



HEIDELBERG
UNIVERSITY
HOSPITAL

iiiiinebor consult - sarl

ÉTUDE | PLANIFICATION | ÉVALUATION | FORMATION | ASSISTANCE TECHNIQUE



THE WORLD BANK
IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP

Qualitative Research to Explain and Unpack Quantitative Findings from the Performance-Based Financing Impact Evaluation in Burkina Faso

Results report

February 2019

General information

Title: Qualitative Research to Explain and Unpack Quantitative Findings from the Performance-Based Financing Impact Evaluation in Burkina Faso

Funder: The World Bank

Investigator team:

PD Dr. Manuela De Allegri, Associate Professor, Heidelberg University, Germany

Dr. Julia Lohmann, Scientist, Heidelberg University, Germany

Dr. Jean-Louis Kouliadiati, Scientist, Heidelberg University, Germany

Paul-André Somé, Scientist, Nanebor Consult, Burkina Faso

Research site: Centre Nord, Centre Ouest, Nord, Sud Ouest, Boucle du Mouhoun, and Centre Est regions of Burkina Faso

Acknowledgements: The research team wishes to thank the Service Technique Financement basé sur les résultats as well as Zenab Konkobo and Robert Kargougou for their invaluable support with identifying suitable respondents for the qualitative study; the research assistants for their support in data collection; and all respondents for volunteering their time to participate in our research and their willingness to share their experiences with PBF.

Contents

Summary	4
Glossary and abbreviations.....	7
1. Introduction and background	8
1.1. Setting	8
1.2. PBF pilot intervention	10
1.3. Quantitative impact evaluation	13
2. Study design, objectives, sample, and methods.....	19
2.1. Study design, objectives, and research questions	19
2.2. Sampling.....	19
2.3. Data collection	22
2.4. Data analysis	23
3. Findings	24
3.1. Objective 1: To explore what has allowed PBF to produce a positive impact on some indicators of service quality and utilization	24
3.2. Objective 2: To understand what explains the generalized lack of additional benefit of PBF2 and PBF3 compared to the standard PBF1	53
3.3. Objective 3: To elucidate the different patterns observed in PBF4.....	58
4. Discussion.....	63
4.1. Summary of results	63
4.2. Discussion of key findings	65
4.3. Methodological considerations	69
4.4. Conclusion.....	70
5. References	72
6. Annexes.....	77
6.1. Codebooks.....	77
6.2. Consent forms and interview guides	80

Summary

Performance-based financing was first introduced to the health sector in Burkina Faso in 2011 as a means to strengthen health service delivery. In 2014, following a positive pre-pilot intervention, PBF was scaled up to cover approximately one fourth of the country's health districts. A particular feature of this scaled-up program was the coupling of PBF with a series of equity measures aimed at overcoming inequalities in access and service provision across socio-economic strata, including a systematic targeting and subsidization of the ultra-poor and community-based health insurance. A robust impact evaluation of the first 3 years of operation of the scaled-up PBF program and particularly the combination of PBF with explicit equity-enhancing measures was conducted by the Heidelberg Institute of Public Health, Germany, and the Centre MURAZ, Burkina Faso. Results showed that PBF had only limited impact on health care utilization and quality in general, and that the equity measures were ineffective in improving health service delivery to the poor. In order to better understand why results fell short of intended impact, the study team followed up on the quantitative results with a qualitative study, with financing by the World Bank. This report presents the findings of this qualitative study.

In particular, the qualitative study aimed to 1) explore what has allowed PBF to produce a positive impact on some indicators of service quality and utilization, but not on others; 2) understand what explains the generalized lack of additional benefit of targeting of and subsidization of user fees for the ultra-poor compared to the standard PBF; and 3) elucidate the different patterns observed in areas where the standard PBF was coupled with community-based health insurance. Respondents were purposely sampled to represent key stakeholder groups directly or indirectly involved in PBF (i.e. representatives of the implementing agencies, regional and district ministry of health management staff, health care personnel, community representatives) across the 10 intervention districts where PBF was implemented alongside the additional equity measures. In addition, a number of key informants from the ministry of health at central level were selected. Data was collected in September 2018, 4 ½ years after the start of the intervention and 1 ½ years after the impact evaluation endline through in-depth interviews and focus group discussions, by members of the core research team with the support of trained interviewers along semi-structured interview guides. Data was analyzed following a largely deductive thematic coding approach, emerging themes were discussed among all members of the research team to reach a final interpretation.

In line with the program theory of change and the indicators incentivized by PBF, we expected that PBF would positively affect three main dimensions of quality of care, namely structural aspects (i.e. infrastructure, equipment, consumables, personnel), process quality (i.e. adherence to clinical protocols), and perceived quality of care. The quantitative impact evaluation indicated improvements in some dimensions of structural quality, but no impact on process quality and perceived quality of care. Further, we expected that PBF would enhance utilization of health care services. The quantitative impact evaluation indicated that this was the case only for facility-based deliveries and PNC, but not for ANC, routine child care

services, and curative care. In addition, PBF had a positive impact on family planning among the poorest 20% of the population.

Interviews with key stakeholders in the context of the qualitative study presented in this report confirmed that the intervention managed to produce changes in health facilities, but that these changes fell short of what was expected. As an explanation, respondents mentioned a large range of general and indicator-specific factors. First, lack of interest in and support of PBF among key government actors was perceived as the most important barrier to PBF success. This lack of support was credited to resistance to the ideology behind PBF, to weak ministry leadership in intervention design, to dissatisfaction regarding certain aspects of the design, to sustainability concerns, to frequent turnover within the MoH, and to the introduction of the *gratuité* policy in 2016. Second, it appears that the design was not as effective as intended to motivate health care providers to improve their performance. Overarching reasons included a simplistic understanding of PBF as a means to earn additional income rather than to improve facility operations among many health workers; “effortless” earnings in the carrot-carrot intervention design perceived as sufficient; various frustrations related to autonomy, transparency, and acceptance of certain financial management aspects at facility level; and challenges in fidelity of implementation, particularly delays in subsidy and bonus payments and including changes in certain intervention design aspects in the course of implementation. Third, the introduction of the *gratuité* policy in 2016 overshadowed and interacted with PBF both positively and negatively.

In regards to quality of care, respondents further pointed out that facilities were not very active in improving quality as prices were comparatively low, but that this changed over time; that facilities were limited in their financial management autonomy in that they had to adhere to official procurement channels especially for drugs, which proved difficult against frequent stock outs at CAMEG; and that the quality verification mode incentivized improvements in documentation, which does not necessarily correspond perfectly to improvements in clinical processes. In contrast to what results on perceived quality of care from the quantitative impact evaluation imply, in focus group discussions, community members noted various positive changes at their health facility in recent years, although they were largely unable to attribute them to PBF.

In regards to health service utilization, respondents provided several explanations for why PBF produced an impact on deliveries, PNC, and, among the poor, family planning, but not on other services. First, price levels in relation to additional effort necessary to increase service volume played a role in which services facilities focused their efforts on. Services with a good effort-price ratio included for instance family planning and PNC, but not other basic maternal and child care services. Second, respondents pointed out how unlike for curative services, the continuum of care for maternity services allows providers to influence the likelihood of client return for delivery and PNC by providing good services in antenatal care and delivery, respectively. Third, PBF appears to have contributed to better availability of midwives in rural areas. Fourth, PNC was a fairly neglected service pre-PBF, with low levels of attendance and therefore high potential for increases with relatively little effort. Finally, many facilities used their PBF subsidies to provide family planning for free to clients, which is likely to have caused

the significant positive impact among the poor. In the general population, however, respondents hypothesize that PBF was eclipsed by the many other on-going interventions and therefore did not produce an additional impact.

Beyond these average effects, quantitative data show and respondents confirmed important variation between districts and health facilities. Respondents cited three main reasons for this, namely the ICP's and MCD's motivation, dynamism, and leadership qualities; a facility's size and baseline conditions in terms of staff, infrastructure, and equipment; and the organizational set-up of the ACV, which varied by region in its effectiveness.

By exploring the factors that have facilitated and hampered PBF from achieving its expected results, this qualitative study offers complementary evidence to the one generated by the quantitative impact evaluation, presented in a prior report. In particular, we consider the following two aspects as the key policy implications of our work: the need to align the design of a PBF intervention with specific elements characterizing a country's health financing and service provision context and the need to rethink how PBF conceptualizes and rewards quality of care.

In relation to the first point, we note how PBF and its accompanying measures in Burkina Faso came into being in a context already characterized by a mixed payments system (with strong in-built incentives for healthcare providers related to user charges) and dominated by parallel major health financing reforms (SONU first, gratuité afterwards as well as multiple vertical programs – TB, HIV – granting targeted fee exemptions). Albeit carefully designed, the PBF intervention did not take into sufficient account these elements and as such it fell short of meeting the implementers' expectation for radical change. The experience of Burkina Faso reinforces evidence emerging from other settings and points at the impossibility to implement a single PBF model across Sub-Saharan Africa, suggesting the need to customize PBF to fit a country's specific historical and contextual reality.

In relation to the second point, our work clearly identifies a number of implementation challenges, from delayed payments to restricted autonomy at health facility level, that hampered healthcare providers from producing changes in quality of service provision matching the expected magnitude. Beyond implementation challenges, however, our work highlights how a system exclusively based on ex-post document review and that rewards quality of service provision as a top up to quantity remuneration may easily come short of driving the desired change in quality of service provision. In addition, also reinforcing existing evidence from other settings, our work points at the difficulty of producing changes in the process, rather than just in the inputs, of service delivery. Again, the experience of Burkina Faso is not unique and adds to the increasing body of evidence pointing at the need to radically rethink the manner in which PBF defines, measures, and rewards quality alongside quantity.

Glossary and abbreviations

Agence de contractualisation et vérification	ACV	Agencies in charge of signing performance contracts, verifying quantity, coaching facilities in performance improvement, conducting community verification and satisfaction surveys
Agent Itinérant de Santé	AIS	Outreach health worker (formal qualified cadre employed at health facility, not community health worker)
Assurance Maladie à Base Communautaire	AMBC	Community-based health insurance scheme operational in the Nouna district since 2004
Antenatal care	ANC	
Agent de santé à base communautaire	ASBC	Community health worker
ASMADE	ASMADE	NGO in charge of the supporting the installation of the new CBHI schemes in the Boucle du Mouhoun region
Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des Consommables médicaux	CAMEG	Central purchasing agency for drugs and medical consumables
Community-based health insurance	CBHI	
Comité de Gestion	COGES	Health facility management committees
Centre de Santé et de Promotion Sociale	CSPS	Primary-level health care facility
Difference-in-differences	DID	Analytical approach to the quantitative impact evaluation
Direction Régionale de la Santé	DRS	Regional health directorate
Equipe Cadre du District	ECD	District health management team
Focus group discussion	FGD	-
Infirmier chef de poste	ICP	Health facility in-charge, usually a registered nurse
Integrated Management of Childhood Illnesses	IMCI	
Indigent	-	Ultra-poor person; in the context of the intervention defined as "someone who is extremely disadvantaged socially and economically, unable to look after him/herself, and devoid of internal or external resources"
Ministry of Health	MoH	
Mutuelles	-	Societies managing the CBHI scheme at community level
Outil d'indice	-	Excel-based financing management tool provided to facilities to assist them in tracking revenue, expenditure, and savings, as well as with the distribution of PBF bonuses among staff members
Programme d'Appui au Développement Sanitaire	PADS	Government agency serving to channel development assistance directed at improvements in the health sector
Plan d'amélioration de la performance	PAP	Planning tool in which health facilities document needs, targets, and action strategies
Performance-based Financing	PBF	French: Financement basé sur les résultats; FBR
Postnatal care	PNC	
Société d'Etudes et de Recherche en Santé Publique	SERSAP	Local private research firm in charge of the selection of the indigents
Système National d'Information Sanitaire	SNIS	Health management information system
Service Technique Financement basé sur les résultats	ST-FBR	Ministry of Health unit in charge of PBF implementation

1. Introduction and background

Performance-based Financing (PBF) was first introduced to the health sector in Burkina Faso in 2011, and scaled up to a total of 15 out of 63 health districts in 2014. The scale-up was accompanied by a robust impact evaluation to determine the effects of PBF on the utilization and quality of health services, which was jointly conducted by the Heidelberg Institute of Global Health, Germany, and Centre MURAZ, Burkina Faso. This impact evaluation was recently completed, with results showing effects of PBF on only a few indicators. In order to better understand why results fell short of producing the intended impact, and to explore issue relevant to a potential scale-up of PBF in Burkina Faso and elsewhere, the study team followed up on the quantitative results with a qualitative study, with financing by the World Bank. This report presents the findings of this qualitative study.

Our report begins with a short introduction to the setting and to the PBF design in Burkina Faso. Then, the quantitative impact evaluation, its underlying theory of change, and its results are summarized, as qualitative findings are later organized and appraised against the backdrop of impact expectations which emerged from the quantitative analysis. Next, methods for the qualitative study are presented. The results are organized in three main sections, reflecting the main objectives of the quantitative impact evaluation: themes pertaining to the impact of PBF compared to status quo; findings related to the additional benefit of combining PBF with a selection of and subsidization of user fees for the ultra-poor; and results regarding the added benefit of combining PBF with community-based health insurance (CBHI). The report closes with a summary and appraisal of key findings against similar experiences elsewhere.

1.1. Setting

Burkina Faso is a landlocked country located in West Africa, with a population of 18.5 million. In 2013 (at the time the study was planned), the country was among the poorest in the world, with a purchasing-power-parity (PPP) GDP of USD 1560 [1]. The 2014 UNDP Human Development Index ranked Burkina Faso 185 out of 188 countries [2]. 40% of the population lives below the poverty line [1].

In spite of substantial improvements over the course of the last few years, health indicators still largely lag behind regional averages [3]. Life expectancy was at 60.3 years in 2016. Maternal and under-five mortality were estimated at 371/100,000 in 2015 and 81.2/1000 in 2017, respectively. Malaria, acute respiratory infections, and diarrhea still account for the largest proportion of child mortality, often coupled with an underlying situation of malnutrition.

The health sector suffers from a generalized lack of resources. In 2013, total per capita health expenditure was estimated at 6.4% of GDP, equivalent to PPP USD 109. Government

expenditure amounted to 58% of total health expenditure, including contributions by development partners being estimated at 23% of this total. More than 80% of all private expenditure on health is not channeled through pre-paid and pooled mechanisms, exposing the population, especially the poor living in rural areas, to a high risk of catastrophic health expenditure [4,5]. User charges continue to be applied across a variety of essential healthcare services.

Health service delivery [6-8] is organized according to a three-tier system, with primary facilities (*Centre de Santé et Promotion Sociale; CSPS*) assuring basic health services including uncomplicated deliveries; district hospitals located in each district capital providing secondary-level care; and regional and national referral hospitals located in the region capitals and in the national capital Ouagadougou. Most health service provision is ensured directly by public facilities, with private provision remaining a relatively small reality, confined to for-profit providers in the main urban centers and religious not-for-profit providers in some rural areas. In the public sector, staff are largely employed as civil servants and affected to health districts, which are managed by district health management teams (*Equipes Cadres du District; ECD*). Over the last few decades, beyond staff, government health facilities have financed their operations through a complex mix of government in-kind inputs (infrastructure and large equipment) and revenues from user fees and drug sales [9]. Largely following the Bamako model, financial management of health facilities is entrusted upon health facility management committees (*Comités de Gestion; COGES*), which are made up of community members and a health facility staff representative, usually the facility manager (*Infirmier Chef de Poste; ICP*). In regards to drugs, health facilities autonomously purchase according to their respective needs, but are only allowed to buy from a central agency, the *Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des Consommables médicaux (CAMEG)*.

Despite still largely relying on user fees for health care financing, Burkina Faso has made remarkable efforts to reduce or remove this financial barrier for essential health services over the last years [10]. For instance, in 2006, the government decided on a partial (80%) reduction of user fees for facility-based deliveries. Health facilities were compensated for the loss in user fees by additional government financing or in-kind inputs. Further essential services such as vaccinations, antenatal and postnatal care, or child growth monitoring are provided free of charge at point of service, partly supported by development assistance. In 2016, the 'gratuité' policy was extended to a complete removal of user fees for all services to pregnant and lactating women as well as children under the age of 5.

Despite this development, the literature has consistently reported that geographical and financial barriers continue to hamper access to healthcare services [11-15]. The poor health outcomes described above are to a large extent the result of poor utilization of health services [16,17] and the poor quality of services provided by health facilities [16,18,19].

1.2. PBF pilot intervention

The PBF program at the core of our impact evaluation rested on the experience and knowledge acquired during the implementation of a pre-pilot PBF intervention, managed by the Ministry of Health (MoH) with financial and technical assistance from the World Bank in the period 2011-2013 in three districts (Titao, Leo, and Boulsa). Within the framework of this early PBF intervention, health facilities and the MoH entered a contractual agreement whereby the MoH would reward the provision of a defined service package according to a case-based payment modality, adjusted for quality of service provision. An external agency was engaged to verify both the quantity and the quality of the services provided prior to payment. Facilities were granted autonomy over the use of the newly acquired funds, under the provision that they invest a certain percentage into the facility.

Evaluations detected a positive effect of the intervention across maternal healthcare services [20] and a marked improvement in the quality of services provided according to Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) guidelines [21]. Nevertheless, the early PBF intervention proved not to be effective in reaching the most vulnerable sectors of society, resulting in the perpetuation of existing inequities in access to health services across people of different socio-economic status.

In the light of the positive results produced by the early pre-pilot, but acknowledging the difficulties related to reaching the very poor, the MoH, again with financial and technical assistance from the World Bank, decided to scale up the PBF intervention to an additional 12 districts, but to do so by combining the standard supply-side intervention with a series of equity measures aimed at overcoming inequalities in access and service provision across socio-economic strata.

In line with the objectives of the pre-pilot, the primary objective of the PBF program was to improve the utilization and quality of maternal and child health services, in particular among vulnerable populations, such as the ultra-poor. Effectively, however, the PBF benefit package was very comprehensive and comprised a broad range of primary- and secondary-level care services beyond maternal and child health, including also general adult curative consultations and HIV and TB services [22]. In line with the considerations outlined above, the MoH decided to implement four different PBF models, three of which included special provisions to improve access to care for the ultra-poor. To place our study, it is important to understand that the three equity-focused modes were conceived at a time when service delivery in Burkina Faso was still heavily reliant on direct user charges at point of use for the vast majority of primary and secondary services (i.e. prior to the introduction of the gratuité policy in 2016).

PBF was rolled out between January and April 2014 in six regions (Centre Nord, Centre Ouest, Nord, Sud Ouest, Boucle du Mouhoun, and Centre Est), purposely selected by the MoH and its development partners as having health indicators below the national median at the onset of the intervention. Within each region, the MoH purposely selected two districts to receive PBF on the basis of particularly poor outcomes on four key indicators: (i) contraceptive

prevalence rate; (ii) assisted deliveries; (iii) antenatal consultations; and (iv) post-natal consultations.

The programme closed at the end of 2018 with the end of the World Bank program that funded PBF, with certain elements having been taken up into the successor program [23].

The four PBF models implemented from January 2014 until December 2018 under the leadership of a specific MoH unit instituted for the purpose, the *Service Technique Financement basé sur les résultats* (ST-FBR), are described in detail hereafter.

PBF1: Standard PBF. PBF contracts were signed between the MoH and the health facilities, indicating services purchased by PBF (quantity), quality targets, and payment modalities. External reviewers assessed facility reports on quantity indicators on a monthly basis. Until 2016, this was done by independent private-sector agencies called *Agences de Contractualisation et Vérification* (ACV). From 2017 on, for financial reasons, the ST-FBR contracted verifiers directly. Based on the verified results, contracted facilities received case-based payments for the services delivered. For each service, unit prices for case-based payments were calculated a priori by the ST-FBR, on the basis of the relative cost and frequency of the services provided. Service quality was assessed with comprehensive quality checklists, verified on a quarterly basis by the ECD. Facilities received an additional bonus calculated on the basis of quantity outcomes if they achieved a quality score of at least 50% of the maximum.

PBF payments were intended to supplement other facility revenues, to fund expenditure, increase savings, and allow bonus payment to staff. Facilities were initially completely autonomous in how to spend any surplus, although they were provided with recommendations on proportion of surplus to be used to fund expenditure, saved, or disbursed. In 2017, fixed quotas as to how much could be disbursed to staff were introduced in response to undesirable practices in some facilities. PBF introduced and facilitated the use of performance improvement plans (*Plans d'amélioration de la performance; PAP*) which facilities completed on a quarterly basis to document identified needs and targets as well as action strategies to address them, as well as with an excel-based financial management tool called *outil d'indice* which allowed facilities to track revenue, expenditure, and savings. As part of the *outil d'indice*, facilities were provided with criteria for the distribution of bonuses among staff, including cadre, position, seniority, work time, and performance. PBF1 did not include any specific provision to facilitate access to care for the ultra-poor.

PBF2: Standard PBF + systematic targeting and health service subsidization for the ultra-poor. PBF2 operated according to the same contractual model as PBF1, but combined it with specific provisions to facilitate access to care for extremely vulnerable households residing in the health facility catchment area. These provisions included:

- a. A systematic targeting of the ultra-poor ('indigents') was implemented using a community targeting approach [24], facilitated by SERSAP (*Société d'Etudes et de*

Recherche en Santé Publique). The aim was to identify up to 20% of individuals residing in the health facility catchment area and provide them with proof of indigent status to allow them to access all services included in the PBF benefit package free of charge.

- b. Unit prices for services delivered to the targeted ultra-poor were adjusted to compensate for the loss of revenue that health facilities incurred by not charging user fees, but not to provide any explicit additional incentive to providers to care for the ultra-poor. The elevated payments were exclusive to services for which direct user charges existed (i.e. curative consultations, hospitalizations, delivery services, family planning). For services already provided free of charge to the general population (e.g. vaccinations, growth monitoring, ANC and PNC, HIV and TB testing and treatment), the same basic unit prices as in PBF1 applied.

PBF3: Standard PBF + systematic targeting and subsidization for the ultra-poor + provider incentive to offer services to the ultra-poor. PBF3 operated the same PBF contracts as PBF1 and PBF2 and included the same targeting procedures and provisions to care for the ultra-poor as PBF2. The core difference relates to the unit prices applied in PBF3, in that services provided to the ultra-poor were reimbursed at a higher rate than in PBF2. The idea was to compensate for loss of income from user fees, while at the same time offering providers an additional financial incentive to attract and provide services to the ultra-poor. As in PBF2, these higher reimbursement rates only pertained to services normally offered against payment of direct user charges at point of use.

PBF4: Traditional PBF + Community-based health insurance (*mutuelles*; CBHI), including targeting and subsidization for the ultra-poor. In this case, CBHI was introduced in parallel to PBF, applying the same contractual model as described above. The insurance scheme was rolled out with support from the NGO ASMADE, building on the experience of a scheme that had already operated for several years in Burkina, while integrating elements of the model that the government had envisioned for a future universal health insurance model. Insurance was offered to the entire population at a yearly premium of 3900 FCFA (~7 USD) per person. Targeting took place following procedures similar to the ones used in PBF2 and PBF3 areas and the insurance premium for the ultra-poor was fully subsidized by the program. The insurance benefit package included a wide range of primary and secondary healthcare services. Payments to providers were made by both the insurance (in place of user charges) and by the PBF program, as case-based payments as in PBF1.

Across the four PBF models, further adjustments to the base unit prices were made according to facility-specific characteristics, such as the remoteness of the catchment population, staffing levels, and distance from the district capital, so that remote and disadvantaged facilities were paid higher unit prices than easily accessible and better-equipped facilities. This approach resulted in the generation of nine different set of unit prices for the services incentivized by PBF, beyond the adjustments made in PBF2 and PBF3 for services provided to the targeted ultra-poor.

In October 2016, in response to the introduction of the gratuité policy and to markedly higher program costs than anticipated, adjustments to PBF unit prices were made. First, unit prices for all services included in the gratuité benefit package were adjusted to match PBF1 prices in PBF2, PBF3, and PBF4 (by removing any additional indigent-specific subsidy). Second, increments to the base unit prices for remote and disadvantaged facilities were substantially reduced. Finally, base unit prices were adjusted for many services, especially deliveries (from 1510 to 1000 FCFA), TB testing/treatment (from 6000/8500 to 1500/3000 FCFA), and HIV testing (from 500 to 250 FCFA).

1.3. Quantitative impact evaluation

A quantitative impact evaluation of the PBF program was implemented by a consortium of researchers from the Heidelberg Institute of Global Health, Germany, and the Centre MURAZ, Burkina Faso, in collaboration and with funding from the World Bank's Health Results Innovation Trust Fund. Given the aim of the qualitative study to better understand the results of this quantitative impact evaluation, we present a brief summary of the quantitative impact evaluation design and results in the following. Details are available in the impact evaluation report [25] as well as in De Allegri et al., 2018 [26].

1.3.1. Design

The quantitative impact evaluation employed a quasi-experimental design with a nested experimental component. Within each of the six intervention regions, two control districts were purposely selected in addition to the intervention districts. The twelve control districts received no PBF intervention at all. Within the twelve intervention districts, the four PBF packages described earlier were implemented as follows:

- a. In eight districts, PBF1, PBF2, and PBF3 intervention packages were randomly allocated to health facilities and their catchment areas;
- b. In two districts, PBF1 and PBF4 intervention packages were randomly allocated to health facilities and their catchment areas¹;
- c. In two districts, only the PBF1 intervention package was implemented.

The quasi-experimental element of the design was used to assess the overall impact of the PBF program (irrespective of the specific intervention package) vis à vis status quo health service provision. The experimental element of the design was used to assess the specific added benefit, especially in terms of equity, of introducing equity measures (as in PBF2, PBF3, and PBF4) on top of standard PBF (PBF1).

Within each of the ten intervention districts where randomization occurred, facilities were allocated across the different PBF models in 'randomization ceremonies', attended by all

¹ With the exceptions of several facilities in Nouna district where prior to PBF, a CBHI scheme had already been operational, the *Assurance Maladie à Base Communautaire* (AMBC). As part of PBF, the AMBC was restructured and split up into four smaller *mutuelles*. Facilities in the former AMBC area were not randomized, but were all in the PBF4 intervention arm.

health facility in-charges, district health managers, and other important district and regional stakeholders to maximize transparency. During these ceremonies, health facility in-charges took turns drawing facility names from a box containing all health facility names in the respective district. Starting with a predefined PBF model, facilities were then assigned in the order in which they were drawn from the box (i.e. 1st facility: PBF1, 2nd facility: PBF2, 3rd facility: PBF3, 4th facility: PBF1, etc.). Since they act as referral facilities for all health centers in the districts irrespective of PBF status, the district hospitals as well as the few regional hospitals present in the study area were not randomized, but rather assigned to the PBF2 intervention package and therefore reimbursed for user fee-free treatment of targeted indigents. It should be noted that although secondary-level facilities were included in the intervention and study, the study focus of both the quantitative impact evaluation and the qualitative study presented here was clearly on the primary care level.

1.3.2. Research questions

The specific research questions for the quantitative impact evaluation were:

1. What is the effect of the PBF program (irrespective of specific design model) on selected service utilization and quality of service delivery indicators compared to status quo service provision?
2. What is the effect of the specific PBF models (PBF1, PBF2, PBF3, PBF4) on selected service utilization and quality of service delivery indicators compared to status quo service provision?
3. What is the added benefit of implementing PBF2, PBF3, and PBF4 compared to the standard PBF1 on selected service utilization and quality of service delivery indicators?

To address the equity implications embedded in the program, we further asked:

4. What is the effect of PBF (overall; the different models) on selected service utilization and quality of service delivery indicators among the very poor? What is the added benefit of implementing PBF2, PBF3, and PBF4 beyond the standard PBF1 among the very poor?

1.3.3. Theory of change

In line with the existing conceptual literature on PBF [27-29], we postulated that the standard PBF intervention (i.e. the performance contracted implemented across all four PBF intervention packages) would produce changes in both quantity and quality of service provision (**Figure 1**). Specifically, we expected the combination of increased revenues due to performance rewards and enhanced supervision and autonomy fostered by PBF to motivate healthcare providers to actively engage to increase health service provision (“will do”), while at the same time empowering them with the financial and managerial means necessary to improve quality of service delivery (“can do”). In turn, we expected improved quality of

service delivery to encourage communities to seek healthcare more promptly (in spite of the fact that the Burkina Faso health system still largely relied on direct user payments at point of use throughout the length of the study), further increasing quantity of service delivery. We expected the standard PBF intervention to be equity-neutral, i.e. not to favor nor disfavor any specific socio-economic segment of society.

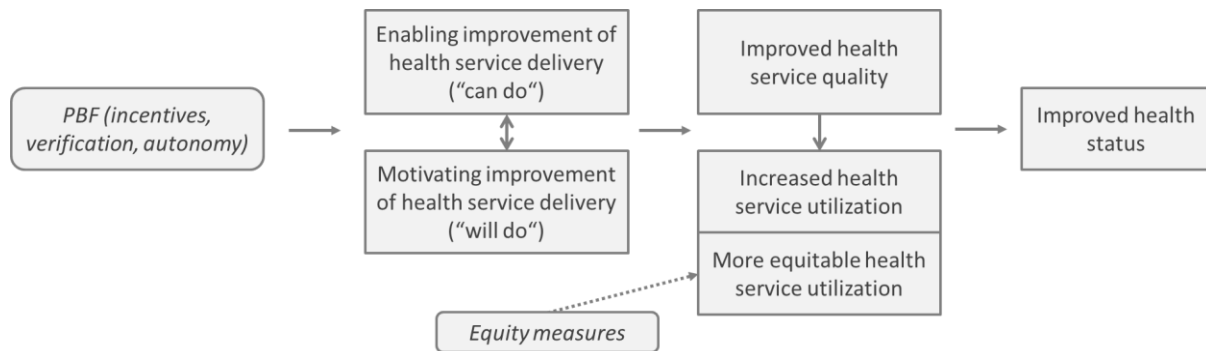


Figure 1: Overarching theory of change

We expected the combination of the standard PBF1 and equity measure as applied by PBF2 and PBF3 to stimulate increases in quantity of service provision both overall and specifically for the ultra-poor. Across both the PBF2 and the PBF3 intervention arms, we expected the targeted exemptions to motivate the ultra-poor to seek healthcare more promptly and we expected this increased health service utilization to narrow existing gaps in the quantity of service delivery provided across socio-economic groups. We expected the socio-economic gap in quantity of service delivery to decrease more drastically in the PBF3 intervention arm, given the additional financial incentive offered to providers to actively reach out to the ultra-poor. In addition, given that services were purchased at a higher value than their estimated cost, we expected PBF3 facilities to increase their revenues substantially more than PBF1 and PBF2 facilities and in turn, we expected these additional revenues to be deployed towards infrastructural investments, further contributing to quality improvements in PBF3 facilities.

Similar to what we described above in relation to PBF2 and PBF3, we postulated that the PBF4 intervention package would stimulate larger increases in the quantity of service delivery than the standard PBF1. We expected that increased health service utilization linked to the removal of financial barriers at point of use (thanks to insurance) would result in higher quantities of service delivery. We also expected to observe larger improvements in the quality of service delivery in PBF4 facilities compared to PBF1 facilities, because we expected the CBHI scheme to act as an additional independent purchaser, exercising pressure on healthcare providers and hence acting as an additional stimulus for quality improvement. Given that targeting was implemented in a similar fashion across PBF2, PBF3, and PBF4

catchment areas, we expected to observe similar equity impacts, although somewhat more pronounced in PBF3 due to the additional provider incentive to reach out to the targeted ultra-poor.

1.3.4. Methods

Data were collected from all health facilities in the 12 intervention districts as well as in a random sample of health facilities in 12 control districts, using multiple tools including a facility assessment, a structured health worker survey, direct observations of clinical consultations, and patient exit interviews. In addition, a household survey was conducted, for which sampling was conducted in a three-stage clustering approach, where one village was randomly sampled in each CSPS catchment area, and 15 eligible households were randomly sampled from all eligible households in each sampled village. Households were eligible if at least one household member was currently pregnant or had ended a pregnancy in the 24 months prior to the survey. The survey gathered information on household and household member characteristics and health-related information as well as detailed information on women's pregnancy and birth history and utilization of reproductive health services, on children's utilization of preventive health services, as well as biomarkers (malaria, anemia) and anthropometric measurements for all women of reproductive age and children under the age of 5. Baseline data collection took place between October 2013 and March 2014, endline data collection between April and June 2017. The data available for the impact evaluation were further complemented with routine health system data derived from the *Système National d'Information Sanitaire* (SNIS). Data was analyzed using a Difference-in-Differences (DID) approach.

