

DRC-IHP Quarterly Report: October-December 2010

March, 2011

Keywords: Integrated Health Project; maternal, newborn, and child health; water, sanitation, and hygiene; family planning/reproductive health; malaria, tuberculosis, and nutrition

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of cooperative agreement number AID-OAA-A-10-00054. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Integrated Health Project (IHP) in the Democratic Republic of the Congo
Management Sciences for Health
784 Memorial Drive
Cambridge, MA 02139
Telephone: (617) 250-9500
www.msh.org

Integrated Health Project

in the Democratic Republic of Congo



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



OSC LTD
Overseas Strategic Consulting, LTD



Cooperative Agreement Number: AID-OAA-A-10-00054

Revised Quarterly Report

October – December 2010



Contact information in DRC:

1, Avenue OUA, GB, NGALIEMA

Chief of Party: Dr. Ousmane FAYE, +243 0992006180

Fin/Admin Specialist: Lila Rabibisoa, +243 0992909670

Contact information in the U.S.:

784 Memorial Drive, Cambridge, MA 02139

Director, Country Portfolio: Kristin Cooney, Tel: +1 617-250-9168

Senior Contracts Officer: Peter Mahoney, Tel: +1 617-250-9332

Project Support Officer: Christèle Joseph-Pressat + 1 617-250-9301

Program Officer: Ashley Stephens, Tel: +1 617-250-9297

Program Coordinator: Jennifer Raymond, Tel: +1 617-250-9302

CONTENTS

I.	EXECUTIVE SUMMARY.....	4
II.	PROJECT PERFORMANCE.....	6
III.	PRESENTATION OF HEALTH INDICATORS.....	18
IV.	PROJECT MANAGEMENT.....	22
V.	CHALLENGES.....	23
VI.	PLANNED ACTIVITIES FOR NEXT QUARTER.....	24
VII.	TRAVEL PLAN FOR THE NEXT QUARTER.....	30
VIII.	FINANCIAL REPORT.....	31
VIX.	ANNEXES.....	32
	Annex 1:	Results of the FOSACOF evaluation in the 6 health zones supported by the Mwene Ditu coordination office
	Annex 2:	Indicators in Eastern and Western Kasai health zones supported by the IHP project during the first quarter
	Annex 3:	STTA/International Travel Plan
	Annex 4:	Plan de Distribution des produits du paludisme pour la Province de Kasai Occidental
	Annex 5 :	Plan de Distribution des produits du paludisme pour la Province de Kasai Oriental
	Annex 6 :	Plan de Distribution des produits du paludisme pour la Province de Katanga
	Annex 7 :	Plan de Distribution des produits du paludisme pour la Province de Sankuru
	Annex 8 :	Plan de Distribution des produits du paludisme pour la Province de Sud Kivu
	Annex 9 :	Guide RBF FM DRC, Draft, March 10, 2011
	Annex 10 :	HS 20/20 : Revue des expériences en Financement basé sur les Résultats en République Démocratique du Congo, Draft, February 2011
	Annex 11 :	DRC-IHP – UNICEF Letter of Collaboration, June 18, 2010

LIST OF ACRONYMS

AMTSL	Active Management of Third Stage Labor
ARV	antiretroviral
AXxes	Integrated Health Services Project in DRC
BCC	behavior change communication
CBD	community-based distribution or community-based distributor
CODESA	Comité de Développement Sanitaire
CPA	Complementary Package of Activities
CPR	contraceptive prevalence rate
DPT3	diphtheria, polio, tetanus
DRC	Democratic Republic of the Congo
ECZ	équipe cadres de zone (Health Zone Management Team)
FBO	faith-based organization
FFSDP	Fully Functional Service Delivery Point (known in DRC by its French acronym, Formation Sanitaire Complètement Fonctionnelle or <i>FOSACOF</i>)
FP	family planning
HA	health area
HIV	human immunodeficiency virus
IHP	Integrated Health Project
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness
IPT	intermittent preventive treatment (of malaria) in pregnancy
IRC	International Rescue Committee
ITN	Insecticide-treated nets
KAPs	knowledge, attitudes, and practices
LDP	Leadership Development Program
LLIN	long-lasting insecticide-treated net
LMS	Leadership, Management, and Sustainability Program
MOH	Ministry of Health
MNCH	maternal, newborn and child health
MPA	Minimum Package of Activities
MSH	Management Sciences for Health
NGO	nongovernmental organization
OSC	Overseas Strategic Consulting, Inc.
PBF	performance-based financing
PMP	Performance Monitoring Plan
PMTCT	prevention of mother-to-child transmission
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire (National Health Development Plan)
RDC	Regional Distribution Center
RECO	relais communautaires
RH	reproductive health
RPR	rapid plasma regain test for syphilis
TB	tuberculosis
USAID	United States Agency for International Development
USG	United States Government
WASH	water /sanitation/hygiene

I. EXECUTIVE SUMMARY

The five-year, USAID-funded Integrated Health Project (IHP) supports the National Health Development Program (PNDS) of the DRC. The project has two components. Through IHP Component 1, Services, IHP is supporting the first strategic focus of the national health plan (PNDS): health zone strengthening. Component 2, Other Health Systems, corresponds to the second PNDS strategic pillar, support for health zone strengthening in six priority areas: human resource development; pharmaceutical management; health finance; construction/rehabilitation of infrastructure; equipment and new technologies; and improved health system management. Component 1 will strengthen health zones' capacity to deliver services by addressing both the supply and demand sides of services. Under Component 2, Health Systems, IHP is focusing on activities that create the enabling environment for strong health zones, with particular emphasis on leadership and governance and the provision of resources tied to performance to eliminate health system bottlenecks stemming from unaligned or absent policies, particularly at the provincial level. The project is designed to create better conditions for, and increase the availability and use of, high-impact health services, products, and practices. The project works in four provinces with 80 target health zones. Areas of focus are: family planning; maternal, newborn, and child health; nutrition, malaria, and tuberculosis; neglected tropical disease; HIV/AIDS; and water, sanitation, and hygiene. MSH will work with current health service providers, such as international and faith-based organizations, uniting them under a strategy to fully implement the minimum and complementary service packages that are at the core of improved basic health conditions for the Congolese people. MSH implementing partners on the Integrated Health Program are the International Rescue Committee (IRC) and Overseas Strategic Consulting, Ltd. (OSC).

Activities during the first quarter of the project focused on continuing services provided in the health areas and health zones that were formerly supported by the Leadership, Management and Sustainability (LMS) Program, as well as ensuring a smooth transition and start up in the health zones formerly supported by the AXxes Project. IHP's continued support includes outcome evaluations based on quality assurance as a part of the Fully Functional Service Delivery Point (FFSDP, known by its French acronym, *FOSACOF*, in DRC) approach, the effective start up of the IHP, including the development of the Year 1 workplan, Branding and Marking Plans, Environmental Mitigation Plan, and a performance monitoring plan (PMP), the finalization of job descriptions, and recruitment of additional project staff. All of these activities were carried out in collaboration with the IHP implementing partners.

Indicators collected from 599 health areas compiled and analyzed with the national Health Management Information System (HMIS) reports demonstrate the following results:

- 40,907 new acceptors in the 36 health zones of the two Kasai provinces have adhered to family planning methods during the quarter.
- According to the December 2010 FOSACOF evaluation, in the Kanda Kanda health zone in the Mwene Ditu health district, the quality of community approaches and community support have significantly improved since the third outcome evaluation, increasing from 70.59% to 82% and from 60.32% to 65.75%, respectively. Quality of clinical services in the same zone improved from 60.88% to 63.53%.
- In Luputa, also located within the Mwene Ditu health district, the management indicators for health facilities improved from 54.68% at the third outcome evaluation in June 2010 to 61.73% in December 2010.

- The number of positive TB cases identified by means of a sputum smear test increased from 405 in October 2010 to 644 in December 2010.
- Overall, 582 health areas of the 599 supported by the project have an operational Health Development Committee (known by its French acronym, CODESA) that holds regular meetings at which minutes are taken.
- The number of women receiving Active Management of Third Stage of Labor (AMSTL) has increased from 7,771 in November 2010 to 8,368 in December 2010.

Summary of Basic Project Information

Name of organization	Management Sciences for Health with International Rescue Committee (IRC) and Overseas Strategic Consulting, Inc. (OSC)
Address	1, Avenue OUA, Quartier GB, Commune NGALIEMA, KINSHASA
Contact	Chief of Party: Dr. Ousmane Faye, 099200 6180
Project Title	Integrated Health Project (IHP) for the Democratic Republic of Congo (in French, PROSANI)
Agreement Number	AID-OAA-A-10-00054
Budget (Year 1)	\$ 25,338,000
Reporting Period	October – December 2010
Project Goal, Purpose, and Objectives	Improve the enabling environment for, and increase the availability and use of, high-impact services, products, and practices for family planning (FP); maternal, newborn, and child health (MNCH); nutrition, malaria, and tuberculosis (TB); neglected tropical disease (NTD); HIV; and water/sanitation/hygiene (WASH) in target health zones.
Intermediate Results	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intermediate Result 1: Access to and availability of MPA/CPA-plus services in target health zones increased (Component 1) 2. Intermediate Result 2: Quality of key family health care services (MPA/CPA-plus) in target health zones increased (Component 1) 3. Intermediate Result 3: Knowledge, attitudes, and practices to support health-seeking behaviors increased in target health zones (Component 1) 4. Intermediate Result 4: Health sector leadership and governance in target provinces improved (Component 2)

II. PROJECT PERFORMANCE

Component 1: Health Services

Intermediate Result 1: Access to and availability of Minimum Package of Activities/Complementary Package of Activities plus (MPA/CPA-plus) services in targeted health zones increased

To get to the target of 1,082 health centers and 64 general referral hospitals (GRH) providing MPA-plus and CPA-plus, IHP will concentrate IR1 activities on strengthening facility and community platforms for making services available and accessible and improve management capacity in health zones to make those services sustainable. It should be noted that when we refer to “needs assessments,” in many cases this means ensuring appropriate review of existing evaluations and reports from predecessor projects as well as gathering information from regularly scheduled field visits, as opposed to “formal” assessments. For many activities, we will coordinate our work with that of other implementing partners, such as SPS (commodities), UNICEF (water/sanitation/hygiene and other activities), PSI (Aquatabs, Norplant, social marketing), and others involved in supporting related activities in our 80 health zones.

Table 1: Distribution of the population of the health zones supported by IHP per province

#	Province	Number Health Zones	Number Health Areas	Population in 2010
1.	Western Kasai	10	183	1,351,997
2.	Eastern Kasai	25	416	3,424,190
3.	Katanga	17	312	2,537,009
4.	South Kivu	28	512	4,201,616
Total		80	1423	11,514,812

Source: HMIS Division, Ministry of Health in Kinshasa

IR 1.1 Facility-based health care services and products (zonal hospitals and health centers) in target health zones increased

Activity 1: Conduct MPA/CPA-plus capacity and needs assessment of health centers and GRHs in target health zones. Although eight coordination offices were planned for as part of the IHP project, during the first quarter only one office in Western Kasai (Luiza) and three offices in Eastern Kasai (Mwene Ditu, Tshumbe, and Kole) were operational and completely functional and continued to bring basic support to the different health zones. Activities in the Katanga (Kamina) office are scheduled to begin early in the next reporting period. Challenges faced in the delivery of health services in the zones where IHP work included having a sufficient supply of fuel to maintain the cold chain (for vaccine distribution) during the transition period, operating costs for the Provincial and health zone levels, support for supervision costs as well as monthly monitoring visits for the health zones and health areas where IHP works. One success that demonstrates the smooth transition between the LMS and AXes projects and the IHP is that support was continuous in 36 health zones in Eastern and Western Kasai provinces, which led to 40,907 new acceptors of family planning methods in the first quarter. The following table illustrates new family planning acceptors by method selected, followed by a table that illustrates the distribution of new acceptors by type of provider.

Table 2. New acceptors by FP method

	New FP Acceptors				
	Luiza	Kole	Mwene Ditu	Tshumbe	Total
DMPA	2064	813	1853	968	5698
POP (ovrette)	1275	1239	1624	458	4596
COC (Lofemenal)	1585	1001	1139	373	4098
COC (Microgynon)	36	0	172	0	208
Condom	3534	1981	2421	947	8883
Female condom	653	74	283	30	1040
Cycle beads	866	1588	2311	332	5097
IUD	13	0	27	16	56
Implants (Jadelle)	104	0	0	0	104
Implants (Microlut)	0	0	0	0	0
Tubal ligation	65	1	3	0	69
Vasectomy	0	0	0	0	0
LAM	3073	444	6567	949	11033
NFP (self-observation)	0	4	21	0	25
Total	13268	7145	16421	4073	40907

Table 3. Distribution of new acceptors by type of health care provider

	New acceptors	%
CBD	29163	71%
Facility-based providers	11744	29%
Total	40907	100%

In light of the geographic distances among the IHP intervention areas, the work involved in project start up has been substantial. The coordination office teams from Luiza, Mwene Ditu, and Kole were mobilized to carry out the needs assessment and data collection in December. During this time, staff

from the three coordination offices collected information in 12 of the health zones that were supported by the AXxes project in Eastern and Western Kasai, while Kinshasa-based staff assisted in opening the new offices in Katanga and Sud Kivu.

Table 4: Former health zones supported by the AXxes project visited by IHP coordination office staff

Coordination Office	Health Zones visited
Luiza (4 health zones)	Bulape
	Mutoto
	Lubondaie
	Tshikaji
Mwene Ditu (5 health zones)	Mpokolo
	Dibindi
	Bibanga
	Lusambo
	Mpania Mutombo
Kole (3 health zones)	Vangakete
	Omendjadi
	Lodja

Although all 80 health zones covered by the IHP received support either from the AXxes or the LMS/DRC Program, IHP will complete a detailed assessment to accurately reflect how many health centers currently and effectively deliver MPA and how many hospitals deliver CPA-plus so that the project can measure its performance against these beginning levels.

Activity 2: Prioritize and implement infrastructure improvements to target health zone facilities. This will take place once the initial assessment is completed.

Activity 3: Improve the supply of medications, commodities, and products at facilities: During this quarter, the final delivery of medicines and medical supplies ordered by LMS/DRC and AXxes arrived and was distributed to the different regional distribution centers (including FODESA, CADIMEK, and CADMEKO) that have current contracts with IHP. The first delivery occurred in September 2010 and the second one in October 2010, under the LMS/DRC Project. The third delivery to Tshumbe, Kole, and Mwene Ditu took place in November 2010. A final delivery of the medications from the LMS/DRC stock will take place during the next quarter.

IHP finalized the quantification of medicines and medical supplies for the first year of the project and sent it to the home office for a final verification. The information will be used to prepare and submit a pharmaceutical waiver to the USAID Agreements Officer early in the next reporting period.

During the quarter, 500,000 insecticide-treated nets (ITNs) and other inputs under the Presidential Malaria Initiative (PMI) funding arrived and were sent to Bukavu (150,000) and Lubumbashi (100,000). One hundred and twenty-five thousand nets are stored in Kinshasa for routine distribution after the March 2011 international malaria campaign in the two Kasais; and the remaining 125,000 nets were shipped to Kasai Oriental and Kasai Occidental.

IR 1.2 Community-based health care services and products in target health zones increased

Activity 1: Integrate CODESAs into health zone strengthening activities: The project will conduct on-the-job training for its community mobilization specialists and develop assessment tools for CODESAs; assess selected CODESAs in each health zone in collaboration with the MOH at health zone level; organize CODESA elections to revitalize non-functioning CODESAs; organize a Training of Trainers (TOT) for CODESA trainers to train community health workers (CHWs); and train a selected number of motivated and organized CODESAs in role and importance in health zone system, management, advocacy and community mobilization, targeting selected health zones in year one, building on pilot efforts in five health areas per health zone selected, and conducting trainings at CODESA meetings.

Activity 2: Train, equip, and mobilize community distributors of family planning commodities: Community participation continued to be effective in IHP intervention zones through continued financial support for CODESA monitoring meetings and monthly reviews. Approximately 583 health areas have a CODESA among the 599 health areas that comprise the four IHP coordination offices that are operational (Mwene Ditu, Luiza, Tshumbe, and Kole). The project continued to recruit and train new CBDs in the new health zones (outside of the 23 former LMS/DRC health zones) and provide them with CBD kits consisting of bags, teaching materials, IEC materials, pens, rulers, t-shirts, caps, umbrellas, boots, and non-clinical family planning method so that they can work with the project to provide family planning counseling, make home visits, and distribute non-clinical methods.

Activity 3: Scale up community case management and treatment of childhood illnesses (e.g., malaria, diarrhea, and pneumonia): IHP began discussions to collaborate with other USAID implementing partners such as MCHIP and PSI to coordinate activities and build synergies. IHP is coordinating with MCHIP and PSI to build synergies in the technical areas of c-IMCI in the following areas: using the same trainers for training sessions; using the same tools to collect data; conducting joint, integrated, and supportive supervision; sharing workplans; working together to analyze the EPI database; and organizing a quarterly coordination meeting for all of the stakeholders.

Activity 4: Scale up evidence-based community water/sanitation/hygiene (WASH) pilots: Despite the interventions by the LMS and AXxes projects, the access of the populations to sanitary drinking water and latrines remains low. This lack of access is one of the challenges that the Health Zone Management Teams (ECZs) need to face when the Leadership Development Program (LDP) begins in these areas. IHP will coordinate in the next quarter with the ECZ to select communities for implementation of the Clean Village approach.

IR 1.3 Provincial management more effectively engaged with health zones and facilities to improve service delivery

Activity 1: Conduct an adapted senior-level Leadership Development Program (LDP) for provincial-level management team (Equipe Cadre) and District-level management team: IHP began planning for Senior Alignment Workshops for provincial officials to gain the support of key stakeholders at this level for successful implementation of leadership and management activities at the zonal and facility level.

Activity 2: Provide support to fully develop systems for provincial oversight of health services. Project activities for this quarter focused on joint supervision of the health facilities by IHP staff and MOH partners. During the first joint MOH-IHP supportive supervision visit, the IHP and district- and zonal-level government staff strengthened the capacity of providers on the integrated management of childhood

illness (IMCI). At the same time, IHP staff and MOH partners re-energized the community-based distributors (CBDs) on educating community members about family planning.

Activity 3: Provide support to provincial-level strategic planning, coordination, and communication:

IHP technically and financially supported the preparation of health zone development plans and operational work plans for health zones and health districts. The project also supported board meetings and annual reviews of health provinces, health districts and health zones.

Activity 4: Provide Provincial and District levels with the support needed to actively engage with the health zones and facilities to improve service delivery: The project will evaluate information technology, transportation, and communication needs at the Provincial and District levels during the next quarter. IHP provided technical support in detecting and responding to polio cases in the Ndeksha health zone in Kasai Occidental. The project also financially supported the oral poliomyelitis vaccination (OPV) campaign for children under 5 years old. The project detected and confirmed 5 cases of polio. Two were considered to be “local contamination” because they had never left the zone; while three cases were considered to have come from Luebo and Kamuesha, two border health zones. Ndeksha was the only health zone with confirmed cases. The routine DPT-Hib-HepB3 coverage there was 82% in FY 2010. The following are the levels of polio surveillance indicators in the polio-affected health zones:

Table 5. Levels of polio surveillance indicators

Polio Surveillance Indicators	Cases
Acute flask paralysis (PFA) expected (2010)	3
Notified cases (2010)	20
Acute flask paralysis (PFA) with 2 feces within 14 days	20
Confirmed cases	5

During the first round of the vaccination campaign, 28,080 children were vaccinated out of an expected 27,093 expected (103.6%); and during the second round, 29,001 children were vaccinated out of an expected 107%). The difference from the expected number was the inclusion of newborn babies. The quality of the polio campaign was ensured through:

- Micro planning at the health zone level
- Ensuring the transportation of vaccines and medical supplies
- Conducting coordination meetings before, during, and after the campaign with all partners
- Conducting independent monitoring of households post-vaccination

Intermediate result 2: Quality of MPA/CPA-plus services in target health zones increased

Under IR 2, IHP activities focus on quality improvement (QI) tools that have an evidence basis, particularly for provider competency, performance according to norms/standards, referral systems for the continuum of care, and response to sexual/gender-based violence (S/GBV). In addition, we will focus on scaling up the FOSACOF approach. On a number of activities we plan to coordinate and meet

regularly with other USAID implementing partners to harmonize approaches in the same settings. We have an institutional letter of support from PSI that “formalizes” our intent to engage in this kind of collaboration, and we will ensure that these commitments are followed. In addition, UNICEF signed an institutional commitment with us during the proposal process (attached for reference). We will follow up with them to ensure that this engagement is still in place. As much as possible, formal training will be complemented or even replaced by on-the-job training conducted during regular supportive supervision visits.

IR 2.1 Clinical and managerial capacity of health care providers increased

Activity 1: Reinforce competency-based training for specific identified skills: IHP will evaluate quality improvement needs at health facilities, with zonal and community authorities, using FOSACOF tools. Some of these needs were identified during this quarter through the FOSACOF evaluation carried out in December. During joint MOH-IHP staff supervision, providers’ clinical and management capacities were strengthened. This process will be completed with programmed trainings (IMCI, LDP, etc.). Despite the need for reinforced skills, in the health zones providing data during this reporting period, 19,149 cases of diarrheal disease in children less than 5 years old were correctly treated according to the national protocol within health facilities. The correctness of the treatment was verified through the consultation sheet to ensure that the child received ORS and zinc as the principal treatment for 10 days, with continued regular feeding (depending on the child’s age, either breastfeeding or appropriate nutrition during the period of the illness).

The correct treatment of childhood diseases will be extended after the IMCI training for community liaisons (*relais communautaires*, or *RECO*, in French) scheduled in the near future.

Activity 2: Reinforce supportive supervision skills in support of ECZ monitoring health facilities: Selected activities will take place during the next reporting period.

Activities 3-60: Implement both pre-service and in-service training and refresher training programs in the areas of MPA and CPA-plus in the targeted health zones, aligned with ongoing SPS training on pharmaceutical management and supervision: While some of these activities are already integrated into joint MOH-IHP supportive supervision visits that took place during this reporting period, most activities will be fully integrated during the next quarter.

IR 2.2 Minimum quality standards for health facilities (referral hospitals and zonal health centers) and services adopted

Activity 1: Scale up a whole-site, standards-based quality improvement approach at target facilities (FOSACOF): The FOSACOF methodology was developed by MSH to give staff at hospitals and primary health care centers the tools to improve service delivery and service management. To address the need to consistently and objectively evaluate the quality of care and services provided, the previous LMS/DRC program implemented the FOSACOF, a standards-based whole-systems tool for service quality assurance, improvement and expansion. The FOSACOF evaluation criteria and checklists were adapted to reflect national norms and standards as articulated in the DRC Health System Strengthening Strategy, the National Health Development Plan, and local conditions and challenges. FOSACOF complements existing mechanisms by introducing a simple planning process at the health center level, and enables the community and the staff to address specific problems, many of which are not covered in other MOH processes.

The FOSACOF approach was used in the health facilities in the six health zones supported by the Mwene Ditu coordination office, and in June 2010 (under the LMS/DRC Program), an initial evaluation based on the nine general criteria and the specific criteria and standards. IHP continued this performance improvement process by carrying out a second evaluation in December 2010. The score obtained by each facility allows us to determine the level of accessibility and availability of services at the clinic. The table attached as Annex 1 to this report demonstrates that three of the six health zones – Kalenda, Kamiji, and Mwene Ditu – did not achieve their goals; IHP will continue to work with these health zones to help them improve their performance.

Activity 2: Design and implement a PBF program: During the work planning process for Intermediate Result 2.2, related to health financing and performance-based financing (PBF), the project team developed specific PBF and health financing activities. For PBF, IHP identified the potential target health zones and their health facilities where the PBF program will be introduced during Year 1 of the project. On health financing, we initially planned to conduct three key studies/surveys: 1) cost and revenue analysis, 2) financial access, and 3) health finance analysis and planning but after discussion with health development partners and the MOH, and considering previous studies done in the health financing area, we retained only the cost and revenue analysis study, at least for the first year of the project. A cost and revenue analysis will be carried out as soon as possible as part of the proposed situation analysis. Cost and revenue for community, health center, and hospital services will be calculated and will show what resources are needed to meet service delivery targets and where there are resource gaps. These figures will be used to set budgets for contracts with providers, to advocate for additional funding, to allocate funds efficiently, and to monitor and control costs. They will also serve as a baseline for showing the impact of policy changes on costs and revenues during and after the project. The other two proposed health financing studies would be re-evaluated after the health financing conference that the MOH is planning to organize by end of February, and will be conducted in the future on need basis.

In December, IHP held a meeting with the Directorate of Planning at the MOH to discuss the IHP PBF approach and gather information on MOH health financing and PBF policy and strategies. Key points included the following:

- The MOH now favors an approach based on sustainable development and has defined and developed a national strategy for strengthening health development which will serve as a guide for any health intervention.
- There have been a lot of PBF pilot experiences with various models for several years which were initiated by several partners, but these experiments were rather limited and isolated, and have never been brought to scale.
- The MOH has commissioned a review of these pilot experiments which will serve a basis for the adoption of the MOH national policy on health financing in general and PBF in particular. The MOH plans to organize a national workshop in early 2011, and all health partners will be invited to participate, to discuss and define a national policy in this area.
- The MOH does not currently advocate for one PBF approach over another and encourages the IHP project to develop its own approach in targeted zones of the project; however, the MOH advised that IHP (1) ensure that the implementation of the PBF occurs in health facilities that have a minimum operating level, first helping the selected health facilities to build up the minimum standards (building, equipment, personnel, etc.) before introducing the PBF program; (2) provide consistent and sufficient financial and technical support to a few, focused health facilities rather than spreading the effort to reach a larger number of health facilities more

quickly; and (3) involve the provincial level in the implementation of PBF program and regularly share the results and experiences with the central MOH level.

Please refer to the section on Planned Activities for further discussion of coordinated planning for PBF.

Activity 3: Conduct financial analysis of PBF interventions, including review of existing analyses with other partners: In December, IHP held a meeting with Abt Associates (HS 20/20) to learn more about their work in the DRC in the health financing and PBF area, and also to strategize on how the two projects can collaborate in the future. During a meeting with the MOH, also in December, the MOH noted that a meeting would take place in the next quarter that would review PBF experiences to date, and IHP planned for participation in and support of that meeting as requested.

IR 2.3 Referral system for primary health care prevention, care and treatment between community structures and health facilities (provincial and zonal levels) institutionalized

Activity 1: Work with CODESAs to strengthen two-way community-facility referral networks: While IHP will start most of this work in the next reporting period, during this quarter, to improve the referral and counter-referral system between the health center and the community, the project designed referral tokens and sent them to the coordination offices for distribution and use by the CBDs.

Activity 2: Scale up referral for victims of sexual assault: This activity will begin during the next quarter building on the successful IRC model.

Activity 3: Extend support for fistula victims: IHP began discussing fistula activities and planning with EngenderHealth and will continue to collaborate with them as specific activities are rolled out.

Activity 4: Reinforce the reference system for CBD family planning clients to obtain family planning methods in health facilities in the 80 health zones. IHP ordered and obtained about half of the posters needed to support family planning and informed choice (Tiahart) under this activity. During this quarter, in the health zones on which IHP was able to report, practitioners and CBDs provided 33,772 counseling visits focusing on females patients' informed use of contraceptive methods. CBD activities during this reporting period included the following, and Table 6 presents family planning clients who were referred as a result of CBD counseling:

- CBDs distributed non-clinical methods such as condoms, cycle beads, and, from the second or third visit, COC and POP.
- CBDs counseled women and their male partners.
- CBDs received training based on the Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) module that included:
 - How to plan and to implement activities
 - How to do a home visit
 - Communication techniques including how to develop and test IEC materials
 - Advantages of contraception
 - Pros and cons of all contraceptive methods including side effects
 - How to manage and address rumors on family planning

Table 6. Family planning clients referred as a result of CBD counseling

# CBD counseling/home visits	# CBD clients referred to health center for FP	# CBD clients who adopted a FP method at the health center
29,816	14,216	13,221

Activity 5: Reinforce the monitoring and supervision of head nurse of the health center in CBD activities in the 80 health zones: While this activity will start in the next quarter, as mentioned in Activity 4, IHP obtained about half of the Tiahrt posters that will help support compliance activities associated with these monitoring and supervision activities.

Activity 6: Reinforce referral activities for the MPA-plus between the community and the health facility (vaccination, prenatal care, assisted births, PMTCT, etc.): This activity will begin in the next quarter.

Intermediate result 3: Knowledge, attitudes, and practices (KAP) to support health-seeking behaviors increased in target health zones

Under IR 3, IHP will focus on activities that integrate KAP messaging with work at the facility and community service delivery points, helping to ensure that citizens know how to *act* on consistent information about health. While recognizing that the major challenges remain in maternal, newborn and child health (MNCH), we will give special attention to the most vulnerable groups, whose need for specialized information (e.g., on HIV counseling and testing) and assistance is often under-recognized. IHP will operate alongside major social marketing and public health communications efforts led by PSI, C-CHANGE, and other implementing partners in the same geographic target areas. We will spearhead regular meetings to identify priority public health communications challenges, and how IHP can effectively integrate and add value to current health education activities. For example, IHP will ensure that existing research data on the DRC is used to establish KAP baseline metrics in target health zones whenever possible, and that behavior change communication (BCC) and public health communication capacity building avoids overlap and complements USAID and other donor-funded programs. IHP will leverage existing civil society networks and influential stakeholders, including faith-based organizations (FBOs) and indigenous networks, before creating “new” networks for information dissemination. We will concentrate KAP activities on research-based and flexible approaches to create demand for services, unifying messages and themes and using locally produced, sustained, health-related media coverage through existing channels.

The IHP team will begin its BCC activities by reviewing existing BCC campaign strategies and materials being utilized by other implementing organizations operating in DRC, C-Change foremost among them. This will include initial discussions with C-Change and other organizations carrying out BCC activities in DRC. Upon completion of this review, the IHP Senior BCC specialist will organize a coordination meeting in Kinshasa to discuss opportunities for collaboration, leveraging resources, and sharing existing materials. This initial meeting will also be used to develop and agree upon a mechanism (face-to-meetings, phone calls, SharePoint site, etc.) and timeline (bi-weekly, monthly, etc.) for ongoing coordination between IHP’s BCC activities and those of C-Change and other implementing organizations. IHP will be happy to retain responsibility for organizing this continuing coordination, but that will be discussed at the initial coordination meeting.

IR 3.1 Evidence-based health sector-community outreach linkages—especially for women, youth, and vulnerable populations—established

Activity 1: Conduct baseline KAP assessments for IHP target zones: This activity is planned for next quarter.

Activity 2: Establish local NGO coordination mechanism at the province level: This activity is planned for next quarter.

Activity 3: Pilot implementation of Education Through Listening Approach (ETL): This activity is planned for next quarter.

IR 3.2 Health advocacy and community mobilization organizations strengthened

Activity 1: Assess/improve CODESAs' existence and functionality: This activity is planned for the next quarter.

IR 3.3 Behavior change campaigns involving opinion leaders and cultural influences (people and technologies) launched

Activity 1: Select and train community champions: This activity will take place in the next reporting period.

Activity 2: Conduct a Rapid Assessment of Health Communications Capacity in health zones: This activity will take place in February 2011.

Activity 3: Design and implement health communications campaigns: While the major activity will take place in the next reporting period, it should be noted that IHP extended radio station contracts from the LMS/DRC Program in the Mwene Ditu and Tshumbe coordination offices, taking advantage of the vaccination campaign against polio in children under 5 years to promote the validity of the vaccine in children. The stations also presented key messages about the advantages of family planning, available methods, and dispelled rumors about family planning. These messages, prepared by public health agents and local distributors, were transmitted twice a day through the local radio channels.

These messages were prepared in collaboration with IHP technical specialists and community mobilizers as well as health zone community animators. IHP participated in the development and pretesting of the messages. The messages were also checked technically by the local radio technicians before being broadcasted. We estimate that about 30% of the population was able to access radio messages in the covered area; however, during this reporting period the project did not conduct an impact evaluation of the messages.

OSC is conducting a rapid assessment of community, provincial, and national media outlets in IHP target health zones. The assessment will provide better information on capacity and reach of the different media, popular access to their programming, and their effectiveness in getting key health messages across. This, along with continuous media monitoring, will inform ongoing and future communication strategies and BCC campaigns.

OSC is also developing a Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) survey that will be integrated in the overall IHP baseline survey in the next reporting period. Following the analysis of the data captured, we can establish baseline metrics of current behaviors, beliefs, stigmas, and prevailing myths. Awareness and behavioral change indicators will be set and monitored to assess the impact of the different IHP communication campaigns throughout the life of the project. Focus groups, surveys, in-depth interviews, and participative evaluations will be conducted and, to the extent possible, aligned with existing and planned IHP surveys and assessments. BCC experts and field personnel, through OSC training in Education Through Listening (ETL) and BCC techniques, will be at the forefront in collecting quantitative and qualitative data through peer-to-peer events, home visits, community events, and other IPC engagement within the target health zones. Continuous data collection and analysis will allow IHP to tweak or adapt communication strategies during the lifetime of the project and not only at the end of the project.

Activity 4: Conduct earned media campaigns: This activity will take place during the next quarter.

Activity 5: Pilot Phone-based information campaigns: This activity will take place during the next quarter, drawing from existing research data and partner coordination.

Component 2: Health Systems Strengthening

Intermediate result 4 : Health sector leadership and governance in target provinces improved

Under this IR, we will focus on activities that institutionalize community involvement in health policy and service delivery, especially the involvement of women. Toward this end we will explore with USAID and others whether minimum levels of gender parity—perhaps a quota system—should be formalized for RECOs, community action committees, and CODESAs. Under its community-driven reconstruction project, IRC is currently conducting an evaluation to determine whether quotas for women on such committees can have an impact on governance or social cohesion outcomes or change attitudes about women as leaders. The results of this evaluation will inform IHP’s approach and will be shared widely to guide policy development. A common argument against parity requirements is that community representatives must be literate; there are solutions, such as paired members, that can overcome that difficulty.

IR 4.1 Provincial health sector policies and national-level policies aligned

Activity 1: Support the implementation of national and provincial health policies: IHP is fully integrating the national-level malaria policies and participated in the workshop to launch the Presidential Malaria Initiative (PMI) in Mbuji Mayi (Eastern Kasai). In the future, IHP expects to support USAID and the MOH to extend the PMI to all project health zones. The project will complete an inventory with the MOH of IHP-relevant existing health policy documents, including norms, standards, and policies for specialized programs (such as EPI, AMSTL, c-IMCI, tuberculosis, malaria, HIV, FP, and reproductive health and, informed by the inventory, selectively support the MOH to develop and/or finalize policy documents, norms, and strategies in the next quarter.

Activity 2: Support the Ministry of Public Health in the revision, dissemination, and extension of norms and policies at the national and provincial levels. This activity will begin during the next quarter.

Activity 3: Support the provincial and district levels with the implementation of policy (norms, protocols, and tools) adapted to the local context in each Province. This support will begin during the next reporting period.

Activity 4: Advocate for policies specifically focusing on the health of women to ensure that they are implemented. These activities will begin during the next quarter, although IHP began meeting with partners on such topics as the elaboration, finalization, and dissemination of the mother and newborn health standards and norms documents. One relevant example includes the draft document on the norms and standards regarding AMSTL that already was initiated by all the partners, which needed additional review and update prior to its validation. Another example is a training curriculum on integrated mother and child health care developed by the 10^{ème} Direction of the Ministry of Health in collaboration with AXxes and MCHIP and that many partners (MCHIP, AXxes, MSH, GTZ) use in the context of training on AMSTL.

Activity 5: Support the health zones to write a health development plan (strategic plan) and an operational plan that align with MOH health policies, which will be provided to the participants. IHP supported workshops on health development plans during this reporting period, and will continue to do so in the next quarter. The end of the first quarter of the IHP project coincided with the end of the calendar year, when MOH annual reports are being prepared at the Provincial level; therefore, the project assisted these efforts both technically and financially.

IHP will support 14 health zones in Sankuru, 11 health zones covered by the Luiza coordination office, 11 health zones in the Mwene Ditu coordination area, and 9 health zones in Kamina. Most of them already have a development plan for 2009-2013, but the MOH has requested they update these plans according to the PNDS 2011-2015. During this period IHP provided technical and financial support to the health zones for the collection of information necessary to develop their operational plans, photocopying the outline, and transportation for facilitators at the district level who were briefing the ECZ. We began this support in the 23 former LMS/DRC health zones since the four coordination offices in those zones were fully functional to support the work and because these were the zones that requested assistance.

IR 4.2 Evidence-based tools for strategic planning and management decision making adopted

Activity 1: Support the health zones to write a health development plan (strategic plan) and an operational plan that aligns with the health policies (the development plan for reference hospitals is included in the health zone development plan (see IR 4.1, activity 5). As noted above, IHP has supported selected workshops during this reporting period and will continue to do so in the next quarter.

Activity 2: Provide health zones with the resources (tools and policies) for the development plan and operational plan (the operational plan for reference hospitals is included in the operational plan of the health zones). This activity will take place during the next reporting period.

Activity 3: Conduct an assessment of the current status of HMIS (people trained and level of implementation) and computer kits in the Health Zone, Provincial, and Health District levels. This activity will take place during the next reporting period.

Activity 4: Train the Provincial and District Management Teams in management systems for health (human resources, financing, etc.). As requested by USAID, we will, in collaboration with the SNIS,

support scale up of the DHIS. In preparation for the use of this open-source software, the IHP support team attended presentations by other MSH projects using the system, which will be rolled out in the next quarter.

Activity 5: Provide the health zones with management tools: IHP has provided some of these tools to the health zones around the four operational coordination offices. This activity will continue and expand to all health zones in the next quarter.

Activity 6: Install the GESIS software and train data managers in the provinces, health districts, and health zones in the collection, compilation, analysis, and use of the data. For the time being, IHP will use GESIS, which is the HMIS used and accepted by the MOH. However, we know that the SNIS/MOH is interested in building on the success achieved with the small DHIS pilot experience in selected former AXxes health zones to scale up use of the DHIS. We have already begun discussions with the consultant who worked on this pilot to learn from the experience and explore collaboration, as well as with SNIS to explore this possibility further. If DHIS is the software selected, we expect a transition phase to the scale up.

Activity 7: Support monthly monitoring meetings at the health area level and at the health zone central office level to share information and discuss best practices (one monthly meeting at each level). IHP supported selected meetings in the health zones around the operational coordination offices during this quarter and will expand that support during the next quarter.

IR 4.3 Community involvement in health policy and service delivery institutionalized

Activity 1: Support the dissemination of policies on community outreach: This activity will begin during the next reporting period.

Activity 2: Work with civil society groups to increase their voice and accountability in the provincial planning and policy process: IHP will begin this group of activities during the next quarter.

Activity 3: Implement a pilot small grants program for eligible NGOs to increase their institutional and other service provision capacity at the community level: IHP began meeting with NGOs that might be eligible for this small grants program to raise awareness of the availability of small, competitive grants and will launch the program in the next quarter. This activity was not a priority during the first quarter of the project. However, during the next six months, we will work with our senior contracts and grants specialist to develop a competitive small grants program for eligible NGOs to increase their institutional and other service provision capacity at the community level. This program is distinct from the PBF work and will include NGOs that would contribute to achieving the overall mandate of the project.

Activity 4: Support international and national health days, such as International Women's Day, International AIDS Day, Roll Back Malaria, blood donation, fight against tobacco, illiteracy, etc.). IHP did not receive any specific requests during this reporting period.

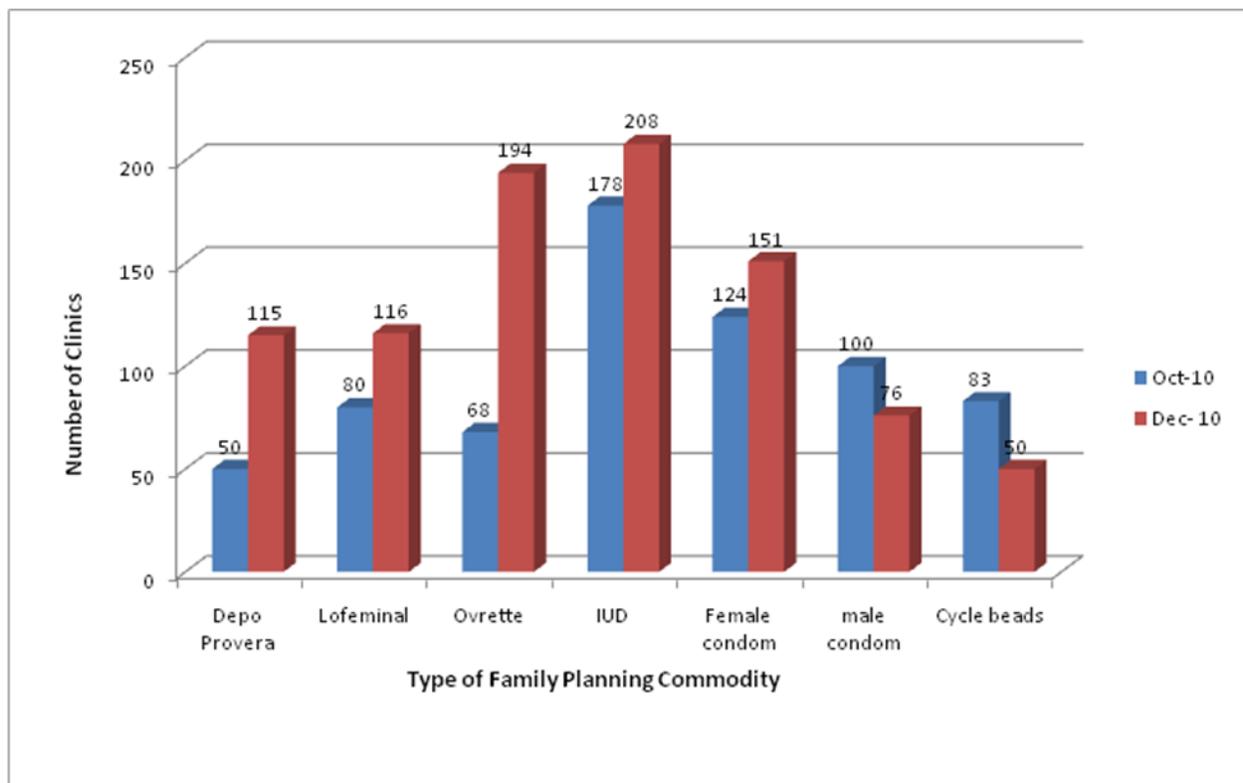
III. PRESENTATION OF HEALTH INDICATORS

In the absence of an approved PMP, IHP continued to collect data in the former LMS/DRC-supported health zones according to the regular reporting of those coordination offices, which will continue to support both the former LMS/DRC and AXxes health zones in the Kasais. During this reporting period,

the AXxes Project was operating under a no-cost extension and IHP partner IRC's health zones were not fully set up to collect data. In the next quarter, IHP will report according to the approved PMP and provide information for all 80 project health zones. Early in the second quarter of the project, the additional coordination offices for Kamina, Bukavu, Uvira, and Kolwezi are operational.

Due to these start-up limitations, the initial data presented represent the former 23 MSH/LMS/DRC health zones plus an addition 12 AXxes health zones coordinated by Tshumbe, Luiza, Mwene Ditu, and Kole coordination offices which remained functional during the first quarter reporting period. These data were collected from health zone reports, supervision visits, and assessments of the former AXxes health zones with data compiled by the M&E officers in the coordination offices. Specific indicators for this quarter are presented in the table at Annex 2; trends for a sample of several key indicators are presented on the following pages.

Figure 1. Number of clinics under supervision of the 4 Coordination Offices with stock outs of FP commodities in October and December 2010

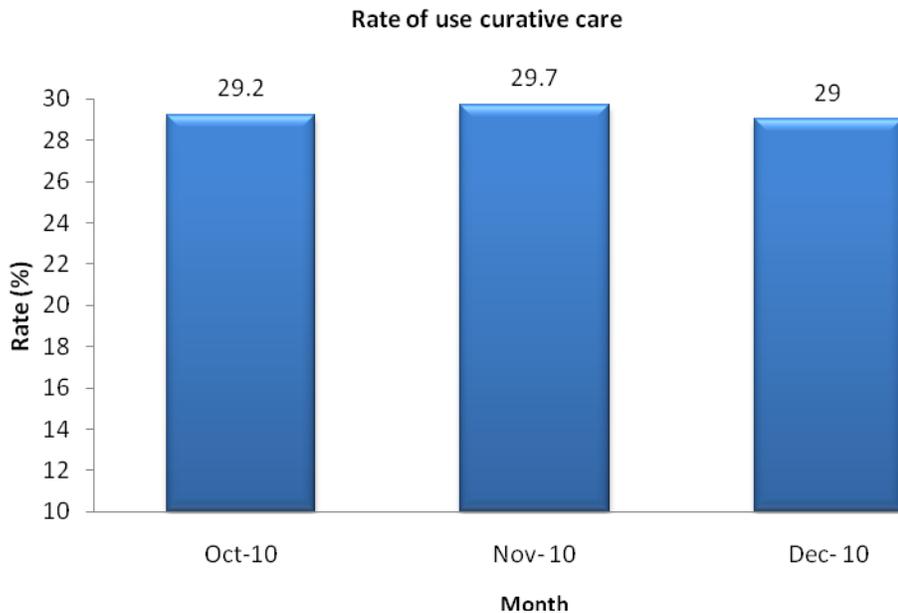


The above figure clearly demonstrates that there were more stock outs of FP commodities in December than in October 2010. This tells us that the stock of FP commodities is not sufficient in the clinics to respond to client demand. Therefore, IHP will plan to restock these health facilities rapidly.

IHP began, as planned, an assessment of the former AXxes health zones during the first quarter of the project, starting in December. It was during these assessments that the stock out was identified. Prior to carrying out the assessment it was challenging to determine the needs in these zones (8 of them in Eastern Kasai and 4 in Western Kasai) while they were in the process of being integrated in the new project. The situation had a negative effect on the number of new acceptors, particularly for condom

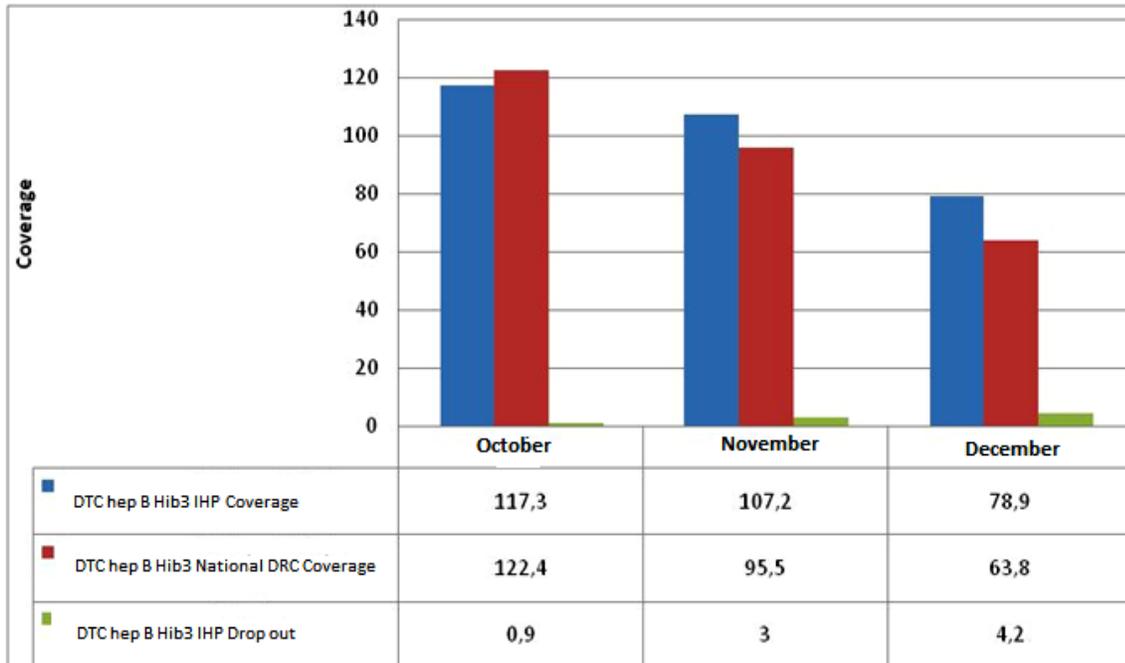
and cycle bead users. However, once the issue was identified, IHP notified USAID (in December) and accessed the stock to deliver the methods to these zones. An additional delivery is scheduled in the next quarter. It should be noted that as of now (second quarter), IHP is well aware of the needs of all of the health zones.

Figure 2. Change in the rate of the use of curative care of clinics under supervision of the four coordination offices from Oct.-Dec. 2010



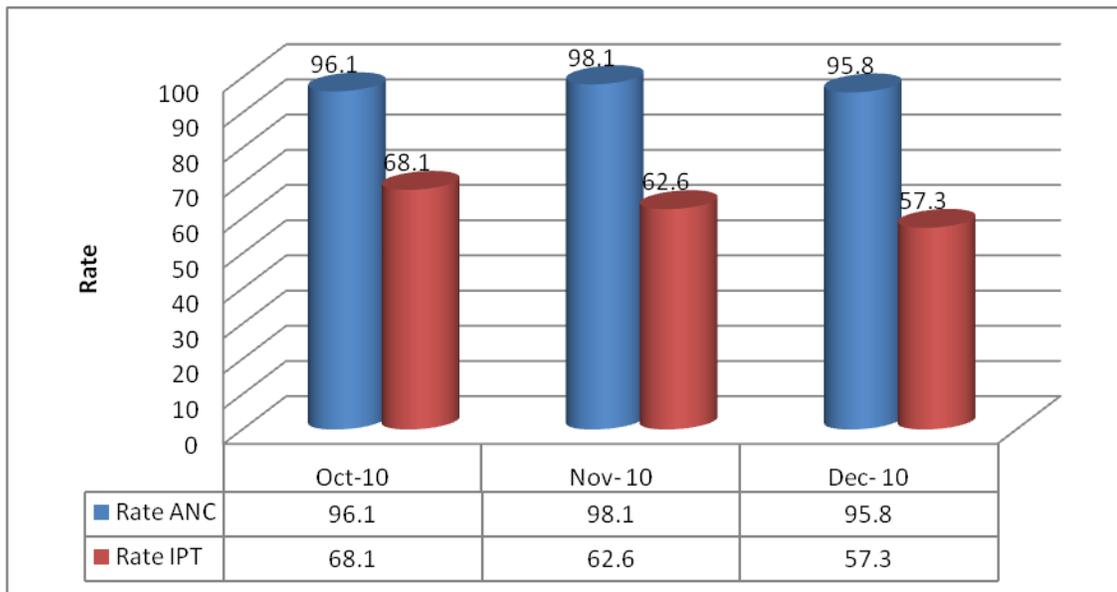
During this quarter, the rate of the use of curative care was stable at around 29% in the health zones in Eastern and Western Kasai provinces covered by IHP.

Figure 3: DPT-Hib-HepB3 Coverage in the health zones covered by four IHP coordination offices (Tshumbe, Kole, Mwene Ditu, and Luiza) compared to the national coverage and DPT1-DPT3 dropout levels for October, November, and December 2010



The coverage for the pentavalent vaccine in the IHP health zones during the reporting period was generally in line with the national levels. Vaccines were delivered in September, but there was a national stock-out from October to November as well as a stock out at the antennes in December.

Figure 4. Comparison of the rates of antenatal consultation (ANC) and intermittent preventive treatment (IPT)



In this graphic, for the ANC Rate, the numerator is the number of pregnant women who attended ANC for the first time (45,022); the denominator is the number of expected pregnant women expected

(46,581). For the IPT Rate, the numerator is the number of pregnant women who received their 2nd SP dose (29,205); and the denominator is the number of expected pregnant women expected (46,581)

One of the reasons for low IPT (of malaria) in pregnancy in IHP health centers is the cost incurred by Sulfadoxine Pyrimethamine even though it is supposed to be provided free of charge. The normal procedure in the past has been that when a new pregnant woman came to the facility for her first antenatal consultation, she paid 1,000 Congolese francs in Mwene Ditu and 250 Congolese francs in Sankuru and Luiza for a package that consisted of a consultation sheet, iron folate, Mebendazole, and SP.

However, in order to sustain the purchase of SP, health facilities in the area of the Mwene Ditu coordination office decided, with IHP, the health zones, and the district sanitaire, to remove SP from the antenatal package and add a supplement of 100 FC to the 1,000 FC noted above. This covered both doses of SP (there was not a choice to pay 500 FC for one, for example). This change substantially reduced the rate of IPT because women were not willing to pay the supplemental amount for SP, and the original packet was reinstated in January 2011.

IV. PROJECT MANAGEMENT

During the first quarter, IHP staff completed numerous essential project start-up activities in collaboration with USAID and the IHP consortium partners, IRC and OSC.

Management and Start Up: IHP completed the following activities:

- Post-award conference attended, USAID/Washington, DC, November 10, 2010.
- Partner launch meeting held in Cambridge, MA, November 12, 2010.
- Key staff oriented completed, Cambridge, MA, November 10-17, 2010.
- Forty former LMS staff transferred to IHP, October 1, 2010.
- Recruitment launched for additional IHP staff, October-December 2010.
- Project alignment meeting and workplan development workshop held, Kinshasa, November 29-December 3, 2010.
- Introduction and briefing with USAID/DRC held, Kinshasa, November 22, 2010 (subsequent meetings to discuss progress have been held regularly since that time).
- Introduction and briefing with the Secretary-General on November 23, 2010, and Minister of Health, December 3, 2010, Kinshasa.
- Introduction and briefing with USAID Cooperating Agencies, at USAID, December 1, 2010, Kinshasa, to introduce the new flagship project to the other USAID Cooperating Agencies working in country and to start discussing potential areas of collaboration.
- First turnover meeting with AXes Project held November 23, 2010, Kinshasa; further discussion and meetings took place to ensure smooth transitions and plan for transfer of inventory.
- Branding and Marking Plans developed and submitted to USAID, November 30, 2010; further discussion took place on the project name and logo, and potential logos were submitted for USAID approval, with the French project name **PROSANI (Projet de Santé Intégré)**; additional input was received from the USAID team and the designer is working on the final logo based on that input for early in the next quarter.
- First-year workplan developed and submitted to USAID November 10, 2010; plan presented at USAID December 13, 2010, and revised version submitted to USAID/DRC December 22, 2010.

- IHP Performance Management Plan (PMP) submitted with first-year workplan and revised with USAID comments; additional discussion and revision continued for completion of PMP in next quarter.
- Meetings held, either face-to-face or via telephone conferences, with numerous potential collaborating partners, including Humana People to People/PlanetAid, EngenderHealth, MCDI/IMaD, Tenke Fungurume Mining Company, ECHO, MCHIP, ProVIC, Abt Associates, C-CHANGE, and others.
- Planning began for baseline study to be conducted in the next quarter.

