

La Transparence et la Redevabilité dans la Gestion d e la Gratuité des Soins à Travers les Mécanismes de Financement Basé sur la Performance au Burundi

Josiane MANIRAMBONA (*CT-FBP, Burundi*),
Léonard NTAKARUTIMANA (*Institut National de Santé Publique, Burundi*)
MUHORANE Carmen (*CT-FBP, Burundi*),
FEDJO Galbert (*Agence Belge de Développement, CTB, Burundi*)

Cette publication est le fruit d'un processus de capitalisation ayant eu lieu au Burundi en 2014/2015. Cette capitalisation vise à utiliser les expériences concrètes de mise en œuvre du FBP pour faire émerger les pratiques innovantes et prometteuses ainsi que les méthodes permettant d'influencer les politiques. Ces enseignements pourront aider d'autres praticiens à en apprendre davantage sur le FBP. Ce processus a été facilité par Jurien Toonen et Christel Jansen de KIT Health.

ABBRÉVIATIONS

ASLO	Associations Locales
BDS	Bureau de District Sanitaire
BPS	Bureau de Province Sanitaire
CDS	Centre de Santé
CT – FBP	Cellule Technique Nationale du Financement basé sur la Performance
COGE	Comité de Gestion
COSA	Comité de Santé
CPSD	Cadre de Concertation et de Partenariat pour la Santé et le Développement
CPVV	Comité Provincial de Vérification et de Validation
DGR	Direction Générale des Ressources
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DGSSLS	Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida
FARN	Foyers d’Apprentissage et de Réadaptation Nutritionnelle
FBP	Financement Basé sur la Performance
FOSA	Formation Sanitaire
GASC	Groupement d’Agents de Santé Communautaire
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PCA	Paquet Complémentaire d’Activités
PF	Planning Familiale
PMA	Paquet Minimum d’Activités
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SNIS	Système National d’Information Sanitaire

INTRODUCTION

En 2006, le Gouvernement du Burundi a instauré la gratuité des soins ciblée pour les enfants de moins de 5 ans et les accouchements y compris les césariennes. En 2009, cette mesure a été étendue aux pathologies liées à la grossesse dès le premier mois de conception. Avec l'introduction de la politique de gratuité, les formations sanitaires (FOSA) se sont vite vues confrontées à de nombreuses difficultés, notamment l'utilisation excessive des services; la surcharge de travail du personnel de santé et sa démotivation; et le manque de médicaments et d'équipements. Ceci a été dû en partie au fait que la mise en œuvre de cette mesure de gratuité ciblée n'a pas été précédée par une étude de sa faisabilité. En outre, on observait au niveau des FOSA des cas de surfacturation des actes liés à la gratuité, des notifications des patients inexistantes et des discordances entre les cas déclarés sur les factures et les cas rapportés dans les rapports transmis au niveau du système national d'information sanitaire (SNIS). Les prestataires devaient déclarer leurs prestations des cas de gratuité en plus des données du SNIS, ce qui impliquait une lourde charge de travail pour les prestataires de soins.

Au niveau central, on observait une absence d'un système de contrôle des factures transmises par les FOSA étant donné que les déclarations de créance établies par la Direction Générale des Ressources (DGR) étaient transmises au Ministère des Finances pour paiement après une simple vérification arithmétique de ces factures. Ces problèmes, auxquels s'ajoutent les retards répétitifs de remboursement des structures de soins dus à une insuffisance des fonds alloués au remboursement des soins gratuits, ont fortement compromis la mise en œuvre efficace de cette mesure pourtant salutaire.

Pour faire face à ces problèmes, qui sont par ailleurs fréquents partout où ces politiques de gratuité sont appliquées¹, le Burundi à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) a pris l'option de financer le paquet des soins gratuits à travers le système de Financement Basé sur la Performance (FBP), qui en même temps a été mis à l'échelle nationale à partir d'avril 2010². Le MSPLS et ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ont décidé en 2010 de rembourser les soins gratuits dans l'ensemble du pays par les mécanismes du FBP. Une déclaration de consensus a été adoptée à cet effet, un manuel de procédure rédigé et adopté, et des organes mis en place pour la mise en œuvre de la stratégie intégrée FBP-Gratuité. Cette intégration des mécanismes de remboursement de la gratuité au FBP a produit des résultats positifs parmi lesquels l'amélioration de la gouvernance de la gratuité.

La présente analyse se focalise essentiellement sur comment le FBP a amélioré deux aspects de la gouvernance du système de la santé au Burundi, à savoir la redevabilité et la transparence. Elle s'appuie sur la définition de Barbazza et Tello³ qui décrit les sous-fonctions suivantes de la gouvernance dans la santé : redevabilité ; partenariat ; formulation des politiques et stratégies ; génération des informations et de l'intelligence ; la mise en place d'une organisation adéquate ; la participation et le consensus ; la régulation ; la transparence.

¹ Valéry Ridde, Emilie Robert and Bruno Meessen. Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. World Health Report (2010) Background Paper, No 18.

² En effet, parallèlement à la politique de gratuité des soins en 2006, une politique nationale de contractualisation avait été adoptée, avec pour ambition d'encadrer l'établissement des relations contractuelles entre les acteurs du système de santé. Dans le sillage de cette politique, plusieurs ONG initiaient des expériences pilotes de FBP dans trois provinces. Après des résultats jugés probants, ces expériences pilotes furent progressivement étendues en premier lieu à 9 provinces dès 2008 puis à tout le pays en 2010 (conforme au Manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBP).

³ E. Barbazza, J.E.Tello, 2014. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. Health Policy 116; 1–11.

L'IMPACT DU FBP SUR LA REDEVABILITÉ À TRAVERS LA SEPARATION DES FONCTIONS

Le contrat basé sur la performance et des techniques de paiement selon la performance sont des outils qui permettent d'améliorer la redevabilité. Dans le cas du FBP, la redevabilité dans la gestion des fonds destinés à la gratuité des soins est améliorée à travers une vérification des données et des informations à différents niveaux du système de santé du Burundi. La vérification est l'une des fonctions essentielles prônées par le FBP avec l'esprit de séparation des fonctions. En effet, le FBP distingue cinq fonctions essentielles: (i) la régulation, la planification et l'assurance de la qualité de services ; (ii) la prestation de services; (iii) la contractualisation et vérification de services; (iv) le paiement des fonds et (v) la représentation de la voix de la population.

Ces cinq fonctions se retrouvent également dans le cadre institutionnel FBP-Gratuité mis en œuvre au Burundi, tel que défini dans le manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBP, même si elles sont regroupées en quatre fonctions : (i) la fonction de régulation qui comprend la planification et l'assurance de la qualité de services ; (ii) la fonction de prestation ; (iii) la fonction de vérification, qui comprend également la contractualisation et la représentation de la voix de la population à travers l'organisation des enquêtes communautaires et (iv) la fonction d'achat, qui correspond au paiement des fonds.

Cette claire distribution des rôles et responsabilités de chaque acteur limite les conflits d'intérêts ; les fonctions sont séparées pour permettre une vérification objective des prestations et limiter les conflits d'intérêt entre les principaux acteurs du système de santé. Ce cadre institutionnel est expliqué plus en détails dans l'annexe 1. Il comporte toutes les parties prenantes de la mise en œuvre du FBP, depuis le niveau central du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida jusqu'au niveau communautaire en passant par les entités de mise en œuvre du FBP au niveau opérationnel (BPS, BDS et CPVV), les écoles paramédicales et les Formations sanitaires (Hôpitaux et Centres de santé).