1.3.5. Results

Table 1 and **Table 2** summarize the impact evaluation results in relation to a series of outcome indicators set to capture changes in health service quality and utilization. It should be noted that due to the small number of clusters, the study was only powered to detect relatively large effect sizes for the effect of PBF compared to status quo.

In brief, in terms of quality of service delivery, we detected a positive impact on the availability of key infrastructure and equipment, but no impact on drug availability; no impact on process quality of antenatal care consultations (ANC) and curative consultations for children under the age of 5 according to the Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) approach; and no impact on perceived quality of care. In regards to health service utilization, we found a positive impact only on facility-based deliveries and postnatal care (PNC) as well as on modern family planning among the poorest 20% of the population. We did not find an equity-enhancing effect of the additional equity components, but rather an opposite trend.

A discussion of these findings, including methodological considerations and potential venues for further research, is available in our quantitative report [25], but is not covered here to maintain the focus on the qualitative work presented hereafter.

Table 1: Impact of PBF on health service quality indicators

	Pre-PBF level ¹	Absolute change in PBF districts ¹	PBF vs control ²	Additional benefit of equity components		
				PBF2 vs PBF1 ²	PBF3 vs PBF1 ²	PBF4 vs PBF1 ²
Availability of power & water	50 %	+ 13 pp	0.150**	0.023	0.098	-0.140
Availability of essential drugs	10 %	- 7 pp	-0.016	0.050	0.063	-0.017
Availability of key ANC equipment	41 %	+ 21 pp	0.140	-0.075	0.025	0.198
ANC routine services (BP, weight, iron)	81 %	- 12 pp	0.160	0.138*	0.231***	-0.078
ANC patient education	5 %	+ 25 pp	0.045	0.001	-0.038	-0.032
Perceived quality ANC	59 %	0 pp	-0.345*** ³	0.052	-0.127*	0.084
Availability of key delivery equip.	11 %	+ 58 pp	0.558***	-0.090	-0.100	-0.011
Availability of key U5 equipment	33 %	+ 15 pp	0.369***	-0.105	0.003	0.063
IMCI danger sign assessment	7 %	+ 3 pp	-0.053	0.001	0.038	0.169
IMCI routine assessment	5 %	+ 10 pp	-0.232* ⁴	-0.020	-0.018	0.009
Perceived quality U5	70 %	- 14 pp	-0.010	0.007	-0.003	0.034
Perceived quality 5+	66 %	- 9 pp	-0.100	0.053	0.069	-0.245**

¹ absolute levels (proportion of facilities/cases with ...) and percentage point change, unweighted

² DID impact estimates, interpretable as percentage point net impact of PBF

³ estimate is not robust (wild bootstrap)

⁴ exclusively due to dramatic increases in quality in two control districts

Table 2: Impact of PBF on health service utilization indicators

	Overall population						Poorest 20%				
	Pre-PBF level ¹	Absolute change in PBF districts ¹	PBF control ²	Additional benefit of equity components			PBF control ²	Additional benefit of equity components			
				PBF2 vs PBF1 ²	PBF3 vs PBF1 ²	PBF4 vs PBF1 ²		PBF2 vs PBF1 ²	PBF3 vs PBF1 ²	PBF4 vs PBF1 ²	
Four ANC visits	45 %	+ 18 pp	-0.004	-0.026	-0.018	-0.031	0.037	-0.038	-0.026	0.020	
ANC in 1st trimester	67 %	+ 8 pp	0.057	-0.036	-0.007	-0.064	0.031	-0.071	-0.037	0.073	
Tetanus vaccination in preg.	63 %	- 20 pp	-0.027	-0.068*	0.054	0.131**	0.026	-0.013	0.013	0.099	
HIV test offer in pregnancy	57 %	- 1 pp	0.001	0.030	-0.012	0.007	0.047	0.085	0.041	-0.064	
PMTCT (SNIS) ³	0.6	+ 0.5	0.136	-0.171	0.040	-0.076	-	-	-	-	
Facility-based delivery	88 %	+ 3 pp	0.044*	-0.033	-0.038*	0.008	0.022	-0.117**	-0.118**	-0.014	
One PNC visit	54 %	+ 23 pp	0.030	0.012	-0.067*	-0.016	-0.006	-0.041	-0.103	-0.241**	
Three PNC visits	5 %	+ 10 pp	0.066*	0.018	-0.010	-0.022	0.041	0.052	0.076	-0.069	
Modern family planning	11 %	+ 16 pp	0.019	-0.021	-0.011	-0.031	0.076*	-0.022	-0.127**	0.023	
Children fully immunized	79 %	- 11 pp	-0.001	0.018	-0.026	0.024	-0.022	-0.077	-0.122	-0.256	
Growth monitoring 0-11 months	32 %	+ 8 pp	0.079	-0.070	-0.051	0.069	0.018	-0.197*	-0.192*	0.158	
Growth monitoring 12-23 months	31 %	0 pp	-0.110	-0.036	-0.039	-0.033	-0.112	-0.090	-0.119	-0.077	
Curative care children U5 (SNIS) ³			81	-82	-120	286* ⁴	-	-	-	-	
Curative care patients 5+ (SNIS) ³			110	-135	8	397* ⁴	-	-	-	-	

¹ absolute levels (proportion of facilities/cases with ...) and percentage point change, unweighted

² DID impact estimates, interpretable as percentage point net impact of PBF

³ absolute levels and change are average number of patients per month, not percentages

⁴ non-significant result when proportion (i.e. patients per catchment population) are considered

2. Study design, objectives, sample, and methods

2.1. Study design, objectives, and research questions

Our qualitative study builds on the findings of the quantitative impact evaluation, on emerging evidence from PBF routine program data, and on the study team's prior knowledge having closely followed the implementation process. As such, it unfolds following a critical appraisal of the knowledge acquired through means of quantitative analysis and prior implementation knowledge [30].

Important to note is that the quantitative impact evaluation and the qualitative study presented here cannot be considered two components of a mixed-methods study in a strict sense. Although the same research team conducted both studies and the qualitative study built on themes and open questions emerging from the quantitative impact evaluation, the qualitative study had not been planned initially, but rather came as an add-on at a later point in time, after initial quantitative data analysis had already been completed. Key features of a "true" mixed-methods study, such as aligned samples and data collection time points, had not been foreseen at the onset and were impossible to achieve given the timelines.

In light of the above-presented PBF theory of change and the corresponding results of the quantitative study component, our qualitative study specifically aimed to:

1. Explore what has allowed PBF to produce a positive impact on some indicators of service quality and utilization, but not on others;
2. Understand what explains the generalized lack of additional benefit of PBF2 and PBF3 (PBF combined with targeting and subsidization for the indigents) compared to the standard PBF1;
3. Elucidate the different patterns observed in PBF4 (PBF combined with community-based health insurance).

The qualitative study entailed data collection from actors directly or indirectly involved in the implementation of the intervention as well as from other key health system actors for an external perspective. Given the supply-side focus of the intervention, the majority of data collection activities focused on health system actors. Community-based data collection activities complemented these efforts for triangulation and additional insight into research questions 2. and 3.

2.2. Sampling

To ensure comprehensiveness and representativeness of results, respondents were sampled to include all key stakeholder groups (service providers; managers at district, regional, and national level; patients/communities; implementation agencies) as well as to represent the intervention in its geographic scope. Specifically, we collected data from the eight

intervention districts in the four regions where PBF1, PBF2, and PBF3 were randomized, as well as from Nouna and Solenzo, where PBF1 and PBF4 were randomized. In light of resources and time available and in light of the focus on understanding differences across implementation arms, we excluded the two districts in the Centre Ouest region where no randomization took place. Generally, sampling was done balancing feasibility considerations related to timeframe, capacity and budget with scientific considerations aimed at reaching saturation and redundancy.

A major practical challenge for the study was the time delay between the quantitative endline data collection and the beginning of the qualitative study (~ 16 months) given the frequent turnover of MoH staff particularly at district, regional, and central level. To obtain rich and meaningful data, we did all that was in our capacity to identify respondents who had followed substantial parts of the implementation process and interviewed them in relation to their function during the implementation period, even if they had since moved office.

Table 3 provides an overview over the respondents.

At **implementation agency and MoH central level**, key informants were purposely identified based on own prior knowledge of implementation stakeholders, and with the help of the World Bank Ouagadougou health team and the ST-FBR. Respondents included central-level as well as a few regional- and district-level representatives from the implementing agencies (ST-FBR, ASMADE, SERSAP, ACV; collectively referred to as “respondents representing the implementing agencies” in the presentation of results to guard confidentiality) as well as key MoH officials with particular oversight and insight into how PBF fit into the broader health system. Interviews aimed at gaining deeper insight into factors that facilitated or hindered PBF in successfully improving health service quality and utilization, with a focus on PBF implementation, adoption, ownership, and endorsement; fit within existing health system, health financing system, and intervention landscape; the response to PBF at national, regional, district, facility and community level; and insight into the equity components implemented alongside the standard PBF.

At **regional and district level**, being aware of remarkable heterogeneity, we aimed to interview regional directors (or their deputies) from all regions and district health officers (or another member of the ECD) from all intervention districts. With support from the ST-FBR, we aimed to identify regional or district managers who had been in place during the introduction of PBF as well as followed implementation of the intervention for a substantial period of time. At regional level, we were able to interview respondents from three out of five implementation regions. At district level, we interviewed district health officers or another ECD member for 9 out of 10 intervention districts. Similar to central level, interviews aimed at gaining a deeper insight into factors that facilitated or hindered PBF in successfully improving health service quality and utilization; fit within existing health system, health financing system, and intervention landscape; the response to PBF at regional, district, facility and community level; and insight into the equity components implemented alongside the

Table 3: Sample overview

Respondent group			Number of respondents	Data collection method
Health system	Implementing agencies	Service Technique Financement basé sur les résultats (ST-FBR)	7	In-depth interview
		SERSAP (implementing agency for the indigent targeting component)	3	In-depth interview
		ASMADE (implementing NGO for the community-based health insurance component)	5	In-depth interview
		ACV (Agencies in charge contracting and verification in the context of PBF)	6	In-depth interview
	Central level MoH managers	PADS (Programme d'appui du développement sanitaire)	4	In-depth interview
		Ministry of Health key informants	6	In-depth interviews
	Regional / district MoH managers	Regional health directors or deputy (<i>Direction Régionale de la Santé</i> ; DRS)	3	In-depth interview
		District health officers or other member of the ECD	9	In-depth interview
	ICPs	Health facility in-charges (ICP)	22	In-depth interview
COGES members	Presidents of the health facility management committees (COGES)	7	In-depth interview	
Community	Community members	Community members	15 FGDs à 8-12	Focus group discussion
	ASBC	Community health workers (ASBC)	7	In-depth interview

standard PBF. In addition, interviews aimed to explore in more detail strategies that health facilities and their management hierarchy had employed to achieve performance improvements in the context of PBF.

At the lowest level of decentralization, we collected data from selected **health facilities** and **communities**, which were chosen according to the following purposeful criteria:

- a) Representation of all 8 districts in the 4 regions in which randomization took place, as well as Nouna and Solenzo where the community-based health insurance was implemented;
- b) Representation of all intervention arms (PBF1, PBF2, PBF3, PBF4);
- c) Maximum variation in terms of baseline service volume and quality, as well as in change over time (based on program and impact evaluation data);
- d) Accessibility during the time of data collection, which took place at the end of the rainy season;
- e) Presence of a health facility in-charge who had been in place for long enough to have followed PBF implementation closely.

In line with the quantitative impact evaluation, data collection activities at health facility level focused only on CSPS, excluding district and regional hospitals. We selected a total of 24 CSPS following the process described hereafter. We drafted a list of potential health facilities based on criteria a)-c), including sufficient alternatives, and then identified feasible cases (criteria d) and e)) together with a member of the ST-FBR, who in addition to his own knowledge of the field consulted the district health officers.

Within each of the 24 sampled health facility, we aimed to interviewed the health facility in-charge (ICP) as a representative of the health facility staff. This was only possible in 22 facilities, however. In selected health facilities including the two where the ICP interview was not possible, we further interviewed the president of the health facility management committee (COGES). Interviews aimed to understand how PBF was practically implemented at facility level, whether and how facilities went about improving quality and utilization of services, and which factors facilitated or hindered improvements.

Villages for Focus Group Discussions were selected from the catchment areas of the 24 sampled health facilities based on data from the quantitative impact evaluation. Specifically, the research team selected 15 of the 24 villages included in the quantitative impact evaluation to reflect all intervention arms and maximum variation in terms of change in perceived quality of care as measured in the impact evaluation. Villages inaccessible due to data collection taking place in the rainy season were replaced with another village from the same health facility catchment area. This was necessary in 3 cases. In each village, 8-12 community members were purposely selected with support of key informants to represent different stakeholder groups in the village. In doing so, interviewers ensured inclusion of female and male community members. In selected villages, we further interviewed the community health worker (*Agent de santé à base communautaire*; ASBC). Focus groups aimed to understand community knowledge and perspectives on PBF as well as potential changes in perceived health service quality and subsequent health service use. Particular focus was devoted to the indigent targeting and the CBHI components.

2.3. Data collection

Data at central, regional, and district level was collected by members of the core research team (JL and JLK) whereas a team of 6 experienced research assistants was recruited and trained to perform data collection at the health facility and community level under the supervision of the core research team. Data collection took place in September 2018.

Ethical approval had been obtained in the context of the overall impact evaluation from the Ethics Committee of the Faculty of Medicine of Heidelberg University, Germany (protocol number S-272/2013) and from the Ethics Committee of the Ministry of Health in Burkina Faso (protocol number 2013-7-066). Approval from secretariat general as well as from the district health officers was obtained before field work. Written informed consent was obtained from all respondents at implementation, central, regional, district, and health facility level at the

beginning of the interview process. Oral informed consent was obtained from community members before the focus group discussions.

All interviews and focus group discussions were performed along semi-structured interview guides developed on the basis of a detailed appraisal of the quantitative impact evaluation results and other intervention-related knowledge the study team had already obtained while following the implementation, through involvement in the independent process evaluation, in meetings and workshops with in-country stakeholders, and through close communication with the ST-FBR. Interview guides are available in the Annex. They were customized to each respondent group, but followed similar overarching structures, with interviewers first probing for the respondents' introduction to and initial expectations towards PBF, and then eliciting experiences with how the intervention unfolded in practice and over time. Respondents representing the implementing agencies as well as central-, regional-, and district-level MoH were further explicitly asked for explanations regarding the key findings of the quantitative impact evaluation. In this context, it is important to note that some respondents from these stakeholder groups were familiar with the results of the quantitative impact evaluation given participation in prior workshops during which the research team had presented preliminary results.

Interviews at implementation, central, regional, district, and health facility level were performed in French, whereas community-level interviews and FGDs were performed in the respective local languages. All interviews were audio-recorded and verbatim transcribed. Interviews and FGDs conducted in local language were translated into French during transcription.

2.4. Data analysis

Coding of the transcribed material followed a largely deductive thematic approach [31] along a pre-defined list of codes developed by JL, JLK, and MDA along the themes of the interview guides (which in turn were developed based on the quantitative findings and the research team's preexisting contextual and implementation-related knowledge as described above) and field notes, with a few additional codes emerging during the coding process. All material was coded by JL and JLK, using NVivo. Codebooks are available in the Annex.

Based on summaries of narratives per thematic code and respondent group, the two core analysts regrouped themes according to the research questions and prepared a first draft of the results. This first draft was then critically discussed among all members of the research team to reach a final interpretation.

In appraising findings, we generally looked for convergence in opinions and experiences among respondents and respondent groups. However, given that particularly at central and implementation level we interviewed key informants with particular oversight and insight, at times, we attributed additional weight to isolated voices whose view was of particular value.

3. Findings

In the following, findings are presented along the three qualitative research objectives which were defined following results from the quantitative impact evaluation, namely to explore what had allowed PBF to produce a positive impact on some indicators of service quality and utilization, but not on others, to understand what explained the generalized lack of additional benefit of PBF2 and PBF3 compared to the standard PBF1, and to elucidate the different patterns observed in PBF4. At the beginning of each subsection, we present a brief summary of the results of the quantitative impact evaluation to provide a backdrop against which to present and appraise qualitative findings. Main themes are illustrated using verbatim quotations, purposely kept in French to preserve to the extent possible the *emic* view, which could have been compromised by translation. We only added minimal respondent information to each quotation to maximally guard respondents' confidentiality, particularly at the higher hierarchical levels where respondents might otherwise be easy to identify.

3.1. Objective 1: To explore what has allowed PBF to produce a positive impact on some indicators of service quality and utilization

As per the PBF theory of change described above and the quality of care aspects incentivized by the program, we expected that PBF would positively affect three main dimensions of quality of care, namely structural aspects (i.e. infrastructure, equipment, consumables, personnel), process quality (i.e. adherence to clinical protocols), and perceived quality of care. In summary, the quantitative impact evaluation indicated improvements in some dimensions of structural quality, but no impact on process quality and perceived quality of care. Further, we expected that PBF would enhance utilization of health care services. The quantitative impact evaluation indicated that this was the case only for facility-based deliveries and PNC, but not for ANC, routine child care services, and curative care. In addition, PBF had a positive impact on family planning among the poorest 20% of the population. While the quantitative impact evaluation focused on average effects, it should be noted that there was substantial variation in PBF effects both at district and facility level.

The qualitative study allowed to understand in more depth why reality fell short of expectations. In the following, we first present general overarching aspects which facilitated or hindered more pronounced PBF effects. We then describe aspects related to the specific quality and utilization indicators investigated in the quantitative impact evaluation. Finally, we present key findings related to heterogeneity in district and facility response to PBF.

3.1.1. Overarching aspects having facilitated or hindered PBF success

Having experienced three years or more of PBF implementation, the vast majority of respondents from all health system respondent groups (i.e. implementing agencies, MoH managers at central/regional/district level, ICPs) appreciated that **PBF had helped health facilities in various ways and had motivated health workers and managers to increase effort and improve performance**, despite the various challenges described in the following. Most ICPs pleaded for its continuation.

Pour moi, le FBR c'est une belle expérience car avec FBR on voit qu'on peut bouger les choses et les gens vont suivre maintenant c'est dans la façon de voir la mise en œuvre...trouver la juste motivation au renforcement des capacités. (Implementing agency representative)

C'est une bonne initiative. Il faut continuer, mais il faut recadrer certaines choses. (Central level MoH manager)

Je pense qu'avec le FBR c'est vraiment un élément positif. Le FBR a beaucoup apporté. J'ai eu la chance de voir le début jusqu'à ce qu'il y ait la suspension du FBR. J'ai puis suivre l'évolution du FBR et je peux dire qu'il y a eu beaucoup d'amélioration. (ECD member)

Le FBR a beaucoup apporté, c'est vraiment une belle stratégie comme je l'ai dit au début, qui a été vraiment bien pensé, mais maintenant c'est dans la mise en œuvre que ça n'a pas trop suivi. Il y a eu beaucoup d'effets positifs, ça, il faut le reconnaître. (ECD member)

Le FBR, ça nous a permis de nous perfectionner en tant qu'agents de santé dans beaucoup de domaine. [...] On va demander si FBR veut revenir, c'est un plaidoyer puisque ça va permettre à beaucoup de rester sur place. (ICP)

Le FBR est venu enrichir notre CSPS. Le FBR est notre grenier parce qu'on enlevait l'argent de FBR pour gérer notre CSPS. (COGES member)

Most community members were unaware of PBF, but reported many positive changes at their health facilities in the last years.

MoH managers at central, regional and district level as well as ICPs were mostly satisfied with the **indicator set**, particularly the quantity indicators.

Quand vous regardez toutes nos programmes dans le ministère de santé ciblent ces indicateurs-là ... donc FBR n'a pas créé de nouveaux indicateurs. (ICP)

Similarly, health workers and managers largely endorsed the quality indicators, although again with some exceptions. For instance, several respondents criticized the document-based definition and verification of process quality, as detailed below, or the fact that in times of

nation-wide drug stock outs, facilities lost points for drug stock outs which they were unable to change.

Moi, je dis le FBR paie pour le papier rempli. (Implementing agency representative)

Le système pour évaluer le niveau de quantité et de qualité afin de créer des subsides ... le problème qui s'opposait sur certains indicateurs dont le taux de rupture ... J'ai cherché à comprendre pourquoi il y avait la rupture [des médicaments] dans un CSPS et l'ICP a sorti ses bons de commande. Il n'a pas été satisfait et j'ai vérifié au niveau du dépôt de médicaments au niveau du district. Eux aussi ont sorti leurs bons de commande. Ils n'ont pas été satisfait, donc la rupture était nationale et sur cette base, les évaluateurs, quand ils étaient de passage, ils ont mis zéro. Je dis ce n'est pas normal parce qu'on devrait mettre non applicable. Il faut bâtir un modèle qui permette aux agents de pouvoir fournir de l'effort et puis avoir la récompense. Mais si le modèle ... les agents se rendent compte que quel que soit l'effort que tu vas faire, tu vas avoir zéro, ça ne sert à rien. (Central level MoH manager)

ICPs were largely happy with the **verification** and **support** system and appreciated it as a means to learn about their performance and improve.

Ils vous attirent l'attention sur ce qui ne va pas et qu'il faut améliorer. C'est comme si c'est des recommandations qu'on doit mettre en œuvre et nous on mettait toujours ces recommandations en œuvre qu'elles soient du Service technique du FBR ou de l'ECD. Donc, ça nous a permis de faire les améliorations et au niveau de la quantité et de la qualité. [...] C'était vraiment du bon soutien, parce que ça nous permettait de nous corriger au fur et à mesure. Donc, on a apprécié ça de façon positive. (ICP)

[Les ACV,] leur soutien nous a été beaucoup bénéfique car ils nous ont montré de nouvelles stratégies à travers les coachings pour pouvoir améliorer beaucoup de chose, puisque chaque mois on faisait un PAP qui montrait les améliorations à faire dans les trois mois à venir. (ICP)

ECDs, who were in charge of the quality verification, also appreciated PBF and the **verification** process as an opportunity to help facilities improve their performance, but underlined that it was very time-consuming and weighing on other duties, especially after the ACV contracts ended.

Il y a les recommandations qui sortent après la vérification et nous, "on suit ça au cours des supervisions, si ça n'avance pas, on va te changer". On vient, la literie, choses, les conditions de mise en observation et autre étant amélioré, le matériel qui est permanent, de qualité. (ECD member)

Puisque, en fait le FBR est venu s'ajouter à nos activités ordinaires donc ça fait qu'on n'avait pas trop de temps pour mettre en œuvre le FBR. Bon, lors des rencontres on parlait de ça beaucoup, on disait bon si on pouvait nous décharger d'autres activités comme les supervisions intégrées, les contrôles mains et autre là, comme les vérifications-là jouaient le même rôle presque. (ECD member)

Most district and regional managers were appreciative and content with the **support** by the ST-FBR in the context of PBF, although there were also some critical voices.

Chaque mois, il y avait le Service Technique présent avec un du niveau central et il y avait un de la DRS. Pour la supervision, immédiatement s'il y avait des difficultés, s'était discuté sur le champ et il y avait cas même des directives qui ressortaient. Ça faisait qu'on ne sentait pas les problèmes comme ça qu'il faut amener ça au niveau direction ou bien au niveau truc. (ECD member)

Avec le Service Technique, ça s'est très bien passé ! [...] On était dans le même bateau puisque c'est de nous assurer que ce qu'on a élaboré comme directives ont été mises en œuvre et s'il y a des suggestions et des recommandations on essaie de recadrer pour la mise en œuvre. (DRS member)

Le Service Technique, là-bas ce n'était pas simple, par exemple lorsque les agents ont refusé [les recommandations après] la vérification qualitative-là, ils ont dit non, ils sont libres, s'ils veulent ou pas c'est leur problème. [...] On n'a pas en tout cas trop senti le soutien du service technique, mais avec l'appui de la DRS, on a pu gérer cela. (ECD member)

In addition to these positive perceptions, however, several factors were repeatedly mentioned by respondents from all health system respondent groups as having limited the impact PBF potentially could have had. These included a lack of interest in and support of PBF among key government actors, a limited motivational response of health workers to the intervention, challenges related to financial management, and issues related to the ACV.

Lack of interest in and support of PBF among key government actors

Almost all respondents at implementation agency, central, and regional level as well as many district level respondents identified as the main issue hindering more pronounced PBF success a lack of interest in and support of PBF among key government actors particularly at central level, both in leadership positions and technical departments. Respondents described how in many actors' perception PBF remained a detached external project, and explained how this lack of interest, ownership, and support would have been very important for smooth PBF implementation and in support of improvements in utilization and quality of care.

Quand on parle du FBR, c'est comme si c'était un système de santé mis en place par la Banque Mondiale. (Implementing agency representative)

Au niveau central, on n'a pas senti les plus hautes autorités sanitaires. Je pense que ç'a entravé à un certain moment la mise en œuvre du FBR. (ECD member)

Respondents gave several reasons for this lack of interest and support. First, there was resistance among many actors to the **fundamental idea of PBF** of introducing market principals due to fears that this would be incompatible with the principles and structures governing the health sector pre-PBF.

Quand je dis idéologique [...] par exemple, mon coach n'était pas du tout FBR. Il estimait que ce n'était pas une bonne chose, parce que ça disloquait le système, que c'était encore les manœuvres néo-libérales pour introduire le marché, en fait, dans le système de santé. Alors que le système de santé, la santé c'est quelque chose d'éminemment social et tout. (Central level MoH manager)

L'inquiétude, c'est par rapport aux différents principes de bases du FBR ... comme l'autonomie, c'est des éléments ... nous sommes dans un système un peu hiérarchique quand vous voyez c'est comme dans l'armée, c'est des instructions, c'est des directives. Donc à quelque part mettre en œuvre une stratégie où les gens ont une certaine autonomie ... c'est vrai que c'est les résultats qu'on cherche, mais quelque part d'autre dans le système de commandement, ça fragilise un peu le vécu ou cette vision qu'on a du système de santé. [...] La crainte ... quand vous prenez une structure de santé, on n'est pas trop certain que lorsqu'on donne une certaine autonomie, la formation sanitaire puisse avoir cette vision de l'intérêt publique, c'est un peu cela. A un certain niveau il faut recadrer, il faut souvent imposer. Au départ on avait voulu cette autonomie mais lorsqu'on regarde dans la mise en œuvre, on s'est rendu compte qu'à un certain moment il faut mettre des balises. (DRS member)

Second, some actors appear to have taken issue to how PBF came **on top of existing financing structures** rather than being integrated therein, particularly in regards to health worker remuneration.

L'objectif du FBR en tant que tel, ça ne pose pas de problèmes. Tout le monde veut la santé, tout le monde est d'accord qu'il faut travailler à améliorer la qualité des prestations dans les formations sanitaires. Mais comment accepter cette forme de motivation [financière] qu'on amenait, surtout le fait qu'on va acheter des prestations au niveau d'un prestataire, l'argent lui revient directement et il en utilise bien sûr pour améliorer les prestations mais y a une partie qui lui revient directement ? Je crois que c'est cet aspect qui n'a pas été compris, surtout les aspects financiers, les grands décideurs ... vous voyez, c'est faire un double emploi ... de donner un salaire à un agent qui est affecté dans un CSPS et qu'en plus du salaire et des indemnités et tout ce qu'on lui donne, on veut encore prendre l'argent de l'état pour acheter des prestations et que l'argent lui revienne en plus

de ce que l'état fait comme effort. Voilà donc je crois que c'est surtout ça qui a bloqué. (Central level MoH manager)

Third, many respondents voiced their concerns over how the **ministry took too little leadership** in the design stage of the intervention, with it rather being strongly driven by the World Bank and their consultants. They, in turn, followed the Rwanda example in their design decisions, which was considered not ideally suited to the Burkinabè context.

On avait l'impression c'était une stratégie de la banque mondiale alors que c'est un appui au ministère de la santé. Peut-être je lierai ça aux rapports entre personnes, parce que y a un qui était là au début de la conception des choses, qui avait beaucoup tendance à agir directement alors que je crois que le ministère devait être suffisamment fort pour faire en sorte que ça ne soit pas la banque mondiale qui intervient directement pour dire de faire tel ou telle chose mais que il y a un système de partage et de clarification des rôles pour que chaque structure respecte son rôle dans le FBR au lieu de certaines interventions comme ça quoi. (Central level MoH manager)

Au niveau national, je n'ai pas senti vraiment la forte adhésion de tous les acteurs au niveau parce qu'en réalité les gens ont compris que c'était une stratégie d'un groupe de personnes restreintes. [...] Chaque fois, c'est la même chanson « au Rwanda c'est comme ça ». Je dis mais, écoutez, on ne travaille pas comme au Rwanda [...]. On va dire c'est très bien, mais adaptons en fonction de notre contexte. Il n'y a pas un modèle FBR qui est prédéfini qu'il faut appliquer, non ! Chaque pays construit son modèle en fonction de ses spécificités, mais s'il faut forcément appliquer un modèle d'ailleurs en ne tenant pas compte du contexte national ... les gens se sont carrément retirés. (Central level MoH manager)

Fourth, there was substantial reluctance towards the project due to **sustainability concerns**. In this context, several respondents also pointed out that other relevant ministries had not been involved.

Qu'est-ce qu'on lu dans lignes en termes de budget de l'Etat ? Il y'en n'a pas. Donc, quand c'est comme ça, je dis en termes de pérennité, ce n'est pas possible. (Central level MoH manager)

Fifth, one former high-ranking MoH official credited the lack of interest in PBF also to the fact that in the context of the project, **financial incentives** played a vital important role, but only went to actors directly involved in PBF implementation.

J'ai eu l'impression que le côté central se sentait exclu de ce processus, surtout qu'à la fin, il y avait un volet incitatif. Je me dis que même au niveau central, un travail peut être fait pour qu'au niveau périphérique les populations aient accès aux services de santé de qualité, qu'on a à la fin de bons indicateurs. Donc pour moi, en tant qu'acteur du niveau central, c'est un résultat que j'encrage au-delà

du volet financier. Mais on n'a pas tous cette compréhension. L'équipe qui travaillait là-dessus, on a eu l'impression que c'était juste un petit noyau qui profitait juste des sorties et les autres étaient assis pour le regarder et ne voulait pas tellement s'impliquer. [...] On a juste laissé une équipe, la cellule FBR, travailler et les autres regardaient. (Central level MoH manager)

Contributing to the lack of support was also the **frequent turnover** in the MoH management hierarchy.

En plus des formations nationales il y a eu aussi des formations en dehors du pays. En principe l'adhésion devait être présente, parce-que de 2010 à 2012, avant que la Banque mondiale ne donne les ressources, la base c'était sur fond propre. Le ministre et le secrétaire général suivaient tout de très près donc on avait l'adhésion et l'appui ce qui nous a permis d'avancer. Maintenant ça s'est un peu effrité avec le changement de personnes qui sont intervenues à la tête du ministère, des gens qui sont venus et qui n'avaient plus le même enthousiasme que ceux qui étaient là au début. (Implementing agency representative)

Entre 2011 et 2016, il y a eu pratiquement 6 Secrétaires Générales et peut-être 5 ministres. Les plus hautes autorités n'avaient le temps pour s'approprier de la stratégie. Ces changements permanents-là n'ont pas favorisé le FBR. (Central level MoH manager)

With the introduction of the **gratuité policy** in mid-2016, driven from the highest political level, interest of government actors shifted further away from PBF as a priority health system reform strategy.

Quand on a lancé la gratuité, évidemment ç'a éclipsé tout ce qu'il y avait comme initiative. [...] On n'était que gratuité quoi. (Central level MoH manager)

Finally, in the context of lack of high-level support for PBF, a few respondents at central and regional level pointed out that they perceived the **ST-FBR as suboptimally placed within the ministry organigram**, their position not giving them the necessary organizational standing and influence to effect substantial and lasting change. Several respondents saw the fact that the ST-FBR was not housed within the ministry buildings, but rather rented external workspace, as a symptom of this marginalization.

On aurait pu rattacher [le ST-FBR] au cabinet du ministre de la santé ou même au secrétariat général, mais pas dans une direction [technique]. Parce que là, le ST-FBR était très très limitée et ça ne lui a pas donné des mesures nécessaires pour agir. (Central level MoH manager)

Est-ce-que le fait que le Service Technique occupe des locaux différents de ... en fait on n'avait pas l'impression que c'était une structure du ministère de la santé. (DRS member)

Limited performance improvement-motivating power of the PBF design

Although most respondents at implementing agency, central level MoH, regional, and district level perceived improvements in motivation and effort of health workers as noted above, facilities' effort to improve quality of services and increase service volume remained far below expectation and possibilities according to higher-level stakeholders, particularly after some initial enthusiasm ebbed of. When probed for reasons, many respondents used the opportunity of the interview for complaints about the **work attitudes of health workers**, but also other actors in the health system. There was general consensus that good performance at work was not on the forefront of many individuals' minds and priorities. Respondents perceived that PBF did not fundamentally change mindsets in this regard. However, respondents clarified that despite a high perceived prevalence of individuals with unfavorable attitudes, there were also many highly engaged, professional, and conscientious individuals.