Family Planning and HIV Statutory Requirements: IHP is aware of the requirement for all project staff, in Kinshasa and in the field offices, to be knowledgeable about all the family planning and HIV-related statutes enacted by the USG for which the project must ensure compliance. The project ordered the French version of the Tiaht compliance posters to be placed in health facilities in early December, and about half of the posters arrived in country by the end of the quarter. The staff was briefed during their initial orientation sessions to these requirements. Future reports will incorporate specific information on this aspect of the project.

Environmental Monitoring and Mitigation Plans: The Environmental Monitoring and Mitigation Plans for the project were submitted with the workplan for review by USAID's Regional Environmental Compliance Advisor. Comments will be addressed in the next quarter to finalize the plans.

Baseline Study: As part of a comprehensive monitoring and evaluation (M&E) plan of the IHP, the project began planning to conduct a comprehensive baseline study that will require an assessment of the health knowledge, practices and coverage in various health areas by the project target population: women, children, and disadvantaged/vulnerable population groups. In addition, the baseline will include a rapid health facility assessment (HFA) to measure quality and coverage of priority health services in the project target area.

V. CHALLENGES

1. The flights of the airline company "AIR KASAI" became irregular between Kinshasa, Lodja, and Tshumbe. This situation inhibits both field visits and the shipment of commodities to the coordination offices. To address this issue, IHP will review a number of options for additional passenger flights. The local airline CAA is now flying from Kinshasa-Lodja-Tshumbe twice a week. During the February 2011 visit of the MSH security manager the project will assess the reliability of this and other potential airlines. IHP will negotiate with UNHAS (World Food Program) to periodically share flights with other international NGOs operating in project areas, such as CRS, Global Fund, MEMISA, and others. For air shipments, IHP will expand to work with other companies such as CAA, Service Air, Kap Fret, and Aka Fret that provide service to Lodja, Tshumbe, and Kole.
2. Unreliable internet connection at the Tshumbe, Luiza, and Mwene Ditu coordination offices due to the instability of telephone networks. This causes a serious delay in the transmission of documents and instructions to these offices. IHP has already arranged to install V-Sat in four coordination offices (Luiza, Tshumbe, Mwene Ditu, and Kamina; Kole already has one) by the end of March 2011.
3. Lack of regular and reliable transport on the Luiza-Kananga route often causes delays in deliveries, forcing the project to rent an expensive private carrier. To address this issue, IHP is working with other NGOs working in the same area to group their respective commodities to

share the cost of the transportation fees; seeking opportunities to share partners' vehicles (e.g., national programs, BDOM, HealthNet) to send commodities; and organizing with local suppliers to rent space to share the cost based on the weight of commodities.

4. Absence of a bank in Luiza, Kole, and Tshumbe leads to problems in providing supplies to the coordination offices. IHP is using services of money transfer companies to send funds to the coordination offices. For large purchases, the Kinshasa office will assist each coordination office to liaise with suppliers so that payment can be made directly from Kinshasa.
5. Poor road conditions and sometimes malfunction of rented vehicles prolongs travel time in unsafe conditions. IHP is currently analyzing the cost of renting vehicles (cars, motorcycles) to determine if it will be necessary to acquire additional motorcycles for project staff. In addition, the project has received some equipment from the former AXxes Project that will be used depending on their condition. IHP will also negotiate, as necessary, leases with local suppliers to rent new and appropriate vehicles in good condition for longer periods to ensure a higher quality of services.

VI. PLANNED ACTIVITIES FOR NEXT QUARTER (January – March 2010)

In addition to comment below, IHP has submitted separately a prioritization of activities to the USAID AOTR.

Component 1: Health Services

Intermediate Result 1: Access to and availability of Minimum Package of Activities/Complementary Package of Activities plus (MPA/CPA-plus) services in targeted health zones increased

IR 1.1 Facility-based health care services and products (zonal hospitals and health centers) in target health zones increased

Activity 1: Conduct MPA/CPA-plus capacity and needs assessment of health centers and GRHs in target health zones. Building on the information collected during the first quarter of the project, IHP will complete its assessment in coordination with other development partners and USAID implementing agencies and produce a report with recommendations.

Activity 2: Prioritize and implement infrastructure improvements to target health zone facilities. This will take place once the initial assessment is completed. IHP will develop and share plans with stakeholders, prioritizing immediate, medium, and longer-term support.

Activity 3: Improve the supply of medications, commodities, and products at facilities. IHP will begin a number of activities associated with area. The first priority will be to obtain the appropriate waivers from USAID for the commodities that have been quantified for the first year of the project.

Activity 4: Reinforce the logistics and management systems for drugs, family planning commodities, LLITNs and consumable medical supplies. IHP will begin to adapt the standard procedures (technical documents) to the current situation at all levels; reproduce the SOPs and drug management tools, and disseminate them. The project will also begin to provide refresher training and software training at various levels.

Activity 5: Improve human resource capacity to deliver MPA/CPA-plus. IHP will provide in-service and refresher training in the MPA/CPA-plus clinical areas, as well as in promotional, community, and management activities, so that providers understand the full continuum of care in the health zones, according to the needs identified.

IR 1.2 Community-based health care services and products in target health zones increased

Activity 1: Integrate CODESAs into health zone strengthening activities. The project will conduct on-the-job training for its community mobilization specialists and develop assessment tools for CODESAs; assess selected CODESAs in each health zone in collaboration with the MOH at health zone level; organize CODESA elections to revitalize non-functioning CODESAs; organize a TOT for CODESA trainers to train CHWs; and train a selected number of motivated and organized CODESAs in role and importance in health zone system, management, advocacy and community mobilization, targeting selected health zones.

Activity 2: Train, equip, and mobilize community distributors of family planning commodities. PROSANI will develop a tool to assess the performance of CBDs working under previous projects in all of the health zones, as well as their access to the necessary materials and supplies to carry out their work; conduct a review of existing community outreach worker and community-based distributor capacity to distribute FP commodities; coordinate with other projects and make recommendations to feed into support of selected CBDs; train community distributors of family planning commodities in FP services and commodity management and data collection in targeted health zones where community-based training has already occurred (combined with c-IMCI training in IR 2.1); design and implement research-based motivation system for performance recognition, celebration of success, etc.; and train health center and health zone workers in target health zones to monitor commodity distribution efforts. Commodities will include condoms, cycle beads, and pills, as well as Depo Provera (after it has been initiated by a nurse and an appropriate supervision system ensured).

Activity 3: Scale up community case management and treatment of childhood illnesses (e.g., malaria, diarrhea, EPI, and pneumonia). IHP will begin to support/collaborate with the MOH IMCI unit at the provincial level and partner with the MOH strategic planning committee to develop c-IMCI training plans for each province, drawing on the five-step approach implemented by BASICS in DRC.

Activity 4: Scale up evidence-based community WASH pilots. IHP will coordinate in the next quarter with the ECZ to select communities for implementation of the Clean Village approach.

IR 1.3 Provincial management more effectively engaged with health zones and facilities to improve service delivery

Activity 1: Conduct an adapted senior-level (LDP) for provincial-level management team (Equipe Cadre) and District-level management team. This adapted LDP program will start in selected provinces during the next reporting period.

Activity 2: Provide support to fully develop systems for provincial oversight of health services. IHP will train provincial-level management teams as well as the district-level team in FOSACOF to enable them to supervise implementation of these activities; and support these levels in carrying out supportive supervision at the zonal level, to include supervision of the integration of leadership and management development at the health zone level.

Activity 3: Provide support to provincial-level strategic planning, coordination, and communication.

IHP will support meetings of the Provincial Steering Committee, in coordination with other implementing partners working in the four provinces; support the provincial and health district levels to work with the health zones on developing and validating health zone development plans, in coordination with other implementing partners working in target provinces; support the health districts in carrying out quarterly reviews; and support the district level to organize quarterly meetings of the Interagency Coordination Committee (CCIA)

Activity 4: Provide Provincial and District levels with the support needed to actively engage with the health zones and facilities to improve service delivery:

The project will evaluate information technology, transportation, and communication needs at the Provincial and District levels during the next quarter.

Intermediate result 2: Quality of MPA/CPA-plus services in target health zones increased

IR 2.1 Clinical and managerial capacity of health care providers increased

Activity 1: Reinforce competency-based training for specific identified skills: IHP will evaluate quality improvement needs at health facilities, with zonal and community authorities, using FOSACOF tools. The correct treatment of childhood diseases will be extended after the IMCI training for community liaisons (*relais communautaires*, or *RECO*, in French).

Activity 2: Reinforce supportive supervision skills in support of ECZ monitoring health facilities: Selected activities will take place during the next reporting period.

Activities 3-60: Implement both pre-service and in-service training and refresher training programs in the areas of MPA and CPA-plus in the targeted health zones, aligned with ongoing SPS training on pharmaceutical management and supervision: These activities will begin during the next quarter.

IR 2.2 Minimum quality standards for health facilities (referral hospitals and zonal health centers) and services adopted

Activity 1: Scale up a whole-site, standards-based quality improvement approach at target facilities (FOSACOF): The FOSACOF methodology will be scaled up in selected health zones.

Activity 2: Design and implement a PBF program. IHP has taken into consideration the BEST team comments and suggestions. Therefore, IHP is not proposing to start PBF implementation immediately but rather has proposed to conduct three key activities during the period of March to May which are aimed at developing a PBF approach that will be tailored to the DRC health needs and realities (see below). IHP will work in partnership with the MOH and other partners involved in PBF (and health financing) and will harmonize its PBF approach as much as possible with the MOH. A comprehensive evaluation of all PBF pilot experiences in DRC for the last 5 years has just been completed by HS 20/20 (attached) which contains valuable lessons learned and practical recommendations for the way forward. It is also important to note that the MOH has just completed a comprehensive guide/manual (draft) for PBF program in DRC which will serve as guide for all implementers (attached). IHP will use the recommendations of the HS20/20 study, as well as the MOH PBF manual, to finalize its approach during

this period. Once the approach is agreed upon and approved by USAID, IHP will plan to start the actual implementation of the PBF program in selected sites.

IHP is very much aware of the difficulties of implementing a PBF program in highly dysfunctional health system such in DRC, which leads the project to suggest implementing its PBF program in a phased approach starting in a very few selected sites where all conditions will be met. IHP will provide inputs for financing (including in-kind donations) to allow health facilities to have minimum functional standards (equipment, drugs, etc.) before introducing PBF program in those sites.

Please note how the specific activities were revised in our approved workplan:

Activity 2	Design and implement a PBF program
Activity 2.1	Support one internal workshop with USAID and other implementing agencies funded by USAID (HS 20/20, MCHIP, PROVIC, C-Change, etc.)
Activity 2.2	Develop PBF procedures manual and tools
Activity 2.3	Hold validation meeting to create ownership of and commitment to the selected PBF model

Activity 3: Conduct financial analysis of PBF interventions, including review of existing analyses with other partners: IHP will participate in the meeting scheduled to review PBF experiences to date.

IR 2.3 Referral system for primary health care prevention, care and treatment between community structures and health facilities (provincial and zonal levels) institutionalized

Activity 1: Work with CODESAs to strengthen two-way community-facility referral networks. IHP will adapt the reference/counter-reference tools between the health facilities and the communities, ensuring adequate revision of diagnostic standards; organize meetings between the members of the CODESA and the health facilities in the health zones to coordinate referral tools and processes (initially focusing on functional CODESAs); and identify, through supervision, challenges related to reference/counter-reference of cases between the community care sites and the health facilities and hospitals in the 80 health zones.

Activity 2: Scale up referral for victims of sexual assault. This activity will begin during the next quarter building on the successful IRC model.

Activity 3: Extend support for fistula victims. IHP will identify functioning local women's groups, churches, community outreach agents, and community leaders; and orient community outreach agents and groups in communication and fistula prevention and referrals.

Activity 4: Reinforce the reference system for CBD family planning clients to obtain family planning methods in health facilities in the 80 health zones. IHP will follow up to receive the rest of the Tiaht posters and ensure their placement in health facilities.

Activity 5: Reinforce the monitoring and supervision of head nurse of the health center in CBD activities in the 80 health zones. IHP will identify management tools for CBD as well as supportive IEC/BCC materials; provide the head nurse of the health centers with tools to manage activities with the

community-based distributors (CBDs); and organize the monitoring and evaluation of CBDs by the head nurse of the health center (including informed choice--Tiaht).

Activity 6: Reinforce referral activities for the MPA-plus between the community and the health facility (vaccination, prenatal care, assisted births, PMTCT, etc.). This activity will begin in the next quarter.

Intermediate result 3: Knowledge, attitudes, and practices (KAP) to support health-seeking behaviors increased in target health zones

IR 3.1 Evidence-based health sector-community outreach linkages—especially for women, youth, and vulnerable populations—established

Activity 1: Conduct baseline KAP assessments for IHP target zones. This activity is planned for next quarter, building on existing information.

Activity 2: Establish local NGO coordination mechanism at the province level. This activity is planned for next quarter.

Activity 3: Pilot implementation of Education Through Listening Approach (ETL). This activity is planned for next quarter, starting with short-term technical assistance schedule for February 2011.

IR 3.2 Health advocacy and community mobilization organizations strengthened

Activity 1: Assess/improve CODESAs' existence and functionality. This activity is planned for the next quarter.

IR 3.3 Behavior change campaigns involving opinion leaders and cultural influences (people and technologies) launched

Activity 1: Select and train community champions. IHP will review existing research data (as part of research review in IR 3.1); hold coordination meeting w/ implementation organizations; hold a technical coordination meeting with organizations implementing community champion approach; and select a community champion methodology and develop a training plan.

Activity 2: Conduct a Rapid Assessment of Health Communications Capacity in health zones. This activity will take place in February 2011.

Activity 3: Design and implement health communications campaigns. This activity will follow the assessments.

Activity 4: Conduct earned media campaigns. This activity will take place during the next quarter.

Activity 5: Pilot Phone-based information campaigns. This activity will take place during the next quarter, drawing from existing research data and partner coordination.

Component 2: Health Systems Strengthening

Intermediate result 4: Health sector leadership and governance in target provinces improved

IR 4.1 Provincial health sector policies and national-level policies aligned

Activity 1: Support the implementation of national and provincial health policies. The project will complete an inventory with the MOH of all of the existing health policy documents, including norms, standards, and policies for specialized programs and support the MOH to develop and/or finalize policy documents, norms, and strategies in the next quarter.

Activity 2: Support the Ministry of Public Health in the revision, dissemination, and extension of norms and policies at the national and provincial levels. This activity will begin during the next quarter.

Activity 3: Support the provincial and district levels with the implementation of policy (norms, protocols, and tools) adapted to the local context in each Province. This support will begin during the next reporting period.

Activity 4: Advocate for policies specifically focusing on the health of women to ensure that they are implemented. These activities will begin during the next quarter.

Activity 5: Support the health zones to write a health development plan (strategic plan) and an operational plan that align with MOH health policies, which will be provided to the participants. IHP plans to conduct a 2-day orientation workshop to provide guidance on the development of the health development plan (strategic plan) and operational plan for members of the health zone management team and support the teams to complete the planning at the health zone and community levels.

IR 4.2 Evidence-based tools for strategic planning and management decision making adopted

Activity 1: Support the health zones to write a health development plan (strategic plan) and an operational plan that aligns with the health policies (the development plan for reference hospitals is included in the health zone development plan (see IR 4.1, activity 5)). IHP will continue to support selected workshops in the next quarter.

Activity 2: Provide health zones with the resources (tools and policies) for the development plan and operational plan (the operational plan for reference hospitals is included in the operational plan of the health zones). This activity will take place during the next reporting period.

Activity 3: Conduct an assessment of the current status of MIS (people trained and level of implementation) and computer kits in the health zone, provincial, and health district levels. This activity will take place during the next reporting period.

Activity 4: Train the Provincial and District level management teams in management systems for health (human resources, financing, etc.). As requested by USAID, we will support scale up of the DHIS.

Activity 5: Provide the Health Zones with management tools. This activity will continue and expand to all health zones in the next quarter.

Activity 6: Install the GESIS software and train data managers in the provinces, health districts, and health zones in the collection, compilation, analysis, and use of the data. This activity will take place in the next quarter.

Activity 7: Support monthly monitoring meetings at the health area level and at the health zone central office level to share information and discuss best practices (one monthly meeting at each level). IHP will expand this support during the next quarter.

IR 4.3 Community involvement in health policy and service delivery institutionalized

Activity 1: Support the dissemination of policies on community outreach. This activity will begin during the next reporting period.

Activity 2: Work with civil society groups to increase their voice and accountability in the provincial planning and policy process. IHP will begin this group of activities during the next quarter.

Activity 3: Implement a pilot small grants program for eligible NGOs to increase their institutional and other service provision capacity at the community level. IHP will continue to raise awareness in targeted health zones about the availability of small grants; define the criteria for selection of grant recipients and award grants; and launch a competitive grant process in 20 targeted health zones in Bukavu and Kananga.

Activity 4: Support international and national health days, such as International Women's Day, International AIDS Day, Roll Back Malaria, blood donation, fight against tobacco, illiteracy, etc.). IHP will respond to requests as they are received during the next reporting period.

Project Management

- Conduct staff orientation meetings on rules and procedures, standards and regulations governing the IHP project (January 2011)
- Open remaining coordination offices (two in South Kivu and two in Katanga) (January 2011).
- Conduct baseline study (February/March 2011)

VII. TRAVEL PLAN FOR THE NEXT QUARTER

- Routine monitoring visits by technical advisors to coordination offices
- Visit with USAID to Kananga and Mbuji Mayi from February 9 - 11, 2010
- Courtesy visit to provincial authorities that includes the official presentation and discussion of the IHP work plan
- International travel as indicated on the STTA Plan, attached (Annex 3)

VIII. FINANCIAL REPORT

Program Area	Program Element	BFY Fund	Obligations	Current Quarter actual Oct-Dec 2010	Obligations remaining	Projections Jan-March 2011
A11	A047	GH-AIDS/2010/201	\$ 1,733,675.00	\$ 57,771.40	\$ 1,675,903.60	\$ 333,777.33
A11	A048	GH-C/2010/2011	\$ 3,100,000.00	\$ 103,301.56	\$ 2,996,698.44	\$ 596,830.27
A11	A049	GH-C/20102011	\$ 4,000,000.00	\$ 133,292.33	\$ 3,866,707.67	\$ 770,103.58
A11	A052	GH-C/20102011	\$ 8,652,525.00	\$ 288,328.81	\$ 8,364,196.19	\$ 1,665,835.11
A11	A053	GH-C-POP/2010/201	\$ 3,900,000.00	\$ 129,960.03	\$ 3,770,039.98	\$ 750,850.99
A11	A054	ES/2010/2011	\$ 2,185,800.00	\$ 72,837.60	\$ 2,112,962.40	\$ 420,823.10
A11	A142	GH-C-GFSI/2010/201	\$ 1,028,000.00	\$ 34,256.13	\$ 993,743.87	\$ 197,916.62
Grand Total			\$ 24,600,000.00	\$ 819,747.85	\$ 23,780,252.15	\$ 4,736,137.00

Notes: By the end of June 2011, IHP will have addressed the concerns USAID expresses about the pipeline. A number of ongoing activities will increase spending levels substantially, even in the next quarter. Some of our current actions that will have budgetary impact include the following:

- Address and fill human resources gaps identified by the BEST team in priority technical areas, e.g., MNH/FP/RH, Nutrition, M&E, malaria, and HIV/TB/NTD, to complement the existing staff positions
- Accelerate implementation of the workplan with priority activities targeted for all earmarked technical areas
- Revise the STTA plan to consider more support for all earmarked technical areas as needed and recommended by the recent BEST team visit and mobilize the expertise as planned
- Conduct the baseline study, including a KAP survey component
- Implement the procurement plan, which requires that USAID approval is timely on restricted goods
- Procure essential drugs as well as equipment and medical supplies.

The names of the program elements will be included in future reports.

A number of WASH activities continued during this reporting period in the former LMS/DRC health zones, and IHP conducted assessments to move forward on new activities in other zones. We would expect spending to pick up in this technical area during the second quarter and will report in more detail in the next quarterly report.

IX. ANNEXES

Annex 1: Results of the FOSACOF evaluation in the 6 health zones supported by the Mwene Ditu coordination office¹

All coordination offices carried out their respective evaluations during the reporting period; however, the results from Luiza, Kole and Tshumbe were not received at the national level in time to contribute to the quarterly report. These results will be presented in the next report. From June to December 2010, the FOSACOF evaluation show a general decrease in many of the criteria mainly in Kalenda, Kamiji and Mwene Ditu health zones. The Mwene Ditu coordination as a whole did not improve in the areas of equipment, staff, continuing education and community support.

This situation exists for a number of reasons, as follows:

- Previous LMS/DRC partners who were part of the FOSACOF process clearly had some doubts about the future of these activities prior to the award of PROSANI. Believing that the FOSACOF approach would no longer be applied with the next project, they discontinued their focus on these activities. This provides an important lesson for ensuring the sustainability of these activities and transferring ownership of these tools to improve the quality of care at the service delivery points prior to the end of PROSANI.
- Again, due to the reason above, some of the partners did not do the planned evaluation in October 2010, which would have allowed for identification of challenges that could have been addressed to improve performance.
- The MCZ of Kalenda, who was very involved in the FOSACOF activities, was transferred. His replacement did not have the same level of involvement and had a challenging relationship with the MCD, which created some disruption in the health zone work plan, particularly the FOSACOF assessment. With new activities, this situation can be addressed.
- Some of the health facilities in Kamiji and Mwene Ditu health zones were unable to carry out the planned FOSACOF evaluation due to the absence of certain IT (Infirmiers titulaires).

For specific results, see the table on the following page.

¹ **Key:** **Yellow Boxes** are health zones where general criteria scores were more than 60%; **Blue Boxes** are health zones where general criteria scores, composed of an average of five facilities, were above 60%; **Gray Boxes** are health zones where general criteria scores were less than 60% for the entire Mwene Ditu district; **Red Boxes** represent health zones where general criteria scores, composed of an average of five facilities, were less than 60%.

#	General Criteria	KALENDA		KAMIJI		KANDA KANDA		LUPUTA		MWENE DITU		WIKONG		Average per criteria	
		Jun 2010	Dec 2010	Jun 2010	Dec 2010	Jun 2010	Dec 2010	Jun 2010	Dec 2010	Jun 2010	Dec 2010	Jun 2010	Dec 2010	Jun 2010	Dec 2010
1	Infrastructure	49.02%	49.69%	47.53%	28.27%	50.80%	62.31%	54.06%	63.11%	77.12%	79.02%	56.76%	68.44%	67.06%	70.17%
2	Equipment	72.00%	67.07%	66.63%	47.33%	67.30%	71.47%	65.98%	65.07%	74.72%	77.47%	61.07%	66.93%	81.54%	79.07%
3	Essential medicines and supplies	68.38%	62.20%	40.57%	63.60%	66.10%	61.93%	69.02%	78.80%	81.38%	66.73%	88.05%	77.27%	82.70%	82.11%
4	Staff	47.92%	40.20%	38.87%	25.40%	68.58%	56.20%	62.64%	72.60%	69.58%	68.73%	44.37%	59.93%	66.39%	64.61%
5	Continuing Education	46.67%	18.67%	55.43%	45.33%	45.18%	61.33%	49.22%	61.33%	60.62%	62.67%	42.60%	43.33%	59.94%	58.53%
6	Community Approach	64.38%	54.00%	65.90%	56.50%	70.59%	82.00%	59.24%	66.75%	77.65%	81.75%	67.30%	74.25%	81.01%	83.05%
7	Community Support	51.88%	44.75%	51.20%	34.65%	60.32%	65.75%	44.96%	51.20%	62.94%	58.90%	54.55%	56.10%	65.17%	62.27%
8	Clinical quality	54.49%	40.44%	27.60%	48.25%	60.88%	63.53%	49.78%	54.17%	68.48%	63.15%	42.14%	59.56%	60.67%	65.82%
9	Management	57.98%	52.54%	31.67%	42.37%	46.78%	66.75%	54.68%	61.73%	66.12%	63.22%	51.63%	64.00%	61.77%	70.12%
	Average per health zone	56.97%	47.73%	47.27%	43.52%	59.61%	65.70%	56.62%	63.86%	70.96%	69.07%	56.50%	63.31%	69.58%	70.64%

Annex 2: Indicators in Eastern and Western Kasai health zones supported by the IHP project during the first quarter (October – December 2010) (to be revised for the next quarter according to the approved PMP)

INDICATORS	IHP data			
	Oct-10	Nov-10	Dec-10	
Percentage Curative care	29.2	29.7	29.0	29.3
FAMILY PLANNING²				
1. Couple years of protection (CYP) for FP USG-supported programs	16,118	12,005	13,313	41,437
2. Number of new FP acceptors in USG-supported family planning clinics	13,517	12,862	14,528	40,907
3. Number of counseling visits for FP/RH as result of USG assistance	11,330	10,829	11,723	33,882
4. Number of USG-assisted services delivery points providing FP counseling or services	635	635	635	635
Comments: The number of new FP acceptors increased from 12,862 in November 2010 to 14,528 in December 2010 following work with the community-based distributors (CBDs) in family planning methods. See footnote on CBDs.				
MATERNAL AND CHILD HEALTH				
1. Number of antenatal care (ANC) visits by skilled providers from USG-assisted facilities	14,920	15,231	14,871	45,022
2. Number of women receiving Active Management of the Third Stage of Labor (AMSTL) through USG-supported programs	7,805	7,771	8,368	23,944

² Contribution of CBDs to family planning uptake as represented by the distribution of new acceptors by type of service provider

	New acceptors	%
CBD	29163	71%
Facility-based providers	11744	29%
Total	40907	100%

3. Number of deliveries with a skilled birth attendant (SBA) in USG-assisted programs	12,947	12,717	12,147	37,811
4. a) Number of children less than 12 months of age who received DPT3 from USG-supported programs	15,888	14,517	10,683	41088
b) % Coverage DPT3	117.3	107.2	78,9	101.1
c) Rate of dropout DPT3	.9	3.0	4.2	2.5
5. Number of cases of child diarrhea treated in USAID- assisted programs	7,213	5,968	5,968	19149
6. Number cases of child pneumonia treated with antibiotics by trained facility or community health workers in USG-supported programs	8,648	9,079	9,535	27,262
7. Number of newborns receiving antibiotic treatment for infection from appropriate health workers through USG-supported programs	816	739	1,022	2,577
8. Number of postpartum newborn visits within 3 days of birth in USG-assisted programs	11,745	11,116	11,137	33,998
9. Number of newborns receiving essential newborn care through USG-supported programs	10,703	10,495	10,635	31,833
10. Number of children under 5 years of age who received vitamin A from USG-supported programs**	6,563	552,909	22,120	581,592
<p>Comments: The DPT3 coverage rate is over 100% the first two months of the quarter following the recovery sessions during the vaccination campaign. The indicator for number of children under 5 years of age who received vitamin A from USG-supported programs is high as the result of a vitamin A campaign.</p> <p>** In the next report, vitamin A supplementation will be moved from MCH to Nutrition. In addition, in coordination with USAID/DRC, the project is currently planning to conduct a baseline study, which will include additional nutrition indicators as follows: breastfeeding practices (early initiation, exclusive, and continued breastfeeding) for infant and young children, and three nutritional indices (stunting, wasting, and underweight) for children aged 0-23 months. Upon concurrence on the baseline study, these nutrition indicators will be added to the PMP accordingly.</p>				
MALARIA				
1. Percent of pregnant women in targeted health zones received IPT	68.1	62.6	57.3	62.7
2. Number of ITNs distributed that were purchased or subsidized with USG support	3,580	5,237	6,564	15,381
3. Number of children under five with malaria treated correctly following the national protocol	22,891	21,603	23,973	68,467

4. Number of pregnant women with malaria treated correctly following the national protocol	4,340	3,887	3,962	12,189
<p>Comments: The rate of IPT 2 is decreasing due to uncertainty over free, mandated SP distribution with which providers do not regularly comply. To assess the “correctness” of malaria treatment, during the monthly joint supervision visits, our teams randomly select three facilities and then a random average of 10 to 20 malaria consultation sheets to review the cases and confirm that the national protocol is respected or not. In addition, IHP expects to conduct a more rigorous external (possibly involving someone from the PNL and/or another international partner working in malaria) annual evaluation to determine the capacity of the providers to correctly treat malaria cases in all of our intervention zones.</p>				
WATER AND SANITATION				
1. Number of people in target areas with access to improved drinking water supply as a result of USG assistance	NA	NA	NA	NA
2. Number of people in target areas with access to improved sanitation facilities as a result of USG assistance	NA	NA	NA	NA
3. Liters of drinking water disinfected with USG-supported point-of-use treatment products	NA	NA	NA	NA
<p>Comments: Activities that were previously support by LMS/DRC continued in selected health zones, e.g., community water committees continued to maintain the water supplies and enclosures, the committees and community relays conducted sensitization activities promoting the use of potable water, and IHP began identifying new water sources with the Equipes cadre de zone, the relays, and the communities.</p> <p>As a result, previous beneficiaries of WASH activities in these health zones continued to receive these services described but there were no NEW beneficiaries—the number of “sources” did not change (although populations may have changed to some extent). As already noted in our comments, IHP began assessing the former AXxes zones from December-January to obtain their current information, and the results of that assessment will be reported in the next quarterly report.</p> <p>IHP will continue to identify additional water sources as part of the support we are providing to the health zones to elaborate their PAO (assessment activities being included in the planning process).</p> <p>IHP’s partner, IRC, identified a WASH Manager during the reporting period who unfortunately declined the offer to take a position in another country. IRC identified a WASH technical specialist from the IRC staff based in Nairobi to provide interim coverage while a new candidate is recruited. IHP worked, with WASH technical assistance provided by IRC, to develop a WASH strategy for the project that was provided to the BEST team during its visit; the recommendations of the team’s WASH specialist have been incorporated into the strategy, as will be reported in the next quarterly report.</p>				
HIV/AIDS				
1. # of HIV-positive pregnant women receiving antiretroviral prophylaxis to reduce the	7	1	10	18

risk of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT)				
2. # of pregnant women counseled, tested, and who know their results	1,445	1,521	1,841	4,807
3. # of pregnant women counseled on HIV/AIDS	1,736	1,827	2,251	5,814
4. # of pregnant women counseled and tested for HIV/AIDS	1,479	1,600	1,947	5,026
5. # health facility personnel (FOSA) offering PMTCT services	43	43	45	131
6. # pregnant women seen at ANC (new + old cases) at the PMTCT sites	1,650	1,612	3,464	6726
7. # pregnant women seen at ANC (new cases) at the PMTCT sites	1,969	1646	2,069	5684
8. # pregnant women (old cases) who were not previously tested	365	187	271	823
9. # pregnant women counseled and tested and found HIV+	18	9	19	46
10. # pregnant women counseled and tested and found HIV+ who know their results	18	6	19	43
11. # pregnant women counseled and tested for HIV who are RPR+	0	1	4	5
12. # pregnant women counseled and tested who are HIV+ and RPR+	3	1	1	5
13. # HIV+ pregnant women put on ARV treatment	12	6	1	19
14. # newborns receiving ARV prophylaxis	5	3	23	31
15. # male partners counseled and tested for HIV who receive the result	354	475	406	1235
16. # male partners counseled and tested who are HIV+	4	0	6	10
17. # male partners counseled and tested who are HIV+ and receive the result	4	0	6	10
18. # HIV+ pregnant women expected to give birth during the month	3	2	79	84
19. # HIV+ pregnant women who gave birth during the month	5	2	6	13
20. # pregnant women counseled and tested in the delivery room	14	6	55	75
21. # pregnant women counseled and tested in the delivery room who are HIV+	0	0	0	0
22. # HIV+ pregnant women who received Cotrimoxazole prophylaxis	3	1	52	56
23. # of infants born to HIV+ mothers who received cotrimoxazole prophylaxis from beginning in their 6th week	6	2	16	24
24. # children born to HIV+ mothers tested before 18 months	6	0	2	8
25. # children born to HIV+ mothers tested at 18 months	3	0	1	4
26. children born to HIV+ mothers tested before 18 months who are HIV+	0	0	0	0
Comments: This data comes from the former AXxes health zones because IHP had not yet introduced PMTCT in the 23 former LMS/DRC 23 health zones. As indicated in our workplan, IHP plans to extend this year the number to 50 sites in zones which have not yet integrated PMTCT. IHP will assess, in collaboration with PROVIC and the PNLS, all of the existing sites, to obtain updated data. In addition, IHP will engage in the following				

activities:

1. Organize a briefing or refresher training in line with the PMTCT new protocol.
2. Harmonize the PMTCT regimen.
3. Promote the development of community support groups for pregnant HIV+ women, so that they can encourage and help each other as peers, which may help reduce dropout.
4. Reinforce mobilization activities at the community level, in collaboration with the health centers, for HIV prevention, fighting against stigmatization and discrimination, particularly to address the issue that fewer HIV+ pregnant women deliver in health centers.
5. Implement the distribution plan that IHP developed with MSH/SPS after conducting a clear and comprehensive quantification of needs to avoid stock outs.

Sites reported that they followed a protocol of providing a single dose of nevirapine (for both women and newborns), for women at the onset of labor or at least two hours before the expulsion of the baby, and for the newborn within 72 hours after delivery.

The usual approach was to conduct group counseling during the ANC session. Women who selected to have the test to find out their status were counseled and tested privately for the test and post-test. One hundred percent of the pregnant women coming to ANC received the group counseling, and 85% accepted to be tested. Women who did not wish to be tested had numerous reasons. Some are not prepared to deal with the stigma and rejection they would experience in their families and communities if they were found to be HIV+. Others wanted their partners' authorization for the testing, which would take too long to obtain. There are strategies that IHP can consider moving forward to achieve a higher percentage of testing. Community relays (peer educators) have already planned and carried out mobilization activities, with key messages focused on HIV/AIDS and PMTCT. These messages were also broadcast on the community radios.

Testing and provision of results do not occur the same day, so many women do not return to obtain their test results. For some women, returning for results simply is not convenience because the distance is too great. Although the sites are using rapid tests, the constraint has been the number of lab technicians and the workload in the referral health centers and hospitals. They report that it is impossible to deliver the results on the same day as the test. IHP will need to consider different strategies to overcome this important challenge, including recommendations to the Government to increase the laboratory staff to deal with the increased workload.

While we realize that the number of lab technicians is a limitation, particularly in the IHP intervention zones, we believe that nurses trained in counseling the client could also be trained in doing rapid tests to decrease the laboratory workload, particularly in the general reference hospitals and the reference health centers. IHP will pursue this option.

18 of 46 pregnant women found to be HIV+ received ARV prophylaxis to prevent MTCT:

- 13 HIV+ pregnant women were delivered and received ARV prophylaxis (nevirapine).

- 5 HIV+ pregnant women have received AZT at 28 weeks, following the protocol.
- 28 HIV+ pregnant women have neither attained 28 weeks (to receive AZT) nor delivered yet (to receive nevirapine).

Indicator 13: 19 HIV+ women were eligible for ARV treatment. These sites were supplied in ARVs by the Global Fund. IHP is aware that these women will need to be on treatment *ad vitam*. Given that both Round 7 and Round 8 Global Fund activities are underway, we will ensure ongoing exchange and coordination with all partners to ensure that these interventions continue, in particular access to ARV treatment.

Indicators 18-19: Out of 84 HIV+ pregnant women expected to give birth during the reporting period, only 13 gave birth. We do not have any accurate information for these 71 women who were lost to follow up; however, their files are available in the sites, and the project's trained volunteers in collaboration with the HIV+ pregnant women or the newly-tested HIV + pregnant women who know these women will help find them. This activity can be part of implementing support groups for HIV+ women.

Previous trainings have not focused on early screening. Nevertheless, IHP briefings and refresher trainings will integrate the earlier testing protocol (testing starting at week 6 and follow up for confirmation at 6 months). IHP will work with partners such as PROVIC and PNLS laboratories respectively in Kinshasa and Lubumbashi, supported by CDC, to initiate this new approach in the selected sites.

TUBERCULOSIS				
1. Case notification rate in new sputum smear positive pulmonary TB cases in USG-supported areas	405	428	644	1,477
1a. Case notification rate in new sputum smear positive pulmonary TB cases in USG-supported areas without health zones with high detection rate	177	208	500	885
2. Percent of sputum smear positive pulmonary TB patients that were cured and completed treatment under USG-funded DOTS	80.5	107.2	70.4	86.0

Comments: To date, IHP has strengthened capacities of laboratory technicians and nurses on the diagnosis and the biological and clinical follow up of TB cases. IHP will implement the following additional actions this year:

1. Improve the screening by supplying microscopes and IEC materials to all diagnostic and TB treatment health centers with a laboratory (CSDT)
2. Support provision of drugs and medical supplies in the intervention areas
3. Provide a briefing to health providers who are neither associated with CSDT nor TB treatment health centers (CST) as well as to community health workers regarding early detection of TB and on how to improve the referral system to the CSDT
4. Support the mapping between a health center, a CST and CSDT to ensure adequate referral systems
5. Print and distribute 1,000 copies of the 4th edition of the Programme antituberculeux intégré aux soins de santé primaire (PATI-4) to all CSDTs, CSTs, and health centers.

6. Ensure the biological quality control at the Coordination Provinciale Lèpre et Tuberculose (CPLT) level (by sending samples each quarter)
7. Mobilize community health workers to conduct community mobilization activities and reactivate the referral system towards the CSDT.
8. Provide support to correctly apply DOTS at the community level, particularly where the CSDT are far from the patients
9. Support formative supervision and ensure that health providers had and correctly applied information and instructions on the use of standardized short-course treatment and patient support, under direct supervision
10. Promote the interaction between health providers and community health workers on active screening in high-risk communities and follow up of patients who have dropped out of treatment
11. Support community health workers to carry out regular home visits to patients receiving treatment
12. Support/organize, with reputable local organizations, operational studies, particularly in health zones where the detection rate is under 70%, beyond 100%, and where cure rates are low
13. Broadcast, through local radio, key messages regarding tuberculosis, HIV co-infection, and non-stigmatization of patients.

In the IHP health zones, we have not yet identified Friends of Damien clubs such as those that exist in Kinshasa, but we continue to try to identify them in our health zones and reactivate them or encourage those that are functional to become even more involved in the fight against tuberculosis. However, even if no such clubs are identified, we are looking for other options, such as identifying, among the *relais communautaires*, those who have been cured of tuberculosis who are willing to participate in home visits and serve as role models. This strategy would help improve adherence to drug regimen, reduce stigma, discrimination, and even rejection of those infected with tuberculosis.

Community-based activities include those mentioned above and the following:

- Map health zones that integrate HIV/TB co-infection HIV/TB and cases of multi-drug resistance (MDR) cases
- Strengthen health provider and ECZ capacity on MDR/TB management and ensure its availability in high-risk MDR sites
- Prevent death and prolonged transmission of drug-resistant strains of TB by strengthening DOTS with facility-based health care providers and at the community level with community relays as well as through the early diagnosis of suspected MDR-TB at the INRB in Kinshasa and Lubumbashi (NB : the transportation of sputum samples will be charged to the project).
- Support supervision of resistant and MDR-TB patient management as a component of fighting against the TB at health zone level.

The target population is 4,658,057, and the case notification number is 1,477/1,747 expected cases (84.6%). The incidence of TB+ is calculated on the basis of 150 cases per 100,000 inhabitants. The numerator is the number of TB cases notified by the Centre de Santé de Dépistage et de Traitement (CSDT); the denominator is the number of expected TB cases.

During the first quarter of the project, it was too soon to identify health zones with a high detection rate (beyond 100%) in all of the former AXxes

health zones. In the second quarter IHP will be able to report on high detection rates in all zones. However, in the former LMS/DRC and some former AXxes zones, we were able to identify 8 health zones out of 35 with a detection rate above 100%, as indicated below:

Health zone	Detection rate
Omendjadi	122.5
Lodja	289.5
Dibele	101.5
Dibindi	115.5
Kanda Kanda	103
Kalenda	136
Ndekesha	122
Kalomba	115

BLOOD SAFETY				
1. Percentage of donated blood units screened for HIV in a quality assured manner	100.0	97.8	100.0	99.3
2. Number of units of whole blood collected by the NBTS network and screened for transfusion-transmissible infections per 1,000 population per year	645	633	566	1,844
3. Proportion of health facilities receiving at least 80% of the blood units used for transfusions from the National Blood Transfusion Service network	0	0	0	0.0
4. Percent of blood units collected and screened by the NBTS network which are identified as reactive for HIV by an NBTS network laboratory	1.3	1.7	0.9	1.3

Comments: This indicator gives us the total number of blood samples collected, screened according to four markers determined by the national policy, and which are safe for use in transfusion. Of 2,635 samples collected, 2,615 were screened for HIV (using Determine, HIV sensitivity test), and among these samples, 34, representing 1.3% ($34 \times 100 / 2,615$) were HIV + were rejected. Of the remaining 2,581 samples ($2,615 - 34 = 2,581$), 1,844 were tested according to the 4 markers recommended by the national policy; of those, 1,799 were used and 45 were rejected.

Indicator 4: NB: Blood screening is conducted at the general hospital and referral health center level, but not by the National Blood Transfusion Service (NBTS), or in French, Centre national de transfusion sanguine-CNTS).

The indicator (1.3%) represents the number of samples that tested HIV+ and which were then rejected, out of the total number of samples. As explained above, 2,635 samples were collected, of which 2,615 were screened for HIV (with Determine and HIV sensitivity tests); among these, 2,615, 34 samples, representing 1.3% ($34 \times 100 / 2,615$) were HIV+ and therefore rejected for use.

IHP will take the following actions, which are included in our workplan, to improve blood safety: (1) strengthen health care provider (doctors, nurses, and laboratory technicians) and peer educator capacities at the health zone level; (2) promote the development of volunteer donor organizations; and (3) reinforce provider capacity to improve clinical review of potential blood donors before sampling is done to eliminate those at high risk of HIV and/or other infections. As the national policy does not permit conducting HIV testing of any individual donor before proceeding to sampling, it will be very difficult to have infection-free blood samples.

Source: Quarterly reports from the four operational IHP coordination offices

List of other attached Annexes :

- Annex 3:** STTA/International Travel Plan
- Annex 4:** Plan de Distribution des produits du paludisme pour la Province de Kasai Occidental
- Annex 5 :** Plan de Distribution des produits du paludisme pour la Province de Kasai Oriental
- Annex 6 :** Plan de Distribution des produits du paludisme pour la Province de Katanga
- Annex 7 :** Plan de Distribution des produits du paludisme pour la Province de Sankuru
- Annex 8 :** Plan de Distribution des produits du paludisme pour la Province de Sud Kivu
- Annex 9 :** Guide RBF FM DRC, Draft, March 10, 2011
- Annex 10 :** HS 20/20 : Revue des expériences en Financement basé sur les Résultats en République Démocratique du Congo, Draft, February 2011
- Annex 11 :** DRC-IHP – UNICEF Letter of Collaboration, June 18, 2010

Annex 3: Integrated Health Project (IHP) Year 1 STTA Plan Oct 2010-Sept 2011

#	TECHNICAL AREA	SUGGESTED PERSON	ORG	Travel dates	INDICATIVE SCOPE OF WORK	Origin/destination	length of trips	PLANNED TIMEFRAME	
						to	days	From	To
1	Project Management	Kristin Cooney	MSH	Nov 17-Dec 09	To start up the Integrated Health Project and assist the project transition from the Leadership, Management, and Sustainability program to the Integrated Health Project, including meetings with USAID and project partners and stakeholders.	Boston	23		
2	Project Management	Kristin Cooney	MSH	March 01-March 15	to provide technical support and guidance /reporting	Boston	14		
3	COMU	Kate Onyejekwe	MSH	Nov 17-Dec 4	To orient the Finance and Administration Specialist and set up the Kinshasa office.	Boston	17		
4	Recruitment	Tori Caldwell	MSH	Nov 20-Dec 4	To complete local staff recruitment for the Integrated Health Project, including training a new Human Resources Manager.	Boston	16		
5	Recruitment	Felix Austine	MSH	Jan 01-Jan 21	to continue the recruitment of new staff	Nigeria	21		
6	Workplanning	Jean Kagubare	MSH	Nov 28-Dec 4	To support of the start-up phase and development of the workplan for the IHP project.	Boston	7		
7	PBF	Jean Kagubare	MSH	Feb 1-Feb 14	to Conduct Cost and Revenue Analysis	Boston	14		
8	Start-up operations	Christele Joseph-Pressat	MSH	Nov 28-Dec 14	To start up the DRC IHP project and assist in development of the workplan.	Boston	18		
9	Workplanning and Communication plan	Ryan Crow	OSC	Nov 28-Dec 8	To contribute to the development of the workplan and the strategic communications plan. He will also work with the Senior Staffing Specialist to recruit local communications staff.	DC	11		
10	Project start up	Larry Michel	MSH	Nov 23-Nov 24	To start up the DRC IHP program, including meetings with USAID and project partners and stakeholders.	Boston	5		

11	Operations/Finance	Steve Morgan	MSH	Dec 08-Dec 19	to provide coverage for the Director of Finance and operations	Boston	12		
12	M&E	Juan Carlos Alegre	MSH	Feb 3-11	Monitoring and evaluation	Boston	21		
13	Community Mobilization	Suzanna Galdos	Consultant	April 01-April 14	to conduct on-the-job training for eight IHP community mobilization specialists and develop assessment tools for CODESAs	Peru	15		
14	Project Management	Steve Morgan	MSH	Jan 8-29	Team orientation Workshop	Boston	21		
15	Security	John McKenney	MSH	Jan 8-Jan 21	to Strengthen Security Systems and processes in Kinshasa and regions and advice on travel security	Boston	14		
16	Accounting and Finance	Uder Antoine	MSH	March 21-April 1	Navigator and Quickbooks, review and strengthen Financial Systems; Support Payroll outsourcing;	Boston	14		
17	Procurement	Regional TA/ethiopia or Nigeria	MSH	Feb 7-Feb 14	Develop Procurement workplan; system for overseas procurement and system for bulk procurement	Ethiopia	7		
18	Contract	Peter Mahoney	MSH	Feb 1-Feb 14	Contracts/Grants Management; PBF contracting system; contractor/grantee monitoring system,	Boston	14		
19	Compliance Monitoring	Regional TA/ethiopia or Nigeria	MSH	March 01-March 7	orientation for compliance Analyst, strengthen compliance monitoring system	Ethiopia	7		
20	WHO Training	Narcisse Naia	MSH	March 01-04	Immunization Program Managers meeting for Central Africa	Kinshasa/Gabon	4		
21	USAID training	Finance Manager	MSH	April 05-April 12	USAID training	South Africa	5		
22	USAID training	Operations Manager	MSH	April 05-April 12	USAID training	South Africa	5		
23	Team Orientation Workshop	John Pollock	MSH	Jan 01- Jan 15	Team orientation Workshop/ Role & Clarification workshop	Boston	14		

24	PBF	David Collins	MSH	April 1-April 14	Cost and Revenue Analysis	Boston	14		
25	PBF	Cedric Ndizeye	MSH	March 1-March 10	Develop and test PBF curriculum with high performing trainers	Rwanda	10		
26	Information Systems	Saeed Osmani	MSH	June 01-June 14	Review IT systems and options for optimal IT Support to Kinshasa and other regions and orient the IT manager	Boston	14		
27	Operations and workplanning for Year II	Christele Joseph-Pressat	MSH	Aug 01- Aug 14	Training logistics and reporting; inventory management; review system for fleet management	Boston	14		
28	Operations and workplanning for Year II	Ashley Stephens	MSH	Aug 01- Aug 14	Training logistics and reporting; inventory management; review system for fleet management	Boston	14		
29	Project Management	Kristin Cooney	MSH	Aug 01- Aug 14	To provide technical support during workplanning	Boston	14		
30	Assessment	Andrei Sinioukov	OSC	Feb 14-March 4	Baseline KAP assessments for IHP target zones.	Tanzania	19		
31	Assessment	Waverly Rennie	OSC	Feb 14-March 4	Baseline KAP assessments for IHP target zones.	Tanzania	19		
32	Training	TBD	OSC	Jun 01-June 14	Implementation of Education Through Listening Approach	Atlanta	14		
33	Training	TBD	OSC	Jan 01-June 30	Design and implement health communications campaigns	Atlanta	180		
34	Public Health	Camilo Valderama	IRC	Feb 18-28	Support IRC IHP start-up, review integration of Community-Driven Reconstruction approaches into IHP strategy	Pakistan / Kinshasa return	10		
35	WASH	Hassan Coulibaly	IRC	Jan 20-Jan 30	Support development of IHP WASH strategy	Nairobi / Kinshasa return	10		
36	Gender / GBV	Ashley Wolfington	IRC	March 15-March 30	Support development of IHP Gender / GBV strategy	New York / Kinshasa return	10		
37	Public Health	TBD	IRC	May 28-June 3	Travel to / from IRC Global Health Conference - DCOP	Kinshasa/Tunis	5		

38	WASH	TBD	IRC	Sept 1-Sept 5	Travel to / from IRC Global Health Conference - WASH Advisor	Kinshasa/Tunis	5		
39	Gender / GBV	TBD	IRC	Sept 15-Sept 20	Travel to / from IRC Global Health Conference - Gender / GBV Advisor	Kinshasa/Tunis	5		
40	WASH	TBD	IRC	January-11	Travel to post for WASH Advisor	TBD	-		
41	Gender / GBV	TBD	IRC	Feb-11	Travel to post for Gender / GBV Advisor	TBD	-		
42	WASH	TBD	IRC	Jun-11	R&R travel for WASH Advisor	TBD	-		
43	Gender / GBV	TBD	IRC	Jul-11	R&R travel for Gender / GBV Advisor	TBD	-		

Annex 4

ESTIMATION DES BESOINS ANNUELS EN MIILD DE ROUTINE POUR LES FEMMES ENCEINTES DISTRICT SANITAIRE DE LUIZA

	LIBELLE	LUIZA	YANGALA	KALOMBA	BILOMBA	NDEKESHA	TOTAL
1	Population totale de la ZS	137,456	122,467	120,568	76,625	135,096	592,212
2	Proportion des femmes enceintes attendues dans la	4%	4%	4%	4%	4%	
3	Nombre des femmes enceintes attendues dans la cc	5,498	4,899	4,823	3,065	5,404	23,688
4	Taux d'utilisation (fréquentation) des services CPN	85%	85%	85%	85%	85%	
5	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	4,674	4,164	4,099	2,605	4,593	20,135
6	% de femmes enceintes utilisant la CPN et qui bénéf	100%	100%	100%	100%	100%	
7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient de la	4,674	4,164	4,099	2,605	4,593	20,135
8	Nombre de MIILD requise par femme enceinte	1	1	1	1	1	
9	Nombre total des MIILD requises pour la ZS pendant	4,674	4,164	4,099	2,605	4,593	20,135

841,593

DISTRICT SANITAIRE DE KANANGA

	LIBELLE	TSHIKAJI	TOTAL
1	Population totale de la ZS	81,778	81,778
2	Proportion des femmes enceintes attendues dans la	4%	
3	Nombre des femmes enceintes attendues dans la cc	3,271	3,271
4	Taux d'utilisation (fréquentation) des services CPN	85%	
5	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	2,780	2,780
6	% de femmes enceintes utilisant la CPN et qui bénéf	100%	
7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient de la	2,780	2,780
8	Nombre de MIILD requise par femme enceinte	1	
9	Nombre total des MIILD requises pour la ZS pendant	2,780	2,780

DISTRICT SANITAIRE DE KASAI

	LIBELLE	BULAPE	TOTAL
1	Population totale de la ZS	85,330	85,330
2	Proportion des femmes enceintes attendues dans la	4%	
3	Nombre des femmes enceintes attendues dans la cc	3,413	3,413
4	Taux d'utilisation (fréquentation) des services CPN	85%	
5	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	2,901	2,901
6	% de femmes enceintes utilisant la CPN et qui bénéf	100%	
7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient de la	2,901	2,901
8	Nombre de MIILD requise par femme enceinte	1	
9	Nombre total des MIILD requises pour la ZS pendant	2,901	2,901

DISTRICT SANITAIRE DE LULUA

	LIBELLE	MUTOTO	LUBONDAI	TOTAL
1	Population totale de la ZS	70,790	11,483	82,273
2	Proportion des femmes enceintes attendues dans la	4%	4%	
3	Nombre des femmes enceintes attendues dans la cc	2,832	459	3,291

4	Taux d'utilisation (fréquentation) des services CPN	85%	85%	
5	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	2,407	390	2,797
6	% de femmes enceintes utilisant la CPN et qui bénéficient de la MILD	100%	100%	
7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient de la MILD	2,407	390	2,797
8	Nombre de MILD requise par femme enceinte	1	1	
9	Nombre total des MILD requises pour la ZS pendant la période	2,407	390	2,797

Annex 5

ESTIMATION DES BESOINS ANNUELS EN SULFADOXINE PYRIMETHAMINE POUR LE TPI DES FEMMES ENCEINTES (SANS SANKURU)

DISTRICT SANITAIRE DE MWENE DITU

	LIBELLE	KALENDA	KAMIJI	KANDA KANDA	LUPUTA	MUENE DITU	WIKONG	TOTAL
1	Population totale de la ZS	184,242	84,872	203,873	253,360	369,730	103,766	1,199,843
2	Proportion des femmes enceintes attendues dans la communauté	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
3	Nombre des femmes enceintes attendues dans la communauté	7,370	3,395	8,155	10,134	14,789	4,151	47,994
4	Taux d'utilisation (fréquentation) des services CPN	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
5	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	6,264	2,886	6,932	8,614	12,571	3,528	40,795
6	% de femmes enceintes utilisant la CPN et qui bénéficient d'un TPI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient d'un TPI	6,264	2,886	6,932	8,614	12,571	3,528	40,795
8	Nombre de comprimés de SP requis par femme enceinte	6	6	6	6	6	6	6
9	Nombre de comprimés de SP requis pour la ZS	37,585	17,314	41,590	51,685	75,425	21,168	-
10	Nombre total de boîtes de SP (1000 comprimés)	38	17	42	52	75	21	245

DISTRICT SANITAIRE DE TSHILENGE

	LIBELLE	BIBANGA	TOTAL
1	Population totale de la ZS	131,387	131,387
2	Proportion des femmes enceintes attendues dans la communauté	4%	4%
3	Nombre des femmes enceintes attendues dans la communauté	5,255	5,255
4	Taux d'utilisation (fréquentation) des services CPN	85%	85%
5	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	4,467	4,467
6	% de femmes enceintes utilisant la CPN et qui bénéficient d'un TPI	100%	100%
7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient d'un TPI	4,467	4,467
8	Nombre de comprimés de SP requis par femme enceinte	6	6
9	Nombre de comprimés de SP requis pour la ZS	26,803	26,803
10	Nombre total de boîtes de SP (1000 comprimés)	27	27