L'IMPACT DU FBP SUR LA TRANSPARENCE SUR L'ALLOCATION DES RESSOURCES ET LES RÉSULTATS OBTENUS

La disponibilité et l'accessibilité des informations vérifiées est une condition clé pour les contrôles d'un système de séparation de fonctions d'équilibres (équilibres et contrôles). Pour le FBP-Gratuité au Burundi, la transparence a été améliorée à travers une meilleure disponibilité des données de performance vérifiées, d'allocation des ressources financières et des dépenses publiques.

Au niveau du suivi des dépenses effectuées par les FOSA, l'utilisation de l'outil d'indices guide les FOSA dans la détermination de la part des bénéfices nets devant être allouée au fonctionnement et autres dépenses de la FOSA et la part devant servir au paiement de la prime à la performance accordée aux personnels. Cette information est utilisée par les auditeurs en provenance du niveau central (Direction Générale des Ressources) pour apprécier le respect par les FOSA des normes d'exécution des dépenses sur les subsides et les fonds générés par leurs activités afin de rendre compte à la hiérarchie et le cas échéant prodiguer des conseils visant l'amélioration des pratiques de gestion des fonds.

De plus, ces données relatives aux paiements ainsi que les données relatives aux prestations sont disponibles sur le site web FBP, ce qui permet d'établir et de suivre des résultats et l'effet de la mise en œuvre du FBP sur les indicateurs de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ainsi que des indicateurs de performance du management du processus. Ces informations sont accessibles pour tous les partenaires de mise en œuvre et pour toute personne désireuse de consulter la base de données pour autant qu'elle en face la demande.

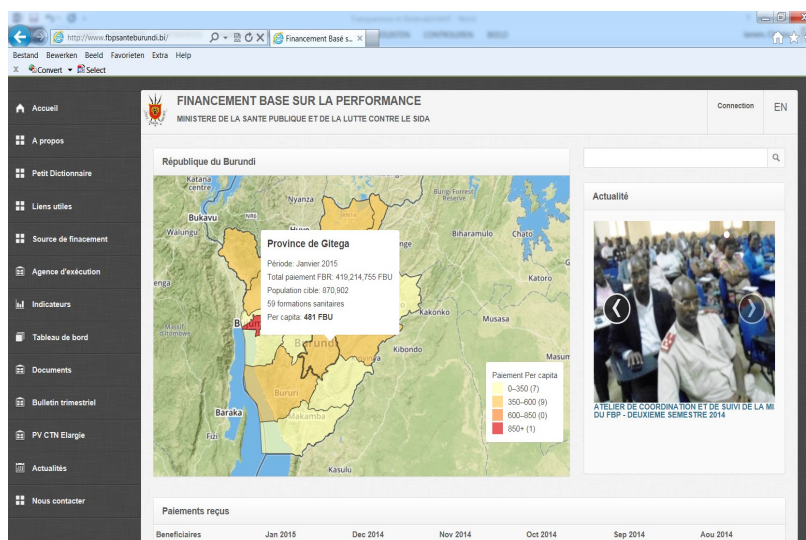
⁴ Ibid.

⁵ Cordaid-SINA, PBF Course Manual. Fourth edition. V251113.

⁶ MSPLS (2014). Manuel des procédures de mise en œuvre du financement basé sur la performance, 3^èe édition, 2013.

⁷ Basenya O, Nimpagaritse M. et al. Le financement basé sur la performance comme stratégie pour améliorer la mise en œuvre de la gratuité des soins: premières leçons de l'expérience du Burundi. PBF CoP Working paper numéro 5, 2011.

Figure 1 : Le site web FBP (Source: www.fbpsanteburundi.ni)



Les différents acteurs du système utilisent ces informations pour apprécier l'évolution des différents indicateurs, identifier les secteurs d'activités nécessitant plus que d'autres des améliorations, suivre dans le temps le niveau de consommation du budget alloué à chacune des provinces sanitaires, ce qui améliore la transparence dans la mise en œuvre du FBP. De telles données de mise en œuvre du FBP en outre sont exploitées par le niveau central pour exiger des comptes aux Responsables des provinces jugées peu performantes, identifier les activités ayant besoin plus que d'autres d'un appui sous forme de supervision ou d'appui ou même de bénéficier d'activités de recherche-action visant la compréhension de certains résultats. Ces données peuvent également être exploitées par le MSPLS et les PTF pour identifier les secteurs et les aspects nécessitant de l'appui sous forme d'interventions ou de financement.

En outre, des rapports de validation des prestations sont archivés au niveau des CPVV et de la CT-FBP et peuvent être consultés à tout moment par les entités de mise en œuvre du FBP du niveau opérationnel (les BPS, BDS et CPVV), les PTF intervenant dans ces BPS et BDS, les responsables administratives, ou toute autre personne désireuse d'obtenir de l'information sur ces données. Ils utilisent ces informations pour suivre les performances des FOSA, ce qui améliore la transparence et la redevabilité.

Enfin, les procédures de vérification, validation et contre vérification du système FBP ont permis l'amélioration de la qualité des données du SNIS. En effet, les CPVV font la vérification des déclarations quantitatives mensuelles sur base du rapport du SNIS élaboré par les FOSA.

- La première étape de cette vérification consiste à vérifier l'existence du rapport du SNIS. En son absence, la facture correspondant à la FOSA est annulée pour le mois vérifié, mais la vérification se poursuit.
- La deuxième étape consiste à confronter les données déclarées aux données du rapport SNIS si ce dernier a été établi ou alors aux données des registres en son absence. Seuls données déclarées concordant avec celles du rapport SNIS sont prises en compte pour la suite du processus de vérification.
- La troisième étape consiste à trianguler les données concordantes ainsi obtenu avec d'autres sources : les registres de consultation, de laboratoire et de gestion du médicament, les fiches de consultation, de gestion des intrants. C'est cette dernière étape qui donne lieu à des données vérifiées qui seront prises en compte pour la validation et l'établissement de la facture (voir les figures 2 et 3).

⁸ Plus d'informations sur le processus de vérification et le calcul des scores des FOSA est disponible sur : <http://www.rbhealth.org/publication/verification-performance-results-based-financing-case-burundi>

⁹ Outil de gestion des recettes pour les formations sanitaires et pour les partenaires qui participent au financement du FBP-Gratuité.

