

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



VOYAGE D'ETUDE AU RWANDA

(Du 05 au 07 juillet 2010)

RAPPORT DE MISSION

Equipe de mission, Kigali, juillet 2010

Suivant Ordres de mission numéros 2197/SGG-RM du 01 juillet 2010, 2226/SGG-RM du 02 juillet 2010 et 116 SNV du 07 Juillet 2010, une mission composée de :

- Dr Baboua TRAORE chargé de Questions de santé Publique à la CADD/MS
- Dr Hamadoun BAH Division Etablissement Sanitaire et Réglementation /DNS
- Dr Seybou GUINDO Directeur Régional de la Santé de Koulikoro
- Mamadou Sory KEITA Point Focal chargé de la Décentralisation et Déconcentration/DRS Koulikoro
- Dr Brahim Mamadou KONE Leader Thématique Santé SNV/Bamako.

S'est rendue à Kigali (Rwanda) pour un voyage d'étude sur le financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé du 05 au 07 Juillet 2010.

Le voyage d'étude a regroupé les représentants du Burkina Faso, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire, du Mali et du Tchad.

I- Les objectifs de la mission étaient de :

Objectif général :

Comprendre le fonctionnement du financement basé sur les résultats du Rwanda en vue de son adaptation aux réalités du Mali ;

Objectifs spécifiques :

- Comprendre le fonctionnement du système de santé du Rwanda (organisation et point d'encrage du FBR);
- S'informer sur le montage institutionnel du FBR et les rôles et responsabilités des acteurs ;
- Comprendre le processus de mise en œuvre (contractualisation, suivi-évaluation et vérification) ;
- Identifier les sources de financement et les critères de répartition de la motivation du personnel et agents de santé communautaires
- Comprendre le fonctionnement de la mutualité et des autres systèmes d'assurance maladies

II- La méthodologie

Conformément à l'agenda proposé la méthodologie a porté sur :

- Les exposés suivis de discussions ;
- La visite de terrain dans les hôpitaux de districts et les centres de santé suivie de restitution en plénière ;
- L'élaboration des prochaines étapes pour la mise en œuvre.

III- Déroulement

Le premier jour a été consacré aux travaux en atelier dans la salle de réunion de **Kigali Serena Hôtel**. Les mots de bienvenue ont été prononcés par les spécialistes du FBR de la Banque Mondiale.

Ensuite ce fut le tour des communications faites par les cadres du Ministère de la santé Rwandais et les spécialistes de la Banque Mondiale, qui ont porté sur :

1. Le Rappel des activités d'accompagnement de la Banque Mondiale dans 07 pays africains dont le Mali dans le cadre de la mise en place du Financement Basé sur les Résultats (FBR);
2. Le système de santé du Rwanda ;
3. La décentralisation du système de santé ;
4. Le financement basé sur le résultat ;
5. L'Expérience du Rwanda en matière d'assurance maladie.

On retiendra de ces différentes présentations des points essentiels suivants :

1. Rappel sur les activités d'accompagnement de la BM dans 07 pays africains dont le Mali dans le domaine du PBF :

- La tenue d'un atelier régional qui a regroupé 7 pays de l'Afrique de l'ouest et du centre ;
- La consultation avec les partenaires en avril 2009 ;
- La formation des formateurs nationaux dans les différents pays dont celui du Mali en septembre 2009 ;
- La vidéo conférence des communautés francophones des praticiens du FBR en janvier 2010

Suite à ces différentes activités, quelques leçons ont été apprises notamment que le consensus au tour du FBR est difficile à obtenir. Il peut être acquis avec une réelle volonté politique. La réussite du PBF est liée à une bonne décentralisation, la formation continue, une vraie autonomie des structures de santé, le besoin de renforcement du système d'information sanitaire le besoin d'assistance technique expérimentée. A ce stade les 07 pays sont à des niveaux différents dans la mise œuvre du FBR. Le Rwanda, et le Burundi ont étendu le FBR à l'échelle nationale, le Cameroun et le Burkina Faso sont moyennement avancés, le Mali, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Sénégal sont au stade de démarrage.



Kigali Serena Hotel : Séance de travail de l'équipe du Mali.

