

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION**

**MANUEL OPERATIONNEL DU
FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTAS
EN HAITI**



Ayiti pap peri

**Document officiel
Septembre 2013**

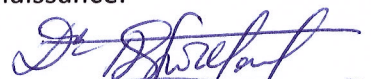
PREFACE

Depuis octobre 2011, le Ministère de la Santé Publique et de la Population de la République d'Haïti ne ménage pas ses efforts pour édicter des documents programmatiques¹ et textes réglementaires qui régissent le système de santé et fixent les dispositions organisationnelles, structurelles et pratiques. Cela traduit l'importance qu'il donne aux questions fondamentales, notamment le développement des ressources humaines dans le secteur public, la réforme du financement de la santé, la couverture universelle en santé, évitant ainsi l'anarchie et le non-respect des règles établies. Dans sa poursuite de la reconstruction du système de santé haïtien, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a élaboré le **Manuel d'Opérationnalisation du Financement Basé sur les Résultats (FBR)**, afin de définir les responsabilités des parties prenantes, garantissant un niveau d'ordre optimal dans la mise en œuvre de cette stratégie *qui a d'abord pris naissance en Haïti entre 1996 et 1997 avant d'être baptisée par les Ecoles Internationales*. Le financement axé sur les résultats est une nouvelle philosophie de Financement des soins et services de santé qui ne se résume nullement à un type de contrat ou à un protocole d'accord.

Fruit d'un véritable consensus, ce manuel né des échanges constructifs avec l'ensemble des partenaires du secteur de la santé a suscité des sentiments de satisfaction et d'inquiétude. Satisfaction puisque l'ensemble des acteurs du secteur de la santé disposent maintenant d'une stratégie et d'une vision communes pour le financement des institutions sanitaires. Inquiétude du fait que le FBR prône un changement de paradigme, de comportement des prestataires et des gestionnaires tout en exigeant la mise en place de véritable système de gestion.

Conçu avec flexibilité et de manière concertée, ce document permettra de standardiser le travail des acteurs sur le terrain, de créer des conditions qui permettent à l'Etat d'assurer son rôle régulateur du secteur et constituera un cadre de référence pour la mise en œuvre de l'achat des services de santé basé sur la performance. Il doit par conséquent ouvrir la voie vers un mécanisme unique de contractualisation ainsi qu'une harmonisation des rôles et attributions de tous les acteurs appelés à adopter cette stratégie. Mieux que tous les effets positifs susmentionnés, cette approche permet à chaque financement consenti de produire un impact sur tout le système de soins.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population s'assurera que ce document, fruit d'un travail ardu de plusieurs experts, soit effectivement utilisé comme référence pour la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats en Haïti. Bien entendu, au fur et à mesure de l'implémentation de cette approche contractuelle, le présent document subira des révisions et des réajustements en réponse aux réalités provenant du terrain. Ce n'est que le premier grand pas d'un long chemin à franchir avec l'accompagnement de nos partenaires, particulièrement l'USAID à travers le projet LMG, la Banque Mondiale, CORDAID et AEDES, à qui nous exprimons notre reconnaissance.


Dr Florence D. GUILLAUME
Ministre

¹ Politique National de Santé, Plan de Développement des Ressources Humaines, Plan Stratégique National de Développement Sanitaire, etc.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I. INTRODUCTION	8
I.1. Contexte et justification	8
I.2. Présentation du manuel opérationnel du FBR	9
CHAPITRE II. BREVE DESCRIPTION DU SYSTEME DE SANTE D'HAÏTI	10
II.1. Organisation du système de santé	10
II.2. Situation épidémiologique	11
II.4. Principaux défis du secteur de la santé en Haïti	13
II.5. Principales réformes dans secteur de la santé	14
CHAPITRE III. LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS EN HAÏTI	15
III.1. Définitions des concepts clés	15
III.2. Principes directeurs du Financement Basé sur les Résultats en Haïti	19
III.3. Arrangements institutionnels du Financement basé sur les Résultats en Haïti	20
III.4. Objectifs du Financement Basé sur les Résultats en Haïti	21
III.5. Résultats attendus du FBR	22
III.6. Défis de mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats en Haïti	22
CHAPITRE IV. MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS EN HAÏTI.....	23
IV.1. Intervenants au niveau communautaire	23
IV.2. Acteurs au niveau périphérique	23
IV.3. Les acteurs du niveau décentralisé (niveau départemental)	24
IV.4. Les acteurs du niveau central	30
CHAPITRE V : OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS.....	36
V.1. Les Outils de gestion du FBR	36
V.2. Les outils de gestion comptable et financière	39
V.3. L'outil de facturation dans le cadre du FBR	39
V.4. Les indicateurs de résultats et de performance	40
V.5. Paiement des résultats et calcul des primes de performance	40
CHAPITRE VI : LE SYSTEME DE VERIFICATION	42
VI.1. Vérification des données quantitatives	42
VI.2. Vérification de la qualité des prestations	43
VI.3. VI.3. La facture trimestrielle définitive	45

CHAPITRE VII. CIRCUIT DE FONDS ET DELAIS DE PAIEMENT	47
VII.1. Délais de paiement	46
VII.2.1. Pour les Prestations des structures de soins	46
VII.2.2. Pour les prestations de la DDS / UAS	46
CHAPITRE VIII. SUIVI ET EVALUATION DU FBR.....	47
VIII.1. Niveaux et Acteurs du Système de Suivi / Evaluation	47
VIII.2. Suivi / Evaluation au niveau national	48
VIII.3. Renforcement des capacités et encadrement des acteurs du FBR	49
VIII.4. Recherche action	50
VIII.5. Source de données	50
VIII.6. Produits d'information	51
VIII.7.. Procédures de mise à jour du Manuel Opérationnel	51
CHAPITRE IX. REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS	53
IX.1. Règlement des litiges au niveau des structures de soins	53
IX.2. Règlement des litiges liés à la motivation du personnel	53
IX.3. Règlement des litiges au niveau de la DDS	54
IX.4. Règlement des litiges entre l'AEV et les structures contractualisées	54
IX.5. Règlement des litiges au niveau des associations locales chargées des enquêtes communautaires	54
CHAPITRE X : ANNEXES.....	55

PREFACE

Depuis octobre 2011, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) de la République d'Haïti ne ménage pas ses efforts pour édicter des documents programmatiques et textes réglementaires qui régissent le système de santé et fixent les dispositions organisationnelles, structurelles et pratiques. Cela traduit l'importance qu'il donne aux questions fondamentales, notamment le développement des ressources humaines dans le secteur public, la réforme du financement de la santé, la couverture universelle en santé, évitant ainsi l'anarchie et le non-respect des règles établies. Dans sa poursuite de la reconstruction du système de santé haïtien le Ministère de la Santé Publique et de la Population a d'élaboré le Manuel d'Opérationnalisation du Financement Basé sur les Résultats (FBR), afin de définir les responsabilités des parties prenantes, garantissant un niveau d'ordre optimal dans la mise en œuvre de cette stratégie qui a d'abord pris naissance en Haïti entre 1996 et 1997 avant d'être baptisée par les Ecoles Internationales. Le financement axé sur les résultats est une nouvelle philosophie de Financement des soins et services de santé qui ne se résume nullement à un type de contrat ou à un protocole d'accord.

Fruit d'un véritable consensus, ce manuel né des échanges constructifs avec l'ensemble des partenaires du secteur de la santé, a suscité des sentiments de satisfaction et d'inquiétude. Satisfaction puisque l'ensemble des acteurs du secteur de la santé disposent maintenant d'une stratégie et d'une vision communes pour le financement des institutions sanitaires. Inquiétude du fait que le FBR prône un changement de paradigme, de comportement des prestataires et des gestionnaires tout en exigeant la mise en place de véritable système de gestion.

Conçu avec flexibilité et de manière concertée, ce document permettra de standardiser le travail des acteurs sur le terrain, de créer des conditions qui permettent à l'Etat d'assurer son rôle régulateur du secteur et constituera un cadre de référence pour la mise en œuvre de l'achat des services de santé basé sur la performance. Il doit par conséquent ouvrir la voie vers un mécanisme unique de contractualisation ainsi qu'une harmonisation des rôles et attributions de tous les acteurs appelés à adopter cette stratégie. Mieux que tous les effets positifs susmentionnés, cette approche permet à chaque financement consenti de produire un impact sur tout le système de soins.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population s'assurera que ce document, fruit d'un travail ardu de plusieurs experts, soit effectivement utilisé comme référence pour la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats en Haïti. Bien entendu, au fur et à mesure de l'implémentation de cette approche contractuelle, le présent document subira des révisions et des réajustements en réponse aux réalités provenant du terrain. Ce n'est que le premier grand pas d'un long chemin à franchir avec l'accompagnement de nos partenaires, particulièrement l'USAID à travers le projet LMG, la Banque Mondiale, CORDAID et AEDES, à qui nous exprimons notre reconnaissance.

Dr Florence Duperval Guillaume
Ministre

¹*Politique National de Santé, Plan de Développement des Ressources Humaines, Plan Stratégique National de Développement Sanitaire, etc.*

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ABC	Association à Base Communautaire
AEDES	Agence Européenne pour le Développement et la Santé
AEV	Agence Externe Indépendante de Vérification
CDP	Comité Départemental de Pilotage
CNP	Comité National de Pilotage
CORDAID	Catholic Organization for Relief and Development Aid
CS	Centre de Santé
DAB	Direction de l'Administration et du Budget
DDS	Direction du Département Sanitaire
DG	Directeur Général
DS	District Sanitaire
DSF	Direction Santé de la Famille
FBR	Financement Basé sur les Résultats
HCR	Hôpital Communautaire de Reference
HD	Hôpital Départemental
IRA	Insuffisance Respiratoire Aigue
IS	Institution Sanitaire
LMG	Leadership, Management and Governance
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Extérieure
MSH	Management Sciences for Health
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PAP	Plan d'Action Périodique
PES	Paquet Essentiel des Services

PIB	Produit Intérieur Brut
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSPE	Structures de Santé de Premier Echelon
UADS	Unité d'Appui à la Décentralisation Sanitaire
UAS	Unité d'Arrondissement de Santé
UC	Unité de Contractualisation
UCS	Unité Communale de Santé
UEP	Unité d'Etude et de Programmation
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humain

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Séparation des fonctions entre acteurs du modèle FBR de la structure de soins d'Haïti.....	18
Figure 2 : Modèle contractuel du FB.....	21

CHAPITRE I. INTRODUCTION

I.1. Contexte et justification

Le financement sur base de résultats (FBR) du système de santé s'inscrit dans le cadre de la Politique Nationale de Santé et des stratégies nationales dans le domaine du financement de la santé. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) de la République d'Haïti indique clairement son objectif de «rationaliser l'utilisation des ressources disponibles en réalisant l'alignement des bailleurs de fonds sur les priorités nationales dans le cadre d'un partenariat basé sur la performance et la reddition de compte²», avec le financement du secteur comme un des axes globaux à travers l'établissement d'un «système de Financement Basé sur la Performance³».

Depuis plusieurs années des initiatives adoptant différentes formes de FBR ont été mises en place dans certains départements d'Haïti et ont montré quelques résultats prometteurs. De 1996 à 1998, le MSPP a expérimenté une forme d'approche contractuelle à travers la mise en œuvre des UCS, dans le cadre du Projet de Soins de Santé Primaires, avec l'appui de la BID. En 1999 Management Sciences for Health (MSH) a mis en œuvre un projet avec une composante de FBR, sous financement de l'Agence américaine pour le développement international (USAID). L'impact de cette stratégie sur la prestations des services a été initialement évalué en 2001 et en 2009 (Eichler, Auxila et al 2001; Eichler et Levine 2009), et les résultats de cette évaluation ont montré que les structures sanitaires contractualisées ciblées dans le système FBR présentent de meilleurs résultats que le reste du pays (selon l'EDS 2005) dans quatre domaines clés: une augmentation substantielle des taux d'enfants complètement vaccinés, les soins prénataux chez les femmes enceintes, les accouchements assistés, ainsi que les soins post-nataux (Eichler et al.2009). Fort de ce succès, l'USAID a renforcé son initiative de FBR, et en 2005, elle a soutenu plusieurs ONG à travers le projet appelé Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti (SDSH) qui a été mis en œuvre par MSH⁴.

Dans le but d'avoir une meilleure compréhension et définition du processus de FBR au niveau national, le MSPP a conduit des ateliers (en mai, juillet et novembre 2012) avec la participation de l'ensemble des partenaires du secteur de la santé, pour réfléchir sur un montage institutionnel.

S'inscrivant dans ce processus, certains partenaires techniques et financiers se proposent de soutenir les efforts du MSPP et d'accompagner les réformes du système de santé haïtien en mettant l'accent sur le processus de décentralisation et de contractualisation.

²*Politique Nationale de Santé, MSPP 2012*

³*Idem*

⁴*Impact of performance-based financing in Haiti, Final report, Shepard, Donald et al., Brandeis University et CHS, MSH, 2011*

Ainsi, la Banque Mondiale et l'USAID ont conjointement initié une série de réflexions qui devraient pouvoir aider le MSPP à mettre en place progressivement le FBR en Haïti dans la perspective d'une extension à l'échelle nationale en fonction de l'évolution et des résultats.

L'appui de la Banque Mondiale et de l'USAID à la mise en œuvre du FBR en Haïti est non seulement motivé par le choix du pays exprimé dans sa Politique Nationale de Santé, mais aussi par des différentes expériences du financement basé sur les résultats (FBR) faites dans différents pays tels qu'en Afghanistan, en Argentine, au Burundi, au Cambodge, au Mexique et au Rwanda, et se sont avérées efficaces pour augmenter l'utilisation et la qualité des interventions de santé ayant un fort impact et une cout-efficacité prouvés pour la santé maternelle et infantile en particulier dans les zones rurales et parmi les pauvres. L'expérience montre que ces approches (i) donnent des signaux clairs aux prestataires des services de santé quant aux priorités du Gouvernement et garantissent que les institutions continuent de mettre suffisamment l'accent sur les interventions préventives et pour les plus démunis, (ii) permettent de décentrer l'accent sur les intrants vers la production de résultats tangibles, (iii) renforcent les systèmes de suivi et d'évaluation, (iv) renforcent la décentralisation de la prise de décision et (v) augmentent la productivité et la responsabilité dans la prestation de services. Toutes ces qualités sont essentielles à la fois pour l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle et infantile, et pour le renforcement du système de santé dans son ensemble.

I.2. Présentation du manuel opérationnel du FBR

Ce Manuel de Procédures y compris ses annexes, est un outil important pour la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) et sera utilisé par tous les acteurs de santé depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau central, en passant par les prestataires de soins à tous les niveaux. Ce Manuel décrit la manière dont seront réalisés l'achat et le financement des prestations, la régulation, la vérification, la prestation des services et soins de santé et la participation de la communauté dans tout ce processus.

Il s'agit d'une première version qui a été validée pendant un atelier avec la participation de certains cadres du MSPP, ainsi que des partenaires techniques et financiers impliqués dans la mise en œuvre du FBR. Il faut donc prévoir des ajustements de ce manuel au fur et à mesure de la mise en œuvre du processus. Les procédures de mise à jour du Manuel Opérationnel se trouvent dans la section VIII.8.

CHAPITRE II. BREVE DESCRIPTION DU SYSTEME DE SANTE D'HAÏTI

II.1. Organisation du système de santé

Le système de santé d'Haïti est décrit sous forme d'une structure administrative qui gère la structure de prestation de services de santé.

La structure administrative comprend trois niveaux, (Niveau 1) : Coordination de l'Unité d'Arrondissement de Santé⁵, (Niveau 2) : Direction Départementale Sanitaire, (Niveau 3) : Niveau Central du MSPP.

La structure du système de soins comprend également trois niveaux, (1) primaire, (2) secondaire et (3) tertiaire.

Le niveau primaire de soins comprend à son tour trois échelons : le premier échelon comporte le Centre Communautaire de Santé qui siège au niveau de la Section Communale ; le deuxième échelon au Centre de Santé qui siège au niveau de la Commune, tandis que le troisième échelon indique l'Hôpital Communautaire de référence siégeant au niveau du chef-lieu de l'Arrondissement.

Le niveau secondaire réfère à l'Hôpital Départemental qui est l'institution de référence pour le département.

Le niveau tertiaire se rapporte aux Institutions universitaires et spécialisées de référence nationale.

Le système de santé haïtien offre des soins formels à environ 47% de la population⁶. Cet accès réduit est compensé en partie par l'utilisation de la médecine traditionnelle comme premier recours face à la maladie. Le secteur privé est très important, particulièrement celui à but lucratif.

La carte sanitaire d'Haïti indique que le premier niveau du système de soins est composé d'un premier échelon avec 795 structures de santé de premier échelon (SSPE) avec et sans lits et 45 hôpitaux communautaires de référence (HCR) au deuxième échelon. Le deuxième niveau comprend 10 hôpitaux départementaux, tandis qu'au troisième niveau il y a l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH) et quelques centres spécialisés. Le système compte également 51 structures de soins qui offrent des services de soins spécialisés.

Dans son ensemble, le système compte 908 structures de services et de soins réparties comme suit : 278 institutions publiques (30.62%), 419 institutions privées (46,14%) et 211 institutions mixtes (23.24%)⁷.

⁵*Tandis que la plupart des UAS ne sont pas encore fonctionnels.*

⁶*Plan stratégique intermédiaire de sante-MSPP, 2004*

⁷*Annuaire Statistique 2010, MSPP*

Le réseau formel est organisé en 41 unités d'arrondissement de santé (UAS) desservant chacune une population de 80.000 – 140.000 habitants.

Les UAS ont le mandat d'assurer la dispensation d'un paquet essentiel de services (PES) et de coordonner le réseau sanitaire du premier niveau. Cependant ce modèle n'est pas encore appliqué dans tout le pays. Selon la Loi Organique en attente de promulgation, l'UAS est chargée de :

1. coordonner l'action sanitaire dans les limites géographiques d'un arrondissement, analyser l'état de la population et organiser l'offre de santé de manière à assurer l'accès universel et équitable de tous les habitants de l'arrondissement aux soins de santé ;
2. coordonner le développement des Plans Communaux sur la base des options définies dans la Politique Nationale de Santé et mises en œuvre à travers le Plan Triennal du Plan Directeur, et les compiler ;
3. planifier et mettre en œuvre les actions sanitaires nécessaires à la couverture sanitaire totale de la population de l'arrondissement ;
4. superviser et contrôler les activités, projets et programmes de santé exécutés au niveau de l'arrondissement.

En outre, l'Autorité Sanitaire Nationale assure la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels de qualité pour toute la population haïtienne, par (a) l'élaboration d'une politique pharmaceutique découlant de la politique sanitaire nationale, (b) le renforcement de la structure de régulation pharmaceutique pour pouvoir assurer pleinement ses fonctions réglementaires, (c) le développement d'un système unique d'approvisionnement en intrants et médicaments essentiels pour le système de prestation de soins, (d) l'actualisation du cadre légal du secteur pharmaceutique et (e) la disponibilité et la publication des informations réglementaires sur les médicaments en général.

II.2. Situation épidémiologique

Le tableau de morbidité en Haïti est encore occupé par les maladies infectieuses transmissibles (tuberculose, et autres IRA et chroniques, SIDA et autres maladies sexuellement transmissibles, filariose, malaria et dengue) ; les maladies d'origine hydrique ; les zoonoses et la rage humaine. Par ailleurs, l'incidence et la prévalence de certaines conditions (maladies cardiovasculaires, diabète, néoplasies, traumatismes) laissent entendre que le pays est en pleine transition épidémiologique.

Le taux de prévalence du SIDA est estimé à 2.2% , l'incidence de la tuberculose à 132/100.000 nouveaux cas de frottis et une prévalence de la tuberculose de 306/100.000 habitants , la prévalence de la malaria à

⁵*Tandis que la plupart des UAS ne sont pas encore fonctionnels.*

⁶*Plan stratégique intermédiaire de sante-MSPP, 2004*

⁷*Annuaire Statistique 2010, MSPP*

4.9%¹⁰, celle de la dengue classique et du goître respectivement à 0.72/100.000 et 10%, les néoplasies chez les femmes de 15 ans et plus sont à 1417/100.000¹¹, tandis que le taux de croissance des IRA qui restent en tête de liste des cause de morbidité est passé de 20.29% en 2009 à 5.94% en 2010.