Le système de santé aujourd'hui, on n'a pas un problème institutionnel, on n'a pas un problème de financement. Je dis, on a un problème d'engagement et de management des hommes. [...] Vraiment le FBR n'a pas contribué à conscientiser davantage les prestataires sur leur rôle en termes de l'utilisation des services et sur la qualité des services. Les indicateurs sont améliorés mais les individus dans leur tête ça n'a pas changé. (Central level MoH manager)

L'homme c'est un animal paresseux hein, ce qu'on veut là c'est avoir l'argent et dormir. (ECD member)

Against this backdrop, respondents from implementing agency, central, regional, and district level reported that in many health facilities, health workers were **content with the "effortless" earnings for quantity** through patients which would "naturally" come to the facility for services, and did not necessarily perceive possible additional earnings worth the additional effort and/or financial investment, especially in regards to quality aspects which generated comparatively less money. Again, however, respondents underlined that there were not only many exceptions to this rule, but that attitudes and decisions also changed over time.

Les gens trouvent que ce qu'ils gagnent sur la quantité est suffisante pour eux, même si on leur parle des éléments de qualité, ce n'est pas grave. [...] Les gens se disaient que la qualité était au-delà de leur effort. (DRS member)

Most ICPs, in contrast, stated that they did in fact **actively work on improvements of both service quality and volume**. However, they admitted that they had initially not given priority to quality, and that the understanding of the dual importance and interplay between quality and quantity had only developed over time.

Nous, on a travaillé sur les deux. Parce que si vous n'avez pas la quantité, vous n'allez pas avoir beaucoup de subsides. Et si vous avez beaucoup de subsides et

que vous n'avez pas la qualité, vous allez perdre vos patients. Donc il faut que les deux puissent aller ensemble, pour que votre CSPS puisse croître. (ICP)

Au début on avait choisi de travailler plus sur la quantité parce que ça nous rapportait beaucoup en termes de subside, mais avec le temps on a compris que ce n'était pas l'objectif du FBR. L'objectif principal du FBR c'était la qualité. On a mis en même temps l'accent sur les deux, la qualité et la quantité. (ICP)

Several respondents representing the implementing agencies, regional directions, and districts insisted that the reason for PBF's inability to effect a lasting shift in attention to performance was not due to a miscommunication of the objective of PBF, underlining that the "right" messages were passed during training. ICPs confirmed this.

A l'introduction du FBR on nous a dit clairement que c'est un projet qui vient pour améliorer l'offre de soins... il y a la motivation qui est là, elle est financière pour le personnel et financière aussi pour la structure. (ICP)

On a dit que c'est un projet qui vient pour améliorer les indicateurs ... c'est les agents qui y travaillent dans les formations sanitaires concernés seront motivés également à la hauteur de l'effort fourni. (ICP)

However, both managers and ICPs admitted that not all health workers had fully internalized this **understanding of PBF**. Rather, they conceded that they perceived many health workers to focus on the monetary aspects of the intervention, seeing PBF as a means to earn additional income, with the performance improvement aspect of relatively low salience to many especially in the beginning.

L'impression générale, c'est que c'est mitigé. Pour certains, c'est juste avoir suffisamment du prime et pour d'autres, c'est la conception normale pour renforcer la qualité, la quantité etc. (Implementing agency representative)

Au début-là on visait le gain, ce qu'on nous donnait. Donc, tout ce qui venait on déposait. Mais vers la fin, on a compris qu'on ne prend pas l'argent pour déposer, il fallait faire des activités. (ICP)

Contributing to this situation was the fact that not every health worker was trained directly by higher-level management staff initially. Whereas in a few districts, ECDs reported to have made efforts to include all qualified healthcare personnel in **initial training on PBF**, in most districts, ICPs were expected to relay their newly acquired knowledge on PBF to their staff members. ECDs reported to have informally trained new ICPs on the job during supervisory visits or meetings, but that no formal training had taken place following the initial training sessions. Over time, frequent turnover of healthcare personnel therefore resulted in less and less formally trained staff, and more and more staff with a simplistic understanding of PBF as mere salary top-ups.

Tout agent qui arrivait et qui n'était pas formé sur FBR, il était de notre devoir de le briffer sur ce que FBR demande, quels sont les objectifs, quelles sont les attentes surtout. (ICP)

Quand vous prenez le plan d'action il y a un point une des activités en lien avec le FBR qui concerne la formation des nouveaux agents de santé dans le district. Mais cette activité j'avoue qu'on n'a jamais réaliser parce qu'on a des problèmes des ressources. [...] Finalement on finit par les former sur le tas si on part en vérification qualité, c'est l'occasion on reviens sur certains aspects de la stratégie. Nos rencontres bilans qu'on a au niveau du district, on utilise ces rencontres pour revenir sur la stratégie. Mais pas une formation où on regroupe les différents acteurs pour les forme, ça on l'a pas fait. (ECD member)

Respondents representing implementation agencies, regions, and districts further described how they had perceived this focus on the individual staff rewards to have become even more pronounced with the substantial **delays in payment** the program incurred at several points throughout the implementation period. In many health facilities, perceived insecurity about whether and how much money would effectively arrive seems to have led health workers to be concerned about securing personal earnings from PBF first, before investing into performance improvements.

Implementing agencies and ECDs worked towards correcting this situation by **coaching** facilities in identifying deficits and developing performance improvement plans, as well as by **making performance visible and transparent** in performance review meetings to increase motivation, competition, and social pressure.

Chaque trimestre [les formations sanitaires] élaboraient des plans d'amélioration de la performance et ce plan-là c'était l'analyse de la situation qui dégagait les points à améliorer et à partir de là ils dégageaient des stratégies pour pouvoir atteindre les résultats et ensuite elles faisaient les activités avec l'argent du FBR qu'ils gagnaient et devaient maintenant investir de sorte à améliorer leur performance. En tout cas ce cadre-là leur a été donné et même appuyer par les ACV qui était sur place, mais après c'est l'équipe cadre qui devait les appuyer c'est vrai qu'avec l'équipe cadre on ne pouvait pas être sûr que l'accompagnement était effectif mais il y a des équipes cadre qui essayaient quand même tant bien que mal d'aller dans certains CSPS pour apporter cet appui. (Implementing agency representative)

On a essayé de faire cela d'une certaine manière quand même pour stimuler la concurrence au sein des formations sanitaires. En termes de comparaison des scores qualités de performance d'une formation sanitaire par rapport à l'autre surtout au niveau du district. Quand on fait les scores de performance, on fait des rencontres bilans FBR où le MCD normalement interpelle les ICP qui ont une faible performance et encourage les ICP qui ont de bonnes performances. Ainsi l'écho se

retenti dans tous le district, une telle formation sanitaire est classé en terme qualité et sa touche l'égo tout le monde voudrait être cité comme cela. Et souvent les gens sont obligés de revoir leur travail pour ne pas être cité comme dernier encore. Je pense que ça fait effet quand même ... (Implementing agency representative)

Several implementing agency and district respondents complained, however, that the **carrot-carrot design** of the intervention gave them little leverage for applying additional and more tangible pressure to facilities to improve their performance.

Further, in October 2016, the ST introduced a **fixed investment quota** which required facilities to invest 60% of the PBF subsidies into the health facility. Managers reported a pronounced increase in investments in the following.

On a du faire entorse à la théorie qu'on a reçu par les enseignements qu'on a reçu du FBR où on dit que c'est la liberté d'utilisation des ressources, on a fixé des quotas pour qu'ils puissent investir dans la chose publique. Quand on a commencé cela on a vu qu'effectivement sur le terrain on arrive à distinguer une structure FBR d'une structure non FBR car l'argent investi ne va pas uniquement dans la poche. (Implementing agency representative)

Reactions in health facilities to the fixed quota were mixed. A district health officer described how in his district, the introduction of the quota helped ICPs “with a vision” effect changes where they had previously been fighting with their staff members.

Toi qui a la vision, si tu forces pour faire ce que tu vises là, c'est sûr qu'avec les autres agents de santé il y aura des difficultés. Mais avec la venue des soixante pour cent c'est simple. [...] Il n'y a plus des débats. (ECD member)

Other ICPs, however, did not welcome the development because they perceived it as an unlawful restriction of their right to autonomy in the context of PBF and/or because of the effective limit to their own earnings from PBF. Many ICPs reported that among their staff members, motivation to make an effort suffered as a consequence, weighing negatively on service quality.

Bon là-bas, ç'a porté beaucoup vraiment de frustrations parce que pour n'importe quelle personne, ç'a joué sur le rendement ou bien sur les quantités qu'on devait avoir. (ICP)

Finally, the introduction of the fixed investment quota coincided with a substantial **reduction in price levels**, in response to budgetary challenges in the overall project as well as with the drop of the elevated prices for services to the indigents now reimbursed through the gratuité policy. This led to a situation where the effective amounts disbursed to health workers reduced dramatically, up to only one fourth of what they had previously been in facilities who had not invested prior to the introduction of the fixed quota. ICPs reported that health

workers were not only frustrated and demotivated by the absolute lowering in earnings, but also by the fact that the reduction was not announced in advance and interfered with their investment planning and what they had anticipated to take home as individual bonuses.

Les indicateurs qu'ils payaient à 2500 CFA, on se retrouve avec 1000 CFA... Donc ça démotivé tout le monde. Même l'accouchement, c'était 2750 CFA si je ne me trompe pas. Mais vers la fin, ça ne dépassait pas 1 250 CFA. (ICP)

Même si on va changer les prix, on peut dire voilà les nouveaux prix mais ça sera à partir de telle période à l'avance. Mais on vient seulement on dit voilà c'est comme ça. (ICP)

Challenges related to the outil d'indice

To facilitate financial management in the context of PBF, the program introduced an excel-based financial management tool called *outil d'indice*, which allowed tracking revenues, expenditures, and savings. As part of the *outil d'indice*, facilities were provided with criteria and a calculator for the distribution of bonuses among staff.

Generally, the **complexity** of the tool made it difficult to understand and handle, especially for non-formally trained staff, limiting its potential for increasing transparency.

L'outil d'indice-là, c'est un peu compliqué. Moi en tout cas je trouve que l'outil d'indice-là est un peu lourd... si on peut alléger pour que tout le monde puisse bien comprendre, je crois que ça sera bien. (ICP)

Further, especially in the beginning, it appears that the ICPs completed the *outil d'indice* largely by themselves and without **participation** of their team, leading to mistrust and lack of willingness to make an effort in the context of the project.

À un moment donné au début, c'était toujours l'ICP qui décidait tout. [...] Est qu'on va travailler nuit et jour, est-ce qu'on va faire comme ça, si la décision prime sur tout le monde, mais si on voit que c'est seulement une personne, que le FBR repose sur lui ? Ca pose problème. (Implementing agency representative)

La transparence dans la gestion des ressources... les zones où la gestion était transparente, ça entraînait également un élan de solidarité, ça renforce l'esprit d'équipe entre les agents, mais les zones aussi où y avaient de mal gouvernance, ça contribué à démotiver les gens. (Implementing agency representative)

Implementing agencies and district managers reported some successes with interventions such as asking ICPs to publically display the *outil d'indice* during meetings, but conceded that in many facilities, transparency related to financial management remained an issue and a demotivating factor.

La région du Nord, à un moment, a exigé qu'on affiche l'outil d'indice. En ce moment tout le monde sait combien il gagne, on ne peut plus cacher ça, parce que pour la motivation, ça doit être clair, c'est la démocratie. (Implementing agency representative)

In addition to general challenges related to lack of transparency, respondents reported specific challenges and dissatisfaction with several of the **criteria for distribution of staff bonuses**, describing them as un conducive to motivation and performance improvements. In particular, the distribution criteria included cadre, seniority, position (ICP vs staff member), work days/absenteeism, and individual performance. In regards to cadre, the AIS, who are not formally trained to provide curative care and are not counted as qualified staff in the MoH texts and in the *outil d'indice* accordingly, were particularly dissatisfied since in practice they often work as qualified staff providing all services.

C'est un outil de frustration, il a semé beaucoup de zizanie à cause de ça y a des gens qui peuvent ne pas te saluer. Les AIS qui sont en bas de l'échelle travaillent 24h/24 mais se retrouvent avec les manœuvres, les gardiens. (ICP)

In regards to position, in some facilities, health workers did not react well to the ICP receiving "more of the cake" than regular staff members.

Mais il y a cette histoire de grade dans le partage de ce qui nous revient pose problème. Tout le monde fournit les mêmes efforts et on donne plus aux responsables que les autres ... Ça créé des problèmes car il y a des gens qui cessent le travail soit disant qu'ils n'ont pas été récompensés à la hauteur de leurs efforts. (ICP)

Respondents representing the implementing agencies also noted that two of the distribution criteria were ignored in practice in many facilities throughout the implementation period, absenteeism and the individual performance evaluation. Whereas some respondents interpreted this as a strategy to contain further staff dissatisfaction by thereby minimizing inequalities in bonus shares, others rather believed that ICPs did not want to lower their own shares, given that they were usually the most frequently absent staff members, and/or did not want to bother with regular performance evaluation among their staff members.

Par rapport à la répartition des ressources, avec les différents critères, y a eu des situations où le responsable donnait l'argent que tu dois prendre par airtel money ou quelque chose comme cela sans que l'on ne puisse savoir l'enveloppe là c'était combien. Ça, c'est des situations qui démotivent ... comme au niveau des absences, tu vas voir un ICP qui est fréquemment absent, mais quand il s'agit de repartir l'argent, il met qu'il n'est pas absent, donc ces types de situations, ça crée une situation de démotivation. (Implementing agency representative)

L'évaluation individuelle, vous savez en principe on a dit il faut le faire trimestriellement, au début de la mise œuvre les gens le faisait, après j'ai eu

l'impression que c'est rentrer dans la routine, on conservait les mêmes notes et l'ICP qui est chargé d'évaluer ses collaborateurs ne le faisait pratiquement plus, le MCD qui est chargé d'évaluer les ICP ne le faisait pratiquement plus. (Implementing agency representative)

Payment delays

One important factor limiting both motivation and ability to invest in performance improvements were the significant delays in payment of subsidies and bonuses from the PADS to districts and from districts to health facilities at several points throughout the implementation period. Respondents at all levels described substantial initial enthusiasm and performance improvement planning which, however, was quickly hindered and led to frustration as the money did not arrive as promised and investments could not be realized, at least not in the foreseen timelines.

Il faut reconnaître que y en a ceux qui étaient de bonne foi au début mais qui ont été découragés par la mise en œuvre par la suite avec tout ce qui il y a comme le retard de paiement, donc finalement les gens sont découragés, frustrés par moment. (Implementing agency representative)

In most districts, health workers complained, but could be appeased through managers' communication efforts, who assured facilities that the money would arrive eventually and reminded them of their privileged financial status in comparison to non-PBF facilities. In a few districts, however, the payment delays led to health care personnel strikes. District managers perceived this situation as difficult to manage, unnecessarily adding to their already high work demands and compromising relationships with health workers.

ACV

From the start of the intervention until end 2016, external agencies (ACV) were contracted to manage the signature of PBF contracts, to perform quantity verification, and to coach health facilities in managing the performance improvement process including a validation of the PAP.

Representatives of the implementing agencies, district managers, and ICPs reported that signature of contracts and the quantity verification worked fairly well. District managers and ICPs also mostly appreciated the ACVs support in coaching facilities in preparing the PAP, although there were differences in satisfaction by district. ACV representatives explained that they struggled with human resources and budget and that these challenges did not allow them to coach facilities as intensively as they would have liked. In particular, the ACVs were set up to include a fixed number of agents per region. While these numbers appeared sufficient to cover small districts, agents in large districts struggled to visit and coach all facilities as intensively as foreseen.

Il faut dire qu'il y a eu une erreur de planification au niveau des ressources humaines. Vous avez pratiquement la même équipe cadre par ACV, un coordonnateur, un coordonnateur adjoint, un chargé des données médicale, et ce sont les mêmes trois qui se trouvent dans un district qui a 80 centres sanitaires et ce sont les mêmes qui se retrouvent dans le district qui a 30 formation sanitaire. [...] Que vous avez 100 formation sanitaires, vous êtes 3. Que vous avez 20 formations sanitaire, vous êtes 3. Ça ne marche pas. Y n'a pas eu un travail de discussion équitable des compétences pour encadrer les formations sanitaires. Du coup ... celui qui a 80 formations sanitaires, le coaching, ça ne peut pas marcher. Et par contre là où ils sont 3 pour 20 ou 30 formations sanitaire, ça roule. (Implementing agency representative)

ACVs also struggled to perform their work due to the payment delays incurred. Specifically, representatives reported that health workers did not perceive them as an external agency, but rather as an extended arm of the ST-FBR. As such, they took much of the brunt of health workers' frustration with the payment delays, substantially hindering their work.

C'était très difficile. Y a eu des formations sanitaires qui on refuser de travailler. « Si vous nous ne payez pas, on ne va plus travailler ». Il y en a qui ont compris qu'on continue à travailler, mais en trainant le pied d'autres on dit vous nous devez trois mois de subsides, si vous nous ne payez pas, nous on arrête et même les rapports ils refusent de donner. [...] On n'avait rien [pour gerer la situation], on avait seulement la bouche, la galvanisation. On fait le rapport au ministère pour dire on a des problèmes. Eux aussi disent, « Qu'est ce qu'on peut faire s'il n'y a pas d'argent ». (Implementing agency representative)

There were also reports that the collaboration between the ST-FBR and the ACV was not ideal, in that the latter were sometimes not informed about ST-FBR activities where joint activities would have produced beneficial synergies.

[Le ST-FBR] organise des trucs, ils vont dans les CSPS, organisent des trucs, les ACV ne savent pas y a quoi, y a pas de compte rendu au ministère, y a pas de compte rendu au ACV. (Implementing agency representative)

At the end of 2016, ACV contracts were not renewed due to budgetary challenges in the project. Rather, individual agents were recruited directly for quantity verification, and ECDs were expected to take over the support to health facilities in preparing the PAP. As described above, ECDs struggled to accommodate this additional task in their already busy schedules.

Gratuité policy

The introduction of the gratuité policy in June 2016 not only shifted high-level stakeholders' attention even further away from PBF as described above, but also had implications for PBF implementation and success at facility level, both positive and negative.

The majority of respondents at implementing agency, central MoH, regional, and district level saw positive synergies between the gratuité and PBF in that the gratuité increased utilization of services, while PBF compensated health workers for the increase in workload with the additional revenue gained through the quantity subsidies and quality incentives.

Les formations sanitaires FBR bénéficient aussi de la gratuité [...] [qui] va les rembourser ce qu'ils auront dépensé. Mais en plus de cela le FBR va donner encore les subsides donc logiquement ils vont essayer de fournir beaucoup plus d'effort. (Implementing agency representative)

Interestingly, none of the interviewed ICPs or COGES representatives talked about this effect of double payment by PBF and the gratuité, possibly because the introduction of the gratuité coincided with a reduction in PBF unit price levels as discussed above, which some ICPs even causally attributed to the gratuité.

FBR va dire que les enfants vont venir ... parce qu'on ne va plus faire d'effort pour aller vers eux parce que c'est la gratuité, donc ils ont cassé les prix des indicateurs. (ICP)

Although ICPs appeared to generally endorse the objective of the gratuité to facilitate access to services for the population, the increase in workload and need for consumables was at the forefront of their minds and worries. Respondents further reported a particular dual burden in PBF facilities due to the non-integrated coexistence of two time-intensive program management systems.

Comme le gratuité est venu s'ajouter-là, ça a augmenté la charge du travail, en terme de remplissage de fiches. Par exemple, si vous aviez l'habitude de consulter 30 personnes par jour, ça peut aller maintenant à 40 personnes. (COGES member)

Au niveau de l'administration ... parce que la gratuité avait ses outils et le FBR aussi avait est outils. [...] Ça créait une forme de surcharge administrative. La gratuité avait son mécanisme d'évaluation et le FBR aussi avait son mécanisme d'évaluation. La gratuité avait son système d'information sanitaire et le FBR avait son système aussi. Au niveau du paiement la gratuité avait son mode de paiement et le FBR aussi avait son mode de paiement. [...] Les conséquences pour le FBR dans la mise en œuvre de la gratuité, c'est la surcharge administrative qui joue sur la qualité des prestations. (Central level MoH manager)

In terms of financial management, many ICPs reported a positive effect of PBF on the implementation of the gratuité in that PBF gave facilities the financial leverage to keep operations running relatively smoothly despite the payment delays incurred by the gratuité.

*Le FBR nous a permis d'être toujours fonctionnel avec l'introduction de la gratuité.
(ICP)*

As one ICP pointed out, however, this conversely hampered potential PBF effects.

Lorsque la gratuité est arrivée, selon ma vision, ça fait un peu sombrer le FBR. Les chèques de la gratuité qu'on rendait tous les mois, les rapports financiers qu'on rendait tous les mois qui devraient revenir en chèque rentraient tardivement. Lorsque les chèques rentraient tardivement, ce sont les ressources qui étaient dans le comptes qu'on prenait pour assurer les dépenses. Au fur et à mesure cette situation faisait sombrer la situation financière du compte du CSPS. Ce sont les chèques du FBR qu'on prenait pour payer des médicaments et assurer les soins gratuits aux bénéficiaires de la gratuité. (ICP)

3.1.2. PBF impact on quality of care

As per the PBF theory of change described above and the quality of care aspects incentivized by the program, we expected that PBF would positively affect three main dimensions of quality of care, namely structural aspects, process quality, and perceived quality of care. In summary, the results of the quantitative impact evaluation indicate improvements in some dimensions of structural quality, but no impact on process quality and perceived quality of care. In this section, in addition to the above overarching factors, we present specific explanations for these quantitative findings having emerged from the qualitative study.

PBF impact on structural elements of quality of care

We expected that PBF would improve structural aspects of quality of care, assuming that the PBF subsidies would allow facilities to equip themselves with adequate infrastructure and equipment, and ensure availability of drugs and other supplies. PBF directly incentivized through the quality checklist the availability of a large number of items of equipment and drugs.

Program data show that indicators pertaining to infrastructure, equipment, drugs, and other supplies improved over the program period. The quantitative impact evaluation confirmed that the many of these improvements can indeed be attributed to PBF, showing a positive impact of PBF on the availability of power and water, of key delivery equipment, of key equipment for consultations of children under the age of 5, and of key ANC equipment (not statistically significant).

In qualitative interviews, respondents at all health system levels confirmed **improvements in infrastructure and equipment** as a result of investments, particularly in areas which were directly incentivized through the PBF quality checklist.

Ce que le FBR a pu réaliser, il y a plein d'investissements aujourd'hui. Quand vous rentrez dans nos formations sanitaires, plus de 90% ont pu acquérir une moto pour la stratégie avancée, et plus de 90% ont construit leur incinérateur pour la gestion des déchets biomédicaux, plus de 60% pour ne pas dire aussi la totalité ont réfectionné au moins un bâtiment ou même la totalité de leur formation sanitaire, ça c'est des choses qui sont tangibles. (ECD member)

Nous avons beaucoup misé sur les équipements... par exemple l'achat des aspirateurs au niveau de la maternité, les dispositifs de lavage des mains, du savon en permanence. (ICP)

However, respondents at the implementation agency, central MoH, regional, and district level also made clear that facilities' investment activities and successes largely **lagged behind expectations**. Respondents cited several main reasons for this discrepancy, describing also how facilities' propensity to invest as opposed to disbursing PBF subsidies to staff changed over time. As described above, many health workers' **understanding of PBF** had not been as intended, focusing on the monetary aspects of the intervention and seeing PBF as a means to earn additional income, with the performance improvement aspect of relatively low salience to many. Respondents at implementation agency, central MoH, regional, and district level further described how the **delays in payment** and perceived insecurity about whether and how much money would effectively arrive led many health workers to be first and foremost concerned about securing personal earnings from PBF first, before investing into the health facility. At the same time, the delays in PBF payments hindered the realization of investment plans through the PAP. Many respondents from all health system levels described this situation as very frustrating and substantially dampening initial enthusiasm to plan and realize further investments. In October 2016, as described above, the ST-FBR further substantially **reduced reimbursement price levels**, which ICPs reported caught them unprepared, hindering them from realizing planned investments and further frustrating them and reducing effort and enthusiasm for future investment.

In addition, respondents at all health system levels confirmed that there were **limits to facilities' financial management autonomy**, in that they still had to adhere to the official procurement channels, which slowed down investments and dampened enthusiasm.

C'est vrai qu'on a donné une autonomie de gérer mais c'est une autonomie baillonnée. Quand on veut faire quelque chose le gestionnaire va dire de faire une demande d'achat et on va faire 2 mois pour vous répondre alors que vous êtes dans un besoin pressant. (ICP)

Maintenant comme c'est un système qui doit s'intégrer dans un autre qui existe déjà avec des règles et des procédures de financements bien précis, il se trouvait que par moment les procédures du FBR n'allaient pas dans le sens des procédures normatives. C'est-à-dire que quand vous prenez normalement certaines exécutions de dépenses au niveau des formations sanitaires, il y a certaines procédures qui interdisaient aux formations sanitaires d'exécuter directement des dépenses à leur niveau. En fait il fallait avoir un œil du district, de la région avant d'effectuer certaines dépenses. Les premiers responsables des régions qui sont restées raides par rapport à cette façon de faire, ils ont un peu empêché certaines formations sanitaires de faire des réalisations. Par la suite beaucoup ont compris, mais je me dis que cela a plus joué au début, les gens tenaient à avoir un œil sur ce qui se passe donc ... (Implementing agency representative)

One particular initial expectation by implementing agencies, funders, the MoH, and the research team towards PBF in terms of structural quality improvements was that the cash inflow would allow facilities to improve drug depot stocks. In this regard, however, the quantitative impact evaluation showed that PBF had no impact. Although on average 19 out of 23 essential drugs were available at both baseline and endline, the proportion of facilities with all essential drugs in stock decreased even further from around 10% at baseline to 3% at endline in both the intervention and control group. This is somewhat contrary to program data and to respondent's perceptions at all levels of the health system as well as at community level, many of whom described that availability of drugs had improved since the introduction of PBF. At the same time, ICPs and respondents at the higher health system levels reported that frequent **stock outs of essential drugs at the CAMEG** hindered a more significant improvement of drug availability, especially with increased drugs needs as a result of the introduction of the gratuité policy. Although facilities were in principle allowed to buy drugs from other suppliers in case of stock outs at the CAMEG, processes were too long and tedious to serve as a quick solution in case of need.

Un aspect dont le Burkina n'a jamais voulu expérimenter, c'est l'autonomisation des formations sanitaires surtout dans le domaine d'achat de médicaments. C'est la CAMEG qui a le monopole et s'il y a une rupture, les CSPS marchent au ralenti. Avec la gratuité il arrive de fois que 60% même des produits sont en rupture et pendant ce temps les CSPS vivent. Ils ne peuvent pas aller commander ailleurs car le processus est trop long. Vous allez introduire votre demande, ça va faire deux mois vous n'allez même pas avoir de résultat pour pouvoir commander ailleurs. Et pendant ce temps les populations souffrent, les gens sont obligés de prescrire, [les patients] vont aller chercher dans les officines privées, vous voyez ... et cette lourdeur-là à beaucoup affecté le FBR si bien que le résultat qu'on escomptait, on ne pouvait pas l'atteindre. (Implementing agency representative)

Districts, regional directions, central MoH, and implementation agencies reacted in several ways in the attempt to increase PBF impact on structural quality of care. First, one of the ACV

core tasks included supporting and coaching facilities in the elaboration of the PAP, with the support of the ECD.

Quand les superviseurs viennent ils font des recommandations. C'est en fonction de cela que nous essayons aussi de faire ces améliorations. D'abord, ils ont demandé de mettre des lits au niveau de la salle de mise en observation et nous l'avons fait. (ICP)

Respondents representing the ACV, however, described how insufficient time and budget as well as lack of power hindered them in executing this task to a satisfactory degree as detailed above. With the termination of the ACV contracts at the end of 2016, the task of supporting facilities in PAP development fell to the ECD, who struggled to accommodate this activity in their already busy schedules.

Second, as described above, in 2016, the ST-FBR introduced a fixed investment quota which led to substantial increases in investment.

Finally, in some districts, ECDs supported facilities by submitting requests to purchase outside of CAMEG, or by authorizing external drug purchases without involving the hierarchy.

Tu fais une demande d'autorisation d'achat de médicaments à une autre structure agréée autre que la CAMEG. Maintenant lorsque tu fais ça une ou deux fois ça peut passer, mais si tu continue, à un moment ceux qui donnent l'autorisation même ont peur. Donc à un moment vous faites ça d'une manière tacite. (ECD member)

Several district managers further reported that facilities addressed the drug procurement problem by buying from facilities in other districts rather than from external suppliers in case of stock outs at CAMEG.

Chez nous la SP surtout, la sulfadoxine a connu une période de rupture. Les gens ont entrepris des initiatives pour se procurer la SP. [...] Ils allaient hors du district pour chercher la SP et venir. [...] Dans les dépôts d'autres districts car c'est difficile d'avoir dans les pharmacies. Et les contraceptifs aussi il y en a qui sont aller chercher les genres stérilet ... (ECD member)

PBF impact procedural aspects of quality of care

We further expected that PBF would improve quality of routine service provision processes, since PBF incentivized process quality through the quality checklist. In particular, PBF incentivized the use of the IMCI protocol and forms for consultations of children under the age of five, the use of partographs for deliveries, and the correct application of clinical protocols and documentation for ANC and other basic health care services. Program data show strong improvements in the application of the IMCI approach and in the correct application of antenatal care in intervention facilities.

In qualitative interviews, ICPs confirmed that they had effected **improvements in process quality**, especially on IMCI and deliveries.

C'est ce que FBR nous a inculqué dans la qualité de la prise en charge des maladies. Sinon, avant en tout cas on n'utilisait pas le registre PCIME comme ça pour prendre les enfants. Mais depuis que FBR s'est installé, tous les enfants sont pris en PCIME. (ICP)

Quand je prends la consultation curative ou infirmière ... les gens pouvaient consulter un malade et ne savaient pas que toutes les constantes devraient être répertoriées alors la qualité FBR ne tolère pas ça. Donc ça fait qu'actuellement quand tu prends un malade consulter tu prends toutes les constantes. (ICP)

Le FBR nous a permis de prendre tout notre temps sur un malade pour une bonne prise en charge. Quelqu'un ne peut pas rentrer avec un malade et puis ressortir en deux minutes. (ICP)

Using their PBF funds, facilities achieved this by reorganizing services so that qualified staff would always be available for service provision; by organizing training sessions with well-qualified peer nurses/midwives from neighboring facilities to informally teach them particularly the application of the IMCI checklist or partographs during delivery; by purchasing equipment and consumables; with the help of the ACV and ECD who during supervision and verification would support in identifying and addressing weaknesses; in some cases by employing additional staff; and by generally increased motivation and effort.

In light of this, the results of the quantitative impact evaluation are somewhat surprising. Specifically, the impact evaluation showed that in intervention districts, the delivery of routine services during ANC decreased slightly, but from a high baseline level; patient education during ANC improved substantially from a very low baseline level; and IMCI application improved minimally from very low baseline levels. None of these changes could causally be attributed to PBF², however.

In qualitative interviews, respondents at implementation agency, central MoH, regional, and district level cited the **quality verification mode** in PBF as a main reason for this discrepancy between ICP reports and impact evaluation results. Specifically, in PBF, verification of process quality was done via ex-post document review, whereas in the impact evaluation, consultations for children under 5 and ANC were directly observed³. In PBF, points on the quality checklist could be gained by having completely and correctly filled the IMCI chart, partographs, and registers and documents for other essential health services. Accordingly, proper documentation was a priority for facilities, but many respondents at implementation agency, central MoH, regional, and district level pointed out that improvements in

² The negative impact estimate for IMCI routine assessment was entirely due to extreme improvements in two control districts.

³ Deliveries could unfortunately not be observed for budgetary reasons.

documentation did not necessarily reflect actual improvements in clinical practice. On the one hand, respondents reported that documentation had fallen short of actual quality provided prior to PBF. With PBF, while actually provided quality had not changed dramatically, documentation improved, suggesting an improvement in process quality in the PBF verification system.