2. Le système de santé du Rwanda :

Suite aux réformes instituées, le système de santé comprend actuellement cinq niveaux de soins qui sont de la base vers le sommet de la pyramide :

- Les agents de santé communautaires au niveau du village ;
- Les postes de santé au niveau de la cellule ;
- Les centres de santé au niveau des secteurs ;
- Les hôpitaux de district ;
- Les hôpitaux de référence au niveau national ;

Les principales réformes sont :

- Le contrat de performance entre le Président de la République et les Maires des districts
- Le financement basé sur le résultat ;
- L'autonomisation des centres de santé et des hôpitaux y compris la décentralisation de la gestion du personnel au niveau des formations sanitaires ;
- Le développement des assurances maladies ;
- Le renforcement de la santé communautaire ;
- L'audit des décès maternels jusqu'au village ;

Ces réformes ont permis d'atteindre les résultats suivants entre autres :

- La réduction de la mortalité infanto-juvénile de 30% soit 1/3 entre 2005 et 2008 (OMD 4) ;
- La réduction de la mortalité maternelle en milieu rural de 192 à 82 pour 100 000 naissances vivantes et en milieu urbain de 122 à 47 pour 100 000 naissances vivantes de 2005 à 2007 ;
- L'augmentation de la prévalence contraceptive de 10% à 27%, soit une augmentation de 17% en deux ans ;
- L'allocation de 85% du budget de la santé au niveau district, 12% au niveau des hôpitaux nationaux et autres institutions nationales et 3% au niveau du Ministère de la santé ;
- L'augmentation du taux de fréquentation des formations sanitaires de 24,7% en 2004 à 85% en 2008 ;
- L'augmentation du taux d'adhésion aux mutuelles de santé de 7% à 85 % en 5 ans ;
- La disponibilité d'un nombre important de personnel au niveau rural ;
- L'augmentation du nombre d'animateurs communautaires de 1 pour 700 habitants à 1 pour 500 habitants ;
- Le passage du paludisme du rang de première cause de morbidité à la troisième (73,5% en 2001 à 15% en 2007).

3. La décentralisation du système de santé :

- Autonomie de gestion :
 - ✚ Existence d'organe de gestion indépendante (conseil d'administration, comité des mutuelles, comité de pilotage du PBF) ;
 - ✚ Recrutement par les comités locaux du personnel ;
- Capacité :
 - ✚ Renforcement des capacités des formations sanitaires par le recrutement du personnel qualifié et élimination du personnel intermédiaire de la catégorie ;

- Augmentation du personnel de gestion des hôpitaux et des centres de santé ;
- Finance :
 - Transfert direct des ressources financières de la caisse centrale dans les comptes des formations sanitaires ;
 - Contribution de tous les intervenants dans le financement des plans.

Cette décentralisation a permis une appropriation de la gestion de la santé par la population, une amélioration de la gestion des soins et des services de santé, la résolution des problèmes basés sur des solutions locales, l'émulation, le renforcement l'esprit d'initiative et des innovations, et le renforcement de la démocratie dans le système de santé.

Les défis à relever sont l'amélioration de la collaboration entre les instances politico-administratives et techniques, le renforcement de la capacité des équipes techniques des districts.



Kigali Serena Hotel : L'Équipe du Mali en séance de travail.

4. Le financement basé sur le résultat :

L'expérience a commencé 2002 dans deux districts par une phase pilote avec l'appui de deux ONG hollandaises (Healthnet, CORD-AID). D'autres partenaires comme la coopération technique belge ont rejoint le processus en 2004. En 2006 le FBR a été institutionnalisé par le gouvernement avant la généralisation à l'ensemble du pays en 2008.

Le FBR fonctionne à tous les niveaux : publique, privé (clinique) et communautaire.

Les types de formations couvertes sont les centres de santé publics et confessionnels agréés et les hôpitaux de district. Les hôpitaux nationaux de référence ne sont pas encore concernés. Au niveau communautaire le FBR est en voie de reformulation. Les agents de santé communautaire organisés en coopératives contractent avec les centres de santé.

La coordination de tout le processus au niveau du Ministère de le Santé est assurée par une cellule d'appui à l'approche contractuelle au niveau du Ministère de la Santé. Il existe une

base de données informatisée qui permet de suivre les tendances, de prédire les risques financiers et d'orienter les contrôles sélectifs.

