête de satisfaction dans les ménages des aires de santé des formations sanitaires contractantes.

Tous les trimestres, les Directions régionales organisent l'évaluation technique des hôpitaux qui est faite par les pairs ; les districts de santé font l'évaluation technique des Centres de Santé.

A la réunion trimestrielle de validation du district, un membre de la direction régionale vient présenter les données de l'évaluation des pairs des hôpitaux qui sont dans le district. L'équipe cadre du district présente les données de l'évaluation technique des CS. Le vérificateur communautaire de l'ACV présente les résultats de l'évaluation communautaire de chaque FOSA. Ces données de l'évaluation technique et communautaire de chaque FOSA sont également validées et utilisées pour calculer le bonus qualité qui est intégré dans la facture trimestrielle de ces FOSAS pour la validation par le comité du district.

Les Relais Communautaires seront en groupement, négocient et signent des contrats de performance FBR avec les Comités de santé et d'hygiène des centres de santé. Ce contrat définit les indicateurs de performance des relais communautaires ainsi que les prix de ces indicateurs. La production des relais communautaires de chaque FOSA est vérifiée par l'ACV pour établir une facture trimestrielle du groupement. L'évaluation de la performance est individuelle, mais le paiement des subsides se fait par groupement.

Les communes sont des structures d'appui aux formations sanitaires. Elles contribuent au financement des activités des formations sanitaires et sont représentées au sein des COSAH dans les CS, des Comités de Relation avec les Usagers et des Conseils Consultatifs dans les hôpitaux de district et des Conseils d'administration au niveau des hôpitaux régionaux et nationaux.

### **3.3 Critères d'inclusion et d'exclusion**

Le FBR est une stratégie matérialisée par des contrats de performance qui stipulent que des ressources financières seront reversées aux prestataires en fonction de la quantité des prestations fournies sur la base d'indicateurs définis préalablement et du respect des

---

normes et standards de qualité des services et des soins. Ainsi chacune des structures concernées par le FBR doit disposer de contrats.

Le contrat est un instrument fondamental pour susciter la concurrence entre les formations sanitaires afin d'obtenir un meilleur rapport qualité – prix. Le statut d'une formation sanitaire (public ou privé) n'est pas important dans les critères de choix pour obtenir un contrat. Le principal critère de choix est la capacité de la formation sanitaire à fournir des services équitables et de bonnes qualités.

Dans la pratique, il existe des contrats principaux et des contrats secondaires.

Pour avoir le statut de contractant principal, il faut répondre aux critères suivants :

- avoir une aire de responsabilité (sans la notion de taille de la population);
- offrir au moins 80% du paquet d'activités (selon le niveau).

Les structures qui ne remplissent pas les conditions ci-dessus citées doivent prendre des contrats secondaires avec les structures à contrat principal.

Au début de la mise en œuvre du FBR, une structure qui a une aire de responsabilité, mais qui n'offre pas le minimum requis du PMA, peut bénéficier d'une dérogation d'une année maximum en vue de se mettre à jour en ce qui concerne la mise en œuvre du PMA. Durant cette année, la structure aura un contrat principal.

La vérification de la quantité pour les secondaires se fait en même temps que pour son principal. A ce titre, le secondaire se déplace avec ses supports sur le site du principal pour cette activité.

Une structure peut perdre son contrat dans les situations suivantes :

- non-élaboration du plan d'affaire et de l'outil d'indices dans les délais de 5 jours après la mise à disposition des résultats de toutes les vérifications;
- deuxième récidive de fraude avérée;
- non-adhésion aux principes du FBR (transparences, participation, équité...) après deux trimestres successifs;
- non-mise en œuvre systématique des recommandations issues des vérifications quantités et surtout qualité après deux trimestres successifs;
- baisse non justifiée des scores qualité de deux trimestres successifs.

Le comité de coordination et de validation décide de la suspension, de la reprise des contrats et de toute nouvelle inclusion.

Les personnes identifiées pour la signature des contrats selon les niveaux sont précisées dans le tableau suivant :



**Tableau 1 : Responsabilités pour la signature des contrats**

N°	Structure	Signataires	
		Prestataires	Acheteur
1.	Relais communautaire	Pdt groupement de relais communautaires	Pdt CoSaH
2.	OBC/ASLO	Président	Coordonnateur ACV régionale
3.	ACV	Coordonnateur ACV	Coordonnateur CTN-FBR
4.	CS	CCS	Coordonnateur ACV régionale
5.	Hôpital de district (HP), CSA, CMC	DH	Coordonnateur ACV régionale
6.	Hôpital régional	DG	Coordonnateur ACV régionale
7.	DPS	DPS	Coordonnateur ACV régionale
8.	DRS	DRS	Coordonnateur CTN-FBR
9.	CTN-FBR	Coordonnateur	Secrétaire général
10.	Agence de payement	Coordonnateur	Coordonnateur CTN-FBR

### 3.4 Indicateurs quantitatifs

Les indicateurs quantitatifs retenus par niveau sont les suivants :

#### 3.4.1 Niveau communautaire

Pour les relais communautaires, les douze (12) indicateurs quantitatifs suivants ont été retenus :

**Tableau 2 : Indicateurs quantitatifs pour les relais communautaires**

N°	Indicateurs
1.	Nombre d'évènements (MPE, décès, naissances, ...) survenus dans la communauté et notifiés par les relais communautaires
2.	Nombre de cas (palu grave, diarrhée compliquée, IRA) chez les enfants de moins de 5 ans référés vers la formation sanitaire
3.	Nombre de nouveau-nés (0 à 28 jours) avec complications néonatales référés vers la formation sanitaire par le relai communautaire
4.	Nombre de nouvelles utilisatrices de contraceptifs oraux servies par les relais communautaires
5.	Nombre de nouvelles utilisatrices des contraceptifs orientées par les relais communautaires vers le centre de santé (en cas de contre-indication ou de besoin)
6.	Nombre de femmes enceintes accompagnées dans la formation sanitaire par le relais communautaire pour la consultation prénatale (CPN1) précoce avant la 16 <sup>ème</sup> semaine
7.	Nombre de femmes en travail d'accouchement accompagnées dans la formation sanitaire par le relais communautaire
8.	Nombre de femmes accouchées référées dans la formation sanitaire par le relais communautaire pour la consultation postnatale (6 <sup>ème</sup> jour - 6 <sup>ème</sup> semaine)

N°	Indicateurs
9.	Nombre d'enfants de moins de 5 ans suspects de malnutrition aigüe sévère référés par le relai communautaire
10.	Nombre de cas d'abandon récupérés (PEV, MAS) par le relais communautaire
11.	Nombre de femmes enceintes avec paludisme référées au centre de santé par le relais communautaire
12.	Nombre de cas graves référés (blessure grave, morsure de serpent ou de chien)

### 3.4.2 Niveau Centres de Santé

Pour les formations sanitaires du premier échelon (PS, CS et CMC), les trente (30) indicateurs quantitatifs suivants ont été retenus :

**Tableau 3** : Indicateurs quantitatifs pour les formations sanitaires du premier échelon

N°	Indicateurs
1.	Nombre de patients de 5 ans et plus pris en charge en consultation de premier contact (CPC) dans la formation sanitaire – consultation infirmière
2.	Nombre de patients indigents de 5 ans et plus pris en charge en consultation de premier contact (CPC) dans la formation sanitaire - consultation infirmière
3.	Nombre de patients de 5 ans et plus pris en charge en consultation de premier contact (CPC) dans la formation sanitaire - consultation médecin
4.	Nombre de patients indigents de 5 ans et plus pris en charge en consultation de premier contact (CPC) dans la formation sanitaire- consultation médecin
5.	Nombre de patients de moins de 5 ans et plus pris en charge en consultation de premier contact (CPC) dans la formation sanitaire- consultation infirmière
6.	Nombre de patients indigents de moins de 5 ans et plus pris en charge en consultation de premier contact (CPC) dans la formation sanitaire- consultation infirmière
7.	Nombre de patients de moins de 5 ans et plus pris en charge en consultation de premier contact (CPC) dans la formation sanitaire- consultation médecin
8.	Nombre de patients indigents de moins de 5 ans et plus pris en charge en consultation de premier contact (CPC) dans la formation sanitaire- consultation médecin
9.	Nombre de jours de mise en observation dans la formation sanitaire de patients de 5 ans et plus
10.	Nombre de jours de mise en observation dans la formation sanitaire de patients de moins de 5 ans
11.	Nombre d'accouchements réalisés dans la formation sanitaire par un personnel de santé qualifié et suivi à l'aide du partogramme
12.	Nombre de consultations prénatales réalisées (CPNI) avant la fin de la 16 <sup>ème</sup>

N°	Indicateurs
	semaine
13.	Nombre de femmes enceintes ayant effectué 4 consultations prénatales (CPN4) dont la dernière au dernier mois de grossesse
14.	Nombre de nouvelles utilisatrices des moyens de contraception moderne de courte durée
15.	Nombre de nouvelles utilisatrices indigentes des moyens de contraception moderne de courte durée
16.	Nombre de nouvelles utilisatrices de moyens de contraception moderne de longue durée
17.	Nombre de nouvelles utilisatrices indigentes de moyens de contraception moderne de longue durée
18.	Nombre de femmes référées pour complications obstétricales vers le niveau supérieur
19.	Nombre de consultations postnatales (mère/enfant dans les 42 jours suivant la naissance)
20.	Nombre de femmes porteuses de fistules obstétricales dépistées et référées
21.	Nombre de cas de violences basées sur le genre pris en charge au cours de la période
22.	Nombre de complications de violences basées sur le genre référées au cours de la période
23.	Nombres d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés au cours de la période
24.	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié du dépistage de l'infection à VIH
25.	Nombre de consultations de nourrissons sains de 12 à 59 mois ayant bénéficié d'un suivi de la croissance
26.	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois pris en charge pour malnutrition aigüe sévère (MAS) sans complication
27.	Nombre de visites à domicile au cours de la période
28.	Nombre de cas de tuberculose forme pulmonaire confirmée bactériologiquement (nouveaux cas et rechutes) dépistés
29.	Nombre de cas de tuberculose (toutes formes) traités et déclarés guéris ou traitement terminé
30.	Nombre de cas de MNT (diabète et HTA) dépistés et référés vers le niveau supérieur