¹⁰ <http://www.fbpsanteburundi.bi/>

Figure 2 : Facture mensuelle de la formation sanitaire

REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

FACTURE MENSUELLE DE FORMATION SANITAIRE

PROVINCE : MURAMVYA
DISTRICT : MURAMVYA

FORMATION SANITAIRE : CDS Bugarama
PERIODE : Mai 2014

No	Indicateur	Qté Déclarée	Qté Vérifiée	Ecart	% Ecart	Qté Validée	Tarif Unitaire	Montant FBU
1	Nouvelle Consultation Curative (> 5 ans)	685	653	-32	-4.67	653	270	176,310
2	Nouvelle Consultation Curative (1,112	1,114	2	0.18	1,110	600	666,000
3	Journée d'hospitalisation > 5 ans	37	36	-1	-2.7	36	440	15,840
4	Journée d'hospitalisation	0	0	0	0	0	950	0
5	Petite chirurgie	2	2	0	0	2	2,600	5,200
6	Référence et patient arrivé à l'hôpital	7	10	3	42.86	10	2,700	0
7	Enfants complètement vaccinés	91	91	0	0	91	3,500	318,500
8	Femmes enceintes VAT complètement vacciné	117	117	0	0	117	1,400	163,800
9	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophyl	0	0	0	0	0	15,500	0
10	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	0	0	0	0	0	15,500	0
11	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	75	75	0	0	75	2,000	150,000
12	Nombre de nouveaux cas sous ARV	0	0	0	0	0	15,500	0
13	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	0	0	0	0	0	45,000	0
14	Cas des IST traitées	28	21	-7	-25.00	21	1,000	21,000
15	Dépistage des cas TBC positifs par mois	2	2	0	0	2	17,000	34,000
16	Nombre de cas TBC traités pendant une semestre et guéris	1	1	0	0	1	40,000	40,000
17	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte	35	36	1	2.86	36	3,700	133,200
18	Accouchement eutocique	34	34	0	0	34	21,000	714,000
19	FP: Tot. Nouveaux + Anciennes Acceptantes	94	94	0	0	94	5,500	517,000
20	FP: Implants et DIU	36	36	0	0	36	15,000	540,000
21	Consultation postnatale	19	19	0	0	19	2,000	38,000
22	Consultation prénatale standard (3x)	243	243	0	0	243	2,000	486,000
23	Dépistage et PEC malnutrition chez les moins de 5 ans	0	0	0	0	0	3,600	0
	TOTAL							4,016,750

Arrêté la présente facture mensuelle du FBP de la Formation Sanitaire de CDS Bugarama pour le mois de Mai 2014 à la somme de quatre millions seize mille sept cent cinquante Francs Burundais (4,016,750 FBU);.

Facture établie en deux exemplaires originaux dont un conservé au niveau de la formation sanitaire de CDS Bugarama et un autre au niveau du CPVV de MURAMVYA

Fait à le / / 2014

Comptable du CDS / Deleuge
Nom et Prénom.....

Le(s) Vérificateur(s)

Figure 3 : Facture quantitative compilée au niveau provincial

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

FACTURE QUANTITATIVE COMPILÉE AU NIVEAU PROVINCIAL

PROVINCE : MURAMVYA

MOIS : Mai

ANNEE : 2014

No	Centre de Santé	Total Facture	Banque	Compte Bancaire
1	CDS Bugarama	4,016,750	BANCOBU MURAMVYA	0082458-01-45
2	CDS Bukeye	4,863,488	BBCI SIEGE	500-5246901-50
3	CDS Busangana	2,529,480	BANCOBU MURAMVYA	0082482-01
4	CDS Gasura	2,346,755	BANCOBU MURAMVYA	0082472-01-16
5	CDS Gatabo	2,141,130	BANCOBU MURAMVYA	0081104/02/06
6	CDS Giko	2,348,262	BANCOBU MURAMVYA	0082938-01-90
7	CDS Kaniga	1,860,740	BANCOBU MURAMVYA	0082507-01-89
8	CDS Kanyami	1,724,355	BANCOBU MURAMVYA	82488-01-66
9	CDS Kiganda	3,921,325	BANCOBU MURAMVYA	82451-01-11
10	CDS Khoga	4,670,677	BANCOBU MURAMVYA	0082480-01-41
11	CDS Marumane	1,228,810	BANCOBU MURAMVYA	0082607-01-62
12	CDS Munanira	5,784,250	BANCOBU MURAMVYA	0082508-01-80
13	CDS Murumvya	1,257,876	BANCOBU MURAMVYA	0082601-01
14	CDS Murumvya	3,164,130	BANCOBU MURAMVYA	0082503-01-28
15	CDS Nyarucamo	2,731,312	BANCOBU MURAMVYA	0082448-01
16	CDS Renga	2,770,730	BANCOBU MURAMVYA	0082574-01
17	CDS Rugari	1,922,726	BANCOBU MURAMVYA	0082577-01-0-41
18	CDS Rusarendu	2,235,818	BANCOBU MURAMVYA	0082469-01-43
19	CDS Rweza	1,357,530	BANCOBU MURAMVYA	0082460-01-27
20	CDS Rwuya	1,697,340	BANCOBU MURAMVYA	0082573-01-62
21	CDS Ryarusera	1,020,755	BANCOBU MURAMVYA	0017772-01-70
22	CDS Shombo	1,099,070	BANCOBU MURAMVYA	0082509-01-71
23	CDS Shumba	2,595,430	BANCOBU MURAMVYA	0082455-01-72
24	CDS Teza	1,487,594	BANCOBU MURAMVYA	0082464/01/88
SOUΣ-TOTAL CDS		60,776,333		

No	Hopital	Total Facture	Banque	Compte Bancaire
1	HD Kiganda	10,110,000	BANCOBU MURAMVYA	00304/0082292-01-84
2	HD Murumvya	15,150,240	BANCOBU MURAMVYA	081275-01-22
SOUΣ-TOTAL HD		25,260,240		

Total Facture =88,038,573

Arrêté la présente facture mensuelle FBP de la Province Sanitaire de Murumvya pour le mois de Mai 2014 à la somme de quatre-vingt-six millions trente-six mille cinq cent soixante-treize Francs Burundais (88,038,573 FBUs).

Facture établie en deux exemplaires originaux dont un conservé au niveau du CPVV de Murumvya et un autre au niveau de la CT-FBP

Fait à le/...../2014

Préparé par le Médecin Directeur du BPS
Nom et Prénom.....

Approuvé par le CPVV
Nom et Prénom.....

Signature

Signature

Tout ce processus renforce la transparence et la qualité des données du système d'information sanitaire de routine collectées dans les FOSA.

La vérification communautaire est assurée semestriellement par les associations locales (ASLO) au travers des enquêtes communautaires sous l'encadrement d'un membre de la sous-unité de vérification en charge des enquêtes communautaires. Ces enquêtes communautaires sont réalisées avec l'objectif de (i) vérifier l'existence des cas déclarés par les FOSA, (ii) vérifier l'authenticité des soins reçus et (iii) obtenir une appréciation de la qualité des prestations des FOSA du point de vue des bénéficiaires. Après la validation des résultats des enquêtes communautaires par le CPVV, une restitution de ces résultats est organisée à l'endroit des prestataires des FOSA et des représentants de la population (les membres des comités de santé, COSA) ce qui renforce la transparence. La redevabilité est par la même occasion renforcée par le fait que les résultats des enquêtes communautaires sont en quelque sorte une forme de sanction (positive ou négative selon les résultats) de la population à l'endroit des prestataires :

les résultats des enquêtes communautaires représentent la qualité perçue qui est une des deux dimensions (qualité technique et qualité perçue) de l'évaluation de la qualité des prestations des formations sanitaires, laquelle évaluation permet à la formation sanitaire de recevoir un bonus ou un malus selon les résultats de l'évaluation de la qualité. De plus, les COSA rapportent à la communauté sur les résultats de l'enquête à l'occasion des assemblées générales collinaires, ce qui peut aussi contribuer à inciter les FOSA à augmenter la qualité des prestations (voir la figure 4).