Le taux brut de mortalité était estimé à 27.5/1000 en 1959 et s'est maintenu à 20/1000 jusqu'en 1970 pour descendre à 15.7/1000 au début des années 80 et à 10/1000 en 2000.

La mortalité infanto-juvénile liée principalement aux IRA, aux diarrhées et aux carences nutritionnelles a connu une baisse significative passant de 114‰ en 2006 à 88‰ en 2012¹². Toutefois, le rythme de décroissance ne permet pas au pays d'atteindre les OMD souscrits.

La mortalité maternelle estimée à 457/100.000 naissances vivantes au début des années 90 est passée à 523/100.000 en 1994-95 pour atteindre 630/100.000 en 2005¹³.

Selon l'Annuaire Statistique 2010 du MSPP, la première cause de mortalité des adultes est l'hypertension artérielle, suivie de près par le SIDA et la diarrhée aqueuse. La létalité de la diarrhée par choléra a été de 69/100.000 entre 2010 et 2011.II.3.

La grande majorité de la population haïtienne (72%) vit en dessous du seuil de pauvreté, avec moins de 2 dollars américains par jour (UNESCO 2009). Les dépenses de la santé représentent 3.3% du revenu des ménages (ECVH-Haïti, 2001). Seulement 9% des ménages en milieu rural et 28% en milieu urbain s'estiment capables de faire face à leurs dépenses de la santé, tandis que 4 ménages sur 5 sur l'ensemble du pays se disent incapables de pourvoir à leurs besoins alimentaires.

L'analyse du budget alloué à la santé démontre un faible niveau de financement et beaucoup d'inefficiences soit 5,7% du PIB consacrés à la santé pour l'exercice fiscal 2005-2006. Cependant, avec 32 US\$ dépensés par année par habitant (MSPP, 2009), les résultats sanitaires ne sont pas améliorés d'autant.

Le financement de la santé, malgré le contexte de pauvreté de la population déjà évoqué, repose en bonne partie sur le paiement direct effectué par les patients. Les ménages contribuent pour environ un tiers aux dépenses de la santé. De même, l'Etat assume près d'un tiers des dépenses de la santé. Le budget global alloué à la santé a atteint 75 millions de dollars américains pour l'année fiscale 2009-2010, dont la grande part du budget de MSPP, environ 90-94%, a été consacré au paiement de salaires de personnel et presque rien n'a été alloué aux coûts opérationnels.

¹⁰PSNLMT 2009- 2013, MSPP

¹¹Indicateurs de base MSPP, 2004

¹²EMMUS – V, 2012

¹³EMMUS II, III, IV, V

La coopération internationale injecte des fonds importants dans le financement de la santé au travers des programmes verticaux, principalement dans le domaine du VIH/SIDA pour lequel les dépenses représentent le double de tout le budget public consacré à la santé (Plan Stratégique Intermédiaire de Santé, MSPP 2010). Le manque de coordination de l'appui financier entraîne un déséquilibre au sein du système de santé, loin de renforcer le système de soins et d'apporter des solutions pérennes aux problèmes sanitaires.

Par ailleurs, dans sa vision dans le cadre du financement du secteur de la santé, l'Etat haïtien s'est engagé à la mobilisation et l'alignement du financement de la santé avec des priorités et résultats projetés qui consistent à :

- Créer un fonds commun pour le financement de la santé – Fonds de Solidarité Nationale pour la Santé (FSNS) ;
- Trouver et mettre en place les mécanismes de décentralisation du budget ;
- Augmenter progressivement le pourcentage du budget de santé à 15% du budget national ;
- Garantir, suivre et diriger la complémentarité des différentes sources de financement ;
- Assurer le suivi du financement du secteur ;
- Etablir un financement basé sur la performance (Approche contractuelle)¹⁴.

II.4. Principaux défis du secteur de la santé en Haïti

□ De la gouvernance et de coordination :

- Obsolescence du cadre légal encore en vigueur
- Structure organisationnelle du MSPP ne lui permettant pas de remplir ses fonctions essentielles
- Déficience quantitative et qualitative des ressources, tant humaines que matérielles
- Multiplicité d'acteurs, avec des motivations et des philosophies d'actions diverses
- Faible capacité de planification et de coordination intra et intersectorielle

□ De la gestion des ressources humaines :

- Faiblesse du système d'accréditation des écoles privées de formation professionnelle de la santé ;
- Application de curricula peu adaptés aux besoins du système de santé et la production de professionnels ne répondant pas aux profils requis pour la provision des services de santé ;
- Recrutement en dehors du référentiel d'emploi et la dotation en ressources humaines au niveau du secteur public couplée à l'absence de mécanisme de suivi de la performance ;

¹⁴ *Politique Nationale de Santé, MSPP 2012*

- Absence de politique de rétention et de développement des RH du secteur public dans une conjoncture fortement marquée par l'attraction exercée par le secteur privé et les ONG qui offrent des conditions de travail et des opportunités salariales plus alléchantes ;
 - Absence d'un système d'enregistrement des professionnels médicaux et paramédicaux ;
 - Inexistence d'ordres pour les professionnels de santé.
- Du système de soins et son organisation :
- Insuffisance d'articulation du secteur privé lucratif et du secteur public ;
 - Inexistence des structures fonctionnelles (UAS), chargées d'assurer le PES et de coordonner le réseau sanitaire de premier niveau ;
 - Existence d'une médecine traditionnelle très active et non encadrée.
- Des infrastructures :
- Carte sanitaire non rationnelle ;
 - Insuffisance de la régulation de la distribution, l'organisation l'établissement et le fonctionnement des institutions ;
 - Insuffisance quantitative et qualitative des infrastructures de services de santé de base en zones rurales ;
 - Manque d'un réseau national de soins d'urgence ;
 - Bon nombre d'institutions de santé dépourvues d'eau potable, d'énergie électrique et d'un système de communication ;
 - Système d'Information Sanitaire inadéquat.

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

En vue de rendre plus performant le système de santé, l'Etat haïtien a envisagé une série de réformes notamment :

- le renforcement de la décentralisation du système de santé par, entre autres actions, le remplacement de l'UCS par les Unités d'Arrondissement de santé (UAS) qui est en adéquation avec le découpage administratif du pays
- la mise en place progressive, selon une approche phasique, du financement de la santé basé sur les résultats (Approche Contractuelle)
- le renforcement des mécanismes de coordination intersectorielle, par l'entremise des tables multisectorielles, pour faciliter les actions sur les déterminants de la santé
- le renforcement du partenariat public - privé – société civile – dirigeants des collectivités territoriales
- l'intégration de toutes les interventions en matière de santé dans une programmation nationale et dans un cycle continu de planification, de suivi et évaluation

CHAPITRE III. LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS EN HAITI

III.1. Définitions des concepts clés

III.1.1. Financement basé sur les Résultats (FBR)

Le FBR est un mode de financement de la santé basé sur les outputs de performance et matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs. Il est complémentaire du financement classique de type input (intrants) où les institutions de santé reçoivent les intrants sans être régulièrement vérifiés.

Par ce modèle de financement, chaque structure de santé se doit de mettre en œuvre des stratégies novatrices pour accroître ses résultats en quantité et en qualité, dans le respect de l'éthique de l'art, et des normes nationales et internationales. Ces stratégies sont variées allant de l'amélioration de l'accueil, de l'état des infrastructures, de l'équipement, de la motivation du personnel, de la révision à la baisse des tarifs, de l'implication communautaire jusqu'à la collaboration public-privé. Les terminologies, Financement Basé sur la Performance (FBP/PBF), Approche Contractuelle ou encore Contractualisation et d'autres sont aussi souvent utilisées pour désigner ce mode de financement. Une des conditions importantes dans la mise en œuvre du FBR est que le prestataire de services ait un certain degré d'autonomie. Le niveau d'autonomie peut varier en fonction du contexte du pays.

¹⁴ *Politique Nationale de Sante, MSPP 2012*

En Haïti et dans le contexte de l'approche contractuelle, l'autonomie au niveau des IS requiert un minimum de garanties notamment :

- dans le choix des stratégies pour la prestation des services ;
- au niveau de la gestion financière, (1) que chaque prestataire en l'occurrence l'IS dispose d'un compte bancaire où sont transférés les fonds dans le cadre du FBR, et pour lequel les responsables de l'IS sont les seuls signataires sans exigence de co-signature, ni d'autorisation préalable de la hiérarchie administrative. ; (2) tant que le cadrage respecte les paramètres généraux de la façon dont les fonds peuvent être dépensés, l'IS décidera elle-même de l'utilisation de ses ressources pour réaliser son plan d'action, y compris éventuellement pour mettre en œuvre des approches novatrices, et des solutions aux défis auxquels elle est confrontée.

III.1.2. Paquet essentiel de services (PES)

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

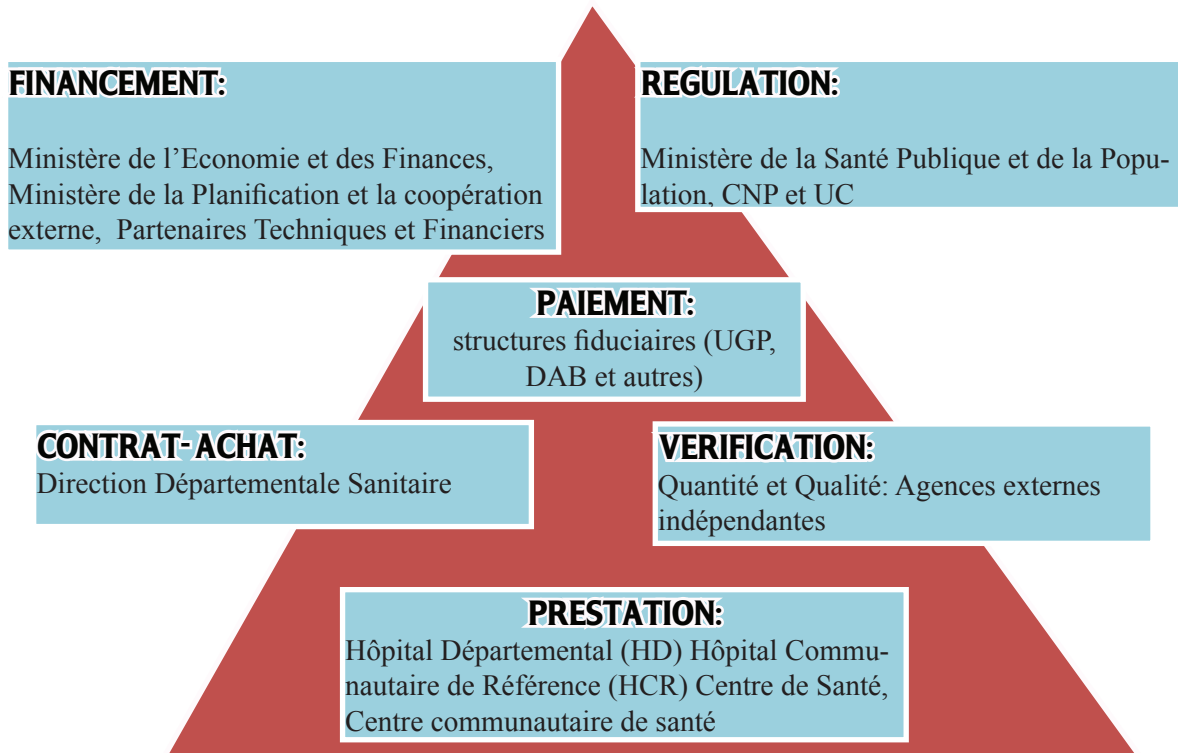
Le paquet essentiel de services diffère d'un niveau à l'autre au sein de la pyramide sanitaire. On distingue un paquet essentiel de services pour :

- le premier (SSPE) et deuxième (HCR) échelons du premier niveau de soins
- au niveau de l'hôpital départemental
- les hôpitaux de référence nationale et des institutions de soins spécialisés

III.1.3. La séparation des fonctions

La séparation des fonctions est l'un des principes fondamentaux du FBR pour prévenir d'éventuels conflits d'intérêts et réduire le cumul de fonctions potentiellement nuisible. Toutefois, le principe n'indique pas qu'il faut forcément un acteur différent pour chacune des fonctions, dans la mesure où certaines fonctions peuvent être compatibles sans préjudice avéré. Ce dernier fait est aussi lié au souci de cohérence et de rationalité des coûts de mise en œuvre du FBR

Figure 1 : Séparation des fonctions entre acteurs du modèle FBR de la structure de soins d'Haïti



Prestation des services et soins de santé

Le prestataire, dans le modèle de FBR d'Haïti, est toute institution, publique, privée ou mixte, qui a souscrit à un contrat d'achat avec le Département Sanitaire, en vue de fournir les soins et services de santé à la population. Ce peut être un Hôpital Départemental (HD), un Hôpital Communautaire de Référence (HCR), un Centre de Santé ou Centre Communautaire de Santé.

Vérification

Dans le modèle contractuel d'Haïti, la vérification comprend trois volets : la vérification de la quantité, la vérification de la qualité technique et la vérification communautaire (vérification de l'authenticité des prestations). La vérification de la quantité des prestations réalisées par les structures de soins est effectuée trimestriellement par des vérificateurs d'une agence externe indépendante (externe et indépendante par rapport à la hiérarchie administrative du système de santé haïtien) dont les Termes de Référence sont dans les annexes du présent manuel.

La vérification de la qualité technique des prestations au niveau des institutions sanitaires est réalisée trimestriellement par une équipe technique compétente de l'agence externe indépendante. Celle-ci veillera à ce que les deux équipes, une chargée de la vérification de la quantité et l'autre chargée de l'évaluation de la qualité technique des prestations soient distinctes.

La vérification communautaire est réalisée trimestriellement sur base d'un échantillonnage, sur la responsabilité de l'agence de vérification externe qui utilisera une méthodologie pérenne et acceptée par le MSPP et le CNP.

Par ailleurs, compte tenu de l'externalité de la fonction de vérification accompagnée de la vérification communautaire, il serait superflu d'institutionnaliser une autre contre-vérification externe, une fonction effectivement reconnue dans le montage et dans les principes du FBR, et intégrée dans les modèles de contractualisation de certains pays.

Achat

La fonction d'achat des résultats est du ressort du MSPP et est décentralisée au niveau de la DDS. Dans le cadre du FBR, les DDS signent un contrat de performance avec le Ministre du MSPP, et à leur tour les DDS signent les contrats de performance avec les IS de leur ressort. En outre, un Comité de Pilotage est créé au niveau départemental comme un cadre d'échanges, de concertation et de suivi de la mise en œuvre du FBR.

Paiement

La fonction de déboursement des fonds (paiement des factures) et des opérations connexes de comptabilité, dans le modèle du FBR d'Haïti, est confiée à des structures fiduciaires variées en fonction des différentes sources de financement. Dans tous les cas, les fonds sont directement transférés des comptes des structures fiduciaires aux comptes des institutions sous contrat concernées sans autre intermédiaire, avec notification à la DDS, l'UC et l'UEP au niveau central pour les montants transférés aux comptes des IS sous sa responsabilité, pour assurer le suivi de l'effectivité, de la promptitude et de la complétude des paiements.

Régulation

La régulation est assurée par le niveau central du MSPP, principalement au travers de deux organes, en l'occurrence, le Comité National de Pilotage (CNP) et l'Unité de Contractualisation (UC) appuyée par le Groupe Technique du FBR (GT/FBR). Les rôles et responsabilités de chaque organe sont décrits au chapitre IV du Manuel Opérationnel.

Financement

Le financement est assuré par le Gouvernement Haïtien à travers ses Ministère de l'Economie et des Finances et Ministère de la Planification et la Coopération Externe, ou par des partenaires techniques et financiers.

III.2. Principes directeurs du Financement Basé sur les Résultats en Haïti

Si la contractualisation est déjà reconnue comme un outil de relation entre des acteurs, la spécificité du secteur de la santé fait que cet outil se doit de répondre à un certain nombre de principes fondamentaux. *Ainsi, convient-il de souligner que l'État est le garant de la santé en tant que bien public.* Le MSPP a le souci de garantir l'accès de l'ensemble de la population à des services de santé de qualité et doit être en mesure de s'assurer que tous les arrangements contractuels respectent *les principes directeurs et les valeurs*¹⁵ sur lesquels est fondée sa Politique Nationale de Santé, à savoir :

- le principe d'*Universalité*, pour garantir à tous les individus vivant sur le territoire haïtien un accès facile à tous les éléments et à toutes les interventions sans distinction de sexe, d'appartenance sociale ou religieuse, de lieu, de résidence, etc.
- le principe de *Globalité*, pour garantir à chaque individu des soins compréhensifs visant l'ensemble de ses besoins en matière de santé
- le principe d'*Équité*, pour garantir à tous les bénéficiaires du système, quels que soient leur lieu de résidence et leur statut socio-économique, des soins de qualité égale
- le principe de Qualité, qui oblige l'ensemble des prestataires de soins et services de développer leurs interventions et de prodiguer les soins de santé avec l'assurance de qualité maximale que permettent le développement technologique et les ressources du pays

Du fait :

- il est affirmé avec fermeté que la contractualisation n'implique aucun désengagement de l'État ni une quelconque volonté de privatisation du secteur de la santé
- il est affirmé que la contractualisation est une stratégie qui permet d'établir des relations durables, solides et sécurisantes entre les différents acteurs du secteur de la santé
- il est attendu que la contractualisation soit perçue comme une incitation pour tous les acteurs à contribuer davantage au développement du système de santé: l'État et ses services, la population, les institutions de financement, les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires au développement
- le respect de la mission de service public reste un élément fondamental de la contractualisation
- la contractualisation doit contribuer au renforcement de la décentralisation par l'implication et la responsabilisation des entités autonomes et des collectivités territoriales et autres acteurs locaux

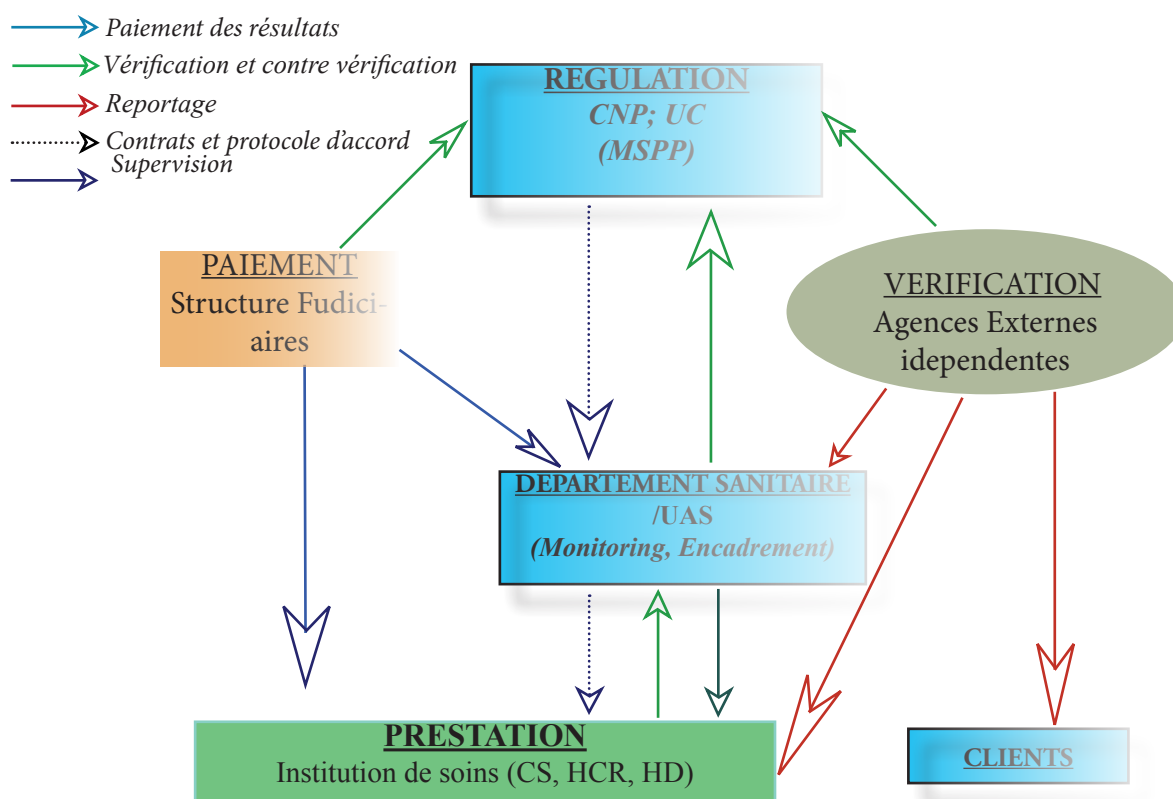
¹⁵ *Politique Nationale de Sante, MSPP 2012.*

- la contractualisation doit toujours être fondée sur le respect mutuel des acteurs en évitant autant que possible les situations conflictuelles et, le cas échéant, en privilégiant le dialogue dans l'intérêt des populations
- les arrangements contractuels doivent sauvegarder les intérêts des populations et leur implication dans le fonctionnement des services de santé
- les arrangements contractuels ne sauraient contribuer à des formes quelconques de ségrégation ni au sein des acteurs sanitaires ni de la population
- le financement de la santé basé sur les résultats repose sur le principe de séparation de fonctions entre les 4 principales fonctions suivantes: la prestation, l'achat, la vérification et la régulation.