### 3.4.3 Niveau Centres Hospitaliers

Pour les hôpitaux (district et régional), les vingt-huit (28) indicateurs quantitatifs suivants ont été retenus :

**Tableau 4** : Indicateurs quantitatifs pour les centres hospitaliers de district et régionaux

N°	Indicateurs
1.	Nombre de consultations externes de patients de 5 ans et plus réalisées par des médecins
2.	Nombre de consultations externes de patients indigents de 5 ans et plus réalisées par des médecins
3.	Nombre de consultations externes de patients de moins de 5 ans réalisées par des médecins
4.	Nombre de consultations externes de patients indigents de moins de 5 ans réalisées par des médecins
5.	Nombre de jours d'hospitalisation de patients de 5 ans et plus réalisés au cours de la période
6.	Nombre de jours d'hospitalisation de patients indigents de 5 ans et plus réalisés au cours de la période
7.	Nombre de jours d'hospitalisation de patients de moins de 5 ans réalisés au cours de la période
8.	Nombre de jours d'hospitalisation de patients indigents de moins de 5 ans réalisés au cours de la période
9.	Nombre de césariennes réalisées
10.	Nombre d'accouchements dystociques (à l'exclusion de la césarienne) réalisés au cours de la période
11.	Nombre d'accouchements eutociques réalisés au cours de la période et suivis à l'aide d'un partogramme
12.	Nombre de contre-références réalisées et transmises à la DPS au cours de la période
13.	Nombre de revues de décès maternels réalisées par la formation sanitaire au cours de la période
14.	Nombre de revues de décès néonataux réalisées par la formation sanitaire au cours de la période
15.	Nombre d'interventions chirurgicales majeures (hernie, appendicite, autres laparotomies, hydrocèle, GEU) réalisées au cours de la période
16.	Nombre d'interventions chirurgicales majeures (hernie, appendicite, autres

N°	Indicateurs
	laparotomies, hydrocèle, GEU) réalisées au cours de la période-patients indigents
17.	Nombre d'enfants de moins de 5 ans malnutris aigus sévères avec complication pris en charge au cours de la période
18.	Nombre de femmes prises en charge dans la formation sanitaire suite à une complication obstétricale
19.	Dépistage volontaire VIH y compris chez les femmes enceintes
20.	Nombre de PVVIH (y compris les femmes enceintes VIH+) sous ARV suivies
21.	Nombre de cas de tuberculose forme pulmonaire confirmée bactériologiquement (nouveaux cas et rechutes) dépistés
22.	Nombre de cas de tuberculose (toutes formes) traités et déclarés guéris ou traitement terminé
23.	Nombre de cas d'hypertension artérielle pris en charge et suivis dans la formation sanitaire au cours de la période
24.	Nombre de cas de diabète pris en charge et suivis dans la formation sanitaire au cours de la période
25.	Nombre de femmes présentant de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus dépistées et référées (ou prises en charge) au cours de la période
26.	Nombre de femmes prises en charge pour soins après avortement selon le protocole au cours de la période
27.	Nombre de femmes porteuses de fistules obstétricales prises en charge au cours de période
28.	Nombre de cas de violences basées sur le genre pris en charge au cours de la période

### 3.4.4 Niveau DPS/DCS

Pour les DPS/DCS, les dix (10) indicateurs quantitatifs suivants ont été retenus :

**Tableau 5** : Indicateurs quantitatifs pour les DPS

N°	Indicateurs
1.	Nombre de contre-références issues de l'hôpital transmises aux formations sanitaires
2.	Nombre de supervision intégrée des formations sanitaires réalisées par la DPS au cours du trimestre
3.	Nombre de cas de maladies sous surveillance notifiées, qui ont été investiguées et prélevées selon les normes définies
4.	Nombre d'instances de Comité Technique Préfectoral de la santé tenues au cours du trimestre
5.	Nombre de coaching des formations sanitaires sous FBR réalisées au cours du trimestre
6.	Nombre de vérifications trimestrielles de la qualité des formations sanitaires sous FBR réalisées
7.	Nombre de formations sanitaires monitorées par la DPS au cours de la période
8.	Nombre de réunions du comité coordination et de validation des résultats FBR de la préfecture tenues au cours de la période
9.	Nombre de revues des décès maternels réalisées sous l'égide de la DPS au cours de la période
10.	Nombre de revues des décès néonataux réalisées sous l'égide de la DPS au cours de la période

### 3.4.5 Niveau DRS

Pour les directions régionales de la santé, les sept (7) indicateurs quantitatifs suivants ont été retenus :

**Tableau 6** : Indicateurs quantitatifs pour les DRS

N°	Indicateurs
1.	Nombre de supervisions intégrées des DPS réalisées au cours du trimestre
2.	Nombre de vérifications trimestrielles de la qualité des activités des DPS réalisées au cours de la période
3.	Nombre de vérifications trimestrielles de la qualité des prestations des hôpitaux préfectoraux réalisées au cours de la période

N°	Indicateurs
4.	Nombre de réunions de coordination des intervenants tenues au cours de la période
5.	Nombre d'instances de Comité Technique Régional de la santé tenues au cours du trimestre avec compte rendu, liste d'activités à mener par acteur
6.	Nombre d'inspections pharmaceutiques (officines, points de vente, grossistes, dépôt régional, ...) réalisées au cours de période
7.	Nombre de contrôles de qualité des examens de laboratoire réalisés par la DRS au cours de la période

### 3.4.6 Niveau Services Centraux

Pour les directions et services centraux du Ministère de la santé, les (12) indicateurs quantitatifs suivants ont été retenus :

**Tableau 7** : Indicateurs quantitatifs pour les Services Centraux

N°	Indicateurs
1.	Le niveau de réalisation des activités phares de la période
2.	Le niveau de traitement des dossiers
3.	La régularité de la tenue des réunions de direction
4.	Le niveau d'exécution des recommandations précédentes
5.	Le niveau d'exécution des activités du Plan d'Action Opérationnel (PAO) avec les ressources disponibles
6.	La gestion rationnelle des véhicules
7.	L'archivage des documents
8.	L'état des locaux de la Direction
9.	L'état de fonctionnalité des équipements
10.	L'outil d'indices
11.	La répartition des primes au staff de la Direction
12.	Les horaires du travail, descriptions de poste et de tâches affichés

### 3.5 Critères d'appréciation de la qualité

Des check-lists d'appréciation de la qualité sont utilisées pour les différents niveaux concernés par le FBR et ce, sur la base des normes et protocoles en vigueur. Ces check-lists sont composées de critères composites prenant en compte tous les domaines

---

d'activités et de fonctionnement des structures concernées par le FBR.

Les domaines qui sont pris en compte dans les critères des listes de revue de la qualité sont les suivants:

### **3.5.1 Niveau centre de santé**

Les domaines de l'évaluation qualité d'un centre de santé, faite par la DPS sont :

- Indicateurs généraux
- Conditions d'accueil des usagers
- Disponibilité et tenue de supports de collecte des données
- Hygiène, assainissement et prévention des infections
- Management / gestion des ressources humaines / planification
- Références et contre-références
- Investigation des décès maternels et néonataux
- Disponibilité du matériel médicotechnique
- Gestion des médicaments, consommables et intrants
- Respects des normes de conservation des consommables et de réalisation de certaines activités
- Gestion financière
- Visites à domicile
- Consultation externe
- Dépistage et prise en charge des cas de MPE
- Mises en observation des malades
- Vaccination des enfants de moins d'un an
- Actes de petite chirurgie
- Prise en charge des cas de paludisme grave
- Prise en charge des cas de maladies chroniques (diabète, HTA)
- Prise en charge des cas de mas sans complication
- Dépistage de l'infection à VIH
- Prise en charge des cas de tuberculose
- Dépistage de l'infection à VIH
- Prise en charge médicale des PVVIH
- Consultation prénatale
- Consultation post-natale
- Accouchement eutocique
- Consultation de PF
- Soins après avortement
- Prise en charge de cas de violence basée sur le genre

### **3.5.2 Niveau hôpital**

Les domaines de la vérification (faite par la DRS) de la qualité des prestations d'un hôpital, sont :

- Indicateurs généraux



- 
- Conditions d'accueil des usagers
  - Disponibilité et tenue de supports de collecte des données
  - Hygiène, assainissement et prévention des infections
  - Management / gestion / planification des ressources humaines
  - Références et contre-références
  - Audits des décès maternels et néonataux
  - Disponibilité du matériel médico - technique
  - Gestion des médicaments, consommables et intrants
  - Respects des normes de conservation des consommables et de réalisation de certaines activités
  - Gestion des ressources financières et matérielles
  - Consultation externe
  - Dépistage et prise en charge des cas de MPE
  - Hospitalisation / mises en observation des malades
  - Chirurgie majeure
  - Prise en charge des cas de paludisme grave
  - Prise en charge des cas de maladies chroniques (diabète, HTA)
  - Prise en charge des cas de mas avec complication
  - Prise en charge des cas de tuberculose
  - Dépistage de l'infection à VIH
  - Suivi des PVVIH sous ARV
  - Césarienne
  - Accouchement dystocique
  - Soins après avortement
  - Prise en charge de cas de violence basée sur le genre.