Figure 4 : Planification du paiement de la facture compilée de province sanitaire

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

PLANIFICATION DU PAIEMENT DE LA FACTURE COMPILEE DE PROVINCE SANITAIRE

PROVINCE : MURAMVYA

Mai 2014

No	Formation Sanitaire	Montant	Bonus Q.	Qté+Qnté	VIH/SIDA	A rembourser	Payable	IDA	Coop. Belge	Banque	No de Compte
1	CDS Bugarama	4,016,750	-363,701	3,653,049	168,900	0	3,484,149	1,439,650	2,044,499	BANCOBU MURAMVYA	0082459-01-45
2	CDS Bukeye	4,863,468	0	4,863,468	1,287,000	0	3,576,468	1,477,805	2,098,663	BBCI SIEGE	500-5246901-50
3	CDS Busangana	2,529,480	-594,659	1,934,821	34,000	0	1,900,821	785,419	1,115,402	BANCOBU MURAMVYA	0082482-01
4	CDS Gasura	2,346,755	-763,973	1,582,782	0	0	1,582,782	654,006	928,776	BANCOBU MURAMVYA	0082472-01-16
5	CDS Gatabo	2,141,130	-504,687	1,636,443	194,000	0	1,442,443	596,017	846,426	BANCOBU MURAMVYA	0081104/02/06
6	CDS Giko	2,348,262	0	2,348,262	124,000	0	2,224,262	919,065	1,305,197	BANCOBU MURAMVYA	0082938-01-90
7	CDS Kaniga	1,860,740	0	1,860,740	90,000	0	1,770,740	731,670	1,039,070	BANCOBU MURAMVYA	0082507-01-89
8	CDS Kanyami	1,724,355	-244,844	1,479,511	4,000	0	1,475,511	609,681	865,830	BANCOBU MURAMVYA	82488-01-66
9	CDS Kiganda	3,921,325	0	3,921,325	323,000	0	3,598,325	1,486,828	2,111,497	BANCOBU MURAMVYA	82451-01-11
10	CDS Kivoga	4,670,677	-720,226	3,950,451	417,000	0	3,533,451	1,460,022	2,073,429	BANCOBU MURAMVYA	0082490-01-41
11	CDS Marumane	1,228,810	-406,592	822,218	113,000	0	709,218	293,049	416,169	BANCOBU MURAMVYA	0082607-01-62
12	CDS Muanira	5,784,250	-508,700	5,275,550	800,000	0	4,475,550	1,849,297	2,626,253	BANCOBU MURAMVYA	0082508-01-80
13	CDS Murinyi	1,257,876	-162,827	1,095,049	130,000	0	965,049	398,758	566,291	BANCOBU MURAMVYA	0082601-01
14	CDS Muramya	3,164,130	-259,474	2,904,656	328,000	0	2,576,656	1,054,674	1,511,982	BANCOBU MURAMVYA	0082503-01-28
15	CDS Nyarucamo	2,731,312	-529,382	2,201,930	147,000	0	2,054,930	849,097	1,205,833	BANCOBU MURAMVYA	0082448-01
16	CDS Renga	2,770,730	-542,608	2,228,122	342,000	0	1,886,122	779,346	1,106,776	BANCOBU MURAMVYA	0082574-01
17	CDS Rugari	1,922,726	-393,420	1,529,306	46,500	0	1,482,806	612,696	870,111	BANCOBU MURAMVYA	0082577-01-0-41
18	CDS Rusanenda	2,235,818	-316,217	1,919,601	119,000	0	1,800,601	744,008	1,056,593	BANCOBU MURAMVYA	0082469-01-43
19	CDS Rweza	1,357,530	-217,544	1,139,986	49,500	0	1,090,486	450,589	639,897	BANCOBU MURAMVYA	0082460-01-27
20	CDS Rwya	1,697,340	-320,779	1,376,561	10,000	0	1,366,561	564,663	801,899	BANCOBU MURAMVYA	0082573-01-62
21	CDS Ryusera	1,020,755	0	1,020,755	288,500	0	732,255	302,568	429,687	BANCOBU MURAMVYA	0017772-01-70
22	CDS Shombo	1,099,070	-71,689	1,027,381	1,000	0	1,026,381	424,101	602,280	BANCOBU MURAMVYA	0082509-01-71
23	CDS Shumba	2,595,430	-463,015	2,132,415	81,000	0	2,051,415	847,645	1,203,770	BANCOBU MURAMVYA	0082455-01-72
24	CDS Teza	1,487,594	-179,411	1,308,183	92,000	0	1,216,183	502,527	713,656	BANCOBU MURAMVYA	0082454/01/88
25	HD Kiganda	10,110,000	-747,791	9,362,209	587,200	0	8,775,009	3,625,834	5,149,175	BANCOBU MURAMVYA	00304/0082292-01-84
26	HD Muramya	15,150,240	0	15,150,240	984,200	0	14,166,040	5,853,408	8,312,632	BANCOBU MURAMVYA	081275-01-22
TOTAL		86,036,573	-8,311,539	77,725,034	6,760,800	0	70,964,234	29,322,422	41,641,812		

Arrêté la présente facture FBP compilée qualité et quantité de la province sanitaire de Muramvya pour le mois de Mai 2014 à la somme de soixante-dix millions neuf cent soixante-quatre mille deux cent trente-quatre Francs Burundais (70,964,234 FBUs).

Ce plan de paiement de la facture est établi en deux exemplaires originaux dont un conservé au niveau de la CT-FBP et un autre à la Direction Générale des Ressources

Fait à, le / / 2015

Elaboré par la CT-FBP
Le Coordonnateur de la CT-FBP
Nom et Prénom : Dr Jean KAMANA.

Approuvé par la Direction Générale des Ressources
Le Directeur Général des Ressources
Nom et Prénom : Anny Yvette MUNEZERO.

Signature

Signature

Lundi, 30 Mars 2015, 14:15

1 de 2

Cette transparence accrue a permis d'améliorer la situation qui prévalait avant avec laquelle l'on enregistrerait des fraudes dans les FOSA. Il s'agit notamment de la surfacturation des actes, la création de patients fictifs et la falsification des données du SNIS, ce qui résultait en des factures gonflées dont l'Etat était incapable ni de vérifier l'exactitude ni de payer la totalité.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

La séparation des fonctions dans l'organisation du FBP-Gratuité au Burundi a conduit à une détermination claire des rôles et responsabilités à tous les niveaux des acteurs de la mise en œuvre du FBP-Gratuité. Cela a contribué à améliorer la redevabilité du fait que dans le système FBP, chaque niveau de mise en œuvre du FBP est évalué périodiquement sur base de son plan d'action, ce qui est une façon de demander des comptes aux prestataires. Les rapports d'évaluations renferment pleins d'informations pouvant orienter la prise de mesures correctrices le cas échéant (redevabilité vers le haut). En outre la redevabilité vers le bas s'observe lorsque les besoins de la population sont pris en compte lors des séances de planification au niveau des CDS dans lesquelles les membres des COSA (qui représentent la population) participent activement. Les enquêtes communautaires et leur restitution contribuent également à ce type de redevabilité.