Le taux d'utilisation du partogramme ou PCIME ... il y a beaucoup plus de [changement de] remplissage que de réel sur le terrain. (Implementing agency representative)

On the other hand, many respondents reported that a common strategy to improve on quality indicators was to retrospectively fill charts and registers.

Lorsque vous regardez certains partogrammes remplis, avec un œil averti, bon ! On se rend compte que c'était ce qui est souhaité, ça été fait, mais quand on y regarde de près, on se rend que ça n'a pas été fait selon les règles de l'art. Personnellement, il y a eu des situations où j'ai été en CSPS pour supervision, trouvé des femmes en travail, moi je suis un clinicien, j'apprécie l'état de la parturiente, je demande le partogramme et les gens se retournent pour se regarder. Mais pour cette femme en question, si on devrait revenir dans trois mois pour une évaluation qualitative, on allait trouver que cette femme a un partogramme. Donc ça c'est une réalité. (ECD member)

Souvent quand tu prends les fiches, tu regardes, tu te rends compte que ça ne ressemble pas à la réalité. Y a certains agents en off qui vous disent que « écoute, on remplit ça, on vous donne, quoi ... » (Implementing agency representative)

PBF impact on perceived quality of care

The impact evaluation showed that PBF had no impact on quality of care as perceived by patients. Aspects of perceived quality of care measured included health facility cleanliness, politeness and respectfulness of staff, waiting time, privacy during consultation, health worker time spent with the patient and quality of explanations, and facility opening hours.

Focus group discussions with community leaders revealed a generally **limited awareness of PBF**, beyond a few exceptions. ASBC were aware of PBF, but had limited knowledge about the exact functioning of the intervention. It should be noted, however, that information and communication activities for communities were limited to higher-level authorities and the COGES, with the main message passed being that PBF was introduced to improve health facility management. Some ICPs reported **reluctance to explain PBF** in more depth to their patients and community members for fear that the financial incentive component would be badly received.

On ne peut pas faire un tapage publicitaire du FBR au niveau communautaire. Quand nous avons les rencontres avec les maires, les préfets, les hauts commissaires, quand on évoque le FBR, on fait, les subsides, la part qui revient au personnel, ça irrite certaines personnes. C'est des questions comme si on s'enrichissait sous le dos de leurs communautés. (ICP)

Irrespective of their familiarity with PBF as such, community members were able to speak about changes they had perceived at their health facility in the past years. Somewhat contrary to the quantitative results, focus group respondents did perceive various mostly positive changes in the last years in regards to the care their CSPS provides, although they were largely unable to attribute these changes to PBF or other factors. The ASBC, in contrast, were more explicit in attributing change to PBF.

In particular, community members and ASBC saw changes in four domains. First, most respondents described having seen positive change in the **availability and responsiveness of health care personnel** at the CSPS in recent years. Only in one community did respondents voice a reduced availability due to increases in workload over recent years.

Avant le FBR beaucoup de nos agents de santé n'étaient pas disponibles. Maintenant il y a permanemment un agent de santé à tout moment au CSPS. (ASBC)

Avant quand tu pars pour accoucher au CSPS, les infirmiers prennent leurs temps avant de s'occuper de toi; mais maintenant dès que tu arrives, il s'occupe de toi rapidement avec beaucoup d'enthousiasme. (Community member)

Second, some respondents mentioned that the **physical condition of the health facility** had improved in recent years.

Je suis content parce qu'avant le CSPS étaient sale et il y avait beaucoup d'odeurs. Mais aujourd'hui si tu te rends là-bas tu vois qu'ils ont bien nettoyé et il n'y a plus d'odeurs. (Community member)

Third, there were mixed perceptions about changes in the **availability of drugs**. While in some communities, respondents did perceive better availability, others reported continued frequent stock outs.

Maintenant c'est meilleur parce qu'avant on a beaucoup de difficulté pour avoir les médicaments. (Community member)

Finally, most respondents at community level agreed that health workers had improved in their **treatment of patients**. Most reported changes pertained to the interpersonal level.

Les agents de santé accueillent très bien les malades. Ils ne crient plus sur les malades. Les agents de santé accueillent très bien les femmes enceintes. (ASBC)

Dans le passé, les agents de santé étaient très sévères avec les femmes lors de l'accouchement. Ils nous insultaient fréquemment. Mais ils ont diminué tout cela. Ils n'insultent plus comme avant. (Community member)

Some respondents also reported positive changes in clinical aspects of care, particularly diagnostics.

Avant, quand on amène ton enfant malade à l'hôpital ils ne le consulte pas, ils te demandent ton enfant à quoi. C'est toi tu dis ce que l'enfant a. Mais maintenant, ils touchent l'enfant partout avant de te donner l'ordonnance. (Community member)

3.1.3. PBF impact on health service utilization

We expected that PBF would motivate healthcare providers to actively engage to increase health service provision to maximize revenues and that improved quality of service delivery would encourage communities to seek healthcare more promptly, further increasing quantity of service delivery.

Program data show substantial initial increases in provision of all services. Most routine maternal and child care services (including HIV testing during ANC) then quickly plateaued, with the exception of PNC consultations and growth monitoring for children between the ages of 12 and 23 months which increased steadily throughout the implementation period. Similarly, services volume related to HIV treatment only increased slowly throughout the implementation period, whereas no meaningful increase in TB testing and treatment is visible. Results of the quantitative impact evaluation, however, indicated that only for facility-based deliveries and PNC, increases can be causally attributed to PBF. In addition, results show a positive impact of PBF on the utilization of family planning services among the poorest 20% of the population.

In qualitative interviews, respondents at all health system levels confirmed **increases in patient numbers** throughout the implementation period. Whereas respondents at central MoH, regional, and district levels had mixed opinions on whether these can be attributed to PBF as opposed to general trends or the introduction of the gratuité policy in 2016, most ICPs insisted that their efforts in the context of PBF were vital to this increase.

Avec l'avènement de FBR, on a eu beaucoup en termes de nombre de consultations et les indicateurs pour ma part étaient vraiment élevés et on était content. (ICP)

Respondents from all health system levels perceived improvements in service quality as the most important PBF-related factor in having increased service utilization, including improved infrastructure and environment (e.g. cleanliness, availability of commodities), improved

treatment of patients at the interpersonal level, closer adherence to treatment protocols signaling better care to patients, better availability of drugs, and better availability of staff.

Whereas ICPs largely reported to have actively worked towards increasing utilization (see details below), efforts fell short of implementing agency, central, regional, and district level managers' expectations, as described above. As for service quality, however, managers underlined that there was substantial variation between districts and facilities in regards to efforts to increase utilization.

Finally, managers also reported registering fake patients, registering children in utero as tested for HIV, recording VAD which had not or only very insufficiently happened, and similar strategies in certain facilities, particularly in the beginning.

Respondents from all health system levels provided various general and specific explanations as to why PBF was able to produce impact on facility-based deliveries and PNC, but not on any of the other incentivized services. Explanations regarding one key assumption in the PBF logic, price levels, were mixed. While some respondents did not perceive or report any **strategic behavior related to price levels**, most perceived or reported that additional efforts were focused on services that were well paid, but pointed out that facilities considered reimbursement prices in relation to level of effort rather than in absolute terms. In this context, considerations related to effort also included prior unmet need. For most services including curative care, routine child care services, ANC, deliveries, and HIV and TB treatment, actors perceived a rather weak perceived effort-price ratio. In contrast, services with a good effort-price ratio included the visites à domicile (VAD), PNC, family planning, and TB and HIV testing and counselling. Of note, respondents at all levels underlined that a focusing of additional efforts on certain services did not come at a disadvantage for or neglect of other services.

Les consultations curatives des enfants ne dépassent pas 100f alors que la PCIME [...]. C'est effectivement les indicateurs où le coût unitaire n'est pas élevé, les agents ont tendance à ne pas trop ... surtout la PCIME, la fiche est vraiment longue. (Implementing agency representative)

Le [prix de remboursement pour le] dépistage de la malnutrition était très faible alors c'est une activité qui est quand même très costaud. Il faut prendre tous les paramètres de l'enfant, il faut expliquer, il faut communiquer avec la maman. Alors les gens, du fait que c'était faible, ça n'a pas motivé les gens. (DRS member)

Il y a des prestations qui semblent encore plus compliquées où le prix d'achat est un peu faible... Je parlerai des accouchements et même la vaccination où...il fallait se déplacer à tout moment dans les villages pour chercher les enfants à vacciner. (ICP)

Après une ou deux évaluations ils se sont rendus compte que c'est plus difficile pour eux de jouer sur la consultation curative, de jouer sur les CPN, de jouer sur les

accouchements. C'est plus facile pour eux de jouer sur les visites à domicile, de jouer sur le dépistage [du VIH], puisque le dépistage aussi était bien payé. Donc quand c'est systématique toute personne qui vient en consultation on lui propose le dépistage et on le fait. Ça fait gagner plus facilement d'argent alors que pour la consultation, il faut que l'acteur se décide lui-même à venir. Donc ils n'ont pas vraiment travaillé à augmenter la demande, tout ce qui est facile c'est les visites à domiciles, le dépistage et puis quel autre indicateur ... je ne sais pas trop. En tout cas pour les deux on a senti une ruée. (Implementing agency representative)

In relation to the positive PBF impact on deliveries and PNC, respondents at the implementing agency, central MoH, regional, and district level underlined the importance of the **continuum of care** and how improvements in structural and process quality of care and intensified counselling during ANC and during delivery were vital in ensuring women's return for delivery and PNC, respectively.

Quand on fait les accouchements, normalement on utilise le partogramme, qui est un outil de surveillance de la grossesse qui permet vraiment de voilà... C'est un outil que les agents de santé n'aiment pas trop, parce qu'il est très contraignant alors que dans le FBR, en fait c'est clair que si tu veux qu'on achète ton accouchement, déjà en fait il faut que ce soit un accouchement qui a été fait avec le partogramme. Peut-être ça, et lorsque vous utilisez le partogramme, évidemment, logiquement, la surveillance est plus vigoureuse et donc peut-être que les femmes ne peuvent pas avoir le sentiment que ... on s'occupe davantage de moi et tout et donc y a cette volonté de venir accoucher à la formation sanitaire. Un peu plus en amont aussi en fait y a les consultations prénatales, au cours desquelles si on fait des consultations prénatales qui sont centrées, au cours desquelles on prend vraiment le temps de parler à la femme et puis de préparer l'accouchement, ça c'est vraiment des hypothèses que je donne qui pourraient expliquer en fait... (Central level MoH manager)

Si les femmes viennent et qu'elles accouchent et que vraiment la qualité de soin qui doit accompagner la femme qui accouche, qui doit accompagner la première consultation poste natale, c'est sûr que les gens vont l'utiliser. Cette consultation poste natale, puisque si la femme accouche et qu'elle est dans la formation sanitaire la sixième heure, ça fait partie de la consultation poste natale. Si on le conduit aussi très bien, du coup, les taux vont aussi augmenter. (Central level MoH manager)

Further, respondents pointed out that maternal care services lend themselves particularly well to intensified efforts in patient tracing, follow-up, and incentivization, in comparison to curative services. In regards to the former, respondents at all levels reported that many facilities sub-contracted ASBC or *accoucheuses villageoises* to help them bring in women for the first ANC visit and accompany women through the continuum of care. Some facilities also

conducted outreach activities, providing ANC at community level. In one FDG, women reported that health workers took their phone number before leaving the health facility to remind them of their follow-up appointments. Implementing agency and district managers reported that some facilities incentivized women to return for PNC with little gifts such as soap and baby blankets.

In relation to deliveries and in confirmation of the above community reports, several respondents at regional and district level explained that PBF had contributed to **better availability of midwives** especially in remote districts and facilities, and attributed some of the positive impact of PBF on deliveries to this.

Il y a aussi la mobilisation du personnel, je vais un peu qualifier pour les accouchements peut-être qu'il faut corrélér ça avec l'évolution du personnel que sont les sages-femmes, les accoucheuses dans les CSPS. Ça oblige un peu les équipes cadres à mieux redistribuer le personnel. C'est comme je le disais à un moment...il y avait le mouvement des sages-femmes du CSPS vers [le CMA]. J'ai vu que ça s'est beaucoup amélioré. C'était moins problématique d'envoyer les sages-femmes mais maintenant c'est devenu naturel d'envoyer. Mais 2013-2014, c'était à une période charnière où on commençait à déployer ... mais je pense que ça ... je ne sais pas ce que ça donne en termes cumulatif mais je me dis que ça peut être un facteur explicatif. (DRS member)

In relation to PNC, respondents pointed out how this was a largely **neglected service pre-PBF**, which was brought to providers' specific attention for the first time with PBF and where PBF therefore had comparatively much potential to effect change. This was contrasted with family planning, where some respondents hypothesized that the large number of other interventions and national efforts to increase modern family planning did not allow PBF to effect additional change at least in the general population.

Ce qu'on peut dire c'est que la PF dans sa globalité, tout le pays les stratégies, les financements tout est mis en œuvre [...]. Quand vous prenez la consultation post-natale, c'est même l'indicateur le plus faible, c'est-à-dire que le prestataire lui-même n'a pas une motivation puisque là c'est une femme qui a fini d'accoucher et là il faut vraiment mettre en œuvre des stratégies pour amener la femme à venir après son accouchement pour son suivi. [...] Quand vous prenez cet indicateur, il est vraiment faible, donc s'il y a une action, on peut remarquer [un changement], mais lorsque vous prenez les autres indicateurs comme la PF, la CPN, généralement la tendance est déjà bonne. Quand vous faites une action supplémentaire le plus là n'est pas perceptible. (DRS member)

Several respondents, however, were unsurprised to hear that PBF had had positive impact on family planning among the poorest 20% of the population, since one specific strategy adopted by many facilities was to provide family planning drugs or material for free using PBF funds.

Il y a des formations sanitaires qui avaient rendus les PF gratuites à cause du FBR. Ils compensaient ça avec les primes. « Vous venez pour la PF, vous ne payez pas les produits ». Parce qu’au Burkina, c’est le produit que tu paies, on ne paie pas l’acte. Donc on dit « bon, c’est prévu pour 1500F, mais on te donne ça gratuitement. » Mais FBR paie ça à 1750F, je ne sais pas, mais ce qui est sûr, c’est qu’il y a un bénéfice quand même. (DRS member)

Respondents at all levels also reported activities aimed at increasing utilization of child care services, such as sub-contracting ASBC to ensure that children regularly return for growth monitoring and vaccination and service integration for growth monitoring and vaccination, which prior had often been delivered separately. Some respondents felt that this had contributed to increasing service volume for child care services, contrary to the results of the quantitative impact evaluation. Others largely attributed absolute increases to the gratuité policy. It should further be noted that the country suffered from a severe nationwide stock out of vaccines towards the end of 2016 and therefore in the recall period for the “children fully vaccinated” indicator of the quantitative impact evaluation, which prevented providers from delivering many vaccination services irrespective of PBF for several months.

3.1.4. Heterogeneity in PBF effects

Data from the quantitative impact evaluation show that overall impact estimates mask large variation between districts and facilities in changes on the various indicators between baseline and endline. In qualitative interviews, respondents at the implementation agency, central MoH, regional, and district level confirmed this. When asked for reasons for this heterogeneity, they cited three main reasons.

First and most importantly, virtually all respondents underlined the key importance of the **ICP’s and MCD’s motivation, dynamism, and leadership qualities** in determining whether a facility was able to improve with PBF or not.

Selon ma perception, la personnalité du chef de la formation sanitaire joue beaucoup puisque toute l’impulsion est donnée par lui, comment il arrive à communiquer, comment il partage l’information, la transparence avec laquelle il traite tous ces agents. Tout cela les oriente en fait, qu’il a une vision de ce qu’il veut faire, puisque le FBR, c’est ça. Il faut savoir où tu veux aller avec les gens, comment tu arrives à les emballer dans ta vision pour que ça puisse porter des résultats. [...] Quand on prend un CSPS qui a de très bon résultats, si on part, on verra que l’équipe est dynamique, le chef de poste est dynamique, donc il impulse un certain dynamisme car il est sérieux dans le travail. Si on prend un district où on voit de bons résultats, [...] c’est que le MCD est dynamique, l’équipe est dynamique, même s’il n’a pas beaucoup de ressources, il arrive vraiment à se débrouiller pour mener les activités. (Implementing agency representative)

They underlined that facilities with a strong ICP and dynamic team had usually been those with good quality of care before PBF, leading to a situation where the good tended to become better, whereas the low-performing facilities tended to remain at the same level, enjoying the additional cash generated through PBF but not improving substantially.

Many also alluded to the problem of frequent staff turnover and the fact that there was no systematic retraining of new ICPs in the PBF implementation plan in this context.

La plupart des formations sanitaires qui ont amélioré quand même quand tu regardes, les responsables sur place étaient là depuis le début du FBR. Ça c'est une remarque surtout au niveau de notre district. Il y a eu quelques nouveaux qui sont venus, qui ont essayé d'apporter, ceux qui ont beaucoup froter certains anciens ont essayé d'apporter un peu. Mais il y a des gens qui sont restés neutres parce qu'ils sont là, ils ne s'informent pas, ils n'ont pas de motivation. Ils sont là assis, ça marche ce n'est pas leur problème, ça ne marche pas ce n'est pas leur problème. (ECD member)

Several district managers reported that they tried to exchange ICPs uncondusive to achieving change with PBF, but pointed out how general human resources shortages made this very difficult.

En son temps aussi on n'avait pas les agents à portée de main pour faire des changements, voilà, et dans le FBR, on dit que si le responsable ne peut pas mettre en œuvre le FBR, on l'enlève et on met quelqu'un d'autre, parce que il ne faut pas que à cause du responsable on vienne brimer toute l'équipe, voilà. Mais souvent, bon, on n'a pas quelqu'un à portée de main, donc on est obligé de faire avec ceux-là qu'on a. (ECD member)

Second, many respondents pointed to the importance of a **facility's size and baseline conditions** in terms of staff, infrastructure, and equipment in determining their success with PBF. In terms of facility size, they explained how facilities with little frequentation because of small catchment populations, geographic remoteness, cultural reasons, or other reasons were not able to generate much money through PBF in absolute terms. In order to improve quality, however, many facilities necessitated expensive infrastructure and equipment, the costs of which were fixed rather than scaling with service volume. While well frequented and therefore well paid facilities had no issue paying for such expenses from their PBF revenue, less well frequented facilities struggled, especially if their baseline situation in terms of infrastructure and equipment was weak. This not only prevented fast and substantial quality improvement, but posed problems for health worker motivation.

Il y a des formations sanitaires qui sont fréquentés et il y en a qui ne sont pas fréquentés. On a des formations sanitaires dans le Nord qui ne font pas plus de six accouchements dans le mois alors qu'ailleurs ils font peut-être 200 accouchements dans le mois. C'est bien vrai qu'on essaie d'affecter le personnel en tenant compte de la fréquentation mais l'infrastructure il y a des dépenses qu'on ne peut pas

enlever, c'est des dépenses incompressibles. Que ce soit une forte formation sanitaire ou une petite formation sanitaire il faut payer le gérant, il a besoin de son salaire, lui il s'en fout du coup la fréquentation. Ça, ça joue. (DRS member)

Finally, one factor mentioned by several respondents were issues related to the **organizational set-up of the ACV** described above. Specifically, the number of facilities to be covered by an ACV agent varied substantially. While AVC agents managed without issues to perform both verification and coaching tasks in some districts, they were more than busy with verification in others, effectively leaving no time to coach facilities on performance improvement.

3.2. Objective 2: To understand what explains the generalized lack of additional benefit of PBF2 and PBF3 compared to the standard PBF1

As outlined in the background section, we expected that the combination of the standard PBF1 and equity measure as applied by PBF2 and PBF3 would stimulate increases in quantity of service provision both overall and specifically for the ultra-poor. Across the PBF2 and the PBF3 intervention arms, we expected the targeted exemptions to motivate the ultra-poor to seek healthcare more promptly and we expected this increased health service utilization to narrow existing gaps in the quantity of service delivery provided across socio-economic groups. We expected the socio-economic gap in quantity of service delivery to decrease more drastically in the PBF3 intervention arm, given the additional financial incentive offered to providers to actively reach out to the ultra-poor.

Contrary to our expectations, results of the quantitative impact evaluation showed no added benefit of the equity measures over and above PBF1 in terms of health services utilization, neither overall nor among the poorest 20% of the population. In fact, the impact evaluation even showed overall worse developments in PBF2 and PBF3, particularly on facility-based deliveries and PNC in PBF3. Among the poorest 20%, PBF impact on facility-based deliveries and PNC was smaller than in the overall population and did not reach statistical significance, particularly in PBF2 and PBF3. Only on utilization of modern family planning methods was positive PBF impact detectable among the poorest 20% as explained above, but only in PBF1 and PBF2, not in PBF3. PBF2 and PBF3 performed also significantly worse than PBF1 in regards to impact on the utilization of growth monitoring services.

Important to recall in this context is that higher prices for services to the targeted indigents were only paid for services which did not already fall under prior free care schemes, hence already prior to the gratuité launch in June 2016, they only affected curative consultations, hospitalizations, deliveries, and family planning. At the time of the impact evaluation endline data collection, elevated reimbursement prices for indigents had further been removed for deliveries and curative consultations to children under 5 in response to the introduction of

the gratuité policy in June 2016. However, considering the two-year recall period for maternity-related services in the quantitative impact evaluation, a potential impact of the elevated prices on utilization of facility-based delivery services among the poor should have still been detectable. For curative consultations, the recall period was only four weeks, and all reported events therefore fell into a time when the gratuité policy was already in place.

Also important to note are the differences in definition of the ultra-poor between the intervention and the impact evaluation. Specifically, for methodological reasons, the quantitative impact evaluation was unable to look at impact among the targeted indigents specifically, but rather used an asset index to identify the poorest 20% of the population, assuming that the targeted indigents should largely fall within this group and that the targeting process would have equity effects beyond the targeted individuals by creating awareness and supporting health worker behavioral change.

Since unit prices for services to the targeted indigents in PBF3 were calculated to exceed estimated service provision cost, we expected PBF3 facilities to increase their revenues substantially more than PBF1 and PBF2 facilities and in turn, we expected these additional revenues to be deployed towards infrastructural investments, further contributing to quality improvements in PBF3 facilities.

Result of the quantitative impact evaluation showed that this was largely not the case, with the exception of process quality for routine ANC services (blood pressure and weight measurement, iron supplementation) where PBF2 and PBF3 facilities managed to sustain high quality levels against a decline over time in PBF1 facilities.

When confronted with these findings, respondents at the implementation agency, central MoH, regional, and district level had mixed reactions. Most were unsurprised of a lack of additional effects, given the challenges detailed in the following. However, none of the respondents had any explanations for the more negative findings for PBF2 and PBF3 compared to PBF1. Health workers and communities largely mirrored these sentiments. Importantly, many FGD respondents reported instances in which holders of the card continued to pay in health facilities.

Ils n'ont pas pu bénéficier des soins gratuits avec la carte d'indigent. (Community member)

Only two interviewed ECD members, one DRS member, as well as a few representatives of the implementing agencies stated that in their perception, the targeting component had in fact significantly facilitated access to care for the ultra-poor, and were therefore surprised of the lack of additional impact.

In explanation for the lack of additional benefit of the equity measures, respondents reiterated that **health facilities** were **generally not very active in increasing health care utilization**, as described earlier. In addition, explanations included challenges around the

selection process, challenges related to free provision of care to the targeted indigents, and continued barriers to access.

Indigent selection process

In all villages where we conducted FDGs, community representatives and ASBC were aware that the targeting exercise had taken place, but knowledge levels regarding the actual process including the criteria applied were relatively low. In most communities in which we conducted FDGs, perceptions and opinions regarding the indigent selection process were relatively positive, although there were also some critical voices.

Dans notre zone, ceux qui ont été sélectionné, c'est effectivement des gens qui n'avaient pas les moyens de se faire soigner tels que les orphelins. (Community member)

Il y a d'autres personnes qui sont là et qui n'ont reçu leurs cartes ... par exemple chez moi, je n'ai rien, même une chèvre tu ne vas pas voir, et si brusquement je tombe malade, je ne pourrai pas m'en sortir. (Community member)

Irrespective of satisfaction with the outcome, the targeting process appeared to not have affected communities' health care seeking behavior at large, neither positively nor negatively. There were also no reports of the selection exercise having introduced major conflict into communities.

Health workers, in contrast, were largely unhappy about the outcome of the targeting process, reporting that many individuals were chosen for political reasons rather than for necessity.

Mais il faut se dire la vérité, la sélection a été mal faite puisque nous on a vu des gens là-bas qui sont nantis et qui avaient les cartes. (ICP)

Il y a eu des endroits où il y a eu beaucoup de dérives. Les gens ont tout fait pour se déclarer comme indigent...Ces personnes avaient perçu la sélection des indigents comme un projet qui était venu et que chacun devrait tout faire pour en profiter. (COGES member)

Respondents at implementation agency, regional, and district as well as at community level confirmed such political choices. Representatives of the implementation agencies as well as several ECD members reported as the key issue having caused this situation the benchmark of the proportion of the population to be selected as indigent, which was set at 15%. In the initial round of selection, the actually selected proportion was much lower in many villages. A representative of SERSAP who had closely followed the selection process confirmed that selection committees had applied accurately the selection criteria and that results had been well accepted by the community at large. Following this initial round of selection, however, there was a directive "from above" to increase the proportions, in response to which the

SERSAP teams returned to the villages to instruct committees to select additional indigents. It appears that the issue of the “**faux indigents**” resulted from this second round of selection, as committees had largely exhausted the “real” indigents in the first round and added “non-indigents” accordingly.

Quand la première phase est terminée, on avait des propositions de sélections qui oscillaient entre deux et cinq pour cent que les partenaires avaient jugé vraiment très insignifiant. Et le message nouveau était de demander aux gens de voir ces proportions à la hausse. C'était la porte ouverte à vraiment pas mal de choses. [...] Quand on a dit de tout faire pour qu'on voit ces proportions à la hausse, la limite que les gens s'étaient fixées entre l'indigent et le pauvre a été levée. (Implementing agency representative)

The respondent continued to report that he heard of cases where the ICPs had retracted indigent cards in cases where they perceived the person as “faux indigent”.

Dans certains villages, les informations qui m'ont remontée étaient que certains infirmiers ont été obligés de retirer ces cartes parce que ils connaissaient ces ménages et c'est pas des ménages qui peuvent être considérés comme indigents. (Implementing agency representative)

Despite dissatisfaction with who was selected as indigent, respondents at all health system levels stated that health workers treated all patients with the indigent card equally, irrespective of whether they perceived them as deserving indigent status or not.

Respondents at implementation agency, regional, and district level mentioned a few additional issues related to the indigent selection, such as minor issues with village selection committees and tension with certain health workers during the selection process. In regards to the latter, many health workers were not content to not have been officially implicated and remunerated. However, it appears that the implementing agencies were able to manage these challenges so that neither of them substantially affected the success of the targeting exercise.

Further, several ICPs and implementation agency representatives mentioned that many targeted **indigents** were **not fully aware of why they had been given the card**. However, this seems to have contributed rather than hindered utilization of free services by the targeted indigents.

Il y a aussi le problème facteur culturel que les gens ne veulent pas parce qu'on a dit que c'est ceux, en bas de la société quoi. (Implementation agency representative)

Je connais quelqu'un, c'est un curé, on l'a pris comme indigent... On lui a expliqué l'indigence, il a dit, lui il n'est pas indigent et il a déchiré sa carte. (ICP)

Il y avait des gens s'ils étaient bien informés ils n'allaient accepter d'être sélectionné comme indigent. (ICP)

Finally, some respondents talked about how the selection process and the card fabrication and distribution **process took very long**. At the time of the quantitative impact evaluation endline survey, however, targeted indigents should have had the card for a sufficiently long time for this not to be a key explanatory factor in the lack of additional benefit of PBF2 and PBF3.

Provision of free care to targeted indigents

As mentioned above, many FDG respondents reported that holding the card did not always guarantee reception of free services. ICPs did not specifically admit to this in interviews. Several implementation agency, regional, and district managers, however, confirmed community reports and offered as explanations the payment delays and reimbursement price levels.

First, managers reported that facilities had complained about **reimbursement price levels for indigents** being **too low** to cover actually incurred costs, considering the morbidity profile of many indigents. Respondents explained that a common strategy of health facilities to avoid incurring losses was to cap treatment costs at the reimbursement price level. Since treating indigent patients therefore often did not generate additional revenue for health facilities, there was no incentive for health workers to actively seek out indigent patients.

Au niveau du prix ... on était parti sur la base que s'il y a 5 indigents qui viennent, il y en a quelques que vous allez soigner à 1500f, il y'en a peut-être [quelqu'un pour lequel] 500f suffit pour le soigner, et il y'en a [quelqu'un à] 1000f. Et si [vous avez] un prix de 2000f, si on met tout cela ensemble, vous gagnez quelque chose, ça c'était la théorie. Malheureusement [...] le vrai indigent, lorsqu'il vient, ce n'est pas une seule maladie qu'il a, puisque c'est généralement quand on craint que la personne ne meurt à la maison qu'ils pensent maintenant à l'amener dans notre contexte. Donc du coup le prix [qui a été] proposé, ça n'allait pas. [...] Qu'est-ce que les gens font ? Quand les indigents viennent, pour ceux qui viennent ... il y a des districts où ils ont arrêté un montant, vous payez des indigents à 2000f, on fait quelque chose pour que son traitement ne dépasse pas 2000f. [...] Donc du coup tous ceux qui sont indigents et qu'on devait aller chercher, on n'est jamais allé les chercher qu'ils sont malades. (Implementation agency representative)

In some communities, this issue appeared to be known and accepted.

Je pense que ceux qui ont dit de faire la sélection des indigents et les accorder des prises en charges gratuits n'ont pas accordé des fonds nécessaires au CSPS pour prendre en charge les indigents. (Community representative)

Second, health facilities had to effectively advance money to cover the forgone user fees and drug charges for indigent patients, to be reimbursed by PBF later. Given the **delays in payment** discussed above, this was problematic for many facilities in terms of financial liquidity. As a result, health facilities at times charged patients with an indigent card.

Cette forte fréquentation des indigents dans les formations sanitaires porte un coup sur le fonctionnement des CSPS parce qu'il y a un retard dans le remboursement. Vous videz votre pharmacie et vous attendez que le remboursement vient mais ça ne vient pas. (ECD member)

A partir du moment où a été sélectionné comme indigent, oui au début. Les agents de santé prélevaient dans les médicaments de la structure pour assurer leur prise en charge et ils déclaraient. A un certain moment on a pratiquement fait une année sans virement des ressources. Les CSPS ont arrêté la prise en charge [gratuite] des indigents. Ils les faisaient payer. Si un indigent et s'il a les moyens comme tous les autres pour payer la personne paye et elle est prise en charge. Ce n'était plus comme avant, tu viens avec ta carte et tu pris en charge gratuitement. On assure ta prise en charge et à la fin du mois on déclare. Les agents avaient des indigents mais ils ne déclaraient plus parce qu'ils faisaient payer tout le monde. Au début les indigents étaient pris en charge parce que ils avaient la carte. (ECD member)

Continued barriers to access

Several respondents across all respondent groups including communities further underlined that by the definition of indigence (“Someone who is extremely disadvantaged socially and economically, unable to look after him/herself, and devoid of internal or external resources”), barriers for access to care went beyond service charges to include further financial and logistic barriers, which PBF was not able to remove.

Il y a d'autres indigents qui ont leur carte mais ils ne peuvent plus se déplacer seuls pour venir ici. (COGES member)

Souvent pour arriver même au CSPS, il faut un moyen de déplacement. Mais si tu es indigent tu ne peux pas en avoir. (Community member)

3.3. Objective 3: To elucidate the different patterns observed in PBF4

Similar to PBF2 and PBF3, we expected that the PBF4 intervention package would stimulate larger increases in the quantity of service delivery than the standard PBF1, provided that communities would take up the offer to enroll. We expected that increased health service utilization linked to the removal of financial barriers at point of use thanks to insurance would

result in higher quantities of service delivery. We also expected to observe larger improvements in the quality of service delivery in PBF4 facilities compared to PBF1 facilities, because we expected the CBHI scheme to act as an additional independent purchaser, exercising pressure on healthcare providers and hence acting as an additional stimulus for quality improvement. Given that targeting was implemented in a similar fashion across PBF2, PBF3, and PBF4 catchment areas, we expected to observe similar equity impacts, although somewhat more pronounced in PBF3 due to the additional provider incentive to reach out to the targeted ultra-poor.