«Les valeurs, convictions qui dirigent et régissent les choix, qui sous-tendent la politique (nationale de santé) sont : le droit à la vie et à la santé, la solidarité, la participation citoyenne et l'efficience»¹⁶.

III.3. Arrangements institutionnels du Financement basé sur les Résultats en Haïti

Figure 2 : Modèle contractuel du FBR



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

¹⁶ *Idem*

- La régulation : est assurée par le MSPP et ses structures décentralisées
- La vérification : est assurée par une agence externe indépendante. Seule une vérification indépendante et externe au MSPP donne accès au paiement. Et ce rôle ne saurait être attribué aux structures du MSPP qui est un acteur de régulation
- La prestation : est assurée par toute structure signataire d'un contrat de performance, à l'instar des DDS et institutions de soins et services de santé
- Le financement : est assuré par le Gouvernement et/ou les différents PTF
- La prise en compte de la voix de la population : est assurée par les associations locales à base communautaire

Les organes de ce montage institutionnel qui sont en charge de la mise en œuvre au niveau de la régulation sont :

- Le Comité National de Pilotage (CNP) qui a entre autres missions la coordination stratégique générale de la mise en œuvre du FBR. Le CNP comprend le MSPP, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), différents acteurs du système de santé et éventuellement les autres Ministères concernés par les activités de santé (MEF, MPCE);
- L'Unité de Contractualisation (UC), permanente, chargée de la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBR à tous les niveaux. Elle rend compte périodiquement à la Direction Générale du MSPP;
- Le Groupe Technique du FBR (GT) chargé d'appuyer techniquement l'UC dans la mise en œuvre du FBR. C'est un cadre d'échanges et de concertation au niveau central du MSPP sur la mise en œuvre technique et opérationnelle, et est composé des membres de l'UC, des cadres du MSPP ainsi que les staffs techniques venant des différents PTF;
- Le Comité Départemental de Pilotage est une émanation de la table sectorielle départementale. Il est coordonné par le Directeur de la DS et comprend des cadres de la DDS, des représentants des partenaires techniques et financiers impliqués dans la mise en œuvre du FBR. C'est un cadre de réflexion, d'échanges, de concertation et de suivi des mécanismes de contractualisation et de l'achat de résultats. Les membres du Comité Départemental de Pilotage sont désignés nommément par les organisations qu'ils représentent. En plus du Directeur départemental qui assure la présidence, le comité élit un bureau composé d'un vice-président et d'un rapporteur. Leur mandat est d'un an renouvelable. Les membres du bureau perdent automatiquement leur statut de membre du bureau au cas où ils ne représentent plus l'institution de provenance.

III.5. Objectifs du Financement Basé sur les Résultats en Haïti

Le Financement Basé sur les Résultats mis en œuvre en Haïti vise les objectifs suivants :

- Améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population en général et en particulier aux groupes vulnérables y compris les plus démunis ;

- Apporter les ressources financières au niveau des institutions de soins pour leur permettre d'exécuter leurs plans de business et d'entreprendre des stratégies novatrices d'amélioration des résultats ;
- Motiver et stabiliser le personnel de santé en particulier dans les zones rurales;
- Renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de santé ;
- Prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.

III.6. Résultats attendus du FBR

La mise en œuvre du FBR en Haïti devrait permettre d'atteindre les résultats globaux suivants :

- Les services de santé et en particulier ceux de la santé maternelle et infantile, l'équité et la qualité sont améliorés ;
- Le personnel de santé est motivé et stable, disposé à travailler même dans les zones les plus périphériques ;
- La voix de la population est prise en compte dans le choix des stratégies, une façon d'adopter des solutions pérennes et le processus de changement de comportement ;
- L'esprit de responsabilité, d'initiative et d'entrepreneuriat est développé ;
- La gestion des structures de santé est améliorée
- L'Autonomie des institutions, dans la prise de décisions opérationnelles, est renforcée ainsi

III.7. Défis de mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats en Haïti

Outre les défis du secteur de la santé relatés au deuxième chapitre du présent manuel, certains défis spécifiques à la mise en œuvre du financement basé sur les résultats en Haïti sont entre autres :

- La mise en place des réseaux de référence opérationnels et efficaces pour améliorer l'accessibilité aux soins et services tout en préservant l'efficacité ;
- Le renforcement du système d'information sanitaire et une articulation entre les données du SIS et le système de facturation du FBR ;
- La mise à niveau des institutions de soins pour leur permettre d'offrir le paquet de services de leur niveau ;
- L'intégration optimale des programmes verticaux dans le système de santé en général et leur appui à la mise en œuvre du FBR en particulier.
- L'implication communautaire effective comme levier pour le changement de comportement, l'appropriation des décisions/actions visant l'amélioration de l'état de santé de la population.

CHAPITRE IV.

MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS EN HAITI

Le présent chapitre passe en revue les missions, responsabilités et tâches des différents intervenants dans la mise en œuvre du FBR, du niveau communautaire au niveau central.

La sélection des sites de FBR doit être faite d'une manière rationnelle selon les stipulations dans la carte sanitaire et des critères de sélection objectifs. Il est aussi important que les sites soient sélectionnés de façon à améliorer le système de référence. La sélection finale sera validée par le CNP.

IV.1. Intervenants au niveau communautaire

La participation communautaire est un levier important pour stimuler l'émergence de réponses collectives aux problèmes de santé publique. Elle se traduit par l'implication volontaire et active des groupes et des communautés locales à tous les stades d'un programme de santé. Le MSPP s'appuiera sur des expériences existantes pour intégrer et développer un programme de FBR communautaire. Les détails sur le FBR au niveau communautaire se trouvent dans un document à part.

IV.2. Acteurs au niveau périphérique

Les acteurs au niveau périphérique sont :

- Les Centres de Santé, et Centres Communautaires de Santé
- Les Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR)

IV.2.1. Les Centres de Santé

Les CS et centres communautaires de santé ont pour mission de :

- Offrir un PES complet défini pour leur niveau dans l'aire de responsabilité ;
- Améliorer la qualité des prestations sanitaires ;
- Inciter l'amélioration de la performance des acteurs communautaires de leur aire de responsabilité.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les CS et CCS ont pour tâches de :

- Signer un contrat semestriel d'achat de résultats avec la DDS/UAS ;
- Elaborer un plan d'action annuel et semestriel budgétisés, sous la supervision de la DDS et de l'UAS ;
- Assurer le suivi et l'auto-évaluation de l'exécution du plan d'action semestriel ;
- Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- Transmettre à la DDS le rapport mensuel d'activités (SIS) dans les délais requis ;

- Encadrer les Acteurs Communautaires (agents de santé communautaires polyvalents, les matrones et organisations communautaires locales) ;
- Signer des contrats, le cas échéant, avec les acteurs communautaires ;
- Acheter des services des Acteurs communautaires ;

IV.2.2. Les Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR)

Les HCR ont pour mission de :

- Offrir un paquet de services complet défini pour leur niveau dans l'aire de responsabilité ;
- Améliorer la qualité des prestations sanitaires ;
- Favoriser la performance des centres de santé, dispensaires et des acteurs communautaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les HCR ont pour tâches de :

- Signer un contrat semestriel d'Achat des résultats avec la DDS ;
- Elaborer un plan d'action annuel et un plan de business semestriel budgétisés, sous la supervision du DDS ;
- Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- Transmettre au niveau de la DDS le rapport mensuel d'activités (SIS) dans les délais requis ;

IV.3. Les acteurs du niveau décentralisé (niveau départemental)

Les acteurs de mise en œuvre du FBR au niveau décentralisé (département) sont :

- La Direction du Département Sanitaire (DDS) ;
- L'Unité d'Arrondissement Sanitaire
- L'Hôpital Départemental (HD)
- Le Comité Départemental de Pilotage (CDP)
- L'Agence Externe Indépendante de Vérification.

IV.3.1. La Direction de Département Sanitaire (DDS)

La Direction Départementale Sanitaire représente le niveau de régulation au niveau intermédiaire. Selon le Décret portant sur l'organisation et le fonctionnement du MSPP (2005), la DDS a pour attributions de :

- Mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans leur département sanitaire respectif
- Planifier les actions nécessaires à la mise en œuvre de la politique définie par le Ministère de la Santé Publique et de la Population ;
- Organiser en collaboration avec les Directeurs des hôpitaux départementaux et communautaires de référence (HCR), les coordinations des UAS et les équipes cadres du département l'offre des

soins préventifs et curatifs telle que définie par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (Paquet Essentiel de Services) ;

- Coordonner toutes les activités des services et établissements sanitaires publics et privés de leur département respectif ;
- Assurer la supervision et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées du département ;
- Coordonner les activités de toutes les associations ou organisations s'occupant de la santé dans le département en particulier les Organisations Non Gouvernementales de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, la DDS a pour tâches de :

- Planifier les interventions sanitaires dans le département ;
- Signer et gérer les contrats de performance des IS, c'est-à-dire :
 - Sélectionner les structures éligibles au contrat (respect des conditions d'éligibilité, respect du plan de couverture) ;
 - Analyser la pertinence, la cohérence et l'adéquation des plans d'action semestriels avec les plans opérationnels de la DDS ;
 - Négocier les contrats d'achat des résultats avec les structures ;
 - Valider les Plans de Business des structures contractualisées ;
 - Signer des contrats d'achat des résultats avec les structures ;
 - Archiver les contrats ;
 - Transmettre à l'UC au début de chaque semestre la liste de synthèse des structures contractualisées ;
- Coordonner le Comité Départemental de Pilotage
- Transmettre trimestriellement à l'UC le PV de la réunion du CDP.
- Encadrer l'élaboration et valider les plans d'action annuel et semestriel des CS et des HCR ;
- Assurer le suivi de la gestion administrative et financière des structures sanitaires du département ;
- Assurer une supervision formative intégrée et régulière des CS et des HCR ;
- Veiller à la disponibilité permanente des médicaments essentiels, consommables et dispositifs médicaux au niveau départemental ;
- Analyser et exploiter les rapports trimestriels d'évaluation de la qualité des prestations des CS et HCR ;
- Analyser les données et transmettre au niveau central du MSPP les rapports mensuels SIS dans les délais requis ;
- Elaborer et assurer le suivi des modalités d'attribution des primes de performance au personnel des structures de soins ;
- Assurer l'approvisionnement régulier des structures de soins en médicaments essentiels et autres intrants ;
- Organiser les réseaux de référence au sein du département conjointement avec l'HD et les UAS;

- Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau du département au travers du CDP et en collaboration avec l'UC ;
- Enregistrer, photocopier, archiver et sécuriser tous les documents administratifs et financiers, les rapports d'activités des différentes structures de soins du département ainsi que les rapports d'évaluation de la qualité.

D'une façon générale, il est également attendu du Directeur Départemental et de son équipe, qu'ils s'impliquent dans le suivi de l'expérience FBR. Afin de permettre une participation réelle de la DDS, celle-ci aura un contrat de performance avec le Ministre de la Santé Publique et de la Population.

IV.3.2. L'Unité d'Arrondissement Sanitaire

Selon la nouvelle politique nationale de santé, le niveau le plus décentralisé de régulation est représenté par les Unités d'Arrondissement de Santé (UAS). Dans leurs fonctions premières, ces unités sont chargées d'appliquer les directives départementales et sont censées fournir un appui technique aux Institutions Sanitaires se trouvant dans leurs aires de responsabilité. La fonctionnalité des UAS est essentielle pour l'approche contractuelle. Elle sera assurée par le MSPP dans le cadre du renforcement de la décentralisation du système de santé. Dans le cas où l'UAS est fonctionnelle, elle sera incluse dans le mécanisme de contractualisation mais une UAS fonctionnelle n'est pas une condition préalable pour commencer la contractualisation.

IV.3.3. Le Comité Départemental de Pilotage (CDP)

Le CDP est un cadre spécifiquement mis en place au niveau de la DDS pour coordonner de façon concertée la mise en œuvre du FBR dans le département sanitaire. Ce mécanisme intègre aussi bien les cadres de la DDS, des programmes et d'éventuels PTF impliqués dans le FBR.

Le CDP a pour principales fonctions :

- La planification intégrée des activités de mise en œuvre du FBR
- L'exploitation des données des structures de soins ;
- Le suivi de la mise en œuvre du FBR dans le département de santé.

La planification des activités de mise en œuvre du FBR

Le CDP assure les tâches suivantes :

- Assurer l'intégration des activités liées à la mise en œuvre du FBR dans les plans d'actions des structures de santé du département ;

- Programmer les activités de suivi de la mise en œuvre sur terrain ;
- Identifier les besoins de renforcement des capacités de mise en œuvre du FBR et arrêter les actions conséquentes.

L'analyse et l'exploitation des données des structures de soins

Dans le cadre de l'exploitation des données, le CDP a pour tâches de :

- Faire une triangulation entre les données du SIS et le système de facturation de FBR vérifiées par l'agence de vérification ;
- Analyser et exploiter les rapports trimestriels d'évaluation de la qualité technique des structures de soins ;
- Analyser et exploiter les rapports de vérification communautaire des prestations des structures de soins et de satisfaction des bénéficiaires;
- Assurer la rétro-information des constats issus des différentes analyses envers les prestataires des soins ;
- Faire le suivi de la mise en œuvre d'éventuelles recommandations par les prestataires de soins ;

Le suivi de la mise en œuvre du FBR au niveau décentralisé

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du FBR au niveau décentralisé, le CDP a les tâches suivantes :

- Analyser la performance des plans d'action des institutions sanitaires ;
- Effectuer des visites ponctuelles de terrain au niveau des structures de soins ;
- Analyser les données (qualité et quantité) et informations stratégiques de la mise en œuvre du FBR au niveau du département (l'évolution des indicateurs,...) ;
- Appuyer l'élaboration du rapport trimestriel de suivi de la mise en œuvre à transmettre à l'UC ;
- Faire le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des différentes évaluations / enquêtes communautaires, évaluations de la qualité ;
- Contribuer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR à tout niveau au sein du département sanitaire.

IV.3.3. L'Hôpital Départemental (HD)

L'hôpital départemental est la structure hospitalière de référence disposant des services d'urgence médico-chirurgicales et les spécialités (Pédiatrie, Chirurgie, Maternité, Médecine Interne, Orthopédie, Urologie, Ophtalmologie/ORL, Dermatologie,) chargée de recevoir les cas référés par les Hôpitaux Communautaires de Référence et les établissements de premier niveau de prestation de soins dans l'aire géographique du département sanitaire.

L'HD a pour principales missions d'offrir un Paquet de Services référés défini pour ce niveau en mettant un accent particulier sur l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, l'HD aura pour tâches de :

- Signer un contrat de performance avec la DDS
- Piloter les mécanismes d'amélioration de la qualité des prestations sanitaires au sein du département, sous l'encadrement de la DDS

Les HD sont contractualisés pour les prestations référées par les IS de premier échelon ainsi que pour la qualité des prestations. Le programme de FBR au niveau de l'hôpital devra prendre en considération des initiatives existantes dans ce niveau (par exemple, Manman ak timoun) pour garantir une intégration harmonieuse.

IV.3.4. L'agence externe de vérification (AEV)

Pour bien remplir ses missions, l'agence externe indépendante de vérification dispose de deux équipes techniques distinctes, dont l'une est chargée de la vérification des prestations quantitatives, et l'autre chargée de l'évaluation de la qualité technique des prestations.

IV.3.4.1. L'équipe de vérification de la quantité a pour tâches de :

- Vérifier l'authenticité des prestations mensuelles quantitatives déclarées par les structures de soins en compagnie des responsables de ces dernières dans les délais impartis ;
- Planifier périodiquement les activités de vérification ;
- Compiler les rapports de vérification effectués dans les structures de soins et faire le rapport narratif y relatif ;
- Co-signer la facture issue de la vérification des activités subventionnées des structures contractées ;
- Tirer les échantillons nécessaires pour la réalisation des enquêtes communautaires ;
- Participer à la formation des enquêteurs sur les indicateurs à vérifier et sur la méthodologie de vérification dans la communauté ;
- Analyser l'évolution des prestations des structures contractées ;
- Assurer le suivi des prestataires de soins dans l'élaboration des supports d'informations sanitaires et de collecte des données pour les enquêtes communautaires ;
- Tenir des statistiques sur les indicateurs du PES subventionnés des structures contractées ;
- Saisir les données vérifiées (données quantitatives et qualitatives) avec l'outil de facturation du FBR ;
- Participer à la réunion de validation des données.

Lors de la validation des factures, en cas d'identification d'erreurs arithmétiques, elles sont immédiatement corrigées par l'agence externe indépendante et notifiées à la structure concernée. En cas d'identification d'erreurs majeures ou de falsifications, le traitement du cas est reporté à la période suivante et l'équipe de vérification doit veiller, en collaboration avec la structure concernée, à corriger les erreurs et falsifications observées. Des sanctions pourraient aussi être prises en cas de falsification intentionnelle ou d'erreur majeure. En cas de désaccord entre les parties prenantes, le problème est référé au cadre de concertation au niveau départemental (CDP, DDS, agence externe indépendante) et si besoin est, au niveau national (UC). Les erreurs et falsifications éventuelles sont décrites dans le rapport trimestriel transmis à l'UC qui est également transmis à toutes les parties prenantes.

IV.3.4.2. L'équipe de vérification de la qualité a pour tâches de :

- Planifier les descentes pour l'évaluation de la qualité des prestations au niveau des structures de soins sous contrat ;
- Réaliser l'évaluation trimestrielle de la qualité des prestations et faire le feedback / recommandations aux structures de soins concernées ;
- Produire et transmettre à l'UC le rapport trimestriel d'évaluation de la qualité des prestations des structures de soins avec copie à la DDS ;
- Organiser la restitution des résultats des évaluations de la qualité technique et de la qualité perçue par la communauté auprès des intervenants dans une réunion du CDP ;
- Enregistrer / photocopier / archiver et sécuriser les rapports d'évaluation de la qualité et d'enquête communautaire ;
- Déterminer les bonus de qualité et d'équité à accorder aux structures évaluées en fonction de leurs performances et autres critères définis ;
- Participer à la réunion de validation des données ;
- Identifier les problèmes, discuter de ces derniers avec les concernés et proposer les solutions éventuelles au CDP et aux structures contractées.

IV.4. Les acteurs du niveau central

Les principaux acteurs du niveau central directement impliqués dans la mise en œuvre du FBR sont :

- Le Comité National de Pilotage (CNP) ;
- L'Unité de Contractualisation (UC) ;
- Le Groupe Technique du FBR (GT) ;
- Les structures fiduciaires ;
- La Direction Générale et les directions centrales du MSPP ;
- Les Partenaires Techniques et Financiers.

IV.4.1. Le Comité National de Pilotage (CNP)

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, le CNP a pour mission principale le financement, la gouvernance et la coordination stratégique de la mise en œuvre du FBR au niveau national. Présidé par le Ministre de la Santé Publique et de la Population, le CNP a pour tâches de :

- Suivre la mise en œuvre du FBR au niveau national ;
- Elaborer des directives nationales et donner des orientations stratégiques pour la mise en œuvre du FBR ;
- Contribuer à la mobilisation des ressources nécessaires auprès du Gouvernement et des PTF actuels et potentiels ;
- Analyser le rapport annuel de l'UC.

