

**Octobre 2022**

VERSION REVISEE **1 (Tranche conditionnelle)**

1Table des matières

Table des matières

[Introduction 7](#_Toc117240472)

[I. Contexte 8](#_Toc117240473)

[1.1.Données générales de la Préfecture 8](#_Toc117240474)

[1.2.Cartographie de l’offre de soins dans la préfecture de Mamou 8](#_Toc117240475)

[1.3.Distances entre les formations sanitaires et le chef-lieu de la préfecture de Mamou 8](#_Toc117240476)

[1.4.Catégorisation des formations sanitaires 9](#_Toc117240478)

[1.5.Présentation du projet « She decides » 10](#_Toc117240480)

[1.5.1. Objectif et Résultats attendus de l’intervention 10](#_Toc117240481)

[1.5.2.Objectifs et résultats attendus du FBR à Mamou 11](#_Toc117240482)

[II. Approche du financement base sur les résultats : Définition des concepts, principes, du FBR (Confère Manuel National) 11](#_Toc117240483)

[3.1.1 Organisations à base communautaire (OBC) des femmes et des jeunes/adolescents 12](#_Toc117240484)

[3.1.2 Rôle du Comité Santé et Hygiène (COSAH) dans la mise en œuvre 12](#_Toc117240485)

[3.1.3Les mutuelles de santé 12](#_Toc117240486)

[3.1.4Identification des coachs FBR 12](#_Toc117240487)

[3.1.5Implication des directions centrales 12](#_Toc117240488)

[3.1.6Rôle de l’UAGCP 13](#_Toc117240489)

[3.1.7Le Ministre/cabinet du Ministre de la santé 14](#_Toc117240490)

[3.1.8Le Secrétariat Général 14](#_Toc117240491)

[3.1.9Instituions porteuses des déterminants de la santé 14](#_Toc117240492)

[3.1.10Assistance technique de Enabel au Ministère de la Santé dans la mise en œuvre 15](#_Toc117240493)

[3.11 Comité Régional de Vérification et de Validation (CRVV) 16](#_Toc117240494)

[3.2. Cadre institutionnel du Financement basé sur les résultats à Mamou 16](#_Toc117240495)

[3.2.1Respect du principe de séparation des fonctions 16](#_Toc117240496)

[3.2.2Critères d’inclusion et d’exclusion 18](#_Toc117240498)

[3.1Indicateurs quantitatifs et leurs prix 20](#_Toc117240500)

[3.1.1Niveau Centres de Santé 20](#_Toc117240501)

[3.1.2Niveau Centres Hospitaliers 24](#_Toc117240503)

[3.1.3Niveau DPS 27](#_Toc117240505)

[3.1.4Niveau IRS 28](#_Toc117240507)

[3.1.5 Niveau CRVV 29](#_Toc117240509)

[3.1.5Niveau Services Centraux (CTN-FBR) 30](#_Toc117240510)

[3.2Critères d’appréciation de la qualité 30](#_Toc117240512)

[3.2.1Niveau centre de santé 30](#_Toc117240513)

[3.2.2Niveau hôpital 31](#_Toc117240515)

[3.5.3 Niveau COSAH 33](#_Toc117240517)

[3.2.3Niveau DPS 34](#_Toc117240519)

[3.2.4Niveau IRS 35](#_Toc117240521)

[3.5.5 Niveau CTN- 37](#_Toc117240523)

[3.5.6 Niveau CRVV 39](#_Toc117240525)

[5.5.7 La structure chargée de la gestion fudiciaire (UAGCP) 41](#_Toc117240527)

[3.6 Renforcement des connaissances des acteurs sur le FBR (confère manuel National de procédures FBR du MS ) 41](#_Toc117240528)

[IV. Outils de mise en œuvre du financement basé sur les résultats 41](#_Toc117240529)

[4.1 Plan d’affaires 41](#_Toc117240530)

[4.2 Contrats 42](#_Toc117240531)

[4.3 Outils d’indices 42](#_Toc117240532)

[4.4 Autres outils de gestion du FBR 42](#_Toc117240533)

[4.5 Outils de gestion des activités de soins dans la formation sanitaire 42](#_Toc117240534)

[4.6 Portail FBR 42](#_Toc117240535)

[V. Verification des résultats 42](#_Toc117240536)

[5.1 Vérifications des résultats des prestations 42](#_Toc117240537)

[5.1.2Vérification de la qualité 45](#_Toc117240539)

[5.1.3La vérification communautaire couplée à l’enquête de satisfaction 47](#_Toc117240540)

[5.1.4Contre vérification (confère manuel national) 47](#_Toc117240541)

[5.2Calcul des subsides (confère manuel national de procédures FBR du MS ) 47](#_Toc117240542)

[5.2.1Prestataires de soins (centres de santé, hôpitaux) (confère manuel national) 47](#_Toc117240543)

[5.2.2Structures d’encadrement (DPS et IRS) et le CRVV 48](#_Toc117240544)

[5.2.3La CTN-FBR 48](#_Toc117240545)

[6. Modalités et circuit de Paiement des formations sanitaires 48](#_Toc117240546)

[6.1 Modalités de paiement 48](#_Toc117240547)

[6.1.1 Pendant les six premiers mois= Méthode carotte-carotte, vérification mensuelle 48](#_Toc117240548)

[6.1.2 A partir du 3eme trimestre=méthode carotte-bâton et vérification trimestrielle 49](#_Toc117240549)

[6.1.3Modalités de paiement des structures de régulation et du CRVV 49](#_Toc117240550)

[6.2Circuit et échéances de paiement des subsides 50](#_Toc117240551)

[6.2.1Subsides quantités des formations sanitaires 50](#_Toc117240552)

[6.2.2Bonus qualité des formations sanitaires 51](#_Toc117240554)

[6.2.3Circuit et échéances de paiement des bonus qualités pour les structures de la régulation 53](#_Toc117240556)

[6.2.4Circuit et échéance de paiement du BAQ 54](#_Toc117240558)

[7 Gestion des revenus FBR 55](#_Toc117240559)

[7.1Au niveau des structures de prestations de soins 55](#_Toc117240560)

[7.2Pour les DPS et IRS 57](#_Toc117240562)

[7.3 Pour le CRVV 58](#_Toc117240563)

[7.4 Pour la CTN-FBR 58](#_Toc117240564)

[VIII. Prise en compte de la politique de gratuité des soins existante dans le processus 59](#_Toc117240566)

[8.1Complémentarité FBR-Gratuité-Recouvrement des coûts 59](#_Toc117240567)

[8.2Coordination de l’intégration FBR-Gratuité 59](#_Toc117240568)

[9. Suivi-évaluation : idem manuel national 60](#_Toc117240569)

[10. Risques/fraudes possibles, mesures préventives, sanction et règlement des litiges et conflits : idem manuel national 60](#_Toc117240570)

[11. Financement du FBR de Mamou 60](#_Toc117240571)

[12. Pérennisation du FBR à Mamou 61](#_Toc117240573)

[12.1 Mise en place de la structure para étatique (confère note technique de mise en place de la structure para étatique) 61](#_Toc117240574)

[12.2 Les financements innovants pour le financement du FBR sont mis en œuvre 61](#_Toc117240575)

[12.2 Le plan de transfert des compétences pour la pérennité du FBR est fonctionnel 62](#_Toc117240576)

[Conclusion 62](#_Toc117240577)

[ANNEXES 63](#_Toc117240578)

[Manuel National FBR; 63](#_Toc117240579)

[Document de budgétisation de la tranche conditionnelle ; 63](#_Toc117240580)

[Références des tableaux Tableau 1 : Données populationnelles de la préfecture de Mamou en 2018 **Erreur ! Signet non défini.**](#_Toc161803)

[Tableau 2 : Cartographie de l’offre de soins dans la préfecture de Mamou 8](#_Toc161804)

[Tableau 3 : Distance entre les formations sanitaires et le chef lieu de la préfecture de Mamou 9](#_Toc161805)

[Tableau 4 : Catégorisation des formations sanitaires de la préfecture de Mamou 9](#_Toc161806)

[Tableau 5 : Cadre institutionnel du FBR de Mamou respectant la séparation des fonctions 16](#_Toc161807)

[Tableau 6 : Acteurs impliqués dans la signature des contrats 19](#_Toc161808)

[Tableau 7 : Indicateurs quantitatifs pour les centres de santé 20](#_Toc161809)

[Tableau 8 : : Indicateurs quantitatifs pour l’hôpital régional 24](#_Toc161810)

[Tableau 9 : Indicateurs quantitatifs pour les DPS 28](#_Toc161811)

[Tableau 10 : Indicateurs quantitatifs pour la IRS 28](#_Toc161812)

[Tableau 11 : Indicateurs quantités de la CTN-FBR 30](#_Toc161813)

[Tableau 12: Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs 30](#_Toc161814)

[Tableau 13 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau hôpital 32](#_Toc161815)

[Tableau 14 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau hôpital 33](#_Toc161816)

[Tableau 15 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau DPS 34](#_Toc161817)

[Tableau 16 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau IRS 36](#_Toc161818)

[Tableau 17 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau CTN-FBR 37](#_Toc161819)

[Tableau 18 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau ACV 39](#_Toc161820)

[Tableau 19 : Types de vérifications en fonction des structures 43](#_Toc161821)

[Tableau 20 : Cycle d’exécution, circuit de paiement des subsides quantité y compris bonus équité des centres de santé./Hôpital et des subsides quantités de la DPS et de la IRS 50](#_Toc161822)

[Tableau 21 : Circuit de paiement des bonus qualités des centres de santé./Hôpital 52](#_Toc161823)

[Tableau 22 : Circuit et délai de paiement des subsides qualité des structures 53](#_Toc161824)

[Le FBR ne peut être actionné que dans la mesure ou les fonds mis à disposition soient utilisés tels que prévus dans le tableau ci-dessous. Tableau 23 : Dépenses éligibles niveau CS/hôpital pour les subsides FBR 55](#_Toc161825)

[Tableau 24 : Tableau 25: Dépenses éligibles niveau DPS/IRSP 58](#_Toc161826)

[Tableau 25 : Tableau 26: Dépenses éligibles niveau CTN-FBR 58](#_Toc161827)

[Tableau 26 : Types de financement du FBR de Mamou 61](#_Toc161828)

Abréviations

|  |  |
| --- | --- |
| ACV | : Agence de Contractualisation et de Vérification |
| AMU | : Assurance Maladie Universelle |
| ASLO | : Association Locale |
| BAQ | : Bonus d’Amélioration de la Qualité |
| CRVV | Comité Régional de Vérification et de Validation |
| CCS | : Chef de Centre de Santé |
| COSAH | : Comité de Santé et d'Hygiène |
| CF | : Contrôleur Financier |
| CPNR | : Consultation Prénatale Recentrée |
| CPoN | : Consultation Post-natale |
| CS | : Centre de Santé |
| CSU | : Couverture Santé Universelle |
| CTN-FBR | : Cellule Technique Nationale/Financement Basé sur les Résultats |
| CTPS | : Comité Technique Préfectoral de la Santé |
| CTRS | : Comité Technique Régional de la Santé |
| DHIS2 | : District Health Information Software version 2 |
| DPS | : Direction Préfectorale de la Santé |
| IRS | : Direction Régionale la Santé |
| ECD | : Equipe Cadre de District |
| EDS | : Enquête Démographique et de Santé |
| FBR | : Financement Basé sur les Résultats |
| GAVI | : Global Alliance for Vaccination and Immunization |
| HR | : Hôpital Régional |
| IMT | : Institut de Médecine Tropicale (d’Anvers) |
| IOV | : Indicateur Objectivement Vérifiable |
| KFW | : Agence de Coopération Technique Allemande |
| MGF/E | : Mutilation Génitale Féminine/Excision |
| MICS | : Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples |
| MS | : Ministère de la Santé |
| OBC | : Organisation à Base Communautaire |
| PCA | : Paquet Complémentaire d'Activités |
| PF | : Planification Familiale |
| PMA | : Paquet Minimum d'Activités |
| PNDS | : Plan National de Développement Sanitaire |
| PTF | : Partenaire Technique et Financier |
| RGPH | : Recensement Général de la Population et de l'Habitation |
| SERACCO : Service Régional d'Appui aux Organisations Communautaires  SG : Secrétaire Général  SNIS : Système National d'Information Sanitaire  SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence  SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base  SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets  SSR : Santé Sexuelle et Reproductive  UAGCP : Unité d'Appui à la Gestion de la Coordination des Projets et Programmes  UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population  VBG : Violence Basée sur le Genre | |

# Introduction

Le Ministère de la Santé de la Guinée dispose d’un manuel national de Financement Basé sur les Résultats qui fixe les règles/Principes et orientations générales de fonctionnement et des procédures de FBR en Guinée en 2019. Une Cellule Technique Nationale du Financement basé sur les Résultats (CNFBR) est également mis en place pour sa mise en œuvre.

Le Manuel National et la CTN-FBR représentent, respectivement l’outil et le dispositif de l’application du FBR en Guinée en vue de l’harmonisation et de la standardisation de la stratégie. Pour être en phase avec les conventions qui existent déjà entre le gouvernement et ses partenaires techniques et financiers, des annexes sont endosses au Manuel national à cet effet.

C’est dans cette perspective qu’un « guide d’instructions opérationnelles » qui décrit les spécificités de la mise en œuvre du FBR dans la préfecture de Mamou a été élaboré et utilisé pour la période de décembre 2021 à Novembre 2022.

Après un an de mise en œuvre, une deuxième version (version révisée) s’avère nécessaire pour prendre en compte les leçons apprises/bonnes pratiques sur le terrain, les nouvelles orientations de Enabel et du Ministère de santé.

Ce présent guide d’instructions opérationnelles qui intègre ces besoins constitue la référence pour la mise en œuvre de la tranche conditionnelle du FBR allant du 1er décembre 2022 au 31 juillet 2023 (6 mois de mise en œuvre et 2 mois de clôture). Il est une annexe du Manuel national de mise en œuvre.

# I. Contexte

## 1.1.Données générales de la Préfecture

La Préfecture de Mamou est l’une des trois préfectures et chef-lieu de la région administrative de Mamou. Elle couvre une superficie de 8000 km² avec une population de 370 863 habitants (Source : RGPH\_2014) soit une densité démographique de 45 habitants/ km² pour l’année 2019. Elle comprend 13 Communes Rurales et une commune urbaine. Elle est limitée au Nord par les préfectures de Dalaba et Tougué, au Sud par la République de Sierra Léone, à l’Est par les Préfectures de Dabola et Dinguiraye et à l’Ouest par la Préfecture de Kindia.

*Tableau 1 : Données populationnelles de la préfecture de Mamou en 2018.*

|  |  |
| --- | --- |
| Données populationnelles | Nombre |
| Population totale | 370 863 |
| Population en milieu Urbain | 96 447 |
| Population en milieu rural | 274 416 |
| Densité | 45 |
| Enfants de 0 à 11 mois | 13 351 |
| Enfants de 6 à 59 mois | 66 755 |
| Enfants de 0 à 59 mois | 74 173 |
| Population de moins de 15 ans | 166 888 |
| Femmes en âges de procréer (15 à 49 ans) | 92 716 |
| Grossesses attendus | 16 689 |

## 1.2.Cartographie de l’offre de soins dans la préfecture de Mamou

L’offre de soins disponible dans la préfecture de Mamou est présentée dans le tableau ci-dessous :

*Tableau 2 : Cartographie de l’offre de soins dans la préfecture de Mamou*

|  |  |
| --- | --- |
| Infrastructures | Nombre |
| Centres de santé publiques | 18 dont 4 centres urbains |
| Postes de santé publiques | 58 |
| Hôpital de district publique | 01 |
| Centres de santé privés | 01 |
| Postes de santé privés/cabinets de soins | 04 |
| Hôpital privée confessioànnel | 01 |

## 1.3.Distances entre les formations sanitaires et le chef-lieu de la préfecture de Mamou

Le tableau ci-dessous présente les distances entre les formations sanitaires et le chef-lieu de région.

# Tableau 3 : Distance entre les formations sanitaires et le chef lieu de la préfecture de Mamou

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | Structures sanitaires | Distances aller | Distances Aller/Retour |
| 1 | Boulliwel | 45 | 90 |
| 2 | Dounet | 35 | 70 |
| 3 | Gongoret | 85 | 70 |
| 4 | Horè Mamou | 15 | 30 |
| 5 | Kègnèko | 55 | 110 |
| 6 | Konkouré | 25 | 50 |
| 7 | Loppet | 2 | 4 |
| 8 | Niagara | 85 | 170 |
| 9 | Ourékaba | 66 | 132 |
| 10 | Porédaka | 55 | 110 |
| 11 | Poudrière | 0 | 0 |
| 12 | Sabou | 2 | 4 |
| 13 | Saramoussaya | 85 | 170 |
| 14 | Sèrè | 8 | 16 |
| 15 | Soyah | 15 | 30 |
| 16 | Téguéréyah | 155 | 310 |
| 17 | Timbo | 55 | 110 |
| 18 | Tolo | 25 | 50 |
| 19 | Hôpital régional | 0 | 0 |
| 20 | DPS | 0 | 0 |
| 21 | IRS | 0 | 0 |
| Total | | 813 | 1626 |

## 1.4.Catégorisation des formations sanitaires

En vue de déterminer le bonus d’équité, les formations sanitaires ont été classées en cinq catégories[[1]](#footnote-1) comme l’indique le tableau ci-dessous.