Results of the quantitative impact evaluation showed no additional benefit of PBF4 compared to PBF1 in the overall population, except on tetanus vaccinations during pregnancy. Among the poorest 20%, PBF4 was less effective in increasing PNC utilization than PBF1, and similarly effective for all other services. No impact on quality of care was apparent, either.

The qualitative study component allowed some insight into the reasons for this lack of effect. Most respondents at central level and representing implementation agencies not directly involved in CBHI implementation had limited knowledge about the CBHI component, which they perceived to have been a relatively isolated add-on intervention managed by the PADS and ASMADE. Those respondents who did report to have insight as well as respondents at the district, facility, and community level generally perceived the opening of the new *mutuelles* and the rehabilitation of the old *mutuelles* as a smooth process. Most respondents credited the lack of added benefit of combining PBF with CBHI to the low enrolment rates, for which they had several explanations, as well as to a few other minor factors.

Low enrolment rates

It appears that in terms of **community awareness** of the *mutuelles*, there were quite some differences between communities, with some being well aware and knowledgeable of their existence, purpose, and functioning, and others relatively little.

MUSSASSO [the mutuelle] est arrivée chez nous en 2014. Il fut introduit par un projet du nom de ASMADE. Son but est de faciliter l'accès aux soins à moindre coût. Donc c'est pour permettre à la population de se prendre en charge et de prendre aussi en charge les membres de leur famille. (Community member)

Ce qu'on sait c'est qu'il y a eu moins d'inscription chez nous ici... ils ont fait une sensibilisation, mais je pense que cela a été suffisant pour que les gens comprennent bien la mutuelle. (Community member)

Similarly, **willingness to enroll** varied across communities. Beyond issues of awareness and knowledge, commonly reported barriers to enrollment included lack of understanding or acceptance of the general principle of insurance, premium prices, and poor quality of care at the health facilities.

Ce qui peut être un obstacle à l'inscription c'est le manque de compréhension. Parce que, il y a des gens qui se disent que c'est une perte, si tu payes cette cotisation et que dans l'année tu ne tombes pas malade. (Community member)

Beaucoup de gens disent aussi que le montant à payer pour la cotisation est beaucoup. Donc, certains demandent à ce qu'il y ait une réduction de ce montant pour adhérer la mutuelle. (Community member)

Par exemple, si quelqu'un présente se rend au CSPS avec sa carte pour se soigner et qu'on le néglige ou qu'on le fait trainer... ça peut amener les autres à ne pas s'inscrire à la mutuelle. (Community member)

Representatives of ASMADE stated that the implementation timelines were substantially shorter in the context of PBF than for *mutuelles* they had facilitated in the past, not allowing for very intensive sensitization and information campaigns.

Généralement quand on mettait une mutuelle en place, ça nous a prenais 8 mois, 9 mois, souvent même une année, mais cette expérience, on a essayé de réduire le temps de mise en place de la mutuelle, de sorte qu'en quatre mois, ça nous a permis de mettre en place ces mutuelles de santé. (Implementing agency representative)

Respondents at central level further pointed out that enrollment took off better in **areas with prior experience with CBHI**. This was with the exception of the AMBC (*Assurance Maladie à Base Communautaire*) in Nouna, where the population was initially reluctant due to financial difficulties encountered by the prior scheme in the past. However, such reluctance diminished as in the process of the restructuring, old debts were paid off by the program and health facilities started to treat enrolled people against only copayment at point of service again. Important to note is that health facilities with prior CBHI experience and their catchment areas were excluded from the quantitative impact evaluation.

Whereas respondents reported that over time communities were more willing to enroll, this reversed again with the introduction of the **gratuité** policy in 2016, at least for those population groups covered by the policy.

C'a vraiment affecté puisque nos parents ont cru que bon la gratuité étant venu c'est peut-être pour toute la ville ou je ne sais pas. En tout cas, ils ont plus compris la gratuité que la mutuelle de santé. Au lieu d'aller inscrire un enfant de 0 à 5 ans dans mutuelle, tu préfères ... comme il y a la gratuité. [...] Et même les femmes, ils se disent, non, moi, ma femme est enceinte. Elle reçoit les produits au CSPS, est-ce que c'est la peine d'aller l'inscrire ? (Implementation agency representative)

Issues related to randomization

While in PBF1/PBF2/PBF3 districts, the randomized design of the intervention proved to be unproblematic, whereby challenges were experienced in Nouna and Solenzo. Specifically, prior to the PBF4 launch, *mutuelles* in the region had been established at the *commune* level and open for enrollment to all concerned community members. According to the PBF design, however, randomization occurred at CSPS level, with CSPS catchment areas often not being equivalent to *communes*. In many *communes*, this meant that only part of the population was eligible to enroll. This created unease among certain community members and local leaders.

La particularité [de ce projet] résidait à la répartition géographique de la couverture et bien sûr que ça visait un objectif qui est peut-être des études d'impact qui sont à la recherche. [...] La particularité ici, c'est qu'on avait des CSPS et il se trouvait que même des villes où des bénéficiaires se trouvaient déjà divisés en deux ; c'est-à-dire que dans la même ville on se trouvait avec un CSPS et l'autre CSPS non. [...] Certains étaient un peu frustrés par la sélection, je prends notamment la ville de Solenzo, y a le CSPS urbain un qui randomisé mais urbain deux qui n'est pas randomisé. Donc automatiquement ça divisait la population en deux. [...] Y avait le chef du village qui se sentait un peu mal à l'aise, comme si y avait une population qui était délaissée dans la même ville et l'autre partie était prise en compte. (Implementation agency representative)

Representatives of ASMADE described how much communication effort was necessary to reassure community leaders, health workers, and MCDs. In this context, one important message was that the randomization design was part of the impact study and would have a limited duration, after which the *mutuelles* would be open to all community members.

With the end of ASMADE's contract with the PADS in 2016 and a few months before the impact evaluation endline survey, this opening appears to have happened. Enrollment rates stayed fairly low even after 2016, however, so that this should not have dramatically contributed to the lack of added benefit of PBF4 over PBF1.

Financial issues

ICPs as well as implementation agency and district managers reported that in terms of finances, both the rehabilitated and new *mutuelles* worked well.

On n'a jamais eu de difficulté à nous faire rembourser... Dès qu'on a la facture, on la donne au trésorier qui la remet au secrétaire de l'ASMADE. 15 jours après ... L'argent arrivait comme prévu. (ICP)

En terme de remboursement pour les prestataires, il n'y a pas du tout de problème à ce niveau. Les cotisations, permettent, sont suffisantes pour faire face aux charges de prestation. (Implementation agency representative)

However, a representative of ASMADE pointed out that this related only to covering actual

costs for care. The new *mutuelles* appeared not to be sufficiently financially enough to also finance other routine management processes from premiums collection due to the low enrollment rates.

Normalement la mutuelle devait pouvoir fonctionner en partie sur les cotisations collectées. Mais il faut dire ici que cela est un peu difficile parce que ce sont de nouvelles mutuelles. Et une mutuelle ne peut atteindre sa vitesse de croisière en réalité que, à partir de, je dirai 2000, 3000, 4000 membres, voire un peu plus. Ce n'est qu'à partir de là que la mutuelle peut dégager des ressources pour faire face aux charges de fonctionnement. Parce que le plus important au niveau du fonctionnement de la mutuelle ici, c'est l'aspect sensibilisation, information, communication. Il y a beaucoup d'argent à y mettre et les zones sont très distantes et la mutuelle a obligation de couvrir toute la commune, d'où un certain nombre de déplacements avec du carburant. Mais au jour d'aujourd'hui, les mutuelles ne sont pas en capacité de dégager de leur cotisation les fonds nécessaires à faire face à ces charges de fonctionnement. Ce qui amène que le projet puisse mettre à leur disposition ces ressources-là. (Implementation agency representative)

PBF payment delays also challenged the implementation of the CBHI. Specifically, the program paid both enrolment fees for targeted indigents and reimbursed facilities directly for not charging targeted indigents copayments. In regards to the latter, it appears that the CBHIs found alternative ways of providing reimbursement in times of liquidity challenges, such as direct provision of drugs, which health workers were unhappy to accept.

Dans les mutuelles avec le T4 le FBR payait une partie et la mutuelle payait une autre partie. Il semblerait que la difficulté qu'il y a eu là-bas c'est que à un moment donné les mutuelles n'avaient pas de liquidité c'est-à-dire qu'ils doivent verser 30 ou 40% pour les consultations. Au lieu de donner l'argent ils convertissent ça en médicament donc c'est peut-être cela qui a un peu joué dans cette zone. Et quand c'est comme cela les agents de santé sont retissant pourtant tu as souvent besoin du cash pour résoudre un autre problème voire aucun problème de médicaments et on te donne des médicaments dont tu n'as pas besoin ... (Implementation agency representative)

4. Discussion

Performance-based financing was first introduced to the health sector in Burkina Faso in 2011 as a means to strengthen health service delivery. In 2014, following a positive pre-pilot intervention, PBF was scaled up to cover approximately one fourth of the country's health districts. A particular feature of this scaled-up program was the coupling of PBF with a series of equity measures aimed at overcoming inequalities in access and service provision across socio-economic strata, including a systematic targeting and subsidization of the ultra-poor and community-based health insurance. An quantitative evaluation of the first 3 years of implementation of the scaled-up PBF program showed that PBF had only limited impact on health care utilization and quality in general, and that the equity measures were ineffective in improving health service delivery to the poor [25]. While the quantitative impact evaluation of the PBF pilot program in Burkina Faso focused on whether PBF worked or not in relation to a set of key indicators, the qualitative study presented in this report allowed an appraisal of the impact evaluation results against what the intervention could have realistically been expected to achieve by exploring the implementation context and process. In the following, we first briefly summarize the findings, before discussing key themes in more depth and against experiences from other settings. The report closes with a few methodological considerations and an overall conclusion.

4.1. Summary of results

In line with the program theory of change and the indicators incentivized by PBF, we expected that PBF would positively affect three main dimensions of quality of care, namely structural aspects (i.e. infrastructure, equipment, consumables, personnel), process quality (i.e. adherence to clinical protocols), and perceived quality of care. The quantitative impact evaluation indicated improvements in some dimensions of structural quality, but no impact on process quality and perceived quality of care. Further, we expected that PBF would enhance utilization of health care services. The quantitative impact evaluation indicated that this was the case only for facility-based deliveries and PNC, but not for ANC, routine child care services, and curative care. In addition, PBF had a positive impact on family planning among the poorest 20% of the population.

Interviews with key stakeholders in the context of the qualitative study presented in this report confirmed that the intervention managed to effect changes in health facilities, but that these changes fell short of what was expected. In explanation, respondents mentioned a large range of general and indicator-specific factors. First, lack of interest in and support of PBF among key government actors was perceived as the most important barrier to PBF success. This lack of support was credited to policy makers' resistance to the principles underpinning PBF, to weak ministry leadership in intervention design, to dissatisfaction regarding certain aspects of the design, to sustainability concerns, to frequent turnover within the MoH, and to

the introduction of the *gratuité* policy in 2016, effectively acting as a competing health financing reform. Second, it appears that the design was not as powerful as initially intended to motivate health care providers to improve their performance. Overarching reasons included a simplistic understanding of PBF as a means to earn additional income rather than to improve facility operations among many health workers; “effortless” earnings through patients “naturally” presenting to the health facility perceived as sufficient; various frustrations related to autonomy, transparency, and acceptance of certain financial management aspects at facility level; and challenges in fidelity of implementation, particularly delays in subsidy and bonus payments and including changes in certain intervention design aspects during the course of implementation. Third, the introduction of the *gratuité* policy in 2016 overshadowed and interacted with PBF both positively and negatively.

In regards to quality of care, respondents further pointed out that facilities were not very active in improving quality as what they could earn as quality bonuses was comparatively low in relation to the quantity subsidies, but that this changed over time; that facilities were limited in their financial management autonomy in that they had to adhere to official procurement channels especially for drugs, which proved difficult against frequent stock outs at CAMEG; and that the quality verification mode incentivized improvements in documentation, which did not necessarily correspond to improvements in clinical processes. In contrast to what the quantitative impact evaluation results suggested, in focus group discussions, community members noted various positive changes at their health facility in recent years, although they were largely unable to attribute them to PBF.

In regards to health service utilization, respondents provided several explanations for why PBF produced an impact on deliveries, PNC, and, among the poor, family planning, but not on other services. First, price levels in relation to additional effort necessary to increase service volume played a role in determining which services facilities focused their efforts on. Services with a perceived good effort-price ratio included for instance family planning and PNC, but not other basic maternal and child care services. Second, respondents pointed out how unlike for curative services, the continuum of care for maternity services allowed providers to fairly easily influence the likelihood of client return for delivery and PNC by providing good services in antenatal care and delivery, respectively. They contrasted this to curative care or preventive care for children, where convincing patients to attend services is linked to higher efforts such as outreach. Third, PBF appears to have contributed to better availability of midwives in rural areas. Fourth, PNC was a fairly neglected service pre-PBF, with low levels of attendance and therefore high potential for increases with relatively little effort. Finally, many facilities used their PBF subsidies to provide family planning for free to clients, which is likely to have caused the significant positive impact among the poor. In the general population, however, respondents hypothesize that PBF was eclipsed by the many other on-going and powerful interventions and therefore did not produce an additional impact.

Beyond average effects, quantitative data show and respondents confirmed important variations between districts and health facilities. Respondents cited three main reasons for this, namely the ICP’s and MCD’s motivation, dynamism, and leadership qualities; a facility’s

size and baseline conditions in terms of staff, infrastructure, and equipment; and the organizational set-up of the ACV, which varied by region in its effectiveness.

4.2. Discussion of key findings

PBF in a context of competing interests and strong hierarchies

The Burkina Faso experience underlines once again the importance of the implementation context in shaping PBF success, as it has often been concluded from experiences in other settings over the last years [28,32,33]. Two contextual aspects emerged as particularly hindering in Burkina Faso, namely insufficient support of the program by key health system actors and limits to health facilities' purchasing autonomy.

First, one of the most frequently discussed themes particularly at the level of the implementing agency, central MoH, regional, and district level was how PBF was not sufficiently supported by key government actors, who took issue to PBF for ideological reasons, sustainability concerns, certain design aspects, frequent turnover, or preoccupation with competing strategies such as the gratuité policy. This hindered PBF implementation insofar as the ST-FBR and the ACV were placed outside the MoH "chain of command" and therefore had relatively little formal influence on health districts and facilities in the MoH hierarchy, particularly the ACV. In order to apply pressure or sanction lack of effort, high-level interest and support would have therefore been very important, its insufficiency limiting their effectiveness. Our findings resonate with the conclusion of recent reviews on PBF in fragile and conflict-affected settings [33] and interventions to promote universal health coverage more generally [34] as well as a case study on enablers and barriers of PBF scale-up across ten countries [34], which also underline the critical role of high-level leadership and support in successfully implementing PBF and other complex interventions and policies.

Second, facility autonomy, particularly regarding financial management and procurement, is regarded as one of the core elements of PBF [36]. However, actual facility autonomy deviated from the PBF ideal due to pre-existing laws and regulations. Most importantly, facilities continued to be required to purchase drugs through the CAMEG. The former was problematic in that frequent stock outs at CAMEG prevented facilities from keeping their drug depots fully stocked despite disposing of the financial means to do so, a challenge also observed for instance in Cameroon [37] or Malawi [38], thereby limiting potential PBF impact on availability of essential medicines. In contrast, in Tanzania, for instance, where procurement outside official channels was possible, positive PBF impacts on drug availability could be observed [39].

Carrot-carrot PBF design in a context of high income security, but low workplace security

By and large, most aspects of the intervention seemed well accepted by health workers and their MoH line managers, especially following some initial hiccups and with the exceptions of the delays in payment of subsidies and bonuses. While the intervention did appear to have a

motivational effect for health care providers, respondents representing the implementation agencies as well as the higher ministerial levels underlined that efforts remained below expectation. This appears to have improved over time and in response to small changes to the design and interventions by the implementing agencies, but remained an issue throughout the implementation period.

The intervention employed a carrot-carrot design in which quantity and quality indicators were not coupled⁴, but evaluated and paid separately, as is the case in the majority of currently operational PBF schemes in low- and middle income countries [40]. Considering the substantially lower relative amounts paid for quality and the fact that services of poor quality were reimbursed at the same rate as services of high quality in terms of quantity subsidies, incentives to improve quality were relatively weak. In regards to service volume, respondents representing the implementing agencies and higher-level MoH reported that health workers contented themselves with additional income through quantity subsidies from patients “naturally” coming to the health facility and did not make exceptional effort to further increase patient numbers and thereby also their workload.

Beyond reimbursement prices, one possible explanation for the limited motivating power of the incentives relates to the comparatively high level of financial security of Burkinabè health workers, most of whom are employed as civil servants and already benefitted from financial incentives through user fee and drug sale revenues pre-PBF [41]. In a 2013 study, mid-level cadres reported their income to be sufficient to cover living expenses, and underlined in particular the high level of reliability of the salary system [42]. This is in stark contrast to other PBF implementation contexts, such as for instance in the Democratic Republic of the Congo [43,44] and in Tanzania [45], where health workers depended on PBF income to cover living expenses in the absence of reliable and/or sufficient government pay. It is plausible to assume that in a context of relative income security, the motivating potential of financial incentives is comparatively lower than in settings where health workers vitally depend on PBF income. A recent review argues in a similar direction [33], but further research is certainly necessary.

In this context, both in formal interviews as well as in discussions outside the formal data collection process, many local actors also underlined health workers’ deeply rooted understanding of their roles, responsibilities, and working conditions as agents of the *fonction publique*, the public service operations of the government, which are not particularly conducive to high performance. Specifically, respondents alluded to the fact that although PBF aims to address certain shortcomings of the public sector, most importantly the lack of financial incentives for good performance, it cannot by itself address others. Specifically, one main challenge relates to staff posting practices and resulting mobility of staff. In the current regionalized recruitment scheme of the MoH, which has been in place since 2002, qualified health workers (midwives, nurses, AIS, and auxiliary midwives) are recruited as civil servants for pre-defined regions through a competitive selection process [46]. Within regions, health workers are then posted to their duty stations by regional and district management. While options to change regions are fairly limited, health workers can and frequently do ask to change duty station within regions, leaving gaps especially in the rural areas in need to be

⁴ With the exception of services having to be provided by qualified staff

filled. This leads to a situation of frequent turnover, where health workers are often reposted. Although there is therefore high job security as a health worker in general, there is very little security when it comes to remaining in one's particular current duty station. Against this backdrop, incentives to invest in improving the current workplace are generally low, especially when given the choice to rather use existing resources as income supplements as was the case in PBF initially. Once investments became mandatory with the introduction of the fixed investment quota, facilities appeared willing and motivated to effect performance improvements at least in the area of structural quality of care, which did not entail major additional workload but alleviated daily work realities.

Relevance of the specific measures to enhance equity in access to care

One core objectives of the PBF pilot program in Burkina Faso was to test whether coupling PBF with explicit equity measures could create an added benefit for utilization of basic health care services by the ultra-poor primarily in the domain of maternal and child care. However, a joint appraisal of the results of the quantitative impact evaluation and qualitative study, the program design, and additional contextual information raises questions regarding the relevance of the implemented equity measures, i.e. targeting and subsidization of the ultra-poor and community-based health insurance. This is particularly important in light of a recent study that estimated the financial costs of the selected of the ultra-poor alone at almost 6 USD per beneficiary [47].

First, the vast majority of services for which the added equity measures intended to enhance utilization among the poor by exempting patients from paying user fees pertained to services of relevance to women of reproductive age and children under the age of 5. However, almost all of these services were already provided for free to patients at point of use before the introduction of PBF, with the exception of family planning services, deliveries (where patients continued to pay 20% of the total cost of care under the SONU (*Soins obstétricaux et néonataux d'urgence*) policy [48]), and curative consultations. In the finally implemented PBF design, services that had already been provided for free prior to PBF were therefore not reimbursed at a higher price for targeted indigents, and therefore they were effectively excluded from the equity measures.

Second, a specific study on the characteristics of the targeted indigents showed that selected indigents tended to be widow(er)s under 45 years of age, unmarried people aged 45 years and over, and married women aged 60 years and over [49]. Frequency of indigence among young people (<45 years) who were married or living with a partner was only 4.3%. Accordingly, the main intervention target groups, children under the age of 5 and women in need of reproductive health services, were seldom selected as indigent.

Third, in the qualitative study, respondents pointed out that the user fee removal enabled by the indigent targeting represented a first step in the direction of deconstructing barriers to health care access, but alone could not suffice to ensure equitable access to care, particularly for the indigents who in the context of the targeting process were defined as "extremely

disadvantaged socially and economically, unable to look after themselves, and devoid of internal or external resources”.

Finally, the experience with CBHI in the context of PBF aligns with prior experience with health insurance in Burkina Faso [50] and elsewhere [51], in that capacity to enroll is generally low particularly among the poor.

Fidelity of implementation

The PBF program in Burkina Faso struggled with a number of challenges to the perfect execution of the implementation plan, as documented in the context of the parallel process evaluation of PBF [52-55]. Our qualitative study confirmed the existence of these challenges and underlined as the most consequential one the substantial delays in payment of the subsidies and bonuses from the government to health facilities at various points throughout the implementation period. These delays negatively impacted potential program success by negatively weighing on health workers’ motivation to make an effort in the context of the intervention; by creating an environment of insecurity in which health workers prioritized disbursement of PBF revenue to staff rather than investment; and by limiting realization of planned investments. Burkina Faso is not alone in this regard, with payment delays being a common challenge encountered in many different countries and contexts [37,56-60]. In the context of these previous experiences, the negative effects of payment delays have been sufficiently discussed, so that we do not go into further detail here, but only wish to point out how the Burkina Faso experience underlines once again the crucial importance of adhering to core aspects of the implementation plan if intended results are to be achieved.

Document-based verification for process quality improvements

Perhaps the most striking discrepancy between program data and the quantitative impact evaluation results relates to process aspects of quality of care, where program data indicated substantial improvements, where impact evaluation results show no impact. In qualitative interviews, respondents explained that this is most likely due to the fact that PBF verified process quality retrospectively by inspecting documentation through a checklist approach. In the impact evaluation, in contrast, adherence to treatment protocols for antenatal care and IMCI were directly observed. Findings from the qualitative study underline that improvements in documentation do not necessarily reflect actual improvements in process quality. This issue is known in the PBF implementation community, but document-based approaches remain common practice due to systematic observation-based approaches not being financially and practically feasible [40,61]. Following a review of quality of care measurement practices in PBF across 28 countries, Gergen et al. propose as a potential solution to supplement current document-based review with direct observations on a random sample of facilities [40].

Issues related to the impact evaluation design

Finally, the joint appraisal of findings from the quantitative impact evaluation and the qualitative study raises the question of alignment of the impact evaluation indicators and methodology and the nature of changes that the intervention could realistically be expected to produce. Specifically, the qualitative study results imply that the intervention did effect many subtle and intangible changes to which the impact evaluation indicators were either not sensitive enough (e.g. “proportion of facilities with full availability of essential drugs” does not capture improvements remaining below perfect availability) or did not capture important but less tangible dimensions of change (e.g. in interpersonal relationships between health workers or between health workers and patients). In addition, it appears that PBF impacts varied over time, an element which standard impact evaluations with before-and-after data collection designs are unable to capture and appreciate. In the case of Burkina Faso, this is particularly unfortunate as the qualitative study implies that the introduction of the *gratuité* policy in 2016 masked prior PBF impact. Further, there was substantial heterogeneity in effects across districts and facilities, which is likely very interesting from a policy and implementation perspective in the quest for better understanding of the conditions under which PBF can effect real change. However, the standard impact evaluation methodology focused on average effects does not allow to capture such heterogeneity.

One concern of the study team was that the complex randomized design of the intervention, driven by a wish of funders and the government to test whether additional equity measures might generate an added benefit, might have inadvertently complicated implementation and thereby attenuated the impact of PBF. Beyond the issue of relevance discussed above, it appears that this fear was unfounded in the PBF1/PBF2/PBF3 areas, where facilities seemed to have quickly forgotten about differences in price levels. However, in the Nouna and Solenzo districts where CBHI was implemented alongside PBF, the lack of alignment of randomization and insurance units posed a number of challenges which might have contributed to the overall low uptake of insurance in the population.

4.3. Methodological considerations

Our study has a few particular strengths, but also limitations, which we will briefly discuss in the following. As described in the methods section, originally only the quantitative impact evaluation was foreseen, with the qualitative study having come as an add-on only after preliminary impact analyses had already been completed. A full mixed-methods design was therefore unfortunately not possible. However, we are confident that the methodological limitations associated with this have not majorly compromised the value and informativeness of the study. Among the strengths of our study are the fact that despite the considerable time delay between the quantitative impact evaluation and the qualitative study, we were able to trace and interview key actors involved or related to the project to ensure that pertinent first-hand information was collected. Although the time delay did not allow sampling based directly on impact evaluation data, we are confident that sampling based on theoretical criteria and program data allowed us to span the various experiences with the complex PBF intervention. Interviews at implementation agency, central MoH, regional, and district level

were all conducted by an international and a local member of the core research team themselves (most in tandem), who in addition to having been strongly involved in the quantitative impact evaluation and having followed the PBF program in Burkina Faso from the start also had several years of prior research experience on PBF in various settings, allowing them to maximize the richness and value of information elicited during interviews also in relation to discourse beyond Burkina Faso. We wish to underline that the qualitative study was not designed as a policy analysis and therefore did not generate sufficient insight into the decision-making process and discourse leading to the specific intervention design to attribute responsibility, but only wishes to collate emerging themes with available evidence and information. For additional insight into the policy discourse on PBF in Burkina Faso and at global level, we recommend several recent policy analyses [62-64].

4.4. Conclusion

By exploring the factors that have facilitated and hampered PBF from achieving its expected results, this qualitative study offers complementary evidence to the one generated by the quantitative impact evaluation, presented in a prior report [25]. We conclude this report by drawing attention to what we consider to be the two key policy implications of our work: the need to align the design of a PBF intervention with specific elements characterizing a country's health financing and service provision context and the need to rethink how PBF conceptualizes and rewards quality of care.

In relation to the first point, we note how PBF and its accompanying measures in Burkina Faso came into being in a context already characterized by a mixed payments system (with strong in-built incentives for healthcare providers related to user charges) and dominated by parallel major health financing reforms (SONU first, gratuité afterwards as well as multiple vertical programs – TB, HIV – granting targeted fee exemptions). Albeit carefully designed, the PBF intervention did not take into sufficient account these elements and as such it fell short of meeting the implementers' expectation for radical change. The experience of Burkina Faso reinforces evidence emerging from other settings and points at the impossibility to implement a single PBF model across Sub-Saharan Africa, suggesting the need to customize PBF to fit a country's specific historical and contextual reality.

In relation to the second point, our work clearly identifies a number of implementation challenges, from delayed payments to restricted autonomy at health facility level, that hampered healthcare providers from producing changes in quality of service provision matching the expected magnitude. Beyond implementation challenges, however, our work highlights how a system exclusively based on ex-post document review and that rewards quality of service provision as a top up to quantity remuneration may easily come short of driving the desired change in quality of service provision. In addition, also reinforcing existing evidence from other settings, our work points at the difficulty of producing changes in the process, rather than just in the inputs, of service delivery. Again, the experience of Burkina Faso is not unique and adds to the increasing body of evidence pointing at the need to radically rethink the manner in which PBF defines, measures, and rewards quality alongside quantity.

Last but surely not least, as we close this report, it is important that we clarify that although the changes produced might have not met initial expectations, PBF did trigger important changes in health providers' behavior, leading to changes in health facility management and ultimately in service provision. While our quantitative work detected only a handful of significant changes, our qualitative work clearly highlights how complex and diverse the PBF intervention and its effects were and how positive changes were noted at all levels by both providers and communities. This apparent discrepancy between quantitative and qualitative findings is again not a unique feature of our work and has been acknowledged in earlier studies in other settings. Beyond enriching evidence generated on a specific setting, this discrepancy suggests that the quantitative measures our scientific community applies to measure PBF impacts may not match the subtler changes in management and health provision structures induced by the intervention. In turn, this questions existing dominant research paradigms and calls for the systematic inclusion of qualitative research efforts alongside quantitative ones in all work accompanying the implementation of complex health interventions.

5. References

- [1] World Bank. Burkina Faso. Country Data. 2018. <https://data.worldbank.org/country/burkina-faso>. Accessed 16 Jul 2018.
- [2] UNDP. Human development report 2016: human development for everyone. United Nations Publications; 2016.
- [3] World Health Organization's Global Health Observatory Data Repository (WHO-GHODR) (2017). <http://apps.who.int/gho/data/node.home>
- [4] Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bull World Health Organ.* 2006;84:21–7.
- [5] Beogo I, Huang N, Gagnon M-P, Amendah DD. Out-of-pocket expenditure and its determinants in the context of private healthcare sector expansion in sub-Saharan Africa urban cities: evidence from household survey in Ouagadougou, Burkina Faso. *BMC Res Notes.* 2016;9. doi:10.1186/s13104-016-1846-4.
- [6] Ministère de la Santé Burkina Faso. Annuaire statistique 2015. 2016.
- [7] Ministère de la Santé Burkina Faso, World Health Organization. Profil sanitaire complet du Burkina Faso. Module 2. 2015. <https://afro.who.int/sites/default/files/2018-08/Profil%20sanitaire%20du%20Burkina%20%202.pdf>
- [8] Ministère de la Santé Burkina Faso. Plan national de développement sanitaire 2011-2020. 2011.
- [9] Appaix O, Kiendrébéogo J, Dkhimi F. Etude sur le système mixte de modalités d'achat et de paiement des services de santé. Ouagadougou: WHO; 2017.
- [10] Somé DT, Ridde V, Dagenais, C. Les politiques de subvention / exemption de paiement au Burkina Faso.
- [11] Dong H, Gbangou A, De Allegri M, Pokhrel S, Sauerborn R. The differences in characteristics between health-care users and non-users: implication for introducing community-based health insurance in Burkina Faso. *Eur J Health Econ.* 2008;9:41–50.
- [12] Pokhrel S, De Allegri M, Gbangou A, Sauerborn R. Illness reporting and demand for medical care in rural Burkina Faso. *Soc Sci Med.* 2010;70:1693–700.
- [13] De Allegri M, Tiendrebéogo J, Müller O, Yé M, Jahn A, Ridde V. Understanding home delivery in a context of user fee reduction: a cross-sectional mixed methods study in rural Burkina Faso. *BMC pregnancy and childbirth.* 2015;15:330.
- [14] Atchessi N, Ridde V, Zunzunegui M-V. User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services. *Health policy and planning.* 2016;31:674–81.
- [15] Kadio K, Ridde V, Samb OM. The difficulties of access to health care for indigent living in non-poor households. *Santé Publique.* 2014;26:89–97.
- [16] Koulidiati JL, De Allegri M, Souares A, Ouedraogo S, Hien H, Robyn PJ, Brenner S. Factors associated with effective coverage of child health services in Burkina Faso. *Trop Med Int Health.* 2018;23:1188-1199.

- [17] Mwase T, Brenner S, Mazalale J, Lohmann J, Hamadou S, Somda SMA, Ridde V, De Allegri M. Inequities and their determinants in coverage of maternal health services in Burkina Faso. *Int J Equity Health*. 2018 May 11;17(1):58.
- [18] Duysburgh, E., Zhang, W.H., Ye, M., Williams, A., Massawe, S., Sié, A., Williams, J., Mpembeni, R., Loukanova, S., and Temmerman, M. (2013). Quality of antenatal and childbirth care in selected rural health facilities in Burkina Faso, Ghana and Tanzania: similar finding. *Trop Med Int Health* 18, 534–47.
- [19] Nikiema, L., Kameli, Y., Capon, G., Sondo, B., and Martin-Prével, Y. (2010). Quality of antenatal care and obstetrical coverage in rural Burkina Faso. *J Health Popul Nutr* 28, 67–75.
- [20] Steenland M, Robyn PJ, Compaore P, Kabore M, Tapsoba B, Zongo A, et al. Performance-based financing to increase utilization of maternal health services: Evidence from Burkina Faso. *SSM-population health*. 2017;3:179–84.
- [21] Ministère de la Santé Burkina Faso. Evaluation finale de la phase-test du Financement basé sur les résultats dans les districts sanitaires de Boulsa, Léo et Titao. 2013.
- [22] Ministère de la Santé Burkina Faso. Guide de mise en oeuvre du financement base sur les résultats dans le secteur de la santé. 2013. <http://www.fbrburkina.org/articles/item/6.html>.
- [23] World Bank. Financing agreement (Health Services Reinforcement Project) between Burkina Faso and International Development Association. 2018. <http://documents.worldbank.org/curated/en/310951536348591377/pdf/ITK425962-201808071524.pdf>
- [24] Ridde V, Yaogo M, Kafando Y, Sanfo O, Coulibaly N, Nitiema P, et al. A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2010;64:10–5.
- [25] De Allegri M, Lohmann J, Schleicher S, Brenner S, Koulidiati JL. Results-based Financing for Health Impact Evaluation in Burkina Faso. Results report. 2018.
- [26] De Allegri M, Lohmann J, Souares A, Schleicher M, Hamadou S, Hien H, Haidara O, Robyn PJ. Responding to Policy Makers' Evaluation Needs: Combining Experimental and Quasi-Experimental Approaches to Estimate the Impact of Performance Based Financing in Burkina Faso. Under review at *BMC Health Services Research*.
- [27] Savedoff WD. Basic Economics of Results-Based Financing in Health. Maine USA: Social Insight Bath; 2010. <http://www.focusintl.com/RBM082-RBF%20Economics.pdf>.
- [28] Renmans D, Holvoet N, Orach CG, Criel B. Opening the 'black box' of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: a review of the literature. *Health Policy Plan*. 2016;31:1297–309.
- [29] Lohmann J, Houlfort N, De Allegri M. Crowding out or no crowding out? A Self-Determination Theory approach to health worker motivation in performance-based financing. *Soc Sci Med*. 2016;169:1–8.
- [30] Creswell J, Clark V. Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2007.