IV.4.2. L'Unité de Contractualisation (UC)

L'UC a pour mission la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBR. Elle est l'organe exécutif de mise en œuvre du FBR et rend compte trimestriellement à la DG. Elle est composée de contractuels et peut également être appuyée par des experts nationaux ou internationaux pour des missions spécifiques. Deux fois par an les personnels de l'UC, doivent passer par une évaluation de performance. L'extension du contrat est dépendante d'une évaluation de performance favorable selon le MSPP et le bailleur de fonds qui financent l'équipe d'UC.

Les principales tâches de l'UC sont:

- assurer la coordination et le suivi des activités de mise en œuvre du FBR à tous les niveaux ;
- assurer le renforcement des capacités des acteurs du FBR à tous les niveaux ;
- assurer le suivi de l'exécution rationnelle du financement de mise en œuvre du FBR.

Dans sa fonction de coordination et suivi des activités de mise en œuvre du FBR, l'UC a pour tâches de :

- Assurer la planification annuelle et trimestrielle intégrée des activités du FBR ;
- Elaborer une cartographie des interventions en matière de FBR ;
- Elaborer / mettre à jour ponctuellement les outils de gestion du FBR ;
- Organiser la réunion trimestrielle du GT ;
- Organiser au moins une fois par semestre une réunion de suivi des activités relatives au FBR avec les acteurs de mise en œuvre des niveaux central et départemental ;
- Organiser une revue annuelle de la mise en œuvre du FBR ;
- Mener des activités d'encadrement / supervision une fois par trimestre au niveau de chaque département ;

- Elaborer les rapports trimestriels et annuels de la mise en œuvre du FBR selon le canevas prédéfini ;
- Participer à l'élaboration d'un bulletin trimestriel du MSPP portant sur les résultats analysés du FBR (données quantitatives et qualitatives) en collaboration avec le GT;
- Evaluer trimestriellement, en collaboration avec d'autres services du MSPP, la performance des DDS ;
- Transmettre aux structures fiduciaires le rapport d'évaluation de la performance des DDS et HD (constituant la demande de paiement) ;
- Recevoir et enregistrer les rapports des résultats quantitatifs et qualitatifs validés et transmis par les agences de vérification externes indépendantes (ces rapports comprennent la déclaration de créance et le PV de la réunion de validation) ;
- Analyser et faire une synthèse des rapports transmis par les DDS et les agences de vérification externes indépendantes ;
- Transmettre trimestriellement aux structures fiduciaires la demande de paiement des prestations des structures contractualisées ;
- Transmettre les rapports d'évaluation de la performance des DDS et des structures de soins aux services concernés du MSPP ;
- Enregistrer, photocopier, archiver et sécuriser toutes les factures originales reçues de l'agence de vérification externe indépendante ainsi que les différents rapports d'évaluation de la qualité et d'enquêtes communautaires ;
- Partager les rapports d'évaluation de la qualité et d'enquêtes communautaires avec les autres services concernés du MSPP (UADS, DOSS, UEP) ;
- Elaborer et transmettre au CNP et à la Direction générale du MSPP un rapport trimestriel de la mise en œuvre du FBR au niveau national ;
- Coordonner la gestion de l'outil de facturation ;
- Participer aux activités de recherche action.

Dans sa fonction de renforcement des capacités des acteurs du FBR, l'UC a pour tâches de :

- Participer à la formation des acteurs du système de santé en matière de FBR ;
- Former et mettre à niveau les différents acteurs sur les mécanismes et les outils de mise en œuvre du FBR en collaboration avec les agences externes indépendantes de vérification ;
- Former les équipes (du niveau central) chargées des évaluations des performances des DDS et des HD ;
- Encadrer les CDP et participer ponctuellement dans les réunions trimestrielles de suivi ;
- Documenter la mise en œuvre du FBR et partager les leçons apprises.

Dans sa fonction d'exécution rationnelle du financement de mise en œuvre du FBR, l'UC a pour tâches de :

En contribution à la mobilisation des ressources, l'UC a pour tâches de :

- Faire des propositions visant la maîtrise des coûts de mise en œuvre du FBR ;
- Assurer le suivi et la documentation sur l'état des besoins dans le cadre du FBR ;
- Elaborer un plan de financement du FBR ;
- Participer au plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du Gouvernement et des PTF actuels et potentiels.

IV.4.3. Le Groupe Technique du FBR (GT)

Le GT a pour mission d'appuyer techniquement l'UC dans la mise en œuvre technique du FBR, et a pour tâches de :

- Appuyer la planification et la coordination des activités ;
- Appuyer l'accompagnement des acteurs de mise en œuvre au niveau décentralisé ;
- Appuyer la gestion de l'outil de facturation du FBR ;
- Analyser et exploiter les données sanitaires, suivre l'évolution des indicateurs subventionnés etc. ;
- Contribuer aux échanges d'expériences de la mise en œuvre du FBR ;
- Organiser une réunion au moins une fois par trimestre ;
- Appuyer le MSPP dans la documentation de la mise en œuvre du FBR ;
- Appuyer la gestion et l'utilisation de l'outil de facturation du FBR au niveau décentralisé ;
- Participer aux éventuelles sous-commissions techniques auxquelles sont assignées certaines tâches telles que l'élaboration / révision des outils du FBR, l'analyse des données et/ou production des rapports, la proposition des mises à jour des aspects du modèle, ... ;
- Faire une mise au point régulière sur l'état des lieux de la mise en œuvre du FBR dans chaque département pendant la réunion trimestrielle.

IV.4.4. Les Structures Fiduciaires

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les structures fiduciaires assureront **le rôle de paiement des factures des structures de santé contractualisées** selon le choix de chaque partenaire financier.

Ces structures fiduciaires ont pour tâches de :

- Engager le budget ;
- Réceptionner et enregistrer le rapport trimestriel de synthèse des prestations transmis par l'UC ou l'agence externe indépendante de vérification ;
- Analyser les demandes de paiement transmises par les services respectifs compétents ;
- Produire la requête de paiement ;
- Suivre toute la procédure de paiement jusqu'à l'arrivée des fonds au niveau des bénéficiaires ;
- Archiver les ordres de virement des fonds du FBR ;
- Elaborer chaque trimestre un état des lieux des paiements des structures contractualisées à tous les niveaux (l'UC, la DAB, l'AEV et la DDS) ;
- Organiser / Réaliser un audit comptable interne des établissements sanitaires (au moins 1 fois par an pour les DDS, HD et échantillon de HCR et CS) ;
- S'assurer de l'existence et de l'effectivité (d'un système) des directives de gestion financière au sein des structures de santé : conseils d'administration, comité de gestion, contrôle interne, les procédures d'achat / passation de marché ... ;
- Maitriser les procédures de décaissement pour le paiement des prestations (respect des délais) ;
- Contribuer à la mobilisation des ressources pour le système de santé en général et le FBR en particulier ;
- Elaborer des rapports financiers périodiques.

Le FBR avec les fonds publics, doit respecter le circuit de la chaîne de la dépense dans toutes ses quatre phases à savoir : l'engagement, la liquidation, l'ordonnancement et le paiement.

Dans ce cas les demandes de remboursement des différentes structures contractualisées dès que transmises au cabinet du Ministre prennent la forme de projets d'engagements.

Ces projets d'engagement sont d'abord traités par le service en charge du Contrôle des Engagements des Dépenses qui s'assure de :

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

Après le contrôle, les projets d'engagement sont signés par le Ministre du MSPP et transmis par la DAB au Ministère de l'Économie et des Finances pour traitement approprié.

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

Ainsi, l'engagement et la liquidation des dépenses faites dans le cadre du FBR comme toute dépense publique devra se faire après s'être rassuré que les services y relatifs sont effectivement accomplis.

Dans ce cadre, l'engagement, la liquidation et l'ordonnancement de toutes les dépenses du moins celles qui s'opèrent dans le cadre du FBR par le circuit public sont sous la responsabilité de l'ordonnateur ou de son délégué.

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

Ce comptable doit vérifier que :

- l'ordonnancement reçu se rattache à un dossier d'engagement et de liquidation complet et régulièrement constitué ;
- la créance n'est pas déchue ;
- aucune opposition n'est constituée.

Le paiement éteindra effectivement la dette publique. Pour les fonds gérés directement par les bailleurs de fonds, les factures des institutions sanitaires seront adressées trimestriellement à la structure fiduciaire qui, **après vérification**, effectuera le paiement directement **sur le compte bancaire de l'Institution Sanitaire**.

IV.4.5. La Direction Générale et les autres directions du niveau central du MSPP

Les cadres des différentes directions du niveau central du MSPP contribuent à la mise en œuvre du FBR, particulièrement à la fonction de régulation, et ce par les attributions de leurs services respectifs en général, et particulièrement au travers de la participation aux organes de régulation expressément désignés pour la mise en œuvre du FBR, en l'occurrence le CNP, le GT et/ou d'éventuelles commissions thématiques. Conformément à la Loi Organique¹⁷ en vigueur l'UADS, l'UEP et la DOSS fourniront aux DDS les outils de supervision intégrée et participeront notamment à l'évaluation des directions départementales.

IV.4.5. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

Les PTF ont pour rôle de :

- Appuyer techniquement la mise en œuvre du FBR ;
- Contribuer au financement de la mise en œuvre du FBR ;
- Appuyer la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du FBR.

¹⁷ *Articles 19, 20, 21 et 30 de la Loi Organique*

Les PTF ont entre autres tâches de :

- Participer aux activités du CNP, du GT et du CDP ;
- Appuyer techniquement et financièrement l'UC pour la réalisation de sa mission.

CHAPITRE V : OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

V.1. Les Outils de gestion du FBR

Les outils de gestion sont classés en quatre principales catégories et constituent des annexes à ce manuel opérationnel. Ces outils sont en adéquation avec les documents de politiques, de stratégies et de lois qui régissent le système de santé de la République d'Haïti dont fait partie le Financement Basé sur les Résultats.

V.1.1. Le Plan d'Action Périodique (PAP)

Le PAP, qui constitue l'objet principal du contrat d'achat de résultats, indique pour chaque type de services (prestation de services ou de soins, gestion des ressources humaines, gestion financière et gestion des médicaments), les résultats atteints au cours des six mois précédents avec le niveau mensuel moyen de réalisation par indicateur; les problèmes prioritaires actuels par indicateur, l'objectif à atteindre au cours de la période concernée par le plan, ainsi que les stratégies qui seront utilisées pour résoudre ces problèmes durant la période du contrat, les problèmes prioritaires identifiés.

Le PAP doit préciser l'utilisation des recettes globales incluant les subsides provenant de l'achat des services.

Le plan d'action périodique est une partie d'un plan d'action annuel de la structure. Il doit être en conformité avec l'exercice et s'intégrer parfaitement au plan d'action de la DS, d'où la nécessité de cette dernière de superviser son élaboration et le valider en vue de la négociation du contrat d'achat. Ce plan d'action de la structure doit contribuer à l'atteinte des indicateurs de performance de la DS concernée.

Le Plan d'action indique, en plus des problèmes et stratégies de solutions, sa budgétisation trimestrielle qui se veut être la plus réaliste possible. La qualité du PAP (la pertinence des problèmes prioritaires et des solutions proposées, l'implication des acteurs communautaires dans son élaboration, l'atteinte des résultats, la budgétisation etc.) fait partie des aspects couverts d'abord par la supervision technique intégrée de la DS ou, puis par l'évaluation trimestrielle de la qualité technique par l'agence externe indépendante.

Le PAP constitue :

- pour la structure, un cadre privilégié et une opportunité d'apprentissage à la planification des activités et à la budgétisation ;
- un tableau de bord pour la structure et les acteurs communautaires de son aire de responsabilité indiquant d'où ils viennent et vers où ils évoluent (atteinte des résultats escomptés) ;

- par ailleurs, un plan indiquant l'affectation des recettes pour la période précédente et la prévision en matière d'affectation des recettes pour la nouvelle période du contrat ;
- le support d'encadrement de la structure par la DDS et d'évaluation pour l'agence externe indépendante.

V.1.2. Les Contrats

Dans un premier temps, il y a cinq principaux types de contrats qui régissent le FBR en Haïti :

Contrat 1: Le contrat entre le Ministre de Santé et les membres de l'UC

L'UC est l'organe du niveau central du MSPP exclusivement assigné à la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBR. Un contrat est signé entre le Ministre de la Santé et chaque membre de l'UC et précise les engagements des deux parties, les résultats attendus et les échéances. Les personnes travaillant dans l'UC sont recrutées comme des contractuels et soumises à une évaluation tous les trois mois. L'évaluation de la performance sera effectuée par le MSPP en référence aux indicateurs de performance convenue avec les bailleurs de fonds qui financent l'UC (actuellement la Banque Mondiale). Le rapport de cette évaluation ou toute décision prise à l'issue de cette évaluation de performance du contractuel doit être soumis pour avis des bailleurs de fonds qui financent l'UC.

Contrat 2 : Le contrat entre la Ministre et la DDS

La DDS est l'organe, délégué du MSPP, chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre du FBR au niveau départemental et l'achat des résultats des prestataires. Ce contrat régit cette relation. Le MSPP délègue ses pouvoirs à la DDS en vue de gérer les contrats d'achat avec tous les établissements de santé, publics, confessionnels ou mixtes au sein du département et remplissant les critères exigés, au nom du MSPP. Les contrats-type d'achat à être écrits sont en annexe et contiennent les services subventionnés par le FBR. L'équipe de vérification inclut un membre d'UC dont l'indisponibilité n'empêche pas la vérification.

Contrat 3 : Le contrat entre la DDS et l'UAS

L'UAS signe un contrat de performance avec la DDS. Le contrat précise les conditions dans lesquelles les UAS s'engagent dans le FBR, leurs rôles et les responsabilités aussi bien que le niveau et les conditions de financement dans le cadre du FBR. Les contrats-type d'achat à être écrits sont en annexe et contiennent les services subventionnés par le FBR. L'évaluation des performances de l'UAS est la responsabilité de l'agence externe indépendante. L'équipe inclut un membre de l'UC dont l'indisponibilité n'empêche pas la vérification.

Contrat 4: Contrat entre la DDS et les institutions sanitaires

La DDS signe un contrat de performance avec les hôpitaux départementaux de référence. Le contrat précise les conditions dans lesquelles les hôpitaux départementaux s'engagent dans le FBR, le rôle et les responsabilités du MSPP aussi bien que le niveau et les conditions de financement dans le cadre du FBR. L'agence externe indépendante organise les évaluations des HD.

Le contrat d'achat entre la DDS et les institutions sanitaires du premier échelon (HCR, CS, CCS) publiques, privées, confessionnelles ou mixtes remplissant les critères d'éligibilité définis, précise les conditions dans lesquelles le prestataire s'engage dans le modèle de FBR. Le contenu des plans d'action périodique est négocié entre la DDS et le prestataire dans une aire géographique bien définie et est évalué, sur le plan quantitatif et qualitatif, par l'agence externe indépendante.

Par ailleurs, d'autres types de contrats sont conclus dans le cadre de la mise en œuvre du FBR en Haïti, en l'occurrence :

- Le contrat entre les bailleurs de fonds et l'agence externe indépendante de vérification (AEV) ;
- Le contrat entre l'AEV et les structures qui s'occupent de la vérification au niveau communautaire.

V.1.4. Les rapports d'activités et de résultats du prestataire

V.1.3.1. Le rapport mensuel du SIS

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

V.1.3.2. Le Procès-verbal de validation des prestations quantitatives et qualitatives des institutions sanitaires

C'est un PV établi à l'issue de chaque processus de vérification par l'agence externe de vérification. Ce PV retrace notamment le déroulement des activités de vérification, les contraintes et les points positifs relevés, le suivi des recommandations précédentes et les recommandations formulées. La facture trimestrielle des résultats de la période constitue son annexe.

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

Il est élaboré chaque trimestre à l'issue de l'évaluation de la qualité des prestations réalisées par l'AEV au niveau des institutions sanitaires.

V.1.3.4. Le rapport d'enquête communautaire

Après le dépouillement, la saisie et l'analyse des informations recueillies dans les ménages à travers l'enquête communautaire, l'agence externe de vérification présente le rapport dans une réunion du CDP.

Ce rapport devra analyser et interpréter les informations en cinq parties :

- Comparaison du nombre de cas dont l'existence a été confirmée par l'enquête par rapport à l'échantillon tiré ;
- Comparaison du nombre de prestations confirmées par les patients aux prestations déclarées dans les registres au niveau des structures de soins ;
- Les suggestions des utilisateurs pour améliorer la qualité des soins et des services ;
- Les observations des utilisateurs (ménages) sur l'accessibilité aux soins.

La conduite de l'enquête par les associations se fait sur la base de critères objectifs : la réalisation de l'enquête dans les délais, l'utilisation d'enquêteurs compétents et membres de cette association, les fiches d'enquêtes retournées et les fiches correctement remplies.

V.2. Les outils de gestion comptable et financière

Ces outils concernent principalement les supports comptables (livre de caisse, livre de banque), les différents supports de bonne gestion financière (budget semestriel / annuel, manuel des procédures administratives, comptables et financières, les plans de passation de marchés ; bons d'entrée et de sortie de caisse, autorisation de paiement, rapprochement bancaire, contrôle de caisse,) ; les modèles de rapport d'exécution budgétaire et comptables ainsi que les modèles de demande de remboursement, recouvrement des créances. Les institutions sanitaires seront encadrées dans leur gestion financière au niveau institutionnel à travers l'utilisation d'un outil de répartition des recettes et l'octroi de primes au personnel sera fait sur base de critères objectifs, notamment le salaire de base, la catégorie du staff, la performance individuelle et la présence physique sur le lieu du travail.

V.3. L'outil de facturation dans le cadre du FBR

La mise en œuvre du FBR tel que décrit dans le présent Manuel nécessite une mise à disposition des différents intervenants d'un outil performant pour la gestion de l'information relative aux indicateurs subventionnés (disponibilité, archivage, rapidité de consultation).

L'outil offre des rapports préconfigurés, comme les factures consolidées, mais aussi des graphiques interactifs. Un tableur avec tous les établissements de santé du pays est utilisé, dans lequel figurent les informations telles que les comptes bancaires.

L'outil de facturation sera disponible « online » pour les acteurs qui participent dans le FBR ainsi que les bailleurs de fonds qui appuient l'approche contractuelle.

V.4. Les indicateurs de résultats et de performance

Chaque niveau du système de santé, toute entité contractualisée a ses propres indicateurs qui sont en annexe du présent manuel opérationnel :

- Au niveau central du MSPP, en l'occurrence l'UC: des indicateurs spécifiques aux missions de régulation et de coordination de la mise en œuvre opérationnelle en général ;
- Au niveau départemental (DDS) : les indicateurs relatifs aux missions de régulation au niveau décentralisé;
- Les Hôpitaux : indicateurs qualitatifs et quantitatifs (liés à la référence et contre-référence) ;
- Les centres de santé et dispensaires : indicateurs qualitatifs et quantitatifs relatifs au PES

V.5. Paiement des résultats et calcul des primes de performance

Le niveau et les modalités de paiement des résultats des structures contractualisées ainsi que des primes de performance individuelle sont définis par le niveau central du MSPP en fonction des priorités de santé publique, des objectifs à atteindre et du budget disponible.

Au départ, le budget global du FBR est alloué selon les rubriques suivantes :

- Avance de mise à niveau
- Assistance technique
- Formation, suivi et évaluation
- Vérification
- Paiement des résultats

Par principe, une avance de fonds de démarrage est attribuée aux structures de soins contractualisées en vue de leur permettre d'atteindre les critères minimums pour faire partie du programme FBR. Les critères minimums seront développés par un groupe de travail présidé par l'unité de contractualisation. Les critères finaux seront validés par le CNP. De manière générale, l'allocation budgétaire prend en compte certains éléments notamment :

- L'isolement géographique par rapport à la capitale (Port-au-Prince);
- L'éloignement par rapport au lieu d'approvisionnement ;
- Le nombre de personnes non solvables ;
- Les besoins en personnel ;
- Les besoins en investissements.