### **3.5.3 Niveau DPS**

Les domaines de la vérification de la qualité des activités réalisées par la DPS, faite par la DRS sont :

- Indicateurs généraux
- Planification – Suivi et évaluation
- Gestion financière
- Hygiène et environnement de travail
- Gestion de l'information sanitaire
- Supervisions
- Vaccination
- Vérifications qualité
- Réunion de comité de validation de district

### **3.5.4 Niveau DRS**

Les domaines de la vérification de la qualité des activités la DRS, faite par la CTN-FBR sont :

- 
- Indicateurs généraux
  - Planification - Suivi et évaluation
  - Gestion financière
  - Hygiène et Environnement de travail
  - Gestion de l'information sanitaire
  - Supervisions
  - Inspection de la Pharmacie et du Labo
  - Rencontre statutaire (CTRS)
  - Vérifications de la qualité des DPS)
  - Indicateur de performance de la région
  - Revue de la qualité des hôpitaux (préfectoral et régional) par les pairs.

### **3.5.5 Niveau CTN-FBR**

Les domaines de l'évaluation de la performance de la CTN-FBR, sont :

- Disponibilité du budget FBR
- Niveau de décaissement du budget FBR
- Evaluation de la performance des Structures Centrales, DRS et ACV
- Transmission des factures à l'Agence de Paiement
- Mise en œuvre des recommandations des sessions du comité de pilotage et de l'évaluation de la performance du comité de pilotage à jour
- Tenue des documents financiers et comptables
- Gestion de la logistique et de l'Outil informatique
- Gestion du portail-FBR et analyse des données.

### **3.5.6 Niveau payeur**

Pour le payeur, les domaines de l'évaluation de la performance sont les suivants:

- Paiement des factures
- Gestion financière
- Financement des activités

### **3.5.7 Niveau ACV**

Les domaines de l'évaluation de la performance d'une ACV sont les suivants :

- Contractualisation Vérification de la quantité,
- Vérification communautaire,
- Coaching,
- Coordination-Planification-Suivi-Evaluation,
- Supervision,
- Analyse des données.

### **3.5.8 Niveau services centraux**

Les domaines de la vérification de la qualité des activités des services centraux, faite par la CTN-FBR, sont :

- 
- Indicateurs généraux,
  - Planification, suivi et évaluation,
  - Gestion financière,
  - Hygiène et Environnement de travail,
  - Gestion de l'information sanitaire,
  - Supervisions,
  - Inspection de la Pharmacie et de Labo,
  - Rencontre statutaire (CTRS)
  - Vérifications de la qualité des DPS,) )
  - Indicateur de performance de la région
  - Revue de la qualité des hôpitaux (préfectoral et régional) par les pairs.

### **3.6 Renforcement des connaissances des acteurs sur le FBR**

Pour garantir une mise en œuvre réussie du FBR, il est nécessaire que les différents acteurs soient formés sur le FBR et maîtrisent les rôles qui sont les leurs.

#### **3.6.1 Prestataires du niveau primaire et secondaire**

Les formations initiales sur le concept et le dispositif national FBR seront réalisées sur financement du programme FBR.

Les recyclages et les formations des nouveaux agents sur le concept et le dispositif national FBR, ainsi que les formations sur les domaines gestionnaires et techniques nécessaires à l'amélioration de la performance seront organisées sur fonds propre des structures (revenus FBR et recettes propres).

#### **3.6.2 Acteurs des structures d'encadrement**

Les acteurs des structures d'encadrement, pourront bénéficier de formations tant au niveau national qu'international pour renforcer leur maîtrise de la stratégie du FBR, mais également pour leur permettre d'apporter des appuis au niveau intermédiaire et périphérique.

Certains membres des équipes des DRS, des DPS seront formés de manière à ce qu'ils puissent eux-mêmes assurer la formation des agents relevant de leur responsabilité.

Toujours au niveau DRS et DPS, ainsi qu'au niveau des hôpitaux, des personnes ressources seront formées pour assurer le rôle de vérificateurs de la qualité au niveau des structures du niveau primaire (pour les DPS et HP) comme au niveau des structures de référence (équipes des HP et HR et des DRS).

---

## 4 OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

La gestion de la mise en œuvre et du suivi du FBR se fait grâce aux outils suivants : le plan d'affaires, le contrat, l'outil d'indices et les outils de gestion des activités des formations sanitaires. Certains de ces outils existent déjà dans le système de santé, les autres sont conçus et mis en place par les organes de gestion et de suivi du FBR.

### 4.1 Plan d'affaires

Le plan d'affaires est un plan de travail trimestriel qui propose les stratégies nécessaires pour atteindre des objectifs quantitatifs et qualitatifs. Il s'agit d'un outil dont l'importance est capitale dans le cadre de la mise en œuvre du FBR en ce sens qu'il sert de base au contrat de performance à partir duquel les activités de la formation sanitaire sont vérifiées afin que les subsides puissent être payés. Il constitue :

- pour la formation sanitaire, un cadre privilégié d'apprentissage de la planification des activités et de la budgétisation prévisionnelle;
- un tableau de bord pour la formation sanitaire et un support d'encadrement;

Le plan d'affaires est élaboré trimestriellement suivant un processus qui implique l'ensemble des acteurs de la structure. Pour les formations sanitaires du niveau primaire, devront être concernés le personnel de santé, les représentants des formations sanitaires sous contractantes et le bureau du CoSaH. Pour les hôpitaux, une première étape devra amener les agents à discuter par service des problèmes et des propositions de résolution. Au cours de la seconde étape, les propositions des différents services seront amendées et validées. La budgétisation sera ensuite faite par les financiers.

Au niveau des formations sanitaires, lors de l'élaboration du plan d'affaire, l'ACV et un représentant de la structure hiérarchique devront être associés.

L'élaboration du plan d'affaires pourra prendre 1 à 2 journées pour les formations sanitaires du niveau primaire. Cette durée pourra être de 3 à 5 jours pour les hôpitaux. Les Plans d'affaires doivent être transmis à l'autorité hiérarchique selon le délai fixé.

Le plan d'affaires indique, pour chaque indicateur :

- le résultat atteint lors du trimestre précédent;
- les problèmes prioritaires actuels par indicateur;
- l'objectif à atteindre au cours du trimestre du contrat;
- les stratégies qui seront utilisées pour résoudre les insuffisances durant la période du contrat.

Les autres structures contractualisées comme la DPS et la DRS développent aussi leur plan d'affaires.

### 4.2 Contrat

Le FBR repose sur une contractualisation basée sur des services effectivement produits, avec comme exigence la bonne qualité des prestations. L'élaboration des contrats de performance à tous les niveaux doit respecter les différentes étapes du processus contractuel. Cet outil constitue la base de référence pour le suivi et l'évaluation de la performance.

La convention entre parties contractantes représente le « contrat » et sera signé entre le responsable de la structure prestataire concernée d'une part et « l'acheteur » d'autre part. Il précise les responsabilités et les engagements des différentes parties signataires et les prix des indicateurs.

Le contrat comprend les aspects suivants :

- l'objet du contrat;
- les obligations de chacune des parties contractantes;
- les motivations et sanctions correspondant aux différents comportements;
- les indicateurs à acheter et leur prix unitaire et les domaines de vérification de la qualité des soins.

Le contrat, qui est d'une périodicité trimestrielle (mais renouvelé si rien ne s'y oppose au cours d'une même année par tacite reconduction), n'est valable qu'accompagné du plan d'affaires du trimestre en vigueur ; c'est dire que c'est le plan d'affaires qui lui donne sa légitimité.

Le tableau suivant résume les différentes parties contractantes selon les niveaux concernés.

**Tableau 8** : Différentes parties concernées par les contrats de performance

N°	Structure	Signataires	
		Prestataires	Acheteur
1.	Groupement de relais communautaires	Pdt groupement de relais communautaires	Pdt CoSaH
2.	OBC/ASLO	Président	Coordonnateur ACV régionale
3.	ACV	Coordonnateur ACV régionale	Coordonnateur CTN-FBR
4.	CS	CCS	Coordonnateur ACV régionale
5.	Hôpital de district (HP, CSA, CMC)	DH	Coordonnateur ACV régionale
6.	Hôpital régional	DG	Coordonnateur ACV régionale
7.	DPS	DPS	Coordonnateur ACV régionale
8.	DRS	DRS	Coordonnateur CTN-FBR
9.	CTN-FBR	Coordonnateur	Secrétaire général
10.	Agence de paiement	Coordonnateur	Coordonnateur CTN-FBR

### 4.3 Outils d'indices

L'outil d'indices est un instrument de gestion des formations sanitaires. L'outil d'indices comprend quatre parties. La première porte sur les critères de répartition de la prime globale en primes individuelles de performance ; la deuxième concerne la structuration des recettes et des dépenses de la formation sanitaire ; la troisième concerne la répartition de l'enveloppe globale disponible pour les primes au personnel en primes individuelles et la quatrième traite des abréviations sur les qualifications des agents des formations sanitaires à introduire dans la partie « qualification » dans la troisième partie portant « *primes du personnel* ».