DISTRICT SANITAIRE DE MBUJI MAYI

	LIBELLE	DIBINDI	MPOKOLO	TOTAL
1	Population totale de la ZS	233,269	267,784	501,053
2	Proportion des femmes enceintes attendues dans la communauté	4%	4%	4%
3	Nombre des femmes enceintes attendues dans la communauté	9,331	10,711	20,042
4	Taux d'utilisation (fréquentation) des services CPN	85%	85%	85%
5	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	7,931	9,105	17,036
6	% de femmes enceintes utilisant la CPN et qui bénéficient d'un TPI	100%	100%	100%
7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient d'un TPI	7,931	9,105	17,036
8	Nombre de comprimés de SP requis par femme enceinte	6	6	6
9	Nombre de comprimés de SP requis pour la ZS	47,587	54,628	102,215
10	Nombre total de boîtes de SP (1000 comprimés)	48	55	102

DISTRICT SANITAIRE DE LUSAMBO

	LIBELLE	LUSAMBO	PANIA M	TOTAL
1	Population totale de la ZS	84,752	68,873	153,625
2	Proportion des femmes enceintes attendues dans la communauté	4%	4%	4%
3	Nombre des femmes enceintes attendues dans la communauté	3,390	2,755	6,145
4	Taux d'utilisation (fréquentation) des services CPN	85%	85%	85%
5	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	2,882	2,342	5,223
6	% de femmes enceintes utilisant la CPN et qui bénéficient d'un TPI	100%	100%	100%
7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient d'un TPI	2,882	2,342	5,223
8	Nombre de comprimés de SP requis par femme enceinte	6	6	6
9	Nombre de comprimés de SP requis pour la ZS	17,289	14,050	31,339
10	Nombre total de boîtes de SP (1000 comprimés)	17	14	31

RECAPITULATIF BESOINS SP

DS MWENE DITU	245
DS TSHILENGE	27
DS MBUJI MAYI	102
DS LUSAMBO	31
	405

Annex 6

ESTIMATION DES BESOINS ANNUELS EN SULFADOXINE PYRIMETHAMINE POUR LE TPI DES FEMMES ENCEINTES
DISTRICT SANITAIRE DE KOLWEZI

	LIBELLE	KANZENZE	LUBUDI	BUNKEYA	FUNGURUME
1	Population totale de la ZS	80,133	104,438	44,716	137,652
2	Proportion des femmes enceintes attendues dans la communauté	4%	4%	4%	4%
3	Nombre des femmes enceintes attendues dans la communauté	3,205	4,178	1,789	5,506
4	Taux d'utilisation (fréquentation) des services CPN	85%	85%	85%	85%
5	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	2,725	3,551	1,520	4,680
6	% de femmes enceintes utilisant la CPN et qui bénéficient d'un TPI	100%	100%	100%	100%
7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient d'un TPI	2,725	3,551	1,520	4,680
8	Nombre de comprimés de SP requis par femme enceinte	6	6	6	6
9	Nombre de comprimés de SP requis par la ZS	16,347	21,305	9,122	28,081
10	Nombre total de boîtes de SP (1000 comprimés)	16	21	9	28

DISTRICT SANITAIRE DE HAUT LOMAMI

	LIBELLE	KAYAMBA	KABONGO	KITENGE	LWAMBA
1	Population totale de la ZS	93,059	233,061	236,666	94,012
2	Proportion des femmes enceintes attendues dans la communauté	4%	4%	4%	4%
3	Nombre des femmes enceintes attendues dans la communauté	3,722	9,322	9,467	3,760
4	Taux d'utilisation (fréquentation) des services CPN	85%	85%	85%	85%
5	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	3,164	7,924	8,047	3,196
6	% de femmes enceintes utilisant la CPN et qui bénéficient d'un TPI	100%	100%	100%	100%
7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient d'un TPI	3,164	7,924	8,047	3,196
8	Nombre de comprimés de SP requis par femme enceinte	6	6	6	6
9	Nombre de comprimés de SP requis par la ZS	18,984	47,544	48,280	19,178
10	Nombre total de boîtes de SP (1000 comprimés)	19	48	48	19

MANIKA	LUALABA	MUTSHATSHA	DILALA	TOTAL
193,672	85,547	60,796	207,675	914,629
4%	4%	4%	4%	
7,747	3,422	2,432	8,307	36,585
85%	85%	85%	85%	
6,585	2,909	2,067	7,061	31,097
100%	100%	100%	100%	
6,585	2,909	2,067	7,061	31,097
6	6	6	6	
39,509	17,452	12,402	42,366	
40	17	12	42	187

SONGA	KINKONDJA	MALEMBA NKULI	MUKANGA	MULONGO	TOTAL
135,033	253,231	181,851	224,231	54,693	1,505,837
4%	4%	4%	4%	4%	
5,401	10,129	7,274	8,969	2,188	60,233
85%	85%	85%	85%	85%	
4,591	8,610	6,183	7,624	1,860	51,198
100%	100%	100%	100%	100%	
4,591	8,610	6,183	7,624	1,860	51,198
6	6	6	6	6	
27,547	51,659	37,098	45,743	11,157	
28	52	37	46	11	307

2,420,466

Annex 7

ESTIMATION BESOINS ANNUELS ACT ET TDR POUR LE SANKURU

N°	TRANCHE D'AGE	POPULATION TOTALE	% POPULATION TRANCHE D'AGE	POPULATION TRANCHE D'AGE	MOYENNE EPISODE FIEVRE TRANCHE D'AGE	# EPISODES AVEC ACCES PEC	TAUX UTILISATION SERVICE	# PERSONNES AVEC ACCES AU TDR PAR TRANCHE D'AGE	BESOINS TDR PAR TRANCHE D'AGE	COEF. POSITIVITE AU TDR	# EPISODES PALU A SOIGNER AVEC ACT PAR TRANCHE D'AGE	BESOINS ANNUELS CURES ACT PAR TRANCHE D'AGES	BESOINS ARRONDIS (ADAPTES AU PACKING)	# CARTONS (Indicatif)
1	< 1 AN	1,313,937	4%	52,557	1	52,557	30%	15,767	15,767	40%	6,307	6,307	7,200	4
2	1-5 ANS	1,313,937	16%	210,230	4	840,920	30%	252,276	252,276	40%	100,910	100,910	100,800	84
3	6-13 ANS	1,313,937	25%	328,484	2	656,969	30%	197,091	197,091	40%	78,836	78,836	79,200	66
4	> 13 ANS	1,313,937	55%	722,665	1	722,665	30%	216,800	216,800	40%	86,720	86,720	86,400	96
TOTAL				1,313,937		2,273,111		681,933	681,933		272,773	272,773	273,600	250

Cette estimation ne prend pas en compte les ZS de Lusambo, Pania Mutombo et Dekese

1 carton ASAQ enfant < 1 an: 1800 blisters de 3 cés

1 carton ASAQ enfant 1-5 ans: 1200 blisters de 3 cés

1 carton ASAQ enfant 6-13 ans: 1200 blisters de 3 cés

1 carton ASAQ enfant > 13 ans: 900 blisters de 6 cés

7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient de la MIILD	5,872	4,836	5,799	4,188	4,439	5,989	7,126	38,249
8	Nombre de MIILD requise par femme enceinte	1	1	1	1	1	1	1	
9	Nombre total des MIILD réquises pour la ZS pendant l'année	5,872	4,836	5,799	4,188	4,439	5,989	7,126	38,249

DISTRICT SANITAIRE DU SUD

	LIBELLE	UVIRA	LEMERA	RUZIZI	BIJOMBA	NUNDU	TOTAL
1	Population totale de la ZS	238,528	134,984	137,751	95,449	186,864	793,576
2	Proportion des femmes enceintes attendues dans la communauté	4%	4%	4%	4%	4%	
3	Nombre des femmes enceintes attendues dans la communauté	9,541	5,399	5,510	3,818	7,475	31,743
4	Taux d'utilisation (fréquentation) des services CPN	85%	85%	85%	85%	85%	
5	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	8,110	4,589	4,684	3,245	6,353	26,982
6	% de femmes enceintes utilisant la CPN et qui bénéficient d'1 MIILD	100%	100%	100%	100%	100%	
7	Nombre des femmes enceintes qui bénéficient de la MIILD	8,110	4,589	4,684	3,245	6,353	26,982
8	Nombre de MIILD requise par femme enceinte	1	1	1	1	1	
9	Nombre total des MIILD réquises pour la ZS pendant l'année	8,110	4,589	4,684	3,245	6,353	26,982

Annex 9

GUIDE RBF FM RDC

1	GENERALITES	4
1.1	Stratégie sous-sectorielle en matière de Paiement Basé sur les Résultats	4
1.2	Respect du principe de la complémentarité et de l' « additionalité ».....	5
1.3	Critères d'éligibilités des structures bénéficiaires du RBF FM	6
1.3.1	Critères d'éligibilités des FoSa.....	6
1.3.2	Critères d'éligibilités des ECZS.....	7
1.3.3	Critères d'éligibilités des DPS	7
1.3.4	Critères d'éligibilités des Directions centrales et Programmes Nationaux de Santé Publique	9
1.4	Critères de pondération des indicateurs	10
1.4.1	Pondération des indicateurs CS/HGR.....	10
1.4.2	Pondération des indicateurs ECZ/ECP	10
1.4.3	Pondération des indicateurs du niveau central	10
2	INDICATEURS.....	11
2.1	Indicateurs du Centre de santé.....	11
2.2	Indicateurs de l'Hôpital General de Référence.....	14
2.3	Indicateurs de l'Equipe Cadre de Zone	17
2.4	Indicateurs de l'Equipe Cadre de Province.....	19
2.5	Indicateurs directions centrales et des Programmes Nationaux de santé publiques	22
2.5.1	Indicateurs transversaux	22
2.5.2	Indicateurs spécifiques Directions centrales.....	23
2.5.3	Indicateurs spécifiques Programmes Nationaux de Santé Publique	36
3	SYSTEME DE VERIFICATION	37
3.1	Vérification des Résultats des FoSa.....	37
3.1.1	Envoi du bordereau de prestation à l'acheteur	37
3.1.2	Vérification des prestations déclarées par la formation sanitaire.....	41
3.2	Vérification des Résultats des ECZ	49
3.3	Vérification des Résultats des ECP	49
3.4	Vérification des Résultats Directions centrales et des Programmes Nationaux de santé publique.....	49
4	SANCTIONS	50
4.1	Cas de fraudes	50
4.2	Cas non trouvés.....	50

4.3	Cas de surfacturations.....	50
5	MODALITES DE PAIEMENT	51
5.1	Formations sanitaires	51
5.2	Equipe cadre de Zones (ECZ) et Equipe Cadre de Province (ECP)	51
5.3	Niveau centrale	52
6	LA CONTRACTUALISATION	53
6.1	Structures contractantes.....	53
6.1.1	Formations sanitaires (FoSa).....	53
6.1.2	Equipe Cadre de Zone (ECZ)	53
6.1.3	Equipe Cadre de Province (ECP).....	54
6.1.4	Les Directions centrales du MSP	54
6.1.5	Les Programmes Nationaux de Santé Publique	55
6.1.6	Les associations communautaires.....	55
6.2	Les structures d'appui.....	55
6.2.1	Cellule RBF du MSP	55
6.2.2	CAG/LFA	55
6.2.3	Agence Fiduciaire	55
6.2.4	Comité de Pilotage Provincial	56

1 GENERALITES

1.1 Stratégie sous-sectorielle en matière de Paiement Basé sur les Résultats

L'adoption de l'approche du financement sur base de résultats (FBR) pour le financement du Fonds Mondial (9ème série) s'inscrit dans le cadre de la politique nationale de santé et des stratégies nationales du pays dans le domaine du financement de la santé. Le Ministère de la Santé Publique (MSP) de la République Démocratique du Congo (DRC) indique clairement dans ses documents programmatiques (le Plan National de Développement Sanitaire - PNDS 2011-2015, ainsi que la *Stratégie de Renforcement du Système de Santé*, édition mars 2010), l'importance qu'il donne aux questions fondamentales, notamment le développement de la politique de rétention des ressources humaines dans le secteur public, la réforme du financement de la santé, le respect des engagements sur le niveau du financement public pour la santé.

Pour ce faire, le PNDS poursuit les objectifs suivants en matière de financement de la santé :

- i. augmenter la part du budget de la Santé chaque année pour atteindre 10% du budget national d'ici 2015, augmenter son taux d'exécution et améliorer la pertinence de l'affectation du budget de l'Etat consacré à la santé ;
- ii. réduire la fragmentation de l'aide internationale consacrée à la santé, conformément à l'agenda de Kinshasa ;
- iii. améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité ;
- iv. accroître la maîtrise des flux financiers du secteur ;
- v. améliorer la planification financière au niveau provincial et au niveau opérationnel.

En ce qui concerne les ressources humaines pour la santé, le PNDS retient quatre objectifs:

- (1) renforcer la formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire,
- (2) augmenter l'utilisation efficiente et rationnelle des ressources humaines,
- (3) renforcer les capacités des ressources humaines en cours d'emploi,
- (4) améliorer les conditions sociales et de travail du personnel de santé.

C'est dans ce cadre que se situe l'adoption du FBR comme une des stratégies potentielles pour atteindre ces objectifs. En fait, depuis plusieurs années de nombreuses initiatives adoptant différentes formes de FBR sont en place dans toutes les provinces de la RDC et elles ont montré des résultats prometteurs. Selon une récente revue, actuellement les initiatives FBR couvrent environ 22 millions de personnes (un tiers de la population totale), dans les 11 provinces et dans 153 sur 515 zones de santé. La pratique de paiement sur performance a déjà été expérimentée au niveau central et provincial, entre autres, dans le cadre de projets de l'Union Européenne, de la Banque Mondiale, et d'autres programmes de santé de coopération internationale.

L'expérience FBR est donc très riche et importante. Dans le but d'avancer dans le processus d'une meilleure compréhension et définition du FBR au niveau national, le MSP a conduit des ateliers (en

février 2006, janvier 2009 et octobre 2010) avec la participation des partenaires du secteur et des délégués des Ministères connexes, pour partager les expériences de ces initiatives en vue de leur capitalisation et pour avancer dans le processus de coordination de ces initiatives.

Ces ateliers ont recommandé au MSP de se doter d'un document d'orientations nationales sur le Financement Basé sur les Résultats.

Le Document d'orientations nationales sur le FBR est en annexe 4.

La composante FBR de la proposition au Fonds Mondial (FM) pour la 9ème série de financement est basée sur et orientée par les principes énoncés dans le Document d'orientations nationales.

En reconnaissant les problèmes liés aux ressources humaines notamment leur faible niveau de rémunération, il a été jugé nécessaire d'incorporer dans la proposition au Fonds Mondial une composante de FBR (primes de performance) (voir proposition pour une explication plus détaillée des problèmes et les interventions du FM et autres partenaires – page 14, par exemple). Ce paiement sert non seulement à motiver le personnel pour fournir un travail de qualité, mais également pour développer des initiatives positives pouvant accroître la performance des services.

Conformément aux orientations actuelles de la *Stratégie de Renforcement du Système Sanitaire* (SRSS) pour l'amélioration des conditions sociales du personnel de santé, mais aussi l'efficacité du travail, et en ligne avec les termes du Document d'orientations nationales précité et les expériences en cours, l'approche ainsi retenue pour l'octroi des primes est celle des financements basés sur les résultats (FBR).

L'approche adoptée est en fait un mécanisme de paiements en faveur des établissements (structures) du niveau périphérique et intermédiaire et paiement par poste organique au niveau central permettant d'adopter une approche holistique de soutien à la Zone de Santé et une vision de renforcement du système sanitaire, ceci pour éviter la verticalisation conséquente à l'achat des prestations spécifiques à certaines maladies.

Une attention spécifique a été portée pendant le travail d'opérationnalisation de la composante RSS (renforcement du système sanitaire) notamment pour le respect des principes de complémentarité et d'« additionnalité » (voir dans les paragraphes suivants pour chaque niveau des bénéficiaires).

Conformément aux principes du PNDS, ce mécanisme encourage également la constitution d'un panier commun qui offre la possibilité de canaliser les fonds d'autres intervenants potentiels (FM même, ou autres partenaires) permettant ainsi de renforcer le système sanitaire dans son entièreté.

1.2 Respect du principe de la complémentarité et de l' « additionnalité »

Les 256 Zones de Santé choisies dans la proposition RSS au FM sont des Zones sans appui des PTF, c'est-à-dire qui ne reçoivent pas de financements extérieurs pour le moment (au moment de la rédaction de la proposition). Un état des lieux annuel sera réalisé pour s'assurer s'il y a des

financements qui se sont ajoutés dans la Zone pendant la période passée. Comme prévu par la SRSS, dans le cas où d'autres fonds provenant d'autres bailleurs (ou par le FM même) seront ajoutés dans la Zone, il sera souhaitable (1) d'appuyer les FoSa/ECZ qui ne reçoivent pas encore de financement externe, (2) pour les Zones soutenues, de créer un panier commun et d'augmenter l'enveloppe des fonds disponibles pour chaque FoSa/ECZ, dans le cadre du même système FBR.

Harmonisation

- avec les primes prévues pour les activités TB dans la 9ème série
- avec les primes prévues dans autres séries du FM

1.3 Critères d'éligibilités des structures bénéficiaires du RBF FM

1.3.1 Critères d'éligibilités des FoSa

La sélection des formations sanitaires éligibles au RBF se fera sur base des conditions définies par la commission financement du MSP.

Un tableau a été spécifiquement élaboré pour aider les ECZ à récolter les informations concernant les différents critères retenus :

- **La taille de la population couverte par l'aire de santé** : c'est un indicateur utilisé pour estimer la viabilité de la formation sanitaire couvrant l'aire de santé. Il s'agit de prioriser les formations sanitaires couvrant une population suffisamment grande. Cela ne voudrait pas dire qu'il faut exclure les aires de santé dont la population couverte est inférieure à 8 000 habitants. Ces aires de santé seront rapidement appelées à se regrouper et la formation sanitaire la plus performante des aires de santé regroupées pourra contracter dans le cadre du RBF.

Une analyse préalable sera réalisée par l'ECZ pour déterminer la manière de regrouper les aires de santé.

Lors du remplissage du tableau, si la taille de la population couverte par chaque formation sanitaire d'une aire de santé est connue, il convient de la mentionner dans la colonne « population » sinon il faudrait juste rapporter la population de l'aire.

- **Les critères d'intégration dans la carte sanitaire** : l'ECZ devra réaliser le recensement de toutes les formations sanitaires de leur juridiction, qu'elles soient intégrées ou non dans la carte sanitaire. Le tableau leur permettra de recenser par aire de santé toutes les formations sanitaires (privées, confessionnelles, état) et de mentionner sur la colonne correspondant à l'intégration les réponses **oui** ou **non**.

- **La possession d'un agrément du Ministère de la Santé** : normalement, toutes les formations sanitaires privées (lucratives ou confessionnelles) doivent avoir une autorisation d'ouverture signée par le Ministre de la santé avant de pouvoir fonctionner. Cela n'est pas le cas actuellement et pour la plupart des Fosa qui sont déjà intégrées au niveau de la carte sanitaire de chaque zone de santé. Une fois ces Fosa sélectionnées, la DPS aura le devoir de joindre leur dossier avec la liste retenue pour le FASS et de les envoyer au niveau de la D2 pour leur régularisation.

La colonne agrément, avec les réponses oui ou non, permettra de faire le suivi de la régularisation des formations sanitaires privées intégrées et sélectionnées pour le FASS. Pour l'instant donc, il ne s'agit pas d'un critère d'exclusion au FASS. Par contre, après les six mois probatoires, il le deviendra de facto.

- **Le taux de fréquentation** : comme pour la population, si le taux de fréquentation est connu au niveau de chaque formation sanitaire il importe de le marquer au niveau de la colonne correspondante. Sinon mentionner le taux de fréquentation au niveau de la ligne de l'aire de santé, et marquer seulement pour chaque formation sanitaire si elle participe ou non au rapportage des données SNIS.

Ce critère est très important dans le sens où une bonne utilisation des services de soins est un indicateur de qualité (perçue par la population comme bonne mais aussi par le fait qu'elle permet d'entretenir la connaissance du prestataire).

- **L'existence d'un organe de participation communautaire** : il s'agit de mentionner si les comités de santé se réunissent et établissent des PV.

- **La couverture du PMA** : il s'agit de mentionner si la formation sanitaire réalise, avec les ressources humaines idoines, les mentionnées dans le tableau d'évaluation. **Pour une réponse oui, mettre entre parenthèse la qualification de la personne responsable de l'activité (A1, A2, A3, accoucheuse...).**

- **La Survenue d'une épidémie dans l'aire de santé au cours de l'année précédente.** Il s'agit d'identifier les aires de santé sujette à des épidémies afin de les favoriser.

- **La présence de personnels qualifiés ;**

- **La présence et tenue d'outils de gestion financière et des MEG ;**

- **La promptitude et complétude du rapport SNIS.**

L'ensemble de ces critères seront évalués trimestriellement et serviront de base à la suspension, la reconduction ou la réorientation du contrat avec la Fosa. En plus de ces critères, l'acceptation des contrôles et audits au niveau de la formation sanitaire est un élément capital dans le choix des FOSA.

1.3.2 Critères d'éligibilités des ECZS

1.3.3 Critères d'éligibilités des DPS

Quatre directions provinciales de Santé (DPS) qui ne sont pas encore soutenues par d'autres partenaires (au moment de la rédaction de la proposition) seront incluses dans le financement dans le cadre de la composante RSS. Etant donné que le MSP a désigné des Districts Sanitaires qui deviendront de Provinces comme sous-bénéficiaires, le financement de la 9ème série du FM sera étendu à ces nouvelles entités. **Le rapport de l'évaluation des sous-récepteurs en cours de réalisation (terminé pour Novembre 2010) sera exploité en vue de déterminer le nombre exact des sous-récepteurs.** Le soutien des nouvelles Provinces Sanitaires se fera sur base de la logique de complémentarité et « additionalité » : si les futures Provinces bénéficient déjà d'un appui suffisant d'autres partenaires, elles ne seront pas incluses dans le financement du FM. La contrainte budgétaire de la 9ème série devra aussi être pris en compte.

Les arrangements institutionnels et les mécanismes de paiement sont similaires à ceux que nous avons revus ci-dessus.

Les bénéficiaires des paiements basés sur les résultats sont les membres de l'Equipe Cadre de Province (ECP), et il n'y aura pas des contrats individuels.

Les financements prévus pour la composante TB de cette proposition, ainsi que par les autres séries du FM seront harmonisés dans ce système et se conformeront aux mécanismes prévus (partage entre l'équipe entière, subdivision entre 80% pour le personnel et 20% pour le fonctionnement, etc.). Il appartient au MSP de préciser le financement nécessaire pour rémunérer le personnel d'une DPS et de mener un plaidoyer fort afin que les différents partenaires s'alignent pour fournir une enveloppe adéquate pour les DPS. Cet alignement cadre avec les recommandations de l'Agenda de Kinshasa issu du Forum National sur l'Efficacité de l'Aide tenu en 2008.

Option pour arriver à l'harmonisation des « primes » et des paiements FBR pour les structures au niveau provincial (DPS) et central

Pour atteindre cet alignement, le MSP devra définir en accord avec tous les partenaires un **plafond** de paiement pour les structures (DPS, et niveau central). Ce plafond inclut tous les paiements aux individus ou à la structure pour la rémunération du personnel (donc, il n'inclut pas les frais de fonctionnement et de gestion). Chaque bailleur de fonds va respecter ce plafond et s'assurer que l'ensemble des paiements à une structure (paiements aux individus ainsi que paiements à la structure même) ne va pas dépasser le plafond déterminé.

Le MSP avec les partenaires est déjà en train de mener une discussion sur l'harmonisation des primes individuelles au niveau central et la définition de ces primes sera la base pour le calcul du plafond (plafond = somme des barèmes individuels de chaque membre de la structure rationalisée).

Une revue annuelle du barème et procédures sera conduite chaque année pour la redéfinition des enveloppes et des plafonds, ainsi que des indicateurs et niveau de paiement.

Avantage : principes fondamentaux d'harmonisation, complémentarité et « additionalité » respectés ; rationalisation des paiements et équité/équilibre entre les paiements à différentes structures.

Problèmes potentiels : approbation/signature et alignement par tous les partenaires (y compris ceux qui préfèrent financer des activités liées aux maladies spécifiques) ; transparence dans l'allocation des fonds par les partenaires et dans la répartition des fonds à l'intérieur de chaque structure ; **structures non rationalisée ?**; détermination des plafonds ?

Les DPS reçoivent des fonds du FM round 9 pour le fonctionnement (par exemple, internet), et les formations. Une harmonisation sera faite avec les financements FM TB, Sida et Palu des autres séries

pour financer les activités d'accompagnement des Zones par les DPS.

1.3.4 Critères d'éligibilités des Directions centrales et Programmes Nationaux de Santé Publique

Au niveau central, 3 Directions du Ministère de la Santé Publique seront incluses dans le système de paiement FBR. Ces trois directions sont : la Direction des Etudes et Planification (DEP) ; la Direction de la Lutte contre la maladie (DLM) ; la Direction pour le développement des soins de santé primaire (DDSSP ou D5). Comme expliqué dans la proposition au FM (page 80), ces trois directions ont été choisies car elles contribuent directement, selon leur mandat, à la gestion des activités connectées à celles identifiées dans cette proposition pour le FM, et par ce qu'elles doivent garantir le suivi des activités au niveau provincial et périphérique avec le but d'atteindre les résultats indiqués dans ce cadre.

Option pour le choix des bénéficiaires des FBR au niveau central

Dans l'effort d'harmonisation de tous les paiements faits au niveau central dans le cadre des propositions RSS et TB au FM, les bénéficiaires de paiements FBR ne seront pas seulement les trois Directions, mais aussi la CAG (Cellule d'Appui à la Gestion) et le PNLT (Programme National de Lutte contre la Tuberculose).

A terme (avec la 10ème série du FM et la consolidation de la phase deux), les autres programmes (notamment : pour le Paludisme et le VIH/SIDA) vont être inclus dans ce système FBR.

Avec le but d'encourager la performance de chaque direction selon sa mission, les bénéficiaires des paiements seront les individus par poste organique de la structure et le montant alloué par poste ne devra pas excéder le barème harmonisé pour le niveau central. Dans le cas des structures (Directions) pas encore rationalisées ou en voie de rationalisation, une liste des postes/fonctions qui sont inclus dans les paiements FBR sera annexée au contrat.

Option pour arriver à l'harmonisation des « primes » et des paiements FBR pour les structures au niveau central (voir même tableau en par. 2.3)

Comme décrit pour les DPS, les principes de complémentarité et « d'additionalité » seront respectés sur la base du Tableau de Primes Harmonisées approuvé par le Comité de Coordination Technique du CNP (CCT) (voir document en annexe). Ces barèmes ont déjà été fixés et approuvés pour la CAG (Annexe 3).

Le paiement basé sur les résultats du FM va s'aligner sur les barèmes fixes dans ce document et donc, (1) les plafonds des tous les paiements poste organique ne pourra pas être plus haut que le montant fixé dans la grille barémique harmonisé pour le niveau central.

1.4 Critères de pondération des indicateurs

1.4.1 Pondération des indicateurs CS/HGR

4 catégories d'indicateurs ont été identifiées :

- ✓ Catégorie 1 : Il s'agit des **indicateurs ayant un impact sur la morbi mortalité**. Ceux ci auront un **score de 4 points** (accouchement, soins néonataux d'urgence, Taux de DTCHépBhib3, cas de paludisme grave prise en charge, décès maternel, décès hospitalier, signe de danger de la PCCMA , Signes de danger PCIME,...) ;
- ✓ Catégorie 2 : Il s'agit des **indicateurs des activités préventives**. Ceux ci auront un **score de 3 points** (CPN, PF, CPS, Vaccinations, Dépistage TBC,...) ;
- ✓ Catégorie 3 : Il s'agit des indicateurs des **activités de gestion**. Ceux ci auront un **score de 2 points** ;
- ✓ Catégorie 4 : Il s'agit des **indicateurs des activités d'accompagnement/encadrement**. Ceux ci auront un **score de 1 point**.

1.4.2 Pondération des indicateurs ECZ/ECP

2 catégories d'indicateurs ont été identifiées :

- ✓ Catégorie 1 : Il s'agit des **indicateurs des activités d'accompagnement/encadrement**. Ceux ci auront un **score de 3 points** ;
- ✓ Catégorie 2 : Il s'agit des **indicateurs des activités de gestion**. Ceux ci auront un **score de 2 point**.

1.4.3 Pondération des indicateurs du niveau central

2 INDICATEURS

2.1 Indicateurs du Centre de santé

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE RBF	Commentaires
1	Taux d'utilisation des services curatifs au CS	Permet de suivre l'accessibilité au premier contact et de mesurer l'importance du recours au service par la population	<u>Numérateur</u> : Nb Nouveaux cas reçus durant le mois <u>Dénominateur</u> : Population attendue	Nb Nouveaux cas reçus durant le mois X 100/ Population attendue	SNIS routine	Registre du centre de santé	4	La norme nationale est donnée à titre indicatif. Cependant il est souhaitable que la cible soit adaptée aux objectifs de chaque zone de santé.
2	Proportion de grossesses à haut risque référées (selon la politique nationale PNSR toute grossesse est à risque)	Permet de suivre : 1) l'efficacité des mesures de prévention 2) l'articulation des FOSA et la continuité de soins 3) Capacité de détecter et de sécuriser les grossesses à risque	<u>Numérateur</u> : Nbre des grossesses à haut risque référées ; <u>Dénominateur</u> : Total grossesse à haut risque détectées	Nbre des grossesses à risque référées X 100/Total grossesse à haut risque détectées	SNIS routine	Registre CPN	3	Normalement le taux de référence devra être de 100% sauf dans les cas de référence impossible documentée
3	Taux de couverture en DTC- HepBhib3 (pentavalent)	Apprécie l'efficacité du service de vaccination, évalue le renforcement de l'immunité de l'enfant contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, hépatite virale B, Haemophilus influenzae	<u>Numérateur</u> : Enfants de l'AS âgés de 0 à 11 mois vaccinés au DTC HepBhib 3 <u>Dénominateur</u> : nourrissons survivants de l'AS attendu du mois	Enfants de l'AS âgés de 0 à 11 mois vaccinés au DTC HepBhib 3 x 100 / nourrissons survivants de l'AS attendu du mois	SNIS routine	Registre Vaccination/CPS	4	Normalement une activité de prévention. Mais vu son importance dans la mortalité infantile, le groupe de travail suggère que soit accordé 4 points
4	Proportion de femmes enceintes ayant reçu VAT2+	Permet d'évaluer la capacité de prévenir le tétanos chez les femmes enceintes	<u>Numérateur</u> : Nbre de femmes enceintes ayant reçu VAT2+ ; <u>Dénominateur</u> : Total femmes enceintes attendu	Nbre de femmes enceintes ayant reçu VAT2+X100/Total femmes enceintes attendu	SNIS routine	Registre CPN		

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE RBF	Commentaires
5	Taux d'utilisation des services PF	permet d'évaluer l'acceptation des naissances désirables dans la communauté et de mesurer l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne par les femmes en âge de procréer (14-45 ans) de l'AS	<u>Numérateur</u> : Nombre des femmes de en âge de procréer (15- 49 ans) ayant fréquenté le CS qui utilisent une méthode contraceptive moderne ; <u>Dénominateur</u> : Nombre total des femmes en âge de procréer de l'AS	Nombre des femmes de en âge de procréer (15- 49 ans) ayant fréquenté le CS qui utilisent une méthode contraceptive moderne X100/ Nombre total des femmes en âge de procréer de l'AS	SNIS routine			
6	Taux d'accouchements assistés	Permet de suivre la capacité à protéger les femmes contre le risque lié à l'accouchement. Il donne une idée sur l'accès aux soins de santé en général et celui des femmes enceintes en particulier aux services offerts.	<u>Numérateur</u> : Nbre d'accouchements assurés par un personnel qualifié ; <u>Dénominateur</u> : nbre total d'accouchements attendus	Nbre d'accouchements assurés par un personnel qualifiéX100/ nbre total d'accouchement attendus	SNIS routine	Registre d'accouchements		
7	Taux de détection de la tuberculose Nombre de cas de TPM+ dépisté (3 crachats)	Apprécie la qualité des moyens diagnostics mis en œuvre pour la détection de la TBC	<u>Numérateur</u> : Nombre de NC TPM+ dépistés ; <u>Dénominateur</u> : Population attendue	Nombre de NC TPM+ dépistés X 100/Population attendue				
8	Proportion de MIILD distribuées Nombre de MIILD distribuées	Permet d'apprécier la capacité de prévenir le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans	<u>Numérateur</u> : Nombre de MIILD distribuées ; <u>Dénominateur</u> : Nombre de MIILD reçus	Nombre de MIILD distribuées X100/ Nombre de MIILD reçus	SNIS routine			
9	Taux d'utilisation des services CPN	permet de suivre l'utilisation des services CPN par les femmes enceintes de l'AS	<u>Numérateur</u> : Nbre de nouveaux cas femmes enceintes inscrites de l'AS ; <u>Dénominateur</u> : Pop femmes enceintes du mois	Nbre de nouveaux cas femmes enceintes inscrites de l'ASX 100/ Pop femmes enceintes de l'AS du mois	SNIS routine	Registre CPN		

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE RBF	Commentaires
	Taux de couverture CPN recentrée	Apprécie la qualité de la CPN	<u>Numérateur</u> : Femmes inscrites CPN d'AS ayant reçu le TPI, le Fer Folate et protégées contre le Tétanos <u>Dénominateur</u> : Pop femmes enceintes de l'AS du mois	Femmes inscrites CPN d'AS ayant reçu le TPI, le Fer Folate et protégées contre le Tétanos x 100 / Pop femmes enceintes de l'AS du mois	SNIS routine	Registre CPN		
10	Nombre de rapports correctement remplis et transmis à temps au BCZS	permet d'apprécier l'opérationnalité de rapports SNIS dans l'AS, et la capacité des CS à s'auto-évaluer et à rendre compte à la hiérarchie	<u>Numérateur</u> : Nbre de rapports mensuels transmis ; <u>Dénominateur</u> : Nbre de rapports prévus	Nbre de rapports mensuels transmis x 100/Nbre de rapports prévus	SNIS routine	Rapport d'activités	2	
11	Taux d'utilisation CPON	Permet d'apprécier l'accès aux soins obstétricaux essentiels et la prise en charge de l'accouchée	<u>Numérateur</u> : Nbre de NC femmes accouchées enregistrées à la CPON <u>Dénominateur</u> : nbre total des femmes accouchées attendus	Nbre de NC femmes accouchées enregistrées à la CPON X100/ nbre total des femmes accouchées attendus	SNIS routine			

2.2 Indicateurs de l'Hôpital General de Référence

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	COMMENTAIRES
1	Proportion de cas référés pris en charge	Permet de suivre l'articulation des FOSA et la continuité de soins	<u>Numérateur</u> : Nbre de cas référés (NC et AC) à l'HGR <u>Dénominateur</u> : Nbre de cas référés (NC et AC) à l'HGR	Nbre de cas référés (NC et AC) à l'HGRX100/ Total de cas reçus	SNIS routine			
2	Proportion des malades hospitalisés avec dossiers complets	Permet d'apprécier la capacité de l'organisation des services. Un dossier doit comprendre : le document de référence, la fiche de consultation, les éléments des examens para cliniques, la fiche de suivi de l'évolution, le document justifiant le paiement	<u>Numérateur</u> : Nbre malades hospitalisés avec dossiers complets <u>Dénominateur</u> : nbre total malades hospitalisés	Nbre malades hospitalisés avec dossiers complets X100/nbre total malades hospitalisés	SNIS routine			
3	Proportion d'interventions chirurgicales majeures	Permet d'apprécier la charge de travail; capacité de l'hôpital à prendre en charge les interventions majeures	Numérateur : Nbre d'interventions chirurgicales majeures réalisées Dénominateur: Nbre total d'interventions chirurgicales réalisées (mineures+ majeurs)	Nbre d'interventions chirurgicales majeures X100/Nbre total d'interventions chirurgicales réalisées	SNIS routine	Registre du bloc opérateur		Supprimer cet indicateur car, en dehors des césariennes, les normes sont difficilement définissables
4	Proportion de contre référés vers les centres de santé avec documents	permet de suivre l'articulation des FOSA et la continuité de soins	<u>Numérateur</u> : Nbre de cas contre référés au CS ; <u>Dénominateur</u> : Total de cas référés et reçus à l'HGR	Nbre de cas contre référés au CSX100/ Total de cas référés et reçus à l'HGR	SNIS routine	Registre de contre-référence de l'HGR; Registre de ref CS		
5	Taux d'occupation de lits	Evalue l'utilisation des services hospitaliers	<u>Numérateur</u> : Nbre des Journées d'hospitalisation effectives ; <u>Dénominateur</u> : Nombre des journées d'hospitalisation potentielles	Nbre des Journées d'hospitalisation effectives x 100 / Nombre des journées d'hospitalisation potentielles	SNIS routine	Registre d'hospitalisation	4	Permet de contrôler le détournement des patients par les prestataires

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	COMMENTAIRES
6	Durée moyenne de séjour	Apprécie la qualité de la prise en charge	<u>Numérateur</u> : Somme des séjours des malades sortants <u>Dénominateur</u> : Nbre des malades sortant du mois	Somme des séjours des malades sortants/Nbre des malades sortant du mois	SNIS routine	Registre d'hospitalisation	4	
7	Proportion des infections postopératoires	Permet de suivre la qualité de soins	<u>Numérateur</u> :Nbre de malades ayant été victimes d'infection postopératoire ; <u>Dénominateur</u> : Nbre des malades ayant subi une intervention chirurgicale propre	Nbre de malades ayant été victimes d'infection postopératoireX100/Nbre des malades ayant subi une intervention chirurgicale propre	SNIS routine	Registre d'hospitalisation	4	
	Proportion de poches de sangs testés	Permet d'apprécier la fonctionnalité de la banque de sang et la sécurité transfusionnelle	<u>Numérateur</u> : Nbre de poches de sang testés ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total de poches de sang collectées	Nbre de poches de sang testésX100/nbre total de poches de sang collectées	SNIS routine	Registre du laboratoire/ banque de sang	4	Cet indicateur sera optionnel uniquement pendant la période avnt la réhabilitation et l'équipement des labo. Préciser s'il s'agit de 4 marqueurs
	Proportion de patients transfusés avec du sang sécurisé	Permet d'évaluer la sécurité transfusionnelle et la qualité de transfusions effectuées par la structure	<u>Numérateur</u> : Nbre de patients transfusés avec du sang sécurisé ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total de patients transfusés	Nbre de patients transfusés avec du sang sécuriséX100/nbre total de patients transfusés	SNIS routine	Registre d'hospitalisation	4	Preciser s'il s'agit de 4 marqueurs
	Proportion d'accouchements dystocique réalisés	Permet d'apprécier la capacité de la structure à identifier et à prendre en charge les grossesses à risque	<u>Numérateur</u> : Nbre d'accouchements dystociques réalisés ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total d'accouchements	Nbre d'accouchements dystociques réalisés X100/Nbre total d'accouchements	SNIS routine	Registre d'accouchement	4	
	Proportion de césariennes	Evalue la qualité de l'indication chirurgicale et l'efficacité des Soins Obstétricaux et Néonatal Complets d'Urgence(SONUC)	<u>Numérateur</u> : Nbre de cesariennes réalisées ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total d'accouchements	Nombre de césariennes x 100 / Nombre total d'accouchements	SNIS routine	Registre d'accouchement + registre du bloc opératoire	4	Risque de créer une sur-prescription des césariennes. Cas de l'expérience du projet PMUR. Besoin de sanctionner les HGR qui dépasse la cible. Proposition de sanction: perte de 4 points

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	COMMENTAIRES
	Proportion de nouveaux cas d'implant ou DIU utilisés	Permet d'apprécier l'utilisation des services PF et la capacité du service à réaliser l'activité	Numérateur :Nbre de nouveaux cas d'implant ou DIU utilisés Dénominateur:Nbre total d'implant ou DIU reçu	Nbre de nouveaux cas d'implant ou DIU utilisés X100/nbre total d'implant ou DIU reçu	SNIS routine			Ne peut être conservé car il s'agit d'un indicateur de processus et non de résultat. L'infirmier peut avoir vendu l'implant sans avoir l'insérer. L'idéal de la vérification est d'interroger les usagers.
	Taux de disponibilité en médicaments essentiels traceurs	Permet d'apprécier la disponibilité en médicaments	<u>Numérateur</u> : Nbre total des jours de la période - nombre de jour de rupture de stock <u>Dénominateur</u> : Total des jours de la période	Nbre total des jours de la période - nombre de jour de rupture de stock X100 /total des jours de la période	SNIS routine	Registre de gestion de la pharmacie	2	
	Nombre de rapports correctement remplis et transmis à temps au BCZS	permet d'apprécier l'opérationnalité de rapports SNIS dans l'AS, et la capacité des CS à s'auto-évaluer et à rendre compte à la hiérarchie	<u>Numérateur</u> : Nbre de rapports mensuels transmis ; <u>Dénominateur</u> : Nbre de rapports prévus	Nbre de rapports mensuels transmis x 100/Nbre de rapports prévus	SNIS routine	Rapport d'activités	2	
	Proportion des Audits de décès maternels organisés	Permet d'identifier les causes de décès en vu d'améliorer la qualité de la prestation	<u>Numérateur</u> : Nbre d'audits de décès maternels organisés ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total de décès maternels	Nbre d'audits de décès maternels organisés X100/nbre total de décès maternels	SNIS routine	Registre d'hospitalisation; registre d'accouchement	2	Focalisé uniquement aux décès maternels pour répondre aux normes. " tout décès maternel doit être audité"; 42 jours après l'accouchement
	Proportion de réunions du Comité de Gestion tenues	Permet de suivre la capacité de gestion de l'hôpital	<u>Numérateur</u> : Nbre de réunions du Comité de Gestion tenues avec compte rendu ; <u>Dénominateur</u> : Nbre de réunions du Comité de Gestion prévues	Nbre de réunions du Comité de Gestion tenues X100/ Nbre de réunions du Comité de Gestion prévues	SNIS routine	Rapport d'activités	2	

2.3 Indicateurs de l'Equipe Cadre de Zone

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	COMMENTAIRES
1	Proportion de supervisions effectuées	Permet de suivre la capacité de l'ECZ dans l'accompagnement des structures de la ZS	<u>Numérateur</u> : Nbre de supervisions effectuées ; <u>Dénominateur</u> : Nbre de supervisions prévues	Nbre de supervisions effectuées X100/ Nbre de supervisions prévues	SNIS routine			
2	Proportion d'activités du plan de travail réalisées	Permet de suivre la mise en œuvre des activités	<u>Numérateur</u> : Nbre d'activités réalisées <u>Dénominateur</u> : Nbre d'activités planifiées	Nbre d'activités réaliséesX100/nbre d'activités planifiées	SNIS routine			
3	Promptitude et complétude des rapports SNIS transmis à l'DPS	Permet d'évaluer les capacités de rapportage de la ZS	<u>Numérateur</u> : Nbre de rapports SNIS correctement remplis et transmis à temps à la DPS ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total des rapports attendus	Nombre de rapports SNIS correctement remplis et transmis à temps à la DPSX100/nbre total des rapports attendus	SNIS routine			
4	Proportion de retro information écrite aux structures	Permet de suivre la capacité de l'ECZ dans l'accompagnement des structures de la ZS	<u>Numérateur</u> : Nbre de retro information écrite aux structures ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total des rapports reçus	Nbre de retro information écrite aux structuresX100/nbre total des rapports reçus	SNIS routine			
5	Proportion de réunions de consolidation, validation et analyse des données tenues	Permet d'apprécier la qualité des données	<u>Numérateur</u> : Nbre de réunions tenues ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total de réunions prévues	Nbre de réunions tenues X100/ nbre total de réunions prévues	SNIS routine			
6	Proportion de réunions de COGE avec PV transmis à la DPS	Permet de suivre la capacité de gestion de l'ECZ	<u>Numérateur</u> : Nbre de réunions tenues ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total de réunions prévues	Nbre de réunions tenues X100/ nbre total de réunions prévues	SNIS routine			

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	COMMENTAIRES
7	Proportion de décisions du COGE exécutées	Permet de suivre la capacité du COGE à exécuter les décisions prises	<u>Numérateur</u> : Nbre de décisions du COGE exécutées ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total de décisions prises par le COGE	Nbre de décisions du COGE exécutéesX100/ Nbre total de décisions prises par le COGE	SNIS routine			
8	Existence d'une base de données GESIS fonctionnelle et à jour	Permet un suivi régulier du rapportage des données de la ZS, du partage et l'utilisation de l'information.		Présence d'une base de données GESIS fonctionnelle et à jour	SNIS routine			

2.4 Indicateurs de l'Equipe Cadre de Province

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF
	Existence du Plan de travail trimestriel de la DPS validé par l'ECP	Permet de suivre la mise en œuvre du PAO		Présence du plan de travail validé	SNIS routine		
	Proportion de revues semestrielles tenues avec rapport	Permet d'apprécier la disponibilité et la fiabilité de l'information sanitaire	<u>Numérateur</u> : Nbre des revues semestrielles tenues ; <u>Dénominateur</u> : Nbre des revues prévues	Nbre des revues semestrielles tenues X100 / Nbre des revues prévues	SNIS routine		
	Nombre de réunions du CPP tenues avec PV	Permet de suivre le pilotage du secteur	<u>Numérateur</u> : Nbre des réunions tenues ; <u>Dénominateur</u> : Nbre réunions prévues	Nbre des réunions tenues X100 / Nbre réunions prévues	SNIS routine		
	Proportion des Zones de Santé ayant bénéficié d'au moins une visite de supervision au cours des trois derniers mois	Permet d'apprécier le niveau d'encadrement/accompagnement des ZS par les ECP	<u>Numérateur</u> : Nbre des zones de santé ayant bénéficié d'au moins une visite de supervision au cours des trois derniers mois ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total des zones de santé	Nbre des zones de santé ayant bénéficié d'au moins une visite de supervision au cours des trois derniers mois X100 / Nbre total des zones de santé	SNIS routine		
	Proportion de missions de contrôle/ inspection trimestriel effectuées	Permet de suivre l'application des textes réglementaires et normatifs dans les structures	<u>Numérateur</u> : Nbre de missions de contrôle/ inspection trimestriel effectuées ; <u>Dénominateur</u> : Nbre de missions de contrôle/ inspection trimestriel prévues	Nbre de missions de contrôle/ inspection trimestriel effectuées X100 / Nbre de missions de contrôle/ inspection trimestriel prévues	SNIS routine		

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF
	Proportion des zones de sante ayant tenu le CA (évaluation et planification) avec PV	Permet d'apprécier le degré de management et de gestion de la ZS	<u>Numérateur</u> : Nbre des zones de sante ayant tenu le CA (évaluation et planification) avec PV ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total des ZS	Nbre des zones de sante ayant tenu le CA (évaluation et planification) avec PVX100/Nbre total des ZS	SNIS routine		
	Proportion de réunions de consolidation, validation et analyse trimestrielle des rapports SNIS de la province, avec rapport transmis au niveau central	Permet de suivre l'évolution des indicateurs et la fiabilité de l'information	<u>Numérateur</u> : Nbre des réunions tenues avec transmission de rapports au niveau central ; <u>Dénominateur</u> : Nbre réunions prévues	Nbre des réunions tenues avec transmission de rapports au niveau central X100/Nbre réunions prévues	SNIS routine		
	Proportion des décisions exécutées à partir de l'analyse des données SNIS	Permet d'apprécier l'accompagnement des structures par l'ECP	<u>Numérateur</u> : Nbre des décisions exécutées ; <u>Dénominateur</u> : nbre total des décisions prises	Nbre des décisions exécutées X100/nbre total des décisions prises	SNIS routine		
	Proportion d'échantillon des résultats de laboratoire des HGR contrôlés par le laboratoire provincial (lames BK+ et VIH+)	Permet de suivre la qualité des services	<u>Numérateur</u> : Nbre d'échantillon des résultats de laboratoire des HGR contrôlés par le laboratoire provincial (lames BK+ et VIH+) ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total d'échantillons envoyés	Nbre d'échantillon des résultats de laboratoire des HGR contrôlés par le laboratoire provincial (lames BK+ et VIH+)X100/Nbre total d'échantillons envoyés	SNIS routine		
	Proportion de contrôle de qualité d'échantillon de médicaments effectué (Mini-lab) optionnel	Permet de suivre la qualité des services	<u>Numérateur</u> :Nbre de contrôle de qualité d'échantillons de médicaments effectués (Mini-lab) ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total d'échantillons de médicaments	Nbre de contrôle de qualité d'échantillons de médicaments effectués (Mini-lab)X100/Nbre total d'échantillons de médicaments	SNIS routine		

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF
	Existence d'un rapport semestriel d'activités avec état financier (Etat + Gouvernement provincial + Bailleur) transmis au niveau central	Permet d'apprécier le niveau d'exécution des activités et la disponibilité de l'information sanitaire		Présence d'un rapport semestriel d'activités avec état financier transmis au niveau central	SNIS routine		
	Existence de la base de données fonctionnelle et à jour (optionnel uniquement pour les 8 nouvelles provinces)	Permet d'apprécier la disponibilité de l'information sanitaire		Présence de la base de données fonctionnelle et à jour	SNIS routine		

2.5 Indicateurs directions centrales et des Programmes Nationaux de santé publiques

2.5.1 Indicateurs transversaux

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF
1	Existence d'un Plan de travail trimestriel de chaque Direction et Programme précisant les tâches pour chaque poste	Permet de suivre la mise en œuvre du PAO de chaque Direction		Présence d'un Plan de travail trimestriel de chaque Direction et Programme précisant les tâches pour chaque poste	SNIS routine		
2	Proportion de réunions mensuelles tenues au sein de chaque Direction et Programme avec compte rendu de réunion	Permet d'apprécier la fonctionnalité de l'équipe	<u>Numérateur</u> : Nbre de réunions mensuelles tenues au sein de chaque Direction et Programme avec compte rendu de réunion ; <u>Dénominateur</u> : Nbre des réunions prévues	Nbre de réunions mensuelles tenues au sein de chaque Direction et Programme avec compte rendu de réunion X100/Nbre des réunions prévues	SNIS routine		
3	Proportion de rapport d'activités trimestriels réalisé						

2.5.2 Indicateurs spécifiques Directions centrales

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
D1								
1	Proportion des structures mise à jour dans la base des données	Permet de suivre le mouvement des personnels de santé	<u>Numérateur</u> : nombre des structures avec base de données à jour ; <u>Dénominateur</u> : Nombre total des structures	Nbre des structures avec base de données à jour X 100/ Nbre total des structures	Descente sur terrain et Revue documentaire			
2	Proportion des structures inventoriées	Permet une gestion efficace et efficiente des ressources	<u>Numérateur</u> : Nombre des structures visitées ; <u>Dénominateur</u> : Nombre total des structures	Nbre des structures visitées X 100/ Nbre total des structures	Descente sur terrain et Revue documentaire			
3	Proportion des réunions tenues du CPDS	Permet d'anticiper les différends sociaux	<u>Numérateur</u> : Nombre des réunions tenues; <u>Dénominateur</u> : Nombre total des réunions prévues	Nbre des réunions tenues X 100/ Nbre total des réunions prévues	Revue documentaire			
4	Proportion des missions d'accompagnement en provinces	Permet de renforcer le leadership des structures provinciales en charge de gestion des ressources	<u>Numérateur</u> : Nombre des missions d'accompagnement organisées; <u>Dénominateur</u> : Nombre total des missions d'accompagnement prévues	Nbre des missions d'accompagnement organisées X 100/ Nbre total des missions d'accompagnement prévues	Descente sur terrain et Revue documentaire	Structures en charge de la gestion des ressources		
D2								
1	Proportion d'ECP formées en élaboration de plan d'établissement des Hôpitaux							

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
2	Proportion d'ECP ayant reçu une visite de suivi							
3	Existence des outils de gestion standardisés pour les Hôpitaux de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} référence							
4	Proportion de formateurs provinciaux formés en utilisation des outils de gestion standardisés des Hôpitaux de 2 ^{ème} référence							
D3								
1	Nombre des sessions d'homologation des médicaments	L'AMM résulte d'une évaluation technico réglementaire et scientifique par la commission d'homologation de la D3		Nombre de dossiers admis à l'homologation/nombre de dossiers soumis à la D3				
2	Proportion des échantillons analysés	Les médicaments sont analysés pour garantir la qualité, l'efficacité et la sécurité du patient		Nombre des produits analysés/les produits importés et produits locaux				
3	Existence d'un répertoire des médicaments autorisés	Une base de données pour l'ensemble des médicaments circulant en RDC						
4	Diffusion d'un répertoire des médicaments	Mettre un système d'information sur les médicaments		Nombre des documents diffusés/documents produits				

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
5	Existence d'une cartographie des établissements pharmaceutiques par provinces	Permettre l'implantation planifiée des établissements pharmaceutiques						
6	Nombre des inspecteurs formés au niveau des provinces en rapport avec la bonne distribution des médicaments	Renforcement de capacité des inspecteurs		Nombre des inspecteurs formés/l'ensemble au niveau de la RDC				
7	Nombre des inspections d'accompagnement au niveau de la province	Mettre un système d'information pour toutes les provinces		Nombre des inspections faites/nombre des inspections prévues				
D4								
1	Pourcentage des Guides opérationnels imprimés	Permet d'améliorer la gestion des maladies prioritaires	<u>Numérateur</u> :Nbre de Guides imprimés; <u>Dénominateurs</u> : Nbre de Guides prévu	Nbre de Guides imprimés x 100 /Nbre de Guides prévu	suivi et évaluation du plan de la DLM	Rapport d'activités		
2	Proportion d'épidémies ayant connu une riposte dans les 72 heures après l'atteinte du seuil	Permet d'apprécier la réactivité du système de surveillance épidémiologique et riposte	<u>Numérateur</u> :Nbre d'épidémies ayant connu une riposte dans les 72 heures après l'atteinte du seuil; <u>Dénominateur</u> : Nbre total d'épidémies notifiées	Nbre d'épidémie ayant connu une riposte dans les 72 heures après l'atteinte du seuil x 100 / Nbre total d'épidémies notifiées	SNIS surveillance	Rapport d'activités		