Au niveau des structures de soins, les fonds reçus tributaires des résultats sont utilisés à concurrence de :

- au moins 30% du total de fonds pour améliorer le fonctionnement et la qualité des prestations :
 - Formation, recyclage ;
 - Stratégies avancées et/ou motivation des acteurs communautaires ;
 - Frais de fonctionnement et petits investissements.

- jusqu'à 70% du total de fonds pour le paiement des primes de performances individuelles, dont le montant dépend pour chacun de :
 - son salaire de base ;
 - la performance individuelle ;
 - sa contribution aux résultats par présence physique et active au service.

Au niveau de chaque structure de soins, un comité d'attribution des primes est désigné pour assurer l'équité et la transparence. Il est composé :

- du responsable de la structure ;
- d'un agent administratif ;
- d'un représentant du personnel de santé qualifié ;
- d'un représentant du personnel non qualifié.

Pour réaliser les activités et mettre en œuvre son Plan d'Action Annuel élaboré et validé, en plus des fonds reçus de la part du FBR, l'institution reçoit couramment le paiement des assurances ou des patients en guise de paiement pour la prestation des services, en plus de l'assistance technique éventuelle.

Au niveau de la DDS, les fonds reçus en fonction des résultats sont utilisés pour :

- au moins 25% pour le fonctionnement (activités et réunions du CDP, descente sur terrain, bureautique)
- jusqu'à 75% pour rétribution du personnel en fonction des performances individuelles.

A part le FBR, la DDS reçoit couramment de la part du MSPP et des PTF un appui budgétaire de fonctionnement général pour le financement de son PAA élaboré et validé, en plus de l'assistance technique.

CHAPITRE VI : LE SYSTEME DE VERIFICATION

VI.1. Vérification des données quantitatives

La vérification est effectuée trimestriellement par les équipes de l'agence externe de vérification ou peut être échelonnée sur trois mois, tout en veillant à ce que le cycle de vérification soit terminé dans **les 14 jours suivants le trimestre.**

Les structures de soins remplissent dans les cinq premiers jours de chaque mois le rapport d'activités SIS pour le mois précédent (rapport qui part des données primaires enregistrées dans les registres d'activités). Au rapport mensuel SIS est annexée une fiche des données déclarées concernant les indicateurs contractualisés. Les vérificateurs passent au niveau de chaque structure munis d'un formulaire vierge de facture mensuelle où seront consignées les prestations comptées et approuvées concomitamment par les vérificateurs et le personnel de la structure.

Avant d'effectuer la vérification, les vérificateurs doivent d'abord s'assurer que la structure a élaboré son rapport SIS du mois précédent avec en annexe la fiche des données déclarées concernant les indicateurs contractualisés. En cas d'absence du rapport SIS, les vérificateurs font quand même la vérification mais attribuent zéro (0) montant pour chaque indicateur contractualisé. Ils dressent un PV de vérification spécifiant notamment que la structure n'a pas élaboré son rapport mensuel.

Le vérificateur vérifie la conformité des données rapportées dans le SIS et sur la fiche des données FBR déclarées en parcourant les registres d'activités.

La vérification établit deux types de données :

- Données déclarées : il s'agit des données consignées sur la fiche de déclaration annexée au rapport mensuel par la structure de soins ;
- Données vérifiées et validées : il s'agit de données quantitatives vérifiées dans les registres et respectant toutes les conditions exigées par le FBR c'est-à-dire des données correctement enregistrées avec toutes les indications requises (nom, âge, adresse, diagnostic, traitement, date...). Ce sont ces données validées qui seront facturées et payées à la structure dans le cadre du FBR.

La vérification des registres peut mettre en évidence des différences par rapport à ce qui avait été rapporté dans le SIS, il s'agit alors de l'opportunité de corriger ces données du rapport SIS à travers ce mécanisme de triangulation des données des indicateurs FBR et SIS.

Trois factures mensuelles provisoires sont alors élaborées suivant le format standard pour le PES selon le cas, et sont contre-signées par le Responsable ou Directeur de la structure concernée ou son délégué ainsi que les vérificateurs. La facture mensuelle est produite en deux exemplaires, une qui sera gardée à la

structure évaluée pour classement et référence, et l'autre sera transmise à la structure fiduciaire à travers l'UC pour suite appropriée.

VI.2. Vérification de la qualité des prestations

L'évaluation de la qualité des services des Institutions Sanitaires s'effectue tous les 3 mois par une équipe technique de l'agence externe de vérification. La vérification de la qualité prend en compte deux dimensions : la qualité technique et la qualité perçue.

VI.2.1. Vérification de la qualité technique des prestations

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

VI.2.2. Vérification Communautaire

La vérification communautaire conduit à un score de qualité perçue qui est déterminé sur base des résultats du dépouillement des enquêtes communautaires sur la responsabilité des agences externes de vérification. Une vérification communautaire à travers des associations locales et/ou la téléphonie cellulaire sera éventuellement expérimentée.

Choix de l'Association Locale

L'agence externe de vérification lance un avis de manifestation d'intérêt à l'adresse des Associations Locales actives, reconnues dans le département. Chaque association locale intéressée soumet sa candidature pour une seule structure sanitaire de son aire d'intervention. Une seule association locale par section communale doit être sélectionnée. Le choix s'oriente de préférence parmi des associations à caractère social qui ont des objectifs liés à la lutte contre la pauvreté, à la santé en général, à la santé reproductive ou à l'établissement des mutuelles en particulier.

L'association locale qui signe le contrat ne doit pas avoir de lien avec la structure de santé de l'aire de santé à contrôler pour éviter des conflits d'intérêt.

La sélection doit retenir au moins 3 associations locales remplissant les conditions exigées. En cas de résiliation du contrat avec une association locale défaillante, elle est remplacée par l'association locale suivante sur la liste de pré-sélection.

Choix des enquêteurs

L'association locale retenue propose pour formation des enquêteurs parmi ses membres. Elle choisit un maximum de six enquêteurs par aire de santé, dont au moins une femme pour certains aspects de l'enquête sur la santé de la reproduction. Après formation, quatre enquêteurs sur les six seront enrôlés dans les enquêtes organisées et chaque association locale garde toujours comme réservistes deux enquêteurs formés. Le choix des enquêteurs est basé sur les critères suivants :

- Bien lire, écrire et comprendre la langue locale, la connaissance du français étant un atout ;
- Etre disponible pendant quinze jours par période d'enquête ;
- Etre capable et avoir la volonté de se déplacer jusqu'aux ménages situés à deux heures de marche, à pied ou avec ses propres moyens de déplacement ;
- Etre capable d'accomplir ses tâches dans une atmosphère familiale avec fidélité, confidentialité, discipline, franchise et intégrité.

Choix des ménages à visiter / téléphoner

Les vérificateurs de l'agence externe de vérification tirent au sort les cas à contrôler, au cours des visites ou des appels de vérification des données, dans les registres d'activités de la structure en relation avec la production subventionnée.

Le choix au hasard dans les registres est fait pour les 90 jours qui précèdent la visite.

Au cas où les patients proviennent d'un autre pays ou d'un autre département, il n'est pas possible de vérifier son existence. Si le nombre de cas tirés au sort et résidant à l'étranger ou en dehors du département semble anormalement important, il peut s'agir en effet d'une réalité mais aussi faut-il écarter une possibilité de fraude par la structure. Dans ce cas, le vérificateur peut seulement alerter l'agence externe de vérification, puis la DDS au sujet de cette situation et tirer d'autres cas au hasard. Cette question est par la suite mise à l'ordre du jour de la réunion du CDP qui, en collaboration avec les AEV, statuera sur les mesures à entreprendre.

La vérification communautaire vise 2 objectifs :

- Authentifier au niveau communautaire les prestations déclarées par les institutions sanitaires;
- Mesurer le degré de satisfaction de la communauté vis-à-vis des prestations de la structure sanitaire.

La vérification communautaire comprend 3 volets :

- La vérification de l'existence des bénéficiaires tirés au sort dans les registres d'activités des structures sanitaires
- La vérification de l'authenticité de la prestation effectuée ;
- Le degré de satisfaction des bénéficiaires des prestations.

VI.3. La facture trimestrielle définitive

A l'issue du processus de vérification trimestrielle (vérification quantitative, qualitative technique et communautaire), les trois factures mensuelles provisoires sont consolidées en une facture trimestrielle provisoire. Au montant total obtenu par simple sommation des trois factures mensuelles provisoire est appliqué le score global de qualité pour donner lieu à la facture trimestrielle définitive, et c'est le montant obtenu par cette opération qui sera facturé et payé à l'institution sanitaire concernée.

CHAPITRE VII. CIRCUIT DE FONDS ET DELAIS DE PAIEMENT

VII.1. Délais de paiement

VII.2.1. Pour les Prestations des structures de soins

- Elaboration du rapport SIS par les structures : 5 jours ouvrables dès la dernière date du mois ;
- Vérification quantitative et facture trimestrielle provisoire par l'AEV : 14 jours ouvrables après la fin du trimestre ;
- Vérification de la qualité technique : débute au cours du dernier mois du trimestre jusqu'à 14 jours ouvrables après la fin du trimestre (visites surprises aux IS) ;
- Vérification communautaire : 15 jours après la fin du trimestre concerné ;
- Etablissement de la facture trimestrielle définitive de chaque structure par l'AEV: 1 jour ;
- Validation des données / factures par l'agence externe de vérification : 1 jour ;
- Transmission des factures, déclarations vérifiées et validées par les AEV : 1 jour ;
- Compilation des demandes de paiements et synthèse par l'UC et transmission à la structure fiduciaire : 5 jours ;
- Analyse et contrôleur des engagements des dépenses : 3 jours ;
- Engagement, liquidation, ordonnancement et Virement sur les comptes des bénéficiaires : 7 jours.

Total du circuit pour les structures de soins = (5+15+1+1+1+5+3+7) jours = 38 jours ouvrables.
(A noter que la vérification quantitative, celle de la qualité technique et communautaire sont réalisées parallèlement).

VII.2.2. Pour les prestations de la DDS / UAS

- Vérification : 1 jour par département (10 jours dès que toutes les DS sont concernées) ;
- Analyse des rapports, validation, consolidation des résultats et établissement des factures par l'UC : 5 jours ;
- Transmission des demandes de paiement à la structure fiduciaire par l'UC : 1 jour ;
- Analyse par la structure fiduciaire et par le contrôleur des engagements des dépenses publiques, signature par le Ministre du MSPP et transmission des demandes d'engagement : 3 jours ;
- Engagement, liquidation, ordonnancement et virement sur les comptes des bénéficiaires : 7 jours.

Total du circuit pour les structures de soins = (10+5+1+3+7) jours = 26 jours ouvrables.
(A noter que les délais de vérification au niveau des DDS pourraient être raccourcis si plusieurs équipes de vérification sont simultanément déployées dans différents départements).

CHAPITRE VIII. SUIVI ET EVALUATION DU FBR

Le Financement Basé sur les Résultats requiert particulièrement une efficacité dans la mise en œuvre et une transparence dans l'utilisation des fonds ainsi qu'une bonne gouvernance en général. Pour ce faire, un système de suivi / évaluation est essentiel pour :

- Etablir et suivre des indicateurs de performance du management de processus, mais aussi des indicateurs de résultats et d'impact ;
- Détecter en temps utiles les problèmes de mise en œuvre afin d'y apporter des solutions nécessaires via une planification dynamique ;
- Suivre les effets des interventions : il s'agit de voir si les résultats escomptés sont en train d'être atteints et quelles sont les modifications qui devraient être faites pour améliorer l'efficacité et/ou l'efficacités des interventions ;
- Montrer aux bénéficiaires de manière objective et transparente les efforts consentis dans la prise en charge des soins préventifs et curatifs mais aussi d'évaluer la satisfaction des bénéficiaires.
- Gérer rationnellement les ressources (ressources financières, ressources humaines, temps).

VIII.1. Niveaux et Acteurs du Système de Suivi / Evaluation

Le système de Suivi / Evaluation du FBR s'appuiera essentiellement sur trois niveaux. Les acteurs de chaque niveau jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation de ce système.

Niveau 1 :

Points de Prestations de Services / Recueil et Vérification des données quantitatives et qualitatives

C'est le niveau de prestation de soins et de services de santé. Ce niveau se caractérise par son rôle principal d'offre de prestations de services au profit des bénéficiaires, d'enregistrement, de recueil et de vérification des données par l'équipe de l'agence externe indépendante de vérification. Le recueil s'effectue sous forme de factures mensuelles triangulées avec les rapports mensuels du SIS, et ensuite transmises pour validation à l'AEV, et à la DDS pour analyse et exploitation.

Niveau 2 :

L'agence externe indépendante de vérification : Validation, Enregistrement à l'aide de l'outil de facturation, Initiation des demandes de paiement

L'agence externe indépendante assure la vérification, l'enregistrement, la validation des factures et la restitution au niveau des points de prestation ; effectue les analyses préliminaires ; propose des actions conséquentes et appuie la DDS dans l'encadrement de la mise en œuvre efficace du FBR. C'est à ce niveau que le processus de paiement est initié, mais aussi les rapports avec les résultats des évaluations sont transmis parallèlement au niveau central du MSPP (UC) et à la DDS.

Niveau 3 :

Niveau de la DDS et du CDP: Saisie, Triangulation, Exploitation, Classement et Transmission

C'est le niveau de validation des plans d'action des structures de soins et de négociation des contrats dans le cadre du FBR, ainsi que le suivi de la mise en œuvre décentralisée. C'est aussi le niveau de synthèse, où les copies des rapports mensuels du SIS et des rapports des évaluations de chaque structure du département sont déposées, classées, traitées et utilisées à des fins de gestion et décisions (rétro-information, encadrement / supervision, formation...) par l'équipe technique de la DDS et par le CDP.

Niveau 4 :

L'UC : Analyse et Exploitation de l'information, Sécurisation des données en rapport avec les paiements

C'est l'échelon d'analyse de l'information, du traitement des données validées et des différents rapports. L'UC est le dépôt central de toute information en rapport avec le FBR au niveau national. Elle s'occupe de la gestion et du développement du système de suivi / évaluation national, en collaboration avec l'UADS, l'UEP, la DOSS et les autres acteurs clés. Elle travaille avec l'ensemble des directions centrales du MSPP et des organes (GT, CNP) impliqués dans le processus de mise en œuvre.

L'UC doit s'assurer de l'utilisation stratégique des informations pour une prise de décision en vue d'améliorer la performance du système de santé.

VIII.2. Suivi / Evaluation au niveau national

Le suivi quotidien de la mise en œuvre du FBR au niveau national se fait à travers l'UC qui fournit trimestriellement un rapport de mise en œuvre du FBR à la Direction Générale et au CNP.

Une évaluation interne annuelle de la mise en œuvre du FBR est réalisée par l'UC en collaboration avec le GT/FBR et un rapport ad hoc est présenté au CNP.

Des missions d'évaluation externe de la mise en œuvre du FBR pourraient être organisées sur convenance du CNP.

Le MSPP renforcera le contrôle interne des structures sanitaires et un audit financier (ciblé, systématique ou par échantillonnage), pour le suivi de la gestion financière sera réalisé au moins une fois l'année.

Une évaluation de l'impact et du processus du programme FBR, qui utilise des méthodes qualitatives et quantitatives, facilitera l'apprentissage tout au long de la mise en œuvre et fera en sorte que l'impact de l'intervention soit documenté. Ceci exige que tout changement observé dans les résultats dans les zones où les interventions / traitements sont mis en œuvre soit comparé à un contrefactuel valide représentant le cours suivi par les événements en l'absence de ces interventions. Pour créer un contrefactuel valide, il est possible que les différentes variantes du modèle national FBR soient mises en œuvre au cours de la période d'étude.

L'évaluation du processus, qui utilise des méthodes qualitatives, sera élaborée pour compléter et enrichir les résultats quantitatifs et fournir aux agences d'exécution des données intermédiaires critiques pendant la mise en œuvre, ce qui permettra un apprentissage immédiat, un suivi des risques et progrès, et l'adoption de mesures correctives si nécessaire. L'évaluation du processus fournira de l'information sur la performance de certaines institutions sanitaires, les approches innovantes développées au niveau des établissements de santé afin d'améliorer leur niveau de performance, et les conséquences imprévues du programme.

VIII.3. Renforcement des capacités et encadrement des acteurs du FBR

Des formations continues dans le cadre du FBR seront organisées afin de permettre une appropriation par tous les acteurs du système de santé. Des formations seront également organisées sur d'éventuelles modifications dans la mise en œuvre et sur l'utilisation des nouveaux outils de collecte des données et de gestion du FBR.

Le suivi et l'encadrement seront échelonnés tout au long du système de santé :

- allant du suivi encadrement portant sur les aspects techniques et financiers au cours de l'élaboration, la négociation et l'amendement des plans d'action des structures sanitaires ;
- passant par le suivi et la mesure de la performance des stratégies des différentes fonctions du FBR de mise en œuvre au niveau opérationnel ;
- jusqu'au suivi et encadrement de la performance du management stratégique du FBR à l'échelle nationale (coordination, gestion, orientation, ajustement...), suivi de la performance et de l'impact du FBR.

Une équipe de formateurs nationaux sera mise en place et formée pour assurer les formations dans le cadre de la mise en œuvre du FBR chaque fois que de besoin.

Une assistance technique continue, d'expertise internationale d'une part, et d'expertise nationale d'autre part, sera dotée respectivement au niveau central du MSPP et au niveau départemental.

Des voyages d'études, aussi bien à l'intérieur du pays qu'à l'étranger, seront ponctuellement organisés à l'endroit des membres des équipes de mise en œuvre à différents niveaux.

VIII.4. Recherche action

Des organismes spécialisés telles que des institutions universitaires, les agences de recherche ou des bureaux de conseils seront sollicités pour la conduite ou l'encadrement des études de recherche. Dans le domaine de la Recherche Action en matière du FBR.

L'UC avec la participation des autres départements du MSPP et/ou des instituts nationaux de recherche, élaborera un agenda de recherche opérationnelle prioritaire. Les thèmes et domaines de la recherche opérationnelle seront définis en fonction des expériences dans la mise en œuvre du FBR, des besoins et lacunes de compréhension /connaissances identifiés et des stratégies innovatrices envisagées.

Il est recommandé de créer un cadre de dissémination de résultats, telle qu'une conférence annuelle ou un atelier semestriel de dissémination, susceptible de stimuler les recherches, de capitaliser les connaissances et les résultats, pour en fin de compte alimenter la planification des nouvelles phases et la réorientation des nouvelles stratégies d'intervention.

VIII.5. Source de données

La mise en œuvre de la vérification, de la contre-vérification, des enquêtes d'évaluation et des études-recherche fournit des données pour alimenter le système d'informations. Ces données proviennent de diverses sources. Le tableau ci-dessous présente les types d'enquêtes, études et évaluations dans le cadre du FBR.

Tableau 1 : Source d'informations

Sources d'informations	Fréquence de rapportage	Organe responsable
Système de Routine		
Outil de facturation du FBR	Trimestrielle	Agences de vérification /DDS/UC
Système National d'Information Sanitaire	Mensuelle	UEP
Etudes et Enquêtes		
Enquête d'authentification des données quantitatives et d'évaluation de la Satisfaction des Bénéficiaires (Enquête Communautaire)	Trimestrielle	Agences de vérification
Enquête auprès des structures sanitaires	Annuelle	Cabinet ou Institution Spécialisée
Enquête Démographique et de santé	Quinquennale	MSPP/Institution spécialisée
Contre vérification/Audit		
Contre vérification externe	Semestrielle/annuelle	Organisme externe
Audit Financier	Annuelle/Ponctuelle	Cabinet d'Audit/Services compétents du MSPP
Recherche Action		
Etudes de Recherche/ Documentation	Définie selon l'agenda de la recherche	Structure spécialisée, Université, MSPP

VIII.6. Produits d'information

Le système de santé, dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, est alimenté par les différentes sources de données, et fournit divers produits d'informations :

- (1) Rapports des structures de soins ;
- (2) Rapports des DDS ;
- (3) Rapports de l'Agence Externe de Vérification ;
- (4) Rapports périodiques de l'UC ;
- (5) Rapports de supervision par niveaux hiérarchiques ;
- (6) Documentation / Publications ;
- (7) Rapport Annuel (technique et financier) du FBR.