---

### 4.3.1 Critères de répartition de la prime globale en primes individuelles au personnel des formations sanitaires

L'outil d'indices précise les modalités de calcul des primes individuelles au personnel. Les critères à utiliser sont les suivants :

- la catégorie professionnelle,
- l'ancienneté dans la préfecture,
- la responsabilité de l'agent,
- la proportion de jours travaillés au centre de santé;
- l'évaluation trimestrielle de la performance individuelle.

Ces critères sont également utilisés pour les autres structures (DRS, DPS, etc.).

### 4.3.2 Structuration des recettes et des dépenses

La deuxième partie de l'outil d'indices présente la situation des recettes et des dépenses. Il permet d'avoir une vision claire de la situation financière du centre de santé (recettes, dépenses, état des réserves) : L'outil d'indice doit montrer clairement :

- les recettes globales enregistrées et encaissées par la formation sanitaire au cours du mois;
- les dépenses planifiées par la structure pour le trimestre suivant. Ces dépenses doivent être en lien avec le plan d'action annuel et le Plan d'affaire de la structure.

Le remplissage de l'outil d'indices se fait en consultant les documents comptables suivants :

- le cahier de suivi des recettes et dépenses;
- la fiche/cahier de suivi des créances et des dettes;
- les livres de banque et de caisse;
- le plan d'action annuel;
- le plan d'affaires;
- les factures FBR trimestrielles;
- le cahier d'absences;
- les rapports périodiques de trésorerie;
- la grille d'évaluation individuelle remplie;
- le PV d'inventaire des médicaments.

### 4.3.3 Enveloppe globale disponible pour les primes au personnel

Une fois que la répartition des recettes et des dépenses est faite, l'outil d'indices détermine le montant qui pourra être utilisé pour les primes de motivation des agents de la structure.

Dans la même logique du FBR, l'introduction des primes à la performance vise à la fois, à inciter le personnel à l'atteinte de meilleures prestations des services et également à récompenser le niveau de performance déjà atteint. Les primes à la performance ne sont en aucun cas systématiques mais doivent récompenser les efforts qui vont dans le sens d'une meilleure performance de la structure.

---

## **4.4 Outils de gestion des activités de soins dans la formation sanitaire**

### **4.4.1. Outils de gestion au niveau de la formation sanitaire**

Ces outils sont utilisés par la formation sanitaire pour la prise en charge des clients et constituent la source de vérification de la quantité et de la vérification de la qualité.

Il s'agit notamment des différents registres (consultation, accouchement, vaccination, CPN, etc.), des fiches (infantile, maternelle, partogramme, PCIMNE, etc.). Ces outils sont indispensables aux vérifications quantitatives et qualitatives. La bonne tenue de ces outils est une condition incontournable à la vérification et partant au paiement des revenus FBR.

### **4.4.2. Outils de rapportage des indicateurs quantitatifs au niveau de la formation sanitaire**

Il s'agit des différents rapports qui sont élaborés mensuellement par les formations sanitaires et transmis à l'échelon supérieur : rapport d'activités mensuel, rapport de vaccination, etc. Ces rapports existent déjà dans le système de santé ; mais d'autres outils de rapportage qui tiennent compte spécifiquement des indicateurs quantitatifs achetés par le FBR devront être mis en place pour permettre la vérification et la saisie des données sur le portail FBR.

### **4.4.3. Outils de vérification qualitative**

Ce sont des outils élaborés dans le cadre de la mise en œuvre du FBR pour permettre aux structures désignées pour la vérification qualitative trimestrielle de remplir leur mission.

### **4.4.4. Outils de gestion comptable et financière dans la formation sanitaire**

Ce sont des outils de gestion courante des formations sanitaires qui ne se distinguent pas des outils classiques. Ils concernent principalement les supports comptables (exemple : livre de caisse, livre de banque, livre de trésorerie), les différents instruments de gestion financière (exemple : bons d'entrée et de sortie de caisse), les canevas de rapport financiers et comptables, etc. Ces outils sont indispensables aux vérifications qualitatives.

## **4.5 Portail de gestion des données (portail FBR)**

Les données des formations sanitaires seront saisies sur une plateforme informatique mise en place à cet effet. Cette plateforme sera accessible à distance (par internet). Les vérificateurs ont la charge de vérifier les données des formations sanitaires et de les saisir sur la plateforme informatique. Le paiement des primes est conditionné par la complétude des données saisies sur ladite plateforme.



---

## 5 VERIFICATION DES RESULTATS, DETERMINATION, PAIEMENT ET GESTION DES REVENUS FBR

### 5.1 Vérifications des résultats des prestations

Afin de payer des subsides aux structures, il est nécessaire de faire un certain nombre de vérifications préalables permettant de s'assurer que les prestations sous contrat sont effectives et de qualité. La vérification revêt trois volets :

- ✓ la vérification quantitative (vérification de l'exactitude des quantités mentionnées dans le rapport mensuel de la structure),
- ✓ la vérification qualitative (vérification de la qualité technique des prestations/ activités conformes aux normes de prestation),
- ✓ la vérification communautaire couplée à une enquête de satisfaction des utilisateurs (vérification de l'authenticité des prestations enregistrées par les prestataires et évaluation de la qualité perçue par les bénéficiaires).

#### 5.1.1 Vérification quantitative

La vérification **quantitative** consiste à compter les données d'utilisation des services, enregistrées ou des activités réalisées dans les supports y afférents et à les comparer aux chiffres qui ont été rapportés par les prestataires.

Comme le FBR paye pour des résultats, il est sans aucun doute important que le montant soit correct, ainsi que le nombre de résultats à payer. En clair, il n'est pas trop difficile de rapporter plus de résultats qu'il en a été obtenu en réalité et ainsi gagner un montant plus important qu'en réalité justifié par les résultats.

En outre, il faut vérifier si les résultats rapportés ont été véritablement réalisés. Pour cette raison, le vérificateur doit être carrément indépendant du prestataire pour des raisons claires : éviter que les deux puissent chercher un accord entre eux.

La vérification quantitative des indicateurs des formations sanitaires et des équipes d'encadrement (DPS et DRS) est réalisée trimestriellement par l'ACV.

La vérification des *indicateurs quantitatifs* (définis plus haut) passe par l'appréciation des rapports avec les registres dans la formation sanitaire – la même méthodologie est utilisée au Centre de Santé comme à l'Hôpital de District. Pour ce faire, le vérificateur examine la conformité des données notifiées dans le rapport et les compare à celle des registres de la formation sanitaire.

Pour les formations sanitaires, les grilles de vérification quantité pré remplies doivent être transmises à la DPS au plus tard le 05 du mois suivant la fin du trimestre objet de la vérification. Dans chacune des formations sanitaires disposant d'un contrat principal, le vérificateur muni de la grille servant à la vérification quantitative trimestrielle compte le nombre de réalisations de chacun des indicateurs quantitatifs et les transcrit sur la grille prévue à cet effet dans la colonne « Quantités vérifiées ». Il compare ensuite ces résultats à ceux déclarés par la formation sanitaire et vérifie ces chiffres lorsqu'il y a divergence. Les résultats de la vérification trimestrielle sont produits en deux exemplaires, un sera



---

gardé à la formation sanitaire pour classement et référence et l'autre sera transmis à la DPS pour soumission au comité de coordination et de validation du district. La vérification des résultats quantitatifs des formations sanitaires à contrat secondaire (contrat de sous-traitance avec la formation sanitaire) a lieu au niveau de la formation sanitaire ayant le contrat principal le même jour et selon le même processus. Les résultats de chaque vérification quantitative sont signés par le responsable de la structure dont les prestations sont l'objet de vérification et par le responsable de l'équipe de vérificateurs.

L'ACV assurera la vérification trimestrielle quantité des DPS et des DRS selon la même méthodologie qu'au niveau des formations de prestation de soins.

### 5.1.2 Vérification de la qualité

La **vérification de la qualité** consiste à s'assurer, sur la base d'échantillons et d'observations directes que les prestations fournies répondent aux normes et standards de qualité en vigueur.

La **qualité technique** est évaluée à l'aide de grilles qui permettent de coter et de classer les différentes activités des formations sanitaires par rapport à un certain nombre critères de qualité. Le résultat de cette évaluation prend la forme d'un « score de qualité technique » pouvant aller de 0 à 100%. Ce score sert de pondérateur des montants gagnés avec les résultats quantitatifs, afin de déterminer le montant à payer à la formation sanitaire. La finalité est d'aboutir à un plan de changement avec les acteurs contractants – à travers un coaching visant à comment arriver à de meilleurs résultats.

La vérification de la qualité des prestations des formations sanitaires s'effectue tous les 3 mois après la vérification quantité. Elle est sous la responsabilité de :

- La DPS pour les formations sanitaires du niveau primaire de son aire de responsabilité;
- La DRS pour ce qui est des hôpitaux de la région, concernés par le FBR;
- La CTN-FBR pour la DRS et l'ACV;
- Le Secrétaire Général pour la CTN-FBR et le payeur.

Dans les **structures du niveau primaire** : la vérification de la qualité des prestations par formation sanitaire est assurée par une équipe composée de 4 personnes (un médecin, une sage-femme, infirmier d'état, un spécialiste de la gestion financière ou de la gestion des médicaments) ayant des compétences en SR, médecine clinique, suivi/évaluation, statistiques, Santé communautaire, gestion des médicaments, gestion financière, etc. Tous les membres de l'équipe doivent être formés en tant que vérificateur de la qualité ; Il est prévu 1 à 2 jours de vérification de la qualité par la formation sanitaire du niveau primaire (selon la fréquentation de la structure ou l'accessibilité géographique...). La complétude des équipes doit être assurée lors de l'exécution de la vérification de la qualité.