Le Financement Basé sur les Résultats est organisé comme suit :

- La contractualisation est faite par le Ministère de la santé ;
- Le paiement est assuré par le Ministère des Finances et les ONG et organismes détenteurs de fonds ;
- La vérification est faite par le district et le comité de pilotage ;
- Les indicateurs sont définis par le Ministère de la Santé et le comité technique ;
- L'évaluation qualitative est faite : pour les centres de santé par les hôpitaux de district, ces derniers sont évalués par les paires, le Ministère de la Santé et les PTF ;
- La contre évaluation est faite par les organisations privées contractées qui utilisent les associations communautaires.

L'évaluation quantitative admet une marge d'erreur de 5 à 7%, au-delà de laquelle on conclue à une tricherie.

La mise en œuvre du PBF (Financement Basé sur la Performance) au Rwanda a coûté en 2009 16 millions de dollars US (soit 1,6 D US par habitants) dont 62,5% payé par le budget national. Notons que les recettes issues du FBR représentent 15% de l'ensemble des recettes des formations sanitaires.

5. Expérience du Rwanda dans le domaine de l'assurance maladie :

Les mutuelles couvrent au niveau du centre de santé tout le PMA y compris les activités préventives. Au niveau de l'hôpital de district tout le paquet complémentaire d'activités y compris l'ambulance. Au niveau de l'hôpital de référence nationale le paquet tertiaire y compris la césarienne. La cotisation annuelle est de 2000 F par habitant dont 50% est payé par le gouvernement et ses partenaires ;

La mutuelle prend en charge 90% des frais de prestation des soins.

La prise en charge des indigents est assurée par le Ministère de la Santé à travers le fond global de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose. En 2009, 800 000 indigents ont été pris en charge au Rwanda. L'identification des indigents est faite par la communauté elle-même.

Signalons qu'au Rwanda l'adhésion à une assurance maladie (mutualité ou autres systèmes d'assurances du pays) est obligatoire pour tout le monde, ce qui fait que le taux d'adhésion est passé de 7% en 2003 à 96% en 2010.

Malgré ce bon résultat, des défis restent à relever :

- L'existence d'un gap financier dû à la faiblesse du niveau de cotisation ;
- La faible capacité de gestion de certaines structures communautaires ;
- La surfacturation au niveau de certaines formations sanitaires ;
- L'insuffisance du personnel dans certaines localités ;
- La faiblesse sur le plan conceptuel (tarif unique pour tout le monde) qui ne fait pas la part entre les contribuables avec plus de revenus et ceux avec des revenus modestes.

Après ces présentations, les discussions ont porté sur les points suivants :

- L'impact du FBR sur la réduction de la pauvreté au Rwanda ;
- L'importance de la volonté politique affichée dans la réussite des réformes ;
- Le taux d'alphabétisation de la population Rwandaise (70%) en langue locale ;
- La gestion de la carrière des fonctionnaires dans le système ;

- Le choix stratégique des interventions à haut impact (utilisation des MII, la PF, la CPN, accouchement assisté)
- La part du budget de la santé dans le budget d'Etat ;
- La définition de l'indigence ;
- La place des études de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle ;
- Les mécanismes de suivi des résultats du PBF ;
- Le système et mécanismes de transfert des fonds ;
- La gratuité des soins ;
- Les critères de sélection des agents de santé communautaires ;

A toutes ces préoccupations, des éléments de réponse satisfaisants ont été apportés.

La visite de terrain :

Le deuxième jour du voyage d'étude a été consacré à des visites dans les hôpitaux de districts et centre de santé de Nemba, de Ruhengeri, et de Nyanza.

Les objectifs de la visite :

- Objectif général :
Comprendre le système de prestation de services, les modalités de financement et les résultats y compris l'efficacité, l'équité et l'accès des pauvres et des groupes vulnérables aux soins de santé et plus spécialement le FBR.
- Objectifs spécifiques :
Comprendre :
 - La gouvernance des institutions de prestation ;
 - La capacité des prestataires ;
 - Le financement des prestataires ;
 - La gestion du personnel ;
 - La gestion des contrats de performance ;
 - Le fonctionnement des coopératives des agents de santé communautaires ;
 - Les assurances maladies communautaires.



Visite de terrain : Entretien à l'arrivée avec le Médecin Chef par intérim de l'hôpital de District de RUHENGRI, Nord de Kigali, Rwanda.



Visite de terrain : Une vue de l'hôpital de District de RUHENGRI.