# Tableau 4 : Catégorisation des formations sanitaires de la préfecture de Mamou

|  |  |
| --- | --- |
| Classement | Implication sur le prix de base pour la préfecture des indicateurs |
| Catégorie 1 |  |
| Catégorie 2 | 0% |
| Catégorie 3 | 10% |
| Catégorie 4 | 15% |
| Catégorie 5 | 20% |

# 1.5.Présentation du projet « She decides »

### 1.5.1. Objectif et Résultats attendus de l’intervention

L’objectif de l’intervention concernée vise le renforcement de l’accessibilité́ aux droits reproductifs et sexuels pour les femmes & enfants, les adolescents et les jeunes au travers de l’atteinte de 3 résultats:

* Les détenteurs de droits sont appuyés tant au niveau individuel que collectif (groupements, associations, clubs, fondations, plateformes, réseau)
* Les droits sexuels et reproductifs sont assurés par une offre de services complète et de qualité tant sur la santé sexuelle et reproductive que sur les violences basées sur le genre
* Un écosystème favorable à la réalisation des droits de la santé sexuelle et reproductive est développé par une coordination performante (privé-publicassociatif), des dynamiques sociales et l’intelligence collective.

Le financement basé sur les résultats s’inscrit dans le résultat 2. Ce volet est développé en synergie avec les autres actions d’Enabel et celles du Ministère de la Santé de la Guinée afin d’assurer une coordination efficiente de l’intervention (motivation du personnel de santé, équipement des centres de santé, formation technique, formations sur le FBR, prise en charge psychosociale et des violences basées sur le genre).

### 1.5.2.Objectifs et résultats attendus du FBR à Mamou

 Objectif général : Contribuer à améliorer la performance du système de santé à travers une offre de services complète et de qualité tant sur la santé sexuelle et reproductive que sur les violences basées sur le genre ».

 Objectifs spécifiques/résultats attendus du FBR à Mamou

* L’utilisation des services de santé de la reproduction par les femmes, les enfants, les

adolescents et les jeunes a significativement augmenté

* la qualité des soins et services de santé sexuelle et reproductive et les VBG est améliorée;
* l’équité dans l’accès aux soins de santé sexuelle et reproductive et les VBG est assurée ;
* la motivation du personnel est renforcée ;
* la participation communautaire à la gestion des services de santé est améliorée
* le système d’information sanitaire est renforcé;
* le partenariat public – privé est consolidé ;
* la gouvernance du système de santé à tous les niveaux du système est renforcéé.

Les actions suivantes seront mises en œuvre :

* un mécanisme d’achat des prestations sous forme de résultats en faveur de la santé sexuelle et reproductive et des VBG est mise en œuvre;
* les ressources pour la SSR et la prise en charge des VBG (Ressources Humaines, infrastructures, équipement, médicaments et produits de santé) sont disponibles;
* l’utilisation efficiente des ressources financières au niveau des structures pour l’amélioration de la qualité et la motivation du personnel est assurée;
* les mécanismes de redevabilité , de suivi et d’évaluation sont mis en en place ou renforcées;
* les mécanismes de pérennisation du Financement Basé sur les Résultats (FBR) sont mises en œuvre.

# Approche du financement base sur les résultats : Définition des concepts, principes, du FBR (Confère Manuel National)

1. Mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR).
   1. Acteurs et rôles (Confère Manuel National)

### 3.1.1 Organisations à base communautaire (OBC) des femmes et des jeunes/adolescents

Elles seront fortement impliquées dans l’élaboration des plans d’affaire et dans la composition du comité de coordination et de validation du FBR au niveau régional afin de garantir que leurs besoins sont pris en compte dans la mise en œuvre des plans d’action. Elles pourront aussi par ces canaux veiller au respect de leurs droits en matière de SSR.

### 3.1.2 Rôle du Comité Santé et Hygiène (COSAH) dans la mise en œuvre

En plus des activités traditionnelles dévolues au COSAH, dans le cadre de la mise en œuvre du FBR le COSAH aura pour rôle :

* Signer sur les contrats de performance avec le CRVV
* Cosigner avec le chef du centre et le coordonnateur du CRVV les bisness plans
* Signer les factures à l’issue des vérifications quantités et qualités
* Participer aux séances de vérification qualités
* Exécuter les tâches dévolues au COSAH contenu dans la grille qualité du centre de santé et dans la grille d’évaluation du COSAH
* Participer aux séances de validations au niveau régional à travers des représentants
* Organiser des séances de restitution des vérifications aux communautés (Assemblée Générale).

### 3.1.3Les mutuelles de santé

En plus de leur rôle regalien, les mutuelles de santé qui représentent la demande seront fortement impliquées dans la vérification communautaire couplée à l’enquête de satisfaction. Elles seront aussi présentes aux seances de validation des résultats et des factures. Les mutuelles seront aussi sollicitées pour participer à l’élaboration des Bisness plans des formations sanitaires.

### 3.1.4Identification des coachs FBR

Au niveau de l’Hôpital, de la DPS et de l’IRSdes points focaux ont été identifiés sur la base de leurs compétences, de leur engagement et de leur disponibilité à assurer un coaching de proximité des formations sanitaires. Ces coachs seront formés en technique de coaching sur le plan d’affaires, l’outil d’indices et l’amélioration de la performance en général.

### 3.1.5Implication des directions centrales

Au niveau central, le suivi technique est assuré par la CTN-FBR en collaboration avec les autres directions centrales du Ministère de la Santé impliqués dans la mise en œuvre et Enabel. Dans chaque direction centrale/programme/projet de santé impliquée dans la mise en œuvre du FBR, il est nommé un point focal FBR chargé d’accompagner la mise en œuvre du FBR. Les points focaux constituent une équipe appelée « Task force » chargée d’accompagner chacun dans sa spécialité la CTN-FBR en cas de besoin. Les membres de l’équipe sont chargés d’informer la CTN-FBR en cas de modification ou de changement d’un indicateur quantitatif ou qualitatif au niveau de sa direction. Une fois sélectionnée, ils doivent se libérer chaque fois que de besoin pour les activités du FBR. Ces répondants doivent être disponibles, engagés et formés sur le FBR. Aussi un représentant de l’UAGCP, du BSD, de la KFW et de la Banque Mondiale font partie intégrante de la « task force » afin de garantir un partage d’informations et de prise de décision concertée.

### 3.1.6Rôle de l’UAGCP

* Mettre en place un système de comptabilité générale, analytique et de monitorage informatisé à travers un fichier excel et te tenir à jour;
* Valider les factures transmises par les formations sanitaires à travers le contrôleur financier
* Saisir à temps les montants payés et les dépenses effectuées dans le portail FBR
* Payer à temps les subsides/bonus aux bénéficiaires (factures soumises par la CTNFBR) par virement bancaire ;
* Saisir à temps les états de paiement dans le logiciel de gestion comptable ;
* Assurer la reception et la vérification des rapports financiere périodiques des bénéficiaires finaux
* Réaliser le rapportage consolidé des factures à l’attention de Enabel
* Assurer le fonctionnement de la CTN-FBR ;
* le contrôle et la certification de toutes les factures transmises par le CRVV avant leur acheminement à L’UAGCP
* le contrôle rapproché des dépenses qui seront réalisées par les formations sanitaires en vérifiant le respect du manuel de procédures de gestion financière et comptable,
* le coaching des structures sur la gestion financière et comptable.
* Assurer le suivi de l’éxécution budgétaire en collaboration avec la CTN-FBR ;
* Tenir à jour la comptabilité générale et analytique en collaboration avec la CTNFBR ;
* Suivre la situation des décaissements ;
* Produire trimestiellement un rapport de suivi budgétaire ;
* Effectuer des missions de contrôle en collaboration les autres organes de contrôles pour s’assurer de la bonne utilisation des ressources financières ;
* Transmettre par voie électronique les états de paiement à la CTN-FBR.
* Elaborer et transmettre les demandes d’appel de fonds au moins un mois à l’avance au SG;
* Transmettre les appels de fonds signés à Enabel ;
* Réaliser des contrôles internes des formations sanitaires suivant les règles d’utilisation établies.

### 3.1.7Le Ministre/cabinet du Ministre de la santé

Le Ministre et les membres du cabinet du Ministre doivent être informés régulièrement de la mise en œuvre du FBR à travers les réunions de cabinet. Cela contribue à l’appropriation et à l’engagement des plus hautes autorités du Ministère en faveur du FBR. Les missions dévolues au Ministre de la Santé/Cabinet du Ministre dans le cadre de la mise en œuvre du FBR sont :

* Plaidoyer auprès du parlement pour des réformes dans le financemnt de la santé
* Plaidoyer auprès des PTFs pour l’harmonisation de la mise en œuvre du FBR selon le manuel national ;
* Signer à temps les appels de fonds ;
* Veiller à la prise en compte de la mise en œuvre du FBR au cours des conseils de cabinet une fois dans le trimestre en présence du Ministre de la Santé Publique ; ▪ Veiller à la tenue des réunions semestrielles du Comité de Pilotage ;
* Contribuer à la mobilisation des ressources en faveur du FBR.

### 3.1.8Le Secrétariat Général

C’est le niveau stratégique d’appropriation et de leadership en faveur du FBR. Le secrétariat général doit être pleinement impliqué dans tout le processus afin de jouer pleinement son rôle dans le succès de la mise en œuvre de la stratégie. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les missions dévolues au secrétariat général dans le cadre de la mise en œuvre du FBR sont :

* Déterminer le cadre juridique, règlementaire et institutionnel du FBR ainsi que les modalités de financement en vue de la pérennisation du FBR ;
* Veiller à la réalisation de réformes/stratégies nécessaires à la mise en œuvre du FBR ;
* Veiller à la prise en compte du FBR dans la planification et les documents stratégiques du Ministère de la santé ;
* Intégrer les Ministères porteurs de déterminants de la santé dans la concertation autour du FBR ;
* Assurer la coordination et la cohérence des grandes réformes de financement de la santé en cours telles que le FBR, la CSU/AMU, la gratuité des soins, le GFF et le budget programme
* Promouvoir l’appropriation et le « ownership » du FBR par le Ministère de la Santé à tous les niveaux du système de santé ;
* Rendre compte au Ministre de la mise en œuvre du FBR

### 3.1.9Instituions porteuses des déterminants de la santé

Ce sont les Ministère en charge des finances, de la décentralisation, de la protection sociale etc. et le parlement.

Le Ministère en charge des finances et le parlement sont deux alliés stratégiques du financement de la reforme FBR. Ces 2 structures doivent être associées aux discussions afin de s’imprégner de la réforme, de contribuer à la mobilisation des ressources financières et à la facilitation de la mise en œuvre des réformes nécessaires (lois, décrets/arrêtés d’applications). Le Ministère en charge de la décentralisation, pour son rôle dans le transfert des ressources et des compétences.

Le Ministère en charge de la protection sociale pour la capitalisation de l’expérience FBR dans le développement de l’assurance maladie. Il veille à la synergie des interventions en vue de la mise en place de l’assurance maladie.

### 3.1.10Assistance technique de Enabel au Ministère de la Santé dans la mise en œuvre

* Assister le Coordonnateur de la CTN-FBR dans la coordination générale de la mise en œuvre des interventions du FBR à Mamou
* Assister le MS (CTN-FBR –IRS) à tous les niveaux de conception, de préparation, de mise en œuvre et de monitorage du FBR, dans la planification, la contractualisation, la supervision de la composante FBR.
* Apporter une assistance technique au CRVV dans le cadre de la mise en œuvre du FBR de Mamou
* Apporter un appui à la budgétisation du FBR de Mamou
* Participer aux missions d’appui technique, de supervision et d’évaluation des performances des régulateurs et du CRVV
* Former le personnel de la CTN-FBR, du CRVV, de l’IRS sur le guide d’instructions opérationnelles y compris les outils de mise en œuvre
* Assurer conjointement avec le MS/IRS/CRVV la bonne et gestion transparente des fonds transférés
* Appuyer la CTN-FBR, l’IRS et le CRVV à la préparation des rapports d’avancement trimestriels
* Appuyer la CTN-FBR, l’IRS et le CRVV pour le suivi-évaluation du projet FBR (suivi régulier des indicateurs de la matrice de résultats)
* Développer avec la CTN-FBR et la IRS, le CRVV, des mesures de renforcement des capacités/assistance technique nécessaires au cours de la phase de mise en œuvre (par exemple, au MS, à la IRS, aux ECD et surtout aux formations sanitaires/COSAH pour la bonne gestion, la facturation et la vérification des recettes des formations sanitaires
* Participer à la sélection des membres de la sous unité de vérification du CRVV et suivre son engagement contractuel ainsi que pendant la réalisation de ses prestations.
* Participer à la réflexion et à la coordination au niveau central

### 3.11 Comité Régional de Vérification et de Validation (CRVV)

Ce comité est mis en place et présidé par le gouverneur de la région. Il comprend 2 sous unité (i) la sous unité vérification et la sous unité validation. Ce CRVV remplace l’ACV et assure les fonctions de contractualisation, de vérification et de validation. Les détails sont contenus dans la note technique de mise en place du CRVV.

## 3.2. Cadre institutionnel du Financement basé sur les résultats à Mamou

### 3.2.1Respect du principe de séparation des fonctions

Le cadre institutionnel respecte le principe de séparation des fonctions.

# Tableau 5 : Cadre institutionnel du FBR de Mamou respectant la séparation des fonctions

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fonctions |  | | Responsabilités | Structures concernées |
| Régulateur |  | | Assure respect des normes et standards – politique nationale  Coaching des prestataires  « Comment arriver à des meilleures résultats »  Fixe les IOV et leurs prix | -DPS/ IRS    -CTN-FBR |
| Prestataires  de soins et  services :Prestations marketing social | de et | | Négocie et signe le contrat  Propose un plan-résultats  Exécute le programme  Produit le service  Produit les résultats  Fait le rapportage | Centres de santé publiques et privé, Hôpital Régional,  Hôpital confessionnel |
| Contractualisation (Acheteur)/Vérifications :  Vérification-achat-coaching | | | Négocie et signe le contrat  Négocie le plan-résultats  Vérifie la véracité et la fiabilité des chiffres rapportés avec les registres (vérification quantité)  Participe à la vérification qualité en collaboration avec la DPS et l’IRS Valide et achète si le produit est bon  le coaching-la formation et la  Recherche-action | La sous unité vérification du CRVV à utilité publique basée au niveau régional. |
| Voix de la population | | | Vérification communautaire couplée à l’enquête de satisfaction des usagers | Association locale/Mutuelles de santé |
| Payeur – des résultats payés | | | Paie directement dans les comptes des structures, après validation des résultats et des factures transmis par la CTN-FBR | UAGCP, à ce titre, il assure le paiement des : Factures des subsides et bonus soumises ; |
|  | |  | Assure que le budget est disponible | Bonus d’amélioration  de la qualité  Autres activités de soutien du FBR  (formations, évaluation de l’IRS, CRVV, etc.). |
| Contre-vérification de performance | | la | Vérifie la qualité des vérifications réalisées (vérification quantité, qualité, communautaire, utilisation des ressources financières, respect du manuel de mise en œuvre du Ministère de la Santé et du guide d’instruction opérationnelles) | CTN\_FBR + personne  ressources |
| Audit annuel externe | |  | Respect de la convention de subsides signée entre Enabel et le MS | Auditeur externe |
| Comité de validation et de coordination | | | Validation des résultats transmis par la sous unité de vérification, instance de redevabilité | Assuré par la sous unité validation du CRVV |
| Comité de pilotage  Vue d’ensemble, | | | Définition de politiques et stratégies du programme  Contrôle ex post  Arbitrage en cas de différences d’opinion entre prestataires/ acheteur | Intégré au comité de pilotage des autres initiatives FBR/Fonds d’achat |

NB : l’OBC/ONG locale recruté pour la vérification commuautaire est payée directement par Enabel.

Figure 1: Relations contractuelles entre parties prenantes dans le FBR

NB: le CRVV remplace l’ACV dans le schéma ci-dessous.