- [31] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006, 3:2, 77-101, DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- [32] Witter S, Fretheim A, Kessy F, Lindahl A. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries (Review). *Cochrane Collab.* 2012;
- [33] Bertone MP, Falisse JB, Russo G, Witter S. Context matters (but how and why?) A hypothesis-led literature review of performance based financing in fragile and conflict-affected health systems. *PLoS One.* 2018 Apr 3;13(4):e0195301.
- [34] McIntyre D, Ranson MK, Aulakh BK, Honda A. Promoting universal financial protection: evidence from seven low- and middle-income countries on factors facilitating or hindering progress. *Health Research Policy and Systems* 2013 11:36.
- [35] Shroff ZC, Bigdeli M, Meessen B. From Scheme to System (Part 2): Findings from Ten Countries on the Policy Evolution of Results-Based Financing in Health Systems. *Health Systems & Reform.* 2017; 3:137-147.
- [36] Fritsche GB, Soeters R, Meessen B. *Performance-based Financing Toolkit.* Washington DC: The World Bank; 2014.
- [37] De Allegri M, Bertone MP, McMahon S, Mounpe Chare I, Robyn PJ. Unraveling PBF effects beyond impact evaluation: results from a qualitative study in Cameroon. *BMJ Glob Health.* 2018 Mar 25;3(2):e000693.
- [38] Brenner S, Wilhelm D, Lohmann J, Kambala C, Chinkhumba J, Muula AS, De Allegri M. Implementation research to improve quality of maternal and newborn health care, Malawi. *Bull World Health Organ.* 2017 Jul 1;95(7):491-502.
- [39] Binyaruka P, Borghi J. Improving quality of care through payment for performance: examining effects on the availability and stock-out of essential medical commodities in Tanzania. *Trop Med Int Health.* 2017 Jan;22(1):92-102.
- [40] Gergen J, Josephson E, Coe M, Ski S, Madhavan S, Bauhoff S. Quality of Care in Performance-Based Financing: How It Is Incorporated in 32 Programs Across 28 Countries. *Glob Health Sci Pract.* 2017 Mar 24; 5(1): 90–107.
- [41] Appaix O, Kiendrébéogo J, Dkhimi F. *Etude sur le système mixte de modalités d'achat et de paiement des services de santé.* Ouagadougou: WHO; 2017.
- [42] Prytherch H, Kagoné M, Aninanya GA, Williams JE, Kakoko DC, Leshabari MT, Yé M, Marx M, Sauerborn R. Motivation and incentives of rural maternal and neonatal health care providers: a comparison of qualitative findings from Burkina Faso, Ghana and Tanzania. *BMC Health Serv Res.* 2013 Apr 25;13:149.
- [43] Huillery, E., and Seban, J. (2014). Performance-based financing, motivation and final output in the health sector: experimental evidence from the Democratic Republic of Congo. <http://www.povertyactionlab.org/publication/performance-based-financing-motivation-and-final-output-health-sector-experimental-evide>
- [44] Maini R, Lohmann J, Mounier-Jack S, Hotchkiss DR, Borghi J. Measuring the motivation of health workers in the Democratic Republic of Congo and effects of withdrawing performance-based payments on motivation. Under review at IJHPM.

- [45] Chimhutu V, Lindquist I, Lange S. When incentives work too well: locally implemented pay for performance (P4P) and adverse sanctions towards home birth in Tanzania - a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2014, 14:23.
- [46] Kouanda S, Yaméogo WME, Ridde V, Sombié I, Baya B, Bicaba A, Traoré A, Sondo B. An exploratory analysis of the regionalization policy for the recruitment of health workers in Burkina Faso. *Hum Resour Health*. 2014; 12(Suppl 1): S6.
- [47] Beaugé Y, Koulidiati JL, Ridde V, Robyn PJ, De Allegri M. How much does community-based targeting of the ultra-poor in the health sector cost? Novel evidence from Burkina Faso. *Health Econ Rev*. 2018; 8: 19.
- [48] Ridde V, Richard F, Bicaba A, Queuille L, Conombo G. The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Plan*. 2011 Nov;26 Suppl 2:ii30-40.
- [49] Ouédraogo, S., Ridde, V., Atchessi, N., Soares, A., Koulidiati, J., Stoeffler, Q., & Zunzunegui, M. (2017). Characterisation of the rural indigent population in Burkina Faso: a screening tool for setting priority healthcare services in sub-Saharan Africa. *BMJ Open*, 7(10), 1-9. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013405
- [50] De Allegri M, Kouyaté B, Becher H, Gbangou A, Pokhrel S, Sanon M, Sauerborn R. Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa: a population-based case-control study in rural Burkina Faso. *Bull World Health Organ*. 2006 Nov; 84(11): 852–858.
- [51] Umeh CA, Feeley FG. Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From Low- and Middle-Income Countries. *Glob Health Sci Pract*. 2017 Jun 27; 5(2): 299–314.
- [52] Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., Somé, P., & Turcotte-Tremblay, A. (2018). Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso: A qualitative multiple case study. *The International Journal Of Health Planning And Management*, 33(1), e153-e167. doi: 10.1002/hpm.2439
- [53] Turcotte-Tremblay, A.-M., De Allegri, M., Gali-Gali, I. A., & Ridde, V. (2018). The Unintended Consequences of Combining Equity Measures with Performance-Based Financing in Burkina Faso. Accepted for publication in the *International Journal of Equity in Health*
- [54] Bodson, O., Barro, A., Tucotte-Tremblay, A.-M., Zanté, N., Somé, P.-A., & Ridde, V. (2018). A study on the implementation fidelity of the performance-based financing policy in Burkina Faso after 12 months. *Archives of Public Health*, 76:4.
- [55] Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali-Gali, I. A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2017). The unintended consequences of community verifications for performance-based financing in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 191, 226-236.
- [56] Bertone MP, Lagarde M, Witter S. Performance-based financing in the context of the complex remuneration of health workers: findings from a mixed-method study in rural Sierra Leone. *BMC Health Services Research*. 2016;16:286.

- [57] Bhatnagar A, George AS. Motivating health workers up to a limit: partial effects of performance-based financing on working environments in Nigeria. *Health Policy Plan.* 2016 Sep;31(7):868-77.
- [58] Ogundeji YK, Jackson C, Sheldon T, Olubajo O, Ihebuzor N. Pay for performance in Nigeria: the influence of context and implementation on results. *Health Policy Plan.* 2016 Oct;31(8):955-63.
- [59] Antony M, Bertone MP, Barthes O. Exploring implementation practices in results-based financing: the case of the verification in Benin. *BMC Health Serv Res.* 2017 Mar 14;17(1):204.
- [60] Ssengooba F, McPake B, Palmer N. Why performance-based contracting failed in Uganda-an "open-box" evaluation of a complex health system intervention. *Soc Sci Med.* 2012 Jul;75(2):377-83.
- [61] Josephson E, Gergen J, Coe M, Ski S, Madhavan S, Bauhoff S. How do performance-based financing programmes measure quality of care? A descriptive analysis of 68 quality checklists from 28 low- and middle-income countries. *Health Policy Plan.* 2017 Oct 1;32(8):1120-1126.
- [62] Gautier L, Tosun J, De Allegri M, Ridde V. How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development.* 2018;110:160-75.
- [63] Gautier L, De Allegri M, Ridde V. How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis. *Global Health.* 2019; 15: 6.
- [64] Zida A, Lavis JN, Sewankambo NK, Kouyate B, Moat K, Shearer J. Analysis of the policymaking process in Burkina Faso's health sector: case studies of the creation of two health system support units. *Health Research Policy and Systems* 2017 15:10.

6. Annexes

6.1. Codebooks

Interviews at implementation agency, central MoH, regional, district, and facility level

01 - Introduction of PBF
to communities
to health facilities
to others (MoH etc.)
to respondent (if not ICP)
02 - Initial expectations
03 - Understanding of PBF
04 - Knowledge of PBF
05 - Role in PBF
06 - PBF history, practice
07 - Experiences and opinions of key aspects
General
CBHI
Challenges
Process
Reception
Successes
Indicators
Indigent targeting
Challenges
Process
Reception
Successes
Outil d'indice
PAP
Prices
Randomization
Verification
08 - Decision-making @ health facility
09 - Observed changes
1 - Quality of care
2 - Service utilization
3 - Equity
4 - Mentality
5 - Decision-making, management, leadership
6 - Work environment
7 - Financial management
8 - Health worker motivation
9 - Other

10 - Change mechanisms
1 - Quality of care
1 - Infrastructure upgrades
2 - Purchasing drugs and supplies
3 - Employing additional staff
4 - Training activities
5 - Service organization
6 - Staff motivation
7 - Intensified monitoring
8 - Other
2 - Utilization of services
1 - Quality improvements
2 - Contracting ASBC, other health workers
3 - Outreach and communication activities
4 - Other
3 - Equity
11 - Factors affecting success, coping mechanisms
01 - Fit within existing system
1 - Supply chain
2 - Human resources
3 - Other
02 - Understanding and knowledge of PBF
03 - Reimbursement prices
04 - Leadership, ownership, support
05 - Communication, participation, transparency
06 - Financial management
07 - Facility size, baseline conditions
08 - Workload
09 - Socio-cultural factors
10 - Indigents
11 - Gratuité
12 - Personality
13 - Other factors
12 - Community perceptions
13 - Other interventions
14 - Suggestions for changes
15 - Current situation
16 - Bottom line

Community-level Focus Group Discussions and ASBC interviews

Perceived changes at health facility / of health worker behavior
Treatment of patients
Infrastructure
Equipment
Staff

Drugs/consumables
Price of services
Outreach/sensitization activities
ASBC
Other
Perceived causes
Perceived changes in community behavior
Evaluation of current quality of care at CSPS
PBF
Awareness / Knowledge / Opinions
Indigent selection
Awareness
Community involvement
Process
Perceptions / opinions
Impact – access to care for indigents
Impact – community
Suggestions for improvement
Other interventions

6.2. Consent forms and interview guides

Fiche de renseignements pour les entretiens approfondies avec les membres du Service Technique du Financement basé sur les résultats

Titre de l'étude

« Recherche qualitative pour l'explication des résultats quantitatifs concernant le projet pilote
du Financement basé sur les résultats au Burkina Faso »

Equipe de l'étude

Manuela De Allegri, Julia Lohmann & Jean-Louis Koulidiati, Université de Heidelberg,
Allemagne
Paul-André Somé, AGIR

Nous vous remercions beaucoup de la considération que vous nous accordez en prenant part à cette étude. Avant de commencer, nous aimerions vous présenter l'objectif de cette étude, l'objet et l'utilisation de l'information que nous recueillerons afin d'obtenir votre consentement éclairé explicite pour procéder à l'étude de vos attitudes, vos opinions et expériences par rapport au système de santé notamment en relation avec le FBR. Cette étude est menée par une équipe de chercheurs de l'Université de Heidelberg en Allemagne et d'AGIR. Ensemble, nous cherchons mieux comprendre si et comment le projet « Financement basé sur les résultats (FBR) » a eu un impact sur votre formation sanitaire. Nous espérons que notre étude pourra inspirer le politique et aider à améliorer les expériences des familles en quête de soins dans les formations sanitaires partout au Burkina Faso.

Ce serait un plaisir de nous adresser à vous si vous acceptez prendre part à cette étude. Les données seront stockées dans une base de données protégée par un mot de passe. Nous discuterons du contenu des réponses que vous fournirez uniquement avec des personnes impliquées dans cette étude et nous ne dévoilerons jamais votre identité. La base de données contenant les informations pertinentes à vos réponses ne sera utilisée qu'à des fins de recherche. Ce que vous direz sera enregistré et transcrit afin que notre équipe de recherche puisse apprendre de vos expériences. Les données seront détruites après 5 ans.

La participation à cette étude est volontaire. Vous avez le droit de refuser d'être interviewé ou de répondre à certaines questions. La participation à l'étude ne comporte aucun risque direct ou ne vous donne droit à aucun avantage direct. Vous n'encourez aucune conséquence si vous décidez de ne pas participer à cette étude. Nous estimons que cet entretien va durer environ 60 minutes.

Si vous avez des questions spécifiques, n'ayez pas peur de me les poser. Je serai heureux de vous les répondre. Si vous avez besoin de plus amples informations relatives à la présente étude, veuillez prendre attache avec la coordinatrice de l'étude, Julia Lohmann (55 62 09 64 ; julia.lohmann@uni-heidelberg.de). Je vous remercie.

Fiche de renseignements pour les entretiens approfondies au niveau central, régional, et district

Titre de l'étude

« Recherche qualitative pour l'explication des résultats quantitatifs concernant le projet pilote du Financement basé sur les résultats au Burkina Faso »

Equipe de l'étude

Manuela De Allegri, Julia Lohmann & Jean-Louis Kouliadiati, Université de Heidelberg,
Allemagne
Paul-André Somé, Nanebor Consult

Nous vous remercions beaucoup de la considération que vous nous accordez en prenant part à cette étude. Avant de commencer, nous aimerions vous présenter l'objectif de cette étude, l'objet et l'utilisation de l'information que nous recueillerons afin d'obtenir votre consentement éclairé explicite pour procéder à l'étude de vos attitudes, vos opinions et expériences par rapport au système de santé notamment en relation avec le FBR. Cette étude est menée par une équipe de chercheurs de l'Université de Heidelberg en Allemagne et de Nanebor Consult. Ensemble, nous cherchons mieux comprendre si et comment le projet « Financement basé sur les résultats (FBR) » a eu un impact sur la prestation des soins et l'accessibilité des soins au Burkina Faso. Nous espérons que notre étude pourra inspirer le politique et aider à améliorer les expériences du FBR dans l'avenir.

Ce serait un plaisir de nous adresser à vous si vous acceptez prendre part à cette étude. Les données seront stockées dans une base de données protégée par un mot de passe. Nous discuterons du contenu des réponses que vous fournirez uniquement avec des personnes impliquées dans cette étude et nous ne dévoilerons jamais votre identité. La base de données contenant les informations pertinentes à vos réponses ne sera utilisée qu'à des fins de recherche. Ce que vous direz sera enregistré et transcrit afin que notre équipe de recherche puisse apprendre de vos expériences. Les données seront détruites après 5 ans.

La participation à cette étude est volontaire. Vous avez le droit de refuser d'être interviewé ou de répondre à certaines questions. La participation à l'étude ne comporte aucun risque direct ou ne vous donne droit à aucun avantage direct. Vous n'encourez aucune conséquence si vous décidez de ne pas participer à cette étude. Nous estimons que cet entretien va durer environ 60 minutes.

Si vous avez des questions spécifiques, n'ayez pas peur de me les poser. Je serai heureux de vous les répondre. Si vous avez besoin de plus amples informations relatives à la présente étude, veuillez prendre attache avec la coordinatrice de l'étude, Julia Lohmann (55 62 09 64 ; julia.lohmann@uni-heidelberg.de). Je vous remercie.

Fiche de renseignements pour les entretiens approfondies

Titre de l'étude

« Recherche qualitative pour l'explication des résultats quantitatifs concernant le projet pilote du Financement basé sur les résultats au Burkina Faso »

Equipe de l'étude

Manuela De Allegri, Julia Lohmann & Jean-Louis Koulidiati, Université de Heidelberg,
Allemagne

Paul-André Somé, Nanebor Consult

Nous vous remercions beaucoup de la considération que vous nous accordez en prenant part à cette étude. Avant de commencer, nous aimerions vous présenter l'objectif de cette étude, l'objet et l'utilisation de l'information que nous recueillerons afin d'obtenir votre consentement éclairé explicite pour procéder à l'étude de vos attitudes, vos opinions et expériences par rapport au système de santé notamment en relation avec le FBR. Cette étude est menée par une équipe de chercheurs de l'Université de Heidelberg en Allemagne et de Nanebor Consult. Ensemble, nous cherchons mieux comprendre si et comment le projet « Financement basé sur les résultats (FBR) » a eu un impact sur votre formation sanitaire. Nous espérons que notre étude pourra inspirer le politique et leur aider à vous aider dans l'amélioration de votre performance et conditions de travail.

Ce serait un plaisir de nous adresser à vous si vous acceptez prendre part à cette étude. Les données seront stockées dans une base de données protégée par un mot de passe. Nous discuterons du contenu des réponses que vous fournirez uniquement avec des personnes impliquées dans cette étude et nous ne dévoilerons jamais votre identité. La base de données contenant les informations pertinentes à vos réponses ne sera utilisée qu'à des fins de recherche. Ce que vous direz sera enregistré et transcrit afin que notre équipe de recherche puisse apprendre de vos expériences. Les données seront détruites après 5 ans.

La participation à cette étude est volontaire. Vous avez le droit de refuser d'être interviewé ou de répondre à certaines questions. La participation à l'étude ne comporte aucun risque direct ou ne vous donne droit à aucun avantage direct. Vous n'encourez aucune conséquence si vous décidez de ne pas participer à cette étude. Nous estimons que cet entretien va durer environ 60 minutes.

Si vous avez des questions spécifiques, n'ayez pas peur de me les poser. Je serai heureux de vous les répondre. Si vous avez besoin de plus amples informations relatives à la présente étude, veuillez prendre attache avec le coordonnateur de l'étude, Paul-André Somé (75 20 90 20 / 78 95 85 85). Je vous remercie.

Fiche de renseignements pour les discussions en groupe

Titre de l'étude

« Recherche qualitative pour l'explication des résultats quantitatifs concernant le projet pilote du Financement basé sur les résultats au Burkina Faso »

Equipe de l'étude

Manuela De Allegri, Julia Lohmann & Jean-Louis Koulidiati, Université de Heidelberg,
Allemagne

Paul-André Somé, Nanebor Consult

Nous vous remercions beaucoup de la considération que vous nous accordez en prenant part à cette étude. Avant de commencer, nous aimerions vous présenter l'objectif de cette étude, l'objet et l'utilisation de l'information que nous recueillerons afin d'obtenir votre consentement éclairé explicite pour procéder à l'étude de vos attitudes, vos opinions et expériences par rapport au système de santé. Cette étude est menée par une équipe de chercheurs de l'Université de Heidelberg en Allemagne et de Nanebor Consult. Ensemble, nous cherchons mieux comprendre si vous avez vu des changements dans les services de santé dans votre formation sanitaire et dans l'accessibilité des soins à votre communauté au cours des dernières années. Nous voudrions également comprendre si ces changements étaient liés de quelque façon au projet « Financement basé sur les résultats (FBR) ». Nous espérons que notre étude pourra inspirer le politique et leur aider à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins à votre disposition.

Ce serait un plaisir de nous adresser à vous si vous acceptez prendre part à cette étude. Les données seront stockées dans une base de données protégée par un mot de passe. Nous discuterons du contenu des réponses que vous fournirez uniquement avec des personnes impliquées dans cette étude et nous ne dévoilerons jamais votre identité. La base de données contenant les informations pertinentes à vos réponses ne sera utilisée qu'à des fins de recherche. Ce que vous direz sera enregistré et transcrit afin que notre équipe de recherche puisse apprendre de vos expériences. Les données seront détruites après 5 ans.

La participation à cette étude est volontaire. Vous avez le droit de refuser d'être interviewé ou de répondre à certaines questions. La participation à l'étude ne comporte aucun risque direct ou ne vous donne droit à aucun avantage direct. Vous n'encourez aucune conséquence si vous décidez de ne pas participer à cette étude. Nous estimons que cette discussion va durer environ 90 minutes.

Si vous avez des questions spécifiques, n'ayez pas peur de me les poser. Je serai heureux de vous les répondre. Si vous avez besoin de plus amples informations relatives à la présente étude, veuillez prendre attache avec le coordonnateur de l'étude, Paul-André Somé (75 20 90 20 / 78 95 85 85). Je vous remercie.

Guide d'entretiens avec les membres du Service Technique

(en groupes de 2-3)

Caractéristiques des répondants

Nom:

Sexe:

Formation / cadre:

Membre de ST depuis :

Années de service :

Expérience professionnelle antérieure:

Nom:

Sexe:

Formation / cadre:

Membre de ST depuis:

Années de service:

Expérience professionnelle antérieure:

Nom:

Sexe:

Formation / cadre:

Membre de ST depuis:

Années de service:

Expérience professionnelle antérieure:

Introduction

- Merci
- Introduction de l'enquêteur
- Expliquer l'objectif
 - Apporter à l'explication de l'étude quanti
 - Focaliser moins sur les défis que nous avons déjà assez discuté, mais plutôt
 - Réactions à l'introduction du FBR
 - Prise de décision si et comment utiliser le FBR pour améliorer la prestation des soins
 - Réalisation des améliorations, y compris traitement des différents défis
- Focus sur la période d'évaluation d'impact
- Y a-t-il d'autres questions ?

Expériences avec le FBR

1. Pourrais-je vous demander de décrire votre rôle exact dans le ST au cours de la réalisation du FBR (quand avez-vous commencé, tâches, etc.) ?
2. Comment avez-vous fait connaissance avec le FBR pour la première fois ? Qu'est-ce que vous avez entendu ? Qu'avez compris sur l'objectif du FBR ? (explorer : dans quel contexte, par qui, comment; compréhension du FBR en tant que réforme du système de santé)
3. Quelles ont été vos premières impressions ? Quelles étaient vos attentes vis-à-vis du FBR ? (explorer : adaptation au système et aux structures actuels; leadership, approbation, promotion, appropriation; complexité de l'intervention - compréhension; synergies / conflits d'intérêts ; attentes pour vous, pour le système de santé, pour les prestataires)
4. Comment et qu'est-ce que vous avez appris sur le FBR depuis le début ? (explorer : formations, dans la pratique, etc., la perception de la compétence au cours du temps; la compréhension de la fonction et du fonctionnement du FBR)
5. En rétrospective, dans quelle mesure vos attentes ont-elles été satisfaites ?
 - a. Comment ? Pourquoi pas ?
 - b. Qu'est-ce qui vous a surpris ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous n'a pas surpris ? Pourquoi pas ?
6. Quels ont été les principaux défis auxquels vous/le Service Technique avez été confrontés en ce qui concerne la réalisation du FBR ? Comment les avez-vous adressés ?

Expériences des autres partis prenantes à haute niveau avec le FBR

8. Comment est-ce que le FBR a été présenté aux autres acteurs clés du ministère de la santé, des régions et des districts ?
 - a. Quelles activités clés ont eu lieu ? Qui a promu le FBR ? Qui a fait l'inverse ?
 - b. Comment est-ce que le FBR a été introduit ? Quel message a été passé ? (explorer : langue, objectifs, fonctionnement en pratique)
 - c. Comment a-t-il été reçu ? (explorer : intégration au système et aux structures existants, priorité par rapport aux autres programmes)

- d. Quelles attentes le FBR a-t-il généré ? (explorer : sur l'impact sur l'utilisation et la qualité, l'équité, l'amélioration du système de santé)
- e. Dans quelle mesure leurs attentes ont-elles été satisfaites ? Qu'est-ce que les divergences ont provoqué ?
- f. Comment le FBR a-t-il influencé la prise de décision au niveau national, régional et du district ? Quelles sortes de décisions ?
- g. Quelles sont les principales opportunités et défis perçus par les parties prenantes en ce qui concerne le FBR ? Comment ont-ils adressé ces défis ?
- h. Comment les perceptions, les attentes et les opinions ont-elles changé au cours du temps ?

Introduction du FBR au niveau des formations sanitaires / communautés

Je voudrais maintenant parler plus en détail de comment le FBR a fonctionné au niveau des formations sanitaires et des communautés pour comprendre mieux pourquoi le programme a été ou n'a pas été capable de changer la qualité et l'utilisation des services de santé.

- 9. Comment le FBR a-t-il été introduit dans les formations sanitaires ?
 - a. Quelles activités ont eu lieu ? Qui a promu le FBR ? Comment ? Qui a fait l'inverse ?
 - b. Comment est-ce que le FBR a été introduit ? Quel message a été passé ? (explorer : langue, objectifs, fonctionnement en pratique)
 - c. Comment le programme a-t-il été initialement reçu ? (explorer : intégration au système et aux structures actuels, priorité par rapport aux autres programmes)
 - d. Quelles étaient les attentes vis-à-vis du FBR ?
 - e. Dans quelle mesure les attentes ont-elles été satisfaites ?

- 10. Au niveau communautaire, comment le FBR a-t-il été introduit ?
 - a. Quelles activités ont eu lieu ? Qui a promu le FBR ? Comment ? Qui a fait l'inverse ?
 - b. Comment est-ce que le FBR a été introduit ? Quel message a été passé ? (explorer : langue, objectifs, fonctionnement en pratique)
 - c. Comment le ciblage a-t-il été introduit ? Quel message a été passé ? (explorer : langue, objectifs, fonctionnement en pratique)
 - d. Comment a-t-il été initialement reçu ?
 - e. Quelles étaient les attentes vis-à-vis du FBR ?
 - f. Dans quelle mesure vos attentes ont-elles été satisfaites ?

Changements de qualité et d'utilisation des services de santé

Nous avons déjà beaucoup entendu parler des différents défis, par exemple les retards de paiement, la signature des contrats, etc., et des facteurs contextuels, par ex les médicament, ressources humaines, autres interventions, la gratuité, etc. On a également entendu parler des réactions différentes des formations sanitaires vis-à-vis du FBR et qu'il y avait des variations dans la gestion des divers défis. Nous aimerions mieux comprendre pourquoi et comment certaines formations sanitaires ont réussi à effectuer des changements et pourquoi d'autres n'ont pas réussi. Dans votre travail avec le Service Technique, je suis sûr que vous avez rencontré des formations sanitaires des deux types.

Qualité des soins

11. Je voudrais d'abord parler de la qualité des soins et vous demander de penser à deux cas : Une formation sanitaire qui a réussi à se transformer et une formation sanitaire qui n'a pas. A quelles formations sanitaires pensez-vous ? Nous garderons les noms confidentiels, bien sûr.
12. Pourquoi la formation X n'a-t-elle pas beaucoup progressé à votre avis ? Qu'est-ce que la formation Y a fait différemment ?

Explorer pour tout qui suit

- *Différences entre X et Y*
 - *Inputs, procès (revue document vs réalité), aspects de qualité interpersonnels*
- a. Où est-ce que les formations sanitaires ont perçus des besoin d'amélioration ? (Solliciter un jugement sur les indicateurs par rapport aux besoins perçus, au contexte, etc.)
 - b. Quelles étaient les attentes des formations sanitaires vis-à-vis du FBR à cet égard ? Comment ont-ils essayé de combler ces écarts en utilisant le FBR ?
 - i. Y a-t-il eu un processus stratégique au niveau de formations sanitaires pour décider quoi et comment s'améliorer ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi pas ? (explorer : compréhension du FBR, capacité de gestion, intégration dans les systèmes actuels, synergies / conflits d'intérêts, accent sur la qualité par rapport à la quantité, rôle des prix, low or high-hanging fruit)
 - ii. Comment les formations sanitaires ont-ils décidé comment utiliser dépenser leur argent FBR (avant et après l'introduction du plafond) ? Comment ont-ils priorisé ? Quel rôle les indicateurs du FBR ont-ils joué dans ces décisions ? (explorer : la compréhension du FBR; la capacité de gestion stratégique; l'intégration dans les systèmes actuels; synergies / conflits d'intérêts)
 - iii. Comment les formations sanitaires ont-ils amélioré la qualité ? Qu'est qu'ils ont fait exactement ? Avec quel succès ?
 - iv. Quel rôle a joué la vérification ?
 - v. Comment les formations sanitaires ont-elles géré les différents défis opérationnelles et contextuelles ? (par ex délais de paiement, médicaments) (par ex fer en T2 et T3)
 - vi. Pourquoi est-ce qu'il y avait pas plus d'amélioration, en particulier sur les indicateurs de qualité qui ne nécessitent pas de matériel (par ex les signes de danger de la PCIME) ?

- vii. Fait intéressant, nous constatons une tendance négative en ce qui concerne la qualité perçue des soins dans les formations sanitaires FBR. Pourquoi pensez-vous cela est le cas ? (explorer : introduction du FBR au niveau communautaire; décalage des attentes et des perceptions; priorité inférieure des aspects non cliniques des soins)
- c. Quel était votre rôle en tant que consultant technique ? Quel était le rôle du district ? Quel était le rôle des autres unités du ministère ? Quel était le rôle des autres projets ? (explorer : leadership, promotion ; complexité de l'intervention - compréhension; synergies / conflits d'intérêts)
- d. Comment les choses ont-elles évolué au cours du temps?
- e. Les améliorations peuvent-elles vraiment être attribuées au FBR ou les améliorations reflètent-elles plutôt une tendance positive générale ? (ou d'autres interventions ?)

Utilisation des soins

- 13. Je voudrais maintenant parler de l'utilisation des services de santé. A nouveau, je voudrais vous demander de penser à deux formations sanitaires et à leurs communautés, une qui a réussi à faire des progrès et une qui n'a pas réussi. Celles-ci peuvent être les mêmes qu'avant ou d'autres. A quelles formations sanitaires pensez-vous ? Nous garderons les noms confidentiels, bien sûr.
- 14. Pourquoi la formation sanitaire X n'a-t-elle pas beaucoup progressé à votre avis ? Qu'est-ce que la formation sanitaire Y a fait différemment ?

Explorer pour tout qui suit

- *Différences entre X et Y*
- *Développement général des quantités de services / équité*
- a. Où est-ce que les formations sanitaires ont vu un besoin et une possibilité d'amélioration ? (explorer : être payé pour la quantité en général, capacité perçue d'influencer l'utilisation, indicateurs en relation avec le besoin ressenti, le contexte, le rôle des ASBC)
- b. Quelles étaient les attentes des formations sanitaires vis-à-vis du FBR à cet égard ?
- c. Dans quelle mesure les formations sanitaires ont-ils décidé de participer activement à l'augmentation de l'utilisation en utilisant le FBR ? Comment ? Pourquoi pas ?
 - i. Y a-t-il eu des décisions stratégiques ? Si oui, lesquelles? Si non, pourquoi pas ? (explorer : rôle des prix; doubles récompenses; low and high hanging fruit; priorisation de la qualité par rapport à la quantité; capacité de gestion)
 - ii. Quel rôle les communautés ont-elles joué ? (explorer : besoin ressenti; connaissances et perceptions du FBR; "coopération"; rôle des ASBC; impact du ciblage)
 - iii. Qu'est-ce qui s'est passé quand la gratuité a été introduite ? Comment les agents de santé ont-ils réagi ? Comment les communautés ont-elles réagi ? Comment les deux programmes ont-ils interagi ? (explorer en particulier pour les services maternelles; changement dans l'importance perçue, double message, double récompense)
- d. La composante d'équité était une composante importante du programme, mais nous ne voyons pas beaucoup d'effet sur l'utilisation des services parmi les pauvres dans l'évaluation de l'impact. Pourquoi ?