A l'issue des visites de terrain quelques constats s'imposent :

- La Propreté des locaux ;

- L'Adhésion massive des populations aux mutuelles ;
- La Gestion décentralisée du personnel et sa forte motivation pour le personnel ;
- La Très bonne fréquentation des centres de santé 90% ;
- La Tenue correcte des supports de gestion ;
- La Disponibilité des médicaments à tous les niveaux ;
- La Décentralisation effective des budgets de la santé du Ministère aux districts et aux centres de santé ;
- L'Organisation des agents de santé communautaire en coopératives financées sur la base des résultats ;
- L'Existence d'un système d'évaluation et de contre évaluation ;
- La Non couverture alimentaire des indigents ;
- L'Insuffisance d'informatisation du système ;
- L'Insuffisance de contrôle (surfacturation)



Visite de terrain : Séance de travail avec le personnel de l'hôpital de District de RUHENGRI.



Visite de terrain : Entretien avec le personnel de l'hôpital de District de RUHENGRI.



Visite de terrain : Centre de santé de GAKENKE, Hamac servant à transporter les malades.

Le troisième jour :

Il a été consacré à l'élaboration des prochaines étapes par pays (cf annexe). Pour le Mali, la proposition suivante a été faite pour les prochaines étapes :

ETAPES	DELAIS	RESPONSABLES
Restitution à la réunion de cabinet élargie	AOUT	CADD
Restitution au National	JUILLET	DNS
Restitution au Régional	JUILLET	DRS
Finalisation du model conceptuel et les outils comme les contrats et plan d'affaire ;	JUILLET	CADD, DNS et SNV/KIT
Mobilisation des ressources financières pour la phase pilote	JUILLET	SNV/KIT/BM/MS
Mise en œuvre du PBF de la phase pilote	JUILLET	DRS Koulikoro/ SNV/KIT
Evaluation de la phase pilote et partage des résultats	Déc 2010	CADD DNS et SNV/KIT/BM
Elaboration de politique et plan d'action national	1er Tri 11	CADD et DNS
Planification dans les districts et régions retenues pour la mise à échelle		
Mobilisation des ressources nécessaires		
Mise à échelle	1er T 12	CADD et DNS



Kigali Serena Hôtel : Séance de travail, élaboration des prochaines étapes



Kigali Serena Hôtel : Rafrachissement après l'élaboration des prochaines étapes.

IV PROPOSITIONS DE L'EQUIPE POUR LE MINISTRE DE LA SANTE :

- Appui à la mise en œuvre de la phase pilote (plan d'action) dans le District de Dioïla ;
- Mobilisation des ressources financières nécessaires auprès des Partenaires Techniques et Financiers impliqués dans la mise en œuvre de la phase pilote ;
- Elaboration de politique et plan d'action national destiné au FBR après la phase pilote.

V CONCLUSION :

Au Rwanda le FBR est une réalité qui marche avec la forte participation du Gouvernement et l'accompagnement des partenaires. Il est un programme qui permet d'accélérer l'atteinte des objectifs du millénaire et améliore nettement la disponibilité et la gestion des ressources avec une meilleure responsabilisation des collectivités et des populations.



La mission remercie :

- Le Ministère de la santé pour l'intérêt porté au FBR et la bonne organisation de ladite mission ;
- La Banque Mondiale pour son appui financier et technique ;
- La SNV pour l'appui technique.

Kigali, le 8 juillet 2010

La mission

ANNEXES

ANNEXE 1

Nyamashuke District tops as leaders sign new contracts

By Edwin Musoni

ALL governors and mayors, yesterday, at the Parliamentary Buildings in Kinyinyuruzi, signed their performance contracts with President Paul Kagame in what has now become an annual event aimed at accelerating development programmes across the country.

Shortly before signing the 2010/2011 performance contracts, also known as *Imihigo*, each of the local leaders read out their province or district's achievements, over the past one year, as well as the planned activities for the next fiscal year.

Nyamashuke District of the Southern Province, was named the best performing district for the past one year, topping



President Paul Kagame shares a light moment with Local Government leaders, yesterday. (Photo: Uruguziro Village)

TO PAGE 4

called upon Rusizi and Nyamashke residents to use the roads to boost tourism and trade be-

Also present were the mayors of Rusizi and Nyamashke districts; as well as representatives

reach in Parliament. Augustine Habimana, said, yesterday, that the training is aimed at exchanging

Nyamashke District tops as leaders sign new contracts

FROM PAGE 1

Nyamagabe District of the same province, from the top slot; it had occupied for the last two years. Nyamashke was followed by Gicumbi, Nyamagabe, Bugesera and Kicukiro districts, respectively.