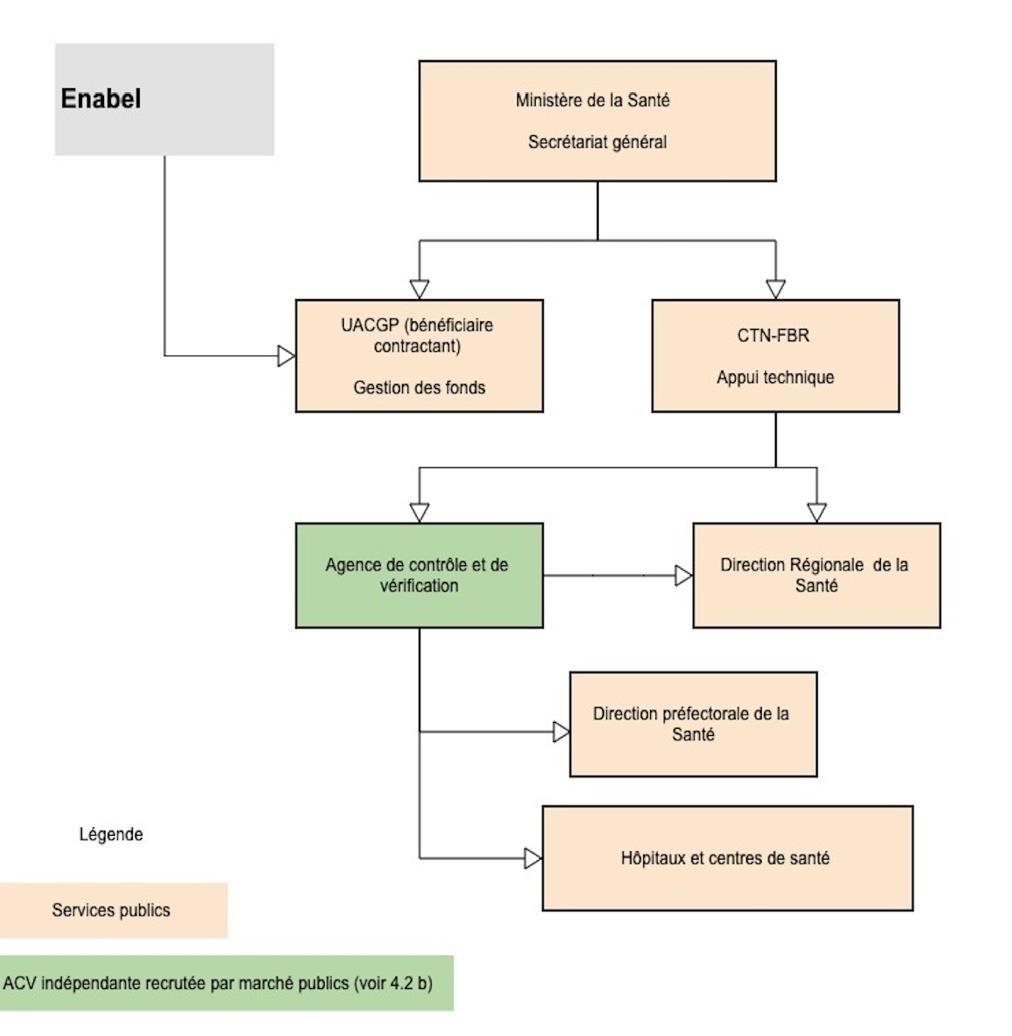
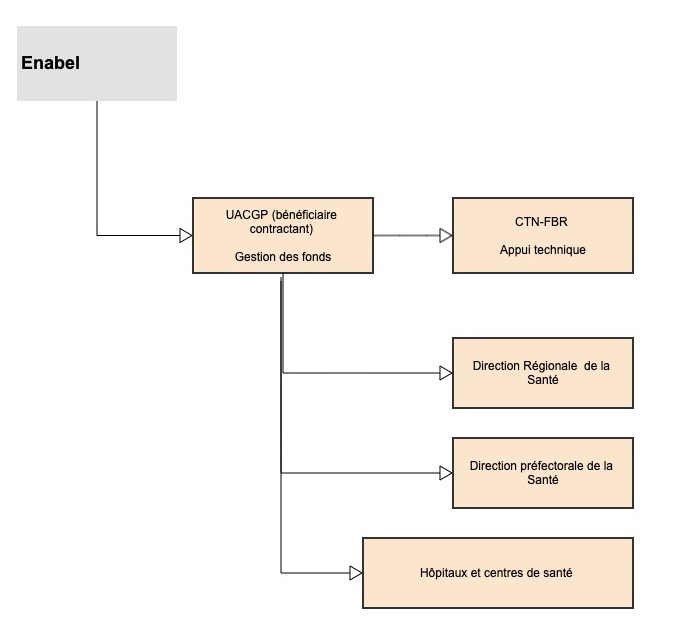


Figure 2 : paiement des subsides par UAGCP



### 3.2.2Critères d’inclusion et d’exclusion

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)
* Réaliser des accouchements assistés par un personnel qualifié et la planification familiale pour les CS, les césariennes pour l’hôpital
* Disposer d’un plateau technique adéquat type SONUB pour les CS et SONUC pour l’hôpital
* Avoir un minimum de personnel qualifié « 2 au niveau des centres de santé, équipe SONUC complète au niveau de l’hôpital »
* Avoir un compte bancaire fonctionnel
* Etre identifié dans le DHIS2

Dans le contexte de Mamou, seul l’hôpita confessionnel bénéficiera d’un contrat secondaire avec l’hôpital régional.

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

# Tableau 6 : Acteurs impliqués dans la signature des contrats

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Types de  Contrat | Contractant/  Prestataires | Cocontractant/  Acheteur | Signataires | Observations |
| Niveau périphérique | | |  | |
| Contrat principal du niveau CS | CS | CRVV | CCS - Président de COSAH- Coordonnateur CRVV ;Visa  ECD | Le contrat est monté par le CRVV  Ampliataire : Mairie -Préfet |
| Sous contrats de niveau  OBC | OBC/ASLO/  Mutuelles | CRVV | Coordonnateur CRVV -  Président OBC/Mutuelles | Le contrat est monté par le CRVV  Ampliataire : CTN-FBR |
| Contrat DPS | DPS | CRVV | DPS -Coordonnateur CRVV  Visa IRS | Le contrat est monté par le CRVV |
| Niveau intermédiaire | | |  | |
| Contrat principal de l’HR | HR | CRVV | DG HR, président Conseil  consultatif-Coordonnateur  CRVV Visa IRS | Le contrat est monté par CRVV  Ampliataire : Union préfectorale des maires, Gouverneur |
| Contrat secondaire de niveau hôpital | Hôpital confessionnel | HR | DG HR– président Conseil consultatif HR-Chef  Hôpital confessionnel | Le contrat est monté par le CRVV |
| IRS | IRS | CTN-FBR | IRS- Coordonnateur CTN-FBR | Ampliataire :Gouverneur |
| CRVV | CRVV | CTN-FBR | Coordonnateur CRVV -  Coordonnateur CTN-FBR | Ampliataire :Gouverneur |
| Niveau Central | | |  | |
| Contrat principal  CTN-FBR | CTN-FBR | Secrétaire général | Coordonnateur CTN-FBR-  Secrétaire général | Le contrat est monté par le CRVV  Ampliation : Ministre de la  Santé |

Ce dispositif renforce l’implication/participation de la communauté, des collectivités (mairies) et des autorités (préfet, Gouverneur) dans la mise en œuvre du FBR.

## 3.1Indicateurs quantitatifs et leurs prix

Les indicateurs quantités

Les indicateurs quantitatifs retenus par niveau sont les suivants :

### 3.1.1Niveau Centres de Santé

Sont retenues les activités en lien avec l’atteinte des objectifs/cibles du projet et qui sont renseignés dans le DHIS2.

Pour les formations sanitaires du premier échelon (PS, CS et CMC), 15 indicateurs (15) indicateurs quantitatifs suivants ont été retenus :

# Tableau 7 : Indicateurs quantitatifs pour les centres de santé

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Formulation du SNIS | Définitions opérationnelles | Source de  vérification | Prix |
| 1 | Nombre de premiers contacts de moins de  5 ans | Il s’agit de tous les nouveaux cas (toutes causes confondues) de moins de 5 ans vus en consultation au niveau du centre de santé par un personnel qualifié | Registre de  consultation | 2715 |
| 2 | Nombre de patients de moins de 5 ans mis en observation | Nombre de patients de moins de 5 ans mis en observation pour le suivi d’un traitement au cours du mois ; Cette durée ne doit pas exceder 24 heures | Registre de mise en  observation[[2]](#footnote-2) | 1 493 |
| 3 | Nombre d’accouchements assistés par un  personnel qualifié | Il s’agit du nombre total d’accouchements assistés dans la formation sanitaire par un personnel qualifié (professionnel de santé formé à la gestion de l’accouchement) au cours de la période. | Partogrammes | 54 296 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Formulation du SNIS | Définitions opérationnelles | Source vérification | de | Prix |
| 4 | Nombre de fiches/femmes avec 4CPN dont une au  9eme Mois | Il s’agit du nombre de femmes enceintes ayant effectuées la 4ème CPN au cours de la période NB:   * La dernière CPN doit avoir été réalisée au cours du dernier mois de grossesse * L’espace entre 2 CPN doit être d’au moins un mois sauf en cas de complication de la grossesse | Fiche CPN |  | 27 148 |
| 5 | Nouveaux utilisateurs des moyens de  contraception moderne de courte durée d’action (exclus les adolescents de 10 à 19 ans) | Il s’agit du nombre total de femmes en âge de procréer (exclus les adolescents de 10 à 19 ans), nouvelles utilisatrices de la PF ayant, opté pour une méthode contraceptive orale ou injectable de courte durée d’action et vues au centre de santé au cours de la période.  NB : Les femmes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive ne sont pas comptées | Fiche PF |  | 26243 |
| 6 | Nouveaux  utilisateurs/adolescen ts (10 à 19 ans) des moyens de  contraception moderne de courte durée d’action | Il s’agit du nombre total des adolescentes de 10 à 19 ans, nouvelles utilisatrices de la PF ayant, opté pour une méthode contraceptive orale ou injectable de courte durée d’action et vues au centre de santé au cours de la période.  NB : Les adolescentes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive ne sont pas comptées | Fiche PF |  | **26243** |
| 7 | Nouveaux utilisateurs des moyens de  contraception moderne de longue durée d’action (exclus les adolescents de 10 à 19 ans) | Il s’agit du nombre total de femmes en âge de procréer (exclus les adolescents de 10 à 19 ans), nouvelles utilisatrices de la PF ayant, opté pour une méthode contraceptive de longue durée d’action (DIU ou implant) et vues au centre de santé au cours de la période.  NB: Les femmes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive ne sont pas comptées | Fiche PF |  | 38007 |
| 8 | Nouveaux  utilisateurs/adolescen ts (10-19 ans) des moyens de | Il s’agit du nombre total des adolescentes de 10 à 19 ans, nouvelles utilisatrices de la PF ayant, opté pour une méthode contraceptive de longue | Fiche PF |  | **38007** |
| N° | Formulation du SNIS | Définitions opérationnelles | Source de  vérification | | Prix |
|  | contraception moderne de longue durée d’action | durée d’action (DIU ou implant) et vues au centre de santé au cours de la période.  NB: Les adolescentes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive ne sont pas comptées |  | |  |
| 9 | Nombre de femmes  référées/évacuées pour complications obstétricales vers le niveau supérieur | Il s’agit du nombre total de femmes référées au niveau supérieur pour des complications obstétricales suivantes : Pré Eclampsie/éclampsie, Infection puerpérale, hémorragie, rupture utérine, dystocie mécanique, dystocie dynamique, complication d’avortement. Inclus les accouchements dystociques.  NB : Il faut que la femme ait été reçu à l’hôpital et que la référence soit justifiée | Fiche de  référence/contr e référence | | 40 722 |
| 10 | Nombre d'accouchées reçues dans les 42 Jours après accouchement | Il s’agit du nombre total des femmes ayant accouché vues en consultations postnatales (mère/enfant dans les 42 jours suivant la naissance) au centre de santé au cours de la période NB :   * La consultation de la sixième heure n’est pas concernée ici. * La mère et son enfant ne comptent que pour une seule CPoN | Registre de  CPoN[[3]](#footnote-3) | | 21 718 |
| 11 | Nombre de femmes porteuses de fistules obstétricales dépistées et référées | Il s’agit du nombre total des femmes porteuses de fistules obstétricales dépistées et référées  NB : Il faut que la femme ait été reçu à  l’hôpital et que la référence soit justifiée | Fiche de  référence/contr e réference | | 27 148 |
| 12 | Nombre de cas de violence basée sur le genre pris en charge au cours de la période (Violence sexuelle, Violence  corporelle) | Il s’agit du nombre total de cas violence basée sur le genre prises en charge au cours de la période | Registre/Fiches  VBG | | 73299 |
| 13 | Nombre de complications de | Il s’agit du nombre total de complications de violence basée sur le | Registre/Fiches  VBG | | 81444 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Formulation du SNIS | Définitions opérationnelles | Source de  vérification | Prix |
|  | violence basée sur le genre référés au cours de la période  (Violence sexuelle,  Violence corporelle) | genre référés au cours de la période  NB : Il faut que la femme ait été reçu à  l’hôpital et que la référence soit justifiée |  |  |
| 14 | Nombre d'enfants de < 1 an complètement vaccinés cours de la période | Il s’agit du nombre total des enfants de 0-11 mois complètement vaccinés au cours de la période (selon le calendrier vaccinal en vigueur). | * Registres/cahi   ers de vaccination   * Fiche infantile | 6787 |
| 15 | Nombre de cas référés vers le niveau supérieur (exclus le  10,12, 14) | Il s’agit de tous les nouveaux cas (toutes causes confondues) de moins de 5 ans et et de 5 ans et plus vus en consultation au niveau du centre de santé par un personnel qualifié et référés au niveau supérieur  NB : Il faut que la le patient ait été reçu à l’hôpital et que la référence soit justifiée | Fiche de  référence/contr e réference | 12217 |

NB : les pris pour les VBG seront actualisés en tenant compte du coût moyen des prestations réelles sur le terrain.

Paquet de services de santé communautaire

Les relais communautaires ont pour tâches d’offrir à leur communauté un paquet complet d’interventions de santé communautaire selon les directives nationales[[4]](#footnote-4). Dans le cadre du FBR de Mamou, les relais communautaires font partie intégrante des centres de santé.

L'autonomie des formations sanitaires leur permet d'identifier eux mêmes les indicateurs en souffrance qui ont besoin de la contribution des agents de santé communautaire. Avec donc leurs subsides ils peuvent motiver les agents de santé communautaires pour les aider à atteindre les objectifs à travers (i) les références du niveau communautaire

vers les centres de santé, (ii) la recherche des perdus de vue et (iii) toute autre activité jugée utile par le COSAH.

### 3.1.2Niveau Centres Hospitaliers

Sont retenues les activités en lien avec l’atteinte des objectifs/cibles du projet et qui sont renseignés dans le DHIS2.

Pour l’hôpital régional, les quatorze (14) qua) indicateurs quantitatifs suivants ont été retenus:

# Tableau 8 : : Indicateurs quantitatifs pour l’hôpital régional

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Formulation du SNIS | Définitions opérationnelles | Source de  vérification | Prix |
| 1 | Nombre de césariennes réalisées au cours de la période de la préfecture de Mamou | Il s’agit du nombre total de femmes provenant de la préfecture de Mamou ayant accouché par césariennes dans la formation sanitaire au cours de la période concernée  NB : les accouchements par césarienne ne doivent pas être également comptés comme accouchement dystociques | Registre du  bloc opératoire | 162887 |
| 2 | Nombre de GEU prises en charge au cours de la période de la préfecture de Mamou | Il s’agit des GEU provenant de la préfecture de Mamou opérés au sein de la formation sanitaire | Registre du  bloc opératoire | 108591 |
| 3 | Nombre d’accouchements eutociques assistés par un personnel qualifié (accouchements dystociques et césariennes exclus) de la préfecture de Mamou | Il s’agit du nombre total d’accouchements eutociques provenant de la préfecture de Mamou effectués au niveau de l’hôpital NB :   * Il s’agit de compter les accouchements sur les partogrammes * Les accouchements assistés dans l’ambulance sont comptés. * Les accouchements à domicile, faits en route ne sont pas comptés * Les accouchements gemmellaires comptent pour 2 accouchements | - Partogramm e | 38 007 |
| 4 | Nombre d’accouchements dystociques réalisés (dystocie mécanique, dystocie dynamique) de la préfecture de Mamou | Il s’agit du tous les accouchements dystociques provenant de la préfecture de Mamou (accouchement par intervention ou manœuvre technique : ventouse) réalisés dans la formation sanitaire au cours de la période  NB : les accouchements par césarienne ne doivent pas être également comptés comme accouchement dystociques | Registre d’accoucheme nt/parthogra mme | 81444 |
| 5 | Nombre de femmes prises en charge dans la formation sanitaire suite à une complication obstétricale de la préfecture de Mamou | Il s’agit du nombre total des femmes provenant de la préfecture de Mamou prises en charge dans la formation | - Dosssier d’hospitalisatio | 54296 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | sanitaire suite à une complication obstétricale au cours de la  période (Pré  Eclampsie/éclampsie,Infection puerpérale, hémorragie, rupture utérine, complication d’avortement/avortements etc.)  NB : les accouchements dystociques et les  césariennes ne sont pas comptées ici | n  - régistre d’hospitalisatio n |  |
| 6 | Nombre de femmes enceintes et en post partum provenant de la préfecture de Mamou hospitalisées pour autres complications de la  grossesse | Nombre de femmes enceintes et en post partum provenant de la préfecture de Mamou hospitalisées pour les complications de la grossesse suivantes : infection au cours de la grossesse, autres maladies de la grossesse, Menace d’accouchement prématuré, mort in utéro, grosesse prolongé, RPM, Traumatismes obstétricaux, infections mammaires associées à la grossesse endométrites, pelvi péritonites etc.) (complications du numéro 4, le 1 et le 3 ci-dessous citées exclus) | Dossier d’hospitalisatio n régistre d’hospitalisation | 16153 |
| 7 | Nombre de contre-  références réalisées provenant de la préfecture de Mamou et transmises à la DPS au cours de la période | Il s’agit du nombre total de contre– référence provenant de la préfecture de Mamou transmises au cours de la période par la formation sanitaire à la DPS pour transmission aux centres de santé  NB : les contre – référence doivent être du mois objet de la vérification ou du mois précédent | * Fiches de contreréférence * Cahier de transmission * Bordereaux d’envoiv avec accusé de   reception | 11402 |
| 8 | Nombre de femmes présentant des lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l’utérus provenant de la préfecture de Mamou dépistées et prise en charge au cours de la période (Dysplasie du col de  l’utérus) | Il s’agit du nombre total de femmes provenant de la préfecture de Mamou dépistée au niveau de la formation sanitaire pour des lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l’utérus et prises en charge au cours de la période dans la formation sanitaire | Registre de consultation  de la  maternité | 29863 |
| 9 | Nombre de femmes porteuses de fistules obstétricales provenant de la préfecture de Mamou prises en charge au cours de la période | Il s’agit du nombre total de femmes provenant de la préfecture de Mamou porteuses de fistules obstétricales prises en charge au cours de la période dans la formation sanitaire | maternité | 32578 |
| 10 | Nombre de cas de VGB prises en charge au cours de la période selon le protocole (Violence sexuelle, Autres violence basée sur le genre) | Il s’agit du nombre total de cas de VBG prises en charge au cours de la période dans la formation sanitaire | * Registre de consultation * Fiche VBG | 162888 |
| 11 | Nouveaux utilisateurs des moyens de contraception moderne de courte durée d’action (exclus les adolescents de 10 à 19 ans) de la préfecture de Mamou | Il s’agit du nombre total de femmes en âge de procréer (exclus les adolescents de 10 à 19 ans), nouvelles utilisatrices de la PF ayant, opté pour une méthode contraceptive orale ou injectable de courte durée d’action et vues au centre de santé au cours de la période.  NB : Les femmes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive ne sont pas comptées | * Fiches PF | 26243 |
| 12 | Nouveaux utilisateurs/adolescents (10 à 19 ans) des moyens de contraception moderne de courte durée d’action de la préfecture de Mamou | Il s’agit du nombre total des adolescentes de 10 à 19 ans, nouvelles utilisatrices de la PF ayant, opté pour une méthode contraceptive orale ou injectable de courte durée d’action et vues au centre de santé au cours de la période.  NB : Les adolescentes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive ne sont pas comptées | Fiches PF | 26243 |
| 13 | Nouveaux utilisateurs des moyens de contraception moderne de longue durée d’action (exclus les adolescents de 10 à 19 ans) de la préfecture de Mamou | Il s’agit du nombre total de femmes en âge de procréer (exclus les adolescents de 10 à 19 ans), nouvelles utilisatrices de la PF ayant, opté pour une méthode contraceptive de longue durée d’action (DIU ou implant) et vues au centre de santé au cours de la période.  NB: Les femmes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive ne sont pas comptées | Fiches PF | 38007 |
| 14 | Nouveaux utilisateurs/adolescents (10-19 ans) des moyens de contraception moderne de longue durée d’action de la préfecture de Mamou | Il s’agit du nombre total des adolescentes de 10 à 19 ans, nouvelles utilisatrices de la PF ayant, opté pour une méthode contraceptive de longue | Fiches PF | **38007** |

L’hôpital confessionnel a un statut hybride. En effet, cet hôpital réalise des prestations du 1er échelon et d’hôpital de district. Pour ce faire seront achetées, la combinaison des indicateurs objet d’achat des centres de santé et de l’hôpital.

### 3.1.3Niveau DPS

Sont retenues les activités en lien avec la mise en œuvre du FBR.

Pour la DPS, les quatre (04) indicateurs quantitatifs suivants ont été retenus :

# Tableau 9 : Indicateurs quantitatifs pour les DPS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prestations/Indicateurs (outputs)** | **Définitions opérationnelles** | **Sources de vérification** | **prix unitaire** |
| 1 | Nombre de contre références issues de l’hôpital et transmises aux formations sanitaires | Il s’agit du nombre de fiche de contre-référence transmise au cours du trimestre par la DPS aux CS qui ont référés des malades | Cahier de transmission des contre – références de la DPS | 1067 |
| 2 | Nombre de supervisions intégrées couplées au coachings réalisés | Il s'agit du nombre de FS ayant reçu une supervision intégrée couplée au coaching effectuée par une équipe multidisciplinaire issue de la DPS et du CRVV au cours du trimestre objet de la vérification | Rapport de supervision couplée au coaching par formation sanitaire et Grilles de supervision par formation sanitaire + ordre de mission | 1157100 |
| 3 | Nombre de sorties de vérifications qualités | Il s’agit des sorties trimestrielles de la vérification qualité des formations sanitaires | Rapport d’activités + ordre de mission | 1157100 |
| 4 | Participation à la vérification quantité des formations sanitaires | Il s’agit de la participation mensuelle aux vérifications quantités | Rapport d’activités | 100000 |

NB: Les autres activités sont financées par les subsides FBR (rencontres bilans trimestriels au niveau district, formations complémentaires etc…..)

### 3.1.4Niveau IRS

Les sept (07) indicateurs quantitatifs suivants ont été retenus:

# Tableau 10 : Indicateurs quantitatifs pour l’IRS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prestations/Indicateurs (outputs)** | **Définitions opérationnelles** | **Source de vérification** | **Prix unitaire** |
| 1 | Nombre de sortie conjointe avec les membres du CRVV pour le suivi de la mise en œuvre sur le terrain | Il s’agit de réaliser une sortie conjoint par trimester avec les membres du CRVV | Rapport  Ordre de mission | 2.314.200 |
| 2 | Nombre de coachings des hôpitaux et de la DPS | Il s’agit de réaliser un coaching au niveau des 2 hôpitaux et de la DPS. Le nombre planifié est de 6 soit 1/trimestre | Rapport  Ordre de mission | 100.000 |
| 3 | Nombre de réunions du comité de coordination et de validation des résultats FBR tenue au cours de la période (trimestriel) | Il s’agit de tenir 1 session du comité de coordination et de validation par trimestre soit 2. | Rapport  Ordre de mission | 14944000 |
| 4 | Nombre de vérifications qualité de la DPS | Il s’agit de réaliser une vérification qualité de la DPS par trimestre soit 2 | Rapport + grille remplie  Ordre de mission | 400.000 |
| 5 | Vérification qualité trimestrielle de l’HR et l’hôpital confessionnel | Il s’agit de réaliser une vérification qualité par trimestre pour les 2 hôpitaux soit 4 au total | Rapport + grille remplie  Ordre de mission | 9.853.200 |
| 6 | Participation à la vérification quantité mensuelle de l'HR et la DPS | Le nombre total est de 6 soit 4 pour l’HR (qui intègre l’HC) et 2 pour la DPS | Rapport + grille remplie  Ordre de mission | 100.000 |
| 7 | Réaliser une recherche action/capitalisation | Il s’agit de réaliser une étude comparative avec un district témoin prenant en compte la quantité et la qualité et aussi faire de la capitalisation | Rapport d’étude | 12500000 |

### 3.1.5 Niveau CRVV

Les indicateurs retenus sont illustrés dans le tableau ci-dessous.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prestations/Indicateurs (outputs)** | **Définitions opérationnelles** | **Source de vérification** | **Prix unitaire** |
| 1 | Vérification quantité mensuelle des 18 CS formations sanitaires | Il s’agit de réaliser mensuellement les vérifications quantités à partir du DHIS2, la cible attendue et du coût moyen des subsides des CS | Rapport/grille + liste de présence signée | 100000 |
| 2 | Vérification quantité mensuelle de l'HR | Il s’agit de réaliser mensuellement les vérifications quantités des hôpitaux sur site | Rapport/grille + liste de présence signée | 100000 |
| 3 | Vérification quantité mensuelle de la DPS er de l'IRS | Il s’agit de réaliser mensuellement les vérifications quantités de la DPS er de l'IRS sur site | Rapport/grille + liste de présence signée | 100000 |
| 4 | Participation à la vérification qualité de la DPS | Il s’agit de Participer à la vérification qualité de la DPS sur site | Rapport/grille + liste de présence signée | 200000 |
| 5 | Nombre de sorties trimestrielles pour participer à la vérification quantité couplée à la qualité et coaching (CS, HR, DPS, IRS, HC) | Il s’agit de réaliser une sortie trimestrielle pour la vérification qualité couplée à la quantité sur site | Rapport/grille + ordre de mission | 867825 |

### 3.1.5Niveau Services Centraux (CTN-FBR)

Pour la CTN-FBR du Ministère de la santé, les (03) indicateurs quantitatifs retenus sont illustrés dans le tableau ci-dessous :

# Tableau 11 : Indicateurs quantités de la CTN-FBR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Indicateurs | Définitions opérationnelles | Sources de vérifications | Prix unitaire |
| 1. | Nombre de sorties pour l’évaluation de la qualité au niveau de l’IRS et du CRVV et de suivi de la mise en œuvre réalisés conformément aux TIRS (trimestriel) | Il s’agit des sorties pour l’évaluation de la qualité au niveau de l’IRS de Mamau et de l’ACV couplée aux sorties de suivi de la mise en œuvre. La réalisation doit être conforme aux TIRS validés par Enabel | Rapport + ordre de  mission | 18551000 |
| 2 | Nombre de rencontres trimestrielles du comité élargi tenues | Il s’agit de la tenue du comité technique élargit | Rapport + liste de présence signée | 5000000 |
| 3 | Tenir les rencontres du comité de pilotage (semestriel) | Il s’agit de la tenue du comité de pilotage | Rapport + liste de présence signée | 16880000 |

## 3.2Critères d’appréciation de la qualité

### 3.2.1Niveau centre de santé

Les items de l’évaluation qualité d’un centre de santé, faite par une équipe mixte d’au moins 3 personnes (CRVV, DPS) ont été regroupés en 6 domaines. A chaque domaine est affecté un poids en fonction de son importance, de sa contribution à l’amélioration de la qualité des soins et de la gestion financière et comptable. Les 6 domaines sont présentés dans le tableau ci-dessous.

# Tableau 12: Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs

|  |  |
| --- | --- |
| Domaines (Centre de santé) | Pourcentage  (poids) |
| 1. Coordination-Organisation -Environnement de travail   * Indicateurs généraux * Mécanismes de control de qualité en place * Conditions d’accueil des usagers * Hygiène, assainissement et prévention des infections * Management / gestion des ressources humaines / planification | 15% |
| 2. Disponibilité des intrants/ressources   * Disponibilité du matériel médicotechnique fonctionel et utilisé * Disponibilité et tenue correcte de supports de collecte des données | 15% |
| 3. Gestion/disponiblité des médicaments, consommables/intrants et  Respect des normes de conservation des consommables | 20% |
| 4.Compétences techniques du personnel (cas cliniques/simulations/observations) | 15% |
| 5. Qualité des prestations offertes (revue documentaire sur les « résultats » de qualité des soins) tenant compte des indicateurs quantitatifs retenus :   * Consultation externe (moins de 5 ans et plus de 5 ans) * Mises en observation des maladies (moins de 5 ans et plus de   5 ans; cibler les cas de paludisme grave)   * Accouchement eutocique * Consultation prénatale 4 * Consultation de PF (adolescents et adultes) | 20% |
| * Consultation post-natale * Prise en charge de cas de violence basée sur le genre * Vaccination des enfants de moins d’un an * Dépistage des cas de MPE ~~(~~ Enfants de 0 à 59 mois pesés et   toisés)   * Références/évacuations et contre-références (y compris les références pour fistules obstétricales et pour complications de violences basées sur le genre) * Investigation des décès maternels et néonatals |  |
| 6.Gestion financière | 15% |
| Total | 100% |

### 3.2.2Niveau hôpital

La vérification de la qualité de l’hôpital de Mamou est réalisée par une équipe mixte composée du CRVV (1), l’IRS (1) et l’hôpital de Dalaba (2) (évaluation par les pairs) soit une équipe de 4 personnes. Les items de l’évaluation qualité ont été regroupés en 6 domaines. A chaque domaine est affecté un poids en fonction de son importance, de sa contribution à l’amélioration de la qualité des soins et de la gestion financière et comptable.

Les domaines de la vérification de la qualité sont présentés dans le tableau ci-dessous :

# Tableau 13 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau hôpital

|  |  |
| --- | --- |
| Domaines (HD/CHR) | Pourcentage (poids) |
| 1. Coordination-Organisation -Environnement de travail   * Indicateurs généraux/ Gestion des ressources matérielles * Mécanismes de control de qualité en place * Conditions d’accueil des usagers * Hygiène, assainissement et prévention des infections * Management / gestion des ressources humaines / planification | 15% |
| 2. Disponibilité des intrants/ressources   * Disponibilité du matériel médicotechnique * Disponibilité et tenue de supports de collecte des données | 15% |
| 3. Gestion/disponiblité des médicaments, consommables/intrants et Respects des normes de conservation des consommables | 20% |
| 4.Compétences techniques du personnel (études de cas/simulations/observations) | 15% |
| 5. Qualité des prestations offertes (revue documentaire sur | 20% |
| les « résultats » de qualité des soins)   * hospitalisation des femmes enceintes et en post partum pour autres complications de la grossesse * Césarienne * Accouchement eutocique * Accouchements dystociques * Complication obstétricale * Références et contre–références * GEU * lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l’utérus dépistées et prises en charge * Fistules obstétricales prises en charge * Prise en charge de cas de violence basée sur le genre. * Audits des décès maternels et néonatals |  |
| 6.Gestion financière | 15% |
| Total | 100% |

### 3.5.3 Niveau COSAH

La centres de santé sont gérés par les comités de santé et d’hygiène (COSAH). La composition des COSAH se présente comme suit (i) le président du COSAH= conseiller municipal représentant le maire dans le centre de santé., (ii) le Vice-président=membre de la société civile, le Trésorier choisit par le maire (iii) 3 mobilisateurs (religieux, jeune, 1 femme) et (iv) le Chef du centre.

La vérification qualité du COSAH est faite par la même équipe de vérification de la qualité du centre de santé. Les items de l’évaluation qualité du COSAH ont été regroupés en 5 domaines. A chaque domaine est affecté un poids en fonction de son importance, de sa contribution au score de qualité du COSAH. Les domaines de la vérification de la qualité sont présentés dans le tableau ci-dessous :

# Tableau 14 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau hôpital

|  |  |
| --- | --- |
| Domaines (Centre de santé) | Pourcentage  (poids) |
| **1.** Indicateurs généraux   * Disponibilité de moyens de communication * Mise en œuvre des recommandations issues de l’évaluation précédente et des supervisions * Gestion des membres COSAH (fiche de repartition des taches) * N’a pas fait perdre de points au centre de santé lors de la vérification qualité | 20% |
| ▪ Taux de divergence évaluation COSAH |  |
| **2.** Planification/coordination   * Micro-Plan d’action annuel disponible * PAP trimestriel avec implication des jeunes, des femmes et des hommes dans son élaboration * Exécution du PA * Plan de développement des infrastructures/équipements * Le COSAH a développé des stratégies novatrices locales en faveur de la demande * Le COSAH a signé des sous contrats en rapport avec les indicateurs en souffrance avec les relais communautaires | 20% |
| **3.** Participation communautaire à la gestion de la formation sanitaire   * Règlement intérieur * Redevabilité (tenue des AG avec la communauté) * Fonctionnalité du COSAH ( Reunions statautaires) * Réalisation du monitorage semestriel * Existence d’une structure de veille communautaire : * Participation du COSAH à la restitution de la vérification qualité précédente | 40% |
| **4.** Gestion des médicaments et Consommables   * Inventaires mensuels * Commande des médicaments | 10% |
| **5.** Gestion financière   * Bonne tenue de la gestion financière du centre de santé * Petits investissements/équipements au profit du centre de santé | 10% |
| Total | 100% |

### 3.2.3Niveau DPS

La vérification qualité de la DPS est faite par une équipe mixte provenant du CRVV (2) et de l’IRS(1). Les items de l’évaluation qualité de la DPS ont été regroupés en 6 domaines. A chaque domaine est affecté un poids en fonction de son importance, de sa contribution au score de qualité de la DPS. Les domaines de la vérification de la qualité sont présentés dans le tableau ci-dessous :

# Tableau 15 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau DPS

|  |  |
| --- | --- |
| Domaines (DPS) | Pourcentage (poids) |
| 1.Coordination-Planification   * Planification – Suivi et évaluation * Monitorage des formations sanitaires * Tenue des rencontres mensuelles de coordination à   l’écchelle district | 10% |
| 2.Qualité des prestations objet d’achat | 25% |
| * Supervisions/coachings intégrant le FBR et les mésures de gratuité * Contre références, * CTPS, * Revues des décès maternels et néonatals |  |
| 3.Gestion   * Indicateurs généraux * Gestion de l’information sanitaire * Hygiène et environnement de travail * Contrôle qualité des données déclarées avec le DHIS2 * Gestion des contre-références transmises * Qualité des revues de décès maternels et néonatals * Gestion de la Vaccination * Gestion des ressources matérielles * Gestion financière | 15% |
| 4.Maintenance préventive et curative   * Registre d’inventaire du matériel * Planning de maintenance pour les équipements et du matérie informatique * Planning de maintenance pour les véhicules y compris les ambulances * Registre d’utilisation des photocopieuses * Maintenance de la chaine de froid | 5% |
| 5. Activités FBR   * Qualité des participations aux verifications, * Contrat-Bisness plan de la DPS à temps, stratégies * Bisness plan des formations sanitaires à jour, * Fournir un appui aux FoSa dans le développement du PB * outils d’indicces des formations sanitaires et de la DPS à jour etc… * rencontres-bilans trimestrielles FBR tenues * Suivi de la gestion financière à jour (Synthèse des dépenses des structures bénéficiaires des fonds transférés) | 20% |
| 6.Indicateurs de performance de la DPS  ▪ Niveau d’atteinte des indicateurs clés du projet | 25% |
| TOTAL | 100% |

Performance globale de la DPS=Performance interne\*70% + Moyenne Performance qualité des Centres de santé\*30%

### 3.2.4Niveau IRS

La vérification qualité de l’IRS est faite par une équipe mixte provenant de CTNFBR (2), de Enabel (1) et du CRVV (1). Les items de l’évaluation qualité de l’IRSont été regroupés en 5 domaines. A chaque domaine est affecté un poids en fonction de son importance, de sa contribution au score de qualité de la IRS. Les 5 domaines de la vérification de la qualité sont présentés dans le tableau ci-dessous.