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
3	Proportion des provinces ayant bénéficié de la formation sur la surveillance intégrée de la Maladie et Riposte (SMIR)	Permet de suivre la capacitation des ressources humaines dans la prévention et la lutte contre la maladie	<u>Numérateur</u> : Nbre des provinces ayant bénéficié de la formation sur la SMIR ; <u>Dénominateur</u> : Nbre des provinces planifiées pour bénéficier de la formation sur la SMIR	Nbre des provinces ayant bénéficié de la formation sur la SMIR x100/Nbre des provinces planifiées pour bénéficier de la formation sur la SMIR	SNIS surveillance	Rapport d'activités		
4	Proportion des provinces ayant bénéficié d'une formation des formateurs en Gestion des Déchets Bio-Médicaux (GDBM)	Permet de suivre la capacité de gestion des Déchets Bio-Médicaux (GDBM)	<u>Numérateur</u> : Nbre des provinces ayant bénéficié d'une formation des formateurs en Gestion des Déchets Bio-Médicaux (GDBM); <u>Dénominateur</u> : Nbre des provinces planifiées pour bénéficier d'une formation des formateurs en Gestion des Déchets Bio-Médicaux (GDBM)	Nbre des provinces ayant bénéficié d'une formation des formateurs en Gestion des Déchets Bio-Médicaux (GDBM) x100/Nbre des provinces planifiées pour bénéficier d'une formation des formateurs en Gestion des Déchets Bio-Médicaux (GDBM)	SNIS surveillance	Rapports d'activités		
5	Pourcentage des bulletins épidémiologiques publiés	Permet de faire la retro-information aux acteurs de la lutte contre la maladie	<u>Numérateur</u> : Nbre de bulletins épidémiologiques produits; <u>Dénominateur</u> : Nbre de bulletins épidémiologiques prévus	Nbre de bulletins épidémiologiques produits x 100/Nbre de bulletins épidémiologiques prévus	SNIS surveillance	Rapport d'activités		

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
6	Pourcentage des réunions de coordination des programmes tenues avec comptes-rendus	Permet de suivre la fonctionnalité des programmes de lutte contre la maladie	<u>Numérateur</u> : Nbre des réunions de coordination des programmes tenues avec comptes-rendus ; <u>Dénominateur</u> : Nbre des réunions de coordination des programmes prévues	Nbre des réunions de coordination des programmes tenues avec comptes-rendus x 100 /Nbre des réunions de coordination des programmes prévues	SNIS surveillance	Rapports d'activités		
D5								
1	Proportion de pools des formateurs provinciaux formés en Ordinogrammes des soins au CS révisés	Evalue la capacité de la DDSSP à encadrer les ECP dans le renforcement des capacités des ECZ en Ordinogrammes	<u>Numérateur</u> : Nbre de pools de formateurs formés en Ordinogrammes; <u>Dénominateur</u> : Nbre total des DPS/ECP		Suivi-évaluation trimestriel de la Direction	Rapport d'activités		
2	Proportion d'ECP ayant reçu au moins une visite d'encadrement et de suivi-supervision dans leur fonction au cours de 3 derniers mois	Permet d'apprécier le niveau d'encadrement/accompagnement des ECP par la DDSSP/Niveau central.	<u>Numérateur</u> : Nb d'ECP ayant reçu une visite d'encadrement/accompagnement ; <u>Dénominateur</u> : Nb total d'ECP		Suivi-évaluation trimestriel de la Direction	Rapport d'activités	4	
3	Proportion de pools des formateurs provinciaux formés en SNIS	Evalue la capacité de la DDSSP à encadrer les nouvelles DPS dans le renforcement des capacités des ECZ en SNIS	<u>Numérateur</u> : Nb de pools de formateurs provinciaux formés en SNIS (Nouvelles DPS) <u>Dénominateur</u> : Nb total de nouvelles DPS/ECP		Suivi-évaluation trimestriel de la Direction	Rapport d'activités		
D6								

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
1	Répertoire des ITM & IEM mis à jour par province							Répertoire des ITM et IEM par provinces, par district sanitaire, par zone de santé selon les filières organisées
2	Nombre de rencontres/réunions de sensibilisation sur la réforme/Filière accoucheuse							11 provinces au niveau des provinces et un feed back au niveau central
3	Existence des questions élaborées							7 filières concernées en moyenne de 5 branches retenues au jury
4	Proportion des pools d'examens ayant bénéficié d'une supervision							La supervision couvre l'ensemble du territoire national
5	Existence d'un répertoire des élèves diplômés, édition 2010-2011							Un repertoire des diplômés par province, par ITM, par filière selon le sexe est disponible à la Direction
6	Nombre des Coordinations Provinciales des ITM & IEM ayant bénéficié un accompagnement managérial							

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
7	Nombre des réunions d'analyse des rapports de fin d'année scolaire des Coordinations Provinciales des ITM & IEM							
8	Nombres des réunions de rétroinformation avec compte rendu							
D7								
1	Existence d'un plan d'action annuel du MSP					Les plans et budgets		
2	Existence d'un plan semestriel de travail pour le MSP					Tableaux de bord		
3	Existence d'un plan d'action annuel de la Direction					Rapports d'activités		
4	Existence d'un plan semestriel de travail pour la Direction					Documents d'auto évaluation périodique des équipes		
5	Nombre de provinces et de ZS qui disposent d'un plan d'Action Opérationnel selon les normes et directives							
6	Niveau d'exécution des différents plans							

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
7	Nombre de provinces qui disposent d'un comité de pilotage fonctionnel regroupant l'ensemble des partenaires					Compte rendu des réunions des comités de pilotage		
8	Existence d'un seul comité de pilotage fonctionnel au niveau national dont fait partie la DEP					Rapports financiers annuels des provinces et ZS		
9	Existence d'une Commission Technique fonctionnelle en charge de la planification, législation, décentralisation et réforme					Compte-rendu des réunions de la Commission en charge de la planification, législation, décentralisation et réforme		
10	Nombre de provinces qui ont organisé des revues provinciales conformément aux orientations nationales (DSCR)					Rapports des revues provinciales		
11	Existence du rapport de la revue annuelle sectorielle					Rapport de la revue annuelle sectorielle		
12	Nbr de plans de mobilisation des ressources élaborés et soumis à l'approbation de partenaires					Plans de mobilisation des ressources		
13	L'approche SWAp est progressivement mise en place en collaboration avec les PTFs					Rapports d'activités		

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
14	Existence des informations sur le coût d'implantation d'un PMA, d'un PCA, du coût de développement d'une ZS et de la capacité contributive des communautés					Rapports d'études		
15	Existence des informations sur le coût de paquet d'activités des hôpitaux secondaires, tertiaires, quaternaires et de la DPS ainsi que des structures centrales					Bibliothèques et archives		
16	Disponibilité des documents sur les résultats de la recherche au niveau provincial et national							
17	Nombre de documents normatifs sectoriels							
D8								
1	Nbre des missions de vulgarisation du document de politique nationale des laboratoires de santé	permet à la D8 d'avoir les grandes orientations dans le secteur des laboratoires de santé	Presence ou absence de document de la politique de laboratoire de santé	Presence = 1; Absence = 0	Suivi-évaluation trimestriel de la Direction			
2	Nbre des missions de vulgarisation d'un document normatif le Guide des bonnes prati-ques des analyses des laboratoires(GBEA)	outils de travail qui permet d'evaluer l'organisation des services de laboratoire	Presence ou absence des documents normatifs elaborés actualisés	Presence = 1; Absence = 0	Suivi-évaluation trimestriel de la Direction			

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
3	proportion des structures provinciales(DPS) ayant reçu une mission d'accompagnement	la capacité de la DLS d'assurer des réformes au niveau des structures de bases ou provinciales	<u>Numérateur</u> : Nbre des structures visitées; <u>Dénominateur</u> :Nbre des structures Total à visitées	Nbre des structures visitées X 100 sur Nbre des structures total a visitées	Suivi-évaluation trimestriel de la Direction			
4	Nbre des réunions d'analyses des rapport mensuels récus de laboratoires provinciaux	mesurer les niveaux des activités des Bureaux provinciaux et la mise en pratique des recommandations	<u>Numérateur</u> : Nbre de rapport mensuel récus des laboratoires; <u>Dénominateur</u> : Nbre total de rapport mensuel des laboratoires	Nbre de rapport mensuel récus des laboratoires x 100 divisé par Nbre total de rapport mensuel des laboratoires	Suivi-évaluation trimestriel de la Direction			
5	Nbre de retro information aux laboratoires provinciaux							
6	Nbre des missions de contrôle de qualité de l'eau de boisson	permet d'évaluer la qualité de l'eau sur le marché	<u>Numérateur</u> : Nbre des structures de qualités d'eau; <u>Dénominateur</u> : Nbre total des structure d'eau	Nbre des structures ayant respectés le norme de la chaîne de production d'eau x 100 / par le Nbre Total des structures	Suivi-évaluation trimestriel de la Direction			
7	Nbre des missions de contre expertise des structures d'imagerie médical et laboratoires qui fonctionnent, autorisés et non autorisés	permet à la DLS d'identifier les écarts dans l'application des normes de fonctionnement	<u>Numérateur</u> : Nbre des structures d'IM et laboratoire qui fonctionnent, autorisés et non autorisés ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total des structures d'IM et laboratoires	Nbre des structures d'IM et laboratoire autorisés et non autorisés x 100 divisé par Nbre total des structures d'IM et laboratoires	Suivi-évaluation trimestriel de la Direction			
8	Nbre des laboratoires provinciaux rendus opérationnels (DPS)	prise en charge efficace des malades	<u>Numérateur</u> : Nbre des laboratoires provinciaux rendus opérationnels ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total des laboratoires proviniaux rendus opérationnels	Nbre des laboratoires provinciaux rendus opérationnels x 100 divisés par Nbre total des laboratoires provinciaux rendus opérationnels	Suivi-trimestriel de la Direction			

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
9	proportion des missions de supervision des structures transfusionnels ayant intégrées le système d'hémovigilance	la capacité de la DLS a assuré l'intégration d'hémovigilance dans les structures transfusionnelles	<u>Numérateur</u> : Nbre des structures ayant intégrés le système d'hémovigilance; <u>Dénominateur</u> : Nbre total des structures prévues ayant intégré le système d'hémovigilance	Nbre des structures ayant intégrés le système d'hémovigilance x 100 / Nbre total des structures prévues	Suivi-trimestriel de la Direction			
D9								
1	Existence de projet du plan stratégique de l'hygiène							
2	Existence de projet de Code national de l'Hygiène actualisée							
3	Proportion de sessions de formation des prestataires provinciaux appuyés en matière d'Hygiène							
D10								
1	Existence de module intégré de formation Soins de famille et groupes spécifiques							
2	Nombre d'acteurs de coordination formés en management de soins de famille et groupes spécifiques au niveau provincial							

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
3	Nombre de missions de suivi post-formation organisées au niveau provincial							
4	Proportion de réunions d'analyse des rapports trimestriels des Programmes spécialisés sous tutelle de la D 10							
5	Proportion de missions de supervisions effectuées auprès des ECP avec rapport							
D11								
1	Proportion d'état sur la formation continue							
2	Proportion de plans de formation appuyés							
3	Proportion des réunions de programmation conjointe de la formation continue							
D12								
1	Nombre d'accords/traités/conventions de partenariat évalués sur le nombre total prévu				Revue doc,			
2	Disponibilité à la D12 des critères de crédibilité et d'aptitude pour la participation au développement des SSP				Revue doc,			

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
3	Existence d'une note circulaire du SG/MSP en rapport avec la nouvelle politique contractuelle				Revue doc,			
D13								
6	Proportion de rapports d'inventaires d'équipements médicaux							

2.5.3 Indicateurs spécifiques Programmes Nationaux de Santé Publique

N°	INDICATEURS	JUSTIFICATION	DONNEES NECESSAIRES	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	SOURCE DE VERIFICATION	SCORE PBF	Commentaires
1	Nombre d'analyse trimestriel des rapports programmatiques des zones de santé réalisé							La complétude des données devra compter
2	Taux de réalisation des missions de supervisions des ZS							
3	Taux de réalisation des réunions de coordination avec les autres intervenants du secteur							
4	Taux d'exécution du plan de travail du SR							

3 SYSTEME DE VERIFICATION

En général, trois fonctions sont identifiées dans les systèmes de santé : (i) l'encadrement (qui intègre la fonction de « régulation »), (ii) la gestion des financements et (iii) la prestation. Dans le passé, les Etats ont, pour des raisons historiques, assumé les trois fonctions. Aujourd'hui, les observateurs s'accordent à dire que ce cumul des fonctions a engendré des dysfonctionnements importants dans les systèmes de santé : (i) conflit d'intérêt entre régulateur et prestataire, (ii) allocation inefficace de ressources sur la fonction de prestation, (iii) faible encadrement de l'Etat.

Le RBF préconise une séparation des fonctions. Le MSP devra se concentrer sur son rôle d'encadrement et de régulation des activités de l'ensemble des prestataires (privés, publics, confessionnels). Il devrait par ailleurs, favoriser la mise en place des structures fiduciaires ayant la personnalité morale susceptibles de s'adapter aux évolutions récentes des systèmes de santé (embryon d'assurance maladie, mutualisation du risque, mise en commun du financement).

L'activité de « vérification » de l'effectivité des prestations devra être de la responsabilité de « l'Acheteur » aidé par la population

Cependant, des expériences de RBF jusque là réalisées en RDC, il ressort du fait *(i) l'étendue très vaste des zones de santé, (ii) faible urbanisation des villes, (iii) forte mobilité de la population, (iv) faiblesse de la gestion au niveau des formations sanitaires et (v) non intégration et non appropriation de l'importance du système d'informations :*

- Une difficulté des agences fiduciaires, « l'Acheteur », à couvrir dans le délai la vérification de toutes les formations sanitaires contractualisées et cela sans trop augmenter le coût de transaction de cette vérification. Cela a induit le décalage entre le moment de la prestation et ceux auxquels les enquêtes de vérification sont menées et les résultats des enquêtes connus. Ce décalage pouvait aller jusqu'à six mois.
- La non identification d'un très grand nombre d'utilisateurs pouvant aller jusqu'à un taux de 70 à 93% des échantillons dans les milieux urbains.

De par ces constats, il est donc préconisé dans le cadre du RBF sur financement Fonds Mondial 9^{ème} round, **un mécanisme de validation et de vérification des données de prestations achetées impliquant tous les intervenants du RBF** depuis les prestataires de soins jusqu'au niveau de la population, en passant par « le Régulateur » et « l'Acheteur ».

3.1 Vérification des Résultats des FoSa

3.1.1 Envoi du bordereau de prestation à l'acheteur

Une fois la convention signée, la formation sanitaire produira sur base régulière (mensuelle) un « état des services de santé fournis » encore appelé « Bordereau de prestation ». (Annexe ...).

Pour le centre de santé, cet état de prestations **est signé** par l'infirmier titulaire du centre de santé et le président du Comité de Santé. **Il est en outre contresigné** par le MCZ ou son représentant, et enfin par le comptable et le régisseur de l'agence fiduciaire.

En ce qui concerne l'hôpital, cet état de prestations est signé par le médecin directeur de l'hôpital et le gestionnaire de l'hôpital ou le vice président du comité de gestion s'il existe. Il est contre signé par un

membre de l'ECP responsable de la vérification par triangulation des données au niveau de l'hôpital, et par le comptable et le directeur de l'agence fiduciaire.

Le bordereau de prestation sera transmis à l'acheteur (agence fiduciaire) entre le 1^{er} et le 5 du mois qui suit la période auxquelles les prestations ont été réalisées.

Le remplissage correct du bordereau de prestation requière au préalable une bonne connaissance et un remplissage correct des outils de gestions de routine.

3.1.1.1 Le remplissage des fiches et outils de gestion de routine des FoSa

A commencer par les fiches de consultations, les informations qui y sont portées doivent *permettre d'avoir une bonne traçabilité du patient*. Aussi ces fiches doivent être :

- Remplies correctement en suivant à la lettre les instructions contenues dans manuel de remplissage des outils SNIS. En particulier, l'identification des patients avec une adresse la plus complète possible est de rigueur, **la prescription et l'ordonnancement des MEG doivent être bien annotées et enfin le numéro de quittance et le montant payé bien mentionnés.**
- bien classées et archivées. Cela permettrait à l'ECZ et les statisticiens vérificateurs de l'EUP FASS de valider plus facilement les informations contenues dans les registres ainsi que de vérifier la qualité de la tenue des outils de gestion des MEG et financière.

Toute fiche ne portant pas toutes les informations nécessaires pour cette bonne traçabilité (ne portant pas des adresses précises, ne mentionnant pas les montants payés par les patients ou les n° de quittance, et ne précisant pas les médicaments prescrits et délivrés) seront annulées et la prestation correspondante supprimée.

Ce travail relève d'abord de la responsabilité des formations sanitaires elles même. Ces dernières doivent bien vérifier avant toute déclaration dans le registre que toutes les informations de vérification soient disponibles au niveau des fiches et qu'il y ait concordance de ces informations avec celles des outils de gestion financière et des outils de gestion des MEG.

Tout cas déclaré sans fiche correspondante sera à considérer comme des cas de tentative de fraudes.

Et tout cas de fraude sera passible de sanctions (administratives et financières)

Pour les registres d'utilisation, ils doivent être remplis selon les instructions contenues dans le manuel de remplissage des registres.

Les tableaux ci-après permettent à chaque formation d'identifier le registre ou autres documents de gestion qu'elle devrait utiliser pour le remplissage des bordereaux de paiement.

Tableau 1: Correspondance des indicateurs avec les outils de gestion du centre de santé

N°	INDICATEURS	OUTILS DE GESTION DU CENTRE DE SANTE
1	Taux d'utilisation des services curatifs au CS	Registre de consultation
2	Proportion de grossesses à haut risque référées (selon la politique nationale PNSR toute grossesse est à risque)	Registre CPN
3	Taux de couverture en DTC- HepBhib3 (pentavalent)	Registre Vaccination/CPS

4	Proportion de femmes enceintes ayant reçu VAT2+	Registre CPN
5	Taux d'utilisation des services PF	
6	Taux d'accouchements assistés	Registre d'accouchements
7	Taux de détection de la tuberculose Nombre de cas de TPM+ dépisté (3 crachats)	
8	Proportion de MIILD distribuées Nombre de MIILD distribuées	
9	Taux d'utilisation des services CPN	Registre CPN
9 bis	Taux de couverture CPN recentrée	Registre CPN
10	Nombre de rapports SNIS correctement remplis et transmis à temps au BCZS	Rapport d'activités
11	Taux d'utilisation CPON	

Tableau 2: Correspondance des indicateurs avec les outils de gestion du centre de santé

N°	INDICATEURS	OUTILS DE GESTION DE L'HOPITAL
1	Proportion de cas référés pris en charge	
2	Proportion des malades hospitalisés avec dossiers complets	
3	Proportion d'interventions chirurgicales majeures	Registre du bloc opérateur
4	Proportion de contre référés vers les centres de santé avec documents	Registre de contre-referance de l'HGR; Registre de ref CS
	Taux d'occupation de lits	Registre d'hospitalisation
	Durée moyenne de séjour	Registre d'hospitalisation
	Proportion des infections postopératoires	Registre d'hospitalisation
	Proportion de poches de sangs testés	Registre du laboratoire/ banque de sang
	Proportion de patients transfusés avec du sang sécurisé	Registre d'hospitalisation
	Proportion d'accouchements dystocique réalisés	Registre d'accouchement
	Proportion de césariennes	Registre d'accouchement + registre du bloc opératoire
	Proportion de nouveaux cas d'implant ou DIU utilisés	
	Taux de disponibilité en médicaments essentiels traceurs	Registre de gestion de la pharmacie
	Nombre de rapports SNIS correctement remplis et transmis à temps au BCZS	Rapport d'activités
	Proportion des Audits de décès maternels organisés	Registre d'hospitalisation; registre d'accouchement
	Proportion de réunions du Comité de Gestion tenues	Rapport d'activités

Comme dit au début de ce chapitre, chaque registre doit se remplir après remplissage des fiches des patients. Il est bon d'insister que toutes les fiches manquantes ou mal remplies (ne portant pas des adresses précises, ne mentionnant pas les montants payés par les patients ou les n° de quittance, et ne précisant pas les médicaments prescrits et délivrés) doivent être annulées et les cas enregistrés correspondants supprimés parmi ceux à comptabiliser dans le bordereau.

Pour les outils de gestion financière, tout paiement réalisé par un patient doit être justifié par la délivrance d'une quittance numérotée. L'originale est dilivrée au patient et le double gardé pour archive. Le numero de quittance doit être mentionné au niveau de la fiche du patient et au niveau des bons d'entrée caisse. La traçabilité financière doit se porter jusqu'au niveau des livres de caisse et même des livres de banque. Cette traçabilité se suit de la manière suivante :

« Registre → **Fiches** → **Souches quittance** → **Bons d'entrée caisse** → livres de caisse → rapports financiers ↔ budget prévisionnel ».

Concernant les outils de gestion des MEG, les **prescriptions** et les **dispensations** des MEG doivent être annotées dans les fiches des patients. Comme pour les paiements, la traçabilité de l'utilisation des MEG doit être correcte depuis les registres d'utilisation des services jusqu'au niveau des RUMER :

« Registre → **Fiches** (prescription et dispensation) → **Cahier de consommation journalière** (dispensation) → fiches de stock → **RUMER** → Bons de livraisons → fiches d'inventaire et factures d'achat des MEG».

Tout écart entre les informations contenues dans les fiches et celles dans les outils de gestion et qui n'est pas corrigé au niveau des registres (suppression des cas à l'origine de l'écart) est consodéré comme un cas de fraude.

Ce travail de vérification de la fiabilité des informations par les formations sanitaires doit se faire de manière continue et cela sous forme de check list :

- au moment du remplissage du registre :
 - vérifier si le patient a déjà une fiche
 - **vérifier si le numero de la fiche du patient est bien marqué dans le registre**
 - **vérifier si l'adresse du patient est complète au niveau du registre et de la fiche**
- lors du remplissage des fiches :
 - Bien vérifier que les coordonnées du patient soient disponibles dans la fiche
 - Vérifier que le diagnostic et les prestations bénéficiées par le patient soient clairement mentionnés dans la fiche
 - Que tous les traitements prescrits et **dispensés** (donnés par la pharmacie de la formation sanitaire) pour le patient soient annotés dans la fiche
 - Que les montants payés par le patient ainsi que les numero des quittances de paiement soient bien marqués dans la fiche
- Durant le remplissage des outils de gestion financière :
 - Vérifier lors du remplissage de la quittance de paiement que le montant y apposé correspond à celui mentionné dans la fiche du malade

- Calculer et vérifier que les montants portés au niveau des bons d'entrée caisse correspondent à la somme des montants des quittances concernées
- Et enfin de bien vérifier que ces montants soient bien enregistrés dans les livres de caisse
- Durant le remplissage des outils de gestion des MEG
 - Vérifier lors de la dispensation que les MEG délivrés au niveau de la pharmacie soient enregistrés et dans la fiche du patient et dans le cahier de consommations journalières
 - Calculer et vérifier les quantités sorties de chaque molécule dans le cahier de consommation journalière et les enregistrer au niveau des fiches de stock et au niveau du RUMER.
 - Lors de la réception des MEG livrés par la CADMEKO ou achetés dans d'autres circuits, remplir les fiches de stock des molécules concernées par la livraison et le RUMER et archiver les factures et bons de livraison
 - Durant la réalisation des inventaires mensuels, remplir les fiches de stock des MEG et intrants ainsi que le RUMER

3.1.1.2 Le remplissage des bordereaux de prestations et des rapports SNIS par les prestataires

Pour le remplissage des bordereaux de prestation, les tâches à réaliser par les prestataires sont de :

- Vérifier la concordance et la cohérence des données se trouvant dans les documents de référence en procédant comme expliqué au point 3.1.1.1
- Corriger les informations portées au niveau des registres
- Effectuer les calculs de sommation des informations demandées dans les bordereaux
- Remplir les bordereaux de prestation sur base des documents cités dans les tableaux 1 et 2.
- Signer les bordereaux de prestation

Les informations contenues dans les bordereaux de prestation engagent les prestataires de soins. **Et tout cas constaté de discordance ou d'incohérence lors de la validation par les ECZ ou des vérificateurs sera considéré comme un cas de fraude.**

Les cas de fraudes (discordance ou incohérence des informations) sont à différencier des **erreurs de calcul** qui peuvent survenir lors du remplissage des bordereaux de prestation.

Par ailleurs, il faut souligner que *l'absence des outils de gestion ou leur mauvais remplissage*, empêchant la validation correcte des informations et donc constitue un des motifs de non respect par les formations sanitaires du contrat signé. Ils sont donc *passibles d'une suspension du paiement de la formation sanitaire pour la période correspondante.*

3.1.2 Vérification des prestations déclarées par la formation sanitaire

Entre la date de remise du bordereau par la formation sanitaire et la fin du mois, une double vérification des prestations aura lieu.

- Une vérification menée par l'Equipe Cadre de zone auprès de la formation sanitaire. Suivi d'une contre vérification des rapports de supervision des ECZ sera menée aléatoirement par l'acheteur ;
- Une vérification auprès d'un échantillon de patients.

3.1.2.1 La validation des informations (registres d'utilisation des services, fiches patients, utilisation MEG, recettes) par l'ECZ

Tous les mois, chaque formation sanitaire du RSS Fonds Mondial doit bénéficier d'une mission de supervision de l'ECZ. A l'occasion de la supervision mensuelle, l'ECZ procédera à la validation des informations contenues dans les outils de gestion du FoSa.

Cette validation des informations doit être réalisée sur base d'un échantillon et concerner les **données de deux mois** non vérifiées.

L'ECZ doit procéder de la manière suivante :

- Vérifier que le nombre de fiches disponibles et archivées correspondent au nombre de cas déclarés dans le registre (exhaustif).
- Pour chaque cas sélectionné :
 - identifier la fiche correspondante
 - vérifier l'identification correcte du patient (nom, âge, sexe, adresse)
 - vérifier le diagnostic porté au niveau de la fiche
 - vérifier que les MEG **dispensés**¹ au niveau de la pharmacie de la formation sanitaire soient bien enregistrés dans la fiche (nom, forme, posologie et quantité)
 - Cocher au niveau du cahier de consommation journalière la quantité correspondante à celle marquée dans la fiche
 - Vérifier que le montant payé par le patient et le numéro de la quittance de paiement soient bien marqués dans la fiche
 - Cocher au niveau des souches de quittance celle correspondant au numéro déclaré

Cette serie d'activités doit être menée systématiquement pour tous les mois

- Noter dans le rapport de vérification les discordances entre les fiches et le cahier de consommation journalière (CCJ) (MEG déclarés avoir été dispensés dans la fiche mais ne se trouvant pas dans le CCJ « **discordance négative** » ou MEG sortis de la pharmacie et notés dans le CCJ sans fiche correspondante c'est-à-dire non cochés « **discordance positive** »)
- Noter dans le rapport de vérification les discordances entre les fiches et les souches des quittances (quittances manquantes « **discordance négative** » ou en surplus/non cochées « **discordance positive** »)

¹ Ce sont les MEG délivrés par la formation sanitaire pour le patient qui est le plus important mais non pas les MEG prescrits.

- Déclarer dans le rapport de vérification le pourcentage de cas sélectionnés par rapport au nombre total des cas de l'échantillon et qui présentent des incohérences.
- **Rapporter ce pourcentage sur l'ensemble de cas déclarés dans le rapport**
- Demander à la formation sanitaire les explications des discordances positives constatées.
- **Vérifier la correspondance entre les données du CCJ, du RUMER, des bons de livraison et des rapports d'inventaires**
- Vérifier la correspondance entre les souches des quittances, les bons d'entrée de caisse et les livres de caisse.
- En cas d'incohérences constatées durant ces trois dernières activités, les déclarer dans le rapport de vérification. **Il s'agit de mauvaise gestion** de la part de la formation sanitaire.
- Interroger les patients « à la sortie de la formation sanitaire » : quel est le montant payé par le patient ? et demander à la formation sanitaire le tarif affiché par rapport à la prestation octroyée.
- En cas de divergence entre le montant déclaré par le ou les patients et les tarifs affichés, déclarer ces cas dans le rapport de vérification. **Il s'agit du non respect d'un des clauses contractuelles.**

3.1.2.2 La validation des informations au niveau des bordereaux par les ECZ

La validation des informations contenues dans les bordereaux de prestations se fera lors de la revue mensuelle tenue au niveau du bureau central de zone ou lors des missions mensuelles de supervision.

Les formations sanitaires doivent mettre à disposition tous les documents de références cités dans les tableaux 1 et 2.

L'ECZ devrait procéder à :

- La vérification des numéros des fiches des patients
- La vérification arithmétique des données contenues dans les différents registres
- En cas d'erreur constatée, la correction des chiffres est portée au niveau des bordereaux de prestation
- L'analyse des données brutes contenues dans les registres (proportion des hors zone et des hors aire, taux de couverture des différentes prestations, proportion des césariennes sur accouchements attendus, proportion des cas de paludisme grave par rapport aux cas de paludisme total, la proportion des cas référés par rapport au nombre de NC...)
- L'annotation des zones d'ombre qui méritent d'être approfondies lors des supervisions « validation des informations contenues dans les registres »
- Et à la signature des bordereaux de prestation validés

La signature des bordereaux de prestation par l'ECZ ne constitue qu'une preuve de la validation surtout arithmétique des informations. Elle devrait être complétée par les rapports de validation des informations menée lors des supervisions.

3.1.2.3 La vérification par l'acheteur

L'activité du vérificateur de l'agence fiduciaire (l'acheteur) portera sur :

- la détection des dépassements de cibles et de fortes variations
- la contre vérification trimestrielle auprès des FoSa
- la constitution d'un échantillon de cas à vérifier par formations sanitaires

3.1.2.3.1 Détection des dépassements de cibles et de fortes variations

Après réception du bordereau de prestation, l'agence fiduciaire doit :

- Vérifier arithmétiquement les informations qui y sont contenues
- Saisir les informations des bordereaux de prestations dans le logiciel de vérification, ce dernier générera automatiquement les informations sur les discordances constatées : **forte augmentation de l'utilisation des services par rapport aux niveaux d'utilisation des périodes précédentes, dépassement des cibles attendues pour l'indicateur.**
- Etablir la liste des formations sanitaires ayant eu des cas de dépassements de cibles et de fortes variations et élaborer un calendrier de contre vérification.
- Etablir et transmettre les lettres d'information aux ECZ et à la DPS concernant ces faits
- Recueillir auprès de l'ECZ les explications sur ces variations (**tableau de bord et exploitation** des rapports de vérification des ECZ sur les concordances et cohérences)

Dans le cas où les réponses ne sont pas satisfaisantes, les indicateurs pour lesquels les dépassements et/ou incohérences auront été constatée devront constituer les principaux points de contre vérification au niveau des FoSa et de la communauté.

3.1.2.3.2 La contre vérification trimestrielle auprès des FoSa

Chaque FoSa sera trimestriellement visitée par le vérificateur de l'agence fiduciaire.

Le vérificateur devra :

- Vérifier que le nombre de fiches disponibles et archivées correspondent au nombre de cas déclarés dans le registre (exhaustif).
- Pour chaque cas sélectionné :
 - identifier la fiche correspondante
 - vérifier l'identification correcte du patient (nom, âge, sexe, adresse)
 - vérifier le diagnostic porté au niveau de la fiche
 - vérifier que les MEG **dispensés²** au niveau de la pharmacie de la formation sanitaire soient bien enregistrés dans la fiche (nom, forme, posologie et quantité)

² Ce sont les MEG délivrés par la formation sanitaire pour le patient qui est le plus important mais non pas les MEG prescrits.

- Cocher au niveau du cahier de consommation journalière la quantité correspondante à celle marquée dans la fiche
- Vérifier que le montant payé par le patient et le numéro de la quittance de paiement soient bien marqués dans la fiche
- Cocher au niveau des souches de quittance celle correspondant au numéro déclaré

Cette serie d'activités doit être menée sur base d'un échantillon de malades des trois mois à vérifier

- Noter dans le rapport de vérification les discordances entre les fiches et le cahier de consommation journalière (CCJ) (MEG déclarés avoir été dispensés dans la fiche mais ne se trouvant pas dans le CCJ « **discordance négative** » ou MEG sortis de la pharmacie et notés dans le CCJ sans fiche correspondante c'est-à-dire non cochés « **discordance positive** »)
- Noter dans le rapport de vérification les discordances entre les fiches et les souches des quittances (quittances manquantes « **discordance négative** » ou en surplus/non cochées « **discordance positive** »)
- Déclarer dans le rapport de vérification le pourcentage de cas sélectionnés par rapport au nombre total des cas de l'échantillon et qui présentent des incohérences.
- **Rapporter ce pourcentage sur l'ensemble de cas déclarés dans le rapport**
- Demander à la formation sanitaire les explications des discordances positives constatées.
- **Vérifier la correspondance entre les données du CCJ, du RUMER, des bons de livraison et des rapports d'inventaires**
- Vérifier la correspondance entre les souches des quittances, les bons d'entrée de caisse et les livres de caisse.

En cas d'incohérences constatées durant ces trois dernières activités, les déclarer dans le rapport de vérification. **Il s'agit de mauvaise gestion** de la part de la formation sanitaire.

- Vérifier que le nombre de fiches disponibles et archivées correspondent au nombre de cas déclarés dans le registre et **tirer un échantillon**.
- Pour tous les cas déclarés de l'échantillon :
 - identifier les fiches correspondantes
 - vérifier l'identification correcte des patients (nom, âge, sexe, adresse)
 - vérifier les diagnostics portés au niveau des fiches
 - vérifier que pour le jour concerné les MEG **dispensés**³ au niveau de la pharmacie de la formation sanitaire soient bien enregistrés dans les fiches (nom, forme, posologie et quantité)

³ Ce sont les MEG délivrés par la formation sanitaire pour le patient qui est le plus important mais non pas les MEG prescrits.

- Cocher au niveau du cahier de consommation journalière la quantité correspondante à celle marquée dans les fiches
- Vérifier que les montants payés par les patients et les numéros des quittances de paiement soient bien marqués dans les fiches
- Cocher au niveau des souches de quittance celles correspondant aux numéros déclarés dans les fiches

Cette serie d'activités doit être menée systématiquement pour tous les cas sélectionnés pour la vérification

- Noter dans le rapport de vérification les discordances entre les fiches et les souches des quittances (quittances manquantes « **discordance négative** » ou en surplus/non cochées « **discordance positive** »)
- Déclarer dans le rapport de vérification le nombre de cas mentionnés dans les registres qui n'ont pas de fiches. **Il s'agit de cas de fraude.**
- Déclarer dans le rapport de vérification le nombre de fiches mal remplies (**discordances négatives expliquées plus haut**). **Il s'agit de cas de fraude.**

L'agence fiduciaire aura à informer l'ECZ de l'existence de ces discordances. Cette dernière aura alors à réaliser une vérification exhaustive auprès de la structure concernée.

3.1.2.4 La vérification auprès de la communauté

L'effectivité des prestations déclarées par les FoSa sera trimestriellement vérifiée auprès de la communauté. Cette activité est organisée par l'agence fiduciaire et exécutée par les Associations locales.

Lors de la contre vérification dans les FoSa, le vérificateur de l'agence fiduciaire devra constituer un échantillon de cas à vérifier par les Associations communautaires.

- **Le tirage aléatoire des cas à vérifier**

L'établissement de la liste des cas à vérifier se fera de la manière suivante :

- Déterminer la taille d'échantillon par prestation (consultation curative, accouchement, CPN)
- Vérifier le nombre total des cas pour chaque prestation à vérifier
- Constituer le pas de sondage en divisant le nombre total des cas par le nombre d'échantillons pour chaque prestation
- Demander à un tiers de choisir aléatoirement un nombre 1 et 9.
- Constituer l'échantillon en ajoutant chaque pas de sondage de chaque prestation au chiffre choisi.
- Prévoir une marge pour l'insertion des ménages du voisinage afin d'éviter la stigmatisation. En raison d'un cas fictif par cas effectif.

	CS	HGR
Cas effectifs	15	20
Cas mystères	2	2
Cas fictifs (stigmatisation)	15	20
TOTAL	32	42

Pour tous les cas sélectionnés , le vérificateur devra :

- ✓ identifier les fiches correspondantes
- ✓ vérifier l'identification correcte des patients (nom, âge, sexe, adresse)
- ✓ vérifier les diagnostics portés au niveau des fiches
- ✓ vérifier que pour le jour concerné les MEG **dispensés**⁴ au niveau de la pharmacie de la formation sanitaire soient bien enregistrés dans les fiches (nom, forme, posologie et quantité)
- ✓ Vérifier que les montants payés par les patients et les numéros des quittances de paiement soient bien marqués dans les fiches
- ✓ Cocher au niveau des souches de quittance celles correspondant aux numéros déclarés dans les fiches

Cette serie d'activités doit être menée systématiquement pour tous les cas sélectionnés pour la vérification

Une enquête sera menée sur base de 30 malades à leur sortie. Les membres des associations auront à **remplir par malade sélectionné une fiche** pré imprimée (**annexe xx** questionnaire de vérification auprès des malades admis à l'hôpital sur l'effectivité de la prise en charge).

Ils auront à **cocher et à parapher** sur la ligne du registre d'hospitalisation correspondant au malade identifié pour certifier la présence effective de ce malade et les interventions qu'il a subies.

Chaque association doit **établir un rapport mensuel de vérification** et doit y **annexer toutes les fiches** des malades enquêtés. Ces rapports seront à signer par l'association de vérification, l'hôpital concerné et l'ECZ.

- **Le pré remplissage des fiches d'enquête**

Pour chaque cas identifié pour la vérification, le statisticien vérificateur aura à :

- Remplir une fiche avec des informations nécessaires pour la réalisation de l'enquête.
- Pour des besoins de contrôle, retenir quelques informations comme la pathologie prise en charge, le sexe et l'âge du cas concerné.

Par ailleurs, l'insertion systématique de cas inventés appelés communément « patients mystères » devra être réalisé afin de vérifier la fiabilité du travail des associations locales.

- **La conduite des enquêtes auprès de la population**

A l'aide des fiches pré remplies, les associations locales de vérification auront à

- Identifier dans la communauté les patients sélectionnés
- Remplir les fiches tout en interviewant ces patients ou les membres de leurs familles proches (diagnostic, montant payé, satisfaction...)

⁴ Ce sont les MEG délivrés par la formation sanitaire pour le patient qui est le plus important mais non pas les MEG prescrits.

- Rédiger les rapports d'enquête
- Envoyer les fiches et les rapports d'enquête à l'agence fiduciaire.

Comme mentionné dans la section précédente, les enquêteurs devront également interviewer pour chaque cas effectif, une personne du ménage voisin afin d'éviter la stigmatisation.

3.1.2.5 L'analyse des résultats de vérification par l'agence fiduciaire et les Associations communautaires

La vérification par l'Agence fiduciaire permet de disposer des informations concernant « des erreurs de calcul » et des « fraudes » (discordances négatives et incohérences).

Pour les erreurs de calcul :

- ✓ Les vérificateurs doivent corriger immédiatement les registres.
- ✓ Ils doivent remettre le rapport portant cette correction à la comptabilité de l'Agence fiduciaire pour sa prise en compte au cas où le paiement a déjà été effectué
- ✓ L'Agence fiduciaire doit notifier l'ECZ de la constatation de l'erreur malgré leur validation

Pour les cas de discordance ou d'incohérence, il s'agit de cas de fraudes :

- ✓ Les vérificateurs doivent déclarer cette discordance dans leur rapport
- ✓ Soumettre ce rapport à la direction de l'EUP FASS pour prise de décision
- ✓ L'Agence fiduciaire doit sanctionner la formation sanitaire. Le niveau de sanction variera selon la situation de la structure (Cf. ordinogramme des sanctions)
- ✓ Et notifier à la DPS, les ECZ et la commission RBF du MSP la sanction délivrée.

L'analyse des enquêtes ne fait que compléter les résultats de la vérification :

- Elle doit porter sur la qualité de l'enquête : vérifier les informations sur les cas mystères.
 - Si les informations correspondant à ces cas sont erronées. Sanctionner l'association de vérification.
 - Si elles s'avèrent être exactes, peut exploiter les résultats de l'enquête.
- Elle passe par la saisie des informations sur EPI INFO
- En cas de non identification des cas,
 - L'agence fiduciaire doit notifier la formation sanitaire sur les cas non identifiés
 - Il doit aussi notifier l'ECZ pour que cette dernière puisse procéder à une vérification **exhaustive** des outils de gestion de la formation pour le mois concerné. En cas de discordance ou d'incohérence, sanctionner la formation sanitaire.
- En cas de sur tarification par rapport aux tarifs négociés et affichés,
 - L'agence fiduciaire doit **notifier** la formation sanitaire sur les cas de surfacturation et la **sanctionner**.

- Il doit informer la DPS et les ECZ des cas de surfacturation et des sanctions prises à l'endroit de la formation sanitaire.
- Pour le niveau de satisfaction des bénéficiaires enquêtés, l'Agence fiduciaire doit faire un feedback des résultats de l'enquête à toutes les formations sanitaires concernées.

Les résultats des analyses des rapports de vérification devraient être disponibles **60 jours** après le mois de prestation.

3.2 Vérification des Résultats des ECZ

3.3 Vérification des Résultats des ECP

3.4 Vérification des Résultats Directions centrales et des Programmes Nationaux de santé publique

4 SANCTIONS

4.1 Cas de fraudes

Les cas de fraudes peuvent être constatés par l'ECZ lors des vérifications (mensuels ou après identification des variations hors normes ou après non identification des cas) ou par l'agence fiduciaire lors des vérifications trimestrielles sur base d'un échantillon.

Est considéré comme fraude tout cas de **discordance négative** (patients déclarés sans fiches ou avec des fiches mal remplies)

Les sanctions sont **progressives** :

- Toute sanction commence par la retenue financière pour le mois concerné et pour l'ensemble des prestations déclarées. La sanction administrative à l'endroit du personnel fautif peut être à ce moment initiée par la zone de santé.
- En cas de récidive, la même formation sanitaire sera sanctionnée par la retenue financière pour le mois concerné et pour l'ensemble des prestations déclarées et sera suspendue pour le mois suivant. Une sanction administrative plus sévère à l'endroit du personnel fautif doit être prise. **L'ECZ doit informer la population pour les raisons de la suspension.** En cas de récidive, le contrat avec la formation sanitaire sera résilié.

Les sanctions sont **cumulatives** c'est-à-dire qu'une sanction **délivrée par l'ECZ est valable pour l'agence fiduciaire et vice versa.**

4.2 Cas non trouvés

Les cas non identifiés ne peuvent pas permettre à l'agence fiduciaire de prendre des décisions de sanction. Ils doivent l'ECZ avec la participation des vérificateurs de l'agence fiduciaire d'initier une contre vérification exhaustive des documents de gestion de la formation sanitaire concernée.

4.3 Cas de surfacturations

Ces cas pourront être trouvés par les ECZ lors des supervisions ou par l'agence fiduciaire lors de l'analyse des résultats des enquêtes menées par les associations locales.

Le principe de la **progressivité** (avertissement, retenue financière, suspension de paiement et résiliation de contrat) ainsi que du cumul des sanctions pour une faute de même nature est aussi de mise.

Les sanctions ne sont pas cumulatives pour des fautes de natures différentes (fraudes et surfacturations par exemple)

5 MODALITES DE PAIEMENT

5.1 Formations sanitaires

Les primes de résultats des formations sanitaires sont payées aux structures et sont constituées comme suit :

- de frais fixes de fonctionnement qui correspondent à 20% du montant mensuel maximal à attribuer à chaque structure. Ils ne sont pas conditionnés par une évaluation quelconque et seront payés trimestriellement.
- Une prime flottante qui sera octroyée après évaluation des résultats de la structure. L'évaluation des résultats se fera trimestriellement basée sur les indicateurs de résultats retenus pour chaque structure.

Les indicateurs seront payés individuellement. A chaque indicateur est attribué un poids permettant de valoriser le montant à payer pour l'atteinte dudit indicateur.

- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est supérieure ou égale à 80%, la structure recevra 100% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est comprise entre 70 et 79%, la structure recevra 85% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est comprise entre 60 et 69%, la structure recevra 75% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est comprise entre 40 et 59%, la structure recevra 50% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est inférieure à 40%, la structure perd les 80% du montant mensuel maximal prévu.

5.2 Equipe cadre de Zones (ECZ) et Equipe Cadre de Province (ECP)

Les primes de résultats de l'ECZ et de l'ECP sont constituées des primes flottantes qui seront octroyées après évaluation des résultats de la structure. L'évaluation des résultats se fera trimestriellement basée sur les indicateurs de résultats retenus pour chaque structure.

Les indicateurs seront payés individuellement. A chaque indicateur est attribué un poids permettant de valoriser le montant à payer pour l'atteinte dudit indicateur.

- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est supérieure ou égale à 80%, la structure recevra 100% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est comprise entre 70 et 79%, la structure recevra 85% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est comprise entre 60 et 69%, la structure recevra 75% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est comprise entre 40 et 59%, la structure recevra 50% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est inférieure à 40%, la structure perd les 100% du montant mensuel maximal prévu.

5.3 Niveau centrale

Les primes de résultats du niveau central seront payé aux agents des dites structures. Il s'agit de primes flottantes qui octroyées après évaluation des résultats de la structure. L'évaluation de des résultats se fera trimestriellement basée sur les indicateurs de résultats retenus pour chaque structure.

Les indicateurs seront payés individuellement. A chaque indicateur est attribué un poids permettant de **valoriser** le montant à payer pour l'atteinte dudit indicateur.

- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est supérieure ou égale à 80%, l'agent recevra 100% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est comprise entre 70 et 79%, l'agent recevra 85% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est comprise entre 60 et 69%, l'agent recevra 75% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est comprise entre 40 et 59%, l'agent recevra 50% du montant prévu.
- ✓ Si l'atteinte de l'indicateur est inférieure à 40%, l'agent perd les 100% du montant mensuel maximal prévu.

6 LA CONTRACTUALISATION

La contractualisation dans le système de santé est une dynamique initiée il y a quelques années en RDC. La contractualisation permet d'améliorer l'efficacité du système de santé en formalisant les relations entre les acteurs, elle est une option stratégique du ministère de la santé et un outil qui régule la participation de l'action privée au développement du système de santé. Cette contractualisation peut prendre différentes formes et concerner de multiples acteurs.

Le volet RSS du round 9 Fonds mondial prévoit le RBF comme stratégie d'appui au fonctionnement du système de santé

Le RBF sera opérationnalisé à travers la mise en œuvre de contrat sur financement Fonds mondial avec des formations sanitaires ; des ECZ ; des ECP, des Directions centrales du MSP, des Programmes Nationaux de Santé publique et les Agences fiduciaires.

6.1 Structures contractantes

6.1.1 Formations sanitaires (FoSa)

Il s'agit d'un contrat avec les formations sanitaires éligibles.

Les formations sanitaires fournissent des services de santé à la population. Elles recevront des primes selon le niveau d'atteinte des cibles de certaines activités du PMA pour les Centres de Santé et du PCA pour les hôpitaux.

Ces primes seront payées par l'Agence fiduciaire à travers un contrat. A la signature des contrats, les Fosa devraient déjà disposer d'un règlement intérieur et d'un compte bancaire ou équivalent. Le paiement de chaque formation sanitaire se fera par virement bancaire.

Chaque formation sanitaire devra notifier par écrit sur quel compte elle veut recevoir les virements. La comptabilité de la FoSa devra permettre de tracer les montants transférés et l'utilisation des recettes et des subventions.

Pour les Centres de Santé, la signature des conventions de partenariat se fera entre l'Agence fiduciaire, l'infirmier titulaire du Centre de Santé et le Médecin chef de Zone.

Un modèle de contrat figure à l'annexe 6.

Les contrats couvrent une période de 3 mois et doivent clairement préciser les activités évaluées (indicateurs).

6.1.2 Equipe Cadre de Zone (ECZ)

Il s'agit d'un contrat avec les ECZs des formations sanitaires éligibles.

Le Bureau de Zone de Santé est l'entité déconcentrée du MSP au niveau de la zone de santé. Coordonnée par le Médecin Chef de Zone, l'équipe cadre de zone a pour attribution l'encadrement des formations sanitaires et la supervisions des activités menées dans la zone de santé.

En outre, ECZ devra appuyer la contractualisation avec les formations sanitaires. A ce titre, elle (i) assurera la sensibilisation, l'encadrement et la formation des prestataires de soins (ii) assurera le

contrôle et la vérification de la cohérence des prestations déclarées par la formation sanitaire à l'EUP au regard des registres (triangulation des sources d'information) (iii) accompagnera le comité de gestion dans l'élaboration de son budget de façon que celui-ci soit plus rationnel et axé sur la qualité des services.

Dans le cadre du volet RSS du round 9 Fonds Mondial, elles recevront des primes en fonction du niveau d'atteinte d'indicateur prédéfinis. Cf. section indicateurs.

Ces primes seront payées par l'Agence fiduciaire à travers un contrat. A la signature des contrats, les BCZS devraient déjà disposer d'un règlement intérieur et d'un compte bancaire ou équivalent. Le paiement de chaque BCZS se fera par virement bancaire.

Chaque BCZS devra notifier par écrit sur quel compte elle veut recevoir les virements. La comptabilité du BCZS devra permettre de tracer les montants transférés et l'utilisation des recettes et des subventions.

La signature de la convention de partenariat se fera entre l'Agence fiduciaire, le Médecin chef de Zone et le Médecin Inspecteur Provincial. Un modèle de contrat figure à l'annexe 6.

Les contrats couvrent une période de 3 mois et doivent clairement préciser les activités évaluées (indicateurs).

6.1.3 Equipe Cadre de Province (ECP)

Il s'agit d'un contrat avec les ECPs des 19 provinces éligibles à la mise en œuvre du volet RSS.

La Division Provincial de Santé est l'entité déconcentrée du MSP au niveau provincial. Avec à sa tête le Médecin Inspecteur de Province, l'équipe cadre de Province a pour attribution l'encadrement et la régulation du système au niveau de la province.

En outre, ECP est responsable et garante de la cohérence de l'intervention du RBF dans la province : cohérence avec les priorités de santé publique énoncées au niveau national ou provincial, ainsi que cohérence avec les interventions d'autres intervenants.

Dans le cadre du volet RSS du round 9 Fonds Mondial, les ECPs recevront des primes en fonction du niveau d'atteinte d'indicateur prédéfinis. Cf. section indicateurs.

Ces primes seront payées par l'Agence fiduciaire à travers un contrat. A la signature des contrats, les DPS devraient déjà disposer d'un règlement intérieur et d'un compte bancaire ou équivalent. Le paiement de chaque DPS se fera par virement bancaire.

Chaque DPS devra notifier par écrit sur quel compte elle veut recevoir les virements. La comptabilité de la DPS devra permettre de tracer les montants transférés et l'utilisation des recettes et des subventions.

La signature de la convention de partenariat se fera entre l'Agence fiduciaire, Médecin Inspecteur Provincial et le Secrétaire General à la santé. Un modèle de contrat figure à l'annexe 6.

Les contrats couvrent une période de 3 mois et doivent clairement préciser les activités évaluées (indicateurs).

6.1.4 Les Directions centrales du MSP

6.1.5 Les Programmes Nationaux de Santé Publique

6.1.6 Les associations communautaires

La contre vérification des prestations fournis à la communauté par les FoSa s'effectue à travers des enquêtes réalisées des associations ou ONGs locales contractées à cet effet.

Les associations ou ONGs locales seront sélectionnées parmi celles œuvrant dans le domaine du développement et n'ayant pas de lien direct avec le système sanitaire.

La sélection se fera par l'agence fiduciaire et l'ECZ.

L'agence fiduciaire **est autorisée à passer un marché de service** par une procédure négociée avec une ou plusieurs association/ong pour les prestations de vérification des prestations fournies.

6.2 Les structures d'appui

6.2.1 Cellule RBF du MSP

La cellule RBF du MSP a comme responsabilités de :

- définir les critères d'éligibilité des formations sanitaires qui sont contractées
- définir le contenu des contrats proposés par l'Agence Fiduciaire aux différents contractants, et plus particulièrement :
 - le type de prestations achetées aux formations sanitaires
 - le montant auquel il convient d'acheter les prestations dans chaque zone
 - définit le contenu des contrats signés entre la formation sanitaire et l'EUP
- définir les modalités de sanction en cas de non respect des clauses contractuelles
- d'assurer le monitoring et l'évaluation du RBF
- d'assumer l'instance de recours pour les formations sanitaires en ce qui concerne l'application de ces instructions par l'Agence Fiduciaire
- **Appui technique**.

La cellule RBF du MSP se réunira au moins une fois par mois avec l'Agence Fiduciaire.

6.2.2 CAG/LFA

La CAG/LFA a comme responsabilités (i) de formuler les instructions que l'Agence Fiduciaire devra respecter, (ii) de veiller au respect de ces instructions.

6.2.3 Agence Fiduciaire

L'Agence Fiduciaire est un organisme juridiquement autonome. Elle exécute les décisions de la CAG/LFA à condition que celles-ci cadrent avec la mission qui lui a été définie.

L'Agence Fiduciaire devra

- proposer un contrat **aux différents contractants**
- exécuter ses obligations contractuelles telles que définies par le contrat , et en particulier assurer le paiement des primes aux différents contractant en fonction de la grille définie par la cellule RBF et la CAG/LFA
- Assurer que la vérification régulière des prestations déclarées par **la formation sanitaire soit effectuée (i) par l'ECZ auprès de la formation sanitaire et (ii) par un intermédiaire contracté à cet effet auprès des patients**
- **Appliquer les sanctions prévues dans le contrat d'intégration et le contrat de progression"**

Un représentant de l'Agence Fiduciaire sera présent dans chaque province. La gestion administrative et financière (gestion des contrats, paiements) sera directement assumée par l'Agence Fiduciaire qui, en fonction des contraintes d'accessibilité physique, pourra ouvrir des antennes à certains endroits.

6.2.4 Comité de Pilotage Provincial

Il s'agit du comité provincial de pilotage du renforcement du système de santé. Ce comité chapeaute l'ensemble des activités sanitaires de la province. Sa composition diffère d'une province à l'autre. Mais outre l'inspection provinciale, il est composé de représentants d'acteurs du secteur de la santé, de représentants provinciaux (gouverneur, ministres provinciaux, députés).

Un compte rendu trimestre devra lui être rendu par le représentant provincial de l'Agence Fiduciaire.