Each of the five top performers was rewarded with a laptop and a certificate of appreciation. On top of the prizes, Nyamashke was also awarded a trophy as the best performing district for the year 2009/2010.

While it was all smiles for the mayors of the most performing districts, it was a different story for their colleagues

whose districts came last. The worst performing districts were; Gatsibo, Rwamagana and Ngoma, all from the Eastern Province, Nyarugenge (Kigali City), and Nyaruguru, Southern Province.

In his speech, President Kagame acknowledged the achievements realized so far as a result of Performance Contracts and thanked the districts that performed highly.

He paid tribute to Nyamashke for becoming the best performer, and cited Bugesera's achievements as an example of what can be realized, if the right policies were implemented with determination.

The President made special recognition of Nyamagabe district which he said has continuously been featuring among the best performers.

Kagame, however, had no kind words for the worst performing districts, and expressed concern about the performance of the leaders from the Eastern Province, where three of the five worst districts are located.

Citing Rwamagana as an example, the President lashed out at leaders who choose to reside outside their communities, and instead opt to live in Kigali. He wondered how such leaders can deliver development to communities whose problems they hardly

understand, since they do not interact with the people.

He added that such leaders cannot concentrate on their work as they are always rushing to return to Kigali before sunset.

President Kagame reminded them that a good leader is one who is close to the people, listens to them and, together they come up with the best solutions to their problems. He further said the he hoped such positive criticism will result in better performance.

Kagame observed that there are many developmental activities that have been achieved as a result of the performance contracts and

that there is a significant change to the welfare of the people. He reminded the local leaders that performance contracts are in line with the government's policies of good governance which have uniformly fostered national development.

The President said that when citizens take part in developmental activities, there is a lot that is achieved since the success registered is not only a result of funding but also a result of the mindset, collaborations and good planning of leaders and the citizens.

The President noted that performance contracts encourage transparency since the leaders

are required to showcase how they have served the people. He hailed the healthy competition that has, of late, developed among the local leaders, with each vying for the top spot.

The President urged Rwandans to seize the opportunities offered by regional and international trading blocs, and called for a stronger and more competitive local private sector.

Kagame called upon the Rwandan people to build on what they have already achieved and garner more success. He went on to challenge the local leaders to raise the bar to achieve what would, otherwise, be deemed impossible.

LOGO WWW.RWANDAFRIBES.CO.RW

sports

Traduction : ANNEXE 1

LE DISTRICT DE NYAMASHEKE AU TOP, SES DIRIGEANTS SIGNENT DE NOUVEAUX CONTRATS DE PERFORMANCE:

Tous les Gouverneurs et les Maires, hier (07 juillet 2010), dans les locaux du parlement à Kimihura, ont signé leur contrat de performance avec le Président Paul Kagame, chose qui est devenue maintenant un évènement annuel dont l'objectif est d'accélérer les programmes de développement à travers le Pays.

Peu de temps avant la signature des contrats de performance 2010/2011, également appelés **Imihigo**, chacun des leaders locaux a exposé les réalisations de leur province ou de leur District pour l'année écoulée et faire part de leurs activités programmées pour la prochaine année fiscale.

Le District de Nyamasheke de la province du sud a été désignée District ayant développé la meilleure performance au cours de l'année écoulée, détrônant le District de Nyamagabe de la même province qui avait occupée cette place durant les deux dernières années. Nyamasheke a été suivi par les Districts de Gicumbi, Nyamagabe, Bugesera et Kicukiro respectivement.

Chacun des cinq premiers districts performants a reçu comme prix un ordinateur de bureau et un diplôme de reconnaissance. Au-delà des prix, Nyamasheke a aussi reçu un trophée pour avoir été le District ayant développé la meilleure performance au cours de l'année 2009/2010.

Pendant que les maires des Districts performants étaient tous sourires, l'histoire était tout à fait différente pour leurs collègues dont les Districts étaient à la traîne. Les Districts non performants étaient Gatsibo, Rwamagana et Ngoma, tous de la province de l'Est, Nyarugenge (ville de Kigali) et Nyaruguru de la province du Sud.