# Tableau 16 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau IRS

|  |  |
| --- | --- |
| Domaines (IRS) | Pourcentage (poids) |
| 1.Coordination-Environnement de travail   * Indicateurs généraux * Hygiène et environnement de travail * Planification – Suivi et évaluation * Réunion de comité de validation * Inspection de la Pharmacie et du Labo * Rencontre statutaire (CTRS) * réunions de coordination des intervenants dans la santé * Contrôles de qualité des examens de laboratoires réalisés par l’IRS | 10% |
| 2.Qualité des prestations objet d’achat   * Supervisions intégrées/coachings intégrant le FBR et les mésures de gratuité * CTRS   Comité de coordination et de validation des résultats et factures du FBR et des mésures de gratuité   * Inspections pharmaceutiques * Contrôles de qualité des examens de laboratoires | 25% |
| 3.Gestion   * Gestion de l’information sanitaire (maladies sous surveillance investiguées, contre références transmises etc.) * Contrôle qualité des données avec le DHIS2 * Gestion de la Vaccination * Gestion des ressources matérielles * Maintenance préventive et curative * Gestion financière et matérielle | 15% |
| 4.Maintenance préventive et curative   * Registre d’inventaire du matériel * Planning de maintenance pour les équipements et | 5% |
| du matériel informatique   * Planning de maintenance pour les véhicules y compris les ambulances * Registre d’utilisation des photocopieuses * Maintenance de la chaine de froid |  |
| 5. Activités FBR   * Vérifications de la DPS et de l’Hôpital * Contrat-Bisness plan de l’IRS à jour * Bisness plan de l’hôpital à jour, * Outils d’indices de l’hôpital et de l’IRS à jour, * réunions du comité de coordination et de validation des résultats FBR tenues * Suivi de la gestion financière à jour (Synthèse des dépenses des structures bénéficiaires des fonds transférés) | 20% |
| 6.Indicateurs de performance de la région  ▪ Niveau d’atteinte des indicateurs clés du projet | 25% |
| TOTAL | 100% |
| Performance globale de l’IRS=Performance interne\*70% + Moyenne Performance de (la DPS+Hôpital régional)\*30% | |

3.5.5 Niveau CTN-FBR

La vérification qualité de la CTN-FBR est faite par une équipe mixte provenant PTF avec une expérience en FBR désignés par le Secrétaire Général. Les items de l’évaluation qualité de la CTN-FBR ont été regroupés en 4 domaines. A chaque domaine est affecté un poids en fonction de son importance et de principales missions de la CTN-FBR dans le cadre du FBR. Les 4 domaines de la vérification de la qualité sont présentés dans le tableau ci-dessous.

# Tableau 17 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau CTN-FBR

|  |  |
| --- | --- |
| Domaines (CTN-FBR) | Pourcentage (poids) |
| 1.Qualité de la mise en œuvre des activités objet d’achat  (les activités) |  |
| 2.Coordination-suivi-Evaluation   * Plans d’actions Programmes d’activités * Contrat-Bisness plans * Réunions statutaires * Niveau de réalisation physique des activités * Suivi-Supervisions-coachings de l’IRS * Niveau de mise en œuvre des recommandations (issues | 20% |
| de l’évaluation de la CTN-FBR et du comité de pilotage)  ▪ Qualité de l’archivage des documents |  |
| 3.Gestion de l’information/portail   * Saisie des résultats des vérifications de la CTN-FBR * Contrôle qualité des données avec le DHIS2 en collaboration avec le SNIS * Existence et utilisation des outils de suivi/évaluation * Rapport d’analyse des données trimestrielles * Traduction des analyses en stratégies y compris l’information quantitative, qualitative/ communautaire, évaluation du processus * Réaliser la capitalisation trimestrielle de la mise en oeuvre | 15% |
| 4.Verifications et validation   * Vérifications de la qualité de l’IRS et du CRVV * Organisation de la vérification de la qualité de la CTN-FBR * Participation au comité de validation niveau région * Validation des résultats de la CTN-FBR | 15% |
| 5.Pilotage et performance de la gestion du FBR   * Disponibilité des rapports trimestriels et annuels de qualité sur le FBR de Mamou * Tenue de la session du comité de pilotage * Transmission des factures au payeur dans les délais * Information sur le paiement transmis à l’IRS et au CRVV * Transmission du rapport approuvé au payeur * Cadre de suivi de la performance du FBR tenu à jour * Suivi de la gestion budgétaire à jour (Synthèse des dépenses des structures bénéficiaires des fonds transférés) | 50% |
| TOTAL | 100% |

Performance globale de la CTN-FBR=Performance interne\*80% + Performance de

l’IRS de Mamou \* 20%

### 3.5.6 Niveau CRVV

La vérification qualité du CRVV est faite par une équipe mixte provenant de la CTN-FBR (2) et de Enabel (1) à un rythme trimestriel. Cette évaluation conditionne la poursuite de sa mission en fin de contrat. Le rapport d’évaluation trimestriel du CRVV sera transmis au comité de pilotage du FBR et aux PTF impliqués dans le financement du FBR. La CTN-FBR et Enabel seront chargés de la contre-vérification du travail du CRVV à Mamou. À cela s’ajoute un audit annuel externe conduit par Enabel qui prendra en compte les clauses contractuelles, l’organisation et le fonctionnement du dispositif de mise en œuvre du FBR, les résultats quantitatifs, qualitatifs et financiers.

Les items de l’évaluation qualité trimestrielle du CRVV ont été regroupés en 6 domaines. A chaque domaine est affecté un poids en fonction de son importance, de sa contribution à la performance du CRVV. Les 6 domaines de la vérification de la qualité sont présentés dans le tableau ci-dessous.

# Tableau 18 : Domaines de vérification qualité et leurs poids respectifs nivau ACV

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
|  | Domaines (CRVV) | Pourcentage (poids) |
| 1. | Qaulité de la planification-Coordination-suivi-Evaluation   * Plans d’actions-Programmes d’activités * Contrat-Bisness plans * Réunions statutaires * Niveau de réalisation physique des activités * Suivi-Supervisions-coachings * Niveau de mise en œuvre des recommandations * Qualité de l’archivage des documents | 10% |
| 2 | portail; Gestion de l’information/ |  |
| ▪ | Saisie des résultats des vérifications des CS/HD/DPS/IRS/CRVV |  |
| ▪ | Contrôle qualité des données avec le DHIS2 |  |
| ▪ | Rapport d’analyse des données trimestrielles |  |
| ▪ | Existence et utilisation des outils de suivi/évaluation |  |
| ▪ | Traduction des analyses en stratégies y compris l’information quantitative, qualitative/ communautaire, évaluation du |  |
| ▪ | processus  Réaliser la capitalisation trimestrielle de la mise en oeuvre | 20% |
| 3 | Vérifications et validation   * Vérifications de la quantité, qualité et communautaire * Revue qualitative des factures et élaboration des états récapitulatifs des subsides par structure bénéficiaire et transmission au comité de validation * Participation au comité de validation au niveau régional | 20% |
|  | | |
| **4.** Contractualisation – Supervisions- suivi-Coaching des FS   * Signature de 100% des contrats * Coaching pour le PA et outils d’indice) * Supervisions des verifications * Sorties de suivi de la gestion financière et comptable | | 20% |
| **5.** Pilotage et performance de la gestion du FBR   * Disponibilité du rapport trimestriel et annuel du FBR * Transmission des factures validées à la CTN-FBR * Information sur le paiement transmis aux structures * Cadre de suivi de la performance du FBR * Cadre de Suivi de la gestion budgétaire et comptable à jour * Saisie de la gestion financière et comptable à jour * Suivi de la gestion financière à jour (Synthèse des dépenses des structures bénéficiaires des fonds transférés) | | 20% |
| 6.Indicateurs de performance  ▪ Niveau d’atteinte des indicateurs clés du projet | | 10% |
| Score de performance global | | 100 |

Performance globale du CRVV=Performance interne\*70% + Moyenne Performance des formations sanitaires et de la DPS) \*30%

### 5.5.7 La structure chargée de la gestion fudiciaire (UAGCP)

Il est prévu des frais de fonctionnement pour la gestion de ces subsides.

## 3.6 Renforcement des connaissances des acteurs sur le FBR (confère manuel National de procédures FBR du MS )

# Outils de mise en œuvre du financement basé sur les résultats

## 4.1 Plan d’affaires

Il s’agira de trouver des synergies entre ce plan d’affaire et le plan d’action opérationnel trimestriel (issu du PAO annuel) déjà disponible sur le terrain pour en faire un document unique de planification. Cela contribue à renforcer le système (éviter de fragmenter le système). Il sera élaboré trimestriellement. Un canevas de plan d’affaire sera élaboré et mis à la disposition des structures bénéficiaires.

L’élaboration du plan d’affaire tiendra fortement compte des besoins de la demande. Elle sera au début du processus. A cet effet la communauté sera organisée en 03 focus groups : hommes, femmes et jeunes. Ainsi chaque groupe pourra exprimer sa préoccupation spécifique. Pour faciliter le recueil des informations, un instrument de collecte des données et d’analyse sera élaboré à cet effet et mis à la disposition des 03 groupes. Après les séances des travaux, les groupes présenteront leurs résultats attendus, les prestataires répondent avec des stratégies pour les atteindre. Les résultats issus des travaux ainsi que les résultats des enquêtes de satisfaction seront capitalisés dans le bisness plan de la formation sanitaire. Le COSAH aussi est partie intégrante de l’élaboration du bisness plan.

## 4.2 Contrats

La signature du contrat est annuelle. La formation sanitaire élabore trimestriellement son plan d’affaire qui conditionne la poursuite du contrat. Si le plan d’affaire n’est pas élaboré, le contrat est systématiquement rompu. Un canevas de contrat est contenu dans le manuel national de procédures FBR du MS.

## 4.3 Outils d’indices

Il sera élaboré mensuellement et respecte les critères du manuel national de procédures FBR du MS.

## 4.4 Autres outils de gestion du FBR

Les grilles quantités/fiches de déclaration, qualités, les factures subsides FBR, le plan d’investissement, la grille d’évaluation individuelle des agents, la grille d’évaluation du

COSAH.

## 4.5 Outils de gestion des activités de soins dans la formation sanitaire

## 4.6 Portail FBR

Toutes les données sont saisies dans le portail FBR et les factures sont imprimées à partir de ce portail. En cas de dysfonctionnement un fichier Excel peut être envisagé.

# Verification des résultats

## 5.1 Vérifications des résultats des prestations

Le CRVV est responsable de 3 types de vérifications dont (i) la vérification quantité, (ii) la vérification communautaire couplée à l’enquête de satisfaction et (iii) participe à la vérification qualité. (la contre vérification est de la responsabilité de la CTN-FBR, la vérification qualité improvisée se fait en collaboration avec l’IRS).

Le budget de toutes ces vérifications (les 3 types) est assuré par le CRVV. Le Tableau ci-dessous présente les types de vérifications, les bénéficiaires, les vérificateurs et leurs provenances.

Pendant une période déterminée, Enabel en collaboration avec la CTN\_FBR apportera une assistance technique au CRVV pour la bonne conduite des différentes activités sur le terrain.

Les différentes vérifications doivent avoir une démarche pédagogique afin de créer un climat favorable à l’apprentissage et à l’amélioration de la performance.

# Tableau 19 : Types de vérifications en fonction des structures

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Types de  vérifications | Structure bénéficiaire | Vérificateurs | Superviseurs |
| Vérification quantité | CS | 1 du CRVV et 1 de la DPS | CRVV et DPS, appui IRS et niveau  central/Enabel |
| HR et DPS | 1 du CRVV et 1 de l’IRS | CRVV et IRS, appui  niveau central/Enabel |
| IRS | 1 du CRVV | CRVV, Appui |
| Vérification qualité | CS y compris le  COSAH | 1 du CRVV et au moins 2 de la DPS | CRVV et IRS, appui  niveau central/Enabel |
| HR | Vérification par les pairs :2 de l’hôpital de Dalaba, 1 de l’ACVet 1 de l’IRS | CRVV -IRS,  Appui niveau  central/Enabel |
| DPS | 1. Du CRVV et au moins 2. de l’IRS | CRVV -IRS, appui niveau central/Enabel |
| IRS | 2 de la CTN-FBR, 1 de l’UAGCP, et 1 du CRVV | Enabel |
| CTN-FBR | 3 personnes avec une expérience en FBR dont 2 issus des PTF et 1 de la société civile désignées par le SG | Enabel |
| CRVV | 2 de la CTN-FBR, 1 de l’UAGCP | Enabel |
| Vérification communautaire | CS/HR | 1 du CRVV, OBC  (enquêteurs) | CRVV -IRS, appui niveau central/Enabel |
| Contre vérification | CS-Hôptaux-  DPS-IRS | CTN-FBR + personnes ressources (3 équipe de 3 personnes provenant de Kindia, Kankan et de la  CTN-FBR) | Enabel |
| Vérifications qualités improcisées | CS-Hôptaux | IRS-ACV | CTN-FBR/Enabel |

Les vérifications contribuent à renforcer le DHIS2 par l’amélioration de la qualité des données déclarées et et la triangulation avec le DHIS2 des données vérifiées. Ce dispositif de vérification aura des externalités positives au niveau des 2 autres districts de la région que sont Dalaba et Pitta par le fait que des acteurs du district de Dalaba sont impliqués dans le processus de mise en œuvre et que les 2 districts bénéficient de la supervision régulière de l’IRS. A cela s’ajoute, le partage d’expériences entre les autres districts de Kindia et de kankan qui participeront aux contre-vérifications (sites de mise en œuvre du FBR/fonds d’achat de la Banque Mondiale et de la KFW).

5.1.1Vérification quantitative et calcul des subsides

Elle est réalisée mensuellement pendant six mois puis trimestriellement couplée à la vérification qualité. Elle concerne toutes les formations sanitaires ayant signé les contrats principaux avec le CRVV. Le contractant secondaire (hôpital confessionnel) envoit ses outils au niveau du contractant principal de rattachement (hôpital régional). La durée de la vérification quantité ne doit pas excéder 15 jours soit en moyenne 1 jour par structure visitée.

Pour la vérification trimestrielle, elle concernera le 3 eme mois. Cependant le CRVV procède systématiquement à un contrôle qualité des données déclarées pour les 2 autres mois à partir du DHIS2, de la cible attendue et du coût moyen des subsides. La vérification mensuelle sur le terrain se fera en cas de besoin basé sur le risque (Vérification Basée sur le Risque=VBR). En cas de discordance de plus de 10%, les sanctions prévues dans le manuel seront appliquées. Elle sera réalisée en même temps que la vérification qualité. Cela permettra d’optimiser les coûts liés aux vérifications. Aussi le CRVV en collaboration avec l’IRS ou la DPS effectuera des sorties de contrôles des cas suspects de fraudes après le contrôle qualité des données déclarées.

Aussi ce contrôle qualité des données déclarées sera pris en compte au cours des supervisions intégrées. Pour les structures de régulation, la vérification quantité trimestrielle va concerner le 3eme mois et le contrôle des données déclarées va concerner tous les indicateurs des 2 mois précédents.

Déroulement : Pour les formations sanitaires, les grilles de vérification quantité/fiches de déclarations pré remplies (quantités déclarées) 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 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. Après cette étape, il remplit la partie quantité vérifiée et validée et c’est le montant de la quantité vérifiée et validée qui est reportée sur la grille quantité.