Revue des expériences en Financement basé sur les Résultats en République Démocratique du Congo

BROUILLON

Février 2011



Abt Associates Inc. leads a team of partners that includes:

| Aga Khan Foundation | BearingPoint | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates
| Forum One Communications | RTI International | Training Resources Group | Tulane University School of Public Health

Sommaire

Remerciements	3
Résumé	4
Acronymes	8
1. Introduction et objectifs de la revue	10
2. Contexte	12
2.1 Le secteur de la santé en RDC et les politiques de santé.....	12
2.2 Le développement des initiatives RBF en RDC.....	13
3. Méthodologie de la revue	15
4. Description et comparaison des projets	18
4.1 Les informations de base sur les projets	18
4.2 Les objectifs des initiatives RBF.....	19
4.3 Historique des projets et préalables établis avant la mise en œuvre des initiatives RBF.....	20
4.4 Les bénéficiaires de la rémunération basée sur la performance.....	24
4.5 Conception des contrats (y compris indicateurs, niveau de paiement et cibles)	29
4.6 Cadre institutionnel, y compris paiement, vérification et supervision.....	35
5. Les résultats des initiatives RBF	43
6. Conclusions	54
Bibliographie	58
Annexe 1: matrice de comparaison	59
Annexe 2: Liste des personnes contactées	64
Annexe 3: Indicateurs et niveaux de paiement pour chaque projet	65

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo (RDC) et en particulier le Secrétaire Générale de la Santé qui à commissionné ce rapport, suivi les étapes de l'élaboration et assuré son soutien au plus haut niveau.

Ce travail a été suivi et appuyé grandement par les membres de la Commission Financement du Comité National de Pilotage. Nous voudrions les remercier tous pour leur participation active, conseils et soutient. En particulier, nous remercions le Président de la Commission, Mr Dieudonné Kwete.

Cette Revue des Expérience ses RBF (*Result Based Financing* – Financement basé sur les résultats) n'aurait pas été possible sans l'appui et la disponibilité des tous les intervenants dans le domaine RBF et les experts qui nous ont fournis les documents nécessaires, ont répondu avec patience aux nombreuses questionnes en personne et par email, et ont participés activement à l'atelier organisé à Kinshasa en Octobre 2010. Leurs noms sont listés dans l'Annexe 2. Merci à tous.

En fin, nous sont reconnaissants pour le financement USAID, à travers le projet *Health Systems 20/20* (*Cooperative Agreement No.: GHS-A-00-06-00010-00*) qui à permis de réaliser cette Revue. Nous remercions en particulier Michael Trueblood de l'USAID à Kinshasa pour son soutien.

Résumé

Suite à la demande du Secrétaire Générale de la Santé du Ministère de la Santé (MSP) de la République Démocratique du Congo (RDC), une équipe du projet de l'USAID, *Health Systems 20/20* a accepté de produire une revue des expériences en Financement basé sur les Résultats (*Results Based Financing – RBF*) en RDC. Cette revue devra constituer une base pour accroître la compréhension par toutes les parties prenantes, y compris le Gouvernement, sur les principes et des défis de mise en œuvre du RBF, ainsi que sur l'expérience des autres pays dans la mise en œuvre de ces initiatives. Elle sera aussi une base pour mener une analyse avec le but d'établir si et comment ces approches pourraient être étendus au niveau national.

Le présent report présente les résultats de la revue, basée sur une analyse des données secondaires (documents et bases des données existantes), ainsi que des données primaires recueillies à travers des entretiens en personne (à Kinshasa en août 2010 et en octobre-novembre 2010), un atelier des experts organisé en octobre 2010 à Kinshasa, ainsi que par téléphone et courriel avec des informateurs clés.

Les initiatives retenues pour l'analyse sont indiquées dans le tableau suivant.

Tableau A: Expériences RBF en RDC analysées dans la revue

Province	Projet	Population (millions)	Nombre des ZS	Période d'intervention
Kasaï Occidental	PS9FED	2,1	17	Signature: fin 2005
Kasaï Oriental	PS9FED	3,3	23	Mise en œuvre: juin 2006
Nord Kivu	PS9FED	5,1	15	Système actuel: octobre 2008.
P. Orientale	PS9FED	5,5	45	Fin: octobre 2010
Sud Kivu	Cordaid	0,8	5	juin 2006 - juillet 2010
Bas Congo	Cordaid	0,2	2	nov. 2008 - juillet 2012
Bandundu	GTZ *	0,2	1	janvier 2006 - juin 2009
	PARSS/CCISD	1,3	14	avril 2006 - décembre 2011
Maniema	PARSS/GTZ	1	8	avril 2006 - décembre 2011
Equator	PARSS/COOPI	1	12	avril 2006 - décembre 2011
	PARSS/CTB	3	28	avril 2006 - décembre 2011
Katanga	PARSS/IRC	1,2	7	mars 2010 – décembre 2011
	PARSS/GTZ	0,7	6	avril 2006 - décembre 2011
Kinshasa	PARSS/IRC	1,1	6	avril 2006 - décembre 2011
TOTAL		26,5 /63	189 /515	

Chacune des initiatives RBF en RDC incluse dans l'analyse est décrite et comparée aux autres. Pour mener une comparaison rigoureuse, une matrice analytique a été développée, qui prend en compte les aspects les plus importants d'un système RBF. Ce cadre analytique couvre (1) les informations générales sur les initiatives RBF ; (2) les objectifs de chacune ; (3) l'historique et les pré-requis des projets RBF ; les détails opérationnels en termes de (4) bénéficiaires, (5) contrats, indicateurs, niveau des paiements et modalités de calcul; (6) les arrangements institutionnels et la répartition des tâches et des rôles sont décrits au fin de préciser « qui fait quoi » et « comment » dans chaque système.

Chacun des paragraphes de la revue présente à la fois un tableau avec les informations descriptives sur chaque projet. En suite, ils mettent en évidence les similitudes et les différences entre les projets et présentent certaines leçons qui se dégagent de la comparaison et de la discussion. A partir de l'analyse faite, certaines leçons et meilleurs pratiques émergent.

Pour ce qui regarde les **préalables à la mise en œuvre**, nous avons retrouvé que, bien que la majorité des projets n'as pas réalisé une « mise au niveau » des structures sanitaires en termes d'**infrastructures et équipement** avant le démarrage du projet, cette question est très important pour assurer le bon fonctionnement des formations sanitaires (FoSa) et la qualité des services rendus. Les projets du PS9FED, par exemple, incluent dans le système RBF seulement les Zones en « renforcement » qui sont les plus performantes. Une autre bonne pratique qui émerge est celle de réserver une partie du paiement RBF fait aux structures (établissements de santé, ainsi que Equipes de Zones et Directions des Provinces) aux petits investissements et améliorations de la structure même.

Une autre condition fondamentale pour le correct fonctionnement des structures sanitaires est la présence des **ressources humaines** qualifiées et présentes en nombres adaptée (« rationalisées »). Toutefois, les expériences RBF dans le pays montrent que cette question ne peut pas être résolue en utilisant l'RBF même comme seul outil de rationalisation. Le leadership et la bonne gouvernance du MSP et des autorités politiques et administratives sont nécessaires à tous les niveaux pour adresser ce problème.

Une dernière condition fondamentale pour le succès des systèmes RBF est la disponibilité des **médicaments et consommables médicales**. Les deux pratiques adoptées par les projets (approvisionnement auprès de tous les grossistes approuvés ou seulement dans les Centrale de Distribution Régionale - CDR) ont leurs avantages et désavantages. Laisser un libre choix aux établissements de se procurer leurs médicaments peut avoir des avantages dans l'immédiat (lorsque le système national n'est pas encore fonctionnel). Toutefois, l'expérience d'autres pays montre que cela peut ne être pas efficace à long terme. En effet, il est généralement préférable pour un gouvernement de se procurer les médicaments et négocier sur le marché international en vue d'obtenir un meilleur prix. Les promoteurs des initiatives RBF doivent trouver un juste partage entre le but, à long terme, d'avoir un système d'approvisionnement national rationalisé, et à court terme de s'assurer qu'il y a des médicaments disponibles dans les FoSa.

Une leçon importante regarde le choix des **bénéficiaires** des paiements basés sur les résultats, tant au niveau opérationnel que intermédiaire et central. Des l'analyse faite, le paiement à la structure se déligne comme le mécanisme préférable dans un système RBF pour sa relative simplicité de gestion administrative et vérification, ainsi que pour les incitations plus rationnelles qu'il établi au niveau de la structure rémunérée, en lui laissant la possibilité de décider de la combinaison des intrants qu'elle veut utiliser pour être plus efficace.

Les systèmes RBF sont basés sur la signature des **contrats** entre les bénéficiaires et le payeur. Ces contrats, pour être le plus efficaces possibles doivent être écrits, et indiquer clairement rôles, tâches et responsabilités de chacun des acteurs, ainsi que les sanctions et les bonus, et les conditions de renouvellement ou rupture du contrat.

La revue indique que la **modalité de paiement** plus souvent adoptée par les projets en RDC est celle d'un paiement à l'acte (PAA). Les expériences dans d'autres pays montrent que cette approche a l'avantage d'être facile à comprendre, ce qui en fait motivant. Toutefois, il peut inciter à fournir trop de services. De l'autre côté, l'adoption d'un autre approche basé sur des indicateurs de

couverture et des cibles pose de problèmes pratiques : (1) la vérification devienne plus difficile et coûteuse, (2) le calcul des taux de couverture nécessite de connaître le dénominateur (c'est-à-dire : la population totale concerné par cet indicateur), une information qui n'est souvent pas disponibles en RDC ; et (3) les cibles peuvent être introduites seulement quand les niveaux de bases sont connus. Toutefois, à terme, il semble souhaitable d'aller vers l'introduction des cibles et indicateurs de couverture pour la rémunération basé sur la performance, et en particulier pour la rémunération des Equipe Cadre de Zones (ECZ) et des Directions Provincial de la Santé (DPS).

La **qualité des services** rendus est une dimension très important à évaluer pour s'assurer du succès du système RBF. Toutefois, cette évaluation n'est pas tout à fait simple. L'expérience internationale, ainsi que celle de la RDC montrent que le coût-efficacité et la faisabilité d'évaluation de la qualité doit être soigneusement examinée avant son introduction, surtout au début de la mise en œuvre d'un régime. Une solution pragmatique pourrait être d'ajouter des indicateurs de qualité après quelques années, quand le système RBF a évoluée, est pleinement fonctionnel et ses capacités de vérification sont augmentés.

L'implémentation d'un système RBF demande souvent une réorganisation des arrangements institutionnels du système sanitaire. Les arrangements institutionnels règlent la division de tâches et des fonctions entre les différents acteurs du système sanitaire locale et définissent qui est responsable de chaque fonction, comment, et avec quelles relations avec les autres acteurs.

En particulier, dans un projet RBF, la fonction de **vérification** a un rôle fondamental pour éviter les fraudes. L'expérience nationale et internationale montre que la création d'une agence de vérification externe à la hiérarchie sanitaire est préférable et une bonne pratique des systèmes RBF, surtout pour ce qui regarde l'évaluation de la performance des formations sanitaires. Différents mécanismes de vérifications sont adoptés par les projets en RDC. Souvent une vérification administrative des registres des formations sanitaires est faite par le payeur ou par une équipe mixte (équipe de zone de santé et agence d'implémentation/d'appui), suivie par parfois une contre-vérification et/ou une vérification dans la communauté. Les résultats montrent qu'une vérification externe est préférable et identifient certains problèmes de la vérification communautaire (coût, possibilité de retrouver les patients) et de la contre-vérification (conflits entre ECZ et contre-vérificateur). L'innovation et la créativité dans les modalités de vérification sont certainement souhaitables pour réduire le coût et utiliser les ressources humaines déjà présentes dans les provinces, tout en garantissant une vérification efficace et rigoureuse

Pour ce qui regarde **la canalisation des fonds et le paiement**, les expériences montrent que la création d'une agence externe est une des bonnes pratiques de l'approche RBF. La tension dans ce cas est entre une agence forte et indépendant de la hiérarchie sanitaire (comme l'Agence d'Achat des Performances dans les projets Cordaid) et une structure parapublique comme les EUP (Etablissements d'Utilité Publique, créés par le PS9FED). La première solution risque de centraliser plusieurs rôles dans son sein, inclus l' « achat stratégique » (cet-à-dire la définition des priorités, indicateurs à acheter, paiements, etc. qui est normalement réservé aux Comités de Pilotage Provinciaux, qui doivent être renforcés dans toutes les provinces) et l'accompagnement technique (responsabilité de la hiérarchie sanitaire, à travers les ECZ). Les EUP, par contre, jouent seulement le rôle de canalisateurs de fonds et présentent aussi l'avantage d'être indépendant du bailleur et donc ouverts à devenir des *basket fund* provinciaux, selon quant prévu par la Stratégie du Renforcement du Système Sanitaire (SRSS).

En fin, un rôle important est ce de l'**accompagnement technique**. Les systèmes RBF sont basés sur le principe que, avec l'injection de fonds supplémentaires et l'alignement des incitations, l'équipe

poursuivra des stratégies innovatrices et modifiera le processus de production de services de santé. Pour atteindre ce changement de comportement, il est nécessaire de renforcer les capacités du personnel sanitaire. Différentes options ont été adoptées par les projets, chacune avec ses avantages et problèmes. En générale, il semble important de se focaliser sur le transfère des compétences et capacité à la hiérarchie sanitaire, et premièrement à l'ECZ, plutôt que de focaliser les efforts de coaching auprès des formations sanitaires. Dans ce dernier cas, l'agence d'accompagnement va se substituer à l'ECZ en créant des conflits et d'une manière pas pérenne.

Après cette analyse qualitative détaillée, une analyse des données quantitative disponibles pour certains projets présente les résultats des initiatives en termes d'évolution d'indicateurs, ainsi que l'impact sur autres éléments intéressants du système sanitaire.

Les analyses secondaires des données quantitatives montrent, en générale, une amélioration dans la performance du système sanitaire en termes d'augmentations des taux d'utilisation (pour les consultations, ainsi que pour des services spécifiques, comme les accouchements, etc.), mais aussi une diminution des tarifs appliquées.

Toutefois, de nombreux problèmes méthodologiques limitent la possibilité d'évaluation entre projets. Le premier problème méthodologique qui se pose est que les données contenues dans les bases des données de chaque projet ne proviennent pas de la même source et ont été collecté et validées avec des procédures différentes. Les procédures de vérification des données peuvent être plus au moins rigoureuses, rendant les comparaisons périlleuses. Deuxièmement, les projets opèrent dans des contextes spécifiques de leurs provinces d'intervention qui sont très différents l'un des autres. Ces éléments de confusion (*confounders*) rendent la comparaison entre projets complexe et non méthodologiquement rigoureux. En fin, un important *confounder* est le chevauchement des projets RBF avec les interventions d'autres bailleurs actifs dans les mêmes provinces.

D'ailleurs, l'analyse des coûts et coût-efficacité des projets et des leurs composantes (par exemple, les coûts de la vérification, de la gestion d'un *fund holder*, etc.) est limitée par le manque des données et informations.

En conclusion, à partir de l'analyse tant qualitative que quantitative de la présente Revue (ainsi que des conclusions des autres évaluations), l'approche RBF est une stratégie pertinente en RDC et qui peut contribuer à l'amélioration de la performance du système sanitaire et à une augmentation de l'utilisation des services par la population.

La valeur ajoutée de cette revue dans le présent contexte de la RDC est de présenter dans un seul document les expériences majeures qui ont été mise en place dans le pays, et faire clarté sur leurs arrangements opérationnels et institutionnels, ainsi que les comparer pour identifier similarités, différences et (où possible) les meilleures pratiques qui se dégagent de l'analyse.

Cette revue représente un point de départ utile non seulement pour fournir à tous les intervenants dans le secteur de la santé une meilleure compréhension des expériences en cours, mais aussi pour définir une base de discussion des futur approches et d'une politique harmonisée.

Acronymes

AAP	Agence d'Achat des Performances
ACT	<i>Artemisin based Combination Therapy</i>
AEP	Agence d'Exécution Partenaire
ARV	Antirétroviraux
ASBL	Association Sans But Lucrative
ASLO	Association Locale
AT	Assistance Technique
BCECO	Bureau Central de Coordination
BCG	Bacille Calmette-Guérin (vaccin Tuberculoses)
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BDS	Bureau de District de Santé
BZS	Bureau de Zone de Santé
CAG	Cellule d'Appui à la Gestion
CCT	Comité de Coordination Technique
CDR	Centrale de Distribution Régionale
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CE	Commission Européenne
CNP	Comité National de Pilotage
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CODESA	Comité de Santé
COGES	Comité de Gestion
COOPI	ONG Italienne
COSA	Comité de Santé
CP FASS	Comité de Pilotage - FASS
CPN	Consultation Périnatale
CREDES	Nom de l'Agence d'Évaluation Externe du Projet PARSS
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
DEP	Direction des Études et Planification
DIU	Dispositif Intra-utérin
DPS	Direction Provinciale de Santé
DPT-3	Vaccin Diphtérie Tétanos Pertussis
DSSP	Direction des Soins de Santé Primaire
ECD	Équipe Cadre de District
ECZ	Équipe Cadre de Zone
EDS	Enquête Démographique et Santé
EUP	Établissement d'Utilité Publique
FASS	Fond d'Achat des Services de Santé
FBR	Financement basé sur les Résultats
FDSS	Fond de Développement des services de Santé
FED	Fonds Européens de Développement
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
FoSa	Formation Sanitaire
GAVI	<i>Global Alliance for Vaccine and Immunization</i>
GTZ	<i>Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit</i>
HGR	Hôpital Général de Référence
IPS	Inspection Provinciale de Santé
IRC	<i>International Rescue Committee</i>

IST	Infection Sexuellement Transmissible
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MICS2	<i>Multiple Cluster Survey Two</i>
MMR	<i>Measles, Mumps and Rubella vaccine</i>
MSH	<i>Management Sciences for Health</i>
MSP	Ministère de la Santé Publique
NC	Nouvelle Consultation
NORAD	<i>Norwegian Agency for Development</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAA	Payement à l'Acte (<i>fee-for-service</i>)
PARSS	Programme d'Appui à la Réhabilitation du Système de Santé
PATS	Projet d'Appui Transitoire à la Santé
PBF	<i>Performance Based Financing</i>
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planning Familial
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNPMS	Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé
PNUD	Programme des Nations Unis pour le Développement
PS9FED	Programme Santé du 9 ^{ème} FED
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PV	Procès Verbal
PVV	Personne Vivante avec le VIH
RBF	<i>Results Based Financing</i>
RDC	République Démocratique du Congo
RH	Ressources Humaines
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNIS	Système Nationale d'Information Sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaire
TBC	Tuberculose
THA	Trypanosomiasis Humaine Africaine
UCN	Unité de Coordination Nationale
UCP	Unité de Coordination Provinciale
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
USD	<i>United States Dollar</i>
VAT5	Vaccin Anatoxine Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone de Santé
ZSR	Zone de Santé Rurale
ZSU	Zone de Santé Urbaine
10FED	Programme Santé du 10 ^{ème} FED

1. Introduction et objectifs de la revue

L'amélioration de la qualité et de l'utilisation des services de santé essentiels à l'échelle nationale dans la République Démocratique du Congo (RDC) sont des éléments clés de la stratégie du Gouvernement pour réduire la pauvreté et de la réforme du financement du secteur de la santé du Ministère de la Santé (MSP). Pour informer cet effort, le Secrétariat Général de la Santé a demandé une revue du financement basé sur les résultats (*Results Based Financing* - RBF) en RDC.

Les objectifs généraux de la demande sont les suivants:

1. produire une revue des initiatives RBF en RDC. Cette revue devrait constituer une base pour mener une analyse avec le but d'établir si et comment ces approches pourraient être étendus au niveau national (politique nationale), ainsi que de définir le rôle du Gouvernement de la RDC et des partenaires dans ces efforts;
2. d'accroître la compréhension par toutes les parties prenantes, y compris le Gouvernement, sur les principes et des défis de mise en œuvre du RBF, ainsi que sur l'expérience des autres pays dans la mise en œuvre de ces initiatives.

Health Systems 20/20, un projet financé par l'USAID, a accepté d'aider le Secrétariat Général de la Santé dans l'exercice de cette activité.

Le présent report se focalise sur les initiatives RBF en RDC et présente les résultats de la revue, qui est basée sur des informations recueillies à travers des entretiens en personne (à Kinshasa en août 2010 et en octobre-novembre 2010), par téléphone et courriel électronique avec des informateurs clés, ainsi que à travers l'examen de la littérature et des documents disponibles sur les différents projets (voir Chapitre 3 – Méthodologie, pour d'avantage des détails).

Conformément au mandat du MSP, l'objectif de cette revue est de :

- décrire et documenter les expériences RBF en RDC et comparer les différents choix dans les arrangements adoptés. Et dans la mesure où cela est méthodologiquement possible, les résultats de chaque initiative sont aussi analysés. Cette analyse doit faciliter l'identification des leçons apprises et des meilleures pratiques dans la mise en œuvre des systèmes RBF ;
- indiquer des pistes de réflexion pour l'analyse et l'évaluation ;
- contribuer à l'identification des points d'accord sur les quels une décision politique pourra être prise, et des étapes nécessaires pour avancer dans le processus de dialogue entre gouvernement et partenaire pour l'éventuel passage à l'échelle nationale de la approche RBF.

Cette exercice est pertinent car les expériences RBF on été mis en œuvre depuis relativement long temps dans les provinces de la RDC, mais la compréhension des mécanismes exactes de fonctionnement, les problèmes et les succès n'est pas complètement maitrisée au niveau central du MSP. Jusqu'au maintenant, il manquait une vision d'ensemble sur tous les initiatives en cours. Cette Revue, donc, sera utile pour le MSP pour informer le processus de prise de décisions sur les politiques nationales, aussi que pour les partenaires déjà intervenant, et pour les partenaires que prévoient d'intervenir dans le secteur de la santé en RDC avec des projets RBF.

Le présent rapport est structuré de la manière suivante :

Le chapitre suivant présente le contexte du secteur de la santé en RDC et en particulier des initiatives RBF. Le chapitre 3 décrit la méthodologie adoptée pour cette étude. Il est suivi par la présentation des principaux résultats dans le chapitre 4. Les résultats sont organisés en paragraphes, suivant un cadre analytique mis au point par *Health Systems 20/20*, qui couvre (1) la description de l'initiative RBF en général, (2) les objectifs de l'initiative ; (3) l'historique et les pré-requis de l'initiative RBF ; les détails opérationnels en termes de (4) bénéficiaires, (5) contrats, indicateurs, niveau des paiements et modalités de calcul; (6) les arrangements institutionnels.

Pour chacune de ces questions, le rapport:

- décrit les solutions adoptées par chaque initiatives RBF incluse dans l'analyse,
- compare les arrangements institutionnelles et opérationnels pour mettre en évidence les similitudes et les différences, et
- examine les leçons apprises, ainsi que les questions essentielles qui se dégagent de l'analyse de ces expériences.

Le chapitre 5 est une analyse quantitative des résultats et de l'impact des projets RBF et identifie certaines questions de recherche et pistes potentielles pour approfondir l'analyse. Des conclusions sont tirées dans le dernier chapitre.

2. Contexte

2.1 Le secteur de la santé en RDC et les politiques de santé

La République Démocratique du Congo (RDC) est un grand pays en Afrique Centrale, avec une population d'environ 65 millions de personnes (OMS, 2008). Le pays a subi plus de vingt ans de guerre et de troubles civils et politiques qui ont conduit à l'effondrement du système économique et social. Le PIB par habitant du pays est l'un des plus bas au monde à 182 US\$ (Banque Mondiale, 2010) et la RDC est classée 176^{ème} sur 182 dans l'Index de Développement Humain (PNUD, 2009).

Le système de santé a été profondément affecté par cette situation et les indicateurs de santé sont extrêmement faibles : la mortalité des moins de 5 ans est estimée à 148 pour 1000 naissances vivantes (EDS, 2007) et la mortalité maternelle à 1289 pour 100.000 naissances vivantes (MICS2, 2001). En outre, le secteur de la santé est chroniquement sous-financés : la dépense de santé par habitant s'élevait à 14,20 US\$ en 2007. De ce total, seulement 1,95 US\$ proviennent du gouvernement, 5,50 US\$ des partenaires internationaux, et 6,50 US\$ de la population (CNS provisoires, 2010).

Dans ce contexte, un nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été développé en mars 2010, pour la période 2011-2015. Les objectifs du PNDS sont de contribuer au bien-être de la population congolaise, en améliorant leur état de santé et assurer l'accès à des services de santé de base de bonne qualité pour toute la population, et en particulier pour les groupes vulnérables. Le PNDS 2011-2015 est articulé autour de quatre axes stratégiques d'intervention:

1. le développement des Zones de Santé,
2. le soutien aux zones de santé (qui comprend 5 domaines clés: les ressources humaines pour la santé, l'approvisionnement des médicaments, le système de financement de la santé, la réhabilitation / reconstruction des infrastructures et des équipements, et du système d'information sanitaire),
3. le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé, et
4. le renforcement de la collaboration intersectorielle.

En particulier, pour les objectifs de ce rapport, les stratégies pertinentes de la plupart concernent la réforme du financement du système de santé, ainsi que l'amélioration de la situation dans les ressources humaines.

En ce qui concerne le premier, le PNDS prévoit une réforme qui aurait pour objectif de (1) augmenter le budget de l'État alloué à la santé et à améliorer son exécution et affectation; (2) réduire la fragmentation de l'aide internationale pour le secteur de la santé; (3) améliorer la l'accessibilité et la qualité des services de santé; (4) accroître la compréhension des flux financiers dans le secteur privé (à but lucratif et non lucratif) afin d'améliorer l'allocation de ces fonds, (5) améliorer la planification financière au niveau provincial.

En ce qui concerne les ressources humaines pour la santé, le plan envisage quatre stratégies: (1) renforcer l'université et l'enseignement secondaire, (2) augmenter l'utilisation rationnelle des

ressources humaines, (3) renforcer les capacités des ressources humaines en cours d'emploi, (4) améliorer le travail et conditions sociales du personnel de santé¹.

Ces stratégies sont également décrites dans le *Stratégie de Renforcement du Système Sanitaire* (SRSS, deuxième édition : mars 2010), le document stratégique qui lie les interventions du secteur de la santé à la stratégie de réduction de la pauvreté du pays. Le MSP avait également élaboré un document sur la politique de financement (*Politique et Stratégies de Financement du Secteur Santé*, octobre 2005) qui appelle à: une mobilisation accrue de ressources, principalement par l'augmentation du budget alloué à la santé ; une meilleure et plus décentralisée gestion des ressources pour la santé ; la participation accrue de la communauté par le biais des mutuelles de santé et de partenariats public-privé ; l'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé.

Il est important de noter qu'aucun de ces documents se réfère explicitement à la performance basée sur les résultats (RBF) ou à la « contractualisation » comme outil pour répondre à certains problèmes potentiels du financement du secteur de la santé et des ressources humaines. Cette absence est à noter surtout parce que, dans la réalité du terrain, les initiatives RBF sont très répandues et remontent près d'une décennie. Tous combinés, les initiatives prévoyant des primes à la performance (soit au personnel de santé soit aux prestataires) couvrent 189 zones, ce qui représente près d'un tiers du pays².

Plusieurs ateliers de capitalisation et partages des expériences RBF ont été organisés par le MSP et ses partenaires entre 2008 et 2010. Notamment, le dernier atelier a été organisé en Octobre 2010, par le MSP avec l'appui de *Health Systems 20/20* pour partager les premiers résultats de cette Revue et avancer dans l'identification des bonnes pratiques et principes communes des initiatives RBF dans le pays. A conclusion de cet atelier, un document de politique a été rédigé, qui indique les principes de base et les orientations de l'approche RBF en RD Congo. Le document et les orientations devraient être approuvés et adoptés par le MSP et les partenaires au cours d'une réunion de la Comité de Coordination Technique (CCT) du Comité National de Pilotage (CNP). Ce document constitue une première base d'encadrement politique de l'approche RBF et donne des orientations claires pour la planification et la mise en œuvre de projets RBF dans le pays.

2.2 Le développement des initiatives RBF en RDC

La scène RBF en RDC est très complexe. Chaque projet a son histoire et une trajectoire particulière qu'il a suivie dans son développement et pour s'adapter au contexte dans lequel il opérait. Cela a conduit à la mise en œuvre des systèmes qui présentent des caractéristiques et des arrangements différents.

Le développement de chaque initiative est brièvement passé en revue dans la section Résultats. En général, les projets de RBF (sous diverses formes) ont été mis en œuvre à partir de 2002, lorsque les bailleurs ont commencé à accorder de nouveau leur soutien au secteur de la santé en RDC après des décennies de guerre civile et de troubles.

Un projet de la Banque Mondiale, le PMURR, a commencé en 2002 et inclus des bonus au personnel en fonction de sa performance. Pendant la même période, la Commission Européenne a

¹ Le PNDS ne fait pas référence à des actions spécifiques, tandis que la SRSS fait référence à « l'amélioration des conditions salariales », ainsi que à la mise en place « des systèmes incitatifs, non seulement fondée sur l'amélioration des conditions matérielles, mais aussi des perspectives de carrière » (SRSS, 2010: 52).

² Le pays est divisé en 11 provinces, 65 districts et 515 zones de santé (PNDS 2011-2015: 19).

également commencé la mise en œuvre des projets visant à soutenir le secteur de la santé. Le premier projet PATS (*Projet d'Appui Transitoire à la Santé*) ne comprenait pas de suppléments de salaire pour le personnel de santé et il a été perçu par certains comme moins efficace à cause de ça³. Le suivant, PATS II, a donc inclus une partie de primes pour les Equipes cadres des zones sur la base des indicateurs de processus. Au même temps, l'ONG néerlandaise Cordaid, qui est l'un des acteurs de premier plan dans la mise en œuvre des projets RBF dans le monde (par exemple, au Cambodge et au Rwanda –un pays géographiquement proche de la région de l'Est de la RDC où Cordaid a commencé ses projets RBF), s'est impliquée dans la mise en place de ses propres systèmes RBF, ainsi que pour fournir une assistance technique aux autres projets. En apprenant de ces premières expériences et en s'appuyant sur elles, ces projets ont évolué et des nouveaux ont été mis en œuvre.

Comme mentionné ci-dessus, à ce jour des initiatives RBF des diverses formes couvrent environ 26 millions de personnes (un tiers de la population totale), sont présents dans toutes les 11 provinces et dans 189 sur 515 zones de santé⁴.

Tableau 1: Initiatives de RBF dans les provinces de la RDC

Province	Initiative	Population couverte (en millions)	Nombre des zones de santé
Kasaï Occidental	PS9FED	2,1	17
Kasaï Oriental	PS9FED	3,3	23
Nord Kivu	PS9FED	5,1	15
P. Orientale	PS9FED	5,5	45
Sud Kivu	Cordaid	0,8	5
Bas Congo	Cordaid	0,2	2
Bandundu	GTZ *	0,2	1
	PARSS/CCISD	1,3	14
Maniema	PARSS/GTZ	1	8
Equator	PARSS/COOPI	1	12
	PARSS/CTB	3	28
Katanga	PARSS/IRC	1,2	7
	PARSS/GTZ	0,7	6
Kinshasa	PARSS/IRC	1,1	6
TOTAL		26,5	189

* Pas actif

Source: Elaboration de l'auteur sur la base des matrices complétée par les projets lors des entretiens à Kinshasa (août 2010).

³ Entretien avec un des intervenants à Kinshasa, août 2010.

⁴ Il faut toutefois mentionner que toutes les formations sanitaires ne sont pas couvertes dans chaque zone.

3. Méthodologie de la revue

D'un point de vue méthodologique, cette revue est une comparaison d'études de cas. Chacune des initiatives RBF en RDC retenue pour l'analyse est décrite et comparée aux autres et chacune représente un des cas d'analyse. Pour mener une comparaison rigoureuse, une matrice analytique a été développée, qui prend en compte les aspects les plus importants d'un système RBF. Cette matrice a été utilisée pour la description des tous les projets (voir description du processus de collecte d'information plus en bas).

Les sources d'informations et des données sont principalement secondaires (analyse des documents et bases des données existantes), mais des entretiens avec les personnes ressources dans le domaine de l'RBF en RDC ont aussi été menés.

Le processus de collecte des informations et de rédaction du rapport a suivi les étapes décrites ci-dessous :

La première étape de la revue était d'**identifier les initiatives RBF** qui serait inclus dans l'évaluation. Lors de la première mission à Kinshasa (août 2010), l'équipe a eu la possibilité de discuter avec les parties prenantes et de mieux comprendre la complexité du contexte et des nombreuses initiatives RBF dans le pays. Cela a aidé à choisir les expériences qui sont examinées dans le présent rapport. Une attention particulière a été prestée pour examiner les différences entre les provinces au sein d'un même projet (par exemple, les différences entre les différents exécutants du projet PARSS).

En général, les critères pour l'inclusion des expériences dans le rapport sont : projets en cours au moment de la recherche (à l'exception du projet GTZ / Bandundu), c'est-à-dire leurs antécédents ne sont pas considérés (par exemple, nous n'avons pas inclus le projet PMURR de la Banque Mondiale qui a précédé le PARSS, le pré-FASS mis en œuvre par Cordaid dans le Kasai Occidental, avant la création d'une EUP dans le PS9FED, etc.). Deuxièmement, les projets retenus sont ceux que présentent une composante RBF claire, qui sont mis en œuvre depuis plusieurs années et qui ont été en mesure de fournir suffisamment de matériel et de documentation pour décrire les modalités de fonctionnement. Enfin, certains projets qui ont été inclus dans la revue ont fourni que des informations partielles - dans ces cas, tous les efforts ont été faits pour décrire les projets d'une manière fiable sur la base des documents disponibles, mais il le cas où l'information est manquante seront explicitement relevés.

En conclusion, les projets inclus dans cette revue sont les suivants:

1. Le projet PS9FED financé par la Commission Européenne et mis en œuvre dans Kasai Occidental, Oriental Kasai, Province Orientale, Nord-Kivu (tous efforts pour mettre en évidence les différences entre les provinces ont été apportées, le cas échéant et possible);
2. Les deux projets mis en œuvre par Cordaid dans le Sud Kivu et le Bas-Congo (encore une fois, les différences entre les deux sont présentées);
3. Le projet PARSS financé par la Banque Mondiale. Ce projet est composé de 7 programmes, mis en œuvre par différentes organisations (ONG et agences de coopération bilatérale) dans les différentes provinces du pays. L'information a été reçue pour: GTZ/Maniema,

COOPI/Equateur⁵, IRC/N'Djili⁶, IRC/Katanga⁷; les autres projets ont été contactés par courrier électronique, mais n'ont pas répondu;

4. Le projet de la GTZ dans le Bandundu.

Le projet de GAVI Alliance, qui vient de démarrer en 2010, mais n'est pas encore mis en œuvre au niveau opérationnel et intermédiaire, est pris en considérations seulement pour sa composante de RBF au niveau central.

Les informations qui sont à la base de la revue de ces initiatives ont été obtenue pendant une série d'**entretiens** qui ont eu lieu avec toutes les parties prenantes, tant entre les partenaires que entre les représentants du gouvernement, à Kinshasa en août 2010. Ces entretiens ont été couplés avec un échange de courriels électroniques intense avec les responsables de la mise en œuvre des projets dans les provinces.

Les entretiens, ainsi que l'échange de courriels ont toujours commencés avec la présentation de la **matrice comparative** susmentionnée, développée par l'équipe de *Health System 20/20* pour recueillir les informations de base nécessaires et faciliter la comparaison entre les projets. Les projets ont été donc invités à remplir cette matrice avec les réponses en se référant à leur expérience (voir annexe 1 pour le modèle de comparaison et à l'annexe 2 pour la liste des personnes interviewée).

A partir de cette base, le chercheur a posé des questions et des éclaircissements et a demandé à tous les **documents** corrélés. La documentation comprend: un model de contrats, les indicateurs et les niveaux de subvention pour chacun; les documents de projet ; les évaluations externes et internes qui ont été réalisées sur les projets ou sur ses composants; des bases de données si disponibles. La documentation a été examinée en détail et les résultats de cette analyse sont présentés dans les résultats ci-dessous.

En octobre 2010, un **atelier de restitution des résultats préliminaires** a été organisé à Kinshasa, avec la participation du MSP et tous les partenaires et parties prenantes. Cet atelier était l'occasion pour une présentation et une révision en profondeur de la revue. Des corrections et éclaircissements

⁵ Les interventions de la GTZ dans le Sud du Maniema et de COOPI en Equateur sont considérées comme représentant le « standard » de la plupart des projets PARSS. Les exceptions sont celles des projets IRC décrits ci-dessous.

⁶ Le projet de l'IRC/Kinshasa (dans le district de N'Djili) a commencé à fonctionner comme les autres projets PARSS. Toutefois, il a immédiatement apparu que les primes au personnel étaient une incitation insuffisante pour convaincre les prestataires dans le secteur privé (confessionnelles) à de réduire les frais d'utilisation (l'un des objectifs du projet). Comme les prestataires privés représentent 70% des prestataires dans cette zone urbaine, ce fut un problème pour l'efficacité du projet. Par conséquent, les exécutants et la Banque mondiale a décidé de modifier la structure du système et d'introduire des primes plus élevées pour ces FoSa. Le chercheur a reçu beaucoup d'informations sur ce projet lors d'une réunion à Kinshasa. Cependant, toutes les pièces justificatives (sauf pour la matrice remplie) ne sont pas encore disponibles au moment de l'écriture. Dans les conclusions ci-dessous, l'information est rapporté aussi exactement que possible, et se réfère au « nouveau » système (achat de services) qui est en place pour les établissements privés (le soutien public des installations est toujours organisé selon le schéma original).

⁷ Le projet IRC au Katanga a été choisi pour mettre en œuvre une «recherche opérationnelle». Les Zones de Santé ont été divisés en deux groupes. Dans les zones de contrôle, les FoSa recevront un montant prédéterminé (fixe) tous les mois, tandis que dans les zones d'intervention recevront un financement basé sur la performance. Dans les deux cas, ces fonds sont destinés à fournir des primes du personnel ainsi que couvrir les coûts récurrents et de petits investissements (cependant, les médicaments sont fournis à titre d'entrée dans les deux groupes). L'objectif de la recherche est de mieux comprendre les changements de comportement qu'une prime basée sur la performance peut déclencher dans le personnel. La description présentée dans les résultats de cette revue se réfère uniquement aux arrangements dans les zones « d'intervention ».

ont été apportés par les représentants de projets, qui ont enrichi et corrigé la première ébauche de la revue. La présente version reflète les changements discutés.

Pendant la rédaction du rapport, ainsi que durant les discussions de l'atelier, une question abordée était celle de la **terminologie** qui serait préférable d'adopter.

Comme détaillé dans un récent article (Musgrove, 2010), l'approche de financement basé sur la performance est souvent appelée avec différents noms. Tous ces termes se réfèrent à « un paiement en espèces ou en transfert non-monnaire fait au gouvernement national ou sous-national, aux prestataires ou aux bénéficiaires des services après que des résultats préétablis ont été atteints et vérifiés. Le paiement est fait à condition que des actions mesurables ont été réalisées » (Musgrove P, 2010: 1). Toutefois, chaque terme adopte une différente nuance dans le significat et selon le contexte. Le nom plus communément utilisé en RDC est PBF (*Performance Based Financing*) qui, théoriquement, est équivalent de RBF, mais, comme Musgrove l'explique (page 3) dans l'usage à adopté une nuance de significat lié à certains projets, par exemple, au Rwanda et Burundi et indique plus spécifiquement un « paiement à l'acte conditionné par la qualité de services » et appliqué seulement au côté de l'offre. Dans cette revue, donc, nous préférons parler de « RBF » (*Results-based Financing*, ou FBR/Financement Basé sur les Résultats, en français) qui est le terme plus largement utilisé dans la littérature internationale et qui se réfère à toutes les initiatives et formes possible de RBF.

4. Description et comparaison des projets

Ce chapitre décrit les résultats de la revue et est organisé dans six sections, qui se focalisent, chacune, sur un aspect particulier de la mise en œuvre, des arrangements opérationnels et institutionnels des initiatives.

Ces sections suivent la même organisation en catégories que la matrice utilisée comme base méthodologique et remplie par les exécutants de ces projets. Ces catégories suivent (en tout l'adaptant au contexte et objectifs) la méthodologie développée par *Health Systems 20/20* dans le *Guide to Developing the Blueprint*⁸. Les deux premières sections mettent en évidence les informations générales pour chaque projet ; les objectifs et l'histoire des projets, ainsi que la condition préalable établie avant le début du RBF. Les sections suivantes se concentrent sur les détails opérationnels des systèmes RBF, tels que la définition des bénéficiaires, des contrats, des indicateurs, des modalités de calcul du paiement, etc. Enfin, les arrangements institutionnels et la répartition des tâches et des rôles sont décrits au fin de préciser « qui fait quoi » et « comment » dans chaque système.

Chacun des paragraphes suivants présente à la fois les informations descriptives de l'initiative telles que recueillies lors des entretiens et de la revue documentaire. En suite, ils mettent en évidence les similitudes et les différences entre les projets et présentent certaines leçons qui se dégagent de la comparaison et de la discussion.

4.1 Les informations de base sur les projets

Dans cette section, les informations de base du projet sont décrites. Cela inclut détails sur la période de mise en œuvre du projet, ainsi que sa situation géographique et la couverture en termes de population et des formations sanitaires.

Tableau 2 : les informations de base sur les projets

	CORDAID	PS9FED / CE⁹	GTZ	Banque Mondiale / PARSS¹⁰
Début / fin	S. Kivu: juin 2006 - juillet 2010 Bas-Congo: nov 2008 - juillet 2012	Signature: fin 2005 La mise en œuvre a commencée en juin 2006, mais le système actuel est en place depuis octobre 2008. Fin: octobre 2010 --> 10FED	Janvier 2006 - juin 2009 <u>(NOTE: ce projet n'est plus actif)</u>	Signature: avril 2006 Activités ont commencés plus tard: ~ 2007 Fin: décembre 2011 (Au Katanga, la «recherche opérationnelle» a débutée en mars 2010)
Couverture (Pour la couverture de la population, voir tableau 1)	S. Kivu: 2 districts, 5 zones de santé Bas Congo: 1 district, 2 zones	Kasaï Oriental: 4 districts, 21 zones de santé Kasaï Occidental: 4 districts, 17 zones N-Kivu: tous les districts, 15 +	1 district (1 zone de santé)	TOTAL: 5 provinces (84 zones de santé) Maniema (GTZ) = 1 district (8 ZS) Equateur (COOPI) = 1 district (12 ZS) Kinshasa (IRC) = 1 district (6 ZS)

⁸ Eichler R, De S (2008), *Paying for Performance in Health: A Guide to Developing the Blueprint*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20. [<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2088/>]

⁹ Les informations sur le PS9FED recueillies lors d'entrevues et de l'échange électronique se réfèrent principalement aux projets en Kasaï Oriental et Occidental, sauf indication contraire.

¹⁰ Comme mentionné, les informations recueillies sur le PARSS concernent le projet de la GTZ / Maniema, le projet COOPI / Equateur, et les projets de l'IRC à Kinshasa et au Katanga.

		zones de santé P. Orientale: 1 district, 12 zones de santé		Katanga (IRC) = 1 district (8 ZS)
	CORDAID	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
# FoSa par type	S. Kivu: 5 HGR, 5 CH et 93 CS Bas-Congo: 2 HGR, 16 CS	Kasaï Oriental: 27 HGR et Hôpitaux secondaires, 366 CS Kasaï Occidental: 21 HGR et Hôpitaux secondaires, 235 CS	1 District Sanitaire Bureau (BDS), 1 HGR et 18 CS	Total : inconnu Maniema : 8 HGR - 117 CS Equateur : 12 BZS, 8 HGR, 5 CSR, 155 CS (dont 68 CS avec "soutien total") Kinshasa : 65 FoSa (22 avec <i>achat de services</i>) Katanga : 4 HGR, 33 PS, 8 CSR, 104 CS
Caractéristiques de la population	S. Kivu: rural, le revenu par habitant: 100-150 USD (enquête HH) Bas Congo : Urbano rural (100 ab/km ²)	Principalement rurale	90% en milieu rural, 10% en milieu urbain	Total : [pas d'information] Maniema : rural (15 hab/km ²) Equateur : rural Kinshasa : urbain Katanga : rural (6ab/Km ²)

À l'exception de l'IRC dans le district de N'Djili et le PS9FED dans les Kasai (la ZS de Kananga au Kasai Occidental et 6 Zones de Santé dans le Kasai Oriental), tous les projets sont mis en œuvre dans des zones rurales, qui constituent la majorité du territoire de la RDC. L'immensité du pays, ainsi que les problèmes de logistique en raison de l'absence d'infrastructures et la faible densité de population doivent être dûment prises en considération lors de la conception et la mise en œuvre de systèmes de RBF en RDC¹¹.

Une deuxième mise en garde qui doit être soigneusement examinée concerne le délai de la mise en œuvre. Surtout pour les grands projets, ceux qui couvrent de vastes zones et mobilisent beaucoup de ressources (par exemple, le PS9FED et le PARSS), une très longue phase de préparation a été une caractéristique commune. Il a fallu près de trois ans pour le PS9FED pour devenir pleinement opérationnel et mettre en œuvre ces dispositions finales.

4.2 Les objectifs des initiatives RBF

Le tableau ci-dessous passe en revue les problèmes de performance identifiés et ciblés par les programmes. La question à laquelle chaque projet doit répondre est : quels sont les résultats de santé prioritaires ou les principaux problèmes de santé que l'intervention RBF va traiter?

Il apparaît que certains problèmes (accessibilité/utilisation, qualité de soins) sont partagés par la plupart des initiatives, tandis que d'autres sont spécifiques à chaque intervention (comme, par exemple, une attention particulière à certaines maladies: paludisme et VIH/SIDA).

Dans la suite du rapport (paragraphe 4.4), ces informations sur les objectifs des projets seront utiles pour analyser comment les aspects opérationnels ont été influencés par les objectifs de santé et ceux relatifs au système de santé.

¹¹ Cela a été noté par de nombreux intervenants lors des entretiens et dans les matrices qu'ils ont remplies.

Tableau 3 : les objectifs des initiatives RBF

	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
Objectifs de santé	<p>Sud Kivu: Réduire la mortalité maternelle, réduire la mortalité infantile</p> <p>Bas Congo: réduire la mortalité infantile et maternelle, réduire la prévalence du VIH, accroître l'accès à l'eau potable</p>	<p>Au niveau national, un renforcement de la tutelle du MSP sur le secteur et de son rôle de maître d'ouvrage sur la composante « services de santé » de la lutte contre la pauvreté</p> <p>Dans les provinces ciblées, une contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population par une augmentation de la qualité et de l'accessibilité des « services de santé » de la lutte contre la pauvreté</p>	<p>Prévention et lutte contre les maladies (en particulier, le VIH/SIDA) et la violence sexuelle</p>	<p>Accroître l'accès et l'utilisation des services de santé; Renforcer la lutte contre le paludisme, renforcer les capacités de supervision et l'utilisation du SNIS ; Aider l'unité de gestion de projet au niveau central (UCP)</p>
Objectif du système de santé	<p>Sud Kivu: Améliorer la disponibilité et l'accès aux services de santé de qualité; renforcer les capacités techniques, d'améliorer l'efficacité dans la gestion des ressources; conserver des ressources humaines.</p> <p>Bas Congo: Améliorer la disponibilité et l'accès aux services de santé de qualité</p>	<p>Accroître la performance de la fourniture de soins</p> <p>Augmenter et rationaliser le financement du secteur de la santé</p> <p>Améliorer l'accessibilité de la population aux soins.</p>	<p>Augmentation de l'accès de la population aux services de santé de qualité</p>	<p>Non spécifié</p>

4.3 Historique des projets et préalables établis avant la mise en œuvre des initiatives RBF

Cette section décrit l'histoire du développement de chaque système, visant à comprendre pourquoi certaines zones ont été choisies et comment et pourquoi le système RBF a été conçu et développé. En particulier, l'attention est concentrée dans la compréhension de quelles conditions préalables ont été établies avant le début de la composante RBF pour ce qui regarde les formations, l'équipement et les infrastructures, ainsi que quelles solutions ont été adoptées pour assurer la disponibilité des médicaments, vaccins et autres produits de base.

Tableau 4 : Historique des projets et préalables établis avant la mise en œuvre des initiatives RBF

HISTOIQUE	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
------------------	----------------	--------------------	------------	--------------------------------

Pourquoi les zones de santé spécifiques choisies?	S. Kivu: près de Cyangugu, Rwanda (intervention Cordaid); présence de BDOM (partenaire de Cordaid)	Critères de «potentialité et fonctionnalité » établi par le Ministère de la Santé. Présence d'ONG d'accompagnement des ECZ (assistant technique périphérique) Présence d'appui financier pour le fonctionnement des ECZ	Zone de santé où la GTZ est déjà active depuis 10 ans (accessible à partir de Kinshasa)	[pas de réponse]
	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
Les investissements en <u>équipements, les infrastructures, les fournitures, la formation</u> et les autres faire avant que le régime a commencé	S. Kivu: Petit fonds de roulement pour les médicaments ; petits équipements en certains cas ; formation sur les RBF et ses outils. Véhicules ambulances/supervision pour les ECZ Bas Congo: réhabilitation complète de certaines structures ; fonds de roulement pour les médicaments ; formation	FDSS = <i>Fond de Développement des services de Santé</i> = en charge de évaluer les conditions initiales et supporter la réhabilitation et l'équipement des FoSa. Mais les infrastructures et les équipements ne faisaient pas partie des conditions préalables pour la plupart des provinces (le Kasai Oriental a opté au début pour l'existence d'une pharmacie répondant aux normes, mais ce critère a été vite enlevé des conditions pour cause de non sélection de presque toutes les formations sanitaires)	Formation sur la gestion y compris médicaments et gestion financière.	Varie de province à province. Aucun niveau standard pour chaque FoSa. En général, la réhabilitation et l'équipement ont été faites, et ils continuent tout au long du projet avec une modalité « entrant ». Katanga : Formation spécifique RBF dans les zones d'intervention.
Y avait-il des <u>conditions préalables</u> établies auxquelles e les formations sanitaires devaient répondre avant de participer à RBF?	Etre autorisé par le MSP, intégré au système SSP et avoir du personnel qualifié Bas Congo: + les FoSa doivent déclarer d'arrêter les paiements ascendant aux ECZ	Le CP-FASS décide de l'inclusion des nouvelles formations sanitaires dans le projet (approche incrémental). La sélection est basée sur Normes du MSP (autorisation légale, etc.), et leur potentiel de qualité et de performance (système de collecte d'information, fonctionnalité du comité de santé, minimum de personnel qualifié, intégration dans la carte sanitaire et agrément pour les structures privées).	[pas de réponse]	Reconnu par le Ministère de la Santé

Efforts visant à assurer <u>la disponibilité des vaccins, des médicaments et des fournitures.</u>	S. Kivu: les FoSa utilisent 30-40% de leurs ressources pour acheter les médicaments dans les pharmacies sélectionnées (public et privé, choisies par la DPS comme répondant aux normes de qualité). Bas Congo: les FoSa utilisent leurs ressources pour acheter des médicaments au BDOM.	Les FoSa achètent leurs propres médicaments, soit avec l'argent qu'ils reçoivent ou par le biais des lignes budgétaires ouvertes aux CDR. Le PS9FED soutient le CDR au niveau provincial et la FEDECAME au niveau national.	Fourni par la GTZ (achetés en Allemagne). Après Mars 2008, achetés par le BZS à Kinshasa.	Les commandes envoyées par l'AEP (l'agence de mise en œuvre des ONG) ou par l'UCP (l'Unité Centrale en charge de l'exécution du projet) sont prises en charge par le PARSS par l'intermédiaire de la BCECO (achat groupés pour toutes les provinces). Kinshasa = les FoSa achètent les médicaments de façon autonome et sont remboursés par l'IRC, qui fournit également une avance.
Enquête de début d'initiative (baseline)	S. Kivu: Oui (enquête ménages) Bas-Congo: Non	Non	Non	Enquête réalisée par l'Agence CREDES

Préalables à la mise en œuvre : investissements, équipement, formations

Les questions concernant les investissements dans les infrastructures, l'équipement et la formation et les conditions préalables émerge comme un des thèmes fondamentaux sur le quel il faut réfléchir avant la mise en œuvre d'une initiative RBF. Les questions dans la matrice ci-dessus sont posées pour vérifier l'existence des critères qui doivent être remplies avant qu'un établissement de santé est autorisé à participer à l'approche. L'expérience internationale montre que, dans certains cas, les projets planifient une « mise à niveau » des formations sanitaires avant de les intégrer dans le système pour assurer qu'il existe un point de départ commun.

L'analyse comparative semble montrer que les conditions préalables attendues des formations sanitaires sont minimales et concernent principalement l'autorisation légale d'opérer. Aucun projet n'a établi une mise au niveau des toutes les structures, mais ils se sont focalisés sur un minimum nécessaire pour le démarrage du système.

Il faut noter, cependant, que, premièrement, la plupart de ces projets se sont appuyé sur des interventions préexistantes qui avaient soutenu les zones de santé et les FoSa avec une approche traditionnelle, à travers laquelle l'équipement et de réhabilitation, ainsi que les formations du personnel nécessaires ont été fournis. On peut donc s'attendre à ce que les prestataires avaient déjà atteint un certain niveau de capacité opérationnelle et des compétences techniques.

Deuxièmement, étant donné la situation extrêmement mauvaise de l'infrastructure et l'équipement des FoSa, tous les projets ont fourni au moins certains équipements/réhabilitation durant la mise en œuvre. En particulier, le PS9FED a été divisé en deux branches opérationnelles pour répondre aux différentes tâches. Le FASS (Fond d'Achat de Services de Santé) est en charge de financement RBF (financements basés sur la performance qui incluent une partie des fonds qui seront utilisés pour des investissements à la discrétion du FoSa même), tandis que le FDSS (Fond de Développement de Services de Santé) est responsable de la réhabilitation et l'équipement initial des FoSa, durant la mise en œuvre du programme¹². Cette répartition des tâches semble logique et efficace. Toutefois, les évaluations (voir par exemple, Diongue B, Mayaka S, 2010) signalent les retards dans

¹² Après cela, le FDSS est responsable de la contractualisation et du paiement des équipes de la zone de santé et du district, ainsi que du financement des formations à tous les niveaux.

l'acquisition des fournitures FDSS, qui ont affecté négativement les performances de la partie FASS du projet et des ONG d'appui.

Finalement, toutes les expériences soulignent l'importance de rendre obligatoire le principe selon le quel *les FoSa doivent réserver une partie du paiement RBF aux petits investissements et améliorations*, sur la base d'un Plan de Travail. Ce mécanisme augmente la responsabilisation des FoSa vis-à-vis leur performance et la qualité des services offerts à la population, et assure que les investissements sont directs aux activités/achats dans la façon la plus efficace pour améliorer la performance. Cette pratique doit donc être considérée une des bonnes pratiques dans un système RBF.

Ressources humaines

La question des conditions préalables en RDC n'est pas seulement liée aux infrastructures et équipement, mais aussi à la présence des ressources humaines pour la santé qui soient en ligne avec ce qu'est établi par les Normes Sanitaires du pays. Les ressources humaines doivent donc être qualifiées, ainsi que présentes dans le correct nombre et non pas pléthoriques comme est souvent le cas.