- i. Leur demander d'expliquer à nouveau l'historique des indicateurs et prix.
 - ii. Comment les formations sanitaires ont-ils réagi au processus de randomisation ? (explorer : les attentes vs la réalité)
 - iii. Comment les formations sanitaires ont-ils réagi au processus de ciblage des indigents ? Comment ont-ils réagi aux patients indigents qui se sont présentés pour des services ? (explorer : les attentes par rapport à la réalité; les moyens de gérer les délais de paiement; les prix)
 - iv. Comment les communautés ont-elles réagi au processus de ciblage des indigents ? Comment ont-elles réagi aux réactions des formations sanitaires aux indigents ? (explorer les attentes par rapport à la réalité ; les retards dans la réception des cartes, paiements)
 - v. Comment l'introduction des mutuelles s'est passé ? Comment les communautés ont-elles réagi ? Comment les formations sanitaires ont-ils réagi ?
- e. Quel était votre rôle en tant que consultant technique ? Quel était le rôle du district ? Quel était le rôle des autres unités du ministère ? Quel était le rôle des autres projets ? (explorer : leadership, promotion ; complexité de l'intervention – compréhension ; préparation (SONU); synergies contre conflits d'intérêts)
- f. Comment les choses ont-elles évolué au cours du temps ?

Les améliorations peuvent-elles vraiment être attribuées au FBR ou les améliorations reflètent-elles plutôt une tendance positive générale ? (ou d'autres interventions ?)

Conclusion

15. Pour conclure, en prenant compte de trois ou quatre années de réalisation, quelles leçons retenez-vous ?
- a. Qu'est-ce que le FBR a réussi à réaliser ? Qu'est-ce qu'il n'a pas ? (Explorer : aspects techniques et non-techniques, par ex l'idée de l'achat stratégique, sensibilisation à la performance, sensibilisation aux problèmes d'équité, capacité de gestion)
 - b. Quels ont été les principaux facteurs de réussite ?
 - c. En rétrospective, qu'est-ce que vous auriez fait différemment ? (Explorer au-delà des défis de mise en œuvre connus : intégration dans les systèmes actuels, soutien des acteurs clés, pérennité, le design, la complexité du design en tant que barrière, etc.)
16. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez dire et dont nous n'avons pas encore parlé ?

Guide d'entretiens avec les ACV

Caractéristiques du répondant

Région :

Districts intervention :

Nom :

ACV de ... à :

Position actuelle, depuis :

Sexe:

Formation / cadre:

Années d'expérience professionnelle :

Expérience professionnelle antérieure :

1. Premier contact avec le FBR
 - a. Dans quel contexte, par qui, comment
 - b. Quoi entendu / compris (→ compréhension du FBR en tant que réforme du système de santé)
 - c. Evolution de la compréhension au cours du temps
2. Premières impressions et attentes du FBR
 - d. Améliorations de la qualité des et de l'accès aux service de santé
 - e. Adaptabilité au système et aux structures actuels → réaliste dans le contexte
 - f. Synergies / conflits d'intérêts avec d'autres politiques/reformes/projets
 - g. Pérennité
 - h. Evolution des attentes au cours du temps
3. Rôle exact du répondant au cours de la réalisation du FBR ; demander à décrire les activités etc.
4. Contraster cas positif vs cas négatif : Qu'est-ce qu'ils ont fait différemment ? (Qualité, quantité)
 - i. Exemples concrètes
 - ii. Stratégies innovatrices
 - i. En général
 - ii. Pour gérer les plus grands défis
 - iii. Votre rôle en tant qu'ACV ? Stratégies innovatrices ?
 - iv. Processus de décision stratégique au niveau des formations sanitaires ?
 - v. Accent sur quantité vs qualité ? Accent sur certains indicateurs ? Rôle des prix (par rapport à l'effort) ?
 - vi. Facteurs clés de réussite / échec au niveau FS
 - i. compréhension du FBR
 - ii. intégration dans les systèmes existants
 - iii. capacité de gestion
 - iv. travail en équipe
 - v. COGES
 - vi. réactions des agents à la randomisation
 - vii. réactions des agents et des communautés au ciblage
 - viii. ...
 - vii. Défis au niveau du système, des districts, communautaire
 - i. Retards de paiement
 - ii. Systèmes / structures rigides (-> autonomie ?)
 - iii. Manque de leadership / appropriation
 - iv. ...
 - viii. Rôle d'autres interventions/politiques (→ priorisation, synergies/difficultés)
 - ix. Rôle de la communauté (connaissances du FBR, volonté, perceptions)
 - x. Rôle du district ?
 - xi. Rôle d'autres acteurs ?
5. Principaux défis au niveau des ACV ; stratégies pour les gérer ; succès ?

6. Composante équité

- i. Réaction des différents acteurs à la randomisation (si pas encore abordé)
- ii. Réaction des différents acteurs au ciblage (si pas encore abordé)
- iii. Pourquoi pas beaucoup d'effets sur les pauvres – ou même des effets pires dans le T2 et T3 comparé au T1 ?

8. Interventions concurrentes

- i. Les plus importantes en dehors de la gratuité ?
- ii. Interactions de la gratuité et d'autres interventions avec le FBR ?

9. Conclusion

- iii. Votre résumé par rapport à vos attentes : Qu'est-ce que le FBR a réussi à réaliser ?
Quoi pas ? (probe for why/why not only if really something new)
- iv. Leçons retirés
- v. Quoi faire différemment dans l'avenir ?
- vi. Arrêt du FBR – effets sur la performance des districts et formations sanitaires ?
- vii. Autre chose ?

Guide d'entretiens avec ASMADE

Nom :

Sexe :

Avec ASMADE depuis :

Formation / cadre:

Années d'expérience professionnelle :

Expérience professionnelle antérieure :

1. Rôle au niveau d'ASMADE
2. Expériences avec le déroulement
 - Réhabilitation de l'AMBC à Nouna
 - Nouvelles mutuelles
 - i. Quelles activités ?
 - a. Sur le plan de gestion
 - b. Promotion de l'assurance au niveau communautaire (activités, messages)
 - c. Recherche
 - ii. Design
 - a. Quelles structures ont été créées pour gérer les mutuelles ?
 - b. Primes actuelles – développement avec le temps ?
 - c. Qui est couvert ?
 - d. Qu'est qui est inclus en termes de services ?
 - iii. Comment la relation avec les prestataires de santé est-elle gérée ? Par qui est-elle gérée ? Comment est-ce que les paiements aux prestataires de santé sont gérés ?
 - iv. En dehors de ASMADE, qui a été impliqué, et comment ?
 - a. Les ASBC ont-ils joué un rôle dans la réalisation de l'assurance ?
 - b. Prestataires ? COGES ?

3. Réaction de la communauté
 - i. Est-ce que toutes les communautés ont été touchées par la campagne de communication ? Si non, pourquoi pas ? Qui n'a pas été contacté ?
 - ii. Est-ce que les communautés ont compris la fonction de l'assurance ? Est-ce qu'ils apprécient la fonction de celle-ci ?
 - iii. Quelle a été la réponse en termes d'inscription ?
 - Quel est le taux de l'inscription au moment ? Développement au cours du temps ?
 - Selon vous, quels sont les obstacles et les facilitateurs à l'inscription au niveau communautaire ?
 - Selon vous, qu'est-ce qui empêche des taux d'inscription plus élevés ?
 - iv. Quel est le taux de rétention ? Qu'est-ce qui empêche les gens de se réinscrire les années suivantes ?
 - v. Comment la réponse des communautés ayant une expérience antérieure avec l'AMBC se compare-t-elle à celle des communautés sans expérience ?
 - vi. Les communautés sont-elles satisfaites des soins qu'elles reçoivent dans le cadre du plan d'assurance ? Pourquoi oui ou pourquoi pas ?
4. Réaction des agents de santé
 - i. Est-ce que tous les formations sanitaires ciblés (T4) ont été atteints par l'assurance ?
 - ii. Est-ce que les prestataires de santé ont compris la fonction de l'assurance ? Est-ce qu'ils apprécient celle-ci ?
 - iii. Comment la réponse des formations sanitaires ayant une expérience antérieure avec l'AMBC se compare-t-elle à la réponse des formations sanitaires sans expérience ?
 - iv. Les prestataires ont-ils soutenu ou plutôt bloqué la réalisation des mutuelles ? Comment ? Pourquoi ?
 - v. Les prestataires de santé sont-ils satisfaits des modalités de remboursement ?
5. Réalisation parallèle des mutuelles et du FBR : Comment la mise en place parallèle des deux programmes s'est passé selon vous ?
 - i. L'assurance a-t-elle été active exactement au même moment que le FBR ou est-ce qu'il y avait un décalage entre les deux ?
 - ii. Avez-vous ressenti des synergies entre l'assurance et le FBR ? Si oui, lesquelles ? Quels facteurs contextuels ont contribué à ceci ?
 - iii. Avez-vous rencontré des difficultés pour mettre en place les mutuelles en présence du FBR ? Si oui, lesquelles ? Quels étaient les facteurs contextuels ?
 - iv. Avez-vous constaté que les agents de santé se focalisent ou ignorent certains services / indicateurs achetés par FBR ou par les mutuelles ?
 - v. Selon votre expérience, les communautés sont-elles au courant du programme FBR? Comment est-ce qu'ils perçoivent le programme ?
6. Ciblage des indigents : Qu'est-ce que vous savez de cet élément et comment il a été réalisé ?
 - i. Qui était responsable de cette composante et comment était-elle gérée ?
 - ii. Quel a été votre rôle dans le déploiement de cet élément de ciblage ?
 - iii. Comment est-ce que les indigents ont été identifiés ?
 - iv. Lors du ciblage, quel message leur a été spécifiquement transmis ?
 - v. Est-ce qu'ils ont été offert une inscription (-> choix), ou directement inscrits ?
 - vi. Remboursement par le FBR

- vii. Comment la communauté a-t-elle réagi à cette composante de ciblage ? L'objectif était-il assez clair pour les membres de la communauté ? Est-ce que la communauté était favorable ou défavorable par rapport au ciblage ? Développement au cours du temps
 - viii. Réaction des ASBC
 - ix. Personnellement, comment jugez-vous personnellement cette composante de ciblage ? Est-ce que celle-ci est faisable et intéressant à réaliser ou non ? Pourquoi oui ou pourquoi pas ?
7. Selon vous, quelles ont été les réussites principales et les défis principaux rencontrés dans la réalisation des mutuelles ?
- i. Quelles améliorations l'introduction des mutuelles ont-elles apportées aux prestataires et aux communautés ?
 - ii. Quels facteurs contextuels ont facilité la réalisation de ces améliorations ? (par exemple les structures communautaires)
 - iii. À quels défis la réalisation de l'assurance a-t-elle été confrontée ?
 - iv. Quels facteurs contextuels ont conduit à ces défis ? (par exemple les croyances et les valeurs de la communauté)
 - v. Quelles solutions ont été adoptées pour surmonter ces défis ? Par vous ? Par les communautés ? Par les agents de santé ?
8. Je suppose que parallèlement à réalisation de l'assurance, des interventions supplémentaires ont eu lieu.
- i. Quelles ?
 - ii. Avez-vous l'impression que ces interventions ont interagi avec la réalisation de l'assurance ? Si oui, de quelle manière ?
 - iii. Comment pensez-vous que la gratuité a affecté la réalisation de l'assurance ? Pensez-vous que celle-ci a affecté les taux d'inscription ? Pensez-vous que la gratuité a affecté une tendance à soutenir l'assurance de la part des prestataires de santé ?
9. Continuation / pérennité des mutuelles actuelles ? Indigents avec l'arrêt du FBR ? Facteurs clés ?
10. À la fin de notre entretien, est-ce qu'il y a quelque chose dont nous n'avons pas discuté et que vous aimeriez adresser ? Est-ce qu'il y a quelque chose que nous devrions savoir pour mieux informer les décideurs politiques dans la région ?

Guide d'entretiens individuel avec les gestionnaires des mutuelles

Le tableau doit être rempli sur le terrain et doit apparaître sur la partie supérieure de la transcription	
Détails de l'entrevue	
Date (jj/mm/aaaa)	
Nom de l'enquêteur	
Région	
District	
Commune / mutuelle	
Formations sanitaires couvertes par la mutuelle	
Caractéristiques du répondant	
Sexe	
Âge	
Gestionnaire de la mutuelle depuis	
Formation professionnelle	
Années d'expérience professionnelle	
Expérience professionnelle antérieure	

1. Je voudrais discuter de votre rôle d'agent / gestionnaire de la mutuelle de [NOM de la COMMUNE].

- a. Pouvez-vous me dire quel a été votre rôle et votre fonction dans la réalisation de la mutuelle ?
- b. Comment et par qui avez-vous été recruté comme agent / gestionnaire de la mutuelle?
- c. Avez-vous reçu une formation spécifique ? Par qui ?
- d. À qui faites-vous rapport ? Comment ?
- e. Avez-vous du personnel / des volontaires qui travaillent avec vous ?
- f. Quelles sont vos activités quotidiennes en tant que gestionnaire de la mutuelle?
- g. Avez-vous des contacts directs avec les agents de santé et les équipes de gestion des formations sanitaires et, si oui, dans quels cadres ?

Relances générales

1. Pouvez-vous me donner un exemple?
2. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
3. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
4. Que voulez-vous dire par ...?
5. *Restant silencieux, hochant la tête*

2. Je voudrais comprendre mieux comment la mutuelle a été déroulée. Pouvez-vous me décrire comment la mutuelle a été établie exactement ? Quels ont été les différents activités ?

- a. Quand la mutuelle a-t-elle été établie et fonctionnelle ici à [NOM de la commune] ?
- b. Par qui?
- c. Comment la mutuelle a-t-elle été promu dans la communauté ? En utilisant quels voies et moyens de communication ? Et en utilisant quels messages ? Comment est-ce qu'elle a été décrit à la communauté ?
- d. Quelles structures ont été établies pour gérer la mutuelle ?
- e. Quelles structures vous appuient et comment ?
- f. Quelle est la cotisation ?
- g. Qu'est-ce qui est inclus dans le paquet de bénéfices ?
- h. Comment la relation avec les formations sanitaires est géré ? Par qui ? Comment est-ce que les paiements aux prestataires sont gérés ?
- i. Les agents de santé communautaires (ASBC) ont-ils joué un rôle dans la réalisation de la mutuelle ? Si oui, lequel ?

- j. En termes de finances, ça va bien, ou y a-t-il des difficultés ? La mutuelle peut-elle payer toutes les réclamations avec les cotisations reçues des mutualistes ? Si des difficultés, lesquelles et pourquoi ?

3. Selon vous, quelle a été la réponse de la communauté à l'introduction de la mutuelle ?

- a. Est-ce que toutes la population de la commune a été touchées par la campagne de communication ? Si non, pourquoi pas ? Qui n'a pas été contacté ?
- b. Est-ce que les gens ont compris la fonction de la mutuelle ? Est-ce qu'ils apprécient sa fonction ?
- c. Quelle a été la réponse en termes d'inscription ? Quel est le taux de penetration chez vous ? Selon vous, quels sont les obstacles et les facilitateurs à l'inscription au niveau communautaire ? Selon vous, qu'est-ce qui empêche des taux de penetration plus élevés ?
- d. Quel est le taux de rétention / re-inscription ? Qu'est-ce qui empêche les gens de se réinscrire les années suivantes ?
- e. Les mutuellistes sont-ils satisfait des services qu'ils recoivent ? Pourquoi oui ou pourquoi pas ?
- f. Selon ma connaissance, au départ, seulement les personnes résidant dans l'aire sanitaire de [NOM de la FS] pouvaient s'inscrire, mais l'inscription a été ouverte à toute la population plus tard. Vous rappelez-vous quand l'ouverture a été autorisée exactement ? Par qui ?
- g. Comment la communauté a-t-elle réagi à cette limitation initiale ? At-il affecté leur comportement en terme de recherche des soins de quelque manière ? Comment les choses ont-elles changé avec l'ouverture de la mutuelle à tout le monde ?

Relances générales

6. Pouvez-vous me donner un exemple?
7. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
8. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
9. Que voulez-vous dire par ...?
10. *Restant silencieux, hochant la tête*

4. Selon vous, quelle a été la réponse des agents de santé à l'introduction (a Nouna : la réhabilitation) de la mutuelle (de l'AMBC) ?

- a. Est-ce que les agents de santé ont compris la fonction de la mutuelle ? Est-ce qu'ils l'apprécient ?
- b. Les agents de santé ont-ils soutenu ou gêné la mise en place de la mutuelle ? Comment et pourquoi ?

c. Les agents de santé sont-ils satisfaits des modalités et procédures de remboursement ? Si non, pourquoi pas ?

Relances générales

- 11. Pouvez-vous me donner un exemple?
- 12. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
- 13. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
- 14. Que voulez-vous dire par ...?
- 15. *Restant silencieux, hochant la tête*

5. La mutuelle a été mise en place parallèlement à l'introduction du programme FBR.

a. Etes-vous au courant du FBR ? Si oui, qu'en savez-vous ?

S'il y a un certain niveau de connaissance :

b. Comment décririez-vous et jugeriez-vous la mise en place parallèle des deux programmes ?

c. Avez-vous ressenti des synergies entre la mutuelle et le FBR ? Si oui, lesquelles ? Quels facteurs ont contribué à ceci ?

d. Avez-vous rencontré des difficultés ? Si oui, lesquelles ? Quels facteurs ont contribué à ceci ?

e. Avez-vous constaté que les agents de santé se focalisent ou ignorent certains services achetés par FBR ou par la mutuelle ?

f. Selon votre expérience, la communauté est-elle au courant du programme FBR ? Comment est-ce qu'ils perçoivent le programme ?

6. L'introduction de la mutuelle impliquait également un ciblage / sélection d'indigents.

a. Qu'est-ce que vous savez de cet élément et comment il a été réalisé ?

b. Quand est-ce que la sélection des indigents a eu lieu dans votre commune ?

c. Qui était responsable de la sélection et comment était-elle gérée ?

d. Quel a été votre rôle dans la sélection des indigents ?

e. Comment est-ce que les indigents ont été identifiés ?

f. Est-ce que les indigents sélectionnés ont été automatiquement inscrits, ou ont-ils dû s'activer à inscrire ? Quel message leur a été passé ?

g. Comment la communauté a-t-elle réagi à ce ciblage d'indigents ? L'objectif était-il assez clair pour les membres de la communauté ? Est-ce qu'ils sont plutôt favorables ou défavorables par rapport au ciblage ?

h. Quel était la réaction des agents de santé communautaires ?

i. Personnellement, comment jugez-vous ce ciblage d'indigents ? Est-ce que c'est faisable et intéressant à réaliser ou non ? Pourquoi oui ou pourquoi pas ?

7. Selon vous, quelles ont été les réussites principales et les défis principaux rencontrés dans la mise en place de la mutuelle ?

a. Quelles améliorations les mutuelles ont-elles apportées aux agents de santé ou à la communauté ?

b. Quels facteurs contextuels ont facilité la réalisation de ces améliorations ? (par exemple les structures communautaires)

c. À quels défis la réalisation de la mutuelle a-t-elle été confrontée ? Quels facteurs contextuels ont conduit à ces défis ? (par exemple les croyances et les valeurs de la communauté)

d. Quelles solutions avez-vous adoptées pour surmonter ces défis ?

8. Je suppose que parallèlement à la mise en place de la mutuelle, d'autres interventions ont eu lieu.

a. Pourriez-vous nommer les plus importantes ?

b. Avez-vous l'impression que ces interventions ont interagi avec la réalisation de la mutuelle ? Si oui, de quelle manière ?

c. Comment pensez-vous que la politique de gratuité introduit en 2016 a affecté la mutuelle ? Pensez-vous qu'elle a affecté l'inscription ? Pensez-vous qu'elle a changé d'une manière le soutien de la mutuelle par les agents de santé ?

Relances générales

16. Pouvez-vous me donner un exemple ?

17. Pourquoi ? Pourquoi pas ?

18. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ?

19. Que voulez-vous dire par ... ?

20. *Restant silencieux, hochant la tête*

9. Que pensez-vous de l'avenir de la mutuelle ? Est-elle durable ? Si non, pourquoi et quoi devrait être changé ?
10. À la fin de notre entretien, est-ce qu'il y a quelque chose dont nous n'avons pas discuté et que vous aimeriez adresser ? Est-ce qu'il y a quelque chose que nous devrions savoir pour mieux informer les décideurs politiques ?

Guide d'entretiens PADS

Caractéristiques des répondants

Nom:

Sexe:

Formation / cadre:

Membre du PADS depuis :

En charge du FBR depuis :

Années de service :

Expérience professionnelle antérieure:

Nom:

Sexe:

Formation / cadre:

Membre du PADS depuis :

En charge du FBR depuis :

Années de service :

Expérience professionnelle antérieure:

Nom:

Sexe:

Formation / cadre:

Membre du PADS depuis :

En charge du FBR depuis :

Années de service :

Expérience professionnelle antérieure:

Guide d'entrevue

1. Rôle exact au niveau du PADS au cours de la réalisation du FBR
2. Premier contact avec le FBR
 - a. Dans quel contexte, par qui, comment
 - b. Quoi entendu (→ quel message a été passé ?)
 - c. Quoi compris (→ compréhension du FBR en tant que réforme du système de santé ; fonctionnement pratique)
 - d. Evolution de la compréhension au cours du temps
3. Premières impressions et attentes du FBR
 - a. Améliorations de la qualité des et de l'accès aux service de santé
 - b. Adaptabilité au système et aux structures actuels
 - c. Synergies / conflits d'intérêts avec d'autre politiques/reformes/projets
 - d. Pérennité
 - e. Evolution des attentes au cours du temps
4. Satisfaction des attentes en rétrospective
 - a. Qu'est-ce que le FBR a réussi à réaliser ? Quoi pas ? (→ aspect technique et non-technique)
 - b. Principaux facteurs de réussite
 - c. Principaux obstacles
 - d. Des surprises ?
 - e. Qualité des soins
 - f. Utilisation des soins
 - g. Equité
5. Activités du PADS dans la mise en œuvre du FBR (→ leadership, promotion ?)
 - a. Demander encore comment le mouvement de l'argent était organisé
 - b. Autres ?
6. Défis au niveau du PADS dans la mise en œuvre du FBR
 - a. Quels ? (→ retards de paiement) Conséquences ?
 - b. Qu'est-ce qu'ils ont fait pour les adresser ? Avec quel succès ?
 - c. Introduction de la gratuité
 - d. Rôle du ST / régions / districts / autres directions au sein du ministère
7. Autres partis prenant au niveau national / régional / district
 - a. Leadership, promotion (→ qui ? comment ?)
 - b. Compréhension du FBR
 - c. Appropriation (→ synergies/conflits d'intérêt)
 - d. Influence sur la mentalité des acteurs ? (→ idée de l'achat stratégique/accent sur la performance, sensibilisation aux problèmes d'équité)
 - e. Influence prise de décisions / capacité de gestion / leadership au niveau national / régional / district ?
8. Continuation du projet
 - a. Situation actuel (budget de transition)
9. Conclusion
 - a. Leçons retirés
 - b. Quoi faire différemment dans l'avenir ?
10. Autre chose ?

Guide d'entretiens avec des acteurs clés du ministère

Caractéristiques du répondant

Nom:

Sexe:

Fonction actuelle :

Depuis :

Fonction(s) antérieurs depuis 2013 :

Formation / cadre:

Années d'expérience professionnelle :

Expérience professionnelle antérieure:

1. Premier contact avec le FBR
 - a. Dans quel contexte, par qui, comment
 - b. Quoi compris (→ compréhension du FBR en tant que réforme du système de santé ; fonctionnement pratique)
 - c. Evolution de la compréhension au cours du temps

2. Premières impressions et attentes du FBR
 - a. Améliorations de la qualité des et de l'accès aux service de santé
 - b. Adaptabilité au système et aux structures actuels
 - c. Appropriation parmi les acteurs clés
 - d. Synergies / conflits d'intérêts avec d'autre politiques/reformes/projets
 - e. Pérennité
 - f. Evolution des attentes au cours du temps

3. Votre contact avec le FBR depuis : Quelques implications ? Interventions ?

4. Satisfaction des attentes en rétrospective
 - a. Qu'est-ce que le FBR a réussi à réaliser ? Quoi pas ? (→ aspect technique et non-technique)
 - i. Qualité des soins
 - ii. Utilisation des soins
 - iii. Equité – composante ciblage, assurance maladie
 - iv. Des changements dans la mentalité des acteurs ? (accent sur la performance, idée d'achat stratégique, responsabilité, initiative/esprit entrepreneurial)
 - v. Influence prise de décisions / capacité de gestion / leadership au niveau national / régional / district ?
 - b. Principaux facteurs de réussite
 - c. Principaux obstacles
 - d. Des surprises ?

5. Autres partis prenant au niveau national / régional / district
 - a. Leadership, promotion (→ qui ? comment ?)
 - b. Compréhension du FBR
 - c. Appropriation (→ synergies/conflits d'intérêt)

8. Conclusion
 - a. Votre jugement personnel du FBR ?
 - b. Leçons retirés
 - c. Arrêt du FBR – conséquences ?

9. Autre chose ?

Guide d'entretiens avec les directeurs régionaux

Caractéristiques du répondant

Région :

Districts intervention :

Nom :

Avec la DRS de ... à :

Position pendant le FBR :

Position actuelle, depuis :

Sexe:

Formation / cadre:

Années de service :

Expérience professionnelle antérieure :

- a. Rôle exact du répondant au niveau du DRS au cours de la réalisation du FBR
- b. Premier contact avec le FBR
 - a. Dans quel contexte, par qui, comment
 - b. Quoi entendu / compris (→ compréhension du FBR en tant que réforme du système de santé ; fonctionnement pratique)
 - c. Passage d'information au reste de l'équipe DRS ; même compréhension ?
 - d. Evolution de la compréhension au cours du temps
- c. Premières impressions et attentes du FBR
 - a. Améliorations de la qualité des et de l'accès aux service de santé
 - b. Adaptabilité au système et aux structures actuels → réaliste dans le contexte
 - c. Synergies / conflits d'intérêts avec d'autre politiques/reformes/projets
 - d. Pérennité
 - e. Les attentes reflètent-ils les attentes du reste de l'équipe de la DRS ?
 - f. Evolution des attentes au cours du temps

- d. Maintenant, pourrais-je vous demander de décrire votre **implication** dans et vos **expériences** avec la mise en œuvre du FBR en tant que direction régionale ?

Probes :

- e. Activités / implications dans la mise en œuvre
- i. Réception d'information du niveau national
 - ii. Votre passage d'information au districts / formations sanitaires (quoi, comment par qui, messages passés etc.)
 - iii. Votre passage d'information aux communautés (quoi, comment par qui, messages passés etc.)
 - iv. Supervision, vérification (→ promotion, leadership)
 - v. Synergies/conflits d'intérêt avec d'autres politiques/projets
 - vi. Stratégies innovatrices ?
- f. Réactions des ECD
- i. Compréhension
 - ii. Attentes - satisfaction
 - iii. Appropriation
 - iv. Leadership, promotion
 - v. Activités
- g. En rétrospective, vos attentes vis-à-vis du FBR ont-ils été satisfaits ?
- i. **Qu'est-ce que le FBR a réussi à réaliser et comment ?**
 - i. Qualité des soins
 - ii. Utilisation des soins
 - iii. Équité
 - ii. Qu'est-ce que le FBR n'a pas réussi à réaliser et pourquoi ?

Probes : (Pour des indicateurs et exemples concrets, voir résultats des districts dans la région)

- i. Exemples concrets
- ii. Stratégies innovatrices
 - i. En général
 - ii. Pour gérer les plus grands défis
- iii. Votre rôle en tant que DRS ? Stratégies innovatrices ?
- iv. Accent sur quantité vs qualité ? Accent sur certains indicateurs ? Rôle des prix (par rapport à l'effort) ?
- v. Facteurs clés de réussite / échec au niveau FS
- vi. Des changements dans la mentalité des acteurs ? (accent sur la performance, responsabilité, initiative/esprit entrepreneurial)
- vii. Influence sur la prise de décisions / capacité de gestion / leadership au niveau national / district ?
- viii. Rôle d'autres interventions/politiques (→ priorisation, synergies/difficultés)
- ix. Rôle de la communauté (connaissances du FBR, volonté, perceptions)
- x. Rôle du district ?
- xi. Rôle d'autres acteurs ?

- h. Principaux défis
 - a. Au niveau de la DRS ?
 - i. Qu'est-ce que vous avez fait pour les adresser au niveau de la DRS ? Avec quel succès ?
 - b. Au niveau des districts, FS, communautés ?
 - i. Qu'est-ce que vous avez fait pour les adresser au niveau de la DRS ? Avec quel succès ?
 - 1. Autonomie au niveau des formations sanitaires
 - 2. Ressources humaines
 - 3. Chaîne d'approvisionnement
 - 4. Retards de paiement (part. T2, T3)
- 8. Composante équité
 - i. Réaction des différents acteurs à la randomisation
 - ii. Réaction des différents acteurs au ciblage
 - iii. Pourquoi pas beaucoup d'effets sur les pauvres – ou même des effets pires dans le T2 et T3 comparé au T1 ?
 - iv. Votre jugement personnel – ciblage et subvention d'indigents une bonne initiative ?
- 9. Interventions concurrentes
 - i. Les plus importantes en dehors de la gratuité ?
 - ii. Interactions de la gratuité et d'autres interventions avec le FBR ?
- 10. Conclusion
 - i. Votre résumé par rapport à vos attentes : Qu'est-ce que le FBR a réussi à réaliser ?
Quoi pas ? (probe for why/why not only if really something new)
 - ii. Votre jugement personnel – FBR une bonne initiative ?
 - iii. Leçons retirés
 - iv. Quoi faire différemment dans l'avenir ?
 - v. Arrêt du FBR – effets sur la performance des districts et formations sanitaires ?
 - vi. Autre chose ?

Guide d'entretiens avec le représentant de l'ECD

Caractéristiques du répondant

District :

Nom :

Avec le district de ... à :

Position entre 2014 et 2017 :

Position actuelle, si différent :

Sexe:

Formation / cadre:

Années d'expérience professionnelle :

Expérience professionnelle antérieure :

Expériences avec le FBR

- a. Pourrais-je vous demander de décrire votre rôle exact dans le district au cours de la réalisation du FBR (quand avez-vous commencé, tâches, etc.) ?
- b. Comment avez-vous fait connaissance avec le FBR pour la première fois ?
 - a. Par qui et comment ?
 - b. Qu'est-ce que vous avez entendu ?
 - c. Est-ce que vous et les autres membres de l'ECD avez eu une formation ? Par qui ?
 - d. Qu'avez compris sur l'objectif du FBR ?
 - e. Est-ce que les autres membres de l'ECD ont la même compréhension du FBR ?
- c. Quelles ont été vos premières impressions ?
 - a. Quelles étaient vos attentes vis-à-vis du FBR ?
 - b. Reflètent-ils les attentes des autres membres de l'ECD ? Si non, quels étaient les attentes d'autres membres de l'ECD ?
- d. Quelles étaient les principaux défis par rapport au FBR au niveau de votre district ? Comment avez-vous adressé ces défis en tant qu'ECD ?
- e. Avez-vous reçu le soutien nécessaire pour bien pouvoir gérer le projet ? Si oui, par qui et quoi exactement ? Si non, quoi manquait ?

Introduction du FBR au niveau des formations sanitaires / communautés

Je voudrais maintenant parler plus en détail de comment le FBR a fonctionné au niveau des formations sanitaires et des communautés pour comprendre mieux pourquoi le programme a été ou n'a pas été capable de changer la qualité et l'utilisation des services de santé.

1. Comment le FBR a-t-il été introduit dans les formations sanitaires ?
 - i. Quelles activités ont eu lieu ? Qui a promu le FBR ? Comment ? Qui a fait l'inverse ?
 - ii. Comment est-ce que le FBR a été introduit ? Qu'est-ce que les agents de santé ont compris en terme de l'idée et l'objectif du FBR ? Est-ce que la compréhension a changé avec le temps, et si oui, pourquoi ?
 - iii. Comment le programme a-t-il été initialement reçu par les agents de santé ? Quelles étaient les attentes vis-à-vis du FBR ?
 - iv. Dans quelle mesure les attentes ont-elles été satisfaites ?
2. Au niveau communautaire, comment le FBR a-t-il été introduit ?
 - i. Quelles activités ont eu lieu ? Qui a promu le FBR ? Comment ? Qui a fait l'inverse ?
 - ii. Comment est-ce que le FBR a été introduit ? Quel message a été passé ? (explorer : langue, objectifs, fonctionnement en pratique)
 - iii. Comment le ciblage des indigents a-t-il été introduit ? Quel message a été passé ?
 - iv. Comment a-t-il été initialement reçu ?

- v. Quelles étaient les attentes vis-à-vis du FBR ?
- vi. Dans quelle mesure les attentes ont-elles été satisfaites ?