En cas de divergence avérée, le vérificateur calcul le taux de divergence et cherche avec le responsable de la formation sanitaire les causes valables de ces différences et les explique en observation. Le calcul du taux de divergence se présente comme suit :

**Taux de divergence = (Quantité déclarée – Quantité validée) / (quantité déclarée) X100**

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%.

Cependant cette mesure ne s’appliquera qu’après 6 mois de mise en œuvre. Le temps pour les agents de santé de se familiariser avec la méthode de collecte des données du FBR.

Les résultats de la vérification quantité sont produits en deux exemplaires originaux, 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. Une copie (photocopie) sera transmise à la DPS pour suivi et comparaison avec les données du DHIS2.

La vérification quantité de la DPS et de l’IRS se fera selon la même méthodologie qu’au niveau des formations de prestation de soins.

La propreté de la cour, des locaux et le port de la blouse seront appréciés lors des vérifications quantités, des supervisions ou de tout contact avec les formations sanitaires afin de maintenir la pression sur les bonnes pratiques acquises à l’issue des vérifications qualités.

Un guide de la vérification quantité sera élaboré pour donner les détails opérationnels de la conduite de la vérification quantité mensuelle puis trimestrielle.

### 5.1.2Vérification de la qualité

Elle est réalisée trimestriellement couplée à la vérification quantité du 3eme mois. A partir du troisième trimestre, la vérification de la quantité et de la qualité se font en même temps. Elle concerne toutes les structures ayant un contrat principal et secondaire. La durée de la vérification qualité ne doit pas excéder 15 jours soit en moyenne 1 jour par structure visitée.

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.

A cela s’ajoute l’utilisation des cas cliniques, des observations de cas réels et des modèles anatomiques (simulations) en fonction de la situation de terrain des cas de qualité à vérifier. Cette technique permet d’apprécier les compétences réelles des agents. Les grilles qualités seront amendées et améliorées au fil du temps.

Déroulement : Pour les formations sanitaires, les grilles de vérification qualité pré remplies (qualité déclarée) doivent être transmises à la DPS au plus tard le 05 du mois suivant la fin du trimestre objet de la vérification (en même temps que les grilles quantités du 3eme mois). Dans chacune des formations sanitaires disposant d’un contrat principal et secondaire, le vérificateur muni de la grille servant à la vérification qualité réalise la vérification qualité et transcrit les résultats sur la grille dans la colonne « Qualité vérifiée ».

Après cette étape, les vérificateurs qualités calculent le score de qualité technique vérifié et le compare à celui déclaré par la formation sanitaire et vérifie lorsqu’il y a divergence.

En cas de divergence avérée, le vérificateur calcul le taux de divergence et les explique les raisons en observation. Le calcul du taux de divergence qualité se présente comme suit :

**Taux de divergence qualité = (points déclaré-points vérifiés) /points déclarés\*100**

Le seuil tolérable pour la qualité est de 15%.

Ce mécanisme de vérification qualité (autoévaluation, déclarée) renforce la responsabilité des acteurs qui réalisent les prestations.

Les grilles de vérifications de toutes les grilles (quantités et qualités) sont transmises à le CRVV qui analyse, fait un rapport et transmet les grilles et le rapport de vérifications au comité de validation.

Cet outil aidera par ailleurs l’équipe de l’hôpital dans l’élaboration de son plan d’affaires. Une copie (photocopie) de la grille sera transmise à la DPS pour le suivi.

Il sera mentionné non applicable pour la rupture de certains intrants au niveau national qui ne sont pas disponibles au niveau des formations sanitaires (vaccins, réactifs pour la PTME, ARV etc…).

Cette liste devra être actualisée par l’IRSen collaboration avec le CRVV et être à la disponibilité des vérificateurs qualité avant le début de la vérification.

L’évaluation de la CTN-FBR sera assurée par 3 personnes disponibles choisis à chaque évaluation parmi les 05 personnes désignées par le Secrétaire Général. Ces personnes issues des PTF (3) et de la société civile/demande (2) devront avoir le profil suivant : un médecin spécialiste en santé publique avec une expérience en FBR, un spécialiste en administration et finances et un spécialiste en suivi/évaluation.

Un guide de la vérification qualité sera élaboré pour donner les détails opérationnels de la conduite de la vérification qualité. La vérification de la qualité est réalisée en véhicule. Implications de la vérification qualité: Les primes de motivations ne peuvent être accordées aux personnels d’une formation qu’à partir d’un seuil minimum de qualité d’au moins 60%.

### 5.1.3La vérification communautaire couplée à l’enquête de satisfaction

La vérification communautaire couplée à l’enquête de satisfaction des utilisateurs consiste à attester par une visite à domicile d’un usager que l’activité consignée dans un registre a été effectivement prestée et à recueillir sa perception de la qualité des prestations qu’il a reçues. Elle comprend 3 volets que sont, (i) la vérification auprès des ménages de l’existence des utilisateurs tirés au sort dans les registres des formations sanitaires ; (ii) la vérification de la prestation effectuée ; et (iii) le recueil du degré de satisfaction des utilisateurs pour la prestation reçue.

La vérification communautaire est faite sur un échantillon de petite taille pour des besoins de sondage et de dissuasion (pas d’étude), mais aussi dans l’objectif de minimiser au maximum les coûts. Elle est réalisée sur un échantillon de 10 bénéficiaires par CS/Hôpital (qu’il soit contractant principal ou secondaire) soit un total de 200 bénéficiaires par vérification communautaire. La durée de la vérification communautaire ne doit pas excéder 15 jours.

Les résultats de vérification communautaire et 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. Un guide de la vérification communautaire sera élaboré pour donner les détails opérationnels de la conduite de l’activité.

### 5.1.4Contre vérification (confère manuel national)

## 5.2Calcul des subsides (confère manuel national de procédures FBR du MS )

### 5.2.1Prestataires de soins (centres de santé, hôpitaux) (confère manuel national)

Il est prévu des subsides quantité, des bonus qualité, des bonus d’équité et des bonus d’amélioration de la qualité (BAQ) conformément au manuel national de procédures FBR.

Ce bonus permettra la mise à niveau des formations sanitaires pour une meilleure performance. Le BAQ doit plutôt être l’exception que la règle.

Pour l’octroi du bonus d’équité, les formations sanitaires ont été classées en 4 catégories dont la catégorie 2=0%, la catégorie 3=10%, la catégorie 4=15% et la catégorie 5=20%.

La méthode de calcul du bonus d’équité est basée sur les subsides quantités selon la formule ci-dessous.

Bonus d’équité = bonus quantité x % de bonus correspondant au niveau de la structure.

### 5.2.2Structures d’encadrement (DPS et IRS) et le CRVV

Il est aussi prévu des subsides quantités qui représentent le remboursement des activités réalisées et des bonus qualité. La méthode de calcul des subsides quantités reste la même que celle du Manuel National de procédures FBR. Pour le bonus qualité, la méthode de calcul est celle du manuel national :

Bonus qualité == 40% X Enveloppe trimestrielle (tranche fixe) + 60% X Enveloppe trimestrielle (tranche variable) x Score global de qualité obtenu

### 5.2.3La CTN-FBR

La méthode de calcul du bonus qualité se présente comme suit conformément au Manuel:

Bonus qualité== 40% X Enveloppe trimestrielle (tranche fixe) + 60% X Enveloppe trimestrielle

(Tranche variable) x Score global de qualité obtenu

# 6. Modalités et circuit de Paiement des formations sanitaires

Le cycle de paiement de subsides sera mensuel pour les vérifications quantités et trimestriel pour les vérifications qualités.

## 6.1 Modalités de paiement

### 6.1.1 Pendant les six premiers mois= Méthode carotte-carotte, vérification mensuelle

Le paiement des 2 premiers mois du trimestre se fera à hauteur de 100% des subsides quantité obtenus à l’issu des vérifications quantités mensuelles sans passer par la validation du comité de validation (qui est trimestrielle). Le contrôle qualité des données sera fait à partir des données mensuelles du DHIS2. Suite à la vérification quantitative du 3eme mois, à la vérification qualitative, communautaire et à la validation des résultats quantitatifs, qualitatifs et communautaire des 3 mois par le comité de validation, le CRVV calcule le montant total à verser pour le trimestre, déduit les paiements déjà effectués pour le mois 1 et 2 et verse le montant restant.

|  |
| --- |
| Résumé de la méthode de calcul   * Subsides à verser pour le mois 1 et 2   o Paiement Mois1= Montant subsides quantités du mois 1x 100% o Paiement Mois2= Montant subsides quantités du mois 2 x100%   * Subsides à verser pour le mois 3 = Subsides quantité du 3eme mois+bonus qualité |

### 6.1.2 A partir du 3eme trimestre=méthode carotte-bâton et vérification trimestrielle

Le paiement sera mensuel basé sur la quantité déclarée à hauteur de 50% des subsides obtenus par la déclaration (avance de paiement). Le contrôle qualité des données sera fait à partir des données mensuelles du DHIS2, de la cible attendue et du coût moyen. Suite à la vérification quantitative, qualitative et communautaire des 3 mois et à la validation des résultats des 3 mois par le comité de validation, le CRVV calcule le montant total à verser pour le trimestre, déduit les paiements déjà effectués pour le mois 1 et 2 et verse le montant restant.

|  |
| --- |
| Résumé de la méthode de calcul   * Subsides à verser pour le mois 1 et 2   o Paiement Mois1= Montant subsides quantités du mois 1x 50% o Paiement Mois2= Montant subsides quantités du mois 2 x50%   * Subsides à verser pour le mois 3 = ∑Subsides brutes des 3 mois (M1+M2+M3) -   (Paiement des 2 précédents mois) |

Conformément au manuel FBR adapté, 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. Deux méthodes de calcul sont utilisées :

* La méthode carotte – carotte (Pour les deux premiers trimestres de mise en œuvre)
* La méthode carotte – bâton (100% de déflation à partir du 3 eme trimestre)
* La méthode carotte – carotte (pour les deux premiers trimestres de mise en œuvre) o Paiement total =[100% du montant dû à la quantité+bonus d’équité] +

[montant dû à la quantité +bonus d’équité× score global de qualité x 25%]

* La méthode carotte – bâton (à partir du 3eme trimestre) o 3ème trimestre : on appliquera la formule à 100% de déflation : Paiement total

=[100% du montant dû à la quantité +bonus d’équité × score de qualité %]

### 6.1.3Modalités de paiement des structures de régulation et du CRVV

Le paiement des quantités qui représente le remboursement/perdiems des activités réalisées se fera mensuellement après les vérifications quantités ou sur la base des déclarations selon les mêmes processus que pour les structures de prestations de soins. Ce remboursement mensuel quantité sera à 100% pendant toute la durée de la mise en œuvre du FBR.

Pour la réalisation des activités une avance de 50% leur sera allouée sur base d’une requête avec des termes de référence transmis au contrôleur financier.

Au 3ème mois ce remboursement quantité sera combiné au paiement du bonus de la qualité.

Bonus qualité des structures de régulation= 40% X Enveloppe trimestrielle (tranche fixe) + 60% X Enveloppe trimestrielle (tranche variable) x Score global de qualité obtenu.

## 6.2Circuit et échéances de paiement des subsides

### 6.2.1Subsides quantités des formations sanitaires

# Tableau 20 : Cycle d’exécution, circuit de paiement des subsides quantité y compris bonus équité des centres de santé./Hôpital et des subsides quantités de la DPS et de l’IRS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Etapes | Responsables | | Delais requis (en jours) | Cumul |
| 1. Signature de contrats | CRVV-CTN-FBR |  | - | - |
| 2. Offre de prestations de services | Prestataires |  | - | - |
| 3. Transmission des données déclarées par les prestataires à la DPS (pour les centres de santé) ou à l’IRS(pour l’hôpital et la DPS) qui réalisent un premier contrôle qualité des données en utilisant le DHIS2; | Prestataires |  | Avant le 05 du mois |  |
| 4.Vérifications sur le terrain (deuxième contrôle de qualité des données sur le terrain et par confrontation avec les données du  DHIS2) | Vérificateurs |  | 15 jours | 15 |
| 5.Saisie des résultats et transmission au CRVV | Vérificateurs |  | intégré | - |
| 6.Vérification/correction des résultats/factures et leur transmission au contrôleur financier | CRVV |  | 2 jours | 17 |
| 7.Contrôle et certification des résultats/factures et transmission au CRVV | Contrôleur financier  De l’UAGCP |  | 2 jours | 19 |
| 8.Transmission des résultats/factures au comité de validation | CRVV |  | 1 jour | 20 |
| 9. Validation définitive des résultats et factures | Comité de coordination et de  validation et de validation | | 2 jours | 22 |
| 10. Compilation des factures validées et visées , synthèse/impression de la facture consolidée et transmission à la CTN-FBR accompagnée d’une | CRVV | | 2 jours | 24 |
| Demande de paiement11. Réception de la facture consolidée et transmission à l’UAGCP pour paiement | CTN-FBR | | 02 jours | 26 |
| 12. Confirmation des factures et Virement des montants des subsides au niveau des comptes des FOSA | UAGCP | | 05 jours | 31 |
| 13. Utilisation efficiente des ressources financières selon les règles d’utilisation par les structures bénéficiaires | Prestataires | | - | - |
| Total |  | | 31 jours ouvrables | 31 |

L’échéance entre la fin du mois et le virement des ressources dans les comptes des formations sanitaires est de 31 jours ouvrables au maximum.

Ainsi, par exemple, pour les subsides du mois de Avril (la vérification commence en Mai), si tout se passe tel que prévu, les virements devraient être faits à partir du 06 Juin (si on tient compte des week ends ça sera avant le 16 juin).

### 6.2.2Bonus qualité des formations sanitaires

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/HD

# Tableau 21 : Circuit de paiement des bonus qualités des centres de santé./Hôpital

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Delais requis (en  jours) | Cumul |
| 1. Vérification qualité (après transmission des résultats | Equipes de vérificateurs de la |  |  |
| 2. Vérification communautaire | Vérificateurs médicaux/enquêteurs  /vérificateur | Intégrée à la vérification qualité  (15 jours) | \_ |
| 3. Saisie des résultats et transmission au CRVV | Vérificateurs médicaux/vérificateu r communautaire | Intégrée (intégré) | \_ |
| 4.Vérification/correction des résultats/factures et leur transmission au contrôleur | CRVV | 2 jours | 17 |
| 5.Contrôle et certification des résultats/factures et transmission au CRVV | Contrôleur financier | 2 jours | 19 |
| 6.Transmission des résultats/factures au comité de validation | CRVV | 1 jour | 20 |
| 7. Validation des résultats et factures | Comité de coordination et de | 2 jours | 22 |
| 8. Compilation des factures vaidées et visées, synthèse/impression et transmission à la CTN-FBR accompagnée d’une demande de paiement | CRVV | 2 jour | 24 |
| 9.Reception de la facture consolidée et transmission à l’UAGCP pour paiement | CTN-FBR | 02 jours |  |
| 10.Confirlation des factures et virement des montants des subsides au niveau des comptes des FOSA par | UAGCP | 05 jours | 31 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 13. Utilisation efficiente des ressources financières selon les règles d’utilisation par les structures bénéficiaires | Prestataires | - | - |
| Total |  | 31 |  |

L’échéance entre la fin du trimestre et la disponibilité des ressources dans les comptes bancaires des formations sanitaires est de 31 jours ouvrables au maximum.

Ainsi par exemple, le bonus qualité du deuxième trimestre (Avril-Mai-Juin, si tout se passe tel que prévu (vérification en juillet), devrait être disponible à partir du 06 Août (si on tient compte des week ends ça sera au plus tard le 16 Aout).

Pendant l’application de la méthode carotte-bâton, c’est le même cycle qui sera utilisé pour la quantité et la qualité.

### 6.2.3Circuit et échéances de paiement des bonus qualités pour les structures de la régulation

Le circuit et les délais de paiement des bonus qualité des structures de la régulation est présente dans le tableau ci-dessous.

# Tableau 22 : Circuit et délai de paiement des subsides qualité des structures

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Activité | Responsables | Période |
| 1.Vérification qualité | IRS/ACV pour DPS | Entre le 1er et le 05 |
| CTN-FBR pour l’  IRS et au CRVV | Avant le 20 suivant la fin du trimestre |
| Equipe de PTF nommée par SG pour la CTN-FBR | Entre le 1er et le 10 suivant la fin du  trimestre |
| 2.Saisie des résultats et transmission à l’ACV | -CRVV pour l’IRS et la DPS  CTN-FBR pour la  CTN-FBR | Avant le 20 suivant la fin du trimestre  (intégré) |
| 3.Vérification/correction des résultats/factures pour l’IRS et la DPS et leur transmission au contrôleur financier | CRVV | Intégré à la qualité |

*Page* ***50*** *sur* ***61***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4.Contrôle et certification des résultats/factures de l’IRS et la DPS et transmission à l’ACV L’UAGCP assure le contrôle et la certification des résultats de la CTN-FBR | Contrôleur financier    UAGCP | Intégré à la  vérification qualité  1 jour |
| 5.Transmission des résultats/factures au comité de validation | ACV | Intégré |
| 6.Validation des résultats et factures | Comité régional de validation pour la DPS et l’IRS  SG pour la CTN-FBR | Même session que les CSI/HD/DPS/IRS  02 jours  SG |
| 7.Compilation des factures vaidées et visées , synthèse/impression et transmission à la CTN-  FBR accompagnée d’une demande de paiement, | CRVV | Même Etat de transmission que pour les formations  sanitaires |
| 8.Reception de la facture consolidée et transmission à l’UAGCP pour paiement | CTN-FBR | Intérée aux autres factures |
| 9. Confirmation et Virement des montants des subsides au niveau des comptes | UAGCP | Même Etat de virement que pour les formations |
| 10. Utilisation efficiente des ressources financières selon les règles d’utilisation par les structures bénéficiaires | Structures d’encadrement | - |

### 6.2.4Circuit et échéance de paiement du BAQ

Avant le démarrage de l’achat des indicateurs, on procédera à une enquête de base (Baseline). Cette enquête nous permettra d’identifier les formations sanitaires qui ont besoin de BAQ. Les formations sanitaires identifiées recevront le BAQ du payeur avant la fin du premier trimestre de mise en œuvre afin de procéder à la mise à niveau de leurs formations sanitaires respectives. Ce montant prévu est de 1500 euros par centre de santé, 2000 euros pour l’hôpital confessionnel et 3000 euros pour l’hôpital régional.