Toutefois, les expériences RBF dans le pays montrent que cette question, bien que très importante pour le succès de l'approche, ne peut pas être résolue en utilisant l'RBF même comme outil pour la rationalisation. Des discussions à l'atelier de Kinshasa (octobre 2010) émerge que les projets qui ont essayé cette route, par exemple en créant de contrats individuels seulement pour les personnels rationalisés n'ont pas eu le succès attendu. Dans plusieurs cas, en fait, l'équipe repartage à son sein les paiements reçus, mais ce repartage se passe d'une façon pas transparente et pas vérifiable. Il est clair donc que l'approche RBF doit être considérée comme une stratégie complémentaire qui peut résoudre certaines des problèmes du système sanitaire, mais qui ne peut être réalisée sans d'un leadership et bonne gouvernance du MSP et des autorités politiques et administratives, à tous les niveaux.

Disponibilité des médicaments et consommables médicales

La disponibilité des médicaments, des vaccins et des fournitures est l'un des problèmes critiques en RDC, principalement en raison des difficultés de logistique et de transport. En général, les vaccins sont fournis par la chaîne d'approvisionnement du PEV qui est mise en œuvre dans tout le pays. L'achat de médicaments et de fournitures de laboratoire, au contraire, est géré par les projets. Deux approches différentes émergent.

Certains projets (GTZ, PARSS) achètent eux-mêmes les médicaments et les distribuent aux FoSa, en suivant une approche basée sur la fourniture des intrants. Dans le cas du PARSS, les médicaments et les fournitures ainsi que les équipements sont achetés par le biais d'un achat groupé (regroupés pour tous les 5 projets), qui est géré par l'agence BCECO. Cela s'est avéré être très problématique et causé de nombreux retards (parfois des années).

D'autre part, d'autres projets (Cordaid, PS9FED) incluent l'achat de médicaments dans l'enveloppe payé sur la base de la performance¹³. La principale différence entre le projet de Cordaid et de

¹³ Dans le cas d'un contrat d'intégration (projet PS9FED) seulement les médicaments sont inclus, avec l'ouverture d'une ligne budgétaire à la CDR provincial.

PS9FED est que Cordaid permet aux établissements d'acheter les médicaments au près de toutes pharmacies grossistes publiques ou privées, approuvées par la Direction Provinciale de Santé (DPS). L'agrément est donné pour s'assurer qu'elles respectent certaines normes de qualité. Le PS9FED, au contraire, ne permet que l'achat dans les Centrales de Distribution Régionale (CDR), à moins qu'ils n'aient une rupture de stock d'une molécule particulière. Au même temps, pour assurer de la disponibilité et de la qualité des médicaments, le PS9FED soutient le CDR au niveau provincial et la FEDECAME (la Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels) au niveau national. Toutefois, la FEDECAME ainsi que les CDR semblent rester de structures peu performantes. Comme indiqué dans l'*Evaluation à mi-parcours* du projet PS9FED (PS9FED, 2009), la plupart des bailleurs ne passent pas par la FEDECAME pour l'achat et la distribution des médicaments, et 80% des clients de CDR sont en fait les FoSa qui ont une ligne budgétaire ouverte à travers le projet. Il en résulte une faiblesse qui est montrée par les fréquentes ruptures de stock au niveau de CDR et des retards dans la livraison des médicaments et des approvisionnements. Par conséquent, assurer la disponibilité des médicaments s'est avéré être un problème majeur.

Les deux pratiques adoptées par les projets décrits ci-dessus ont leurs avantages et désavantages. En fait, d'une côté, permettre aux établissements de se procurer leurs médicaments peut avoir des avantages dans l'immédiat (lorsque le système national n'est pas encore fonctionnel). Toutefois, de l'autre côté, l'expérience d'autres pays montre que cela peut ne être pas efficace à long terme. En effet, il est généralement préférable pour un gouvernement de se procurer les médicaments et négocier sur le marché international en vue d'obtenir un meilleur prix. *Les promoteurs des initiatives RBF doivent trouver un juste partage entre le but, à long terme, d'avoir un système d'approvisionnement national rationalisé, et à court terme de s'assurer qu'il y a des médicaments disponibles dans les FoSa.*

4.4 Les bénéficiaires de la rémunération basée sur la performance

La définition des acteurs dont le comportement doit être changé par le système RBF est un élément clé pour identifier les bénéficiaires du paiement basé sur les résultats. La littérature suggère diverses options pour le choix des bénéficiaires. Le premier choix regarde si on veut s'orienter vers le côté de la demande (les ménages, avec des transfères conditionnels en espèce) ou bien ce de l'offre. Dans ce deuxième cas, les bénéficiaires peuvent être le personnel de santé (au niveau individuel), les formations sanitaires collectivement, les administrations de santé (entant que équipes, ou leur membres individuellement) aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (Zones, Districts, Provinces, niveau central), les programmes de santé.

Les expériences en RDC, revues dans le tableau ci-dessous, montrent que les projets ont adoptés des combinaisons différentes, en ciblant les formations sanitaires (qui peut alors utiliser les fonds pour payer le personnel de la santé), ou bien les agents de santé au niveau individuel, ainsi que les équipes de la zone et de la province, et le niveau central.

Tableau 5 : Les bénéficiaires de la rémunération basée sur la performance

BÉNÉFICIAIRES	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
Agents de santé individuels	Non	Non	Une prime fixe est donnée à certains membres du personnel - ne se	GTZ/Maniema et Coopi/Equateur : Prime de professionnalisme = ~ 50-70% du total = bonus fixe accordé aux individus

BÉNÉFICIAIRES	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
			base pas sur la performance (60%).	(pour leur qualifications, la présence au travail, etc.), tous les mois. Pas basée sur la performance.
Etablissements de santé publique (qui peut alors utiliser les fonds pour payer le personnel de santé)	<p>Oui. S. Kivu : Ressources (RBF + paiement des usagers) sont mis en commun par l'établissement. Il n'y a pas de règle stricte pour la répartition, mais le plus souvent <i>l'Outil d'indice</i> est adopté (fourni par l'AAP), et l'ECZ supervise la bonne utilisation des fonds:</p> <ul style="list-style-type: none"> • motivation du personnel (pas plus de 50%) • Médicaments (assez pour couvrir tous les besoins ~ 20%) • Coûts récurrents (~ 10%) • Investissement (min 10% - ~ 20%) <p>Bas-Congo: 40% au personnel ; 60% = fonctionnement de la FoSa</p>	<p>Oui. Les critères de répartition ne sont pas fixés. Par exemple: ~ 50% pour le personnel (salaires et bonus), 10-20% pour les médicaments, 10% investissements, ~20% fonctionnement</p>	<p>Primes basées sur la performance sont données au FoSa pour être utilisées uniquement pour les primes du personnel (40%).</p>	<p>GTZ/Maniema et Coopi/Equateur : Prime de performance= ~50% -30% du total = donnée à l'installation basée sur la performance, tous les 3 mois. Ce montant est principalement utilisé pour récompenser le personnel de santé. Une faible proportion de celui-ci (20-25%) peut être utilisée pour les coûts récurrents du FoSa. Les règles précises pour le calcul des subventions et la répartition entre le personnel, varie d'une province à l'autre.</p> <p>IRC/Katanga = FoSa recevront des fonds en fonction du rendement (frais de service). Ils vont les utiliser pour le bonus du personnel, les coûts récurrents et les investissements. La répartition est décidée par l'établissement (d'abord avec l'aide de la mise en œuvre des ONG)</p>
Etablissements de santé privés	<p>Oui. Les établissements privés sont sous- sous-contractés par le principal établissement public dans la zone</p>	<p>Oui à condition qu'il est intégré dans la carte sanitaire et qu'il a l'agrément du MSP</p>		<p>IRC/Kinshasa = les FoSa sont autorisées à une quantité prédéterminée de fonds pour les médicaments et pour les services fournis le mois précédent. 70% de ce montant n'est pas basé sur la performance (toujours reçu), 30% est basé sur la performance</p>
Equipes de Zone santé	Oui (ECZ)	Oui (FDSS)	Oui	[Tous les projets] Oui. Reçoivent une prime fixe (~ 50% -70%) et une basée sur la performance (~ 50% -30%)
Equipes Cadres de District et de Province	Oui (IPS)	Oui (à partir du FDSS, et non du FASS) - 80% fixe et 20% basé sur la performance	Oui	[Tous les projets] Oui. Reçoivent une prime fixe (~ 50% -70%) et une basée sur la performance (~ 50% -30%)
Directions au niveau central	Non	Oui	Non	Non
Agents de santé communautaire	Sud Kivu: sous-traitées par les FoSa, en utilisant une partie de	Non	Non	Non

BÉNÉFICIAIRES	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
	leurs fonds RBF.			
Autres?	Associations locales pour les enquêtes/vérifications communautaires	Associations locales pour les enquêtes/vérifications communautaires	Non	Toutes les ONG d'implémentation (AEP) reçoivent un paiement fixe + un bonus (max 2% du montant total). Ce bonus doit être utilisé pour les activités du projet et est basé sur la réalisation des objectifs de couverture.

Une distinction importante émerge à travers l'analyse comparative du tableau entre les projets qui rémunèrent les établissements de santé/équipes et leur laissent la décision sur la façon d'allouer les fonds (entre primes au personnel, dépenses récurrentes, y compris les médicaments, et petits investissements), et ceux qui paient les primes aux individus. La première approche est appelée en RDC «achat de services», et est adoptée par le PS9FED et Cordaid, tandis que la deuxième est appelée «achat de la performance» ou «achat de résultats». Cette deuxième approche prévoit le versement d'une prime de rendement aux personnels de santé seulement, mais les autres dépenses (médicaments, les coûts récurrents, les investissements pour l'équipement et de réhabilitation) sont couverts par un financement en entrants. Cette approche est adoptée par le projet de la GTZ et le PARSS¹⁴. Ces projets comprennent également une prime fixe (de professionnalité) versée au personnel de santé enregistrés, indépendamment de la performance. Cette terminologie est spécifique au contexte de la RDC, alors que la littérature internationale établit d'autres distinctions (voir l'article de Musgrove P, 2010).

La décision de récompenser l'établissement/équipe ou au contraire les individus met également en évidence une question fondamentale à la base de l'élaboration d'un système RBF. Est-ce que le système est mis en place uniquement pour répondre au problème des ressources humaines (complémenter leurs salaires insuffisants, les motiver à travailler dans les zones rurales ou difficiles, etc.)? Ou, est-ce que le RBF est adoptée comme un outil pour rembourser les prestataires pour les coûts liés à la production de services (en s'assurant d'une meilleure quantité et qualité des services)?

Cette question n'a pas été explicitement abordée par les répondants dans le tableau en paragraphe 4.2, là où ils ont été invités à indiquer les objectifs liés au système de santé de leur projet. Cependant, à partir des documents du projet, il apparaît que certains projets considèrent l'approche RBF comme une solution pour répondre à la nécessité de «motiver» les agents de santé, tandis que d'autres (notamment le PS9FED et Cordaid) ont une vision plus large du RBF entant que approche pour le renforcement de la prestation des services et du système de santé local. Cela se reflète dans le choix des bénéficiaires du paiement fait par chaque projet.

Fournir une réponse claire et efficace à la question des bénéficiaires du paiement est essentiel pour élaborer un modèle RBF cohérent. La théorie économique et l'analyse des incitations dans un système RBF suggèrent qu'il est plus efficace de récompenser les équipes (par exemple, les équipes de district/zone de santé, ou l'établissement de santé dans son ensemble) plutôt que les travailleurs

¹⁴ Toutefois, il convient de noter que les arrangements des projets financés par le PARSS varient de province en province. En outre, dans certains cas, le projet comprend une partie de la prime de performance (environ 20% de celui-ci, 10% du total) devant être utilisée pour couvrir les coûts récurrents des formations sanitaires.

individuels. En effet, « il peut être utile de préférer une rémunération à l'institution, si le travail d'équipe est nécessaire pour améliorer la performance ou si des changements systémiques sont nécessaires. Par exemple, un agent de santé individuel n'est normalement pas en mesure de modifier l'horaire de la clinique ou la mise en œuvre des stratégies de sensibilisation de la communauté. Il est aussi important de se demander si les incitations au niveau de l'équipe pourront motiver tous les membres de l'équipe à travers la pression sur d'autres membres pour augmenter la productivité. [... De plus], il est plus coûteux et compliqué de faire un suivi de la performance au niveau individuel que de celle au niveau de la formation sanitaire» (Eichler R, De S, 2008: 16). Une ultérieure raison de préférer les paiements au niveau institutionnel est que « les institutions peuvent être en mesure d'absorber plus de risques que les agents de santé individuels » (Eichler R, De S, 2008: 27).

Ces constats se compliquent encore, dans le cas de la RDC, par l'absence de listes de personnel de santé et le manque de respect des Normes en termes de dotation en personnel dans les FoSa. Cela signifie qu'un Centre de Santé pourrait employer 5 personnes et un autre 20, et la majorité du personnel ne serait pas inclus dans la liste officielle du MSP à Kinshasa. Cette problématique est encore plus grande pour les niveaux intermédiaires (où les DPS ne sont pas encore rationalisées) et central (voir encadré). Dans ce contexte, il devient particulièrement difficile d'identifier précisément ceux qui devraient avoir droit à un bonus. De plus, quand le bonus est individuel, la pratique de répartir les bonus entre personnel officiel (qui est censé le recevoir) et personnel non officiel/pléthorique a été souvent observée. Cette pratique, bien qu'elle montre un esprit d'équipe entre le personnel, ne permet pas la transparence nécessaire par rapport au partage des paiements RBF.

Par conséquent, les projets ont préféré un paiement à la structure. Le PS9FED, par exemple, a adopté successivement les deux approches pour la création des contrats au niveau de la DPS. Le constat a été que, bien que un contrat collectif ne rémunère pas suffisamment le personnel qui travaille d'une façon plus performante parmi les membres de l'équipe, il est finalement préférable parce que plus facile à gérer et vérifier administrativement. Un autre exemple utile est ce du projet PARSS/Sud Maniema. Dans ce cas, les contrats sont individuels et signés avec les personnels « officiels » de la structure. Toutefois, il a fallu aussi octroyer un montant (le 30% du total) payé sur la base de la performance et destiné aux employés «non officiels».

Enfin, donc, *le paiement à la structure se déligne comme le mécanisme préférable dans un système RBF pour sa relative simplicité de gestion administrative et vérification, ainsi que pour les incitations plus rationnelles qu'il établit au niveau de la structure rémunérée.* En fait, «la force des paiements basés sur la performance est d'agir comme un catalyseur de changement. En déplaçant l'attention des intrants au remboursement des résultats, le personnel de santé est incité à réfléchir à la façon d'obtenir des résultats avec plus d'efficacité compte tenu des contraintes existantes. Si la cible du paiement à la performance est l'individu, l'approche est moins susceptible d'inspirer l'innovation que si la cible est l'équipe ou l'institution (par ex: centres de santé). Dans un monde parfait, donc, l'approche idéale serait de donner aux établissements le paiement basé sur les résultats. Le financement devrait être suffisant pour permettre à l'institution de décider quelle combinaison des matériels, médicaments et ressources humaines est nécessaire pour atteindre les résultats » (Eichler R, 2004: 13).

Il est clair, toutefois, que *la rationalisation du personnel de santé et des institutions de la hiérarchie sanitaire à tous les niveaux reste une question ouverte et très critique pour le bon fonctionnement du système sanitaire.* Elle est aussi fondamentale dans le cas de projet RBF car une pléthore du personnel rend la définition des tâches et responsabilités plus difficile et vague, et la

présence d'un personnel trop nombreux dilue l'incitation financière à la performance représentée par l'enveloppe de paiement reçu par chaque structure. Comme déjà souligné en précédence, l'approche RBF ne peut pas se substituer au leadership du MSP et autorités politiques dans la solution du problème urgent de rationalisation des ressources humaines.

Encadré 1: l'RBF au niveau central du système sanitaire

Depuis 2008, un projet de GAVI Alliance pour le Renforcement du Système Sanitaire a été approuvé et mise en œuvre par le MSP. Ce projet envisage d'introduire un système de paiement basé sur la performance dans 65 Zones de Santé en RDC et pour 3 Divisions Provinciales et 7 Directions du niveau central. Le projet est mis en œuvre par le MSP, via la Direction d'Etudes et Planification (DEP).

jusqu'à présent (novembre 2010), seulement les contrats de paiement RBF avec le niveau central sont en place. Notamment, il s'agit des Directions D1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7 (=DEP), qui ont signés des contrats à partir de Janvier 2010.

Bien que très récente dans sa mise en œuvre, cette expérience donne des pistes pour l'analyse des mécanismes RBF avec des institutions du niveau central. En fait, le seul autre projet avec une composante RBF au niveau central est le PS9FED (inclus parmi les 4 cas analysés dans le texte) et il est utile de décrire les deux expériences pour mieux dégager des leçons.

Nous suivons la même méthodologie utilisée pour les autres expériences, mais nous avons préféré de ne pas ajouter le projet GAVI dans les tableaux, comme il s'agit d'un nouveau projet et on se limite que à l'analyse d'une composante. Une comparaison avec la contractualisation du niveau centrale du PS9FED et des conclusions seront tirées dans cet encadré.

Les contrats du **projet GAVI** pour le niveau central sont signés entre le Secrétaire Générale et chacun des Directeurs. Ils sont donc des contrats collectifs, mais seulement 5 personnes par Directions y sont inclus et bénéficient (officiellement) de paiement RBF. Une liste nominative des ces cinq personnes est annexée au contrat. Toutefois, il se passe souvent que, au sein de la Direction, les paiements sont remis ensemble et partagés avec tout le personnel qui a contribué à l'atteinte des résultats. Donc, non seulement les techniciens inclus dans le contrat, mais aussi les autres, ainsi que le personnel d'appui recevront un paiement. Cette pratique, déjà observée aux autres niveaux du système, montre une reconnaissance du travail en équipe que devrait être à la base du travail des Directions. Elle s'agit d'une sorte de *coping strategy* informelle, introduite par les Directions, pour éviter les problèmes causés par de contrat (quasi) individuels. De l'autre côté, ce partage est fait avec une manque de transparence et des contrôles, et pourrait peut être objet de conflit et inégalités entre la rémunération du personnel.

Les contrats sont renégociés chaque trois mois et incluent aussi une liste des indicateurs sur la base des quels la performance sera évaluée. Ces indicateurs sont notamment des indicateurs de processus (tenue des réunions, préparation des rapports, élaborations des textes/documents, etc.). Certaines parmi les activités listées restent constant chaque trimestre (production d'un Plan d'Activité trimestriel, production du rapport d'autoévaluation), quand d'autres sont liés à le Plan de Travail que est préparé trimestriellement et approuvé par la Direction même. Ce Plan indique les activités à mener, les responsables, les délais, ainsi que il définit les indicateurs de réussite sur la base des quels la Direction sera évaluée.

L'évaluation consiste, premièrement, dans une autoévaluation de la Direction même. En suite, le rapport d'autoévaluation est envoyé à la DEP qui est chargé de le vérifier et le valider. Le personnel de la DEP chargé de la vérification n'est pas inclus parmi les cinq personnes listées dans le contrat. Ce système limite les conflits d'intérêt d'une façon seulement partielle, surtout si on tienne en compte du possible partage du bonus parmi tous les membres de la Direction.

Par contre, le **PS9FED** contractualise au niveau central la Direction SNIS (Système National d'Information Sanitaire) avec un contrat collectif. De plus, une personne à la D7 (DEP) et deux personnes à la D5 (DSSP, Direction des Soins de Santé Primaire) bénéficient des paiements RBF avec un contrat individuel. Comme pour le projet GAVI, le problème de la vérification pour le niveau central s'est posé aussi pour le PS9FED, car il semble difficile de trouver une agence externe qui peut être responsable de cette tâche. La solution adoptée est de vérifier les contrats par autoévaluation sous la supervision/contrôle de l'Assistance Technique (AT). Ce mécanisme limite la possibilité des conflits d'intérêt, mais de l'autre côté pourrait créer des tensions et problèmes pour l'AT, qui est censé être au même temps accompagnateur technique dans le quotidien et contrôleur rigoureux chaque trois mois.

Sur base de cette analyse, il semble que les expériences de contractualisation basée sur les résultats au niveau central du système de la santé ne sont pas encore très développés et présentent nombreux difficultés. Un problème est la définition des bénéficiaires et le choix entre contrats individuels et contrats collectifs. Cette question se pose en particulier pour les directions que ne sont pas rationalisées¹⁵. Toutefois, les expériences semblent confirmer ce qu'était observé au niveau intermédiaire et opérationnel. Bien que établir des contrats collectifs soit compliqué dans un contexte de ressources humaines pléthoriques et pas rationalisées, cette option est souhaitable car elle augmente l'esprit d'équipe et rend transparent le partage des paiements (car un rapport d'utilisation des fonds est requis). De plus, la performance collective reste plus simple et moins coûteuse à évaluer et crée un système d'incitations plus efficient.

Un deuxième problème est représenté par la sélection des indicateurs à rémunérer. Les indicateurs utilisés jusqu'au présent sont des indicateurs de processus, basé sur un plan d'action faite par le bénéficiaire même. Ce Plan donc n'est pas soumis à une validation externe, et il n'y a pas d'autres indicateurs objectif. De plus, la qualité des activités réalisées et des documents produits n'est pas évaluées.

Finalement, la mise en place d'une vérification externe et rigoureuse est une question ouverte quand il s'agit d'évaluer des institutions du MSP au niveau central. Les deux expériences analysées n'ont pas réussi à résoudre d'une façon convaincante cette question et le PS9FED (entretien à Kinshasa) reconnaît que la vérification a représenté le problème majeur de la contractualisation au niveau central.

Des solutions potentielles pourront être la création des groupes de pairs évaluateurs, de façon que chaque Direction soit évaluée par les représentants des autres Directions. Ou bien, la création d'un comité mixte constitué par le MSP, les techniciens des bailleurs, autres ministères, et la société civile.

4.5 Conception des contrats (y compris indicateurs, niveau de paiement et cibles)

Le tableau ci-dessous fournit des informations sur la façon dont les différents projets ont abordé certaines décisions opérationnelles clés. La question centrale concerne l'établissement des contrats et la définition des indicateurs de performance qui sont rémunérés en conséquence du contrat. De plus, les tableaux et l'analyse qui suit adresse d'autres questions pertinentes: l'inclusion d'indicateurs de qualité pour tenir compte ces aspects au-delà des questions de quantité ; si et comment l'équité a été adressée par le système (équité pour la population avec la création de Fonds d'Equité, mais aussi l'équité entre les FoSa dans des situations différentes) ; et enfin les méthodes et les indicateurs utilisés pour rémunérer les équipes de zone et province.

Tableau 6 : Contrats y compris indicateurs, niveau de paiement et cibles

¹⁵ Une Direction rationalisée est composée d'un nombre suffisant et non pas pléthorique de personnel, officiellement reconnu et payé.

	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
Quelle est l'entité qui conçoit, négocie et conclut des contrats avec les bénéficiaires?	L'Agence d'Achat des Performances (AAP) négocie et signe les contrats. Processus: Plan d'activités des FoSa (tous les 3 mois) → négociation du contrat, signature (tous les 3 mois, 6 mois dans le futur) → vérification (dans le futur, trimestriel) et paiement (tous les mois). Avant que l'AAP soit créé comme organisme indépendant, les deux projets utilisaient les BDOM locales (passage à un AAP est toujours en cours dans le Bas Congo)	EUP prépare les contrats, EUP et les FoSa signent avec l'approbation du médecin de la Zone de Santé. Les contrats sont valables pour 3 mois et renouvelable par tacite reconduction.	Accord verbal valide pour 1 an	[pour les projets analysés] Les AEP (= Agence d'Exécution Partenaire = ONG de mise en œuvre) préparent les contrats et les signent, avec l'ECZ et le FoSa. Les contrats sont valables pendant 1 an et renouvelables
Est-ce qu'un plan d'affaires fait partie du contrat?	Oui, obligatoire	Oui, en théorie, mais en pratique est rarement produite (ECZ n'ont pas encore préparé un modèle).	Plan de travail élaboré tous les 3 mois avec la FoSa	Non, mais les FoSa doivent produire un plan de travail annuel
Quelle entité transfère des fonds aux bénéficiaires?	AAP	EUP	GTZ	AEP
Indicateurs	Voir l'annexe 3			
Niveau de paiement				
Indicateurs de qualité?	S. Kivu: Montant max. = 15% des fonds RBF total, lorsque la qualité est 100% du score. Vérification effectuée par l'AAP (respect des règles et des normes), par les vérificateurs communautaire (satisfaction et existence de patients) et par l'ECZ (qualité technique et des normes) pour le FoSa, par les pairs pour les hôpitaux Bas Congo: les indicateurs de qualité (hygiène) sont inclus dans la liste des indicateurs (jardin, filtre à eau des latrines à fosse, un incinérateur)	En théorie, oui. Mais dans la pratique, les indicateurs de qualité ne sont pas encore inclus. Une assurance de la qualité des services prestés dans les FoSa est faite à travers l'accréditation, quand les structures sont définies éligibles ou pas à participer dans le système RBF.	Voir l'annexe 3 (qualité liée aux indicateurs de processus/quantité)	Varie. Certains indicateurs de processus sont inclus dans les projets GTZ et COOPI . Dans les contrats des deux projets il est dit que le bonus de performance est subordonné à la vérification de l'AEP sur la qualité et la bonne gestion. Katanga = Indicateurs de qualité ne sont pas inclus, mais la qualité est contrôlée au cours de la «vérification technique»
Est-ce que couverture de la population récompensée?	Non	Non	Dans certains cas, les indicateurs se réfèrent aux taux de couverture (par exemple les vaccins)	Dans certains cas (par exemple: COOPI / Equateur = indicateurs sont définis comme taux (taux de couverture, etc.)
	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
Est-ce que des cibles sont établies?	Oui (voir Annexe 3), mais ne sont pas tenues en compte pour la rémunération.	Non (mais dans la détermination des montants d'achat, des cibles attendus ont été fixées)		Quand un taux de couverture est utilisé, une cible est parfois également fixée.

	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
Bonus d'isolement	Sud Kivu: Oui, pour certaines FoSa (+5%+10% du bonus) - devrait être utilisé pour faire fonctionner les FoSa et non pas partagé entre le personnel Bas Congo: un montant fixe par mois accordée à certains établissements	Oui, max 15% de la prime totale aux FoSa déterminés par le CP-FASS)	Non - mais l'accessibilité du centre de santé est prise en compte dans les calculs	Non
Fonds d'Équité	S. Kivu: En théorie, mais pas encore fonctionnels. Le problème principal est l'identification des vrais pauvres. Bas Congo: pas encore en place (sera testé avec les <i>mutuelles</i>)	En place dans certains HGR (13 dans le Kasai Or. et 6 dans le Kasai Occ). Une association locale identifie les pauvres qui sont déjà hospitalisés dans l'hôpital, dont les factures sont remboursées par l'EUP. (Le mécanisme n'atteint pas les pauvres qui n'arrivent pas à l'hôpital)	Non	Non
Autres bénéficiaires?	ECZ, et IPS signer un contrat avec l'AAP (l'IPS signe directement avec Cordaid actuellement)	EECD, ECZ, et IPS reçoivent des fonds pour leurs dépenses de fonctionnement du FDSS ainsi que pour les primes. Pour les primes, 80% est fixe, 20% basé sur la performance.	ECD, ECZ: rémunération basée sur un plan de travail, qui comprend des indicateurs de couverture de la population	Maniema : ECZ Equateur : ECZ/ECD Katanga : ECZ (les ECZ ne sont pas divisés en intervention/contrôle. Ils reçoivent tous 50-70% paiement fixe, et 50-30% sur la base de la performance)

Les contrats de performance

Des contrats ou accords sont rédigés et signés dans tous les systèmes, à l'exception de la GTZ/Bandundu pour lequel l'accord est oral. Pour les projets de Cordaid, le contrat est accompagné et basé sur un « *business plan* » qui est produit par l'établissement et approuvé par l'ECZ et l'AAP, qui fixe les objectifs et les activités de la structure, ainsi que détermine l'utilisation des fonds qui seront reçus.

En ce qui concerne le projet PS9FED, il est important de noter que les zones de santé sont divisées en «renforcement», «préparation» et «priorité». Les premiers sont les plus performants et les mieux organisés et reçoivent plus de soutien que les autres (en ordre décroissant). Les zones prioritaires reçoivent seulement une aide d'urgence et n'ont pas d'appui RBF. Dans les zones de santé en renforcement, deux types de contrat sont en place. Le «contrat d'intégration» est normalement adopté au début de la période de contractualisation et fournit uniquement des médicaments comme rémunération basée sur la performance, à travers l'ouverture de lignes budgétaires à la CDR locale. Le «contrat de progression», au contraire, prévoit de rémunérer les indicateurs avec à la fois médicaments et cash. Une récente évaluation (De Caluwe P, Mayaka S, 2009: 21), toutefois, a souligné que le contrat d'intégration n'est pas très efficace pour établir des incitations fortes, car

des problèmes se posent chaque fois qu'il ya une rupture de stock à la CDR. Par conséquent, il a été suggéré que ces contrats soient éliminés et que seulement des contrats de progression soient formés.

Les indicateurs de performance quantitative

Les indicateurs quantitatifs et les niveaux de paiement varient dans chaque projet. Un résumé des indicateurs et des subventions pour l'ensemble des interventions est en annexe 3.

Il faut également noter que les paiements pour les projets PS9FED varient entre les provinces et dans le temps. En effet, les paiements ont été modifiés pour répondre à la disponibilité des fonds et les niveaux de décaissement. Cela signifie, par exemple, que, vers la fin de l'année, si le décaissement a été faible, les paiements augmenteraient pour s'assurer une utilisation de tous les fonds¹⁶.

Le système de calcul des paiements pour le projet de la GTZ dans le Bandundu est complexe: les formations sanitaires sont classées en 5 groupes en fonction de leur performance dont le premier groupe recevra 100% du montant disponible et le dernier 0%. En outre, les pondérations sont effectuées pour tenir compte de la taille de la zone de santé où est située la FoSa, ainsi que le type de services (par exemple, tuberculose, VIH, etc. – cette option était adoptée car chaque bailleur de fonds (Fonds Mondial, Fondation Damien, etc.) a tendance à ne payer que pour les indicateurs relatifs à son domaine d'intervention). Par conséquent, la variabilité entre les paiements se réduit, réduisant ainsi l'impact de la prime de performance.

En général, nous notons que la modalité de paiement qui est plus souvent adoptée est celle d'un paiement à l'acte (PAA). Cela signifie qu'un montant fixe en US\$ (établi dans le contrat) est donné pour chaque service (inclus parmi les indicateurs) que la FoSa produit. Cela est le cas pour le projet de Cordaid, PS9FED, GTZ/Maniema, IRC/Kinshasa et Katanga. L'autre option, qui est plus rarement adoptée, est de déterminer une certaine cible basée sur les taux de couverture à atteindre. L'établissement recevra 100% de la rémunération pour la réalisation complète de cet objectif. En cas de réalisation partielle, une plus faible % de la prime serait donnée (COOPI/Equateur).

Les expériences dans d'autres pays montrent que «l'approche PAA a l'avantage d'être facile à comprendre, ce qui en fait motivant. Toutefois, il existe des preuves qu'un système de PAA incite à fournir trop de services (quantités au-delà de ce qui est nécessaire pour assurer une bonne santé), ce qui augmente inutilement les dépenses de santé. Par contre, il y a des arguments pour l'utilisation d'un système de PAA pour stimuler l'utilisation des services de prévention qui sont sous-utilisées, ce qui devrait être engagée avec prudence, cependant, car une fois que les systèmes PAA sont en place, il est généralement difficile de se débarrasser d'eux » (Eichler R, De S, 2008: 39). D'autre part, il apparaît clair que les projets en RDC ont privilégié un paiement à l'acte à cause de sa simplicité de mise en œuvre. En fait, l'introduction des indicateurs de couverture et des cibles pose de problèmes pratiques. D'une côté, la vérification devienne plus difficile et couteuse. De plus, le calcul des taux de couverture nécessite de connaître le dénominateur (c'est-à-dire la population totale concerné par cet indicateur), une information qui n'est souvent pas disponibles en RDC ; et les cibles peuvent être introduites seulement quand les niveaux de bases sont connus. Toutefois, à terme, il semble souhaitable d'aller vers l'introduction des cibles et indicateurs de couverture pour

¹⁶ Entretien avec un informateur clé à Kinshasa.

la rémunération basé sur la performance, et en particulier pour la rémunération des ECZ et des DPS.

La performance qualitative

La qualité des services rendus est un autre élément important à analyser. Pour veiller à ce qu'une augmentation de la quantité des services, déterminée par l'octroi d'un paiement, n'est pas réalisée au détriment de la qualité, certains projets (en RDC comme ailleurs) ont mis en place également des contrôles qualitatifs. Ci-dessous, nous passons en revue les différentes solutions adoptées par les projets.

Cordaid/AAP Sud-Kivu prévoit l'augmentation de 15% du paiement initiale (basée sur la quantité) quand le score de 100% est obtenu pendant une évaluation de la qualité. Cette évaluation est composée de trois éléments: (1) contrôle du respect des règles et des normes (ce qui est vérifié par l'AAP), (2) vérification par un contrôle communautaire de l'existence des patients et leur satisfaction, et (3) contrôle de la qualité technique, réalisée par l'ECZ pour les FoSa et par les pairs pour les hôpitaux. Ce système est assez complexe et nécessite d'importantes ressources supplémentaires (par exemple, pour les enquêtes communautaires et la contractualisation des associations locales). Bien que le projet en Sud Kivu soit le seul entre les projets RBF en RDC à intégrer une évaluation qualitative aussi détaillée dans le calcul du bonus de performance, une récente évaluation externe a mis en exergue qu'elle ne semble pas suffisante parfois pour assurer d'une réelle augmentation de la qualité des services rendus. En fait, le rapport de l'évaluation (Paalman M, Renaud A, 2010: 45) souligne que le bonus de qualité n'est souvent pas suffisant pour motiver le personnel, parce que la il ne peut pas être utilisée pour augmenter les salaires du personnel.

Pour le projet de Cordaid en Bas Congo, la qualité est évaluée en utilisant l'hygiène du milieu comme proxy et quatre indicateurs (présence d'un incinérateur, un jardin, une latrine et un filtre à eau) sont inclus dans l'évaluation mensuelle.

Pour le projet de la GTZ, les normes de qualité sont incorporées dans les indicateurs de quantité (voir annexe 3). Ce système augmente la complexité du processus de vérification, et son coût en termes de temps et de ressources financières, car il est nécessaire de vérifier non seulement la prestation réelle du service, mais aussi le respect de certaines normes de qualité lors de cette prestation.

Comme pour les autres éléments opérationnels des projets PARSS, l'inclusion des indicateurs de qualité varie selon les projets, mais les la plupart des projets affirme qu'avant qu'un paiement soit fait, un contrôle général sur la bonne gestion et la qualité est réalisée par l'AEP.

La question de l'évaluation de la qualité des prestations a été longuement débattue par le projet PS9FED. En fait, une assurance de la qualité des services prestés dans les FoSa est faite à travers l'accréditation, quand les structures sont définies éligibles ou pas à participer dans le système RBF. Toutefois, les contrats signés dans le cadre du PS9FED ne comprennent pas de récompenses pour la qualité. Ce manque a été signalé par l'*Evaluation à mi-parcours* (PS9FED, 2009) comme une des raisons d'une mauvaise qualité des services rendus, surtout pour ce qui regarde les Hôpitaux

Généraux de Référence (HGR) et ont suggéré son inclusion¹⁷. Le projet prévoit donc d'ajouter une vérification quantitative dans le cadre du 10FED.

En tout reconnaissant l'importance d'une évaluation qualitative des services, pendant des entretiens avec le personnel du PS9FED, il a été souligné que, premièrement, l'*Evaluation à mi-parcours* n'était pas méthodologiquement très rigoureuse dans son appréciation de la qualité des services, qui effectivement a augmentée vers la fin du projet. Deuxièmement, la vérification des indicateurs de qualité serait trop subjective, coûteuse et difficile à organiser au début d'un système RBF, et il serait préférable de l'introduire de façon incrémentale pendant la mise en œuvre du projet¹⁸.

En conclusion, *l'expérience internationale ainsi que celle de la RDC montrent que le coût-efficacité et la faisabilité d'évaluation de la qualité doit être soigneusement examinée avant son introduction, surtout au début de la mise en œuvre d'un régime*. Une solution plus pragmatique et efficace pourrait être d'ajouter des indicateurs de qualité après quelques années, quand le système RBF a évoluée, est pleinement fonctionnel et ses capacités de vérification sont augmentés.

Les fonds d'équité

Un raisonnement similaire s'applique pour la question de l'équité et la création de « fonds d'équité ». Les fonds d'équité offrent aux formations sanitaires un remboursement des dépenses engagées pour fournir des services aux patients classés comme « pauvres ». Dans un contexte où la tarification des services (*user fees*) sont en place pour la population en général, les pauvres auront accès à des services gratuits ou subventionnés, alors que le système RBF (ou un autre système en place, tels que la mutuelle) permettrait de rembourser le manque à gagner du prestataire. Évidemment, il n'est pas simple de mettre en place un fonds d'équité fonctionnel. *La question principale, avec celle des coûts de mise en œuvre, est celle de l'identification des pauvres* (comme indiqué, par exemple, par Cordaid au Sud Kivu).

Le projet PS9FED dans le Kasai Occidental et Oriental a créé des fonds d'équité au niveau des hôpitaux et l'identification est assurée par des associations locales. Il sera nécessaire de procéder à une évaluation plus approfondie sur les résultats obtenus par les fonds d'équité, les problèmes qu'ils ont rencontrés, ainsi que sur leur rapport de coût-efficacité.

Le bonus d'isolement

Enfin, certains systèmes (Cordaid et PS9FED) prennent en compte également dans leur mécanisme de paiement des paramètres relatifs à l'isolement de la formation sanitaire. Dans le cas du PS9FED, l'isolement d'une formation sanitaire a été défini par rapport à sa population de couverture (dimension de l'aire d'attraction, densité de la population, présence de barrières naturelles limitant l'accès de la population à la structure sanitaire). La distance par rapport à l'hôpital général de référence a été prise en compte dans le cadre de l'achat des prestations ou des prix d'achat différenciés pour les références vers l'hôpital ont été mis en place. Les FoSa plus éloignées recevront une augmentation entre 5% et 15% de leur prime totale (selon le système et le degré d'isolement) ou un montant fixe supplémentaire.

¹⁷ Voir par exemple: De Caluwe P, Mayaka S (2009). *Mission d'appui à la mise en œuvre du FASS dans les provinces du Kasai Oriental et du Kasai Occidental*. Kinshasa, DRC : AEDES, PS9FED, page 21.

¹⁸ Entretien avec un intervenant dans le cadre du PS9FED

La rémunération des ECZ, ECD et DPS/IPS

La discussion jusqu'au présent a pris en compte surtout la contractualisation au niveau opérationnel (FoSa). Cependant, dans la plupart des cas également les équipes de district et de zone de santé, ainsi que les Divisions Provinciales de Santé (DPS) signent des contrats et sont inclus dans la rémunération RBF. Soutenir l'ECZ, l'ECD et la DPS a également été utilisé comme outil pour briser la logique du «financement ascendant», ce qui signifie que les établissements de santé doit fournir un paiement mensuel pour couvrir les coûts de ECZ et DPS. Tous les projets incluent un financement direct aux DPS et aux équipes de zone et/ou de district et demandent aux FoSa interrompre les paiements ascendants, comme le préconise la SRSS.

Les mécanismes de paiement pour les Divisions Provinciales et les Zones adoptent généralement une approche similaire à celles utilisées pour les formations sanitaires. *Il est important de noter que souvent les indicateurs pour la zone et le district sont des indicateurs de processus, qui ne tiennent pas en compte de l'efficacité des actions menés par la hiérarchie sanitaire sur la performance de la prestation des services. Cependant, selon les bonnes pratiques identifiées par la littérature internationale, la plupart des projets envisagent pour l'avenir de lier la performance des ECZ et des DPS à la performance des aires sur leur responsabilité, en utilisant des taux de couverture.*

4.6 Arrangements institutionnels, y compris paiement, vérification et supervision

Le tableau ci-dessous fournit des informations sur les arrangements institutionnels qui ont été choisis par chacun des projets pour la mise en œuvre. Les arrangements institutionnels regardent la division de tâches et des fonctions entre les différents acteurs du système sanitaire locale et définissent qui est responsable de chaque fonction, comment, et avec quelles relations avec les autres acteurs.

À ce regard, une question centrale est celle de la séparation des fonctions. Dans la définition des arrangements institutionnels d'un système de santé, la tension reste entre, d'un côté, le regroupement des fonctions pour exploiter les économies d'échelle et de gamme (à savoir, le fait que plus une institution effectue une ou plusieurs activités, mieux elle les accomplit, en réduisant les coûts et en devenant de plus en plus efficace) et, de l'autre, les conflits d'intérêt qui peuvent surgir au cas où un organisme est «joueur et arbitre» dans le même jeu. Cette dernière question est particulièrement importante dans les systèmes RBF qui, comparativement aux systèmes traditionnels basés sur la fourniture des intrants, doit accorder plus d'attention pour surveiller et valider les résultats sur lesquels le paiement est fondé.

Le tableau suivant décrit la façon dont les fonctions ont été confiées à des acteurs différents dans chaque projet. Dans la discussion qui suit, chacune des fonctions et des modalités de la remplir choisies par les projets sont discutées en détail.

Tableau 7 : Arrangements institutionnels, y compris paiement, vérification et supervision

	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
--	---------	-------------	-----	-------------------------

	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
Qui est responsable du paiement (profil du personnel)?	<p>Sud Kivu: AAP (18 membres du personnel), structure autonome mise en place par la DPS, BDOM et Cordaid</p> <p>Bas Congo : Centre d'appui au financement basé sur la performance (service du BDOM)</p>	<p>EUP. Un dans chaque province + <i>antennes</i> dans la même province.</p> <p>Personnel = 3 + vérificateurs (nombre varie dans chaque province).</p> <p>Ils sont gérés par un CdA (5 à 9 membres = repr. du PS9FED, Ministère de la Santé /, admin prov., autorités IPS, ONG)</p>	<p>GTZ - 1 personne.</p> <p>Aucun organisme indépendant créé.</p>	<p>AEP (dans les zones d'accès difficile, les fonds sont remis à la Zone qui les distribue ensuite)</p>
Qui définit les indicateurs et les paiements ? Comment?	<p>Kivu S.: Au départ: IPS, BDOM et AAP. Maintenant: Commission Provinciale de Financement (comprend tous les organismes actifs dans la province)</p> <p>BasCongo: BDOM/Cordaid</p>	<p>CP-FASS (IPS, ONG, AT du PS9FED, d'autres acteurs au niveau provincial)</p>	<p>GTZ + ECZ</p>	<p>Pour tous les projets sont les AEP (avec ZS et DS), sauf au Katanga où un <i>Comité de Pilotage</i> a été créé</p>
COMMUNICATION DES DONNEES ET VÉRIFICATION	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale/ PARSS
Source d'information sur la performance des FoSa	Registres des FoSa et rapports SNIS	Formulaire spécialement établi par le EUP, rempli par les établissements (sur la base su SNIS) chaque mois. Ce formulaire est signé par l'ECZ et l'ONG d'appui	SNIS, planification mensuelle, le suivi/audit médical, enquêtes communautaires	[tous les projets analysés] Rapport SNIS
Quelle entité reçoit les informations sur les résultats?	SNIS rapport est envoyé mensuellement à l'ECZ qui envoie une copie à l'AAP	ECZ recueille les formulaires et fait une première validation, puis elle les envoie à l'EUP.	GTZ	[tous les projets analysés] La zone, le district, et puis le projet. Tous les 3 mois.

	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
<p>Comment les résultats sont rapportés vérifié? Comment? Qui effectue ces fonctions? Combien de fois?</p>	<p>Sur la base du rapport SNIS, chaque mois les vérificateurs de l'AAP vont dans les FoSa et vérifient avec les registres.. La qualité est évaluée tous les trois mois par l'ECZ, AAP et vérificateurs communautaires pour les Centres de Santé ; par les pairs pour les hôpitaux.</p> <p>Pour les ECZ, l'évaluation est faite par l'IPS Pour les IPS, l'évaluation est faite par AAP et Cordaid.</p>	<p>1. ECZ/ ONG d'appui valide les indicateurs/résultats (par comparaison avec le registre chaque mois, et avec fiches de malade tous les 2 mois) (l'ECZ est également chargé de vérifier les honoraires demandés)</p> <p>2. L'EUP vérifie ces informations, en contrôlant pour les anomalies (contre-vérification) et par une vérification communautaires (sur un échantillon)</p> <p>Les ECZ sont évaluées par les DPS. L'évaluation des DPS est censée être faite par le niveau central, mais en réalité a été une autoévaluation + vérification de l'AT</p>	<p>Tous les 3 mois Menée par le BCZ (organisé en différentes équipes de supervision et de vérification). Les pairs? GTZ lui-même?</p>	<p>GTZ Maniema et Coopi/Equateur = Le ECZ et le ECD avec l'AEP, tous les 1, 3 ou 6 mois.</p> <p>Kinshasa = une équipe de vérificateurs a été recrutée entre les membres de l'équipe de district (choisis parmi ceux qui ne reçoivent pas des paiements du MSP). Ils sont chargés de vérifier les registres dans les FoSa et de l'exécution des enquêtes communautaires. Une ONG a également être contracté pour une <i>contre-vérification</i></p> <p>Katanga = vérification technique effectuée par l'ECZ avec l'IRC (quantité et la qualité technique) + supervisions indépendante par l'IRC + vérification communautaire réalisée par des associations locales.</p>
<p>Sont les membres de la communauté engagés dans la vérification?</p>	<p>Les associations locales sont contractées par l'AAP pour effectuer des enquêtes sur un échantillon de la population et vérifier : (1) l'existence des patients et des services fournis, (2) le niveau de paiement, (3) la satisfaction</p>	<p>Tous les 3 mois, les associations locales effectuent des enquêtes au sort parmi la population pour vérifier (1) l'existence du patient ou les services fournis, (2) le niveau de paiement, (3) la satisfaction</p>	<p>Oui - enquêtes communautaires (pas clair)</p>	<p>Pour tous les projets analysés, NON. Sauf...</p> <p>Oui, dans le cas de Katanga = enquêtes sur un échantillon de patients réalisées par des associations locales pour (1) vérifier l'existence de patients et la prestation de services (2) collecter des informations supplémentaires.</p>
<p>Est-ce que les bénéficiaires reçoivent des rapports sur leur performance?</p>	<p>Tous les 6 mois, un atelier est organisé dans la zone de santé. Tous les bénéficiaires participent et leur performance et la comparaison avec d'autres sont leur communiquées suivi par un échange et débat.</p>	<p>Revue mensuelle des résultats au niveau de la zone de santé</p>	<p>Les FoSa sont classées les unes par rapport aux autres pour le calcul des paiements</p>	<p>[tous les projets analysés] Oui, au cours de supervisions et des réunions mensuelles.</p>
<p>ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE</p>	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque mondiale / PARSS

	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
Rôle de la communauté dans la vérification des données, la surveillance financière, l'évaluation de la qualité/satisfaction et autres?	<p>1. COSA (Comités de Santé) participent dans la gestion des centres de santé (mais ne sont pas directement impliqués dans la vérification)</p> <p>2. Vérification communautaire réalisé par des Associations Locales (voir ci-dessus)</p> <p>En Bas Congo le relais communautaire (Agents de santé communautaire) s'ajute aux COSA et Associations Locales</p>	<p>COSA sont en charge de la surveillance financière et de la gestion des MEG des CS (Comité de Gestion pour l'HGR) et de contresigner le contrat.</p> <p>Les associations locales de vérification pour la vérification de l'effectivité des prestations (voir ci-dessus).</p>	[pas de réponse]	<p>[tous les projets analysés, sauf Katanga]</p> <p>COSA = contrôle financier des FoSa (pas leur pouvoir est faible par rapport au personnel responsable des FoSa)</p> <p>Seulement au Katanga, des Associations Locales sont contractualisées pour la vérification.</p>
SUPERVISION / REGULATION	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
Rôles et activités du superviseur et du régulateur	<p>ECZ = organise et coordonne les activités de santé. Discussions en cours pour améliorer la séparation des fonctions -- au S. Kivu entre l'AAP et le MSP avec la création de la <i>cellule provinciale de développement du PBF</i> -- au Bas-Congo entre le BDOM et le MSP.</p>	<p>Coordination, régulation et supervision des activités. Le régulateur fait partie de la CP-FASS</p>	Régulation, suivi et supervision des activités en partenariat avec l'ONG	[tous les projets analysés] Régulation, suivi et supervision des activités en partenariat avec l'ONG
COACHING/ ACCOMPAGNEMENT	Cordaid	PS9FED / CE	GTZ	Banque Mondiale / PARSS
Qui fait l'accompagnement ? Y a-t-il une agence chargée du coaching spécifiquement ?	Il n'existe pas d'organisme spécifique, mais l'AAP/ CAFSS soutient et accompagne les FoSa et l'ECZ. L'IPS a également un rôle de soutien mis au point pour aider les ECZ.	EUP FASS et CP FASS sont soutenus par l'«assistant technique FASS». ECZ sont appuyées par une ONG	[pas de réponse]	[tous les projets analysés] Non L'AEP est en charge de l'accompagnement, avec le DS et l'ECZ
Degré d'autonomie sur:				
• Médicaments	Oui, les FoSa sont libres d'acheter des médicaments dans les pharmacies <u>sélectionnées</u> par la DPS	Oui, mais avec obligation d'acheter à la CDR (si les médicaments sont disponibles)	Médicaments comme entrants	Non, les médicaments sont achetés par le projet et distribués par la ZS
• Ressources Humaines	Assignées aux FoSa par l'ECZ	En théorie, oui. En pratique, elles dépendent de l'ECZ	[pas de réponse]	Non (sauf pour les établissements privés)
• Distribution de bonus pour le personnel et les activités	Oui, mais conformément à l' <i>Outil d'indice</i> et le plan d'affaires	Oui	[pas de réponse]	Oui, seulement sur les fonds en fonction des performances
• Décision sur les tarifs (user fees)	Oui, les FoSa fixent les tarifs avec le CoSa et l'ECZ les approuve	Négociées avec l'ECZ	[pas de réponse]	Tous les projets : Non (déterminés par le projet, après de longues négociations en cas de N'Djili) Sauf Katanga : chaque FoSa est autonome.

La vérification de la performance

Comme mentionné ci-dessus, dans les systèmes RBF une attention particulière doit être accordée à la mise en place d'un système de vérification indépendante et rigoureuse afin d'éviter les conflits d'intérêts potentiels. Ces conflits surgissent lorsque l'organisme chargé de la vérification est également responsable de la performance de l'établissement de santé. Cela arrive, par exemple, quand les ECZ sont chargés de vérifier les résultats, alors qu'elles même sont responsables de la réalisation des meilleurs taux de couverture de la zone de santé (soit implicitement en raison de leur rôle tel que décrit dans les documents du MSP, ou explicitement, parce que leur performance est rémunérée sur la base de la performance des FoSa). *Pour s'assurer de la rigueur de la vérification, donc, l'expérience nationale et internationale montre que la création d'une agence de vérification externe à la hiérarchie sanitaire est préférable et une bonne pratique des systèmes RBF, surtout pour ce qui regarde l'évaluation de la performance des formations sanitaires.*

Quasiment toutes les expériences analysées dans le tableau ci-dessous ont mis en place une vérification externe, ou au moins conduite en parallèle par une agence externe (normalement l'agence de mise en œuvre du projet) et les ECZ. Cette deuxième modalité a été adoptée, par exemple, par le projet de la GTZ et du PARSS en Sud Maniema, Equateur et Katanga.

Dans le cas des projets de Cordaid, la vérification de la quantité est laissée à l'agence de canalisation des fonds (l'AAP) seule, quand la vérification de la qualité des services prestés (en Sud Kivu) est faite par les ECZ.

Le PS9FED a opté pour une évaluation à deux niveaux : premièrement, les données sont vérifiées par les ECZ en collaboration avec les ONG d'accompagnement. Deuxièmement, une contre-vérification est menée par l'EUP. Une récente évaluation¹⁹ a relevé que ce système n'est optimal, car il cause des tensions entre l'EUP et l'ECZ. Cette dernière en fait se sent jugée dans son travail de vérification par l'EUP, qui peut relever des erreurs. Pour assurer une étroite collaboration entre les deux institutions, donc, il semble préférable de séparer la fonction de vérification (à octroyer à l'EUP) de celle de l'accompagnement technique et la supervision, qui est responsabilité de l'ECZ. Ces arrangements seront adoptés par le 10FED.

Pour ce qui regarde les procédures de vérification, tous les projets en RDC semblent utiliser les vérifications administratives de données des formations sanitaires. En autres termes, tous vérifient si ce qui était rapporté par les FoSa, en termes de nombre de services rendus, peut être validé par les dossiers/registres des FoSa. Cette première étape est très importante pour éviter des erreurs, fraudes et imprécisions de la part des FoSa, mais des autres types de vérification sont aussi possibles, comme décrit dans le paragraphe suivant.

En fait, certains projets ajoutent une deuxième étape de vérification, avec l'utilisation des Associations Locales qui mènent des contrôles au niveau de la communauté, avec le but de vérifier l'existence du patient et du service reçu, ainsi que la qualité perçue par les patients. L'expérience (en particulier, celle du PS9FED) montre que, mêmes si les procédures initiales de vérification sont robustes, ce deuxième système de vérification communautaire peut représenter une partie importante de la vérification et pour assurer la participation de la communauté dans l'évaluation des services. Cependant, une vérification par enquêtes communautaires ne peut pas être adoptée comme le seul moyen de vérification de la performance des établissements sanitaires car elle présente nombreux problèmes logistiques (retrouver les patients, en particulier dans les grandes villes).

¹⁹ Présentation de l'Assistance Technique à Kinshasa, pendant le débat sur le design du 10FED.

De nouveaux mécanismes de vérification, par exemple, des comités des pairs évaluateurs ou des spécialistes/cliniciens sont en cours de définitions et seront probablement adoptés par certains projets. L'innovation et la créativité dans les modalités de vérification sont certainement souhaitables pour réduire le coût et utiliser les ressources humaines déjà présentes dans les provinces, tout en garantissant une vérification efficace et rigoureuse.

La canalisation des fonds et l'achat des services

Une autre fonction importante dans un système RBF est le *fund holder* ou agence d'achat. Cette institution est chargée de canaliser les fonds vers les bénéficiaires. Un « acheteur » indépendant est souvent plus efficace que un qui est, au même temps, aussi le fournisseur de services. Cela arrive, par exemple, lorsque le MSP est à la fois le propriétaire de l'établissement de santé et l'agent qui achète les services. La plupart des systèmes RBF mettent en place une séparation entre le prestataire de services et l'acheteur et créent un organisme externe qui est chargé d'acheminer les fonds aux formations sanitaires (qui ne sont pas sous le contrôle de l'acheteur). Souvent, cette même agence effectue également la vérification des résultats avant de procéder au paiement.