---

Au **niveau des hôpitaux** : La vérification de la qualité se fait trimestriellement après la vérification de la quantité par une équipe de pairs (l'équipe de l'hôpital A assurant la vérification dans l'hôpital B). Les Directions régionales de la santé sont responsables de l'organisation des vérifications qualitatives des hôpitaux de leur aire de responsabilité. Les équipes de vérificateurs seront chacune composées de 4 personnes du profil suivant :

- un médecin pédiatre ou un médecin généraliste exerçant en pédiatrie,
- un médecin gynécologue-obstétricien ou un médecin généraliste exerçant en maternité,
- un spécialiste en administration et finances,
- un pharmacien.

La périodicité de l'évaluation est trimestrielle. L'évaluation se fait sur le site. Il est prévu 2 à 3 jours pour la vérification de la qualité au niveau des hôpitaux (selon la taille et la fréquentation de la structure).

Par ailleurs, la vérification qualitative trimestrielle se conçoit comme un dialogue entre les vérificateurs et les agents dans les structures : à la fin de la vérification, les vérificateurs discutent avec les agents de santé des points positifs, des points à améliorer et formulent des recommandations devant servir d'apport au plan d'affaires de la structure.

Les résultats de chaque vérification qualitative sont signés par le responsable de la structure dont les prestations sont l'objet de vérification et par le responsable de l'équipe des vérificateurs.

La vérification de la qualité est réalisée à l'aide d'une grille de vérification de la qualité préétablie permettant de calculer un « score de qualité technique ». Une copie de chaque grille remplie est envoyée au comité de validation et coordination du FBR au niveau district et une autre reste à l'hôpital afin de permettre à l'équipe de l'établissement d'observer l'évolution de sa performance en matière de qualité. Cet outil aidera par ailleurs l'équipe de l'hôpital dans l'élaboration de son plan d'affaires.

Au niveau des **structures d'encadrement**, la vérification de la qualité est effectuée trimestriellement selon les éléments suivants :

- **Direction préfectorale de la santé** : les DPS sont évaluées à l'aide d'une grille qualité. Une copie de cette grille remplie sera transmise à la CTN-FBR et une autre restera à la DPS qui pourra observer sa propre évolution en matière de performance. La vérification de la qualité des activités de la DPS par l'équipe de la DRS, donnera un résultat en pourcentage qui sera appliqué aux montants des subsides du trimestre concerné. L'équipe chargée de l'évaluation de la qualité de la DPS est composée 3 personnes : un médecin spécialiste en santé publique, un spécialiste en finances et un spécialiste en suivi et évaluation.
- **Direction Régionale de la Santé** : les DRS sont évaluées sur la base d'une grille d'évaluation de la qualité. Une copie de cette grille restera à la DRS qui pourra observer sa propre évolution en matière de performance. La vérification de la qualité des activités de la DRS par l'équipe du niveau central (CTN-FBR), donnera un résultat en pourcentage qui sera appliqué aux montants des subsides du trimestre concerné.

---

L'équipe chargée de l'évaluation de la qualité de la DRS est composée de 3 personnes : un médecin spécialiste en santé publique, un spécialiste en administration et finances et un spécialiste en suivi et évaluation.

### 5.1.3 Vérification communautaire et enquête de satisfaction des utilisateurs

*La vérification communautaire et l'enquête de satisfaction des utilisateurs consistent à attester par une visite à domicile d'un usager que l'activité reprise dans un registre a été effectivement prestée et à le questionner sur la qualité perçue des prestations qu'il a reçues.*

La vérification communautaire et l'enquête de satisfaction des utilisateurs sont sous la responsabilité de l'ACV et seront exécutées par des enquêteurs issus des organisations à base communautaire recrutés au niveau de chaque commune. La vérification est réalisée trimestriellement dans l'aire sanitaire de tous les centres de santé et hôpitaux. Les enquêteurs disposent d'un protocole d'enquête ménage, composé d'un questionnaire simple et comportant des questions précises en vue de vérifier si le client/ménage a réellement bénéficié des services déclarés par la formation sanitaire. D'autres questions permettront d'évaluer le degré de satisfaction du client/ménage et recueillir des suggestions pour l'amélioration des services. Au niveau de chaque formation sanitaire, les vérificateurs médicaux déterminent la taille de l'échantillon (fonction de la fréquentation), identifient les éléments de l'échantillon (selon une combinaison de méthodes : aléatoire et raisonnée ) et remplissent la partie identification de la grille de vérification résumant toutes les données concernant l'identification du patient et les prestations fournies par la formation sanitaire (jour de visite, type de prestation, contenu de la prestation, etc.).

Les vérificateurs médicaux quantifiés remettent aux enquêteurs les grilles dont la partie identification est pré remplie. Ceux-ci vont se déplacer dans la communauté, rechercher les personnes identifiées et les questionner sur leur fréquentation à la formation sanitaire et sur leur satisfaction de la prestation reçue.

A l'issue de la réalisation de la vérification communautaire, les résultats de l'enquête sur l'effectivité des prestations peuvent, au cas où des fraudes ont été détectées, entraîner des sanctions pour les formations sanitaires fautives.

Les résultats de l'enquête de satisfaction des utilisateurs vont permettre de déterminer un « score de satisfaction des utilisateurs » qui sera appliqué au calcul du bonus de qualité de la formation sanitaire. Ce score représente 25% du score global de qualité.

## 5.2 Détermination des subsides

### 5.2.1 Prestataires de soins (centres de santé, hôpitaux)

#### a. Calcul des montants dûs aux quantités

Le calcul des montants dus aux quantités se fait après la vérification quantitative. Ces montants sont calculés sur la base des résultats de la vérification quantitative et sont la somme du produit des résultats trimestriels de quantités obtenus et du prix d'achat de l'indicateur.

---

Pour minimiser les écarts entre les quantités déclarées et les quantités validées, il est institué une mesure coercitive relative à la perte des subsides de l'indicateur concerné lorsque l'écart est d'au moins 10%.

Le tableau suivant montre un exemple de détermination des montants dûs à la quantité pour un centre de santé.

**Tableau 9 :** Exemple de table pour le calcul des montants dûs aux quantités des CS

Indicateur	Quantité validée	Prix unitaire	Montant
Indicateur 1			
Indicateur 2			
.....			
Indicateur x			
<b>Montant total</b>			$\Sigma$ (Quantité X prix unitaire)

Ainsi, les montants dus en fonction des quantités de la formation sanitaire sont obtenus selon la formule suivante :

*Montant dû aux quantités qu'un centre de santé obtient est:*  
*Montant dû à la quantité =  $\Sigma$  (Quantité X prix unitaire)*

#### b. Calcul des subsides

Le mode de calcul des subsides que peuvent obtenir une formation sanitaire dépend des résultats des vérifications quantitatives et des scores globaux de qualité et est évolutif dans le temps de la façon suivante :

- Pour les deux premiers trimestres de mise en œuvre :

C'est la méthode « carotte – carotte » qui est appliquée. Le calcul est effectué de la façon suivante :

*Paiement total =*  
*[100% du montant dû à la quantité] + [montant dû à la quantité x score global de qualité x 25%]*

- A partir du troisième trimestre, c'est la méthode « carotte - bâton » qui sera appliquée, mais de façon progressive selon le schéma suivant :
- 3<sup>ème</sup> trimestre : 25% de déflation selon la formule suivante :

*Paiement total =*  
*[75% du montant dû à la quantité] + [25% du montant dû à la quantité x score de qualité %]*

- 4<sup>ème</sup> trimestre, 50% de déflation selon la formule suivante :

*Paiement total =*  
*[50% du montant dû à la quantité] + [50% du montant dû à la quantité x score de qualité %]*

$$\text{Paiement total} = [25\% \text{ du montant dû à la quantité}] + [75\% \text{ du montant dû à la quantité} \times \text{score de qualité \%}]$$

- A partir du 6<sup>ème</sup> trimestre, on appliquera la formule à 100% de déflation :

$$\text{Paiement total} = [100\% \text{ du montant dû à la quantité} \times \text{score de qualité \%}]$$

### ➤ Allocation des primes individuelles de performance au personnel des CS et HP/HR

Les critères d'allocation des primes individuelles de performance sont présentés au personnel des structures sanitaires au cours des sessions de formation. Ils ont été par ailleurs discutés et acceptés au cours de différents ateliers. Pour chaque critère, il existe des variables qui correspondent chacune à des points. Ainsi, en fonction de la variable qui est la sienne, l'agent obtiendra des points. Ces critères sont les suivants:

#### ✓ *la catégorie professionnelle*

Il s'agit d'une classification qui correspond à la nouvelle grille hiérarchique des fonctionnaires en Guinée. A chaque agent de chaque unité de personnel de la formation sanitaire est attribué un certain nombre de points correspondant à la catégorie et variable selon le niveau de formation donc du diplôme et/ou certificat obtenu en fin de formation.

#### ✓ *l'ancienneté dans la préfecture*

Ce critère permet de prendre en compte l'ancienneté de chaque agent dans la préfecture en années révolues. Elle se calcule à partir de la date de prise de service de l'agent. Il est attribué 4 points par année d'ancienneté.

Dans les CS, la note sur ce critère est plafonnée à 4 ans, soit un maximum de 16 points. Au niveau des hôpitaux, la note sur ce critère est plafonnée à 5 ans; soit un maximum de 20 points. Autrement dit, au-delà de 5 ans d'ancienneté dans le district sanitaire, le nombre de points est plafonné à 20.