# 7 Gestion des revenus FBR

## 7.1Au niveau des structures de prestations de soins

L’autonomie de gestion des structures sous contrat reste un principe de base qui caractérise les accords conclus entre le CRVV et les prestataires. Cependant quelques règles sont à respecter en vue d’orienter les prestataires vers les objectifs du FBR, toujours dans l’esprit d’une gestion intégrée de toutes les recettes. L’utilisation des subsides FBR est répartie comme suit (i) 40% pour les primes du personnel et 60% pour l’amélioration de la qualité de la formation conformément au manuel national de procédures FBR du MS. Les primes de motivations ne peuvent être accordées aux personnels d’une formation qu’à partir d’un seuil minimum de qualité d’au moins 60%, une réserve de 2 mois de fonctionnement et un taux de divergence global ≤10% pour la quantité et 15% pour la qualité. En absence de BAQ, une réserve d’un mois serait suffisante. Le personnel financé par des projets et ONG ne participe pas aux primes sauf si leurs salaires sont alignés à ceux des agents de l’Etat. Seulement le personnel payé par les administrations de l’état Guinéen peut bénéficier de la prime y compris les bénévoles. Le nombre de bénévoles qui vont en bénéficier des primes sera déterminé par la formation sanitaire respect du principe de l’autonomie). Les stagiaires sont exclus des primes.

Les catégories et proportion des dépenses éligibles avec les subsides/bonus du FBR au niveau d’un CS/Hôpital sont contenues dans le tableau ci-dessous.

Le FBR ne peut être actionné que dans la mesure ou les fonds mis à disposition soient utilisés tels que prévus dans le tableau ci-dessous.

# Tableau 23 : Dépenses éligibles niveau CS/hôpital pour les subsides FBR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Catégories des dépenses des subsides du  FBR | % des subsides du FBR de la  formation sanitaire |
| 1 | Médicaments, réactifs et consommables, outils de gestion | ≥60% (minimum 30% pour les médicaments de la cible et au maximum 5% pour les réserves)  Hypothèse : une réelle transformation souhaitée de la formation sanitaire |
| 2 | 2.1 Centres de santé : paiement des relais communautaires/tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles, matrones, manœuvre, autres activités validés par le COSAH pour améliorer la quantité et la qualité pour les formations sanitaires  2.2 Activités validées par l’organe de gestion de l’hôpital pour l’hôpital régional |
| 3 | Maintenance des infrastructures et équipements/  Réalisation de petits investissements et achat de petits matériels |
| 4 | Renforcement de capacités |

*52*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Catégories des dépenses des subsides du  FBR | % des subsides du FBR de la  formation sanitaire |
| 5 | Appui au recouvrement des coûts dans le cadre de la gratuité de la PF de la prise en charge des VBG |  |
| 6 | Fonds pour financer des innovations afin de répondre aux besoins/ demande/ vœux de la population, surmonter les goulots d’étranglement |
| 7 | Fonds de réserve en banque[[5]](#footnote-5) |
| 8 | Primes de motivation de tout le personnel y compris le COSAH/ les bénévoles/sous traitance avec du personnel qualifié | ≤40% des subsides residuels (subsides reçus moins le recouvrement des coûts pour la PF et les VBG) |

NB :

* Le mode d’utilisation des recettes du recouvrement des coûts et les ristournes des formations sanitaires respecte les procédures en vigueur.
* Le montant pour la structure bénéficiaire est un minimum à respecter. Toutefois le personnel d’une structure bénéficiaire peut renoncer à une partie de leur prime de façon consensuelle afin d’augmenter le montant destiné à la structure et d’améliorer rapidement la qualité pour bénéficier de plus de subsides. C’est le principe du respect de « l’autonomie encadrée » ou boîte noire de la formation sanitaire.
* L’utilisation des fonds du recouvrement de coûts se fera selon les textes en vigueur. Les dépenses des structures devront respecter les procédures financières et comptables en vigueur qui seront décrites dans un manuel/Note technique et mis à la disposition des structures.

Critères de répartition des primes

Pour la répartition de la prime globale en primes individuelle, les critères utilisés sont contenus dans le manuel de procédures national FBR. En ce qui concerne l’évaluation

de la performance individuelle, il est prévu une évaluation trimestrielle des agents et une évaluation trimestrielle du COSAH en utilisant des critères provenant des tâches/missions régaliennes et de la responsabilité individuelle dans la mise en œuvre des activités du FBR.

Contrôle des dépenses éligibles

* Contrôle du CRVV, de l’IRS et de la DPS

La DPS et l’ACV procèderont à un contrôle de l’utilisation des ressources financières selon les règles d’utilisations établies et les procédures des dépenses en vigueur lors des vérifications (quantité et qualité), lors des supervisions intégrées et des activités de contrôles/coaching de la gestion financière et comptable des centres de santé en vigueur dans le système de santé.

L’RS et le CRVV en feront de même pour les hôpitaux (hôpital régional et hôpital confessionnel)

* Contrôle de l’UAGCP et de Enabel

Cela va consister à : (i) au recrutement d’un contrôleur financier (CF) qui sera basé à l’IRSde Mamou et dépendra hiérarchiquement de l’UAGCP. Il/Elle aura pour missions principales (i) le contrôle et la certification de toutes les factures transmises par le CRVV avant leur acheminement à L’UAGCP via le comité de validation et la CTN-FBR pour paiement, (ii) le contrôle rapproché à postiori des dépenses qui seront réalisées par les formations sanitaires en vérifiant le respect du manuel de procédures. Ce contrôle se fera sous forme d’appui conseil et de formation sur site à travers la réalisation de missions sur le terrain et prendra en compte les dépenses réalisées sur les fonds FBR et du recouvrement des coûts. Ce qui contribue à renforcer la performance du système. Afin de minimiser les risques de mauvaise utilisation des ressources du FBR (changement de destination des subsides), il sera créé 21 comptes dédiés pour les 18 formations sanitaires, l’hôpital régional, l’ECD et l’IRS et la prise en compte des frais de gestion de compte dans le budget FBR.

Des sorties de contrôles de l’UAGCP vers le niveau régional, préfectoral et sur un échantillonnage des formations sanitaires seront également prévues afin de minimiser au maximum les risques.

Enabel auditera trimestriellement les dépenses par le biais d’un auditeur externe sur un échantillon aléatoire de formations sanitaires.

Au niveau des formations sanitaires, les subsides doivent être comptabilisés selon les règles en vigueur et archivés pendant une période de 5 ans pour les audits externes. Les règles d’utilisation des subsides du FBR (dépenses) sont décrites dans le tableau ci-dessus.

Les règles d’utilisation du recouvrement des coûts respectent les procédures en vigueur.

## 7.2Pour les DPS et IRS

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 conformément au tableau ci-dessous Les catégories et proportion des dépenses éligibles au niveau d’une DPS/IRS sont contenues dans le tableau ci-dessous.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Catégories des dépenses | % des subsides |
| 1 | Pour la quantité: financement des activités opérationnelles (remboursement) | 100% |
| 2 | Pour le bonus qualité |  |
| 2.1 | Renforcement des capacités – supervision- appui au fonctionnement  Maintenance des infrastructures et des équipements, petits investissements | ≥30% |
| 2.2 | Primes de motivation de tout le personnel y compris les bénévoles | ≤70% |

Tableau 24 : Tableau 25: Dépenses éligibles niveau DPS/IRS

Les critères de répartition des primes sont les même que ceux utilisés au niveau des centres de santé.

## 7.3 Pour le CRVV

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Catégories des dépenses | % des subsides |
| 1 | Pour la quantité: financement des activités opérationnelles (remboursement/perdiems) | 100% |
| 2 | Pour le bonus qualité |  |
| 2.1 | Fonctionnement (communication, internet, entretien etc.)  Maintenance des infrastructures et des équipements, petits investissements | ≥10% |
| 2.2 | Primes de motivation de tout le personnel | ≤90% |

## 7.4 Pour la CTN-FBR

Les catégories et proportion des dépenses éligibles avec les subsides au niveau de la CTN-FBR sont contenues dans le tableau ci-dessous.

# Tableau 25 : Tableau 26: Dépenses éligibles niveau CTN-FBR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Catégories des dépenses | % des subsides |
| 1 | Pour la quantité: financement des activités opérationnelles (remboursement) | 100% |
| 2 | Pour le bonus qualité |  |
| 2.1 | Primes de motivation de tout le personnel y compris les bénévoles | 100% |

Le Contrôle des dépenses éligibles suit les mêmes procédures que celui des formations sanitaires en respectant les procédures de dépenses contenu dans le manuel/note technique.

VIII. Prise en compte de la politique de gratuité des soins existante dans le processus

Cette disposition permet d’avoir des factures saines au profit de la gratuité et renforce le système de santé. Il est important de faire participer le Ministère en charge des finances aux instances de validation des résultats et de certification des factures du FBR et de la gratuité.

# 8.1Complémentarité FBR-Gratuité-Recouvrement des coûts

Le modèle national FBR proposé prend en compte la politique de la gratuité des soins et le recouvrement des coûts mis en oeuvre en Guinée.

La gratuité des soins consiste à fournir des prestations de soins à la population cible c’està-dire les SONUB/SONUC (accouchements, césariennes, CPN, CPoN etc.) sans qu’ils n’y participent financièrement. L’Etat en tant que garant de la santé de la population s’est substitué en tiers payant pour la prise en charge de ces prestations fournies gratuitement.

La facture de cette gratuité continuera d’être assurée par un tiers payant qui est soit l’Etat, soit un partenaire technique et financier. Dans ce cas le FBR vient en appui à travers des subsides complémentaires.

Pour ce qui est des VBG et la PF, Enabel assurera le tires payant à travers les subsides transférées aux formations sanitaires.

Le recouvrement des coûts continuera d’être assuré par les usagers des formations sanitaires conformément aux textes en vigueur.

## 8.2Coordination de l’intégration FBR-Gratuité

* Dans le but de limiter la fragmentation dans la coordination et la mise en œuvre du FBR et de la gratuité, d’optimiser l’efficience dans l’utilisation des ressources (financières, humaines, logistique, CRVV/ONG pour les vérifications), de réduire la charge administrative des agents (multiplicité des outils) et d’améliorer la qualité des soins (la gratuité ne vérifie pas la qualité), le FBR va intégrer les mesures de gratuite existantes. Cette intégration se fera de la manière suivante :
* Une collaboration étroite entre la CTN-FBR et la structure de gestion de la gratuité ;
* Un seul comité technique de suivi et un comité de pilotage pour les deux (2) stratégies ;
* Une intégration du dispositif de suivi au niveau IRS et DPS;
* L’utilisation des mêmes structures (ONG/CRVV) pour les vérifications ;
* L’utilisation des mêmes outils de gestion prenant en compte les besoins d’information du FBR et de la gratuité au niveau des structures de prestations ;
* Une seule Base des données/portail pour les deux (2) stratégies : DHIS2 FBR-

Gratuité pour la gestion des données et des factures ; - Un seul plan de communication ;

* Des factures séparées pour le FBR et pour la gratuité;
* L’utilisation des comités de validations pour la validation des factures du FBR et de la gratuité ;
* Le virement des fonds du FBR se fera selon le disposif du présent manuel.

*56*

# 9. Suivi-évaluation : idem manuel national

# 10. Risques/fraudes possibles, mesures préventives, sanction et règlement des litiges et conflits : idem manuel national

# 11. Financement du FBR de Mamou

Enabel va signer une convention de subsides avec le Ministère de la Santé. Cette convention fixera les modalités de financement et d’utilisation des subsides. Les fonds seront gérés par l’UAGCP.

A cet effet il sera ouvert un compte au niveau du payeur/UAGCP destiné uniquement au paiement des subsides. A cela s’ajoute la contribution au fonctionnement de l’UAGCP (frais administratif et de gestion) et de la CTN-FBR.

Le financement du processus et des activités de soutien sera assuré par Enabel.

*Page* ***57*** *sur* ***61***

# Tableau 26 : Types de financement du FBR de Mamou

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Financement | Financement Outputs subsides | | Financement Inputs |
| 1 | Financement IRS, DPS et  CTN-FBR | Indicateurs de résultats | |  |
| 2 | Financement des activités de  vérifications qualité | Indicateurs de résultats | |  |
| 3 | Financement des activités de vérification quantité et communautaires | Indicateurs de résultats |  | Inputs :Pour la communautaire |
| 4 | Paiement des subsides des structures | Indicateurs résultats | de |  |
| 4 | Fiannacement BAQ |  |  | Inputs : Identification après l’enquête de base |
| 5 | Financement du processus  (Formations/ateliers, Enquête de base, Elaboration des premiers bisness plans, participation aux rencontres bilan FBR, reproduction des outils, cérémonie de lancement FBR etc…..) |  |  | Financement à l’input conformément aux TDRs |
| 6 | Financement CRVV | Résultats | |  |

# 12. Pérennisation du FBR à Mamou

Il s’agit là de réformes importantes qui vont solliciter le leadership du Ministre de la santé et du Secrétaire Général en collaboration avec la CTN-FBR et l’UAGCP.

## 12.1 Mise en place de la structure para étatique (confère note technique de mise en place de la structure para étatique)

*58*

## 12.2 Les financements innovants pour le financement du FBR sont mis en œuvre

Le modèle du FBR de la Guinée concerne les 3 volets suivants du financement de la santé (i) le financement des activités d’encadrement et de régulation de la structure du niveau central (CTN-FBR), de l’IRS et de la DPS, (ii) le financement de l’achat des prestations y compris les prestations de la gratuité et (iii) le financement des subventions allouées aux structures. Des mécanismes de mobilisation des financements domestiques pour le financement endogène du FBR seront identifiés et le plaidoyer réalisé pour les transformer sous forme de résultats (subventions de l’Etat, lignes de la gratuité des soins, subventions des programmes spécifiques, recouvrement des coûts, ristournes, mutualisation des ressources des partenaires qui financent le FBR, création d’une ligne budgétaire etc.).

Le ministère en charge des finances et l’assemblée nationale sont deux alliés stratégiques de l’acceptation et la faisabilité de ces réformes. Ces 2 structures seront associées aux discussions (membres du comité de pilotage) afin de s’imprégner des réformes, de contribuer à la mobilisation des ressources financières et de faciliter la mise en œuvre des réformes nécessaires (lois, décrets/arrêtés d’applications). A cela s’ajoute le ministère en charge de la décentralisation, pour son rôle dans le transfert des ressources et des compétences des formations sanitaires aux collectivités territoriales. Les collectivités territoriales ont aussi un grand rôle à jouer dans la mobilisation et l’allocation des ressources à la santé d’où leur implication dans la mise en œuvre.

12.2 Le plan de transfert des compétences pour la pérennité du FBR est fonctionnel

La mise en œuvre de cette mesure permet de promouvoir l’expertise nationale pour assurer la continuité à la fin du projet. Cette disposition a été prise en compte dès le début du projet.

Dans notre proposition, cette action consiste à élaborer et mettre en œuvre des mécanismes de rétention du personnel local (vérificateurs, assistants techniques nationaux FBR) qui aura travaillé au sein de l’ACV au cours des 12 mois de mise en œuvre au regard de leur expérience dans le domaine. A cela s’ajoute l’affectation des fonctionnaires ayant été des acteurs clés dans la mise en œuvre au sein de la structure para étatique pour assurer la continuité. Aussi la participation des acteurs du système à toutes les fonctions/activités de mise en œuvre assure leur capacitation au profit du système. A cela s’ajoute le coaching de l’IRS, de la DPS, des formations sanitaires sur le terrain et le transfert de toute la documentation sur la mise en œuvre du FBR de Mamou aux acteurs du système.

# Conclusion

La mise en œuvre effective du FBR dans la préfecture de Mamou ettra aux populations en général et celles vulnérables en particulier (femmes, enfants, jeunes et adolescents) d’avoir un accès facile aux soins de santé de la reproduction et des VBG.