Dans le cas de la RDC, des agences indépendantes ont été créées dans les projets de Cordaid, avec la mise en place d'une Agence d'Achat des Performances (AAP). Initialement, cette AAP se fondait sur les préexistantes BDOM (Bureau Diocésain des Œuvres Médicales), bien que cela soit reconnu ne pas être idéal, car le BDOM est également le propriétaire de la plupart des établissements de santé dans ces provinces. En décembre 2009, l'AAP de Bukavu en Sud Kivu est devenue autonome (ASBL), tandis que le processus en cours dans le Bas Congo dans le sens de la création d'une agence plus indépendante.

Un autre exemple d'approche de canalisation des fonds est l'architecture institutionnelle du PS9FED. Dans chaque province, un EUP (Etablissement d'Utilité Publique - un type d'organisme reconnu par le droit congolais) a été créé. Les EUP sont des entités autonomes, mais ils ne sont pas des organismes externes à l'égard du système de santé local et ils ne représentent pas le bailleur de fonds (bien qu'ils soient financés par lui). Les EUP sont dotées d'un personnel recruté par le bailleur (directeur et vérificateurs), mais répondent à un Conseil d'Administration qui comprend également des représentants de la hiérarchie administrative et sanitaire au niveau provincial. L'inclusion des représentants de l'Etat répond au souci de pérennisation, en vue de l'introduction d'un financement RBF avec les ressources propres de l'Etat. Comme les EUP ne sont pas une représentation directe de la Commission Européenne, ni de son projet PS9FED, mais un *fund holder* parapublic à niveau provincial, ils sont ouverts à la participation des autres bailleurs de fonds. L'idée à terme est que les EUP (qui dans le futur joueront aussi le rôle d'Agences Fiduciaires au niveau provincial) pourraient devenir un panier provincial de fonds où des financements des différents bailleurs peuvent être regroupés avant d'être acheminée vers les FoSa selon les priorités définies au niveau provincial (voir ci-dessous - l'achat stratégique). Cette architecture, et la création de paniers communs, est envisagée dans la Stratégie de Renforcement du Système Sanitaire du MSP et elle semble une bonne pratique pour assurer la pérennité des initiatives RBF et les intégrer dans le système sanitaire.

L'établissement des priorités et l'achat stratégique

Les EUP, agissent uniquement en qualité de *fund holders*, allouent les fonds à les formations sanitaires et vérifient la performance. Une autre fonction dans le système de santé est celle de l'achat stratégique, qui consiste de définir les objectifs de santé, les stratégies et les priorités de la province (comme par exemple, définir des indicateurs et les paiements ; décider de l'inclusion d'une zone de santé de certaines installations, etc.). Selon le document SRSS, cette fonction est déléguée à un autre organisme, la Commission Provinciale de Financement du Comité Provincial de Pilotage (qui dans les Provinces du PS9FED prend le nom de CP-FASS/Comité de pilotage du FASS). Cet organisme représente localement le Comité National de Pilotage qui coordonne l'implémentation de la stratégie du renforcement du système sanitaire. Les Comités Provinciales de Pilotage sont censés être créés dans chaque province et être responsables d'orienter les choix de financement dans la région. Les CP-FASS devraient être composés de représentants des structures administratives de la santé (DPS, IDS, ECZ) ainsi que des bailleurs de fonds, des ONG de mise en œuvre, d'assistants techniques, de la société civile et d'autres parties prenantes. Toutefois, pour le moment, il n'y a que quelques provinces où ces comités sont opérationnels.

La coordination et la régulation

Une des principales tâches des Comités Provinciales de Pilotage, sous la direction des DPS, est celui de la coordination et la régulation du système de santé au niveau Provincial. Ce rôle comprend l'harmonisation des efforts de ceux qui interviennent dans la province, ainsi que la réglementation des activités des partenaires et des formations sanitaires. Toutefois, *la coordination entre les partenaires et la rationalisation des interventions au niveau provincial est toujours un grand défi en RDC, non seulement dans le cas où les comités provinciaux sont absents, mais aussi là où ils sont opérationnels*. Cela se traduit par de nombreux chevauchements et des doubles emplois, l'adoption de différentes approches concurrentes, et donc une utilisation inefficace des ressources.

L'accompagnement technique

En raison de nombreuses années de troubles civils et politiques, les compétences et les capacités du personnel sont extrêmement faibles en RDC (par exemple, les problèmes de sur-prescription de médicaments et de diagnostic erroné sont signalés dans diverses évaluations²⁰). En conséquence, la plupart des projets prévoient aussi un volet de « coaching » et accompagnement technique pour les FoSa, ainsi que pour les équipes de zone de santé. *Le renforcement des capacités et le transfert des compétences est essentielle en particulier dans les systèmes RBF, car ils sont basés sur le principe que, avec l'injection de fonds supplémentaires et l'alignement des incitations, l'équipe poursuivra des stratégies innovatrices et modifiera le processus de production de services de santé*²¹. Afin d'atteindre cet objectif, les FoSa ainsi que les zones nécessitent un soutien et une assistance technique.

Ce soutien est souvent fourni par l'organisme de mise en œuvre lui-même (cela est le cas des projets de Cordaid, PARSS et GTZ). Dans le projet de Cordaid/Bas Congo, par exemple, il est le

²⁰ Mangala A (2009), *Evaluation à mi-parcours du projet de revitalisation des zones de sante de Muanda et Kitona dans la province du Bas Congo*. Kinshasa, DRC: Cordaid, page 13-18;

PS9FED (2009). *Mission d'évaluation à mi-parcours du Programme Santé 9^{ème} FED (PS9FED)- RDC*. Kinshasa, DRC: PS9FED: 42.

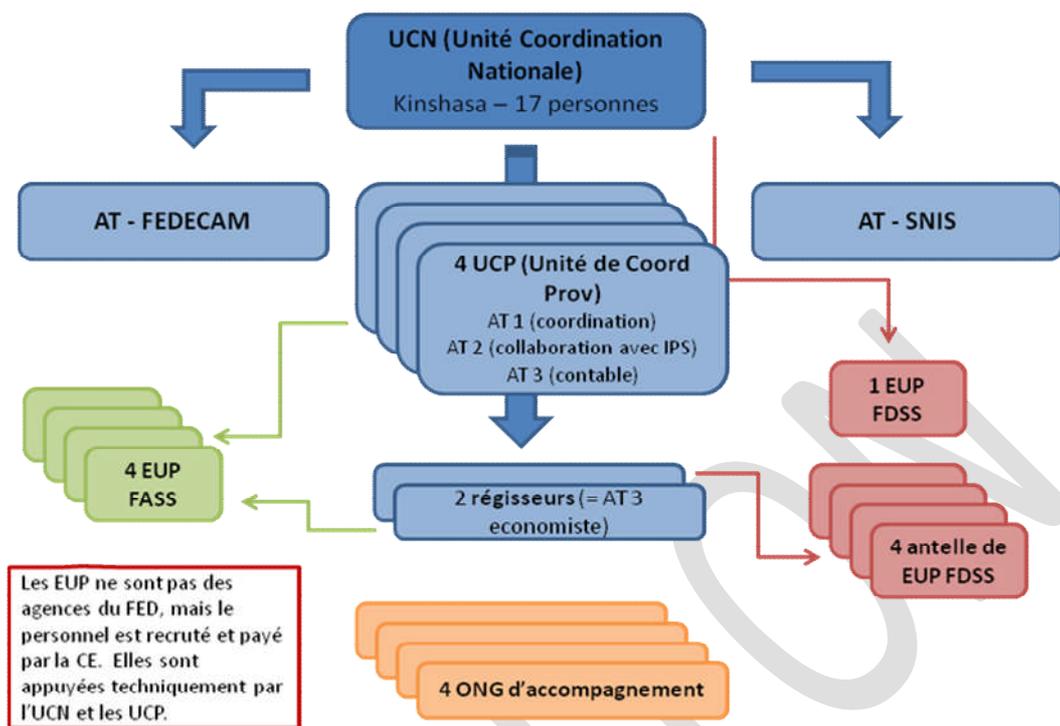
²¹ Cela est particulièrement vrai pour les projets (Cordaid et PS9FED) qui prévoient des paiements non pas pour le personnel, mais pour l'ensemble du FoSa, qui alors ont la possibilité de décider de les diviser entre le personnel, les coûts récurrents et de petits investissements. Cette répartition doit être faite avec le but d'améliorer la performance, et demande souvent un soutien technique, surtout au début de la mise en œuvre du projet.

BDOM qui est en même temps l'acheteur des services, le vérificateur des résultats et est également en charge de fournir le support technique et le renforcement des capacités. Toutefois, une évaluation du projet (Mangala A (2009): 19-20) constate que le BDOM n'est pas en mesure d'accomplir toutes ces tâches au même temps, en raison du faible niveau des fonds disponibles et la manque de capacités techniques. En pratique, *cela signifie que les supervisions sont effectuées uniquement en combinaison avec les vérifications (réduisant ainsi leur aspect de soutien) et que la qualité technique est rarement évaluée.*

Le projet PS9FED recourt à des agences externes. Des ONG internationales ont été contractées dans chaque province pour fournir le soutien et l'accompagnement. Cette option semble logique dans un contexte où le renforcement des capacités est extrêmement important. Cependant, une évaluation (PS9FED, 2009) indique que les aires et le nombre des formations sanitaires visées par les ONG sont trop vastes et élevés pour que le soutien soit efficace. De plus, en raison de la structure du PS9FED, les formations (*trainings*) relèvent de la responsabilité de l'FDSS et non pas de l'ONG d'appui, ce qui rend les efforts d'encadrement très fragmenté. Enfin, les ONG ont souvent utilisé le même personnel que travaille auparavant dans le système sanitaire public. Cela a déterminé en pratique la création des systèmes parallèles de supervision et accompagnement et une duplication des tâches entre les ONG d'appui et les ECZ. En considérant les faits que les capacités des ONG étaient parfois plus faibles que celles des ECZ et que les ONG étaient souvent mieux équipés et leur personnel mieux payés que le personnel ECZ, qui est en charge des « supervisions formatives », des tensions ont surgis entre les deux organismes (PS9FED, 2009: 46).

En plus des ONG d'appui, le soutien et l'assistance technique mises en place par le projet PS9FED est large. Le graphique ci-dessous décrit la façon dont l'AT externe du PS9FED était organisées. Au niveau central, un Unité de Coordination a été créée. D'elle dépendent les AT placés à la FEDECAME et à la Direction du SNIS. Au niveau des provinces, des UCP ont été créés, chacune avec 3 assistants techniques. Des plus, 1 assistant technique/économiste chaque deux provinces est aussi en place.

Figure 1 : l'organisation de l'assistance technique du projet PS9FED



Source : élaboration de l'auteur sur base des informations reçues du PS9FED

Note : Les cadres bleus représentent l'assistance technique (AT) du FED (les flèches bleues représentent l'AT, rapportage et coordination interne). Les cadres verts et les rouges représentent les EUP (respectivement du FASS et du FDSS). Chaque groupe est pris en charge par une différent AT spécifique du FED (flèches rouges et vertes). De plus, les quatre ONG d'accompagnement sont responsable d'appui et « coacher » les FoSa et les ECZ.

Ces arrangements complexes ont mené un évaluateur (PS9FED, 2009: 48) à se poser la question de leur viabilité à long terme. Pour le 10FED, il est probable que les ONG d'appui ne seront pas inclus dans le design du projet, et le nombre des assistants techniques sera réduit et inclura seulement deux AT pour le contrôle de la qualité (1 chaque deux provinces), quatre AT pour l'appui à la gestion financière (un par province), et un AT à la Cellule d'Appui et Gestion (CAG) qui sera créée au niveau central.

5. Les résultats des initiatives RBF en RDC

L'analyse conduite jusqu'au maintenant compare les arrangements opérationnels et institutionnels, ainsi que les processus de mise en œuvre des différents projets RBF en RDC. Cette analyse est utile pour identifier, avec des outils qualitative et l'utilisation d'une matrice comparative, les leçons apprises et les bonnes pratiques qui émergent de l'expérience des projets, ainsi que de la comparaison entre cela et la littérature internationale empirique et la théorie économique.

Sans doute, il serait souhaitable d'ajouter une étape ultérieure à cette analyse et comparer les résultats des initiatives RBF, en se basant sur des données quantitatives. Cette évaluation pourrait être menée en analysant l'évolution des certains indicateurs dans chaque zone d'implémentation des projets. Malheureusement, cette évaluation n'est pas possible, premièrement à cause d'un manque des données²², mais surtout à cause des problèmes méthodologique.

Le premier problème méthodologique qui se pose est que les données contenues dans les bases des données de chaque projet ne proviennent pas de la même source et ont été collecté et validées avec des procédures différents. Les procédures de vérification peuvent être plus au moins stricts et donc invalider la comparaison des données.

Deuxièmement, les projets opèrent dans des contextes spécifiques à la province de l'intervention qui sont très différents l'un des autres. Le niveau de performance initiale des provinces n'est pas uniforme ; les caractéristiques des provinces sont très variables : certaines ont plus et mieux d'infrastructures, tandis que dans d'autres il n'y a que les cours d'eau que sont utilisées comme voies de communication, ce qui complique la logistique et augmente les coûts de mise en place. Certaines provinces sont plus proches des zones urbaines, d'autres sont extrêmement isolés. Dans certaines régions, en particulier dans l'Est, les conflits rage toujours. Enfin, dans certaines provinces, des projets ont été actifs depuis plusieurs années, fournissant des ressources et une assistance technique pour long temps avant le début du projet RBF qui est évaluée (par exemple, le FASS EUP dans Kasai occidental s'appuie sur une pré-AAP existants). Ces éléments de confusion/facteurs parasites (*confounders*) rendent la comparaison entre projets complexe et pas méthodologiquement rigoureuse.

Un ultérieur facteur parasite est le chevauchement des projets RBF avec les interventions d'autres bailleurs actifs dans les mêmes provinces. D'autres projets peuvent adopter différentes approches et avoir des différentes priorités, mais interviennent dans les mêmes zones ce qui rend impossible à saisir pleinement et distinguer l'impact du (seul) projet RBF sur les l'évolution des indicateurs. Il faut également noter que ce manque de coordination entraîne souvent des doubles emplois inutiles des efforts et fausse les mesures d'incitation, ce qui rend les projets RBF (mais aussi les autres projets) moins efficaces et moins coût-efficaces²³. La coordination des efforts dans les provinces semble être un problème impératif à adresser en RDC pour éviter ce gaspillage de ressources.

Une comparaison correcte entre les projets serait méthodologiquement incorrecte et est donc impossible. Toutefois, certains projets ont essayés de documenter rigoureusement leurs résultats et les ont rapportées dans des évaluations très récentes.

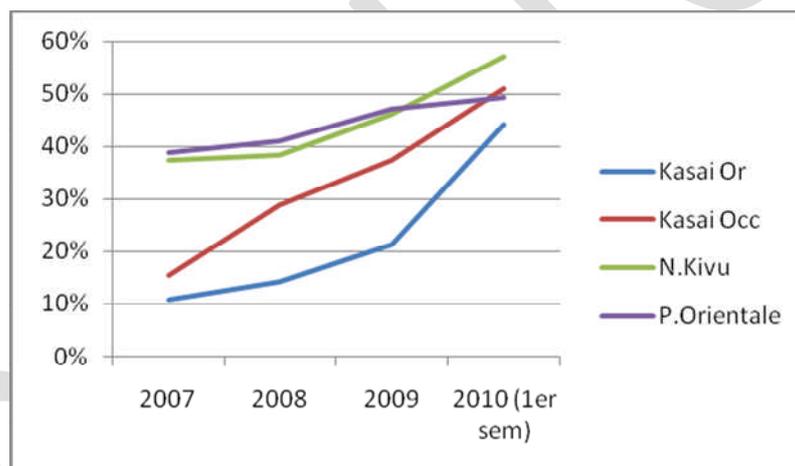
²² Les bases de données sont souvent gérés et stockés dans les provinces et ne sont pas disponibles à Kinshasa

²³ Par exemple, si le personnel de santé reçoit des primes basées sur la performance, mais aussi des primes non basées sur la performance (*salary top ups*), qui peut être beaucoup plus élevé que la prime RBF et liées à d'autres activités (comme par exemple, services pour une maladie spécifique).

Le PS9FED a mené, en vue de sa clôture et de la planification du projet 10FED, une documentation exhaustive des évolutions des indicateurs dans les quatre provinces appuyées (Mayaka S, Muvudi M, Miteo R, 2010). Le rapport présente les données sur les principaux indicateurs suivis, mais il souligne comme l'analyse et l'interprétation de ces données ne peut que être fait au niveau des provinces mêmes, où des indications qualitatives peuvent être couplées au chiffre et apporter les explications nécessaires.

Avec ces mises en garde, nous présentons ici deux graphiques qui montrent l'évolution pour ce qui regarde l'utilisation des soins curatifs, ainsi que des accouchements assistés. Les deux graphiques en Figure 2 et 3 montrent une générale croissances des taux d'utilisation et de taux d'accouchement assisté. Ces augmentations sont plus significative pour l'utilisation et dans les provinces des Kasai, plus que en Nord Kivu et en Province Orientale. Toutefois le taux d'utilisation reste encore très faible dans toutes les provinces. Il est difficile de fournir d'avantage d'explications qui dépendent de la situation spécifique sur le terrain dans les quatre provinces. Nous notons aussi, comme d'ailleurs pour le projet Cordaid en Sud Kivu présentés en bas, certaines données des projets PS9FED présentent clairement des problèmes au niveau de dénominateur, avec des taux majeur de 100%.

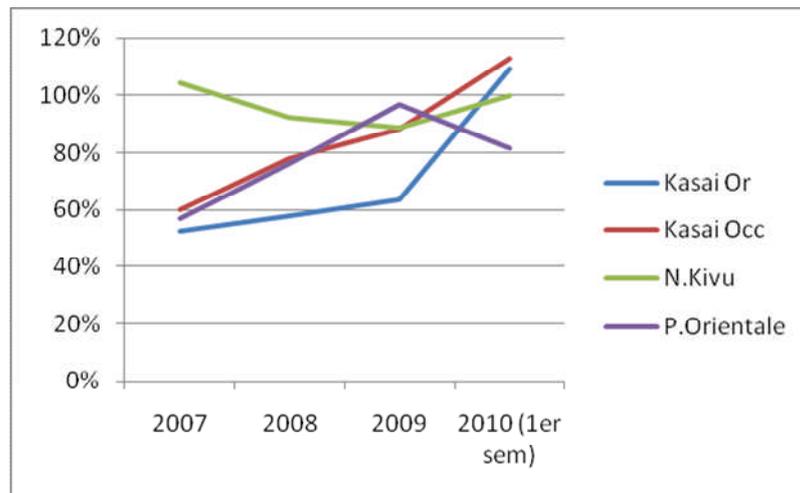
Figure 2 : évolution annuelle du taux d'utilisation des soins curatifs pour les projets PS9FED



Source: réélaboration de l'auteur sur base des données en Mayaka S, Muvudi M, Miteo R (2010). *Mission d'analyse de la documentation des activités liées au Fonds d'Achat des Services de Santé (FASS)*. Kinshasa, DRC : AEDES, PS9FED, page 133.

Note : le taux est calculé en utilisant comme dénominateur la population totale, calculée sur base des données démographique 2009 (les chiffres pour les autres années ont été déduit en utilisant le taux d'accroissement national = 1,03%).

Figure 3 : évolution annuelle du taux d'accouchement assisté pour les projets PS9FED



Source: réélaboration de l'auteur sur base des données en Mayaka S, Muvudi M, Miteo R (2010). *Mission d'analyse de la documentation des activités liées au Fonds d'Achat des Services de Santé (FASS)*. Kinshasa, DRC : AEDES, PS9FED, page 136.

Note : le taux est calculé en utilisant comme dénominateur le 4% de la population totale (proportion des femmes enceintes).

Le projet de Cordaid en Sud Kivu a récemment (septembre 2010) été sujet à une évaluation externe qui présente une très riche analyse descriptive du projet, ses arrangements et ses résultats, ainsi que une analyse quantitative. Nous présentons ici, certains de ces résultats, en soulignant, comme le font les auteurs de l'évaluation même, les limites méthodologiques de cette analyse.

Figure 4 : Évolution dans le temps des nouvelles consultations (nombre de contacts/an/tête) par Centre de Santé dans 5 ZS

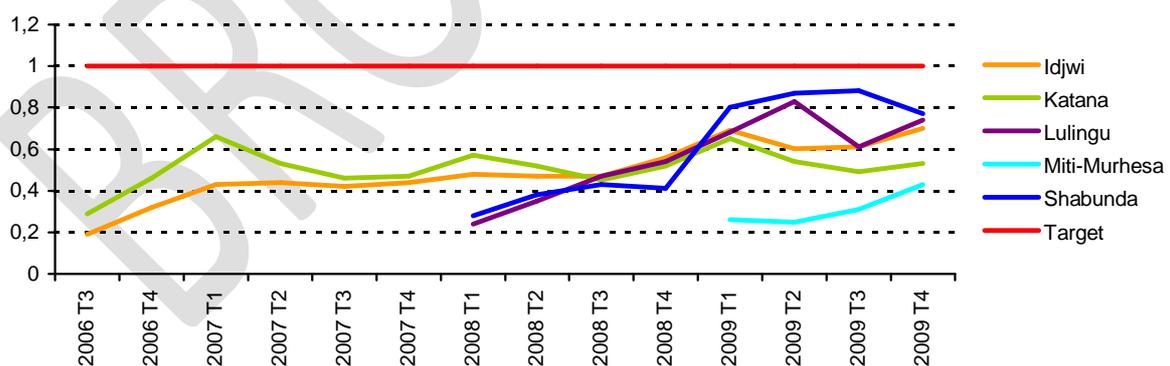


Tableau 8 : Évolution dans le temps des nouvelles consultations (nombre de contacts/an/tête) par Centre de Santé dans 5 ZS

	Niveau au début du FBP	Niveau en 2009 T4	Variation	Coef. de regression
Idjwi	0,19	0,70	0,51	0,030
Katana	0,29	0,53	0,24	0,008
Lulingu	0,24	0,74	0,50	0,072
Miti-Murhesa	0,26	0,43	0,16	0,055
Shabunda	0,28	0,77	0,49	0,090

Source : Paalman M, Renaud A (2010), *Programme de Financement basé sur la performance, Sud Kivu. Evaluation externe juin/juillet 2010*. La Hague : Cordaid, p.20.

Le rapport note comme tant le graphique que l'analyse statistique confirment que les performances pour les nouvelles consultations (externes) auprès d'un centre de santé (CS) se sont améliorées dans toutes les zones au cours du programme.

Pour ce qui concerne les accouchements assistés, un problème méthodologique se pose, car l'estimation du taux des femmes enceintes utilisé comme dénominateur est celle nationale (4% de la population) qui sous-estime le taux réel en Sud Kivu (probablement autour de 5%). Par conséquent, tous les taux d'accouchement institutionnel observés sont largement supérieurs au 100%. Cependant, il est toutefois possible d'analyser l'évolution de l'indicateur et comparer la performance des différentes zones (figure 4) qui montre une générale et significative augmentation des accouchements. Toutefois, le rapport souligne des problèmes de qualité dans cet indicateurs : «[les accouchements] sont censés être systématiquement assistés par du personnel qualifié, mais en réalité cela n'est pas toujours le cas. Ainsi, les conditions d'accouchement pour les femmes dans les CS tombent très souvent bien en-dessous des standards minimum. La plupart des CS ne disposent ni d'eau courante, ni d'un bon éclairage, ni de tables d'accouchement adéquates, et les conditions d'hygiène laissent à désirer » (Paalman M, Renaud A, 2010 : 26).

Figure 5 : Évolution dans le temps des accouchements institutionnels dans les 5 ZS

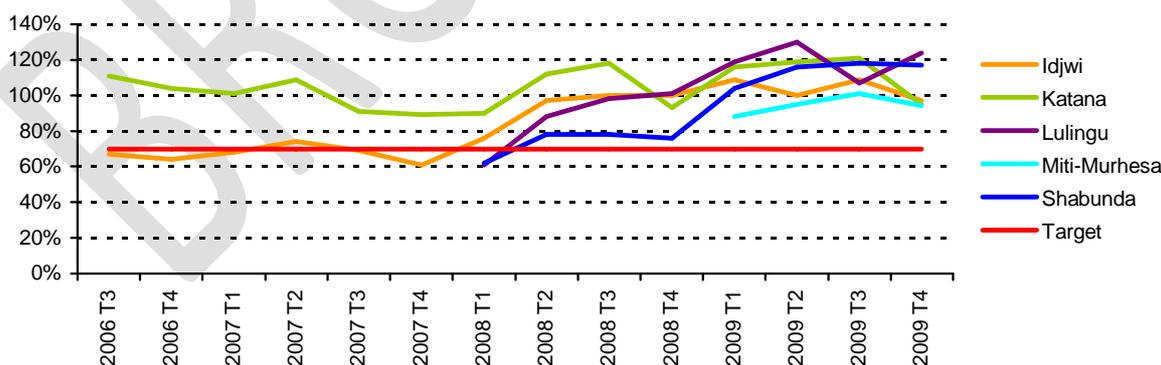


Tableau 9 : Évolution dans le temps des accouchements institutionnels dans les 5 ZS

	Niveau au début du FBP	Niveau en 2009 T4	Variation	Coef. de régression
Idjwi	67%	97%	30%	0,038
Katana	111%	95%	-16%	0,007
Lulingu	61%	124%	63%	0,077
Miti-Murhesa	88%	94%	6%	0,024
Shabunda	62%	117%	55%	0,087

Source : Paalman M, Renaud A (2010), *Programme de Financement basé sur la performance, Sud Kivu. Evaluation externe juin/juillet 2010*. La Hague : Cordaid, p.27.

L'évaluation externe du projet en Sud Kivu a aussi menée une analyse de l'impact de l'initiative en identifiant de zones de santé contrôle, à comparer avec les zones d'intervention. Pour s'assurer d'une rigueur méthodologique, les zones choisies (Kabare, Kalehe et la moyenne provinciale) sont proches et similaires aux zones d'intervention. De plus, « il est nécessaire d'utiliser les mêmes sources de données pour toutes les zones. Les données vérifiées par l'AAP ne peuvent pas être utilisées pour cette exercice car elles ne sont pas disponibles pour les zones contrôle. Par conséquent, l'équipe a décidé d'utiliser des données qui pouvaient être fournies par les autorités provinciales, à savoir l'IPS » (Paalman M, Renaud A, 2010 : 75). Les indicateurs utilisés pour l'analyse d'impact sont : les consultations externes aux CS ; la première visite prénatale, les accouchements assistés dans les CS et hôpitaux ; la vaccination des enfants (DPT-3) dans les CS.

Nous présentons ci-dessous les graphiques seulement pour les accouchements réalisés par personnel qualifié et les visites prénatales (figure 6 et 7), et les conclusions de l'évaluation pour ce qui regarde l'impact en générale, ainsi que les limites méthodologiques que cette analyse présente, tels comme décrits par les auteurs du rapport.

Figure 6 : Taux d'utilisation des accouchements en hôpital dans les CS et hôpitaux dans les zones d'intervention et de contrôle entre 2007 et 2009 (les colonnes Kabare, Kalehe et Province à droite sont le contrôle)

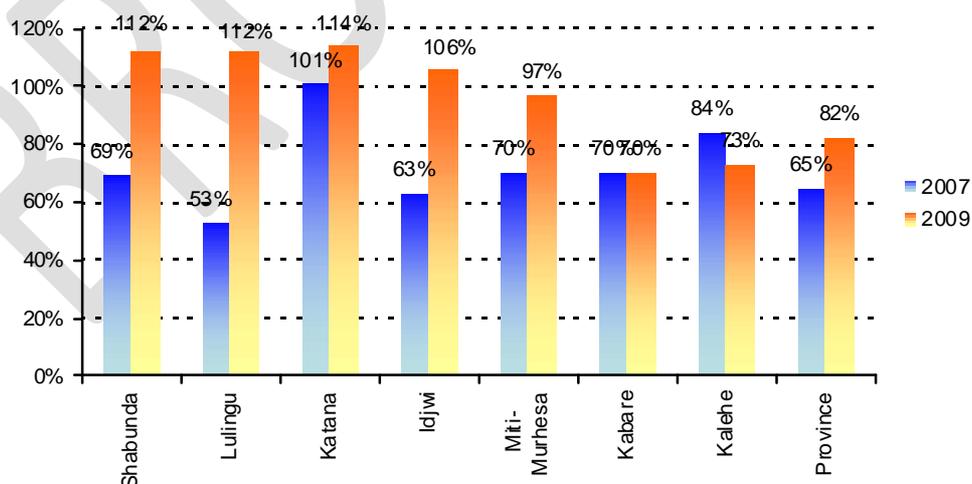
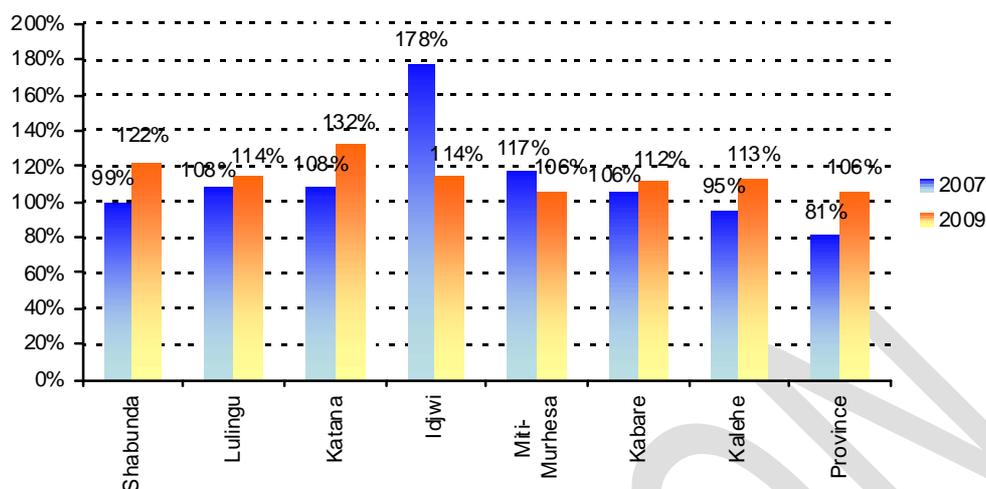


Figure 7 : Taux d'utilisation des premières visites prénatales dans les CS dans les zones d'intervention et de contrôle entre 2007 et 2009



Source : Paalman M, Renaud A (2010), *Programme de Financement basé sur la performance, Sud Kivu. Evaluation externe juin/juillet 2010*. La Hague : Cordaid, p.77.

Note : parfois les zones affichent un taux d'utilisation supérieur à 100%. Cela peut s'expliquer par une sous-estimation des projections faites au niveau national du nombre de femmes enceintes). En fait, le pourcentage de femmes enceintes dans la population générale est estimé à 4%, quant l'étude de novembre 2005 auprès des ménages estime ce pourcentage à 4,8% et le recensement de 2009 l'indique à 5%.

A partir des graphiques sur les quatre indicateurs, le rapport souligne que « les consultations aux CS et les accouchements ont connu une augmentation supérieure à la moyenne provinciale dans les zones d'intervention (à l'exception de Katana) mais ont diminué dans les zones contrôle. Pour la première visite prénatale et la vaccination des enfants, aucun effet du programme n'a pu être constaté » (Paalman M, Renaud A, 2010 : 81). Les auteurs concluent que « globalement, le programme FBP au Sud Kivu semble avoir un impact sur les services de santé et d'éducation ». Toutefois, ils tiennent à rappeler que « il est impossible de tirer des conclusions définitives quant au rôle joué par le programme de FBP sur ces résultats sur la base de l'analyse d'impact étant donné que d'autres facteurs (situation économique générale, intervention d'autres partenaires, etc.) n'ont pas été pris en considération. Seule l'analyse qualitative réalisée dans une autre section du rapport permet de supposer que le FBP est au moins une des raisons pour lesquelles les performances observées dans les zones d'intervention sont meilleures que celles observées dans les zones contrôle » (Paalman M, Renaud A, 2010 : 82).

Ainsi, comme justement rappelé par les auteurs d'autres évaluations, à cause des limites méthodologiques des données disponibles et des éléments de confusion qui ne peuvent pas être contrôlés, analyser l'évolution des indicateurs représente seulement un élément partiel de l'analyse des résultats des projets RBF. D'autres éléments peuvent être utiles à comprendre la performance des initiatives.

Un élément qui serait utile afin de mieux évaluer l'impact des projets sur les comportements du personnel de santé est la variabilité des paiements RBF. L'hypothèse dans ce cas est que si des formations sanitaires ou les individus sont presque systématiquement payées à 100% de la prime possible, leurs comportements ne seront guère changés par l'initiative. Au contraire, si le risque de

recevoir un bonus inférieur est réel, les individus et les équipes devront faire face à une forte incitation à améliorer leurs performances. Malheureusement, à ce stade, nous n'avons pas les données nécessaires pour répondre à cette question.

D'avantage d'informations sur les changements de comportement causé par les primes de performance (pour le personnel) serait également disponible à partir des résultats de la recherche opérationnelle qui est en cours dans le district du Haut Katanga.

D'autre part, il est également important de s'interroger sur le problème inverse, qui est la sous-utilisations systématique des fonds budgétés et un faible taux d'exécution du budget. Cela pourrait être dû à la faible performance des FoSa, mais, dans les cas examinés, est plus souvent déterminé par de retards dans les décaissements et des difficultés à assurer un flux financier régulier. Il en est résulté des retards importants dans le paiement des structures (jusqu'à six mois, par exemple dans les projets PS9FED, au cours de la période d'évaluation à mi-mai 2009: 48) et dans l'achat et la distribution de matériel (connu également par les projets PARSS).

La plupart des initiatives RBF indiquent, parmi leurs objectifs, celui d'améliorer l'accessibilité et l'utilisation des soins. Il s'agit de réduire les obstacles financiers aux soins de santé pour les ménages, et en particulier les coûts directs de soins (frais d'utilisation). La plupart des projets (en particulier, le PARSS et le PS9FED) adressent explicitement cette question et demandent que les FoSa soient conformes aux tarifs fixés par le projet lui-même ou par l'ECZ (pour le PARSS et PS9FED respectivement). L'analyse de la variation des frais versés par les ménages dans le cadre des projets PS9FED dans le Kasai Oriental et Occidental montre des résultats intéressants (De Caluwe P, Mayaka S, 2009: 7).

Tableau 10 : variation des tarifs pratiqués dans certaines zones de santé

Prestations ou actes	ZSR DE TSHIBALA			ZSU DE KANSELE			ZSU DE MUYA		
	Avant FASS	Après FASS	Δ %	Avant FASS	Après FASS	Δ %	Avant FASS	Après FASS	Δ %
Consultation niveau CS	0,6	0,2	-67%	8,2	1,8	-78%	5,4	1,5	-72%
Accouchement eutocique	5,5	1,8	-67%	9,1	2,4	-74%	8,5	3,7	-56%
CPN	1	0,2	-80%	1,8	0,5	-72%	2,7	0,2	-93%
Nouvelle Consultation HGR	0,9	1,8	100%	1,5	0,7	-53%	0,9	1,1	22%
Consultation référée HGR	1,6	0,1	-94%				0,9	1,1	22%
Accouchement dystocique	7,3	2,4	-67%	14,5	7,1	-51%	14,5	7	-52%
Césarienne	67,3	21,2	-68%	54,5	35,3	-35%	100	50	-50%
Appendicectomie	49,1	17,6	-64%	54,5	35,3	-35%	100	50	-50%
Hernie simple	50,1	16,5	-67%	54,5	35,3	-35%	100	50	-50%
Laparotomie simple	69,1	22,5	-67%	72,7	35,3	-51%	150	75	-50%
Circoncision	2,7	0	-100%	3,3	1,6	-52%	2,7	0,6	-78%

Source: De Caluwe P, Mayaka S (2009). *Mission d'appui à la mise en œuvre du FASS dans les provinces du Kasai Oriental et du Kasai Occidental*. Kinshasa, DRC : AEDS, PS9FED: 7.

Il est intéressant de noter comment les tarifs varient considérablement selon les zones de santé. Aussi, tandis que les frais d'utilisation en général ont diminués après la mise en œuvre du projet, le frais de pour les consultations à l'hôpital non-référées augmente dans deux des trois zones, reflétant l'intérêt dans le respect de la pyramide sanitaire et la correcte incitation prévue par le système.

La récente évaluation externe du projet de Cordaid au Sud Kivu a aussi analysé la variation dans les frais demandés aux patients, pour vérifier si il y a eu une amélioration de l'accessibilité financière des services de santé. En fait, comme les auteurs l'expliquent, dans un système RBF, « une réduction des tarifs permettrait de faire d'une pierre deux coups : cela permettrait d'un côté à un plus grand nombre de personnes d'utiliser les services si elles en ont besoin et lorsqu'elles en ont besoin et d'un autre côté cette augmentation du volume permettrait à l'infrastructure d'accroître ses revenus car les subventions de l'AAP feraient plus que compenser la perte de revenus due à la baisse des tarifs » (Paalman M, Renaud A, 2010 : 49).

Les résultats de leur analyse sont les suivantes :

Figure 8 : Tarifs moyens pour les consultations d'enfants au CS avant et après le FBP dans 5 ZS

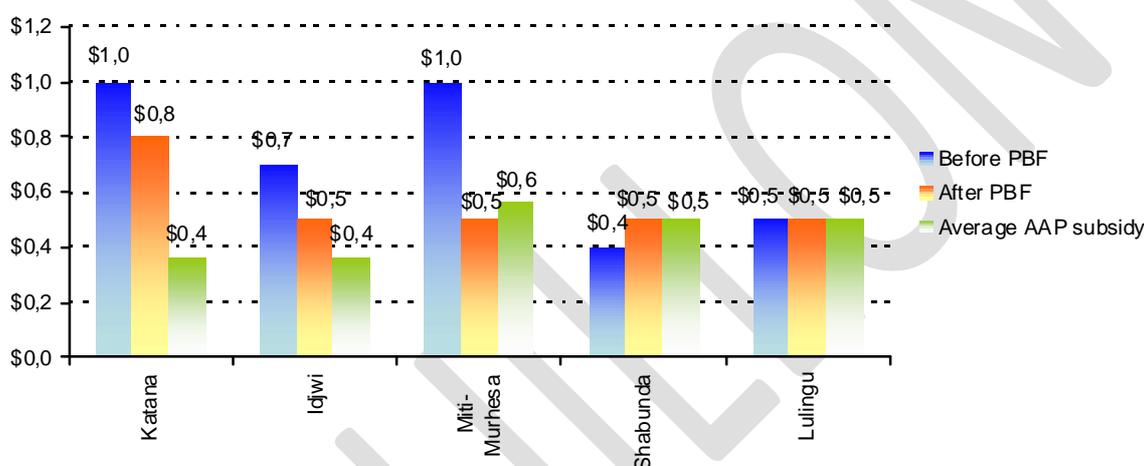


Figure 9 : Tarifs moyens pour les consultations d'adultes au CS avant et après le FBP dans 5 ZS

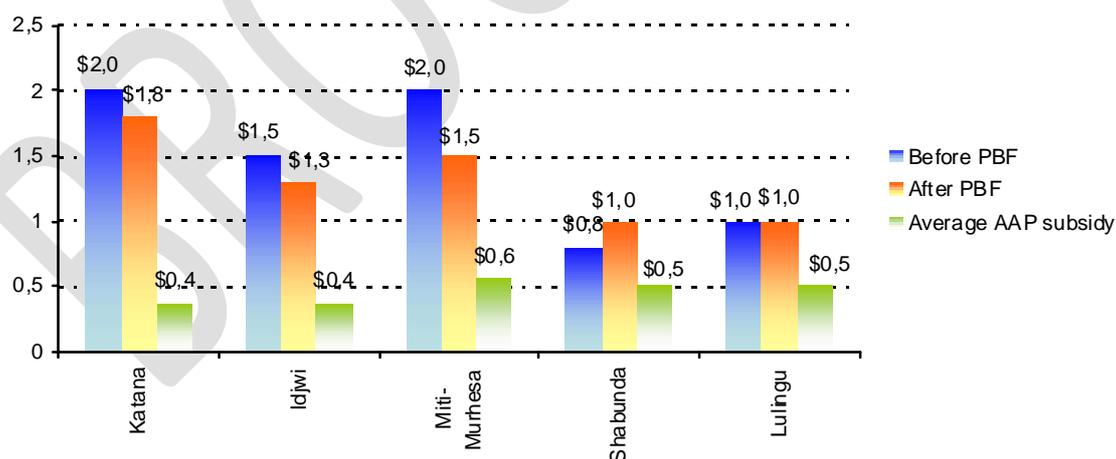


Figure 10 : Tarifs moyens pour un accouchement normal au CS avant et après le FBP dans 5 Z

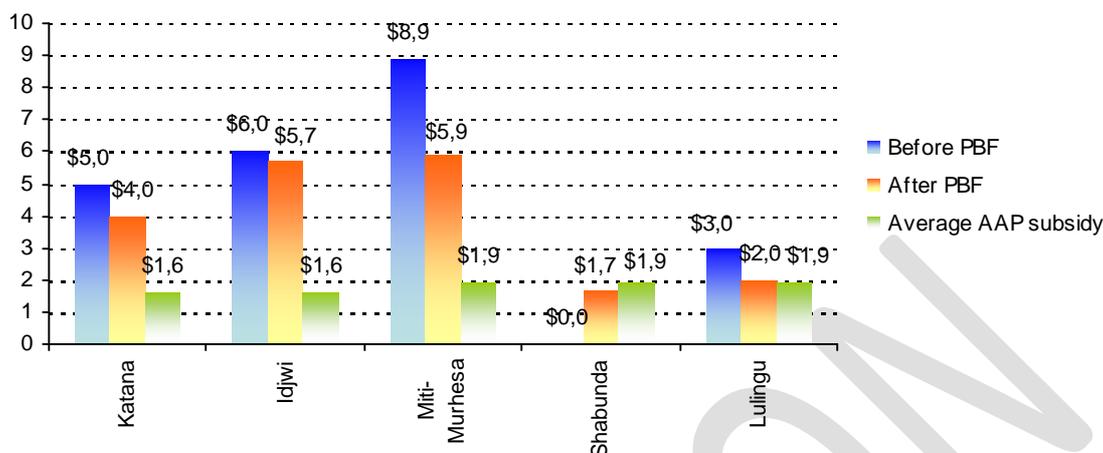
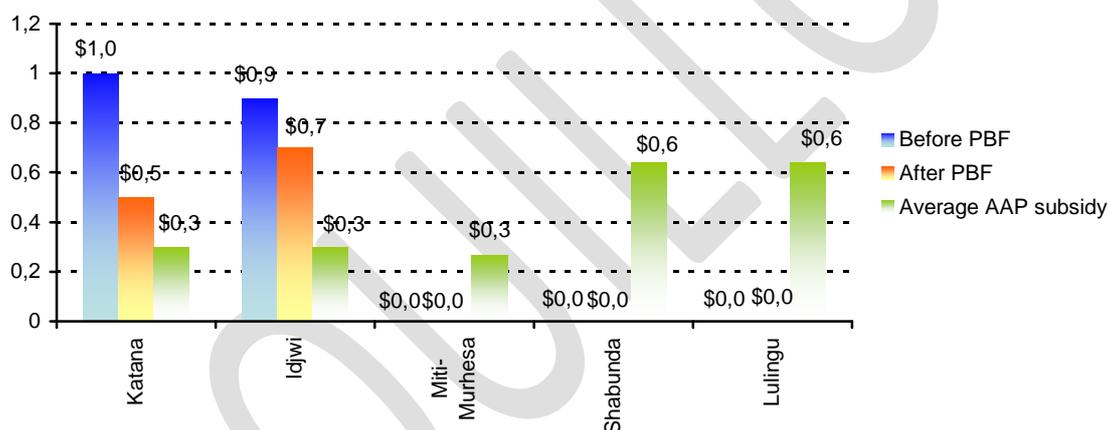


Figure 11 : Tarifs moyens pour les consultations prénatales au CS avant et après le FBP dans 5 ZS



Source : Paalman M, Renaud A (2010), *Programme de Financement basé sur la performance, Sud Kivu. Evaluation externe juin/juillet 2010*. La Hague : Cordaid, p. 49-52.

Note : « *subsidy* » est le montant payé par l'AAP pour chaque prestation fournie par le Centre de Santé.

Il faut noter que, dans la ZS de Shabunda les soins de santé étaient gratuits pendant les 10 années qui ont précédé la mise en œuvre du projet RBF de Cordaid, lorsque MSF Pays-Bas apportait son soutien à la zone touchée par le conflit. Au départ de MSF, les FoSa ont petit à petit augmenté leurs tarifs mais ceux-ci étaient encore relativement bas lorsque l'RBF était introduit.

Enfin, une évaluation complète de l'efficacité des initiatives RBF en RDC exigerait également une analyse des coûts et le rapport coût-efficacité de l'intervention. Il est important de distinguer dans le total des coûts, les dépenses qui sont allouées à chacune des composants du système: (1) les frais administratifs, (2) l'assistance technique, (3) les coûts pour l'agence *fund holder*, (4) les coûts de vérification, (5) les dépenses pour la fourniture d'intrants, (6) les bonus RBF. Détailler les dépenses dans ces catégories aiderait à mieux comprendre le poids relatif de chaque composante et à aborder

la question des coûts supplémentaires induits par les organes créés spécifiquement pour le système RBF (en particulier, la vérification).

Cette analyse est possible pour le projet de Cordaid en Sud Kivu pour le quel nous avons des données disponibles (tableau 11).

Tableau 11 : dépenses de santé pour le projet de Cordaid en Sud Kivu (2009)

RUBRIQUES	€	%	€	%	€	%
	MITI-MURHESA		KATANA-IDJWI		SHABUNDA - LULINGU	
Bonus RBF (CS + HGR)	106.137	43%	496.605	52%	812.789	47%
Bonus RBF (ECZ + DPS)	59.692	24%	148.652	15%	107.345	6%
Fourniture d'intrants et réhabilitations	8.804	4%	42.060	4%	253.314	15%
Vérification (ASLO)	12.588	5%	42.244	4%	59.620	3%
AAP	32.574	13%	139.201	14%	348.077	20%
Appui technique et études	8.404	3%	40.649	4%	24.179	1%
Formations et restitutions	7.668	3%	28.517	3%	82.328	5%
Autres services	10.674	4%	22.546	2%	44.287	3%
TOTAL	246.541	100%	960.474	100%	1.731.939	100%

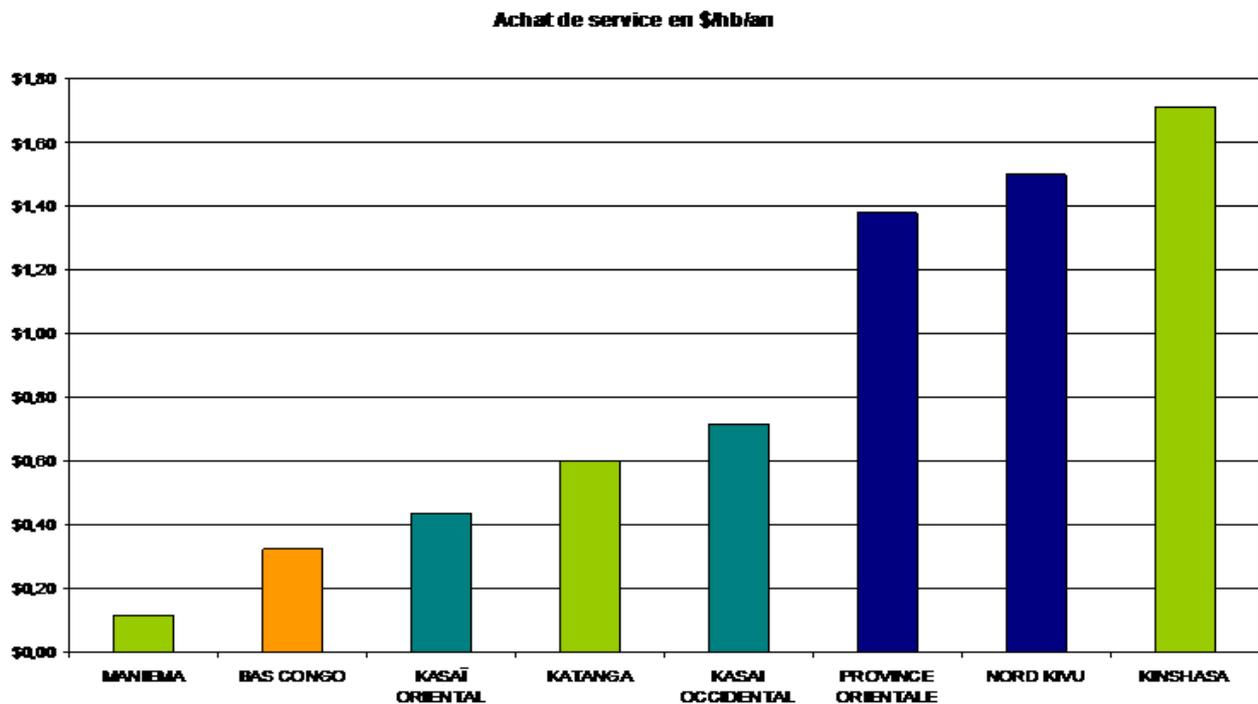
Source : données fournis par l'AAP/Sud Kivu

Le tableau ci-dessus montre que dans le cas de ce projet, la majorité des dépenses sont affecté aux paiements RBF pour les FoSa et que les frais administrative et généraux sont relativement faibles comparées aux dépenses destiné au système sanitaire.

Pour les autres projets, les données pour toutes les catégories de dépenses susmentionnées ne sont pas encore disponibles, mais la figure 12 donne une idée des fonds alloués à la RBF (*achat de service*) comme dépenses par habitant pour les différents régimes. Le projet du Sud Kivu n'est pas inclus, mais avec une dépense en RBF d'atour de 2 USD par tête par an, il serait nettement le plus haut, tout à droite dans le graphique.

Il est clair qu'il existe une variabilité importante entre les montants alloués aux paiements RBF par les projets. Cette variabilité à son tour influence l'efficacité des interventions pour deux raisons : (1) parce que les montant alloués sont majeures ou mineures avec un impact majeur ou mineur sur le système de santé, (2) parce que une autre partie du financement, plus ou moins large (par exemple, autour de 50% pour le projet du Sud Kivu, revu dans le tableau 5), est alloué à l'RBF quand le reste est utilisé pour l'AT, les frais administrative ou bien l'approvisionnement par input. Cette différente allocation des ressources à d'autres volet du projet à certainement des effets (positifs ou négatifs) sur l'efficacité du projet, à cause des incitations que elle met en place. Trouver le juste équilibre entre l'allocation des ressources aux différents volets du projet (y inclus la verification, l'accompagnement technique, la canalisation de fonds et l'achat de service) représente une décision importante pour chaque projet.

Figure 12 : dépenses pas capita pour l'achat de service dans différent projets RBF



Source: Didier Ramanana (2010), *Achat de Services de Santé et de Financement de base sur la performance en RDC*, ppt

Les éléments susmentionnés donnent des pistes d'analyse et des conclusions préliminaires. Toutefois, ils soulignent également les problèmes méthodologiques que l'analyse quantitative pose, et qui rendent impossibles les comparaisons entre provinces et projets. Bien que regrettable, cette impossibilité de conduire une évaluation plus scientifique est la conséquence du fait que aucun des projets était mise en place dans un cadre de recherche opérationnelle, avec des zones d'« intervention » et des zones « témoins » de contrôle ; ainsi que de la complexité du système de santé, aucun projet étant le seul intervenant dans une zones. Dans le futur, davantage d'éléments d'évaluation sur l'efficacité des initiatives RBF en RDC, et en particulier pour ce qui regarde les changements de comportement du personnel, seront disponibles avec la présentation des résultats du projet de la Banque Mondiale au Katanga.

6. Discussion et recommandations

La présente revue donne des informations sur les expériences RBF en RDC, décrivant les initiatives en cours en RDC, en comparant les unes avec les autres et mettant en exergue quelques unes des meilleures pratiques qui émergent, tout en se référant à l'expérience internationale. Cette description détaillée des arrangements est faite en utilisant des données qualitatives. A partir de l'analyse faite, certaines leçons et meilleures pratiques émergent.

Pour ce qui regarde les **préalables à la mise en œuvre**, nous avons retrouvé que, bien que la majorité des projets n'as pas réalisé une « mise au niveau » des structures sanitaires en termes d'**infrastructures et équipement**, avant le démarrage du projet, cette question est très importante pour assurer le bon fonctionnement des FoSa et la qualité des services rendus. Les projets du PS9FED, par exemple, incluent dans le système RBF seulement les Zones en « renforcement » qui sont les plus performantes. Une autre bonne pratique qui émerge est celle de réserver une partie du paiement RBF fait aux structures (établissements de santé, ainsi que Equipes de Zones et Directions des Provinces) aux petits investissements et améliorations de la structure même.

Une autre condition fondamentale pour le correct fonctionnement des structures sanitaires est la présence des **ressources humaines** qualifiées et présentes en nombre adaptée (« rationalisées »). Toutefois, les expériences RBF dans le pays montrent que cette question ne peut pas être résolue en utilisant l'RBF même comme outil de rationalisation. Le leadership et la bonne gouvernance du MSP et des autorités politiques et administratives sont nécessaires à tous les niveaux pour adresser ce problème.

Une dernière condition fondamentale pour le succès des systèmes RBF est la disponibilité des **médicaments et consommables médicaux**. Les deux pratiques adoptées par les projets (approvisionnement auprès de tous les grossistes approuvés ou seulement dans les CDR) ont leurs avantages et désavantages. Laisser un libre choix aux établissements ou se procurer leurs médicaments peut avoir des avantages dans l'immédiat (lorsque le système national n'est pas encore fonctionnel). Toutefois, l'expérience d'autres pays montre que cela peut ne être pas efficace à long terme. En effet, il est généralement préférable pour un gouvernement de se procurer les médicaments et négocier sur le marché international en vue d'obtenir un meilleur prix. Les promoteurs des initiatives RBF doivent trouver un juste partage entre le but, à long terme, d'avoir un système d'approvisionnement national rationalisé, et à court terme de s'assurer qu'il y a des médicaments disponibles dans les FoSa.

Une leçon importante regarde le choix des **bénéficiaires** des paiements basés sur les résultats, tant au niveau opérationnel que intermédiaire et central. Dès l'analyse faite, le paiement à la structure se décline comme le mécanisme préférable dans un système RBF pour sa relative simplicité de gestion administrative et vérification, ainsi que pour les incitations plus rationnelles qu'il établit au niveau de la structure rémunérée, en lui laissant la possibilité de décider de la combinaison des intrants qu'elle veut utiliser pour être plus efficace.