#### ✓ *le niveau de responsabilité*

Il s'agit ici de prendre en considération l'augmentation des tâches d'un agent en dehors de la mission définie à la qualification ou catégorie professionnelle. Ainsi, chaque responsable de structure reçoit, pour la responsabilité qu'il occupe, les points correspondants. Ne sont considérés comme postes de responsabilité donnant droit à un bonus que les postes officiellement reconnus.

Par ailleurs, dans un contexte d'intérim, les points sont attribués à l'intérimaire si la durée de l'intérim est supérieure à la moitié du nombre de jours composant le mois objet d'intérim.

#### ✓ *la proportion de jours travaillés au centre de santé,*

C'est le nombre de jours travaillés sur le nombre de jours du mois. En principe, le

---

responsable hiérarchique fait une programmation des gardes et des dates de repos compensateur (récupération). Les jours de récupération ne sont pas considérés comme des absences du centre de santé. Pour cela, la formation sanitaire doit tenir un registre/cahier des jours d'absence. Une personne doit être désignée comme responsable de la tenue de ce registre/cahier. Seront ainsi considérés comme des jours non travaillés/prestés:

- la participation aux séminaires/formations/réunions. Aussi, l'absence d'un agent du centre de santé en dehors du repos compensateur à l'issue d'une garde doit être comptabilisée comme absence,
- les repos médicaux, les congés annuels, de circonstance, de maternité et les permissions officielles sont également considérées comme des jours perdus.

Donc, il s'agit de déterminer la proportion de jours travaillés, en pourcentage, sur la base du nombre de jours du mois et du nombre de jours d'absence de l'agent. La proportion de jours travaillés joue comme un facteur de la somme des points totaux obtenus par l'agent.

✓ *l'évaluation mensuelle de la performance individuelle.*

Dans une logique de financement basé sur les résultats, il est impérieux de valoriser la contribution de chaque employé à l'atteinte du niveau de performance collective. Pour mieux appréhender et mesurer la performance individuelle, plusieurs composantes doivent être combinées pour déterminer un score global de la performance individuelle. Ce sont:

- la conscience professionnelle (14 points),
- l'esprit d'équipe (14 points),
- les compétences techniques et l'adaptabilité à l'environnement de travail (26 points),
- les relations avec les utilisateurs et la communauté (6 points).

Une grille d'évaluation individuelle qui reprend les composantes ci-dessus (tableau 16 ci-après) sera remplie pour chaque agent, ce qui permettra de déterminer les points qu'il a obtenus. Les résultats quantitatifs obtenus par chaque agent seront utilisés tels quels dans le calcul de sa prime. Ce sont les Chefs de Centre de Santé qui assurent l'évaluation des autres agents et des chefs de postes de santé. Quant aux Chefs de Centre, ils sont évalués par une équipe mixte de DPS/CoSaH.

L'évaluation doit être objective, les résultats se discutent entre l'agent et son évaluateur et la grille doit être cosignée par les deux personnes. En cas de divergences, se reporter à la hiérarchie. Les points obtenus lors de l'évaluation trimestrielle individuelle concernent les trois mois précédents et comptent pour moitié dans le calcul des primes et sont valables pour les trois mois du trimestre à venir. Afin de faciliter l'appréciation de ces paramètres d'évaluation individuelle, le cahier de charges de chaque employé sert de référence.

## 5.2.2 Structures d'encadrement (DPS et DRS)

### a. Calcul des montants dûs aux quantités

Le calcul des montants dûs aux quantités se fait après la vérification quantitative. Ces montants sont calculés sur la base des résultats de la vérification quantitative et sont la somme du produit des résultats trimestriels de quantités obtenus et du prix d'achat de l'indicateur.

Le tableau suivant montre un exemple de détermination des montants dû à la quantité pour une structure d'encadrement.

**Tableau 10:** Exemple de table pour calcul des montants dûs aux quantités des DPS & DRS

Indicateur	Quantité validée	Prix unitaire	Montant obtenu
Indicateur 1			
Indicateur 2			
.....			
Indicateur x			
<b>Montant total</b>			$\Sigma$ (Quantité X prix unitaire)

Ainsi, les montants dus en fonction des quantités de la structure d'encadrement sont obtenus selon la formule suivante :

$$\text{Montant dû aux quantités qu'une structure d'encadrement obtient :} \\ \text{Montant dû à la quantité} = \Sigma (\text{Quantité} \times \text{prix unitaire})$$

### b. Calcul des subsides

Le montant des subsides que peut obtenir une structure d'encadrement dépendent des résultats des vérifications quantitatives et des scores de qualité. C'est la méthode « carotte-carotte » qui est appliquée. Le calcul est effectué de la façon suivante :

$$\text{Paiement total} = \\ [100\% \text{ du montant dû à la quantité}] + [\text{montant dû à la quantité} \times \text{score global de} \\ \text{qualité} \times 50\%]$$

## 4.2 Bonus équité

Il s'agit de corriger les inégalités entre formations sanitaires en fonction des conditions d'exercices des prestations de soins et également de façon à améliorer l'accès des personnes démunies aux services de prestations de soins.

Cela comprend le bonus interdistricts sanitaires et le bonus inter formations sanitaires. Ils sont conçus de façon à corriger réellement les inégalités existantes entre districts sanitaires et entre formations sanitaires. Ils correspondent à une catégorisation des districts sanitaires entre eux et des formations sanitaires d'un même district entre elles.



---

Cette catégorisation permet de fixer le prix d'achat des activités sur la base d'un facteur multiplicateur des prix unitaires des indicateurs quantitatifs. Ils font ainsi varier le prix de l'indicateur quantitatif de +0 à +20% selon les districts et de +0 à +20% supplémentaires pour les formations sanitaires.

#### **4.2.1 Bonus interdistricts**

Le bonus interdistricts tient compte des critères suivants :

- le niveau de l'incidence de la pauvreté dans la préfecture,
- la densité de la population,
- le temps mis pour aller du chef-lieu de district à la capitale,
- le taux de couverture des besoins en personnel de santé sur la base d'un agent de santé qualifié pour 1500 habitants.

#### **4.2.2 Bonus interformations sanitaires**

Le bonus inter formations sanitaires tient compte des critères suivants :

- la proportion de la population de la formation sanitaire située à plus de 10 km,
- la distance totale séparant la formation sanitaire de l'ensemble des villages couverts (distance allé simple),
- la distance séparant la formation sanitaire du chef-lieu du district,
- le taux de couverture des besoins en personnel de santé sur la base d'un agent de santé qualifié pour 1 500 habitants,

#### **4.3 Bonus d'Amélioration de la Qualité**

Le « bonus d'amélioration de la qualité » (BAQ) est un montant supplémentaire accordé à une formation sanitaire pour faire face à des dépenses d'investissement planifiées en vue d'améliorer les infrastructures (réhabilitation) et les équipements (acquisition).

Le principe d'affectation du BAQ ainsi que son montant seront déterminés par l'ACV en lien avec la DPS et la DRS concernées sur la base des éléments suivants :

- le budget disponible,
- le besoin exprimé dans le plan d'affaires de la formation sanitaire,
- l'analyse de la pertinence de l'investissement,
- l'appréciation du coût.

Le BAQ est introduit dès le début de la mise en œuvre du FBR et pourra, selon les besoins, avoir une périodicité semestrielle.

Il faut noter que le BAQ n'est évidemment pas une prime à la sous-performance. Il doit encourager l'entité prestataire à résoudre les problèmes qui limitent transitoirement ses performances, effort qui doit normalement se traduire dans son Plan d'affaires trimestriel. Ce bonus permet de tendre vers la mise à niveau des formations sanitaires pour une meilleure performance. Le BAQ doit plutôt être l'exception que la règle.

#### **5.2.3 Allocation des primes au niveau des DPS et des DRS**

Les critères d'allocation des primes individuelles de performance sont représentés par

---



des variables qui correspondent chacune à des points. Ainsi, pour chaque critère, l'agent obtient les points selon la valeur que la variable lui permet d'avoir. Ces critères sont la catégorie professionnelle, le niveau de responsabilité, la proportion de jours travaillés au cours de la période et la proportion de temps consacré au bureau de district par l'agent (uniquement pour les DPS).

- **Catégorie professionnelle**

Il s'agit d'une classification des individus selon leur situation professionnelle ; l'appartenance à une catégorie donne droit aux points comme présenté dans le tableau ci-après.

**Tableau 11:** Points obtenus selon la catégorie des agents (DRS et DPS)

Catégories	Points
A3	100
A2	90
A1	80
B2	70
B1	60
C	40

- **Responsabilité**

Il s'agit ici de prendre en considération l'augmentation des tâches de l'agent en sus des missions que sa qualification professionnelle lui confère. Au niveau des directions régionales et préfectorales de la santé, ne sont considérés comme postes de responsabilité donnant droit à des points que les postes officiellement reconnus. Par ailleurs, dans un contexte d'intérim, les points sont attribués à l'intérimaire si la durée de l'intérim est supérieure à la moitié du nombre de jours que comporte la période objet du calcul des primes.

Ainsi, les postes de responsabilité sont :

**Tableau 19:** Points obtenus selon les responsabilités (DRS et DPS)

	Niveau de responsabilité	Points
1.	Directeur	30
2.	Chef de section	20
3.	Chef d'unité	10

- **Proportion de jours travaillés**

C'est le nombre de jours travaillés sur le nombre de jours de la période de l'évaluation. En principe, les absences des agents doivent être enregistrées pour permettre de valoriser la contribution de chaque agent à la performance de la structure. Pour cela, chaque structure doit tenir un registre/cahier des jours d'absence. Une personne doit être désignée comme responsable de la tenue de ce registre/cahier. Il convient cependant de nuancer les absences. Seront considérés comme des absences :

- les congés (ordinaires et extraordinaires),

- les absences autorisées ou non autorisées,
- les absences pour participation aux séminaires/formations/réunions.