1. Renforcer la séparation des fonctions

Par ailleurs, il apparaît qu'à certains niveaux, certains organes assurent plus d'une fonction à la fois, et que le principe de séparation des fonctions pourrait y paraître quelque peu compromis (voir l'annexe 1 ; tableau 1). C'est le cas du BPS qui est à la fois régulateur et vérificateur de la qualité des CDS, ce qui a effectivement motivé les changements à ce niveau. Aussi, la CT-FBP assume le rôle de « régulateur » et assure en même temps la validation. Comme régulateur, elle élabore et révisé le manuel des procédures ainsi que tous les outils, et fixe le coût des indicateurs. En même temps, elle donne la dernière signature pour les rapports de validation et les factures, bien que la séparation de cette fonction d'achat et la fonction de régulation soit un des principes de base du FBP.

Toutefois, ce principe n'indique pas qu'il faut attribuer forcément une seule fonction à chaque acteur et dans ce sens plus d'une fonction peuvent être assurées par un même organe tant qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt ou de surcharge néfaste susceptible d'entraver la bonne marche du système. Cela se remarque effectivement au niveau central où il n'existe pas d'organe indépendant, qui soit équivalent au CPVV pour assumer la fonction d'achat pour les hôpitaux nationaux, et ceci atténue quelque peu le principe de séparation de fonctions. Cependant, les hôpitaux nationaux représentent une particularité dans le montage institutionnel du FBP burundais, ce qui explique cette entorse à la séparation des fonctions. En effet, les hôpitaux nationaux sont des structures de soins du niveau tertiaire et cela devrait nécessiter un montage différent qui répond mieux aux principes du FBP. Des réflexions en cours sur ce montage proposent l'achat des performances à ce niveau qui se limiterait à une évaluation de qualité qui prendrait l'allure d'une évaluation de l'accréditation de l'hôpital avec une grille d'évaluation appropriée. A l'issue de l'évaluation de la qualité, un score de qualité serait attribué selon un certain classement de ces hôpitaux en étoiles (stars) : un certain nombre de catégories de classement en étoiles est déterminé et chaque catégorie donne droit un certain nombre de points (scores). Ce score serait alors utilisé pour calculer le bonus à attribuer à l'hôpital.

2. Renforcer la redevabilité vers le haut

Grâce à l'amélioration de la transparence dans la déclaration et le paiement des prestations des FOSA, le MSPLS et les PTF impliqués dans la mise en œuvre du FBP ont accès à la même information, ce qui leur permet d'exiger des corrections en cas d'erreurs constatées dans le système de déclaration et de paiement des factures et même de prendre/exiger des sanctions vis-à-vis des personnes s'étant rendues coupables de manquements. Ces sanctions vont de l'application de malus sur les montants devant être payés aux FOSA jusqu'aux sanctions disciplinaires en passant par l'annulation pure et simple de toute la facture pour une FOSA. Cela augmente la redevabilité vers le haut du système FBP-Gratuité vis-à-vis de toutes les parties prenantes.

Cependant, des limites d'ordre fonctionnel subsistent à la redevabilité vers le haut étant donné que parfois des mesures correctrices ne sont pas prises suite à des insuffisances rapportées par le système de suivi-évaluation du FBP. Les discordances observées entre les données du SNIS et celles vérifiées par le CPVV peut faire l'objet d'un suivi particulier du cas par le niveau central (par la DSNIS, la DGSSLS, etc.). Des efforts restent encore à faire dans ce domaine car

nombreux cas de fraude constatés lors du processus de vérification et validation des données déclarées par les FOSA sont sanctionnés selon les dispositions du manuel des procédures de mise en œuvre du FBP et portés à la connaissance de la hiérarchie à travers les rapports d'activités, mais ne sont pas sanctionnés selon les procédures administratives pourtant prévues dans différents textes régissant le travail au Burundi en général et au MSPLS en particulier.

L'absence de sanctions administratives serait une des causes de la baisse constante de la performance des FOSA tel que cela a par été rapporté par une mission de contre vérification (HDP, 2014)¹¹. En outre même si l'implication d'éléments du système sanitaires (BPS et BDS) dans les processus de vérification et de validation favorise l'éducation des prestataires, elle s'accompagne d'un risque de complaisance dans la vérification des prestations. C'est ainsi que par exemple environ un tiers des prestations déclarées par les formations sanitaires restent inexactes à l'issues du processus de vérification (Renaud, 2013)¹². Nous pensons qu'une équipe de vérification choisie en dehors du système de santé pourrait agir plus indépendamment et objectivement.

3. Renforcer la redevabilité vers le bas

La transparence sur la mise en œuvre du FBP est renforcée à travers la production d'un bulletin trimestriel qui informe les citoyens sur les principaux résultats de mise en œuvre du FBP-Gratuité. Ces bulletins trimestriels peuvent être consultés à travers le lien qui suit : <http://www.fbpsanteburundi.bi/bulletin.html> (voir la figure 5).

Figure 5 : Bulletin trimestriel



¹¹ Health, Development and Performance, 2014, Rapport final de la contre vérification du FBP des provinces du 5^{ème} tour (2013-14)

¹² Adrien Renaud. Vérification de la performance dans le cadre du financement basé sur les résultats : le cas du Burundi. Rapport de consultance, juillet 2013, 47p.

Cependant, des efforts supplémentaires devront être faits pour que cette transparence résulte en une redevabilité vers le bas. En effet, la décentralisation du secteur de la santé au Burundi a pris de l'avance sur la décentralisation administrative ; et aucune entité administrative ne correspond exactement à l'aire géographique couverte par un district sanitaire. Ceci a pour conséquence qu'aucune redevabilité vers le bas n'existe pour contrôler et exiger les districts sanitaires et les hôpitaux de districts à s'acquitter correctement de leur rôle (il n'existe pas de Département administratif ni de conseil départemental ou de conseil de mairie comme cela s'observe par exemple dans d'autres pays d'Afrique centrale et de l'Ouest).

Cette redevabilité vers le bas semble se mettre en place progressivement au niveau des centres de santé où il existe un Comité de Santé (COSA) qui participe à la gestion du centre de santé et sert de pont entre les centres de santé et les communautés de leur aire de responsabilité.

Toutefois, la fonctionnalité de ces COSA reste le plus souvent faible et leur pouvoir limité par un certain nombre de facteurs : le rôle de ces COSA est souvent ignoré par leurs membres et par les FOSA elles-mêmes ; leur importance est souvent ignorée par l'administration à la base et par certains membres de la communauté ; le niveau de formation de leurs membres est souvent trop faible pour leur permettre de jouer correctement leur rôle et leur motivation est quasi inexistante. Par conséquent, la prise en compte des avis des communautés est parfois absente lorsque les comités de santé ne sont fonctionnels ou efficaces.

Même si les membres de la communauté participent à l'évaluation de qualité perçue à travers des enquêtes diligentées à cet effet et que les résultats de celles-ci sont pris en compte dans le calcul des montants devant être perçus par les FOSA, aucun mécanisme n'est prévu pour permettre aux communautés d'exiger des comptes aux FOSA ou le cas échéant de les sanctionner.