Une appropriation de cette stratégie par tous les acteurs s’avère nécessaire et pour cette raison, une large diffusion ainsi qu’un suivi régulier permettront un succès total dans sa mise en œuvre. Dans un contexte de rareté des ressources une bonne mobilisation ainsi qu’une bonne gestion des ressources transférées restent des aspects primordiaux. La mise en œuvre de cette stratégie demande le leadership de l’Etat/Ministère de la santé, l’engagement des PTF et des Collectivités, l’accompagnement des OSC, du Privé et une pleine participation des communautés.

Aussi, il est important de commencer à mener la réflexion pour l’extension du FBR dans les autres districts que sont Pitta et Dalaba pour une couverture régionale de la stratégie. Cette mise à l’échelle régionale permet d’assurer l’équité et l’efficience dans la mise en œuvre de la stratégie.

*60*

# ANNEXES

## Manuel National FBR;

## Document de budgétisation de la tranche conditionnelle ;

PREVISIONS BUDGETAIRES POUR LA TRANCHE CONDITIONNELLE

Période : Décembre 2021 – Mai 2023

**Introduction**

Le présent document a pour objectif de présenter le budget prévisionnel de la tranche condtionnelle en tenant compte de l’inflation, de la prise en compte du comité régional de vérification et de validation et du budget disponible. Il couvre la période de décembre 2022 à Mai 2023.

**Objectifs**

* Déterminer les cibles du projet pour la période des 6 mois
* Estimer le montant des subventions à verser à chaque structure bénéficiaire

Méthodologie utilisée pour la détermination des cibles et l’élaboration du budget

* Pour la détermination des cibles pour les 6 mois

La détermination des cibles de base par indicateur au niveau des formations sanitaires a suivi les étapes suivantes :

* Collecte des informations sur les cibles atteintes pour la période de Décembre 2021 à Mai 2022 ajustées
* Appliquer le taux d’accroissement annuel de la population Guinéenne qui est de 2,7% ;
* Une simulation de l’effet FBR avec pour hypothèse un pourcentage d’une augmentation de l’utilisation des services par indicateur (pas d’accroissement par indicateur objet d’achat).la simulation de l’année 2021-2022 a été utilisée

|  |
| --- |
| Cible semestrielle projetée = Cible atteinte à la même période de N-1 X taux d’accroissement X effet/contribution FBR attendu |

* **Détermination du budget**

**Modification :**

* **Au niveau des centres de santé**
* 2 indicateurs ont été supprimés. Il s’agit de la consultation des nourrissons sains (pesées et toisées) et la consultation des adultes de plus de 5 ans (ainsi que la mise en observation des adultes de plus de 5 ans) ;
* Le prix de 3 indicateurs suivants ont été divisés par 2 : Nombre de premiers contacts de moins de 5 ans, Nombre d'enfants de < 1 an complètement vaccinés cours de la période, Nombre de cas référés (exclus le 10,12, 14)
* Le score de qualité moyen a été fixé à 82%
* Les paiements mensuels se font sur la base de la planification financière mensuelle (faite à partir des données de la même période antérieure). La facture mensuelle à l’échelle district est donc plafonnée. Cependant à la fin de la période s’il y’a un solde positif, ce solde est reversé au district pour répartition aux formations sanitaires en fonction des reliquats de chaque formation sanitaire.

.

Le budget récapitulatif se présente comme suit :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prestations/Indicateurs (outputs)** | | **Cibles atteintes N-1** | | **Pas de progression total annuel** | **Cible actualiséé**  **Dec-Mai** | **prix actualisé** | **Montant** |
| 1 | Nombre de premiers contacts de moins de 5 ans | | **19544** | | 1,27 | **24821** | 2715 | **67388689** |
| 2 | Nombre de patients de moins de 5 ans mis en observation | | **1580** | | 1,28 | **1415** | 1493 | **2112595** |
| 3 | Nombre d’accouchements assistés par un personnel qualifié | | **2500** | | 1,177 | **2943** | 54296 | **159765980** |
| 4 | Nombre de fiches/femmes avec 4CPN dont une au 9eme Mois | | **6333** | | 1,177 | **7454** | 27148 | **202359590** |
| 5 | Nouveaux utilisateurs des moyens de contraception moderne de courte durée d’action (exclus les adolescents de 10 à 19 ans) | | **3025** | | 1,077 | **3258** | 26243 | **85497726** |
| 6 | Nouveaux utilisateurs/adolescents (10 à 19 ans) des moyens de contraception moderne de courte durée d’action | | **534** | | 1,077 | **575** | **26243** | **15092822** |
| 7 | Nouveaux utilisateurs des moyens de contraception moderne de longue durée d’action (exclus les adolescents de 10 à 19 ans) | | **1040** | | 1,077 | **1120** | 38007 | **42570881** |
| 8 | Nouveaux utilisateurs/adolescents (10-19 ans) des moyens de contraception moderne de longue durée d’action | | **112** | | 1,077 | **121** | **38007** | **4584556** |
| 9 | Nombre de femmes référées/évacuées pour complications obstétricales vers le niveau supérieur | | **189** | |  | **200** | 40722 | **8144400** |
| 10 | Nombre d'accouchées reçues dans les 42 Jours après accouchement | | **3497** | | 1,177 | **4116** | 21718 | **89390615** |
| 11 | Nombre de femmes porteuses de fistules obstétricales dépistées et référées | | **2** | |  | **4** | 27148 | **108592** |
| 12 | Nombre de cas de violence basée sur le genre pris en charge au cours de la période (Violence sexuelle, Violence corporelle) | | **191** | | 1,28 | **244** | 73299 | **11946760** |
| 13 | Nombre de complications de violence basée sur le genre référés au cours de la période (Violence sexuelle, Violence corporelle) | | **7** | | 1 par CS | **18** | 81444 | **977328** |
| 14 | Nombre d'enfants de < 1 an complètement vaccinés cours de la période | | **5156** | | 1,087 | **5605** | 6787 | **38038230** |
| 15 | Nombre de cas référés (exclus le 10,12, 14) | | **564** | | 1,3 | **733** | 12217 | **8957138** |
|  | Total | | **44274** | |  | **52626** |  | **736935901** |
| bonus qualité à 82% | | 71716 | |

* **Au niveau des hôpitaux**

**Modifications :**

* Les prestations retenues sont des prestations uniquement de la préfecture de Mamou, les autres préfectures sont exclues ;
* Le prix de 8 indicateurs suivants ont été divisés par 2 : il s’agit des césariennes, des GEU, des accouchements dystociques, complications obstétricales prises en charge, hospitalisées pour autres complications de la grossesse, contre-références réalisées et transmises à la DPS, lésions précancéreuses, fistules obstétricales,
* Ont été inclus, les 4 indicateurs de la PF de la préfecture de Mamou
* Le score de qualité moyen a été fixé à 82%
* Les paiements mensuels se font sur la base de la planification financière mensuelle (faite à partir des données de la même période antérieure). La facture mensuelle de l’hôpital est donc plafonnée. Cependant à la fin de la période s’il y’a un solde positif, ce solde est reversé à l’hôpital conformément aux prestations non payées.

**Le budget récapitulatif se présente comme suit :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prestations/Indicateurs (outputs)** | **Nombre actualisé** | **Prix unitaire** | **Montant** |
| 1 | Nombre de césariennes réalisées au cours de la période de la préfecture de Mamou | 210 | 162887 | 34206165 |
| 2 | Nombre de GEU prises en charge au cours de la période de la préfecture de Mamou | 6 | 108591 | 651546 |
| 3 | Nombre d’accouchements eutociques assistés par un personnel qualifié (accouchements dystociques et césariennes exclus) de la préfecture de Mamou | 730 | 38007 | 27745110 |
| 4 | Nombre d’accouchements dystociques réalisés (dystocie mécanique, dystocie dynamique) de la préfecture de Mamou | 140 | 81444 | 11402090 |
| 5 | Nombre de femmes prises en charge dans la formation sanitaire suite à une complication obstétricale de la préfecture de Mamou | 70 | 54296 | 3800685 |
| 6 | Nombre de femmes enceintes et en post partum hospitalisées pour autres complications de la grossesse de la préfecture de Mamou | 50 | 16153 | 807625 |
| 7 | Nombre de contre-références provenant de la préfecture de Mamou réalisées et transmises à la DPS au cours de la période | 732 | 11402 | 8346264 |
| 8 | Nombre de femmes présentant des lésions précancéreuses/cancéreuses du col de l’utérus dépistées et prise en charge au cours de la période (Dysplasie du col de l’utérus) de la préfecture de Mamou | 13 | 29863 | 388213 |
| 9 | Nombre de femmes porteuses de fistules obstétricales dépistées et prises en charge ou référées au cours de la période de la préfecture de Mamou | 2 | 32578 | 65155 |
| 10 | Nombre de cas de VGB prises en charge au cours de la période selon le protocole (Violence sexuelle, Autres violence basée sur le genre) | 70 | 162888 | 11402160 |
| 11 | Nouveaux utilisateurs des moyens de contraception moderne de courte durée d’action (exclus les adolescents de 10 à 19 ans) de la préfecture de Mamou | 126 | 26243 | 3306618 |
| 12 | Nouveaux utilisateurs/adolescents (10 à 19 ans) des moyens de contraception moderne de courte durée d’action de la préfecture de Mamou | 45 | 26243 | 1180935 |
| 13 | Nouveaux utilisateurs des moyens de contraception moderne de longue durée d’action (exclus les adolescents de 10 à 19 ans) de la préfecture de Mamou | 87 | 38007 | 3306609 |
| 14 | Nouveaux utilisateurs/adolescents (10-19 ans) des moyens de contraception moderne de longue durée d’action de la préfecture de Mamou | 10 | **38007** | 380070 |
|  | Total | 2291 |  | 106989245 |
|  |  |  |  | 12587 |
|  |  |  | HEC | 1385 |
|  |  |  | Score de qualité=82% | 11457 |

**Au niveau de la DPS,**

**Modification**: le montant de l’enveloppe du bonus qualité a été divisé par 2, les coachings sont intégrés aux supervisions. Une seule supervision/coaching par centre de santé a été retenu pour la période des 6 mois. Un membre du CRVV doit faire partie des équipes de supervision pour veiller à la réalisation des coachings de qualité. Les autres indicateurs régaliens de l’ECD ont été supprimés.

Le score de performance est fixé à 90%.

Les paiements mensuels se font sur la base de la planification financière mensuelle. La facture mensuelle de la DPS est donc plafonnée. Cependant à la fin de la période, s’il y’a un solde positif, ce solde est reversé à la DPS conformément aux prestations non payées.

Les indicateurs retenus sont illustrés dans le tableau ci-dessous :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prestations/Indicateurs (outputs)** | **Cible S1 2023** | **prix unitaire** | **total** |
| 1 | Nombre de contre références issues de l’hôpital et transmises aux formations sanitaires | 732 | 1067 | 780511 |
| 2 | Nombre de supervisions intégrées couplées au coachings réalisés | 18 | 1157100 | 20827800 |
| 3 | Nombre de sorties de vérifications qualités | 36 | 1157100 | 41655600 |
| 4 | Participation à la vérification quantité des formations sanitaires | 72 | 100000 | 7200000 |
|  | **Montant total (Total1)** | 1719 |  | 70463911 |
|  |  |  |  | 8290 |
|  |  |  | Bonus qualité à 90% | 2416 |
|  |  |  |  | 10706 |

**Au niveau de l’IRS**

**Modification**: le montant de l’enveloppe du bonus qualité a été divisé par 2, les activités régaliennes de l’IRS ont été supprimées. Seules sont retenues les activités spécifiques au FBR réalisées dans la préfecture de Mamou.

Le score de performance est fixé à 90%.

Les paiements mensuels se font sur la base de la planification financière mensuelle. La facture mensuelle de l’IRS est donc plafonnée. Cependant à la fin de la période, s’il ya un solde, ce solde est reversé à l’IRS conformément aux prestations non payées.

Les indicateurs retenus sont illustrés dans le tableau ci-dessous :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prestations/Indicateurs (outputs)** | **S1 2023** | **Prix unitaire** | **Montant** |
| 1 | Nombre de sortie conjointe avec les membres du CRVV pour le suivi de la mise en œuvre sur le terrain | 2 | 2.314.200 | 4.628.400 |
| 2 | Nombre de coachings des hôpitaux et de la DPS | 6 | 100.000 | 600.000 |
| 3 | Nombre de réunions du comité de coordination et de validation des résultats FBR tenue au cours de la période (trimestriel) | 2 | 14944000 | 29888000 |
| 4 | Nombre de vérifications qualité de la DPS | 2 | 400.000 | 800000 |
| 5 | Vérification qualité trimestrielle de l’HR et l’hôpital confessionnel | 4 | 9.853.200 | 39412800 |
| 6 | Participation à la vérification quantité mensuelle de l'HR et la DPS | 6 | 100.000 | 600000 |
| 7 | Réaliser une recherche action/capitalisation | 1 | 12500000 | 12500000 |
|  | **Total** | 23 |  | 88.429.200 |
|  |  |  |  | 10403 |
|  |  |  | Bonus qualité | 1897 |
|  |  |  |  | 12301 |

**Au niveau du CRVV**

L’enveloppe disponible pour les primes du personnel (6 personnes + personnel de soutien) pour les 8 mois de travail (7 mois de mise en œuvre et 1 mois de clôture) est de 7000 euros.

Les paiements mensuels se font sur la base de la planification financière mensuelle. La facture mensuelle du CRVV est donc plafonnée. Cependant à la fin de la période, s’il y a un solde, ce solde est reversé au CRVV conformément aux prestations non payées.

Les indicateurs retenus sont illustrés dans le tableau ci-dessous.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prestations/Indicateurs (outputs)** | **Cible S1 2023** | **prix unitaire** | **total** |
| 1 | Vérification quantité mensuelle des 18 CS formations sanitaires | 72 | 100000 | 7200000 |
| 2 | Vérification quantité mensuelle de l'HR | 4 | 100000 | 400000 |
| 3 | Vérification quantité mensuelle de la DPS er de l'IRS | 8 | 100000 | 800000 |
| 4 | Participation à la vérification qualité de la DPS | 2 | 200000 | 400000 |
| 3 | Nombre de sorties trimestrielles pour participer à la vérification quantité couplée à la qualité et coaching (CS, HR, DPS, IRS, HC) | 44 | 867825 | 38184300 |
|  | **Montant total (Total1)** |  |  | 46984300 |
|  |  |  |  | 5528 |
|  |  |  | bonus qualité à 95% | 6650 |
|  |  |  |  | 12178 |

**Au niveau de la CTN-FBR**

**Modification**: le montant de l’enveloppe du bonus qualité a été divisé par 2.

1. Indicateurs ont été supprimés : la contre-vérification, les visites conjointes, les sorties de suivi ont été intégrées aux sorties d’évaluation de l’IRS et du CRVV.

Les paiements mensuels se font sur la base de la planification financière mensuelle. La facture mensuelle du CRVV est donc plafonnée. Cependant à la fin de la période, s’il y a un solde, ce solde est reversé au CRVV conformément aux prestations non payées

Les indicateurs retenus sont illustrés dans le tableau ci-dessous :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prestations/Indicateurs (outputs)** | **Nbre de cas theoriques (+10%)** | Prix unitaire en GINF | Montant S1 |
| 1 | Nombre de sorties pour l’évaluation de la qualité au niveau de la DRS et du CRVV et de suivi de la mise en oeuvre réalisés conformément aux TDRs (trimestriel) | 2 | 18551000 | 37102000 |
| 2 | Nombre de rencontres trimestrielles du comité élargi tenues | 2 | 5000000 | 10000000 |
| 3 | Tenir les rencontres du comité de pilotage (semestriel) | 1 | 16880000 | 16880000 |
|  | **Montant total (Total1)** | 5 |  | 63982000 |
|  |  |  |  | 7527 |
|  |  |  | Bonus qualité à 90% | 1605 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Total | 9132 |

**Au niveau de l’UAGCP**

**Modification**: le montant de l’enveloppe des primes a été divisé par 2.

L’indicateur de suivi a été supprimé

**Synthèse du budget**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Structures** | **Budget plafond** | **%** |
| Centres de santé | 71716 | 46% |
| hôpitaux | 11457 | 7% |
| DPS | 10706 | 7% |
| IRS | 12301 | 8% |
| CRVV | 12178 | 8% |
| CTN-FBR | 9132 | 6% |
| Gestion-RH | 28.139 | 18% |
|  | 155628 |  |

Important : la fin du contrat du contrôleur financier (CF) est fixée au 28 février 2023. Il faudra donc prévoir le maintien du CF de mars à juillet soit 5 mois.

1. Rapport atelier de catégorisation des formations sanitaires, MS, 2019 [↑](#footnote-ref-1)
2. Support à créer [↑](#footnote-ref-2)
3. Support à créer pour renseigner surtout les résultats du 42 eme joour [↑](#footnote-ref-3)
4. DIRECTIVES NATIONALES DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS INTEGREES A ASSISE COMMUNAUTAIRE EN MATIERE DE SANTÉ [↑](#footnote-ref-4)
5. Fonds de reserve permet de pallier aux ruptures de médicaments et outils de gestion et rentre dans le cycle de recettes et de dépenses pour chaque mois

   *Page* ***53*** *sur* ***61*** [↑](#footnote-ref-5)