Changements de qualité et d'utilisation des services de santé

Nous avons déjà beaucoup entendu parler des différents défis, par exemple les retards de paiement, la signature des contrats, etc., et des facteurs contextuels, par ex les médicament, ressources humaines, autres interventions, la gratuité, etc. On a également entendu parler des réactions différentes des formations sanitaires vis-à-vis du FBR et qu'il y avait des variations dans la gestion des divers défis. Nous aimerions mieux comprendre pourquoi et comment certaines formations sanitaires ont réussi à effectuer des changements et pourquoi d'autres n'ont pas réussi. Je suis sûr que vous avez rencontré des formations sanitaires des deux types dans votre district.

3. Si vous pensez d'une formation sanitaire qui a beaucoup changé et une formation qui n'a pas, qu'est-ce que les deux ont fait différemment ?
 - i. Y a-t-il eu un processus stratégique au niveau des formations sanitaires pour décider quoi et comment s'améliorer ?
 - i. Si oui, lequel ? Si non, pourquoi pas ?
 - ii. Qui a participé dans la prise de décision au niveau des formation sanitaire ? Seulement l'ICP, ou tout le personnel ?
 - iii. Comment ont-ils priorisé ?
 - iv. Quel rôle les indicateurs et les prix d'achat du FBR ont-ils joué dans ces décisions ?
 - v. Est-ce qu'il y a eu une priorisation de la quantité ou la qualité ?
 - ii. Comment les formations sanitaires ont-ils décidé comment dépenser leur argent FBR (avant et après l'introduction des pourcentages fixes) ?
 - iii. Comment les formations sanitaires ont-ils amélioré la qualité ?
 - i. Qu'est qu'ils ont fait exactement ? Avec quel succès ?
 - ii. Avez-vous rencontré des stratégies innovatrices ? Si oui, lesquelles ?
 - iv. Dans quelle mesure les formations sanitaires ont-ils décidé de participer activement à l'augmentation de l'utilisation en utilisant le FBR ? Comment ? Pourquoi pas ?
 - v. Comment les formations sanitaires ont-elles géré les différents défis opérationnelles et contextuelles ? (par ex retards de paiement, médicaments) Avec quel succès ?
 - vi. Quel rôle a joué les ACV et la vérification qualité ?
 - vii. Quel était votre rôle en tant qu'ECD ?
 - viii. Quel était le rôle du COGES ?
 - ix. Comment les choses ont-elles évolué au cours du temps ?
4. La composante d'équité avec la randomisation dans les différent bras d'intervention et le ciblage d'indigents était une composante importante du programme.
 - i. Comment les formations sanitaires ont-ils réagi au processus de randomisation ?

- ii. Comment les formations sanitaires ont-ils réagi au processus de ciblage des indigents ?
 - iii. Comment ont-ils réagi aux patients indigents qui se sont présentés pour des services ? Est-ce qu'ils ont pu facilement prendre en charge ces patients gratuitement ?
 - iv. Comment les communautés ont-elles réagi au processus de ciblage des indigents ? Avez-vous constaté des changements dans leur comportement en termes d'utilisation des services, chez les indigents ainsi que dans la population en général ?
5. Qu'est-ce qui s'est passé quand la gratuité a été introduite ?
- i. Comment les agents de santé ont-ils réagi ?
 - ii. Avez-vous constaté une interaction entre les deux programmes, FBR et gratuité ? Si oui, laquelle ? Est-ce qu'il y a des synergies, et si oui, lesquelles ? Et des défis ?
6. Est-ce que vous avez d'autres intervention majeures dans votre district pendant la mise en œuvre du FBR ?
- i. Si oui, quelles ont été les plus importantes ?
 - ii. Est-ce que vous avez constaté des interactions avec le FBR ? Si oui, lesquelles ?

Conclusion

7. Pour conclure, quelles leçons retenez-vous de 4 années du FBR ?
- i. Qu'est-ce que le FBR a réussi à réaliser ? Qu'est-ce qu'il n'a pas ?
 - ii. Avez-vous constaté des changements dans la mentalité des acteurs ? Si oui, lesquelles ?
 - iii. Quels ont été les principaux facteurs de réussite ?
 - iv. Quels ont été les plus grands défis ?
 - v. En rétrospective, qu'est-ce que vous auriez fait différemment ?
 - vi. Selon vous, quelles seraient les conséquences d'un arrêt du FBR en termes de la performance des formations sanitaires ?
8. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez dire et dont nous n'avons pas encore parlé ?

Guide d'entretiens individuel avec l'ICP

Le tableau doit être rempli sur le terrain et doit apparaître sur la partie supérieure de la transcription	
Détails de l'entrevue	
Date (jj/mm/aaaa)	
Nom de l'enquêteur	
Région	
District	
Formation sanitaire	
Caractéristiques du répondant	
Sexe	
Âge	
Cadre / formation	
En service de santé depuis (aaaa)	
Dans la formation sanitaire depuis (mm/aaaa)	

- Début du FBR : Janvier-Avril 2014
- Introduction de la gratuité : Juin 2016
- Introduction des pourcentages fixes de repartition d'argent : 2016

Introduction

- Remercier le répondant
- Introduction de l'enquêteur
- Expliquer l'objectif
 - Apporter à l'explication de l'étude quanti
 - Comprendre mieux les résultats de l'étude quantitative
 - Nous demandons ses expériences et son avis en tant que responsable et représentant de la FS
- Est-ce qu'il y a d'autres questions avant de commencer ?

Relances générales

1. Pouvez-vous me donner un exemple?
2. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
3. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
4. Que voulez-vous dire par ...?
5. *Restant silencieux, hochant la tête*

Introduction du FBR et attentes

1. Comment est-ce le FBR a été introduit à votre formation sanitaire ? (Vérifier si l'ICP était déjà en poste au début du FBR ; sinon, demander comment et quand FBR leur a été présenté)
 - a. Quelles activités ont eu lieu ? Quel message a été passé ? Par qui ?
 - b. Quelles ont été vos premières impressions du FBR ? Vos collègues à [NOM de la FS] ont-ils eu les mêmes impressions ou pas ? Si non, quelles étaient leurs impressions ?
 - c. Avez-vous reçu une formation ? Par qui ? De quelle sorte ?
 - d. Pourriez-vous résumer brièvement votre compréhension de l'objectif de FBR ?
 - e. Est-ce que votre compréhension du FBR a changé avec le temps ? Comment ? Pourquoi ?
2. Comment avez-vous transmis vos connaissances sur le FBR à vos collègues de la formation sanitaire ? Partagent-ils votre compréhension du FBR ? Si non, quelle est leur compréhension de l'objectif et du fonctionnement ?

3. Au début, quelles étaient vos attentes vis-à-vis du FBR ?
 - a. Pensez-vous et vos collègues que le FBR constituait une réponse / solution aux difficultés de la formation sanitaire ? Quels sont les problèmes et difficultés que le FBR pouvait résoudre et comment ? Quels sont les problèmes et difficultés que le FBR ne pouvait pas résoudre et pourquoi ?
 - b. Comment les membres du personnel, y compris vous-même, espèrent-ils tirer profit du FBR ?

Relances générales

6. Pouvez-vous me donner un exemple ?
7. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
8. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ?
9. Que voulez-vous dire par ?
10. *Restant silencieux, hochant la tête*

Amélioration des services

4. L'objectif principal de FBR était d'encourager une amélioration de la performance de votre formation sanitaire.
 - a. Qu'est-ce que vous et vos collègues pensez de l'ensemble des indicateurs quantité ?
 - b. Qu'est-ce que vous et vos collègues pensez de l'ensemble des indicateurs qualité ?

5. Est-ce que le FBR a changé de quelque manière la pratique quotidienne (**activités courantes, façon de faire, introduction de nouvelles approches**) de votre formation sanitaire ? Si oui, qu'est-ce qui a changé et pourquoi ? Si non, pourquoi pas ?
 - a. Ceux qui travaillent avec vous ont-ils remarqué les mêmes changements ? Comment ont-ils réagi à ces changements ?

6. Dans l'objectif d'accroître la performance de la formation sanitaire, avez-vous travaillé davantage sur la qualité ou sur la quantité, ou sur les deux ? Pourquoi ?
 - a. Comment le choix de cette orientation a été décidé au sein de la formation sanitaire ? (Qui a pris la décision ?)
 - b. Est-ce que cette orientation a évolué au cours du temps ? Si oui, comment et pourquoi ?

7. Qu'avez-vous fait exactement au sein de la formation sanitaire pour améliorer la **qualité des services** dans le cadre du FBR ? (*Eliciter des détails en utilisant les questions suivantes ; demandez des exemples concrets*)

- a. *Si rien a été fait pour améliorer la qualité : Pourquoi ?*
- b. Pourquoi avez-vous décidé de faire ces améliorations ? Pourquoi pas d'autres ? Qui a été impliqué dans ce processus de décision ?
- c. Avez-vous spécifiquement décidé de ne pas travailler sur certains aspects de qualité ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?
- d. Quels aspects des soins auriez-vous aimé améliorer, mais sans succès ? Pourquoi ? *Si approprié : Avez-vous essayé quelque chose pour surmonter [DEFI XYZ] ? Avec quel succès ?*
- e. Est-ce que l'argent du FBR a été utile pour ses améliorations ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi pas ?
- f. De quel façon la vérification a été utile pour la qualité des services ?
- g. Comment appréciez-vous le soutien que vous avez reçu de vos superviseurs (ECD, Service Technique FBR) et des ACV ?
- h. Comment est-ce que les choses ont évolué au cours du temps ?
 - i. Qu'est-ce qu'il s'est passé lorsque le Service Technique a défini les nouvelles règles d'utilisation des subsides (40%-60%) ?
- i. Est-ce que la communauté a perçu un changement dans la prestation de services ? Si oui, lequel ? Ont-ils réagi à ces changements de quelque manière ? Comment ?

Relances générales

11. Pouvez-vous me donner un exemple?
12. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
13. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
14. Que voulez-vous dire par ...?
15. *Restant silencieux, hochant la tête*

8. Qu'avez-vous fait exactement au sein de la formation sanitaire pour **augmenter la fréquentation** de la formation sanitaire dans le cadre du FBR ? (*Eliciter des détails en utilisant les questions suivantes ; demandez des exemples concrets*)

- a. *Si rien a été fait pour augmenter la qualité : Pourquoi ?*
- b. Avez-vous spécifiquement décidé de ne pas travailler sur la fréquentation de certains services ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?

- c. Pour quels services auriez-vous aimé à augmenter la fréquentation, mais sans succès ? Pourquoi ? *Si approprié* : Avez-vous essayé quelque chose pour surmonter [DEFI XYZ] ? Avec quel succès ?
- d. Est-ce que l'argent du FBR a été utile pour l'augmentation de la fréquentation ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi pas ?
- e. De quel façon la vérification (les ACV) et vos superviseurs ont été utile pour une augmentation de la fréquentation ?
- f. Comment est-ce que les choses ont évolué au cours du temps ?
- g. Selon votre connaissance, la communauté est-elle au courant de FBR ? Que savent-ils et ne savent-ils pas ?

Relances générales

- 16. Pouvez-vous me donner un exemple?
- 17. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
- 18. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
- 19. Que voulez-vous dire par ...?
- 20. *Restant silencieux, hochant la tête*

Changements

- 9. Est-ce qu'il y avait des changements dans **l'environnement de travail** de votre formation sanitaire grâce à l'introduction du FBR dont nous n'avons pas encore parlé ?
 - a. Pensez à la fois aux changements plus perceptibles et moins perceptibles.
 - b. Ceux qui travaillent avec vous ont-ils remarqué les mêmes changements ? Comment ont-ils réagi à ces changements ?
- 10. Est-ce que les relations du personnel de la formation sanitaire avec le **COGES** ont changé en fonction du FBR ? Comment et pourquoi ?
- 11. Quelles étaient les défis que le FBR a posés dans la **gestion des ressources financières** de la formation sanitaire ?
 - a. Qu'est ce qui a changé lorsque le FBR est arrivé ? Comment et pourquoi ?
 - b. Qu'est-ce qu'il s'est passé lorsque la gratuité a été introduite ?

Composante équité

12. Au début du FBR, il y avait un processus de **randomisation** dans lequel les formations sanitaires étaient classées en différents types du FBR. Êtes-vous au courant que cela s'est passé ?
- Quelles sont les opinions par rapport à cela ici à [NOM de la FS] ?
 - Êtes-vous et vos collègues satisfaits du bras du FBR dans lequel vous avez été tiré ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?

Relances générales

- Pouvez-vous me donner un exemple ?
- Pourquoi ? Pourquoi pas ?
- Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ?
- Que voulez-vous dire par ... ?
- Restant silencieux, hochant la tête*

S'il s'agit d'une formation sanitaire FBR2 ou FBR3:

13. Une activité de **sélection des extrêmement pauvre** ('indigents') a été réalisée en 2014 dans votre aire sanitaire, et les indigents sélectionnés ont reçu des cartes pour recevoir des services de santé gratuitement dans votre établissement. PBF vous rembourse à un prix plus élevé. Êtes-vous au courant que cela s'est passé ?
- Est-ce que vous ou un membre du personnel de votre formation sanitaire avez participé au processus de sélection de quelque manière ? Comment ?
 - Comment est-ce que ce processus a été perçu par vous et votre équipe ?
 - Selon votre connaissance, comment est-ce que la communauté a réagi par rapport au processus de sélection ? Et les agents de santé communautaires ?
 - Pensez-vous que cela a aidé les pauvres à accéder plus facilement les services de santé ? Comment ? Si non, pourquoi pas ?
 - Avez-vous pu soigner facilement des patients indigents qui venaient à la formation sanitaire ?
 - A votre avis, est-ce que les prix fixés par FBR étaient adéquats ? Si non, pourquoi pas ?
 - Comment avez-vous géré les retards de paiement du FBR vis-à-vis des patients indigents ?
 - Qu'est-ce qui a changé avec l'introduction de la gratuité ?

Poser à tout le monde :

14. Je suppose que parallèlement au FBR, **d'autres interventions** ont eu lieu dans votre formation sanitaire ou son aire sanitaire ?
- Pourriez-vous nommer les plus importants ?
 - Est-ce que la gratuité a changé quelque chose dans la mise en œuvre du FBR ?
 - Pensez-vous que ces interventions concurrentes ont interagi avec le FBR ? Si oui, comment ?
15. Après quelques années avec le FBR, qu'est-ce que vous retenir ?
- Est-ce que vous et vos collègues ont toujours la même opinion du FBR ?
 - Est-ce que quelque chose vous a surpris ? Si oui, quoi et pourquoi ?
 - Est-ce que vous et votre équipe êtes à l'aise de gérer le système du FBR ? Si non, pourquoi pas ?
 - Comment jugez-vous l'utilité générale du programme FBR pour votre formation sanitaire ? Et pour l'ensemble du système de santé ?
 - Selon vous, quel est l'avantage principal de ce programme ? Et son principal inconvénient ?
16. Finalement, je voudrais demander votre point de vue sur l'**avenir**.
- Quel est la situation actuelle dans votre formation sanitaire ?
 - Percevez-vous déjà des conséquences de cette situation ? (qualité, fréquentation)
17. Est-ce qu'il y reste quelque chose que vous aimeriez dire et dont nous n'avons pas encore parlé ?

Guide d'entretiens individuel avec le représentant du COGES

Le tableau doit être rempli sur le terrain et doit apparaître sur la partie supérieure de la transcription	
Détails de l'entrevue	
Date (jj/mm/aaaa)	
Nom de l'enquêteur	
Région	
District	
Formation sanitaire	
Caractéristiques du répondant	
Sexe	
Âge	
Membre du COGES depuis	

Introduction

- Remercier le répondant
- Introduction de l'enquêteur
- Expliquer l'objectif
 - Apporter à l'explication de l'étude quanti
 - Comprendre mieux les résultats de l'étude quantitative
 - Nous demandons son avis en tant que représentant du COGES
- Est-ce qu'il y a d'autres questions avant de commencer ?

Relances générales

1. Pouvez-vous me donner un exemple?
2. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
3. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
4. Que voulez-vous dire par ...?
5. *Restant silencieux, hochant la tête*

Introduction du FBR, connaissances

1. Comment est-ce le FBR a été introduit au membres du COGES de [NOM de la FS] ?
(Vérifier si le répondant était déjà membre du COGES au début du FBR ; sinon, demander comment et quand FBR leur a été présenté)
 - a. Quelles ont été vos premières impressions du FBR ? Les autres membres du COGES ont-ils eu les mêmes impressions ? Si non, quelles étaient leurs impressions ?
 - b. Pourriez-vous résumer brièvement votre compréhension de l'objectif et du fonctionnement du FBR ? Les autres membres du COGES ont-ils la même compréhension ? Si non, quelle est leur compréhension ?

Changements

2. Est-ce que le FBR a changé de quelque manière la pratique quotidienne (**activités courantes, façon de faire, introduction de nouvelles approches**) de votre formation sanitaire ? Si oui, qu'est-ce qui a changé et pourquoi ? Si non, pourquoi pas ?
 - i. Organisation des services (disponibilité des agents, travail en équipe)
 - ii. Qualité des services (structures, intrants, traitement des patients)
 - a. En tant que COGES, qu'est-ce que vous avez fait pour soutenir les agents de santé dans l'amélioration des services ?

3. Comment la formation sanitaire a utilisé l'argent du FBR ? Comment est-ce que l'utilisation de l'argent a évolué au cours du temps ?

a. Quelles étaient les défis que le FBR a posés dans la **gestion des ressources financières** de la formation sanitaire ?

b. Qu'est ce qui a changé lorsque le FBR est arrivé ? Comment et pourquoi ?

c. Qu'est-ce qu'il s'est passé lorsque la gratuité a été introduite ?

4. Est-ce que les relations entre le COGES et le personnel de la formation sanitaire ont changé en fonction du FBR ? Comment et pourquoi ?

5. Selon vous, quelles ont été les plus grands défis dans la mise en œuvre du FBR ? Pourquoi ?

Relances générales

6. Pouvez-vous me donner un exemple?

7. Pourquoi ? Pourquoi pas ?

8. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?

9. Que voulez-vous dire par ...?

10. *Restant silencieux, hochant la tête*

S'il s'agit d'une formation sanitaire T2 ou T3:

6. Une activité de **sélection des extrêmement pauvre** ('indigents') a été réalisée en 2014 dans votre aire sanitaire, et les indigents sélectionnés ont reçu des cartes pour recevoir des services de santé gratuitement dans votre établissement. PBF vous rembourse à un prix plus élevé. Etes-vous au courant que cela s'est passé ?

a. Est-ce que vous ou un autre membre du COGES avez participé au processus de sélection de quelque manière ? Comment ?

b. Comment est-ce que ce processus a été perçu par vous et les autres membres du COGES ?

c. Selon votre connaissance, comment est-ce que la communauté a réagi par rapport au processus de sélection ? Et les agents de santé communautaires ?

d. Pensez-vous que cela a aidé les pauvres à accéder plus facilement les services de santé ? Comment ? Si non, pourquoi pas ?

e. Selon votre connaissance, la formation sanitaire a-t-elle pu soigner facilement des patients indigents qui venaient à la formation sanitaire, ou est-ce qu'il y a eu des difficultés ?

i. Comment avez-vous géré les retards de paiement du FBR vis-à-vis des patients indigents ?

ii. Qu'est-ce qui a changé avec l'introduction de la gratuité ?

Poser à tout le monde :

7. Après quelques années avec le FBR, qu'est-ce que vous retenez ?
 - a. Est-ce que vous et les autres membres du COGES ont toujours la même opinion du FBR ?
 - b. Est-ce que quelque chose vous a surpris ? Si oui, quoi et pourquoi ?
 - c. Comment jugez-vous l'utilité générale du programme FBR pour votre formation sanitaire ? Et pour l'ensemble du système de santé ?
 - d. Selon vous, quel est l'avantage principal de ce programme ? Et son principal inconvénient ?

8. Finalement, je voudrais demander votre point de vue sur l'**avenir**.
 - a. Quel est la situation actuelle dans votre formation sanitaire ?
 - b. Percevez-vous déjà des conséquences de cette situation ? (qualité, fréquentation)

9. Est-ce qu'il y reste quelque chose que vous aimeriez dire et dont nous n'avons pas encore parlé ?

Relances générales

11. Pouvez-vous me donner un exemple?
12. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
13. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
14. Que voulez-vous dire par ...?
15. *Restant silencieux, hochant la tête*

Guide d'entretiens individuel avec les ASBC

Le tableau doit être rempli sur le terrain et doit apparaître sur la partie supérieure de la transcription	
Détails de l'entrevue	
Date (jj/mm/aaaa)	
Nom de l'enquêteur	
Région	
District	
Formation sanitaire	
Caractéristiques du répondant	
Sexe	
Âge	
ASBC depuis	

1. Où est-ce que les membres de votre communauté vont normalement pour se faire soigner lorsqu'ils sont malades ?
 - a. En cas de maladie grave
 - b. En cas de maladie légère
 - c. Au cours des dernières années, avez-vous constaté un changement dans les préférences de la communauté ? Si oui, que pensez-vous sont les raisons ?

Relances générales

1. Pouvez-vous me donner un exemple?
2. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
3. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
4. Que voulez-vous dire par ...?
5. *Restant silencieux, hochant la tête*

2. Dans votre établissement de santé, il existe depuis quelques années un projet qui s'appelle « Financement basé sur les résultats » (FBR). Etes-vous au courant de ce programme ? (*le preneur de notes doit compter rapidement*)

Si non : passer à la question X

Si oui :

- a. Comment avez-vous appris du FBR la première fois ? Par qui ?
 - b. Quelles ont été vos premières impressions du FBR ?
 - c. Avez-vous reçu une formation ? Par qui ? De quelle sorte ?
 - d. Pourriez-vous résumer brièvement votre compréhension de l'objectif de FBR et comment le FBR fonctionne ?
 - e. Est-ce que votre compréhension du FBR a changé avec le temps ? Comment ? Pourquoi ?
 - f. Quelles étaient vos attentes vis-à-vis du FBR ?
 - i. Pour la formation sanitaire ?
 - ii. Pour la communauté ?
 - iii. Pour vous-même ?
3. Avez-vous remarqué que le FBR a changé de quelque manière la pratique quotidienne de votre formation sanitaire ? Comment et pourquoi ? Comment pas et pourquoi pas ?
 - a. Avez-vous perçu des changements dans la façon dont les agents de santé fournissent les soins aux patients ?
 - i. Est-ce qu'ils traitent les patients différemment ? Si oui, comment ?
 1. Sur le plan interpersonnel
 2. Sur le plan médical
 - ii. Avez-vous remarqué une meilleure disponibilité de médicaments au cours des dernières années ou est-ce que la situation est restée la même ?

- iii. Avez-vous vu ou entendu parler d'autres changements, visible ou invisible ? Si oui, lesquels ?
- iv. Qu'est-ce que vous pensez sont les raisons qui ont conduit à ces changements ?
- b. Les agents de santé ont-ils fait quelque chose (d'autre) pour encourager l'utilisation des services dans le cadre du FBR ?
 - i. Est-ce que vous ou d'autres ASBC avez joué un rôle dans cela ? Si oui, comment ?
- c. Savez-vous comment la formation sanitaire a utilisé l'argent du FBR ?
 - i. En dehors des motivations, est-ce qu'ils ont fait quelque chose avec l'argent selon votre connaissance ? Si oui, quoi ?

Relances générales

- 6. Pouvez-vous me donner un exemple?
- 7. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
- 8. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
- 9. Que voulez-vous dire par ...?
- 10. *Restant silencieux, hochant la tête*

- 4. Quelles ont été les plus grands défis dans la mise en œuvre du FBR selon votre perception ?
- 5. Est-ce que la communauté a perçu un changement dans la prestation de services ?
 - b. Si oui, lequel ? Ont-ils réagi à ces changements de quelque manière ? Comment ?
 - c. Selon votre connaissance, la communauté est-elle au courant de FBR ? Que savent-ils et ne savent-ils pas ?
- 6. Comment évaluez-vous la qualité de la prestation de services dans votre CSPS actuellement ?
 - a. Quels sont les aspects des soins les plus appréciés par votre communauté et lesquels sont le moins appréciés ?
 - b. Quels sont les défis principaux auxquels votre communauté est encore confrontée en cas de besoin de soins ? Que voudriez-vous changer ?

En 2014, une activité a eu lieu dans votre communauté où certaines personnes ont été sélectionnées à cause d'être particulièrement pauvres. Ces personnes ont reçu une carte ('carte de santé') afin de ne pas avoir à payer au CSPS.

7. Êtes-vous au courant de cette activité ? Si oui :
- Quel a été votre rôle dans ce processus de sélection ?
 - Pouvez-vous me décrire comment vous avez vécu cette sélection ? Qu'est-ce qu'il s'est passé exactement ? Quel a été votre réaction ?

8. Pensez-vous que ce processus de sélection a eu un autre effet sur votre communauté que seulement l'identification des indigents ?

- Est-ce que ce processus a causé des conflits ou plutôt conduit à la cohésion de la communauté ?
- Est-ce que ce processus a sensibilisé les gens à parler de la santé et de l'utilisation des soins de santé ?
- Est-ce que tout cela a changé l'attitude de la communauté d'une manière ?

9. Avez-vous remarqué un changement dans l'accès aux soins de santé pour les indigents ?

- Est-ce que quelque chose a changé pour ceux qui ont la carte ? Pensez-vous que la carte à aider les indigents accéder des soins ?
 - Si oui, pourquoi ?
 - Si non, pourquoi pensez-vous que la sélection et les cartes n'ont pas permis d'atteindre cet objectif ?
- Avez-vous une idée comment les agents de santé avaient perçu la sélection d'indigents et les cartes ?
- Savez-vous comment les agents de santé traitent les personnes qui présentent la carte en cherchant des soins ? Si oui, comment ?
- Quels sont les facteurs qui empêchent une amélioration plus importante en ce qui concerne l'accès aux soins pour les gens ultra-pauvres ?
- Avec l'expérience que vous avez fait, que suggèreriez-vous à faire différemment ?
- Est-ce que le processus de ciblage a également influencé les personnes qui n'ont pas été sélectionnées de quelque manière dans leur décision d'utiliser les services de santé ?

10. Y avait-il d'autres projets dans votre village / commune au cours des dernières années ? So oui, lesquels ?

11. À la fin de notre discussion, est-ce qu'il y a quelque chose dont nous n'avons pas encore parlé et que vous aimeriez adresser ? Est-ce qu'il y a quelque chose que nous devrions savoir pour mieux informer les décideurs politiques ?

Relances générales

- Pouvez-vous me donner un exemple?
- Pourquoi ? Pourquoi pas ?
- Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
- Que voulez-vous dire par ...?
- Restant silencieux, hochant la tête*

Guide des discussions en groupe avec les représentants des communautés

Le tableau doit être rempli sur le terrain et doit apparaître dans la partie supérieure de la transcription						
Détails de l'entrevue						
Date (Année - Mois - Jour)						
Nom de l'enquêteur						
Région						
District						
Nom du village / commune						
CSPS de référence						
Ciblage des indigents ?						
Pour chaque répondant						
	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Sexe						
Âge						
Responsabilité dans la communauté						
	R7	R8	R9	R10	R11	R12
Sexe						
Âge						
Responsabilité dans la communauté						

1. Au cours des dernières années, avez-vous ou vos amis / votre famille perçu des changements au niveau du CSPS ?

S'ils parlent de la gratuité, demander pour la période avant la gratuité

- a. Est-ce que le personnel a changé leur façon de traiter les patients différemment ? Si oui, comment ?
 - i. Sur le plan interpersonnel
 - ii. Sur le plan médical
- b. Avez-vous remarqué une meilleure disponibilité de médicaments au cours des dernières années ou est-ce que la situation est restée la même ?
- c. Avez-vous vu ou entendu parler d'autres changements, visible ou invisible ? Si oui, lesquels ?
- d. Selon vous, qu'est qui est à l'origine de ce changement ?
- e. Quelles sont les structures et les personnes qui viennent en appui à la formation sanitaire pour faire des activités au sein de la communauté ?

Relances générales

6. Pouvez-vous me donner un exemple?
7. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
8. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
9. Que voulez-vous dire par ...?
10. *Restant silencieux, hochant la tête*

2. Dans votre formation sanitaire, il y a depuis quelques années un projet qui récompense les agents de santé pour un bon travail.

- a. Avez-vous déjà entendu parler de ce programme ? (*le preneur de notes doit compter rapidement*)

Si oui (Laissez les gens parler même si seulement quelques-uns peuvent répondre) :

- b. Qui vous en a parlé ?
- c. Dans quel contexte et quand ?
- d. Qu'est-ce que vous savez du programme ? (*Laissez les gens décrire même si seulement quelques-uns peuvent répondre*)
Si la vérification communautaire est mentionnée : Qu'est-ce que vous pensez de ce processus en tant que communauté ?
- e. Pensez-vous que les autres membres de votre communauté sont également au courant de ce projet ?

3. Au cours des dernières années, est-ce que vos agents de santé ont mené des activités pour qu'il y a plus de membres de la communauté qui fréquentent les services de santé ? Quoi exactement et pourquoi ?

4. Avez-vous remarqué une différence dans la façon dont les ASBC font leur travail dans les dernières années ? Quoi exactement et pourquoi ?

5. Comment évaluez-vous la qualité de la prestation de services dans votre CSPP actuellement ?

- a. Dans l'offre des soins, quels sont les choses qui vous donnent satisfaction ? Quels sont les choses qui vous ne donnent pas satisfaction ?
- b. Quels sont les difficultés principales auxquels votre communauté est encore confrontée en cas de besoin de soins ? Que voudriez-vous changer ?

Relances générales

11. Pouvez-vous me donner un exemple?

12. Pourquoi ? Pourquoi pas ?

13. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?

14. Que voulez-vous dire par ...?

15. *Restant silencieux, hochant la tête*

En 2014, une activité a eu lieu dans votre communauté où certaines personnes ont été sélectionnées à cause d'être particulièrement pauvres. Ces personnes ont reçu une carte ('carte de santé') afin de ne pas avoir à payer au CSPP.

6. Etes-vous au courant de cette activité ? (*le preneur de notes doit compter rapidement*)

Si oui (*Laissez les gens parler même si seulement quelques-uns peuvent répondre*) :

- a. Quel était le rôle de la communauté dans cette sélection ? Est-ce que la communauté a été consultée sur le processus d'identification des indigents ? Est-ce que quelqu'un d'entre vous a été personnellement impliqué dans ce processus ? Si oui, comment ?
- b. Pouvez-vous me décrire comment vous avez vécu cette sélection en tant que communauté ? Qu'est-ce qu'il s'est passé exactement ?
- c. L'ASBC ont-ils joué un rôle dans ce processus ? Lequel ? Quel était leur réaction ?

7. Pensez-vous que ce processus de sélection a eu un autre effet sur votre communauté que seulement l'identification des indigents ?

- a. Est-ce que ce processus a causé des conflits ou plutôt conduit à la cohésion de la communauté ? Et les relations avec l'ASBC et les prestataires au CSPP ?
- b. Est-ce que ce processus a sensibilisé les gens à parler de la santé et de l'utilisation des soins de santé ?
- c. Est-ce que tout cela a changé l'attitude de la communauté d'une manière ?

8. Avez-vous remarqué un changement dans l'accès aux soins de santé pour les indigents ?

- a. Est-ce que quelque chose a changé pour ceux qui ont la carte ? Pensez-vous que la carte à aider les indigents accéder des soins ?
 - i. Si oui, pourquoi ?
 - ii. Si non, pourquoi pensez-vous que la sélection et les cartes n'ont pas permis d'atteindre cet objectif ?

b. Avez-vous une idée comment les agents de santé avaient perçu la sélection d'indigents et les cartes ?

c. Savez-vous comment les agents de santé traitent les personnes qui présentent la carte en cherchant des soins ? Si oui, comment ?

d. Quels sont les facteurs qui empêchent une amélioration plus importante en ce qui concerne l'accès aux soins pour les gens ultra-pauvres ?

e. Avec l'expérience que vous avez fait, que suggérez-vous à faire différemment ?

f. Est-ce que le processus de ciblage a également influencé les personnes qui n'ont pas été sélectionnées de quelque manière dans leur décision d'utiliser les services de santé ?

9. À la fin de notre discussion, est-ce qu'il y a quelque chose dont nous n'avons pas encore parlé et que vous aimeriez adresser ? Est-ce qu'il y a quelque chose que nous devrions savoir pour mieux informer les décideurs politiques ?

Relances générales

1. Pouvez-vous me donner un exemple?
2. Pourquoi ? Pourquoi pas ?
3. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?
4. Que voulez-vous dire par ...?
5. *Restant silencieux, hochant la tête*