Dans son allocution, le Président Kagame a reconnu les réalisations comme un résultat des contrats de performance et remercié les Districts qui ont travaillé dur. Il a payé un tribut à Nyamasheke pour avoir développé la meilleure performance, et cité les résultats de Bugesera comme un exemple à partir duquel on peut bâtir si de vraies politiques de développement sont instituées avec détermination.

Le Président a fait une mention spéciale au District de Nyamasheke lequel a-t-il signalé continue de développer de meilleures performances.

Kagame, cependant, n'a pas eu de mots aimables pour les Districts qui ont développé de piètres performances, et s'est prononcé à propos de la performance des dirigeants des provinces de l'Est, où trois des pires Districts dans le domaine de la performance sont situés.

Citant le cas de Rwamagana comme un exemple, le Président a fustigé les leaders qui ont choisi de vivre en dehors de leur communauté et élu plutôt domicile à Kigali. Il s'est posé la question comment les leaders peuvent assurer le développement de leurs communautés dont ils comprennent difficilement les problèmes, surtout s'ils n'interagissent pas avec leur peuple.

Il a ajouté que de tels leaders ne peuvent pas se concentrer sur leur travail d'autant plus qu'ils sont pressés de retourner à Kigali avant la tombée du jour.

Le Président Kagame leur a rappelé qu'un bon dirigeant est celui qui est proche de son peuple, écoute son peuple et travaille avec lui pour qu'ils parviennent ensemble aux

solutions à leurs problèmes. Il a avancé qu'il a souhaité une critique positive de laquelle jaillira une meilleure performance.

Le Président Kagame a fait remarquer qu'il y a beaucoup d'activités qui ont été réalisées dans le domaine du développement et qui sont considérées comme un résultat des contrats de performance et qu'il y a un net changement au bénéfice du bien être de la population.

Il a rappelé aux dirigeants locaux que les contrats de performance sont en étroite conformité avec les politiques de bonne gouvernance entreprises par le gouvernement, lesquelles politiques ont uniformément boosté le développement national.

Le Président a avancé que si les citoyens prennent part aux activités de développement, il y a beaucoup de chance pour qu'il y ait des résultats, que le succès enregistré n'est pas seulement dû aux moyens financiers, mais aussi à un état d'esprit favorable, de collaborations et d'une bonne planification de la part des dirigeants et des citoyens.

Le Président a signalé que les contrats de performance favorisent la transparence car il est demandé aux leaders de montrer comment ils ont servi le peuple.

Il a salué la saine compétition qui a été développée entre les leaders locaux avec une velléités pour chaque dirigeant de se hisser au top.

Le Président a fait part de l'urgence pour les Rwandais de saisir les opportunités offertes par les blocs régionaux et internationaux d'échange, et appelé à une compétition plus accrue et plus forte du secteur privé local.

Le Président Kagame a exhorté une fois de plus le Peuple Rwandais à continuer ce qu'ils ont déjà commencé et à avancer pour plus de succès.

Il a fait part du défi pour les dirigeants de relever haut la barre pour parachever ce qui, au demeurant, pourrait sembler être impossible.

Text translated by Seybou GUINDO

ANNEXE 2

VISITE HD ET CS DE RUHENGERI

- Pr Kadio
- Pr Essomba
- Mr Yapi
- Dr Guindo
- Dr Blague
- Dr Kaboré
- Mr Diarra

INTRODUCTION :

- Accueil: MCD intérimaire
- Séance de travail : Admin/gest, Resp Ress.hum, chef nursing, Resp SSC & Resp stat
- Méthodologie:
 - administration de la grille
 - Visite service entrée HD
 - Visite CS

GOUVERNANCE :

- HD de 400 lits, 5 spécialités
- Assume des fonctions d'HR au vu du PCA presté
- CA de 6 membres
- Comité de gestion dirigé par un MCD élu par ses pairs
- Plan stratégique triennaux déclinés en PAA et en Plans trimestriels
- Circuit d'approvisionnement des MEDOC échelonné

FINANCEMENT :

- Budget découle des plans d'actions
- Sources: état (salaires, fn:1,2M par mois, investissements), partenaires, tarification (mutuelle et assurance)
- Audits par plusieurs institutions de manière non systématisée

FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS :

- Contrat de performance annuelle: bailleur et HD, HD et personnel
- Evaluation trimestrielle par les pairs ou par le niveau central des indicateurs de performance
- Paiement des fruits de la performance
- Répartition des fruits de la performance
 - 90% motivation personnel
 - 10% fonctionnement

GESTION DU PERSONNEL :

- Recrutement: mise à disposition de postes budgétaires par l'état
- Recrutement par l'HD
- Evaluation quotidienne des agents

ASSURANCE MALADIE :

- Intégration de la médecine préventive et curative dans le système de santé: HD et CS
- Superviseurs du niveau district qui encadrent les CS et consultations médicales délocalisées dans les CS
- Prise en compte du PMA et du PCA dans la couverture

- Cohabitation de plusieurs systèmes de couverture maladie (RAMA, assurance communautaire, assurances privées).

FORCES :

- Propreté des locaux
- Intégration du préventif et curatif aux différents niveaux de prestation
- Adhésion massive population aux mutuelles
- Forte fréquentation des centres de santé (plus de 90%)
- Utilisation d'une langue nationale unique et transcrite dans les documents
- Forte motivation du personnel et appropriation des choix nationaux
- Gouvernance du système: responsabilisation sur toute la chaîne
- Bonne tenue des supports de gestion et des archives

POINTS A AMELIORER :

- Faible capacité des structures à accueillir un nombre important d'utilisateurs
- Insuffisance des infrastructures de premier niveau: populations de responsabilité importantes
- Charge de travail élevée
- Insuffisance de personnel
- Informatisation insuffisante du système de gestion du flux des malades

ANNEXE 3

Synthèse de la visite de terrain PBF Groupe III

Lieu : Hôpital et CS de Nemba (District de Kakenké)

Président : Pr Ehile E Etienne

Rapporteur : Dr Baboua Traoré

M. Nantoingar Neoumangar

Dr Chuwanga John

Pr Angwafo III, Fru F.

Dr Philippe Compaoré

M. Nodjkwambaye Enock

1. Fonctionnement

- Bonne coopération entre les formations confessionnelles et les structures de l'Etat
- Bon fonctionnement de la mutualité
- Taux d'adhésion élevé
- La motivation de tous ce qui sont impliqués, l'appropriation, l'esprit de civisme
- Paiement suivant la performance, mais également des efforts physiques fournis par les ASC pour venir régler les problèmes du village

- Le témoignage des autres pour qu'on prenne en charge les pauvres
- L'esprit communautaire et la solidarité sont forts, imposés ou cultivés
- La réforme de l'administration en mettant le maire au centre de toutes les activités ; signature maire Président de la république et virement de l'argent dans le compte pour les bénéficiaires
- Les infrastructures en bon état et bien équipés qu'un hôpital ordinaire
- Rattachement des postes budgétaires à la structure
- Personnel de santé en nombre suffisant

2. Les forces du système :

- Volonté politique
- Esprit communautaire
- Esprit de civisme de la population
- Disponibilité des médicaments

3. Les faiblesses du système :

🚧 Problème de capacitation :

Faiblesse dans la tenue des supports comptables (difficulté à faire le bilan annuel)

Difficultés de communication certaines personnes

Faiblesse de contrôle (surfacturation)

Faiblesse sur le plan conceptuel (tarif unique pour tout le monde)

4. Les conditions de mise en œuvre :

- Volonté politique très forte avec une vision affichée ;
- Un système de décentralisation marqué
- Un Système social structuré avec un dispositif de mutualisation ou d'assurance maladie à la base
- Nécessité d'adaptation au contexte particulier de chaque pays
- Expérimentation du système à une échelle réduite (commune, département)

Nécessite d'une forte sensibilisation à la base pour l'acquisition d'un esprit communautaire et d'un esprit

ANNEXE 4

RESULTATS GROUPE I

Président : MAHAMAT SALEH

Rapporteur : MAMADOU SORY KEITA

Membres :

BA HAMADOUN

KABORE MOUSSA

DIABA ASSOUKPOU ROGER

GUIRE B DJIBUNA

MBARGA AWOUNOU

Lieux visités : Hôpital et Centre de santé dans le district de Nyanza dans la préfecture du Sud