Tableau 2 : Plan de Diffusion des Produits d'informations

<i>Produits d'Informations</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Niveau de diffusion</i>
<i>Rapports des structures de soins</i>	Mensuel	DDS AEV
<i>Rapport Agence de vérification</i>	Trimestrielle	DDS UC
<i>Rapport DDS</i>	Trimestrielle	CDP MSPP (UC, UADS, UEP, DSF)
<i>Rapport UC</i>	Trimestrielle	GT DG (UEP) CNP
<i>Rapport de Supervision</i>	Semestrielle	UAS DDS UC CNP
<i>Documentation /Publications</i>	Semestrielle	Public
<i>Rapport National du FBR</i>	Annuelle	A tous les niveaux

VIII.7.. Procédures de mise à jour du Manuel Opérationnel

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

- l'organisation des arrangements institutionnels du FBR évolue ;
- la répartition des tâches entre les intervenants subit des aménagements ;
- les textes et les règlements qui régissent le système changent ;

- des modifications s'avèrent nécessaires afin d'améliorer l'efficacité du système de gestion.

La décision d'opérer une ou des mises à jour revient au CNP sur proposition de l'UC. La mise en œuvre de cette mise à jour passe par les étapes successives suivantes :

- identification des mises à jour recommandées ;
- mise à jour proprement dite des procédures concernées et création des fiches référencées à incorporer au manuel ;
- validation et décision de mise en application des modifications faites ou des procédures nouvelles par le MSPP et le CNP ;
- diffusion de la mise à jour auprès de l'ensemble des intervenants.

CHAPITRE IX. REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS

La principale source de conflits est souvent le manque ou l'insuffisance du partage d'information, la différence de valeurs et d'expériences et l'influence des facteurs externes.

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

Pour tout cas de litige qui surviendrait dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats, le dialogue et le règlement à l'amiable sont privilégiés en premier lieu, et le recours à la médiation par le niveau hiérarchiquement supérieur est conseillé en second lieu. En cas de non compromis, le MSPP à travers ses services habilités et le CNP, prendra une décision définitive pour régler le différend.

Les modalités détaillées de règlement d'éventuels conflits sont précisées dans le contrat du FBR à chaque niveau.

IX.1. Règlement des litiges au niveau des structures de soins

En cas de non-respect de principes du FBR, la structure de soins contractualisée s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire des primes de performance à l'encontre des individus coupables, pour entre autres raisons :

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

Il revient à la DDS, à travers le CDP et en collaboration avec l'AEV de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à la structure et/ou aux individus, ainsi que d'éventuelles mesures administratives proposées à l'autorité compétente à l'endroit de l'équipe dirigeante de la structure.

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

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

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

IX.3. Règlement des litiges au niveau de la DDS

En cas de non-respect des principes du FBR, la DDS s'expose à des sanctions sous forme de pénalité pécuniaire ou même de mesures administratives prévues par la loi à l'encontre du personnel fautif en fonction de la gravité de la faute commise, notamment en cas de :

- création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- manquement aux engagements et/ou récidives de prestations de mauvaise qualité constatées à travers les évaluations de la performance de la DDS.

Des sanctions seront infligées à l'équipe ou aux individus dont la responsabilité est établie, selon le degré et la gravité de la faute. Ces sanctions peuvent être entre autres, le non-paiement des primes, les mesures administratives proposées à l'autorité compétente à l'endroit de l'équipe dirigeante ou à l'encontre des individus concernés de la DDS.

IX.4. Règlement des litiges entre l'AEV et les structures contractualisées

En cas de litige entre l'AEV et les structures du département de santé concernant l'exécution des tâches respectives, l'UC sera saisie par l'une ou l'autre des parties pour trouver une résolution au litige.

Si aucune solution n'est trouvée, le MSPP pourrait se saisir d'office du cas de litige ou de dysfonctionnement avéré dans les relations entre l'AEV et les structures de soins d'un département de santé. Après avis du GT/FBR et du CNP ; le MSPP prend des décisions finales et non susceptibles de recours. L'UC assure le suivi de la mise en application de ces décisions.

IX.5. Règlement des litiges au niveau des associations locales chargées des enquêtes communautaires

Une association locale actrice dans les enquêtes communautaires pourrait être sanctionnée pour les raisons suivantes :

- un mauvais remplissage ou un remplissage incomplet d'une fiche d'enquête ;
- la remise tardive de l'ensemble des questionnaires d'enquête, au-delà du délai de 15 jours prévu par le contrat qui lie l'association à l'AEV ;
- la non-exécution de l'enquête commissionnée ou le remplissage du questionnaire avec des données fausses.

Les clauses du contrat entre l'AEV et les associations locales précisent les conditions et les modalités de règlement de litiges et de résiliation du contrat.

CHAPITRE X : ANNEXES

Annexe 1.

CONTRAT FIXANT LE FINANCEMENT DE L'UAS SUR BASE DE SA PERFORMANCE

Entre :

D'une part ;

La Direction Départementale Sanitaire, représentée par le Directeur Départemental, Dr..... ci-après dénommé «DDS»

Et

D'autre part ;

L'Unité d'Arrondissement de Santé, représentée par Dr, Coordonnateur de l'UAS de, ci-après dénommé « UAS ».

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

L'approche contractuelle, voulue par le Ministère de la Santé Publique et de la Population comme une stratégie de financement du système de santé et un instrument de mise en œuvre de la politique de santé, vise le «renforcement de la performance de la fourniture des soins de santé». Le Manuel de Procédures sert de document de référence pour l'approche contractuelle.

Il s'agit d'une contractualisation interne des moyens et des résultats : l'Agence Fiduciaire, en accord avec l'Unité de Contractualisation, met à la disposition de l'Unité d'Arrondissement de Santé (UAS) un nombre de moyens et attend en retour des résultats précis. Le présent «contrat de performance» en consigne les conditions générales et spécifiques, tandis que les planifications annuelles et trimestrielles préciseront respectivement la logique d'intervention et les ressources humaines, matérielles, financières, ainsi que les échéances.

Article 1 : Objectif Général du contrat

Le présent contrat a pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de la performance des services de santé par une meilleure coordination des actions au niveau de l'UAS ainsi qu'un meilleur encadrement des Institutions sanitaires afin que celles-ci offrent des services et des soins de santé de qualité à la population du Département du, en Conformité avec la Politique Nationale de Santé.

Article 2 : Objectifs spécifiques poursuivis

La mise en œuvre des activités prévues dans le cadre de ce contrat permettra à l'UAS d'assumer les fonctions qui lui sont dévolues, à savoir :

1. coordonner l'action sanitaire dans les limites géographiques de l'arrondissement¹⁸
2. superviser et contrôler les activités, projets et programmes de santé exécutés au niveau de l'arrondissement

Article 3 : Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée de 12 mois, renouvelable, à dater du 201... à la fin du mois de 201..., avec tacite reconduction.

Article 4 : Le présent contrat fixe

1. les engagements respectifs des parties
2. les modalités de leur mise en œuvre et de l'octroi des moyens et des primes de performance à la DSS

Article 5 : Définition de l'UAS

L'Unité d'Arrondissement de Santé (UAS) a pour mission d'assurer un accompagnement technique des institutions de santé de sa juridiction, dans l'offre des soins de qualité. Elle a pour attributions de:

- Planifier les interventions sanitaires dans l'arrondissement ;
- Assurer le suivi de la gestion financière des structures sanitaires du département ;
- Assurer une supervision formative intégrée et régulière des CS et des HCR ;
- Veiller à la disponibilité permanente des médicaments essentiels, consommables et dispositifs médicaux au niveau départemental;
- Analyser et exploiter les rapports trimestriels d'évaluation de la qualité des prestations des CS et HCR ;
- Analyser les données transmises et les rapports mensuels SIS dans les délais requis ;
- Organiser conjointement avec l'HCR le réseau de référence au sein de l'arrondissement ;
- Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau de l'arrondissement en collaboration avec la DDS ;
- Enregistrer, photocopier, archiver et sécuriser tous les documents administratifs et financiers, les rapports d'activités des différentes structures de soins du département ainsi que les rapports d'évaluation de la qualité.

L'Unité d'Arrondissement de Santé (UAS) de se compose actuellement d'un staff technique dont la composition est en annexe.

¹⁸ Alinéa 1

Article 6 : Mission staff technique

L'équipe technique de l'Unité d'Arrondissement de Santé (UAS) est coordonnée et a pour mission d'encadrer le développement des services et structures de santé pour une offre des soins de santé de qualité dans l'arrondissement, conformément aux orientations du niveau national.

I. ENGAGEMENTS ENTRE LES PARTIES

Article 7 : Engagement de l'Unité d'Arrondissement de Santé (UAS)

Dans le cadre du présent contrat, l'Unité d'Arrondissement de Santé s'engage à obtenir les résultats objectivables suivants pour le 1er Trimestre (allant du au 201...):

N°	Activités	Sources de vérification	Critère d'appréciation	Pondération	
1	Ordonnancement et archivage	Livres et documents bien rangés et faciles à retrouver	Ordonnancement du matériel et des documents	2	5
			Utilisation d'un système de classification des livres et documents stratégiques	3	
2	Planification annuelle des activités de l'UAS	Document de planification annuelle	Présence d'un chapitre sur les généralités : situation de l'arrondissement, population, découpage administratif, économie (une page maximum)	3	50
			Analyse situationnelle : prendre en compte les éléments du SIS de l'année précédente et les compléter	3	
			Liste des problèmes identifiés et priorisation sur base de critères précis et d'objectifs fixés (généraux ou spécifiques)	3	
			Définition des activités et élaboration d'un chronogramme de mise en œuvre	3	
			Elaboration du rapport d'évaluation trimestrielle de l'exécution du plan d'action annuel (activités planifiées, niveau de réalisation, activités réalisées mais non planifiées, difficultés rencontrées, solutions envisagées)	5	
			Elaboration du budget des activités	3	

N°	Activités	Sources de vérification	Critère d'appréciation	Pondération	
3	Tenue régulière des réunions de staff	6 rapports de réunion de l'UAS avec liste de présence	Présence de l'ordre du jour qui comprend parmi les points un bilan des activités de chaque membre de l'UAS et divers	5	20
			Contenu de la présentation du bilan de chaque membre de l'UAS présent et perspective pour la période suivante (activités réalisées, problèmes rencontrés et perspectives)	5	
			Résumé des décisions prises suite aux présentations de chaque membre de l'UAS	5	
			Contenu des points divers, décisions prises et programmation de la réunion suivante	5	
4	Analyse et transmission des données du SIS	Affichage des données SIS au bureau de l'UAS et Accusé réception du rapport SIS avant le 31 du mois en cours	Les données SIS sont analysées chaque mois	10	15
			Un rapport est transmis au niveau central avant le 31 du mois en cours	5	
5	Supervision des institutions de santé	Rapport de supervision de l'UAS	Phase préparation : sources d'information, identification des problèmes, leur priorisation sur base de critères précis et objectifs fixés	5	20
			Phase de descente sur le terrain : observation indirecte des activités : rapport de supervision, de réunion de l'équipe de l'UAS, des documents comptables. Préciser la durée de cette phase et les problèmes identifiés	5	
			Phase de descente sur le terrain : dialogue : préciser la durée des échanges avec l'équipe de l'UAS sur le bilan des recommandations antérieures et sur les différents problèmes identifiés durant la phase de préparation et sur le terrain	5	
			Phase de descente sur le terrain : recommandations : préciser les recommandations retenues suite au dialogue	5	

N°	Activités	Sources de vérification	Critère d'appréciation	Pondération	
6	Superviser le dépôt périphérique pharmaceutique et assurer l'approvisionnement des IS en médicaments essentiels	Existence d'un rapport de supervision du dépôt périphérique pharmaceutique	Phase préparation : sources d'information, identification des problèmes, leur priorisation sur base de critères précis et objectifs fixés	2	20
			Phase de descente sur le terrain : durée de l'observation indirecte : tenue des fiches de stock et des autres outils mis en place, rupture des médicaments, évolution du chiffre d'affaire et problèmes identifiés	3	
			Phase de descente sur le terrain : dialogue : durée de dialogue avec les gestionnaires et les gérants sur les problèmes identifiés	3	
			Phase de descente sur le terrain : recommandations : préciser les recommandations retenues suite au dialogue	3	
TOTAL				100	

L'UAS doit également s'assurer que les institutions sanitaires disposent des ressources (humaines et matérielles) nécessaires pour la réalisation de ses activités suivant les normes en vigueur.

Article 8 : Engagements de la Direction Départementale

Dans le cadre de la promotion du développement des ressources humaines, la Direction départementale sanitaire dans le respect des engagements pris au niveau national et en cohérence avec la Politique Nationale de Santé, s'engage à autoriser l'agence fiduciaire à verser une subvention sur la base de performance, contribuant ainsi au fonctionnement de l'équipe et à la motivation des membres de l'UAS telles que convenu dans le cadre du projet.

II. LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES ENGAGEMENTS

Article 9 : Les moyens prévus et les résultats attendus sont précisés en annexe et évalués comme suit :

- Le coordonnateur de l'UAS décrit la logique d'intervention dans le plan annuel d'action qui, reprend toutes les activités qui permettront d'atteindre les objectifs annuels, avec un chronogramme précis ainsi que les moyens humains, matériels et financiers à mobiliser ;
- La qualité et le nombre d'activités réalisées au cours de la période seront appréciés trimestriellement par la DDS, en collaboration avec l'UC et l'agence de vérification.

Article 10 : La rémunération des prestations de santé est prévue comme suit :

Le montant prévu de la subvention de l'UAS pour trois mois est de..... Gourdes et

est fonction de sa performance. L'évaluation des performances de l'UAS se basera sur les activités et les indicateurs/critères d'appréciations définis dans le tableau repris à l'article 7.

Le paiement se fera en fonction du degré de réalisation des activités et du pourcentage obtenu. En dessous de 25%, aucune prime de performance n'est attribuée. Lorsque la somme des pourcentages obtenus est au-dessus de 85%, le maximum autorisé est attribué.

A la fin de chaque trimestre, l'Agence de vérification transmettra à l'Agence fiduciaire avec copie à l'Unité de Contractualisation du MSPP un rapport faisant état du niveau d'atteinte des résultats. La transmission du rapport sera suivie par une évaluation dont les résultats détermineront le montant à payer par l'agence fiduciaire.

Article 15 : ANNEXES

Les annexes font partie intégrante du présent contrat :

- liste des membres de l'équipe de l'UAS bénéficiant de prime de performance
- le plan de travail de l'UAS
- le plan d'action

Fait à Fort-Liberté, en deux exemplaires originaux, le.....

Pour la DDS

Pour l'UAS :

Annexe 2.

**CONTRAT FIXANT LE FINANCEMENT DES INSTITUTIONS SANITAIRES SUR
BASE DE LEUR PERFORMANCE**

Entre,

D'une part,

Le Directeur départemental Sanitaire du

Et

D'autre part ;

L'Institution Sanitaire de, dans la commune de, représentée par, responsable de l'institution sanitaire.

Préambule

Considérant la Politique Nationale de Santé à travers ses choix stratégiques pour améliorer la santé de la population;

Se basant sur les expériences antérieures en matière de financement de services de santé sous forme de tiers payant ci-après appelé "achat de services" ;

Respectant le principe qu'il faut donner un maximum d'autonomie de gestion aux institutions sanitaires afin qu'elles puissent orienter leur gestion sur base de leurs priorités ;

Considérant que le premier acteur du système de santé est la population, et que son rôle d'utilisateur des services de santé lui donne la possibilité d'apprécier la qualité des services offerts et d'émettre des suggestions visant à améliorer les prestations fournies par l'institution sanitaire ;

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : Des principes du Financement basé sur les Résultats (FBR)

L'achat des services de santé à travers le système de Financement Basé sur les Résultats vise à améliorer l'accès aux services curatifs et préventifs produits par les institutions sanitaires sur base d'un contrat de performance. Il vise aussi à contribuer au renforcement de l'autonomie de gestion des institutions sanitaires. Les fonds additionnels dérivés du système sont gérés directement par l'institution sanitaire.

Les Institutions sanitaires gèrent les fonds reçus au titre du FBR sur base de leurs priorités propres, suivant les directives de gestion des fonds publics, pour financer leurs plans d'actions.

Article 2 : Nature et objet du présent contrat

Le présent contrat a pour objet le financement sur base des performances de l'Institution Sanitaire de.....

Cette subvention s'effectue sur base de prestations effectivement fournies par l'institution sanitaire à la population.

Le présent contrat établit les obligations mutuelles de la Direction Départemental Sanitaire (DDS) et de l'Institution Sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du FBR dans le Département ..., sous l'égide du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Article 3 : Durée

Le présent contrat prend effet à partir de la date de sa signature par toutes les parties et couvre une période de six mois renouvelable, soit du au, avec tacite reconduction.

Article 4 : Nature des prestations à financer

Sur base des priorités de santé publique identifiées au niveau du département, le MSPP en accord avec ses partenaires techniques et financiers, a défini et validé une liste de services de santé ou prestations à subventionner au niveau de l'Institution Sanitaire.

Le tableau fixant les indicateurs et leurs tarifs respectifs est en annexe du présent contrat.

Article 5 : Modalités de paiement des services de santé ou prestations

La rémunération des prestations se fera sur base d'un barème appliqué à la quantité de prestations produites pour chaque indicateur subventionné.

Montant pour la Quantité = nombre (vérifié) des services prestés pour chaque indicateur * barème par indicateur.

Un bonus qualité dont les modalités sont fournies en annexe (grille d'évaluation de la qualité) du présent contrat pourra ainsi être perçu par l'IS en fonction du score de qualité globale obtenu en utilisant la grille de qualité, selon la formule :

Bonus qualité = 25% bonus quantité * %score de qualité

Le bonus total sera donc calculé de la façon suivante :

Bonus total = Montant Quantité + bonus de qualité

Le Montant pour la Quantité peut être payé séparément ou combiné avec le bonus de qualité.

Article 6 : Mécanisme de vérification des prestations

La vérification des résultats quantitatifs est confiée à l'agence externe indépendante de vérification. Celle-ci a l'obligation de s'assurer de l'authenticité des informations reçues, en procédant à l'évaluation trimestrielle de la quantité et de la qualité des prestations offertes par l'Institution Sanitaire, selon les procédures indiquées dans le Manuel Opérationnel du FBR.

Les résultats de ces évaluations permettront de calculer et de payer les subventions prévues.

Article 7 : Sanctions

En cas de non-respect des principes du FBR, l'Institution Sanitaire s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire (perte du bonus FBR pour un trimestre ou plusieurs trimestres jusqu'à la suspension temporaire du contrat) pour les raisons suivantes notamment :

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

Il reviendra au Comité Départemental de Pilotage, de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à l'Institution Sanitaire conformément au présent article.

Concernant la vérification quantitative des données déclarée par les Institutions Sanitaires, un seuil de discordance de 5% entre les données déclarées et les données vérifiées est toléré. Au-delà de ce seuil, la structure est sanctionnée comme indiquée ci-dessous :

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

Les cas consultés mais mal enregistrés (identification incomplète, remplissage incomplet) sont notifiés dans le rapport SIS mais non pris en compte par le FBR, et de ce fait, les rapports SIS et FBR peuvent logiquement différer.

Article 8 : Obligations de l'Institution Sanitaire

L'Institution Sanitaire s'engage à :

- Créer ou dynamiser ses organes de gestion (comité de gestion). Pour cela (i) il réunira mensuellement son comité de gestion, (ii) établira un compte rendu systématique de ces réunions ou un procès-verbal au cas où des décisions y ont été prises ;
- Produire le plan d'action opérationnel ;
- Respecter la tarification (actes et Médicaments Essentiels Génériques, laboratoires etc.) définie et afficher la tarification en vigueur ;
- S'approvisionner obligatoirement sur fonds propres en Médicaments Essentiels Génériques et consommables médicaux au niveau de la CDAI ;
- Envoyer mensuellement au niveau du bureau de la Direction Départementale Sanitaire et avant le 5^{ième} jour du mois N+1 les rapports SIS ;
- Effectuer des inventaires (au minimum trimestriellement) de son stock de Médicaments Essentiels Génériques et valoriser ce stock ;
- Tenir correctement les outils de gestion financière ;
- Respecter les contrôles financiers, le contrôle des données et d'autres vérifications ainsi que les visites de supervision de l'équipe de l'Unité d'Arrondissement Sanitaire et autres partenaires ;
- Rendre tous ces outils de gestion et d'administration accessibles aux personnes en charge du contrôle de la bonne exécution du contrat durant les heures et jours ouvrables ;
- Dénoncer à la Direction Départementale Sanitaire par écrit toute tentative d'extorsion de fonds de la part de toute personne en charge de la supervision ou du contrôle de son activité ;
- Dénoncer au Comité Départemental de Pilotage toute tentative de la part d'un membre de la Direction Départementale Sanitaire/Unité d'Arrondissement Sanitaire ou d'autres personnes provenant de la hiérarchie de prélever de l'argent au niveau de l'Institution Sanitaire.