4. Améliorer la durabilité financière et l'efficience dans les paiements

L'existence d'une base de données permettant de rendre compte des montants devant être payés par les prestataires est sans doute une très bonne pratique pour la transparence dans la gestion des ressources financières. En outre, les contributions en provenance des différents partenaires impliqués dans le financement du FBP apparaissent clairement sur cette base de données, ce qui permet d'éviter les doubles paiements tout en assurant une visibilité dans le respect des engagements des uns et des autres.

Cependant, ce système de co-paiement, qui permet aux différents PTF de gérer leurs fonds selon leurs propres procédures administratives, cause des problèmes au niveau des FOSA notamment lorsque les délais de paiement convenus et définis dans le Manuel de Procédures du FBP ne sont pas respectés. En effet, malgré que les fonds correspondant aux paiements des factures soient directement versés sur les comptes des bénéficiaires sans autre intermédiaire, on observe des retards de paiement qui ne sont pas dus aux retards dans la transmission des factures aux différents partenaires au financement du FBP y compris le gouvernement par la DGR, mais plutôt à la disponibilité des fonds des uns et des autres. Il en résulte ainsi un problème au niveau des FOSA qui ne parviennent plus à reconnaître à quoi correspondent les paiements qui sont versés sur les comptes d'autant plus que le paiement de la facture que la FOSA avait établie après la vérification par les vérificateurs des CPVV arrive sur son compte par petit montant fragmenté selon le payeur. Cela est aggravé par le fait que les banques utilisent une codification qui ne renseigne pas suffisamment ni sur la provenance du montant payé ni sur la période correspondant au paiement.

CONCLUSION

L'introduction et la mise en œuvre du FBP au Burundi depuis 2006, inspirée sur l'expérience du Rwanda voisin, avait pour but d'améliorer l'offre de soins et de services de santé de qualité en vue d'augmenter d'accélérer l'atteinte des OMD. Le modèle de FBP du Burundi, contrairement aux autres pays, a ceci de particulier qu'il est intégré à la gratuité des soins de santé ciblée aux femmes enceintes, aux accouchements y compris les césariennes et aux enfants âgés de moins de 5 ans. Cette intégration de deux mécanismes de financement ayant des objectifs différents (le FBP visant l'amélioration de l'offre de soins de qualité et la gratuité l'élimination des barrières financières à l'utilisation des services) mais complémentaires est assez originale. L'intégration a permis de corriger certains dysfonctionnements liés à la gratuité tels qu'observés avant avril 2010.

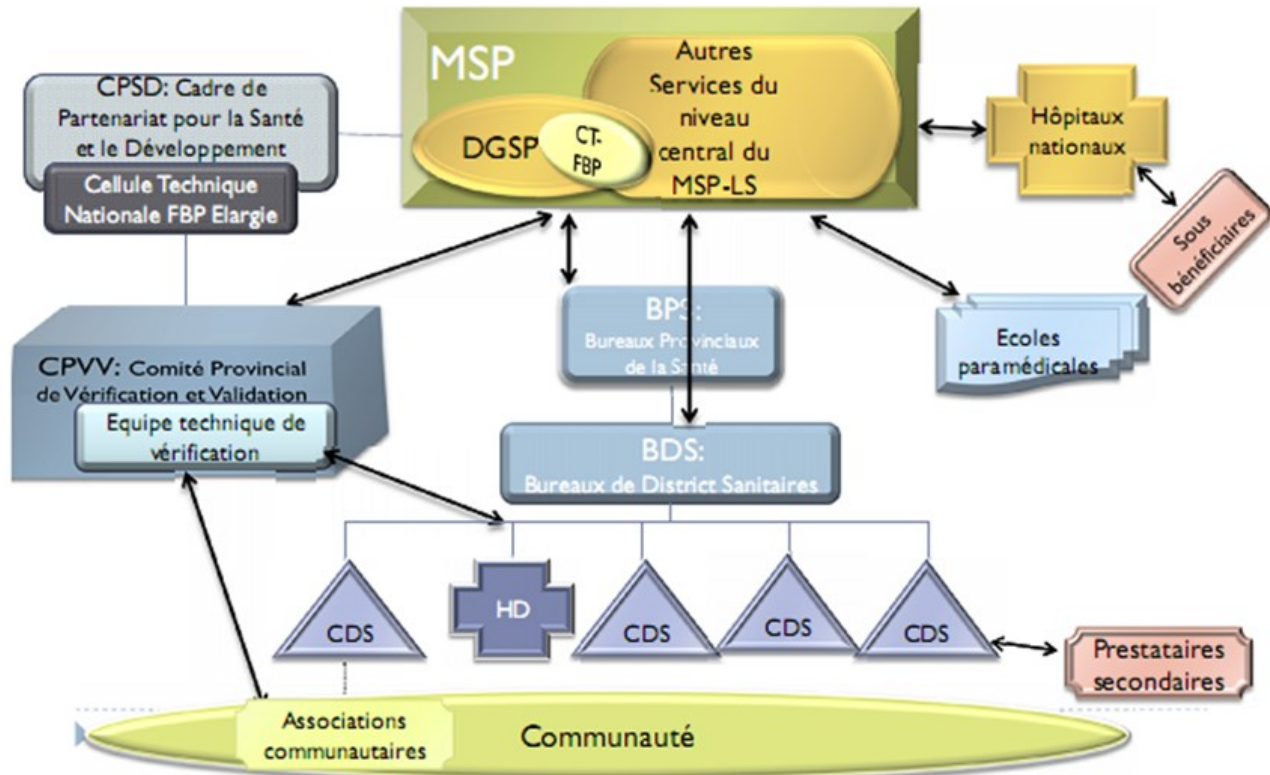
Cependant, des insuffisances persistent au niveau de la redevabilité. Des opportunités existent pour renforcer la séparation des fonctions ; la prise de mesures correctrices suites à d'insuffisances rapportées par le système de suivi-évaluation du FBP ; et surtout la redevabilité vers le bas. Cette dernière pourrait être progressivement corrigée avec le renforcement du rôle des COSA et des COGES et par permettre aux communautés d'exiger des comptes aux FOSA ou le cas échéant de les sanctionner. La redevabilité vers le bas reste cependant limitée l'absence au niveau des districts, d'un cadre représentant la population qui devrait exiger des comptes vis-à-vis des Districts sanitaires, entités chargées de la régulation des sous-systèmes de santé dans leur aire de responsabilité.

Même si des contraintes existent encore pour ce qui est du niveau de la redevabilité, les mécanismes de vérification et de validation utilisés dans le modèle FBP-gratuité au Burundi, l'implication d'intervenants d'origines diverses (fonctionnaires, ONG, administrateurs) dans ce processus de vérification et de validation, l'utilisation de l'outil INDICE dans l'allocation des ressources des FOSA, le rapportage régulier et l'existence d'un site WEB dédié au FBP-gratuité sont autant de facteurs ayant permis d'augmenter la transparence de cette stratégie de financement. L'information en rapport avec la mise en œuvre du FBP-Gratuité permet de rendre compte de la performance des FOSA, des fonds octroyés à ces dernières en guide d'achat de leurs prestations et de certains dysfonctionnements ou insuffisances du système.