Constats

1/Points forts

1. Existence et fonctionnalité de mutuelles
2. Fonctionnement des PBF clinique et communautaire
3. Personnel maîtrise toutes les les procédures de mise en œuvre du PBF
4. Existence de règlement intérieur
5. Existence de plan d'action
6. Existence de procédure de gestion
7. Décentralisation des ressources
8. Personnel est à un niveau optimal
9. Recrutement est local
10. Bon état d'esprit du personnel
11. Propreté des centres
12. SIS fonctionnel
13. Existence d'un système d'évaluation et de contre évaluation des résultats

2/Points faibles

1. Insuffisance dans mobilisation de ressources planifiées
2. Retard dans la mise à disposition des motivations
3. Non prise en charge alimentaire pour les indigents
4. Non systématisation des enquêtes de satisfaction des clients

3/CONCLUSION

Le PBF est une réalité qui fonctionne avec la forte participation du Gouvernement et l'accompagnement des partenaires.

ANNEXE 5

groupe 2

Nantoingar

Ngadande

Koné

Touré

Salif

Boukary

Dr Victor

DS :

-Population 265 000

-Cellules 3

-villages 35

-medecins 10

Gouvernance : L'existence d'organe de gestion (CA, comité de gestion etc..) . La présence de ces organes témoigne de la bonne gouvernance à l'hôpital. Cela est valable pour le Centre de santé ou on a également un organe de coordination. Les organes sont fonctionnels.

Capacités des prestataires :

-disponibilité du personnel aussi bien à l'hôpital et qu'aux centres de santé favorisé par le recrutement local

- système de suivi local

-le volontariat permet d'aider les agents de centre de santé à atteindre leurs objectifs

-les prestataires maîtrisent leurs domaines et les supervisons qui participent de l'amélioration continue des agents

-les médicaments et les autres intrants, le laboratoire, le matériel roulant sont disponibles (grâce à une visite en pharmacie.

NB : Le CS est exigü. Ce qui ne permet pas au centre de santé d'y faire d'accouchement.

Financement des prestataires :

-effort important fait par l'Etat et le district sanitaire. Le BE ne finance plus le fonctionnement

-les mutuelles participent au financement du centre de santé (Budget 222 millions soit 88 million de recettes propres) et de l'hôpital

-il ya également des partenaires qui viennent en appui au CS et à l'hôpital.

NB : Le taux de mobilisation du budget de l'hôpital est insuffisant. Il est d'environ 65%.

Personnel :

- décentralisation effective dans la gestion du personnel

-l'existence du système de motivation du personnel lié au résultat

- l'existence d'un guide détaillé de description des taches de chaque agent
- existence d'un système d'évaluation individuelle du personnel
- régularité du salaire et des primes de motivation.

Gestion du contrat de performance :

- les contrats de performance sont signés à différents niveaux
- l'existence d'un système d'évaluation et de suivi du contrat
- la production régulière des rapports.

Fonctionnement des coopérations et agents de santé :

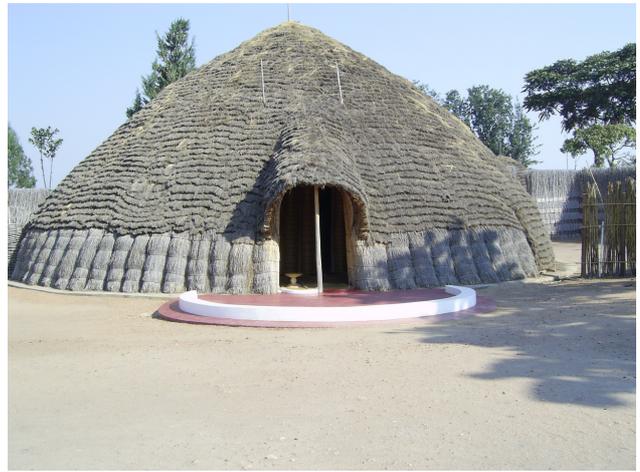
Existence de coopérative des ASC. Elles fonctionnent sur la base des AGR. Il ya également la régularité des réunions avec une forte participation des ASC. Plus de 80% d'ASC participent régulièrement aux réunions de coordination du centre de santé.

Assurance maladie communautaire :

- Près de 84% de la population est couverte par le système d'assurance maladie (mutuelle)
- les factures des prestations sont honorées par la mutuelle.

NB : La prise en charge des indigents ne pas suffisamment clairs. En exemple, un malade en souffrance abandonné de manque de moyens.

ANNEXE 6



Photos : Cases du Roi.