Les systèmes RBF sont basés sur la signature des **contrats** entre les bénéficiaires et le payeur. Ces contrats, pour être le plus efficaces possibles doivent être écrits, et indiquer clairement rôles, tâches et responsabilités de chacun des acteurs, ainsi que les sanctions et les bonus, et les conditions de renouvellement ou rupture du contrat.

La revue indique que la **modalité de paiement** plus souvent adoptée par les projets en RDC est celle d'un paiement à l'acte (PAA). Les expériences dans d'autres pays montrent que cette approche

a l'avantage d'être facile à comprendre, ce qui en fait est motivant. Toutefois, il peut inciter à fournir trop de services. De l'autre côté, l'adoption d'un autre approche basé sur des indicateurs de couverture et des cibles pose de problèmes pratiques : (1) la vérification devient plus difficile et coûteuse, (2) le calcul des taux de couverture nécessite de connaître le dénominateur (c'est-à-dire la population totale concerné par cet indicateur), une information qui n'est souvent pas disponibles en RDC ; et (3) les cibles peuvent être introduites seulement quand les niveaux de bases sont connus. Toutefois, à terme, il semble souhaitable d'aller vers l'introduction des cibles et indicateurs de couverture pour la rémunération basé sur la performance, et en particulier pour la rémunération des ECZ et des DPS.

La **qualité des services** rendus est une dimension très important à évaluer pour s'assurer du succès du système RBF. Toutefois, cette évaluation n'est pas tout à fait simple. L'expérience internationale, ainsi que celle de la RDC montrent que le coût-efficacité et la faisabilité d'évaluation de la qualité doit être soigneusement examinée avant son introduction, surtout au début de la mise en œuvre d'un régime. Une solution pragmatique pourrait être d'ajouter des indicateurs de qualité après quelques années, quand le système RBF a évoluée, est pleinement fonctionnel et ses capacités de vérification sont augmentés.

L'implémentation d'un système RBF demande souvent une réorganisation des arrangements institutionnels du système sanitaire. Les arrangements institutionnels règlent la division de tâches et des fonctions entre les différents acteurs du système sanitaire locale et définissent qui est responsable de chaque fonction, comment, et avec quelles relations avec les autres acteurs.

En particulier, dans une initiative RBF, la fonction de **vérification** a un rôle fondamental pour éviter les fraudes. L'expérience nationale et internationale montre que la création d'une agence de vérification externe à la hiérarchie sanitaire est préférable et une bonne pratique des systèmes RBF, surtout pour ce qui regarde l'évaluation de la performance des formations sanitaires. Différents mécanismes de vérifications sont adoptés par les projets en RDC. Souvent une vérification administrative des registres des formations sanitaires est faite par le payeur ou par une équipe mixte (équipe de zone de santé et agence d'implémentation/d'appui), suivie par parfois une contre-vérification et/ou une vérification dans la communauté. Les résultats montrent qu'une vérification externe est préférable et identifient certains problèmes de la vérification communautaire (coût, possibilité de retrouver les patients) et de la contre-vérification (conflits entre ECZ et contre-vérificateur). L'innovation et la créativité dans les modalités de vérification sont certainement souhaitables pour réduire le coût et utiliser les ressources humaines déjà présentes dans les provinces, tout en garantissant une vérification efficace et rigoureuse

Pour ce qui regarde **la canalisation des fonds et le paiement**, les expériences montrent que la création d'une agence externe est une des bonnes pratiques de l'approche RBF. La tension dans ce cas est entre une Agence forte et indépendante aussi de la hiérarchie sanitaire (comme l'Agence d'Achat des Performances dans les projets Cordaid) et une structure parapublique comme les EUP (Etablissements d'Utilité Publique, créés par le PS9FED). La première solution risque de centraliser plusieurs rôles dans son sein, inclus l'« achat stratégique » (cet-à-dire la définition des priorités, indicateurs à acheter, paiements, etc. qui est normalement réservé aux Comités de Pilotage Provinciaux, qui doivent être renforcés dans toutes les provinces) et l'accompagnement technique (responsabilité de la hiérarchie sanitaire, à travers les ECZ). Les EUP, par contre, jouent seulement le rôle de canalisateurs de fonds et présentent aussi l'avantage d'être indépendant du bailleur et donc ouverts à devenir des *basket fund* provinciaux, selon quant prévu par la SRSS.

En fin, un rôle important est ce de l'**accompagnement technique**. Les systèmes RBF sont basés sur le principe que, avec l'injection de fonds supplémentaires et l'alignement des incitations, l'équipe poursuivra des stratégies innovatrices et modifiera le processus de production de services de santé. Pour atteindre ce changement de comportement, il est nécessaire de renforcer les capacités du personnel sanitaire. Différentes options ont été adoptées par les projets, chacune avec ses avantages et problèmes. En générale, il semble important de se focaliser sur le transfère des compétences et capacité à la hiérarchie sanitaire, et premièrement à l'ECZ, plutôt que de focaliser les efforts de coaching auprès des formations sanitaires. Dans ce dernier cas, l'agence d'accompagnement va se substituer à l'ECZ en créant des conflits et d'une manière on pérenne.

Après cette analyse qualitative détaillée, une analyse des données quantitative disponibles pour certains projets présente les résultats des initiatives en termes d'évolution d'indicateurs, ainsi que l'impact sur autres éléments intéressants du système sanitaire. Comme décrit dans les paragraphes précédents, nombreux problèmes méthodologiques limitent la possibilité d'évaluation entre projets. D'ailleurs, une analyse des coûts et coût-efficacité des projets et des leurs composantes (par exemple, les coûts de la vérification, de la gestion d'un *fond holder*, etc.) est aussi limitée par le manque des données et informations.

En conclusion, à partir de l'analyse tant qualitative que quantitative de la présente Revue (ainsi que des conclusions des autres évaluations), il semble que l'approche RBF serait une stratégie pertinente en RDC et qui peut contribuer à l'amélioration de la performance du système sanitaire et à une augmentation de l'utilisation des services par la population.

Prochaines étapes

La valeur ajoutée de cette revue dans le présent contexte de la RDC est de présenter dans un seul document les expériences majeures qui ont été mise en place dans le pays, et faire clarté sur leurs arrangements opérationnels et institutionnels, ainsi que les comparer pour identifier similarités, différences et (où possible) les meilleures pratiques qui se dégagent de l'analyse.

Cette revue représente un point de départ utile non seulement pour fournir à tous les intervenants dans le secteur de la santé une meilleure compréhension des expériences en cours, mais aussi pour définir une base de discussion sur les approches futures et une politique harmonisée. De fait, le processus de collecte d'information et rédaction de cette revue a été participatif dans sa réalisation et, en particulier, l'atelier organisé en Octobre 2010 par le MSP et l'équipe de *Health Systems 20/20* a été extrêmement utile pour dégager un consensus sur les grandes orientations et les principes communs, partagé par le Ministère de la Santé Publique, ainsi que par ses partenaires techniques et financiers. Ce consensus s'est concrétisé dans la rédaction et approbation d'un important document d'orientation nationale pour le financement basé sur les résultats.

L'approbation de ce document par le gouvernement et les partenaires, au sein du Comité Technique de Coordination, est une étape fondamentale vers l'harmonisation des projets qui sont en cours, ainsi que ceux qui seront mis en œuvre dans la future et représente une importante fondation pour le passage à l'échelle nationale de l'approche RBF en RDC.

L'expérience des autres pays montre que le passage à l'échelle nationale d'une approche comme l'RBF n'est pas un processus simple. Il demande la présence au même moment de plusieurs facteurs tant politiques que techniques, et tant au niveau central que décentralisé. Dans le cas de la RDC, il semble que dans les années à venir il y à des fortes possibilités que nombreux de ces facteurs seront

présents. D'un côté, le nombre de projets adoptant un composant RBF semble aller augmenter (avec les projets de l'USAID, implémentés par MSH, et du Fonds Mondial), ainsi accroissant le nombre des Zones de Santé où l'RBF est en place. De l'autre côté, des informations et une compréhension commune de l'approche RBF est disponible, sur lesquelles il est possible de définir une politique nationale de financement basé sur les résultats.

Pour faire avancer cette discussion et aboutir à une stratégie nationale, toutefois, d'autres facteurs seront nécessaires. En première place, une vision et leadership du Ministère de la Santé Publique qui doit coordonner et conduire ses partenaires vers une approche sur la base de choix clair. Deuxièmement, en ligne avec le processus de décentralisation et les principes de la SRSS, les provinces et les Comités de Pilotages Provinciaux devront avoir la capacité et le pouvoir de prendre des décisions sur les stratégies à adopter et pour la création des fonds communs (*basket funds*) au niveau provincial, en s'appuyant sur les structures existantes (AAP, EUPs, etc.) et sur les meilleurs pratiques identifiées.

BROUILLON

Bibliographie

- Ministre de la Santé, Programme National des Comptes Nationaux de la Santé, Health Systems 20/20 (novembre 2010). *Rapport sur les Comptes Nationaux 2008 -2009, Rapport provisoire*. Kinshasa, DRC : MSP, PNCNS, Health Systems 20/20.
- De Caluwe P, Mayaka S (2009). *Mission d'appui à la mise en œuvre du FASS dans les provinces du Kasai Oriental et du Kasai Occidental*. Kinshasa, DRC : AEDES, PS9FED.
- Diongue B, Mayaka S (2010). *Evaluation finale du projet d'appui à l'organisation et la gestion intégrées de la prestation des soins dans les zones de santé, et de renforcement de l'encadrement dans les districts sanitaires de Lulua et Kananga*. Kinshasa, DRC: Cordaid, PS9FED.
- Eichler R (2004). *Performance based contracting to strengthen health service delivery in the Democratic Republic of Congo: implications for child health*. Washington, DC: Basic II.
- Eichler R, De S (2008). *Paying for Performance in Health: Guide to Developing the Blueprint*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20.
[<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2088/>]
- Ministère du Plan, Macro International (2008). *Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007*. Calverton, MD : Ministère du Plan et Macro International.
- Mangala A (2009), *Evaluation a mi-parcours du projet de revitalisation des zones de sante de Muanda et Kitona dans la province du Bas Congo*. Kinshasa, DRC : Cordaid.
- Mayaka S, Muvudi M, Miteo R (2010). *Mission d'analyse de la documentation des activités liées au Fonds d'Achat des Services de Santé (FASS)*. Kinshasa, DRC : AEDES, PS9FED.
- Ministère du Plan, UNICEF (2001). *Enquête National sur la Situation des Femmes et des Enfants, MICS*. Kinshasa, DRC : Ministère du Plan, UNICEF.
- Ministère de la Santé (2005). *Politique et Stratégie de Financement du Secteur Santé*. Kinshasa, DRC : MSP.
- Ministère de la Santé (2010). *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015*. Kinshasa, DRC : MSP.
- Ministère de la Santé (2010). *Stratégie de Renforcement du Système Sanitaire (SRSS)*. Kinshasa, DRC : MSP.
- Musgrove P (2010), "Financial and Other Rewards for Good Performance or Results: A Guided Tour of Concepts and Terms and a Short Glossary". Washington, DC: World Bank Background Brief [www.rbhealth.org]
- Paalman M, Renaud A (2010). *Programme de Financement basé sur la performance, Sud Kivu. Evaluation externe juin/juillet 2010*. La Hague : Cordaid.
- PS9FED (2009). *Mission d'évaluation à mi-parcours du Programme Santé 9^{ème} FED (PS9FED)-RDC*. Kinshasa, DRC: PS9FED.
- Ramanana D (2010). *Achat de Services de Santé et de Financement de base sur la performance en RDC*. Bujumbura, Burundi : Présentation à l'atelier régional PBF.
- UNDP (2009). *Human Development Report 2009*. New York, NY: United Nation Development Programme.
- WHO (2008). *The World Health Report*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

BROUILLON

Annexe 1: matrice de comparaison

Description du projet

Nome du Projet:

Durée:

Montant total pour toute la durée et par chaque an:

Bailleur(s) de fonds :

Agence d'implémentation :

Province(s) :

Date de démarrage / date de fin :

Description de l'aire d'intervention

Districts et zones couvertes :

Nombre de structures sanitaires par type:

Personnel de santé par type, par structure :

Population couverte (par district, zone et par formation sanitaire) :

Caractéristiques de la population (rurale/urbaine, niveau de pauvreté, densité, ...)

Profils des équipes cadres de zone et de district :

Salaire du personnel de santé de la part du MSP (par niveau)

Salaire du personnel de santé par autres sources (paiements de ménages, autres programmes, etc.)

Autres sources de financement pour les FoSa (autres programmes/bailleurs, gouvernement, paiements de ménages) en %

Histoire et objectives du projet

Objectives sanitaires (par ex. : réduire la mortalité maternelle, réduire la mortalité infantile, etc.)

Objectives liés au système sanitaire (par ex : augmenter l'efficacité, fidéliser les ressources humaines, etc.)

Théorie(s) à soutien du model adopté par le programme et « philosophie de l'approche »

HISTOIRE ET PREPARATION DU PROJET

Comment avez vous choisi les zones de santé d'intervention?

Qui étaient **le(s) « champion(s) »** qui on poussé l'approche dans ses premières phases ? par ex : des leaders locaux, des bailleurs, assistantes techniques ?

Descriptions des **investissements, infrastructures, réhabilitation, formation**, etc. qui ont eu lieu avant le démarrage de la partie RBF du projet.

Quelles **pré-conditions** ont été établies dans toutes les FoSa éligibles avant leur inclusion dans le RBF ? (Par exemple : niveau du système d'information sanitaire, nombre minimal de personnel de santé correctement formé, certain niveau des infrastructures, évaluation par un comité, etc.)

Est-ce que des sessions de formation (**capacity building**) ont eu lieu avant le démarrage du RBF ? Si oui, donner les détails (combien des jours, qui étaient les participants, quels étaient les outils utilisés –manuel de formation, etc.)

Comment l'**approvisionnement en médicament, vaccins et consommables** est assuré par le projet ?

Est-ce que une **enquête de baseline** à eu lieu avant le démarrage du projet ? Si oui, est ce que elle est disponible. S'il vous plaît, fournir la base des données et le rapport final.

Détails opérationnels

Qui sont les **récipiendaires du paiement**?

- Le personnel de santé (niveau individuel)
- Les formations sanitaires (HGR et CS ; publiques, privés, confessionnelles : spécifier) – qui après utilisent une partie des fonds pour leur personnels
- les équipes cadres de district
- les équipes cadres de zone
- les IPS
- les accoucheuses traditionnelles
- les agents de santé communautaire
- autres ?

Comment ces structures utilisent les fonds reçus? Est-ce que il y a une **règle pour la répartition des fonds** (outil d'indice, clé de répartition pour le personnel ou autre), soit à niveau de la structure (investissement, médicament, personnel, etc.), soit entre le personnel ? Si oui, annexer ces matrices.

Est-ce que ces acteurs/structures reçoivent un paiement basé sur la performance, ou aussi des **autres primes** (fixes, inputs, etc.) ? Expliquer en détails et donner des % indicatif du poids de chaque contribution et la source (ce même projet, autre projets, ..)

CONTRATS DE PERFORMANCE

Qui prépare, négocie, et signe les contrats de performance avec les récipiendaires ?

Pour combien de temps sont les contrats valables ?

Description du processus de contractualisation et délais (par exemple : production d'un business plan, approbation du business plan, signature du contrat, vérification chaque ?? mois, paiement... etc.). Est-ce que ce processus est décrit dans le contrat même, dans un manuel des procédures, ... ?

S'il vous plaît, annexer un exemple de contrat.

PLAN DE BUSINESS

Obligatoire?

Est ce que un model de **plan de business** est fournis aux structures sanitaires ? si oui, l'annexer.

INDICATEURS

Liste des **indicateurs** que sont rémunérés, pour les **CS, CSR et HGR** (en annexe)

Subsides accordé pour chaque indicateur, pour les CS, CSR et HGR (en annexe)

Est-ce que ces indicateurs ont changé dans le temps ? si oui, expliquer comment ils sont changés et pourquoi.

Est-ce que des **indicateurs de qualité** sont aussi définis et rémunérés ? Si oui, liste en annexe (pour les CS, CSR et HGR) avec le subside par indicateur (ou les modalités de calcul du bonus).

Est-ce que le **niveau de couverture** de la population est rémunéré ? (par exemple, la proportion d'une population spécifique reçoive un service particulier). Expliquer en détails.

TARGETS / CIBLES

Est ce que des **cibles** sont définies ? Sur la base de quels facteurs sont elles définies ?
Est-ce que le paiement est lié aux cibles ?

AUTRES REGLES DE PAIEMENT

Est ce qu'il y a des **bonus d'isolement**? Comment ils fonctionnent ? (comment ils sont accordés, en quoi ils consistent, etc.)

Est-ce que des **fonds d'équité** sont mises en place ? Comment ils fonctionnent ? (identifications des indigents, paiement des structures, etc.)

AUTRES BENEFICIAIRES

Si il y a des autres bénéficiaires, comment est organisé le paiement de leur performance, sur la base de quels indicateurs?

- les **équipes cadres de district**
- les **équipes cadres de zone**
- les **IPS**

Est-ce que ils sont rémunérés sur la base de l'amélioration de la couverture, ou bien sur la base des indicateurs de processus (nombre des réunions, supervisions, etc.)

Décrire et annexer (1) le contrat type, (2) la liste des indicateurs et subsides pour quantité et qualité, (3) les règles et les modalités de paiement

Arrangements institutionnels

ACHAT ET PAIEMENT

Qui est responsable du paiement des services et du transfère des fonds aux bénéficiaires ? (nombre et profil du staff)

Comment ces transfères ont lieu (virement bancaires, cash, lignes de crédits pour les médicaments, ...) ?

Qui fixe la liste des indicateurs et le niveau des subsides ? Comment ?

Relation avec les autres partenaires dans la même zone d'intervention (création d'un *basket fund* ? coordination ? pas de coordination ?).

RAPPORTAGE DES DONNEES ET VERIFICATION

Quelle est la **source** des données sur la performance ?

Qui reçoit les informations sur les résultats (bordereaux ou similaire), dans quel délais (chaque mois, chaque 3 mois ?)

Comment et par qui les résultats sont vérifiés ? (**processus, type de vérificateurs et délais** – annexer des documents qui les décrivent, si nécessaire)

- pour la quantité (CS, CSR et HGR)
- pour la qualité (CS, CSR et HGR)
- pour les équipes cadres

Quel est le **rôle de la communauté** dans la vérification ? Décrire le processus et annexer des documents si nécessaire.

Est-ce que il y a des **conflits d'intérêt** entre les acteurs en charge de la vérification et ces que sont rémunères pour leur performance ? Comment sont ils résolus ?

Est ce que les bénéficiaires reçoivent des **rapports/explications** sur leurs évaluations de performance? Est-ce que leur performance est comparée à celle des autres, ou aux indicateurs/cibles ?

Est-ce que une **base des données** sur la performance des FoSa existe et est disponible ? Si oui, l'annexer ou expliquer comment on pourra l'obtenir.

PARTECIPATION DE LA COMMUNAUTE

S'il vous plaît, décrire le rôle de la communauté pas seulement dans la vérification (ci dessus), mais aussi dans le contrôle financière (CoSa ?), la évaluation de la qualité et de la satisfaction, etc. (si applicable).

SUPERVISION / REGULATION

Dégré de décentralisation de la hiérarchie sanitaire
Rôle, tâches et activités du régulateur et superviseur.
Relation entre le superviseur/régulateur et l'acheteur

ACCOMPAGNEMENT / SUPPORT / COACHING

Est-ce que il y a une agence spécifiquement en charge de cette fonction ?
Si oui, qui ? comment ? (profil du staff)
Si non, qui est responsable de cette fonction (l'acheteur, le régulateur, les deux, ??) ?

PRESTATAIRES

Dégré d'**autonomie de prestataires** sur :

- approvisionnement de médicaments
- recrutement du personnel
- paiement du personnel / distribution des primes
- détermination des prix des services pour les ménages (user fees)
- autres.... (décrire)

Annexer tous documents, schémas, etc. qui décrivent les relations entre ces acteurs (acheteur, vérificateur, prestataire, régulateur, etc.)

Description de l'implémentation

Est ce qu'il y a eu des **changements** importants dans l'organisation du projet depuis le démarrage?
Décrire tous changements dans l'organisation institutionnelles, le paiement, la vérification, etc. et expliquer les raisons de ces changements.
Qui (agence et rôle) est responsable de prendre des décisions pour ces changements ?

Quels ont été les **majeurs défis** depuis le démarrage du projet ? Expliquer....

Résultats

Quelles données sont disponibles pour une évaluation des résultats:

- baseline
- données de routine collectées par le SNIS
- donnée de routine collectées pour le RBF
- enquêtes

Est-ce que des évaluations (internes et/ou externes) ont déjà eu lieu ?

Si disponibles, annexer ces bases de données et rapports (ou nous expliquer quand et comment ou pourra les avoir). Merci.

Coûts

Donner toutes informations disponibles sur les coûts du projet :

- dépenses totales pour une année
 - dépenses par habitant
 - dépenses par habitant par type d'activité (input, médicaments, administration au niveau national et au niveau provincial (ex : AAP, EUP, autres agences), vérification, subsides RBF, etc.)
-

ANNEXER:

un exemple du

- Contrat (un par différent type)
- List des indicateurs et leurs subsides (quantité, qualité, FoSa, Equipes Cadres)
- Business Plan
- Outil d'indice/ clé de répartition

Tous les autres documents importants qui décrivent le projet (organisation, déroulement, etc.)

Toutes les évaluations (internes et externes) qui ont eu lieu (en particulier, les plus récentes)

Toutes les bases des données disponibles

MERCI BEAUCOUP DE LA COLLABORATION !!

BROUILLON

Annexe 2: Liste des personnes contactées

Nom	Organisation	Contacte
Dieudonne Kwete	DEP	En personne
Rafael Nunga	DEP	En personne
Anatole Mangala	PNPMS	En personne
Bart Callewaert	Délégation de l'Union Européenne	En personne
Dominique Lambert	PS9FED - Kinshasa	En personne
Prosper Mirindi	PS9FED	En personne
Didier Ramanana	PS9FED	En personne
Jean Bosco Kahindo	PS9FED	En personne
Achille Garavelli	PS9FED	En personne
Arjanne Rietsema	Cordaid	En personne
Pacifique Mushagalusa	Cordaid – AAP S Kivu	En personne
Dieudonné Motemankele	GTZ	En personne
Jean Jacques Frère	Banque Mondiale	En personne
Jaques Wangata	PARSS	En personne
NDELA BULISI Britou	IRC – Kinshasa	En personne
Joseph ATANGA SHU	IRC- Katanga	Email
Antonio Lozito	GTZ – Maniema	Email / téléphone
Serge Mayaka	Consultant	En personne
Nicolas de Borman	AEDES - Bruxelles	Téléphone
Paul de Caluwe	AEDES - Bruxelles	En personne

Annexe 3: Indicateurs et niveaux de subvention pour chaque projet

Cordaid/Sud Kivu

PMA (Centres de Santé)

INDICATEURS PAQUET MINIMUM d'ACTIVITES		Cible Mensuelle	Subside de Base
Consultations externes nvx cas (1 cons/pers/an)	population x 1 / 12 =		\$ 0,40
Journées d'hospitalisation (0,5 lits occ / 1000 pop)	pop / 1000 x 0,5 x 30 jours		\$ 0,30
Patients graves référés arrivés à l'hôpital	pop x 1 / 12 x 4%		\$ 1,00
Enfants 6m-6yrs recevant vit A (cible 90%)	pop x 18% / 12 x 2 caps x 90%		\$ 0,06
Consultations préscolaires - six visites standards	pop x 16% / 4 / 12		\$ 0,20
PEV: BCG	pop x 4,5% / 12 x 85%		
Polio-3	pop x 4,5% / 12 x 85%		
DTP-3	pop x 4,5% / 12 x 85%		
Rougeole	pop x 4,5% / 12 x 85%		
PEV: Enfants complètement vaccinés (avant 12 mois)	pop x 4,5% / 12 x 85%		\$ 1,50
VAT 5: Femmes complètement protégées	pop x 4,8% / 12 x 85%		\$ 0,60
Distribution moustiquaires	pop/5an/12mois/1,5 persx80%		\$ 2,40
Dépistage adéquat positif TBC (3 examens crachat)	pop / 100.000 x 150 / 12		\$ 10,00
Nbr de cas TBC traité et BK - (après 6 mois)	pop / 100.000 x 150 / 12 x 85%		\$ 20,00
Latrines construites	pop / 6 pers / 12 / 3 ans		\$ 1,20
INDICATEURS SANTÉ REPRODUCTIVE		Cible Mensuelle	Subside de Base
PF : Nouvelles Utilisatrices (Pilule + Inj.)	pop x 21% / 12 x 22%		
PF: Anciennes Utilisatrices	pop x 21% / 12 x 22% x 3		
PF: TOTAL Nouv. + Anciennes Utilisatrices	pop x 21% / 12 x 20%		\$ 2,50
PF: Insertion d'implants ou DIU 2% par an	pop x 21% / 12 x 2%		\$ 7,50
PF: Ligatures et vasectomies référées	pop x 21% / 12 x 1%		\$ 1,50
CPN: Nouvelles Inscrites	pop x 4,8% / 12 x 90%		
CPN: Tous Standards	pop x 4,8% / 12 x 70% x 3		
CPN Total Nouvelles + Tous Standards			\$ 0,30
Accouchements assistés au CS	pop x 4,8% / 12 x 90%		\$ 2,00
Dépistage et prise en charge IST	Population / 12 x 5%		\$ 0,60
INDICATEURS VIH - SIDA		Cible Mensuelle	Subside de Base
CDV : Tests de dépistage volontaires effectués	pop x 4% / 12 x 50%		\$0,50
PTME : femmes enceintes testées	pop x 4,2%/12		\$1,50
PTME : Couples testés volontairement	pop x 4,2%/12		\$2,00
PTME : femmes VIH+ traitées Niverapine	pop x 4,2%*7% /12		\$2,00
PTME : nouveau-nés traités Niverapine	pop x 4,2%*7% /12		\$2,00
patients VIH+ traités ARV	750 cas prévus par année		\$2,00
3ème visite de suivi clinique ARV			\$2,00
4 visites Ière année – suivi ARV			\$5,00
3 visites IIème année – suivi ARV			\$5,00

Source: AAP Sud Kivu (Sept. 2007), *Financement des soins de sante base sur les performances. Guide d'application et de verification*. Bukavu, RDC: AAP.

PCA (hôpitaux)

INDICATEURS PAQUET COMPLEMENTAIRE d'ACTIVITES		Cible Mensuelle	Subside de Base
Nouveaux Consultations Médecins	population / 12 x 5%		\$0,30
Journées d'hospitalisation (1 lit occupés 1000 pop)	pop / 1000 x 1 x 30 days		\$0,30
Retro-information arrive	pop x 1 / 12 x 2%		\$1,00
Actes Chir Majeures (population x 0,5%)	pop / 12 x 0,5%		\$20,00
Actes Chir Mineures (population x 1%)	pop / 12 x 1%		\$5,00
Transfusion de Sang - Don bénévolat	pop / 12 x 0,5%		\$1,20

Accouchements eutociques de l' Aire de Santé	pop x 4,8% / 12 x 90%		\$2,00
Césariennes (30% des accouchements dyst)	pop x 4,8% / 12 x 10% x 30%		\$20,00
Autres acc dystociques (césariennes exclues)	pop x 4,8% / 12 x 10% x 70%		\$10,00
Accouchements Dystociques (10% acc totaux de ZS)	pop x 4,8% / 12 x 10%		
PF: Ligatures et vasectomies	pop x 21% / 12 x 1%		\$16,00
INDICATEURS PAQUET MINIMUM d'ACTIVITES		Cible Mensuelle	Subside de Base
PF : Nouvelles Utilisatrices (Pilule + Inj.)	pop x 21% / 12 x 22%		
PF: Anciennes Utilisatrices	pop x 21% / 12 x 22% x 3		
PF: TOTAL Nouv. + Anciennes Utilisatrices	pop x 21% / 12 x 22% x 4		\$2,50
PF: Insertion d'implants ou DIU 2% par an	pop x 21% / 12 x 2%		\$7,50
CPN: Nouvelles Inscrites	pop x 4,8% / 12 x 90%		
CPN: Tous Standards	pop x 4,8% / 12 x 70% x 3		
CPN Total Nouvelles + Tous Standards			\$0,30
Enfants 6m-6yrs recevant vit A (cible 90%)	pop x 18% / 12 x 2 caps x 90%		\$0,06
Consultations préscolaires - six visites standards	pop x 16% / 4 / 12		\$0,20
PEV: BCG	pop x 4,5% / 12 x 85%		
PEV: Enfants complètement vaccinés (avant 12 mois)	pop x 4,5% / 12 x 85%		\$1,50
VAT 5: Femmes complètement protégées	pop x 4,8% / 12 x 85%		\$0,60
Distribution moustiquaires	pop/5an/12mois/1,5 persx 30%		\$2,40
Dépistage adéquat positif TBC (3 examens crachat)	pop / 100.000 x 150 / 12		\$10,00
Nbr de cas TBC traité et BK - (après 6 mois)	pop / 100.000 x 150 / 12 x 85%		\$20,00
Dépistage et prise en charge IST	Population / 12 x 5%		\$0,60
INDICATEURS VIH - SIDA		Cible Mensuelle	Subside de Base
CDV : Tests de dépistage volontaires effectués	pop x 4% / 12 x 50%		\$0,50
PTME : femmes enceintes testées	pop x 4,2%/12		\$1,50
PTME : Couples testés volontairement	pop x 4,2%/12		\$2,00
PTME : femmes VIH+ traitées Niverapine	pop x 4,2%*7% /12		\$2,00
PTME : nouveau-nés traités Niverapine	pop x 4,2%*7% /12		\$2,00
patients VIH+ traités ARV	750 cas prévus par année		\$2,00
3ème visite de suivi clinique ARV			\$2,00
4 visites Ière année – suivi ARV			\$5,00
3 visites IIème année – suivi ARV			\$5,00

Source: AAP Sud Kivu (Sept. 2007), *Financement des soins de sante base sur les performances. Guide d'application et de verification*. Bukavu, RDC: AAP.

Cordaid/Bas Congo:

Centre de Santé

INDICATEURS PAQUET MINIMUM d' ACTIVITES pour une population de habitants	Calcul de la cible	Cible Mensuel	Subside de Base
1. Appuyer les primes de performance IST/IO			
1.1 si plus de 100cas /mois			75\$/CS
1.2. Si inférieur ou égale à 100cas			60\$
2. Accorder le bonus trimestriel au centre de santé			125\$
Jardin			
Incinérateur			
Filtre à eau			
Toilette			
3. Payer la prime de performance de grossesse à HR référées et arrivées à l' HGR			5\$
4. Payer la prime de performance des enfants de moins de 5 ans référées et arrivées à l' HGR			3\$
5. Bonus utilisation de CDV			
5.1. Nouvelle visite CDV			0,5\$

5.2. Nouvelle visite CDV en couple			2\$
6. Subventionner NC CPN			1\$
7. Subventionner les accouchements sur partogramme correctement rempli			2\$

HGR

INDICATEURS PAQUET MINIMUM d' ACTIVITES pour une population de habitants	Calcul de la cible	Cible Mensuel	Subside de Base
1. Appuyer les primes de performance IST/IO/ARV			
1.1 si plus de 100cas /mois			416\$
1.2. Si inférieur ou égale à 100cas			250\$
2. Accorder le bonus trimestriel à l'HGR			300\$
Jardin			
Incinérateur			
Filtre à eau			
Toilette			
3. Subventionner le suivi biologique des PVV			
3.1. Assurer les soins ambulatoires et suivi biologique d'un PVV		63	25\$
4. Subventionner les soins hospitaliers des PVV			
4.1 Assurer les soins hospitaliers d'un PVV		24	40\$
5. Bonus utilisation de CDV		166	
5.1. Nouvelle visite CDV			0,5\$
5.2. Nouvelle visite CDV en couple			2\$
6. Subventionner les accouchements sur partogramme	Popx1/12x4%	400	3\$

ECZ

Indicateurs	Subvention mensuelle
Supervision mensuelle par l' ECZ dans chaque Centre de Santé Supervision intégrée de toutes les activités du PMA au moins une fois par mois dans chaque formation sanitaire, selon le canevas de supervision, par le cadre du L'ECZ. Appréciation de l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires.	\$70,00
Expédier les rapports (SNIS etc.) à l' IPS et au BDOM au plus tard le 5 mois suivant.	\$100,00
Tenir la réunion des soins de santé primaires avec tous les IT et ces derniers ont amené chacun son rapport SNIS	\$350,00
Tenir trimestriellement les réunions de COGES élargies au partenaire	
Transmission de PV des réunions de COGES élargies à l' IPS	\$25,00
Transmission de PV des réunions de COGES élargies au BDOM	\$25,00
Taux de participation aux réunions de COGES supérieur à ou égal à 75%	\$25,00
Payer le bonus ITM	\$224,00
Total	\$819 ,00

PS9FED :

	Kasai Occ (de janv à juin 2010)	Kasai Or (mars 2010)	N Kivu (mars 2010)	P. Orientale (janv 2010) cash en \$, MEG en €
Centres de Santé				
Consultation curative	0,23 + 1,30 (MEG)			

Nouveau cas curatif			0,50 + 1,00 (MEG)	1 + 0,85(MEG)
CPS: Anciens cas dans la tranche d'âge 12 - 59 mois	0,30	0,30	2,00	1,00
Enfant complét. vaccinés<1 VAR	0,58	0,50		1,00
Enfant complét. vaccinés<1 DTC3	0,12	0,30	2,50	1,00
CPN1		0,20		
Consultations prénatales(CPN2)	0,23			2,00
Consultations prénatales(CPN3)	0,58	0,50 + 0,49 (MEG)	2,50 (all CPNs)	2,00
Consultations prénatales(CPN4)	1,00			
Nbre femme enceinte ayant reçu VAT2				2,00
NC CPoN (consult post natale)	0,4	0,40	1,00	2,00
PTME	1;15	1,00	5,00	1,00
Nbre partenaire testé VIH informé du résultat				2,00
PF: Consult naissance dsirbles / Total Nouvelles + Anciennes Acceptantes	1.15	1,50	2,50	2,00
Cas d'IST en suivi			0,50	
Consultations curatives(>5an)		0,60 + 1,80 (MEG)		
Consultations curatives(<5an)		0,70 + 1 (MEG)		
Référence CS enclavés	2.31	2,50		
Référence centres	1.15	2,00	2,00	1,00
Reférence CS très enclavés	2.46	2,50		
Dépistage maladies chron (TBDtc) / Nombre TB détectés	3,46	3,00	1,20	
Nbre Ziehl BK /Dépistage				0,30
Traitement maladies chron(TB G) / Nombre TB guéri	5,77	5,00	7,00	
Nbre Ziehl BK contrôle				3,50
cas de lepre détecté			3,00	
Cas de lepre guéri			7,00	
tuberculeux testés au VIH			5,00	
TBC guéri chez les VIH+/TB coinfectés			35,00	
Réhabilitation nutritionnelle - enfant récupéré	2.31	5,00		
Ponction ganglio (THA)	1.15	1,00		
Cas THA ayant achevés T3		1,00		
Accouchement assisté Cds	2,31	3,00 + 2,85 (MEG)	5,00	5,00 + 0,85 (MEG)
Accouchement référé	4,00	5,00		
Nbre accouchées VIH+ ayant reçu ARV				2,00
Nbre d'enfants nés de mères VIH+ ayant pris ARV				2,00
nbre accouchées ayant reçu Vit A				1,00
Activités communautaire réalisées				2,00
Distribut° moustiquaires au CS	0.5			1 (ENFT)
Nbre de cas d'observation				0,85 (MEG)
paludisme prise en charge avec ACT			0,25	

Hopitaux Generaux de Reference	Kasai Occ	Kasai Or	N Kivu	P. Orientale (janv 2010) cash en \$, MEG en €
Admission avec dossier complet > 3 jours	12,00 (MEG)	10,00 + 8,00 (MEG)		
Admission avec dossier complet > 3 jours (enfant)		7,00 + 8,00 (MEG)		
Nbre cas d'hospitalisation en pédiatrie				11 + 1 (MEG)
NC curatifs				2 (MEG)
Consultations Médecin	2 (pour les référés seulement)	2,50	2,00 + 1,00 (MEG)	2 (pour les référés seulement)
Contre références abouties	2,16	2,00	2,00	2,00
cas de IST suivi			3,00	
Audits des décès	1,00	1,00		
Paludisme grave		10,00 + 7,00 (MEG)	20,00 + 10,00 (MEG)	
NC hospitalisation médecine interne (hors palu grave)			20,00 + 10,00 (MEG)	
Méningite - méningoencéphalite adulte		20,00 + 15,00 (MEG)		
Maladies chroniques en ambulatoire hors diabète ID (traitement mensuel ambulatoire)3		5,00		
Diabète ID en ambulatoire		15,00		
Hospitalisat° pédiatrie <5 ans / pathologie grave	5,39	6,00	20,00 + 5,00 (MEG)	
Paludisme grave (enfant)		10,00 + 7,00 (MEG)		
Méningite - méningoencéphalite < 5 ans		20,00 + 7,00 (MEG)		
Sépticémie < 5 ans		20,00 + 7,00 (MEG)		
Soins intensifs d'urgence / Urgences médico-chirurgicale après 18 heures	3,23	3,00		10 (avant ou après 18H)
Soins chirurgicaux de références / Acte chirurgical majeur hors césarienne	16,16	40,00 + 30,00 (MEG)	45,00 + 19,40 (MEG)	
Acte chirurgical majeur hors césarienne (deuxième degré)		65,00 + 50,00 (MEG)		
NC Chirurgie moyenne			15,00 + 19,40 (MEG)	40,00
Accouchements dystociques	12,93	13,00	5,00 (MEG)	10 + 1 (MEG) tout accouchement
Césariennes	16,16	36,00 + 35,00 (MEG)		40,00
Curetage hémostatique		10,00		10,00
Hospitalisation Gyneco			10,00 + 5,00 (MEG)	
Grossesse référée avec accouchement par voie basse			10,00	
Grossesse référée prise en charge par césarienne			40,00 + 19,40 (MEG)	
Transfusions sanguines	1,08	10,00	15,00	6,00
PF: nouvelles acceptantes				5,00
FP : Utilisation DIU/Implants	1,08	5,00 + 1,80 (MEG)		
PF : Ligatures et vasectomies	4,31	7,00 + 1,00 (MEG)		

PTME			2,00	2,00
PW nouvellement mises sous ARV	1,00		30,00	
Nbre accouchées VIH+ ayant reçu ARV				2,00
Nbre d'enfnts nés de mères VIH+ ayant pris ARV				2,00
Nbre partenaire testé VIH informé durésultat				2,00
Cas THA ayant achevé T3	1,00			
tuberculeux testés au VIH			5,00	
TBC guéri chez les VIH+/TB coinfectés			35,00	
malade admis en reanimation neonatale			10,00	

Source: Kasai Occidental = bordereau 2009

Kasai Oriental = email Dr. Emile (Directeur de l'EUP) – août 2010

Nord Kivu = circulaire sur la tarification forfaitaire, mars 2010

P. Orientale = Bordereau de prestation janvier 2010 - EUP PO

GTZ / Bandundu

Domaine	Quantitatif/processus	Qualitatif
Etat de santé		
Soins curatifs		
consultation curative	Tx utilisation soins curatif	% des cas correctement traités (les 10 derniers cas; evt utilisations des ordinogr)
Référence	% de documents de référence et contre référence correctement remplis	% de références faux positifs et % des non référées faux négatifs
PCIME		
Suivi croissance	couverture DTC3, VAR, BCG	Mortalité < 1 an et < 5 ans dans les villages RC
Vaccination	% d'enfants < 5ans sous MII	Chaîne de froid
MMR		
CPN/accouchement	% des Fe enceint. Sous MII	couverture CPN (TPI, Fer, VAT, vit A)
		Utilisation correcte partogramme
Planification familiale	APC	% d'accouchées sous PF
PEC chroniques		
	Proport. des gestantes testées VIH +	Proport. accouch. VIH / NN+ayant reçu d- névirapine
	Tx détection TBC	Tx guérison (CDT)
	nbre de patients TB bénéficiant de conseils VIH et dépistage.	Tx de suivi régulier de traitement TBC
	Nbre de cas de lèpre nouvellement dépistées	
Dével. Institut.		
SNIS et rapports		
	Completude données	rapports d'auto évaluation disponibles
	Tx de réalisation des activités du plan d'action	
Gestion MEG/fin		
	Gestion de stocks (sur 25 FS mesurer écarts SP&ST)	Indice de disponibilité des médicaments
	Tx perte du stock médicaments	Correspondance Solde ,Report et Liquidité
	Marge bénéficiaire	fiabilité des données
Réactivité		
Dialgue ind et collectif	Participation de la population aux séances de sensibilisation	AS ayant des CODESA impliqué dans réalisation des activités: curatif, préventif & promotionnel
Participation communautaire	Tx d'exécution des décisions prises lors des CODESA	% de problèmes résolues/ problèmes identifiés dans la boite de suggestion
		% des cas correctement traités par les RC aux villages
		Proportion ménages couvert MII dans villages RC

Calcul des subsides

% des cas correctement traités

Niveau de l'indicateur	Score
------------------------	-------

0%	– 25%	0%
26%	– 40%	15%
41%	– 50%	30%
51%	– 70%	60%
71%	– 85%	80%
86%	– 95%	90%
	≥ 95%	100%

Le score est pondéré selon l'accessibilité géographique de la population à la structure de soins. P.ex. 2 aires de santé avec utilisation de 30 % chacune : une avec accessibilité < 5 km pour 80 % de la population et l'autre avec accès < 5 km pour 20 % de la population. Qui a la meilleure performance ?

Ponderation par taille de l'aire

Population	Taille de pondération
<10 000	1
10000-12499	1,1
12500-14999	1,25
15000-17499	1,5
17500-20000	1,75
>20000	2

plus x% (à définir)
par poste de santé

Ponderation par domaine

Domaine consultation curatif	110
Domaine santé de la Reproduction	30
planification familiale	30
Domaine santé de l'enfant	50
Domaine gestion des MEG	50
Performance Rapportage	10
Domaine santé à base comm	10
participation communautaire	30
Total	320

Calculs des primes de performance :

Une enveloppe global (panier) est alloué à l'ensemble de la zone de santé. Cette enveloppe peut être la contribution de plusieurs partenaires qui se mettent ensemble selon le principe de **Mini Swap**. Cette cagnotte globale est répartie entre les différentes structures. Celle qui a la meilleure performance reçoit plus. **60%** de cette répartition représente un prime fixe et **40%** est reparti selon la performance.

- X% de l'enveloppe ou un montant spécifié est prévu pour le personnel du Bureau de la Zone de Santé (**BZS**)

- Y% de l'enveloppe ou un montant spécifié est prévu pour le personnel de l'hôpital général de référence (**HGR**)

- Z% de l'enveloppe ou un montant spécifié est prévu pour le personnel des structures de soins de premier niveau (par aire de santé : les centres de santé et poste de santé) (**AS**)

Source: GTZ (Mars 2008), *Approche « Contrat de Performance » dans la Zone de Santé Rurale de Kenge*. Kinshasa, DRC : GTZ

PARSS
GTZ/Maniema :

Indicateurs Centre de Santé	Coût unitaire
CPN	\$ 0,20
CPS	\$ 0,10
Accouchements	\$ 1,00
PF - Nouvelles acceptantes de méthodes contraceptives modernes	\$ 0,20
REFERENCE cas chirurgicaux	\$ 2,00
Autres cas graves référés	\$ 0,20
Indicateurs HGR	Coût unitaire
Accouchements	\$ 1,00
Prise en charge des cas chirurgicaux (Césariennes et Chirurgie majeure)	\$ 15,00

Source: Email exchange with GTZ/Maniema project responsible (Antonio Lozito)

COOPI/Equateur :

Score	Conséquence sur la prime
< 50%	Pas de prime de professionnalisme / performance
50 à 59%	50% de prime de professionnalisme / performance
60 à 79%	80% de prime de professionnalisme / performance
80 à 100%	100% de prime de professionnalisme / performance

Critères de cotation performance CS.

Indicateurs	Tranches(%)				Cotes		
	100	80	50	0	100	80	50
Taux d'utilisation de service de consultation curative	30-35%	25-29%	17-24%	0-16%	5	4	2,5
Taux des enfants (0-11mois)couverts en DTC3	65-70%	60-64%	35-59%	0-34%	5	4	2,5
Taux d'accouchement assistés en FOSAS	55-60%	50-54%	30-49	0-29%	5	4	2,5
Taux d'utilisation CPN	70-75%	60-69%	38-59%	0-37%	5	4	2,5
Proportion des cas palu simple traités avec l'ACT	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Taux des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI2	50-55%	49-40%	28-39%	0-27%	5	4	2,5
Taux de référence avec document arrivé à l'HGR/CSR	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
taux d'enfants 0-11 mois inscrits à la CPS	75-80%	70-74%	40-69%	0-39%	5	4	2,5
Proportion des grossesses à risque référées	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
femmes enceintes ayant reçu VAT2 +	75-80%	70-74%	40-69%	0-39%	5	4	2,5
Proportion d'enfants soignés selon PCIM	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Décès maternels dans la communauté non référés	0 cas				5	4	2,5
Proportion des activités communautaires réalisées	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Proportion des décisions CODESA exécutées	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Taux de réalisation des visites du CS vers RECO	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Promptitude rapport SNIS (transmission et réception)	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Complétude rapport SNIS dans le délai	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Nombre des accouchées avec CPON1 (6) et CPON2 (6j)	90-100%	80-89%	50-79%	0-49%	5	4	2,5

Indicateurs	Tranches(%)				Cotes		
	100	80	50	0	100	80	50
Taux de recouvrement sur vente MEG	70-100%	60-69%	50-59%	0-49%	5	4	2,5
Cohérence plainte, diagnostic, traitement	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5

Critères de cotation performance CSR

Indicateurs	Tranches(%)				Cotes		
	100	80	50	0	100	80	50
Taux d'utilisation de service de consultation curative	30-35%	25-29%	17-24%	0-16%	10	8	5
Taux des enfants (0-11mois)couverts en DTC3	65-70%	60-64%	35-59%	0-34%	5	4	2,5
Taux d'accouchement assistés en FOSAS	55-60%	50-54%	30-49	0-29%	5	4	2,5
Taux d'utilisation CPN	70-75%	60-69%	38-59%	0-37%	5	4	2,5
Proportion de sang testé au HIV	100%				5	4	2,5
Proportion des cas palu simple traités avec l'ACT	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Taux des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI2	50-55%	49-40%	28-39%	0-27%	5	4	2,5
taux d'enfants 0-11 mois inscrits à la CPS	75-80%	70-74%	40-69%	0-39%	5	4	2,5
Proportion d'enfants soignés selon PCIME	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Proportion des décisions CODESA exécutées	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Promptitude rapport SNIS (transmission et réception	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Complétude rapport SNIS dans le délai	100%	80-99%	50-79%	0-49%	10	8	5
Proportion d'infection post opératoire	0%	0,50%	<1%	> ou= à 2%	5	4	2,5
Nombre d'interventions majeures sur attendues	95-100%	80-94%	50-69%	0-49%	5	4	2,5
Nombre des accouchées avec CPON1 (6) et CPON2 (6j)	90-100%	80-89%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Taux de recouvrement sur vente MEG	70-100%	60-69%	50-59%	0-49%	5	4	2,5
Cohérence plainte, diagnostic, traitement	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Proportion des activités communautaires réalisées	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5

Critères de cotation performance HGR

Indicateurs	Tranches(%)				Cotes		
	100	80	50	0	100	80	50
Taux d'utilisation de service de consultation curative	30-35%	25-29%	17-24%	0-16%	10	8	5
Proportion de sang testé au HIV	100%				5	4	2,5
Proportion des cas palu simple traités avec l'ACT	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Contr référence HGR vers CS	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Proportion d'enfants soignés selon PCIME	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Promptitude rapport SNIS (transmission et réception	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Complétude rapport SNIS dans le délai	100%	80-99%	50-79%	0-49%	10	8	5
Durée moyenne de séjour	7jrs	8jrs	9jrs	>9jrs	5	4	2,5
Taux d'occupation des lits	40%	35-39%	20-34%	0-19%	5	4	2,5
Proportion d'infection post opératoire	0%	0,50%	<1%	> ou= à 2%	5	4	2,5

Nombre d'interventions majeures sur attendues	95-100%	80-94%	50-69%	0-49%	5	4	2,5
Nombre des accouchées avec CPON1 (6) et CPON2 (6j)	90-100%	80-89%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Tenues de réunion CODI	4 r+PV	3R+PV	2R+PV	autres	5	4	2,5
Proportion des décisions réalisées du COGE du mois passé	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Proportion des formations réalisées	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Taux de recouvrement sur vente MEG	70-100%	60-69%	50-59%	0-49%	5	4	2,5
Réunion scientifique, conférence et briefing	4R+rappports	3R+rappports	2R+rappports	Autres	5	4	2,5
Cohérence plainte, diagnostic, traitement	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5

Critères de cotation performance BC

Indicateurs	Tranches(%)				Cotes		
	100	80	50	0	100	80	50
Taux d'utilisation de service de consultation curative	30-35%	25-29%	17-24%	0-16%	10	8	5
Taux des enfants (0-11mois)couverts en DTC3	65-70%	60-64%	35-59%	0-34%	5	4	2,5
Taux d'utilisation CPN	70-75%	60-69%	38-59%	0-37%	5	4	2,5
Proportion des FOSAS ayant intégrée la PF	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Taux de supervision réalisée	95-100%	70-94%	50-69%	0-49	5	4	2,5
Proportion des AS présentes à la revue	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
femmes enceintes ayant reçu VAT2 +	75-80%	70-74%	40-69%	0-39%	5	4	2,5
Proportion de retro information SNIS transmise	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Présence de PV de réunion d'analyse des données	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Promptitude rapport SNIS (transmission et réception)	100%	80-99%	50-79%	0-49%	10	8	5
Complétude rapport SNIS dans le delai	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Proportion des rapports SNIS analyses avec feed back	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Proportion des décisions réalisées du COGE du mois passé	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Atteinte du quorum réunion COGE	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Proportion des formations réalisées	100%	80-99%	50-79%	0-49%	5	4	2,5
Taux de recouvrement sur vente MEG	70-100%	60-69%	50-59%	0-49%	5	4	2,5
Réunion scientifique, conférence et briefing	4R+rappports	3R+rappports	2R+rappports	Autres	5	4	2,5
Proportion des cas palu simple traités avec l'ACT	90-100%	70-89%	50-69%	0-49	5	4	2,5

Source: Email exchange with COOPI/Equateur project responsible.

IRC/ Kinshasa

HGR

Type de service fourni par le centre	Subside en \$
Hospitalisation pédiatrique	10
Acte de chirurgie majeure.	30
Césarienne	60
Accouchement dystocique	7
Accouchement Eutocique	5
Transfusion sanguine	6

Centre de Santé

Type de service fourni par le centre	Subside en USD
Nouveau cas curatif	1

Enfant complètement vacciné	1
Accouchement eutocique au centre de santé	5
Femme enceinte suivie jusqu'à la CPN 3 / 4 avec VAT 2 ou +, TPI 2, FAF	2
Planning familial (NC ou AC du mois)	1
Enfants suivis en CPS au delà d'un an (12 à 59 mois)	1

Type de Formation sanitaire	Nombre de formations sanitaires prises en charge dans la zone de sante	Montant de la prime fixe (70%), payée mensuellement et par formation sanitaire	Montant de la prime basée sur la performance payée trimestriellement (30% du montant global du trimestre) et par formation sanitaire	Montant global mensuel (100% de la prime) et par formation sanitaire
CH /HGR	1	4585	1965	6550
CSR	1	868	372	1240
CS	5	371	159	530

IRC / Katanga

Centre de Santé

Centre de santé		
Activités subventionnées	Unité	Coût unitaire
1. Consultation curative	1 nouveau cas	0.35\$
2. Accouchement assisté au CS	1 accouchement	3\$
3. Référence obstétricale	1 femme enceinte référée	3\$
4. Enfant complètement vacciné à 1 an	1 enfant complètement vacciné	2\$
5. CPN (1et 2+)	1 femme enceinte vue en CPN	0.5\$
6. VAT 2+	1 femme avec VAT 5ème dose vue à la CPN	0.5\$
7. Planning familial	1 nouvelle acceptante et renouvellement	3 \$

HGR

Activités subventionnées	Unité à subventionner	Coût unitaire
Césarienne avec indication correcte	1 femme césarisée	30 \$
Transfusionsanguine avec indication correcte	1 personne transfusée	5\$
Référence obstétricale	1 femme enceinte référée reçue	5\$

KIN/DEPREP/2010- 003

Kinshasa, June 18, 2010

Dear Mr. Donnelly,

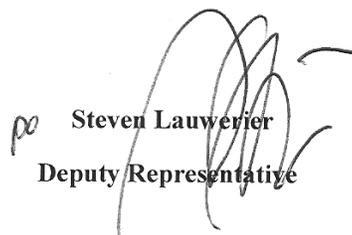
UNICEF is pleased to provide the IRC and MSH with a letter of support for their Integrated Health Project proposal to be submitted to USAID on June 21. UNICEF has had the opportunity to work with IRC in the DRC in the past and can attest to the quality of their work in a variety of humanitarian sectors including Water, Sanitation & Hygiene, and Gender-Based Violence in eastern DRC, and specifically in North and South Kivu Provinces, where IRC has been an important partner of ours.

Since 2004, UNICEF has collaborated with IRC in the context of our Rapid Response to Movements of Populations (RRMP) program (previously the Rapid Response Mechanism—RRM-- program), and more recently through our PEAR Plus program (Program of Expanded Assistance to Returns). Within the context of these programs, IRC has implemented activities with conflict-affect populations in the sectors of water, sanitation & hygiene, non-food-item distribution, protection, and education.

In the response to gender-based violence, UNICEF and IRC have collaborated in the area of multi-sectoral assistance to survivors, actively participating in relevant working groups to better coordinate service provision. We have also worked together in responding to emergency situations in North and South Kivu, distributing UNICEF provided post-rape kits and training relevant medical staff to ensure appropriate clinical care for sexual assault survivors.

UNICEF will be ready to collaborate as appropriate on the Integrated Health Project should they be successful in their bid. UNICEF is confident that this consortium can make a valuable contribution to the health status of the Congolese people and looks forward to working with IRC and MSH within the framework of the national health strategies set out by the DRC Ministry of Health.

Sincerely,


Steven Lauwerier
Deputy Representative

Attention to : Mr. Donelly
National Director
IRC
Kinshasa/GOMBE