Article 9 : Obligations de la DDS

La DDS est un cadre spécifiquement mis en place au niveau de la DDS pour coordonner de façon concertée la mise en œuvre du FBR dans le département sanitaire. Ce mécanisme intègre les cadres de la DSS et des PTF.

Le DDS a 5 principales fonctions :

- La planification des activités de mise en œuvre du FBR ;
- La gestion des contrats ;
- L'exploitation des données des structures de soins ;
- La coordination des activités sanitaires et le suivi de la mise en œuvre du FBR dans le département de santé ;
- L'encadrement des institutions de santé.

Dans le cadre du présent contrat, la Direction départementale sanitaire s'engage à, avec l'appui du CDP :

- Archiver les informations transmises par les institutions sanitaires à son bureau, en particulier, les informations concernant le niveau d'utilisation de l'Institution

Sanitaire avant la mise en œuvre de ce contrat, les modes et niveaux de tarification qui y sont appliqués ;

- Exploiter à toutes les fins utiles les informations venant de la supervision de l'Institution Sanitaire par l'Unité d'Arrondissement Sanitaire et de la vérification des prestations ;
- En cas de fraude et de non-respect du contrat, appliquer les sanctions d'ordre financier préalablement définies et rapporter à l'UAS et la DDS l'information pour l'application des sanctions administratives ;
- Informer à la demande le Comité Départemental de Pilotage, du niveau de mise en œuvre de ce contrat (évolution du niveau d'utilisation de l'IS, respect par l'IS de ses engagements, montant de la subvention reçu par l'IS, sanctions appliquées...) ;
- Appuyer et faciliter l'UAS et la DDS dans la réalisation de ses missions au regard de ce contrat ;
- Appuyer la mise en place du dispositif contractuel en effectuant : (i) la formation des agents de santé à la compréhension des teneurs du contrat, (ii) la formation des membres de la Direction Départementale Sanitaire et de l'Unité d'Arrondissement Sanitaire pour la compréhension de leurs obligations dans ce contrat ;
- Aider l'institution sanitaire à disposer d'outils de gestion qui lui permettent de faire face à ces obligations ;
- Elaborer avec l'institution sanitaire un plan de développement (ou business plan) qui décrit comment l'Institution Sanitaire entend améliorer sa couverture sanitaire et comment les ressources financières seront utilisées ;
- Appuyer l'agence de vérification à évaluer la satisfaction de la population suite aux prestations fournies par les structures de santé, à travers des enquêtes de vérification et de suivi, qui sont effectuées trimestriellement par des enquêteurs locaux.

Article 11 : Évaluation du présent contrat

Il est prévu une évaluation trimestrielle de l'exécution du présent contrat par l'agence externe de vérification. A l'issue de cette évaluation, l'agence externe de vérification prendra une décision (i) soit pour sa reconduction ou (ii) soit pour sa révision. (iii) soit pour sa suspension pendant une période déterminée (iv) soit pour sa résiliation notamment en cas de non-respect des conditions d'éligibilité.

Article 12 : Règlement des litiges

Tout litige qui surviendrait pendant l'exécution du présent acte sera réglé à l'amiable entre les parties au sein du CDP. Celles-ci s'engagent, en cas de désaccord persistant, à recourir au Ministre de la Santé Publique et de la Population à travers l'UC.

Les parties signataires prennent l'engagement de ne pas recourir aux instances de la justice civile et/ou militaire.

Article 13 : La durée, la modification et la résiliation du contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature par toutes les parties en présence pour une durée de 12 mois.

Toute matière n'ayant pas fait l'objet de la présente convention ou nécessitant des modifications fera l'objet d'un avenant qui fera partie intégrante du présent contrat après concertation des parties.

La DDS en concertation avec le MSPP peut mettre fin au présent contrat par notification écrite à l'IS au moins 1 mois avant la mise en vigueur de la résiliation.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Ce contrat est établi àle...../...../..... en deux (2) exemplaires originaux dont chacune des parties en reçoit un.

1. Pour l'Institution Sanitaire

Le responsable de l'Institution Sanitaire

2. Pour la DDS,

Le Directeur Départemental

Annexe 3.

**CONTRAT FIXANT REMUNERATION DE LA DIRECTION DEPARTEMENTALE
SANITAIRE SUR BASE DE SA PERFORMANCE**

Entre

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population, (MSPP en sigle) ci-après désigné « Le Ministère », représenté par le Ministre d'une part ;

Et la Direction Départementale Sanitaire, (DDS en sigle) ci-après désignée «Direction Départementale» ou «DDS », représentée par son Directeur d'autre part ;

ETANT ENTENDU QUE

Le Financement basé sur les Résultats (FBR), entrepris par le Ministère de la Santé Publique et de la Population comme une stratégie de financement du système de santé et un instrument de mise en œuvre de la politique de santé, vise le «renforcement de la performance de la fourniture des soins et des services de santé».

Le Manuel Opérationnel sert de document de référence pour le Financement basé sur les Résultats. Le MSPP doit établir une relation contractuelle avec ses structures décentralisées pour assurer sa fonction de régulation.

Il s'agit d'une contractualisation interne des moyens et des résultats : le MSPP, à travers ses différents services du niveau central met à la disposition de la DDS un ensemble de ressources nécessaires en fonction des moyens disponibles et attend en retour des résultats précis.

Le présent «contrat de performance» en consigne les conditions générales et spécifiques, tandis que les planifications annuelle et trimestrielle précisent respectivement la logique d'intervention et les ressources humaines, matérielles, financières, ainsi que les échéances.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

Article 1 : Des engagements du Ministère de la Santé Publique et de la Population

Dans le cadre du présent contrat, le Ministère s'engage à fournir les directives et l'appui nécessaire à la DDS, par le biais des différents services du niveau central du MSPP afin qu'elle puisse remplir ses missions.

Le Ministère, s'engage à rémunérer la DDS en contrepartie de ses résultats conformément aux critères définis dans un document en annexe du présent contrat.

Article 2 : Des engagements de la DDS

Conformément au cadre organique en vigueur, la Direction Départementale Sanitaire (DDS) a pour mission d'assurer un accompagnement administratif, technique et logistique des institutions de santé de sa juridiction, dans l'offre des soins de qualité. Elle a pour attributions de :

- mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans leur département sanitaire respectif ;
- planifier les actions nécessaires à la mise en œuvre de la politique définie par le Ministère de la santé ;
- organiser en collaboration avec les Directeurs des hôpitaux départementaux et Communautaires de référence (HCR), les coordinations des UAS et les équipes cadres du département l'offre des soins préventifs et curatifs telle que définie par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (Paquet Essentiel de Services) ;
- coordonner toutes les activités des services et établissements sanitaires publics et privés de leur département respectif ;
- assurer la supervision et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées du département ;
- coordonner les activités de toutes les associations ou organisations s'occupant de la santé dans le département en particulier les Organisations Non Gouvernementales de santé.

Dans le cadre du présent contrat et pour réaliser ses attributions la DDS s'engage à mettre en œuvre les activités suivantes :

3. Planifier les interventions sanitaires dans le département ;
4. Coordonner le Comité Départemental de Pilotage du FBR ;
5. Encadrer l'élaboration et valider les plans d'action annuel et semestriel des CS et des HCR ;
6. Assurer le suivi de la gestion administrative et financière des structures sanitaires du département ;
7. Assurer une supervision formative intégrée et régulière des CS et des HCR ;
8. Veiller à la disponibilité permanente des médicaments essentiels, consommables et dispositifs médicaux au niveau départemental ;
9. Analyser et exploiter les rapports trimestriels d'évaluation de la qualité des prestations des CS et HCR ;
10. Analyser les données et transmettre au niveau central du MSPP les rapports mensuels SIS dans les délais requis ;
11. Elaborer et assurer le suivi des modalités d'attribution des primes de performance au personnel des structures de soins ;
12. Assurer l'approvisionnement régulier des structures de soins en médicaments essentiels et autres intrants
13. Organiser conjointement avec l'HD les réseaux de référence au sein du département ;

14. Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau du Département au travers le CDP et en collaboration avec l'UC ;
15. Enregistrer, photocopier, archiver et sécuriser tous les documents administratifs et financiers, les rapports d'activités des différentes structures de soins du département ainsi que les rapports d'évaluation de la qualité.

Article 3 : De l'évaluation de la DDS

Aux termes du présent contrat, la DDS sera évaluée trimestriellement par une équipe du niveau central du MSPP sous l'organisation de l'Unité de Contractualisation (UC) par rapport aux engagements repris à l'article 2 du présent contrat. Les critères de performance ainsi que les modalités d'évaluation sont définis dans la grille en annexe.

Article 4 : De la rémunération de la DDS

La DDS a une prime trimestrielle maximum deGourdes correspondant à un pourcentage de performance de 100%.

La rémunération de la DDS sera proportionnelle au pourcentage de performance réalisé lors de l'évaluation.

Article 5 : Des sanctions contre les fraudes et manquement aux engagements

En cas de non-respect de principes du FBR, la DDS s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire de la prime pour l'équipe pour entre autres raisons:

- la création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- le manquement aux engagements et/ou récidives de prestations de mauvaise qualité constatées à travers les évaluations de la performance de la DDS.

Des mesures disciplinaires seront en outre envisagées à l'encontre des individus auteurs de fautes lourdes ou de comportements susceptibles d'entraver la mise en œuvre du FBR.

Il reviendra au MSPP, à travers le Comité National de Pilotage du FBR (CNP) de déterminer le degré et la gravité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à l'équipe ou aux individus dont la responsabilité est établie.

Article 6 : De la durée, de la modification et de la résiliation du contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature par toutes les parties en présence pour une durée d'une année.

Toute matière n'ayant pas fait l'objet de la présente convention ou nécessitant des modifications fera l'objet d'un avenant qui fera partie intégrante du présent contrat après concertation et accord des parties.

Le MSPP peut mettre fin au présent contrat par notification écrite à la DDS au moins 1 mois avant la mise en vigueur de la résiliation.

Article 7 : Des annexes

Les annexes font partie intégrante du présent contrat :

- liste des membres de la Direction départementale sanitaire bénéficiant de prime de performance
- le plan de travail de la DDS
- le plan d'action
- la grille d'évaluation

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle...../...../..... en deux (2) exemplaires).

Pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population,

Pour la Direction Départementale Sanitaire,

La rémunération de la DDS sera proportionnelle au pourcentage de performance réalisé lors de l'évaluation.

Article 5 : Des sanctions contre les fraudes et manquement aux engagements

En cas de non-respect de principes du FBR, la DDS s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire de la prime pour l'équipe pour entre autres raisons:

- la création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- le manquement aux engagements et/ou récidives de prestations de mauvaise qualité constatées à travers les évaluations de la performance de la DDS.

Des mesures disciplinaires seront en outre envisagées à l'encontre des individus auteurs de fautes lourdes ou de comportements susceptibles d'entraver la mise en œuvre du FBR.

Il reviendra au MSPP, à travers le Comité National de Pilotage du FBR (CNP) de déterminer le degré et la gravité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à l'équipe ou aux individus dont la responsabilité est établie.

Article 6 : De la durée, de la modification et de la résiliation du contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature par toutes les parties en présence pour une durée d'une année.

Toute matière n'ayant pas fait l'objet de la présente convention ou nécessitant des modifications fera l'objet d'un avenant qui fera partie intégrante du présent contrat après concertation et accord des parties.

Le MSPP peut mettre fin au présent contrat par notification écrite à la DDS au moins 1 mois avant la mise en vigueur de la résiliation.

Article 7 : Des annexes

Les annexes font partie intégrante du présent contrat :

- liste des membres de la Direction départementale sanitaire bénéficiant de prime de performance
- le plan de travail de la DDS
- le plan d'action
- la grille d'évaluation

Manuel opérationnel du financement basé sur les résultats en Haïti

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle...../...../..... en deux (2) exemplaires).

Pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population,

Pour la Direction Départementale Sanitaire,

ANNEXE 4.

Indicateurs Quantitatifs du PES – Centre de Santé pour le FBR

N°	Services Curatifs	Définition	Outils de collecte
1	Nouvelles consultations curatives	Nombre de personnes consultées pour un nouvel épisode-maladie	Registre des consultations curatives de l'Institution sanitaire
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités par l'IS	Registre de notification de cas
3	Références à l'échelon supérieur	Nombre de patients référés et arrivés à l'échelon supérieur	Fiche de référence arrivée à l'échelon supérieur; Registres de consultation, de maternité et d'hospitalisation
Services Nutritionnels			
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois reçus en consultation pour détection de la malnutrition (mesure poids/taille), suivi de la croissance et détection des maladies latentes	Registre CPS
5	Déparasitage des enfants	Nombre d'enfants de 12 à 59 mois ayant reçu le Mebendazole ou Albendazole (déparasitage)	Registre CPS
6	Enfant ayant reçu une supplémentation en vitamine A	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	
Registre CPS			
Services préventifs			
7	Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive	Nombre de nouveaux cas à microscopie positive dépistés pour la Tuberculose	Registre TBC, Registre de labo
8	Enfants complètement vaccinés	Nombre d'enfants de moins d'une année ayant reçu tous les antigènes (BCG, Pentavalent 1, Pentavalent 2, Pentavalent 3 et VAR)	Registre de vaccination

N°	Services Curatifs	Définition	Outils de collecte
Santé de la Reproduction			
9	Accouchements institutionnels	Nombre d'accouchements eutociques effectués dans l'institution sanitaire	Registre de maternité
10	Première consultation prénatale	Nombre de femmes enceintes qui effectuent une première visite au cours du 1er trimestre de la grossesse	Registre CPN
11	Quatrième consultation prénatale	Nombre de femmes enceintes qui ont effectué la quatrième visite prénatale au cours du troisième trimestre de grossesse	Registre CPN
12	VAT2+	Nombre de femmes ayant reçu VAT 2 ou plus au cours de la grossesse	Registre des CPN
13	Femme enceinte conseillée et dépistée pour VIH et syphilis	Nombre de femmes enceintes dépistées pour VIH et syphilis	Registre CPN, Registre de PTME, Registre de maternité
14a	Femme enceinte VIH+ prise en charge	Nombre de femmes enceintes VIH+ placées sous ARV à l'IS	Registre PTME, Registre de maternité
14b	Femme enceinte VIH+ référée à un échelon supérieur pour la prise en charge	Nombre de femmes enceintes VIH+ référées à un niveau de prise en charge pour la poursuite du protocole PTME, si l'IS n'offre pas les services de prise en charge de VIH	Registre PTME, Fiche de référence arrivée à l'institution d'échelon supérieur
15	Visites domiciliaires postnatales réalisées 0-3 jours	Nombre de femmes ayant reçues une visite domiciliaire par les agents de santé avant le 4ème jour du postpartum	Registre de visite domiciliaire de l'agent de santé
16	Utilisation de méthodes modernes de PF	Nombre de clients utilisant une méthode moderne de PF	Registre PF

Indicateurs du PES – Hôpital Communautaire de Référence et HD pour le FBR

N°	Indicateurs	Définition	Outils de collecte
1	Nouvelle Consultation en Clinique Externe référée par un échelon inférieur et prise en charge	Nombre de personnes vues en consultation en clinique externe référées par un échelon inférieur et prises en charge par l'hôpital	Registre de consultation médicale, fiche de référence arrivée à l'hôpital
2	Client référé par un échelon inférieur hospitalisé	Nombre de patients hospitalisés référés par un niveau inférieur	Registre d'hospitalisation, fiche de référence arrivée à l'hôpital
3	Accouchements institutionnels	Nombre d'accouchements eutociques effectués à l'hôpital avec l'assistance de personnel qualifié	Registre de maternité
4	Césariennes	Nombre de césariennes	Registre de maternité, Registre de protocole opératoire, programme de l'accouchement vérifié
5	Contre référence	Nombre de contre référence fait et envoyé à l'échelon inférieur après prise en charge à l'hôpital d'un cas référé par cette même institution	Registre de l'hôpital, fiche de contre référence arrivée à l'échelon inférieur

Cette liste d'indicateurs a été déterminée par le MSPP pour la mise en œuvre du FBR. Les partenaires techniques et financiers pourront choisir dans cette liste les indicateurs qu'ils pourront subventionner.

ANNEXE 5.

FICHE DE VERIFICATION DES DONNEES DES INSTITUTIONS DE SANTE

Indicateurs	Quantité Déclarée	Quantité Validée	Barème unitaire	Montant	Observations*

Résumé des observations sur la performance dans les activités PES de l'IS

1. Points forts :

2. Points à améliorer:

3. Recommandations :

N°	Recommandations	Destinataire	Echéance

Signature du vérificateur

Signature du responsable de l'Institution Sanitaire

Date :

ANNEXE 6.

GRILLE DE VERIFICATION DE LA QUALITE DANS LES INSTITUTIONS SANI-TAIRES

Synthèse de l'évaluation

ENSEMBLE DES COMPOSANTES	QUELLE IS	POINTS disponibles	POINTS gagnés	%
1. Indicateurs généraux	TOUS	10		
2. Plan de business	TOUS	10		
3. Recettes, dépenses de fonctionnement, prime de performance – indice	TOUS	10		
4. Hygiène & stérilisation	TOUS	20		
5. Consultation Externe / Urgence	TOUS	25		
6. Planification Familiale	TOUS	25		
7. Laboratoire	TOUS	10		
8. Gestion de médicaments	TOUS	10		
9. Médicaments traceurs	TOUS	15		
10. Salle d'hébergement		10		
11. Maternité – 25	certains DP	25		
13. Tuberculose – 10		10		
14. Vaccination–cons. Préscolaires 15 – CS	CS	15		
15. Consultation prénatale 10 – CS	CS	10		
TOTAL		220		

Normes minimum Dispensaire (DP) :

Maximum = 150 sans maternité avec maternité 175

Normes minimum CS : Maximum = 200

Normes minimum Hôpital : Maximum = 200

Date: ... / / 200..	Nom(s) superviseurs:	Département :
Commune :	publique / mixte / privée	Nom IS:
Nombre de lits :	Pop. de desserte:	DP / CS / CAL ²⁰
Nbr pers. qualifié:	Pers. NON qualifié :	Tx pers. qual / 2000 hab :
Nbr de lits / 1000 hab :		

²⁰ DP = dispensaire / CS = Centre de Santé sans Lit / CAL= Centre de Santé avec Lit
IS = Institution de Santé

1. INDICATEURS GÉNÉRAUX	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Carte sanitaire de l'aire de santé disponible et affichée Carte affichée dans l'IS en montrant les villages/ quartiers, routes principales, barrières naturelles, les points spéciaux et distances	1	0
2. Rapports mensuels – plan de business – PV réunions et autres – rapports SIS - documents importants bien étagères et accessible par le respons- able du moment (IT, ITA, ou infirmier de garde)	2	0
3. Horaire du travail et rôle de garde disponible et affiché	1	0
4. L'IS dispose d'un plan de développement d'infrastruc- ture nécessaire pour rendre opérationnelles toutes les activités du PMS	1	0
5. Procès-verbal des réunions techniques de l'IS fait mensuellement et disponible Vérifier le PV techn. dernier mois	1	0
6. Fiches de référence disponible (au moins 10)	1	0
7. Disponibilité de radio ou portable pour la communica- tion entre L'IS et l'IS de référence Radio ou téléphone fonctionnel avec piles et/ou unités	1	0
8. Dernier rapport SIS transmis selon la périodicité voulue (au plus tard le 5 du mois suivant): voir accusé de réception	1	0
9. Les copies des rapports SNIS des six derniers mois disponibles.	1	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXX

2. PLAN DE BUSINESS	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Plan de Business trimestriel de l'IS disponible et accessible Superviseur vérifie le Plan de BUSINESS en vigueur	TOUS	10
2. 2. Plan de Business élaboré avec les acteurs clés - Responsables de services de l'IS, COSA (si fonctionnel) - Responsable(s) Disp. Privé sous contracté (si applicable)	Plan de Business élaboré avec les acteurs clés	10

2. PLAN DE BUSINESS	Protocole respecté	Protocole NON respecté
3. Plan de Business analyse la présence de praticiens non formés (les « pirates ») et propose des stratégies pour les décourager Responsable a traité ce sujet dans son PB et a proposé une stratégie	2	0
4. Plan de Business analyse la présence de praticiens formés, qui opère SANS avis d’implantation de la DSS. Responsable propose de les intégrer ou de les décourager si les conditions de qualité ne sont pas réunis	1	0
5. Plan de Business analyse la présence de praticiens formés, qui opère SANS avis d’implantation de la DSS. Responsable propose de les intégrer ou de les décourager si les conditions de qualité ne sont pas réunis	1	0
6. Plan de Business montre une analyse de l’accessibilité financière et contient une stratégie raisonnable Responsable a rempli cette question et le PB montre qu’il a négocié les tarifs avec COSA /agents communautaires.	2	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXX
3. PARTIE FINANCIERE, RECETTES, DEPENSES DE FONCTIONNEMENT, PRIME PERFORMANCE - INDICE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus - Rapport mensuel de trésorerie disponible et correctement rempli - Solde théorique du livre de caisse conforme à la liquidité encaisse	2	0
4. Plan de Business analyse la présence de praticiens formés, Système mensuel établi dans lequel les recettes, dépenses de fonctionnement & investissements et l’enveloppe variable pour la prime de performance sont calculées correctement (a) Responsable garantit les dépenses de fonctionnement : = prime de base fixe, achat ME & équipements, les sous-contracts, fonctionnement, relais communautaire, maintenance et réhabilitations. (b) Responsable calcule l’enveloppe pour la prime de perf. selon la formule Prime de perf. = recettes du mois – les dépenses de fonctionnement	1	0

3. PARTIE FINANCIERE, RECETTES, DEPENSES DE FONCTIONNEMENT, PRIME PERFORMANCE - INDICE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
3. La prime de base + prime de performance n'est pas supérieure à 60% du TOTAL des recettes de L'institution sanitaire Superviseur fait la somme des primes fixes, prime de performance et les salaires de l'Etat (si applicable) et les compare avec les recettes	2	0
4. Système établi du calcul mensuel des primes de performance (+ des primes de base) et connu par le personnel - Prime de base établie - Critères pour le calcul de la prime de performance établie calculé à travers de (a) indice de base de performance + (b) ancienneté + (c) responsabilité + (d) heures supplémentaire / perdu + (e) évaluation trimestrielle de performance).	3	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXXX

4- HYGIENE & STERILISATION	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Clôture disponible et bien entretenu Si haie vive => taillé ; Si en sticks ou en dur => sans passage	2	0
2. Disponibilité de poubelle dans la cour Poubelle avec couvercle accessible aux clients - non pleine	1	0
3. Présence de latrines en nombre suffisante et en bon état -DP / CS au moins 2 ; CAL / HCR au moins 5 ; HD 1 par 10 lits - Plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle - Portes à fermer- superstructure avec toiture - sans mouches ni odeurs - Nettoyés récemment- sans matières fécales visibles	2	0
4. Présence de douches en nombre suffisante et en bon état - DP / CS au moins 2 ; HCR au moins 5 ; HD 1 par 10 lits - Douche avec eau courante, ou récipient avec au moins 20 litres - Evacuation de l'eau usée dans un puits perdu	2	0

4- HYGIENE & STERILISATION	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
5. Incinérateur et fosse à placenta en enclos - Incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé - Fosse à placenta avec couvercle - Enclos sans passages bien construit avec porte sous clé	5	0
6. Fosse à déchet de matériel non infectés disponible Trou de minimum 3 mètres profondeur avec enclos sans matériel infectés ni matériel non décomposable	1	0
7. Propreté de la cour Déchets et produits dangereux dans la cour – aiguilles – ampoules – gants – compresses usagées	2	0
1. Entretien de la cour Herbes coupé – jardin bien entretenu – pas d'excréta (animaux)	1	0
2. Le personnel stérilise les instruments selon les normes Stérilisateur en bon état. Protocole de stérilisation affiché	3	0
3. Conditions d'hygiène assurées dans la salle de soins Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle – boîte de sécurité pour les aiguilles bien placé et utilisé	1	0
Points TOTAUX - 20 points maximum	.... / 20	XXXXX

5- CONSULTATION EXTERNE (CE) / URGENCE	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
1. Bonnes conditions d'attente pour la Consultation Externe Avec bancs et / ou chaises suffisants, protégé contre soleil et pluie	1	0
2. Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés Tarifs visibles pour les malades avant la consultation	1	0
3. Existence d'un système de triage avec des jetons numérotés	1	0
4. Salle de la Consultation Externe en bon état Murs en dur avec crépissage et peinture, pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état, fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnel avec serrure	2	0
5. Salle de la CE et l'espace d'attente séparés assurant la confiance Salle avec porte fermée – rideaux sur la fenêtre – pas de passage	1	0
6. Salle de la CE et / ou Urgence éclairée pendant la nuit Electricité ou lumière solaire	1	0

5- CONSULTATION EXTERNE (CE) / URGENCE	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
7. Toutes les CE sont faites par au moins un infirmier qualifié Identification des infirmiers consultants à partir d'écriture dans le registre		
8. Infirmier de CE en tenue conforme Blouse propre - boutonné avec identification, en chaussure (pas de culottes)		
9. La numérotation mensuelle correcte dans le registre de CE Numérotation correcte et clôturée à la fin du mois		
10. Disponibilité de services 7 / 7 Superviseur vérifie entrées dans registre les derniers 3 dimanches		
11. Protocole affiché sur le mur pour la prise en charge du paludisme Protocole nationale avec palu simple et grave avec leur traitement		
12. La prise en charge correcte du paludisme simple Voyez dans le registre les 5 derniers cas		
13. La prise en charge correcte des diarrhées aiguës Voyez dans le registre 2 derniers cas (réhydratation, perfusions)		
14. La prise en charge correcte des IRA Ordinogramme OMS disponible et appliqué		
15. La prise en charge correcte de l'hypertension artérielle Ordinogramme OMS disponible et appliqué		
16. La proportion de malades traités avec des antibiotiques < 50% Voyez dans le registre les 30 derniers cas en analysant le diagnostic et calcule le taux – pas plus de 14		
17. Connaissance de signes précoces de la tuberculose qui mérite une référence à un centre de dépistage de TB Réponse doit contenir au moins 4 : Amaigrissement, Asthénie, Anorexie – Température, Toux de 15 jours, Transpiration		
18. Disponibilité de stéthoscope / tensiomètre fonctionnel Prend la tension artérielle de quelqu'un pour la vérification		
19. Disponibilité de thermomètre fonctionnel Fait l'inspection du thermomètre		
20. Disponibilité d'otoscope fonctionnel Fait l'inspection : piles chargés et disponibles avec lumière forte aiguille balance revient à zéro		
21. Lit d'examen disponible en métallique avec matelas		
22. Disponibilité de balance fonctionnelle Fait l'inspection en comparaison le poids connu du superviseur, après pesage aiguille balance revient à zéro		
Points TOTAUX - 25 points maximum	.... / 25	XXXXX

6. PLANIFICATION FAMILIALE	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
1. Présence d'au moins une infirmière formée dans la PF	2	0
2. Local disponible garantissant la confiance Salle avec porte fermé – rideaux sur la fenêtre – pas de passage	2	0
3. Affiche murale ou boîte à image avec les méthodes PF disponible pour la démonstration	2	0
4. Personnel calcule correctement le nombre de femmes attendues mensuellement pour les contraceptifs oraux et injectables Par exemple pour 10.000 hab = $10.000 \times 21\% \times 20\% / 12 \times 4 = 147$	1	0
5. FOSA atteint au moins 50% de cible mensuel en contraceptifs oraux et injectables Exemple 10.000 hab= $147 \times 50\% = 73$	3	0
6. Plan de Business contient une stratégie de couverture Planification Familiale convaincante - Intégration du personnel de la FOSA dans les stratégies - Collaboration avec secteur privé et ASCP - Stratégies avancées, plaidoyer auprès leaders locaux	3	0
7. Stock de sécurité intrants contraceptifs oraux et inj. disponible 10.000 hab = 147 doses DEPO et pilule 3 plaquettes / 4 = 36 doses	2	0
8. Méthodes DIU disponibles et personnel capable de les placer - Au moins 5 DIU	2	0
9. Méthodes Norplan disponibles et personnel capable de les fixer - Au moins 5	2	0
10. Stratégie disponible pour référer à l'hôpital les couples pour la ligature et/ou la vasectomie - Bon système de référence élaboré - stratégie de diminuer les prix - Stratégies avancée de l'hôpital dans les CS	2	0
11. Registre de la PF disponible et bien rempli	2	0
12. Fiche de la PF disponible et bien remplie (5 fiches) (tension art, hépatomégalie, varices, poids)	2	0
Points TOTAUX - 25 points maximum	.... / 25	XXXX

7. LABORATOIRE	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
1. Laborantin ou Infirmier formé disponible	1	0
2. Le laboratoire est fonctionnel tous les jours de la semaine Superviseur vérifie les 2 derniers dimanches dans le registre du LABO	1	0
3. Résultats enregistrés correctement dans le registre du labo et conforme aux résultats dans le carnet du malade ou bon d'examen Superviseur vérifie les 5 derniers résultats	1	0
4. Liste des examens possibles affichée dans le labo	1	0
5. Disponibilité des démonstrations des parasites - Sur papier plastifié, dans un livre en couleur, ou affichés - Goutte Epaisse : Vivax, Ovale, Falciparum, Malariae - Selles : Ascaris, entamoebae, ankylostome, schistosome	1	0
6. Disponibilité d'un microscope fonctionnel – objectifs fonctionnels - huile à immersion – miroir ou électricité – lames – lamelles – GIEMSA disponible	2	0
7. Disponibilité d'une centrifugeuse fonctionnelle	1	0
8. Evacuation des déchets - Déchets organiques dans une poubelle avec couvercle - Boite de sécurité disponible et détruit dans l'incinérateur	1	0
9. Personnel plonge les lames et pipettes souillés dans un récipient contenant un désinfectant	1	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXX

8. GESTION DES MEDICAMENTS	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
1. Personnel tient les fiches de stock en montrant stock de sécurité = Consommation moyenne mensuelle (CMM) / 2 Stock dans les fiches correspond avec le stock physique <input type="checkbox"/> Superviseur fait un échantillon de trois médicaments	2	0
2. Personnel a accès à trois Centres de Distribution de Médicaments, Equipements et Consommables et ne sont pas soumis au monopole d'un CDM	2	0
3. Les médicaments sont gardés correctement Local propre, bien aéré avec armoires, étagères étiquetés, et rangés par ordre alphabétique	2	0

8. GESTION DES MEDICAMENTS	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
4. Les médicaments sont gardés correctement Local propre, bien aéré avec armoires, étagères étiquetés, et rangés par ordre alphabétique	2	0
5. La pharmacie dépôt livre les médicaments selon la réquisition à la pharmacie détail (petit stock) ou services de soins - Superviseur vérifie si la quantité réquisitionné est conforme à la quantité servie	2	0
6. Absence médicaments périmés ou avec des étiquettes falsifiées - Superviseur vérifie au hasard 3 médicaments et 2 consommables - Produits périmé bien séparé de stock - Système de destruction des médicaments fonctionnel	2	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXX

9. SALLE d'HEBERGEMENT	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
1. Programme de garde affiché et respecté Superviseur vérifie le rapport de garde – noms et signature	1	0
2. Equipements disponibles et en bon état Lits, matelas, moustiquaires, draps, tables de nuit	3	0
3. Bonnes conditions d'hygiène - Nettoyage régulier, accès à l'eau potable, lits bien espacés - Bonne aération sans mauvaises odeurs	2	0
4. Salle d'hébergement éclairée pendant la nuit Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable	1	0
5. Confidentialité assurée Femmes – hommes séparés - sans être vu par l'extérieur	1	0
6. Registre d'hospitalisation disponible et bien rempli Identité complète, journées d'hospitalisation,	1	0
7. Fiches d'hospitalisation disponibles et bien remplies - Au moins 10 vierges – Superviseur vérifient 5 fiches remplis - Température TA, examens de labo bien rempli - Suivi de traitement coché	1	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXX

10. MEDICAMENTS TRACEURS Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
1. Amoxicilline caps 250 mg	1	0
2. Ampicilline comp 500 mg	1	0
3. Chloroquine 150 mg	1	0
4. Cotrimoxazole comp 480 mg	1	0
5. Diazepam 10 mg / 2ml – injectable	1	0
6. Fer – acide folique 200 mg + 25 mg	1	0
7. Albendazole/ Mebendazole comp 100 mg	1	0
8. Methergine amp 10 Unités	1	0
9. Metronidazole comp 250 mg	1	0
10. Paracetamol comp 500 mg	1	0
11. Quinine comp 500 mg	1	0
12. SRO / oral sachet	1	0
13. Gants stériles	1	0
14. Compresses	1	0
15. Solutés glucose 5%	1	0
Points TOTAUX - 15 points maximum	..... / 15	XXXXX

11. MATERNITÉ	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
1. L'eau suffisante avec savon dans la salle d'accouchement Un point d'eau fonctionnel ou au moins 20 litres	1	0
2. Salle d'accouchement éclairée pendant la nuit Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable	1	0
3. Déchets collectés correctement dans la salle d'accouchement - poubelle + boîte de sécurité pour les aiguilles	1	0
4. Salle d'Accouchement en bon état - Murs en dur avec crépissage et peinture - Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état - Fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnel	1	0
5. Disponibilité du partogramme (Au moins 10 fiches)	1	0

11. MATERNITÉ	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
6. Prise de la tension artérielle pendant le travail d'accouchement Rempli dans le partogramme régulièrement pendant le travail – au moins une fois par heure – superviseur vérifie 3 partogrammes	1	0
7. Prise systématique de l'APGAR lors de l'accouchement Rempli dans le partogramme 1er, 5ème et 10ème minute Superviseur vérifie 3 partogrammes	1	0
8. Tous les accouchements effectués par un personnel qualifié Identification des accoucheuses à partir des noms dans le registre	2	0
9. Disponibilité d'une toise (pour mesurer la taille), d'un stéthoscope obstétrical et d'une poire (plongé dans un désinfectant non irritant) ou aspirateur manuel / électrique fonctionnel	1	0
10. Prise en charge des infections post-partum et décès maternel superviseur vérifie dans les archives et registres	2	0
11. Disponibilité des gants stériles (au moins 10 paires)	1	0
12. Disponibilité d'au moins 2boîtes obstétricales stérilisées , Avec au moins 1 paires de ciseau, 2 pinces	2	0
13. Disponibilité d'une boîte d'épisiotomie Fil catgut et fil non résorbable, désinfectant, anesthésie local, compresse stérile. Une boîte stérilisée avec porte aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale	1	0
14. Table d'accouchement en bon état Table avec matelas démontable avec deux jambiers fonctionnels	2	0
15. Disponibilité d'un pèse bébé fonctionnel, Superviseur vérifie le pèse avec un objet	1	0
16. Matériel disponible pour les soins aux nouveaux nés Fil de ligature du cordon stérile, bande ombilicale stérile, pommade tétracycline 1% (appliqué à chaque nouveau-né)	1	0
17. Seau ou bassin à linge souillé disponible	1	0
18. Disponibilité de moustiquaires dans la salle d'hébergement	2	0
19. Lits avec matelas et literie en bon état dans salle d'hébergement Matelas couverts de toile cirés avec couverture et draps	1	0
20. Salle de travail adéquate CS : au moins 2 lits avec matelas ; CHR ou HGR au moins 4	1	0
Points TOTAUX - 25 points maximum	.... / 25	XXXXX

12. TUBERCULOSE – centre de dépistage	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
1. Conditions réunies pour le DOTS - Infirmier formé en DOTS, laborantin formé en dépistage, - Fiches de prise en charge, registre & manuel technique disponibles	2	0
2. Disponibilité d'une Porte lames	1	0
3. Disponibilité d'un crayon diamant	1	0
4. Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2	Disponible OUI > CMM / 2	Disponible NON < CMM / 2
5. Rifampicine-isoniazide-pyrazinamide : cp120+50+300mg	1	0
6. Streptomycine 1 gr	1	0
7. Etambutol comp 400 mg	1	0
8. Crachoirs	1	0
9. Lames et réactifs disponibles	2	0
Points TOTAUX - 25 points maximum	... / 10	XXXXXX

13. VACCINATION + CONSULTATION PRE-SCOLAIRE	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
1. Personnel calcule correctement la cible pour les ECV (enfants complètement vaccinés) Cible = Population x 4% / 12 x 100%	1	0
2. Chaîne de froid - contrôle régulier de la chaîne de froid et thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur - Présence d'un frigo - disponibilité cahiers ou fiche de température remplis 2 fois par jour – inclusivement le jour de la visite - Température reste entre 2 et 8 degré Celsius sur la fiche - Superviseur vérifie la fonctionnalité du thermomètre - Température est entre 2 et 8 degré Celsius sur le thermomètre	3	0
3. Pas de rupture de DTC-HepB-HiB, BCG, RR, VPO, VAT - Présence des fiches de stock à jour - Superviseur vérifie le stock physique dans le frigo	1	0
4. Les vaccins sont correctement disposés dans le frigo - Compartiment congelé : VPO – VAR - Compartiment NON congelé : BCG - DTC+HepB+HiB, VAT, diluants - Absence de vaccins périmés ou pastille de contrôle de vaccins virés - Etiquettes sur les flacons de vaccin lisibles	1	0

13. VACCINATION + CONSULTATION PRE-SCOLAIRE	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
5. ETAT CHAINE de FROID Frigo à pétrole : stock d’au moins 14 L Frigo solaire : batterie en bon état	1	0
6. Les accumulateurs de froid sont bien congelés	1	0
7. Existence de seringues - autobloquantes – au moins 30 - pour dilution – au moins 3	1	0
8. Les déchets sont collectés dans des poubelles appropriées Disponibilité de boîte sécurité (réceptacle)	1	0
9. Stock de carnets ou cartes de croissance PEV & CPS Pour la maman - au moins 10	1	0
10. Registre de PEV bien rempli – ou système de fiches disponible Système capable d’identifier les abandons et les ECV (Enfants complètement vaccinés)	1	0
11. Bonnes conditions d’attente pour la CPS Avec bancs et / ou chaises suffisants, protégé contre soleil et pluie	1	0
12. Remise de jetons numérotés selon l’ordre d’arrivée	1	0
13. Disponibilité d’une balance Salter (pèse bébé) en bon état Balance bien tarée à zéro + Culotte présente et non déchirée	1	0
Points TOTAUX – 15 points maximum	..../15	XXXX

14. CONSULTATION PRE-NATALE	Protocole respecté	Protocole NON-respecté
1. Plan de business contient une stratégie convaincante pour atteindre tous les femmes enceintes Stratégie fixe – stratégie avancée pour les villages éloignés	1	0
2. Pèse personne bien tarée à zéro (pèse propre pour la CPN)	1	0
3. Fiche CPN (pour l’institution sanitaire) disponibles et bien remplies. Superviseur vérifie 5 dernières fiches Examens : Poids – TA - Taille – Parité – Date Dernière Règle (DDR) Labo : Albuminurie – Glucose – Hgl Examen obstétrical fait : BCF (Bruit Cœur Fœtal), HU (Hauteur Utr), Présentation, mouvement fœtal.	3	0
4. Fiche CPN (pour la FOSA) montre l’administration de Fer Folate, et Albendazole/Mebendazole	2	0
5. Carnet de la CPN (pour la maman) disponible – au moins 10	1	0
6. Registre de la CPN disponible et bien rempli Identité complète, état vaccinale, date de visite, rubrique Grossesse à Haut Risque (GHR) bien rempli incluant problématique et action prise	2	0
Points TOTAUX – 10 points maximum	..... / 10	XXXXX

VERIFIER QUE TOUTES LES QUESTIONS SONT REMPLIES
Superviseur remercie le personnel

Problèmes prioritaires identifiés

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Actions urgentes d'amélioration proposées

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....