Cependant, les sorties dans l'aire de la structure pour réaliser les activités régaliennes qui lui incombent et qui concourent à l'atteinte de ses performances ne sont pas considérées comme des absences. Il s'agit notamment des sorties de supervision, de contrôle, d'appui programmées.

- **Proportion de temps de l'agent consacré au bureau du district**

La proportion du temps de travail de l'agent consacré au bureau du district correspond à la proportion de temps de travail que l'agent consacre à ses tâches au niveau du bureau de l'ECD. Cela s'applique aux agents qui exercent dans d'autres entités en plus du bureau de l'ECD. Cela sera utilisé comme facteur multiplicateur du nombre total des points obtenus par l'agent. Ce critère n'est valable que pour le personnel des DPS.

### 5.3 Paiement des subsides

Le paiement des subsides des différentes structures concernées par le FBR se fera directement du payeur dans les comptes bancaires de ces structures.

#### 5.3.1 Circuit et échéances de paiement aux formations sanitaires

Le circuit et le délai de paiement des subsides des formations sanitaires débutent le 6 du mois suivant la fin du trimestre objet de la vérification.

##### a. Subsides quantité

Le circuit de paiement des subsides quantité des formations sanitaires est résumé dans le tableau suivant :

**Tableau 20:** Circuit de paiement des subsides quantité des centres de santé.

Etapes	Responsables
1. Vérification quantité	Vérificateurs médicaux
2. Saisie des résultats	Vérificateurs médicaux
3. Validation	Comité de coordination et de validation
4. Information de la CTN-FBR sur la validation des résultats	ACV
5. Compilation des demandes de paiement, synthèse et transmission des factures	CTN-FBR
6. Virement des montants des subsides au niveau des comptes des FOSA	Payeur

L'échéance entre la fin du trimestre et la disponibilité des ressources dans les comptes bancaires des formations sanitaires est de 65 jours.

Ainsi, par exemple, pour les subsides du premier trimestre, si tout se passe tel que prévu, les ressources devraient être disponibles à partir du 5 juin.

##### b. Bonus liés à la qualité

Pour le bonus lié à la qualité, le circuit est résumé dans le tableau suivant :

**Tableau 12:** Circuit de paiement des bonus qualité des Centres de santé

Etapes	Responsables
1. Vérification qualité	Equipes de vérificateurs de la qualité
2. Vérification communautaire	Vérificateurs médicaux/enquêteurs
3. Saisie des résultats	Vérificateurs médicaux
4. Validation	Comité de coordination et de validation
5. Information de la CTN-FBR sur la validation des résultats	ACV
6. Compilation des demandes de paiement, synthèse et transmission des factures	CTN-FBR
7. Virement des montants des subsides au niveau des comptes des FO SA	Payeur

L'échéance entre la fin du trimestre et la disponibilité des ressources dans les comptes bancaires des formations sanitaires est de 86 jours.

Ainsi par exemple, le bonus qualité du premier trimestre, si tout se passe tel que prévu, devrait être disponible à partir du 26 juin.

A partir du 6<sup>ème</sup> trimestre de mise en œuvre du FBR, avec l'application de l'option « carotte-bâton », l'échéance de paiement des revenus du FBR des formations sanitaires sera de 86 jours.

### 5.3.2 Circuit et échéances de paiement des subsides des DPS & DRS

#### a. Subsides quantité

Le circuit de paiement des subsides quantité des structures d'encadrement débutent le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant le trimestre objet de la vérification. Le circuit est résumé dans le tableau suivant :

**Tableau 13:** Circuit et délai de paiement des subsides quantité des structures d'encadrement.

Activité à mener	Responsable
Vérification quantité	ACV
Saisie des résultats	ACV
Compilation des demandes de paiement, synthèse et transmission des factures au payeur	CTN-FBR
Virement des montants des subsides au niveau des comptes des structures	Payeur

L'échéance entre la fin du trimestre et la disponibilité des subsides quantité dans les comptes bancaires des DRS et DPS est de 30 jours.

Ainsi, par exemple, les subsides quantité du premier trimestre, si tout se passe tel que prévu, devraient être disponibles à partir du 30 avril.

---

## b. Bonus qualité

Le circuit de paiement des bonus qualité des subsides quantité des structures d'encadrement débute le 30 du mois suivant le trimestre objet de la vérification. Le circuit est résumé dans le tableau suivant :

**Tableau 14:** Circuit et délai de paiement des subsides qualité des structures d'encadrement.

Activité à mener	Responsable
Vérification qualité	- DRS pour DPS - CTN-FBR pour DRS
Saisie des résultats	- DRS pour DPS - CTN-FBR pour DRS
Compilation des demandes de paiement, synthèse et transmission des factures au payeur	- CTN-FBR
Virement des montants des subsides au niveau des comptes des structures	- Payeur

L'échéance entre la fin du trimestre et la disponibilité des bonus qualité des subsides quantité dans les comptes bancaires des DRS et DPS est de 57 jours.

Ainsi par exemple, le bonus qualité du premier trimestre, si tout se passe tel que prévu, devraient être disponibles à partir du 27 mai.

### 5.4 Gestion des revenus FBR

#### 5.4.1 Pour les relais communautaires

Pour les relais communautaires, 85% des ressources obtenues seront reversés à chacun des relais communautaires concernés selon son rendement et les autres 15% serviront à alimenter une caisse de solidarité des relais communautaires.

#### 5.4.2 Pour les formations sanitaires

La gestion des revenus FBR obtenus par les formations sanitaires se fera en utilisant l'outil d'indices qui est fondé sur l'utilisation des recettes des formations sanitaires toutes sources confondues (recouvrement des coûts, FBR, autres recettes...) et sur base des dépenses réelles de la formation sanitaire en veillant à privilégier les rubriques les plus importantes. Ces subsides servent à financer l'achat des médicaments et autres intrants (qui auront la plus grande proportion), le fonctionnement, l'investissement, la motivation du personnel, le système de référence contre-référence et l'épargne.

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

- il montre clairement les recettes globales générées par la formation sanitaire au cours du mois (y compris le financement de l'Etat et des PTF) et leur provenance par rubrique ainsi que les dépenses prévues du mois suivant, également par rubrique. Cela permet de voir rapidement la provenance des moyens et leur utilisation;
  - il indique la situation financière de la formation sanitaire, ses réserves en banque et
-

- 
- la dynamique de l'équipe du centre de santé pour évoluer vers un équilibre financier;
- à travers cet outil, la structure privilégie avant tout son fonctionnement en payant les salaires du personnel, en achetant les médicaments, consommables médicaux et fournitures de bureau, en supportant les frais des stratégies avancées, de transport, de communication et du système de référence et contre-référence;
  - l'outil d'Indice montre clairement comment la prime globale est répartie en primes individuelles du personnel en tenant compte de la catégorie de chaque personnel (niveau de formation), de l'ancienneté, de la responsabilité, des absences au niveau de la formation sanitaire et de l'évaluation individuelle du mois;
  - la grande force de cet outil réside dans le fait que l'affectation des recettes de la formation sanitaire implique la participation de tout le staff. L'outil d'Indices instaure dans la formation sanitaire une transparence totale de la gestion des fonds, crée une dynamique de groupe et constitue par excellence en fin de compte un support de budgétisation pour les formations sanitaires;
  - le régulateur avisé utilise les éléments de l'outil d'indices dans la supervision, l'évaluation de la qualité et dans la résolution progressive des problèmes auxquels les formations sanitaires font face.

Néanmoins, et quels que soient les résultats de l'utilisation correcte de l'outil d'indices, la part pour la motivation du personnel ne saurait excéder 40% des subsides FBR. Ainsi, le reste des subsides FBR et les ressources propres serviront pour le fonctionnement de la structure de soins (salaire du personnel contractuel, dépenses courantes) et le renforcement de ses capacités (réhabilitation d'infrastructures, acquisition d'équipements, acquisition de matériel médicotechnique, acquisition de mobilier, formation du personnel, etc.).

#### **5.4.3 Pour les DPS et DRS**

Les subsides acquis à l'issue des vérifications quantité servent au remboursement des activités déjà réalisées.

Les bonus qualité obtenus servent, quant à eux, à la motivation du personnel et au renforcement des capacités de la structure.

L'outil d'indices servira ici pour la détermination de la part de chacun des membres de la DPS ou de la DRS.

#### **5.4.4 Pour la CTN-FBR et le Payeur**

Les primes obtenues à l'issue des évaluations de la performance serviront à la motivation du personnel.

L'outil d'indices servira ici pour la détermination de la part de chacun des membres du personnel.

---

## 6 CONTRE-VERIFICATION

En vue d'améliorer la crédibilité de la vérification (quantitative comme qualitative), une contre-vérification est effectuée selon une périodicité semestrielle et porte sur l'un des deux trimestres du semestre. La contre-évaluation est réalisée par la CTN-FBR. Elle consiste à vérifier, sur un échantillon de formations sanitaires, que la vérification a été correctement faite. Elle respecte scrupuleusement les mêmes principes et étapes que la vérification à la différence qu'il n'y a pas de choix aléatoire des cas pour la contre-vérification qualitative puisque la contre-vérification qualitative concerne les mêmes éléments de l'échantillon que ceux tirés pour la vérification. La vérification communautaire couplée à l'enquête de satisfaction des bénéficiaires n'est pas concernée par la contre-vérification.