Toute cette masse d'information, qui n'était pas disponible avant l'introduction du FBP, est une preuve que la transparence du financement de la santé s'est améliorée. En outre, les informations ainsi rendues disponibles sont utilisées pour sanctionner les cas de fraude, mettre en œuvre des sanctions administratives, et même exiger des comptes vis-à-vis des FOSA. De la sorte, la redevabilité du système de santé a été renforcée à travers le FBP au Burundi.

ANNEXE 1: LE MONTAGE INSTITUTIONNEL DU MODÈLE DE FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE AU BURUNDI

Figure 6 : Le montage institutionnel du modèle de Financement Basé sur la Performance au Burundi



La figure 6 représente le montage institutionnel du modèle FBP-Gratuité burundais. Elle nous montre les principaux acteurs qui interviennent dans la mise en œuvre et qui sont (de bas en haut) :

- La communauté représentée par les associations locales ;
- Les FOSA représentées par les Centres de Santé (CDS) et les hôpitaux de district ;
- Les comités provinciaux de vérification et de validation (CPVV) ;
- Les bureaux provinciaux de santé (BPS) ;
- Les bureaux de district sanitaires (BDS) ;
- Le Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement (CPSD) et la Cellule technique nationale élargie ; et
- Le MSPLS, ici représenté par la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP, actuellement appelé Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida, DGSSLS), la cellule technique nationale (CT-FBP) et les autres services du niveau central ;
- Les hôpitaux nationaux ; et
- Les écoles paramédicales.

Les relations contractuelles qui lient ces acteurs ainsi que les rôles et responsabilités des uns et des autres sont expliqués en détails dans le tableau 1 ci-dessous et dans la description des quatre fonctions (la régulation, la prestation, la vérification et l'achat) du modèle FBP-Gratuité burundais qui suite.

Tableau 1 : La séparation des fonctions dans le cadre institutionnel du FBP au Burundi

Type de vérification	Prestataire	Acheteur	Vérificateur	Validation et régulation	Payement	Fréquence
Prestations quantitatives	CDS et hôpitaux de district	CPVV	Sous-unité vérification du CPVV	Sous-unité validation du CPVV	<p>FOSA</p> <p>↓</p> <p>Vérification et validation</p> <p>↓</p> <p>CT-FBP fait la facture complétée par PTF</p> <p>↓</p> <p>DGR contrôle et fait les déclarations des créances</p> <p>↓</p> <p>Cabinet du Ministre signe</p> <p>↓</p> <p>Ministère des Finances et PTF paient aux comptes des FOSA</p>	Mensuel
	Hôpitaux nationaux	DGSSLS	CT-FBP élargie	CT-FBP		
Qualité technique des prestations du point de vue des professionnels	CDS	CPVV	Equipes cadres des BPS <i>mais cela devient des ONG.</i>	Sous-unité validation du CPVV		Trimestriel
	Hôpitaux de district	CPVV	Pairs (sous la facilitation des membres de la CT-FBP élargie), <i>mais cela devient des ONG.</i>	PVVC vérification sub-unit		
	Hôpitaux nationaux	DGSSLS	CT-FBP élargie	TU-CT-FBP		
Qualité des prestations du point de vue des bénéficiaires et vérification de l'existence des cas déclarés et de l'authenticité des soins reçus	CDS et hôpitaux	CPVV	Association locale sous l'encadrement de la sous-unité vérification du CPVV	CPVV, suivi par une restitution auprès les prestataires et le COSA		Semestriel
Contre-vérification de l'existence des cas déclarés et de l'authenticité des soins reçus, de toutes les données et le respect du manuel de procédures	CDS et hôpitaux	N/A	Entité externe et indépendante	CT-FBP élargie		
Résultats des entités de mise en œuvre di FBP	BPS ; BDS ; CPVV	DGSSLS	CT-FBP / CT-FBP élargie	CT-FBP	Trimestriel	
	CT-FBP	DGSSLS	Commission avec des membres du CPSD			

La fonction de régulation

La fonction de régulation est assurée par le MSPLS à travers la CT-FBP au niveau national et par les BPS et BDS au niveau opérationnel. La CT-FBP est un organe technique de mise en œuvre du FBP-Gratuité, placé administrativement sous la Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida (DGSSLS) et comprenant 7 membres fonctionnaires et des experts fournis par les PTF qui interviennent dans la mise en œuvre du FBP. Ces experts ne travaillent pas à temps plein au ministère mais sont mis à la disposition de celui-ci en appui à la CT-FBP. La CT-FBP élabore et révisé le manuel des procédures ainsi que tous les outils, fixe le coût des indicateurs et passe en revue les rapports de validation, confirme les factures s'il n'y a aucune objection ou les redresse le cas échéant, et les transmet à la Direction Générale des Ressources (DGR) qui assure le suivi des paiements. Elle assure aussi le suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau national. Les bureaux provinciaux de santé (BPS) et les bureaux de district sanitaires (BDS) assurent à leur tour la mise en œuvre du FBP au niveau opérationnel. Les BPS doivent encadrer les BDS dans leur planification en s'assurant que toutes les activités en rapport avec la mise en œuvre du FBP au niveau des FOSA ont été prises en compte. En effet, les BDS doivent entre autres activités encadrer les CDS dans l'élaboration de leur plan d'action et aussi doivent valider et faire le suivi de l'exécution de ces plans d'action. Il existe un cadre technique d'échange qui est la CT-FBP Elargie qui réunit une fois par mois des membres de la CT-FBP, des cadres en provenance d'autres départements du niveau central au MSPLS et des représentants des PTF. La CT-FBP Elargie collabore et appuie la CT-FBP dans la prise de décisions techniques concernant la mise en œuvre du FBP. Le pilotage du mécanisme FBP-Gratuité est assuré par le CPSD, qui est un autre cadre d'échange pour la prise des décisions en rapport avec la politique de santé en générale. Il comprend les hauts cadres du MSPLS et les représentants des PTF et assure la coordination générale des actions du secteur de la santé.

La fonction de prestation

La fonction de prestation des services est assurée par les CDS et les hôpitaux de différents niveaux qui signent les contrats principaux avec le CPVV. Celui-ci est l'acheteur pour les CDS et hôpitaux de district. La fonction de prestation est aussi assurée par les hôpitaux nationaux qui signent un contrat de prestation avec la DGSSLS. Les CDS et les hôpitaux peuvent à leur tour avoir des contrats secondaires avec des prestataires secondaires : il s'agit des structures de santé privées, confessionnelles ou associatives ayant des prestations de santé se trouvant dans leur aire de responsabilité, et qui les aident à réaliser certaines activités du paquet minimum d'activités (PMA) pour les CDS ou du paquet complémentaire d'activités (PCA) pour les hôpitaux de district. Les prestations de santé qui sont contractualisées dans le cadre d'un sous-contrat sont notamment les activités de planning familial (PF) pour les formations sanitaires confessionnelles et les soins gratuits ciblés pour les privés qui acceptent d'en offrir. En signant un sous-contrat, le contractant principal (le CDS ou l'hôpital) s'engage à encadrer le contractant secondaire dans la réalisation de ses prestations sur base desquelles se fonde le sous-contrat. De la sorte, la performance des FOSA ayant signé un contrat principal est dans une certaine mesure liée à celle des FOSA avec contrat secondaire, ce qui rend les FOSA ayant un contrat principal responsable de l'encadrement des FOSA à contrat secondaire.