La contre-vérification s'intéresse aussi bien aux résultats quantitatifs qu'aux résultats qualitatifs. Pour la contre-vérification de la qualité, les mêmes volets et cas (échantillons) retenus pour faire l'objet de la vérification qualitative seront concernés.

### 6.1 Acteurs et rôles

#### 6.1.1 Structures sélectionnées

Il est de la responsabilité des agents des structures retenues (formations sanitaires, DPS, DRS) pour la contre-vérification de mettre à la disposition des équipes de contre-vérificateurs l'ensemble des supports qui ont servi à la vérification. Les supports qui ont servi à la vérification doivent par conséquent être dûment archivés.

#### 6.1.2 Structure de contre-vérification

La réalisation de la contre-vérification aussi bien de son organisation et de sa tenue effective est de la responsabilité de la CTN-FBR.

### 6.2 Implications

Les seuils de concordance entre les résultats de la vérification et ceux de la contre-vérification sont fixés à 95% pour les résultats quantitatifs et à 90% pour les résultats qualitatifs.

Autrement dit, est acceptée une variation maximale entre la vérification et la contre-vérification de plus ou moins 5% pour le volet quantitatif et de 10% en moins ou en plus pour le volet qualitatif.

En cas de dépassement des seuils de concordance entre les résultats obtenus par les vérificateurs et contre-vérificateurs, les vérificateurs médicaux ou l'équipe de vérificateurs qualité sera appelée à s'expliquer à l'issue de laquelle des sanctions peuvent être prises par le comité de pilotage-FBR au niveau central lorsque la faute est établie. Elles vont de l'avertissement à la suspension de l'équipe qualité lorsque la faute établie est relative à la qualité et de l'avertissement à la rupture de contrat avec l'ACV lorsque la faute établie est en rapport avec la quantité.

---

## 7 SUIVI ET EVALUATION

Le processus de suivi et évaluation du FBR en Guinée est un processus qui permettra notamment de :

- suivre et réviser les indicateurs outputs;
- suivre l'utilisation des ressources (matérielles, financières, humaines,);
- identifier les difficultés et de proposer des solutions;
- mesurer et de prendre en compte la satisfaction des bénéficiaires ;
- estimer les résultats d'effet de l'approche sur l'amélioration de la performance du système de santé.

Le processus de suivi et d'évaluation se décompose ainsi en suivi de la mise en œuvre, évaluation de la stratégie, recherche-action et évaluation de l'impact.

### 7.1 Suivi de la mise en œuvre

Le suivi des données du FBR s'intègre dans le système national d'information sanitaire (SNIS). Pour cela, les outils mis en place par le système pour la collecte et le rapportage des données serviront de base d'informations. De même, les mécanismes de transmission des données du niveau périphérique vers le niveau central restent valables.

Cependant, dans un système, où les enjeux financiers sont tributaires de la qualité des données ainsi que de la promptitude et de la complétude de la transmission des informations, il convient de mettre en place un mécanisme robuste de collecte, de transmission et de traitement des données. Ainsi, il est mis en place dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du FBR, un système complémentaire au SNIS pour la gestion des données selon les niveaux.

#### 7.1.1 Suivi opérationnel

##### a. Au niveau formation sanitaire

Les formations sanitaires utilisent les supports traditionnels de prise en charge de leurs clients et de gestion. Cependant lorsque les outils traditionnels ne prennent pas en compte toutes les exigences du FBR, ceux-ci feront l'objet d'une adaptation.

##### b. Au niveau des vérificateurs médicaux

Sur la base des données transmises, les vérificateurs médicaux font la vérification au niveau de chaque formation sanitaire de leur zone de responsabilité. Ils procèdent ensuite à la saisie de ces données sur le portail-FBR et ce en respectant les délais fixés.

##### c. Au niveau de la CTN-FBR

La CTN-FBR est l'organe de coordination de la mise en œuvre du FBR. Elle assure l'administration de la plateforme informatique qui lui permet de suivre et analyser les données (sanitaires et financières) par formation sanitaire, préfecture et région.

Par ailleurs, la CTN-FBR est chargée de compiler les factures validées des structures contractantes et de les transmettre au payeur pour règlement.



---

## 7.1.2 Suivi institutionnel

Le suivi institutionnel de la stratégie du FBR est assuré par le comité de pilotage du FBR. Ce suivi se conçoit comme un processus dynamique d'accompagnement des prestataires avec plus de responsabilité accordée à ces derniers dans la production des résultats. Il s'intéresse à la mise en œuvre et plus spécifiquement aux ressources, aux activités et aux résultats. Dans cette perspective, les organes de suivi aux différents niveaux veilleront à s'assurer que :

- les différents acteurs mettent en place les dispositions qui leur permettront de jouer efficacement leur rôle;
- les ressources nécessaires sont mobilisées;
- Les activités sont exécutées conformément au planning : ce qui a été fait en termes de formation, de supervision, de réunion, etc. Un accent particulier doit être mis sur le suivi de la mise en œuvre des plans d'affaire aux différents niveaux;
- Les ressources sont utilisées conformément aux procédures;
- Les bénéficiaires des activités atteignent les groupes cibles;
- Le système d'information mis en place permet le suivi de la tendance des indicateurs;
- Les indicateurs évoluent dans le bon sens.

## 7.2 Evaluation

### 7.2.1 Evaluation de la stratégie du FBR

L'évaluation s'inscrit dans une démarche dynamique qui va porter sur la mise en œuvre de la stratégie, ainsi que les problèmes rencontrés, les forces et faiblesses de l'approche FBR dans le contexte Guinéen, et les leçons apprises pour le futur.

### 7.2.2 Recherche-action

Des activités de recherche action pourront être menées au cours de l'intervention sur des thèmes en lien avec le FBR.

## 7.3 Procédures de suivi et évaluation

Des rapports semestriels de mise en œuvre seront élaborés par la CTN-FBR puis soumis au comité de pilotage du FBR au niveau central pour validation.

Des rapports annuels présenteront une évaluation générale du FBR selon les éléments ci-dessus cités.



---

## 8 RISQUES/FRAUDES POSSIBLES, MESURES PREVENTIVES, SANCTION ET REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS

### 8.1 Risques / fraudes possibles

Les risques surviennent lorsque les prestataires de services négligent les prestations qui ne font pas l'objet de mesures incitatives, ce qui conduit à une baisse de la quantité, de la qualité de ces prestations et aussi une frustration des agents chargés de leur mise en œuvre. De plus, ces risques peuvent être le fait de prestataires de services qui cherchent à gagner plus que ce qui leur est dû.

On entend par fraude la création d'utilisateurs fictifs, la mention d'actes ou de soins dont l'utilisateur n'a pas réellement bénéficié, etc.

Au niveau des structures de régulation (DPS, DRS), les dérives surviennent lorsque leurs prestations ne sont pas contrôlées ; ce qui a pour conséquence la faible qualité de ces prestations et une faible performance du système. Aussi, la non-prise en compte de ce niveau peut entraîner une fuite de responsabilité de la part des DPS et des DRS en ce qui concerne la coordination, le suivi et l'évaluation du fonctionnement du système local de santé.

### 8.2 Mesures préventives

Afin d'éviter ces situations, les mesures préventives suivantes sont mises en place :

- Utilisation d'un modèle complet de FBR, couvrant une grande partie du PMA, du PCA et tous les services au niveau hôpital;
- Mise en place de contrats de performance pour les DPS, DRS, le payeur, l'ACV, la CTN-FBR dont les critères d'évaluation couvrent l'ensemble des fonctions;
- Respect du principe de séparation de fonctions, ce qui contribue à minimiser les fraudes en évitant les conflits d'intérêts;
- Volonté d'appliquer le principe de « tolérance zéro » envers la corruption et application stricte des sanctions prévues;
- Transparence dès le départ sur les normes, les critères d'évaluation, de récompense et de sanctions.

Ainsi, si les règles du jeu sont transparentes et connues de tous, il est clair qu'il n'y aura que très peu de dérives et que de telles actions seront rapidement connues de tous et auront des conséquences négatives pour les auteurs.

### 8.3 Sanctions en cas de fraudes

Lorsque le vérificateur (quantité ou qualité) a un sérieux doute, il lui revient de le signaler à la CTN-FBR qui se chargera d'investiguer les cas notifiés.

En cas de fraude avérée, les sanctions sont d'ordre pécuniaire et d'ordre administratif. Les sanctions pécuniaires sont les suivantes :

- 1<sup>ère</sup> fraude constatée = retenue de 20 % des subsides;
- 1<sup>ère</sup> récidive = retenue de 30% des subsides;

- 
- 2<sup>ème</sup> récidive = suspension du contrat jusqu'à ce qu'une mesure administrative forte (remplacement du ou des coupables) soit prise. Par ailleurs, l'identité des fraudeurs, la fraude commise et les sanctions appliquées devront être portées à la connaissance de l'ensemble des acteurs du district sanitaire.

Les sommes retenues sur les revenus FBR en cas de fraude avérée s'appliqueront uniquement sur la part affectée aux primes du personnel.

Les sanctions administratives sont celles en vigueur et doivent être appliquées pour une bonne marche de la stratégie FBR.

C'est la CTN-FBR qui est chargée de l'application des sanctions pécuniaires.

C'est le Comité de Pilotage qui est chargé de la décision des sanctions pécuniaires pour le payeur et la CTN-FBR.

#### **8.4 Règlement des litiges et des conflits**

Pour tout cas de litige ou de conflit qui surviendrait dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats, le règlement à l'amiable est privilégié et le recours à la médiation par le niveau hiérarchiquement supérieur est conseillé. En cas de non conciliation, le comité de pilotage du FBR prendra une décision définitive pour régler les différends.