En dehors des CDS et des hôpitaux, la fonction de prestation est actuellement aussi assurée par les agents de santé communautaires à travers la mise en œuvre du FBP-Communautaire. En effet, le Burundi est actuellement en train de mettre en œuvre des expériences pilotes du FBP communautaire dans 3 provinces sur les 17 que compte le pays : Makamba, Gitega et Mwaro. Dans cette approche de FBP communautaire, les activités communautaires liées principalement à la référence communautaire, la récupération des abandons, la sensibilisation pour le changement de comportement, la distribution à base communautaire et la prise en charge de certaines pathologies (paludisme simple, pneumonie) sont réalisées par des agents de santé communautaire regroupés en groupements des agents de santé communautaire (GASC). Leurs prestations sont achetées par le CPVV toujours après vérification, et avec qui ils signent un contrat de prestation. Ces expériences-pilotes de FBP communautaires, si elles s'avèrent concluantes, seront mises à échelle dans tout le pays. Le Burundi prévoit aussi d'étendre les activités communautaires par la contractualisation des

activités nutritionnelles au niveau communautaire à travers l'action des « mamans lumière », ou les Foyers d'Apprentissage et de Réadaptation Nutritionnelle (FARN).

La fonction de vérification

Au niveau opérationnel, les prestations quantitatives des FOSA (CDS et hôpitaux de districts) sont vérifiées mensuellement par la sous-unité vérification du CPVV avant d'être validées par celui-ci. L'évaluation de la qualité technique (du point de vue des professionnels) de ces mêmes FOSA était jusqu'à maintenant assurée trimestriellement par les équipes cadres des BPS pour les CDS et par les pairs sous la facilitation des membres de la CT-FBP élargie pour les hôpitaux. Afin de renforcer la qualité dans les CDS et hôpitaux et d'éviter que le BPS est à la fois régulateur et vérificateur de la qualité des CDS, les évaluations de la qualité viennent d'être confiées aux organisations non-gouvernementales (ONG). Pour ce qui est des entités de mise en œuvre du FBP (CT-FBP, BPS, BDS et CPVV), la fonction de vérification est effectuée trimestriellement sous forme d'évaluations de leurs performances par la CT-FBP appuyée par des membres de la CT-FBP élargie pour les entités du niveau opérationnel et par une commission nommée par le Ministre dont les membres sont issus de CPSD. Les résultats de toutes ces évaluations sont validés par la CT-FBP.

La vérification communautaire est assurée semestriellement par les associations locales (ASLO) au travers des enquêtes communautaires sous l'encadrement d'un membre de la sous-unité de vérification en charge des enquêtes communautaires. Ces enquêtes communautaires sont réalisées avec l'objectif de (i) contrevérifier l'existence des cas déclarés par les FOSA, (ii) contrevérifier l'authenticité des soins reçus et (iii) obtenir une appréciation de la qualité des prestations des FOSA du point de vue des bénéficiaires. Après la validation des résultats des enquêtes communautaires par le CPVV, une restitution de ces résultats est organisée à l'endroit des prestataires des FOSA et des représentants de la population (les membres des comités de santé, COSA) ce qui renforce la transparence. La redevabilité est, par la même occasion, renforcée par le fait que les résultats des enquêtes communautaires sont en quelque sorte une forme de sanction (positive ou négative selon les résultats) de la population à l'endroit des prestataires : les résultats des enquêtes communautaires représentent la qualité perçue qui est une des deux dimensions (qualité technique et qualité perçue) de l'évaluation de la qualité des prestations des formations sanitaires, laquelle évaluation permet à la formation sanitaire de recevoir un bonus ou un malus selon les résultats de l'évaluation de la qualité. De plus, les COSA rapportent à la communauté sur les résultats de l'enquête à l'occasion des assemblées générales collinaires, ce qui peut aussi contribuer à inciter les FOSA à augmenter la qualité des prestations.

La contre vérification est quant à elle assurée par un organisme externe indépendant. Elle est menée trimestriellement et permet de contre vérifier les données quantitatives et qualitatives vérifiées dans le cadre du FBP et apprécier le respect du manuel des procédures FBP à tous les niveaux afin de relever les déficits identifiés dans les mécanismes de vérification et validation. Elle se fait sur un échantillon d'entités opérationnelles dans la mise en œuvre du FBP.

La fonction d'achat

Pour les CDS et les hôpitaux de la province, la fonction d'achat est assurée par le CPVV. Le CPVV est un organe de composition mixte comprenant des représentants de tous les intervenants dans le secteur de la santé au niveau provincial: un représentant du Gouverneur de province, des représentants des ONG, de la société civile, du Directeur Provincial de la santé, des Médecins-Chefs de Districts et des responsables du système d'information sanitaire des bureaux de district et du bureau provincial. Le CPVV est présidé par un membre issu de la société civile, d'un représentant des institutions intervenant dans le secteur de la santé, ou d'un représentant du gouverneur. Pour minimiser les conflits d'intérêts, les médecins directeurs des provinces sanitaires ainsi que les médecins-chefs des districts sont exclus de la présidence des CPVV.

Le CPVV comprend une sous-unité de vérification (équipe de vérificateurs, elle-même mixte, composée des fonctionnaires de l'Etat et des contractuels issus des ONG intervenant dans la province) qui est chargée de la vérification des prestations au niveau des FOSA, ainsi que la vérification de la qualité des services selon les bénéficiaires à ce niveau. La sous-unité de validation (tous les autres membres du CPVV qui n'assurent pas la vérification) valide, ensemble avec l'équipe de vérification, les prestations vérifiées, analyse l'évolution des indicateurs, valide la facture provinciale et transmet le rapport de validation ainsi que la facture provinciale à la CT-FBP. Après la validation, l'équipe des vérificateurs s'occupe de la saisie des données dans la base Web du FBP et assure la rétro-information à toutes les FOSA concernées en leur envoyant les résultats qui leur serviront dans leur planification future. Parallèlement, les CPVV transmettent à la CT-FBP ces résultats à travers les procès-verbaux des réunions de validation en même temps que les factures provinciales compilées. La CT-FBP procède à son tour à l'analyse de ces résultats à travers une analyse trimestrielle des données et dont le rapport est transmis à la direction générale des services de santé du ministère.

Au niveau des 5 hôpitaux de Bujumbura, appelés nationaux par opposition aux hôpitaux de district de l'intérieur du pays, la fonction d'achat est réalisée par la DGSSLS avec laquelle ils signent les contrats de prestation. Pour les entités de régulation de mise en œuvre du FBP (BPS, BDS et CPVV), la fonction d'achat est assurée par la DGSSLS. Après réceptions de tous les rapports de validation et toutes les factures provinciales, la CT-FBP qui a dans ses attributions la validation de toutes les factures provinciales et des hôpitaux nationaux établit une facture compilée de toutes les FOSA qu'elle répartit entre partenaires au paiement des factures FBP et les transmet à la DGR pour le contrôle du respect des procédures et l'établissement des déclarations de créances. Ces déclarations de créances sont soumises au Cabinet du Ministre pour signature et envoyées pour paiement soit au Ministère des Finances, soit aux PTF selon le cas : la facture compilée (globale) est en effet répartie entre le Gouvernement et les différents PTF dans le cadre du FBP, en fonction des montants de leurs contributions respectives.